



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**CİNSİYET GELİŞİM BOZUKLUĞU NEDENİYLE OPERE OLMUŞ
ERGENLERDE CİNSİYET ROLLERİ VE EBEVEYNLERDE
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Zehra Ece SOĞUCAK

Antalya, 2018



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**CİNSİYET GELİŞİM BOZUKLUĞU NEDENİYLE OPERE OLMUŞ
ERGENLERDE CİNSİYET ROLLERİ VE EBEVEYNLERDE
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Zehra Ece SOĞUCAK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2018

TEŞEKKÜR...

Asistanlığım boyunca yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım Doç. Dr. Esin ÖZATALAY ve Yrd. Doç. Dr. Aslı SÜRER ADANIR'a, psikiyatri eğitimim sırasında tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum hocalarıma, eğitimim ve tez hazırlama çalışmalarımda yardımlarını esirgemeyen Çocuk Psikiyatrisi ve Çocuk Cerrahisi ekibine, yardımları ve verdikleri destekten dolayı Dr. Emine Çığıl FETTAHOĞLU'na, Prof. Dr. Taha KARAMAN'a, tez hazırlama çalışmalarımda yardımcı olan Dr. Gamze ÇELMELİ'ye ve Dr. Arif ÖNDER'e, hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü fedakârlığı yapan anne, babama, başımın tatlı belası ablam Cemre'ye, biricik ağabeyim Cem'e ve canım kardeşim Uğur'a; bu zorlu süreçte sürekli yanımda olan emeği, manevi desteğiyle katkıda bulunan sevgili eşim Seçkin'e teşekkürlerimi sunuyorum. İyi ki varsınız.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Normal Cinsiyet Gelişimi	4
2.1.1 Erkek Yönünde Cinsiyet Gelişimi	5
2.1.2 Dişi Yönünde Cinsiyet Gelişimi	7
2.2 Cinsiyet Gelişim Bozuklukları	9
2.3 Cinsiyet Gelişim Bozuklarının Tedavisi	12
2.4 Cinsiyet Gelişim Bozukluklarında Cinsiyet Seçimi	15
2.5 Cinsiyet Rolü	18
2.6 Cinsel Kimlik Gelişimi	20
2.7 Cinsiyet Gelişim Bozukluğu Olan Çocuk ve Ebeveynlerindeki Psikopatolojiler	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
7. ÖZET	49
8. ABSTRACT	51
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER	65

KISALTMALAR DİZİNİ

AHÇYTÖ	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği
BAÖ	Beden Algısı Ölçeği
BCRE	Bem Cinsiyet Rolü Envanteri
CGB	Cinsiyet Gelişim Bozukluğu
ÇDŞG-ŞY	Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu
ÇİYKO	Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği
ÇTSS-TÖ	Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EGBÖ	Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği
FSTP	Fiziksel Sağlık Toplam Puanı
KAH	Konjenital Adrenal Hiperplazi
ÖTP	Ölçek Toplam Puanı
PSTP	Psikososyal Sağlık Toplam Puanı
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge

- 4.1.** Sosyodemografik Özellikler
- 4.2.** Çalışma ve Kontrol Grubunda Ruhsal Hastalık Tanısı Karşılaştırması
- 4.3a.** Grupların Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması
- 4.3b.** Grupların Ebeveyn Tarafından Bildirilen Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması
- 4.4.** Gruplarda Çocuk Travma Puanlarının Değerlendirilmesi
- 4.5.** Annelerin Travma Sonrası Stres Puanlarının karşılaştırılması
- 4.6.** Gruplarda Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması
- 4.7.** Bem Cinsiyet Rolü Envanteri Sonuçlarının Değerlendirilmesi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada, cinsiyet gelişim bozukluğu nedeniyle opere olmuş ergenlerde posttravmatik stres bozukluğu, psikopatoloji yaygınlığı, beden algısı, cinsiyet rolleri, benlik saygısı, yaşam kalitesi, gelecek beklentileri ve ebeveynlerde posttravmatik stres bozukluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Dünyaya geldiği günden itibaren çocuğa yönelik yetiştirme tutumlarını belirleyen en önemli etmenlerden biri cinsiyetidir. Yetiştirme tutumları, kültürün ve toplumun değerlerine uygun olarak cinsiyetler arasında fark gösterir. Sağlıklı çocuklarda doğumda ilan edilen cinsiyet, yaşam boyu kişinin hangi cinsiyete mensup olarak algılanacağına ilk adımıdır. Normal seksüel farklılaşma kromozomal düzenlemenin yanı sıra sistemik ya da lokalize hormonların etkisi altında gerçekleşmektedir. Genetik anomaliler, hormon salınımındaki yetersizlikler ve hedef organlardaki yanıtsızlık durumları değişik cinsiyet gelişim bozukluklarına yol açmaktadır.

“Cinsiyet” çok yönlü bir tanımdır. Genetik yapı, iç ve dış cinsel organ yapısı ve psikososyal gelişim süreci ile belirlenen cinsiyeti (sex: biyolojik cinsiyet, gender: toplumsal/sosyal cinsiyet) yalnızca tek bir başlık altında incelemek yeterli değildir. Kişinin kendisini erkek ya da kadın olarak hissetmesi cinsel kimliği (gender identity), erkek ya da kadına özgü giysi, oyun, meslek tercihi kişinin cinsel rolünü (gender role/gender behavior), erkek ya da kadın olarak karşı cins tercihi ise kişinin cinsel yönelimini (gender orientation) belirler. Cinsiyeti oluşturan bu üç özelliğin her birisi, oldukça karmaşık ve çok yönlü (anatomik, psikolojik, sosyokültürel) faktörlerin rol oynadığı, kendi aralarında da etkileşim gösteren gelişim süreçleridir (1). Cinsiyet rollerinin gelişiminde doğumda ilan edilen cinsiyete uygun olarak anne babanın çocuğu yetiştirme tutumlarının büyük önemi olduğu bilinmektedir (2).

Cinsiyet gelişim bozukluğuna sahip çocuklarda cinsel kimlik gelişimi düzenli takip gerektiren önemli bir sorundur. Bu çocukların da normal çocuklar gibi cinsel kimliklerinin gelişiminde özellikle ana baba tutumlarının belirleyici olduğu bildirilmiştir (3,4).

Cinsiyeti belirleyen başlıca faktörler; genetik yapı özellikleri, hormon ve reseptör fonksiyonları, iç ve dış genital (cinsel organ) yapı özellikleri ve çevresel faktörlerdir. Dış genital yapının embriyolojik gelişiminin anlaşılması, cinsel gelişimde rol alan moleküler yolların anlaşılması ile daha belirgin hâle gelmiştir.

Cinsiyetin belirlenmesindeki ilk aşama, 23,X kromozom yapısındaki bir ovumun, bir sperm (23,X ya da 23,Y kromozom yapısındaki) ile birleşmesidir. Bu birleşme sonucunda, erkeklerde 46,XY kromozom yapısı, kadınlarda ise 46,XX kromozom yapısı oluşur.

Testislerde üç çeşit hücre bulunur: Sertoli hücreleri, Leydig hücreleri ve spermatogonyum. Sertoli hücreleri Müller kanallarının (dişi iç cinsel organlar) gerilemesini sağlayan AMH (anti Müllerian hormon) hormonu, Leydig hücreleri ise testosteron sentezler. Overlerde ise folikül hücreleri, steroid sentezleyen hücreler ve oositler bulunur. Testis ile kıyaslandığında overlerin steroid sentezleme fonksiyonu puberteden önce başlamaz. Dış genital yapının erkek yönünde oluşması için androjen (testosteron) etkisine, androjen etkisinin görülmesi için de hedef hücrelerde androjen reseptörlerine gereksinim vardır.

Testislerin varlığında, Sertoli hücrelerinin sentezlediği AMH hormonu etkisiyle erkeklerde bulunmaması gereken Müller kanalları geriler ve kaybolur. Leydig hücrelerinin sentezlediği testosteron etkisi ile erkek tipinde iç ve dış cinsel organ yapıları oluşur. Dış genital yapının erkek yönünde farklılaşması dihidrotestosteron (oluşması için 5-alfa redüktaz enzimine gereksinim vardır) etkisiyledir. Over varlığında ise, AMH hormonunun sentezlenmemesi ve testosteron etkisinin olmaması nedeniyle iç genital organları dişi yönde gelişir. Testosteron (özellikle dihidrotestosteron) etkisinin olmaması da, dış cinsel organ yapısının dişi yönde farklılaşmasına neden olur.

Yukarıdaki gelişim sürecinin herhangi bir aşamasında oluşabilecek normalden farklı kromozom/genetik yapısı, testis/over fonksiyon kusuru, hormon sentezi ve etkileşim kusurları, iç ve dış genital yapıların gelişiminde sorunlara yol açar. Cinsel gelişim sorunları, dış genital yapıda gözle görülebilecek farklılıklar şeklinde olabileceği gibi, bazen dışarıdan fark edilmeyecek şekilde de olabilir.

Cinsiyet gelişim bozukluğu (kuşkulu genitya) kromozomal yapı, gonadlar ve dış genital organların çeşitli derecelerde birbirleriyle uyumsuzluk gösterdiği hastalık tablosudur (5). Cinsiyet gelişim bozuklukları genel olarak dört ana başlık altında incelenir. İlk grupta iki overi olan 46,XX cinsel farklılaşma bozukluğu (dişi psödohermafroditizm), ikinci grupta iki testisi olan 46,XY cinsel farklılaşma bozukluğu (erkek psödohermafroditizm) olguları vardır. Üçüncü grupta her iki testis ve over dokusunun birlikte olduğu gerçek hermafroditizm (ovotestiküler cinsiyet gelişim bozukluğu) ve son grupta testis “strick” gonad yapısının bir arada olduğu veya iki taraflı “strick” gonad yapısının olduğu gonadal disgenezi de denen olgular yer alır (6,7). Olgularda klinik yaklaşımda biyokimyasal, radyolojik ve genetik bulgular son derece önemlidir (6). Gonad yapısının sıklıkla göz ardı edilerek, dış genital yapıya göre cinsiyetin belirlenmesi oldukça yanlıştır. Diğer taraftan, özellikle erkek çocuklarda penis boyunun objektif ölçümlerle değerlendirilmesi, gereksiz androjen kullanımının engellenmesi amacıyla oldukça önemlidir (8).

Cinsiyet gelişim bozukluğu olan çocuklarda ruhsal sorunların oranı yüksek bildirilmektedir. Slijper ve arkadaşları (9) 59 CGB’li çocukta %39 oranında ruhsal hastalık oranı saptamışlardır. Ülkemizde bu oran Uslu ve arkadaşlarının (4) çalışmasında %20 olarak bildirmiştir. Ülkemizde yapılan ve 51 hastanın değerlendirildiği başka bir çalışmada ise depresyon, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve uyum bozukluğu yüksek olarak bulunmuştur (10). Benzer şekilde Müeller ve ark yaptığı bir çalışmada da anksiyete bozukluğu ve DEHB’nin sıklığında artış saptanmıştır (11).

İnsan vücudunun, cinsiyete özgü en belirgin farklılığı dış genital organ yapısıdır. Ancak, sağlıklı cinsel gelişim dış genital yapı özelliklerine oldukça bağlı olmakla beraber, kişinin yetiştirildiği ortam ve çevresel faktörler ile de yakın ilişkilidir. Buna göre, cinsel organ yapısal sorunu bulunmayan bir kişi, normalden farklı cinsel kimlik ve cinsel tercihlerde bulunabileceği gibi, cinsel gelişim sorunu bulunan birçok birey, erken tanı, psikolojik destek ve uygun koşullarda bilgilendirme ile sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürebilir.

Cinsiyet gelişim bozuklukları, medikal ve sosyal bir acil durumdur. Olgulara erken dönemde müdahale edilerek, bireylerin toplumsal yaşam içinde en az

zararla sosyal hayatlarına devam etmeleri sağlanmalıdır. Sonuç olarak bu konuda toplum bilincinin oluşturulmasının gerekliliği ortadadır.

2.GENEL BİLGİLER:

2.1 Normal Cinsiyet Gelişimi:

Normal cinsiyet gelişimi, kromozomal yapının belirlediği genetik cinsiyet varlığında önce primitif gonaddan over veya testis gelişimi, daha sonra da iç ve dış genital yapıların farklılaşması evrelerinden oluşmaktadır. Over ya da testis oluşumuna kadar geçen evre “cinsiyet belirlenmesi”(sex determination), iç ve dış genital yapının tamamlanması ise “cinsiyet farklılaşması”(sex differentiation) olarak tanımlanmaktadır (12).

Cinsiyet belirlenmesinin ilk adımı bipotansiyel gonadın gelişimidir. Bipotansiyel gonad başlarda yoğun olarak somatik hücrelerden oluşmaktadır. Bu somatik hücreleri mezodermden kaynaklanan çöломik epitel hücreleri ve ürogenital katlantıdaki mezenşimal epitel hücreleri oluşturur. Çöломik epitelden gelen hücreler daha sonra germ hücrelerini sararak testiküler kordları meydana getirecektir (13).

İlk gonad yaklaşık olarak birinci ayda ürogenital katlantının kalınlaşmasıyla oluşur. Ürogenital katlantı da ara mezoderm tabakasının üzerinde oluşur (14). Ürogenital katlantının oluşmasında çok sayıda transkripsiyon faktörünün rolü vardır. Gonadların gelişimindeki bir sonraki aşama yolk kesesinde oluşan primordial germ hücrelerinin ürogenital katlantıya göç etmeleri ve çoğalmalarıdır. Germ hücrelerinin yerleşmesinden bir hafta kadar sonra gonad bipotansiyel özelliğini kaybeder ve testis ya da overe farklılaşmaya başlar. Ara mezodermden bipotansiyel gonad gelişimine kadar hem XX hem de XY gonadda pek çok gen benzer düzeyde eksprese olmaktadır.

2.1.1 Erkek Yönünde Cinsiyet Gelişimi:

Testis Farklılaşması

Testisin oluşumu sırasında etkili olan tüm transkripsiyon faktörlerinin yeterli düzeyde ve uygun zamanda eksprese edilmesi gereklidir. Bazı transkripsiyon faktörleri çok kısa bir zaman aralığında etkilidirler (15). Testis belirlenmesinde en önemli transkripsiyon faktörü “sex-determining regio (SRY)”dir. SRY’nin cinsiyet belirlenmesindeki rolü çok iyi anlaşılmış olsa da, etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Erkek yönündeki genleri baskılayan faktörleri inhibe ederek ya da bazı genlerin transkripsiyonunu arttırarak etki gösterdiği ileri sürülmektedir. SRY erken gonad oluşumu sırasında eksprese edilir (16). SRY’nin hedef geni SOX9’dur. SOX9 artışı ile Sertoli hücre oluşumu ve testis farklılaşması başlar (17). SOX9 testis farklılaşmasının yanı sıra anti müllerian hormon (AMH) ekspresyonunu da arttırır (18). SOX9 ekspresyonu, testisin belirlenmesinden kısa süre sonra SRY’nin azalmasına rağmen yüksek düzeyde devam eder. SOX9 daha sonra FGF9 ve PGD2 ekspresyonlarını arttırırken WNT4, DAX1, FOXL2 gibi over gelişiminde rol alan genleri baskılar. Testis gelişiminde rol alan FGF9, SOX9 ile pozitif geri bildirim içindedir (16). SRY ayrıca peritubuler miyoid hücrelerin gonada göçünü uyarır (19).

Beşinci haftadan sonra bipotansiyel gonad testis yönünde farklılaşacaksa seminifer tubulusler belirginleşir. Germ hücreleri de spermatogonia yönünde farklılaşmaya başlar. Mayoz bölünme puberte başlangıcına kadar olmayacaktır (20,21).

Fetal dönemde 6. haftaya kadar küme şeklinde duran gonadal hücreler daha sonra testiküler kord ve interstistal doku şeklinde ayrılmaya başlar. Damar yapısı morfolojik olarak testis dokusunu ayırt edici yönde belirginleşir. Testis gelişiminin bütünlüğü açısından, germ hücrelerinin yanı sıra somatik hücrelerin de varlığı önemlidir. Somatik hücreler Sertoli, Leydig hücreleri ve peritubuler miyoid hücrelerden oluşur. Yedinci haftadan sonra Sertoli hücreleri germ hücrelerini kuşatır ve peritubuler miyoid hücreler ile etkileşerek bazal membran ve testiküler kord oluşumuna yardımcı olur (19). Daha sonra interstisyel alanda

Leydig hücreleri belirir. Leydig hücrelerinin steroidojenik öncül hücrelerden farklılaşması için Sertoli hücrelerinden salınan AMH, desert hedge hog (DHH), FGF9 gibi uyarıların olması gerekir (20). Fetal Leydig hücreleri 8. haftanın sonunda testosteron üretmeye başlar.

Erkek İç Genital Organların Gelişimi

Fetal dönemde 8. haftaya kadar iç genital organlar her iki cinsiyette benzerdir. Hem Wolf hem de Müller kanalı bulunur. Wolf kanalları mezonefroz kaynaklıdır. Embriyonik dönemde primitif böbreğin boşaltım kanalları olarak işlev görür. Böbreğin gelişiminin yanında epididim, vas deferens ve seminal veziküller de Wolf kanalından farklılaşır.

46,XY kromozom yapısına sahip bireylerde Müller kanalının kaybolması ve Wolf kanalının stabilizasyonu gereklidir. Müller kanalı yaklaşık 10 haftada kaybolur. Müller kanalının gerilemesini sağlayan antimüllerian hormon (AMH) sertoli hücrelerinden salınır ve erkek yönünde somatik gelişim olması için gereklidir. AMH transkript edici büyüme faktörü β ailesine dahildir ve erkekte testisin farklılaşmasından puberteye kadar yüksek düzeyde salgılanır (12,22).

Wolf kanallarından epididimin farklılaşması 9-13. haftalarda başlar. Ardından vas deferens oluşur. Vas deferensin son kısmının genişlemesiyle seminal veziküller meydana gelir. Wolf kanalı ürogenital sinüse açılır (12). Wolf kanallarının farklılaşmasında testosteron etkindir (13). Testosteron 8. haftanın sonunda Leydig hücreleri tarafından sentezlenmeye başlar. Başlangıçta koryonik gonadotropin (hCG) etkisi ile sentezlenirken üçüncü trimesterde hipotalamohipofizer sistem devreye girmektedir. Cinsiyet farklılaşma basamaklarının en önemli kısmı ilk 4 ayda hCG'nin etkisinin sürdüğü dönemde olmaktadır. Leydig hücrelerinden üretilen testosteron "lokal etkiyle" Wolf kanallarının devamlılığının sağlanmasında, testosteronun indirgenmesi ile oluşan dihidrotestosteron (DHT) ise ürogenital sinüs ve dış genital yapının virilizasyonunda gereklidir.

46,XY kromozom yapısına sahip bireyde ürogenital sinüs, prostat gelişimi ve vaginal gelişimin baskılanması yönünde değişmektedir. Onuncu haftada

Müllerian tüberkülün bulunduğu yerde prostat tomurcuğu oluşur. Prostatın olgunlaşması, prostatik utrikul (vaginal poş artığı) gelişimi ile birlikte olur (12).

Testisler fetal gelişim sırasında karın içindedir ve skrotuma inmeli. Bu iniş transabdominal ve inguinal olmak üzere iki aşamada olur ve kompleks bir süreçtir. Testis inişi için androjenler (testosteron ve dihidrotestosteron) ve androjen reseptör fonksiyonlarının yeterli olması gereklidir (23).

Ürogenital Sinüs ve Dış Genital Organların Erkek Yönünde Gelişimi

Dış genital yapıyı oluşturacak olan genital membran, embriyonik dönemde kloakayı örtmektedir. Kloaka 8. haftada transvers ürorektal septum ile arkada rektum ve önde ürogenital sinüse ayrılacaktır. Yaklaşık 9. haftaya kadar ürogenital sinüs ve dış genital yapı dişi ve erkekte farklı değildir. On ikinci haftada genital tüberkül, üretral kıvrım ve labioskrotal şişlikler seçilmeye başlar. 46,XY kromozom yapısına sahip bireyde labioskrotal şişlikler proksimalden distale doğru birleşerek skrotumu; genital tüberkül glans penis, üretral kıvrım penil gövdeyi oluşturur (12,24).

Onbirinci haftada penil dokunun gelişimi, 14. haftada da üretranın oluşma süreci tamamlanır. Fallusun büyümesi testosteron etkisiyle üçüncü trimesterde olur, bu dönemde testosteron üretimi fetal hipofiz kontrolündedir.

Dış genital yapının virilizasyonunda dihidrotestosteron (DHT) görev alır. DHT saf androjen etkide bir hormondur, östrojene aromatize olmaz ve testosterondan 5 alfa redüktaz enzimi ile oluşur. Prostat, ürogenital sinüs ve dış genital yapılara etkilidir. Onikinci haftadan önceki dönem dış genital virilizasyonu için en önemli dönemdir. Bu dönemden sonra orta hat birleşmesi olmaz, ancak fallus androjen etkisi ile büyür (13).

2.1.2 Dişi Yönünde Cinsiyet Gelişimi:

Over Farklılaşması

Over gelişimi, testis gelişimi gibi aktif bir süreçtir (16). Overyan yapının sürdürülmesi ve organizasyonu için germ hücrelerinin varlığı gereklidir.

Over gelişimi esnasında birçok gen görev almaktadır. Bunlardan en önemlileri WNT4, RSPO1 ve FOXL2'dir (25). WNT4 ve RSPO1 benzer zamanlarda eksprese edilir ve antitestis etkisi vardır. Ayrıca andeojenleri azaltarak steroid üretimini yönlendirir, DAX1 genini upregüle eder ve SF1'i antagonize eder (26). FOXL2 8. haftada eksprese olmaya başlar.

Bipotansiyel gonad ovum yönünde geliyecekse germ hücreleri mitoz ile çoğalmaya devam eder ve 10. haftada mayoz bölünme başlar (20,21). Over gelişimi sırasında germ hücrelerinin göçü, çoğalması ve mayoz bölünmeye uğramasını takiben folikül yapılarının oluşumu başlar.

Dişi İç Genital Organların Gelişimi

Genetik cinsiyet ne olursa olsun, testiküler sekresyon yoksa genital yapının dişi yönünde gelişeceği 1940'lı yıllarda Alfred Jost tarafından deneysel olarak gösterilmiştir (12). Fallop tüplerini, uterusu ve vaginanın 2/3'lük üst kısmını parametonefrozdan köken alan Müller kanalı oluşturur (27).

46,XX kromozom yapısına sahip bireylerde Wolf kanalları 90. günde tamamen kaybolur. Müller kanalı ise AMH olmadığı için gerilemez ve iç genital yapıyı oluşturur.

Ürogenital Sinüs ve Dış Genital Organların Dişi Yönde Gelişimi

46,XX kromozom yapısına sahip bireylerde ürogenital sinüs gelişimi vagina yönünde olmaktadır. Vagina alt kısmı üretra boyunca inerek 22. haftada perineye açılır. Himen vagina ile ürogenital sinüsün birleşme yerini oluşturur.

Erkek gelişimine göre dişi dış genital yapının oluşumu daha durağan bir olaydır. Labioskrotal şişlikler labia majorayı, üretral kıvrımlar labia minorayı, ürogenital çıkıntı ise klitorisi oluşturur. Müller kanalının alt ucu ile vaginal poşun üst kısmı birleşerek vaginayı meydana getirir. Ürogenital sinüs ikiye ayrılarak üretra ve vagina olarak perine ayrı ayrı açılır (12,13).

2.2.Cinsiyet Gelişim Bozuklukları:

Kromozomal, gonadal, iç genital, dıştan görünen seks ya da yetiştirildiği cinsiyet arasında uyumsuzluk olan kişilerde cinsiyet gelişim bozukluğu (CGB) vardır ve bu durum cinsiyet tayininde sorun yaratabilir (28). Cinsiyet gelişim bozuklukları (CGB) bireyin tüm hayatını etkileyen konjenital bir hastalıktır (29). Her 4500-5000 doğumdan birinde genital anomalilerin meydana geldiği tahmin edilmektedir (30,31). Kuşkulu genital yapısı olan bir hastanın ilk değerlendirmesinde ayrıntılı geçmiş öyküsü alınmalı ve dikkatli fizik muayene yapılmalıdır (32). CGB'lerin ancak bir kısmı doğduğunda kuşkulu genital yapı gösterir, bu nedenle tanı koymak çok da kolay değildir. Cinsiyet gelişim problemlerinin bir kısmı yaşamın erken döneminde kuşkulu genital yapı ile belirti verirken, bir kısmı da pubertal virilizasyon, pubertal gecikme, primer amenore, jinekomasti gibi yakınmalarla pubertede belirginleşir. Cinsiyet gelişim problemlerinin yeni sınıflamasında cinsiyet kromozom bozuklukları kapsamında Klinefelter sendromu ve Turner sendromu da kuşkulu genital yapı ile prezente olmamalarına karşın cinsiyet gelişim problemleri arasına katılmıştır (33,34).

Yakın zamana kadar “cinsiyet gelişim bozuklukları” farklı şekilde sınıflandırılmakta ve bu durum kavram karmaşasına neden olmaktaydı. Bu nedenle yeni bir sınıflama sistemi yapılmış ve bunun üzerinde uzlaşı sağlanmıştır. Yeni sınıflamaya göre daha önce kullanılan intersex terimi yerine “Cinsiyet Gelişim Bozuklukları (CGB)”; “erkek yalancı hermafrodit” , “ yetersiz virilize erkek” terimleri yerine “46,XY CGB; “ dişi yalancı hermafrodit”, “aşırı virilize dişi” terimleri yerine “46,XX CGB”; “gerçek hermafrodit” yerine “ovotestiküler CGB”; “XY cinsiyet değişimi” yerine “ 46,XY komplet gonadal disgenezi”; “XX erkek” ya da “XX cinsiyet değişimi” yerine “46,XX testiküler CGB” terimleri önerilmiştir (7). **Tablo 1**'de yeni sınıflama gösterilmiştir.

Table 1

Chicago Classification of Causes of Disorders of Sex Development (DSDs)

Sex chromosome DSD	46, XY DSD	46, XX DSD
A. 47, XXY (Klinefelter syndrome and variants) B. 45, X (Turner syndrome and variants) C. 45, X/46, XY (Mixed gonadal dysgenesis) D. 46, XX/46, XY (chimerism)	A. Disorders of gonadal (testicular) development 1. Complete or partial gonadal dysgenesis 2. Ovotesticular DSD 3. Testis regression A. Disorders of androgen synthesis or action 1. Disorders of androgen synthesis - LH receptor mutations - Smith Lemi Opitz syndrome - Steroidogenic acute regulatory protein mutations - Cholesterol side chain cleavage (CYP11A1) - 3 β OH steroid dehydrogenase 2 - 17 α -hydroxylase/17,20-lyase (CYP17) - P450 oxidoreductase - 17 β OH steroid dehydrogenase - 5 α reductase 2 mutations 2. Disorders of androgen action - Androgen insensitivity syndrome - Drugs and environmental modulators A. Other 1. Syndromic associations of male genital development (eg, cloacal anomalies, Robinow, Aarskog, hand-foot-genital, popliteal pterygium) 2. Persistent Müllerian duct syndrome 3. Vanishing testis syndrome 4. Isolated hypospadias (CX or f6) 5. Congenital hypogonadotropic hypogonadism, cryptorchidism (INSL3, CREAT) 6. Environmental influences	A. Disorders of gonadal (ovarian) development 1. Gonadal dysgenesis 2. Ovotesticular DSD 3. Testicular DSD (eg, SRY+, dup SOX9, RSP01) B. Androgen excess 1. Fetal - 3 β -hydroxysteroid dehydrogenase 2 HSD3B2 - 21-hydroxylase (CYP21A2) - P450 oxidoreductase (POR) - 11 β -hydroxylase (CYP11B1) - Glucocorticoid receptor mutations 2. Fetoplacental - Aromatase (CYP19) deficiency - Oxidoreductase (POR) deficiency 3. Maternal - Maternal virilizing tumors (eg, luteomas) - Androgenic drugs C. Other 1. Syndromic associations (eg, cloacal anomalies) 2. Müllerian agenesis/hypoplasia (eg, MURCS) 3. Uterine abnormalities (eg, MODY5) 4. Vaginal atresia (eg, KcKusick-Kaufman) 5. Labial adhesions

Virilize Dişi Nedenleri

A) Androjen fazlalığı

1. Fetal

- a) 21-hidroksilaz eksikliği (CYP21)
- b) 3 beta hidroksisteroid dehidrogenaz 2 (HSD3B2)
- c) 11-beta hidroksilaz eksikliği (CYP11B1)
- d) P450 oksidoredüktaz eksikliği (POR)

2. Fetoplazental

- a) Plazental aromataz eksikliği (CYP19)
- b) P450 oksidoredüktaz eksikliği (POR)

3. Maternal

- a) Maternal virilizan tümörler

b)Androjenik ilaçlar

B)Gonadal(Ovaryen) gelişim bozuklukları

1.Gonadal disgenezi

2.Ovotestiküler CGB

3.46,XX testiküler CGB

C)Diğer

1.Sendromik bozukluklar(Kloakal anomaliler)

2.Müllerian ageneziler(MURCS)

3.Uterus anomalileri

4.Vaginal atrezi(McKusick-Kaufman sendromu)

5.Labial adezyon

6.Çevresel endokrin bozucular

Yetersiz virilize erkek nedenleri

A)Testosteron sentez kusurları

1.Leydig hücre farklılaşmasındaki kusurlar

2.Enzim defektlerindeki bozukluklar

3.Kortikosteroid sentezindeki kusurlar

4.Testiküler steroidogenez kusurları

B)Testosteron metabolizmasındaki defektler

1.5 alfa redüktaz eksikliği

C)Androjen etkisindeki defektler

1.Komplet androjen duyarsızlığı

2.Parsiyel androjen duyarsızlığı

3.Minimal androjen duyarsızlığı

4.Diğer androjen reseptör kusurları

D)Diğer

1. P450 oksidoredüktaz(POR) eksikliği

2.3 beta hidroksilaz eksikliği

Tanı:

Tanı için yapılacaklar şu şekilde sıralanabilir: Fizik muayenede dış genital yapıdaki kuşkulu bulguların belirlenmesi, fenotipik skorlama ve bunlara sistemik bulguların eşlik edip etmediğinin denetlenmesi gonadların yerleşiminin ve yapısal özelliklerinin saptanması, kromozomal yapının belirlenmesi, Wolf ve Müller yapılarının durumunun denetimi, duruma göre hormonal değerlendirme, 46,XY cinsiyet gelişim bozukluklarında gerekli ise ekzojen testosterona alınan yanıtın araştırılması, kan ve/veya gonad biyopsi örneklerinden sitogenetik çalışmalar (35,36,37).

2.3.Cinsiyet Gelişim Bozuklarının Tedavisi:

Cinsiyet belirsizliği aileler için rahatsız edicidir ve streslidir. Ayrıntılı bir değerlendirme ve kararın hızlandırılması gereklidir. Cinsiyet tayinini etkileyen faktörler arasında tanı, cinsel görünüm, cerrahi seçenekler, yaşam boyu replasman tedavisi ihtiyacı, doğurganlık için potansiyel, ailenin görüşleri ve bazen kültürel uygulamalarla ilgili koşullar yer alır.

CGB'li bireylerin optimal klinik yönetimi aşağıdakileri içermelidir: (1) Yenidoğanlarda uzman değerlendirmeden önce toplumsal cinsiyet tayini önlenmelidir; (2) Değerlendirme ve uzun vadeli yönetim, deneyimli multidisipliner ekip içeren bir merkezde yapılmalıdır; (3) Tüm CGB'li bireyler üzerinde cinsiyet ayrımı yapmalıdır; (4) Hastalar ve ailelerle açık iletişim önemlidir ve karar alma sürecine katılım teşvik edilmelidir; (5) Hasta ve ailelerin endişelerine saygı duyulmalı ve büyük bir önem arz edilerek üzerinde durulmalıdır.

CGB'li çocuklar için en uygun bakımı genellikle üçüncü basamak merkezlerinde bulunan deneyimli, çok disiplinli ekip yapabilir. İdeal olanı, ekibin endokrinoloji, cerrahi ve / veya üroloji, psikoloji / psikiyatri, jinekoloji, genetik,

neonatoloji ve eğer varsa sosyal hizmet, hemşirelik ve tıbbi etik konularında pediatrik uzmanlara sahip olmasıdır (36).

En sık görülen CGB nedeni 21 OH eksikliğine bağlı KAH olduğu için tedavisinden biraz daha ayrıntılı bahsedilmiştir.

Konjenital Adrenal Hiperplazi’de Tedavi:

Konjenital adrenal hiperplazi adrenal kortekste kortizol sentezi için gerekli olan 5 enzimden birinin eksikliğine bağlı olarak gelişen, otozomal resesif geçişli bir hastalık grubudur. En sık görülen formu 21-Hidroksilaz (OH) eksikliği olup, olguların %85-95’inden sorumludur. Klasik KAH için insidans 15 bin doğumda 1 olarak bildirilmiştir (38,39). 21-OH eksikliğinde zona fasikülatada glukokortikoid sentezinde 17-hidroksiprogesteron (17-OHP) 11-deoksikortizole, zona glomerülozada ise progesteron deoksikortikosterona dönüşemez. Artan metabolit 17-OHP, DHEA, DHEAS ve androstenediona dönüşür. Artan androjen 46,XX dişi fetusta virilizasyona yol açar. 21-OH aktivitesi %1’i altındaysa tuz kaybı ve dehidratasyon bulguları da ortaya çıkar ve seyri daha ağırdır. Enzim aktivitesi %1-11 arasında ise aldosteron sentezlenebilir ve virilizasyon dışında bulgu olmaz (40).

Yenidoğan Dönemi: 21-OH eksikliğinin tuz kaybettiren tipi tıbbi açıdan acil bir durumdur. İzlem hospitalize edilerek yapılmalıdır. Bir yandan tanı için gerekli hormon ve görüntüleme incelemeleri yapılırken, diğer yandan sıvı ve elektrolit dengesizliği takip edilmelidir. Tedavi eksik olan sıvı, elektrolit, glukokortikoid ve minarelokortikoidlerin yerine konmasını gerektirir. Glukokortikoid tedavisiyle amaç sadece ACTH salgısının baskılanması değil, ayrıca adrenallerin normal boyutlarına küçülmesidir (41).

Çocuk ve Adölesan Dönemi: Çocukluk çağında tedavinin amaçları adrenal krizleri önlemek, en iyi büyümeyi sağlamak ve erken ergenliği engellemektir (42). Hastalığın klinik değişkenliği nedeniyle doz ayarlamaları ve izlem açısından kesin algoritmaları yoktur. Asıl amaç steroid hormonları yaş ve Tanner evresiyle uyumlu normal aralıkta tutmaktır (43).

Adrenal bezin boyutları normale döndükçe ve besinlerdeki tuz miktarı arttıkça glukokortikoid tedavisinin başlangıç dozları idare eder ancak çocuk büyüdükçe dozları yavaşça artırmak gerekir (44). Glukokortikoid tedavisinin yetersizliği kemik yaşı ve büyümenin hızlanmasının yanı sıra akne, hirsutizm, ses kalınlaşması ve klitoris daha fazla büyümesine neden olur (41). Tedavi dozunun fazla olması da sorunlara yol açabilir. Büyümenin baskılanması, obezite, osteoporoz, dislipidemi, glukoz intoleransı, uyku bozukluğu ve kolay yaralanmaya neden olan ince cilt bu sorunlara örnektir (43).

Kötü kontrollü KAH hastalarında sık görülen bir komplikasyon erken ergenliktir. Bu durum olasılıkla düzeyleri yüksek ve dalgalı seyreden androjen ve östrojenlerin hipofiz ve hipotalamus üzerindeki etkisine bağlıdır. Tedavisinde uzun etkili GnRH analogları kullanılır. Ayrıca yakın zamanda yapılan çalışmalarda büyüme hormonu verilmesinin final boyunu iyileştirdiği gösterilmiştir (45).

Erişkinlik Dönemi: Erişkinliğe geçişle birlikte tedavinin amaçları değişmeye başlar. Adrenal krizler azalır, büyüme tamamlanmıştır. Artık uzun dönem sağlık meseleleri, çocuk sahibi olma isteği ortaya çıkar (46).

KAH'lı kadınlar sekonder polikistik over sendromu geliştirebilir ve adrenallerin baskılanmasına rağmen over androjen ve 17-OHP'nin ikinci kaynağı haline gelebilir (43). Adrenallerin aşırı androjen üretmesi kontrol altına alınabilir dahi menstrüel siklus düzensizleşebilir. Gebelik arzulanıyorsa KAH'lı kadınları birçok sorun bekler. Bu sorunlar adrenal ve over kaynaklı yüksek androjen düzeylerine bağlı oligoanovülasyon ve cinsel birleşme için vajina açıklığının yetersiz olmasının yanı sıra progesteron düzeylerinin kronik olarak yüksek olmasına bağlı endometriyum olgunlaşması ve servikal mukus oluşumunun yetersizliğidir (47).

21-OH eksikliği olan erişkin kadınların yönetiminde cinsel ilişki ve doğum için yeterli vajinayı sağlamak bakımından en iyi yaklaşımın ne olması gerektiği hala tam olarak netleşmemiştir. Cerrahi işlemlerin evre evre uygulanması ilke haline gelmiştir. Kesin düzeltme ve dilatasyon kadınların cinsel aktivite istedikleri zamana ertelenebilir ya da daha erken yapılabilir.

2.4 Cinsiyet Gelişim Bozukluklarında Cinsiyet Seçimi

CGB hastanın tüm hayatı boyunca devam edecek bir sorundur. Seçilen cinsiyet, yaş ve kişiye özgül özellikler takipler esnasında ortaya çıkacak sorunları ve önlemleri etkiler. Takip ve tedavi daha önce de belirtildiği gibi multidisipliner olmalıdır. Olguların tanısında, medikal ve cerrahi tedavisinde, psikolojik açıdan değerlendirilip izlenmesinde multidisipliner yaklaşım sorunların daha sağlıklı çözülmesini sağlayacaktır.

Konulan tanı, tanı yaşı, olası beyin virilizasyonu derecesi (48), yaş uygunsa cinsel yönelimin belirlenmesi, gonadın işlevsel durumu, gonadın malignleşme riski, gonadın o zamana dek korunup korunmadığı, iç ve dış genital yapıların durumu, penil boyut ve tanıya göre lüzum görülmüşse eksojen T/DHT uygulamasına alınan yanıt dikkate alınmalı ve karar konu ile ilgili uzmanlardan oluşan etik kurul tarafından verilmelidir.

CGB hastalarında cinsiyet tayini hala karmaşık bir konudur, deneyim ve bilginin artması daha da zorlaşmasına neden olmuştur. Özellikle düzeltici operasyonların zamanlaması ve şekli net değildir. Bu konudaki tartışmalar sürmektedir. Ailenin kaygısını azaltmaya yönelik erken ve geri dönüşümsüz cerrahi girişimlerin iyi tartışılması gerektiği vurgulanmaktadır. Daha önceden 1950'li yıllara dek gonad yapısına göre cinsiyet seçimi yapılıyordu (**True Gender Policy**). 1955'ten itibaren Money ve arkadaşlarının önerdiği optimal cinsiyet politikası 1990'lı yıllara kadar taraftar buldu (49). Bu yaklaşımda yenidoğan bebeğin prenatal beyin virilizasyonu göz ardı edilerek cinsel bakımdan nötr olduğu kabul edilmekte ve yaşamın ilk 2 yılı içinde cinsiyetin seçilmesi ve düzeltici operasyonların gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Doksanlı yıllardan itibaren seçilen cinsiyete, hasta memnuniyetsizliklerinin temel oluşturduğu itirazlar başladı ve beyin virilizasyonu kavramı gündeme geldi (50). Daaboul ve Frader 2001'de cinsiyet seçiminde daha orta bir yolun tutulmasını ve penis boyu 1,5-2,5 cm ise ve boyut olarak ekzojen androjen uygulamasına yanıt alınamıyorsa dişi cinsiyetin yeğlenmesini önermişlerdir. Penis boyu 2,5 cm'den büyükse ya da androjen uygulaması ile büyüme sağlanırsa erkek cinsiyetin seçilmesinin uygun

olduğunu vurgulamışlardır (51). Ancak bu seçimde de geri dönüşümsüz ağır düzeltici operasyonlarda aceleci olunmaması önerilmiştir (52).

ESPE 2002 görüş birliğinde tüm yenidoğanların virilizasyon derecesi Prader 5 olsa bile dişi cinsiyetin seçilmesi önerilmektedir (53). Tanıda geç kalınan, erkek gibi yetiştirilen ve psikolojik seksin erkek yönde biçimlendiği olgular büyük sorun yaratmaktadır. Virilize dişilerde düzeltici operasyon olarak kliteroplasti yaşamın ilk yılında, vajinoplasti ise pubertede önerilmektedir. Hafif ve orta derece kliteromegalide duyarlılığı azaltmamak için kliteroplasti için acele edilmemelidir. Yeterli medikal tedavi virilizasyonun ilerlemesini engellemekte hatta bir ölçüde gerileme oluşmaktadır. Dişi yönde düzeltici operasyonun 1 yaşından sonra adolesan döneme dek yapılmaması, yinelenen genital muayenenin azaltılması, puberteye dek vajinal bujinyasyonlardan sakınılması, operasyonların deneyimli cerrahi merkezlerde (>3-4 olgu/yıl) yapılması önerilmektedir.

46,XX CGB'lerin, 46,XY komplet androjen direnci olgularının, 46,XY komplet gonadal disgenezili olguların dişi cinstе yetiştirilmeleri yeğlenmektedir, parsiyel androjen direnci (PARS), 5 alfa redüktaz eksikliği, 17-ketoredüktaz eksikliği, 46,XY inkomplet gonadal disgenezili olguların ise hangi cinstе yetiştirilecekleri problem yaratmaktadır. 5 alfa redüktaz eksikliğinde beyin virilizasyonu çok güçlü olduğundan, gonadların malignleşme riski bulunmadığından ve bu olgular pubertede güçlü virilizasyon gösterdiklerinden genellikle erkek cinsiyet yeğlenmektedir. Ancak ileri derecede yetersiz virilizasyon gösteren, erken gonadektomi yapılan ve çevresel uyarılar sürekli dişi yönde olan 5 alfa redüktaz eksikliği olgularında dişi cinsiyete uyum da tanımlanmıştır. Cinsiyet tespit komisyonunda seçeneklerin kısa ve uzun vadede getireceği yarar ve zararlar iyi tartışıldıktan ve çocuğun yaşı uygunsa deneyimli uzmanlarca cinsel yönelimi denetlendikten sonra cinsiyet seçiminin karara bağlanması gerekmektedir. Tartışmalı olgularda ileride seçilecek cinsiyetin reddedilme riski göz önüne alınarak geri dönüşümsüz düzeltici yaklaşımlar mümkün olduğunca geciktirilmelidir.

Cerrahi Tedavinin Amaçları:

- a) Gelecekteki penetrasyonel cinsel ilişkiye (erkek veya kadın olarak) izin vermek için fonksiyonel genital anatomiye uygun duruma getirmek
- b) Mümkün olduğunda gelecekteki reproduksiyonu (bir erkek veya bir kadın olarak) kolaylaştırmak
- c) Anormal genitoüriner anatomisi ile ilgili üriner inkontinans veya idrar yolu enfeksiyonları gibi ürolojik tehlikeleri azaltmak
- d) Gonadal kanser riskini azaltmak
- e) "Bireysel" ve "toplumsal kimlikler" in geliştirilmesine yardımcı olmak, teşvik etmek
- f) Atipik anatomi nedeniyle stigmatizasyonu önlemek
- g) Anne ve babanın en iyi koşullarda çocuğu yetiştirme arzusuna cevap vermektir (54)

Yakın geçmişte çeşitli feminizasyon işlemlerine tabi tutulan yetişkin hastaların çeşitli kohortları, farklı Fransız hastanelerinde kısa süre önce görüşülmüştür ve hepsi, erken cerrahinin geç ameliyattan daha çok tercih edildiğini ifade etmiştir (55,56). CGB yönetiminde uzmanlaşan çoğu üçüncül merkez, CGB'li hastalar için erken cerrahi müdahaleyi savunmaktadır. Erken ameliyatın biyolojik nedenleri bebek dokuları üzerindeki maternal östrojenik etkiyi ve üriner sistem enfeksiyonu riskini azaltmayı ve tatmin edici sonuçları arttırmayı içerir (57,58). Erken cerrahinin çocuğa psikolojik olarak faydalı olduğu düşünülür, çünkü normalde ortaya çıkan cinsel organlar uygun cinsiyet gelişimi ve CGB ile ilişkili daha az damgalanma sağlarken ebeveyn kaygılarını en aza indirir ve daha iyi bağlanmaya izin verir. Erken cerrahinin bir başka varsayılan psikolojik yararı, çocuğun travmatik hastane deneyimlerini hatırlamasını önlemesi (59), bebeklerin uzun süreli anıları koruyamamalarıdır. Crawford ve arkadaşlarının bir çalışmasında erken genital cerrahi ile müsbet kozmetik sonuçların elde edilebileceğini ortaya koymuştur. Bu çalışmaya göre kadınların %100'ü ve erkeklerin %90'ı tatmin edici sonuçlara sahiptir (60). Diğer taraftan, geç cerrahi bireysel karar sürecine katılma sağladığı için daha iyi bir işlem

olabilir. Bunun yanında vaginal dilatasyon işleminin gerekliliği azalabilir. Ancak, geriye dönük sorulduğunda KAH'lı kadınların çoğu cerrahi müdahalenin erken yapılmasını tercih edeceklerini söylemişler, KAH nedeniyle genitoplasti olan CGB'li kadınların erken dönemde opere olmayanlara göre daha memnun oldukları görülmüştür (61,62,63). Erken genital cerrahi olan kızların ailelerinden alınan bilgiler değerlendirildiğinde iyi ya da tatmin edici kozmetik sonuçların olduğu, yaşam kalitelerinin iyi olduğu ve cinsiyet disforisi insidansının düşük olduğu görülmüştür (60,64). Düzeltici operasyonların geç yapılmasının bireye ve ailesine vereceği zarar tam olarak bilinmemektedir. Geç genital cerrahinin psikolojik etkisinin de erken yaşta olduğundan daha önemli olduğu düşünülmektedir. Ameliyat için hangi zamanlamanın daha iyi olduğunu gösteren kesin kanıt yoktur (62).

2.5 Cinsiyet Rolü

Cinsiyet rolü (toplumsal cinsiyet rolü), toplumun tanımladığı ve bireylerin yerine getirmelerini beklediği cinsiyetle ilişkili bir grup beklentidir. Başka bir deyişle cinsiyet rolü, aynı cinsiyetten insanların nasıl davranmaları gerektiğini tanımlayan birtakım kurallar veya kültürel olarak saptanan beklentilerdir (65). Toplum, beklenen ölçü ve kalıplardan sapan davranışları hoş karşılamadığı için bireyler genellikle kendilerini daha önceden belirlenmiş ve benimsenmiş normlara uydurmaya çalışırlar. Çocukluktan başlayarak bireylerin benlik imgelerinin önemli bir parçasını toplumun kendileriyle ilgili beklentileri oluşturur. Böylece hem kadınların hem de erkeklerin düşünceleri, tutum ve davranışları, bu beklentilere göre biçimlenir (66).

Kız ve erkek çocuklar, çeşitli nesneleri, etkinlikleri, oyunları, meslekleri ve hatta kişilik özelliklerini onlar için uygun ya da uygun değil olarak ayırt etmeyi öğrenmektedirler (67).

Cinsiyet rollerine ilişkin yaklaşımlar geleneksel ve eşitlikçi yaklaşımlar olarak iki grupta toplanabilir. Geleneksel yaklaşıma göre, kesin bir cinsel kimlik ve cinsiyet rolünün kabulü sağlıklı bir yaşam için çok önemlidir. Bu yaklaşım tüm kadınların “kadınsı”, tüm erkeklerin ise “erkeksi” olması, kadınların “erkeksi”,

erkeklerin ise “kadınsı” olmaması gerektiği görüşü üzerine temellenir (68). Eşitlikçi yaklaşım ise, cinsiyet kimliği ve cinsiyet rolünü birbirinden ayırır. Bu yaklaşımda kadın ve erkeğe özgü cinsiyet rolü ayrımı yapılmaz. Bu yaklaşım yalnızca erkek ya da kadın özelliklerinden sadece birini taşımayı değil, her ikisinin özelliklerini bütünleştirmeyi sağlıklı bulur (69). “Erkeksi” özelliklere sahip birçok erkeğin “kadınsı” ilgileri veya birçok kadının hem “kadınsı” hem de “erkeksi” özellikleri olabilir. Eşitlikçi yaklaşımın sağlıklı bulduğu, hem kadınsı hem de erkeksi özellikleri taşıyan bireylere “androjen” adı verilir (68).

Androjenlik ve androjen insanlar hakkında bilgi sağlamak için araştırmalar yapan Bem’in geliştirdiği Bem Cinsiyet Rolü Ölçeği ile bireylerin cinsiyet rolleri erkeksi (maskülen), kadınsı (feminen), androjen (kadın ve erkek cinsiyet rolünü gösteren) ve belirsiz (undifferentiated) olarak sınıflandırılmaktadır (70). Bireylerin özellikleri benimsedikleri cinsiyet rollerine göre farklılık göstermektedir (68). Hangi cinsiyet rolünü benimsemiş olan insanların hangi kişilik özelliklerine sahip olduğuna ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Hem erkeksi hem de kadınsı özelliklere sahip olan androjenlerin daha esnek ve çeşitli durumlara karşı daha kolay uyum sağlayabilen bireyler oldukları düşünülmektedir (71).

Cinsiyet rolleri ile benliği oluşturan boyutlar arasında ilişki olup olmadığını belirlemeye dönük çalışmalar yapılmıştır. Farklı cinsiyet rollerini benimseyen bireylerin benlik saygısı düzeylerini belirlemeye dönük çalışmalarda daha çok androjen cinsiyet rolü ile yüksek benlik saygısı arasında ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırmalar erkeksi cinsiyet rolüne sahip bireylerin kadınsı ve belirsiz cinsiyet rolüne sahip olanlardan daha yüksek benlik saygısına sahip olduklarını da göstermektedir (72). Leung (73), androjen ergenlerin diğer cinsiyet rollerini benimsemiş ergenlerden daha yüksek benlik kavramına sahip olduklarını belirlemiştir. Bazı araştırma sonuçları ise, androjenlerin ruh sağlığının ve psikolojik uyumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir (74). Ancak erkeksilerin özgüvenlerinin diğer cinsiyet rollerini benimsemiş olanlardan daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (75).

Özetle, farklı cinsiyet rollerini benimsemiş bireyler farklı özelliklere sahiptirler ve kendilerini farklı konularda algılama biçimleri, kendileri hakkındaki düşünceleri ve atıfları farklıdır.

2.6 Cinsel Kimlik Gelişimi:

Cinsel kimlik (Gender identity) öznel bir özdeşim duygusu olup bireyin kendisini kız ya da erkek cinsiyetine ait hissetmesidir. Çocuğun kız ya da erkek olduğunu fark edebilmesi, kendi bedenini ve benliğini bir uyum içinde kabullenmesi ve kız ya da erkek olmaktan huzur ve güven duygusu duyabilmesidir. Cinsel kimlik, bireyin görünümü ve davranışları ile dışa vurulur.

Cinsel kimlik terimi ilk kez 1960'lı yıllarda Hooker ve Stoller tarafından yapılmıştır (76). Stoller (1964) bir çocuğun herhangi bir cinsiyete ait olma temel inancını çekirdek cinsel kimlik (core gender identity) olarak tanımlamıştır. Kohlberg (1966) ise cinsel kimliği çocuğun erkekler ile kadınları doğru bir şekilde ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlamıştır (76,77). Sonuç olarak bir çocuğun cinsel kimlik kazanımı sadece bilişsel bir gelişim basamağı olmayıp duygusal bir farkındalık da içermektedir.

Cinsel kimlik gelişimi hayatın ilk yıllarında oluşmaya başlar. Çekirdek cinsel kimliğin çocukluğun ilk iki yılında başladığı fakat cinsel kimlik duygusunun yerleşmesinin 3-4 yaş dolayında olduğu belirtilmektedir. Bu yaştan sonra cinsel kimlikte değişim çok güç belki de olanaksızdır. Erken çalışmalar çocukların kendi cinsiyetlerini ortalama 30 aylıkken anlamaya başladıklarını göstermiştir. Fakat son çalışmalar bebeklerin ve çocukların cinsel kimliği ve cinsiyete özgü tanımları anlama yaşlarının daha küçük olduğunu göstermiştir. Zosuls ve ark. (78) yaptıkları çalışmada 21 aylıkken çocukların %68'inin cinsiyete özgü tanımları günlük konuşmada kullandıkları gözlemlemişlerdir.

Cinsel kimlik gelişiminde birçok faktör rol oynar. Biyolojik, bireysel, ailesel, çevresel etkenler ile bilişsel ve zihinsel gelişimin etkileşimi sonucu cinsel kimlik gelişmektedir.

2.7 Cinsiyet Gelişim Bozukluğu Olan Çocuk ve Ebeveynlerindeki Psikopatolojiler:

Cinsiyet gelişim bozukluğu olan çocuklar ve ailelerinde psikopatoloji varlığı ve sıklığı ile ilgili çok az araştırma vardır ve bu araştırmaların sonuçları çelişkili bulunmuştur.

KAH'da, birincil adrenal yetmezlikle karşılaştırıldığında depresif duyudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının daha fazla olduğu ancak yaşam kalitesinin benzer olduğu bildirilmiştir (79,80). Bunun dışında KAH'lı çocuklarda agresyon ve aktivite düzeyi üzerine yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bir çalışma, KAH'lı kadınlarda saldırganlığın arttığını bildirirken (81), ikinci bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış eğilimi gösterdiği bulunmuştur (82). Hiçbir farklılık olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (83,84). Aktivite düzeyine bakılan çalışmalarda ise KAH'lı kızlarda aktivite düzeyi artmış bulunmuştur (82). Pasterski ve ark. da bir çalışmalarında KAH'lı kızlarda artmış agresif davranış ve aktivite düzeyi bildirmiştir (85).

KAH'da doğum öncesi androjen fazlalığının, erkek cinsiyete özgü aktivitelere eğilimi (86) ve eşcinsel oryantasyon insidansını arttırdığı düşünülmektedir (87). KAH'daki cinsel disforiye ilişkin çalışma sonuçları çelişkilidir: Hem çocuk hem de erişkinlerde cinsiyet disforisinde artış bildiren çalışmalar vardır (88,89,90).

Tüm CGB'li hastaların, genel popülasyonla kıyaslandığında psikososyal refah ve yaşam skorlarının benzer olduğuna dair kanıtlar vardır (91,92). Bir çalışma, virilizasyon koşullarının daha düşük yaşam kalitesiyle sonuçlandığını bildirmiştir (93).

Nordenskjöld ve arkadaşları, hem mutasyon tipi hem de cerrahi prosedürlerin KAH'lı kadınlar için uzun süreli yaşam kalitesini etkilediğini bildirmişlerdir (94). KAH'lı hem erkek hem de kadın hastaları içeren bir İngiliz araştırmasında, subjektif sağlıkla ilgili verilerinin genel popülasyona kıyasla çok daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Önceki araştırmalar, kronik tıbbi koşulları olan çocukların bakım verenlerinin psikolojik sıkıntı ve yetersiz ebeveynlik kapasiteleri için daha yüksek risk altında olduğunu ortaya koymaktadır (95,96). Ebeveynler için bir DSD tanısı konan bir çocuğa sahip olma deneyimi travmatik bir olay olarak anlaşılmaktadır (97). Benzer şekilde yakın tarihli bir araştırmada, CGB tanısı konuğuunda hastaların annelerinin ve babalarının, yüksek travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir (98).

3.GEREÇ VE YÖNTEM:

Çalışmaya Ađustos 2016-Kasım 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Endokrinoloji ve Çocuk Cerrahisi bölümlerine başvuran cinsiyet gelişim bozukluğu nedeniyle opere olmuş 12-18 yaş arasındaki gönüllü 20 ergen dahil edildi. Okuma-yazmayı bilmeyen, ağır tıbbi ya da mental hastalığı ve mental retardasyonu olanlar çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu olarak daha önce herhangi bir sebeple çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, bilinen önemli bir tıbbi rahatsızlık öyküsü ve zihinsel gelişim geriliği bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 12-18 yaş arası 20 ergen ile ebeveyni dahil edildi. Kontrol grubuna dahil edilmesi planlanan ergenler, sosyodemografik veri formunun doldurulması esnasında ön görüşme ile olası psikopatoloji ve/veya kronik hastalık açısından değerlendirildi ve hastalık saptananlar çalışma dışı bırakıldı. Var olabilecek psikopatolojilerini saptamak amacıyla 12-18 yaş aralığındaki olgulara geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDşG-şY/K-SADS-PL) verildi. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının ve stresle başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi için, her iki gruba Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) ve ebeveynlere travma sonrası stres bozukluğunu değerlendirmek için PTBS soru listesi sivil versiyonu verildi. Travma sonrası stres bozukluğunu değerlendirmek için 12-18 yaş aralığındaki

olgularda Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ/ CPTSD-RI), benlik saygısını değerlendirmek için ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanıldı. Ergenlere Bem Cinsiyet Rollerı Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği, Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği, ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik kendilerine ve ebeveynlerine ayrı ayrı “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” (ÇİYKÖ) verildi.

Çalışma için gerekli olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır. Helsinki bildirgesine uygun olarak tüm aileler çalışma hakkında bilgilendirilip gönüllü olanlardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Kullanılan Gereçler

1. Sosyodemografik Veri Formu

Tarafımızca oluşturulan bu formda sosyodemografik özelliklerin saptanması amaçlandı. Ad-soyad, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kaç kardeş oldukları, anne babanın yaşları ve eğitim durumları, ekonomik düzeyleri, ailede psikiyatrik rahatsızlık, özgeçmiş, hasta çocuğun tanısı, doğumda ilan edilen cinsiyet, yetiştirildiği cinsiyet, tanıda gecikme varsa nedeni, operasyon türü ve sayısı, komplikasyon durumu, çocuğun durum hakkındaki bilgisi, küçük yaşlarda arkadaş ve oyuncak tercihi, cinsel yönelim, cinsel işlevsellik, kız/erkek arkadaşı olup olmadığı, ailenin çocukla ilgili gelecek planları, durum hakkında geniş ailenin ve yakınların bilgisinin olup olmadığı, çocukla ilgili duyguları kaydedildi.

2.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K SADS-PL)

Bu test 1997 yılında Dr. Joan Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, çocuk ve ergenlerde DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine

göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (99). 2004 yılında Gökler ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (100).

ÇDŞG-ŞY ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar ebeveyn ve çocuk tarafından alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen hastalıkların temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-III-R ya da DSM-IV'e göre tanı konulmaktadır. Ölçeğin son bölümünde ise çocuğun genel işlevselliği belirlenmektedir.

Çalışma için her bir görüşme bir çocuk psikiyatristi tarafından gerçekleştirildi ve saptanan tanımlar DSM V kriterlerine göre gözden geçirildi.

3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO)

Varni ve arkadaşları tarafından 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek amacıyla 1999 yılında geliştirilmiş olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir (101). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (102). Ölçeğin 2-7 yaş grubu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Üneri ve ark. tarafından yapılmıştır (103,104).

2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için ebeveyn formu ve 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için öz bildirim formu olmak üzere toplam 7 formdan oluşmuştur. Çalışmamızda hem ebeveynlere hem de ergenlere form verilmiştir.

Ölçek 23 maddeden oluşur. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı 'hiçbir zaman' olarak işaretlenmişse 100, 'nadiren' olarak işaretlenmişse 75, 'bazen' olarak işaretlenmişse 50, 'sıklıkla' olarak işaretlenmişse 25, 'hemen her zaman' olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. İlk 8 maddenin toplam puanının 8'e bölünmesiyle fiziksel sağlık toplam puanı

(FSTP), sonraki 15 maddenin toplam puanının 15'e bölünmesiyle psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP), 23 maddenin toplam puanının 23'e bölünmesiyle ölçek toplam puanı (ÖTP) hesaplanır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır.

4.Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ/ CPTSD-RI)

20 maddelik bu ölçek, şiddetle karşılaşmanın ardından bireyde özgül stres belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (105). Her çocuk, kriz karşısında gösterdiği tepkiler hakkında kendisi ile görüşülerek değerlendirilmektedir. Görüşme sırasında çocuktan öğrenilen belirtilerin sıklığının 5 puanlık Likert skalası ile puanlanması sonucunda tepki ölçeği toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekteki 7. , 12. ve 15. maddeler ters puanlanmaktadır. Ayrıca klinik uygulamalar sonucunda elde edilen puanlar için belirlenen ölçütler şöyle belirlenmiştir:

12-24 puan arası: Hafif düzeyde TSSB

25-39 puan arası: Orta düzeyde TSSB

40-59 puan arası: Ağır düzeyde TSSB

60 ve üstü puanlar: Çok ağır TSSB

Ölçeğin bu şekilde puanlanması yazarlarca klinik uygulama sonucunda önerilmektedir ve klinisyenler tarafından uygulandığında uygulayıcılar arası güvenilirlik oranının çok yüksek olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin bu haliyle geçerlilik çalışması DSM III-R ölçütleri ile tanı konulmuş Ermenistan depremini yaşamış çocuklarda yapılarak, geçerli bir ölçek olduğu kanıtlanmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve okul çağı çocukları için geçerlik, güvenirlik ön çalışması Erden ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106). Örneklem grubunu Kırıkkale ilinde bir fabrikada meydana gelen patlama sırasında şehirde olup patlamaya tanık olan 8-12 yaşlarında 60 öğrenciden oluşturmuştur. Travma Sonrası stres bozukluğu DSM-IV tanı ölçütleri ile ÇTSS-TÖ puanlarına ilişkin ölçütler tutarlı bulunmuştur ($p<.000$ ile $p<0.1$).

5.PTSB Soru Listesi- Sivil Versiyonu (TSSB-SV)

DSM-IV ölçütlerine göre Post Travmatik Stres Bozukluğunu sorgulayan ve araştıran bir soru listesidir. Ölçek toplam 17 maddeden oluşur ve sorulardan 5'i yeniden yaşama, 7'si kaçınma ve 5'i artmış uyarılmışlık belirtilerini sorgulamaktadır. Hastalardan stres veren olaydan sonra son bir ay içinde ne düzeyde etkilendiklerine göre en uygun yanıtı seçmeleri istenir (**Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler kitabı**). Her soru beşli likert tipi değerlendirme sağlamaktadır ve 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı maddelere verilen yanıtların aritmetik toplamıdır. Ölçeğin Türkçe için yapılan çalışmasında ölçeğin kesme puanı 22 ve 24 olarak belirtilmiştir ve bu kesme puanında hem özgüllük, hem duyarlılığı %70'ten fazla bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı 0.922, madde toplam puanı korelasyon katsayısı ise 0.373-0.733 arasındadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Kocabaşoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (107).

6. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)

60 maddeden oluşan ve Shaffer ve Bell tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir (108). Bu ölçek ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi için kullanılır ve anne-babalar tarafından doldurulur. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği 5 farklı faktörden oluşmaktadır.

F1 Aşırı annelik: Aşırı kontrol, müdahalecilik; çocuktan bağımlı, faal ve çalışkan olmasını istemek, annenin son derece fedakâr olması ve çocuğun da bunu anlaması gerektiğine inanmasını içerir.

F2 Demokratik tutum: Aile içi kurallar çocukla birlikte oluşturulur, kabul edilmeyen davranışların nedenleri olumlu bir şekilde açıklanır, çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini istemesini içerir.

F3 Düşmanca ve reddedici tutum: Sinirlilik, çocuklarla bir arada uzun süre kalmaktan hoşlanmama gibi konuları içerir.

F4 Geçimsizlik: Eşler arası geçimsizliğin çocuk yetiştirmede rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi konuları içerir.

F5 Otoriter tutum: Cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne babanın mutlak hakimiyetine inanma gibi konuları içerir.

Tüm maddeler 1- 4 arasında puanlanır. 2, 29, 44. maddeler ise ters çevrilerek puanlanır. F1: 1-3-4-7-11-12-14-26-27-28-32-34-36-46-51-57 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F2: 2-13-18-22-29-37-44-45-59 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F3: 6-9-16-17-21-23-31-38-41-42-49-52-55 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F4: 8-19-33-40-48-54 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F5: 5-10-15-20-24-25-30-35-39-43-47-50-53-56-58-60 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanları değerlendirilmektedir. Faktör puanları ayrı ayrı toplanıp 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanır. “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” boyutu dışındaki boyutlarda puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarını gösterir. AHÇYTÖ’nin alt ölçeklerinden alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24 baskı ve disiplin alt ölçeği için 64’tür (109).

7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Araştırmalarda benlik saygısı ölçümü için kullanılan bu ölçek, 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde güvenilirlik geçerlilik çalışması yapıldıktan sonra birçok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (110,111). Bu araştırmada sadece ilk 10 sorudan oluşan benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. Benlik Saygısı alt testinde 0-1 puan alanların “yüksek”; 2-4 puan alanların “orta” ve 5-6 puan alanların “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir (111).

8. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

BAÖ 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiştir (112). 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (113). Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da bedenin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve "Çok beğeniyorum" şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır.

9.Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği (EGBÖ)

Araştırmada ergen gelecek beklentilerinin belirlenmesi için kullanılan bu ölçek, 2008 yılında McWhirter ve McWhirter tarafından geliştirilmiştir (114). Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuncer tarafından yapılmıştır (115). Orijinal ölçek 25 maddeden oluşmakta ve bütün maddeler "Yetişkin olduğumda" ile başlamaktadır. Ölçekteki en düşük puan 1, en yüksek puan 7'dir. Ölçek maddeleri "1:kesinlikle inanmıyorum" ve "7:kesinlikle inanıyorum" biçiminde puanlanmaktadır. Toplam puan ne kadar yüksekse gelecek beklentileri o kadar yüksek ve olumlu olarak yorumlanır.

10.Bem Cinsiyet Rolü Envanteri (BCRE)

Bem tarafından 1974 yılında geliştirilen ölçeğin (70), Kavuncu tarafından 1987 yılında Türkçe'ye uyarlanan formu kullanılmıştır (116). Envanterin kadınsılık (K) ve erkeksilik (E) ölçekleri, kadınsı ve erkeksi özellikleri gösteren 20'şer sıfattan oluşmaktadır. Deneklerin K ve E'den aldıkları toplam puanlar K ve E ortalamalarına göre değerlendirilerek kişilerin cinsiyet rolleri erkeksi, kadınsı, androjen ve belirsiz olarak sınıflanmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Kavuncu ve Dökmen tarafından incelenmiştir (116,117,118).

İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama (mean), standart sapma (SD) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve gerekli durumlarda Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde "Student T" testi, normal dağılım varsayımı sağlanmadığı zamanlarda Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için Pearson momentler çarpımı korelasyon testi gerektiği zaman kullanılmıştır.

Analizler (R) istatistik programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Demografik veriler:

Bu çalışmaya katılan olguların demografik bilgileri **Çizelge 4.1**'de sunulmuştur. Çalışma grubu ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından eşleştirildiği için iki grup arasında bu açıdan fark yoktur. İki grup arasında anne yaşı ve baba yaşı, anne ve babaların çalışması, kardeş sayısı, çocukların eğitim durumları, ders başarıları, akran ilişkileri arasında fark saptanmamıştır.

Çalışma grubunda anne ve babaların eğitim düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (anneler için $p<0.001$, babalar için $p<0,05$). Çalışma grubunun gelir düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışma grubundaki çocukların oyuncak ve arkadaş tercihi daha çok erkekler olup kontrol grubunun tercihleri ile anlamlı farklı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışma grubundaki 20 ergenin 16'sının tanısı konjenital adrenal hiperplazi, 4'ünün ise mixt gonadal disgenezidir. Konjenital adrenal hiperplazi tanısı olanların tamamı 46,XX kromozom yapısına sahipti. Mixt gonadal disgenezi tanı ergenlerin ise kromozom yapısı 45,X0/46,XY idi. Çalışma grubundaki ergenlerin 14'ü doğduğunda kız ilan edilirken, 5'i erkek olarak ilan edilmiş, 1'i hakkında ise bilgi edinilememiştir. Erkek olarak ilan edilenlerin tamamını tanısının konjenital adrenal hiperplaziydi. Erkek ilan edilen çocukların 3'ünün kız olarak, 2'sinin erkek olarak yetiştirildiği öğrenilmiştir. Polikliniğe başvuran CGB'li ergenlerin üçü çalışmaya katılmayı reddetti. Çalışma grubundaki ergenlerin %60'ı (n:12) tanısı biliyordu ve hastalık hakkında bilgi sahibiydi.

Çizelge 4.1: Sosyodemografik özellikler

	Çalışma grubu(n=20)	Kontrol(n=20)
Çocuk yaşı	14.40± 2.37	14.50 ± 1.85
Cinsiyet(K/E)	18/2	18/ 2
Anne yaşı	41.47 ± 8.03	40.95 ± 6.95
Baba yaşı	45.16 ± 5.84	47.45 ± 5.93
Annenin eğitim durumu¹ Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	2(%10.53) 11(%57.59) 3(%15.79) 3(15.79) 0(%0)	1(%5) 0(%0) 7(%35) 3(%6) 9(%45)
Babanın eğitim durumu² Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	0(%0) 6(%31.58) 7(%36.84) 5(%26.32) 1(%5.26)	0(%0) 0(%0) 5(%25) 6(%30) 9(%45)
Baba çalışıyor çalışmıyor	18(%94.74) 1(%5.26)	20 0
Anne çalışıyor çalışmıyor	6(%31.58) 13(%68.42)	10(%50) 10(%50)
Gelir düzeyi³ 1400 ve altı 1400-4900 4900 ve üstü	7(%36.84) 12(%63.16) 0(%0)	0(%0) 12(%60) 8(%40)
Kardeş sayısı	1.90 ± 1.92	1.80 ± 0.83

NOT: Çalışma grubundan bir hasta sevgi evinde kaldığı için anne ya da babasına ulaşılammıştır.

¹($\chi^2 = 21.92$, $df=4$, $p < 0.001$)

²($\chi^2 = 12.8$, $df=3$, $p < 0.05$)

³($\chi^2 = 14.98$ $df=2$, $p < 0.05$)

Çocuklarda Saptanan Psikopatolojiler:

Bu çalışmaya katılan çocuklarda ÇDŞG-Y ile değerlendirilen psikiyatrik tanılar ve dağılımları **Çizelge 4.2**'de sunulmuştur. Çalışma ve kontrol grubundaki psikopatoloji varlığı karşılaştırıldığında çalışma grubunun kontrol grubundan anlamlı daha fazla tanı aldığı bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışma grubunun %75'i (n:15) psikiyatrik tanı alırken kontrol grubunun %15'i (n:3) tanı almıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışma grubunda en çok enürezis nokturna (n:9, %45) tanısı konmuştur. Çalışma grubunda psikopatoloji varlığı ile hastanın yaşı, operasyon yaşı, operasyon sayısı, benlik saygısı, vücut algısı, travma puanları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda ise tanı almayanların gelecek beklenti puanları alanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışma grubundaki 2 hasta birden fazla tanı almıştır. Biri mixt gonadal disgenezi ve anal atrezi tanıları olan 13 yaş kız hastaydı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, enürezis nokturna ve enkoprezis tanıları konulmuştur. Diğeri ise 18 yaşında genetik yapısı 46,XX olan ancak erkek olarak yetiştirilmiş konjenital adrenal hiperplazi tanısıyla takipliydi ve major depresyon, panik bozukluk ve sosyal fobi tanılarını almıştır.

Çizelge 4.2: Çalışma ve Kontrol Grubunda Ruhsal Hastalık Tanısı Karşılaştırması

RUHSAL HASTALIK	TANI ALAN KİŞİ SAYISI	
	ÇALIŞMA GRUBU(n=20)	KONTROL(n=20)
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	2 (%10)	0
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	1 (%5)	0
Özgül Fobi	2 (%10)	0
Majör depresif Bozukluk	3 (%15)	2 (%10)
Enürezis Noktürna	9 (%45)	0
Enkoprezis	1 (%5)	0
Sosyal Fobi	1 (%5)	0
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2 (%10)	0
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1 (%5)	1(%5)

Not: Tabloda bazı hastalar birden çok tanı aldığı için tanıların toplamı hasta sayısından fazladır.

Çalışma grubunda 2 olguda ayrılık anksiyetesi bozukluğu, 3 olguda major depresif bozukluk, 9 olguda enürezis noktürnna, 2 olguda özgül fobi, 1 olguda sosyal fobi, 2 olguda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 1 olguda yaygın anksiyete bozukluğu, 1 olguda enkoprezis ve 1 olguda karşıt olma karşıt gelme bozukluğu saptandı. Kontrol grubunda ise 2 olguda major depresif bozukluk ve 1 olguda yaygın anksiyete bozukluğu saptandı (**Çizelge 4.2**).

Çizelge 4.3.a: Grupların Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması

	Çalışma grubu	Kontrol grubu	P değeri
cFSTP(fiziksel)	75.15±15.95	76.88 ± 18.43	>0,05
cPSTP(psikososyal)	72.66 ± 18.46	82.17 ± 12.07	>0,05
cYKÖTP(toplam)	73.50 ± 15 .75	80.32 ± 13.22	>0,05

cFSTP: çocuğun verdiği fiziksel sağlık toplam puanı, cPSTP: çocuğun verdiği psikososyal sağlık toplam puanı, cYKÖTP: çocuğun verdiği yaşam kalitesi ölçek toplam puanı

Çizelge 4.3.b: Grupların Ebeveyn tarafından bildirilen Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması

	Çalışma grubu	Kontrol grubu	P değeri
eFSTP(fiziksel)	74.18±20.72	85.00 ± 17.96	>0,05
ePSTP(psikososyal)	73.75 ± 17.10	88.08 ± 9.07	<0,05
eYKÖTP(toplam)	73.83 ± 17.18	87.26 ± 10.42	<0,05

eFSTP: ebeveynin verdiği fiziksel sağlık toplam puanı, ePSTP: ebeveynin verdiği psikososyal sağlık toplam puanı, eYKÖTP: ebeveynin verdiği yaşam kalitesi ölçek toplam puanı

Gruplar çocukların verdiği çocuk yaşam kalitesi ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmazken, ebeveynlerin verdiği puanlarda kontrol grubunda yaşam kalitesi ölçek toplam puanı ($p<0.05$) ve psikososyal sağlık toplam puanı ($p<0.05$) çalışma grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi, fiziksel sağlık toplam puanında ise anlamlı fark bulunamadı (**Çizelge 4.3.a ve 3.b**).

Çocuklarda Saptanan Travma Sonrası Stres Belirtileri:

Gruplar arasında çocukların travma puanları karşılaştırıldığında çalışma grubundaki çocukların travma puanlarıyla kontrol grubundakiler arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (**Çizelge 4.4**).

Çizelge 4.4: Gruplarda çocuk travma puanlarının değerlendirilmesi

	Çalışma grubu	Kontrol grubu	P değeri
Çocuk TSSB puanları	17.75 ± 15.11	18.55 ± 11.55	>0,05

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çalışma grubunda operasyon yaşı, operasyon sayısı, çocuk yaşı, çocuğun eğitim düzeyi, kardeş sayısı ve babanın eğitim düzeyi ile travma puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışma grubundaki çocukların annelerinin eğitim düzeyleri ve çocukların vücut algısı puanları ile travma puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Travma puanları ile çocukların verdiği psikososyal yaşam kalitesi puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur ($p < 0,05$).

Ebeveynlerde Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Değerlendirilmesi:

Çalışma grubundaki annelerin %42,1'inde (n:8) TSSB bulguları varken, kontrol grubundaki annelerin %20'sinde (n:4) TSSB bulguları bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Çalışma grubu ve kontrol grubundaki annelerin travma puanları arasında da anlamlı fark bulunmamıştır (**Çizelge 4.5**). Ancak çocukların hastalıkları hakkında bilgisi olması ile ebeveynlerin TSSB puanlarının azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalıkla ilgili bilgisi olan çocukların ebeveynlerinin TSSB ortalama puanı 28.00 ± 12.33 iken bilgisi olmayan çocukların ebeveynlerinin ortalama TSSB puanı 16.17 ± 9.47 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Çizelge 4.5: Annelerin Travma Sonrası Stres Puanlarının karşılaştırılması

	Çalışma grubu	Kontrol grubu
Anne TSSB	20.53 ± 11.82	16.95 ± 12.28

Gruplarda Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:

Çalışma grubu ve kontrol grubunun aile hayatı ve çocuk yetiştirme ölçek puanları karşılaştırıldığında F1, F2, F3, F4 ve F5 bölümlerinin tümünde istatistik olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$) (**Çizelge 4.6**).

Faktör 1: Aşırı annelik, Faktör 2: Demokratik tutum, Faktör 3: Düşmanca ve reddedici tutum, Faktör 4: Eşler arası geçimsizlik, Faktör 5: Otoriter tutum anlamına gelmektedir. Bu ölçekte yalnızca F2'nin yüksek olması olumlu tutum göstergesidir ve kontrol grubunda F2 ortalama puanı 29.00 ± 2.08 iken, çalışma grubunda 26.53 ± 2.72 bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark vardır.

Çizelge 4.6: Gruplarda Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma grubu	Kontrol grubu	P değeri
F1	48.32 ± 7.30	39.40 ± 9.29	<0,05
F2	26.53 ± 2.72	29.00 ± 2.08	<0,05
F3	31.68 ± 5.49	26.25 ± 4.80	<0,05
F4	15.74± 3.62	12.50 ± 3.68	<0,05
F5	40.74 ± 7.64	35.65 ± 7.15	<0,05

Faktör 1: Aşırı annelik, Faktör 2: Demokratik tutum, Faktör 3: Düşmanca ve reddedici tutum, Faktör 4: Eşler arası geçimsizlik, Faktör 5: Otoriter tutum

Bem Cinsiyet Rolü Envanteri Sonuçlarının Değerlendirilmesi:

Çalışma grubunun %65'i (n:13) androjen, %15'i (n:3) maskülen, %5'i (n:1) feminen ve %15'i (n:3) belirsiz cinsiyet rolüne sahip olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ise %60'ı (n:12) androjen, %25'i (n:5) maskülen ve %15'i (n:3) feminen cinsiyet rolüne sahiptir. İki grup arasında cinsiyet rolleri açısından anlamı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (**Çizelge 4.7**).

Çizelge 4.7: Bem Cinsiyet Rolü Envanteri Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bem Cinsiyet Rolü	Çalışma grubu	Kontrol Grubu
Androjen	13(%65)	12(%60)
Maskülen	3(%15)	5(%25)
Feminen	1(%5)	3(%15)
Belirsiz	3(%15)	0

Gruplarda Beden Algısı Ölçeğinin Değerlendirilmesi:

Çalışma grubunun %25'inin (n:5) beden algısı düşük çıkarken, %75'inin (n:15) yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunun ortalama puanı 153.55 ± 23.64 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun %30'u (n:6) düşük, %70'i (n:14) yüksek beden algısına sahip bulunmuştur. Kontrol grubunun ortalama puanı ise $153.90 \pm 25,62$ olup iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark yoktur. Çalışma grubunun vücut algısı puanları ile annelerin eğitim seviyesi arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur.

Gruplarda Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeğini Değerlendirilmesi:

Çalışma grubunun gelecek beklentileri puanı 118.25 ± 24.36 iken kontrol grubununki 129.20 ± 14.23 olarak bulunmuştur ve aralarında anlamlı bir yoktur. Ergen gelecek beklentileri ile çocuk ve ebeveynlere göre yaşam kalitesi puanları pozitif ilişkili bulunmuştur.

Gruplarda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Değerlendirilmesi:

Çalışma grubunun benlik saygısı ölçeğinin ortalama puanı 1.29 ± 0.86 iken kontrol grubununki 0.97 ± 0.35 olarak bulunmuştur ve aralarında anlamlı bir fark yoktur.

5.TARTIŞMA

Cinsiyet gelişim bozuklukları nedeniyle etkilenen çocuklar ve aileleri pek çok psikososyal sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu çalışmada cinsiyet gelişim bozukluğu nedeniyle opere olmuş ergenlerde cinsiyet rolleri ve genel psikopatoloji varlığı ve ebeveynlerinde posttravmatik stres bozukluğu yaygınlığı araştırılmıştır.

Çalışma grubundaki anne ve babaların eğitim düzeyleri ve aylık gelirleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu çalışmaya katılan kontrol grubunun daha yüksek sosyokültürel ve sosyoekonomik kesimden olmasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra çalışma grubunun büyük bölümünü oluşturan KAH otozomal resesif kalıtılmaktadır ve akraba evliliği sonucu hastalığın görülme olasılığı artar. Akraba evliliği ise düşük sosyokültürel kesimde daha yaygın görülmektedir. Aradaki fark buradan da kaynaklanıyor olabilir. Çalışma grubunda kontrol grubuna oranla kızların daha çok erkek oyuncakları ve erkek çocuklarla oynamayı tercih ettiği görülmüştür. Bu bulgu yazınla uyumludur. Berenbaum'un (119,120) çalışmalarında benzer şekilde CGB kızlarda erkeklere özgü aktivitelerde artış olduğu gösterilmiştir. Duygusal tepki, beyin yapısı ve işlevi ve davranış üzerindeki hormonal etkilere ilişkin kanıtlar, hiperandrojenizimli gençlerin psikiyatrik bozukluklar geliştirme riski altında olabileceğini düşündürür. KAH'a maruz kalan dişilerde yapılan çalışmalar, erkek tipik özelliklerin ve davranışların beklenenden daha yüksek olduğunu (85,121), bu çocukların daha çok erkek tipi oyuncaklarla oynamayı tercih ettiklerini (119), erkeklere özgü etkinliklere ve mesleklere daha fazla ilgi gösterdiklerini (121) ve etkilenmemiş dişilerden daha fazla saldırganlık (85) sergilediklerini göstermektedir.

Cinsiyet gelişim bozukluğu olan çocukların psikopatolojilerini değerlendiren oldukça az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada önceki çalışmalara benzer şekilde cinsiyet gelişim bozukluğu nedeniyle opere olan çocuklarda bir yarı-yapılandırılmış görüşme olan ÇDŞG-ŞY ile çocukluk çağında sık görülebilecek tüm psikiyatrik bozukluklar taranmış ve kontrol grubuyla kıyaslanmıştır. Çalışma grubunun %75 (n:15), kontrol grubunun %15'i (n:3) yaşam boyu en az bir psikiyatrik tanı almış olup, çalışma grubunda tanı alma yüzdesi kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunda en sık rastlanan ruhsal hastalıklar major depresif bozukluk (%15), anksiyete bozuklukları (%30) ve enürezis nokturna (%45) olmuştur. Kontrol grubunda ise en sık rastlanan tanı major depresif bozukluk (%10) olmuştur. Psikiyatrik hastalık tanıları çalışma grubu ve kontrol grubuyla kıyaslandığında enürezisin görülme sıklığı çalışma grubunda kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer tanılarda ise anlamlı farklılık bulunmamış olup bu sonuç olgu sayısının azlığına bağlı olabilir.

Çalışma grubunda psikopatoloji varlığı ile operasyon yaşı, operasyon sayısı, vücut algısı, yaşam kalitesi, benlik saygısı ve travma puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Yazında CGB'li çocuklarda artmış ruhsal hastalık riski bildirilmektedir. Özbaran ve ark çalışmasında depresyon, anksiyete bozuklukları, uyum bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yüksek olarak bulunmuştur. Slijper ve ark yaptığı 59 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada olguların %39'u psikiyatrik hastalık tanısı almış olup bu tanıları depresyon, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve selektif mutizmdir (9). Başka bir çalışmada da anksiyete bozukluğu ve depresyonda artış görülmüştür (11). Çalışmamızda çıkan sonuçlar yazındaki diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Kronik hastalıklarda yapılan çalışmalarda son yıllarda yaşam kalitesine odaklanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesinin tanımı; hastanın hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (122). Cinsiyet gelişim bozukluğunun yaşam kalitesi üzerine etkisi

ile ilgili çalışma sayısı azdır ve sonuçları çelişkili çıkmıştır. Çalışmamızda Varni ve ark geliştirdiği çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır ve ölçek ergen ve ebeveyne ayrı ayrı verilmiştir. Çalışma grubu ve kontrol grubunda ergenlerden alınan yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ebeveynlerin çocukları için verdikleri puanlarda kontrol grubunun psikososyal sağlık toplam puanı ve yaşam kalitesi ölçek toplam puanı çalışma grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ebeveynlerin CGB'li çocuklarının yaşam kalitelerini çocuklarından daha kötü algıladığını göstermektedir. Bunun nedeni ise ebeveynlerin ileriye dönük kaygıları olabilir. Ebeveynler çocuklarının aksine ileride karşılaşılabilecek zorlukların farkındadırlar. Bazı araştırmalar cinsiyet gelişim bozukluğu olanlar ve genel popülasyon kıyaslandığında yaşam kalitesi ve psikososyal refahın farklı olmadığını göstermiştir. Johannsen ve ark çalışmasında ise virilizasyon derecesinin yaşam kalitesini düşürdüğüne dair bulgular vardır. Bir başka araştırmada ise CGB'li kadın ve erkeklerin genel popülasyondan daha düşük yaşam kalitesi puanları aldıkları görülmüştür. Jürgensen ve ark çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde hem çocuklara hem ebeveyne yaşam kalitesi ölçeği verilmiştir. 8-12 yaş arasındaki CGB'li çocukların kendi kendine rapor edilen yaşam kalitesi değerleri genel olarak CGB'li olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında azalmıştır. Ebeveynlerde ise çocuklarının aksine fiziksel refah, benlik saygısı, aile ve okul toplam puanda azalma olmazken duygusal refah kısmında azalma görülmüştür, genel anlamda da yaşam kalitesinde bozulma saptanmamıştır (123).

Çocuklarda akut ve kronik travmatik deneyimlerden sonra TSSB görülebilir (124,125). Cerrahi işlemlerin bireylerde travmatik strese neden olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada kardiyak cerrahi sonrası çocuklarda TSSB riskinin arttığı gösterilmiştir (126). Levy 1945'teki çalışmasında çocukluk döneminde cerrahi işlemlere verilen tepkiler ile 2. Dünya Savaşı'ndaki askerlerin tepkilerini bağdaştırmıştır (127). Cerrahi müdahale uygulanan çocukların %65'ten fazlasında yoğun korku ve kaygı geliştiği gösterilmiştir (128) ve bu kaygılar takipler esnasında tedavi uyumunu bozabilir. Bizim çalışmamızda çalışma grubu ve kontrol grubunun her ikisinden TSSB ölçeği ile elde edilen travma puanları arasında beklenenin aksine anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum operasyonların

erken yaşlarda yapılması, aile desteğinin iyi olması ve bu çocukların koruyup kollanması ile ilgili olabilir. Çalışma grubundaki ergenler henüz cinsel aktif değillerdi. Bu nedenle evlilik ve doğurganlıkla ilgili kaygıları yoktu. İleride cinsel hayat, evlilik, çocuk sahibi olma gibi konular gündeme gelince TSSB puanlarında artış olabilir. Ancak travma puanları ile çocukların verdiği psikososyal sağlık toplam puanı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Yani, travma puanları arttıkça, çocukların psikososyal alanda bildirdikleri yaşam kalitesi düşmektedir.

Önceki araştırmalar kronik hastalık tanısı alan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sıkıntı ve yetersiz ebeveynlik kapasiteleri için risk altında olduklarını göstermektedir. Ayrıca anne ve babanın doğuştan kalıtsal hastalığı olan bir çocuğa sahip olması her ikisinde de narsistik zedelenmeye neden olur. Pek çok ebeveynde öfke, suçluluk ve yetersizlik hissi oluşur. Hastalığın kalıtsal olması ise suçluluk duygusunun artmasına neden olur. Bu olumsuz duygular ebeveynin tedavi ekibiyle olan işbirliğini zedeleyebilir. Çocuklarının CGB tanısına sahip olması ebeveynler için zorlayıcı bir durumdur (97). Paterski ve ark. yakın zamanlı bir çalışmada CGB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin yüksek travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (98). Bir başka çalışmada ise CGB nedeniyle opere olan çocukların anne ve babalarının en az çocuklar kadar ruhsal travmaya maruz kaldıkları saptanmıştır. Bunun nedeni olarak da sekonder sex karakterlerinin oluşumu ve ileriki yaşamda fertilite ile ilgili sıkıntılar gösterilmiştir (129).

Çalışma grubundaki annelerde PTSS oranı kontrol grubuna göre 2 kat fazla saptanmıştır (hasta grubunda %42.1 (n:8), kontrol grubunda %20 (n:4)). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum olgu sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir. Yanı sıra çalışma grubundaki ergenlerin %60'ı (n:12) tanısını biliyordu ve hastalık hakkında bilgisi vardı. Çalışmamızda çocuğun bilgisinin olmasının ebeveyndeki gerginliği azalttığı gösterilmiştir. Bu bulgu doğrultusunda çocuğa hastalığıyla ilgili ve yeterli bilgi vermenin anne ve babayı rahatlatacağı ve olumlu sonuçlara yol açacağı söylenebilir. Başka açıdan bakıldığında CGB'li bir çocuğa sahip olduğu için anneler narsistik zedelenme yaşamıştır ve savunma mekanizması olarak kendilerini olduklarından iyi gösterme eğiliminde olabilirler.

Çalışma grubu ve kontrol grubunun aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği faktör puanlarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu ölçeğin beş tane alt ölçeği vardır. F1 (aşırı annelik); aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal ve çalışkan olmasını istemek, annenin son derece fedakâr olması ve çocuğun da bunu anlaması gerektiğine inanmasını içerir. F2(demokratik tutum); aile içi kurallar çocukla birlikte oluşturulur, kabul edilmeyen davranışların nedenleri olumlu bir şekilde açıklanır, çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini istemesini içerir. F3(düşmanca ve reddedici tutum) ; sinirlilik, çocuklarla bir arada uzun süre kalmaktan hoşlanmama gibi konuları içerir. F4 (geçimsizlik); eşler arası geçimsizliğin çocuk yetiştirmede rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi konuları içerir. F5 (otoriter tutum); Cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne babanın mutlak hakimiyetine inanma gibi konuları içerir. Bu ölçeğin F1, F3, F4 ve F5 puanlarını yüksek olması olumsuz tutum göstergesidir ve bu puanların tümü çalışma grubunda kontrol grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur. Ölçeğin tek olumlu alanı F2 (demokratik tutum) yüksekliği olup bu puan kontrol grubunda çalışma grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu durum kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yüksekliği ile açıklanabilir. Ölçek puanlarında en büyük fark F1 (aşırı annelik) kısmında görülmüştür. Bu durum kronik hastalık tanısı olan ve operasyon geçirmiş çocukların anneleri tarafından daha çok korunması, daha çok özenle büyütülmesi gerektiği düşüncesinden kaynaklanıyor olabilir.

Cinsiyet rolü kavramı, kadınlarla erkekler arasındaki farklılıkları, iki cinsin biyolojik olarak birbirlerinden farklı olmalarına dayandıran yaklaşıma tepki olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1970’li yıllara kadar, kadınsılığı ve erkeksiliği tek bir boyutun iki uç noktası olarak görme eğilimi hakimken, bu görüşe karşı çıkan Bem (70), bireylerin cinsiyet rolü yönelimlerinin, bu iki ayrı boyuttaki özelliklere sahip oluş dereceleri dikkate alınarak belirlenebileceğini öne sürmüştür. Bu yaklaşıma göre, çok sayıda kadınsı ve az sayıda erkeksi özelliğe sahip olan bireyler kadınsı (feminen); çok sayıda erkeksi ve az sayıda kadınsı özelliğe sahip bireyler de erkeksi (maskülen) cinsiyet rolü yönelimini benimsemektedirler. Çok sayıda erkeksi ve çok sayıda kadınsı özelliğe aynı anda sahip olan bireyler

androjen, her iki tür özellik grubundan da pek azına sahip olanlarsa ayrışmamış (undifferentiated) olarak adlandırılmaktadırlar. Diğer yandan, kadınsı kadınlar ve erkeksi erkekler “cinsiyet tipllemeli”, androjen ve ayrışmamış bireylese “cinsiyet tipllemeli olmayanlar” olarak sınıflandırılmaktadır. Cinsiyet tipllemeli bireyler, cinsiyet rolü toplumsallaşması sürecinde içselleştirilen geleneksel cinsiyet rollerine uyum yönünde güdülenmekteyken; cinsiyet tipllemeli olmayanlar, biyolojik cinsiyetlerine uygun olduğu düşünölen davranışlara uyum sağlama çabası içine girmeden, içinde bulundukları koşullara göre en etkili olan davranışları sergileyebilecek düzeyde esnek bir doğaya sahiptirler (130). Bem’e (70) göre, hem kadınsı hem de erkeksi olarak sınıflandırılan özelliklere aynı anda sahip olan androjen bireyler, sosyal beğenirliği ve iletişim becerileri yüksek bireylerdir. Birçok araştırma, androjen bireylerin zengin bir davranış repertuarları olduğunu ve her türlü ortama kolaylıkla uyum sağlayabilen bir yapıya sahip olmanın onlara bazı önemli avantajlar sunduğunu göstermektedir. Androjen bireylerin benlik saygıları ve sosyal beğenirlikleri cinsiyet tipllemeli bireylerden daha yüksekken, kaygı düzeyleri daha düşüktür. Araştırmalar, androjenliğin bunlar dışında olumlu toplumsal davranış, yakın ilişkilerde esneklik gibi daha birçok olumlu bireysel değişkenle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (131). Ayrıca, Green ve Kenrick’in çalışmaları (132), androjen bireylerin uzun süreli yakın ilişki kurmak için tercih edilen eşler olduğunu göstermektedir. Belirsiz cinsiyet rolüne özgü özellikler ise dört cinsiyet rolü içinde toplumsal onay görme bakımından en düşük durumda olandır (133). Bizim çalışmamızda çalışma grubunun %65’inin (n:13) androjen, %15’inin (n:3) maskülen, %5’inin (n:1) feminen ve %15’inin (n:3) belirsiz cinsiyet rolüne sahip olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun ise %60’ı (n:12) androjen, %25’i (n:5) maskülen ve %15’i (n:3) feminen cinsiyet rolüne sahipti. İki grup arasında cinsiyet rolleri açısından istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır. Kontrol grubunda belirsiz cinsiyet rolüne sahip ergen belirlenmezken çalışma grubunda 3 ergenin (%15) belirsiz cinsiyet rolüne sahip olduğu görölmüştür. Çalışmamızda beklenenin aksine çalışma grubunda maskülen cinsiyet rolü kontrol grubundan daha az olarak belirlenmiştir. Bu bulgu ebeveynlerin CGB’ye sahip çocukları yetiştirme

tarzlarından kaynaklanıyor olabilir; cinsiyetle ilgili kaygıları olan ebeveyn çocuğunun daha çok kızlara özgü davranışlar göstermesi için zorlayıcı olabilir.

Çalışmamızda ergen gelecek beklentileri kıyaslandığında kontrol ve çalışma grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Gelecek beklentileri bireyin içinde bulunduğu dönemi ve sonraki yaşamını etkileyen unsurlardan biridir. Yaşanılan deneyimler bu beklentilerin niteliğini değiştirmektedir. Yaşanılan deneyimlerin olumlu olması hem kişilerin içinde bulundukları dönem görevlerini başarılı şekilde yürütmelerini hem de beklenti düzeylerini arttırarak sonraki yaşamlarına ilişkin daha üst düzeylerde performans göstermelerini sağlamaktadır (115). Bu açıdan bakıldığında, çalışma grubunun gelecek beklentilerinin kontrol grubuna benzer çıkması, tanı ve tedavi sürecinin iyi yönetildiğine işaret edebilir. Ayrıca, ergen gelecek beklentileri ile çocuk ve ebeveynlere göre yaşam kalitesi puanları pozitif ilişkili bulunmuştur. Yani ergenin yaşam kalitesi ne kadar iyiye, gelecek beklentisi de o kadar olumludur.

Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumu olup kişinin kendini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olma, kendini olumlu, beğenilir, sevmeye değer bulmayı ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (134). Benlik saygısı yüksek bireyler daha yaratıcı, başarılı ve sağlıklı, kendine güvenen, atılgan, fikirlerini kolayca ifade eden, sosyal yönden uyumlu kişiler olarak görülmektedir (135). Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarıma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (134). Cinsiyet gelişim bozuklukları kronik hastalıklardır ve kronik hastalıkların çocuk ve ergenlerde benlik saygısı ve beden algısına zarar verebilir. Ayrıca operasyon geçirmenin benlik saygısını düşürdüğüne dair çalışmalar vardır (136,137). Ancak bizim çalışmamızda, çalışma ve kontrol grubunun benlik saygılarını değerlendirmek için Rosenberg benlik saygısı ölçeği kullanılmıştır ve benlik saygısı puanları açısından beklenenin aksine iki grup arasında farklılık bulunmamıştır. Bu durum, çalışma grubunda tanı-tedavi sürecinin iyi yönetilmesine bağlı olabileceği gibi, bozukluğun

dışarıdan görünür bir bulgu vermemesi ve/veya bu çocuklarının hastalıkları nedeniyle aile tarafından desteklenmeleri ve hoş tutulmaları ile de ilişkilendirilebilir.

Yine çalışmamızda kullandığımız beden algısı ölçeği kişinin bedeninden memnuniyetini, dış görünüş, organları ve işlevselliğiyle ilgili bilgi vermektedir ve bildiğimiz kadarıyla, yazında CGB'li bireylerde beden algısını değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmanın başında kurduğumuz hipotezle uyumsuz olarak, çalışma ve kontrol grubu arasında beden algısı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum, çalışma grubundaki ergenler henüz cinsel aktif olmadıklarından, cinsel işlevler, evlilik ve doğurganlıkla ilgili kaygılarının belirgin olmadığı ve travma puanlarına benzer şekilde, ileride cinsel hayat, evlilik, çocuk sahibi olma gibi konular gündeme gelince beden algısında bozulma olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Son olarak, çalışmanın güçlü yanlarından ve kısıtlılıklarından söz edersek, bu çalışma, bu hasta grubunda beden algısı ve gelecek beklentilerinin değerlendirildiği ilk çalışmadır ve bu açıdan yazına katkıda bulunmaktadır. Ancak çalışmada belirtilmesi gereken kısıtlılıklar da vardır. Öncelikle, tüm çabalara rağmen, ailelerin çeşitli nedenlerle çalışmaya dahil olmak istememesi ve birçok hastanın şehir dışında yaşaması nedeniyle beklenen hasta sayısına ulaşamamış ve hasta sayısı az olduğu için her değişken istatistiksel olarak kıyaslanamamıştır. Daha fazla sayıdaki olgu ve kontrol grubu ile yapılacak ileri çalışmalar sonuçların istatistiksel gücünü arttıracaktır. İkinci olarak, olgu grubundaki ebeveynlerin eğitim düzeyinin, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmasıdır. Ancak bu eğitim düzeyi farkının iki gruptaki ebeveynlerin test maddelerini anlayabilmeleri açısından gruplar arasında farklılığa yol açmamasını sağlamak amacıyla, ölçekleri doldurduktan sonra her ebeveyne anlamadığı maddelerin olup olmadığı sorulmuş, anlaşılmayan maddeler araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Çalışmamız esnasında karşılaştığımız en büyük zorluklardan biri kontrol grubuna uygun ergen seçimidir. Toplumun psikiyatriye olan olumsuz bakış açısı, kendilerinde psikopatoloji tespit edilebileceği kaygısı ve damgalanma korkusu kontrol grubuna dahil olmalarına engel teşkil etmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışma grubunun %75'i (n:15) psikiyatrik tanı alırken kontrol grubunun %15'i (n:3) tanı almıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışma grubunda en çok enürezis nokturna (n:9, %45) tanısı konmuştur. Çalışma grubunda psikopatoloji varlığı ile hastanın yaşı, operasyon yaşı, operasyon sayısı, benlik saygısı, vücut algısı, travma puanları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.
2. Gruplar çocukların verdiği çocuk yaşam kalitesi ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmazken, ebeveynlerin verdiği puanlarda kontrol grubunda yaşam kalitesi ölçek toplam puanı ($p<0.05$) ve psikososyal sağlık toplam puanı ($p<0.05$) çalışma grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur.
3. Gruplar arasında çocukların travma puanları karşılaştırıldığında çalışma grubundaki çocukların travma puanlarıyla kontrol grubundakiler arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır. Çalışma grubunda operasyon yaşı, operasyon sayısı, çocuk yaşı, çocuğun eğitim düzeyi, kardeş sayısı ve babanın eğitim düzeyi ile travma puanları arasında ilişki bulunmamıştır.
4. Çalışma grubundaki annelerin %42,1'inde (n:8) TSSB bulguları varken, kontrol grubundaki annelerin %20'sinde (n:4) TSSB bulguları bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Çalışma grubu ve kontrol grubundaki annelerin travma puanları arasında da anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak çocukların hastalıkları hakkında bilgisi olması ile ebeveynlerin TSSB puanlarının azaldığı bulunmuştur. Bu bilgi bize çocukların hastalıkları konusunda yeterli ve doğru bilgilendirilmesinin ebeveynlerdeki stresi azalttığını ve olumlu sonuçlar yarattığını göstermektedir.
5. Çalışma grubu ve kontrol grubunun aile hayatı ve çocuk yetiştirme ölçek puanları karşılaştırıldığında F1, F2, F3, F4 ve F5 bölümlerinin tümünde istatistik olarak fark bulunmuştur. Ölçeğin tek olumlu bölümü olan F2 kontrol grubunda yüksek çıkarken diğer bölümler çalışma grubunda

yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunda F1(aşırı annelik) en yüksek puan alan bölüm olmuştur.

6. Çalışma grubunun %65'i (n:13) androjen, %15'i (n:3) maskülen, %5'i (n:1) feminen ve %15'i (n:3) belirsiz cinsiyet rolüne sahip olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ise %60'ı (n:12) androjen, %25'i (n:5) maskülen ve %15'i (n:3) feminen cinsiyet rolüne sahiptir. İki grup arasında cinsiyet rolleri açısından anlamı fark bulunmamıştır. Aynı şekilde benlik saygısı puanlarında da iki grup arasında farklılık saptanmamıştır.
7. Çalışma grubu ve kontrol grubu beden algısı ve ergen gelecek beklentileri ölçek puanlarına göre kıyaslandığında anlamlı fark bulunmamaktadır. Çalışmamız bu hasta grubunda beden algısı ve gelecek beklentilerinin değerlendirildiği ilk çalışmadır ve bu açıdan yazına katkıda bulunmaktadır.

Sonuç olarak cinsiyet gelişim bozukluğu nedeniyle opere olmuş ergenlerde psikiyatrik tanı alma olasılığı artmaktadır. Bu çocukların tedavi ekibinin içinde bir çocuk psikiyatrisi uzmanına ihtiyaç vardır ve multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Hastaların ve ebeveynlerinin psikolojik destek alması tedaviye uyumu arttıracaktır. Ayrıca çocukların hastalıkları hakkında bilgilendirilmeleri anne ve babalardaki stresi azaltacaktır. Cinsiyet gelişim bozukluğu olan çocuklar ve aileleri tedavinin her aşamasında psikiyatrik açıdan desteklenirse oluşabilecek psikiyatrik hastalıklar önlenabilir ya da erken teşhis edilerek yaşam kalitesi arttırılabilir.

7.ÖZET

Bu çalışmada, cinsiyet gelişim bozukluğu nedeniyle opere olmuş ergenlerde posttravmatik stres bozukluğu, psikopatoloji yaygınlığı, beden algısı, cinsiyet rolleri, yaşam kalitesi, gelecek beklentileri ve ebeveynlerde posttravmatik stres bozukluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Çocuk Cerrahisi bölümlerinde takipleri devam eden hastalardan 12-18 yaş arasındaki gönüllü, zihinsel gelişim geriliği ve daha önce psikiyatriye başvurusu olmayan 20 ergen ve ebeveyni ile yürütüldü. Okuma-yazmayı bilmeyen, ağır tıbbi ya da mental hastalığı ve mental retardasyonu olanlar çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu olarak daha önce herhangi bir sebeple çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, bilinen önemli bir tıbbi rahatsızlık öyküsü ve zihinsel gelişim geriliği bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 12-18 yaş arası 20 ergen ile ebeveyni dahil edildi. Bütün ergen ve ebeveynler kliniğe davet edildi ve bir çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirildi.

Var olabilecek psikopatolojilerini saptamak amacıyla 12-18 yaş aralığındaki olgulara geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) verildi. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının ve stresle başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi için, her iki gruba Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) ve ebeveynlere travma sonrası stres bozukluğunu değerlendirmek için PTSB soru listesi sivil versiyonu verildi. Travma sonrası stres bozukluğunu değerlendirmek için 12-18 yaş aralığındaki olgularda Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ/ CPTSD-RI), benlik saygısını değerlendirmek için ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanıldı. Ergenlere Bem Cinsiyet Roller Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği, Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği, ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik kendilerine ve ebeveynlerine ayrı ayrı “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” (ÇİYKÖ) verildi.

Çalışma grubunda kontrol grubuna göre ruhsal hastalık tanısı alma oranı yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunda en çok konulan tanı enürezis nokturnadır.

Çalışma grubundaki ergenlerin ebeveynlere göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Ebeveyn ve ergenlerin travma puanları arasında her iki grupta anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak hastalıklarını bilen ergenlerin ebeveynlerinin daha düşük travma puanları olduğu görülmüştür. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile elde edilen tüm alt puanlarda çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Cinsiyet rolleri, beden algısı, benlik saygısı ve ergen gelecek beklentileri açısından çalışma ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır.

Cinsiyet gelişim bozukluğu nedeniyle opere olmuş ergenlerde cinsiyet rollerinin, beden algısının, gelecek beklentilerinin, kendilerinde ve ebeveynlerinde posttravmatik stres bozukluğunun ve psikopatolojilerin değerlendirilmesi için daha geniş örnekleme olan kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: cinsiyet gelişim bozukluğu, ergen, ebeveyn, psikopatoloji, travma

8.ABSTRACT

In this study, it was aimed to evaluate posttraumatic stress disorder, lifelong prevalence of psychopathology, body image, gender roles, quality of life, future expectations and posttraumatic stress disorder in the adolescents, who had undergone surgery because of sex development disorders; and posttraumatic stress disorder in the parents of them.

Our study was carried out with 20 adolescents aged between 12-18 years who were admitted to follow-up in the Departments of Endocrinology and Pediatric Surgery of the Akdeniz University School of Medicine, and their parents. Adolescents with prior psychiatric admission, who did not know how to read or write, who had severe medical or mental illness and/or mental retardation were excluded before. A total of 20 adolescents, age- and gender matched with the patient group, without any medical illness and/or mental retardation consisted the control group. All children and mothers were invited to the clinic and interviewed by a child psychiatrist.

The prevalence of psychopathology in children was assessed using a semi-structured diagnostic interview designed to determine the past and current psychopathologies of children and adolescents according to DSM-IV diagnostic criteria, namely K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version). For assessing parenting attitudes and stress coping skills, the Family Life and Parenting Attitudes Scale was given to parents. In adolescents, PTSD was rated using Child Posttraumatic Stress disorder-Reaction Index (CPTSD-RI), and the Rosenberg Self-Esteem Scale was used to assess self-esteem. For the evaluation of PTSD symptoms in parents, PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) was used. All adolescents were also given Bem sex-roles inventory, Body Image Perception Scale and Adolescent Future Expectations Scale. Quality of Life Scale was given to both adolescents and their parents to assess the quality of life of adolescents.

The life-long prevalence of psychopathology was found to be higher in the study group, compared to the controls. The most common diagnosis in the study group was enuresis nocturna. Quality of life scores reported by the parents were

lower than those reported by adolescents in the study group. Trauma scores of parents and adolescents were not significantly different between the two groups. However, parents of adolescents, whose children had information about their illness, have lower trauma scores. There was a significant difference between the study group and the control group in all subscores of the Family Life and Child Raising Attitude Scale. There was no difference between the study and control groups in terms of gender roles, body image, self esteem and future expectations.

There is a need for comprehensive studies with larger samples, about sex roles, body image, future expectations, posttraumatic stress disorder and psychopathology in the adolescents, who had undergone surgery because of sex development disorders.

Keywords: Disorder of sex development, adolescent, parents, psychopathology, trauma

9.KAYNAKLAR

1. Diamond M. *Sex and gender are different: sexual identity and gender identity are different*. Clin Child Psychol Psychiatry 2002; 7:320.
2. Ahmed SF, Morrison S & Hughes IA. *Intersex and gender assignment; the third way?* Archives of Disease in Childhood 2004; 89: 847–850.
3. Speiser PW (2004) *Congenital adrenal hyperplasia*. In Pediatric Endocrinology: Mechanism, Manifestation and Management 1st edition, OH Pescovitz and EA Eugster (eds). Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, s:601-613.
4. Uslu R, Öztö D, Özcan Ö ve ark. *Erkek Yalancı Hermafrodit Olguların Yetiştirildikleri Cinsiyetle İlişkili Biyopsikososyal Değişkenler*. Türk Psikiyatri Dergisi .2007; 18: 100-108.
5. Allen L. *Disorders of sexual development*. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36: 25-45.
6. Chavhan GB, Parra DA, Oudjhane K, Miller SF, Babyn PS, Pippi Salle FL. *Imaging of ambiguous genitalia: classification and diagnostic approach*. Radiographics 2008; 28: 1891-1904.
7. Hughes IA. *Disorders of sex development: a new definition and classification*. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2008; 22: 119-134
8. Özbey H, Temiz A, Salman T. *A simple method for measuring penile length in newborns and infants*. BJU International 1999;84:1093.
9. Slijper FME, Drop SLS, Molenaar JC ve ark. *Long-term psychological evaluation of intersex children*. Arch Sex Behav 1998 ; 27:125-144.
10. Özbaran B et al. *Psychiatric Approaches for Disorders of Sex Development: Experience of a Multidisciplinary Team*. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2013;5(4):229-235.
11. Mueller SC, Ng PSinaii N, Leschek EW, Green-Golan L, VanRyzin C, Ernst M, Merke DP. *Psychiatric characterization of children with genetic causes of hyperandrogenism*. Eur J Endocrinol 2010;163:801-810.

12. Carrillo AA, Damian M, Berkovitz G. *Disorders of Sexual Differentiation*. In: Lifschitz F(Ed). *Pediatric Endocrinology*, 5th ed, Informa Healthcare, New York, 2007:365-390.
13. Lee MM. *Molecular genetic control of sex differentiation*. In: Pescovitz OH, Eugster EA(Eds). *Pediatric Endocrinology*, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2004:231-304.
14. Barbora M, Wedell A, Nordenström A. *Disorders of sex development*. *Semin Fetal Neonatal Med*.2011 Feb 6(Epub ahead of print)
15. Tilmann C, Capel B. *Cellular and molecular pathways regulating mammalian sex determination*. *Recet Prog Horm Res* 2000;57:1-18.
16. Sekido R, Lovell-Badge R. *Sex determination and SRY: down to a wink and a nudge?* *Trends in Genetics* 2009;25(1):19-29.
17. Sim H, Argentaro A, Harley VR. *Boys, girls and shuttling of SRY and SOX9*. *Trends in Endocrinology and Metabolism* 2008; 19(6):213-222
18. Arango NA, Lovell-Badge R, Behringer RR. *Targeted mutagenesis of the endogenous Mouse Mis gene promoter: in vivo definition of genetic pathways of vertebrate sexual development*. *Cell* 1999;99:409-419.
19. Stukenborg JB, Colon F, Söder O. *Ontogenesis of Testis Development and Function in Humans*. *Sex Dev* 2010;4:199-212.
20. Brennan J, Capel B. *One tissue, two fates: molecular genetic events that underlie testis versus ovary development*. *Nat Rev Genet*.2004;5(7):509-21
21. Val P, Swain A. *Mechanisms of Disease: normal and abnormal gonadal development and sex determination in mammals*. *Nat Clin Pract Urol*.2005;2(12):616-27.
22. Josso N, di Clemente N, Gouédard L. *Anti-Müllerian hormone and its receptors*. *Mol Cell Endocrinol*.2001;179(1-2):25-32.
23. Nation TR, Balic A, Southwell BR, Newgreen DF, Hutson JM. *The hormonal control of testicular descent*. *Pediatr Endocrinol Rev* 2009;7(1):22-31.
24. Ross AJ, Capel B. *Signaling at the crossroads of gonad development*. *Trends Endocrinol Metab* 2005;16:19-25.
25. Ottolenghi C, Uda M, Crisponi L, Omari S, Cao A, Forabosco A, Schlessinger D. *Determination and stability of sex*. *Bioessays*. 2007;29(1):15-25.

26. Parma P, Radi O, Vidal V, Chaboissier MC, Dellambra E, Valentini S, Guerra L, Schedl A, Camerino G. *R-spondin1 is essential in sex determination, skin differentiation and malignancy*. Nat Genet.2006;38(11):1304-9.
27. Jost A *Recherches sur la différenciation sexuelle de l'embryon de lapin. III.Rôle des gonades foetales dans la différenciation sexuelle somatique*. Arch Anat Microsc Morph Exp 1947;36:271-315.
28. Hugles IA . *Intersex*. Br J Urol Int 2002; 90:769-776.
29. Hullmann SE, Fedele DA, Wolfe-Christensen C, Mullins LL, Wisniewski AB. *Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development*. Int J Pediatr Endocrinol 2011; 16.
30. Thyen U, Lanz K, Holterhus PM, Hiort O. *Epidemiology and initial management of ambiguous genitalia at birth in Germany*. Horm Res 2006;66; 195-203. Epub 2006 Jul 27
31. Ocal G. *Current concepts in disorders of sexual development*. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2011 ;3;105-114.
32. Al Jurayyan NA. *Disorders of sex development; diagnostic approaches and management options an islamic perspective*. Malays JMed Sei 2011;18;4-12.
33. Lee PA, Houk CP, Ahmet F, Hughes IA and in collaboration with participants in the international consensus conference on intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Consensus statement on management of intersex disorders*. Pediatrics 2006;118:488-500.
34. Dreger AD, Chase C, Sausa A, Gruppasa A, Frader J. *Changing nomenclature/Toxonomy for intersex, Scientific and clinical rationale*. J.Pediatr.Endocrinol.Metab.2005;18:729-733
35. Arboleda VA, Flaming A and Vilain E. *Disorders of sex development from textbook of Genetic Diagnosis of Endocrine Disorders*. Ed by Weiss RE and Retetoff S, Press in Elsevier. London 2010. pp 227-243.
36. Lee PA. *A perspective on the approach to intersex child born with genital ambiguity*. J Pediatr Endocrinol Metab.2004;17:133-140.
37. Garel L. *Abnormal sex differentiation: who, how and when to image*. Pediatr Radiol 2008;38 Suppl 3:508-511

38. Pang S, Clark A. *Congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency: Newborn screening and its relationship to the diagnosis and treatment of the disorder*. Screening 1993;2:105-39.
39. Therrell BL. *Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia*. Endocrinol Metab Clin North Am 2001;30:15-30.
40. Krone N, Braun A, Roscher AA, Knorr D, Schwarz HP. *Predicting phenotype in steroid 21-hydroxylase deficiency? Comprehensive genotyping in 155 unrelated, well defined patients from southern Germany*. J Clin Endocrinol Metab. 2000 Mar;85(3):1059-65.
41. Clayton PE, Miller WL, Oberfield SE, Ritzen EM, Sippel WG, Speiser PW. *Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the European Society for Paediatric Endocrinology and the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society*. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:4048-53.
42. Frisch H, Battelino T, Schober E, Baumgartner-Parzer S, Nowotny P, Vierhapper H. *Salt wasting in simple virilizing congenital adrenal hyperplasia*. J Pediatr Endocrinol Metab. 2001 Nov-Dec;14(9):1649-55
43. Auchus RJ, Chang AY. *46,XX DSD: the masculinised female*. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2010 ;24(2):219-42.
44. German A, Suraiya S, Tenenbaum-Rakover Y, Koren I, Pillar G, Hochberg Z. *Control of childhood congenital adrenal hyperplasia and sleep activity and quality with morning or evening glucocorticoid therapy*. J Clin Endocrinol Metab. 2008 ;93(12):4707-10.
45. Lin-Su K, Vogiatzi MG, Marshall I, Harbison MD, Macapagal MC, Betensky B, Tansil S, New MI. *Treatment with growth hormone and luteinizing hormone releasing hormone analog improves final adult height in children with congenital adrenal hyperplasia*. J Clin Endocrinol Metab. 2005 ;90(6):3318-25.
46. Falhammar H, Filipsson H, Holmdahl G, Janson PO, Nordenskjöld A, Hagenfeldt K, Thorén M. *Metabolic profile and body composition in adult women with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency*. J Clin Endocrinol Metab. 2007 ;92(1):110-6.
47. Lo JC, Schwitzgebel VM, Tyrrell JB, Fitzgerald PA, Kaplan SL, Conte FA, Grumbach MM. *Normal female infants born of mothers with classic*

- congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(3):930-6.
48. Arnold AP, Burgoyne PS. *Are XX and XY brain cells intrinsically different?* Trends Endocrinol Metab.2004;15:6-11
49. Money J. And Hampson J. *Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of change of sex and psychologic management.* Bull John Hopkins Hosp.1955;97:284-300
50. Biason-Lauber A. *Control of sex development.* Best Pract Res Endocrinol Metab.2010;24:163-186.
51. Daaboul J. And Frader J.*Ethics and the management of the patient with intersex: A middle way.*J.Pediatr.Endocrinol.Metab.2001.14:1575-1583.
52. Crouch NS and Creighton SM. *Minimal surgical intervention in the intersex conditions.* J Pediatr Endocrinol Metab.2004;17:1591-1596.
53. Joint ESPE/LWPES CAH working group: *Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the European Society for Pediatric Endocrinology and The Lawson Wilkins Pediatric Endocrinology Society.*Horm.Res.2002;58:188-195.
54. Mouriquand PD, Gorduza DB, Gay CL et al, *Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: if (why), when, and how?* J Pediatr Urol. 2016;12:139.
55. Binet A, Lardy H, Geslin D, Francois-Fiquet C, Poli-Merol ML. *Should we question early feminizing genitoplasty for patients with congenital adrenal hyperplasia and XX karyotype?* J Pediatr Surg 2016;51(3):465-8.
56. Carval T, Aubry E, Frochisse C, Cartigny M, Manouvrier S, Sharma D et al. *Parents et timing chirurgical pour les hyperplasies des surre'nales.* 2015.
57. Houk CP, Hughes IA, Ahmed SF, et al. *Summary of consensus statement on intersex disorders and their management.* International Intersex Consensus Conference. Pediatrics 2006;118(2):753-7.
58. Lean WL, Deshpande A, Hutson J et al. *Cosmetic and anatomic outcomes after feminizing surgery for ambiguous genitalia.* J Pediatr Surg 2005;40(12):1856-60.

59. Gollu G, Yildiz RV, Bingol-Kologlu M et al. *Ambiguous genitalia: an overview of 17 years' experience*. J Pediatr Surg 2007;42(5):840-4.
60. Crawford JM, Warne G, Grover S, Southwell BR, Hutson JM. *Results from a pediatric surgical centre justify early intervention in disorders of sex development*. J Pediatr Surg 2009; 44(2):413-6.
61. Wisniewski AB, Migeon CJ, Malouf MA, Gearhart JP. *Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency*. J Urol 2004; 171(6 Pt 1):2497-501.
62. Fagerholm R, Santtila P, Miettinen PJ, Mattila A, Rintala R, Taskinen S. *Sexual function and attitudes toward surgery after feminizing genitoplasty*. J Urol 2011;185(5):1900-4.
63. Thyen U, Lux A, Jürgensen M, Hiort O, Köhler B. *Utilization of health care services and satisfaction with care in adults affected by disorders of sex development (DSD)*. J Gen Intern Med 2014;29(Suppl. 3):S752-9.
64. Cassia Amaral R, Inacio M, Brito VN, Bachega TA, Oliveira Jr AA, Domenice S et al. *Quality of life in a large cohort of adult Brazilian patients with 46,XX and 46,XY disorders of sex development from a single tertiary centre*. Clin Endocrinol (Oxf) 2015;82(2):274-9.
65. Sarıbay AS. *Erken Yaslarda Cinsiyet Rolü Kazanımı Üzerine Ebeveynlerin Etkisi*. Psikoloji Denemeleri, 2001;(2-3), 4-8.
66. Balkır A. *Kadınların Kendini Algılaması*. Ankara: A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,1989.
67. Dökmen ZY. *Toplumsal Cinsiyet: Sosyal Psikolojik Açıklamalar*. (1. Basım). İstanbul: Sistem Yayıncılık,2004.
68. Hyde JS. *Understanding human sexuality*. (Fifth Edition). New York: McGraw-Hill, Inc,1994.
69. Freedman JJ, Sears DO and Carlsmith JM. (1981). *Cinsiyet rolleri*. (Çev. A. Dönmez). A. Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1989, 22 (2). 687-723.
70. Bem SL. *The measurement of psychological androgyny*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974;42 (2), 155-162.
71. Tzuriel D. *Sex Role Typing and Ego identity in Israeli Oriental, and Western Adolescents*. Journal of Personality and Social Psychology.1984; 46 (2), 440-457.

72. İnelman KVO. *Relationship of sex-role orientation to two measures of self-esteem*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, 1996.
73. Leung WW. *A study on the self-concept and sex-role orientation of students of single-sex and co-educational secondary schools*, 1994.
74. Willams DE and D'Alcassandro JD. *A comparison of three measures of androgyny and their relationship to psychological adjustment*. Journal of Social Behavior and Personality. 1994;9 (3), 469- 480.
75. Johnson W, Zava D and McCoy N. *Overall self-confidence, self-confidence in mathematics, and sex-role stereotyping in relation to salivary free testosterone in university women*. Perceptual and Motor Skills. 2000; 91 (2), 391-401.
76. Zucker KJ. *Gender identity disorder in children and adolescents*. Annu Rev Clin Psychol. 2005; 1:467-492.
77. Ruble DN, Taylor LJ, Cyphers L, Greulich FK, Lurye LE, Shrout PE . *The role of gender constancy in early gender development*. Child Dev 2007;78:1121–1136.
78. Zosuls KM, Ruble DN, Tamis-LeMonda CS, Shrout PE, Bornstein MH, Greulich FK. *The acquisition of gender labels in infancy: implications for sex-typed play*. Dev Psychol. 2009;45:688–701.
79. Bachelot A, Golmard JL, Dulon J, Dahmoune N, Leban M, Bouvattier C et al. *Determining clinical and biological indicators for health outcomes in adult patients with childhood onset of congenital adrenal hyperplasia*. Eur. J.Endocrinol. / Eur. Fed. Endocr. Soc. 173 (August (2)) (2015) 175–184.
80. Reisch N, Hahner S, Bleicken B, Flade L, Pedrosa Gil F, Loeffler M et al. *Quality of life is less impaired in adults with congenital adrenal hyperplasia because of 21-hydroxylase deficiency than in patients with primary adrenal insufficiency*, Clin. Endocrinol. 74 (February (2)) (2011) 166–173.
81. Berenbaum SA, Resnick SM. *Early androgen effects on aggression in children and adults with congenital adrenal hyperplasia*. Psychoneuroendocrinology. 1997;22: 505–515.
82. Ehrhardt, AA, Baker SW. *Fetal androgens, human central nervous system differentiation, and behavior sex differences*. In: Friedman, RC.; Richart, RM.;

- van de Wiele, RL., editors. Sex differences in behavior. New York: Wiley; 1974. p. 33-52.
83. Ehrhardt AA, Epstein R, Money J. *Fetal androgens and female gender identity in the early-treated adrenogenital syndrome*. Johns Hopkins Medical Journal. 1968;122:165–167
 84. Money J, Schwartz M. *Fetal androgens in the early treated adrenogenital syndrome of 46XX hermaphroditism: Influence on assertive and aggressive types of behavior*. Aggressive Behavior. 1976;2:19–30.
 85. Pasterski VL, Geffner ME, Brain C, Hindmarsh P, Brook C, Hines M. *Increased aggression and activity level in 3- to 11-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia*. Horm Behav. 2007 September; 52(3): 368–374.
 86. Hall CM, Jones JA, Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C, Coleman M, Foster P, Price DA, Clayton PE. *Behavioral and physical masculinization are related to genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia*. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89:419–424.
 87. Meyer-Bahlburg HF. *Sex steroids and variants of gender identity*. Endocrinol Metab Clin Am . 2013;42:435–452
 88. Dessens AB, Slijper FM, Drop SL. *Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia*. Arch Sex Behav. 2005;34:389–397.
 89. Berenbaum SA, Bailey JM. *Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearance: evidence from girls with congenital adrenal hyperplasia*. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88:1102–1106.
 90. Schweizer K, Richter-Appelt H. *Die Hamburger Studie zur Intersexualität – ein Überblick*. In: Schweizer K, Richter-Appelt H (eds) Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen, 1st edn. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2012; pp 187–206.
 91. Wang C, Tian Q, *The investigation of quality of life in 87 Chinese patients with disorders of sex development*. BioMed Res. Int. 2015 (2015) 342420, PubMed PMID: 26075230.

92. de Neve-Enthoven NG, Callens N, van Kuyk M, van Kuppenveld JH, Drop SL, Cohen-Kettenis PT et al. *Psychosocial well-being in Dutch adults with disorders of sex development*. J. Psychosom. Res. (April (83)) (2016) 57–64.
93. Johannsen TH, Ripa CP, Carlsen E, Starup J, Nielsen OH, Schwartz M et al. *Long-term gynecological outcomes in women with congenital adrenalhyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency*. Int. J. Pediatr. Endocrinol. 2010; 784297,7 pages
94. Nordenskjöld A, Holmdahl G, Frisén L, Falhammar H, Filipsson H, Thorén M, Janson PO, Hagenfeldt K. *Type of mutation and surgical procedure affect long-term quality of life for women with congenital adrenal hyperplasia*. J Clin EndocrinolMetab 2008; 93:380–386.
95. Kashikar-Zuck S, Lynch AM, Slater S, Graham TB, Swain NF, Noll RB et al. *Family factors, emotional functioning and functional impairment in juvenile fibromyalgia syndrome*. Arthritis Rheum 2008;59:1392-8.
96. Patinô-Fernández AM, Pai AL, Alderfer M, Hwang WT, Reilly A, Kazak AE. *Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer*. Pediatr Blood Cancer 2008;50:289-92.
97. Duguid A, Morrison S, Robertson A, Chalmers J, Youngson G and Ahmed SF. *The psychological impact of genital anomalies on the parents of affected children*. Acta Paediatrica. 2007;96(3):348–352.
98. Pasterski V, Mastroyannopoulou K, Wright D, Zucker KJ and Hughes IA. *Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development*. Archives of Sexual Behavior. 2014;43(2): 369–375.
99. Kaufman J et al. *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997; 36(7): 980-988.
100. Gökler B et al. *Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2004.

101. Varni JW et al. *The pediatric cancer quality of life inventory-32 (PCQL-32). II. Feasibility and range of measurement.* Journal of behavioral medicine. 1999;22(4): 397-406.
102. Memik N et al. *Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği.* Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(4): 353-363.
103. Üneri Ö. *Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 2-7 yaşlarındaki Türk çocuklarında geçerlik ve güvenilirliği.* Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi AD, Kocaeli, 2005.
104. Üneri Ö and Memik NÇ, *Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi.* Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2007; 14: 48-56.
105. Pynoos RS et al. *Life threat and posttraumatic stress in school-age children.* Archives of general psychiatry. 1987;44(12): 1057-1063.
106. Erden G et al. *Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışması.* Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1999; 6(3): 143-149.
107. Kocabaşoğlu N. et al. *PTSD Checklist-Civilian Version.* in *PCL-C) Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği.* Yeni Symposium. 2005.
108. Schaffer ES, Bell R. *Development of a parental attitude research instrument (PARI).* Child Dev 1958; 29: 339-61.
109. Küçük S. *The Validity of the Turkish Form of PARI Subscales.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Boğaziçi Üniversitesi İstanbul; 1987.
110. Rosenberg M. *Society and The Adolescent Self-Image.* New Jersey: Princeton University Press 1965.
111. Çuhadaroglu F. *Adölesanlarda Benlik Saygısı.* Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara 1986.
112. Secord PF and Jourard SM. *The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self.* Journal of Consulting Psychology.1953; 17(5), 343-347
113. Hovardaoğlu S. *Vücut algısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması.* İçinde: Özdemir YD (1990). *Şizofrenik ve major depresif hastaların beden*

imgelerinden doyum düzeyleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.

114. McWhirter EH and McWhirter BT. *Adolescent future expectations of work, education family and community*. Youth & Society. 2008; 40(2):182-202.

115. Tuncer M. *Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması*, International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 6/3 Summer 2011.

116. Kavuncu N. *Bem Cinsiyet Rolü Envanteri'nin Türk toplumuna uyarlama çalışması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, HÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,1987.

117. Dökmen Z. *Bem Cinsiyet Rolü Envanteri'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi. 1991;35 (1), 81-89.

118. Dökmen ZY. *Bem Cinsiyet Rolü Envanteri Kadınsılık ve Erkeksilik Ölçekleri Türkçe formunun psikometrik özellikleri*. Kriz Dergisi. 1999;7 (1), 27-40.

119. Berenbaum SA, Snyder E. *Early hormonal influences on childhood sex-typed activity and playmate preferences: Implications for the development of sexual orientation*. Developmental Psychology. 1995;31(1): 31-42.

120. Berenbaum SA, Hines M. *Early Androgens Are Related to Childhood Sex-Typed Toy Preferences*. Psychological Science. 1992;3(3): 203– 206.

121. Dittmann RW, Kappes MH, Kappes ME, Borger D, Stegner H, Willig RH and Wallis H. *Congenital adrenal hyperplasia. I: Genderrelated behavior and attitudes in female patients and sisters*. Psychoneuroendocrinology. 1990; 15: 401–420.

122. WHOQOL group. *Study protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)*. Qual Life Res. 1993;2:153-159.

123. Jürgensen M, Lux A, Wien SB et al. *Health-related quality of life in children with disorders of sex development (DSD)*. Eur J Pediatr. 2014;173:893.

124. McCloskey LA, Walker M. *Post-traumatic stress in children exposed to family violence and single event trauma*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:108-15.

125. McLeer SV et al. *Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998;37:1326-33.
126. Connolly D, McClowry S, Hayman L, Mahony L, Artman M. *Posttraumatic stress disorder in children after cardiac surgery*. J Pediatr. 2004 Apr;144(4):480–484.
127. Levy DM, *Psychic Trauma Of Operations In Children*. American Journal of Diseases Of Children (1945 January) 69, (1), 7-25.
128. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I et al. *Preoperative anxiety and delirium and postoperative maladaptive behaviors*. Anesth Analg. 2004; 99:1648-1654.
129. Çakmak M, Uslu R, Dindar H. *Psychosocial aspects of the intersex(Yayınlanmamış veriler)*. Birinci Dünya İntersex Kongresi Kasım 1996 İstanbul’da sunulmuştur.
130. Bem SL. *Gender schema theory and its implication for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society*. Signs. 1983;8:598-616.
131. Demirtaş HA. *Cinsiyet rolü kalıpyargıları, androjenlik ve diğer cinsiyet rolü yönelimleri*. Kadın/Woman. 2000; 3(2), 83-103.
132. Green B and Kendrick D. *The attractiveness of gender type traits at different relationship levels: Androgynous characteristics may be desirable after all*. Journal of Personality and Social Psychology. 1994; 20:244-253.
133. Mayer FS and Sutton K. *Personality: An integrative approach*. New Joursey, Prentice Hall. 1996.
134. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı*. 10. Basım, İstanbul: Özgür Yayınları. 1998: 36-49.
135. Brown J, Mann L. *Decision-making competence and self-esteem: A comparison of parents and adolescents*. J Adolesc . 1991;14:363-71.
136. Golden DB. *Play therapy for hospitalized children*. In C.E. Schaefer & K.L. O’Conner (Eds.), Handbook of play therapy 1983: 213–233.
137. Mamelok AE. *Psychiatry and surgery, Comprehensive Textbook of Psychiatry*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 1995; 6. Baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, s.1680-1693.

10.EKLER

Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

Adı, soyadı:

Telefonu:

Doğum tarihi:

Okul Durumu ve başarısı:

Akran ilişkileri:

Anne yaşı, eğitim düzeyi:

Baba yaşı, eğitim düzeyi:

Kardeşler:

Ailenin gelir düzeyi (asgari ücret ve altı, 1500-5000 arası,5000 ve üstü):

Alkol, sigara, madde kullanımı:

Psikiyatrik hastalık öyküsü:

Ek hastalık öyküsü:

Cinsiyet (Doğumda ilan edilen cinsiyet / Yetiştirildiği cinsiyet):

Tanı:

Tanıda gecikme varsa nedeni:

Operasyon türü, sayısı:

Komplikasyon:

Çocuğun durum hakkındaki bilgisi:

Küçük yaşlarda oyuncak ve arkadaş tercihi:

Cinsel işlevsellik:

Cinsel yönelim:

Kız/erkek arkadaş:

Masturbasyon/cinsel ilişki:

Ailenin çocukla ilgili gelecek planları (Eğitim, meslek edinme, evlilik vb.):

Durum hakkında geniş ailenin ve yakınların bilgisinin olup olmadığı:

Çocukla ilgili duyguları (Kabullenici, kaygılı, üzgün, aşırı korumacı, inkar edici vb.):



AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun	Oldukça Uygun	Biraz Uygun	Hiç Uygun
Buluyorum	Buluyorum	Buluyorum	Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk bosa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.

17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusunda sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.

41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenir.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüle karşılanamaz.
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
57. Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
58. Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
59. Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.