



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**PUBERTE PREKOKS TANILI KIZ ÇOCUKLARINDA BEDEN
İMAJI ALGISI, AKRAN ZORBALIĞI VE PSİKİYATRİK
KOMORBİDİTE SIKLIĞININ PUBERTE PREKOKS TANISI
ALMAYAN VE KRONİK HASTALIĞI BULUNMAYAN KIZ
ÇOCUKLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ersin AKATAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi ÖMER KARDAŞ

DİYARBAKIR-2021

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

**PUBERTE PREKOKS TANILI KIZ ÇOCUKLARINDA BEDEN
İMAJİ ALGISI, AKRAN ZORBALIĞI VE PSİKİYATRİK
KOMORBİDİTE SIKLIĞININ PUBERTE PREKOKS TANISI
ALMAYAN VE KRONİK HASTALIĞI BULUNMAYAN KIZ
ÇOCUKLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ersin AKATAY
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi ÖMER KARDAŞ
DİYARBAKIR-2021

TEŞEKKÜR

Tez yazma sürecinde bana yol gösteren tecrübelerini benimle paylaşan, tez yazma aşamasının her adımında yanımda olduğunu hissettiren, çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Ömer Kardeş'a ve hayatıma bir şekilde dokunmuş tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma; işini büyük özveriyle yapan, tecrübelerinden faydalandığım, gerek hastalara yaklaşımıyla gerek ilişkilerindeki yapıcılığıyla örnek aldığım Doç.Dr. Edip Ünal ve Dr. Öğretim Üyesi Burcu Kardeş'a; Değerli bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan, teze başlama ve yazım sürecine beni teşvik eden, hayatımdaki iyi yürekli insanlardan Eyyüp Tarcın'a ve kuzenim İdris Akatay'a;

Benden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen bugüne beni kazandıran en değerli hazinem olan ailem başta annem Zübeyda Akatay olmak üzere babam ve canım kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ersin AKATAY

Diyarbakır 2021

ÖZET

Puberte Puberte Prekoks Tanılı Kız Çocukların Beden İmajı Algısı, Akran Zorbalığı ve Psikiyatrik Komorbidite Sıklığının Puberte Prekoks Tanısı Almayan ve Kronik Hastalığı Bulunmayan Kız Çocuklarıyla Karşılaştırılması

Amaç: Bu çalışmada puberte prekoks tanılı kız çocuklarında beden algısı, akran zorbalığı ve psikiyatrik komorbidite sıklığının, puberte prekoks tanısı almayan ve kronik hastalığı bulunmayan kız çocuklarıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma örneklemi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi (DÜTF) Çocuk Endokrinoloji polikliniğine başvuran ve puberte prekoks tanısı alan 8-12 yaş aralığındaki 50 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş herhangi bir nörolojik veya kronik tıbbi hastalık öyküsü olmayan 50 kontrol grubu ile oluşturulmuştur. Her iki gruba araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, “Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçeği” ve “Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anketi” doldurtulmuştur. Eşlik eden psikopatolojileri değerlendirmek amacıyla K-SADS uygulanmıştır. Hasta ve kontrollerden elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada elde edilen bulgular daha önce toplum örneklemleriyle yapılan çalışmalardan elde edilen akran zorbalığı sıklığı ve beden algısı puanlarıyla benzerlik göstermektedir. Puberte prekoks grubunda zorba/kurban/zorba-kurban sıklığı sırasıyla %20/%0/%6, beden takdir ölçeği puanı 42.44, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığı %26, sağlıklı grupta zorba/kurban/zorba-kurban sıklığı sırasıyla %18/%4/%8, beden takdir ölçeği puanı 40.96, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığı %16 bulunmuştur.

Tartışma: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite sıklığı toplum örneklemine göre çok yüksek olup bu konuda özellikle örneklem sayısının çok daha fazla olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç: Toplum örnekleminde olduğu gibi puberte prekoks hastalarında da akran zorbalığına uğrama ve zorbalık yapmanın yüksek oranda görüldüğü, beden imajının

toplum 6rnekleminde olduğu gibi olumlu olduğu, psikiyatrik komorbidite sıklığının benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar S6zc6kler: Puberte Prekoks, Akran Zorbalığı, Beden Algısı



ABSTRACT

Comparison of Body Image Perception, Peer Bullying and Psychiatric Comorbidity Frequency in Girls Diagnosed with Puberty Precocious and Girls Without Precocious Puberty Diagnosis and Without Chronic Disease

Objective: In this study, it was aimed to compare the body image, peer bullying and psychiatric comorbidity prevalence in girls with precocious puberty with girls who were not diagnosed with prepubertal precocious and who did not have any chronic diseases.

Materials and Methods: The research sample was formed with 50 patients aged 8-12 years, who applied to Dicle University Faculty of Medicine Pediatric Endocrinology outpatient clinic and were diagnosed with precocious puberty, and 50 age- and sex-matched control groups without a history of any neurological or chronic medical disease. Sociodemographic data form prepared by the researchers, "Body Appreciation Scale for Children" and "Peer Bullying Questionnaire for Olweus Students" were filled in both groups. Data obtained from patients and controls were analyzed with the SPSS program.

Results: The findings obtained in the study are similar to the peer bullying frequency and body image scores obtained from previous studies with community samples. The frequency of bully/victim/bully-victim in the prepubertal group was 20%/0%/6%, the body appreciation scale score was 42.44, the frequency of attention deficit and hyperactivity disorder was 26%, the frequency of bully/victim/bully-victim in the healthy group was 18%/4%/8%, body appreciation scale score was 40.96, and the frequency of attention deficit and hyperactivity disorder was 16%.

Discussion: The frequency of Attention Deficit and Hyperactivity is very high compared to the population sample, and there is a need for studies with a much larger sample size in this regard.

Conclusion: It has been concluded that peer bullying and bullying are seen at a high rate in prepubertal precox patients as in the community sample, body image is positive as in the community sample, and the frequency of psychiatric comorbidity is similar.

Keywords: Precocious Puberty, Peer Bullying, Body Perception



KISALTMALAR

SDS: Standart Deviasyon Skoru

FSH: Follikül Uyarıcı Hormon

LH: Lüteinize Edici Hormon

GEP: Gerçek Erken Puberte

GnRH: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon

EKG: Elektrokardiografik

DHEA: Dehidroepiandrosteron

PP: Puberte Prekoks

FGFR-1: Fibroblast Büyüme Faktörü Reseptör 1

DDT: Diklorodifeniltrikloretan

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

DÜTF: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET	II
ABSTRACT	IV
KISALTMALAR	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XII
GRAFİKLER LİSTESİ.....	XIII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. PUBERTENİN TANIMI	5
1.2. PUBERTENİN FİZYOLOJİSİ VE ENDOKRİNOLOJİSİ	6
1.3. PUBERTAL DEĞİŞİKLİKLER	7
1.3.1. Seksüel Olgunlaşma Evreleri (Tanner Evreleri)	7
1.3.2. Büyüme Atağı	9
1.3.3. Kemik Büyümesi.....	10
1.3.4. Kilo ve Vücut Yapısı.....	10
1.4. PUBERTE PREKOKS	10
1.4.1. Puberte Prekoks Etiyolojisi	11
1.4.2. Tanı	12
1.4.3. Santral Puberte Prekoks Tedavisi	14
1.4.4. Periferik Puberte Prekoks Vakalarının Değerlendirilmesi	15
1.4.5. Periferik Puberte Prekoks Tedavisi	16
1.4.6. Prematür Telarş, Prematür Pubarş Ve Diğer Sınır Durumlar	16
1.5. PUBERTENİN BAŞLAMA YAŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	17
1.5.1. Genetik Faktörler	17
1.5.2. Beslenme	19
1.5.3. İntrauterin Büyüme Geriliği	20
1.5.4. Endokrin Bozucular	20

1.5.5. Evlat Edinme.....	20
1.6. PUBERTE PREKOKSUN PSİKOLOJİK SONUÇLARI	21

İKİNCİ BÖLÜM

BEDEN İMAJI ALGISI

2.1. BEDEN İMAJI KAVRAMI.....	22
2.1.1. Kuramcılara Göre Beden İmajı	22
2.1.2. Beden İmajının Gelişimi.....	26
2.1.2.1. Çocukluk Dönemi	26
2.1.2.2. Adölesan Dönem	27
2.1.2.3. Erişkin Dönem.....	28
2.1.2.4. Yaşlılık Dönemi.....	29
2.1.3. Beden İmajını Etkileyen Faktörler	29

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AKRAN ZORBALIĞI

3.1. AKRAN ZORBALIĞI.....	32
3.1.1. Tanım ve Tarihçe	32
3.1.2. Zorbalık Türleri.....	33
3.1.3. Akran Zorbalığının Sıklığı.....	35
3.2. ZORBALIK DAVRANIŞINI AÇIKLAYAN KURAMLAR.....	38
3.2.1. Sosyal Bilgi İşleme Kuramı.....	38
3.2.2. Sosyal Bilişsel Kuram	39
3.2.3. Bağlanma Kuramı	39
3.2.4. Ahlak Gelişim Kuramı	40
3.3. AKRAN ZORBALIĞINDA KİŞİLERİN ROLLERİ VE ÖZELLİKLERİ.....	40
3.4. AKRAN ZORBALIĞININ FİZİKSEL VE RUHSAL ETKİLERİ	42

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. ÇALIŞMANIN AMACI	45
4.2. ÖRNEKLEM.....	45
4.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	47
4.3.1. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – şimdi ve yaşam boyu şekli (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for Affective	

Disorders and Schizophrenia for School Age Children –Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)	48
4.3.2. Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anketi	48
4.3.3. Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçeği	49
4.4. VERİLERİN ANALİZİ	49

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR.....	50
----------------------	-----------

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA.....	62
----------------------	-----------

YEDİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE KISITLILIKLAR	69
-------------------------------------	-----------

SEKİZİNCİ BÖLÜM

KAYNAKÇA.....	71
----------------------	-----------

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sekonder Seksüel Karakterlerin Olgunlaşma Evrelemesi – Tanner Evrelemesi.....	9
Tablo 2: Sosyo-Demografik Özellikler (1)	52
Tablo 3. Sosyo-Demografik Özellikler (2).....	55
Tablo 4. Klinik Özellikler	53
Tablo 5. Çocuğa İlk Kez Puberte Prekoks Başlama Yaşı Ve Tanı Konulduğu Yaş	55
Tablo 6. K-SADS-PL Kısa Form Ölçek Alt Boyut Değişkenlerinin Dağılımları	58
Tablo 7. Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Dağılımları.....	60
Tablo 8. Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçek Dağılımları	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hipotalamo-Hipofiz-Gonad Aksı6

Şekil 2: Kızlarda ve Erkeklerde Tanner Evreleri8



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. K-SADS-PL Kısa Form Ölçek Alt Boyut Değişkenlerinin Dağılımları	57
Grafik 2. Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Dağılımları	59





GİRİŞ

Puberte çocukluk ve yetişkinlik çağı arasındaki geçiş dönemidir. Bu dönem fiziksel, hormonal ve psikososyal değişiklikleri kapsamaktadır. Bu geçiş döneminde; sekonder cinsiyet karakterleri belirginleşir, vücut yağ dağılımı değişir, iskelet gelişimi hızlanır, boy uzamasında sıçrama olur. Epifizler giderek kapanır ve yetişkin final boya ulaşılır, cinse ait üreme potansiyeli kazanılır (1).

Pubertenin başlangıç zamanlamasında multifaktöryel etkilerin rol aldığı düşünülmektedir. Puberte başlangıç yaşı genetik ve etnik özellikler yanında sosyoekonomik faktörler, beslenme durumu, kronik hastalıklar, coğrafi yerleşim gibi çevresel etkenlerden belirgin şekilde etkilenmektedir. Günümüzde düzelen sosyoekonomik düzey ve beslenme koşullarına paralellik göstererek pubertenin başlama yaşı erkene kaymıştır (2).

Erken puberte; kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından önce sekonder cinsel özelliklerin gelişmesidir. Pubertenin erkeklerde ilk bulgusu testislerde büyüme, kızlarda meme gelişimidir (telarş). Erken pubertenin görülme sıklığı çevresel faktörlere bağlı olarak son yıllarda giderek artma göstermektedir (3).

Erken puberte tanısı öykü ve fiziki muayene sonrasında yapılan, antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi (boy, vücut ağırlık, boy standart deviasyon skoru(SDS), kemik yaşı), hormonal ölçümler ile konmaktadır. Hormonal ölçümler; kızlarda follikül uyarıcı hormon (FSH), lüteinize edici hormon (LH), estradiol ve erkeklerde FSH, LH, Testosteron serum düzeyleri ölçümlerini kapsamaktadır. Gerekli durumlarda GnRH ile uyarılmış FSH ve LH düzeylerinin tayini tanıya yardımcıdır. Erken puberte nedenleri; gonadotropin bağımlı erken puberte (gerçek-santral erken puberte), gonadotropin bağımsız erken puberte (yalancı-periferik erken puberte), kombine erken puberte ve normal varyant puberte olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır (4).

Erken puberteli olgular; erken menarş, psikososyal problemler ve epifizlerin erken kapanması nedeni ile erişkin boy kaybı riski altındadırlar. Bu nedenle erken puberte tanılı olguların zamanında tanınip, ilgili uzmanlık merkezlerinde izlenmesi

ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Gerçek erken puberte (GEP) tedavisinde uzun etkili gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) analogları kullanılmaktadır. Tedavide amaç; erişkin boy kaybını, çocuğun erken menarşını ve psikososyal problemleri önlemektir. Ancak tedavi etkinliğine ilişkin çalışmalara dair veriler son derece kısıtlıdır (5).

Kişinin kendi bedeniyle ilgili olumlu ve olumsuz değerlendirmeleri ve bu değerlendirmelerin de zihinde yansıması, beden imajı olarak adlandırılmaktadır. Geçmişten günümüze kadar beden imajının önemi giderek artmıştır. Beden imajı, öznel bir kavramdır ve kişinin duygularını, düşüncelerini, olaylara verdiği tepkiyi etkilemektedir. Beden imajını içinde bulunulan çevre, sosyal ve kültürel faktörler etkilemektedir (6).

Benliğin fiziksel boyutunu oluşturan beden imajı, erkeklere nazaran kadınlarda daha ön planda olan bir kavramdır. Kadın hayatında beden imajı, kadının menapoz, adölesan, hamilelik ve postpartum gibi dönemlerinde değişkenlik göstermektedir (7).

Akran zorbalığı hızla değişen dünya şartlarıyla beraber ergenlik döneminde okullarda şiddetin en yaygın biçimi şeklinde görülen karmaşık ve evrensel bir olgu olarak ortaya çıkmaktadır. Öğrencilerin okullarda akademik hayatlarının yanı sıra sosyal hayatları da oldukça önemli bir yer tutar. Sosyal çevrelerinde bazen olumsuzluklar yaşayabilirler, bu durum da çocuk ve ergenleri psikolojik açıdan kötü etkileyebilmektedir, ruhsal bunalımlar ve huzursuzluklar yaşayarak kendilerini güvende hissetmeyebilirler ki bu semptomların sebebi akran zorbalığı olabilir (8). Bu noktada akran zorbalığı okul çağındaki çocukların okul güvenliği, psikolojik ve fiziksel sağlığı açısından alanyazında Türkiye’de ve Dünya üzerinde en fazla araştırma yapılan konulardan biri haline gelmiştir. Okul ikliminde yaşanan bu şiddet olayları gerek öğrencilerin akademik başarılarını gerekse okulun öğrenme ortamını olumsuz etkilediği bilinen bir gerçektir. Akran zorbalığı ile ilgili yapılan çalışmalarda okul yıllarında zorbalık olaylarına karışmanın, bu olaylarla karşı karşıya kalmanın ve olaylara tanık olmanın öğrenciler üzerindeki psikolojik ve sosyolojik etkileri, bireylerin yaşamlarının geri kalan kısımlarında olumsuz sonuçlara yol açtığı görülmektedir. Okulda zorba davranışlarla karşı karşıya kalmak bireyin fizyolojik ve

psikolojik sağlığı üzerinde istenmedik ve olumsuz etkilere sebep olmakla birlikte önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır.

Gökler'e göre zorbalığa maruz kalan öğrenci korkacak, okula gitmek istemeyecek, dolayısıyla başarısızlık yaşayacaktır (9). Bu görüş 21. yüzyılın gündemindeki haberlerle bağdaştırılabilir niteliktedir; öyle ki sadece Türkiye ile sınırlı kalmayıp dünya genelinde de şiddet uygulama ya da görme yaşının her geçen gün aşağılara doğru inmekte olduğu gözlenmektedir. Değişikliklere ve gelişmelere açık olması beklenen gençlerin artık kendi fikirlerinin dışındaki görüşlere değer vermeme, empati kuramama, iletişim yönlerini geliştirmek yerine kaba kuvvet yoluyla olayları çözme yeteneğine ve bunun verdiği güce sahip olma güdüsü artış göstermektedir (7). Bu durumun tersi düşünüldüğü takdirde ise, zorbalığa maruz kalan kişiler eğer karşısındakiler kadar baskın, fikirlerini ya da davranışlarını zorla kabul ettiren, görüşlerine aksi durumlarda tehdit edip kişiye fiziksel yönden de zarar veren gereçler kullanabilecek karakterde biri değil ise mağdur durumuna düşerek, zorbaların yanı sıra onların da farklı bir psikolojik travma yaşayacakları öngörülmektedir. Hayatta pasif ve özgüvensiz bir rol üstlenebilir, başarısızlıklar yaşayarak yaşamdan zevk almama seviyesine gelebilirler. Sadece okul ortamında da değil günlük yaşamda gerek eşler arası, gerek arkadaş ortamlarında, gerekse sadece o anlık aynı ulaşım aracında bulunan kişilerde bu tür zorbalıkları ve şiddet ögelerini görmek sıradanlaşmış ve günlük olaylar şeklinde kabul edilebilir bir şekle gelmiştir. Oysa bugünü şekillendirecek gelecek neslin daha başarılı ve uyumlu, birbirlerine karşı saygılı, çözüm odaklı ve mutlu bireylerden oluşabilmesi için bu tür zorbalıkların önüne geçilmesi bir şart haline gelmiştir (6). Bu tür zorbalıklar engellenmediği sürece alışagelmiş bir düzen devam edecek, küçük yaştakiler büyüklerin bu tür baskın olma arzularını ve kendilerini şiddet yoluyla kabul ettirme güçlerini görüp bu tarz davranışları örnek alacaklardır. Gün be gün bu durumun şiddeti bir kartopu gibi daha da büyüyecek, belirli bir zaman sonra sonu gelmeyen ve çözüme kavuşturulamayan küresel bir problem olarak ortaya çıkacaktır. İşte bu yüzden özellikle bireyin fikirlerinin ve duygularının en çok geliştiği ergenlik döneminde, akran zorbalığına dair çözüm önerilerinin ve bu önerilere getirisi olan bazı uygulamaların eyleme dökülmesi belki de bundan sonraki neslin yaşayacağı

şiddet olaylarını, psikolojik bunalımları, özgüvensizliği engelleyebilecek nitelikte olacaktır (8).



BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. PUBERTENİN TANIMI

Puberte genel olarak seksüel immatür bir durumdan seksüel matür bir duruma geçişi tanımlar. Bu dönemde adölesanlar; bilişsel olgunlaşma, psikososyal olgunlaşma ve fiziksel olgunlaşma gibi farklı yönlerden de gelişir. Bu fiziksel değişimler serisi puberte olarak bilinir ve psikososyal faktörleri etkileyebilir (2).

Pubertenin en belirgin değişikliği boy uzaması ve sekonder seksüel karakterlerin gelişimidir. Eşit oranda vücut kompozisyonunda da değişimler gerçekleşir, fertilité yeteneği kazanılır bunların yanı sıra kemiklerde mineralizasyonun artması ve büyüme, beyin gelişimi, kardiyovasküler sistemde artmış oksijen kapasitesi ve elektrokardiografik (EKG) değişiklikler, kan basıncında artış gibi vücut sistemlerinde de değişiklikler olur (1).

Pubertede iki temel fizyolojik olay olup bunlardan ilki hipofiz bezinden salınan folikül stimulan hormon (FSH) ve lüteinizan hormonun (LH) gonadları (over, testis) aktive etmesi ile oluşan gonadarş, ikincisi ise adrenal korteksten androjen üretiminin arttırılması ile oluşan adrenarştır. Puberte bu her iki durumu kapsamasına rağmen terim olarak daha çok gonadarş ve ilişkili durumları tanımlamada kullanılır.

Bu dönemde kızlarda overlerden salınan östradiolün etkisi ile meme dokusunun gelişimi (telarş), yine östradiolün endometriyum üzerine tek başına olan etkileri ile ilk menstrüel kanama olan menarş oluşur. Düzenli menstrüel kanamalar olgunlaşma tamamlandıktan sonra overlerden salgılanan östradiol ve progesteronun birbirleriyle olan etkileşimleri ile olur (3).

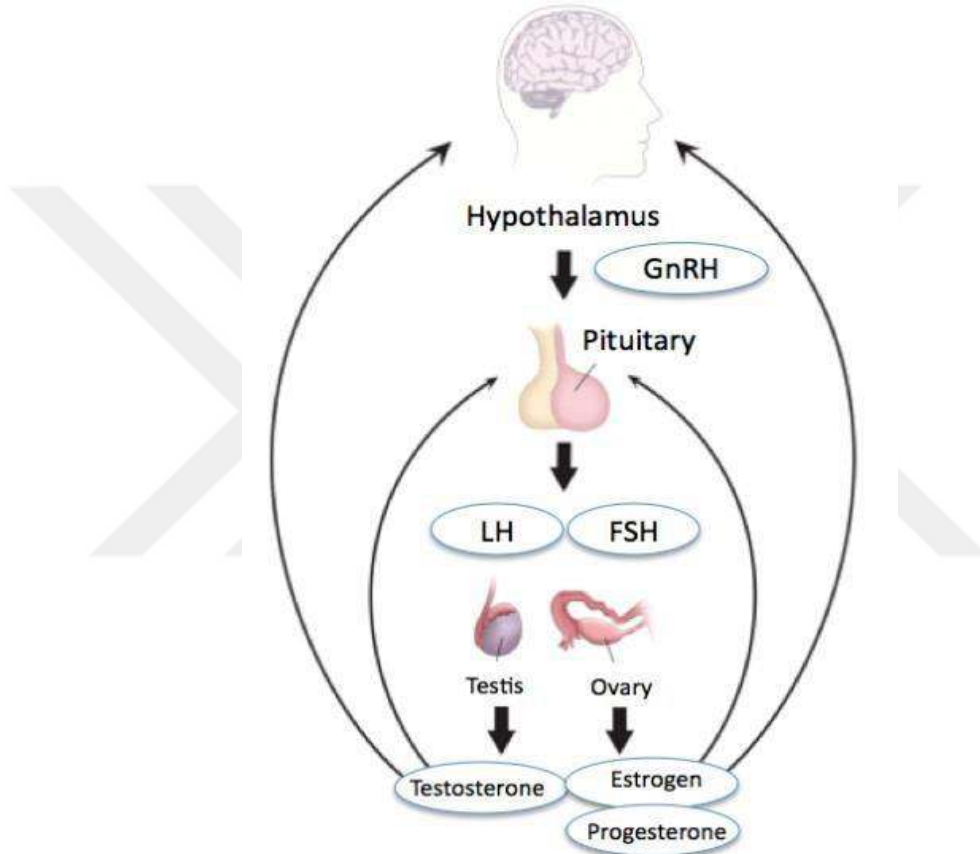
Erkek çocuklarda, FSH ve LH testosteron salgılanmasını sağlayarak ilk sprem üretimi olan spermarş sağlar (8).

Adrenal bezlerden salgılanan androjenlerin etkisi ile pubik kıllanma (pubarş) başlar. Aksiller kıllanmanın olması, yetişkin tipi ter kokusunun oluşumu ve akne gelişimi de bu yolla olur.

1.2. PUBERTENİN FİZYOLOJİSİ VE ENDOKRİNOLOJİSİ

Hipotalamustan, gonadotropin salgılatıcı hormonun (GnRH) pulsatil salınımının artması, gonadarşı tetikleyerek, LH salınımının sıklığını ve amplitüdünü artırır (9).

GnRH ön hipofizdeki gonadotrop hücreleri uyarak FSH ve LH salınımını



uyarır, onlar da seks steroidlerini uyarak gonadlarda gametogenezi başlatır.

Şekil 1: Hipotalamo-Hipofiz-Gonad Aksı

Kaynak: Sex Development Genetics and Biology, Typical and atypical sex development, Available from: URL: www.dsdgenetics.org/index.php?id=48, last updated July 17, 2015

Kızlarda, FSH ovaryen foliküllerin büyümesini uyarırken, LH ile beraber overlerden östradiol üretimini uyarırlar. Şekil 1 de HHG(Hipotalamus-Hipofiz-Gonad) aksı gösterilmiştir.

Pubertenin erken döneminde östradiol meme gelişimini uyarır ve iskelet büyümesini sağlayarak büyümede hızlanmaya yol açar. Pubertenin geç dönemlerinde ise hipofizden salınan FSH ve LH'nın birbirleriyle etkileşimi ve ovaryan foliküllerden salgılanan östradiolün etkisiyle ovulasyon ve menstrüel sikluslar oluşur. Östradiol aynı zamanda iskelet maturasyonu sonucu büyüme plaklarının kapanmasına neden olarak, lineer büyümenin durmasına yol açar.

Erkek çocuklarda, LH testislerdeki Leydig hücrelerinden testosteron salınımını uyarır, yüksek konsantrasyonlarda seminifer tübüllerin büyümesini uyararak testis hacminin artışı sağlar. FSH seminifer tübüllerin daha da fazla büyümesini uyararak testiküler hacmi artırır. Testosteron penis büyümesini, seste kalınlaşmayı, sakal çıkmasını, erkek tipi vücut gelişimini de sağlar. Testosteronun bir kısmı östradiole dönüşerek kız çocuklarda olduğu gibi büyümeyi ve iskelet maturasyonunu sağlar.

Gonadarş ve adrenarş geçici olarak korele olsalar da birbirlerinden ayrı olaylardır. HHG aksında herhangi bir problem olsa bile adrenarş devam edebilir, aynı şekilde adrenal fonksiyonlar yetersiz olsa bile gonadarş olabilir (11).

Adrenal bezdeki zona retikularis tabakası, adreal androjenler olan dehidroepiandrosteron (DHEA) ve androstenedion sentez etmeye başladığında, adrenarş başlar. Testosterondan daha az potent olsalarda bu hormonlar da pubik ve aksiller kıllanmayı sağlayabilir, erişkin tipi ter kokusuna neden olan apokrin ter bezlerinin maturasyonunu sağlayabilir ve akne gelişimine neden olabilir (12).

1.3. PUBERTAL DEĞİŞİKLİKLER

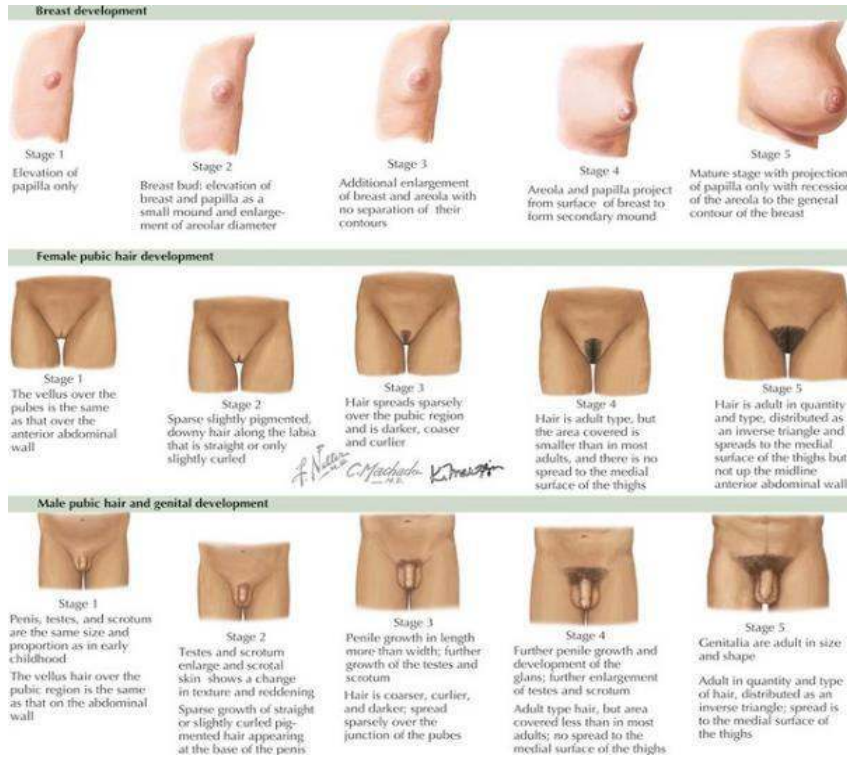
1.3.1. Seksüel Olgunlaşma Evreleri (Tanner Evreleri)

Puberte bir olaylar serisinden ibarettir. Burada genel itibariyle ne şekilde ilerleyeceği önceden tahmin edilmektedir. Ancak, bazen zamansal, oluş sırası ve

ilerleyište varyasyonlar da görülebilmektedir. Pubertal gelişimin normal sıralaması,aşağıda yer alan Şekil 2 de gösterilmiştir.

Seksüel matüritenin evrelemesi, burada sıklıkla evrelemede kullanılmaktadır. 1969-Marshall ve Tanner 1970’de çocuk ve adolesanlardaki normal pubertal gelişimi tanımlamışlardır. Bu evreleme, Tanner evrelemesi olarak bilinmektedir. Burada esasında seksüel olgunlaşmaya dair oranlamaların evrenmesi söz konusu olmuştur(13,14). Tanner evrelemesi sistematize bir evrelemeyi içermektedir. Şöyle ki; kızlarda meme gelişimindeki değişiklikler, erkeklerde genital anlamda değişiklikler ve bu iki cinsiyetteki pubik kıllanımın bir değerlendirmesi söz konusu olmuştur. Bu evrelemede meme gelişimi, pubik kullanma ve genitalya 5 temel evrede tanımlanmış, 1 prepubertal dönem gösterilmiştir. Beşinci evredeyse seksüel anlamda gelişim söz konusudur. Gelişim evreleri, Şekil 1 de gösterilmiştir.

Kişinin kilosu, büyümesi, kendini algılaması ve davranışları pubertal maturasyonun zamanlamasını etkilemektedir. Kısa boy (15,16) ve erişkin dönemde artmış kilo ve yağ dokusu (16,17), erken tamamlanmış bir pubertal gelişim ile ilişkilidir.



Şekil 2: Kızlarda ve Erkeklerde Tanner Evreleri

Tablo 1: Sekonder Seksüel Karakterlerin Olgunlaşma Evrelemesi – Tanner Evrelemesi

Kız – Meme gelişimi
Evre 1: Prepubertal
Evre 2: Meme tomurcuklanması ile beraber meme ve papillada yükseklik, areolada genişleme
Evre 3: Meme ve areolada kontuar oluşmadan daha fazla genişleme
Evre 4: Papilla ve areola meme üzerinde bir çıkıntı yapması
Evre 5: Erişkin meme yapısı
Erkek – Genital Gelişim
Evre 1: Prepubertal
Evre 2: Testis ve skrotumda genişleme, skrotum derisinin yapısı değişir ve kızarır
Evre 3: Penisde büyüme (öncelikle uzunlukta), testiste daha da büyüme
Evre 4: Glans peniste ve penisin genişliğinde artma, testis ve skrotum daha büyüktür, skrotum derisi koyulaşır
Evre 5: Erişkin genitelyası
Kız ve erkeklerde pubik kıllanma
Evre 1: Prepubertal (ön kolda olduğu gibi vellus bulunabilir)
Evre 2: Penis kökünde/labia boyunca seyrek uzun hafif pigmente düz-kıvrık tüyler
Evre 3: Pubis boyunca seyrek dağılmış, koyu, iri daha kıvrık tüyler,
Evre 4: Erişkininkinden daha küçük bir alanda erişkin tipi tüyler, uyluk iç yüzüne yayılmaz
Evre 5: Horizontal, üst sınıra doğru uzanan erişkin tipi tüylenme

1.3.2. Büyüme Atağı

Yetişkin boyunun yaklaşık olarak yüzde 17 ila 18'i Puberte boyunca kazanılmaktadır(19). Büyüme atağı, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Bu olay, kızlarda ortalama olarak 2 yıl daha erken olmaktadır. Boyun uzaması gerek ekstremiteleri gerekse de aksiyel iskeleti etkilemektedir. Distal kısımların büyümesi, proksimal kısımlardan öncedir. Aynı şekilde ekstremiteler de gövdeden önce büyür. Puberte' nin geç olmasında ise gövde büyümesi söz konusudur(20).

Kızlarda ortalama olarak menarştan 6 ay öncesinde büyüme atağı olur (21). Kızlara nazaran erkeklerde büyüme atağı daha geç olmaktadır. Bu yüzden de erkekler 2 yıldan fazla prepubertal büyüme dönemine sahip olmaktadır (yılda 3-

8cm). Bununla beraber erkeklerde büyüme atağı yılda 10.3 cm iken, kızlarda yılda 9 cm'dir. Her iki cinsten de büyüme atağı, yaklaşık olarak 2 yıl kadar sürmektedir (22).

Eğer puberte evresi erken başlarsa, burada bir pik büyüme söz konusu olur ve geçici bir uzun boyluluk meydana gelir. Fakat burada epifizyel plakların erken kapanmasıyla beraber yetişkin boyu kısa kalır. Erken başlayıp normal aralığında devam eden pubertenin de kısa boya neden olup olmadığı net değildir. Bir çalışmada erken menarşın kısa boya neden olabileceği ancak erken telarşın kısa boyla ilişkili olmadığı belirtilmiştir (23).

1.3.3. Kemik Büyümesi

Puberte boyunca boy uzunluğundaki artış ile beraber kemik büyümesi de artar ancak kemik mineralizasyonu geri kalır. Kemiklerde önce boy uzaması, sonra kalınlık artışı, daha sonra mineralizasyon artışı olurken son olarak da dansite artışı olur (24). Kemik büyümesi ve mineralizasyonu arasındaki bu uyumsuzluk ergenlerde artmış fraktür riskine neden olmaktadır (25,26).

Total vücut kalsiyumunun kızlarda yarısı, erkeklerde ise yarısı ila üçte ikisi puberte döneminde kazanılır (24,27).

1.3.4. Kilo ve Vücut Yapısı

Puberte özellikle yağsız vücut kitlesi ve yağ dağılımı olmak üzere vücut yapısı ve kilodaki önemli değişiklikler ile ilişkilidir.

Erken pubertede vücut kitle indeksindeki yıllık değişimler daha çok yağsız vücut kitlesi tarafından oluşturulurken daha sonra artan yağ kitlesi ile olur (28). Erkeklerde pubertenin erken dönemlerinde yağ kitlesi azalır ve yağsız vücut kitlesinin oranı giderek artar. Kızlar puberte boyunca daha fazla bir yağ kitlesine sahiptirler ve 16 yaşından sonra VKI'leri erkeklerden daha fazla olur (28,29). Bu genel kabul kişisel olarak beslenmeyle değişebilecek bir durumdur.

1.4. PUBERTE PREKOKS

Puberte prekoks(PP)puberte belirtilerinin ortalama yaşın 2,5 standart deviasyonun altında görülmesidir. Bir başka ifadeyle de kızlarda 8 yaş, erkeklerde ise

9 yaşından önce sekonder seks karakterlerinin görülmesidir (30). Kızlarda eğer erken yaşta puberte söz konusu olursa, kısa boy ve psikososyal sorunlar baş gösterebilir. Öte yandan erişkin dönemde meme kanserine yakalanma riski yüksek olabilir. Erken tanı ve tedavi burada çok önemlidir. Puberte prekoks ile ilgili olarak bir dizi çalışmalar yapılmıştır. Danimarka'da yapılan bir çalışmada erkeklerde yüzde 0, 01 ila 0,02 oranında, kızlarda ise yüzde 0,2 oranında puberte prekoks görülmüştür(31).

Puberte prekoks iki şekildedir. Bunlar; gonodotropin bağımlı ve gonodotropin bağımsız biçimindedir(32). HHG aksının kızlarda 8 yaşından önce aktive olması gonodotropin bağımlı pubertede söz konusudur. Bu normal bir durumdur ve normal bir pubertede fiziksel gelişmeler ve hormonal devinimlerin gerçekleşmesi belli bir düzen ve sırayla olacaktır. Bu durumun bir diğer adı da Santral(Gerçek) erken pubertedir. Kızlarda erkeklere nazaran santral erken puberte 10 kat daha sık rastlanılan bir olaydır. Gonodotropin bağımsız puberte de ise HHG aksı aktive olmadan gonad ve gonad dışı (adrenal bez gibi) kaynaklardan seks steroidlerinin salgılanmasına bağlı gelişirse "Periferik (Yalancı) erken puberte" adını alır. Yalancı erken puberte ise genellikle erkeklerde görülen bir durum olup, her daim spesifik bir etyolojiye bağlıdır. Meme gelişimiyle beraber pubik kıllanmanın yalnız başına ve HHG aksının aktivasyonunun söz konusu olmaksızın gerçekleşmesi ise yalancı erken pubertnin bir diğer biçimidir(33).

1.4.1. Puberte Prekoks Etiyolojisi

GnRH bağımlı (santral) gerçek erken puberte(34)

- Santral Sinir Sistemi tümörleri: Hipotalamik hamartomlar, optik glioma, subaraknoid kist
- İdiopatik (sporadik veya ailesel) Erkeklere nazaran kızlarda daha sık görülür. Özellikle evlatlık alınan çocuklarda sık rastlanılır. Erkeklerde görülenlerde ise genellikle patolojik bir sebebin varlığı göze çarpar.
- Genetik: Kiss1 fonksiyonarttırıcı mutasyonları, MKRN3
- Santral sistemi travmaları: Tüberküloz menenjit, kafa tramvaları,

serebral palsi

- Sendromlar: Nörofibromatozis tip 1, Sturge-Weber sendromu, Tüberoskleroz

GnRH bağımsız (periferik) PP (34)

- Gonadal tümörler: Leydig hücre tümörleri, sertoli hücre tümörleri, germhücre tümörleri, over kist ve tümörleri
- Adrenal tümörler
- Konjenital adrenal hiperplazi
- Dışarıdan sex steroidlerine uğrama
- McCune-Albright sendromu
- Van Wyk ve Grumbach sendromu: Erkeklerde testis büyümesi, kızlarda ise vajinal kanama, over kistleri gibi PP'ler, tedavi edilmemiş ağır primer hipotiroidizm vakalarında muhtemelen çok yüksek TSH'nun FSH reseptörlerini uyarmasına bağlı olarak meydana gelmektedir. Bu pubertal bulgular ise tiroid hormonunun verilmesinden sonra azalmaktadır.

1.4.2. Tanı

Laboratuvar

Hormonal anlamda bir değerlendirme yapılabilmesi için öncelikle bazal LH, FSH; erkeklerde testesteron ölçümü, adrenaj bulgusu, kızlarda estradiol bakılmalıdır. Eğer adrenaj bulgusuna rastlanırsa da DHEA-S, menarş başlayan kızlarda da 17 OH progesteron ölçümüyle tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır ve test sonuçları değerlendirilmelidir. Bazal estradiol düzeyi (>10 pg/ml) ve testesteron (>25ng/dl) olması anlamlıdır. Fakat prepubertal değerlerde olması da PP'yi dışlayacağı anlamına gelmemektedir.

Bazal LH seviyesi, puberte öncesinde 0,2 IU/L'den küçüktür. Sabahları ölçüm yapıldığında LH düzeyinin 0,3 IU/L'den büyük olduğu durumlarda doğrudan doğruya PP tanısı konulabilir. Burada Gonodotropin salıcı hormon testine gerek duyulmaz. Ancak Gonodotropin salıcı hormon testi olan GnRH testi, bazal LH değeri belirgin bir biçimde yüksekse değilse, tedavi başlangıcından hemen önce yapılmalıdır.

GnRH stimülasyon testi açısından birçok değişik yöntem uygulanmaktadır. Genel itibariyle de GnRH verilmesinin üzerinden 30 ila 40 dakika geçtikten sonra tek bir LH ölçümü yeterlidir. Fakat bu ölçümle ilgili birkaç protokol daha bulunmakta ve uygulanmaktadır. Burada 60 dakikada tek ölçüm yapılacağı gibi; yarımşar saatlik aralarla, iki saatlik süreyi kapsayan örnek alınmasına dayalı yöntemler de mevcuttur. Eğer pik LH değeri 5 IU/L'nin üstündeyse, bu durum pubertal cevap şeklinde görülebilir.

Genel itibariyle LH değeri FSH ölçümlerine nazaran puberte değerlendirmesinde daha çok bilgi sağlamaktadır. Öte yandan stimüle LH/FSH oranı eğer yüksekse, burada ilerleyici santral PP lehine yorumlanmaktadır(35). Birtakım araştırmacılara göre ise belirgin bir biçimde estradiol değeri yüksekse, bu durum MSS lezyonları lehine kabul edilecektir (36).

Görüntüleme

Kemik yaşı:Eğer kemik yaşı ile takvim yaşı arasında bir uyum söz konusu ise, bu durumda erken ergenlik durumu çok düşük olacaktır(37).

Ultrasonografi:Kızlarda over/uterus boyutlarının ölçümü, ultrason ile söz konusu olmaktadır. Eğer over hacmi 2 ila 3 ml'nin üstündeyse ve uterus uzunluğu da 30 ila 40 cm üzerindeyse, bu durum santral PP lehinde görülmektedir(38).

Santral PP'da MSS Görüntülemesi

Santral PP'nin söz konusu olduğu erkeklerin yüzde 40 ila 80'lik kısmında, kadınlarinsa yüzde 5 ila 10'luk kısmında organik lezyon mevcuttur. Bu çocukların tüberkül cinerium ve alt hipotalamustan kaynaklanan nodüllere sahip olma olasılığı

daha yüksektir. Genellikle 6 yaşın altındaki kız çocukları için nörolojik semptomlar varsa veya klinik seyir hızlıysa, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılmalıdır (36).

1.4.3. Santral Puberte Prekoks Tedavisi

Bu tedavide çocuğun yaşı ile ergenliğin ne kadar ilerlediği önem arz etmektedir. Eğer ki puberte hızlı bir biçimde ilerlemişse ve aynı şekilde bu durum kemik yaşı için de söz konusuysa tedavi düşünülür. Bu tedavinin amacı ise psikososyal stresi minimuma düşürmek ve nihai boyu koruma altına almaktır(39).

PP tanısı konulan 6 yaşın altındaki kızlarda ve tüm yaş kategorisindeki erkeklerde tedavi sürecine başlanmalıdır. Burada karar verilmesi gereken bir grup vardır. Bu grup; 6 yaşın üzerinde PP tanısı konulan kızlardır. Bu vakaların 3 ila 6 ay arasında izlenmesi gerekmektedir. Bunun yanında ilerleyici PP olup olmadığının da ayırımına varılması tedavi açısından önem arz eden hususlardır(40).

İlerleyici Santral PP'nin çeşitli bulguları mevcuttur. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir;

- 3 ila 6 ayda bir Pubertede evre atlamak.
- Yılda 6 cm ve üzerinde büyüme hızı.
- Genel itibariyle takvim yaşının 1 yıl ve daha üzerinde seyir eden kemik yaşı.
- Hedef boyun altında erişkin boyun kalması ve tahmini erişkin boyda giderek azalmanın söz konusu olması.
- Estradiol seviyesinin ölçülebilir olması.
- LH'ın Pubertal seviyede olmasıdır.

Yukarıda sayılan bulgular dikkate alınarak PP vakaları değerlendirilmelidir. Öte yandan eğer baskın bir LH cevabı mevcut ve birden çok puberte bulgusu mevzu bahis olan vakalarda tedavi uygulanmalıdır(41).

GnRH analogları, günümüzde santral PP tedavisi için sık kullanılan argümanlardan biridir. Bu analoglar sayesinde hipofizde bulunan gonadotropin salgılayan hücreler devamlı olarak uyarılır ve bir müddet sonra da duyarsızlaştırılır. Böylece de LH ve FSH salgılanması baskılanır (35).

Tedaviye genel itibariyle 3,75 mg/ay ile başlanmaktadır. Eğer burada yeteri kadar cevap alınamazsa, doz miktarında artışa gidilir. Diğer yandan büyüme ile puberte evresinin 3 ila 6 ay ayda bir, kemik yaşının ise 6 ila 12 ayda bir değerlendirilmesi de tedavinin etkinliği açısından önemlidir. Eğer klinik açıdan elde edilen bulgular tedavinin yeterli olduğuna işaret ediyorsa, düzenli ve belli aralıklarla gonadotropin ve seks steroidlerinin ölçümü gerekli olmaktadır (42).

GnRH analogları, günümüzde sıklıkla kullanımları aşağıda verildiği şekildedir:

- Goserelin (Zoladex LA)
- Buserelin (Suprefact depo)
- Leuprolide (Lupron depo)
- Triptorelin (Decapeptyl)
- Histrelin(Supprelin LA)

GnRH analoglarının kısa dönemde yan etkileri de mevcuttur. Bunlardan en sık görülenleri ise baş ağrısı, sıcak basması ve mide bulantısıdır.

Tedavinin kesilmesi ise erkeklerde 12 yaş iken kızlarda da 11 yaştır. Tedavi kesilmesinin ardından aylar sonra puberte bulguları tekrardan nüksetme ve yaklaşık olarak da 16 ay sonra mensturasyon başlamaktadır (43).

1.4.4. Periferik Puberte Prekoks Vakalarının Değerlendirilmesi

Puberte bulguları detaylı öykü alınması ve antropometrik ölçümler suretiyle değerlendirilmektedir. Labaratuvar değerlendirmelerinde ise sıklıkla testosteron,

estradiol, DHEAS, FSH, LH istenmektedir. Abdominal ve pelvik USG olası adrenal, gonadal tümörler ve uterus, over büyüklüğünü saptamak için yapılmalıdır.

1.4.5. Periferik Puberte Prekoks Tedavisi

GnRH analogları ile olan tedavide Periferik PP vakaları, yanıt vermez. Burada söz konusu tedavi, altta hangi sebep yatıyorsa ona dönük olarak yapılmalıdır (44).

- Tedavi genel itibariyle cerrahi niteliktedir. Burada adrenal bez, testis ve over tümörleri görülmektedir. Bu şekilde bir rahatsızlığı olan bireylerde radyoterapi ile beraber kemoterapi uygulanması da gerekebilir.

- Puberte bulguları, ekzojen sex steroidlerine uğrayan çocuklarda sorumlu ajan uzaklaştırıldıktan sonra gerilemektedir.

- Medroksiprogerteron, östrojen reseptör antagonistleri ve aromataz inhibitörleri McCune-Albright sendromundan kaynaklı PP tedavisinde kullanılmaktadır.

- Bazı durumlarda, McCune-Albright sendromunda seks steroidlerinin uzun süreli kullanımı kemik yaşının artmasına, iskelet olgunlaşmasının hızlanmasına ve santral PP'ye sebebiyet verebilir.

1.4.6. Prematür Telarş, Prematür Pubarş Ve Diğer Sınır Durumlar

Prematür Telarş; diğer ergenlik belirtileri olmadan memenin izole gelişmesi olarak tanımlanır. Birincisi 2 yaşında, ikincisi 6-8 yaşında olmak üzere sıklığı iki dönemde artmaktadır. Burada eğer 6-8 yaşları arasında görülürse santral PP'den farklı olmalıdır. İzole meme gelişimi sadece tek taraflı olmayıp, iki taraflı olabilmektedir. Başka ikincil seks karakteri mevcut değildir. Normal büyüme ve kemik yaşı vardır. Meme dokusunun erken büyümesi vakalarının üçte birinde aynı kalırken; üçte birinde de ilerleme göstermektedir. Genel olarak meme büyüklüğü Tanner'ın evre III boyutunu geçmemektedir. Kesin nedeni bilinmemektedir, ancak erken cinsel gelişim veya gen mutasyonlarının devam etmesi gibi HHG eksenli aktivitesi için açıklamalar yapılmıştır. Erken genişleme vakalarının %18'i santral PP

ile sonuçlanabileceğinden, hastalığın her 3 ila 6 ayda bir takip edilmesi tavsiye edilmektedir(45).

Prematür Pubarş; Kızlarda 8 yaşından önce ve erkeklerde 9 yaşından önce kasık kıllarının başlamasıdır. Ufak çaplı bir androjen fazlalığı şeklindedir. Bu hastalığa DHEA ve DHEA-S gibi adrenal androjenlerin salgılanmasının neden olduğu saptanmıştır. Öte yandan hastalık, 6-8 yaş arası kızlarda, siyahlarda ve obez kişilerde daha sık görülmektedir. Bu olgularda kızlarda meme büyüklüğü, erkeklerde testis büyümesi santral PP'nin diğer semptomları ile birlikte görülmez. Ancak akne ve kemik yaşlanması görülebilir. Eksik dehidratasyon durumlarında bazal 17 OH Progesteron, DHEA-S ve testosteron seviyeleri ölçülebilir. Ölçme ve takip sırasında önemli detayları düşünmek mümkündür ve bazen santral PP olgularının ilk belirtisi pubarş olabilir (46).

Öte yandan yaygın bir hastalık olan hipertrikozun prematür pubarşdan ayırt edilmesidir. Hipertrikozda, kıllar cinsel organlar hariç vücudun her yerinde büyür. Genellikle ailesel ve metabolik nedenler ile bazı ilaçlar nedeniyle oluşur. Ergenlikle ilişkili sınır koşullarından biri, bebeklerde gözlenen kasık kıllarının büyümesidir. Genel olarak, 4.5- 8 aylık kızlarda mons pubis'te ve erkeklerde skrotumda ince tüyleri görülebilir, bunun için daha fazla araştırma yapılması tavsiye edilmemektedir (47).

1.5. PUBERTENİN BAŞLAMA YAŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Genetik faktörler, çevresel faktörler, stres, metabolizma hızı, iskelet olgunluğu, vücut yağ oranı gibi birçok faktörün ergenliği etkilediği düşünülmektedir. Beslenme, kronik hastalıklar, sağlıklı bir çevreye göç, sık enfeksiyonlar, çevre kirliliği, böcek öldürücüler, antiandrojen ve östrojen benzeri kimyasallar ergenlik üzerinde etkili olan diğer faktörlerdir(48).

1.5.1.Genetik Faktörler

Bilindiği gibi aynı etnik kültürde olan insanlarda menarş yaşı benzerdir. Bu da bize genetik faktörlerin ne kadar önem arz ettiğini göstermektedir(49). Buna örnek olarak Amerika Birleşik Devletler'inde siyahi ve beyaz kızların menarş yaşının

farklılık göstermesini verebiliriz. Amerika’da siyahi kızlar Afrika kökenli olup, beyaz kızlara nazaran puberte bulgularını daha küçük yaşlarda göstermektedirler(50). Bir diğer dikkat çekici nokta da anne ile kız, monozigotik kardeş ve ikizlerle yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu ilişkideki bireylerde menarş yaşının benzer olduğu saptanmıştır (49). De Veres ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada ise familial puberte prekoks prevalansının yüzde 27,5 olduğu ve bu ailelerde otozomal dominant geçişin mevzu bahis olabileceği saptanmıştır. Günümüzde ise ergenlik döneminin genetik olarak kontrol altında olduğu, burada sadece bir tek genin değil; birbirleriyle ilişkili birden çok genin rol oynadığı düşünülmektedir (51).

Puberteyi etkileyen genlerle ilgili yapılan çalışmalar kisspeptin ve G-protein bağlı reseptör (GPR54) üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kisspeptin-1 ve türevi kisspeptin-10, GPR54 reseptör agonistidir (52). Hipotalamusda kisspeptin ekspresyonunun artması ile GPR54 aktive olur. KISS-1/GPR54 sisteminin HHG aksını kontrol etmede önemli olduğu, kisspeptinin pulsatil gonadotropin sekresyonu için gerekli faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir (53). 2005 yılında farelerde KISS-1’in serebroventriküler, intraperitoneal ve intravasküler enjeksiyonları sonrası LH sekresyonunun arttığı gösterilmiştir (54). Benzer bir çalışma 6 sağlıklı erkekte yapılmış ve intravenöz kisspeptin uygulaması sonucu LH, FSH ve testosteron seviyelerinde artış görülmüştür (55). GPR54 mutasyonu saptanmış hipogonadotropik hipogonadizm tanılı bir ailede GnRH düzeyinin çok düşük olduğu belirlenmiştir. GPR54 geninde inaktive edici mutasyon olan erkeklerde hipotalamik GnRH düzeyi normal olsa dahi, seks steroid seviyesinin düşük olduğu ve pubertenin başlamadığı gösterilmiştir (53). 2008 yılında Teles ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada idiopatik santral erken puberte tanılı bir kız olguda otozomal dominant GPR54 aktive edici mutasyonunun varlığı saptanmıştır (56).

KAL (KAL2) geni ve Fibroblast büyüme faktörü reseptör 1 (FGFR-1) geni mutasyonları da puberteyi etkiler. Anosmin-1 isimli glikoproteini kodlayan KAL-1 genindeki mutasyonların X’e bağlı geçiş gösteren Kallman sendromuna neden olduğu gösterilmiştir. Otozomal dominant geçişli Kallman sendromunda tanımlanan KAL-2 genindeki mutasyonlar ise FGF sinyal sistemini bozarak, embriyonik olfaktör ve hipotalamik GnRH sekrete eden nöronların migrasyonunu engeller (56).

TAC3 ve TAC3R genlerindeki mutasyonlar puberteyi etkilediği anlaşılan en yeni genetik faktörlerdir. TAC3 nörokinin B'i, TAC3R ise NK3R'i kodlar. Söz konusu genlerdeki mutasyonlar idiopatik hipogonadotropik hipogonadizm tanılı 4 ailede tanımlanmıştır. Buradan yola çıkarak nörokinin B'nin pubertenin santral regülasyonunda önemli yeri olduğu düşünülmektedir (57).

1.5.2. Beslenme

Puberte üzerinde obezitenin ciddi rol oynadığı düşünülmektedir (58). Yapılan araştırmalar neticesinde puberte başlangıcı, menarş yaşı ile vücut yağ oranı arasında anlam ifade eden bir ilişki olduğu saptanmıştır (59). Bu araştırmalarda, beyaz olan ve puberte prekoks tanılı olan kızların tanındaki ağırlıklarının olmayanlara ve birbirlerine yakın yaştakilere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Öte yandan bu hastaların erişkinlikte obez olma ihtimalinin de çok güçlü olduğu ortaya (60). Bir başka çalışmada vücut kitle indeksinin pubertenin başlangıcını etkilemediği fakat pubertenin ilerleme hızında belirleyici olduğu saptanmıştır (61). Serum leptin seviyesi vücut kitle indeksi ve vücut yağ kitlesi ile güçlü korelasyon gösterir (62). Leptin adipoz doku ile hipotalamus arasında bağlantı fonksiyonu görerek, hipotalamusu vücutta üreme fonksiyonlarına izin verecek yeterli enerji depolarının olduğu konusunda bilgilendirir (63). Erken pubertal dönemde serum leptin seviyesi önemli oranda artış gösterir (62). Bu nedenle kızlarda artmış leptin düzeylerinin puberte başlangıcını tetikleyen faktörlerden biri olabileceği düşünülmektedir (62-63). Süt çocukluğu döneminde hızlı kilo alımı, puberte prekoks ile ilişkilendirilmiştir. Bu çocuklarda IGF-1 düzeyinin daha yüksek olduğu, obezite, insülin direnci ve prematür adrenarş görülme riskinin arttığı bildirilmiştir. Artmış IGF-1, adrenal androjen ve aromataz aktivitesi ile düşük seks hormon bağlayıcı globülin düzeyine bağlı artmış serbest seks hormonlarının sonuçta GnRH 'puls jeneratör' aktivitesini tetikleyebileceği düşünülmektedir (58). Malnütrisyon ve malabsorbsiyonun ise gecikmiş puberteye neden olabileceği bilinir (64). Bale, jimnastik, atletizm gibi ağır sporlarla uğraşan ve vücut kitle indeksi düşük olan sporcuların hem ergenlik hem de menopozda gecikme yaşadıkları bilinmektedir. Aşırı çalışan erkeklerin de cinsel olgunlaşmayı geciktirdiği gözlemlenmiştir. Vücut yağ seviyeleri ve cinsel

olgunlaşma arasındaki ilişkiye dayanarak, adipokinlerin GnRH üreten nöronların kontrolünde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (65).

1.5.3. İntrauterin Büyüme Geriliği

Gestasyonel haftabaz alınarak normal doğum ağırlıklı bebeklere nazaran, düşük doğum ağırlıklı olanların ergenliğe(puberteye) daha erken girdiği, adet görmeye başladıkları yaştan da yaklaşık olarak 5 ila 10 ay daha erken olduğu gözlemlenmiştir(66). Bazı araştırmacılar ise düşük doğum ağırlığına sahip erkeklerde ergenlik yaşının normal olduğunu, ancak kızlarda ise hızlı ve akranlarına göre küçük yaşta görüldüğünü savunmuşlardır (67). İntrauterin büyüme geriliğinin hangi mekanizma ile puberte prekoks neden olduğu net ortaya konamamakla birlikte, doğum sonrası hızlı büyümenin ve yağ kitlesindeki hızlı artışın bu mekanizmada rolü olduğu düşünülmektedir (68).

1.5.4. Endokrin Bozucular

Endokrin bozucular endokrin sistemin fonksiyonunu değiştirerek organizmada veya bir sonraki nesilde istenmeyen yan etkilere neden olan ekzojen maddeler olarak tanımlanır. Erken puberteye neden olan faktörler arasında sayılmaktadır. Bu grupta pestisidler, PCB'ler (polychlorinatedbiphenyl), bisfenol, alkilfenoller, fitalatlar gibi insan yapımı kimyasallar ile bitkilerde bulunan fitoöstrojenler yer alır (69). Bu maddeler intrensek östrojen etkisine sahip olabilirler veya endojen östrojen sekresyonunu arttırabilirler. Çoğu toksiktir, insan vücudunda yarı ömürleri uzundur. Kozmetik ürünlerin, pestisidlerin, güneş koruyucuların, gıdaların, ilaçların veya plastik ürünlerin içinde bulunan östrojenik maddelere kazara maruziyet sonucu puberte prekoks gelişmiş olabileceğini bildiren birçok vaka yayınlanmıştır (70,71). Konuyla ilgili epidemiyolojik ve laboratuvar çalışmaları yetersiz olup, bu konudaki çalışmaların çoğu gözleme dayanmaktadır (72).

1.5.5. Evlat Edinme

Gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelere evlat edinilen çocuklar, puberte prekoks için yüksek risk taşıyan çocuklardır (73). Teilman ve arkadaşları Danimarka'da yaptıkları bir çalışmada başka ülkelere evlat edinilen çocuklarda puberte prekoks görülme sıklığının Danimarka'lı çocuklara göre 15-20 kat arttığını

bildirmişlerdir. Diğer taraftan ailesi ile birlikte bu ülkeye göç eden çocuklarda ise, puberte prekoks oranında artış olmamıştır. Aynı çalışmada evlat edinilme yaşı ile puberte prekoks yaşı arasında pozitif korelasyon gösterilmiştir (74). Evlat edinilen bu çocuklarda erken pubertenin nedeni bilinmemekle birlikte beslenme, etnik faktörler ve emosyonel stres üzerinde durulmaktadır. Özellikle evlat edinilme öncesi döneme ait yaşam koşulları ile prenatal/postnatal büyüme paternlerinin puberteye etkisi araştırılmaktadır. Evlat edinilen çocuklarda, kendi ülkelerinde yaşadıkları dönemde sıklıkla beslenme ve diğer çevresel faktörlere bağlı intrauterin ve postnatal gelişme geriliği görülmektedir. Çocukların beslenme alışkanlıklarının değişmesi, daha iyi beslenme olanakları bulmaları ve ardından görülen hızlı büyüme, SGA olan çocuklarda görülene benzer bir mekanizmayla puberte prekoks yol açıyor olabilir. Ancak puberte prekoks gelişme geriliği olmayan evlat edinilen çocuklarda da görülmektedir (74). Evlat edinilen çocukların yaşadığı travmatik olayların yaratmış olduğu stres de puberte prekoks nedenleri arasında sayılmaktadır (74). Son yıllarda endokrin bozucuların evlat edinilmiş çocukların üzerindeki etkileri araştırılmaktadır. Örneğin Belçika'ya göç eden ailelerin puberte prekoks tanılı çocuklarında güçlü bir böcek öldürücü olan diklorodifeniltrikloretan (DDT) isimli maddenin yüksek konsantrasyonlarda bulunduğu bildirilmiştir. Belçika doğumlu puberte prekoks tanılı çocuklarda ise söz konusu madde ölçülemeyecek kadar düşük seviyelerde bulunmuştur (75).

1.6. PUBERTE PREKOKSUN PSİKOLOJİK SONUÇLARI

Pubertal dönemde hormonal değişiklikler utanma, sinirlilik, cinselliğe ilgide artma, gibi davranışsal değişimlere neden olabilir ve erken başlayan pubertede tedavi kararında etkilidir (76). Erken menarşın, suça eğilimde artış, madde kullanımı, sosyal izolasyon, erken cinsel aktivite ve psikiyatrik problemleri arttırdığına dair veriler olmakla beraber bunların zamanla azaldığı bildirilmiştir (77). İlaç tedavisinin bu etkilere dair olumlu bir etkisinin olup olmadığına dair kontrollü bir çalışma yoktur.

İKİNCİ BÖLÜM

BEDEN İMAJİ ALGISI

2.1. BEDEN İMAJİ KAVRAMI

Beden imajı, kişinin kendi bedenine karşı olumlu ya da olumsuz duygularını, düşüncelerini ve algılarını ifade eden bir kavramdır. Kimliğin bir parçasıdır ve bireyin kendi algıları kadar başkalarının bakış açısından da etkilenir. Fizyolojik temele dayanan ruhsal, fiziksel ve sosyal deneyimlerle oluşan beden imajı, bireyin kendi bedenini zihinsel düzeyde canlandırması anlamı taşır (78).

Günümüzde beden imajı duygusal, bilişsel, davranışsal ve algısal bileşenlerin oluşturduğu zihinsel bir olgu olarak bilinir. Ancak genel olarak araştırmacılar tarafından algısal ve nesnel ya da tutumsal olmak üzere iki başlık altında kabul edilir. Algısal beden imajı, beden şeması ve bireyin bedeni hakkında tahminini, nesnel ya da tutumsal beden imajı ise bedenle ilgili düşünceleri, inançları ve bilgileri kapsar (79).

Beden imajı, bireyin hareketleri, yetenekleri ve beden görüntüsüyle ilgili dinamik bir algıdır (80). Bireyin kendi bedenine, beden parçalarına ve onların işlevlerine karşı tutumunu gösterir (81).

Fiziksel görünüm, kişinin kendini değerlendirmesi kadar, sosyal değerlendirilmesi açısından da güçlü bir uyaran faktör olması nedeniyle beden imajını etkilemektedir (82).

2.1.1. Kuramcılara Göre Beden İmajı

Beden imajı; karmaşık, teorik ve kullanımı yaygın olan bir kavramdır. Uzmanlar beden imajını kendi alanlarına göre, bölümlere ayırarak tanımlamaya çalışmışlardır. Buna rağmen net bir beden imajı tanımı yapılamamış, çeşitli alanlarda uygulama olanağı bulunduğundan farklı tanımları yapılmıştır.

Beden imajı kavramını açıklayan ve geliştiren çalışmalara ilk olarak 20. yüzyılın ilk yarısında başlanmıştır (83).

1920 yılında Head tarafından beden şeması terimi kullanılmıştır. Buna göre beden şeması “daha çok duygusal kortekste organize edilmiş olan geçmiş yaşantılar ve şimdiki duyumlardan oluşan bir bütündür” şeklinde tanımlanmıştır (84).

Schilder’in 1935 yılında beden imajı kavramının anlaşılabilir olması açısından yaptığı çalışma önemlidir. Bu çalışmaya göre Schilder beden imajını "kendi bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmidir, o bedenin kendimize görünen biçimidir" şeklinde tanımlamıştır (85).

Salter, beden imajını "Bireyin bedenine karşı sahip olduğu bilinçli ve bilinçdışı tutumların toplamıdır. Büyüklük, işlev, görünüş ve potansiyelle ilgili şimdi ve eski duyguları, algıları kapsar" şeklindedir (86).

Samonds ve Cammermeyer’in, beden imajı tanımı, "bireyin kendi bedenini algılamasıdır" şeklindedir (86).

Grogan 1999 yılında, Fisher’in beden imajını "bireyin kendi bedeni hakkındaki hissetikleri, düşünceleri ve algılarıdır" şeklinde tanımladığını bildirmiştir. Newell ve Sainsbury, Price’ın beden imajı modeli; Üç kısma ayrıldığını bildirdiler: gerçek beden, açığa çıkan beden ve ideal beden. Gerçek beden, insan vücudunun bir özelliğidir ve kalıtım ve çevresel faktörlere bağlı olarak gelişir. Açığa çıkan bedenler giysileri, süsleri ve görgü kurallarını temsil eder. İdeal vücut, kişinin nasıl görünmek istediği ile ilgilidir (87).

Literatürde Fisher’in beden imajını, "Psikolojik yaşantının bedene aktarılmasıdır. Bu nedenle bireyin duygu ve düşünceleri beden üzerine odaklanır" şeklinde tanımladığı bildirilmiştir (80).

1968 yılında Schwab tarafından beden imajı, “kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ya da olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir” şeklinde tanımlamıştır (88).

Norris’in beden imajını, "bireyin başkalarından farklı olarak beden alanı hakkındaki, bilinçli ve bilinçdışı bilgisinin, duygularının ve algılarının tümünün düzenli olarak değişimidir" biçiminde tanımladığı bildirilmiştir (88).

Wood beden imajını, "kişinin bedeninin ruhsal bir görünümü olarak kavramsallaştırılması ve bedenın benliğe görünen biçimi" şeklinde tanımlamıştır (88).

Chilton 1982 yılında beden imajının insanın kendini anlamasında önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştir. Beden imajını "İnsanların kendileri hakkında hissettikleri ile bedenleri hakkında hissettikleri bağlantılıdır. Beden insanın en çok görünen ve maddesel olan bölümüdür. Bu yüzden algıların merkezine oturur. Beden imajı, kişinin bedenine yönelttiği bilinçli ve bilinçsiz tutumlarının toplamıdır. Öz saygısı yüksek olan kişiler, kendilerini açık bir şekilde anlayabilirler" şeklinde tanımlamıştır (88).

Smith çalışmasında beden imajının çevresel faktörler ve sosyal kalıplardan etkilendiği üzerinde durmuştur. Her bireyin kendi beden imajı olduğunu, bu imajın doğumda oluştuğunu ve büyürken geliştiğini belirtmiştir. Kolb, beden imajı oluşumunda geçmiş deneyimlerin ve duyguların etkisi olduğunu belirtmiştir (89).

Doğan'ın aktardığına göre; 1984 yılında beden imajı Gillies tarafından "beden imajı teorisini etkili bir biçimde kullanabilmek için; kendini görme biçimi, kendine saygı, beden kavramı, beden planı, beden imajı ve beden imajı sınırı terimlerinin ayırt edilmesi ve birbirleri ile ilişkilerinin anlaşılması gerekir" şeklinde tanımlanmıştır. 1985 yılında Norris ve Darkling-Fisher, beden imajını, "bedensel benliktir" şeklinde tanımlamıştır (81).

1986 yılında Derbyshire beden imajı oluşması ve gelişmesinin genetik, sosyalleşme, moda, kültür, ırk, eğitim ve kitle iletişim araçlarına bağlı olduğunu ve bunlar tarafından etkilendiğini belirtmiştir (88).

Burnard ve Morrisian' a göre, özbenlik, öz saygı ve öz imaj kavramları birbirleriyle yakından ilgili olan kavramlardır. Kişinin sahip olduğu fiziksel yapı, onun öz saygısını etkileyecektir. Eğer kişi fiziksel görünümünden memnunsa, öz saygısı artacaktır. Ancak eğer kişi, fiziksel olarak görünümünden memnun değilse, öz saygısı da düşük olacaktır (88).

1991 yılında Cohen “makyaj, giysiler ve takıların olduğu kadar yardımcı materyallerin, (tekerlekli sandalye ve baston gibi) beden imajı içine dahil olduğunu” ileri sürmüştür. Cohen’e göre toplam vücut ağırlığı, beden bölümlerinin oranları, yüz özellikleri, hareketleri ve cildin özellikleri beden imajını etkilemektedir (88).

Freud, psikoanalitik kuramında beden imajı kavramı üzerinde durmuş, bu kavramı ego kavramı ile eş anlamlı düşünmüş ve yenidoğanda henüz ayrılmamış olan bireysellik kavramının giderek düzenli, organize ve farklı bir yapı oluşturduğunu belirtmiştir (81).

Mc Call’a göre görünüm çok önemli bir kavramdır. Bu, kişilerin başkaları tarafından nasıl algılandığı, değerlendirildiği ve kendilerini nasıl gördükleri ile ilgilidir (81).

Kuramcıların tanımları doğrultusunda beden imajının bazı özellikleri aşağıda belirtilmiştir (81):

- Beden imajı dinamik ve değişebilir özelliktedir.
- Beden imajı bilinçli ya da bilinçsiz oluşur.
- Beden imajı bireyin gerçek beden yapısıyla uyumlu ya da uyumsuz olabilir.
- Beden imajının gelişmesinde bedenle ilgili eski ve yeni tüm algı, tutum ve duygular önemlidir.
- Beden imajı bireyin kendi algısının yanı sıra başkalarının bakış açısından da etkilenir.
- Beden imajı, bireyin sadece bedenine ve beden parçalarına karşı tutumu değil, onların işlevlerine karşı tutumu da gösterir.
- Beden imajı sosyokültürel değerlerden etkilenir.
- Beden imajı benlik, ego, kişilik ve kimlik kavramlarıyla yakından ilişkilidir.

- Beden imajı kimliğin temel bir parçasıdır ve “somatik ego” olarak adlandırılabilir.
- Bireyin algıladığı beden imajı başkalarının gördüklerinden farklı olabilir.
- Beden imajının oluşmasında bilinçdışı öznel yaşantılar önemli olduğundan hiç kimse kendi beden imajını tam olarak tanımlayamaz.

Günlük yaşantımızda önemli bir yer tutan beden imajı giderek önem kazanmıştır. Özellikle genç, güçlü ve sağlıklı olmanın ideal bir beden için gerekli olduğu fikri sürekli vurgulanmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde ilk dikkat çeken özellik bireyin fiziksel görünüşü, yaşı ve giyimidir. Bu özellikler bireyin toplumdaki yerini hazırlar ve diğer insanların birey hakkındaki düşüncelerini etkiler. Kültürel özellikler ve bireyin içinde bulunduğu gelişim döneminin özelliklerine göre de bireyin bedeni ile ilgili duygu, düşünce ve tutumları değişiklik göstermektedir (88).

2.1.2. Beden İmajının Gelişimi

Beden imajı, büyüme ve gelişme süreci içinde oluşan bir kavramdır. Bireyin kişisel ve sosyal deneyimleri zamanla bireyin kendi içinde tanımlanır. Gelişme, kendi imajını sürdürme, birey ve çevre arasındaki algısal durum, kişiler arası ilişkilerin özellikleri bu kavramın oluşmasında etkilidir. Çocukluktan yaşlılığa kadar normal beden imajı gelişiminin bilinmesi bir imajın değişimine karşı kişinin tepkisini belirleme bakımından önemlidir. Beden imajının normal gelişimi çocukluk, adölesan, erişkin ve yaşlılık dönemlerinde ele alınarak incelenebilir (90).

2.1.2.1. Çocukluk Dönemi

Bebeklerde beden imajı duygular düzeyindedir ve uyarılma ağız çevresi odaklıdır. Bu uyarılmayla beraber bebekler; hoşlanma ya da hoşlanmama, ağrı, acı, haz, doyum, rahatlık ve memnuniyet duygusunu deneyimler. Kendi bedeninin geçirdiği deneyim ve bedeninin farklılığı, diğer yaşam deneyimleri için temel oluşturur. Bedeninin kullanılması ile ilgili deneyimlerin algılanması uzun bir süreçtir. Bu dönemde iyi bakım alan bebeklerde, gelişen güven duygusu benlik imgesinin gelişmesini sağlar (90).

Oyun çocuğu çevre ile daha fazla etkileşim halinde olduğundan beden imajı sürekli olarak değışme gösterir. Çocuğun büyüme ile beraber motor becerileri de gelişmeye başlar. Çevreyi keşfetmenin yanı sıra çevresini ve kendi bedenini kontrol etme duygusu gelişir. Bu dönemde ailenin yaklaşımı çocuğun bedenini ve çevresini kontrol etmede ustalaşmasına yardımcı olur. Çocuğun bedeninin değeri veya değersiz oluşu, bakım aldığı kişilerin çocuğa verdiği değeri de yansıtır (90).

Okul çocuğunun beden imajı döneminin belirlenmesi, akran ilişkileri ve öğrenme becerilerinin gelişmesi üzerine yoğunlaşır. Fiziksel görünümüne olan ilgi artar. Popülerite önem kazanır. Bu nedenle erkek çocukları fiziksel aktiviteyle kız çocukları ise dış görünüşle daha çok ilgilenmeye başlar. Beden yapısı normal olsa bile çocuk emosyonel olarak beden yapısını kabullenmez. Tüm bunlara bağlı olarak psikososyal sorunlar ortaya çıkabilir (80).

2.1.2.2. Adölesan Dönem

Adölesan dönem, hızlı değışimlerin olduğ u, büyüme-gelişmenin yaş andığı 10-19 yaş lar arasındaki dönemdir. Adölesan dönemin biyolojik belirleyicileri evrenseldir. Bu dönemin süresi ve karakteristik özellikleri; zaman, kültür ve sosyoekonomik duruma göre değ iş iklik gösterebilmektedir (92).

Beden imajı, adölesan dönemde önemli bir yere sahiptir. Bu dönemde beden imajı, benliğin simgesi olarak nitelenmekte ve benlik algısıyla bağlantılı olarak ele alınmaktadır (93). Fiziksel bakımdan kendini düzgün bulan bireylerin benlik saygılarının yüksek olması beklenir. Kız adölesanlarda beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelendiğ i bir çalış mada, beden imajından memnuniyet arttıkça, benlik saygısının da yükseldiğ i saptanmıştır (94).

Adölesanlar bedensel, ruhsal ve zihinsel yönden değ iş im içinde olduklarından hassas olabilir, yoğun stres yaşayabilirler. Olumlu beden algısı özgüveni attırırken, olumsuz beden algısı özgüvenin azalmasına ve kişiler arası ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir (95).

Adölesanların ilgisi kendi bedenlerine dönük olduğ u için bu dönemde beden algısı ile ilgili endişelerin, bedensel yakınmaların, gerçekte doğru olmadığı halde,

“hiç sevilmedikleri” şeklinde ısrarlı düşüncelerin bulunması olağandır. Fizyolojik değişiklikler karşısında gençlerin gösterdiği duygusal tepkiler çok çeşitli yönlerden incelenmiş ve değişikliklerin gençlerde, çoğunlukla kendi bedenlerine karşı bir “yabancılaşma” hissi uyandırdığı bildirilmiştir (96).

Zaman geçtikçe yetişkinlerin sahip olduğu beden imajına ulaşmaya başlayan adölesanlar bedenindeki değişikliğe karşı daha duyarlı hale gelir (97).

2.1.2.3. Erişkin Dönem

Erişkinlik, adölesan dönemden sonra gelen ve yaşlılığa kadar devam eden, beden imajı ve ben kavramının sosyal etkileşimlerle biçimlendiği dönemdir. Erişkin bireyler tarafından toplumda görünüşü normal olan bir beden imajı benimsenir. Bireyin beden imajı kendi dünyasını olumlu hale getirmekte ve genişletmekte, başarıya ulaşmasını etkilemektedir (90).

Bedene ve beden bölümlerinin fonksiyonlarına ait duygular erişkinlik dönemi boyunca devam eder. Kendi beden imajı hakkında olumlu düşünen birey olumlu tutum gösterir (90).

Erişkinlerde beden imajı, beden kavramı, kişilik ve kimlik unsurları birbirleriyle etkileşim halindedir. Beden sınırları bu dönemde belirlenir. Kadınlarda ve erkeklerde beden sınırları değişiklik gösterir. Toplumda bedenlerine daha fazla ilgi gösterdiği için kadınlarda yüz ve fiziksel görünüm, erkeklerde ise başarı ve toplumsal statü önem taşımaktadır (90).

Yaşamın ortasına rastlayan yıllarda (45-65 yaş) bireyde fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler erkek ve kadında farklılık gösterir. Kadınlarda şişmanlık ve menopoz; erkeklerde saç dökülmesi, her iki cinstede fiziksel güçte meydana gelen azalma gibi değişiklikler beden imajını etkiler. Bireyler daha sağlıklı ve daha güçlü olamayacağı gerçeğiyle yüzleşir. Fiziksel gücünün azaldığını fark eden bireyler, yaşlılık imajını düşünerek gençliğe özenir. Gençliğe özentilerini ise yaşam tarzı ve giyimlerine yansıtırlar (91).

2.1.2.4. Yaşlılık Dönemi

Yaşlılık dönemindeki bireylerde fiziksel, zihinsel, emosyonel ve sosyal değişiklikler meydana gelir. Emeklilik, eşin ya da akrabasının kaybedilmesi, gözlük, baston, takma diş, kalp pili, işitme cihazı, tekerlekli sandalye gibi destekleyici aletlerin kullanılması, yürümede ve hareketlerde yavaşlama, cilt ve saçlarda oluşan değişiklikler, güç kaybı, duyuşsal ve motor aktivitelere azalma ben kavramını etkileyen önemli olaylardır. Yaşlı bireyin desteklenmesi, cesaretlendirilmesi ve bireye ilgi gösterilmesi gerçekçi beden imajını algılamasını sağlar (80).

2.1.3. Beden İmajını Etkileyen Faktörler

Beden imajı bireyin vücudunu içten ve dıştan algılamasıyla oluşan, beden görünümüyle ilgili tutumların yanı sıra kişinin bedeni hakkında bireysel algısını ifade eden öznel bir kavramdır. Bireyin beden imajı normal büyüme gelişme dönemleri dışında birçok nedene bağılı olarak değişebilir (98).

Kişilerarası ilişkiler beden imajı gelişiminde önemli rol oynar. Aile, arkadaş, akran, eş, karşı cins gibi faktörler beden imajına etki etmektedir (99).

Sosyal öğrenme kuramına göre ebeveynler, çocukların beden imajını etkileyen en önemli kişilerdir. Çocuklara birçok hikâye ve masal anlatılmaktadır. Bu hikâye ve masallarda kahramanlar genel itibariyle yakışıklı, güçlü ve iyi olarak yansıtılmaktadır. Ebeveynleri gerek sözlü gerekse de sözsüz iletişimleriyle çocuklarının beden imajının gelişimine katkıda bulunmaktadırlar. Akranları ise adölesanların gelişiminde en önemli faktördür. Yetişkinlik döneminde ise beden imajı genel itibariyle eşlerden etkilenmektedir (91).

Kitle iletişim araçları olarak görsel ve basılı medya ya da filmler toplumdaki beden imajını etkileyen faktörlerdendir (100). Medyada erkekler kaslı ve güçlü gösterilmekte, özellikle kadınlar için gerçekçi olmayan beden imajı sunulmaktadır (100). Uzun boylu, uzun bacaklı ve zayıf kadın bedeninin diğerlerine göre üstün olduğu vurgulanmaktadır (91). Bireyler, algılarını, düşüncelerini, davranışlarını toplum tarafından kabul gören ideal bedene göre şekillendirmek isterler. Beden ölçüleri, ideal beden ölçüsünden sapma gösterdikçe bireyin ruh hali de bu durumdan

olumsuz etkilenir. Bu olumsuz etkilerin başında, kadınlarda beden hoşnutsuzluğu ve yüksek seviyelerde yeme bozuklukları gelir (100).

Cinsiyet beden imajı algısında farklılık yaratan faktörlerdendir. Ergenlik döneminde kızlar vücutlarındaki pek çok bölüm hakkında olumsuz duygulara sahip olabilmektedirler (93). Li ve ark.yaptıkları çalışmada, erkek adölesanlara göre kız adölesanlarda daha fazla vücut memnuniyetsizliğinin olduğunu belirlemişlerdir (101). Özmen ve ark.'nın lise öğrencileri üzerinde yaptıkları bir araştırmada ise kızların erkeklere göre şişmanlamaktan daha fazla korktuğu belirlenmiştir (102).

Beden imajı ile benlik saygısı arasında ilişki vardır (91). Beden imajı, kişinin bedeni hakkındaki psikolojik beklentisini ortaya koyar. Kendini fiziksel bakımdan düzgün bulan bireylerin, benlik saygılarının yüksek olması beklenir. Kız adölesanlarda beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, beden imajından memnuniyet arttıkça, benlik saygısının da yükseldiği saptanmıştır (92).

Beden imajı, normal gelişimsel değişikliklerden etkilenmektedir. Büyüme ve gelişme, gebelik, yaşlanma bu değişikliklere örnek olarak verilebilir. Olağan fizyolojik olayların yanı sıra, ameliyat, hastalık, yaralanma gibi travmatik durumlar da beden imajında değişikliklere yol açabilmektedir. Bireyin değişen beden parçasına verdiği değer, değişikliğin görünür olup olmaması, değişikliğin akut ya da kalıcı olması, önceki baş etme yolları ve çevredeki destek sistemleri beden değişimine verilen cevabı etkilemektedir (103).

Fiziksel görünümdeki değişiklik ya da bir fonksiyon kaybının önemi/anlamı bireyin değişikliği algılamasından etkilenmektedir. Beden ya da beden parçasının önemi, beden imajında hissedilen değişimle orantılıdır. Mevcut organın kaybı beden bütünlüğüne yönelik bir tehdit oluşturmakta ve bireyin kendisini daha az bütün hissetmesine neden olmaktadır. Kadınlar açısından mastektomi ve histerektomi, kadının annelik, çekicilik duygularına ve bu duyguların oluşturduğu beden imgesi ve benlik saygısına karşı tehdit oluşturmaktadır. Bu tehdit karşısında bazı psikolojik ve sosyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (104). Bu konuda yapılmış çeşitli çalışmalar mevcuttur (105).

Beden imajı terimi, fiziksel görünümüne, vücut ölçüsüne, vücut sınırlarına, becerilerine ve cinsiyetle ilgili vücut görünümüne ilişkin algılama ve tutumu içeren birçok psikolojik kavramı kapsar (106). Beden imajı bozukluğu ise bu bileşenlerden herhangi birindeki işlev bozukluğu ile ortaya çıkabilir. Beden imajında bozulmalara yol açan değişiklikler aşağıdaki gibidir (107):

- Fizyolojik değişiklikler (ergenlik, yaşlılık, hamilelik, doğum)
- Yavaş gelişen değişiklikler (obezite, artrit)
- Hızla gelişen değişiklikler (yaralanma, akut hastalık)
- Geçici değişiklikler (traksiyon, kateter, bandaj)
- Kalıcı değişiklikler (amputasyon, mastektomi, yüz deformiteleri)
- Bunaltı arttırıcı durumlar (hastanede yatma, bazı invaziv girişimler)
- Ruhsal bozukluklar (şizofreni, depresyon, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza vb.).

Yavaş gelişen değişikliklere uyumun daha kolay olabileceği, ani değişiklikler karşısında ise uyumlarının güç olabileceği belirtilmektedir (108). Beden imajı sorunları, bireyin ruhsal iyilik durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (109).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AKRAN ZORBALIĞI

3.1. AKRAN ZORBALIĞI

3.1.1. Tanım ve Tarihçe

Zorbalık, bir kişiye rahatsızlık vermek amacıyla tekrarlayan fiziksel veya psikolojik saldırganlıkla karakterize güç kullanmaktır (110). Zorbalık aslında bir tür proaktif saldırgan davranıştır (111). Saldırgan davranışa zorbalık diyebilmek için yapılan olumsuz davranışın amaçlı, sürekli olarak uygulanması ve bireyler arasında güç dengesizliğinin olması gerekmektedir (112). Bu özelliklerden en önemlisi sürekliliktir. İki kişi arasında süreklilik göstermeyen kavga, tartışma zorbalık olarak değerlendirilmemektedir. Saldırgan davranışın zorbalık olarak değerlendirilebilmesi için davranışın sürekli bir şekilde, belli bir kişi ya da grup tarafından, belli bir kişiye uygulanıyor olması gerekmektedir (113). Akran zorbalığı ise, kendini savunmada zorlanan bir çocuk veya ergenin, tekrarlayan biçimde bir veya daha fazla öğrenci tarafından kasıtlı olarak yapılan rahatsız edici davranışlara maruz kalması olarak tanımlanmaktadır (114). Olumsuz davranışlar fiziksel olarak (itme, çarpma, tekmeleme) veya sözle (tehdit, alay etme, sataşma) olabileceği gibi jestlerle, gruptan kasıtlı olarak dışlama şeklinde de olabilir (114). Olweus, bir eylemin zorbalık olarak değerlendirilebilmesi için üç temel ölçüte sahip olması gerektiğini belirtmektedir. Bunlar:

- Kurban konumundaki birey ya da bireylere yönelik kasıtlı zarar verme amacıyla yapılan saldırgan davranışların olması
- Davranışın sürekli bir biçimde olması
- Zorba ile kurban arasında bir güç dengesizliğinin olmasıdır (115).

Olweus ayrıca akran zorbalığının, herhangi bir provokasyon olmadan gerçekleşmesi nedeniyle akran zorbalığının bir tür istismar olarak kabul edilebileceğini ve akran istismarı tanımının da bu kavramı açıklamakta kullanılabileceğini ifade etmektedir (114).

Zorbalık ile ilgili ilk çalışma 1897 yılında Burk tarafından yapılmıştır. Burk zorbalığın anaokulundan üniversiteye kadar okul yaşamının her döneminde görülebildiğini belirtmiştir (116). Zorbalığın, okul çağı çocukları arasında eskiden beri görülüyor olmasına rağmen bu konudaki kapsamlı çalışmalar ilk olarak İskandinav ülkelerinde, 1970’li yıllarda yapılmaya başlanmıştır (114). PsycINFO veri tabanında zorbalık ile ilgili 1970’li yıllarda yayınlanan 4 çalışma bulunmakta iken ilerleyen yıllarda diğer ülkelerin de akademik anlamda bu konuya dikkat etmeye başlaması literatürdeki çalışma sayısında göze çarpan bir artış olmasını sağlamıştır (111). Literatüre 1980’li yıllarda 11, 1990’lı yıllarda 17 çalışma daha eklenmiş olup 2000 yılından sonra daha çok ilgi çeken bir konu haline gelmiş olup 2000 yılından günümüze kadar literatüre 725 çalışma daha eklenmiştir (117).

Olweus akran zorbalığını ilk olarak; günümüzde iş yerlerinde uygulanan psikolojik taciz anlamına gelen ‘mobbing’ sözcüğü olarak tanımlamıştır. Daha sonrasında Türkçe’ye zorbalık olarak çevrilen ‘bullying’ kavramını kullanmış olup günümüzde de bu kavram kullanılmaya devam etmektedir (113). Pişkin de zorbalığı; bir veya birden fazla öğrencinin, kendilerine göre daha zayıf olan ve kendisini koruyamayan öğrencileri, isteyerek ve sürekli olarak rahatsız etmesiyle ortaya çıkan bir saldırganlık çeşidi olarak tanımlamıştır (117).

3.1.2. Zorbalık Türleri

Zorbalık ile ilgili ilk ayırım Olweus tarafından yapılmış olup doğrudan ve dolaylı zorbalık olarak ikiye ayrılmıştır (113). Doğrudan zorbalık direk kurbanı yapılan saldırı olarak tanımlanırken, dolaylı zorbalık ise kişinin bir grup tarafından yok sayılması, sosyal izolasyona maruz bırakılması gibi ilişkisel tarzda zorbalığa maruz kalması olarak tanımlanmıştır. Daha sonradan bu iki sınıflamaya isim takma, suçlama gibi doğrudan sözel zorbalık kategorisi eklenmiştir (118).

Gladden ve ark zorbalığı yöntem ve türe göre sınıflandırmıştır. Yöntemleri; kurbanı itme, kurban ile sözel veya yazılı iletişim şeklinde direk etkileşim yolu ile yapılanlar ve yanlış, zarar verici dedikodu yaymak gibi dolaylı yollarla yapılanlar olarak ikiye ayırmıştır (119). Türleri ise dörde ayırmıştır. Bunlar;

1. Fiziksel zorbalık; kurbanı tükürme, itme, vurma, tekme atma, gibi direk olarak fiziksel güç kullanma şeklinde yapılan zorbalık.

2. Sözel zorbalık; alay edici, tehditkar, rahatsız edici yazılı notlar veya el hareketleri, uygunsuz cinsel yorumlar şeklinde sözlü veya yazılı iletişim ile uygulanan zorbalık.

3. İlişkisel zorbalık; kurbanın itibarına ve ilişkilerine yönelik yapılan zorba davranışlardır. Direkt yapılan ilişkisel zorbalık, kurbanın akranlarıyla ilişki kurmasını engellemek veya onları görmezden gelme şeklindedir. Dolaylı ilişkisel zorbalık ise kurban ile ilgili dedikodu yayma, uygunsuz görüntüler yayma şeklindedir.

4. Mala zarar verme; kurbanın malını çalma, alıp geri vermeme, yerini değiştirme veya malına zarar verme şeklinde yapılan zorbalıktır (119).

Pişkin de zorbalık türlerini Gladden'e benzer şekilde sınıflandırmakta olup ilişkisel zorbalık yerine dışlama-yalnızlaştırma, söylenti çıkarıp yayma sınıflamalarını kullanarak zorbalık türlerini beş kategoride ele almaktadır. Bunlar;

1. Fiziksel zorbalık

2. Sözel zorbalık

3. Dışlama-yalnızlaştırma

4. Söylenti çıkarıp yayma

5. Bireyin mal ve eşyalarına zarar verme (örneğin çocuğun kitap ve defterlerini yırtma, parçalama vb) şeklindedir (120).

Yapılan araştırmalarda en sık görülen zorbalık türleri fiziksel ve sözel zorbalık türleri olup cinsiyet açısından karşılaştırıldığında erkeklerde fiziksel zorba davranışlar, kızlarda ise sözel zorba davranışlar daha sık görülmektedir (121).

Son yıllarda tanımlanan yeni bir zorbalık türü ise siber zorbalıktır. Siber zorbalık; modern teknolojik cihazlarla özellikle cep telefonu veya internet

aracılığıyla yapılmaktadır. Siber zorbalık metin mesajı, elektronik posta, telefon görüşmesi, resim\video klip şeklinde yapılabilir(122). Siber zorbalık, akran zorbalığını sadece okula sınırlı olmaktan çıkarıp, zorbalığın günümüzde, her yerde ve her anda olabilmesine neden olmuştur (123).

3.1.3. Akran Zorbalığının Sıklığı

Akran zorbalığının sıklığı ile ilgili birçok ülkede çalışmalar yapılmış olup, sonuçlar ülkeden ülkeye değişkenlik göstermektedir. Akran zorbalığının sıklığıyla ilgili ilk sonuçlar 130000'den fazla öğrenci ile yapılan çalışmadan elde edilmiştir. Bu çalışmada ilk ve ortaokul öğrencilerinin %15'inin (%9'u kurban, %6-7'si zorba, %1.5'i kurban/zorba) akran zorbalığında zorba, kurban veya zorba/kurban olarak rol aldığı gösterilmiştir (124). Çok merkezli olarak yapılan bir başka çalışmaya ise, 53246 ergen dahil edilmiş olup ergenlerin %26'sının akran zorbalığında kurban, zorba veya zorba/kurban olarak bulundukları gösterilmiştir (124). Bu çalışmada, ülkeler arasında akran zorbalığının sıklığı açısından erkeklerde 5 kat, kızlarda ise 7 kat fark olduğu ve bu farkın sosyal ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği belirtilmiştir (124). Bir diğer çok merkezli çalışmada ise sıklık açısından en düşük oranın İsveç'te (kız öğrenciler arasında %5, erkek öğrenciler arasında %6), en yüksek oranın ise Litvanya'da (kız öğrenciler arasında %38, erkek öğrenciler arasında %40) olduğu ve yaşla birlikte zorbalığın azaldığı saptanmıştır (125). İskoçya'da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada da öğrencilerin %7.5'inin zorba, %16.7'sinin kurban, %4.2'sinin de zorba/kurban oldukları saptanmıştır (120). Finlandiya'da yapılan araştırmada; kızların %5'inin, erkeklerin %6'sının haftada en az bir kez zorbalığa maruz kaldıkları ve kızların %2'sinin, erkeklerin %9'unun da haftada en az bir kez zorba davranışta bulundukları tespit edilmiştir. Amerika'da 45 bin lise öğrencisi ile yapılan araştırmada, öğrencilerin yaklaşık %50'sinin zorbalık yaptığı, %47'sinin ise zorbalık türlerinden birine uğradıkları saptanmıştır (125). Amerika'da yapılan diğer bir araştırmada ise öğrencilerin, %13'ünün zorba %10.6'sının kurban, %6.3'ünün zorba/kurban olmak üzere toplamda %29.9'unun akran zorbalığında bulunduğu gösterilmiş olup zorbalığın en sık 6-8. sınıflarda gözlemlendiği belirtilmiştir (126). Kuveyt'de yapılan çalışmada 7 ve 8.sınıf öğrencileri arasında akran zorbalığı sıklığı %30 (%3.5 zorba, %18.9 kurban, %7.8 zorba/kurban)

olarak saptanmıştır (127). Beyrut'ta yapılan araştırmada ise akran zorbalığı sıklığı %53,4 bulunmuştur (128). Yapılan çalışmalarda akran zorbalığının sıklığı açısından farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu farklılığın sosyal, kültürel nedenlerden, farklı ölçüm araçları kullanımından kaynaklandığı düşünülmektedir (129). Akran zorbalığının sıklığını belirlemek için yapılan meta analiz çalışmasında, 80 çalışma incelenmiş olup ergenlerde akran zorbalığı sıklığı %35 olarak bulunmuştur.

Türkiye'de yapılan çalışmalar, akran zorbalığının ülkemizde de sık olduğunu göstermektedir. Pişkin tarafından 1154 ilköğretim öğrencisi ile yapılan çalışmada öğrencilerin %35'inin kurban, %30.2'sinin zorba, %6.2'sinin ise zorba/kurban rollerinde olduğu gösterilmiştir. En yaygın zorbalık türünün sözel zorbalık olduğu, bunu fiziksel zorbalığın izlediği tespit edilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada da 692 öğrenci çalışmaya dahil edilmiş olup, bir eğitim yılı boyunca tüm öğrencilerin bir veya daha fazla zorba davranışa maruz kaldığı gösterilmiştir. Bir yıllık eğitim döneminde öğrencilerin % 35'i fiziksel, %35'i sözel, % 28'i duygusal ve % 15'i cinsel zorbalığa maruz kalmıştır (130). İlköğretim 4. ve 5. Sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %40'ının akran zorbalığına maruz kaldığı saptanmıştır (131). Sekizinci sınıf öğrencileri ile yapılan araştırmada ise toplam 575 öğrencinin %10'unun zorba,%27'sinin kurban, %21'inin zorba/kurban ve %41'inin nötr (izleyici) olduğu görülmektedir (132).

Atik ve ark yaptığı çalışmada; zorba sıklığını %4,6, kurban sıklığını%23, zorba/kurban sıklığını %21,3 olarak bulmuşlardır (133). Ortaokul ve lise öğrencilerinin dahil edildiği çalışmada ise öğrencilerin %44'ünün en az bir kez zorbalığa maruz kaldığı, %30'unun ise en az bir kez zorbalık yaptığı gösterilmiştir (134). Ergün yaptığı çalışmada; zorba sıklığı %5.4, kurban sıklığı %8.4, zorba/kurban sıklığı%7.3 olarak bulunmuştur. Yakın tarihte Bilgili ve ark tarafından 1711 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada zorba sıklığı %8,8, kurban sıklığı %17,6, zorba/kurban sıklığı%3.6 olarak saptanmıştır (135). Türkiye'de yapılan çalışmalar akran zorbalığının ülkemizde de sık görülen bir toplumsal sorun olduğunu göstermektedir.

Akran zorbalığının görülme sıklığı yaş ilerledikçe azalmaktadır. Akran zorbalığının ortaokul döneminde pik yaptığı ve lise döneminin sonlarına doğru

azaldığı belirlenmiştir (136). Yaş açısından değerlendirildiğinde; erkeklerde zorba sıklığının 14 yaşında %19 iken 16 yaşında %10'a düştüğü, kurban sıklığının 13 yaşında %13 iken 16 yaşında %5'e düştüğü, kızlarda ise 14 yaşında zorba sıklığı %10 iken 16 yaşında %5'e düştüğü, kurban sıklığı 13 yaşında %10 iken 16 yaşında %5'e düştüğü gösterilmiştir (137). Dünya Sağlık Örgütünün yaptığı çalışmada da, akran zorbalığında yaş ilerledikçe zorbalık sıklığının arttığı, kurban olma sıklığının ise azaldığı (%10'dan daha az oranda) gösterilmiştir (138).

Akran zorbalığındaki roller de cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda; erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla şiddet içeren davranışlarla karşılaştığı ve daha fazla zorbaca davranışlarda bulunduğu, kızların daha çok mağdur rolünde oldukları saptanmıştır (139).

Yapılan meta analiz çalışmasında zorbalık ve sosyoekonomik düzey arasında zayıf bir ilişki olduğu, zorbalığın tüm sosyoekonomik düzeylerde benzer oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (140). Bu durum bütün çocukların akran zorbalığında herhangi bir rolde bulunma açısından risk altında olduğunu akla getirmektedir.

Siber zorbalık sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda da %5 ile %60 arasında değişen oranlar tespit edilmiştir. Slonje ve ark. yaptığı çalışmada siber zorbalık sıklığı %5.3 olarak saptanırken, Yunan öğrenciler ile yapılan çalışmada öğrencilerin %62.2 sinin daha önceden en az bir kez siber zorbalığa maruz kaldıkları ve zorba davranışın genellikle yabancı biri tarafından yapıldığı tespit edilmiştir (141). Öğrencilerin yaklaşık %13'ünde uyku bozukluğu, %10'unda herhangi bir yeme bozukluğu, %20- 30'unda da psikosomatik semptomların ortaya çıktığı gözlenmiştir (142). İngiltere'de yapılan çalışmada öğrencilerin yaklaşık %42'sinin (%13.6'sı kurban, %8.2'si zorba,%20.4'ü zorba/kurban) son bir yıl içinde siber zorbalık içinde bulundukları, kurban ve zorba/kurbanların diğer öğrencilere göre daha fazla depresif semptomlar, sosyal anksiyete semptomları gösterdikleri saptanmıştır (143). Kowalski tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin %11'inin son birkaç ay içinde siber zorbalığa maruz kaldığı (kurban), %7'sinin hem zorbalık yaptığı hem de zorbalığa uğradığı (zorba/kurban),%4'ünün de sadece zorbalık yaptığı (zorba) gösterilmiştir (144). Türkiye'de siber zorbalık ile ilgili yapılan araştırmada

öğrencilerin %36'sının zorba davranışta bulundukları, %24'ünün kurban/zorba rolünde oldukları, %6'sının kurban rolünde oldukları gösterilmiştir (144).

3.2. ZORBALIK DAVRANIŞINI AÇIKLAYAN KURAMLAR

3.2.1. Sosyal Bilgi İşleme Kuramı

Bu kuram insanın bilgiyi işleme, kazanma ve kullanma şeklini açıklayan kuramdır. Sosyal bilgi işleme kuramı, insanı bir bilgi işleme sistemine benzetmekte ve insanın çevresel ve içsel bilgiyi nasıl anlamlandırdığını, kullandığını ve bu süreçle ilgili mekanizmaların neler olduğunu açıklamaya çalışmaktadır. Bununla birlikte sosyal bilgi-işleme kuramı insan yapısındaki saldırganca eylemleri açıklamaya çalışan en etkili teorilerden biridir.

Crick ve Dodge'a göre sosyal durumlara karşı bireyler biyolojik kapasiteleri ve geçmiş deneyimleri ile birlikte tepkide bulunmaktadır. Bu kurama göre saldırganca eylemlerde bulunan bireyler hafızalarında ve davranışsal tepkilerinde biyolojik olarak belli sınırlılıkları vardır. Sosyal bilgi işleme sürecine göre birey altı basamaklı süreçteki bilişsel işaretlere odaklanmaktadır. Bu altı basamaktan bir veya daha fazlasında oluşan bozukluk uygun olmayan ya da saldırganca eylemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Sosyal bilgi işleme kuramında bireylerin sosyal çevresinde ve sahip olduğu yakın ilişkiler sonucunda elde ettikleri ipuçlarına göre davranışlarda bulunduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte sosyal bilgi işleme kuramı, kişilerin sosyal çevresindeki yaşam örüntülerinde bulundukları eylemleri yönlendiren temel mekanizmanın varlığını ifade etmektir. Bu temel mekanizmanın "sosyal biliş" olduğunu açıklamaktadır (92). Hazler zorbalık yapan bireyleri, sosyal bilgiyi işleme kuramı çerçevesinde değerlendirmiş, zorbaca eylemlerde bulunan kişilerin özellikle empatik eğilimlerinin yetersiz olduğunu, olaylara karşı tekdüze bakış açısına sahip olduklarını ve bu nedenle diğer bireylerin bakış açılarını anlamakta yetersiz olduklarını ifade etmiştir (98). Bundan dolayı zorba bireylerin akranları ve diğerleriyle olan ilişkilerinde sosyal iletileri anlamakta ve bunlara uygun tepkileri vermekte sorunlar yaşadığını belirtmektedir. Randall da benzer bir ifadeyle zorbaca eylemlerde bulunan kişileri "sosyal açıdan kör" kişiler olarak belirtmektedir. Bu bireylerin algıladıkları sosyal iletileri doğru yorumlamadıklarını ve insan

ilişkilerinde birçok durumu kendilerine tehdit olarak algılayarak bu olaylara saldırganca tepkilerle karşılık verdiklerini ifade etmiştir (80).

3.2.2. Sosyal Bilişsel Kuram

Sosyal bilişsel model zorbalık olgusunu, dolaylı veya dolaysız olarak gözlemlenerek öğrenilmiş bir davranış olarak tanımlamıştır. Eylemlerin devamlı olarak yapılması ile davranışın sonucu arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bireyler zorbaca eylemlerin sonucunda olumlu sonuçlarla karşılaşabilmektedir. Eğer davranışın gerçekleşmesi sonrasında elde edilen sonuç olumlu ise davranışın tekrarlanma olasılığı artmaktadır. Örneğin zorbaca bir eylem sonucunda bireye kontrol ve güç gibi olumlu sonuçlar doğurursa bu zorbalık yapan kişiyi zorbaca eylemlerde bulunmaya motive eder ve onu cesaretlendirebilir (113). Sosyal bilişsel kurama göre zorbalık olgusu öğrenilmiş bir davranıştır bundan dolayı çocuklara, öfke ile başa çıkabilme ve çatışma çözme gibi sosyal becerilerin öğretilmesi şiddetten kaçınmayı, kendilik kavramının ve sosyal proaktif davranışların gelişmesini sağlayacaktır. Fakat bu fikir saldırganca davranışları kontrol edemeyen bireyler için uygun olacaktır (117).

3.2.3. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramına göre, saldırganlık kavramı bireyler arasındaki ilişkilerde meydana gelmektedir. Her bir bireyin davranışları bir diğerini etkilemektedir. Çocukların duygusal bağlanma kuramına göre, saldırganlık kavramı bireyler arasındaki ilişkilerde meydana gelmektedir. Çocukların duygusal olarak güven duygusu hissetmeye ihtiyaçları vardır. Anne ve çocuk arasında güvenli bağlanmada başarısızlığa uğrama kişilerin diğer bireylerle olan ilişkilerinde de güvensizlikler yaşamasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte diğer bireylere karşı daha savunmacı yaklaşarak şiddet kullanmaya yatkınlıkları bulunmaktadır (102). Çocukların bu bağlanma deneyimleri ilerleyen yıllarda okuldaki sosyal öğrenme deneyimlerine etki etmektedir. Bu noktada yapılan çalışmalar saldırgan çocukların güvensiz bağlanma biçimine sahip oldukları ve daha fazla mağdur veya zorba oldukları sonucuna ulaşılmıştır (88).

3.2.4. Ahlak Gelişim Kuramı

Ahlak gelişim kuramına göre zorbalık, ahlaki boyutta düşünülmeden tam olarak açıklanamaz. Arsenio ve Lemerise, zorbalık olgusunun dürüstlük, fedakârlık ve yardımseverlik gibi ahlaki davranışlar göz önünde bulundurulmadan açıklanamayacağını ifade etmektedir. Onlara göre ne sosyal bilgiyi işleme kuramı ne de zihinsel çerçeve kuramı zorbaca eylemlerde bulunmanın ve mağdur olmanın bu boyutunu dikkate almaktadır. Kişiler bir eylemde bulunmadan önce davranışının yol açacağı olası sonuçları değerlendirerek en uygun davranışın ne olacağına ilişkin karar vermesini sağlayan bilişsel karar verme yetisine sahiptir. Bu doğrultuda birey zorbalığın yapılması sürecinde de ahlaki davranış ölçütlerine göre karar vermede etkin rol oynamaktadır (73).

3.3. AKRAN ZORBALIĞINDA KİŞİLERİN ROLLERİ VE ÖZELLİKLERİ

Araştırmalar, zorbalığın bir grup fenomeni olduğunu ve sınıftaki birçok öğrencinin bu fenomende tanımlanabilir bir rolünün olabileceğini göstermektedir. Zorbalıkta temelde rol alan zorba, zorba/kurban ve kurbanlara ek olarak üç grup daha bulunmaktadır. Bunlar zorbaya yardımcı olan pekiştiriciler, kurbanı yardımcı olup onu savunanlar ve olayla ilgisi olmayanlardır. Sınıfta kurbanı savunan grubun bulunmasının akran zorbalığının sıklığını azalttığı gösterilmiştir. Yapılan araştırmalarda erkeklerin daha çok destekleyici, pekiştirici grupta yer aldıkları, kızların ise daha çok savunmacı ve ilgisi olmayan grupta oldukları gösterilmiştir (74).

Olweus tarafından tanımlanan zorbalık halkasında (bullying circle) öğrencilerin zorbalıkta 8 farklı rolde bulunabildikleri gösterilmiştir (89). Bunlar:

- Zorba; zorbalığı başlatan, lider rol üslenen kişiler
- Destekleyiciler-yardımcılar; zorbalıkta aktif rol alırlar ancak zorbalığı başlatmazlar lider değildirler
- Destekleyenler-pasif zorbalar; zorbalığa kahkaha atarak, olaya dikkat çekecek şekilde açıkça destek olurlar ancak aktif olarak katılmazlar

- Pasif destekleyiciler-muhtemel zorbalar; zorbalığı desteklerler ancak açıkça destek vermezler
- Bağlantısız seyirciler; bu kişiler herhangi bir tarafta bulunmamaktadırlar (bu kişiler “benim işim değil” veya “bakalım ve ne olacak görelim” şeklinde düşünürler)
- Muhtemel koruyucular; bu kişiler zorbalıktan hoşlanmazlar, yardım etmeleri gerektiğini düşünürler ancak herhangi bir şey yapmazlar
- Koruyucular; bu kişiler zorbalıktan hoşlanmazlar ve kurbanı yardım ederler,
- Kurbanlar; zorbalığa maruz kalan kişilerdir.

Araştırmalar kurban ve zorba öğrencilerin birbirinden farklı sosyal davranış özelliklerinin bulunduğunu göstermektedir. Araştırmalarda kurban öğrencilerin daha içe kapanık, daha uysal oldukları, liderlik becerilerinin ve oyun arkadaşlarının daha az olduğu saptanmıştır. Zorba/kurban ve zorba öğrencilerin de daha agresif oldukları, ayrıca zorba/kurban öğrencilerin ek olarak oyun arkadaşlarının olmadığı ve daha az sosyal oldukları bulunmuştur. Zorba öğrencilerin ise liderlik özelliklerinin daha fazla olduğu ve akranlarını kendi düşüncelerine göre yönlendirdikleri saptanmıştır (28).

Zorbalar tipik olarak saldırganlığı başlatan kişilerdir (83). Zorbaların empati yeteneklerinin düşük olduğu, ilk başlarda sınıfta popüler olmalarına rağmen yaşla birlikte bu popülaritelerinin azaldığı, daha fazla sigara ve alkol kullandıkları, akademik başarılarının düşük olduğu, kolay arkadaş edindikleri, depresyon ve intihar düşüncelerinin artmış olduğu, benlik saygılarının yüksek olduğu, utangaçlık düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir (75). Dake ve ark. yaptıkları çalışmada zorbaların; yeme bozukluklarına, depresyona, madde kullanımına daha yatkın olduklarını, suça eğilimlerinin olduğunu, daha kolay arkadaş edindiklerini, yetişkin rol modellerinin olmadığını ve zorbaların muhtemelen zorlu ev ortamlarından geldiklerini, istismara maruz kalmış olabileceklerini, okul uyumlarının, akademik başarılarının düşük olduğunu belirtmiştir. Yine aynı çalışmada zorbaların anne-babalarının muhtemelen otoriter ve disiplin için cezalandırıcı yöntemler kullanan,

çocukları ile daha az iletişim kuran, çocuklarına daha az destek veren ebeveynler oldukları gösterilmiştir (29). Edward ve ark tarafından yapılan çalışmada ise zorbalarda suç ile ilgili davranışlarda artış olduğu gösterilmiştir (66).

Kurbanlar, zorbalığa maruz kalan grup olup, genel olarak; kaygılı, güvensiz oldukları, sosyal ve emosyonel uyumlarının zayıf olduğu, arkadaş edinmede zorlandıkları, arkadaş ilişkilerinin zayıf olduğu ve genellikle yalnız vakit geçirdikleri, benlik saygılarının düşük olduğu, diğer akranlarına göre daha içe dönük ve utangaç oldukları gösterilmiştir (48). Dake ve ark. yaptıkları çalışmada kurbanların; depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına yatkın olduklarını, intihar düşüncelerinin olduğunu, kendilerini yalnız hissettiklerini, diğer çocuklara göre daha az popüler olduklarını, somatik yakınmalarının olduğunu (karın ağrısı, boyun, omuz veya bel ağrısı, yorgunluk), okul uyumunda zorluklar yaşadıklarını ve daha fazla devamsızlık yaptıklarını, muhtemelen zorlu ev ortamlarından geldiklerini, istismara maruz kalmış olabileceklerini ve ebeveynlerinin daha az destekleyici olduklarını belirtmiştir (29).

Zorba/kurbanlar hem zorbalık yapan hem de zorbalığa maruz kalan gruptur. Zorba/kurbanlarda artmış yalnızlık ve zayıf arkadaş ilişkilerinin olduğu, artmış depresyon ve intihar düşüncelerinin olduğu, zorba ve kurbanlara göre daha düşük toplumsal kabul ve nörotikliğin daha yüksek olduğu, benlik saygılarının zorbalara göre daha düşük olduğu ve benlik saygısının kurban olma durumu sıklığı arttıkça daha da düştüğü çalışmalarda gösterilmiş (76). Omoore ve arkadaşları yaptığı çalışmada zorba/kurbanların kendilerini zorbalara göre daha fazla baş belası, daha az zeki, çekici ve popüler gördüklerini, daha fazla mutsuz ve anksiyöz hissettiklerini belirlemiştir (76). Edward ve ark. tarafından yapılan çalışmada zorba/kurbanlarda kendine zarar verme ve suç ile ilgili davranışların daha fazla olduğu gösterilmiştir (66).

3.4. AKRAN ZORBALIĞININ FİZİKSEL VE RUHSAL ETKİLERİ

Akran zorbalığının etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmış olup, akran zorbalığına dahil olan her öğrencide, bulunduğu role göre farklı psikiyatrik ve fiziksel semptomlar ortaya çıkmaktadır. Zorbalığa maruz kalan çocuklarda baş ağrısı,

karın ağrısı, iştah kaybı gibi psikosomatik semptomlar, uyku problemleri, enurezis, psikotik semptomlar, borderline kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu, depresyon, self mutilasyon ve intihar davranışları diğer çocuklara göre daha fazla görülmektedir (44). Bu çocuklarda daha fazla devamsızlık ve okul başarısızlığı olmaktadır. İngiltere’de 11-15 yaş arasında yaklaşık 16000 öğrencinin, ana sebep olarak zorbalık nedeniyle okul devamsızlığının olduğu tahmin edilmektedir (77).

Lars ve ark. yaptıkları çalışmada akran zorbalığının kurbanlarda sosyal anksiyete bulgularının ortaya çıkma riskini arttırdığını göstermiştir (27). Yapılan bir diğer çalışmada; akran zorbalığına maruz kalan çocuklarda da istismara uğrayan çocuklardaki gibi borderline kişilik özelliklerin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca zorbalık sayısının artmasının daha fazla borderline kişilik bozukluğu semptomunun ortaya çıkması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Akran zorbalığına, 8-10 yaşlarında maruz kalmanın BKB(Borderline Kişilik Bozukluğu)semptomlarının ortaya çıkmasında öngörücü olduğu belirtilmiştir (78). Aynı zamanda zorbalığa maruz kalmanın kurbanlarda, zorbalarda ve zorba/kurbanlarda ilerleyen yaşlarda içe atım problemlerinin ortaya çıkmasına neden olduğu belirlenmiştir. Kurbanlarda, zorbalığa maruz kalma ve depresyon semptomlarının sıklığı arasında doğru orantılı bir ilişkili olduğu, akran zorbalığının, kurbanlarda depresyon ve emosyonel problemlerin daha fazla görülmesine neden olduğu, sıklığının artması ile depresyon semptomlarının kalıcılığının arttığı saptanmıştır (79). Depresif semptomlar kurbanların yanı sıra zorbalarda ve zorba/kurbanlarda da artmış oranlarda görülmektedir (81). Finlandiya’da yapılan çalışmada depresyon ve intihar düşüncelerinin hem kurbanlarda hem de zorbalarda artmış olduğu gösterilmiştir (26). Bir diğer çalışmada ise self mutilasyon ve zorbalığa maruz kalma arasında ilişki olduğu ve self mutilasyonun akran zorbalığına maruz kalma sonucu ortaya çıkan depresyon nedeni ile olduğu belirtilmiştir (13).

Yapılan bir meta analiz çalışmasında çocukluk çağında yaşanan travmaların psikotik semptomların görülme riskini arttırdığı ve travma ile psikotik semptomlar arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (82). Bir çeşit travma olan zorbalığın da zorba, kurban ve zorba/kurbanlarda, yaşamlarının ilerleyen

dönemlerinde psikotik semptomların görülme sıklığını arttırdığı, bu artmanın kurbanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (83).

3.5. AKRAN ZORBALIĞININ UZUN DÖNEM ETKİLERİ

Akran zorbalığı hayatın ilerleyen dönemlerinde de olumsuz birçok sonuca sebebiyet vermektedir. Birçok araştırma neticesinde bu durum kanıtlanmıştır. Yapılan bir çalışma neticesinde yaşları 23 ila 50 arasında değişen bireyler ele alınmış ve bu bireylerden akran zorbalığına maruz kalanların kalmayanlara nazaran daha yüksek oranda depresyon, anksiyete bozukluğu ve intihar eğiliminde oldukları saptanmıştır(88). Öte yandan çocukluk döneminde sıklıkla zorbalığa uğrayan kişilerin 40 yıl sonra dahi sosyal, ekonomik ve sağlık açısından birçok olumsuz sonuçlara katlandığı gözlemlenmiştir(88). Ayrıca ergenlik döneminde zorbalığa maruz kalan yetişkinlerde daha fazla genel sağlık sorunları ve ağrı şikayeti olduğu, daha yavaş iyileşme olduğu gözlenmiştir (89). Bunun yanında kurbanlarda madde kullanım sıklığında önemli bir artma saptanmamışken, zorbalarda madde kullanımının daha fazla olduğu bulunmuştur (89).

Akran zorbalığı, akademik başarısızlığının yanı sıra iş yaşamında da olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Zorba davranışta bulunan kişilerin kurbanlara göre işi sürdürme konusunda daha çok zorlandıkları, iş bırakma risklerinin daha fazla olduğu ve daha fazla işsiz oldukları gösterilmiştir (30). Kurbanların da ekonomik anlamda zorlandıkları, finansal yönetim konusunda zayıf oldukları, akranlarına göre daha az kazandıkları belirtilmiştir (89).

Akran zorbalığına dahil olan çocuk ve ergenlerde sosyal sorunlar da ilerleyen yaşlarda devam etmektedir. Kurban ve zorbalar arkadaşlık kurmada ve arkadaşlığı sürdürme konusunda zorluklar yaşamaktadırlar (88). Arkadaşlık kurmadaki sorunlar eş/partner ilişkilerinde de kendisini göstermektedir. Bazı araştırmalarda kurbanların daha fazla oranda yalnız yaşadıkları, eş ya da partnerlerinin olmadığı gösterilirken, başka bir çalışmada kurban ve zorbaların, akran zorbalığında bulunmayan kişilere göre evli olma ve boşanma açısından fark göstermediği ancak sosyal ilişkilerinin bozulmuş olduğu bildirilmektedir (89).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın yapılmasındaki amaçlar aşağıda sıralanmıştır.

1.Puberte prekoks tanılı çocuklarda görülebilecek psikopatolojilerin sıklığını ve türlerini belirlemek.

2.Puberte prekoks tanılı çocukların fiziksel olarak akranlarından önce gelişmelerinin akran zorbalığı yapıp yapmadıklarını belirlemek. Aynı zamanda erken ergenlik belirtisi olan çocukların akranları içinde zorbalığa maruz kalıp kalmadıklarını belirlemek.

3.Fiziksel sorunları olan çocukların beden imajlarını algılama şekillerini anlamak ve sonraki süreçte görülebilecek ruhsal sorunların önüne geçmek.

4.2. ÖRNEKLEM

Çalışma grubumuz Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi (DÜTF) Çocuk Endokrinoloji polikliniğine 01/03/2021-01/04/2021 tarihleri arasında başvuran ve puberte prekoks tanısı alan veya bu tanı ile takipli 8-12 yaş aralığındaki 50 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş herhangi bir nörolojik veya kronik tıbbi hastalık öyküsü olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlıklı 50 kontrol grubu ile oluşturulmasıyla çalışma tamamlanmıştır. Çalışmanın amacı çocuklar ve ailelerine açıklandıktan sonra çalışmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın Deseni

Bu çalışma kesitsel, vaka-kontrol çalışmadır. Araştırmanın örneklemini DÜTF Çocuk Endokrinoloji polikliniğinde takipli puberte prekoks tanılı kız çocukları ile genel pediatri polikliniğine başvuran kız olgular oluşturmaktadır. Bu çalışma için DÜTF Etik Kurulundan 04/02/2021 tarih 490 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- a- Olguların kız ve 8-12 yaş aralığında çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları
- b- Puberte Prekoks tanısı alması
- c- Zeka geriliğinin olmaması
- d- Ek bir tıbbi bir hastalığa yönelik uzun süreli ilaç kullanımının olmaması
- e- Madde kullanım öyküsünün olmaması
- f- Çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş hastalar
- g- En az 3 aydır çocuk endokrin polikliniğinden takip ediliyor olması

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- h- Klinik veya psikometrik testlerle değerlendirme sonucunda zihinsel gerilik bulunması
- i- Alkol, madde bağımlılığı olan ya da hikayesi olan hastalar
- j- Ek bir nörolojik veya kronik tıbbi hastalık nedeniyle uzun süredir ilaç kullanım öyküsünün olması
- k- 12 yaşından büyük ve 8 yaşından küçük olmak
- l- 3 aydan daha kısa süre çocuk endokrin polikliniğinde takip ediliyor olmak
- m- Çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmemiş hastalar

Kontrol Grubu Dahil Edilme Kriterleri

- n- Puberte Prekoks tanısı almamış olması
- o- Klinik veya psikometrik testlerle değerlendirme sonucunda zihinsel gerilik bulunmaması
- p- Madde kullanım öyküsünün olmaması
- q- Kronik tıbbi hastalığa yönelik uzun süreli ilaç kullanım öyküsünün olmaması
- r- Olguların 8-12 yaş aralığında çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları
- s- Çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş hastalar

Uygulama

DÜTF çocuk endokrin polikliniğinde puberte prekoks tanısı alan veya bu tanı ile takipli hastalar ve aileleri ile pediatri polikliniğine başvuran ve çalışmanın işleme kriterlerini karşılayan hastalar ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş, ardından bu hastalardan ve ebeveynlerinden onay alınmıştır. Bireylere istediklerinde çalışmadan çekilme hakları olduğu anlatılmıştır. Çalışma kriterlerini karşılayan hasta ve kontrol grubu için çalışmanın içeriği anlatıldıktan ve yazılı onamları alındıktan sonra karşılıklı görüşme ile tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu doldurtulmuştur. Araştırmacı tarafından çocuklarda gözlenebilen psikiyatrik hastalıkları sorgulayan “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY)” kullanılarak hasta grubu, kontrol grubu ile klinik görüşme yapılmıştır. Hasta ve kontrol grubuna Sosyodemografik Veri Formu, Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçeği, Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anketi doldurtulmuştur.

4.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Olguların sosyodemografik verilerini belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bir formdur.

4.3.1. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – şimdi ve yaşam boyu şekli (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children –Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütleri göz önünde bulundurularak geliştirilen bu form hem geçmişteki hem de günümüzdeki ruhsal bozukların saptanması için geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme sağlamaktadır. Ebeveyn ve çocuk/ergen ile yapılan ayrı ayrı görüşmeler sonucunda değerlendirme sonuçlandırılır. “Yapılandırılmış Başlangıç Görüşmesi”, “Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi” ve “Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği” olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Kaygı Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar gibi beş ayrı tanı grubunda puanlama yapılır. Tarama bölümünde kriterleri karşılayan pozitif semptomlar belirlenirse bu alanlarda ek puanlamalara geçilir. Bu ek alanlarda her bozukluk için şimdi ve geçmişte en şiddetli atakları puanlamak üzere kriterler değerlendirilir. Bu formun Türkçe çeviri ve geri çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (145).

4.3.2. Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anketi

Anket Olweus ve ark. tarafından 8 -16 yaş grubundaki üçüncü sınıf ve lise çağı arasındaki öğrenciler için geliştirilmiştir. Anket otuz dokuz maddeden oluşur. Anket zorbalığın detaylı bir tanımını içerir ve bu tanım anketi uygulayacak kişi tarafından öğrencilere sesli olarak okunur. Anketteki zaman aralığı ya da referans periyot öğrencilerin doğal hafızası açısından çok uzun olmayan bir süreci (Geçtiğimiz aylarda...) içermektedir. Buradaki “Geçtiğimiz aylarda” yaz ya da sömestr tatili sonrasında okulun başlamasıyla anketin uygulanması arasındaki süreci işaret etmektedir. Bu süre en az altı ya da sekiz hafta olmalıdır. Ana soruların yanıt alternatifleri de oldukça iyi tanımlanmıştır; “Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı / akran zorbalığı yapmadım”, “Sadece bir ya da iki kez oldu”, “Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu”, “Ortalama haftada bir kez oldu”, “Haftada birkaç kez oldu” gibi. Anket içindeki zorbalık tanımından sonra genel bir soru bulunmaktadır: “Geçtiğimiz

aylarda okulda akran zorbalığına ne sıklıkta uğradın?”. Sorudan sonra daha önce belirtilmiş olan beş şık gelmektedir. Anketin ikinci bölümünde aynı sorunun zorbalık yapma ile ilgili versiyonu da bulunmaktadır: “Geçtiğimiz aylarda okulda bir ya da birkaç öğrenciye akran zorbalığı yapılırken sen ne sıklıkta katıldın?”. Bu iki genel sorudan sonra zorbalığın çeşitli formlarını (sözlü, fiziksel, dolaylı, cinsel, siber vs) sorgulayan dokuz ek soru bulunmaktadır. Anket, Olweus’un önerisine uygun olarak, öğrenciler tarafından sınıfta ve anonim olarak doldurulur. Tıpırdamaz tarafından 2008 yılında Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (146).

4.3.3. Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçeği

Anket Halliwell, Jarman, Tylka ve Staler (2017) tarafından geliştirilmiş ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek çocukların kendi beden algılarını ve bu algılarından hissettikleri memnuniyet düzeyini değerlendirmektedir. Ölçekten en az 10 en çok 50 puan alınmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek 9-11 yaş arası çocuklar için uyarlanmış bir ölçme aracıdır. Yapılan birinci düzey doğrulayıcı faktör analiz sonucunda elde edilen uyum indeksleri $\chi^2/df = 1.23$, GFI = .94, IFI = .98, CFI = .98, NFI = .91 AFGI = .90, TLI = .98 ve RMSEA = .044 olarak hesaplanmış ve bu değerler ölçme aracının yapısının Türk örnekleminde iyi düzeyde uyum sağladığına işaret etmektedir. Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçeği’nin (ÇBTÖ)’nin Türkçe Formu’nun Chronbach’s Alfa iç tutarlık $\alpha = .87$ olarak hesaplanmıştır (147).

4.4. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 24.00 programı kullanılarak analizler yapılmıştır. Kolmogorov Smirnov normallik test sonucuna göre yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne-babanın yaş değerleri ve beden takdir ölçek puanının normal dağılım göstermediği ($p < 0,05$) gözlenmiş olup, olgu gurubu ile karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin birbirleri ile karşılaştırılmasında ise Ki-Kare Bağımsızlık testi uygulanmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırma grubunun cinsiyet, okul başarı durumu, anne-babanın eğitim, tıbbi ve psikiyatrik hastalık ve meslekleri, ailenin aylık geliri, anne-babanın akraba evlilik durumları, aile durumu, anne-babanın var olup olmama durumlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları Tablo 2’ de detaylı olarak yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden 34’ünün (%68,0) okul başarı düzeyinin takdir düzeyinde, 8’inin (%16,0) teşekkür düzeyinde, 8’inin (%16,0) orta/zayıf olduğu; 12’sinin (%24,0) annesinin hiç okula gitmediği, 27’sinin (%54,0) annesinin ilköğretim, 6’sının (%12,0) annesinin lise ve 5’inin (%10,0) annesinin üniversite mezunu olduğu; 11’inin (%22,0) annesinin tıbbi bir hastalığının olduğu, 1’inin (%2,0) annesinin psikiyatrik bir hastalığının olduğu; 45’inin (%90,0) annesinin çalışmadığı, 1’inin (%2,0) annesinin işçi, 4’ünün (%8,0) annesinin serbest olarak çalıştığı saptanmıştır. 25’inin (%50,0) babasının okula gitmediği/ilköğretim mezunu, 14’ünün (%28,0) babasının lise ve 11’inin (%22,0) babasının üniversite mezunu olduğu; 5’inin (%10,0) babasının tıbbi bir hastalığının olduğu, 3’ünün (%6,0) babasının psikiyatrik bir hastalığının olduğu; 2’sinin (%4,0) babasının çalışmadığı, 13’ünün (%26,0) babasının işçi, 9’unun (%18,0) babasının memur, 26’sının (%52,0) babasının serbest olarak çalıştığı gözlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden 11’inin (%22,0) ailesinin aylık gelirinin 2500TL altında, 34’ünün (%68,0) 2500-5000TL arasında, 5’inin (%10,0) 5000TL’ nin üstünde olduğu; 13’ünün (%26,0) anne-babasının akraba evliliği olduğu, 48’inin (%96,0) anne-babasının birlikte olduğu, 50’sinin (%100,0) anne ve babasının var olduğu gözlenmiştir.

Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden 23’ünün (%46,0) çocuğunun okul başarı düzeyinin takdir düzeyinde, 13’ünün (%26,0) teşekkür düzeyinde, 14’ünün (%28,0) orta/zayıf olduğu; 13’ünün (%26,0) annesinin okula gitmediği,

23'ünün (%46,0) annesinin ilköğretim, 9'unun (%18,0) annesinin lise ve 5'inin (%10,0) annesinin üniversite mezunu olduğu; 6'sının (%12,0) annesinin tıbbi bir hastalığının olduğu, 4'ünün (%8,0) annesinin psikiyatrik bir hastalığının olduğu; 41'inin (%82,0) annesinin çalışmadığı, 2'sinin (%4,0) annesinin işçi, 1'inin (%2,0) annesinin memur, 6'sının (%12,0) annesinin serbest olarak çalıştığı gözlenmiştir. 26'sının (%52,0) babasının okula gitmediği/ilköğretim mezunu, 15'inin (%30,0) babasının lise ve 9'unun (%18,0) babasının üniversite mezunu olduğu; 4'ünün (%8,0) babasının tıbbi bir hastalığının olduğu, 4'ünün (%8,0) babasının psikiyatrik bir hastalığının olduğu; 7'sinin (%14,0) babasının çalışmadığı, 16'sının (%32,0) babasının işçi, 7'sinin (%14,0) babasının memur, 20'sinin (%40,0) babasının serbest olarak çalıştığı gözlenmiştir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden 18'inin (%36,0) ailesinin aylık gelirinin 2500TL altında, 27'sinin (%54,0) 2500-5000TL arasında, 5'inin (%10,0) 5000TL' nin üstünde olduğu; 15'inin (%30,0) anne-babasının akraba evliliği olduğu, 49'unun (%98,0) anne-babasının birlikte olduğu, 50'sinin (%100,0) annesinin var olduğu, 49'unun (%98,0) babasının var olduğu gözlenmiştir.

Tablo 2: Sosyo-Demografik Özellikler (1)

		Olgu Grup				Toplam N=100		p	
		Kontrol n=50		Puberte Prekoks n=50					
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kız	50	100,0	50	100,0	100	100,0	-	
Çocuğun Okul Başarısı	Takdir	34	68,0	23	46,0	57	57,0	0,08	
	Teşekkür	8	16,0	13	26,0	21	21,0		
	Orta/Zayıf	8	16,0	14	28,0	22	22,0		
Eğitim Durumu	Okula Gitmemiş	12	24,0	13	26,0	25	25,0	0,81	
	İlköğretim	27	54,0	23	46,0	50	50,0		
	Lise	6	12,0	9	18,0	15	15,0		
	Üniversite	5	10,0	5	10,0	10	10,0		
Anne	Tıbbi Hastalık Durumu	Var	11	22,0	6	12,0	17	17,0	0,29
	Yok	39	78,0	44	88,0	83	83,0		
Psikiyatrik Hastalık Durumu	Var	1	2,0	4	8,0	5	5,0	0,18	
	Yok	49	98,0	46	92,0	95	95,0		
Meslek	Çalışmıyor	45	90,0	41	82,0	86	86,0	0,58	
	İşçi	1	2,0	2	4,0	3	3,0		
	Memur	0	0,0	1	2,0	1	1,0		
	Serbest	4	8,0	6	12,0	10	10,0		
Eğitim Durumu	Okula Gitmemiş/İlköğretim	25	50,0	26	52,0	51	51,0	0,88	
	Lise	14	28,0	15	30,0	29	29,0		
	Üniversite	11	22,0	9	18,0	20	20,0		
Tıbbi Hastalık Durumu	Var	5	10,0	4	8,0	9	9,0	0,50	
	Yok	45	90,0	46	92,0	91	91,0		
Baba	Psikiyatrik Hastalık Durumu	Var	3	6,0	4	8,0	7	7,0	0,50
	Yok	47	94,0	46	92,0	93	93,0		
Meslek	Çalışmıyor	2	4,0	7	14,0	9	9,0	0,34	
	İşçi	13	26,0	16	32,0	29	29,0		
	Memur	9	18,0	7	14,0	16	16,0		
	Serbest	26	52,0	20	40,0	46	46,0		
Ailenin Aylık Geliri	2500TL Altı	11	22,0	18	36,0	29	29,0	0,29	
	2500-5000TL	34	68,0	27	54,0	61	61,0		
	5000TL Üstü	5	10,0	5	10,0	10	10,0		
Anne-Baba Akraba Evlilik Durumu	Var	13	26,0	15	30,0	28	28,0	0,82	
	Yok	37	74,0	35	70,0	72	72,0		
Aile Durumu	Anne-Baba Birlikte	48	96,0	49	98,0	97	97,0	0,50	
	Boşanmış	2	4,0	1	2,0	3	3,0		
Anne	Var	50	100,0	50	100,0	100	100,0	-	
	Yok	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Baba	Var	50	100,0	49	98,0	99	99,0	-	
	Yok	0	0,0	1	2,0	1	1,0		

p: Ki-Kare Bağımsızlık Testi, *p≤0,05: İlişki Anlamlı

Yapılan ki-kare bağımsızlık test sonucuna göre çocuğun okul başarısı, anne-babanın eğitim, tıbbi ve psikiyatrik hastalık olup olmama dağılımları açısından ve aylık gelir, anne-babanın akraba evlilik durumları, aile durumu açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırma grubunun yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne ve baba yaşlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları Tablo 3' te yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan 50 kişinin yaş ortalamasının 10.2, ortalama kardeş sayısının 3.64, ortalama 2,60.' cı çocuk olduğu, annesinin yaş ortalamasının 37.54, babasının yaş ortalamasının 41.62 olduğu gözlenmiştir.

Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin yaş ortalamasının 9.74, ortalama kardeş sayısının 3.38, ortalama 2,46.' cı çocuk olduğu, annesinin yaş ortalamasının 36.64, babasının yaş ortalamasının 40.96 olduğu gözlenmiştir.

Tablo 3. Sosyo-Demografik Özellikler (2)

N=100	Olgu Grup	n	Ort.	S. Sapma	Min-Max	Sıra Ort.	Z	p
Yaş	Kontrol	50	10,2	1,48	8-12	58,85	-1,688	0,091
	Puberte Prekoks	50	9,74	1,08	8-12	42,15		
	Toplam	100	9,97	1,31	8-12			
Kardeş Sayısı	Kontrol	50	3,64	1,50	1-8	53,08	-0,909	0,36
	Puberte Prekoks	50	3,38	1,66	1-8	47,92		
	Toplam	100	3,51	1,58	1-8			
Kaçınıcı Çocuk	Kontrol	50	2,60	1,60	1-8	52,47	-0,702	0,48
	Puberte Prekoks	50	2,46	1,69	1-8	48,53		
	Toplam	100	2,53	1,64	1-8			
Annenin Yaşı	Kontrol	50	37,54	5,10	28-48	53,55	-1,055	0,29
	Puberte Prekoks	50	36,64	5,51	27-54	47,45		
	Toplam	100	37,09	5,30	27-54			
Babanın Yaşı	Kontrol	50	41,62	5,88	30-53	53,67	-1,096	0,27
	Puberte Prekoks	50	40,96	7,71	30-71	47,33		
	Toplam	100	41,29	6,83	30-71			

Z: Mann Whitney U Testi, * $p\leq 0,05$: İlişki Anlamlı

Yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre kontrol ve prekoks grupları

arasında yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne ve baba yaşları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) gözlenmiştir.

5.2. Klinik Özellikler

Araştırma grubunun ailede-akrabalarında puberte prekoks tanısı ve psikiyatrik hastalık olup olmama durumları, çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi ve tedaviden fayda görüp görmeme durumlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları Tablo 4’ te yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %2,0’ sinin ailesinde-akrabalarında puberte prekoks tanısının olduğu, fobik bozukluklar dahil edildiğinde %48,0’ inin psikiyatrik hastalığının olduğu; %100,0’ ünün çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi olmadığı gözlenmiştir.

Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %10,0’ unun ailesinde-akrabalarında puberte prekoks tanısının olduğu, %48’inin fobik bozukluklar dahil psikiyatrik hastalığının olduğu; %100,0’ ünün çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi olduğu ve %86,0’ sının tedaviden fayda gördüğü, %14,0’ ünün kısmi olarak fayda gördüğü gözlenmiştir.

Tablo 4. Klinik Özellikler

		Olgu Grup				Toplam		p
		Kontrol		Puberte Prekoks				
		n	%	n	%	n	%	
Ailede-Akrabalarda Puberte Prekoks Tanı Durumu	Var	1	2,0	5	10,0	6	6,0	0,10
	Yok	49	98,0	45	90,0	94	94,0	
	Toplam	50	50,0	50	50,0	100	100,0	
Psikiyatrik Hastalık Durumu	Var	24	48,0	24	48,0	48	48,0	1,00
	Yok	26	52,0	26	52,0	52	52,0	
	Toplam	50	50,0	50	50,0	100	100,0	
Çocuğun Şu An İçin Aldığı Bir Tedavi	Var	0	0,0	50	100,0	50	50,0	-
	Yok	50	100,0	0	0,0	50	50,0	
	Toplam	50	50,0	50	50,0	100	100,0	
Çocuğun Şu An Tedaviden Gördüğü Fayda Durumu	Var	0	0,0	43	86,0	43	86,0	-
	Kısmi	0	0,0	7	14,0	7	14,0	
	Yok	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Toplam	0	0,0	50	100,0	50	50,0	

p: Ki-Kare Bağımsızlık Testi, *p≤0,05: İlişki Anlamlı

Yapılan ki-kare bağımsızlık test sonucuna göre aile ve akrabalarda puberte prekoks tanısı olup olmama ve psikiyatrik hastalık olup olmama dağılımları açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir (p>0,05).

Araştırma grubunun çocuklarında ilk kez puberte belirtilerinin başladığı yaş ve puberte prekoks tanısının konulduğu yaş dağılımları Tablo 5’ te yer almaktadır.

Tablo 5. Çocukta İlk Kez Puberte Prekoks Başlama Yaşı Ve Tanı Konulduğu Yaş

Puberte Prekoks	N	Ort.	S. Sapma	Min-Max
Çocukta İlk Kez Puberte Belirtileri Farkedilme Yaşı	50	7,22	1,00	4-9
Çocuğa İlk Kez Puberte Prekoks Tanı Konulan Yaş	50	7,60	0,80	5-9

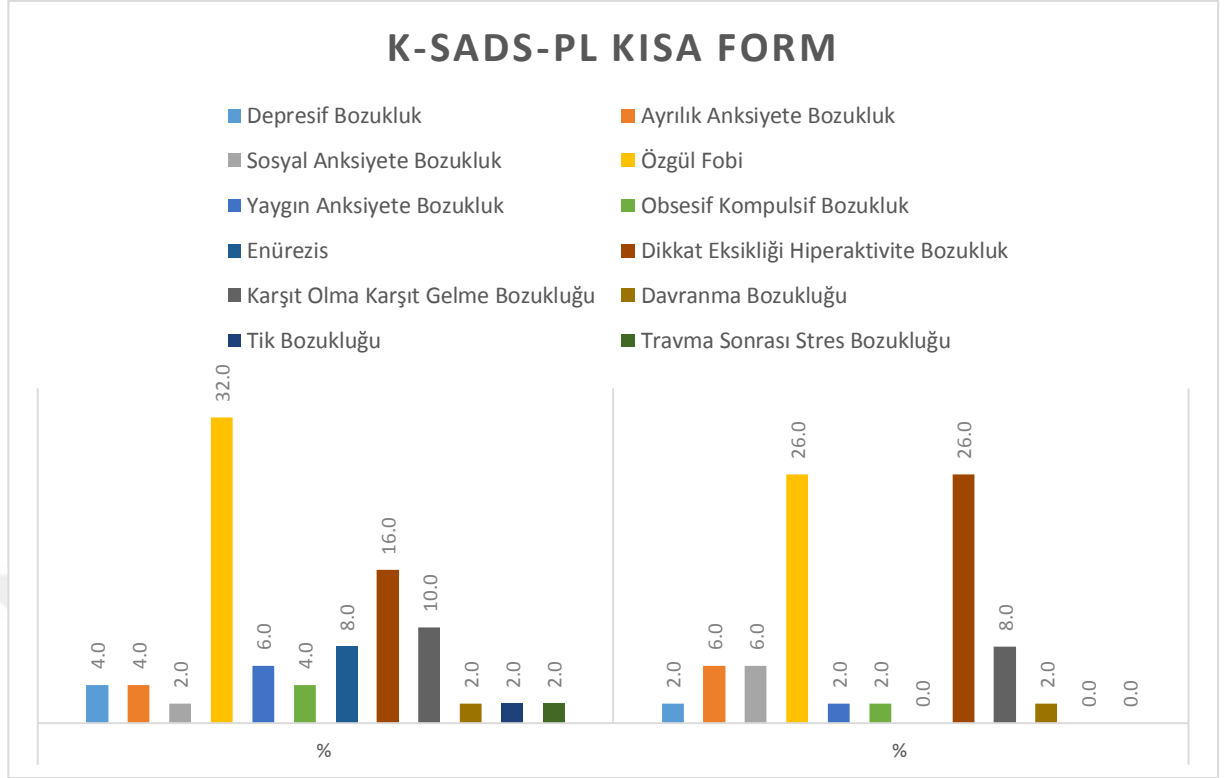
Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin çocuğunda ortalama 7,22 yaşında ilk kez puberte prekoks başladığı ve çocuğuna ortalama 7,60 yaşında puberte prekoks tanısı konduğu gözlenmiştir.

5.3. K-SADS-PL Kısa Form Ölçek Alt Boyut Değişkenlerinin Dağılımları

K-SADS-PL Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelge(ÇDŞG-ŞY- kısa form) ölçek alt boyut değişkenlerinin kontrol ve puberte prekoks grubuna göre dağılımları Tablo 6' da yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %4,0' ünün depresif bozukluk, %4,0' ünün ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %2,0' sinin sosyal anksiyete bozukluğu, %32,0' sinin özgül fobi, %6,0' sinin yaygın anksiyete bozukluğu, %4,0' ünün obsesif kompulsif bozukluk, %8,0' inin enürezis, %16,0' sinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %10,0' unun karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %2,0' sinin davranım bozukluğu, %2,0' sinin tik bozukluğu, %2,0' sinin travma sonrası stres bozukluğunun olduğu gözlenmiştir.

Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %2,0' sinin depresif bozukluk, %6,0' sinin ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %6,0' sinin sosyal anksiyete bozukluğu, %26,0' sinin özgül fobi, %2,0' sinin yaygın anksiyete bozukluğu, %2,0' sinin obsesif kompulsif bozukluk, %26,0' sinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %8,0' inin karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %2,0' sinin davranım bozukluğunun olduğu gözlenmiştir.



Kontrol Grubu

Puberte Prekoks Grubu

Grafik 1. K-SADS-PL Kısa Form Ölçek Alt Boyut Değişkenlerinin Dağılımları

Tablo 6. K-SADS-PL Kısa Form Ölçek Alt Boyut Değişkenlerinin Dağılımları

K-SADS-PL Kısa Form		Olgu Grup				Toplam N=100		p
		Kontrol n=50		Puberte Prekoks n=50				
		n	%	n	%	n	%	
Depresif Bozukluk	Var	2	4,0	1	2,0	3	3,0	0,50
	Yok	48	96,0	49	98,0	97	97,0	
Mani	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Psikoz	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Panik Bozukluk	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Ayrılık Anksiyete Bozukluğu	Var	2	4,0	3	6,0	5	5,0	0,50
	Yok	48	96,0	47	94,0	95	95,0	
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	Var	1	2,0	3	6,0	4	4,0	0,31
	Yok	49	98,0	47	94,0	96	96,0	
Özgül Fobi	Var	16	32,0	13	26,0	29	29,0	0,66
	Yok	34	68,0	37	74,0	71	71,0	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Var	3	6,0	1	2,0	4	4,0	0,31
	Yok	47	94,0	49	98,0	96	96,0	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Var	2	4,0	1	2,0	3	3,0	0,50
	Yok	48	96,0	49	98,0	97	97,0	
Enürezis	Var	4	8,0	0	0,0	4	4,0	0,06
	Yok	46	92,0	50	100,0	96	96,0	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuklukluğu	Var	8	16,0	13	26,0	21	21,0	0,33
	Yok	42	84,0	37	74,0	79	79,0	
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	Var	5	10,0	4	8,0	9	9,0	0,50
	Yok	45	90,0	46	92,0	91	91,0	
Davranım Bozukluğu	Var	1	2,0	1	2,0	2	2,0	0,75
	Yok	49	98,0	49	98,0	98	98,0	
Tik Bozukluğu	Var	1	2,0	0	0,0	1	1,0	0,50
	Yok	49	98,0	50	100,0	99	99,0	
Sigara/Tütün Kullanımı	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Madde Kötüye Kullanımı	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Var	1	2,0	0	0,0	1	1,0	0,50
	Yok	49	98,0	50	100,0	99	99,0	

p: Ki-Kare Bağımsızlık Testi, *p≤0,05: İlişki Anlamlı

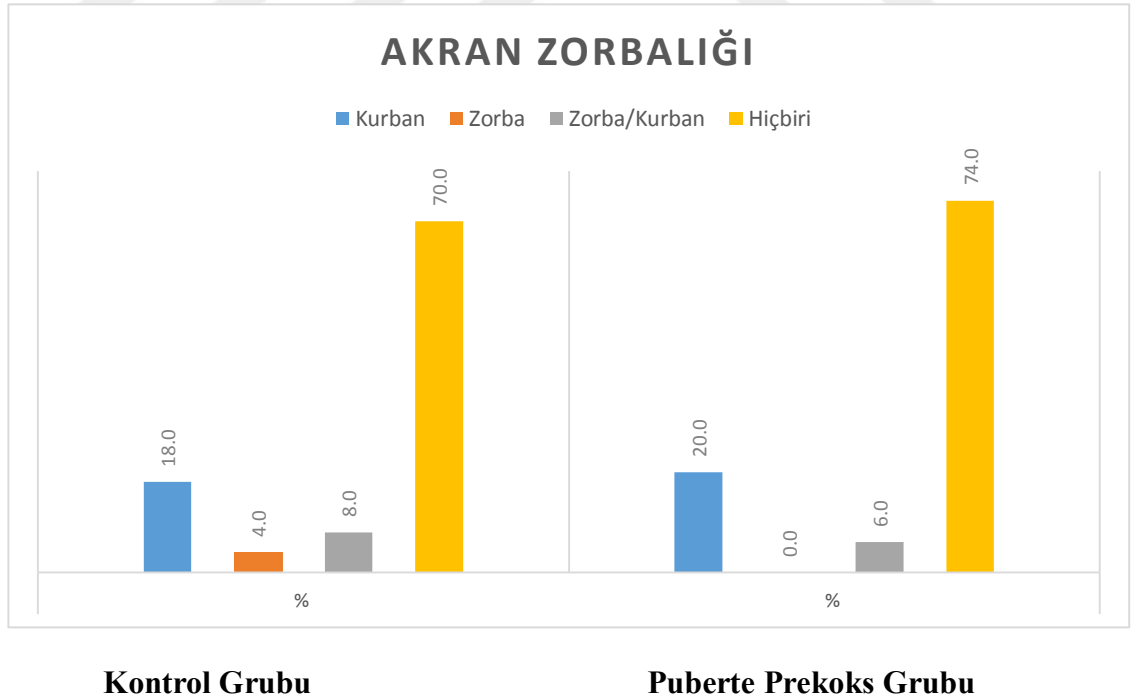
Yapılan ki-kare bağımsızlık test sonucuna göre depresif bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, enürezis, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, tik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu dağılımları açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir ($p>0,05$).

5.4. Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Dağılımları

Olweus öğrenciler için akran zorbalık durumlarının kontrol ve puberte prekoks grubuna göre dağılımları Tablo 7’ de yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %18,0’ inin sadece kurban, %4,0’ ünün sadece zorba, %8,0’ inin zorba ve kurban olduğu, %70,0’ inin hiçbirinin olmadığı gözlenmiştir.

Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %20,0’ sinin sadece kurban, %6,0’ sının zorba ve kurban olduğu, %74,0’ ünün hiçbirinin olmadığı gözlenmiştir.



Grafik 2. Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Dağılımları

Tablo 7. Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Dağılımları

Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anketi		Olgu Grup				Toplam N=100		p
		Kontrol n=50		Puberte Prekoks n=50				
		n	%	n	%	n	%	
Kurban	Kurban	13	26,0	13	26,0	26	26,0	1,00
	Hiçbiri	37	74,0	37	74,0	74	74,0	
Zorba	Zorba	6	12,0	3	6,0	9	9,0	0,24
	Hiçbiri	44	88,0	47	94,0	91	91,0	
Akran Zorbalığı	Kurban	9	18,0	10	20,0	19	19,0	-
	Zorba	2	4,0	0	0,0	2	2,0	
	Zorba/Kurban	4	8,0	3	6,0	7	7,0	
	Hiçbiri	35	70,0	37	74,0	72	72,0	

p: Ki-Kare Bağımsızlık Testi, *p≤0,05: İlişki Anlamlı

5.5. Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçek Dağılımları

Araştırma grubunun çocuklar için beden takdir ölçek puanlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları Tablo 8’ de yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan 50 kişinin beden takdir puan ortalamasının 40,96, puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin beden takdir puan ortalamasının 42,44 olduğu gözlenmiştir.

Tablo 8. Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçek Dağılımları

Çocuklar İçin Beden Takdir Ölçeği	Olgu Grup	n	Ort.	S. Sapma	Min-Max	Sıra Ort.	Z	p
	Kontrol	50	40,96	7,81	14-50	48,05		
Beden Takdir	Puberte Prekoks	50	42,44	6,59	19-50	52,95	-0,847	0,40
	Toplam	100	41,70	7,23	14-50			

Z: Mann Whitney U Testi, * $p \leq 0,05$: İlişki Anlamlı

Yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre kontrol ve prekoks grupları arasında beden takdir puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA

Sosyo Demografik Bulgulara İlişkin Tartışma

Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %24,0' ünün annesinin okula gitmediği, %54,0' ünün annesinin ilköğretim, %12,0' sinin annesinin lise ve %10,0' unun annesinin üniversite mezunu olduğu ve %90,0' inin annesinin çalışmadığı, %2,0' sinin annesinin işçi, %8,0' inin annesinin serbest olarak çalıştığı görülmektedir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden ise %26,0' sının annesinin okula gitmediği, %46,0' sının annesinin ilköğretim, %18,0' inin annesinin lise ve %10,0' unun annesinin üniversite mezunu olduğu; %82,0' sinin annesinin çalışmadığı, %4,0' ünün annesinin işçi, %2,0' isinin annesinin memur, %12,0' sinin annesinin serbest olarak çalıştığı gözlenmiştir. Anne eğitim ve çalışma durumları açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur. Gönülal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Manisa bölgesinde puberte prekoks görülme sıklığının kız çocuklarının anne eğitim seviyeleri ve çalışma durumu ile doğru orantılı olduğu belirtilmiş olup, anne eğitim seviyesi yüksek olan ve aynı zamanda gelir durumu iyi olan çocukların puberte prekoks insidansının daha fazla olduğu saptanmıştır (138). Bununla birlikte ele alınan örneklem grubu kızlardan oluştuğu için, annelerin eğitim seviyesinin düşük olmasının, çocukların yaşadıkları sorunlar karşısında daha az destekleyici ve anlayışlı olabileceklerini ortaya koymaktadır. Hendekci ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada Erzurum merkeze bağlı üç büyük ortaokulda öğrenim gören 344 öğrenciden elde edilen veriler incelenmiş ve benzer şekilde anne eğitim seviyesi ile puberte prekoks grubunda yer alan çocukların yaşadıkları sorunlar arasında ilişki tespit edilmiştir (139). Yine bu çalışmada kontrol grubunda yer alan sağlıklı çocukların anne eğitim durumları ve çalışma durumlarının benzer olduğu görülmektedir. Bizim literatür taramamızda, PP'da anne eğitim düzeyi ve çalışma durumunun kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanılmamıştır.

Kontrol grubunda yer alan kız çocuklarının %50,0' sinin babasının okula gitmediği/ilköğretim mezunu, %28,0' inin babasının lise ve %22,0' sinin babasının üniversite mezunu olduğu; Puberte prekoks grubunda yer alan kız çocuklarının ise

%52,0' sinin babasının okula gitmediği/ilköğretim mezunu, %30,0' unun babasının lise ve %18,0' inin babasının üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Aynı şekilde kontrol grubunda yer alan kız çocuklarının %10,0' unun babasının tıbbi bir hastalığının olduğu, %6,0' sının babasının psikiyatrik bir hastalığının olduğu; puberte prekoks grubunda yer alan kız çocuklarının ise %8,0' inin babasının tıbbi bir hastalığının olduğu, %8,0' inin babasının psikiyatrik bir hastalığının olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda yer alan kız çocuklarının %4,0' ünün babasının çalışmadığı, %26,0' sının babasının işçi, %18,0' inin babasının memur, %52,0' sinin babasının serbest olarak çalıştığı; puberte prekoks grubunda yer alan kız çocuklarının ise %14,0' ünün babasının çalışmadığı, %32,0' sinin babasının işçi, %14,0' ünün babasının memur, %40,0' inin babasının serbest olarak çalıştığı gözlenmiştir. Yapılan ki-kare bağımsızlık test sonucuna göre anne-babanın eğitim, tıbbi ve psikiyatrik hastalık olup olmama dağılımları açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir. Harris ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; ABD'de 1232 katılımcı bireyden elde edilen veriler incelenmiştir. Ulaşılan bulgulara göre; ebeveynlerin eğitim, gelir ve hastalık durumu ile puberte prekoks insidansı arasındaki ilişki incelendiğinde özellikle sosyo ekonomik durumun düşüklüğünün hastalığın gelişiminde önemli bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (141). Ayrıca Bray tarafından yapılan çalışmanın bulguları incelendiğinde eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin hastalığa yönelik olumsuz sonuçlara ilişkin farkındalık düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (148). Bizim çalışmamızın literatürle uyumlu olmaması, örneklem sayısının düşüklüğü ve metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Örneklem grubunun ailenin aylık geliri, anne-babanın akraba evlilik durumları, aile durumu, anne-babanın var olup olmama, çocuğun okul başarı durumu, ailede-akrabalarında puberte prekoks tanısı ve psikiyatrik hastalık olup olmama durumlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %22,0' sinin ailesinin aylık gelirinin 2500TL altında, %68,0' inin 2500-5000TL arasında, %10,0' unun 5000TL' nin üstünde olduğu; %26,0' sının anne-babasının akraba evliliği olduğu, %96,0' sının anne-babasının birlikte olduğu, %100,0' ünün anne ve babasının var olduğu; %68,0' inin çocuğunun okul başarı düzeyinin takdir, %16,0' sının teşekkür, %16,0' sının

orta/zayıf olduğu; %2,0' sinin ailesinde-akrabalarında puberte prekoks tanısının olduğu, %48,0' inin psikiyatrik hastalığının olduğu gözlenmiştir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %36,0' sının ailesinin aylık gelirinin 2500TL altında, %54,0' ünün 2500-5000TL arasında, %10,0' unun 5000TL' nin üstünde olduğu; %30,0' unun anne-babasının akraba evliliği olduğu, %98,0' inin anne-babasının birlikte olduğu, %100,0' ünün annesinin var olduğu, %98,0' inin babasının var olduğu; %46,0' sının çocuğunun okul başarı düzeyinin takdir, %26,0' sının teşekkür, %28,0' inin orta/zayıf olduğu; %10,0' unun ailesinde-akrabalarında puberte prekoks tanısının olduğu, %24,0' ünün psikiyatrik hastalığının olduğu gözlenmiştir. Yapılan ki-kare bağımsızlık test sonucuna göre aylık gelir, anne-babanın akraba evlilik durumları, aile durumu, çocuğun okul başarısı, aile ve akrabalarda puberte prekoks tanısı olup olmama ve psikiyatrik hastalık olup olmama dağılımları açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir. Gönülal tarafından yapılan çalışma bulgularında ebeveyn gelir durum düzeyi yüksek olan çocuklarda puberte prekoks insidansının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (138). Akyol tarafından yapılan çalışmada Isparta da yaşayan 2440 kız çocuğundan alınan verilere göre katılımcıların gelir durumu iyi ve kötü olan ebeveynlerin puberte s insidansına karşı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (140). Harris ve ark., ile Danckaerts ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda ise ebeveynlerin gelir durumunun puberte prekoks insidansına etki ettiğini bulgulamıştır (141). Benzer bulgular Ersoy vd., Eypng vd. ve tarafından yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Williams ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise çocuğun okul başarı düzeyinin puberte prekoks tanısı konan çocuklarda sağlıklı çocuklara göre çok fazla olmasa da düşük bir etkisinin olduğu gözlemlenmiştir. Benzer bulgular yapılan bu çalışmada da saptanmıştır (149).

Örneklem grubunun; yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne ve babanın yaşlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunda yer alan 50 kişinin yaş ortalamasının 10,2, ortalama kardeş sayısının 3,64, ortalama 2,60.' cı çocuk olduğu, annesinin yaş ortalamasının 37,54, babasının yaş ortalamasının 41,62 olduğu gözlenmiştir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin yaş ortalamasının 9,74, ortalama kardeş sayısının 3,38, ortalama 2,46.'cı çocuk olduğu, annesinin yaş ortalamasının 36,64, babasının yaş

ortalamasının 40,96 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre kontrol ve prekoks gruplarına göre yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne ve babanın yaşları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Topçu tarafından yapılan çalışmada farklı bulgulara ulaşılmıştır. Çalışmasında Düzce’de yaşayan kız ve erkek toplam 2183 çocukdan veriler elde edilmiştir. Ulaşılan bulgulara göre kızlarda erken puberte görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 2 katı düzeyinde izlenmiştir. Ayrıca puberte prekoks tanısı alan çocukların kardeş sayılarının ortalaması, sağlıklı çocukların kardeş sayılarının ortalamasına göre aralarındaki farkın anlamlı olduğu ve çıkan sonuçların istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır (150). Bu farklılığın sebebi çalışmamızın kesitsel olması, örneklem sayısının düşük olması ve çalışmanın pandemi döneminde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Klinik Özelliklere İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Kontrol grubunda yer alan kız çocuklarının %22,0’ sinin annesinin tıbbi bir hastalığının olduğu, %2,0’ sinin annesinin psikiyatrik bir hastalığının olduğu; Puberte prekoks grubunda yer alan kız çocuklarının ise %12,0’ sinin annesinin tıbbi bir hastalığının olduğu, %8,0’ inin annesinin psikiyatrik bir hastalığının olduğu görülmektedir. Akyol tarafından yapılan çalışmada, benzer şekilde anne hastalık durumunun puberte prekoks insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (140).

Örneklem grubunun çocuklarının aldığı bir tedavi ve tedaviden fayda görüp görmeme durumlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları incelenmiş olup; kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %100,0’ ünün çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi olmadığı gözlenmiştir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %100,0’ ünün çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi olduğu ve %86,0’ sinin tedaviden fayda gördüğü, %14,0’ ünün kısmi olarak fayda gördüğü gözlenmiştir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin çocuğunda ortalama 7,22 yaşında ilk kez puberte belirtilerinin başladığı ve çocuklara ortalama 7,60 yaşında puberte prekoks tanısı konduğu gözlenmiştir. Bu durum literatürde incelenmiş ve bulgular şu şekildedir; Roche ve ark., tarafından yapılan çalışmada ulaşılan bulgulara göre, puberte prekoks tanısı konduğunda ortalama yaş genel olarak 11,2 olarak

bulunmuştur, normal yaş aralığı ise 8,9-13,3 yaş olarak bulgulanmıştır (151). Prete vd. tarafından yapılan çalışmada ise, puberte prekoks tanısı konma yaş ortalaması 6,7- 11,3 olarak bulgulanmıştır (152). Trivin ve Brauner ise benzer bir şekilde puberte prekoks tanısı için yaş ortalamasını 6,7- 11,3 olarak saptamıştır.

Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %100,0' ünün çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi olduğu ve %86,0' sının tedaviden fayda gördüğü, %14,0' ünün kısmi olarak fayda gördüğü gözlenmiştir. Özmen ve Kınık ile Macedo ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda benzer şekilde bulgulara ulaşılmıştır (153-172).

Ölçeklere İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

K-SADS-PL kısa form ölçek alt boyut değişkenlerinin kontrol ve puberte prekoks grubuna göre dağılımları incelendiğinde, kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %4,0' ünün depresif bozukluk, %4,0' ünün ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %2,0' sinin sosyal anksiyete bozukluğu, %32,0' sinin özgül fobi, %6,0' sının yaygın anksiyete bozukluğu, %4,0' ünün obsesif kompulsif bozukluk, %8,0' inin enürezis, %16,0' sının dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %10,0' unun karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %2,0' sinin davranım bozukluğu, %2,0' sinin tik bozukluğu, %2,0' sinin travma sonrası stres bozukluğunun olduğu gözlenmiştir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %2,0' sinin depresif bozukluk, %6,0' sının ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %6,0' sının sosyal anksiyete bozukluğu, %26,0' sının özgül fobi, %2,0' sinin yaygın anksiyete bozukluğu, %2,0' sinin obsesif kompulsif bozukluk, %26,0' sının dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %8,0' inin karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %2,0' sinin davranım bozukluğunun olduğu gözlenmiştir. Yapılan ki-kare bağımsızlık test sonucuna göre depresif bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, enürezis, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, tik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu dağılımları açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir. Bu durum Prete vd. ve Macedo vd. tarafından yapılan çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir (152, 153).Demirbilek vd. tarafından yapılan çalışmada 28 kız çocuğundan elde edilen verilerin analizi sonraki ulaşılan bulgulara göre; puberte prekoks tanısı konan çocukların kaygı, depresyon,

duygusal sorunlar, depresif davranışlar, okul problemleri, duygusal sorunlar, davranış problemleri, benlik saygısı ve beden imajı konusunda sorunlar yaşadıkları gözlemlenmektedir. Bu durum Kim ve ark., Naderi ve ark., Purper-Ouakil ve Didillon ile Synovitz ve Chopak-Foss tarafından yapılan çalışmaların bulguları ile teyit edilmektedir (154-155-156-157-158). Williams tarafından yapılan çalışmada ise puberte prekoks tanısı konan çocukların sağlıklı çocuklarla benzer bulgular gösterdikleri ancak; daha düşük benlik saygısı ve beden imajına sahip oldukları görülmektedir (149).

Her ne kadar kontrol grubu ve olgu grubu arasında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasada özellikle olgu grubundaki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite oranı tüm çalışmaların ortalamasının 3 katı büyüklüğündedir (Toplumda Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite sıklığı %7-8 düzeyindeyken, bizim çalışmamızdaki puberte prekoks grubunda %26 bulunmuştur.)

Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %18,0' inin sadece kurban, %4,0' ünün sadece zorba, %8,0' inin zorba ve kurban olduğu, %70,0' inin hiçbirinin olmadığı gözlenmiştir. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %20,0' sinin sadece kurban, %6,0' sının zorba ve kurban olduğu, %74,0' ünün hiçbirinin olmadığı gözlenmiştir. Baldry ve Farrington tarafından yapılan çalışmada İtalya'da 238 kız ve erkek öğrenciden toplanan veriler incelenmiş ve katılımcı öğrencilerin yarısından fazlasının önceki 3 ay içinde zorbalığa uğramıştır. Erkekler kızlardan daha fazla zorbalığa uğramakta olup, erkek çocukların tehdit edilme veya fiziksel olarak yaralanma gibi doğrudan zorbalığa maruz kalma olasılıkları daha yüksek çıkmıştır (159). Cenkseven Önder ve Sarı tarafından yapılan çalışmada ise ilköğretim öğrencilerinin zorbalık statüleri ve cinsiyetlerine göre okul yaşam kalitesi algıları incelenmiş ve bu kapsamda 569 öğrenciden veriler toplanmıştır. Ulaşılan bulgulara göre hem de erkeklerin anlamlı bir şekilde zorbalığa mazruz kaldıkları saptanmıştır. Çelen tarafından yapılan çalışmada ergenlerin zorbalığa maruz kalmaları incelenmiştir. 61 ergen bireyden toplanan veriler analiz edilmiş ve ulaşılan bulgulara göre, kötü akademik başarının zorbalığı arttırdığı gözlemlenmiştir. Babanın ilköğretim mezunu olmasının mağdur olma için riski artırdığı görülmüştür

(161). Benzer bulgular Pellegrini, Pişkin, Espelage ve Swearer ile Olweus tarafından yapılan çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir (165,166,162,163). Pekel-Uludağlı ve Uçanok tarafından yapılan çalışmada 701 erkek ve kız öğrenciden veriler toplanmış ve yapılan analizler sonrasında zorbalığa maruz kalan çocukların ihmal edilen statüden daha fazla reddedilmiş statüde bulunduğunu ortaya koymuştur (164). Bu durum Rigby ve Barnes ile Siyez ve Kaya tarafından yapılan çalışmaların bulgularına benzer sonuçlar ortaya koymuştur (167-168).

Kontrol grubunda yer alan 50 kişinin beden takdir puan ortalamasının 40,96, puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin beden takdir puan ortalamasının 42,44 olduğu gözlenmiştir. Yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre kontrol ve prekoks gruplarına göre beden takdir puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Bu durum Synovitz ve Chopak-Foss ile Cesario ve Hughes tarafından yapılan çalışmaların bulguları ile uyum göstermektedir (158-169-170). Ancak Wang vd. tarafından yapılan çalışmada pubertal gelişim gösteren kızlarda normal ve geç pubertal gelişim gösteren kızlara göre daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (171).

YEDİNCİ BÖLÜM

SONUÇ

Örneklem grubunda bulunan, sağlıklı ve puberte prekoks tanısı konan kız çocuklarından elde edilen veriler sonrasında yapılan analizler bulgulanmış ve çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Çalışma örnekleminde Kontrol grubu 50 ve Puberte prekoks grubu 50 olmak üzere 100 kız çocuğu bulunmaktadır. Kontrol grubunda yer alan 50 kişinin yaş ortalamasının 10,2 ve Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin ise yaş ortalamasının 9,74 olduğu ve örneklem gruplarında yaşlar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir.

2. Kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %100,0' ünün çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi olmadığı gözlenmiştir.

3. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 çocukta ortalama 7,22 yaşında ilk kez puberte belirtilerinin başladığı ve çocuklara ortalama 7,60 yaşında puberte prekoks tanısı konduğu gözlenmiştir.

4. Puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %100,0' ünün çocuklarının şu an için aldığı bir tedavi olduğu ve %86,0' sının tedaviden fayda gördüğü, %14,0' ünün kısmi olarak fayda gördüğü gözlenmiştir.

5. Çalışma kapsamında yapılan ki-kare bağımsızlık test sonuçlarına göre; anne-babanın eğitim, tıbbi ve psikiyatrik hastalık olup olmama dağılımları aylık gelir, anne-babanın akraba evlilik durumları, aile durumu, çocuğun okul başarısı, aile ve akrabalarda puberte prekoks tanısı olup olmama dağılımları açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir.

6. Çalışma kapsamında yapılan Mann Whitney U test sonuçlarına göre kontrol ve prekoks gruplarına göre yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne ve babanın yaşları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.

7. Çalışma kapsamında yapılan ki-kare bağımsızlık test sonuçlarına göre; depresif bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, enürezis, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, tik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu dağılımları açısından grupların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir.

8. Çalışma kapsamında Olweus öğrenciler için akran zorbalık durumlarının kontrol ve puberte prekoks grubuna göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunda yer alan 50 kişiden %18,0' inin sadece kurban, %4,0' ünün sadece zorba, %8,0' inin zorba ve kurban olduğu, %70,0' inin hiçbirinin olmadığı, puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişiden %20,0' sinin sadece kurban, %6,0' sinin zorba ve kurban olduğu, %74,0' ünün hiçbirinin olmadığı gözlenmiştir.

9. Araştırma grubunun çocuklar için beden takdir ölçek puanlarının kontrol ve puberte prekoks gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, kontrol grubunda yer alan 50 kişinin beden takdir puan ortalamasının 40,96, puberte prekoks grubunda yer alan 50 kişinin beden takdir puan ortalamasının 42,44 olduğu gözlenmiştir. Çalışma kapsamında yapılan Mann Whitney U test sonucuna göre kontrol ve prekoks gruplarına göre beden takdir puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.

Özetle; çalışmamızda kontrol ve puberte prekoks grubunda beden takdiri, kurban, zorba, kurban-zorba olma oranları toplum örnekleriyle benzerlik göstermekte, çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da toplum örneğine göre DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) oranının 3 kat olduğu gözlenmiştir, geçmiş literatürü tarayabildiğimiz kadarıyla puberte prekoks hastalarında DEHB görülme sıklığıyla ilgili veri bulunamamış olup bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

KISITLILIKLAR

Çalışmada Puberte prekoks olgularının kendi içinde gruplandırılarak incelenmemesi, sadece kız olguların alınması, örneklem sayısının yetersiz olması, çalışmanın kısıtlı bir zaman diliminde tamamlanmak zorunda olunması, çalışmanın uzunlamasına yapılamaması, pandemi dönemine denk gelmesinin akran zorbalığı ölçeğini etkilemiş olması, akran zorbalığını değerlendirmede durumu niceliksel olarak ölçen farklı bir ölçekle desteklenmemesi çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

KAYNAKÇA

1. Laron Z. *Age at first ejaculation (spermarche)--the overlooked milestone in male development*. *Pediatr Endocrinol Rev* 2010; 7:256.
2. Wu FC, Butler GE, Kelnar CJ, Sellar RE. *Patterns of pulsatile luteinizing hormone secretion before and during the onset of puberty in boys: a study using an immunoradiometric assay*. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 70:629.
3. Sex Development Genetics and Biology, Typical and atypical sex development, Available from: URL: www.dsdgenetics.org/index.php?id=48, last updated July 17, 2015
4. Cutler GB Jr, Loriaux DL. *Andrenarche and its relationship to the onset of puberty*. *Fed Proc* 1980; 39:2384.
5. Biro FM, Chan YM, Normal Puberty, Available from: URL: www.uptodate.com/contents/normalpuberty, last updated Feb 23, 2018.
6. Marshall WA, Tanner JM. *Variations in pattern of pubertal changes in girls*. *Arch Dis Child* 1969; 44:291-303.
7. Marshall WA, Tanner JM. *Variations in the pattern of pubertal changes in boys*. *Arch Dis Child* 1970; 45:13-23.
8. Kaplowitz PB, Oberfield SE. *Reexamination of the age limit for defining when puberty is precocious in girls in the United States: implications for evaluation and treatment*. *Drug and Therapeutics and Executive Committees of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society*. *Pediatrics* 1999; 104:936.

9. Biro FM, McMahon RP, Striegel-Moore R, et al. *Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study*. J Pediatr 2001; 138:636.
10. Garn SM, LaVelle M, Rosenberg KR, Hawthorne VM. *Maturation timing as a factor in female fatness and obesity*. Am J Clin Nutr 1986; 43:879.
11. Andrew C. Calabria, David R. Langdon, Puberty; Available from: URL: <https://clinicalgate.com/puberty/>, last updated June 6, 2016
12. Abbassi V. *Growth and normal puberty*. Pediatrics 1998; 102:507.
13. Bass S, Delmas PD, Pearce G, et al. *The differing tempo of growth in bone size, mass, and density in girls is region-specific*. J Clin Invest 1999; 104:795.
14. Biro FM, Huang B, Crawford PB, et al. *Pubertal correlates in black and white girls*. J Pediatr 2006; 148:234.
15. Gelander L, Karlberg J, Albertsson-Wikland K. *Seasonality in lower leg length velocity in prepubertal children*. Acta Paediatr 1994; 83:1249.
16. Huang B, Biro FM, Dorn LD. *Determination of relative timing of pubertal maturation through ordinal logistic modeling: evaluation of growth and timing parameters*. J Adolesc Health 2009; 45:383.
17. Magarey AM, Boulton TJ, Chatterton BE, et al. *Bone growth from 11 to 17 years: relationship to growth, gender and changes with pubertal status including timing of menarche*. Acta Paediatr 1999; 88:139.
18. McKay HA, Bailey DA, Mirwald RL, et al. *Peak bone mineral accrual and age at menarche in adolescent girls: a 6-year longitudinal study*. J Pediatr 1998; 133:682.
19. Taranger J, Engström I, Lichtenstein H, Svennberg- Redegren I. VI. *Somatic pubertal development*. Acta Paediatr Scand Suppl 1976; :121.
20. Lloyd T, Rollings N, Andon MB, et al. *Determinants of bone density in young women. I. Relationships among pubertal development, total body bone mass, and total body bone density in premenarchal females*. J Clin Endocrinol Metab 1992; 75:383.
21. Maynard LM, Wisemandle W, Roche AF, et al. *Childhood body composition in relation to body mass index*. Pediatrics 2001; 107:344.
22. Gasser T, Ziegler P, Kneip A, et al. *The dynamics of growth of weight, circumferences and skinfolds in distance, velocity and acceleration*. Ann Hum Biol 1993; 20:239.

23. Uenoyama Y, Tsukamura H, Maeda KI. *KNDy neuron as a gatekeeper of puberty onset*. J Obstet Gynaecol Res. 2014;40(6):1518-26.
24. Teilmann G, Pedersen CB, Jensen TK, Skakkebaek NE, Juul A. *Prevalence and incidence of precocious pubertal development in Denmark: an epidemiologic study based on national registries*. Pediatrics. 2005;116(6):1323-8.
25. Berberoğlu M. *Precocious puberty and normal variant puberty: definition, etiology, diagnosis and current management*. Clin Res Pediatr Endocrinol. 2009;1(4):164-74.
26. Codner E, Roman R. *Premature thelarche from phenotype to genotype*. Pediatr Endocrinol Rev. 2008;5(3):760-5.
27. Kota AS, Ejaz S. *Precocious Puberty*. StatPearls Publishing. 2020.
28. Carel J, Eugster E, Rogol A, Ghizzoni L, Palmert M, Antoniazzi F, ESPE-LWPES GnRH Analogs Consensus Conference Group, et al. *Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children*. Pediatrics. 2009;123(4):752-62.
29. Chalumeau M, Chemaitilly W, Trivin C, Adan L, Bréart G, Brauner R. *Central precocious puberty in girls: an evidence-based diagnosis tree to predict central nervous system abnormalities*. Pediatrics. 2002;109(1):61-7.
30. Sørensen K, Mouritsen A, Aksglaede L, Hagen CP, Mogensen SS, Juul A. *Recent secular trends in pubertal timing: implications for evaluation and diagnosis of precocious puberty*. Horm Res Paediatr. 2012;77(3):137-45.
31. de Vries L, Horev G, Schwartz M, Phillip M. *Ultrasonographic and clinical parameters for early differentiation between precocious puberty and premature thelarche*. Eur J Endocrinol. 2006;154(6):891-8.
33. Carel J-C, Leger J. *Precocious puberty*. N Engl J Med. 2008;358(22):2366-77.
34. Pescovitz OH, Hench KD, Barnes KM, Loriaux DL, Cutler GB. *Metabolism. Premature thelarche and central precocious puberty: the relationship between clinical presentation and the gonadotropin response to luteinizing hormone-releasing hormone*. J Clin Endocrinol Metab. 1988;67(3):474-9.
35. Badaru A, Wilson DM, Bachrach LK, Fechner P, Gandrud LM, Durham E, et al. *Sequential comparisons of one-month and three-month depot leuprolide regimens in central precocious puberty*. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91(5):1862-7.
36. Thornton P, Silverman LA, Geffner ME, Neely EK, Gould E, Danoff TM. *Review of outcomes after cessation of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment of girls with precocious puberty*. Pediatr Endocrinol Rev. 2014;11(3):306-17.

37. Leschek EW, Jones J, Barnes KM, Hill SC, Cutler GB. *Six-year results of spironolactone and testolactone treatment of familial male-limited precocious puberty with addition of deslorelin after central puberty onset.* J Clin Endocrinol Metab. 1999;84(1):175-8.
38. Zhu S-Y, Du M-L, Huang T-T. *An analysis of predictive factors for the conversion from premature thelarche into complete central precocious puberty.* J Pediatr Endocrinol Metab. 2008;21(6):533-8.
39. Nebesio TD, Eugster EA. *Current concepts in normal and abnormal puberty.* Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2007;37(2):50.
40. Nebesio TD, Eugster EA. *Pubic hair of infancy: endocrinopathy or enigma?* Pediatrics. 2006;117(3):951-4.
41. Euling SY, Selevan SG, Pescovitz OH, Skakkebaek NE. *Role of environmental factors in the timing of puberty.* Pediatrics 2008;121:S167-71.
42. Palmert MR, Boepple PA. *Variation in the timing of puberty: clinical spectrum and genetic investigation.* J Clin Endocrinol Metab 2001;86(6):2364-8.
43. Chumlea WC, Schubert CM, Roche AF, Kulin HE, Lee PA, Himes JH, Sun SS. *Age at menarche and racial comparisons in US girls.* Pediatrics 2003;111(1):110-3.
44. Ojeda SR, Lomniczi A, Mastronardi C, Heger S, Roth C, Parent AS, Matagne V, Mungenast AE. *Minireview: the neuroendocrine regulation of puberty: is the time ripe for a systems biology approach?* Endocrinology 2006;147(3):1166-74.
45. Ohtaki T, Shintani Y, Honda S, Matsumoto H, Hori A, Kanehashi K, Terao Y, Kumano S, Takatsu Y, Masuda Y, Ishibashi Y, Watanabe T, Asada M, Yamada T, Suenaga M, Kitada C, Usuki S, Kurokawa T, Onda H, Nishimura O, Fujino M. *Metastasis suppressor gene KiSS-1 encodes peptide ligand of a G-protein-coupled receptor.* Nature 2001;411(6837):613-7.
46. Seminara SB, Messenger S, Chatzidaki EE, Thresher RR, Acierno JS Jr, Shagoury JK, Bo-Abbas Y, Kuohung W, Schwino KM, Hendrick AG, Zahn D, Dixon J, Kaiser UB, Slaugenhaupt SA, Gusella JF, O'Rahilly S, Carlton MB, Crowley WF Jr, Aparicio SA, Colledge WH. *The GPR54 gene as a regulator of puberty.* N Engl J Med 2003;349(17):1614-27.
47. Navarro VM, Castellano JM, Fernández-Fernández R, Tovar S, Roa J, Mayen A, Nogueiras R, Vazquez MJ, Barreiro ML, Magni P, Aguilar E, Dieguez C, Pinilla L, Tena-Sempere M. *Characterization of the potent luteinizing hormone-releasing activity of KiSS-1 peptide, the natural ligand of GPR54.* Endocrinology 2005;146(1):156-63.
48. Dhillo WS, Chaudhri OB, Patterson M, Thompson EL, Murphy KG, Badman MK, McGowan BM, Amber V, Patel S, Ghatei MA, Bloom SR. *Kisspeptin-*

- 54 stimulates the hypothalamic-pituitary gonadal axis in human males. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(12):6609-15.
49. Teles MG, Bianco SD, Brito VN, Trarbach EB, Kuohung W, Xu S, Seminara SB, Mendonca BB, Kaiser UB, Latronico AC. *A GPR54-activating mutation in a patient with central precocious puberty.* *N Engl J Med* 2008;358(7):709-15.
50. Karlberg J. *Secular trends in pubertal development.* *Horm Res* 2002;57:19- 30.
51. Wang Y. *Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls.* *Pediatrics* 2002;110:903-10.
52. Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML. *Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index.* *Pediatrics* 2009;123(1):84-8.
53. Slyper AH. *The pubertal timing controversy in the USA, and a review of possible causative factors for the advance in timing of onset of puberty.* *Clin Endocrinol (Oxf)* 2006;65(1):1-8.
54. Buyken AE, Karaolis-Danckert N, Remer T. *Association of prepubertal body composition in healthy girls and boys with the timing of early and late pubertal markers.* *Am J Clin Nutr* 2009;89(1):221-30.
55. Kaplowitz PB, Slora EJ, Wasserman RC, Pedlow SE, Herman-Giddens ME. *Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race.* *Pediatrics* 2001;108: 347-53.
56. Gueorguiev M, Goth ML, Korbonits M. *Leptin and puberty: a review.* *Pituitary* 2001;4:79-86.
57. Delemarre-van de Waal HA. *Secular trend of timing of puberty.* *Endocr Dev* 2005;8:1-14.
58. Garibaldi L. Disorders of pubertal development. Ed: Behrman R, Kliegman R, Jenson H, Nelson Textbook of Pediatrics. pp. 2309-2311, Saunders Company, Philadelphia, USA, 2008.
59. Ibáñez L, Jiménez R, de Zegher F. *Early puberty-menarche after precociouspubarche: relation to prenatal growth.* *Pediatrics* 2006;117(1):117-21.
60. Hernández MI, Mericq V. *Impact of being born small for gestational age on onset and progression of puberty.* *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2008;22(3):463-76.
61. Voordouw JJ, van Weissenbruch MM, Delemarre-van de Waal HA. *Intrauterine growth retardation and puberty in girls.* *Twin Res* 2001;4(5):299-306.

62. Acerini CL, Hughes IA. *Endocrine disrupting chemicals: a new and emerging public health problem?* Arch Dis Child 2006;91(8):633-41.
63. Massart F, Parrino R, Seppia P, Federico G, Saggese G. *How do environmental estrogen disruptors induce precocious puberty?* Minerva Pediatr 2006;58(3):247-54.
64. Stefanidou M, Maravelias C, Spiliopoulou C. *Human exposure to endocrine disruptors and breast milk.* Endocr Metab Immune Disord Drug Targets 2009;9(3):269-76.
65. Wolff MS, Teitelbaum SL, Windham G, Pinney SM, Britton JA, Chelimo C, Godbold J, Biro F, Kushi LH, Pfeiffer CM, Calafat AM. *Pilot study of urinary biomarkers of phytoestrogens, phthalates, and phenols in girls.* Environ Health Perspect 2007;115(1):116-21.
66. Teilmann G, Boas M, Petersen JH, Main KM, Gormsen M, Damgaard K, Brocks V, Skakkebaek NE, Jensen TK. *Early pituitary-gonadal activation before clinical signs of puberty in 5- to 8-year-old adopted girls: a study of 99 foreign adopted girls and 93 controls.* J Clin Endocrinol Metab 2007;92(7):2538-44.
67. Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebaek NE, Jensen TK. *Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark.* Pediatrics 2006;118(2):391-9.
68. Krstevska-Konstantinova M, Charlier C, Craen M, Du Caju M, Heinrichs C, de Beaufort C, Plomteux G, Bourguignon JP. *Sexual precocity after immigration from developing countries to Belgium: evidence of previous exposure to organochlorine pesticides.* Hum Reprod 2001;16(5):1020-6.
69. Kaltialo-Heino R, Marttunen M, Rantanen P ve ark. *Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence.* Soc Sci Med, 2003, 57: 1055-64.
70. Lien L, Haavet OL, Dalgard F (2010) *Do mental health and behavioral problems of early menarch persist into late adolescence? A three year follow-up study among adolescent girls in Oslo, Norway.* Soc Sci Med, 71: 529-33.
71. Doğan O, Doğan S. *Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı.* Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, 1992: 10-20.
72. Canpolat BI, Örsel S, Akdemir A, Özbay MH. *Ergenlerin kendilik algısında beden imajının ve beden kitle indeksinin rolü.* 3P Dergisi, 2003, 11(2):143-154.
73. Aktaş A, Atabek Aştı T, Bakanoğlu E, Çelebioğlu M. *Bir hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin beden imgesi algısının belirlenmesi.* İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 2010, 18(2):63-71.

74. Rodoplu G. *Mastektomi ve Histerektomi Ameliyatı Sonrası Beden Bütünlüğü Bozulmuş Hastaların Beden İmajı Konusunda Hissettiklerinin İncelenmesinde Hemşirenin Rolü*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1992.
75. Koç M. *Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri*. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004, 17:231-256.
76. Erkal S, Pek H. *Beden İmajında Değişimler ve Hemşirenin Rolü*. Hemşirelik Bülteni, 1993, 7(30): 61-71.
77. Farrell C, Shafran R, Lee M. *Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review*. European Eating Disorders Review, 2006, 14:289-300.
78. Newell R. *Living with disfigurement*. Nursing Times, 2002, 98(15):34-35.
79. Tomey AM, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. USA, Mosby/Elsevier, 2006.
80. Grogan S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction Men, Women and Children*. London, Routledge, 1999: 6.
81. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*, 10. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011: 1-17.
82. Sainsbury DCG. *Body image and facial burns*. Advances in Skin and Wound Care, 2009, 22(1):39-44.
83. Geylan R. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiyi Etkileyen Temel Kavramlar. <http://www.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1208/unite03.pdf>. 20.07.2015.
84. Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image*. The Guilford Press, New York, 2002.
85. Ertem Ü, Yazıcı S. *Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon*. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 2006, 3(9):7-8.
86. Steinberg L. *Ergenlik*. Çeviri: Çok F. 2. Baskı. Ankara, İmge Kitabevi, 2007: 291-481.
87. Oktan V, Şahin M. *Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010, 7(2): 543-556.
88. Baybek H, Yavuz S. *Muğla üniversitesi öğrencilerinin benlik saygılarının incelenmesi*. Muğla Üniversitesi SBE Dergisi, 2005:14.
89. Koç M. *Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri*. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004, 17:231-256.

90. Birol L, Akdemir N, Bedük T. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 5. Baskı. Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1995: 12.
91. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. *Cognitive Behavioural Treatment of Obesity: A Clinician's Guide*. New York, Guilford Press, 2003: 98.
92. Atik D, Örtten T. *İdeal beden imgesini oluşturan sosyal ve kurumsal faktörler ve bu idealin bireyler üzerindeki etkileri*. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 2008, 25(1):17-35.
93. Oğuz YG. *Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu*. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 2005, 4(1):31-37.
94. Li Y, Hu X, Ma W, Wu J, Ma G. *Body image perceptions among Chinese children and adolescents*. Body Image, 2005, 2:91-103.
95. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD. *Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007, 6(2):98-105.
96. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara, Mattek Matbaacılık Basım, 2010: 68-92.
97. Wanda K. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. New York, Lippincott Williams and Wilkins, 2004: 566-568.
98. Potter P, Perry AG. Self-concept. *Fundamentals of Nursing*. Saint Louis, Mosby, 2001:540-65.
99. Koçan S. *Mastektominin Kadınların Beden İmajına Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2014.
100. Serra A. *Tracheostomy care*. Nursing Standard, 2000, 14(42):45-52.
101. Thompson A, Kent G. *Adjusting to disfigurement: Processes involved idealizing with being visibly different*. Clinical Psychology Review, 2001, 21(5):63-682.
102. Striegel-Moore RH, Franko DL. Body Image Issues Among Girls and Women. In Cash Thomas F (ed). *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. New York, Guilford Publications, 2002: 183-190.
103. Dale, J., Russell, R., & Wolke, D. *Intervening in primary care against childhood bullying: an increasingly pressing public health need*. Journal of the Royal Society of Medicine, 2014, 107(6), 219-223.

104. Salmivalli, C., & Peets, K. *Bullies, victims, and bully-victim relationships in middle childhood and early adolescence*. Handbook of peer interactions, relationships, and groups, 2009. 322-340.
105. Uysal, H., & Dinçer, Ç. *Peer Bullying During Early Childhood*. Journal of Theoretical Educational Science, 2012, 5(4), 468-483.
106. Dan, O. *Bullying at school: what we know and what we can do*. 1993, Malden, MA: Blackwell Publishing.
107. Olweus, D., & Limber, S. P. *Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program*. American Journal of Orthopsychiatry, 2010, 80(1), 124.
108. Catalano, R., Junger-Tas, J. O. S. I. N. E., Morita, Y., Olweus, D., SLEE, P., & Smith, P. K. (Eds.). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. Routledge, 2014.
109. Burk, F. L. Teasing and bullying. The Pedagogical Seminary, 1897, 4(3), 336-371. <http://www.apa.org/search.aspx?query=bullying> 30 Ekim 2017.
110. Pişkin, M. *Okul zorbalığı: Tanımı, türleri, ilişkili olduğu faktörler ve alınabilecek önlemler*. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 2002, 2(2), 531-562.
111. Crothers, L. M., & Levinson, E. M. *Assessment of bullying: A review of methods and instruments*. Journal of Counseling & Development, 2004, 82(4), 496-503.
112. Gladden, R. M., Vivolo-Kantor, A. M., Hamburger, M. E., & Lumpkin, C. D. *Bullying surveillance among youths: Uniform definitions for public health and recommended data elements*, version 1.0, 2014.
113. Pişkin, M. *Okulda akran zorbalığı. Ankara Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü Özel Eğitim Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Bölümü, Okullarda Şiddet Paneli*. Ankara, 12, 2005.
114. Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Jaén, A., Muñoz-Jareño, N., Calleja-Pérez, B., Fernández-Perrone, A. L., & Arribas, S. L. *Treatment with paliperidone in children with behavior disorders previously treated with risperidone: an open-label trial*. Clinical neuropharmacology, 2012, 35(5), 227-230.
115. Slonje, R., & Smith, P. K. *Cyberbullying: Another main type of bullying?* Scandinavian journal of psychology, 2008, 49(2), 147-154.
116. Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. *Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils*. Journal of child psychology and psychiatry, 2008, 49(4), 376-385.

117. Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., ... & Pickett, W. *A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries*. International journal of public health, 2009, 54, 216-224.
118. Tuncay, Ayas.,& Pişkin, M. *Investigation of bullying among high school students with regard to sex, grade level and school type*. Elementary Education Online, 2011, 10(2), 550-568.
119. Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. *Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment*. Jama, 2001, 285(16), 2094-2100.
120. Abdulsalam, A. J., Al Daihani, A. E., & Francis, K. *Prevalence and associated factors of peer victimization (bullying) among grades 7 and 8 middle school students in Kuwait*. International journal of pediatrics, 2017.
121. Khamis, V. *Bullying among school-age children in the greater Beirut area: Risk and protective factors*. Child abuse & neglect, 2015, 39, 137-146.
122. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Preventing bullying through science, policy, and practice*. 2016, National Academies Press.
123. Kepenekci, Y. K.,& Çinkır, Ş. *Bullying among Turkish high school students*. Child abuse & neglect, 2006, 30(2), 193-204.
124. Kapçı, E. G. *İlköğretim öğrencilerinin zorbalığa maruz kalma türünün ve sıklığının depresyon, kaygı ve benlik saygısıyla ilişkisi*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2004, 37(1), 1-13.
125. Gökler, R. *İlköğretim Öğrencilerinde Akran Zorbalığının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2007.
126. Atik G. *İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Arasındaki Zorbalık Davranışını Yordamada Denetim Odağı, Benlik Saygısı, Aile Stili, Yalnızlık Ve Akademik Başarının Rolü*. Eğitim Bilimleri Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: ODTÜ, 2006.
127. Dikbıyık, C.,& Yılmaz, E. *Tekirdağ İlçeğinde Akran Zorbalığı Araştırması Ve Bulguların Değerlendirmesi*. Humanitas - Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi 2016, 7:127-139.
128. Bilgili, N., Kocoğlu, D., & Akın, B. *Peer Bullying Among High School Students and Related Factors*. In Yeni Symposium 2016, 54, 3:10-7).
129. Hymel, S.,& Swearer, S. M. *Four decades of research on school bullying: An introduction*. American Psychologist, 2015, 70(4), 293.

130. Barker, ED., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N., & Maughan, B. *Joint development of bullying and victimization in adolescence: Relations to delinquency and self-harm*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2008, 47(9), 1030-1038.
131. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.
132. Yurtal, F.,& Cenkseven, F. *İlköğretim okullarında zorbalığın yaygınlığı ve doğası*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016, 3(28).
133. Tippet, N.,& Wolke, D. *Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis*. American journal of public health, 2014, 104(6), e48-e59.
134. Gkiomisi, A., Gkrizioti, M., Gkiomisi, A., Anastasilakis, D. A., & Kardaras, P. *Cyberbullying among Greek high school adolescents*. The Indian Journal of Pediatrics, 2017, 84(5), 364-368.
135. Fahy, A. E., Stansfeld, S. A., Smuk, M., Smith, N. R., Cummins, S., & Clark, C. *Longitudinal associations between cyberbullying involvement and adolescent mental health*. Journal of Adolescent Health, 2016, 59(5), 502-509.
136. Kowalski, R. M.,& Limber, S. P. *Electronic bullying among middle school students*. Journal of adolescent health, 2007, 41(6), S22-S30.
137. Arıcak, T., Siyahhan, S., Uzunhasanoglu, A., Saribeyoglu, S., Ciplak, S., Yilmaz, N., & Memmedov, C. *Cyberbullying among Turkish adolescents*. Cyberpsychology & behavior, 2008, 11(3), 253-261.
138. Gönülal, D. *Manisa bölgesinde erken puberte sıklığının belirlenmesi* (Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık tezi). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa 2007.
139. Hendekci, A. *Okullardaki adölesanların yaşadıkları güçlükler ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi* (Halk sağlığı hemşireliği anabilim dalı yüksek lisans tezi) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2017.
140. Akyol, P. *Isparta'daki Kız Çocuklarında Ortalama Puberte Ve Menarş Başlama Yaşlarının Saptanması Ve Menarş Başlama Yaşını Etkileyen Faktörler İle Menstrüal Siklus Özelliklerinin Belirlenmesi* (Çocuk sağlığı ve hastalıkları tıpta uzmanlık tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, 2006.
141. Harris C, Flexeder C, Thiering E, Buyken A, Berdel D, et al. *Changes in dietary intake during puberty and their determinants: results from the GINIplus birth cohort study*. BMC Public Health. 2015, 15(1):841.

142. Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., ... Coghill, D. *The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2010, 19(2), 83-105.
143. Ersoy, B., Balkan, C., Gunay, T., Onag, A., Egemen, A. *Effects of different socioeconomic conditions on menarche in Turkish female students*. Early Human Development, 2004, 76(2), 115-125.
144. Eyong, M.E., Ntia, H.U., Ikobah, J.M., Eyong, E.M., Uket, H., Enyuma, C., Uheagbu, K. *Pattern of pubertal changes in Calabar, South South Nigeria*. The Pan African Medical Journal, 2018, 31(1), 1-10.
145. Gokler, B., 2004. Reliability and validity of schedule for affective disorders and Schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T)[in Turkish]. Turk J Child Adolesc Mental Health 11, 109-116.
146. Sipahi, Hilal Tıprıdamaz, and Ali Osman Karababa. "Olweus öğrenciler için akran zorbalığı anketinin Türkçeye ve Türkiye'ye uyarlanması ve geçerlilik, güvenilirlik analizi." Ege Tıp Dergisi 57.4 (2018): 222-227.
147. Yam, F. C.(2019, Ekim). Çocuklar için Takdir Ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Ş. Şentürk (Ed.), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Uluslararası 100. Yıl Eğitim Sempozyumu Bildiriler Kitabı içinde (ss.164-172). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
148. Bray GA. Fructose: pure, white, and deadly? fructose, by any other name, is a health hazard. J Diabetes Sci Technol. 2010;4(4):1003–7.
149. Williams, V.S., Soliman, A.M., Barrett, A.M., Klein, K.O. *Review and evaluation of patient-centered psychosocial assessments for children with central precocious puberty or early puberty*. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 2018, 31(5), 485-495
150. Topçu, B. *Düzce ili ilköğretim öğrencilerinde erken puberte prevalansı, etiyolojisi ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi* (Çocuk sağlığı 89 ve hastalıkları tıpta uzmanlık tezi). T.C. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, 2011.
151. Roche AF, Wellens R, Attie KM., et al. *The timing of sexual maturation in a group of U.S. white youths*. J Pediatr Endocrinol, 1995, 8: 11-18.
152. Prete,G. Christine Trivin, et al. *Idiopathic central precocious puberty in girls: presentation factors*. BMC Pediatrics, 2008, 1471- 2431-8-27.
153. Macedo D. B., Nahime Brito V, Latronico AC. *New causes of central precocious puberty: the role of genetic factors*. Neuroendocrinology; 2014, 100: 1–8

154. Demirbilek H, Gonc EN, Ozon A, Alikasifoglu A, Kandemir N. *Evaluation of serum kisspeptin levels in girls in the diagnosis of central precocious puberty and in the assessment of pubertal suppression*. J Pediatr Endocrinol Metab. 2012, 25:313-6.
155. Kim, E.Y., Lee, M.I. *Psychosocial aspects in girls with idiopathic precocious puberty*. Psychiatry Investigation, 2012, 9(1), 25-28
156. Naderi F, Soheilrad Z, Haghshenas Z. *The Influence of GonadotropinReleasing Hormone Agonist Treatment on Thyroid Function Tests in Children with Central Idiopathic Precocious Puberty*. Med Arch., 2019, 73(2):101-103.
157. Purper-Ouakil, D., Didillon, A. *Psychopathology related to women pubertal precocity*. L'Encephale, 2016, 42(5), 453-457
158. Synovitz, L.B., Chopak-Foss, J. *Precocious puberty: Pathology, related risks, and support strategies*. Open Journal of Preventive Medicine, 2013, 3(9), 504-509.
159. Baldry, A.C. & Farrington, D.P. *Types of bullying among Italian school children*. Journal of Adolescence, 1999, 22, 423-426.
160. Cenkseven Önder, F. ve Sarı, M. *İlköğretim öğrencilerinde zorbalık ve okul yaşam kalitesi*. İlköğretim Online, 2012, 11(4), 897-914.
161. Çelen, Ç. *Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Ergenlerde Akran Zorbalığı ile Siber Zorbalık ve Öfke İfade Tarzlarının İlişkisi*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2020, 1-11.
162. Espelage, D.,& Swearer, S. *Bullying in American schools- a social-ecological perspective on prevention and intervention*. 2004, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
163. Olweus, D. *Bullying at school* (9 th edition). 2004, UK: Blackwell.
164. Pekel-Uludağı, N. ve Uçanok, Z. *Akran zorbalığı gruplarında yalnızlık ve akademik başarı ile sosyometrik statüye göre zorba/ kurban davranış türleri*. Türk Psikoloji Dergisi, 2005, 56, 77-92.
165. Pellegrini, A. D. *School bullies, victims, and aggressive victims: factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence*. Journal of Educational Psychology, 1999, 91(2), 216-224
166. Pişkin, M. *Ankara'daki ilköğretim öğrencileri arasında akran zorbalığının incelenmesi*. Eğitim ve Bilim, 2010, 35(156), 175- 189.
167. Rigby, K.,& Barnes, A. *To tell or not to tell: the victimised student's dilemma*. Youth Studies Australia, 2002, 21(3) 33-36

168. Siyez, D. ve Kaya, A. *Akran zorbalığı gruplarında empatik eğilim*. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2011, 12(2), 23- 43.
169. Cesario, S.K., Hughes, L.A. *Precocious puberty: a comprehensive review of literature*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 2007, 36(3), 263-274.
170. Lee JS, Yang ME, Seo YJ, Kim JC. *Effects of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy on body mass index and height in girls with central precocious puberty*. Chonnam Medical Journal, 2012, 48:27-31.
171. Wang Y. *Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls*. Pediatrics, 2002, 110:903-910.
172. Özmen, E , Tulgar Kınık, P . *Leuprolide Asetat Tedavisi Alan Santral Puberte Prekoks Tanılı Kız Hastalarda Uzun Dönem Sonuçlar* . Namık Kemal Tıp Dergisi , 2020, 8 (3) , 369-375 . DOI: 10.37696/nkmj.714085