



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ERKEN PUBERTE TANILI KIZ ÇOCUKLARININ ANNELERİNİN
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zekai SALMAN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2018



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ERKEN PUBERTE TANILI KIZ ÇOCUKLARININ ANNELERİNİN
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zekai SALMAN

**EĞİTİM GÖREVLİSİ:
Doç. Dr. Bülent HACİHAMDİOĞLU**

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince yetiŐmemde büyük emeği olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Uz. Dr. Ahmet Cüneyt MÜDERRİSOĞLU ve Doç. Dr. Bülent HACİHAMDİOĞLU'na

Eğitimime büyük katkısı olan Uzm. Dr. Yalçın HACİOĞLU'na,

İstanbul eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği kliniği asistan arkadaşlarıma,

Tez çalışmalarım süresince birlikte çalıştığım Süleymaniye Kadın hastalıkları ve Çocuk Hastanesi Pediatri Kliniği asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarımız süresince çalışma fırsatı bulduğum İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Genel Cerrahi Kliniği, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Yedikule Göğüs Hastalıkları Kliniğini asistan arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, destek ve anlayışını esirgemeyen sevgili eşime ve aileme;

TeŐekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. PUBERTE.....	2
2.1.1 Puberte Tanımı	2
2.1.3 Kızlarda Normal Puberte Gelişimi	2
2.2. ERKEN PUBERTE	5
2.2.1. Erken Pubertenin Tanımı.....	5
2.2.2. Erken Pubertenin Sonuçları.....	6
2.2.3. Erken Pubertenin Psikolojik Sonuçları.....	6
2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	7
2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	7
2.3.2. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları	8
2.3.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	9
2.4. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ	11
2.4.1. Spielberger'in Durumluk Sürekli Kaygi Ölçeği Özellikleri.....	11
2.4.2. Spielberger'in Durumluk Sürekli Kaygi Ölçeğine Göre Anksiyete Puanı Hesaplama	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇLAR	35

6.1. ÖNERİLER.....	36
7. KAYNAKLAR	37
8. EKLER.....	42
EK-1: GENEL BİLGİLER VE KISA FORM SF-36	42
EK-2: SPIELBERG DURUM SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ.....	48
9-ÖZGEÇMİŞ	50



KISALTMALAR

DHEA-S	: Dehidroepiandrosteron sülfaat
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DKÖ	: Durum kaygı ölçeği
DM	: Diabetes mellitus
FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
GEP	: Gerçek erken puberte
GnRH	: Gonadotropin-releasing hormone
HT	: Hipertansiyon
HHG	: Hipotalamus-Hipofiz-Gonad
ICMA	: İmmunochemiluminometric assay
LH	: Luteinleştirici hormon
SEP	: Santral erken puberte
SKÖ	: Sürekli kaygı ölçeği
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SİYK	: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
PP	: Puberte prekoks
PEP	: Periferik erken puberte

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1: Tanner-Marshall yöntemine göre kızlarda pubertal evrelendirme	4
Tablo 2: Kısa form SF-36 ve alt parametreleri	10
Tablo 3: Sf-36 kısa form anketi Türk toplumu ortalaması.....	11
Tablo 4: Demografik özellikler	15
Tablo 5: Eğitim durumu	16
Tablo 6: Kısa form sf-36 alt grupları sonuçları.....	16
Tablo 7: Vaka ve kontrol grubu ek hastalıklar	20
Tablo 8: Kısa form 36 yaşam kalitesi anketi sonuçları	21
Tablo 9: Spielberg'in Durumluluk Kaygı Envanteri Sonuçları	29

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 1: Tanner-Marshall yöntemine göre kızlarda pubertal evrelendirme 3



GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No:

Grafik 1: Vaka ve kontrol grubu yaş ortalamalarının karşılaştırılması	17
Grafik 2: Vaka ve kontrol grubu medeni durumlarının karşılaştırılması	18
Grafik 3: Vaka ve kontrol grubu eğitim durumlarının karşılaştırılması.....	19
Grafik 4: Vaka ve kontrol grubu ek hastalıklar.....	20
Grafik 5: Vaka ve kontrol grubu fiziksel fonksiyon puanları.....	21
Grafik 6: Vaka ve kontrol grubu fiziksel rol güçlüğü puanları	22
Grafik 7: Vaka ve kontrol grubu emosyonel rol güçlüğü puanları.....	23
Grafik 8: Vaka ve kontrol grubu enerji/canlılık/vitalite puanları.....	24
Grafik 9: Vaka ve kontrol grubu ruhsal sağlık puanları	25
Grafik 10: Vaka ve kontrol grubu sosyal işlevsellik puanları	26
Grafik 11: Vaka ve kontrol grubu ağrı puanları	27
Grafik 12: Vaka ve kontrol grubu genel sağlık algısı puanları.....	28
Grafik 13: Vaka ve kontrol grubu durumluluk kaygı ölçeği puanları	29
Grafik 14: Vaka ve kontrol grubu sürekli kaygı ölçeği puanları.....	30

ÖZET

Erken puberte, ailelerde gerek medyada yer alan ilgili haberler, gerekse toplumsal yapı nedeni ile aşırı kaygıya yol açabilmektedir. Normal pubertal sürecin kendisi de aileler için zor bir dönem olmakla birlikte olası sonuçları nedeni ile erken pubertesi olan kız çocuklarının ailelerinde özellikle de annelerinde aşırı kaygı ve endişe hali görülebilmektedir. Kaygı ve endişe halinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Erken puberteli kız çocuklarının annelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi tanımı halen tartışılan bir konu olup, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlanabilir.

Bu çalışmadaki amaç erken puberteli kız çocuklarının annelerinde kaygı durumu ve yaşam kalitesini ortaya koymak, kaygı durumunun yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmektir. Bu amaçla SBÜ Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çocuk endokrinoloji polikliniğine erken puberte nedeni ile başvuran kız çocuklarının annelerine birebir görüşme yöntemi ile kısa form-36 yaşam kalite anketi ve Spielberg'in Durumluk-Sürekli Anksiyete ölçeği uygulandı. Kontrol grubu olarak da, aynı yaş grubunda olan ve henüz pubertesi başlamamış kız çocuklarının annelerinde de aynı ölçekler ile değerlendirme yapıldı.

Çalışmaya erken puberteli 42 kız çocuğunun anneleri ve kontrol grubu olarak erken pubertesi olmayan 42 kız çocuğunun anneleri dahil edildi. Anketi dolduran vaka grubu ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırası ile 33,1 ve 34.3 idi ($p>0,05$).

Erken puberteli kız çocuklarının annelerinde yaşam kalitesi ve alt parametreleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Spielberg'in Durumluk-Sürekli anksiyete ölçeğinde ise alt parametrelerde; durumluluk kaygı ölçeğine göre kaygı durumu erken puberteli kız çocuklarının annelerinde anlamlı olarak yüksek bulunmuşken, süreklilik kaygı ölçeğinde anlamlı bir fark bulunamadı.

Sonuç olarak bu çalışma, erken puberte nedeniyle değerlendirilen kız çocuklarının annelerinde benzer yaş grubunda ergenliği henüz başlamamış kız çocukları olan anneler ile karşılaştırıldığında kaygı durumunun daha yüksek ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Hekimlerimizin tanı ve tedavi sürecini yönetirken bu durumu dikkate alması sürecin daha iyi yönetmesini sağlayabilecektir.



ABSTRACT

Early puberty can lead to excessive anxiety in families as a result of related news in the media and due to social structure. Although the normal pubertal course itself is a difficult period for the parents, with the possible consequences excessive anxiety and concern can be seen in the families of the girls with early puberty, especially in mothers. It is known that state of anxiety and concern affect quality of life negatively. There is no study evaluating life quality of mothers of girls in early puberty. The definition of quality of life is still a matter of debate and can be described as not just the absence of illness or disability, but of a complete well-being of the individual in physical, mental and social aspects.

The aim of this study is to put forth the state of anxiety and life quality of mothers of girls in early puberty, and to assess the effect of anxiety on the quality of life. For this purpose, a short form-36 quality of life questionnaire and Spielberg's State-Trait Anxiety Scale were administered by one-to-one interview method to the mothers of girls who applied the children endocrinology polyclinic in the Süleymaniye Obstetrics and Gynecology Education and Research Hospital with complaints of early puberty. As the control group, assessment was also made by using the same scales for the mothers of girls of same age group who had not yet started puberty.

The study included 42 mothers of girls in early puberty and 42 mothers of girls without puberty as the control group. The mean age of the case group and the control group that completed the questionnaire was 33.1 and 34.3 respectively ($p>0,05$).

Quality of life and subparameters in mothers of girls with early puberty were found significantly lower than control group. In Spielberg's State-Trait Anxiety scale sub-parameters are; according to state anxiety scale, anxiety state was found to be significantly higher in mothers of girls in early puberty, but no significant difference was found in continuity-anxiety scale.

In conclusion, this study showed that state of anxiety was higher and the quality of life was lower in mothers of early pubertal girls compared to mothers of girls who had not yet begun puberty in a similar age group. Taking this into consideration, while our physicians are managing the diagnosis and treatment, will enable them to better manage the process.

Keywords: Anxiety, Female, Precocious Puberty, Quality of life



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Erken puberte son zamanlarda en çok arttırılan konulardan biridir. Kızlarda 8 yaş, erkeklerde 9 yaşından önce başlaması erken puberte kabul edilmektedir. Ayrıca kız çocukların 10.5 yaşından önce menstrüasyonunun başlaması da erken puberte için diğerk bir kriterdir. Erken puberte kız çocuklarında erkek çocuklarından 10-20 kat daha fazla görülmektedir (1,2).

Yaşam kalitesi tanımı halen tartışılan bir konu olup sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlanabilir. Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması gereği, DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır.

Çalışmamızdaki amacımız;

- 1- Erken puberte tanılı kız çocuklarının annelerinde yaşam kalitesini belirlemek
- 2- Erken puberteli tanılı kız çocuklarının annelerinde anksiyete durumunu ölçmek
- 3- Bu sonuçlar ışığında hekimin tanı ve tedavi sürecini daha iyi yönetmesine yardımcı olmaktır.

Erken puberte nedeni ile değerlendirilen kız çocuklarının yönetimi aşamasında annelerindeki kaygı ve endişe hali de göz önünde bulundurulmalı ve bu anksiyete durumunun ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır.

2. GENEL BİLGİLER

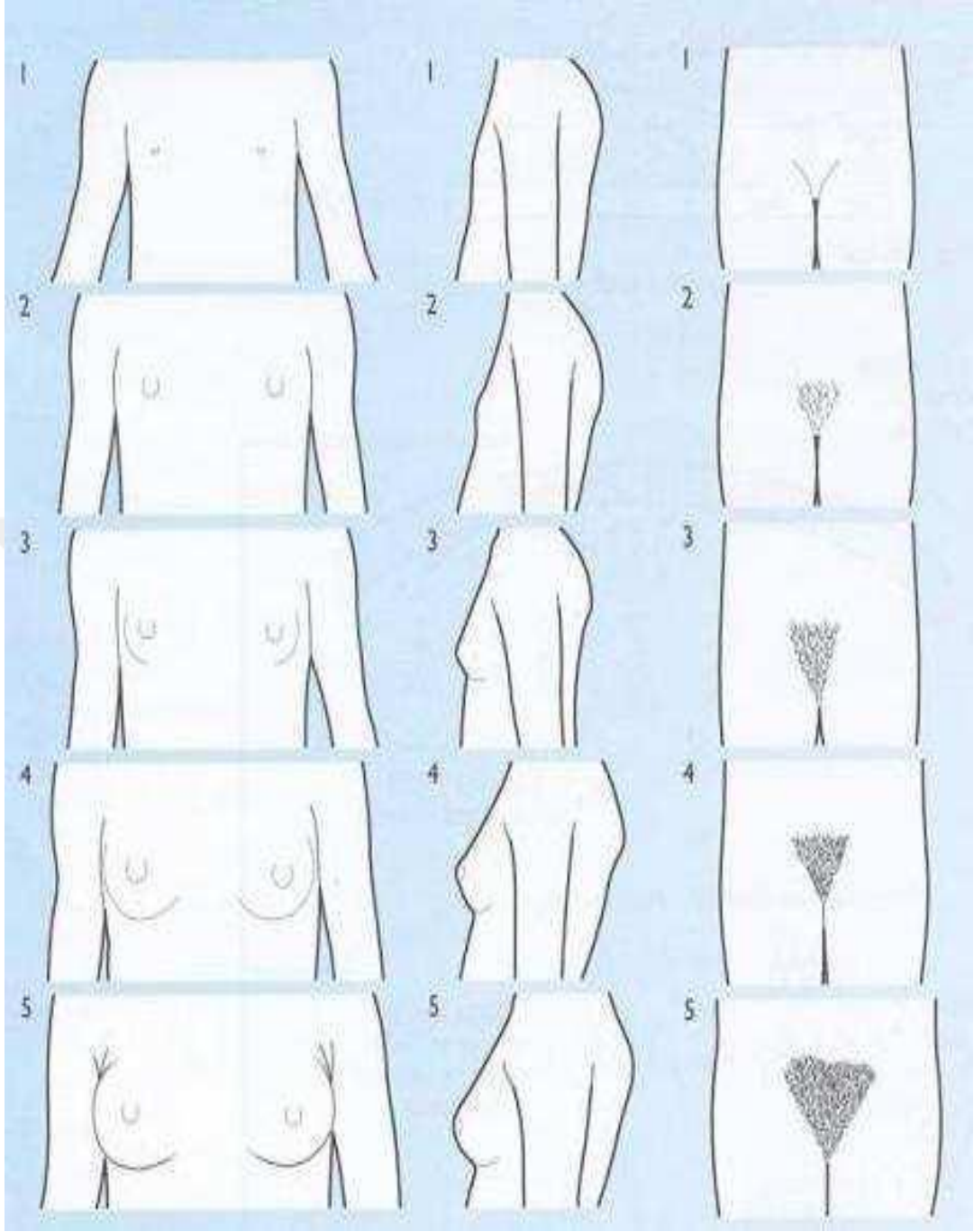
2.1. PUBERTE

2.1.1 Puberte Tanımı

Puberte cinsel özellikler, gonadal olgunlaşma ve üreme kapasitesinin sağlanması gibi sekonder özelliklerle karakterize, fiziksel, hormonal ve psikososyal olarak çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. (1,3) Puberte, kızlarda ovulatuvar menstrual sikluslar, erkeklerde ise tamamen matür spermatogenez ile sonuçlanır. (2,4) Başka bir deyişle puberte, birincil (gonad ve genital yapılar), ikincil (meme gelişimi ve pubik kıllanma, erkeklerde ses değişikliği vb.) cinsiyet karakterlerinin geliştiği ve belirginleştiği dönemdir. (5,6) Bu süreç genellikle kızlarda 8–13 yaş, erkeklerde 9–14 yaş arasında başlar. (7) Pubertenin ilk bulgusu kızlarda sıklıkla meme gelişiminin başlaması, erkeklerde ise testislerin büyümesidir (3).

2.1.3 Kızlarda Normal Puberte Gelişimi

Kızlarda meme gelişimi (Tanner evre II) genellikle pubertenin ilk bulgusudur. Meme büyümesi asimetrik başlayabilir, altı ay içinde diğer meme de gelişime katılır. Bunu pubik ve aksiller kıllanma ile menarş izlemektedir. Kızların % 20'sinde ilk belirti pubik kıllanma olabilir (8,9,10). Türk kız çocuklarında ergenlik belirtilerinin (meme gelişimi) ilk ortaya çıkış yaşı 10,1 yaş, alt ve üst sınırlar 7,8 ve 12,9 yaş olarak bildirilmiştir. Türk kız çocuklarında pubertenin tamamlanma süresi $4,9 \pm 1,2$ yıldır (11,12,13). Meme gelişimi birincil olarak overlerden östrojen salınımı ile pubik kıllanma adrenal androjenlerle kontrol edilmektedir (11,14). Meme gelişim ve pubik kıllanmanın evreleri şekilde ve tabloda görülmektedir(şekil 1, tablo 1).



Şekil 1: Tanner-Marshall yöntemine göre kızlarda pubertal evrelendirme

Tablo 1: Tanner-Marshall yöntemine göre kızlarda pubertal evrelendirme (Şekil 1) (15)

Evre	Meme	Pubik kıllanma	Eşlik eden değişiklikler
1	Prepubertal, Papilla eleve	Pigmente kıl yok	
2	Genişlemekte olan areola Gözlenebilen sınırlar altında meme dokusu ile elevasyon	Labia major üzerinde seyrek, düz veya hafif kıvrık pigmente kıl	Büyüme hızında artış
3	Meme dokusu ve areolada genişleme, areola dışına taşan meme dokusu	Mons pubise yayılan kalın, kıvrık, pigmente kıllar	Zirve büyüme hızı Kalınlaşmış vajinal mukozaya, aksiller kıllanma
4	Areola ve papilla meme dokusu üzerinde ikinci bir çıkıntı gibi kontur oluşturur	Daha küçük alanda erişkin tipi kıllanma	Menarş (evre 3-4) , büyüme hızında yavaşlama
5	Erişkin olgun boyutlarda, areola geri çekilir, kontur kaybolur	Erişkin dağılımı Bacak iç kısmına yayılır	

Kızlarda pubertede izlenen diğer değişiklikler; östrojenin etkisi ile vajen mukozasının kalınlaşması, mons pubiste yağlanma ve klitoriste hafif büyümedir.

Puberte gelişiminde östrojen düzeyinin artması ile iç ve dış genital organlarda gelişme ve tipik yağ dağılımı ortaya çıkar. Kemik kitlesi artar, özellikle beyinde sekse özgü bilişsel işlevler ve davranışlar gelişir.

2.2. ERKEN PUBERTE

2.2.1. Erken Pubertenin Tanımı

Erken puberte kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından önce puberte ile ilgili herhangi bir bulgunun başlaması olarak kabul edilmektedir. Bu tanımlamada kızlar için Tanner evrelendirmesine göre P2 düzeyinde meme gelişiminin (telarş) veya pubik kıllanmanın (pubarş) oluşması, erkekler için testis volumünün 4 mL'ye ulaşması ve yine pubik kıllanmanın gözlenmesi esas alınmıştır (16). Rosenfeld ve arkadaşları pubertal evreyi dikkate alarak kızlarda meme gelişiminin 7.5 yaşdan, pubik kıllanmanın 8.5 yaşdan, menarşın 9.5 yaşdan önce başlamasını erken puberte olarak tanımlamaktadır (3). Styne ve arkadaşları erkeklerde P2 puberteye 9 yaşından, P3 puberteye 10 yaşından önce ulaşmayı erken puberte olarak değerlendirmektedirler (17). Ayrıca tanımlamalarda pubertal evrenin derecesi ve bulguların ilerleme hızı da dikkate alınmalıdır. Bu noktada kızlarda menarş için 10 yaştan öncesi erken olarak değerlendirilmelidir. Son yıllarda kızlarda 7-8 yaş arası dönemde pubertal bulguların başlamasının erkene kaymış normal puberte (erkence puberte) olarak yorumlanması tartışılmaktadır. Günümüzde daha iyi sosyoekonomik ve beslenme koşullarına sahip çocuklarda ve çevre kirliliği ile değişen çevrel faktörlere paralellik göstermek üzere normal puberte daha küçük yaşlarda başlayabilmektedir. Son yıllarda pubertal bulgular kızlarda 7 yaşından, erkeklerde 9 yaşından önce başlamışsa erken puberte; kızlarda 7-8 yaş arasında; erkeklerde 9-10,5 yaş arasında başlamışsa erkence puberte (gri bölge) olarak adlandırılmaktadır.

Erken puberte kız çocuklarında erkek çocuklarından daha fazla görülmektedir (18,19,20,21).

2.2.2. Erken Pubertenin Sonuçları

Hipotalamo-hipozer-gonadal aksın erken aktivasyonu gonadalsteroidlerin normal zamanından daha erken artısına neden olur (22). Epifiz füzyonu, östrojen bağımlıdır (23). Gonadal steroidlerin erken artışı da lineer büyümeyi ve kemik maturasyonunu hızlandırarak, final boyun daha kısa olmasına neden olmaktadır.

2.2.3. Erken Pubertenin Psikolojik Sonuçları

Erken pubertenin getirdiği psikolojik stres de puberte prekoksun sonuçları arasında sayılabilir ve çocuğun psikolojik gelişimini etkileyebilir. Erken puberteli kızlarda depresyon ve anksiyete sıklığının da arttığını gösteren yayınlar vardır (23). Erken başlangıçlı ergenlik, çocukluğunun trajik bir şekilde azalması, fiziksel bedenler ile psikososyal konum arasındaki uyumsuzluğun zorluğu ve genç cinselliğin rahatsız edici şekilde ve zamansız başlaması gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır (24). Dahası, yaşlılarından daha erken olgunlaşan kızların anlamlı olarak vücudunun imajıyla tatminsizliği rapor edilmiştir (25).

Erken puberteli çocuklar spesifik davranış sorunları yaşayabilir ve risk faktörü olan hastalar psikososyal desteğe ihtiyaç duyabilir (26).

2.2.3. Erken puberteli çocuklarda ebeveyn psikolojisi

Bir ailede kronik hastalıklara sahip veya engelli, bir çocuk varsa ebeveynlerin özellikle annenin yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir (28,29,30,31,32,33).

Erken puberteli çocuklarının ailelerinde de yaşam kalitesi düşmüştür. Erken puberteli kız çocuklarının aileleri bu durumu endişe verici ve korkutucu bir durum olarak gördüklerine dair çalışmalar bulunmaktadır (27). Erken puberteli çocukların ailelerinin sıkıntı, keyifsizlik hissetmelerinin arttığı gösterilmiştir (34).

2.3. YAŞAM KALİTESİ

2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değer yargılarından, beğenilerden vepsikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir (35). Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılmıştır (36). Ancak yaşam kalitesi daha geniş bir kavramdır (37).

Yaşam kalitesi kavramının boyutları, çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Mc Sweeney; yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence, depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumu; Nordenfelt ise sadece mutluluk olarak tanımlamaktadır (38,39). Naes yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirmeye önem vermekte ve yaşam kalitesini, kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade etmektedir. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero, ise bu tanımlı bağımsızlık, sevmeye ve esenlik olmak üzere temellendirmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (39).

Kapsamlı olarak yaşam kalitesi; kişinin hayatına etki eden bütün faktörleri bir araya getiren, içine alan bir kavramken, sağlık-ilişkili yaşam kalitesi; sadece genel sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi olarak tanımlanan daha kısıtlı bir kavramdır. Kişinin beklentileri gerçekleşince iyi yaşam kalitesinden söz edilebilir. Bu kavram birçok parçaya bölünebilir, bunlar; psikolojik, sosyal ve fiziksel alanlardır (40).

Yaşam kalitesi kavramı; kişinin içinde yaşadığı kültür ve değer yargıları sistemine göre oluşan amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgi alanlarını göz önünde bulundurarak, hayattaki pozisyonuna olan bakış açısı olarak da

tanımlanmaktadır (41). Başka bir kaynakta da yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen, geniş bir kavram olarak tanımlanmıştır. Bu tanımın da, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıttığı belirtilmiştir (42). Yaşam kalitesi kavramı; fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali hakkındaki bilgilerin düzenlenmesi ile geliştirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığa geniş bakışında belirtilmiştir ki; yaşam kalitesi; sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil, kişinin üretken ve keyifli bir hayat sürdürebilmesidir (43). Yaşam kalitesi; sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (43).

2.3.2. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır (44).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır.

Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (44).

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (44).

Pozitif sağlık yaşam kalitesinin sağlıklı bir fiziksel, toplumsal ve ekolojik ortamda sağlıklı yaşam biçimleriyle artırılması anlamına gelir.

Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin artırılmasıdır. ‘Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması’ gereği DSÖ’nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (37).

2.3.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Kısa form SF-36 ve alt parametreleri (45,46,47)

Kısa form SF-36 Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (63). Bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlığın 8 boyutunun 36 madde ile incelemektedir.

- Fiziksel fonksiyon (10 madde)
- Sosyal fonksiyon (2 madde)
- Fiziksel rol kısıtlılığı (4 madde)
- Emosyonel rol kısıtlılığı (3 madde)
- Ruhsal sağlık (5 madde)
- Canlılık/Enerji/Vitalite (4 madde)
- Ağrı (2 madde)
- Genel sağlık algısı (5 madde)

Kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. Beş dakika gibi kısa sürede doldurulur. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirir. Özürllükteki küçük değişimleri saptamada diğer ölçeklerden daha duyarlıdır (64). Alt ölçekler ve puan sonuçlarının ne anlama geldiği aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 2: Kısa form SF-36 ve alt parametreleri (45,46,47)

ALTÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
Fiziksel fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel rol kısıtlılıkları	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Ruhsal sağlık	Sürekli sinirlilik, endişe ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Emosyonel rol kısıtlılıkları	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Canlılık	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın genel algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

Tablo 3: Sf-36 kısa form anketi Türk toplumu ortalaması (45,46,47)

Toplum normları Alt boyutlar	Ortalama-standart sapma
Fiziksel işlevsellik	86.6-25.2
Fiziksel rol güçlüğü	89.5-29.6
Ağrı	86.1-20.6
Genel sağlık algısı	73.9-17.5
Canlılık	67.0-13.8
Sosyal işlevsellik	94.8-14.2
Emosyonel rol güçlüğü	94.7-20.9
Ruhsal sağlık	73.5-11.6

2.4. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

2.4.1. Spielberger'in Durumluk Sürekli Kaygi Ölçeği Özellikleri

Durumluk Sürekli Kaygi Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1985 te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli kaygi düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygi seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygi seviyelerini gösterir

1975 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek yirmişer maddelik durumluk kaygi ve sürekli kaygi ölçeklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygi seviyesini, küçük puan ise düşük kaygi seviyesini belirtir (48).

“Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanterin

Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner tarafından 1977 yılında yapılmıştır (49).

2.4.2. Spielberger’in Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeğine Göre Anksiyete Puanı Hesaplama

Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya , önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35’dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın kapsamı, erken puberte nedeniyle değerlendirilen kız çocuklarının annelerinde yaşam kalitesi ve kaygı düzeyinin anket yöntemi ile belirlenmesidir. Çalışma, SBÜ Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapıldı. Erken puberte nedeniyle değerlendirilen kız çocuklarının annelerine kısa form-36 yaşam kalitesi anketi(ek-1) ve Spielberg'in durum kaygı envanteri anketleri(ek-2) yaptırılıp kontrol grubu karşılaştırıldı. Hasta grubu olarak, endokrin polikliniğine başvuran, 6-8 yaş aralığında pubertesi başlamış kız çocuklarının anneleri seçildi. Kontrol grubu olarak da genel pediatri polikliniğine başvuran, 6-8 yaş aralığında pubertesi başlamamış ve kronik hastalığı olmayan kız çocuklarının anneleri seçildi. Her iki gruba da 42 kişi dahil edildi. Anketi dolduranların yaş grubu 25-60 olarak belirlendi. Masraflar araştırmacı tarafından karşılandı.

Kısa form-36 yaşam kalite ölçeği; yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan bir ölçektir. Spielberg'in Durumluk-Sürekli anksiyete ölçeği kişinin anksiyete durumunu ve yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Her iki anketinin de validasyon çalışmaları daha önce yapılmıştır.

Çalışmanın yöntemi, hastane tabanlı prospektif gözlemsel kesitsel çalışmadır (Anket). Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem t test, mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı. SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında yanılma payı %5 ve güç % 80 olarak kullanıldı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1- 8 yaşından küçük erken puberte tanılı kız çocuklarının anneleri

2-8 yaşından küçük kronik hastalığı olmayan ve erken pubertesi olmayan kız çocuklarının anneleri

Hariç tutma kriterleri;

1- Erkek çocuklarının anneleri

2- 8 yaşından büyük kız çocuklarının anneleri

3- Malignite öyküsü olanlar

4- Aktif psikiyatrik tedavi alanlar

5- Okuma yazma bilmeyenler

4. BULGULAR

İstatistiksel yöntem: Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem t test, mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı. SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

Yaptığımız anketler sonucunda hem hasta hem de kontrol grubunun yaş, eğitim durumu, medeni hali ve ek hastalık varlığına ilişkin veriler aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

Tablo 4: Demografik özellikler

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Yaş	25.0 - 44.0	34.0	33.7 ± 5.3
Eğitim Durumu			
İlkokul		1	1.2%
Ortaokul		48	57.1%
Lise		27	32.1%
Üniversite		7	8.3%
Doktora		1	1.2%
Medeni Durum	Bekar	4	4.8%
	Evli	80	95.2%
Ek Hastalık	Yok	66	78.6%
	Var	18	21.4%
	<i>Alerji</i>	2	2.4%
	<i>Astım</i>	5	6.0%
	<i>DM</i>	1	1.2%
	<i>HT</i>	1	1.2%
	<i>Epilepsi</i>	1	1.2%
	<i>Hipertroidi</i>	1	1.2%
	<i>Hipotiroidi</i>	5	6.0%
	<i>Kas Hastalığı</i>	1	1.2%
	<i>Nefes Darlığı</i>	1	1.2%

Tablo 5: Eğitim durumu

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p	
	Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan		
Yaş	33.1 ± 4.9	33.0	34.3 ± 5.7	35.0	0.374 ^t	
Eğitim Durumu						
İlkokul	1	2.4%	0	0.0%	0.077 ^{x²}	
Ortaokul	19	45.2%	29	69.0%		
Lise	18	42.9%	9	21.4%		
Üniversite	4	9.5%	3	7.1%		
Doktora	0	0.0%	1	2.4%		
Medeni Durum	Bekar	2	4.8%	2	4.8%	1.000 ^{x²}
	Evli	40	95.2%	40	95.2%	

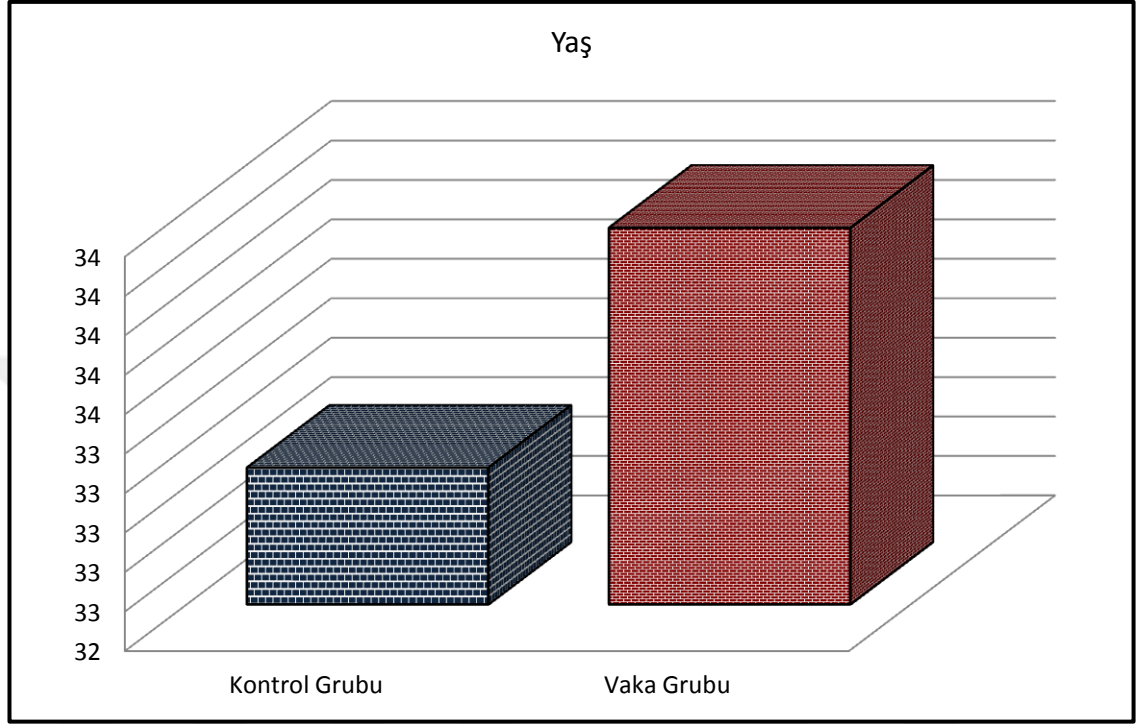
^t t test / ^{x²} Ki-kare test

Tablo 6: Kısa form sf-36 alt grupları sonuçları

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.
SF-36			
Fiziksel Fonksiyon	35.0 - 100.0	87.5	82.2 ± 17.3
Fiziksel Rol Güçlüğü	0.0 - 100.0	75.0	70.2 ± 31.9
Emosyonel Rol Güçlüğü	0.0 - 100.0	100.0	67.8 ± 39.2
Enerji/Canlılık/Vitalite	10.0 - 100.0	70.0	64.6 ± 20.3
Ruhsal Sağlık	24.0 - 92.0	73.5	69.2 ± 16.2
Sosyal İşlevsellik	12.5 - 100.0	77.5	75.7 ± 23.1
Ağrı	12.5 - 100.0	77.5	74.3 ± 20.0
Genel Sağlık Algısı	30.0 - 95.0	70.0	67.6 ± 15.7
Durumluluk Kaygı Ölçeği	34.0 - 66.0	46.0	46.4 ± 6.5
Sürekli Kaygı Ölçeği	32.0 - 64.0	42.0	42.2 ± 5.4

Çalışmamıza katılanların demografik özelliklerine bakacak olursak:

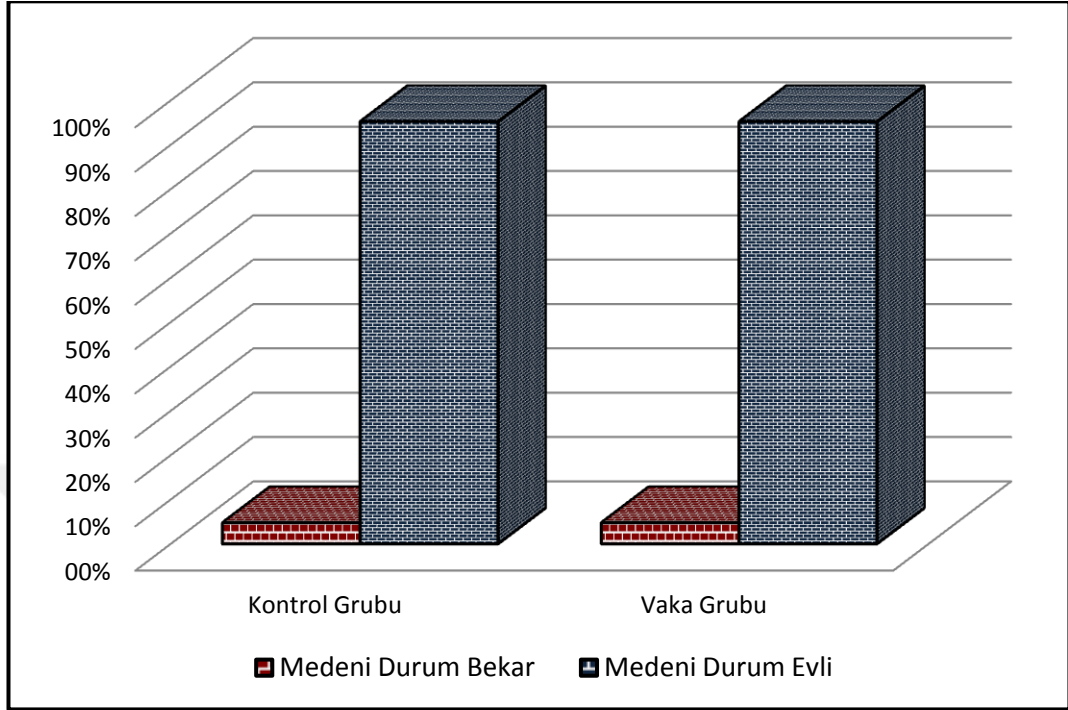
YAŞ



Grafik 1: Vaka ve kontrol grubu yaş ortalamalarının karşılaştırılması

Vaka ve kontrol grubunda hastaların yaşları anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

MEDENİ DURUM

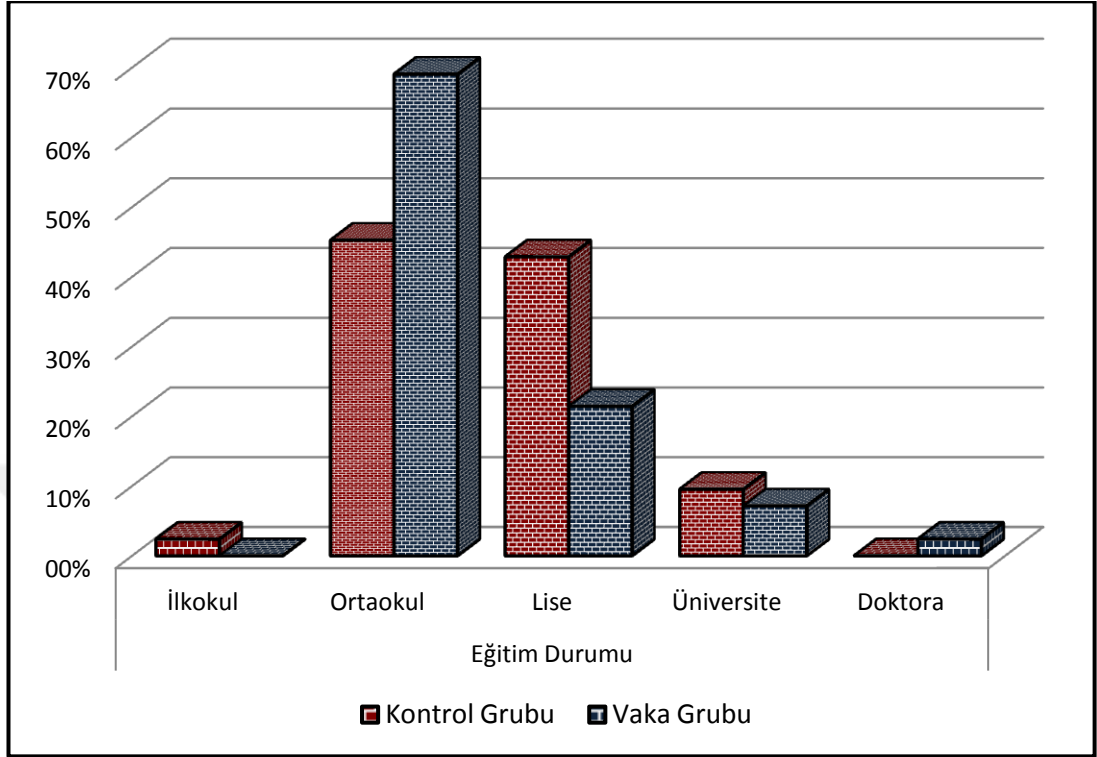


Grafik 2: Vaka ve kontrol grubu medeni durumlarının karşılaştırılması

Anketi dolduran vaka ve kontrol grubunun medeni halleri: 4 boşanmış 80 evli

Vaka ve kontrol grubunda medeni durum dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

EĞİTİM DURUMU



Grafik 3: Vaka ve kontrol grubu eğitim durumlarının karşılaştırılması

Vaka grubunda eğitim durumu olarak 29 ilkokul-ortaokul, 9 lise, 3 üniversite mezunu ve 1 doktora yapan bulunmuştur.

Kontrol grubunda ise 20 ilkokul-ortaokul, 18 lise ve 3 üniversite mezunu bulunmaktadır.

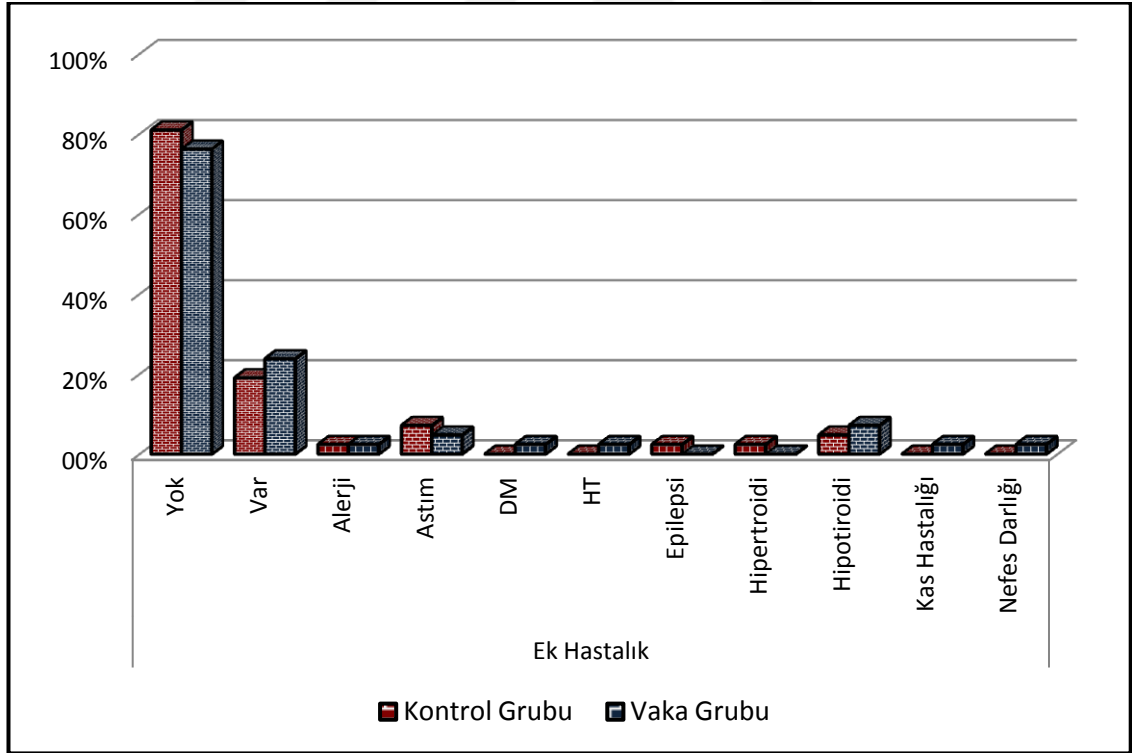
Vaka ve kontrol grubunda hastaların eğitim durumu anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

EK HASTALIK

Tablo 7: Vaka ve kontrol grubu ek hastalıklar

Ek Hastalık		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		n	%	n	%	
Ek Hastalık	Yok	34	81.0%	32	76.2%	0.595 ^{x2}
	Var	8	19.0%	10	23.8%	
	<i>Alerji</i>	1	2.4%	1	2.4%	
	<i>Astım</i>	3	7.1%	2	4.8%	
	<i>DM</i>	0	0.0%	1	2.4%	
	<i>HT</i>	0	0.0%	1	2.4%	
	<i>Epilepsi</i>	1	2.4%	0	0.0%	
	<i>Hipertroidi</i>	1	2.4%	0	0.0%	
	<i>Hipotiroidi</i>	2	4.8%	3	7.1%	
	<i>Kas Hastalığı</i>	0	0.0%	1	2.4%	
	<i>Nefes Darlığı</i>	0	0.0%	1	2.4%	

^t t test / ^{x2} Ki-kare test



Grafik 4: Vaka ve kontrol grubu ek hastalıklar

Vaka ve kontrol grubunda ek hastalık oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

SF-36 KISA FORM YAŞAM KALİTESİ ANKETİ SONUÇLARI

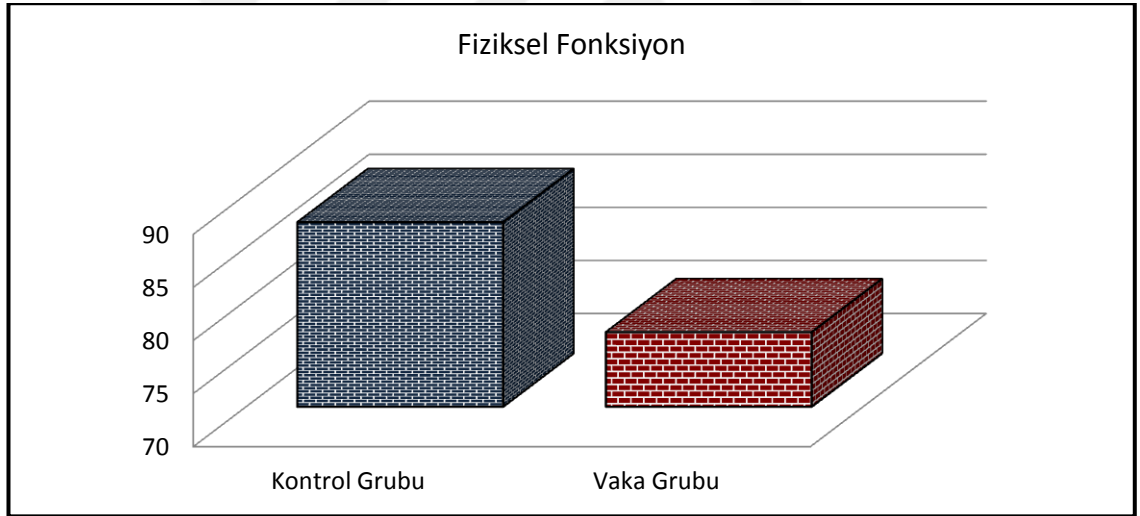
Tablo 8: Kısa form 36 yaşam kalitesi anketi sonuçları

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
SF-36					
Fiziksel Fonksiyon	87.4 ± 13.3	90.0	77.0 ± 19.4	80.0	0.013 ^m
Fiziksel Rol Güçlüğü	79.8 ± 26.0	87.5	60.7 ± 34.5	50.0	0.013 ^m
Emosyonel Rol Güçlüğü	77.8 ± 32.7	100.0	57.9 ± 43.0	66.6	0.034 ^m
Enerji/Canlılık/Vitalite	74.7 ± 12.5	75.0	54.5 ± 21.6	55.0	0.000 ^m
Ruhsal Sağlık	77.0 ± 8.8	76.0	61.3 ± 18.0	60.0	0.000 ^m
Sosyal İşlevsellik	84.6 ± 16.2	87.5	66.7 ± 25.5	65.0	0.001 ^m
Ağrı	81.8 ± 16.8	87.5	66.7 ± 20.3	66.3	0.001 ^m
Genel Sağlık Algısı	73.9 ± 13.5	75.0	61.2 ± 15.3	60.0	0.000 ^m

^m Mann-whitney u test

YAŞAM KALİTESİ ANKETİNİN ALT PARAMETRE SONUÇLARI

FİZİKSEL FONKSİYON



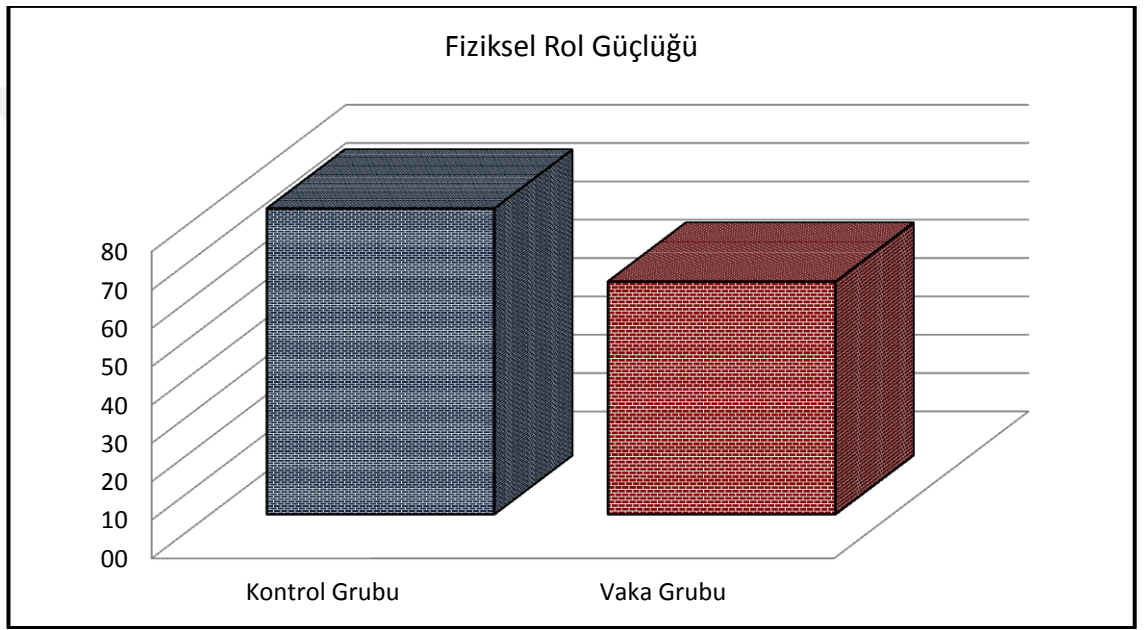
Grafik 5: Vaka ve kontrol grubu fiziksel fonksiyon puanları

	Düşük puan	Yüksek puan
Fiziksel fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme

Vaka grubunda SF-36 fiziksel fonksiyon skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

FİZİKSEL ROL GÜÇLÜĞÜ

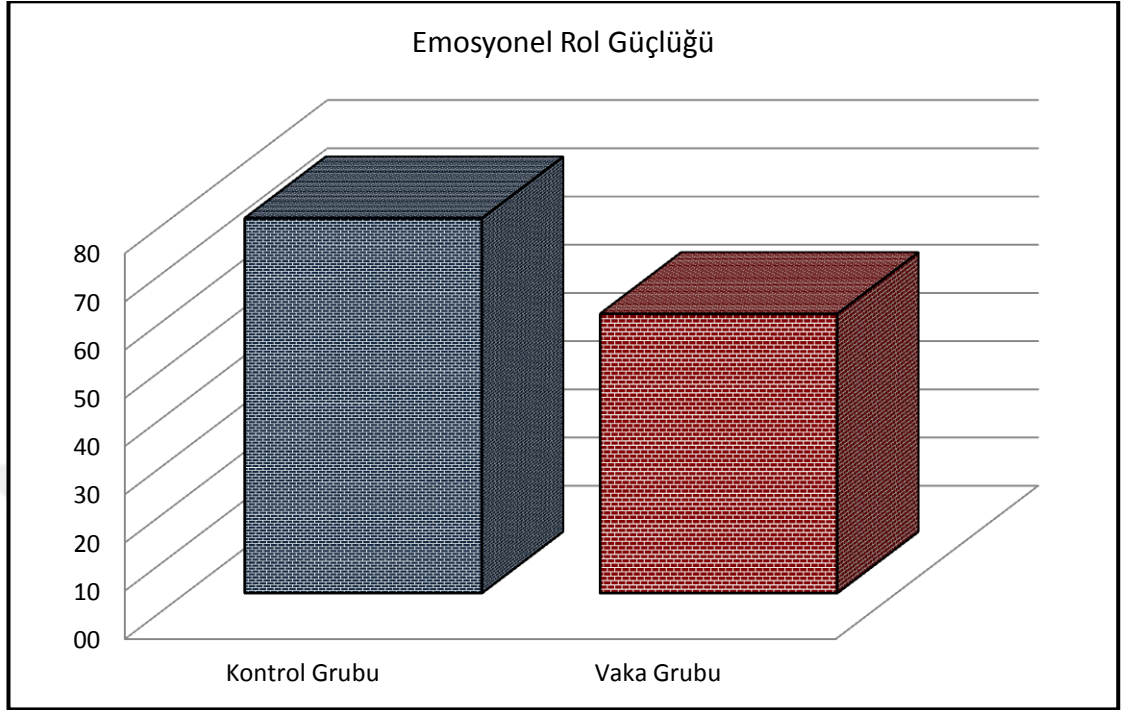
	Düşük	Yüksek
Fiziksel rol güçlüğü	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması



Grafik 6: Vaka ve kontrol grubu fiziksel rol güçlüğü puanları

Vaka grubunda SF-36 fiziksel rol güçlüğü skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

EMOSYONEL ROL GÜÇLÜĞÜ

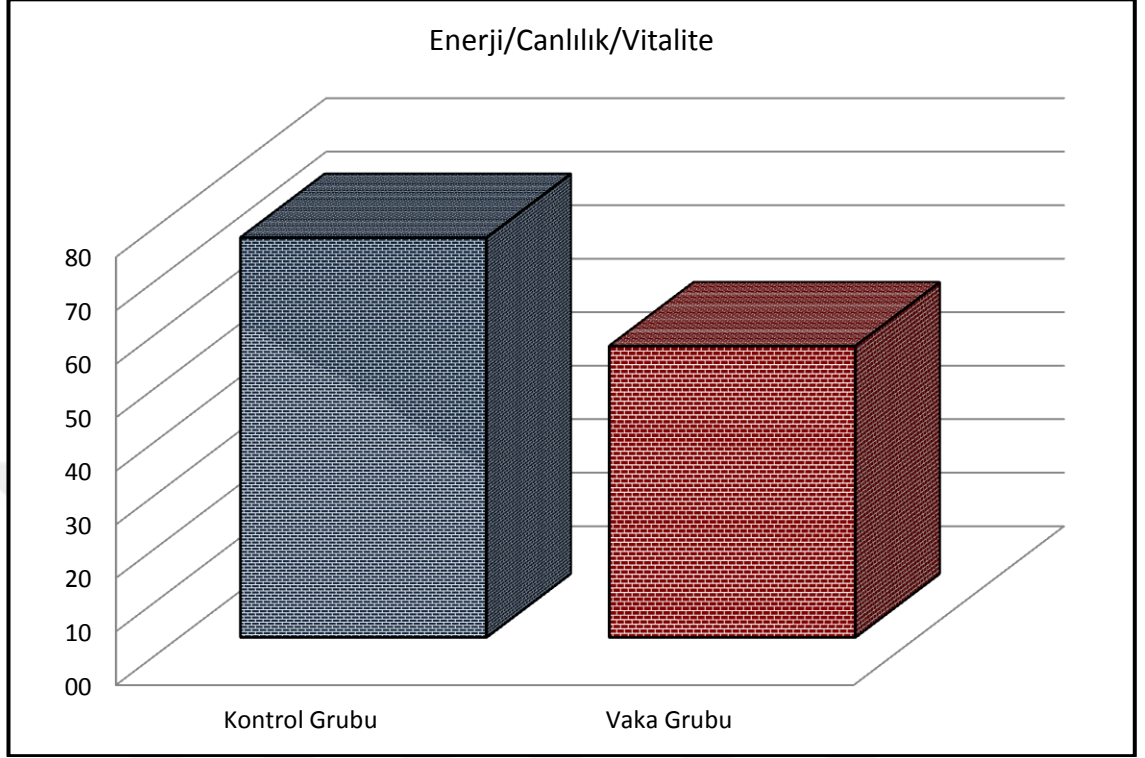


Grafik 7: Vaka ve kontrol grubu emosyonel rol güçlüğü puanları

	Düşük	Yüksek
Emosyonel rol güçlüğü	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması

Vaka grubunda SF-36 emosyonel rol güçlüğü skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

ENERJİ/CANLILIK/VİTALİTE

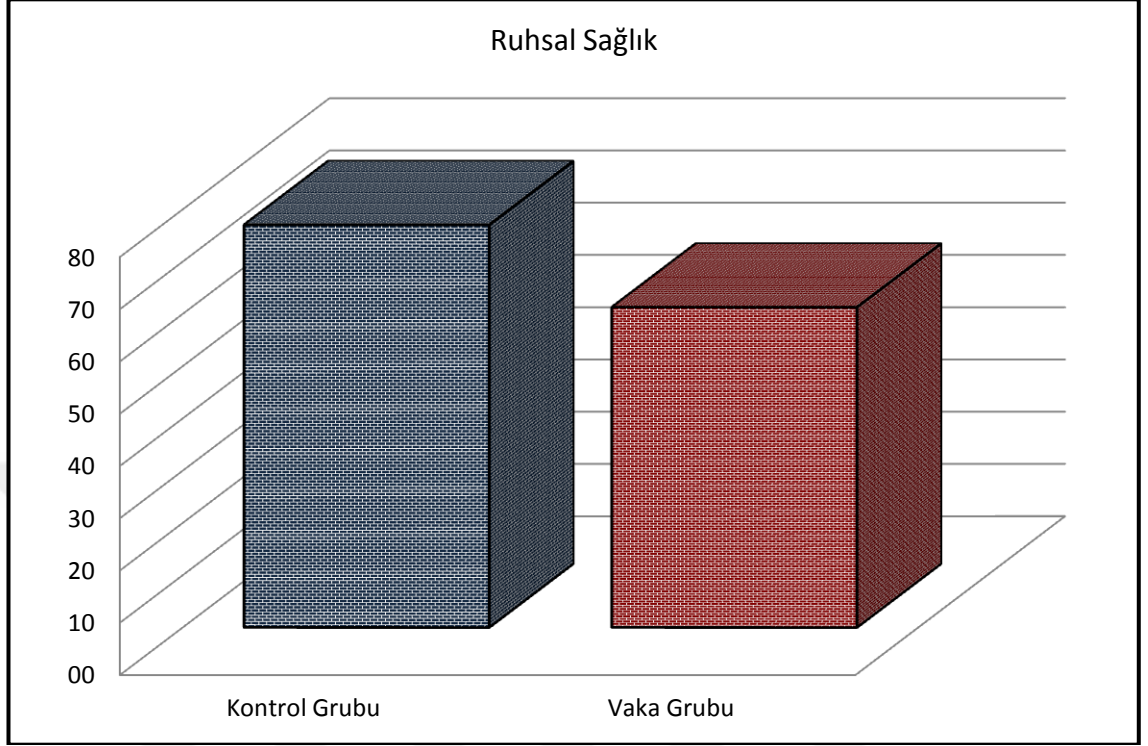


Grafik 8: Vaka ve kontrol grubu enerji/canlılık/vitalite puanları

	Düşük	Yüksek
Enerji/Canlılık/Vitalite	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme

Vaka grubunda SF-36 enerji-canlılık-vitalite skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

RUHSAL SAĞLIK



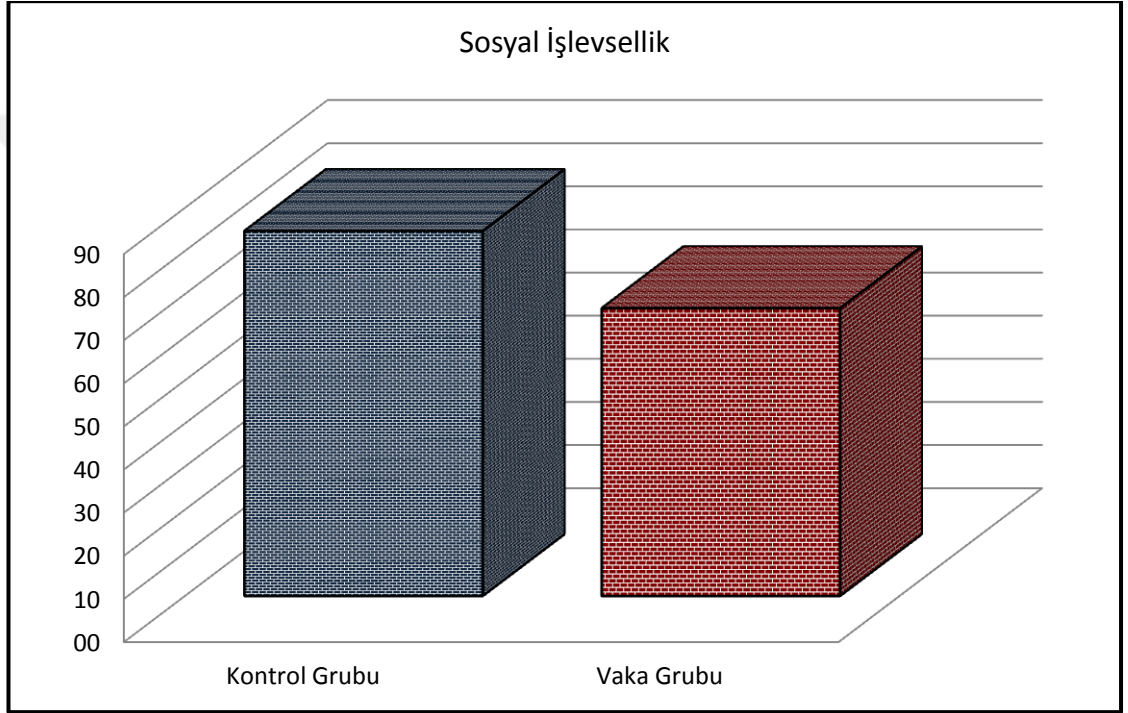
Grafik 9: Vaka ve kontrol grubu ruhsal sağlık puanları

	Düşük	Yüksek
Ruhsal sağlık	Sürekli sınırlılık, endişe ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Vaka grubunda SF-36 ruhsal sağlık skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

SOSYAL İŞLEVSELLİK

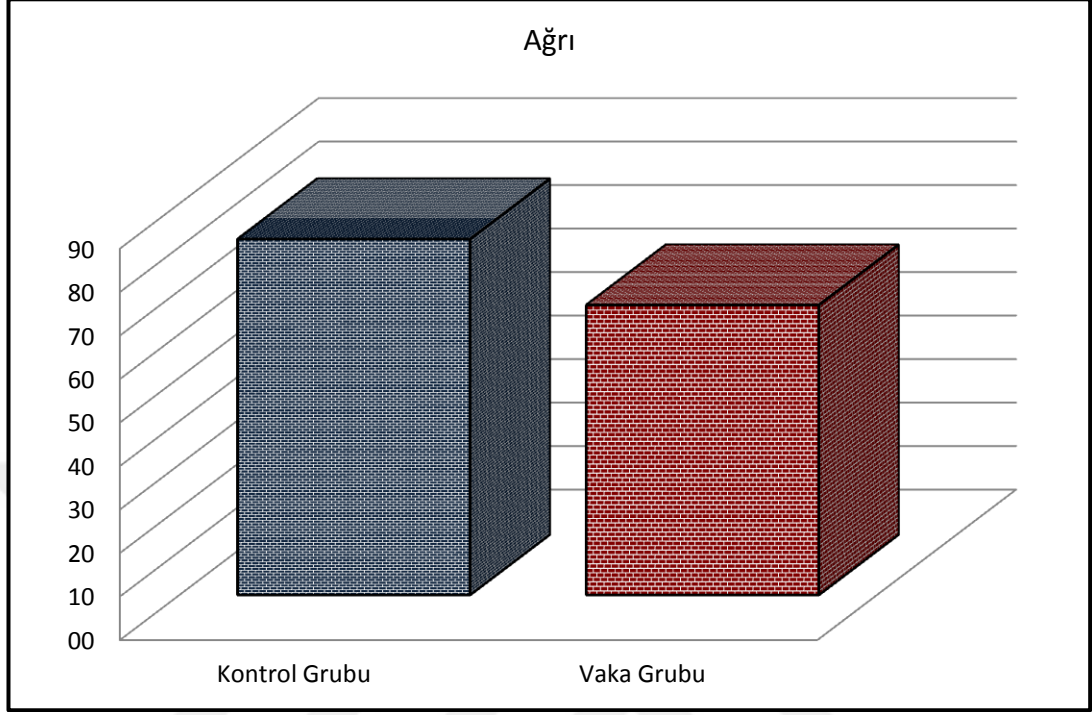
	Düşük	Yüksek
Sosyal İşlevsellik	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme



Grafik 10: Vaka ve kontrol grubu sosyal işlevsellik puanları

Vaka grubunda SF-36 sosyal işlevsellik skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

AĞRI

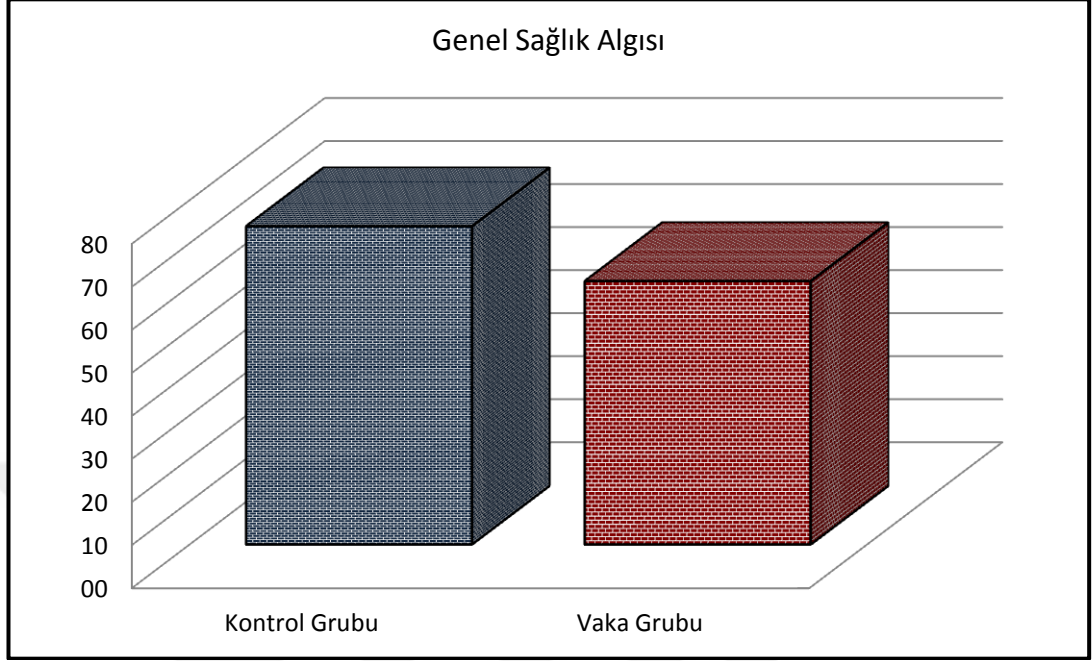


Grafik 11: Vaka ve kontrol grubu ağrı puanları

	Düşük	Yüksek
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması

Vaka grubunda SF-36 ağrı skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

GENEL SAĞLIK ALGISI



Grafik 12: Vaka ve kontrol grubu genel sağlık algısı puanları

	Düşük	Yüksek
Sağlığın genel algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

Vaka grubunda SF-36 genel sağlık algısı skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü.

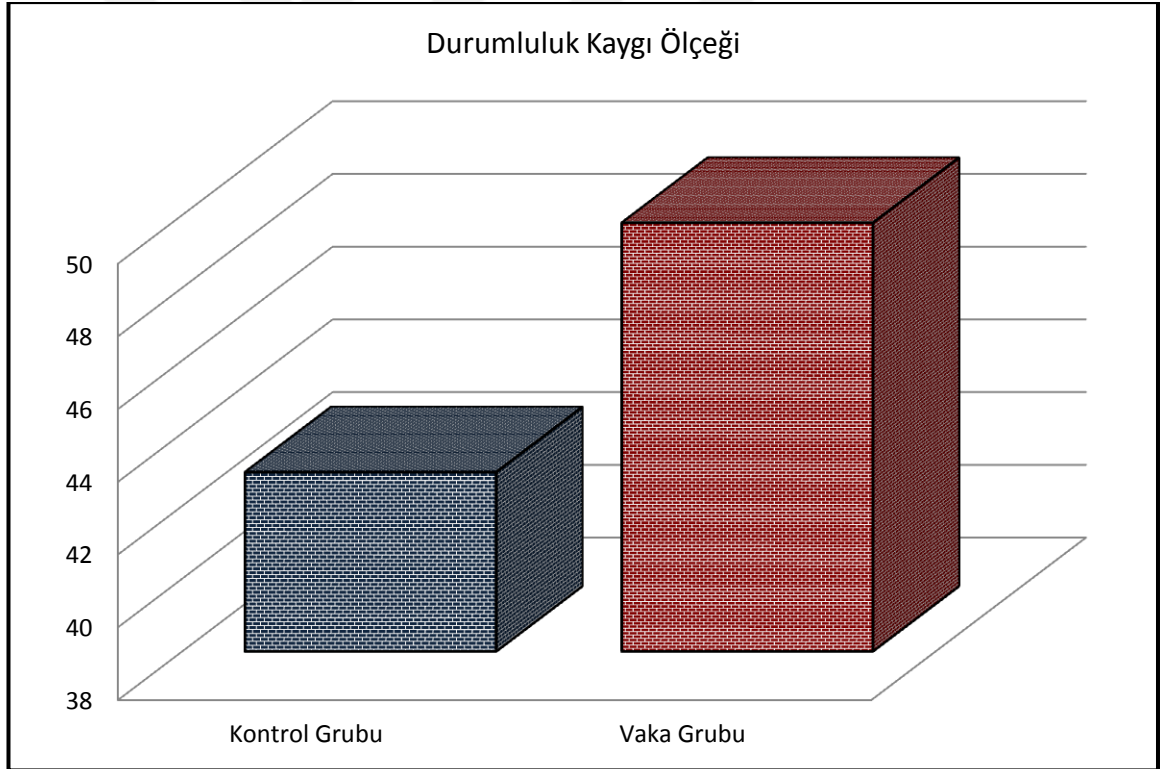
SPIELBERG'İN DURUMLULUK KAYGI ENVANTERİ ALT PARAMETRELERİNİN SONUÇLARI

Tablo 9: Spielberg'in Durumluluk Kaygı Envanteri Sonuçları

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
Durumluluk Kaygı Ölçeği	42.9 ± 4.5	42.0	49.8 ± 6.5	49.0	0.000 ^m
Sürekli Kaygı Ölçeği	42.2 ± 5.2	42.0	42.2 ± 5.5	42.0	0.989 ^m

^m Mann-whitney u test

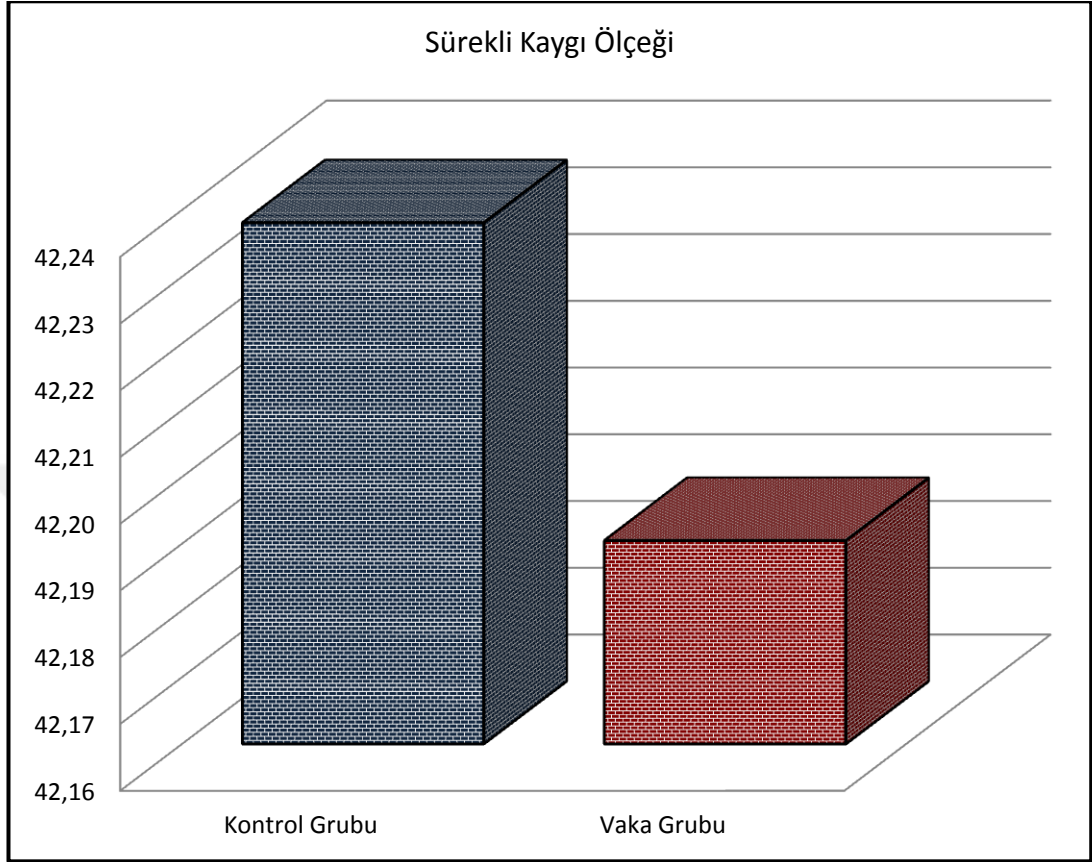
DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ



Grafik 13: Vaka ve kontrol grubu durumluluk kaygı ölçeği puanları

Vaka grubunda durumluluk kaygı ölçek skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti.

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ



Grafik 14: Vaka ve kontrol grubu sürekli kaygı ölçeği puanları

Vaka ve kontrol grubunda sürekli kaygı ölçek skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

Sonuç: Kısa form SF-36 yaşam kalitesi anketinin alt 8 parametresinin tamamında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Spielberg'in durumluluk kaygı envanteri alt parametrelerinde; durumluluk kaygı ölçeğinde anlamlı fark bulunmuşken ($p < 0,05$) sürekli kaygı ölçeğinde anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Normal veya beklenen pubertal süreçten herhangi bir sapma kız çocuğu ve ebeveynleri için önemli bir huzursuzluk nedeni olabilmektedir (50). Bu çalışma, pubertal bulguları erken başlayan kız çocukların annelerinde yaşam kalitesinin azaldığını ve durum anksiyetesinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda erken puberte tanıli kız çocuklarının annelerinde, kısa form 36 yaşam kalitesi anketi ve Spielberg'in durumluk sürekli kaygı ölçeği anketini kullanarak yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyini değerlendirdik. Bizim çalışmamıza benzer bir çalışma Schoelwer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmada santral erken puberte prekoks ve prematüre adrenarş tanıli hastalar ile normal pubertenin erken dönemlerinde olan kız çocukları ve anneleri, psikolojik yönden karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 19 santral puberte prekoks tanıli (6.9 ± 1.1 yaş), 22 prematüre adrenarş (6.6 ± 1.0 yaş) ve 21 erken normal puberteli çocuk ve anneleri olmak üzere toplam 62 kişi (7.5 ± 1.4 yaş aralığında) dahil edilmişti. Çocukların psikolojisi, çocuk öz-raporu ve veli raporu ile değerlendirilmiş. Ayrıca çocukların değerlendirilmesi yapılırken anne-baba tarafından bildirilen kişilik, kaygı ve depresyon değerlendirmeleri de kullanılmış. Sonuç olarak çocuklarda uygulanan psikolojik ölçütler de fark bulunamamış ama bununla birlikte prematüre adrenarş tanıli çocukların annelerinin depresyon ve stres skorları diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş (51). Bu çalışmaya katılan yazarlar tedavi sonrası annelerin depresyon ve stres durumu ölçen çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir ve aynı yazarlar bu hastaların bir kısmını bir yıl takip edip hastaları ve annelerini tekrar değerlendirmişler. İlk çalışmada olan 62 hastadan 36 tanesini (santral erken puberte tanıli 15, prematüre adrenarş tanıli 8 ve normal pubertenin erken döneminde olan 13 kişi) 1 yıl takip edilebilmiş. Çocuklarda yapılan değerlendirmede ilk gelişlerinde yapılan testlere göre sadece bilişsel yetkinlik artmışken, diğer psikolojik testlerde bir fark bulunamamış. Ayrıca kız çocuklarında, tüm gruplarda algılanan fiziksel yeterlilikte azalma ve algılanan anne kabulünde bir artış olmuştur. Annelerde yapılan bir yıllık sonuçların değerlendirilmesinde ise daha düşük kaygı düzeylerini bildirilmiş (52).

Tıbbi dergiler ve popüler medya, erken başlangıçlı ergenliği, tıbbi ve sosyal açıdan önemli bir sorun, hatta bir kriz olarak ortaya koymaktadır. Medya ve bilim gazetecileri, benzer şekilde, erken başlangıçlı puberteden dolayı çocuğun erken cinsel gelişimiyle ebeveynlerin de mücadele etmesi gerektiğini iddia etmektedir (53). Erken puberteli çocukların ailelerinin sıkıntı durumunun arttığını gösteren yayınlar vardır (54).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden ruhsal sağlık puanının düşük olması sürekli sinirlilik, endişe ya da depresyon duygularının arttığını göstermektedir. Fry ve arkadaşlarının çalışmasında erken puberteli çocukların ailelerinde de sıkıntı durumunun olduğu gösterilmiştir (54). Başka bir makalede 6 yaşında erken puberte bulguları başlayan bir kız çocuğunun ailesinin yaşadığı psikolojik durum açıklanmış. Önce pratisyene hekime başvuran, ardından genel pediatriste başvuran aile pediatrik endokrin uzmanına yönlendirilmiş. Bu süreçte ailede stres ve anksiyete düzeyinin çok arttığı belirlenmiş. Pediatrik endokrin uzmanı tarafından tedavi ve takibe alınan hasta semptomların gerilemeye başlamasından sonra ailede de anksiyete düzeyinde azalma olduğu gözlenmiş ve yazarlar ailelerin bu süreçte yeterince bilgilendirmelerini ve gerekli görülürse psikolojik destek verilmesini önermiş (55). Erken ergenliğin anne-babaların çocuk yetiştirme uygulamalarını etkileyip etkilemediğini üzerine yapılan bir çalışmada ise erken puberteli kız çocuklarının ebeveynleri ile astım veya davranışsal bozukluğu olan kız çocuklarının ebeveynleri ve sağlıklı çocukların ebeveynleri karşılaştırılmıştır. Sonuçta erken puberteli kız çocuklarının ebeveynlerinin diğer iki gruba göre daha stresli olduğu gösterilmiştir (56). Lim ve arkadaşları yaptığı çalışmada erken puberteli kız çocuklarının annelerinde stres ve objektif yükün arttığını göstermiştir (57). Yazarlar bu duruma yönelik etkili strateji programlarının uygulanmasının, yaşam kalitesini iyileştirmek için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonuçlarının literatürdeki mevcut bulgular ile uyumlu olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlardan birisi olan genel sağlık algısı skorunun düşük olması sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma anlamına gelmektedir (47). Çalışmamızda ergen ergenlik grubunda genel sağlık algısı anlamlı olarak daha düşük çıktı. Kore’de yapılan bir çalışmada erken puberteli

kız çocukların annelerinde yaşam kalitesini etkileyen faktörler araştırılmıştır. Sonuç olarak stres, objektif yük ve aylık gelirin annelerde yaşam kalitesini etkileyen en önemli üç faktör olduğu bulunmuştur (58). Biz çalışmamızda ailelerin gelir durumunu değerlendirmedik. Ancak hasta ve kontrol grubu arasında demografik özellikler açısından fark yoktu. Çalışmamızda erken puberteli kız çocuklarının annelerinde enerji/canlılık/vitalite alt parametresi kontrol grubuna göre düşüktü. Bu durum erken puberteli kız çocukların annelerinin kendilerini yorgun ve bitkin hissettiği anlamında gelmektedir. Emosyonel rol gücü alt parametresinin düşük olması ise işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar olduğu anlamında gelmektedir.

Çalışmamızda durumluluk kaygı ölçeğinde, erken puberte bulgusu olan kız çocuklarının annelerinde anlık kaygı durumu kontrol grubuna göre anlamlı derece daha yüksekti. Sürekli kaygı durumu ise kontrol grubu ile benzerdi. Hasta grubumuz pubertal bulguları yeni başladığı için bu sonucun beklenen bir durum olduğunu değerlendirdik. Anlık kaygı durumunun yüksek, genel sağlık algısı puanının ise düşük çıkmasını birlikte değerlendirdiğimizde erken puberteli kız çocuklarının annelerinin sağlık durumlarının da etkilenmiş olabileceğini düşünüyoruz.

Literatürde kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerinde yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğinde dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin kronik engelli çocuk sahibi anneler ile normal çocuk sahibi anneler yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel sağlık, psikolojik refah seviyesi, sosyal ilişkiler ve çevre ile olan ilişkiler kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuş (59). Serebral palsili çocukların annelerine yönelik yapılan bir çalışmada, incelenen tüm alanlardaki sağlıklı çocuk annelerinden daha düşük yaşam kalitesine sahipti (61). Diyabetli çocuğa sahip annelerin, genel sağlık, canlılık, sosyal işlevsellik, rol-duygusal ve zihinsel sağlık ile ölçülen, diyabetli bir çocuğa sahip olmayan annelere göre daha düşük yaşam kalitesi sahip oldukları gösterilmiş. Psikolojik iyiliğini artırmak için, diyabetli çocukların annelerine yeterli psikososyal destek verilmesi önerilmiş (62). Sonuçta kronik hastalıklara sahip çocukların annelerinde yapılan bu çalışmalarda, annelerin yaşam kalitesi düşük olduğu gösterilmiştir. Ancak literatürde bu konuda erken puberte ile

ilgili çalışma sayısı ise çok azdır. Bizim yorumumuz erken pubertenin de ebeveynlerde özelliklerde annelerde kronik rahatsızlık gibi algılandığıdır.

Farklı çalışmada baba yokluğunun özellikler düşük gelirli ailelerde, erken puberte sıklığını artırdığı gösterilmiştir (60). Biz çalışmamızda genel olarak baba durumunu ve babaların yaşam kalitesi ve anksiyete durumunu değerlendirmedik, bu durum çalışmamız için sınırlılık oluşturmaktadır.

Hem bizim çalışmamız hem de literatürdeki benzer çalışmalar erken puberteli kız çocuklarının annelerinin yaşam kalitesinin düştüğünü ve anksiyete sıklığının arttığını göstermiştir. Aileler bilgilendirilirken mevcut anksiyete halinin de göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır. Klinik pratikte erken puberteli kız çocuklarının annelerin yaşam kalitesi ve anksiyete durumu açıdan da değerlendirilmesi ve gerekirse uzman desteğine başvurması gerekebileceğini düşünüyoruz. Literatürde psikolojik destek ve uzman yardımının bu sürece katkısı ilgili çalışma bulunmamaktadır. Erken puberteli kız çocuklarının klinik değerlendirmesi sırasında verilecek psikolog desteğinin hastalığın yönetimsel sürecine katkısını değerlendiren prospektif çalışmaların yapılmasının yararlı olacağını düşünüyoruz. Son söz olarak, erken puberte nedeni ile değerlendirilen kız çocuklarının yönetimi aşamasında annelerindeki kaygı ve endişe hali de göz önünde bulundurulmalı ve bu anksiyete durumunun ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada erken puberte tanılı kız çocuklarının annelerinde yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyini araştırdık. Çalışmamıza vaka grubu ve kontrol grubu için 42 kişi olmak üzere toplam 84 anne dahil edildi. Her iki grubuda kısa form 36 yaşam kalitesi anketi ve spielberg'in durumluk sürekli kaygı ölçeği anketi uygulandı.

1. İki grup arasında hastaların demografik özellikler ve ek hastalıklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).
2. Sonuçta vaka grubunda yaşam kalitesi kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük bulundu.
3. Erken puberteli kız çocuklarının anneleri kontrol grubuna göre, yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri daha kısıtlı hareket ediyorlardı.
4. Erken puberteli kız çocuklarının anneleri işte ya da diğer günlük etkinliklerde daha fazla sorun yaşıyorlar.
5. Erken puberteli kız çocuklarının anneleri fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerinde sık kesinti vardı.
6. Erken puberteli kız çocuklarının anneleri Sürekli sinirlilik, endişe ya da depresyon duygularına sahiplerdi.
7. Erken puberteli kız çocuklarının anneleri aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı yaşayabiliyorlardı.
8. Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde daha fazla sorun yaşadığını saptadık.
9. Erken puberteli kız çocuklarının anneleri kendilerini sürekli yorgun ve bitkin hissediyorlar.
10. Erken puberteli kız çocuklarının anneleri sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanıyorlar.
11. Spielberg'in durumluk sürekli kaygı ölçeği anketinin alt parametrelerine göre ise erken puberteli kız çocuklarının anneleri kontrol grubuna göre durum anksiyeteleri daha yüksek iken sürekli anksiyete parametresinde anlamlı bir fark yoktur.

6.1. ÖNERİLER

Erken puberte toplumda kronik hastalıklar grubunda algılanmaktadır. Olası sonuçları açısından korkutucu olarak tanımlanabilmektedir. Hem puberte hem de erken puberte açısından toplum daha iyi aydınlatılmalı, erken pubertenin tedavisi ve başarısı daha iyi açıklanmalıdır. Ebeveynlere özellikle de annelere gerekirse psikolojik destek sağlanmalıdır. Erken puberteli çocukların annelerinin tedavi/bilgilendirme öncesi ve sonrası yaşam kalitesini araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle de izlem ve gerekirse tedavi süresince psikolojik destek almış annelerin anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyine etkisini araştıran yeni çalışmalara yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Terasawa E, Fernandez DL. Neurobiological mechanisms of the onset of puberty in primates. *Endocr Rev* 2001; 22: 111–51.
2. Wheeler MD. Physical changes of puberty. *Endocr Metab North Am* 1991;20:1-14
3. Rosenfeld R. Puberty in female and its disorders. In: Sperling MA(ed) *Pediatric Endocrinology* 2nd edition. Saunders. Philadelphia 2002:455-518
4. Lee PA, Houk CP. Puberty and its disorders. Ed: Lifshitz F, *Pediatric Endocrinology*. pp. 274-290, Informa Healthcare Inc, New York, USA, 2007.
5. 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
6. Patsch CJ, Heger S, Sippell WG. Management and outcome of central precocious puberty. *Clin Endocrinol*. 2002; 56: 129-48
7. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child* 1970;45:13-23
8. Lee PA, Houk P. Puberty and its disorders. Ed: Lifshitz F, *Pediatric Endocrinology*. pp. 273–290, Informa Healthcare Inc, New York, USA, 2007.
9. Büyükgebiz A Puberte ve Puberte Bozuklukları Ed: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. *Temel Pediatri: Güneş Kitabevi* 2010: 1218-1222.
10. Nipurama K and Bradshaw KD. Disorders of development: Precocious Puberty *Semin Reprod Med* 2003; 21:4.
11. Darendeliler F. Normal Puberte, Seyir ve Klinik Değerlendirme. : V. Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Sempozyumu, Novotek, İstanbul 26-27 Haziran 2007: 10-19.
12. Bundak R, Darendeliler F, Günöz H, Bas F, Saka N, Neyzi O. Puberty and Pubertal growth in healthy Turkish girls: No evidence for secular trend. *J Clin Res Ped Endocrinol* 2008, 1:8–14.
13. Bundak R. Normal büyüme. Ed: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S, *Pediatric Endocrinoloji*. s. 39–64, *Pediatric Endocrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları*, Ankara, 2003.
14. Öcal G. Pubertal Fizyoloji. Ed: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S, *Pediatric Endocrinoloji*. s. 137–153, *Pediatric Endocrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları*, Ankara, 2003.

15. Marshall WA, Taner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969; 44:291-303.
16. Lee PA, Guo SS, Kulin HE. Age of puberty: data from the United States of America. *APMIS*. 2001; 109: 81-8.
17. Styne DM. The testes. In: *Pediatric Endocrinology 2 rd Ed.* Ed by. Sperling M.A. Saunders. London 2002;565-673.
18. Pınar R (1997). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, *Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 9:9, 117-123.
19. Taher BM, Ajlouni HK, Hamamy HA, Shegem NS, Madanat AY, Ajlouni KM. Precocious puberty at an endocrine centre in Jordan. *Eur J Clin Invest*. 2004; 34: 599-604.
20. Paterson WF, McNeill E, Young D, Donaldson MD. Auxological outcome and time to menarche following long-acting goserelin therapy in girls with central precocious or early puberty. *Clin Endocrinol* . 2004; 61: 626-34.
21. Kaplowitz P. Clinical characteristics of 104 children referred for evaluation of precocious puberty. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004; 89: 3644-50.
22. Vottero A, Pedori S, Verna M, Pagano B, Cappa M, Loche S, Bernasconi S, Ghizzoni L. Final height in girls with central idiopathic precocious puberty treated with gonadotropin releasing hormone analog and oxandrolone. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91: 1284-7.
23. Nathan BM, Palmert MR. Regulation and disorders of pubertal timing. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2005; 34: 617-41.
24. Roberts C. *Puberty in crisis: the sociology of early sexual development.* Cambridge: Cambridge University Press, 2015.
25. Michaud, Suris ve Deppen, 2006
26. Psychological evaluation of young women after medical treatment for central precocious puberty. Baumann DA1, Landolt MA, Wetterwald R, Dubuis JM, Sizonenko PC, Werder EA.
27. Precocious puberty: a parent's Perspective E O'Sullivan, M O'Sullivan
28. Park ES, Lee GH, Oh WO, Im YJ, Cho EJ. Parenting experience of parents with chronically ill children. *Child Health Nursing Research*. 2015;21(3):272-284.
29. Chei MA, Lee HS, Kim DH, Park MH, Yoon SY, Cho YH, et al. The study on the quality of life for the mothers of hospitalized chronic pediatric patients. *Korean Journal of Child Health Nursing*. 2000;6 (2):249-261.

30. Kwon EK, Choi MH, Kim SK. Parenting stress and guilty feeling formothers having children with rare genetic metabolic diseases. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2008;14(3):153-163
31. Moon YI, Koo HY. A comparison study of stress, coping and adaptation between fathers and mothers of mentally retarded children.*Journal of Korean Academy of Nursing*. 1996;26(1):165-176.
32. Choi YJ, Cho KJ. A study of perception of the newborn, parental role stress and anxiety of preterm birth mothers. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2000;6(4): 493-505.
33. Park BK, Lee SJ, Kim HJ, Lee KA, Park NY, Yoo JH, et al. Factors affecting the quality of life of parents who have children with diabetes *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*. 2015;19 (1):71-81.
34. Fry V, Stanhope R. Premature sexual maturation (including precocious puberty). London: Child Growth Foundation, 2004, http://www.childgrowthfoundation.org/CMS/FILES/04_Premature_Sexual_Maturation.pdf (accessed Sept 15, 2014).
35. Eski S. (1999). “Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”, *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
36. Kızılcı S. (1997). “Kemoterapi Alan Kanseli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü
37. Koltarlı s.(2008) taksim eğitim ve araştırma hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması
38. Şahin N. (2001). “Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği), *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
39. Eski S. (1999). “Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”, *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
40. Finlay A.Y. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *BritishJournal of Dermatology* 1997; 136: 305-314
41. Ertam İ, Kitapçioğlu G, Aksu K et al. Quality of life and its relation with disease severity in Behçet’s disease. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(suppl.53):s15-s19
42. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma*, Cilt:20, Sayı:1,2005

43. Anderson R.T, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Vol:37, No:1, 41-50, July 1997
44. Testa MA Simonson DC. "Assessment of Quality-of-life Outcomes", *New England Journal of Medicine* 1996; 334(13):835-40
45. Demiral Y, ErgörG, Ünal B, Semin S, AkvardarY, Kıvırcık B, Alptekin K. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC PublicHealth*2006; 9:247
46. Ware JE, SherbourneCD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
47. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, MemişA. Kısa Form-36 (sf-36)'nınTürkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
48. Lecompte A, Öner N. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye Adaptasyon ve Standardizasyonu ile İlgili Bir Çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları 1975, 457-462.
49. Öner N, Le Compte A (1983) Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
50. Disorders of puberty, CharlesSultanMD, PhD, Pra Laura Gaspari MDa Laurent Maimoun PhDb Nicolas Kalfa MD, PhD, ProFrançoiseParisMD, PhD, Pra Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Volume 48, April 2018, Pages 62-89
51. Psychological assessment of mothers and their daughters at the time of diagnosis of precocious puberty. Melissa J Schoelwer1*, Kelly L Donahue2, Kristina Bryk3, Paula Didrick1, Sheri A Berenbaum4 and Erica A Eugster. Schoelwer et al. *International Journal of Pediatric Endocrinology* (2015) 2015:5
52. One-Year Follow-Up of Girls with Precocious Puberty and Their Mothers: Do Psychological Assessments Change over Time or with Treatment? Melissa J. Schoelwera, Kelly L. Donahueb, Paula Didricka, and Erica A. EugsteraaPediatrics, Section of Pediatric Endocrinology, Riley Hospital for Children, Indianapolis, IN, USA bPediatrics
53. Lemonick MD. Teens before their time. *Time*. Oct 30, 2000. <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,998347-3,00.html> (accessed Jan 4, 2014).

54. Fry V, Stanhope R. Premature sexual maturation (including precocious puberty). London: Child Growth Foundation, 2004.

http://www.childgrowthfoundation.org/CMS/FILES/04_Premature_Sexual_Maturation.pdf (accessed Sept 15, 2014).
55. O’Sullivan E, O’Sullivan M. Precocious puberty: a parent’s perspective. *Arch Dis Child* 2002; 86: 320–21
56. Family stress for parents of girls with precocious puberty, van der Schot-de Jong LW1, Otten BJ, Robbroeckx LM, Instituut voor Medische Psychologie Katholieke Universiteit Nijmegen.)
57. Lim JH, Kim JH. Mother’s experience of having a girl with precocious puberty. *Keimyung University Research Institute of Nursing Science*. 2013;17(2):23-34.
58. Suyoung Lee, Gaeun Kim Korean Medical Mission, Teunteun Pediatrics Hospital, Gyeongju; College of Nursing, Keimyung University, Daegu, Korea
59. A Comparison of the Quality of Life of Arab Mothers of Children with and without Chronic Disabilities. Manee F1, Ateya Y1, Rassafiani M1. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2016 Aug;36(3):260-71. doi: 10.3109/01942638.2015.1076558. Epub 2015 Nov 13.
60. (Father Absence, BMI, and Pubertal Timing in Girls:Differential Effects by Family Income and Ethnicity)
61. Quality of Life in Mothers of Children with Cerebral Palsy. Glinac A1, Matović L2, Delalić A2, Mešalić L3 *Acta Clin Croat*. 2017 Jun;56(2):299-307. doi: 10.20471/acc.2017.56.02.14
62. Self-efficacy, relationship satisfaction, and social support: the quality of life of maternal caregivers of children with type 1 diabetes. Thorsteinsson EB1, Loi NM1, Rayner K1 *PeerJ*. 2017 Oct 23;5:e3961. doi: 10.7717/peerj.3961. eCollection 2017.
63. Ware JE, Sherbourne CD: *Med Care* 1992
64. Carr AJ et al, *Br J Rheumatol* 1996

8. EKLER

EK-1: GENEL BİLGİLER VE KISA FORM SF-36

Adı-Soyadı:

Tarih:

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Doğum tarihiniz nedir?

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

Hiç Eğitim Almadım İlkokul-Ortaokul Lise Veya Eşdeğeri Üniversite

Medeni durumunuz nedir?

Evli Boşanmış Ayrılmış Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı?

Evet (İsmi yazabilir misiniz) (_____)

Hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;

Size bu nedir? _____ (hastalık/sorun)

Düzenli kullandığınız ilaç veya ilaçlar var mı?

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç Kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğunuze en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-2: SPIELBERG DURUM SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ

STAI FORM TX – I

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Her Hemen zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

9-ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Zekai SALMAN

Doğum Tarih ve Yeri : 20.01.1987

Medeni Durumu : Evli

E. posta : salman.zekai@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : Malatya Devlet Hastanesi, Arapgir Ali Özge Devlet Hastanesi

Yabancı Dil(ler) : İngilizce