



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**ERKEK ÇOCUKLARDA SÜNNET YAŞININ
ÇOCUKLARIN BENLİK ALGISI VE
ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Feride YAVUZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

28/02/2022

Feride YAVUZ

İthaf

Yüksek lisans tezimi hayalleri peşinden koşan ve gerçekleştirmek için çabalayanlara ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bilimsel katkılarıyla bana destek veren, sabırla ve özveriyle daima yol gösteren, tez çalışmam süresince ilminden faydalandığım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve donanımlarından yararlandığım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı değerli hocam Sayın Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Tezimde tecrübelerini ve zamanlarını esirgemeyerek bana yardımcı olan değerli jüri hocalarım Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Sayın Prof. Dr. Dilek YILDIZ'a ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a

Araştırmanın yürütülmesinde destek olan ve benimle iş birliği yapmayı kabul eden Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı devlet ilkokullarındaki idari yöneticilere, öğretmenlere, ailelere ve çocuklarına,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen ve her an yanımda olduklarını hissettiren arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca bana her zaman inanan ve destekleri ile varlıklarını hep hissettiğim annem, babam, kardeşlerime, sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Feride YAVUZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY	
BEYAN	
İTHAF	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sünnet	3
2.1.1. Erkek Sünnetinin Tanımı ve Yapılma Nedenleri	3
2.1.2. Erkek Sünnetinin Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Sünnetin Tarihçesi	4
2.1.4. Sünnet Derisinin (Prespiyum) Fonksiyonları	4
2.1.5. Erkek Sünnetinin Faydaları	5
2.1.6. Erkek Sünnetinin Komplikasyonları	7
2.1.7. Sünnetin Çocuk Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi	7
2.1.8. Sigmund Freud'a Göre Gelişim Dönemleri	8
2.1.8.1. Oral Dönem	8
2.1.8.2. Anal Dönem	9
2.1.8.3. Fallik Dönem	9
2.1.8.4. Latent Dönem	9
2.1.8.5. Genital Dönem	10
2.1.9. Dünya'da ve Türkiye'de Sünnet Yaşı	10
2.1.10. Sünnet Yaşının Çocuk Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi	11
2.2. Benlik	11
2.2.1. Benlik Tanımları	12
2.2.2. Benlik Algısı	12

2.2.2.1. Benlik Algısı Tanımları	12
2.2.3. Benlik ve Benlik Algısı ile İlgili Temel Kuramcılar	13
2.2.3.1. William James	13
2.2.3.2. Charles Horton Cooley	14
2.2.3.3. George Herbert Mead	14
2.2.3.4. Sigmund Freud	14
2.2.3.5. Erik Erikson	15
2.2.3.6. Alfred Adler	16
2.2.3.7. Carl Gustav Jung	16
2.2.3.8. Harry Stack Sullivan	16
2.2.3.9. Carl Rogers	17
2.2.3.10. Abraham Harold Maslow	17
2.2.4. Benlik Algısının Gelişimi	17
2.3. Anksiyete	18
2.3.1. Anksiyetenin Tanımı	18
2.3.2. Normal ve Patolojik Anksiyete	19
2.3.3. Durumluluk-Sürekli Anksiyete	20
2.3.4. Anksiyete ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	20
2.3.4.1. Psikoanalitik Yaklaşım	20
2.3.4.2. Bilişsel Yaklaşım	22
2.3.4.3. Davranışçı Yaklaşım	23
2.3.4.4. Varoluşsal Yaklaşım	23
2.4. Sünnet ve Hemşirelik	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	30
3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri	30
3.4. Veri Toplama Araçları	31
3.4.1. Soru Formu	31
3.4.2. Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği (PHÇÖKÖ)	31
3.4.3. Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri (Nasıl Hissediyorum Anketi) (ÇSKE)	32

3.5. Verilerin Toplanması	32
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	33
3.6.2. Bağımlı Değişkenler	33
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar	34
3.10. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	34
3.11. Araştırma Planı	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR	66
EKLER	78
Ek 1. Soru Formu	79
Ek 2. Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği (Kendim Hakkındaki Düşüncelerim)	81
Ek 3. Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri (Nasıl Hissediyorum Anketi)	83
Ek 4. Kurum İzni	84
Ek 5. Etik Kurul İzni	86
Ek 6. Ölçek İzinleri	89
Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Veli Onam Formu	91
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Evren ve örnekleme alınacak öğrencilerin belirlenmesi	28
Tablo 2. Ailelerin ve çocukların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı	36
Tablo 3. Çocukların sünnete ilişkin özelliklerinin dağılımı	38
Tablo 4. Ailelerin çocuklarını sünnet yaptırdıkları yaşı tercih etme nedenlerinin dağılımı	39
Tablo 5. Çocukların ÇSKE ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı	40
Tablo 6. Çocukların sünnet olma yaşı ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 7. Çocukların sünnet olma yaşı ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı	41
Tablo 8. Ailelerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
Tablo 9. Çocukların sünnete ilişkin özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	44
Tablo 10. Ailelerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 11. Çocukların sünnete ilişkin özellikleri ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	51
Tablo 12. Sünnet yaş grupları ile ÇSKE ve PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki	55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Araştırma planı

35



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AAP	American Academy of Pediatrics
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
APA	American Psychological Association
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ÇDSKE	Çocuklar için Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri
ÇSKE	Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAU	European Association of Urology
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HSV	Herpes Simpleks Virus
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
PHÇÖKÖ	Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WHO	World Health Organization

Semboller

F	One Way ANOVA Analizi
KW	Kruskal Wallis testi
Max	Maksimum
Min	Minimum
p	p değeri
r	rho değeri
Ss	Standart Sapma
t	Bağımsız Örneklem t Testi
$\bar{X}$	Ortalama
z	Mann Whitney U testi

ÖZET

Erkek Çocuklarda Sünnet Yaşının Çocukların Benlik Algısı ve Anksiyetesi Üzerine Etkisi

Araştırma erkek çocuklarda sünnet yaşının çocukların benlik algısı ve anksiyetesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmaya Mayıs-Haziran 2021 tarihleri arasında Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı devlet ilkokullarında öğrenim gören, dahil edilme kriterlerine uyan, ilköğretim 4. sınıfa devam eden 342 erkek öğrenci ile yapıldı. Araştırmanın verileri Soru Formu, Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği ve Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Bağımsız Örneklem t, One Way Anova, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Tamhane ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı. Çocukların sünnet yaş ortalamasının 26.58 ± 26.90 ay olduğu ve %21.10'unun 3-6 yaş grubunda sünnet olduğu tespit edildi. Çocukların Sürekli Kaygı Envanteri toplam puan ortalaması 33.53 ± 6.07 (min-max; 20-60) ve Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği toplam puan ortalaması 63.49 ± 8.19 (min-max; 0-80)'dur. 3-6 yaş grubunda sünnet olanların sürekli anksiyete puan ortalamaları yüksekti ve anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0.05$). 3-6 yaş grubunda sünnet olan çocukların benlik algısı puan ortalamaları düşüktü ancak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p > 0.05$). Çocukların Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları ile baba eğitim düzeyi ve mesleği, sosyal güvence durumu, gelir durum algısı, çocuğun sünnete psikolojik tepki verme ve ameliyathane koşullarında sünnet olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği puan ortalaması ile baba eğitim düzeyi ve mesleği, sosyal güvence durumu, gelir durum algısı, çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verilme durumu, sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Sonuç olarak, çocukların 3-6 yaş döneminde sünnet edilmesi sürekli anksiyetelerini artırmakta olup benlik algısı (öz kavram) üzerine bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşıldı. Hemşireler ailelere ideal sünnet yaşı ve fallik dönemde (3-6 yaş) sünnet yaptırılmaması konusunda danışmanlık sağlamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, Benlik Algısı, Hemşire, Sünnet, Sünnet Yaşı

ABSTRACT

The Impact of Circumcision Age on Boys' Anxiety and Self-Perception

The study was descriptive in nature, with the goal of determining the impact of circumcision age on boys' self-perception and anxiety. Between May and June 2021, the study included 342 male pupils in the fourth grade who were enrolled in state primary schools associated with the Trabzon Provincial Directorate of National Education and who matched the inclusion requirements. The Questionnaire, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, and Trait Anxiety Inventory for Children were used to collect data for the study. The data was analyzed using descriptive statistics (number, percentage, mean, and standard deviation), Independent Sample t, One Way Anova, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Tamhane and Spearman correlation tests. The average age of circumcision for the children was 26.58 ± 26.90 months and 21.10 percent of the children in the 3-6 age group were circumcised. The average total score on the Trait Anxiety Inventory for Children is 33.53 ± 6.07 (min-max; 20-60) and the mean score on the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale is 63.49 ± 8.19 (min-max; 0-80). The mean trait anxiety levels of individuals who were circumcised in the 3-6 age group were high and there was a significant difference ($p < 0.05$). The mean self-perception scores of circumcised children aged 3-6 were low, but there was no statistically significant difference ($p > 0.05$). The father's education level and occupation, social security status, income perception, the child's psychological response to circumcision, and circumcision in operating room conditions all had a statistically significant difference in the Trait Anxiety Inventory for Children mean scores ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference ($p < 0.05$) between the children's Piers-Harris Children's Self-Concept Scale mean score and the father's education and occupation, social security position, income perception, circumcision informing the child and post-circumcision difficulties. As a result, circumcision of children at the age of 3-6 increases their trait anxiety and it has been concluded that it has no effect on self-perception (self-concept). Nurses counsel families on the best age for circumcision and the importance of avoiding circumcision during the phallic era (3-6 years).

Keywords: Anxiety, Circumcision, Circumcision Age, Nurse, Self Perception

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sünnet eski çağlardan günümüze kadar gelen en eski cerrahi uygulamadır (1). Dünya genelinde birçok ülkede dini, sosyal, kültürel, tıbbi nedenlerle uygulanmaktadır (2). Müslüman ve Yahudi toplumlarında sünnet daha çok dini nedenlerle yapılmaktadır (3, 4). Müslüman olmayan toplumlarda ise sünnet daha çok sağlık nedeniyle yapılmakta olup sünnet oranları azımsanmayacak derecede yüksektir (4). Erkek çocukların sünnet olma prevalansı Afganistan'da %99.8, Güney Kore'de %77, Amerika'da %71.2, Güney Afrika'da %44.7, Çin'de %14, Almanya'da %10.9, Hollanda'da %5.7, Kuzey Kore'de %0.1'dir (5). Aynı zamanda American Academy of Pediatrics (AAP) (2012) sünnetin faydalarının risklerine kıyasla daha fazla olduğunu bildirmektedir (6). Sünnetin Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonunu, Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonunu, cinsel yolla bulaşan birçok hastalığı, cinsel fonksiyon bozukluklarını, idrar yolu enfeksiyonunu (İYE), Herpeks Simpleks Virus (HSV) enfeksiyonunu, penil ve rahim ağzı kanserlerini azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (7-19). Bazı çalışmalarda ise HPV kaynaklı genital siğillerin, cinsel fonksiyon bozukluklarının, sifiliz, bel soğukluğu gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve penil kanserlerinin önlenmesinde sünnetin bir faydalı olmadığı ileri sürülmüştür (20-23).

Bununla birlikte sünnetin psikoloji üzerine etkileri de bulunmaktadır. Bazı araştırmacılara göre sünnet bir travma kaynağı olarak görülürken (24-26), bazı araştırmacılar sünnetin psikoloji üzerinde bir etkisi olmadığını savunmaktadır (27, 28). Öztürk (1973) tarafından yapılan bir çalışmada sünnet sonrasında çocuklarda davranışsal ve geçici nörotik bozukluk ortaya çıktığı bildirilmektedir (24). Rhinehart (1999) erkek sünnetinin yaşamın ileriki yıllarında güvensizlik, yakın ilişki kurmada zorluk yaşanması, düşük benlik algısı, anksiyete gibi psikolojik semptomlara neden olduğunu ileri sürmektedir (25). Ayrıca sünnetin neden olduğu travmanın ilerleyen yaş dönemlerinde iğdiş edilmeyeyle ilişkilendirileceğini, psikopatolojik ve şiddet içerikli davranışlar ya da aşırı mazoşistlik davranışların görüleceğini ileri sürülmektedir (26). Bu nedenle AAP (2012) sünnetin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla fallik dönemde (3-6 yaş) sünnet yapılmasını önermemektedir (6). Çünkü Sigmund Freud fallik dönemde cinsel organlara olan önemin arttığını dile getirmektedir (29). Erkek çocuğu karşı cinsi olan annesine duyduğu ilgiden dolayı kendi hemcinsi olan babasına karşı bir tutum sergilemekte, karşılığında bir cezalandırma beklemektedir. Bu dönemde yapılan sünnet

işlemini kendine yapılmış bir cezalandırma yöntemi olarak görmekte olup çocukta kastrasyon anksiyetesine yol açtığı belirtilmektedir (30, 31).

Sünnet yaşı ile ilgili hem ülkemizde hem de Dünya’da farklı zaman uygulamaları bulunmaktadır. Batı ülkelerinde sünnet komplikasyonlar ve maliyetler azlığı göz önünde bulundurularak sıklıkla yenidoğan döneminde yaptırılmaktadır (32). Sünnetin yaygın olduğu Yahudi toplumlarında doğumdan sonraki sekizinci günde yapılması uygun görülmektedir. Dünya’da yapılan bir çalışmaya göre ebeveynlerin %81.2’si sünnetin doğum sonra 2 ay içinde yapılması gerektiğini fakat çocuklarını %54.1’i 2 ay-13 yaş sünnet olduğu görülmektedir (33). Yapılan başka bir çalışmaya göre yapılan sünnetin %50’si yenidoğan döneminde, %17’si bebeklik döneminde, %18’i erken çocukluk döneminde gerçekleştiği bildirilmektedir (34). Ülkemizde ise sünnet yaşı ile ilgili rutin bir uygulama bulunmamakta olup aileler istedikleri yaş döneminde çocuklarını sünnet ettirmektedirler (35). Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda ailelerin en çok fallik dönemde sünnet yaptırmayı tercih ettikleri görülmektedir (36-38). Öyleki; konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde fallik dönemde yapılan sünnetin bir saldırı olarak algılandığı, sünnet sonrasında anksiyete ile başa çıkma kapasitesinin azaldığı, psikososyal açıdan etkilenildiği, daha çok korku ve ağrı yaşadığı, kastrasyon, ve ayrılık anksiyetesine, düşük benlik algısı, sosyal fobiler, enürezis, tırnak yeme, agresif davranışlar, kâbus gibi uyku bozuklukları, negatif davranışlar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi etkilere yol açtığı belirtilmektedir (25, 26, 39-44).

Hem yabancı literatürde hem de ülkemizde yapılan çalışmalarda sünnet yaşının hemşirelik çerçevesinden psikolojik boyutunun uzun vadede değerlendirildiği bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Bu araştırma 3-6 yaş grubu erkek çocuklarda sünnet yaşının benlik algısı ve anksiyetesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sünnet

2.1.1. Erkek Sünnetin Tanımı ve Yapılma Nedenleri

Sünnet kelimesi, Latince kökenli olup “kesip atmak” anlamına gelmektedir. Sünnet işleminde; penisin başında bulunan prepiyum olarak adlandırılan sünnet derisinin bir kısmının veya tamamının çıkarılarak penis başının kalıcı olarak açığa çıkması amaçlanmaktadır (45).

Sünnet bilinen en eski cerrahi işlemler arasında yer almaktadır (1). Sünnet dünyada; kültürel, sosyal, dini, tıbbi nedenlerle yapılmaktadır (2). Yahudi dininin mensupları dini ve kültürel nedenler ile ayin ritüeli gerçekleştirilerek sünnet edilirler (2, 4). Ülkemizde ise sünnet, Türk geleneği olarak şenlikler eşliğinde yapılan sosyoekonomik bir değerdir (3).

Din dışı nedenlerle sünnetin gerçekleştirildiği ülkelerde ise sünnetin sağlık yararları gözetilerek tıbbi nedenlerle yapılmaktadır (46). Kuzey Amerika ve Afrika ülkeleri dahil olmak üzere birçok ülke sünnetin tıbbi boyutunun önemini vurgulanmaktadır (47). Batı toplumlarında ise sünnet ile kesilen prepiyum dokusunun gereksiz ve hastalıklı olduğunu ve mastürbasyona karşı bir tedbir olarak benimsenmektedir (4). Erkek sünneti Afrika ülkelerinde HIV bulaşmasını önlemeye yönelik bir işlem olarak tanıtılmaktadır (48).

2.1.2. Erkek Sünnetinin Epidemiyolojisi

World Healthy Organization (WHO) 2007 verilerine göre küresel anlamda 15 yaş üstü erkek nüfusunun %30'unun sünnet edildiği bildirilmektedir (49). Morris'in 2019 yılında dünya genelindeki erkek sünnetinin prevelansını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada erkeklerin %37-39'unun sünnetli olduğunu bildirmektedir (5). Yetişkin erkek Müslümanların %95'inin ve Yahudi erkeklerinin %100'e yakını ortalama 6 yaşında sünnet edilmektedir (35, 47).

Dünya genelinde erkek sünnetinin uygulanması ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Sünnet; Ortadoğu, Afrika'nın bazı kesimlerinde, yerli Avusturalyalılar arasında, Filipinler, Doğu Endonezya, Pasifik adalarında yaygın olarak uygulanmaktadır. Yakın zamanda, sünnet Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Kore Cumhuriyeti dahil diğer ülkelerde yaygınlaşmaya başlamıştır. ABD'nin eyaletleri arasında sünnet olmuş erkek nüfusu değişiklik göstermekle birlikte erkek nüfusunun %79'u sünnetlidir. Avusturalya'da ise bu oran %59, Birleşik Krallık'da %16 olarak bildirilmektedir (49).

2.1.3. Sünnetin Tarihçesi

Erkek sünnetinin farklı kültürler arasında bilinen en eski uygulanması milattan önce 2350-2000 yıllarında Antik Mısır'a uzanan bir tarihi zemine sahiptir. Antik Mısır şehri Saggara'da bulunan Ankhmahor'un mezarının duvar resminde yetişkin sünneti tasvir edildiği görülmektedir (50, 51).

Hazreti Musa döneminde sünnet, köleleri aşağılamak için bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Musa'nın izinden giden İbranilerin hepsinin sünnetli köle ve mahkumlardan oluşması nedeniyle sünnet gelecek nesiller tarafından bir sembol olarak kabul edilmektedir (52). Sigmund Freud'a benzer bir düşünceyle Musa'nın sünneti Mısır'a getirdiğini ve Yahudilere benimsetilmeye çalışıldığını ileri sürmektedir. Freud'a göre o tarihlerde sünnetin sadece Mısır'da uygulandığı, Doğu Akdeniz kültürlerinin hiçbirinde sünnete dair bir bulguya rastlanmadığı hatta Herodot'un da yazılarında bu bilgiyi desteklediğini iddia etmektedir (50).

Yahudi toplumunda sünnet ile İbrahim'in oğlu İsmail'i kurban etmesi arasında bir ilişki olduğunu düşünülmektedir. Yahudi inancına göre sünnet İbrahim ile Tanrı arasında yapılan anlaşma olduğu kabul edilmektedir. İnsanın en sevdiğini kurban etmesi yerine onun kimliğini oluşturan parçanın kesilmeye başlandığı inancı bulunmaktadır (52, 53).

İslam'da sünnet "khitan" veya "khatna" olarak adlandırılmaktadır (54). Kuran-ı Kerim'de sünnetten bahsedilmemiş olup Müslüman din alimlerinin bazıları tarafından tavsiye edildiği bazıları tarafından ise bir zorunluluk olarak görülmektedir. Ebu Hureyre, Hz. İbrahim'in 80 yaşında sünnet olduğunu dile getirmektedir (55). İslam dininde sünnetin bir erkeğin onurlu olduğunu sergilemek amacıyla yapılması gerektiği düşünülmektedir. Yine sünnetsiz penisin hijyenik olmadığını, sünnetin Müslümanları kafirlerden ayıracak bir işaret olduğu dile getirilmektedir (54, 55).

19. yüzyıla kadar Batı ülkeleri tarafından sünnet yapılan ülkelere karşı dışlayıcı ve küçük görücü bir tutum sergilenmektedir. Fakat Avrupa toplumlarında mastürbasyon ve cinsel arzunun egemen olması nedeniyle sünnet, erkekleri engellemenin bir yöntemi olarak kullanılmaya başlandığı görülmektedir (4).

2.1.4. Sünnet Derisinin (Prespiyum) Fonksiyonları

Sünnet derisi, dış genital organların bir parçası olup kadın ve erkeklerde önemli fonksiyonlar üstlenmektedir (45). Erkeklerde penisin etrafını saran, "prespiyum" olarak

isimlendirilen sünnet derisi, çift katmanlı mukozal bir yapı olup kan damarları ve sinirler açısından zengindir (45, 46).

Sünnet derisinin fonksiyonları;

- Glans penisi korur.
- Yapısında bulunan Meissner korpüskülleri ve sinir uçları yardımıyla cinsel zevk alınmasını sağlar.
- Mastürbasyon ve ilişki esnasında uyarıcı olarak rol alır.
- Ağrılı cinsel ilişkiyi (disparoni) nler.
- Mukokutanöz yapısı sayesinde coitus (cinsel birleşme) sırasında yumuşak hareket sağlar.
- Ereksiyonun sağlanması ve penis şaftının örtülmesi için gerekli deriyi sağlar.
- Feromonları depolar ve uyarılınca serbest bırakır.
- Doğal kayganlaştırıcı etkisi olan “smegma”nın depolanması, salgılanması ve salınmasını sağlar.
- Penis başının nemli kalmasını sağlar.
- Sünnet derisinin yapısında bulunan; lizozomlar, antikorlar, enzimler sayesinde bebeklik döneminde kontaminasyonun engellenmesini ve idrar yolu enfeksiyonlarını önlemesine yönelik koruyucu görev üstlenir (5).

2.1.5. Erkek Sünnetinin Faydaları

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), AAP ve WHO sünnetin faydalarının zararlarından daha fazla olduğunu bildirmektedir (6, 47, 56). Örneğin CDC sünnet ile ilgili raporunda (2014) fayda zarar ilişkisinde sünnetin faydalarının 100/1 oranında ağır bastığını ifade etmektedir (56). European Association of Urology (EAU) ise üriner sistem anomalisi olan pediatrik olgularda tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarını önlemek için sünneti tavsiye etmektedir (57).

Sünnet, İYE’yi, HIV enfeksiyonlarını, kadın partnerlerde bakteriyel vajinozisi ve rahim ağzı kanserlerini, genital ülserleri, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, HSV enfeksiyonlarını, sifilizi, cinsel işlev bozukluklarını, HPV enfeksiyonlarını ve penis kanserlerini azaltmaktadır (7-19).

Sünnet derisi sıcak, nemli bir ortam oluşturduğundan enfeksiyonlar için ideal ortam haline gelmekte ve İYE'yi artırmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre sünnetsiz erkeklerde sünnetlilere göre periüretral bölgede daha fazla bakteri görüldüğü ve bunun İYE'ye zemin hazırladığı düşünülmektedir (58). Başka bir çalışmada ise sünnetsiz bebeklerde İYE sünnetli bebeklere oranla 11 kat daha fazla olduğu görülmektedir (8). Vezikoüreteral reflü, posterior üretral kapak yetmezliği, nörojenik mesane gibi idrar yollarında bir anomali halinde yapılan tedaviye rağmen İYE gelişen çocuklarda sünnetin göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir (9, 10).

HIV prevelansının oldukça yüksek olduğu Doğu ve Güney Afrika ülkelerinde HIV'li erkeklerin sünnetli olmadığı görülmektedir (11). Sünnetli erkeklerde HIV enfeksiyonunun daha az görülmesinin sebepleri arasında glansın keratinizasyonu, cinsel temastan sonra glansın kısa sürede kuruması, HIV pozitif bir partnerle cinsel temastan sonra penis üzerindeki HIV yaşam ömrünün kısa olması, penis cildinin toplam yüzey alanının azalması yer almaktadır (12).

HSV-2 enfeksiyonu ve sifiliz, genital ülserasyonun ana nedenlerindendir (13). Ayrıca sünnet ile genital ülser oranların da azalma olduğu görülmektedir. Genital ülser hastalığı HIV bulaşında bir risk faktörü olduğundan sünnetin genital ülsere karşı koruyucu etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (14).

Prepüsiyal mukoza cinsel ilişki sırasında vajinal ve servikal sıvılara maruz kaldığından cinsel yolla bulaşan hastalıklar sünnetsiz erkeklerde daha yaygın olarak görülmektedir (16). Erkek sünneti ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında bir bağlantı olduğu 1855 yılında ortaya koyulmuştur. Sünnetli Yahudi erkeklerinde sifiliz görülme oranı %19 iken, sünnetsizlerde bu oran %61 olarak bildirilmektedir (15).

Yapılan çalışmalara göre sünnetsiz erkeklerde cinsel işlev bozukluklarının sünnetli erkeklere göre daha sık görüldüğü bulgusuna ulaşılmaktadır (17). Aynı zamanda sünnetsiz erkeklerde prematür ejakülasyon sorunu sünnetli erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (18).

HPV enfeksiyonu ve sekonder kronik inflamasyonlar penil kansere neden olan önemli faktörlerdendir (13). Batı ülkelerinde penil kanser insidansı 1/100000 iken sünnetin uygulandığı İsrail'de 0.3/100000 olarak bildirilmektedir (19).

2.1.6. Erkek Sünnetinin Komplikasyonları

Her cerrahi işlemin riski olduğu gibi sünnet işleminde de komplikasyonlar görülmektedir (59-64). Kullanılan cerrahi teknik, anatomik anomaliler, ek hastalıklar, yaş ve işlemi yapan kişinin yeterli eğitime sahip olmaması komplikasyon riskini artırmaktadır (59). Sünnet operasyonunda ağrı, kanama, ödem, enfeksiyon, meatal ülser, derinin yetersiz eksizyonu, deri köprüleri, meatal stenoz, inklüzyon kisti, fistüller, penil torsiyon, cinsel işlev bozuklukları gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bunun yanı sıra aşırı kanama ve penisin ampütasyonu gibi ciddi komplikasyonlar nadiren eşlik etmektedir (59-64).

Türkiye’de yapılan bir sünnet araştırmasında %5 oranında komplikasyon görüldüğü ve en sık bildirilen komplikasyonun kanama olduğu görülmektedir (62). Yapılan başka bir çalışmada sünnet vakalarında en sık görülen komplikasyon kanama olmakla birlikte ikinci sırada enfeksiyon yer almaktadır. Aynı çalışmada penil hematoma, idrar retansiyonu, sünnet derisinin fazla kesilmesi gibi komplikasyonlarda görülmektedir (63).

Başka bir çalışmada ise %0.19 komplikasyon görüldüğü ve komplikasyonlar arasında en sık kanama görüldüğü bildirilmektedir. Bunun yanı sıra lokal enfeksiyonlar, cerrahi travmalar, İYE ve bakteriyemi vakaları görülmektedir (64).

2.1.7. Sünnetin Çocuk Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi

Bebeklik ve okul çağı çocuğu döneminde yapılan sünnetin psikolojik etkileri tartışmaların odağında yer almaktadır. Bazı araştırmacılara göre sünnet bir travma kaynağı olarak görülürken (24-26), bazı araştırmacılar sünnetin psikoloji üzerinde bir etkisi olmadığını savunmaktadır (27, 28).

Ünlü bir psikiyatrist olan Tractenberg’e (1999) göre yenidoğan döneminde yapılan sünnetin anne bebek arasındaki bağlanmayı etkilediğini, ciddi depresyon ve asfiksi gözlemlediğini dile getirmektedir. Ayrıca sünnetin neden olduğu travmanın ilerleyen yaş dönemlerinde iğdiş edilmeyeyle ilişkilendirileceğini, psikopatolojik ve şiddet içerikli davranışlar ya da aşırı mazoşistlik davranışların görüleceğini ileri sürmektedir (26). Yapılan başka bir çalışmada geleneksel nedenlerle sünnet edilen çocukların tıbbi nedenlerle sünnet edilen çocuklara göre daha fazla travma sonrası stres bozukluğu yaşadığı görülmektedir (41). Ülkemizde yapılan bir çalışmada sünnet sonrasında çocuklarda davranışsal ve geçici nörotik bozukluk ortaya çıktığı bildirilmektedir (24).

Cerrahi bir işlem olan sünnet sonrası erkeklerin benlik algılarında değişiklikler olabilmektedir. Erkek sünneti erkeklığe geçişin bir adımı olarak görülmekte olup penisin ve neyi simgelediğinin cerrahi olarak değiştirilmesi insanın kimlik algısı üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (32, 65).

Bir psikoterapist olan Rhinehart (1999) erkek sünnetinin yaşamın ileriki yıllarında güvensizlik, yakın ilişki kurmada zorluk yaşanması, düşük benlik algısı gibi psikolojik semptomlara neden olduğunu ileri sürmektedir (25). Ülkemizde yapılan bir araştırmada sünnetlilerde daha yüksek benlik algısı görülürken sünnetsizlerde düşük benlik algısı görülmektedir (66). Başka bir çalışmaya göre sünnet sonrası ilk bir ayda çocukların benlik algılarında bir yükselme olduğu bildirilmektedir. 6 ayın sonunda ise çocukların benlik algılarında herhangi bir değişiklik olmadığı görülmektedir (28). Sünnetli ve sünnetsiz yetişkinlerin benlik algıları arasında bir fark olup olmadığı inceleyen bir çalışmaya göre; sünnetsiz yetişkinlerin %15.8'inin düşük, %76.2'sinin orta ve %7.9'unun yüksek benlik algısı olduğu görülmektedir. Fakat sünnetli ile sünnetsiz erkekler karşılaştırıldığında benlik algısı açısından önemli bir fark olmadığı görülmemektedir (67).

2.1.8. Sigmund Freud'a Göre Gelişim Dönemleri

Freud'un psikolojiye kazandırdığı kişilik gelişim kuramı, kişiliğin doğduğu andan başlayan gelişimini açıklamaktadır. Kurama göre Freud'un psikoseksüel aşamalar olarak adlandırdığı, bedenin kısımlarından oluşan dönemler bulunmaktadır (30). Psikoseksüel aşamalar; oral dönem, anal dönem, fallik dönem, latent dönem, genital dönem şeklinde sıralanmaktadır. Freud'a göre cinsel uyarılmaya duyarlı erotojenik bölgeyle temsil edilen yaşamın ilk altı yılı kişilik gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır. Erotojenik bölge ise kendi kendine haz yaşanan, libidonun odaklandığı vücut organları ya da bölümleri olarak ifade edilmektedir (31).

2.1.8.1. Oral Dönem

Çocuğun doğumundan başlayarak bir yaşına kadar olan dönem "oral dönem" olarak adlandırılmaktadır. Yenidoğanların libidonun odağı ağız, dil, dudaklar olması nedeniyle bu döneme ismini vermektedir. Bu dönemde bebek emme, yeme davranışlarından zevk almaktadır. Sağlıklı bir gelişim için oral uyarımın sağlanması gerekmektedir (29-31, 68).

2.1.8.2. Anal Dönem

Çocuğun 1 yaşından 3 yaşına kadar olan dönemi “anal dönem” olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde anüs erotojenik bölgedir. Çocuklar anal dönemde anal uyarılmalardan, dışkılamaktan haz almaktadır (30, 31, 68). Bu dönemde çocuklara tuvalet alışkanlığı kazandırılırken annenin tutumu karakter özelliklerini belirlemede önem arz etmektedir (69, 70).

2.1.8.3. Fallik Dönem

Freud psikoseksüel gelişim kuramında 3 yaşından başlayarak 6 yaşına kadar devam eden döneme “cinsel algı dönemi” yani “fallik dönem” olarak adlandırılmaktadır. Fallik kelimesi “penis ile ilgili olan” anlamında kullanılmaktadır. Freud fallik dönemi çocukların ebeveynlerine karşı sergiledikleri cinsel ve saldırgan eylemlerin karmaşasını açıklayan Oedipus çatışması üzerinden temellendirmektedir. Merak ve cinselliğin hâkim olduğu bu dönemde kız ve erkek çocuklar cinsel organlarının farkına varmaktadırlar (31). Cinsel kimliğini keşfeden çocuk, karşı cinsi olan ebeveynindeki farklılıkları keşfetme iç güdüsüyle cinsel bir ilgi duymaya başlamaktadır. Karşı cinse yakınlık gösterdiği için hemcinsine ise saldırganlık beslemektedir. Kendinin düşmanlık duygularına karşılık hemcinsinin onu cezalandıracağını düşünerek endişelenmektedir. Bu anksiyeteye “kastrasyon” (iğdiş edilme anksiyetesi) adı verilmektedir. Çocuk güç ve iktidarlığın sembolü olarak gördüğü penisin elinden alınarak cezalandırılacağını düşünmektedir. Aynı zamanda ilgi duyduğu karşı cinsin hemcinsine ilgi gösterdiği için hemcinsiyle özdeşim kurmaktadır. Çocuk hemcinsini rol model görerek ona benzer davranışlar sergilemektedir (29-31, 68). Fallik dönemde ailenin yanlış tutumlarıyla hemcinsi olan ebeveyniyle özdeşim yapamayan kastrasyon anksiyetesi yaşayan çocuklarda “öedipal çatışma” adı verilen durum yaşanmaktadır. Öedipal çatışma yaşayan bireylerde ilerleyen yaşlarda içe kapanık, çekingen kişilik, sosyal fobi görülmektedir (68).

2.1.8.4. Latent Dönem

Fallik dönemin bitiminden ergenliğin başlangıcına kadar olan dönem (6-12 yaş) “latent (gizil) dönem” olarak adlandırılmaktadır. Çocuğun, fallik dönemde etkin olan cinsel istekleri azalmıştır. Bu dönemde çocuk özdeşim kurduğu hemcinsi ile etkileşim kurarak oyun, okul, öğrenme faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Freud’a göre bu dönem ardından gelecek fırtınalı dönem için bir dinleme dönemidir (29, 68).

2.1.8.5. Genital Dönem

Ergenlikle beraber başlayan yaklaşık 12-18 yaş ve sonrasındaki dönem “genital dönem” olarak adlandırılmaktadır. Cinsel enerjinin tekrar canlandığı bu dönemde ilgi karşı cins olmaktadır. Cinsel organları ile duyguları arasında bir bağlantı olduğunu keşfeden ergen, karşı cins ile duygusal ilişkiler kurmaktadır (29, 70).

2.1.9. Dünya’da ve Türkiye’de Sünnet Yaşı

Sigmund Freud’a göre fallik dönem olan 3-6 yaş aralığında cinsel organlara olan önem artmaktadır. Erkek çocuğu karşı cinsi olan annesine duyduğu ilgiden dolayı kendi hemcinsi olan babasına karşı bir tutum sergilemekte, karşılığında bir cezalandırma beklemektedir. Bu dönemde yapılan sünnet işlemini kendine yapılmış bir cezalandırma yöntemi olarak görmekte olup çocukta kastrasyon anksiyetesine yol açmaktadır (68). Bu nedenle 3-6 yaş aralığında sünnet yapılması önerilmemektedir (24, 35, 36, 42, 43). Dünya’da ve ülkemizde yapılan çalışmalarda yenidoğan ve süt çocuklarında sünnet sonrası psikolojik ve fiziksel travmanın daha az olduğu bildirilmekte olup sünnetin yenidoğan döneminde yapılması uygun görülmektedir (24, 43, 65, 71). Sünnet için yenidoğan dönemi kaçırıldığı ya da yapılması mümkün olmadığı durumlarda sünnetin 7-10 yaş aralığında yapılması gerektiği belirtilmektedir (24).

Sünnet her yaş grubunda yapılmaktadır. Batı ülkelerinde maliyet ve anesteziye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar göz önünde bulundurularak ağırlıkta yenidoğan döneminde yapılmaktadır (32, 71). Yahudi dininin öğretilerine göre çocuk doğduktan sonraki 8. günde sünnet edilmektedir. İslami dininde ise sünnetin zamanlaması hakkında bir özel tavsiyelerde bulunmaz (33).

Dünya’da yapılan bir çalışmaya göre ebeveynlerin %81.2’si sünnetin doğum sonra 2 ay içinde yapılması gerektiğini fakat çocuklarını %54.1’i 2 ay-13 yaş sünnet olduğu görülmektedir (33). Yapılan başka bir çalışmaya göre yapılan sünnetin %50’si yenidoğan döneminde, %17’si bebeklik döneminde, %18’i erken çocukluk döneminde gerçekleştiği bildirilmektedir (34).

Ülkemizde ise sünnet farklı yaş dönemlerinde uygulanmaktadır. Ankara’da 411 erkek çocuk üzerinde yaptığı çalışmada %14.8’i 1 yaşından önce, %7.7’sinin 1-3 yaş arasında, %35.9’unun 3-6 yaş, %41.6’sı 6 yaşından sonra sünnet edildiği bildirilmektedir (35). Ülkemizde yapılan bir çalışmada annelerin %43.2’si 6-12 yaş, %36.5’unun 3-6 yaş,

%15.6'sının 1-3 yaş, %4.7'sinin 1 yaş altının sünnet için en uygun yaş dönemi olduğunu belirtmişler (72). Koby ve Yazıcı'nın yaptığı bir araştırmada annelerin %44'ünün çocuklarını 4-6 yaş döneminde, %21.2'sinin ise 7-12 yaş döneminde sünnet yaptırdıkları belirlenmiştir (36). Ülkemizde yapılan bir araştırmada çocuğunu fallik dönemde sünnet ettirmiş annelerin oranı %36.7'dir (37). Giresun ilinde yapılan bir çalışmada ailelerin çocuklarını %13.5'i 3 yaş altı, %42.2'si 3-6 yaş arası ve %44.3'ü altı yaş ve üzeri dönemde sünnet ettirdiği sonucuna ulaşılmaktadır (73). Pratisyen hekimlerin sünnet ile ilgili bilgi düzeyini incelemek amacıyla yapılan çalışmada %42.1'si 2-6 yaş arasında sünnet yapılması gerektiğini düşünmektedir (38).

2.1.10. Sünnet Yaşının Çocuk Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi

Ailelerin çocuklarını sünnet ettirmek için tercih ettikleri yaşın çocuk ruh sağlığı üzerine etkileri olduğu düşünülmektedir. Özellikle fallik dönemde yapılan sünnetin kastrasyon ve ayrılık anksiyetesine, düşük benlik algısına, sosyal fobilere, enürezise, tırnak yemeye, agresif davranışlara, kâbus gibi uyku bozukluklarına neden olmaktadır (25, 27, 39, 40).

Dünya'da yapılan bir çalışmada fallik dönemde sünnette negatif davranışlar ve hatta travma sonrası stres bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (41). Ülkemizde fallik dönemde sünnet edilen çocukların psikososyal açıdan etkilendiği görülmektedir (42). Yapılan başka bir çalışmada çocukların sünneti bir saldırı olarak algıladıkları, sünnet sonrasında anksiyete ile başa çıkma kapasitesinin azaldığını bildirilmektedir (43). Corduk ve diğerlerinin (2013) yapmış olduğu çalışmada ise fallik dönemde sünnet edilen çocukların daha çok korku ve ağrı yaşadığı belirtilmektedir (44).

2.2. Benlik

Benlik, kişiliğin oluşmasını sağlayan ana öğelerden biridir. Kişinin kendisini nasıl gördüğünü gösteren algılama ve kavrama şeklidir. Başka bir ifadeyle benlik kavramı, çocuğun kendisi hakkında yetenek, beceri, görünüm ve toplumsal kabul edilirliliğine dair zihnindeki düşüncelerdir (74). Çocuk benliğini, çevresindeki ilişkileri, hayat boyu edindiği tecrübeleri kendi duygu ve düşünceleriyle harmanlayarak şekillendirmektedir (74, 75). Literatürde benlik kavramı, “öz kavram” ve “kendilik” kavramları ile eş anlamda kullanılmaktadır (76).

2.2.1. Benlik Tanımları

Benlik kavramı birçok tartışmanın odağında yer alan psikoloji kavramlarından biridir. Benlik kavramına, diğer alanlarla ve kavramlarla ilişkisi, boyutluluğu açısından birçok kuramcı tarafından tanımlamalar yapılmıştır (68-75).

Markus ve Zajonc (1985), psikolojideki benlik kavramını “bireyin bilişinin temel bileşeni” olarak ifade etmiştir (77).

Erikson (1968), benlik kavramını “psikolojik stres ve çatışmanın kaynağı” olarak tanımlamıştır (78).

Kaplan (1986), benlik kavramını sosyolojik açıdan inceleyerek “sosyal bir ürün ve güç” olduğunu iddia etmiştir (77).

Coopersmith (1967), benlik kavramını “bireyin kendisine karşı takındığı tutumlarla ifade edilen, kişisel bir değer yargısı” şeklinde tanımlamıştır (79).

Epstein (1973) ise benlik kavramını, “bir bireyin benlik sistemindeki tutarlılığını koruyan, kalıcı bir karakteristik veya özellik” olarak ele almıştır (80).

McCandless (1961) göre kişiliğin merkezi olarak kabul edilen benlik kavramı, kişinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal özellikleri, istekleri ve başarıları hakkındaki inançlarının toplamı olarak kabul edilir (81).

Kulaksızoğlu (2000) benlik kavramını, “bireyin kendini algılamasına ve değerlendirmesine ilişkin geliştirdiği görüşler” olarak tanımlamaktadır (82).

2.2.2. Benlik Algısı

Genel anlamda benlik algısı “kişilerin kendileri hakkındaki düşüncelerinin, duygularının, tutumlarının bir bütünü” olarak ifade edilmektedir (75).

2.2.2.1. Benlik Algısı Tanımları

Demoulin’e göre (1999) benlik algısı, “bireyin hayatında edindiği tecrübeler sonucu kendisine karşı oluşturduğu olumlu ve olumsuz yargıların bütünüdür.” Demoulin benlik algısını, benlik öz yeterliği/öz yeterlik ve benlik saygısı/öz saygısı olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir (83).

Eisenberg ve Delaney’e göre (1998) “benlik algısı, kişinin kendi hakkında ne bildiği ve neye inandığı kişinin kendi hakkındaki belirli görüşleri, duyguları, arzuları,

yetenek ve sınırlılıkları, ilgi ve ilgisizlikleri, gelecekle ilgili umut ve beklentilerine ilişkin algılaması ve yorumlamasıdır (84).”

Wollfolk’a göre (1998) benlik algısı, kendimizi kendimize açıklamak, kendimizle ilgili izlenimlerimizi, duygularımızı ve tutumlarımızı düzenleyecek bir şablon inşa etme olarak düşünülebilir. Fakat bu şablon kalıcı olmamakla birlikte yaş evrelerine göre değişmektedir (85).

Cüceloğlu’na göre (1997) benlik algısı, “kişinin kendisi hakkındaki görüşleri, başkalarının kişiye ilişkin görüşlerinden kişiye yansıyanalar, kişinin kendisine ilişkin değerlendirmelerinden oluşmaktadır (86).”

2.2.3. Benlik ve Benlik Algısı ile İlgili Temel Kuramcılar

Kuramcılar ben, benlik, benlik algısı kavramlarına farklı tanımlamalar getirmiştir. Bazı kuramcılar benlik kavramına sosyal çevrenin etkisini göz önünde bulundurarak yaklaşırken, bazı kuramcılar ise kişinin kendini nasıl tanımladığı konusuna ağırlık vermiştir (29-31, 78, 87-97).

2.2.3.1. William James

James’in “The Principles of Psychology” (1952/1891) adlı eseriyle psikolojideki yerini almıştır (87). Benlik kavramının doğrudan gözlenmesi mümkün olmadığından ve öznel bir kavram olduğundan dolayı William James psikolojinin konuları arasında yer alması gerektiğini savunmuştur. Böylece benlik, bireyin sosyal etkileşimdeki rolleri, bedensel-fiziksel özellikleri ve birey kendisi ile ilgilendiğinde, bazı duyumsal tecrübelerin birbirini takip eden bir bilinç akışında hem kendini bilen bir özne hem de bu bilişlerin konusu olan nesne olarak ifade etmiştir. James benliği, öznel (bilen) benlik ve nesnel (bilinen) benlik olmak üzere iki başlıkta incelemiştir (87, 88). Yaşam içerisinde meydana gelen değişiklikler “nesnel benlik” olarak tanımlanırken, bu değişimlerin tümünün değerlendirilmesi “öznel benlik (bilen)” ile açıklanmaktadır. Öznel benlik, nesnel benliği kapsayan, dönüşümsel bir yapıdan oluşmaktadır. James, öznel benliğin kişinin hayatı nasıl yorumladığı, düzenlediği ve başladığına dair benlik hakkındaki birçok temel kavrayıştan oluştuğunu savunmaktadır. Bu kavrayışlar “Ben değişimin başlatıcısı olabilirim ve hayatın olaylarını kontrol edebilirim”, “Benim kendi edinimlerim aynı durumdaki bir başka kişiye özel ve uygun değildir”, “Dünüm, bugünüm ve yarınım devam ediyor” ve “Ben kendime göre düşünür ve hareket ederim” şeklindedir. Bunlar; sırasıyla öz-bilinç/yansıtma, sabitlik,

kişisel algısı/özerklik algısının temelini oluşturmakta ve hepsi de öznel benlik algısına katkıda bulunmaktadır (88).

2.2.3.2. Charles Horton Cooley

James'den sonra benlik kavramıyla ilgilenen ikinci isim Charles Horton Cooley'dir. Cooley, James'in benlik kavramı tanımlamasını, sosyal çevreye yer vermeyerek bireysel bazda incelediği için eleştirmiştir. Cooley'e göre benlik kavramı çevreden bağımsız olarak incelenmemesi gerekmektedir (89).

Cooley (1902) benlik kavramını açıklayabilmek için ayna metaforunu kullanmıştır. Cooley'e göre kişinin kendisi hakkındaki duygu ve düşüncelerinin büyük bir kısmının çocukluk döneminde kendisinde etki bırakmış insan ilişkilerinden oluştuğunu ileri sürmüştür. Cooley tıpkı bir ayna gibi kişi kendisine gösterilen değeri kendisi hakkındaki değerlere yansıtmaktadır. Örneğin kişi çevresindekiler tarafından çirkin olduğu şeklinde bir değer görürse, kişi de kendisini çirkin olarak görmektedir. Ayna benliği harekete geçiren bazen bir aile olduğu gibi tek bir kişi de yeterli olabilmektedir. Önemli olan kişi ile arasında duygusal bir bağ bulunmasıdır. Kişi ile bir bağ söz konusu olmadığında insanların olumsuz görüşleri kişi tarafından filtrelenerek göz ardı edilmektedir (89, 90).

2.2.3.3. George Herbert Mead

Mead benlik kavramını sosyal açıdan değerlendiren bir psikologdur. Mead'e göre benlik, kişiye toplum tarafından kazandırıldığı fikrini ileri sürmüştür. Mead, benliği "I" ve "me" olarak ikiye ayırmaktadır. "I" benliği, kişinin yaratıcı içinden geldiği gibi davranan yönü iken "me" benliği ise başlarının kendisi hakkındaki düşünceleri önemseyerek içselleştiren benliktir. Kişinin yaşadığı toplum katı ve sınırlayıcı bir toplumsa "me" benlik "I" benlik üzerine egemenlik kurmaktadır. Mead'e göre benliğin oluşmasında toplumun ve genetiğin önemli olduğunu dile getirmektedir (91).

2.2.3.4. Sigmund Freud

Sigmund Freud benlik kavramını analitik kuramın parçaları olan id-ego-süperegoyu içine alan bir yapı olarak ifade etmektedir. İd, ego, süperegonun birbirleriyle etkileşimi sonucu davranışlar oluşmaktadır. İd, insanın kişiliğinin temelini oluşturmaktadır. İlkel benliğimiz olan id koşulsuz ve sürekli haza ulaşma çabası içerisindedir. Bu durum idin haz ilkesi olarak ifade edilmektedir (30).

İdden gelen isteklerin karşılanması işlev benlik olarak da isimlendirilen ego tarafından gerçekleşmektedir. Ego idden gelen sürekli ve kontrolsüz tutkuların aksine gerçekçi ve makul istekleri yerine getirmektedir. Freud'a göre haz ilkesi ide, gerçeklik ilkesi egoya hakimdir. Ego, id ile süperegö arasında arabuluculuk görevi yapmaktadır. Üst benlik olarak adlandırılan süperegö, kişiliğin ahlaksal boyutunu oluşturmaktadır. Süperegö, anne baba ve çevredeki ilişkilerle şekillenerek, ödöl ve ceza uygulamalarıyla pekiştirilen, toplumdaki geleneksel değerlerin içsel temsilcisidir. Diğer bir ifadeyle süperegö, doğru ile yanlışın, iyi ile kötünün kararını veren yargılama merciidir. Süperegö, mükemmeliyet ilkesine göre hareket etmektedir (30).

Ego, id ile süperegö arasında arabuluculuk görevi yapmaktadır. Ego bir taraftan idden gelen içgüdü ve dürtüleri gerçeklikle tatmin etmek, bir taraftan da süperegönün mükemmeliyet arzusuyla başa çıkmak zorundadır (30, 31).

2.2.3.5. Erik Erikson

Erikson (1984), bireyin sekiz farklı gelişim dönemi olduğunu söylemektedir. Erikson'un kuramında kimlik, kimlik bunalımı kavramları önem taşımaktadır. Yaşamın tamamının kişilik açısından önemli olduğunu ifade etmektedir. Erikson'a göre benlik gelişimi belirli zaman dilimleri içerisinde biyolojik temelini olduğunu söylemektedir. Gelişim dönemlerinde yaşanan psikososyal krizler sonraki bir gelişim döneminde de çözülebileceğini ifade etmektedir (78).

Temel güven ve güvensizlik duygularının hâkim olduğu yaşamın ilk döneminde bakım verenlerin beklentileri düzenli, tutarlı, zamanında karşılaması önem taşımaktadır. Özerklik ve kuşku ve utanç olan ikinci dönemde çocuk kendi kendine karar verebilme, düşünebilme, kendisini çevreye kabul ettirme ve çevreyi kontrol etme becerilerinin üstesinden gelerek benliğini geliştirmektedir. Çevre çocuğun ihtiyaçlarına cevap vermezse kendisinden şüphelenerek girişimde bulunmaktan korkmaktadırlar. Üçüncü basamakta çocuk girişimcilik ya da suçluluk duygusunu değerlendirmektedir. Bu dönemde ailelerin olumlu davranışlarıyla girişimcilik duygusu pekiştirilerek benlikleri güçlenmektedirler. Başarıya karşılık aşağılık duygusunun dördüncü basamakta çocuğun aldığı riskler takdir edilmediği durumlarda aşağılık duygusu geliştirmektedir. Beşinci basamak ise ergenlik döneminde kimliğe karşılık rol karmaşasının görüldüğü dönemdir. Bu dönemi başarıyla atlatan bireyler sağlam bir kimlik edinebilmektedirler. Kimlik bunalımının yaşandığı dönemde ergen çevresi, ailesi, arkadaşları tarafından onay görürse olumlu bir benlik

kazanmaktadırlar. Yakınlığa karşı uzaklık, yalnızlık duygularının görüldüğü altıncı basamakta birey karşı cins ile geleceğe yönelik ilişkiler kurmaktadır. Bu dönemde meslek seçimi büyük yer tutmaktadır. Üretkenliğe karşı durgunluk duygularının görüldüğü yedinci basamak orta yetişkinlik dönemine denk gelmektedir. Üretkenlik işlevlerde bulanamayan kişiler işe yaramama duygusu geliştirerek durgunlaşmaktadırlar. Benlik bütünlüğüne karşı umutsuz olan son basamakta tüm hayatını gözden geçirmektedir. Birey bu dönemde benlik bütünlüğünü korumaktadır (78, 90).

2.2.3.6. Alfred Adler

Adler'e göre benlik, kişiliği oluşturmaktadır. Kişi hayatı boyunca aşağılık duygusuyla baş etme ve üstünlük kurma çabası içerisindeydir. Birey saygınlık kazanmak ve benliğini olumlu anlamda geliştirmek için kendisindeki eksik ve kusurları düzeltme gayreti gösterir (92, 93). Benlik kişinin yaşamındaki sorunlara dış dünyada çözüm bulmanın yollarını aramaktadır (31). Adler'e göre insan doğanın karşısında güçsüz ve aciz konumdadır. Bu güçsüzlüğün aşağılık duygusundan ileri geldiğini ve bu duygudan kurtulmak için benliğin mükemmel olma düşüncesine sahip olduğunu ileri sürmüştür (92, 93).

2.2.3.7. Carl Gustav Jung

Carl Gustav Jung (1968), benlik konusunda Freud'a benzer bir görüş benimsemektedir. Jung evrensel bir benlik tanımlamaktadır. Evrensel benlik, benliğin insanda doğuştan var olduğunu kusursuza ulaşma yönünde bir güdüye sahip olduğunu dile getirmektedir. Jung'a göre benlik egoda oluşmaktadır. Benlik diğer arketipleri kapsayan kolektif bilinçaltında yer alan yönetici bir arketiptir Kişileri içe dönük ve dışa dönük olarak sınıflandıran Jung ikisinin dengede olmasını gerektiğini belirtmektedir. Eğer bir dengesizlik oluşursa benlik problemlerinin meydana geldiğini dile getirmektedir (94).

2.2.3.8. Harry Stack Sullivan

Sullivan'a göre benlik toplumsal yapının bir ürünü olarak ortaya çıkmaktadır. İnsan ilişkilerinden doğan sorunlar anksiyetenin ve davranış bozukluklarının temelini oluşturmaktadır. Birey meydana gelen anksiyeteden kurtulmak için bir benlik sistemi oluşturmaktadır. Bu sistem bazı davranışları onaylayan iyi ben, bazı davranışları onaylamayan kötü benden meydana gelmektedir. Sullivan benlik gelişiminde anne çocuk

ilişkinde dikkat çekmektedir. Annenin hoşlanmadığı olaylar sonucunda kötü ben, anne tarafından ödül getiren olaylar sonucunda iyi ben oluşmaktadır (95).

2.2.3.9. Carl Rogers

Rogers insanın kendini gerçekleştirme eğiliminde olduğunu düşünmektedir. Rogers'a göre bir insanın doğrudan edindiği basit ve öznel tecrübe ve yaşantılar birleşerek benlik algısını oluştururken, bireyin benlik algıları başkalarının kendisi hakkındaki yargıları birleşerek benlik kavramını meydana getirmektedir. Rogers'a göre olumlu benlik bilincinin gelişebilmesi, olumsuz davranışlarına rağmen koşulsuz bir kabul görmesi gerekmektedir. Koşulsuz sevgi ortamında büyüyen kişi benliğini koruyup geliştirebilir. Kendisini dürüst olarak ifade eden bir kişi yalan söylediği anda bu davranışından huzursuz olup kendini yargılamaya başlamaktadır. Yaptığı davranışı kabul edilebilir gösterecek mazeretler bulmaya yönelir. Rogers'a göre bu yönelim kişinin anksiyete düzeyini yükseltmekte olup benliği olumsuz etkilemektedir. Eğer kişi yanlışını kabullenip tekrarlamazsa kişi benlik bütünlüğünü korur (96).

2.2.3.10. Abraham Harold Maslow

Maslow benlik kavramını açıklarken kendini gerçekleştirme kavramına dikkat çekmiştir. Kişinin kendisine özgü bir “öz ben” olduğunu dile getirmiştir. Birey, kendi içindeki tüm potansiyeli ortaya koyabildiği ve amaçları doğrultusunda kullanabildiğinde kendini gerçekleştirmiş sayılır. Yaşamdan zevk alan, kendini ve başkalarını olduğu gibi kabul eden, sorumluluk alabilen kendini gerçekleştirmiş kişidir (97).

2.2.4. Benlik Algısının Gelişimi

Bireyin gelişimi yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Gelişim genel olarak fiziksel, bilişsel, psikososyal olmak üzere üç alanda incelenmektedir. Psikososyal gelişim alanı bireyin kişiliğindeki, duygularındaki ve başkalarıyla ilişkilerindeki değişiklikleri içermektedir. Psikososyal gelişimde en önemli süreç benlik algısının gelişimidir (29).

Benliğin temelleri ailede atılmaktadır. Ailenin çocuğa karşı tutum ve davranışları ile çocuğun benlik algısını oluşturmaya başlamaktadır. Bu nedenle aile üyelerinin birbirleri ve çocukla iletişimi benlik gelişimi açısından büyük önem arz etmektedir (98).

Yaşamın ilk aylarında çocuk bedenini çevresinden ayırt edemeyip, çocuğun dünyası kendi yaşantısından ibarettir. Bebeklerle oyun aracılığıyla kurulan sosyal iletişim benlik kavramının da başlangıcı olmaktadır. 12-15. aylarda çocukların kendi tercihlerini yapmaya

başlamasıyla benliğin de temelleri atılmaktadır Yaşamının 18. ayında kendini çevreden fiziksel olarak ayırt etme becerisi kazanmaktadır. Yani başka bir deyişle kendini anlama anlayışı gerçekleşmektedir (99). Çocuklar 18-24. aylarda aynaya baktıkları zaman kendilerini tanıma süreci gerçekleşmektedir. Bu sürecin ardından öz-tanımlama ve öz-değerlendirme gerçekleşmektedir. Çocuklar 19-30. aylarda belli kavramları öğrenerek kelime haznelerini geliştirmektedirler. Çocuklar öğrendikleri bu kelimeler ile kişileri değerlendirmeye başlamaktadırlar. Ardından istemedikleri durumlara tepki göstererek ahlak bilincini oluşturmaktadırlar. Çocuklar 3 yaşına yaklaştığında sayı sayabildiğini, güzel buldukları, sevdikleri şeyleri dile getirerek benliğine dair gözlemlenebilir belirtiler göstermektedir. Çocuk 3 yaşına gelince fiziksel ve psikolojik bağımsızlaşmaya başlamaktadır. Okul öncesi çocuğunun da benlik kavramı bebeklikte olduğu gibi somut öğelerden oluşmaktadır. Bu dönem çocuğu kendini olumlu değerlendirme eğilimindedir. 4-7 yaş dönemi çocukları benlik değerlendirmelerini, bilişsel yeterlik, fiziksel yeterlik, fiziksel görünüm, sosyal kabul ve davranışsal kuralları çerçevesinde yapmaktadır. Bu dönemde çocuklar kimliklerini tamamiyle değerlendiremedikleri düşüncesiyle tek boyutlu benlik perspektifine sahip olduklarını söylemektedir. Okul çağına gelen çocuk, okulda kişilerarası ilişkiler, okuma, yazma, oyun gibi yeteneklerini geliştirirken aynı zamanda benlik algısını değerlendirme süreci de gelişmektedir. 8-12 yaş çocuklarda ise çok boyutlu benlik perspektifi bulunmaktadır. Ergenlik döneminde ise benlik kavramı soyutlaşmaktadır. Ergen, başkaları ile ilişkilerinde, özellikle akranları ile bir aradayken, aşırı uyma özelliği gösteren bir süreçten geçerek farklı rollerin kendine uyup uymadığını anlamak için çaba gösterir. Gösterdiği bu çaba, onun ideal benliğini şekillendirmektedir (88, 99).

2.3. Anksiyete

2.3.1. Anksiyetenin Tanımı

Batı kökenli bir kelime olan anksiyete kavramı Latince “sıkmak, daraltmak, boğmak” anlamlarına gelmekte olup “anx-” kökünden gelmektedir (100). Freud’un “Ketlemeler, Semptom ve Kaygı” adlı çalışmasında belirli bir kişi ya da duruma odaklanmadan, genel olarak hissedilen derin bir kaygı ve korku hali olarak tanımladığı kavramı Lacan Almanca’da “angst” olarak adlandırmaktadır. Bu kavram İngilizce’de gelecekte olabilecek olan bir şeye veya korku ve endişeye neden olabilecek bir şeye karşı gergin, rahatsız hissetmek” anlamında olan anksiyete kelimesi olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Anksiyete kavramı dilimize Türkçe kökenli bir kelime olan kaygı olarak çevrilmektedir (101). Kaygı kelimesi Eski Türkçe’de üzüntü, tasa anlamına gelen “kadğu” kelimesine karşılık gelmektedir (100).

Anksiyete, bireyin tüm varlığını etkileyen, belirsiz olan, tanımlanamayan tehlikelere karşı fizyolojik, psikolojik ve davranışsal boyutları olan bir tepki olarak ifade edilmektedir (102). American Psychological Association (APA) anksiyeteyi; kan basıncında yükselme, endişe ve gerginlik hisleriyle karakterize bir duygu hali olarak tanımlamaktadır (103). Anksiyete, kişinin iç ya da dış dünyasından kaynaklanan tehlike veya tehdit olarak algıladığı bir durum karşısında yaşadığı duygu halidir (104). Cüceloğlu (2015) anksiyeteyi, kişinin bir durum veya davranışının gelecekte ortaya çıkaracağı muhtemel olumsuz bir durumdan kendisini korumaya yönelik geliştirdiği bir olay olarak tanımlamaktadır (73). Anksiyete tanımlarına geniş çerçeveden bakacak olursak anksiyete tehlike olarak algılanan bir durumun var olduğu ve endişe, huzursuzluk gibi duygulara neden olduğu görülmektedir (104).

2.3.2. Normal ve Patolojik Anksiyete

Tüm bireylerde bir alarm sistemi niteliğinde olan potansiyel bir anksiyete bulunmaktadır (105). Kişi tehdit edici bir unsur ile karşılaştığında meydana gelen anksiyete düzeyi, kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir. Düşük ve orta düzeyde anksiyete, performansın yükselmesini, dikkati, öğrenmeyi ve cesareti artırmakta, kişiyi harekete geçirmekte, büyüme gelişme dönem geçişlerini kolaylaştırmaktadır. Yüksek düzeyde anksiyete kişinin algılama düzeyini ve karar verme yeteneğini azaltmaktadır (106).

Normal ve patolojik anksiyete arasında net bir sınır olmamakla birlikte bazı yönlerden birbirlerinden ayrılmaktadır (107). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kriterlerine göre normal anksiyete ile patolojik anksiyete belirtilerin sayısı, şiddeti, süresi, vücutta bozulmaya neden olması konularında birbirlerinden farklılık göstermektedir (108). Patolojik anksiyetede kişiler neden korktuklarını bilmezler. Kişinin anksiyetesi durumla orantısızdır (94). Patolojik anksiyete normal anksiyeteye göre daha yoğun, şiddetli ve daha uzun sürelidir. Patolojik anksiyete stres verici olay atlatıldıktan sonra bile aylarca devam edebilmektedir. Patolojik anksiyete kişiyi yaşamını etkileyen fobilere neden olmaktadır (102).

Çocuklar büyüme ve gelişmenin olağan sürecinde anksiyete yaşamaktadırlar. Yaşın ilerlemesiyle bilişsel ve sosyal yeterliliklerinin artmasıyla anksiyete ve korkuların türü de

değişmektedir. Bu nedenle çocuklarda patolojik anksiyetenin tespit edilmesi zorlaşmaktadır (109).

2.3.3. Durumluluk-Sürekli Anksiyete

Spielberger anksiyeteyi durumluk ve sürekli olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Spielberg'e göre durumluluk anksiyetesi geçici bir durum olmakla birlikte otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla harekete geçen, hoş olmayan gerginlik, endişe duygularını içeren zamana göre duygu yoğunluğu değişiklik gösteren bir durum ya da tepkidir. Durumluluk anksiyetesinin yoğunluğu kişinin tepki vermesine neden olan durumu tehdit edici olarak algılamasına bağlıdır. Durumluluk anksiyetesi kişinin içsel ya da dışsal bir tehdit olarak görüldüğü tehlike karşısında verdiği anlık tepki olduğu için tehlike ortadan kalktığında anksiyete de sona ermektedir (110).

Sürekli anksiyete ise kişinin anksiyeteye olan eğilimi ile ilişkili olup içinde bulunduğu durumu stresli olarak yorumlamasıyla ortaya çıkmaktadır. Sürekli anksiyete nötr olan bir durumun kişi tarafından tehdit olarak algılanması sonucunda ortaya çıkan mutsuzluk duygusu olarak ifade edilmektedir. Sürekli anksiyete düzeyi yüksek olan bireyler düşük olan bireylere göre birçok durumu tehlikeli ve tehdit edici olarak algılama eğilimindedir. Öner ve Le Compte (1985) durumluk anksiyetesini kinetik enerjiye, sürekli anksiyeteyi potansiyel enerjiye benzetmiştir. Durumluk anksiyetesi kinetik enerji gibi belirli bir zaman kesiminde ortaya çıkarken sürekli anksiyete ise, potansiyel enerji gibi belirli bir tepki gösterme yatkınlığıdır (111).

Sonuç olarak; durumluk anksiyetesi, belirli durumların tehdit edici olarak değerlendirilmesi biçiminde tanımlanırken; sürekli anksiyete, her ortamın genelde anksiyete verici olarak değerlendirilmesi ve yaşanması anlamına gelmektedir (112).

2.3.4. Anksiyete ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

2.3.4.1. Psikoanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik yaklaşımlara göre, birey akla yatkın çözümlerle anksiyeteyle başa çıkamazsa ego kendini korumak amacıyla savunma mekanizmalarına başvurmaktadır. Egonun savunma mekanizmalarına örnek olarak bastırma, yadsıma, rasyonalizasyon, yansıtma, yüceltme, özdeşleşme, ödünleme, gerileme, içselleştirme ve yön değiştirme verilebilir. Savunma mekanizmaları anksiyeteyi yeterince engelleyemediğinde ise semptomlar yüzeye çıkar ve anksiyete probleme dönüşür. Sinir tiki, hırsızlık veya altını

kirletme gibi nevrotik temelli problem davranışlar anksiyeteye karşı savunma mekanizması olarak oluşurlar (95).

Psikanalizin kurucusu Freud yapısal kişilik kuramında, benliği oluşturan ve birbiriyle etkileşim halinde olan id, ego, süperegoda bahsetmektedir. Freud'a göre id, ego, süperegö arasında meydana gelen çatışmalar anksiyetenin yükselmesine neden olmaktadır. Freud'a çocuğun egosu, çocuğun gelişim dönemleriyle ilişkili olarak anksiyeteyi deneyimlemektedir. Yaşamın ilk yıllarında bakım veren tarafından sevgi veya yiyecek ihtiyacı karşılanmayan bebek, çaresiz ve bağımlı bir varlık olduğunu duyumsar (72). Çocuk daha aktif ve hareketli hale gelip ayrı bir insan olduğunun farkına vardığında ve kontrol mücadeleleri ile yaramaz davranışları ortaya çıktığında bu seferde bakım veren nesneyi ve bakım verenin sevgisini kaybetme korkusunu yaşar. Tabloya cinsellik dahil olduğunda ve çocuk kendi anatomisi hakkında merak duygusu geliştirip cinsel duyguları ve ebeveynine yönelik daha kompleks duygularına yönelik farkındalık geliştirdiğinde, kastrasyon anksiyetesi olarak ifade edilen iğdiş edilme korkusunu yaşayabilir. Okul çağına geldiğinde çocuğun süperegosu olgunlaşır. Anksiyete; kendini cezalandırma, utanma ve suçluluk hissetme gibi hoş olmayan duygular şeklinde şekil değiştirir. Birey gelişim basamaklarında anksiyete kaynaklı yoğun stres deneyimleme sonucunda acıyı azaltmak için ego savunma mekanizmalarını geliştirir (29). Böylece ego bütünlüğünü sağlamak için bilinçdışı mekanizmalar devreye sokulmuş olur. Freud'a göre psikoseksüel gelişim aşamalarındaki başarısız seyir anksiyete semptomu şeklinde kendini göstermektedir. Her aşamada gerçekleştirilmesi beklenen farklı bir gelişim görevi olması dolayısıyla bu aşamalarla ilişkilendirilen anksiyete de farklılaşmaktadır (95).

Freud anksiyeteyi gerçeklik anksiyetesi, ahlaki anksiyete ve nevrotik anksiyete olarak ayırmaktadır. Gerçeklik anksiyetesi, kişinin gerçek bir tehlike ile karşılaştığında verdiği olağan duygudur. Ahlaki anksiyete, süperegönün toplumsal değerlere uyum sağlarken yaşadığı korkudur. Nevrotik anksiyete ise çocuklukta yaşanmış olan oedipal çatışma ve cinsel suçluluk duygularıyla yakından ilişkilidir (29, 72).

Karen Horney anksiyeteyi gerçek ya da algılanan tehditlere karşı verilen bir tepki olmasının yanı sıra kişiyi harekete geçiren motive edici bir etken olarak görmektedir. Freud'un aksine Horney, anksiyeteyi cinsel olmayan ortamlarda da görüldüğünü vurgulamıştır. Horney'e göre anksiyete, bakım ve korunma konusunda ebeveyne bağımlılığın olduğu çocukluk döneminde de fazladır. Eğer çocuğun temel bakım ve

güvenlik ihtiyaçları karşılanmazsa içsel savunmaları devreye girer. Bu içsel savunmaların tehdit edildiği durumda ise birey daha da büyük bir anksiyete yaşar (94).

Alfred Adler'e göre anksiyete, çocukluktan başlayarak yaşanana kadar bireye eşlik etmektedir. Anksiyete ilk ve en ilkel biçimde yalnız kaldığında dehşete düşen çocuklarda gözlemlenmektedir. Adler'e göre anksiyete sadece titreme ve terleme gibi birtakım fiziksel belirtiler veya endişe uyandıran durumdan kaçma anlamına gelmemektedir. Bireyin işini ağırdan alıp ötelemesi, durumlar karşısında kararsız davranması veya kaçınma davranışlarına hizmet eden bahaneler üretmesi biçiminde de anksiyete belirtileri kendini gösterebilmektedir. Birey toplumsal yaşam sorunlarıyla karşılaştığında eğer bunların üstesinden gelebilecek hazırlığa sahip değilse birtakım nevroz belirtileri göstermektedir. Bireyin gösterdiği her nevroz belirtisi, yaşam sorunlarından kaçışını haklı göstermesine yardımcı olmaktadır (93).

Sullivan anksiyeteyi Freud'un teorisini temel alarak tanımlamaktadır. Sullivan anksiyetenin kaynağının bastırılan duygu, düşünce, arzu, isteklerin ortaya çıkmasından duyulan korku olduğunu ileri sürmektedir. Bireylerin düşünceleri yüzünden toplum tarafından reddedileceğini, sevilmeyeceklerini düşünmeleri anksiyete neden olmaktadır (72).

2.3.4.2. Bilişsel Yaklaşım

Aaron Beck, insanların duygusal tepkilerinin olayları algılama ve yorumlama biçimlerine bağlı olduğunu belirtmektedir. Beck'e göre üzüntü, keder, elem, sevinç, bunaltı ve öfke gibi psikopatolojik semptomlar algıların abartılmış ve süreklileşmiş biçimidir. Beck psikopatolojik durumların temelini çocukluk döneminde edinilen çarpık algılama, yanlış değerlendirme ve hatalı düşünce yapısından geldiğini ifade etmektedir. Buna göre psikolojik problem yaşayan bireyin kendisini, dünyayı ve geleceğini algılaması ve değerlendirmesi hatalı ve yanlış varsayımlara dayanmaktadır (113).

Ellis'in kuramında duygular sağlıklı ve sağlıklı olmayan duygular şeklinde ayrılmakta olup sağlıklı duygular; üzüntü, pişmanlık, hayal kırıklığı, hoşnutsuzluk/sevgi, mutluluk, zevk, merak sağlıklı olmayan duygular; depresyon, anksiyete, umutsuzluk, değersizlik, düşmanlık, paranoya olarak ifade edilmektedir (114). Sağlıklı ama negatif duygular, istenmedik durumlar karşısında bireyi amaçlarına ulaşmaktan alıkoymayan yapıcı duygusal tepkiler iken; sağlıklı olmayan olumsuz duygular dayatmacı ve yıkıcı bir içeriktedir. Ellis, sağlıklı olmayan olumsuz bir duygu olan anksiyeteyi, huzursuzluk

anksiyetesi ve ego anksiyetesi şeklinde iki başlıkta incelemektedir. Huzursuzluk anksiyetesini, insanların yaşamı veya düzeni tehdit edildiğinde, elde etmeleri gereken bir şeyi elde edemediğinde, korkunç veya felaket olarak nitelendirdikleri durumlarda hissettikleri duygusal gerilim olarak tanımlamıştır. Ego anksiyetesi ise insanların benliklerinin veya kişisel değerlerinin tehdit altında olduğunda, başkaları tarafından onaylanmaları gerektiğinde, hissettikleri duygusal gerilimdir. Ego anksiyetesi, şiddetli depresyon, utanç, suçluluk ve yetersizlik hislerinin eşlik ettiği; sıklıkla insanları suikid düşüncelere iten dramatik ve güçlü bir duygudur. Huzursuzluk anksiyetesi ise daha az dramatik olmakla birlikte daha yaygın görülmektedir. Bu anksiyete türü bazı bireylerde rahatsızlık veya tehlike hissini uyandıran yükseklik, açık alan ve asansör korkusu gibi belirli durumlara özgü olabilir (115).

2.3.4.3. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşıma göre, anksiyete öğrenilmiş bir süreci içine almaktadır. Anksiyete, biyolojik dürtüler olan açlık ve cinsellikle birlikte insanı motive eden ikincil bir dürtüdür. Koşullu (şartlı) refleks teorisine göre, anksiyete tehlikeli dış uyaranlara karşı organizmanın koşulsuz (şartsız) cevabı olarak ifade edilmektedir. Eğer koşullu bir uyaran koşulsuz bir uyaranla eşlenirse, koşullu uyaran koşulsuz bir yanıt olarak anksiyeteyi açığa çıkarır. Örneğin, daha önceki yaşam dönemlerinde bazı çevresel uyaranlara bağlı olarak anksiyete yaşayan bir kişi için gelecekteki yaşam dönemlerinde de bu özgül yaşantılara benzer duygusal durumlarda koşullanmış bir tepki olarak anksiyete duygusu ortaya çıkabilmektedir (104).

2.3.4.4. Varoluşsal Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşıma göre anksiyete, bireyin hayatındaki içsel varoluşsal çatışmayı ifade etmektedir. Bu çatışmanın içeriğini ölüm, özgürlük, yalnızlık ve anlamsızlık gibi temel varoluşsal kavramlar oluşturmaktadır.

En belirgin varoluşsal anksiyete ölümdür. Bireyin ölümün gelmesiyle bir gün yok olacağı gerçeğiyle yüzleşmesi oldukça korkunçtur. Varoluşçu yaklaşıma göre, ölüm korkusu her zaman her yerde bulunmaktadır ve hayat enerjisinin büyük bir kısmı ölümün inkarıyla harcanmaktadır. Ölüm korkusu en temel anksiyete kaynağı olmaktadır. Varoluşçu yaklaşım anksiyete düzeyini yok etmek yerine hafifletmeyi tercih etmektedir. Çünkü anksiyete olmadan da ölümle yüzleşmenin mümkün olmadığı düşünülmektedirler.

İkinci varoluşsal anksiyete ise özgürlüktür. Özgürlük pozitif bir kavramı ifade ediyor gibi görünse de varoluşçu yaklaşımda oldukça farklı bir anlam içermektedir. Bu perspektiften özgürlükle, bireyin kendi yaşamında kendi seçimlerini yapabilen, bunları eyleme döken, yaşamını tasarlayan bir birey olduğu yani bireyin kendi yaşamının yazarı olduğu anlatılmak istenmektedir. Ama bireyin yaşamı tamamen kendi sorumluluğundaysa bu onu tutan hiçbir yerin hiçbir temelin olmadığını göstermektedir. Bu da bireyin bir uçurumda, bir boşlukta olduğu gerçeğini ortaya çıkarmakta ve bireyin bu gerçekle yüzleşmesi gerektiğini göstermektedir.

Üçüncü varoluşsal anksiyete ise yalnızlıktır. Varoluşçu yaklaşıma göre, insan diğer insanlara ne kadar yakın olursa olsun onlarla arasında bir boşluk vardır. Yani birey hem diğerlerinden hem de dünyadan izole yalnız bir varlıktır. Birey bir yandan diğer insanlarla iletişim kurarak büyük bir bütünün parçası olmayı isterken bir yandan da kendi mutlak yalnızlığının farkında olmasıyla ikisi arasında çatışma yaşamakta ve anksiyete ortaya çıkarmaktadır.

Dördüncü varoluşsal anksiyete ise anlamsızlıktır. Varoluşçu yaklaşıma göre insanlar “Eğer her birimiz ölümlüyssek ve bu evrende yalnızsak yaşamın ne anlamı var?”, “Niçin yaşıyoruz ve nasıl yaşayacağız?” gibi varoluşsal sorular sormaktadırlar. Eğer insan yaşamı için önceden programlanmış bir tasarım, düzen yoksa insan kendi yaşamının anlamını inşa etmelidir (116).

2.4. Sünnet ve Hemşirelik

Sünnet; hastaların hastanede kalış sürelerini azaltmak ve yatış maliyetlerini ortadan kaldırmak amacıyla planlı yapılan günübirlik cerrahi işlemdir (117). Sünnet işleminde hemşirelik bakımı; sünnet ile ilgili danışmanlık yapmak, çocukların preoperatif, perioperatif, postoperatif dönemde ve taburculukta evde bakım konusunda bakım ve eğitim konularını içermektedir (42). Hemşirenin sünnet işlemine yönelik girişimleri aşağıda yer almaktadır.

- Günübirlik bir işlem olan sünnet işleminde hemşirelere büyük bir görev düşmektedir. Sünnet operasyonun her aşamasında ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve çocuğun anestezi, ameliyat hazırlığı, cerrahi prosedürler, işlemin faydaları, komplikasyonları, bakımı, kontrol zamanları konularında

bilgilendirilmesi, taburculuk ve evde bakımı sürecinin izlenmesi hemşirelerin görevleri arasındadır (118, 119).

- Ebeveynler sünnetin bir cerrahi operasyon olması nedeniyle çocukların sağıkları konusunda anksiyete duymaktadırlar. Bu nedenle cerrahi sürecin ve tedavi seçeneklerinin ayrıntılı bir açıklaması ve psikolojik desteğin de dahil olduğı bilgilerin tüm ebeveynlere verilmesi gerektiğini göstermektedir. Verilen sağık eğitimi ebeveynlerin anksiyetesini azaltmakta, çocuklarının bakım sürecine erken adaptasyonunu sağlamaktadır (119, 120).
- Sünnet işleminde, sırasında ve sonrasında çocuk ve ailesi psikolojik açıdan birlikte değerlendirilmeli, yaşa uygun ve aile merkezli bakım verebilmesi için iyi bir kişilerarası beceri ve bilgi birikimine sahip olmalı ve çocuğun psikolojik, fiziksel gelişimine ilaveten toplumdaki ve kültürdeki yeri hakkında bilgi sahibi olmalıdır (42).
- Hemşireler, sünnetle ilgili bu tür bilgileri mümkün olduğunca erken gebelikte sunma konusunda proaktif olmaya devam etmelidir, böylece ebeveynler bu kararı tartışmak ve araştırmak için yeterli zamana sahip olmalıdır (121).
- Hemşireler, sünnetin faydalarının yanı sıra onu çevreleyen riskler ve tartışmalara ilişkin son kanıtların farkında olmalıdır. Bunun yanı sıra hemşireler, prosedürün tıbbi, mali ve etik yönleri hakkında tarafsız, güncel bilgiler sağlamalıdır (122).
- Hemşireler fallik dönemde sünnet ettirmenin psikolojik etkilerinin farkında olmalı, tıbbi bir problem yoksa çocukları 3-6 yaş arasında sünnet ettirmenin önlenmesine danışmanlık sağlamalıdır (42).
- Ebeveynler, sünnetin tüm riskleri hakkında bilgilendirilmeli ve onam sırasında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kılavuzlara erişimleri olmalıdır, hemşireler veya diğeri sağık çalışanları tarafından yazılı izin alınarak belgelenmesi gerekmektedir.
- Hemşireler ebeveynlerin karar verme sürecini desteklemeli ve ebeveynler başlangıçta ilgilenmese bile sağık ve etik temelli bilgilere erişim sunmalıdır. Hemşireler, ebeveynlerin zaten yeterli bilgiye sahip olduğunu veya yeni bilgi edinmeye açık olmadıklarını varsaymamalıdır (121).
- Hastalar ve ebeveynler taburcu olduktan sonra; yara bakımı, cerrahi komplikasyonlar konularda güçlük yaşamakta ve anksiyeteleri artmaktadır. Bu

nedenle hastaneden taburcu olma aşamasında hemşirelere önemli bir rol düşmektedir. Hemşireler; operasyonda verilen anesteziik maddenin yan etkilerini, gelişebilecek komplikasyonlarının semptomlarını, komplikasyon gelişmesi halinde yapılacakları, hastanede kontrole gelinecek zamanı, yara bakımı, enfeksiyon, aktiviteler, banyo yapma zamanı, seksüel aktiviteye başlama zamanı, araba kullanma ve işe başlama zamanını, ağrı yönetimini içeren bir bilgilendirme listesi hazırlamalıdır.

- Ebeveynler özellikle yara bakımı konusunda sıkıntılar yaşamaktadırlar. Hemşireler enfeksiyon belirtileri, pansuman sıklığı ve nasıl yapılması gerektiği hususlarında gerekli bilgileri ebeveynlerine vermesi gerekmektedir (118).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma erkek çocuklarda sünnet olma yaşının çocukların anksiyetesi ve benlik algısı üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan nicel araştırma yöntemlerinden nedensel araştırma yöntemi kullanılarak yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün Ortahisar-Merkez ilçesine bağlı olan 43 devlet ilkokulunda 1 Mayıs-30 Haziran 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Trabzon iline bağlı Ortahisar-Merkez ilçesinin İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 43 devlet ilkokulunun 4. sınıflarında öğrenim gören 2342 erkek öğrenci ve aileleri oluşturmaktadır. Araştırmada evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplandı. Okulların tek tek evreni temsil etme oranları belirlendi.

Tablo 1. Tabakalı örnekleme yöntemi ile evren ve örnekleme alınacak öğrencilerin belirlenmesi

Okullar	2020-2021 Eğitim Öğretim Yılında Toplam Erkek Öğrenci Sayısı	Örnekleme Alınacak Minimum Erkek Öğrenci Sayısı	Örneklemin Evrende Temsili %	Araştırmaya Alınan Erkek Öğrenci Sayısı
100. Yıl İlkokulu	68	10	3.0	11
Ahmet Saka İlkokulu	130	18	5.6	20
Ahmet Yahya Subaşı İlkokulu	28	4	1.2	4
Akoluk İlkokulu	15	2	0.6	2
Akyazı İlkokulu	19	3	0.8	3
Ali Kemal Aktürk İlkokulu	125	17	5.3	18
Ata İlkokulu	64	9	2.7	9
Atatürk İlkokulu	26	4	1.1	4
Ayfer Karakullukçu İlkokulu	84	12	3.6	12
Bedri Rahmi Eyüboğlu İlkokulu	131	18	5.6	19
Boztepe İlkokulu	34	5	1.5	7
Çağlayan Merkez Şehit Gürcan Bayrak İlkokulu	15	2	0.6	2
Çimenli İlkokulu	21	3	0.9	3
Dolaylı İlkokulu	12	2	0.5	2
Dumlupınar İlkokulu	74	10	3.1	11
Düzyurt İlkokulu	12	2	0.5	2
Erdoğan İlkokulu	77	11	3.3	12
Gölçayır İlkokulu	21	3	0.9	3
Gürbulak İlkokulu	4	1	0.2	1
Hasan Ali Yücel İlkokulu	118	16	5.0	17
Hasan Tahsin Kırallı İlkokulu	112	16	4.8	17
Hızırbey İlkokulu	30	4	1.3	4
Hızırbey Ülkü İlkokulu	30	4	1.3	4

Tablo 1. (Devam)

İsmetpaşa İlkokulu	94	13	4.0	13
Kanuni İlkokulu	18	3	0.8	3
Karakaya İlkokulu	6	1	0.3	1
Karlık İlkokulu	9	1	0.4	1
Kireçhane İlkokulu	16	2	0.7	2
Kutlugün İlkokulu	14	2	0.6	2
Pelitli Mareşal Fevzi Çakmak İlkokulu	67	10	2.9	10
Pelitli Şehit Kadir Tuncer İlkokulu	63	9	2.7	9
Piri Reis İlkokulu	39	6	1.7	7
Prof. İhsan Koz İlkokulu	165	23	7.0	23
Soğuksu İstiklal İlkokulu	52	7	2.2	7
Şehit Pilot Yüzbaşı Burak Gençcelep İlkokulu	13	2	0.5	2
Temel Yaşar Çoruh İlkokulu	66	9	2.8	9
Ticaret İlkokulu	143	20	6.1	20
Uğurlu İlkokulu	12	2	0.5	2
Yahncak İlkokulu	36	5	1.5	5
Yavuz Selim İlkokulu	71	10	3.0	10
Yeşilova İlkokulu	15	2	0.6	2
Yeşiltepe İlkokulu	121	17	5.2	17
Zehra Kitapçioğlu İlkokulu	72	10	3.1	10
Toplam	2342	330	100	342

Tablo 1’de tabakalı örnekleme yöntemi ile evren ve örnekleme alınacak öğrencilerin belirlenmesine yer verildi. Örneklem analizi evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak %5 kabul edilebilir hata, %95 güven düzeyi ile 2342 kişi içerisinde en az 330 kişi ile yapılması gerektiği sonucuna ulaşıldı.

$$n=(N.t^2. p. q/ (d^2 (N-1) +t^2. p. q) \quad (\text{Eşitlik 1})$$

$$n=(2342.1.96^2.0.5.0.5/(0.05^2(2342-1)+1.96^2.0.5.0.5)\cong 330$$

N=Evrendeki birey sayısı

n=Örnekleme alınacak birey sayısı

p=İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) çalışmada 0.5 alınmıştır

q=İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t=Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer. Çalışmada 1.96 alınmıştır.

d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma olarak simgelenmiştir.

Vaka kayıpları göz önüne alınarak okul ve sınıflardan rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak kriterlere uyan toplam 408 öğrenciye ulaşıldı. Anketleri eksik tamamlayan 12 öğrenci araştırma dışında bırakıldı. Araştırmanın başlangıcında gönüllü olan 54 öğrenci araştırmadan çekilmek istediğinden örnekleme dahil edilmedi ve toplam 342 öğrenci ile araştırma tamamlandı.

3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

Araştırmaya kabul edilme kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

- İlköğretim 4.sınıfta olması
- Sünnetli olması
- İletişim ile ilgili engelinin olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

- Raporlu, izinli olması
- Herhangi bir kronik hastalığı olması
- Son 6 ay içerisinde stresli bir olay yaşamış olması (akut hastalık, ebeveynlerin boşanmış olması, kayıp, taşınma, yeni kardeş, ölüm vb.)
- Ebeveynleri tarafından araştırmaya katılması için yazılı izin verilmemesi

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler “Soru Formu” (Ek-1), “Piers-Harris’in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği (Kendi Hakkımdaki Düşüncelerim) (PHÇÖKÖ)” (Ek-2), “Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri (Nasıl Hissediyorum Anketi) (ÇSKE)” (Ek-3) ile toplandı.

3.4.1. Soru Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlandı (24, 38, 62, 63). Form üç bölümden oluşmakta olup birinci bölümde ailelerin sosyodemografik özelliklerine ait (anne ve babanın eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir durum algısı, sosyal güvence varlığı, aile tipi, toplam çocuk sayısı ve erkek çocuk sayısı, yaşanılan yer) 10 soru yer almaktadır. İkinci bölümde erkek çocuğunun sosyodemografik özelliklerini sorgulayan (doğum tarihi, kronik hastalık durumu, sünnet dışında hastaneye yatış durumu, hastaneye yatış nedeni ve süresi, travma geçirme durumu) altı soru bulunmaktadır. Üçüncü bölümde sünnet işlemine yönelik (sünnet yaşı, bu yaşta sünnet tercih edilme nedeni, sünnet için danışmanlık alma durumu, çocuğun sünnet olacağını bilme durumu, sünnet yeri, ameliyathane koşullarında sünnet olma durumu, sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu, sünnet düğünü yapılma durumu, sünnet hediyesi alınma durumu) dokuz soru yer almaktadır. Form toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Piers-Harris’in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği (PHÇÖKÖ)

Piers-Harris tarafından 1964’te 9-16 yaş grubundaki çocuklar için geliştirilen ölçek “Kendim Hakkında Düşüncelerim” olarak da adlandırılmaktadır (123). Ülkemizde ölçeğin çeviri ve güvenilirlik çalışması Öner (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek çocuklarda benlik algısına yönelik düşünce, duygu ve tutumlarını, öz kavramının gelişimini ve boyutlarını araştırmak amacıyla kullanılmaktadır. 80 maddeden oluşan ölçek “Evet” ve “Hayır” seçeneklerinden oluşmaktadır. PHÇÖKÖ altı alt faktörden oluşmaktadır (124).

PHÇÖKÖ alt faktörü olan mutluluk ve doyum 13 maddeden (7, 8, 35, 37, 38, 41, 48, 50, 53, 61, 72, 79, 80), fiziksel görünüm ve özellikler on maddeden (1, 16, 28, 39, 52, 53, 58, 60, 71, 80), zihin ve okul durumu yedi maddeden (4, 14, 20, 23, 29, 40, 68), sosyal beğeni 11 maddeden (6, 13, 19, 26, 32, 44, 47, 49, 55, 67, 70), davranışsal uyum 16 maddeden (15, 18, 21, 25, 30, 33, 34, 43, 54, 57, 62, 65, 66, 73, 75, 76) ve kaygı 13 maddeden (2, 10, 11, 12, 17, 27, 29, 35, 45, 61, 66, 72, 77) oluşmaktadır (123, 124).

Ölçekte olumlu ifadelerle verilen evet cevabı 1 puan, hayır cevabı 0 puan olarak kabul edilmektedir. Olumsuz ifadelerde ise hayır cevabı doğru yanıt olarak kabul edilmekte olup 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanı, cevap anahtarına uyan maddelerin sayısal toplamıdır. Ölçekten elde edilen benlik algısı puanı 0 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması olumlu benlik algısına, düşük olması olumsuz benlik algısına işaret etmektedir. Kaygı alt boyutunun toplam puanının düşük olması anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (124).

Öner tarafından geniş bir örneklem üzerinde uygulanan ölçeğin Cronbach Alfa 0.738 olarak bildirilmektedir (107). Bu araştırmada ise 0.877 olarak hesaplandı.

3.4.3. Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri (Nasıl Hissediyorum Anketi) (ÇSKE)

Spielberg tarafından 1970 yılında geliştirilen “Çocuklar için Durumluluk–Sürekli Kaygı Envanteri” çocukların durumluluk ve süregelen anksiyete düzeylerini ayrı olarak değerlendirmeyi sağlayan bir ölçektir (125). Çocukların belirli bir anda ve koşulda nasıl hissettiğini değerlendiren durumluluk kaygı envanteri ve çocuğun genel olarak nasıl hissettiğini değerlendiren sürekli kaygı envanteri olmak üzere yirmişer sorudan oluşmaktadır. Ölçek 1995 yılında Özusta tarafından Türkçe’ye uyarlaması (126), Öner ve Le Compte tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (111). Ölçek 3’lü likert tipinde olup “hemen hemen hiç ifadesine: 1”, “bazen ifadesine: 2”, “sık sık ifadesine: 3” puan verilerek değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde edinilebilecek en yüksek puan 60, en düşük puan 20 olmakla birlikte toplam puanın yüksek olması çocuğun anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (125, 126). ÇDSKE ölçeğinin Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) bölümü kullanıldı.

Durumluluk Kaygı Envanterinin Cronbach alfa katsayısı 0.82, Sürekli Kaygı Envanterinin Cronbach alfa katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Sürekli Kaygı Envanterinin Cronbach alfa katsayısı 0.801 olarak hesaplandı.

3.5. Verilerin Toplanması

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden gerekli izinler alındıktan sonra Trabzon Ortahisar ilçesinde araştırma kapsamına alınan okullara gidilerek okul yöneticileri ile yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıldı. Okul yöneticileri tarafından yönlendirilen ilköğretim 4.sınıf öğretmenleri ile iletişime geçildi. Öğretmenler ile yüz yüze görüşülerek araştırma

hakkında gerekli bilgiler verildi ve araştırma kapsamındaki öğrencilerin velilerine 4. sınıf öğretmenleri aracılığıyla bilgilendirilmiş veli gönüllü onam formu (Ek-7) gönderildi ve ailelerden izin alındı. Veli izninden sonra öğrencilere ilgili formlar öğretmenler aracılığıyla zarf içinde dağıtıldı. Öğrencilere soru formunu evlerine götürüp ebeveynlerinin doldurması gerektiği konusunda bilgi verildi. Formları 1 hafta içinde öğretmenlerine teslim etmeleri gerektiği söylendi. PHÇÖKÖ ve ÇSKE ölçeklerinin nasıl doldurulacağı konusunda öğrencilere bilgi verildi. Ölçekler sınıf ortamında 1 ders saatinde doldurulup geri alındı. Soru formu 1 hafta sonra tekrar okullara gidilerek 4. sınıf öğretmenlerinden zarf içinde toplandı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın “anne ve babanın yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, sosyal güvence varlığı, aile tipi, toplam çocuk sayısı ve erkek çocuk sayısı, yaşanılan yer, doğum tarihi, kronik hastalık durumu, sünnet dışında hastaneye yatış durumu, hastaneye yatış nedeni, süresi, travma geçirme durumu, sünnet yaşı, bu yaşta sünnet tercih edilme nedeni, sünnet için danışmanlık alma durumu, çocuğun sünnet olacağını bilme durumu, sünnet yeri, ameliyathane koşullarında sünnet olma durumu, sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu, sünnet düğünü yapılma durumu, sünnet hediyesi alınma durumu” bağımsız değişkenlerdir.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın ÇSKE puan ortalamaları ve PHÇÖKÖ puan ortalamaları bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 23.0 yazılım paketi kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde standart sapma, aritmetik ortalama, frekans ve yüzde kullanıldı. Kolmogorov-Smirnow testi (-1-+1), Z değeri (-3-+3), Skewness-Kurtosis değerleri (-2-+2) ile verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi.

İkili grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde; “Bağımsız Örneklem t Testi”, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında “One Way Anova”dan normal dağılım göstermeyen verilerde “Mann Whitney U Testi” ve normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında “Kruskal Wallis Testi” kullanıldı.

İkiden fazla gruplarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane Post Hoc testi kullanıldı. Ölçek puanları ile sünnet yaşı arasındaki ilişkiyi belirlemek için “Spearman Korelasyonu” uygulandı. Korelasyon katsayısının mutlak değeri olarak, 0.00-0.30 arasında olması düşük; 0.30-0.70 arasında olması orta; 0.70-1.00 arasında olması ise yüksek düzeyde bir ilişki olarak tanımlandı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve istatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örnekleme Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı olan ilkokullara kayıtlı olan ve araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden erkek öğrenciler ve aileleri oluşturduğu için Türkiye’deki tüm erkek öğrencileri ve aileleri temsil ettiği düşünülemez. Ayrıca veriler çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden ailelerden elde edildiği için araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan ailelerde bulguların farklılaşıp farklılaşmadığı bilinmemektedir.

3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

Erkek çocuklara, COVID 19 nedeniyle eğitime verilen uzun bir aradan sonra okulların tekrar açıldığı dönemde ulaşıldı. Bu nedenle ailelerle iletişime geçememek, çocukların okula gelmemesi, bazı ailelerin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, verilerin toplanması için her okula birden çok kez gidilmesinin gerekmesi çalışmanın zorlukları arasında yer almaktadır.

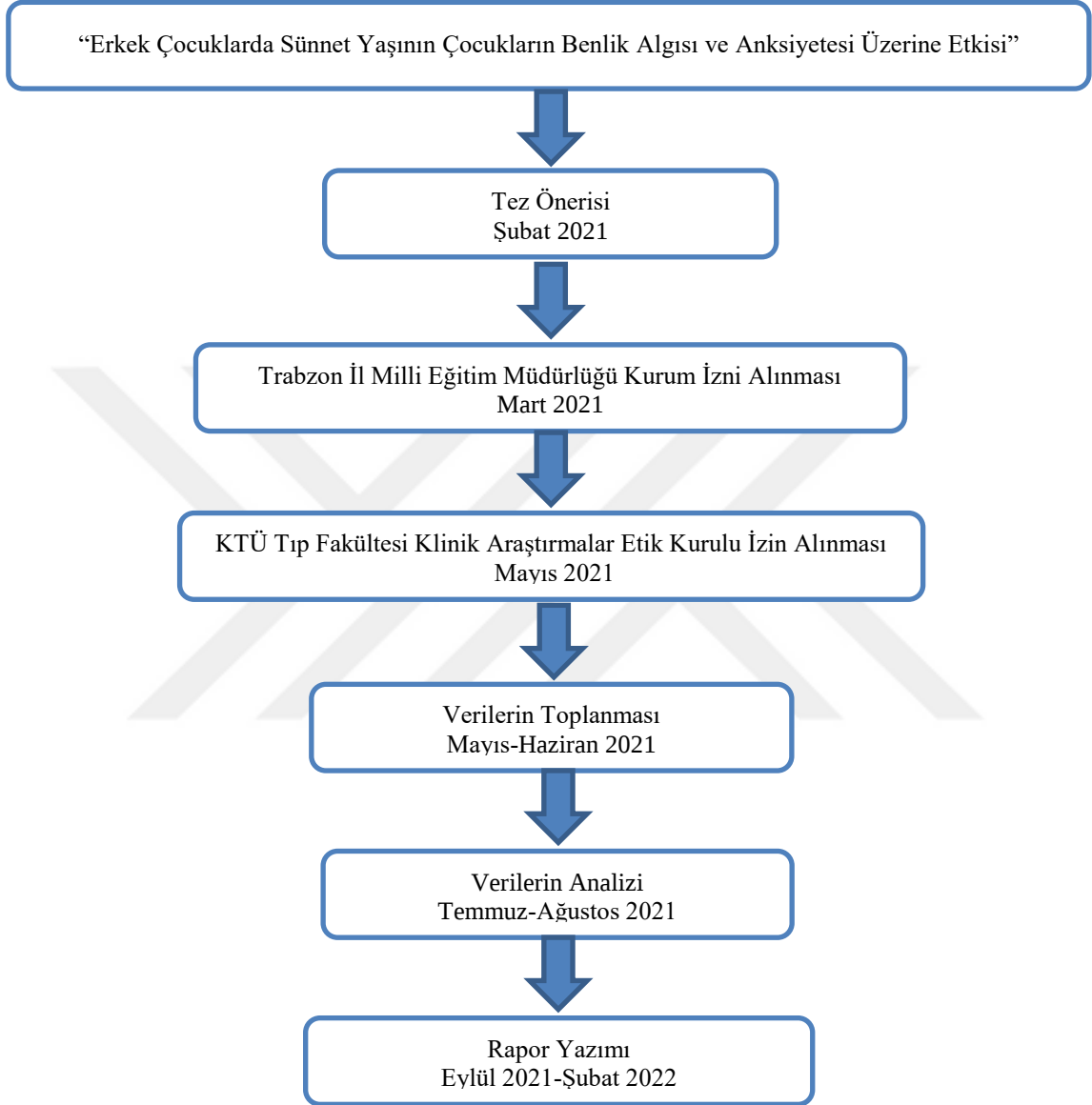
3.10. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğünden araştırma izni (26/03/2021 tarihli/E-82438636-605.99-23104374 sayılı) (Ek-4), Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik kurul izni (18/05/2021 tarihli/442 sayılı) (Ek-5) alındı.

Tüm insan denekleri üzerinde yapılan araştırmalarda olduğu gibi bu araştırmada da Helsinki Deklarasyonu’na bağlı kalındı. Araştırmanın amacı, yöntemi, süresi, önemi ve elde edilen verilerin hangi amaçla kullanılacağı sözlü ve yazılı olarak belirtilerek isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında ailelere açıklandıktan sonra bilgilendirilmiş veli gönüllü onam formu yazılı olarak alındı (Ek-7). Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yapan araştırmacılardan izin alındı (Ek-6).

3.11. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde erkek çocuklarda sünnet yaşının çocukların anksiyetesi ve benlik algısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanan araştırmada elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 2. Ailelerin ve çocukların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=342)

Sosyodemografik Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
Çocuk yaşı (ay)	126.53±3.47	121-132
Ailedeki çocuk sayısı	2.54±0.81	1-4
Ailedeki erkek çocuk sayısı	1.79±0.84	1-4
	n	%
Çocuk yaş grubu (ay)		
121-124	96	28.00
125-128	122	35.70
129-132	124	36.30
Anne eğitim düzeyi		
İlkokul	74	21.60
Ortaokul	60	17.50
Lise	129	37.70
Lisans ve üzeri	79	23.20
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	77	22.50
Çalışmıyor	265	77.50
Baba eğitim düzeyi		
İlkokul	69	20.20
Ortaokul	49	14.30
Lise	101	29.50
Lisans ve üzeri	123	36.00
Baba meslek		
İşçi	243	71.10
Memur	77	22.50
Özel sektör/serbest	22	6.40
Sosyal güvence durumu		
Var	322	94.20
Yok	20	5.80
Ailenin gelir durum algısı*		
Gelir giderden az	59	17.30
Gelir gidere eşit	283	82.70

Tablo 2. (Devam)

Aile tipi		
Çekirdek	321	93.90
Geniş	21	6.10
Yaşanılan yer		
İl	263	76.90
İlçe	79	23.10
Toplam çocuk sayısı		
2 ve altı	182	53.20
3 ve üzeri	160	46.80
Erkek çocuk sayısı		
2 ve altı	277	81.00
3 ve üzeri	65	19.00
Çocuğun sünnet dışı nedenle hastaneye yatış durumu		
Yattı	207	60.50
Yatmadı	135	39.50
Toplam	342	100

*gelirinin giderinden fazla olduğunu düşünen aile bulunmamaktadır.

Tablo 2’de araştırmaya katılan ailelerin ve çocukların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır. Buna göre, çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması 126.53 ± 3.47 ay olduğu ve %36.30’unun 129-132 ay yaş grubunda olduğu, annelerinin %37.70’i lise eğitim düzeyine sahip ve %77.50’si çalışmamaktadır. Babaların %36.00’si lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir ve %71.10’u işçi olarak çalışmaktadır. Ailelerin %94.20’sinin sosyal güvencesi olduğu ve %82.70’inin gelirinin giderine eşit olduğu, %93.90’ı çekirdek aile tipi olduğu, %76.90’ının il merkezinde yaşadığı, %53.20’sinin 2 ve altında çocuğa sahip olduğu ve %81.00’inin 2 ve altında erkek çocuğu olduğu saptandı. Araştırmaya katılan çocukların %60.50’sinin sünnet dışı nedenle hastaneye yattıkları belirlendi.

Tablo 3. Çocukların sünnete ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=342)

Sünnete İlişkin Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
Sünnet yaşı (ay)	26.58±26.90	1-108
	n	%
Sünnet olma yaş grubu (ay)		
0-1 (0-12 ay)	182	53.20
1-3 (13-35 ay)	54	15.80
3-6 (36-72 ay)	72	21.10
6-12 (73-108 ay)	34	9.90
Ailenin sünnet yaşı ile ilgili danışmanlık alma durumu		
Aldı	82	24.00
Almadı	260	76.00
Ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu		
Verdi	227	66.40
Vermedi	115	33.60
Çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepkisi		
Olumlu	21	6.15
Tepki vermedi	287	83.91
Olumsuz *	34	9.94
Sünnet işleminin yapıldığı yer		
Özel hastane	106	31.00
Devlet hastanesi	178	52.00
Ev	58	17.00
Ameliyathane koşullarında sünnet olma durumu		
Oldu	271	79.20
Olmadı	71	20.80
Çocuğun sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu		
Yaşamadı	308	90.10
Yaşadı **	34	9.90
Sünnet düğünü yapılma durumu		
Yapıldı	26	7.60
Yapılmadı	316	92.40
Çocuğa sünnet hediyesi alınma durumu		
Alındı	174	50.90
Alınmadı	168	49.10
Toplam	342	100

*şaşkınlık/korku/ağlama/tedirginlik duyguları hâkim olma

**ödem, ağrı, kanama, yapışıklık

Tablo 3’de çocukların sünnete ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan ailelerin çocuklarını sünnet ettirme yaş ortalaması 26.58±26.90 ay olup ailelerin %53.20’si 0-1 yaş, %15.80’i 1-3 yaş, %21.10’u 3-6 yaş, %9.90’ı 6-12 yaş arasında çocuklarını sünnet ettirdikleri görülmektedir. Ailelerin %24.00’ünün çocuklarının

sünnet yaşı ile ilgili danışmanlık aldığı ve %66.40'ının çocuğuna sünnet olacağı konusunda bilgi verdikleri tespit edildi. Çocukların %83.91'inin sünnet yapıldığı zaman tepki göstermedikleri, %6.15'inin olumlu ve %9.94'ünün olumsuz tepki gösterdikleri saptandı. Çocukların %52.00'si devlet, %31.00'i özel hastanede ve %17.00'si evde sünnet ettirildiği ve %79.20'si ameliyathane koşullarında sünnet yaptırıldığı belirlendi. Çocukların %9.90'ının sünnet sonrası bir komplikasyon (ödem, ağrı, kanama, yapışıklık) yaşadıkları tespit edildi. Ailelerin %7.60'ı sünnet düğünü yaptırdıkları ve çocukların %50.90'nına ise sünnet hediyesi alındığı belirlendi.

Tablo 4. Ailelerin çocuklarını sünnet yaptırdıkları yaşı tercih etme nedenlerinin dağılımı (n=342)

Sünnet yaptırdıkları yaşı tercih etme nedenleri	n	%
Algılayamayacak yaşta olması	89	26.0
Bezden çıkmadan yaptırmak istenmesi/Bezde iken daha çabuk iyileşir düşüncesi	64	18.7
Hastalık nedeniyle *	47	13.8
Dini nedenler	28	8.2
Özel bir nedeni yok	27	7.9
Doktor/Sağlık personelinin tavsiyesi	26	7.6
Ailevi nedenler (büyüklerin kararı, kardeşi ile bir arada olmasını arzu etme)	24	7.0
Daha önce sünnet yaptırmaya vakit bulunamama/Geç kalma	19	5.6
Algılayacak yaşta olması/Sünnetini hatırlasın ve anı kalsın	11	3.2
Yürüdükten sonra daha kolay olacağı düşüncesi	7	2.0
Toplam	342	100

*hipospadias, epispadias, idrar yolu enfeksiyonu, üretra darlığı, fimozis hastalıkları nedeniyle

Tablo 4'de ailelerin çocuklarını sünnet yaptırdıkları yaşı tercih etme nedenlerinin dağılımı yer almaktadır. Ailelerin çocuklarını sünnet yaptırdıkları yaşı tercih etme nedenleri arasında sırasıyla %26.0'sı algılayamayacak yaşta olması, %18.7'si bezden çıkmadan yaptırmak istenmesi/bezde iken daha çabuk iyileşir düşüncesi, %13.8'i hastalık, %8.2'si dini nedenler, %7.9'u özel bir nedeni olmadan, %7.6'sı doktor/sağlık personelinin tavsiyesi, %7.0'si ailevi nedenler (büyüklerin kararı, kardeşi ile bir arada olmasını arzu etme), %5.6'sı daha önce sünnet yaptırmaya vakit bulunamaması/geç kalma, %3.2'si algılayacak yaşta olması/sünnetini hatırlasın ve anı kalsın düşüncesiyle, %2.0'si yürüdükten sonra daha kolay olacağı düşüncesi yer almaktadır.

Tablo 5. Çocukların ÇSKE ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=342)

Ölçekler	Min-Max	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
ÇSKE toplam	20-60	33.53±6.07	20.00-47.00
PHÇÖKÖ toplam	0-80	63.49±8.19	39.00-78.00
Mutluluk/Doyum		11.24±1.89	4.00-13.88
Kaygı		8.53±2.28	1.00-13.00
Popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma		9.21±1.89	2.00-11.00
Davranış ve uyma		12.55±2.25	5.00-16.94
Fiziksel görünüm		8.23±1.55	2.00-10.58
Zihinsel durum ve okul		5.20±1.24	1.00-7.00

Tablo 5’de çocukların ÇSKE ve PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre ÇSKE toplam puan ortalaması 33.53±6.07 ve PHÇÖKÖ toplam puan ortalamasının ise 63.49±8.19 olarak belirlendi. PHÇÖKÖ mutluluk/doyum alt boyut puan ortalaması 11.24±1.89, kaygı alt boyut puan ortalaması 8.53±2.28, popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalaması 9.21±1.89, davranış ve uyma alt boyut puan ortalaması 12.55±2.25, fiziksel görünüm alt boyut puan ortalaması 8.23±1.55, zihinsel durum ve okul alt boyut puan ortalaması 5.20±1.24 olarak tespit edildi.

Tablo 6. Çocukların sünnet olma yaşı ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=342)

Sünnet yaş grubu (ay)	n	ÇSKE Toplam $\bar{X} \pm Ss$
0-1 (0-12 ay)	182	33.50±5.86
1-3 (13-35 ay)	54	34.22±5.44
3-6 (36-72 ay)	72	34.60±6.85
6-12 (73-108 ay)	34	30.35±5.54
Test (F*)/p değeri		4.196/p<0.01

*F= One Way Anova Analizi

Tablo 6’da çocukların sünnet olma yaşı ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre 3-6 yaş aralığında sünnet edilen çocukların ÇSKE toplam puan ortalaması 34.60±6.85 olduğu görüldü. Çocukların sünnet olma yaşı ile ÇSKE toplam puan ortalaması (F=4.196; p<0.01) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir

farklılık olduğu saptandı. Sünnet yaş grubunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane Post Hoc testinde bu farkın 3-6 (36-72 ay) yaş grubundan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.05$, Tablo 6).

Tablo 7. Çocukların sünnet olma yaşı ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=342)

Sünnet yaş grubu (ay)	n	Mutluluk X±Ss	Kaygı X±Ss	Popülerlik, Sosyal Beğeni ya da Gözde Olma X±Ss	Davranış ve uyma X±Ss	Fiziksel görünüm X±Ss	Zihinsel durum ve okul X±Ss	PHÇÖKÖ Toplam X±Ss
0-1 (0-12 ay)	182	11.34±1.81	8.70±2.33	9.16±2.00	12.71±2.31	8.31±1.47	5.29±1.27	64.00±8.64
1-3 (13-35 ay)	54	11.18±1.97	8.32±2.35	9.55±1.51	12.47±1.98	8.36±1.64	5.28±1.20	63.49±6.72
3-6 (36-72 ay)	72	10.79±2.17	8.16±2.11	9.17±1.78	12.03±2.46	8.02±1.63	4.93±1.18	61.80±8.37
6-12 (73-108 ay)	34	11.80±1.40	8.78±2.22	9.00±2.05	12.95±1.77	8.04±1.64	5.08±1.26	64.34±7.32
Test (F*)/p değeri		2.564/0.055	1.225/0.300	0.765/0.514	1.976/0.117	0.867/0.458	1.650/0.178	1.388/0.246

*F= One Way Anova Analizi

Tablo 7’de çocukların sünnet olma yaşı ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; 6-12 yaş grubunda sünnet edilen çocukların PHÇÖKÖ mutluluk/doyum alt boyut puan ortalaması 11.80±1.40, kaygı alt boyut puan ortalaması 8.78±2.22, 1-3 yaş aralığında sünnet edilen çocukların popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalaması 9.55±1.51, 6-12 yaş grubunda sünnet edilen çocukların davranış ve uyma alt boyut puan ortalaması 12.95±1.77, 1-3 yaş grubunda sünnet edilen çocukların fiziksel görünüm alt boyut puan ortalaması 8.36±1.64, 0-1 yaş aralığında sünnet edilen çocukların zihinsel durum ve okul alt boyut puan ortalaması 5.29±1.27 olarak tespit edildi. 6-12 yaş aralığında sünnet edilen çocukların PHÇÖKÖ toplam puan ortalaması 64.34±7.32 olarak belirlendi. Sünnet olma yaşı ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$, Tablo 7).

Tablo 8. Ailelerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=342)

Özellikler	n	ÇSKE Toplam $\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel Analiz
Çocuk yaş grubu (ay)			
121-124	96	34.72±5.97	KW*=7.609 p=0.022
125-128	122	33.71±6.46	
129-132	124	32.41±5.61	
Anne eğitim düzeyi			
İlkokul	74	35.00±6.44	KW*=4.196 p=0.178
Ortaokul	60	33.52±5.58	
Lise	129	33.21±5.74	
Lisans ve üzeri	79	32.70±6.48	
Anne çalışma durumu			
Çalışıyor	77	34.70±6.29	z**=-1.961 p=0.050
Çalışmıyor	265	33.19±5.98	
Baba eğitim düzeyi			
İlkokul	69	36.68±5.54	F***=8.231 p<0.01
Ortaokul	49	32.93±4.60	
Lise	101	32.75±5.86	
Lisans ve üzeri	123	32.65±6.52	
Baba meslek			
İşçi	243	34.09±6.16	KW*=14.269 p<0.01
Memur	77	31.32±5.23	
Özel sektör/serbest	22	35.13±6.23	
Sosyal güvence durumu			
Var	322	33.35±6.10	z**=-2.061 p=0.039
Yok	20	36.45±4.94	
Ailenin gelir durum algısı*			
Gelir giderden az	59	35.48±5.32	t****=2.726 p<0.01
Gelir gidere eşit	283	33.13±6.15	
Aile tipi			
Çekirdek	321	33.46±6.04	z**=-0.478 p=0.633
Geniş	21	34.55±6.58	
Yaşanılan yer			
İl	263	33.36±6.14	z**=-1.005 p=0.315
İlçe	79	34.10±5.86	
Toplam çocuk sayısı			
2 ve altı	182	33.25±5.96	z**=-0.753 p=0.451
3 ve üzeri	160	33.85±6.20	
Erkek çocuk sayısı			
2 ve altı	277	33.44±5.92	t****=-0.545 p=0.586
3 ve üzeri	65	33.90±6.74	
Çocuğun sünnet dışı nedenle hastaneye yatış durumu			
Yattı	207	33.91±5.92	t****=-1.418 p=0.157
Yatmadı	135	32.95±6.29	

*KW: Kruskal Wallis Testi

**z: Mann Whitney U Testi

***F: One Way Anova Analizi

****t: Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 8’de ailelerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; 121-124 aylık çocukların (34.72 ± 5.97), anne (35.00 ± 6.44) ve babaları (36.68 ± 5.54) ilkokul mezunu olanların, anneleri çalışanların (34.70 ± 6.29), babaları özel sektör/serbest meslek olanların (35.13 ± 6.23), sosyal güvencesi olmayanların (36.45 ± 4.94), geliri giderinden az algılayanların (35.48 ± 5.32), geniş aile tipine sahip olanların (34.55 ± 6.58), ilçede oturanların (34.10 ± 5.86), 3 ve üzeri çocuğa sahip olanların (33.85 ± 6.20), 3 ve üzeri erkek çocuğa sahip olanların (33.90 ± 6.74) ve sünnet dışında hastaneye yatanların (33.91 ± 5.92) ÇSKE puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Ailelerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamaları ile çocuk yaş grubu ($KW=7.609$; $p=0.022$), baba eğitim düzeyi ($F=8.231$; $p<0.01$), baba meslek ($KW=14.269$; $p<0.01$), sosyal güvence durumu ($z=-2.061$; $p=0.039$), ailenin gelir durum algısı ($t=2.726$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Çocuk yaş, baba eğitim ve baba meslek gruplarından farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane Post Hoc testinde bu farkın 121-124 ay çocuk grubundan, ilkokul mezunu olan ve özel sektör/serbest meslek baba gruplarından kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.05$, Tablo 8).

Anne eğitim düzeyi, anne çalışma durumu, aile tipi, yaşanılan yer, toplam çocuk sayısı, erkek çocuk sayısı ve çocuğun sünnet dışında hastaneye yatış durumu ile ÇSKE toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$, Tablo 8).

Tablo 9. Çocukların sünnete ilişkin özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=342)

Özellikler	n	ÇSKE Toplam $\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel Analiz
Ailenin sünnet yaşı ile ilgili danışmanlık alma durumu			
Aldı	82	33.51±5.34	$t^{***}=-0.29$
Almadı	260	33.54±6.30	$p=0.977$
Ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu			
Verdi	227	33.50±5.91	$t^{***}=0.146$
Vermedi	115	33.60±6.41	$p=0.884$
Çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu			
Olumlu	34	29.36±5.12	$F^{**}=5.470$
Tepki vermedi	287	33.84±6.06	$p<0.01$
Olumsuz	21	33.47±5.94	
Sünnet işleminin yapıldığı yer			
Özel hastane	106	32.56±6.34	$F^{**}=2.045$
Devlet hastanesi	178	33.88±5.76	$p=0.131$
Ev	58	34.22±6.42	
Ameliyathane koşullarında sünnet olma durumu			
Oldu	271	33.15±6.05	$t^{***}=-2.270$
Olmadı	71	34.98±6.00	$p=0.024$
Çocuğun sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu			
Yaşamadı	308	33.35±6.10	$t^{***}=1.757$
Yaşadı	34	35.17±5.69	$p=0.086$
Sünnet düğünü yapılma durumu			
Yapıldı	26	34.69±5.06	$t^{***}=1.197$
Yapılmadı	316	33.44±6.15	$p=0.240$
Çocuğa sünnet hediyesi alınma durumu			
Alındı	174	33.92±6.06	$z^{*}=-1.327$
Alınmadı	168	33.12±6.08	$p=0.185$

*z: Mann Whitney U Testi

**F: One Way Anova Analizi

***t: Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 9’da çocukların sünnete ilişkin özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; sünnet öncesinde danışmanlık almayan ailelerin çocuklarının (33.54±6.30), sünnet olacağı konusunda bilgi verilmeyenlerin (33.60±6.41), sünnete tepki vermeyenlerin (33.84±6.06), evde sünnet edilenlerin (34.22±6.42), ameliyathane koşullarında sünnet edilmeyenlerin (34.98±6.00), sünnet sonrası komplikasyon yaşayanların (35.17±5.69), sünnet düğünü yapılanların (34.69±5.06) ve sünnet hediyesi alınanların (33.92±6.06) ÇSKE toplam puan

ortalamlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. ÇSKE toplam puan ortalamaları ile ameliyat koşullarında sünnet olma durumu ($t=-2.270$; $p=0.024$) ve çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu ($F=5.470$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Sünnet olma yaş grubunda ve çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane Post Hoc testinde bu farkın 3-6 yaş grubunda sünnet olan ve sünnet yapıldığı zaman tepki vermeyen çocuklardan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.05$, Tablo 9).

Çocukların sünnete ilişkin özellikleri ile ÇSKE toplam puan ortalamaları ile sünnet olma yaş grupları, ailenin sünnet öncesinde danışmanlık alma durumu, çocuğun sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu, sünnet yeri, sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu, sünnet düğünü yapılma durumu, sünnet hediyesi alınma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$, Tablo 9).

Tablo 10. Ailelerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=342)

Özellikler	n	Mutluluk X±Ss	Kaygı X±Ss	Popülerlik Sosyal Beğeni ya da Gözde Olma X±Ss	Davranış ve uyma X±Ss	Fiziksel görünüm X±Ss	Zihinsel ve Okul durum X±Ss	PHÇÖKÖ Toplam X±Ss
Çocuk yaş grubu (ay)								
121-124	96	11.22±1.84	8.07±2.41	9.23±1.84	12.08±2.58	8.33±1.41	5.13±1.25	62.48±8.77
125-128	122	11.04±2.18	8.64±2.27	9.14±1.99	12.54±2.17	8.19±1.73	5.35±1.19	63.38±8.41
129-132	124	11.47±1.59	8.78±2.15	9.26±1.83	12.93±2.01	8.18±1.46	5.09±1.29	64.39±7.43
Test (KW)*/p değeri		1.469/0.302	4.491/0.106	0.137/0.934	6.306/0.043	0.529/0.768	2.383/0.304	2.397/0.302
Anne eğitim düzeyi								
İlkokul	74	10.90±2.08	8.34±2.36	9.15±2.06	12.48±2.09	8.15±1.81	5.27±1.49	62.39±8.88
Ortaokul	60	11.24±1.70	8.41±2.41	9.24±1.90	12.53±2.08	8.23±1.42	4.96±1.35	62.81±7.38
Lise	129	11.32±2.02	8.39±2.33	9.16±1.79	12.57±2.47	8.14±1.54	5.22±1.16	63.37±8.19
Lisans ve üzeri	79	11.43±1.61	9.05±1.98	9.34±1.89	12.60±2.20	8.45±1.39	5.26±1.03	65.25±7.97
Test (KW)*/p değeri		4.793/0.188	4.480/0.214	1.111/0.774	1.031/0.794	2.255/0.521	3.667/0.300	5.848/0.119
Anne çalışma durumu								
Çalışmıyor	265	11.34±1.77	8.64±2.21	9.11±1.97	12.69±2.20	8.20±1.45	5.14±1.30	63.59±7.97
Çalışıyor	77	10.92±2.24	8.16±2.48	9.55±1.53	12.06±2.37	8.33±1.83	5.37±1.03	63.16±8.95
Test (z)**/p değeri		9292.500/0.223	8941.500/0.096	9033.500/0.116	8667.000/0.042	8713.500/0.045	9410.500/0.286	9912.000/0.703
Baba eğitim düzeyi								
İlkokul	69	10.81±1.66	7.99±2.43	8.88±2.06	12.39±2.34	8.07±1.91	5.07±1.43	61.72±8.78
Ortaokul	49	11.37±1.83	8.68±2.17	8.26±2.14	12.21±1.89	7.76±1.40	4.81±1.33	61.05±8.09
Lise	101	11.43±1.85	8.20±2.36	9.74±1.60	12.32±2.63	8.61±1.22	5.35±1.06	64.01±8.28
Lisans ve üzeri	123	11.29±1.66	9.05±2.08	9.35±1.74	12.96±1.94	8.19±1.56	5.29±1.21	65.04±7.46
Test (KW)*/p değeri		5.244/0.155	10.373/0.016	23.061/p<0.01	6.773/0.079	12.361/p<0.01	5.005/0.171	12.760/p<0.01
Baba meslek								
İşçi	243	11.18±2.01	8.36±2.35	9.18±1.98	12.46±2.31	8.20±1.60	5.14±1.26	62.87±8.50
Memur	77	11.51±1.58	9.09±1.97	9.59±1.40	12.96±1.87	8.29±1.46	5.40±1.24	65.98±6.87
Özel sektör/serbest	22	11.00±1.48	8.50±2.28	8.23±1.94	12.13±2.73	8.41±1.24	5.09±1.01	61.65±7.429
Test (KW)*/p değeri		2.397/0.302	4.794/0.091	8.282/0.016	2.605/0.272	0.068/0.967	3.105/0.212	9.480/p<0.01

Tablo 10. (Devam)

Ailenin sosyal güvence durumu								
Var	322	11.33±1.80	8.57±2.28	9.31±1.80	12.56±2.25	8.31±1.44	5.26±1.21	63.92±7.91
Yok	20	9.80±2.72	7.93±2.22	7.60±2.50	12.45±2.35	6.95±2.41	4.15±1.26	56.63±9.63
Test (z)**/p değeri		-2.642/p<0.01	-1.233/0.217	-3.426/p<0.01	-0.086/0.931	-2.800/p<0.01	-3.582/p<0.01	-3.321/p<0.01
Ailenin gelir durum algısı								
Gelir giderden az	59	10.71±2.42	7.72±2.35	8.71±2.22	12.14±2.62	7.95±1.91	4.78±1.45	60.28±9.41
Gelir gidere eşit	283	11.35±1.75	8.70±2.24	9.32±1.80	12.63±2.17	8.29±1.46	5.28±1.18	64.16±7.76
Test (z)**/p değeri		-1.614/0.106	-2.712/p<0.01	-1.875/0.061	-0.843/0.399	-0.864/0.387	-2.582/0.010	-2.933/p<0.01
Aile tipi								
Çekirdek	321	11.28±1.89	8.60±2.27	9.20±1.88	12.58±2.26	8.23±1.52	5.17±1.26	63.56±8.26
Geniş	21	10.69±1.93	7.52±2.31	9.42±1.96	12.14±2.10	8.28±1.95	5.57±0.87	62.45±7.12
Test (z)**/p değeri		-1.588/0.112	-2.002/0.045	-0.813/0.416	-1.361/0.173	-0.840/0.401	-1.266/0.205	-0.968/0.333
Toplam çocuk sayısı								
2 ve altı	182	11.23±1.87	8.50±2.24	9.16±1.93	12.58±2.19	8.19±1.68	5.23±1.25	63.41±8.09
3 ve üzeri	160	11.26±1.93	8.57±2.33	9.27±1.85	12.52±2.33	8.28±1.39	5.15±1.24	63.59±8.32
Test (z)**/p değeri		-0.265/0.791	-0.370/0.712	-0.625/0.532	-0.024/0.981	-0.156/0.876	-0.687/0.492	-0.301/0.763
Erkek çocuk sayısı								
2 ve altı	277	11.20±1.92	8.47±2.25	9.23±1.94	12.52±2.32	8.20±1.63	5.17±1.26	63.26±8.51
3 ve üzeri	65	11.43±1.75	8.78±2.41	9.12±1.66	12.66±1.98	8.38±1.15	5.29±1.17	64.49±6.58
Test (z)**/p değeri		-0.798/0.425	-1.106/0.269	-1.025/0.305	-0.329/0.742	-0.108/0.914	-0.626/0.531	-0.557/0.578
Yaşanılan yer								
İl	263	11.21±1.84	8.57±2.29	9.19±1.81	12.52±2.35	8.22±1.55	5.27±1.25	63.56±8.24
İlçe	79	11.35±2.07	8.40±2.26	9.29±2.13	12.65±1.91	8.25±1.53	4.96±1.21	63.27±8.04
Test (z)**/p değeri		-1.181/0.238	-0.539/0.590	-1.242/0.214	-0.117/0.907	-0.217/0.828	-2.115/0.034	-0.273/0.785
Çocuğun sünnet dışı nedenle hastaneye yatış durumu								
Yattı	207	11.18±1.94	8.52±2.34	9.23±1.83	12.31±2.41	8.26±1.53	5.24±1.28	63.29±8.20
Yatmadı	135	11.35±1.81	8.55±2.20	9.19±1.98	12.92±1.95	8.18±0.13	5.13±1.19	63.80±8.19
Test (z)**/p değeri		-0.680/0.497	-0.181/0.856	-0.095/0.924	-2.073/0.038	-0.498/0.619	-1.056/0.291	-0.354/0.723

*KW: Kruskal Wallis Testi

**z: Mann Whitney U Testi

Tablo 10’da ailelerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile PHÇÖKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre 129-132 aylık olan çocukların (64.39 ± 7.43), anneleri lisans ve üzeri eğitime sahip (65.25 ± 7.97) ve çalışmayanların (63.59 ± 7.97), babaları lisans ve üzeri eğitime sahip (65.04 ± 7.46) ve memur olanların (65.98 ± 6.87), sosyal güvencesi olanların (63.92 ± 7.91), geliri giderine eşit algılayanların (64.16 ± 7.76), çekirdek aile tipine sahip olanların (63.56 ± 8.26), ailede 3 ve üzeri çocuk olanların (63.59 ± 8.32), ailede 3 ve üzeri erkek çocuk olanların (64.49 ± 6.58), ilde yaşayanların (63.56 ± 8.24) ve sünnet dışı nedenle hastaneye yatmayanların (63.80 ± 8.19) PHÇÖKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edildi. PHÇÖKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile babanın eğitim düzeyi ($KW=12.760$; $p<0.01$), babanın mesleği ($KW=9.480$; $p<0.01$), sosyal güvence durumu ($z=-3.321$; $p<0.01$) ve ailenin gelir durum algısı ($z=-2.933$; $p<0.01$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Baba eğitim düzeyi ve meslek gruplarında farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde bu farkın babaları lisans ve üzeri eğitime ve memur babalara sahip çocuk gruplarından kaynaklandığı tespit edildi. Diğer bir ifadeyle babaları lisans ve üzeri eğitime sahip ve memur olanların, sosyal güvencesi olanların ve geliri giderine eşit algılayanların benlik algıları daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 10).

Araştırmaya katılan çocukların PHÇÖKÖ mutluluk alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; 129-132 aylık olanların (11.47 ± 1.59), anneleri lisans ve üzeri eğitime sahip (11.43 ± 1.61) ve çalışmayanların (11.34 ± 1.77), babaları lise eğitimine sahip (11.43 ± 1.85) ve memur olanların (11.51 ± 1.58), sosyal güvencesi olanların (11.33 ± 1.80), geliri giderine eşit algılayanların (11.35 ± 1.75), çekirdek aile tipine sahip olanların (11.28 ± 1.89), ailede 3 ve üzeri çocuk olanların (11.26 ± 1.93), ailede 3 ve üzeri erkek çocuk olanların (11.43 ± 1.75), ilçede yaşayanların (11.35 ± 2.07) ve sünnet dışı nedenle hastaneye yatmayanların (11.35 ± 1.81) PHÇÖKÖ mutluluk alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. PHÇÖKÖ mutluluk alt boyut puan ortalaması ile sosyal güvence durumu ($z=-2.642$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 10).

Araştırmaya katılan çocukların PHÇÖKÖ kaygı alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; 129-132 aylık olanların (8.78 ± 2.15), anneleri lisans ve üzeri eğitime sahip (9.05 ± 1.98) ve çalışmayanların (8.64 ± 2.21), babaları lisans ve üzeri eğitimi sahip (9.05 ± 2.08) ve memur olanların (9.09 ± 1.97), sosyal güvencesi olanların (8.57 ± 2.28), geliri

giderine eşit algılayanların (8.70 ± 2.24), çekirdek aile tipine sahip olanların (8.60 ± 2.27), ailede 3 ve üzeri çocuk olanların (8.57 ± 2.33), ailede 3 ve üzeri erkek çocuk olanların (8.78 ± 2.41), ilde yaşayanların (8.57 ± 2.29) ve sünnet dışı nedenle hastaneye yatmayanların (8.55 ± 2.20) PHÇÖKÖ kaygı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. PHÇÖKÖ kaygı alt boyut puan ortalaması ile baba eğitim düzeyi ($KW=10.373$; $p<0.01$), ailenin gelir durum algısı ($z=-2.712$; $p<0.01$) ve aile tipi ($z=-2.002$; $p=0.045$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Baba eğitim düzeyi grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde babaları lisans ve üzeri eğitime sahip olan çocuk grubundan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.05$, Tablo 10).

Araştırmaya katılan çocukların PHÇÖKÖ popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; 129-132 aylık olanların (9.26 ± 1.83), anneleri lisans ve üzeri eğitime sahip (9.34 ± 1.89) ve çalışanların (9.55 ± 1.53), babaları lise eğitimine sahip (9.74 ± 1.60) ve memur olanların (9.59 ± 1.40), sosyal güvencesi olanların (9.31 ± 1.80), geliri giderine eşit algılayanların (9.32 ± 1.80), geniş aile tipine sahip olanların (9.42 ± 1.96), ailede 3 ve üzeri çocuk olanların (9.27 ± 1.85), ailede 2 ve altı erkek çocuk olanların (9.23 ± 1.94), ilçede yaşayanların (9.29 ± 2.13) ve sünnet dışı nedenle hastaneye yatanların (9.23 ± 1.83) PHÇÖKÖ popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde alt boyut puan ortalaması daha yüksek olduğu tespit edildi. PHÇÖKÖ sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalaması ile baba eğitim düzeyi ($KW=23.061$; $p<0.01$), baba meslek ($KW=8.282$; $p=0.016$) ve ailenin sosyal güvence durumu ($z=-3.426$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Baba eğitim düzeyi ve meslek gruplarında farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın lise ve üzeri eğitime sahip ve memur olan babalardan kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$, Tablo 10).

Araştırmaya katılan çocukların PHÇÖKÖ davranış ve uyma alt boyut alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; 129-132 aylık olanların (12.93 ± 2.01), anneleri lisans ve üzeri eğitime sahip (12.60 ± 2.20) ve çalışmayanların (12.69 ± 2.20), babaları lisans ve üzeri eğitime sahip (12.96 ± 1.94) ve memur olanların (12.96 ± 1.87), sosyal güvencesi olanların (12.56 ± 2.25), geliri giderine eşit algılayanların (12.63 ± 2.17), çekirdek aile tipine sahip olanların (12.58 ± 2.26), ailede 2 ve altı çocuk olanların (12.58 ± 2.19), ailede 3 ve üzeri erkek çocuk olanların (12.66 ± 1.98), ilçede yaşayanların (12.65 ± 1.91), sünnet dışı nedenle hastaneye yatmayanların (12.92 ± 1.95) PHÇÖKÖ davranış ve uyma alt boyut alt boyut

puan ortalaması daha yüksek olduğu tespit edildi. PHÇÖKÖ davranış alt boyut puan ortalaması ile çocuk yaş grubu (KW=6.306; p=0.043), anne çalışma durumu (z=8667.000; p=0.042), sünnet dışı nedenle hastanede yatış durumu (z=-2.073; p=0.038) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Çocuk yaş grubunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın 129-132 aylık gruptan kaynaklandığı belirlendi (p<0.05, Tablo 10).

Araştırmaya katılan çocukların PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyut alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; 121-124 aylık olanların (8.33±1.41), anneleri lisans ve üzeri eğitime sahip (8.45±1.39) ve çalışanların (8.33±1.83), babaları lise eğitimine sahip olan (8.61±1.22) ve özel sektör/serbest meslek olanların (8.41±1.24), sosyal güvencesi olanların (8.31±1.44), geliri giderine eşit algılayanların (8.29±1.46), geniş aile tipine sahip olanların (8.28±1.95), ailede 3 ve üzeri çocuk olanların (8.28±1.39), ailede 3 ve üzeri erkek çocuk olanların (8.38±1.15), ilçede yaşayanların (8.25±1.53), sünnet dışı nedenle hastaneye yatanların (8.26±1.53) PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyut alt boyut puan ortalaması daha yüksek olduğu tespit edildi. PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyut puan ortalaması ile anne çalışma durumu (KW=8713.500; p=0.045), baba eğitim düzeyi (KW=12.361; p<0.01) ve ailenin sosyal güvence durumu (z=-2.800; p<0.01) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Baba eğitim düzeyi grubunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın lise eğitimine sahip babalardan kaynaklandığı belirlendi (p<0.05, Tablo 10).

Araştırmaya katılan çocukların PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; 121-124 aylık olanların (5.35±1.19), anneleri ilkokul eğitimine sahip (5.27±1.49) ve çalışanların (5.37±1.03), babaları lise eğitimine sahip (5.35±1.06) ve memur olanların (5.40±1.24), sosyal güvencesi olanların (5.26±1.21), geliri giderine eşit algılayanların (5.28±1.18), geniş aile tipine sahip olanların (5.57±0.87), ailede 2 ve altı çocuk olanların (5.23±1.25), ailede 3 ve üzeri erkek çocuk olanların (5.29±1.17), ilde yaşayanların (5.27±1.25), sünnet dışı nedenle hastaneye yatanların (5.24±1.28) PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyut puan ortalaması daha yüksek olduğu tespit edildi. PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyut puan ortalaması ile ailenin sosyal güvence durumu (z=-3.582; p<0.01), ailenin gelir durum algısı (z=-2.582; p=0.010) ve yaşanan yer (z=-2.115; p=0.034) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (p<0.05, Tablo 10).

Tablo 11. Çocukların sünnete ilişkin özellikleri ile PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=342)

Özellikler	n	Mutluluk X±Ss	Kaygı X±Ss	Popülerlik, Sosyal Beğeni ya da Gözde Olma X±Ss	Davranış ve Uyma X±Ss	Fiziksel görünüm X±Ss	Zihinsel ve Okul durum X±Ss	PHÇÖKÖ Toplam X±Ss
Ailenin sünnet yaşı ile ilgili danışmanlık alma durumu								
Aldı	82	11.51±1.50	8.66±2.10	9.13±1.91	12.44±2.26	8.22±1.62	5.26±1.09	63.62±7.11
Almadı	260	11.16±2.00	8.49±2.34	9.24±1.88	12.59±2.26	8.23±1.52	5.18±1.29	63.45±8.51
Test (z)**/p değeri		-0.658/0.511	-0.433/0.665	-0.762/0.446	0.346/0.729	-0.332/0.740	-0.389/0.698	-0.249/0.803
Ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu								
Verdi	227	11.33±1.79	8.88±2.15	9.17±1.86	12.86±2.10	8.27±1.48	5.11±1.26	64.28±7.64
Vermedi	115	11.07±2.07	7.85±2.39	9.29±1.95	11.94±2.42	8.14±1.68	5.37±1.20	61.94±9.00
Test (z)**/p değeri		-7.96/0.426	-3.879/p<0.01	-1.064/0.287	-3.438/p<0.01	-2.84/0.776	-1.658/0.097	-2.153/0.031
Çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu								
Olumlu	21	12.49±1.22	9.90±1.33	10.42±0.59	14.10±1.59	9.09±0.94	6.04±0.74	70.69±3.52
Tepki vermedi	287	11.18±1.90	8.53±2.32	9.09±1.92	12.55±2.11	8.14±1.57	5.09±1.24	63.20±7.98
Olumsuz	34	10.99±1.91	7.70±2.08	9.47±1.89	11.58±3.16	8.44±1.47	5.52±1.26	61.52±9.74
Test (KW)*/p değeri		2.333/0.506	2.113/0.549	18.550/p<0.01	1.822/0.610	10.911/0.012	12.456/p<0.01	5.436/0.143
Sünnet işleminin yapıldığı yer								
Özel hastane	106	11.53±1.61	8.84±2.33	9.14±1.99	12.81±2.16	8.20±1.56	5.16±1.31	64.47±8.19
Devlet hastanesi	178	11.17±1.98	8.28±2.28	9.28±1.95	12.41±2.35	8.27±1.60	5.13±1.28	62.83±8.60
Ev	58	10.93±2.04	8.74±2.14	9.13±1.49	12.50±2.11	8.17±1.34	5.45±0.96	63.73±6.67
Test (KW)*/p değeri		2.794/0.247	4.609/0.100	2.246/0.325	2.877/0.237	1.478/0.478	2.278/0.320	2.175/0.337
Ameliyathane koşullarında sünnet olma durumu								
Oldu	271	11.31±1.87	8.54±2.32	9.23±1.95	12.57±2.33	8.22±1.60	5.15±1.25	63.54±8.61
Olmadı	71	11.01±1.97	8.51±2.13	9.15±1.63	12.48±1.95	8.28±1.31	5.37±1.21	63.32±6.36
Test (z)**/p değeri		-1.174/0.240	-0.059/0.953	-1.185/0.236	-0.871/0.384	-0.222/0.85	-1.589/0.112	-0.787/0.431

Tablo 11. (Devam)

Çocuğun sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu								
Yaşamadı	308	11.31±1.85	8.63±2.27	9.27±1.85	12.73±2.06	8.31±1.54	5.20±1.26	64.09±7.68
Yaşadı	34	10.61±2.20	7.64±2.22	8.67±2.18	10.88±3.13	7.50±1.44	5.11±1.14	58.11±10.51
Test (z)**/p değeri		-1.717/0.086	2.4077/0.016	-1.421/0.155	-3.139/p<0.01	-3.498/p<0.01	-0.664/0.507	-2.949/p<0.01
Sünnet düğünü yapılma durumu								
Yapıldı	26	11.07±2.38	8.57±1.83	8.50±3.22	13.03±1.64	7.92±2.17	5.07±1.74	62.83±10.48
Yapılmadı	316	11.26±1.85	8.53±2.32	9.27±1.73	12.51±2.29	8.26±1.49	5.21±1.20	63.55±7.99
Test (z)**/p değeri		-0.086/0.931	-0.112/0.911	-0.160/0.87	-0.619/0.536	-0.132/0.895	-0.075/0.940	-0.318/0.750
Çocuğa sünnet hediyesi alınma durumu								
Alındı	174	11.14±1.99	8.40±2.25	9.02±2.06	12.40±2.37	8.20±1.50	5.28±1.30	62.60±8.66
Alınmadı	168	11.35±1.79	8.67±2.32	9.41±1.68	12.70±2.12	8.27±1.60	5.11±1.18	64.41±7.58
Test (z)**/p değeri		-0.644/0.519	-1.052/0.293	-1.523/0.128	-0.987/0.323	-0.931/0.352	-1.360/0.174	-1.493/0.135

*KW: Kruskal Wallis Testi

**z: Mann Whitney U Testi

Tablo 11’de çocukların sünnete ilişkin özellikleri ile PHÇÖKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; sünnet öncesinde danışmanlık alan ailelerin çocuklarının (63.62 ± 7.11), sünnet olacağı konusunda bilgi verilenlerin (64.28 ± 7.64), sünnet yapıldığı zaman olumlu tepki veren çocukların (70.69 ± 3.52), özel hastanede sünnet olanların (64.47 ± 8.19), ameliyathane koşullarında sünnet olanların (63.54 ± 8.61), sünnet sonrası komplikasyon yaşamayanların (64.09 ± 7.68), sünnet düğünü yapılmayanların (63.55 ± 7.99), sünnet hediyesi alınmayanların (64.41 ± 7.58) PHÇÖKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sünnete ilişkin özelliklerin PHÇÖKÖ toplam puan ortalamaları ile ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu ($z = -2.153$; $p = 0.031$), çocuğun sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu ($z = -2.949$; $p < 0.01$) sünnet işlemi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p < 0.05$, Tablo 11).

Çocukların PHÇÖKÖ mutluluk alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; sünnet öncesi danışmanlık alan ailelerin çocuklarının (11.51 ± 1.50), sünnet olacağı konusunda bilgilendirilenlerin (11.33 ± 1.79), sünnet yapıldığı zaman olumlu tepki verenlerin (12.49 ± 1.22), özel hastanede sünnet olanların (11.53 ± 1.61), ameliyathane koşullarında sünnet olanların (11.31 ± 1.87), sünnet sonrası komplikasyon yaşamayanların (11.31 ± 1.85), sünnet düğünü yapılmayanların (11.26 ± 1.85), sünnet hediyesi alınmayanların (11.35 ± 1.79) PHÇÖKÖ mutluluk alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmadı ($p > 0.05$, Tablo 11).

Çocukların PHÇÖKÖ kaygı alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; sünnet öncesi danışmanlık alan ailelerin çocuklarının (8.66 ± 2.10), sünnet olacağı konusunda bilgi verilenlerin (8.88 ± 2.15), sünnet yapıldığı zaman olumlu tepki verenlerin (9.90 ± 1.33), özel hastanede sünnet olanların (8.84 ± 2.33), ameliyathane koşullarında sünnet olanların (8.54 ± 2.32), sünnet sonrası komplikasyon yaşamayanların (8.63 ± 2.27), sünnet düğünü yapılanların (8.57 ± 1.83), sünnet hediyesi alınmayanların (8.67 ± 2.32) PHÇÖKÖ kaygı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sünnete ilişkin özelliklerin kaygı alt boyutu ile çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu ($z = -3.879$; $p < 0.01$), çocuğun sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu ($z = -2.407$; $p = 0.016$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p < 0.05$, Tablo 11).

Çocukların PHÇÖKÖ popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; sünnet öncesi danışmanlık hizmeti almayan ailelerin

çocuklarının (9.24 ± 1.88), sünnet olacağı konusunda bilgi verilmeyenlerin (9.29 ± 1.95), sünnet yapıldığı zaman olumlu tepki verenlerin (10.42 ± 0.59), devlet hastanesinde sünnet olanların (9.28 ± 1.95), ameliyathane koşullarında sünnet olanların (9.23 ± 1.95), sünnet sonrası komplikasyon yaşamayanların (9.27 ± 1.85), sünnet düğünü yapılmayanların (9.27 ± 1.73), sünnet hediyesi alınmayanların (9.41 ± 1.68) PHÇÖKÖ popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sünnete ilişkin özelliklerin PHÇÖKÖ popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalaması ile çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu ($z=18.550$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Sünnet olacağını bilen çocuğun verdiği tepkilerde farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane post hoc testinde bu farkın sünnete olumlu tepki verenlerden kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$, Tablo 11).

Çocukların PHÇÖKÖ davranış ve uyma alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; sünnet öncesi danışmanlık hizmeti almayan ailelerin çocuklarının (12.59 ± 2.26), çocuğuna sünnet olacağı konusunda bilgi verenlerin (12.86 ± 2.10), sünnet yapıldığı zaman olumlu tepki verenlerin (14.10 ± 1.59), özel hastanede sünnet olanların (12.81 ± 2.16), ameliyathane koşullarında sünnet olanların (12.57 ± 2.33), sünnet sonrası komplikasyon yaşamayanların (12.73 ± 2.06), sünnet düğünü yapılanların (13.03 ± 1.64), sünnet hediyesi alınmayanların (12.70 ± 2.12) PHÇÖKÖ davranış ve uyma alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sünnete ilişkin özelliklerin PHÇÖKÖ davranış ve uyma alt boyutu ile ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu ($z=-3.438$; $p<0.01$), sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu ($z=-3.139$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 11).

Çocukların PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyut puan ortalaması incelendiğinde sünnet öncesi danışmanlık almayan ailelerin çocuklarının (8.23 ± 1.52), sünnet olacağı konusunda bilgilendirilenlerin (8.27 ± 1.48), sünnet yapıldığı zaman olumlu tepki verenlerin (9.09 ± 0.94), devlet hastanesinde sünnet olanların (8.27 ± 1.60), ameliyathane koşullarında sünnet olmayanların (8.28 ± 1.31), sünnet sonrası komplikasyon yaşamayanların (8.31 ± 1.54), sünnet düğünü yapılmayanların (8.26 ± 1.49), sünnet hediyesi alınmayanların (8.27 ± 1.60) PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sünnete ilişkin özelliklerin PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyutu ile çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu ($z=10.911$; $p=0.012$) sünnet sonrası komplikasyon

yaşama durumu ($z=-3.498$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane post hoc testinde bu farkın sünnete olumlu tepki veren gruptan kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$, Tablo 11).

Çocukların PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; sünnet öncesi danışmanlık alan ailelerin çocuklarının (5.26 ± 1.09), sünnet olacağı konusunda bilgilendirmeyenlerin (5.37 ± 1.20), sünnet yapıldığı zaman olumlu tepki verenlerin (6.04 ± 0.74), evde sünnet olanların (5.45 ± 0.96), ameliyathane koşullarında sünnet olmayanların (5.37 ± 1.21), sünnet sonrası komplikasyon yaşamayanların (5.20 ± 1.26), sünnet düğünü yapılmayanların (5.21 ± 1.20), sünnet hediyesi alınanların (5.28 ± 1.30) PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sünnete ilişkin özelliklerin PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyutu ile çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu ($z=12.456$; $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tamhane post hoc testinde bu farkın sünnete olumlu tepki verenlerden kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$, Tablo 11).

Tablo 12. Sünnet yaş grupları ile ÇSKE ve PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki ($n=342$)

	Sünnet yaşı	
	r*	p**
ÇSKE Toplam	-0.012	0.415
PHÇÖKÖ Toplam	-0.092*	0.044
Mutluluk	-0.038	0.241
Kaygı	-0.047	0.195
Popülerlik, Sosyal Beğeni ya da Gözde Olma	0.006	0.458
Davranış ve Uyma	-0.074	0.085
Fiziksel Görünüm	-0.063	0.123

*r= rho değeri

**p= p değeri

Tablo 12’de sünnet yaş grupları ile SKE ve PHÇÖKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre sünnet yaşı ile PHÇÖKÖ toplam puan ($r=-0.092$, $p=0.044$), zihinsel ve okul durum ($r=-0.093$, $p=0.043$) alt boyutu arasında tek yönlü, negatif, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı. Bununla birlikte SKE toplam puan ($r=-0.012$, $p=0.415$) ile PHÇÖKÖ mutluluk ($r=-0.038$, $p=0.241$), kaygı ($r=-0.047$, $p=0.195$), popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma ($r=-0.006$, $p=0.458$), davranış ve uyma ($r=-0.074$, $p=0.085$), fiziksel görünüm ($r=-0.063$, $p=0.123$) alt boyut toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi.



5. TARTIŞMA

Ülkemizde sünnet farklı yaş dönemlerinde uygulanmakla birlikte sıklıkla 3-6 yaş döneminde daha fazla yapılmaktadır (36-38). Bu dönemde yapılan sünnet kastrasyon ve ayrılık anksiyetesine, düşük benlik algısına, sosyal fobilere, enürezise, tırnak yemeye, agresif davranışlara, kâbus gibi uyku bozukluklarına neden olmaktadır (25, 26, 39, 40). Psikoanalitik kurama göre fallik dönemde (3-6 yaş) cinsel organlara olan önem arttığı için bu dönemde yapılan sünnet işlemini kendine yapılmış bir cezalandırma yöntemi olarak görmekte olup çocukta kastrasyon anksiyetesine yol açmaktadır (29). Bu çalışmadaki temel amaç; erkek çocuklarda sünnet yaşının çocukların benlik algısı ve anksiyetesi üzerine etkisinin incelenmesine yöneliktir ve bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Literatürde sünnetin psikoloji üzerine etkisinin inceleyen (24-26, 42-44) çalışmalar bulunmakla birlikte sünnet yaşının uzun vadede etkisini inceleyen çalışmalara daha az rastlanmaktadır (27, 66, 67). Bu çalışmamızın literatüre bu anlamda önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada çocukların ortalama 26.58 ± 26.90 ayda sünnet ettirildikleri tespit edildi. Çocukların birinci sırada 0-1 yaş döneminde (%53.20) ve ikinci sırada ise 3-6 yaş döneminde (%21.10) sünnet ettirildikleri görüldü (Tablo 3). Ulusal çalışmalarda çocukların sünnet ettirilme yaş grupları değişkenlik göstermektedir (34, 35, 72, 73, 127-131). Çalışmaların bir kısmı bu çalışmayla karşılaştırıldığında sünnet için daha erken yaş dönemlerini (daha çok 0-1 yaş ve 1-3 yaş dönemi) tercih ettikleri görülmektedir (34, 130). Ulusal bazı çalışmalar ile çalışmanın bu bulgusu benzerlik göstermektedir (128, 131). Aksay'ın (2021) çalışmasında birinci sırada 0-1 yaş, ikinci sırada ise 3-6 yaş sünnet ettirildiği bildirilmektedir (128). Yine ulusal bir kısım çalışmaların sonuçları bu çalışmayla karşılaştırıldığında sünnet için ilk sıralarda daha geç yaş dönemlerinin tercih edildiği görülmektedir (35, 72, 73, 129). Örneğin Şahin (2003) ve Çataklı'nın (2012) çalışmalarında ilk sırada 6 yaş ve üzeri, ikinci sırada 3-6 yaş döneminde çocukların sünnet ettirildiği saptanmıştır (35, 72). APA (2012) sünnetin daha çok erken yaşlarda yapılması gerektiğini bildirmektedir (6). Bu çalışmada APA'nın önerisine uyulduğu ancak APA'nın önermediği 3-6 yaş döneminde ikinci sırada çocuklarını sünnet ettirildikleri görülmektedir. Bu bulgular bize çocukların sünnet olma yaşı ile ilgili ailelere rutin bir danışmanlık yapılmadığını düşündürdü.

Çalışmada ailelerin çocuklarını sünnet yaptırdıkları yaşı tercih etme nedenlerinden ilk sıralarda algılayamayacak yaşta olması, bezden çıkmadan yaptırmak istenmesi/bezde iken daha çabuk iyileşir düşüncesi ve hastalık yer almaktadır (Tablo 4). Çalışmanın bu bulgusu Sivaslı ve diğerlerinin (2003), Top ve diğerlerinin (2008) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (73, 129). Başka bir çalışmada ise algılamayacak yaşta olması nedeniyle sünnet yaptırma son sıralarda yer almaktadır (42). Bu durum ailelerin bir kısmının sünnetin çocukların ruh sağlığı üzerindeki etkilerinden haberdar olduklarını göstermektedir. Hemşireler özellikle çocuk izlemlerinde sünnet düşünen ebeveynlere uygun yaş dönemi ve nedenleri hakkında danışmanlık yapmalıdır.

Çalışmaya dahil edilen çocukların ÇSKE toplam puan ortalamaları 33.53 ± 6.07 (min-max; 20-60) olarak tespit edildi (Tablo 5). ÇSKE'den alınan toplam puan ortalamasının yüksek olması sürekli anksiyetenin daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Yavuz'un çalışmasında ÇSKE toplam puan ortalaması 32.07 ± 7.95 ve Özusta'nın çalışmasında ise 35.02 ± 7.72 olarak belirtilmektedir (28, 126). Bu açıdan bakıldığında bizim çalışmamıza dâhil edilen çocukların sürekli anksiyete puanları ile Yavuz'un (2018) ve Özusta'nın çalışmasının bulguları benzerlik göstermektedir. Çalışmaya dahil edilen çocukların PHÇÖKÖ toplam puan ortalamaları 63.49 ± 8.19 (min-max; 0-80) olarak tespit edildi (Tablo 5). PHÇÖKÖ toplam puan ortalamalarının düşük olması öz kavram/benlik algısının düşük olduğunu göstermektedir (124). Yavuz'un (2018) ve Öner'in (1994) çalışmasının bulguları ile çalışmanın bu bulgusu benzerlik göstermektedir. Yavuz'un (2011) çalışmasında PHÇÖKÖ toplam puan ortalaması 63.31 ± 11.10 ve Öner'in (1994) çalışmasında 60.36 ± 8.23 olduğu görülmektedir (28, 124).

Bu çalışmada 3-6 yaş grubunda sünnet olan çocukların diğer yaş gruplarında sünnet olan çocuklara göre (0-1, 1-3 ve 6-12 yaş) hem sürekli anksiyeteleri anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0.05$) hem de benlik algıları düşüktü ($p > 0.05$). Yapılan birçok çalışma da sünnetin 3-6 yaş grubu çocuk için travmatik bir durum olduğu ve çocukta kastrasyon korkusu, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete gibi psikososyal sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (24-26, 42). Freud'a göre genital operasyon sonucu artan anksiyete, benliğin yüzleşmek zorunda olduğu içsel bir tehdit oluşturmaktadır. Çocukta oluşan bu içsel tehdit benlik algısının düşmesine sebep olmaktadır (29). Cansever (1965), sünnet sonrasında anksiyete ile etkin şekilde baş etme kapasitesinin azaldığını belirtmektedir (43). Çalışmamızın aksine Yavuz'un (2018) çalışmasında sünnet

öncesindeki anksiyetelerinin, sünnet sonrasına göre daha yüksek olduğu tespit edildi (28). Çalışmamızda ise fallik dönemde gerçekleştirilen sünnet sürekli anksiyetenin artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle sünnet yaşı ve fallik dönemde (3-6 yaş) sünnet yaptırılmaması konusunda hemşirelerin ailelere danışmanlık vermesi gereklidir.

Sünnet sosyal bir olgu olmakla birlikte ve toplumumuzda sünnet olma güç ile ilişkilendirildiği, erkeklik kazanma olarak nitelendirilmektedir (24). Aynı zamanda Türk kültüründe sünnetin kültür ile beden üzerine yazıldığını ve beden olarak kaybedilmiş olanın toplumsal olarak kazanıldığı şekilde tanımlanmaktadır (132). Bu çalışmada 6-12 yaş döneminde sünnet ettirilenlerin anksiyetelerinin en düşük olduğu (30.80 ± 5.42) (Tablo 6) ve benlik algısının/öz kavramın (63.96 ± 7.42) en yüksek olduğu görüldü (Tablo 7). Bu yaş aralığında benlik algısının yüksek olmasını değerlendirmek için ülkemizde sünnete yüklenen olumlu anlamı göz önünde bulundurulması gerektiği düşünüldü.

Çalışmada baba eğitim düzeyi arttıkça çocukların sürekli anksiyetelerinin azaldığı görüldü ($p < 0.01$) (Tablo 8). Bu çalışmanın aksine Sancar ve diğerlerinin (2016) çalışmasında sünnet olan çocukların yaşadıkları korku ile baba eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (133). Zavras ve diğerlerinin (2015) çalışmasında ise anne eğitim düzeyinin sünnet sonrası dönemde çocukların anksiyetesini etkileyen bir faktör olduğu belirtilmektedir (134). Ülkemizde sünnet ile ilgili yapılan çalışmalarda ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine yer verilmediği ve daha çok çocukların sünnet olma yaşını etkileyen faktörlere yer verildiği görülmektedir (36-38, 72, 73, 127-129). Örneğin Top ve diğerlerinin (2008) çalışmasında babaları okuryazar olmayan çocukların tamamının 3-6 yaş arasında sünnet ettirildiği belirtilmektedir (73). Bu çalışmada baba eğitim düzeyi arttıkça aileler çocuklarının sünnet olma yaşı ile ilgili daha bilinçli karar verdikleri düşünüldü.

Çalışmada sosyal güvencesi olmayan ailelerin çocuklarının sürekli anksiyetelerinin daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0.05$) (Tablo 8). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde çocukların sünnet olma yaşı ve sosyal güvence durumunun ruhsal etkilerini değerlendiren çalışmalara ulaşılamadı. Ülkemizde sünnet işleminin sosyal güvence kapsamında yer alması nedeniyle sosyal güvencesi olmayan ailelerin anksiyeteleri arttığı ve dolayısıyla çocukların anksiyetelerini olumsuz etkilediği düşünüldü.

Çalışmada babaları işçi olanların ve gelirini giderden az algılayanların çocuklarının sürekli anksiyetelerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 8). Uruc ve

diğerlerinin (2017) araştırması çalışmanın bu bulgusunu destekler niteliktedir ve araştırmalarında düşük sosyoekonomik duruma sahip ailelerin çocuklarının sünnet öncesi ve sünnet sonrası anksiyetelerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (135). Ekonomik durum algısının ve gelirin ailelerin anksiyetesini etkilediği çocuklarında bundan etkilendiği düşünüldü.

Çalışmada çocukların %83.91'i sünnete yapıldığı zaman tepki vermedikleri ancak %16.09'unun sünnet yapıldığı zaman tepki verdikleri belirlendi (Tablo 9). Şahin ve diğerlerinin (2003) çalışmasında ise yetişkin erkeklerin %73.9'unun sünneti korkutucu, endişe verici ve acı verici bir durum olarak hatırladıkları rapor edildi (35). Başka bir çalışmada sünnet olma ile ilgili anının genç yetişkin erkekler tarafından duygusal olarak olumsuz biçimde hatırlandığı belirtilmektedir (136). Konuyla ilgili uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde çoğunlukla sünnetin ciddi ruhsal ve davranışsal sorunlara yol açtığı belirtilmektedir (24, 26, 137). Sünnetin işlevsellik ve uyumda azalmaya, agresiflik ve sosyal geri çekilmeye, şiddet içerikli ya da aşırı mazoşistlik davranışların ortaya çıkmasına, bazı olgularda intihara neden olduğu gösterilmiştir (26, 137). Erkeklerde sünnet mutsuzluk, üzüntü, kızgınlık, engellenmişlik hissi, düşük özsaygı, güven eksikliği, güçsüzlük ve mağduriyet gibi psikolojik sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (137). Öztürk (1973)'ün çalışmasında ise, çocuklarda sünnet sonrası davranışsal ve geçici nörotik bozukluklar ortaya çıktığı bildirilmektedir (24). Bu çalışmada da sünnete yapıldığı zaman tepki vermeyen çocukların olumlu ve olumsuz tepki veren çocuklara göre sürekli anksiyetelerinin daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.01$) (Tablo 9). Çalışmanın bu bulgusu literatür ile benzerlik göstermemektedir. Literatürdeki az sayıdaki çalışmaların aksine sünnetin psikososyal sağlığı olumlu etkilediği belirtilmektedir (28, 35). Örneğin bir çalışmada sünnet ile ilgili olumlu duyguların olumsuz duygulardan daha fazla akıllarında kaldığı, sünnet ile başka insanların kendilerini yetişkin olarak görmeye başladığı, kutlamalar yapıldığı ve birçok hediye aldıkları belirtmektedir (35). Başka bir çalışmada ise sünnet olan çocuklarda sünnet öncesine göre depresyon, davranış problemleri ve anksiyete görülmediği saptandı (28). Bu çalışmada çocukların sünnet yapıldığı zaman tepkilerini dışarı vuramadıkları için anksiyetelerinin yüksek olduğu düşünüldü. Bu nedenle hemşirelerin çocuğun sünnetten sonra işlem ile ilgili duygularının ifade etmesine fırsat vermelidir.

Çocukların %83'ünün hastanede sünnet edildiği ancak %79.20'sinin ameliyathane koşullarında sünnet edilmiş olması çalışmanın dikkat çekici diğer bir bulgusudur. Çünkü çalışmada ameliyathane koşullarında sünnet olmayan çocukların sürekli anksiyetelerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 9). Yine çalışmada sünnet sonrası komplikasyon yaşayan çocukların sünnet sonrası komplikasyon yaşamayan çocuklara göre benlik algılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi (Tablo 11). Ülkemizde oldukça sık uygulanan bir cerrahi girişim olan sünnetin hastane koşullarında olmaması, sünnetin deneyimsiz ve eğitimi olmayan kişiler tarafından yapılması sünnet sonrasında komplikasyonların yaşanmasına neden olmaktadır (60-63). Hastane koşullarında yapılan sünnetin komplikasyon oranı %0.2-5.0 arasında değişmekte iken (60-63), hastane koşullarında yapılmayan sünnetin komplikasyon oranı %95'e kadar ulaşabileceği bildirilmektedir (60). Ameliyathane koşullarında sünnet yapılmadığı durumlarda çocuk sünnete tanık olmaktadır aynı zamanda komplikasyonlar artmaktadır ve tüm bunlar çocuğun anksiyetesinin artmasına neden olup benlik algısını azalttığı düşünüldü.

Çalışmada sünnet olacağı konusunda bilgi verilen çocukların benlik algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 11). Literatürdeki çalışmalar çalışmanın bu bulgusuyla benzerlik göstermektedir (24, 42, 133). Güneş'in çalışmasında sünnet işlemi hakkında bilgilendirilen çocukların psikososyal davranış problemi göstermedikleri bildirildi (42). Çalışmanın bu bulgusuna benzer şekilde Sancar ve diğerlerinin (2016) çalışmasında da sünnetin ne olduğunu bilen çocukların daha az korku yaşadıkları bildirilmektedir (129). Öztürk (1973) sünnetin etkilerinin ortaya çıkışında çocuğun sünnete hazırlığının ve sünnet hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunun önemli olduğunu belirtmiştir (24). Yapılan çalışmada sünnet öncesi dönemde çocukların sünnet hakkında bilgilendirme ve sünnet olacağını bilme durumunun yetersiz olduğu görüldü. Ancak çocuklara sünnet işleminden önce bilgilendirme yapılması çocukları psikolojik açıdan olumlu yönde etkilediği düşünüldü.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Erkek çocukların sünnet olma yaşının çocukların benlik algısı ve anksiyetesi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla 342 erkek çocuk ve aileleri ile gerçekleştirilen çalışmada;

- Çalışmaya dahil edilen çocukların yaş ortalaması 126.53 ± 3.47 ay olduğu, %36.30'unun yaşının 129-132 ay aralığında olduğu, annelerin %37.70'inin lise mezunu olduğu ve %77.50'sinin çalışmadığı, babaların %36.00'sinin lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu ve %71.00'inin memur olduğu, ailelerin %82.70'inin geliri giderine eşit algıladığı, %94.20'sinin sosyal güvencesinin olduğu, ailelerin %93.90'ının çekirdek aile tipinde olduğu, %76.90'ının il merkezinde yaşadığı, %56.20'sinin 2 ve altında erkek çocuk olduğu, %81.00'inin 2 ve altında erkek çocuk olduğu, çocukların %60.50'sinin sünnet dışı nedenle hastaneye yattığı saptandı (Tablo 2),
- Çocukların sünnet ettirilme yaş ortalaması 26.58 ± 26.90 olup, %53.20'sinin 0-1 yaş grubunda, %21.10'unun 3-6 yaş grubunda sünnet edildiği, ailelerin %76.00'sinin sünnet ile ilgili danışmanlık almadığı, %66.40'ı çocuğuna sünnet olacağı konusunda bilgi verdiği, çocukların %83.91'inin sünnet yapıldığı zaman tepki vermediği, çocukların %52'sinin devlet hastanesinde ve %79.20'inin ameliyat koşullarında sünnet edildiği, %90.10'unun sünnet sonrasında komplikasyon yaşamadığı, %92.40'ına sünnet düğünü yapılmadığı, %50.90'mına sünnet hediyesi alındığı bulundu (Tablo 3),
- Ailelerin %26.0'sı algılayamayacak yaşta olması, %18.7'si bezden çıkmadan yaptırmak istenmesi/bezde iken daha çabuk iyileşir düşüncesi, %13.8'i hastalık, %8.2'si dini nedenler, %7.9'u özel bir nedeni olmadan, %7.6'sı doktor/sağlık personelinin tavsiyesi, %7.0'si ailevi nedenler (büyüklerin kararı, kardeşi ile bir arada olmasını arzu etme), %5.6'sı daha önce sünnet yaptırmaya vakit bulunamaması/geç kalma, %3.2'si algılayacak yaşta olması/sünnetini hatırlasın ve anı kalsın düşüncesiyle ve %2.0'si yürüdükten sonra daha kolay olacağı düşüncesiyle çocuklarını sünnet yaptırdıkları yaşı tercih ettikleri görüldü (Tablo 4).
- Çocukların ÇSKE toplam puan ortalaması 33.53 ± 6.07 olduğu saptandı. PHÇÖKÖ toplam puan ortalaması 63.49 ± 8.19 olup, alt boyut puan

ortalamlarının; mutluluk/doyumun 11.24 ± 1.89 , kaygının 8.53 ± 2.28 , popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olmanın 9.21 ± 1.89 , davranış ve uymanın 12.55 ± 2.25 , fiziksel görünümün 8.23 ± 1.55 , zihinsel durum ve okulun 5.20 ± 1.24 olduğu saptandı (Tablo 5).

- 3-6 yaş grubunda sünnet edilen çocukların ÇSKE toplam puan ortalamasının (34.60 ± 6.85) en düşük olduğu (Tablo 6), 6-12 yaş grubunda sünnet edilen çocukların PHÇÖKÖ toplam puan ortalamasının (64.34 ± 7.32) en yüksek olduğu saptandı (Tablo 7).
- Çocukların ÇSKE toplam puan ortalaması ile çocuk yaş grubu, baba eğitim düzeyi, baba meslek, sosyal güvence ve gelir durum algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 8).
- Çocukların ÇSKE toplam puan ortalaması ile sünnet yapıldığı zaman tepki verme ve ameliyathane koşullarında sünnet olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 9).
- Çocukların PHÇÖKÖ toplam puan ortalaması ile baba eğitim düzeyi, baba meslek, ailenin sosyal güvence ve gelir durum algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 10).
- Çocukların PHÇÖKÖ mutluluk alt boyut puan ortalaması ile sosyal güvence durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 10).
- Çocukların PHÇÖKÖ kaygı alt boyut puan ortalaması ile baba eğitim düzeyi, ailenin gelir durum algısı ve aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 10).
- Çocukların PHÇÖKÖ popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalaması ile baba eğitim düzeyi, baba meslek, sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 10).
- Çocukların PHÇÖKÖ davranış ve uyma alt boyut puan ortalaması ile çocuk yaş grubu, anne çalışma durumu, sünnet dışı nedenle hastaneye yatmayanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 10).

- Çocukların PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyut puan ortalaması ile anne çalışma durumu, baba eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 10).
- Çocukların PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyut puan ortalaması ile sosyal güvence durumu, gelir durum algısı, yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$) (Tablo 10).
- Çocukların PHÇÖKÖ puan ortalaması ile ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu, sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Çocukların PHÇÖKÖ kaygı alt boyut puan ortalaması ile ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu, sünnet sonrasında komplikasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Çocukların PHÇÖKÖ popülerlik, sosyal beğeni ya da gözde olma alt boyut puan ortalaması ile çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Çocukların PHÇÖKÖ davranış ve uyma alt boyut puan ortalaması ile ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu, sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Çocukların PHÇÖKÖ fiziksel görünüm alt boyut puan ortalaması ile ailelerin çocuğa sünnet olacağı konusunda bilgi verme durumu, sünnet sonrası komplikasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Çocukların PHÇÖKÖ zihinsel ve okul durum alt boyut puan ortalaması ile çocuğun sünnet yapıldığı zaman tepki durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Çocukların sünnet yaşı ile PHÇÖKÖ toplam puan ortalaması ve ($r=-0.092$, $p=0.044$) ve zihinsel ve okul durum ($r=-0.093$, $p=0.043$) alt boyutu puan ortalaması arasında tek yönlü, negatif, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 12).

Bu sonuçlar doğrultusunda, sünnet edilen çocukların anksiyetesi ve benlik algısı etkilenmemesi için önerilerimiz aşağıda belirtilmiştir;

- Hemşireler ailelere özellikle eğitim düzeyi düşük olan babalara çocukların ideal sünnet yaşı ve fallik dönemde (3-6 yaş) sünnet yaptırılmaması konusunda danışmanlık yapmalıdır.
- 3-6 yaş döneminde ve diğer yaş dönemlerinde yapılan sünnetin çocuğun psikososyal sağlığını nasıl etkilediği ile ilgili sağlık profesyonelleri tarafından daha fazla çalışma yapılmalıdır.
- Çocuğun sünnetten sonra işlem ile ilgili duygularının ifade etmesine hemşireler olarak sağlamalıdır.
- Tüm çocuklar multidisipliner bir yaklaşım içerisinde sünnet işlemine gelişim dönemine uygun olarak hazırlanmalıdır.
- Psikolojik ve cerrahi komplikasyonların görülmemesi için sünnetin hastanede ameliyathane koşullarında uzman hekimler tarafından yapılmalı ve ailelere bu konuda gerekli danışmanlık hizmeti sağlık profesyonelleri tarafından verilmelidir.
- Sünnet işlemi öncesinde çocuklara sünnetin; neden, kim tarafından, nasıl yapılacağı ve bir cezalandırma olmadığını içeren bilgilendirilme yapılması konusunda ailelere sağlık profesyonelleri tarafından danışmanlık verilmelidir.
- Sosyal güvencesi olmayan ailelerin çocuklarının sünnetinin devletin sağlık kurumlarında ücretsiz yapılması konusunda kurumlar ile görüşmeler yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Gollaher DL (2001). Circumcision: A history of the world's most controversial surgery. *Science, Technology, Human Values* 26(2): 248-253.
2. Dekkers W, Hoffer C, Wils JP (2005). Scientific contribution, bodily integrity and male and female circumcision. *Medicine, Health Care and Philosophy* 8(2): 179-191.
3. Sarı N, Büyükuşal SC, Zülfikar B (1996). Circumcision ceremonies at the Ottoman Palace. *Journal of Pediatric Surgery* 31(7): 920-924.
4. World Health Organization (2007). Male circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability [online]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>. [Accessed 6 June 2021].
5. Morris BJ, Moreton S, Krieger JN (2019). Critical evaluation of arguments opposing male circumcision: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine* 12(4): 263-290.
6. American Academy of Pediatrics (2012). Male circumcision [online]. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/130/3/e756/30225/Male-Circumcision>. [Accessed 6 June 2021].
7. Moses S, Bailey RC, Ronald AR (1998). Male circumcision: Assessment of health benefits and risks. *Sexually Transmitted Infections* 74(5): 368.
8. To T, Agha M, Dick PT, Feldman W (1998). Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary-tract infection. *Lancet* 352:1813–1816.
9. Malone PSJ (2005). Circumcision for preventing urinary tract infection in boys: European view. *Archives of Disease in Childhood* 90(8): 773-774.
10. Sing Grewal D, Macdessi J, Craig J (2005). Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: A systematic review of randomised trials and observational studies. *Archives of Disease in Childhood* 90(8): 853-858.
11. O'Farrell N, Egger M (2000). Circumcision in men and the prevention of HIV infection: A meta-analysis revisited. *International Journal of STD & AIDS* 11(3): 137-142.

12. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *Plos Medicine* 2(11): e298.
13. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O & Gray RH (2009). Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *New England Journal of Medicine* 360(13): 1298-1309.
14. Mehta SD, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I & Bailey RC (2012). Circumcision status and incident herpes simplex virus type 2 infection, genital ulcer disease and HIV infection. *AIDS* 26(9): 1141.
15. Hutchinson J (1855). On the influence of circumcision in preventing syphilis. *Med Times Gazette* 32: 542-543.
16. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, Wawer MJ (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet* 369(9562): 657-666.
17. Laumann EO, Masi CM, Zuckerman EW (1997). Circumcision in the United States: Prevalence, prophylactic effects and sexual practice. *Jama* 277(13): 1052-1057.
18. Morris BJ, Krieger JN (2013). Does male circumcision affect sexual function, sensitivity or satisfaction? A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine* 10: 2644-2657.
19. European Association of Urology (2014). Guidelines on Penile cancer [online]. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.667.621&rep=rep1&type=pdf>. [Accessed 10 June 2021].
20. Peters RT & Fisher R (2009). Paediatric circumcision using bipolar diathermy. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England* 91(5): 436-436.
21. Yiee JH & Baskin LS (2010). Penile embryology and anatomy. *The Scientific World Journal* 10: 1174-1179.
22. Prabhakaran S, Ljuhar D, Coleman R & Nataraja RM (2018). Circumcision in the paediatric patient: A review of indications, technique and complications. *Journal of Paediatrics and Child Health* 54(12): 1299-1307.

23. Katz LS & Price EO (1986). The role of penile stimulation and ejaculatory experience on the development and maintenance of reproductive behavior in the bull (*Bos taurus*). *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology* 19(3): 197-209.
24. Öztürk O (1973). Ritual circumcision and castration anxiety. *Psychiatry* 36(1): 49-60.
25. Rhinehart J (1999). Neonatal circumcision reconsidered. *Transactional Analysis Journal* 29(3): 215-221.
26. Tractenberg M (1999). Psychoanalysis of circumcision in male and female circumcision. *Understanding Circumcision* 13: 209-214.
27. Armağan A, Silay MS, Karatağ T, Akman T, Tepeler A, Ersoz C, Akcay M (2014). Circumcision during the phallic period: Does it affect the psychosexual functions in adulthood?. *Andrologia* 46(3): 254-2547.
28. Yavuz M, Akdeniz B (2018). The effect of circumcision on the mental health of children running head: Circumcision and mental health. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi* 4(2): 1-16.
29. Bee H, Boyd D (2009). *Çocuk Gelişim Psikolojisi*. 2nd ed. Çeviren: Gündüz O, Kaknüs Yayınları, İstanbul; 518-521.
30. Furseth I, Repstad P (2013). *Din Sosyolojisine Giriş*. 2nd ed. Çeviren: Çapçioğlu İ, Halil A, Birleşik Yayınevi, Ankara, 142-143.
31. Schultz DP, Schultz SE (2015). *Theories of Personality*. 11th ed. Wadsworth Cengage Learning, Boston; Page: 37-78.
32. Zoske J (1998). Male circumsion: A gender perspective. *The Journal of Men's Studies*. 6(2): 189-208.
33. Anwer AW, Samad L, Iftikhar S, Baig Ansari N (2017). Reported male circumcision practices in a Muslim-majority setting. *BioMed Research International* 2017: 4957348. doi: 10.1155/2017/4957348.
34. Many BT, Rizeq YK, Vacek J, Cheon EC, Johnson E, Hu YY, Goldstein SD (2020). A contemporary snapshot of circumcision in US children's hospitals. *Journal of Pediatric Surgery* 55(6): 1134-1138.

35. Şahin F, Beyazova U, Aktürk A (2003). Attitudes and practices regarding circumcision in Turkey. *Child: Care, Health and Development* 29(4): 275-280.
36. Koby H, Yazıcı S (1999). 0-14 yaş çocuğa sahip ailelerin sünnet konusundaki bilgi ve uygulamaları. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 22-24 Haziran 1999, 267-270.
37. Yılmaz Y, Özsoy SA, Ardahan M (2008). Annelerin sünnet hakkındaki davranış ve bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 47(2): 93-101.
38. Cankorkmaz L, Köylüoğlu G, Çetinkaya S (2011). Pratisyen hekimlerin sünnetle ilgili bilgi düzeyleri. *Balkan Medical Journal* 2011(3): 264-268.
39. Yılmaz E, Batislam E, Basar MM, Basar H (2003). Psychological trauma of circumcision in the phallic period could be avoided by using topical steroids. *International Journal of Urology* 10(12): 651-656.
40. Melike M, Yetim A, Gökçay G & Alyanak B (2016). Nail biting in preschool: A case report. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine* 79(1): 46-50.
41. Ramos S, Boyle GJ (2001). Ritual and medical circumcision among Filipino boys. Denniston GC, Hodges FM, Milos MF (Ed.), In *Understanding Circumcision*. Kluwer/Plenum Publisher, New York, Page: 253-270.
42. Güneş Şan N (2019). 3-6 Yaş Grubu Çocukların Sünnet Sonrası Dönemde Psikososyal Yönden İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
43. Cansever G (1965). Psychological effects of circumcision. *British Journal of Medical Psychology* 38(4): 321-331.
44. Corduk N, Unlu G, Sarioglu Buke A, Buber A, Savran B & Zencir M (2013). Knowledge, attitude and behaviour of boys and parents about circumcision. *Acta Paediatrica* 102(4): e169-e173.
45. Cold CJ, Taylor JR (1999). The prepuce. *British Journal of Urology International* 83(1): 34-44.
46. Fleiss MP (1997). The case against circumcision. *The Mothering: The Magazine of Natural Family Living* 1(1997): 36-45.

47. World Health Organization (2008). Eliminating female genital mutilation: An interagency statement [online]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/>. [Accessed 10 June 2021].
48. Weiss HA, Dickson KE, Agot K, Hankins CA (2010). Male circumcision for HIV prevention: Current research and programmatic issues. *AIDS* 24(4): 61-69.
49. World Health Organization and The Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (2007). New data on male circumcision and HIV prevention: Policy and programme implications [online]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/mc_recommendations_en_0.pdf. [Accessed 6 June 2021].
50. Köse A (1998). Musa ve Tektanrıcılık: Bir tarih psikanalizin açmazları. *Divan: Disiplinlerarası Çalışmalar Dergisi* 4: 37-56.
51. Doyle D (2005). Ritual male circumcision: A brief history. *Journal Royal College of Physicians of Edinburgh* 35(3): 279.
52. Çinpolat S (2017). Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam'da sünnetin yeri. *Kırıkkale İslami İlimler Fakültesi Dergisi* 2(3): 109-126.
53. Kıranatlıoğlu M (2018). Yahudilikte sünnet. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 32 (44): 99-119.
54. World Health Organization (1996). Islamic ruling on male and female circumcision [online]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119559>. [Accessed 6 June 2021].
55. Kadioğlu HH, Aydın İH, Bekiryazıcı E (2006). Dini ve tıbbi açıdan sünnet. *Atatürk Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi* 25: 1-16.
56. Centers for Disease Control and Prevention (2014). Draft CDC Recommendations for Providers Counseling Male Patients and Parents Regarding Male Circumcision and the Prevention of HIV Infection, STIs, and Other Health Outcomes [online]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/mc-factsheet-508.pdf>. [Accessed 6 June 2021].

57. European Association of Urology (2016). Guidelines on Paediatric Urology [online]. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Paediatric-Urology-2016-1.pdf>. [Accessed 6 June 2021].
58. Laway MA, Wani ML, Patnaik R, Kakru D, Ismail S, Shera AH, Shiekh KA (2012). Does circumcision alter the periurethral uropathogenic bacterial flora. *African Journal of Paediatric Surgery* 9(2): 109.
59. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I (2010). Complications of circumcision in male neonates infants and children: A systematic review. *BMC Urology* 10: 2.
60. Oral A, Bahadır GB, Güven A (2011). Çocukluk çağı sünnet komplikasyonları ve önlenbilirliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 10(5): 605-610.
61. Krill AJ, Palmer LS, Palmer JS (2011). Complications of circumcision. *The Scientific World Journal* 11: 2458-2468.
62. Özkan A, Özorak A, Oruç M (2012). Bin dokuz yüz sünnet olgusunda komplikasyonların retrospektif incelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 4(1): 8-12.
63. Geçit İ, Benli E (2011). Bölgemizdeki sünnet komplikasyonları. *Van Tıp Dergisi* 18(3): 155-158.
64. Wiswell TE, Geschke DW (1989). Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. *Pediatrics* 83(6): 1011-1015.
65. Biçer S, Kuyruklu Yıldız U, Akyol F, Şahin M, Binici O, Onk D (2015). At what age range should children be circumcised?. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 17(3): e26258.
66. Kalkan M, Şahin C, Toraman AR, Turkan S (2010). Yirmi yaş sonrası sünnetsizlerin benlik algısı ve benlik saygısı özelliklerinin çocukluk çağında sünnet olan erişkinlerle karşılaştırılması. *Turkish Journal of Urology* 36(4): 411.
67. Ünüvar U (2006). Sünnetsiz ve Sünnetli Yetişkinlerin Beden Algıları ve Benlik Saygıları. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
68. Freud S (1999). *Dinin Kökenleri*. 4th ed. Çeviren: Budak S, Payel Yayınları, İstanbul, 304-305.

69. Schoen EJ, Wiswell TE, Moses S (2000). New policy on circumcision-cause for concern. *Pediatrics* 105(3): 620-623.
70. Cüceloğlu D (2015). İnsan ve Davranışı. 31. baskı. Remzi Kitapevi, İstanbul; Sayfa: 412.
71. Burger JM (2006). Kişilik. 6th ed. Çeviren: Sarıoğlu E, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 87-90.
72. Çataklı T, Yazarlı E, Yener F, Bilge YD (2012). Bir hastaneye başvuran annelerin sünnet hakkındaki bilgi düzeyleri. *Erciyes Medical Journal* 34(3): 116-120.
73. Top FÜ, Esüntimur Y, Uykan L, Pekdemir EA (2008). Giresun ilindeki ailelerin sünnet konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Çocuk Dergisi* 8(3): 166-171.
74. Baymur F (1994). Genel Psikoloji. Üçüncü baskı. İnkılap Kitapevi, İstanbul; Sayfa: 267.
75. Budak S (2000). Psikoloji Sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara; Sayfa: 123-444.
76. Emler N (2001). Self-Esteem: The Cost and Causes of Low Self-Worth. New York Publishing, New York; Page: 61.
77. Rosenberg M (1989). Self-concept research: A historical overview. *Social Forces* 68 (1): 34-44.
78. Erikson EH (1984). İnsanın Sekiz Çağı. 2nd ed. Çeviren: Üstün BT, Şar V, Birey ve Toplum Yayınları, Ankara, 1-30.
79. Coopersmith S (1967). The Antecedents or Self Esteem. WH Freeman and Company, San Francisco; Page: 492-496.
80. Epstein S (1973). The self-concept revisited or a theory of a theory. *American Psychologist* 28: 404-416.
81. McCandless BR (1970). Adolescents. Dryden Press, Hinsdale; Page: 180.
82. Kulaksızoğlu A (2000). Ergenlik Psikolojisi. Altıncı baskı. Remzi Kitapevi, İstanbul; Sayfa: 94.
83. Demoulin DF (1999). A Personalized Development of Self-Concept for Beginning Readers. *Education* 120:1.

84. Eisenberg S, Delaney DJ (1998). Psikolojik Danışma Süreci. Çeviren: Ören N, Takkaç M, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, İstanbul, 65.
85. Woolfolk AE (1998). Educational Psychology. 9th ed. Allyn&Bacon, Boston; Sayfa: 73.
86. Cüceloğlu D (1997). İçimizdeki Çocuk. Birinci baskı. MEB Yayınları, İstanbul; Sayfa: İstanbul, 78-143.
87. Bacanlı H (2004). Sosyal İlişkilerde Benlik (Kendini Ayarlama Psikolojisi). İkinci baskı. MEB Yayınları, İstanbul; Sayfa: 78-92.
88. Bukato D, Daehler M (1992). Child Development. 6th ed. Houghton Mifflin Company, USA; Page: 471.
89. Cooley CH (1902). Human Nature and The Social Order. Charles Scribner's Sons, New York; Page: 137-211.
90. Aslan-Yılmaz H (2016). Bir derleme: Benlik kavramına ilişkin bazı yaklaşımlar ve tanımlamalar. Sosyal Bilimler Dergisi 48: 79-89.
91. Öner U (1987). Benlik Gelişimine İlişkin Kuramlar. Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara; Sayfa: 67-83.
92. Gençtan E (2005). Psikanaliz ve Sonrası. 17. Baskı. Hür Yayınevi, İstanbul; Sayfa: 72-104.
93. Adler A (2001). The Pattern of Life. Publisher Routledge, London; Sayfa: 17.
94. Morris CG (2002). Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş). Çeviri: Ayvaşık HB, Sayıl M, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 460-539.
95. Geçtan E (2003). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. Metis Yayınları, İstanbul; Sayfa: 60.
96. Rogers CR (1965). Client-centered therapy. Publisher Houghton Mifflin Company, Boston; Page: 560.
97. Maslow AH (1956). Self-actualizing people: A study of psychological health. Publisher Harper & Row, New York; Page: 161-162.
98. Yavuzer H (2012). Çocuk Psikolojisi. 35. baskı. Remzi Kitapevi, İstanbul; Sayfa: 77.

99. Santrock JW (2012). Yaşam Boyu Gelişim: Gelişim Psikolojisi. Çeviren: Yüksel G, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 189.
100. Kara M (2020). Kierkegaard felsefesiyle birlikte ortaya çıkan bir kavram karmaşası: endişe mi, kaygı mı, anksiyete mi, korku mu?. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi 16: 279-308.
101. Hekimoğlu EC, Bilik MZ (2020). Freud'dan Lacan'a Kaygı. AYNÄ Klinik Psikoloji Dergisi 7(3): 336-36.
102. Bourne EJ (1995). The Anxiety And Phobia Workbook: a step-by-step program for curing yourself of extreme anxiety, panic attacks, and phobia. 2nd ed. New Harbinger Publications, Oakland; Page: 4.
103. American Psychological Association (2021). Anxiety [online]. Available from: <https://www.apa.org/topics/anxiety>. [Accessed 6 June 2021].
104. Işık E (1996). Nevrozlar. Kent Matbaası, Ankara; Sayfa: 31-45.
105. Riskind JH, Alloy LB (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of theory, design, and methods. Journal of Social and Clinical Psychology 25(7): 705-725.
106. Köknel Ö (1989). Depresyon, Ruhsal Çöküntü. Beşinci baskı. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
107. Clark DA, Beck AT (2012). The Anxiety & Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution. The Guilford Press, New York; Page: 294-300.
108. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Washington.
109. Essau CA (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. Depression and Anxiety 18(1): 1-6.
110. Spielberger CD (1975). Stres and Anxiety. Hemisphere Publishing Corporation, Washington.
111. Öner N, Le Compte WA (1985). Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

112. Yıldız M, Sezen A, Yenen İ (2007). İlahiyat fakültesi öğrencilerinde durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ile akademik güdülenmeler arasındaki ilişkinin incelenmesi. D.E.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi 15: 213-239.
113. Şahin AR (1993). Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Sivas, 22-24 Mayıs 1993, 7-14.
114. Beck AT, Emery G, Greenberg RL (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. Publisher Basic Books, New York.
115. Beck AT (1963). Thinking and depression. Archives of General Psychiatry 9: 324-333.
116. Yalom I (2001). Varoluşçu Psikoterapi. Üçüncü baskı. Kabalcı Yayınevi, İstanbul; Sayfa: 11-76.
117. Chang SF, Hung CH, Hsu YY, Liu Y & Wang TN (2017). The effectiveness of health education on maternal anxiety, circumcision knowledge, and nursing hours: A quasi-experimental study. Journal of Nursing Research 25(4): 296-303.
118. Çilingir D & Bayraktar N (2006). Günübirlilik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 13(1): 69-81.
119. Lo YT, Wang JJ, Liu LF & Wang CN (2010). Prevalence and related factors of do-not-resuscitate directives among nursing home residents in Taiwan. Journal of the American Medical Directors Association 11(6): 436-442.
120. Muldoon M, Cheng D, Vish N, Dejong S & Adams J (2011). Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety. AORN Journal 94(3): 246-253.
121. Sardi L & Livingston K (2015). Parental decision making in male circumcision. MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing 40(2): 110.
122. Pattishall AE, Spector ND & McPeak KE (2014). Important considerations for the newborn: Access to postdischarge newborn care, pulse oximetry screening for congenital heart disease, and circumcision. Current Opinion in Pediatrics 26(6): 734-740.
123. Piers EV (1984). The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (The Way I Feel About Myself) Revised Manual. Western Psychological Services, Los Angeles.

124. Öner N (1994). Piers-Harris'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği El Kitabı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
125. Spielberg CD (1970). Manual for State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, California.
126. Özusta Ş (1995). Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 10(34): 32-44.
127. Çelik İ, Kömeağaç A, İşsever O & Bektaş M (2021). Ebeveynlerin sünnet hakkındaki bilgi düzeylerinin ve davranışlarının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 24(4): 539-547.
128. Aksay H (2021). Kahramanmaraş ili birinci basamak sağlık çalışanlarının erkek sünneti konusundaki bilgi ve görüşleri. Tıpta Uzmanlık tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş
129. Sivaslı E, Bozkurt Aİ, Ceylan H & Coşkun Y (2003). Gaziantep bölgesindeki anne ve babaların sünnet ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 46(2): 114-8.
130. Hart-Cooper GD, Tao G, Stock JA, Hoover KW (2014). Circumcision of privately insured males aged 0 to 18 years in the United States. Pediatrics 134(5): 950-956.
131. Öztaş T, Asena M (2020). Toplumumuzda sünnet cerrahi bir operasyon olarak kabul ediliyor mu?. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17(1): 24-27.
132. Kırımlı Y (2010). Yetişkin Olmaya İlk Adım "Sünnet". Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi 24: 19-35.
133. Sancar S, Demirci H, Guzelsoy M, Coban S, Askin R, Uzun ME, Turkoglu AR (2016). Fear of circumcision in boys considerably vanishes within ten days of procedure. Urology Journal 13(1): 2541-2545.
134. Zavras N, Tsamoudaki S, Ntomi V, Yiannopoulos I, Christianakis E & Pikoulis E (2015). Predictive factors of postoperative pain and postoperative anxiety in children undergoing elective circumcision: A prospective cohort study. The Korean Journal of Pain 28(4): 244.

135. Uruc F, Yildirim C, Urkmez A, Aras B, Yanartas O, Irmak MY, Yuksel OH, Sahin A, Verit A (2017). Circumcision and its potential effects on children's mental health state. *Revista Internacional De Andrologia* 15(4): 127-134.
136. Gülaçtı HGB, Pekaslan NE, Acar BŞ (2016). Üniversite öğrencilerinin sünnet olma deneyimlerine dair otobiyografik anılarının içerik analizi. *DTCF Dergisi* 56(1): 355-373.
137. Boyle GJ (2015). Circumcision of infants and children: Short-term trauma and long-term psychosexual harm. *Advances in Sexual Medicine* 5: 22-38.





Ek 1. Soru Formu

ERKEK ÇOCUKLARDA SÜNNET YAŞININ ÇOCUKLARIN BENLİK ALGISI VE ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu çalışma erkek çocuklarda sünnet yaşının çocukların anksiyetesi ve benlik algısı üzerine etkisi belirlenmesi amacıyla yürütülmektedir. Lütfen her sorunun size uygun olan cevabını yanında bulunan parantezin içerisine işaretleyiniz. **Elde edilecek veriler, yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak;** başka bir kişi ya da kuruma verilmeyecektir. Veriler toplu olarak değerlendirileceğinden isminizi yazmanız beklenmemektedir. Araştırmanın sağlıklı sonuçlara ulaşması, anketi titizlikle ve samimiyetle doldurmanıza bağlıdır.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Araştırma ekibi adına

Doç. Dr. Hacer Kobya BULUT

Hemşire/Yüksek Lisans Öğrencisi Feride YAVUZ

SORU FORMU

Katılımcı No..... Tarih:...../...../.....

A. EBEVEYNLERE AİT TANITICI BİLGİLER

1. Annenin eğitim durumu

1. Okur yazar () 2. Okur yazar değil () 3. İlkokul () 4. Ortaokul () 5. Lise () 6. Üniversite () 7. Diğer ()

2. Annenin Mesleği

1. Çalışıyor () 2. Çalışmıyor ()

(Çalışıyor seçeneğini işaretlenmiş ise mesleğini yazınız)

3. Babanın eğitim durumu

1. Okur yazar () 2. Okur yazar değil () 3. İlkokul () 4. Ortaokul () 5. Lise ()

6. Üniversite () 7. Diğer ()

4. Babanın Mesleği

1. İşçi () 2. Memur () 3. Emekli () 4. Serbest meslek ()

5. Diğer (Belirtiniz.....)

5. Ailenin ekonomik durumu

1. Düşük () 2. Orta () 3. Yüksek ()

6. Sosyal Güvenceniz

1. Var () 2. Yok ()

(Cevabınız var ise güvence çeşidini belirtiniz.....)

7. Çocuğun aile tipi

1. Çekirdek Aile () 2. Geniş Aile () 3. Parçalanmış Aile () 4. Diğer (Belirtiniz.....)

8. Toplam çocuk sayısı.....

9. Erkek çocuk sayısı.....

Ek 1. (Devam)

10.Yaşanılan yer

1.Köy () 2.Kasaba () 3.İlçe() 4.İl()

B. ÇOCUĞA AİT TANITICI BİLGİLER

11. Çocuğunuzun doğum tarihi (gün ay yıl olarak):.....

12.Çocuğın kronik bir hastalığı var mı?

1.Var () 2. Yok ()

13. Çocuğunuzun hastane deneyimi

1.Var() 2.Yok()

14. Varsa kaç yaşında.....

15. Kaç gün.....neden.....

16. Çocuğunuzun travma geçirme öyküsü (akut hastalık, boşanma, ölüm, kayıp, yeni kardeş, taşınma vb)

1.Var () 2. Yok ()

C.SÜNNET İŞLEMİNE YÖNELİK BİLGİLER

17. Çocuğunuzu kaç yaşında iken sünnet ettirdiniz?.....yaş

18. Bu yaşta sünnet yaptıрма nedeniniz neydi?

.....

19. Sünnet işlemine karar verirken herhangi bir danışmanlık aldınız mı?

1.Evet () (Belirtiniz kimden)..... 2.Hayır()

20. Çocuğunuzu sünnet işlemi hakkında bilgilendirdiniz mi?

1.Evet () 2.Hayır()

Evet ise nasıl tepki verdi?.....

21. Sünnet nerede oldu?

1.Özel hastanede () 2. devlet hastanesinde() 3. Ev () 4.diğer.....

22. Çocuk ameliyathane koşullarında mı sünnet oldu?

1.Evet() 2.Hayır()

23.Sünnet yapıldıktan sonra sünnet ile ilgili sorun yaşadı mı?

1.Evet() açıklayınız..... 2.Hayır()

24.Çocuğunuza sünnet düğünü yaptınız mı?

1.Evet() 2.Hayır()

25. Çocuğunuza sünnet olduğu zaman sünnet hediyesi aldınız mı?

1.Evet() 2.Hayır()

Ek 2. Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği (Kendim Hakkındaki Düşüncelerim)

Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan seni tanımlayanları "evet", tanımlamayanları ise "hayır" ile cevaplandır. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Yine de lütfen bütün cümleleri cevapla. Aynı cümleyi hem evet hem de hayır olarak işaretleme. Unutma, cümledeki ifade genellikle sana uyuyorsa evet, uymuyorsa hayır olarak işaretleyeceksin. Cümlelerin sana uygun olup olmadığını sadece sen bilebilirsin. Bunun için kendini gerçekten nasıl görüyorsan aynen öyle cevaplandır.

- 1) İyi resim çizerim. ()Evet () Hayır
- 2) Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer. ()Evet () Hayır
- 3) Ellerimi kullanmada becerikliyimdir. ()Evet () Hayır
- 4) Okulda başarılı bir öğrenciyim. ()Evet () Hayır
- 5) Aile içinde önemli bir yerim var. ()Evet () Hayır
- 6) Sınıf arkadaşlarım benimle alay eder. ()Evet () Hayır
- 7) Mutluyum. ()Evet () Hayır
- 8) Coğunlukla neşesizim. ()Evet () Hayır
- 9) Akıllıyım. ()Evet () Hayır
- 10) Öğretmenler derse kaldırıncaya heyecanlanıyorum. ()Evet () Hayır
- 11) Dış görünüşüm beni rahatsız ediyor. ()Evet () Hayır
- 12) Genellikle çekingenim. ()Evet () Hayır
- 13) Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum. ()Evet () Hayır
- 14) Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım. ()Evet () Hayır
- 15) Aileme sorun yaratıyorum. ()Evet () Hayır
- 16) Kuvvetli sayılırım. ()Evet () Hayır
- 17) Sınavlardan önce heyecanlanıyorum, korkuyorum. ()Evet () Hayır
- 18) Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım. ()Evet () Hayır
- 19) Herkes tarafından pek sevilen biri değilim. ()Evet () Hayır
- 20) Parlak fikirlerim var. ()Evet () Hayır
- 21) Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim. ()Evet () Hayır
- 22) Bir şeyden kolay vazgeçerim. ()Evet () Hayır
- 23) Müzikte iyiyim. ()Evet () Hayır
- 24) Hep kötü şeyler yaparım. ()Evet () Hayır
- 25) Evde çoğu zaman huysuzluk ederim. ()Evet () Hayır
- 26) Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar. ()Evet () Hayır
- 27) Sinirli biriyim. ()Evet () Hayır
- 28) Gözlerim güzeldir. ()Evet () Hayır
- 29) Sınıfta derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım. ()Evet () Hayır
- 30) Derslerde sık sık hayal kurarım. ()Evet () Hayır
- 31) (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım. ()Evet () Hayır
- 32) Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir. ()Evet () Hayır
- 33) Başım sık sık belaya girer. ()Evet () Hayır
- 34) Evde büyüklerimin sözünü dinlerim. ()Evet () Hayır
- 35) Sık sık üzülür, meraklanırım. ()Evet () Hayır
- 36) Ailem benden çok fazla şey bekliyor. ()Evet () Hayır
- 37) Halimden memnunum. ()Evet () Hayır
- 38) Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığımı sanıyorum. ()Evet () Hayır
- 39) Saçlarım güzeldir. ()Evet () Hayır
- 40) Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım. ()Evet () Hayır
- 41) Şimdiki halimden daha başka olmak isterdim. ()Evet () Hayır
- 42) Geceleri rahat uyurum. ()Evet () Hayır

Ek 2. (Devam)

- 43) Okuldan hiç hoşlanmıyorum. ()Evet () Hayır
- 44) Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken en son seçilenlerden biriyim. ()Evet () Hayır
- 45) Sık sık hasta olurum. ()Evet () Hayır
- 46) Başkalarına karşı iyi davranmam. ()Evet () Hayır
- 47) Okuldaki arkadaşlarım iyi fikirlerim olduğunu düşünürler. ()Evet () Hayır
- 48) Mutsuzum. ()Evet () Hayır
- 49) Pek çok arkadaşım var. ()Evet () Hayır
- 50) Neşeliyim. ()Evet () Hayır
- 51) Pek çok şeye aklım ermez. ()Evet () Hayır
- 52) Güzelim (Yakışıklıyım) ()Evet () Hayır
- 53) Hayat dolu bir insanım. ()Evet () Hayır
- 54) Sık sık kavgalara karışıyorum. ()Evet () Hayır
- 55) Arkadaşlarım arasında sevilirim (popülerim). ()Evet () Hayır
- 56) Arkadaşlarım bana sık sık sataşır. ()Evet () Hayır
- 57) Ailem benle düş kırıklığına uğruyor. ()Evet () Hayır
- 58) Hoş bir yüzüm vardır. ()Evet () Hayır
- 59) Evde hep benle uğraşırlar. ()Evet () Hayır
- 60) Oyunlarda ve sporda başı ben çekerim. ()Evet () Hayır
- 61) Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider. ()Evet () Hayır
- 62) Hareketlerimde sakarım. ()Evet () Hayır
- 63) Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyrederim. ()Evet () Hayır
- 64) Öğrendiğimi çabuk unuturum. ()Evet () Hayır
- 65) Herkesle iyi geçinirim. ()Evet () Hayır
- 66) Çabuk kızarım. ()Evet () Hayır
- 67) Kız arkadaşlarım arasında sevilirim. ()Evet () Hayır
- 68) Çok okurum. ()Evet () Hayır
- 69) Bir grupta çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım. ()Evet () Hayır
- 70) (Kardeşiniz varsa) Kardeş (ler)imi severim. ()Evet () Hayır
- 71) Vücutça güzel sayılırım. ()Evet () Hayır
- 72) Sık sık korkuya kapılırım. ()Evet () Hayır
- 73) Her zaman bir şeyler düşürür ve kırarım. ()Evet () Hayır
- 74) Güvenilir bir kimseyim. ()Evet () Hayır
- 75) Başkalarından farklıyım. ()Evet () Hayır
- 76) Kötü şeyler düşünürüm. ()Evet () Hayır
- 77) Kolay ağlarım. ()Evet () Hayır
- 78) İyi bir insanım. ()Evet () Hayır
- 79) İşler hep benim yüzümden ters gider. ()Evet () Hayır
- 80) Şanslı bir kimseyim. ()Evet () Hayır

Ek 3. Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri (Nasıl Hissediyorum Anketi)

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. ‘Hemen hemen hiç’ mi, ‘bazen’ mi yoksa ‘sık sık’ mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

Yanlış yapacağım diye endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ağlayacak gibi olurum	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kendimi mutsuz hissederim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Karar vermekte güçlük çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Çok fazla endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Evde sinirlerim bozulur	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Utangacım	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Sıkıntılıyım	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Okul beni endişelendirir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Nedenini bilmediğim korkularım var	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Annem ve babam için endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ellerim terler	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Karnımda bir rahatsızlık hissederim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık