

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**PUBERTE PREKOKSLU KIZLAR VE ANNELERİNDE ROY ADAPTASYON
MODELİNE DAYALI HEMŞİRELİK DESTEK PROGRAMININ ETKİLERİ**

MUKADDES TURAN MİRAL

**DANIŞMAN
PROF DR NEVIN ŞAHİN**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI**

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Mukaddes TURAN MİRAL

İTHAF

Eşime, Kızlarıma ve Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilimsel yaklaşımı ve hayat görüşü ile mesleki ve kişisel gelişimime katkılarından dolayı değerli danışman hocam Prof Dr Nevin Hotun Şahin'e;

Akademik ve bireysel gelişimime sağladıkları katkılardan dolayı kıymetli hocalarım; Prof. Dr. Ümran Oskay'a, Doç. Dr. Gülay Rathfisch'e, Doç. Dr. Ergül Aslan'a, Doç. Dr. İlkay Güngör'e;

Tez çalışması boyunca sağladığı destek ve yardımları için İstanbul Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanı Prof Dr Feyza Darendeliler başta olmak üzere, değerli hocalarıma, Bülent Yavuz, Kader Nokta ve tüm poliklinik çalışanlarına;

Tez süresince desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Suzan Yıldız'a;

Beni bu günlere getiren aileme;

Her zaman yanımda olan ve daha ileriye amaçlamamı teşvik eden sevgili eşim İrfan MİRAL'e, kızlarım Emine ve Melike'ye teşekkür ederim

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Puberte	3
2.2. Puberte Prekoks	5
2.2.1. Puberte Prekoks Etyolojisi.....	6
2.2.2. Puberte Prekoks Türleri	7
2.2.3. Puberte Prekoksun Belirtileri	8
2.2.4. Puberte Prekoksta Tanı	9
2.2.5. Puberte Prekoksta Tedavi.....	10
2.3. Puberte Prekoks'un Kız Çocuklar ve Anneleri Üzerine Etkileri	14
2.3.1. Puberte Prekoks'un Kız Çocuklar Üzerine Etkileri	14
2.3.2. Puberte Prekoks'un Anne Üzerine Etkileri	19
2.4. Roy Adaptasyon Modeli	20
2.5. Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Puberte Prekoks Hemşirelik Destek Programı (PP HEDEP).....	23
2.5.1. Puberte Prekoksta Fizyolojik Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri	24
2.5.2. Puberte Prekoksta Benlik Kavramı İle İlgili Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri	28
2.5.3. Puberte Prekoksta Rol İşlevi İle İlgili Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri	30
2.5.4. Puberte Prekoksta Karşılıklı Bağlanma İle İlgili Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	36
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	36
3.6. Veri Toplama Araçları	36
3.6.1. Demografik Veri Formu.....	36
3.6.2. 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18).....	37
3.6.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	37
3.7. Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Puberte Prekoks Hemşirelik Destek Programı (PP-HEDEP)	38
3.8. Verilerin Toplanması:	41
3.9. Verileri Değerlendirilmesi:	41
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri	42
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	42
4. BULGULAR.....	44
4.1. Puberte Prekokslu Kız ve Annelerine Ait Sosyo Demografik Verilere İlişkin Bulgular.....	44
4.2. Puberte Prekokslu Kızların Annelerinde Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASÖ) Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	47
4.3. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğine (CBCL/6-18) İlişkin Bulgular	51
4.4. Puberte Prekokslu Kızların Annelerinin DASÖ ile CBCL/6-18 Ölçeklerinden Aldığı Punaların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	66
5. TARTIŞMA	68
5.1. Puberte Prekokslu Kız ve Annelerine Ait Sosyo Demografik Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.2. Puberte Prekokslu Kızların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stres ölçeğinin (DASÖ) Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.3. 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinin (CBCL/6-18) Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	73

5.4. DASÖ ile CBCL/6-18 Ölçeklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	79
KAYNAKLAR	82
FORMLAR	92
EBEVEYNLER İÇİN HAZIRLANMIŞ ELKİTAPÇIĞI.....	99
EĞİTİM SUNUM MATERYALİ	117
ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	122
KURUM İZNİ.....	124
ETİK KURUL KARARI	126
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	130
ÖZGEÇMİŞ	131

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Puberte prekokslu kızlara ait demografik özelliklerin dağılımı (N=26)	45
Tablo 4-2: Puberte prekokslu kızların bazı puberte prekoks bulgularına ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=26)	46
Tablo 4-3: Puberte prekokslu kızların annelerine ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı	47
Tablo 4-4: Puberte prekokslu kız annelerinin PP-HEDEP öncesi ve sonrası DASÖ ölçek puanlarının değerlendirilmesi	48
Tablo 4-5: Annelerin yaş ve eğitim düzeylerine göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası DASÖ skorlarındaki değişimin değerlendirilmesi	50
Tablo 4-6: Annelerin çalışma ve gelir durumuna göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası DASÖ skorlarının değerlendirilmesi	51
Tablo 4-7: PP-HEDEP Öncesi ve Sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Dağılımları ve Cronbach's Alpha Katsayıları	52
Tablo 4-8: PP-HEDEP Öncesine Göre PP-HEDEP Sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirmesi	55
Tablo 4-9: Anne Yaş Düzeylerine Göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirmesi	59
Tablo 4-10: Annelerin eğitim düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirmesi	61
Tablo 4-11: Annelerin çalışma durumuna göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi	63
Tablo 4-12: Annelerin gelir düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi	65
Tablo 4-13: PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası Annelerin DASÖ Ölçeği Değişimler ile CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Tanner’a göre kızlarda meme ve pubik kıllanma gelişim evreleri (Abacı ve ark. 2014).	4
Şekil 2-2: Puberte Prekoksta Roy Adaptasyon Modeli	34
Şekil 3-1: Tezin Akış Şeması.....	40
Şekil 4-1: Puberte prekokslu kız annelerinin PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası DASÖ skor dağılımı	49
Şekil 4-2: PP-HEDEP Öncesi ve Sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Etkinlik, Sosyallik, Okul Skor Dağılımları	56
Şekil 4-3: Kızların PP-HEDEP öncesine ve sonrası CBCL/6-18 Ölçeği davranış skor Dağılımları	57

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

PP-HEDEP:	Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programı
CBCL/6-18:	6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
DASÖ:	Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği
GnRH:	Gonadotropin Releasing Hormonu
FSH:	Folikül Stimulan Hormon
LH:	Luteinizan Hormon
MR:	Manyetik rezonans
USG:	Ultrasonografi
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi

ÖZET

Turan Miral, M. (2019). Puberte Prekokslu Kızlar ve Annelerinde Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Hemşirelik Destek Programının Etkileri. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Puberte prekoks, pubertal gelişime adaptasyonda uyumu etkileyerek psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Puberte prekokslu kızlar ve annelerinde anksiyete, stres, depresyon riskinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı puberte prekokslu kızlar ve annelerinde Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programının (PP-HEDEP) etkilerini belirlemektir. Deneysel ve kendi kendinin kontrolü (Eşlendirilmiş seriler) şeklinde tasarlanan çalışmaya bir yıl içinde GnRH analog tedavisine başlayan tüm başvuranlar (26 puberte prekoks tanımlı kız çocuğu ve annesi) dahil edilmiştir. Çalışma verileri, demografik veri formu, 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ) ile toplanmıştır. Çalışmada katılımcılar Roy adaptasyon modeline dayalı PP-HEDEP'na alınmıştır. PP-HEDEP için katılımcılar ile birer ay ara ile üç kez görüşülerek Roy'un dört uyum alanı ile ilgili uyarılar belirlenmiş, bakım girişimleri planlanmıştır. Çalışmaya ilk kabulde tüm veri formları doldurulmuştur. Üç ayın sonunda anneler tekrar DASÖ ve CBCL/6-18 ölçeklerini doldurmuşlardır. Verilerin analizinde annelerin PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası DASÖ ölçeği anksiyete ve stres düzeylerinde anlamlı düşüş görülmüştür. Kızların CBCL/6-18 ölçek değerlendirmelerinde PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası toplam yeterlilik puanlarındaki artış, anksiyete/depresyon puanlarındaki düşüş, toplam problem puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur. Annelerin DASÖ stres skorlarında düşüş ile kızların CBCL/6-18 toplam problem puanlarında düşüş arasında pozitif yönlü %42,9 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak; Puberte prekokslu olgularda tıbbi tedavinin yanı sıra psikososyal uyum sorunlarına bakım desteği gereklidir. Puberte prekokslu olguların yönetiminde çocuğa bakım veren yakın çevresi de bakım girişimlerine dahil edilmelidir. PP-HEDEP Puberte prekokslu kız ve annelerinin desteklenmesinde etkili bulunmuştur. Psikososyal uyumu artıran PP-HEDEP hem tıbbi tedaviyi desteklerken hem de yaşam kalitesine katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Puberte Prekoks, Hemşirelik Bakımı, Roy Adaptasyon Modeli

ABSTRACT

Turan Miral, M. (2019). Effects of Nursing Support Program Based on Roy Adaptation Model in Puberty Precocious Girls and Mothers. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Women Health And Diseases Nursing., PhD Thesis, İstanbul.

Puberty precocious causes psychosocial problems by affecting to adaptation to pubertal development. There are reports of increased risk of anxiety, stress, depression in girls and mothers with precocious puberty. The aim of this study is to determine the effects of nursing support program (PP-HEDEP) based on Roy adaptation model in girls with precocious puberty and their mothers. This study is designed as experimental and self-control (matched series). In the study, 26 mothers and their daughters who had been diagnosed with precocious puberty and began GnRH analog therapy within one year, participated. The study data were collected by using demographic data form, Child Behavior Checklist 6–18 (CBCL/6-18), Depression-Anxiety-Stress Scale (DASÖ). In the study, PP-HEDEP program based on Roy adaptation model was applied to the participants. For PP-HEDEP, the participants were interviewed three times with an interval of one month to determine the stimuli related to Roy's four compliance areas, and maintenance initiatives were planned. All data forms were filled in the first acceptance of the study. At the end of three months, the mothers completed the DASÖ and CBCL/6-18 scales again. In the analysis of the data, there was a significant decrease in anxiety and stress levels of mother in the DASÖ scale after PP-HEDEP compared to the before PP-HEDEP. In the CBCL/6-18 scale evaluations of the girls, the increase in the total qualification scores after PP-HEDEP, the decrease in anxiety/depression scores and the decrease in the total problem scores were found to be significant. A significant correlation was found in the %42.9 level positive direction between the decrease in DASS stress scores of the mothers and the decrease in the total problem scores of girls with CBCL/6-18 scale. As a result; In addition to medical treatment, care support for psychosocial adjustment problems is needed in cases with precocious puberty. PP-HEDEP was found to be effective in the support of girls and their mothers with puberty precocious. PP-HEDEP, which increases psychosocial adjustment, will to both supports medical treatment and contribute to quality of life.

Key Words: Puberty precocious, Nursing Care, Roy Adaptation Model

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Puberte çocukluk ve yetişkinlik arasında bir geçiş sürecidir. Puberte prekoks ise bu sürecin kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından önce ortaya çıkmasıdır (Ball 2010 pp: 1266-1268; Neyzi 2010 pp:1608-1613). Çocuk, bu süreçte yaşanan fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal değişime adaptasyon sağlamaya çalışır. Akranlarından çok daha önce bu değişimleri yaşayan puberte prekoks kızlar bu döneme adaptasyonda zorlanarak, psikososyal sorunlar yaşayabilir. Yapılan çalışmalar ile puberte prekoks kızlarda, anksiyete, stres, depresyon, erken cinsel deneyim, adölesan gebelik, madde kullanımı risklerinin arttığı gösterilmiştir (Gönülal 2007; Blumenthal ve ark. 2011; Trepanier ark. 2013; Mrug ve ark. 2014; Lee ve Kim 2017). Aynı zamanda annede anksiyete, stres, depresyon riskinin arttığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Lee ve Kim 2017; Schoelwer ve ark. 2017). Tedavi edilebilen bir bozukluk olan puberte prekoksun tedavi hedeflerinden biri de psikososyal sorunların önlenmesidir. Ancak tedavide kullanılan GnRH analoglarının psikososyal sorunları azalttığına dair kesin bulgulara ulaşılamamıştır. Bu konuda yapılan bütün çalışmalarda ve ulaşılan kaynaklarda psikososyal destek sağlanmasına atıfta bulunulmuştur (Gönülal 2007; Blumenthal ve ark. 2011; Trepanier ark. 2013; Lee ve Kim 2017). Ancak hemşirelik bakımı ile ilgili fazla yayın bulunmamaktadır. Puberte prekoksun hemşirelik bakımı; ebeveyn ve çocuk eğitimi, tedavinin yönetimi ve psikososyal destek işlevlerini içermektedir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600). Hemşirelik uygulamalarında model kullanılması, hemşirelik süreci aşamalarında hemşireye rehberlik etmektedir (Velioğlu 1999; Pektekin 2013 pp:111-118). Hayatın bir geçiş süreci olan pubertal süreçte erkene kayma şeklinde ortaya çıkan puberte prekoks için de Roy adaptasyon modeli, anne ve kızın adaptasyonu bakım ve tedavi gereksinimlerinin saptanmasında ve sonuçlarının izlenmesinde çatı oluşturabilir. Roy'un Adaptasyon Modeli doğrultusunda hemşire öncelikle çocuğun uyum şeklini değerlendirir. Uyumlu davranışları devamlılığını sağlamak üzere destek sunar, uyumsuz davranışlara neden olan uyaranları belirler. Hemşirelik tanısına ulaşarak, bakım amaçlarını saptayıp, uygular ve sonucu değerlendirir.

Literatürde puberte prekoks kızlar ve anneleri ile ilgili modele dayalı hemşirelik bakımının etkilerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma puberte

prekokslu kızlar ve annelerinde Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programının etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Puberte

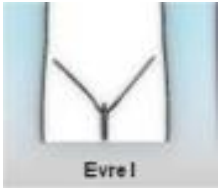
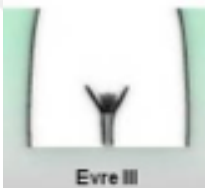
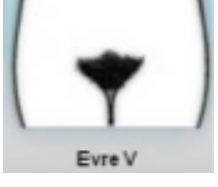
Puberte; çocukluk ile erişkinlik dönemi arasında bulunan birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinin geliştiği, biyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal boyutları olan gelişimsel bir dönüm noktasıdır (Mendle ve ark. 2007; Sørensen ve ark. 2012; Abacı ve ark. 2014; Brito ve ark. 2016). Bu dönemde karmaşık nöroendokrin mekanizmalar pubertenin başlayıp, ilerlemesi ve tamamlanmasını kontrol eder (Topçu 2011; Hatipoğlu 2012). Hipotalamus-hipofiz ve gonadal aksın reaktivasyonu sonucu gelişen puberte; genetik, metabolik, coğrafik, etnik, çevresel, ekonomik faktörlerin etkili olduğu karmaşık ve çok faktörlü bir süreçtir (Bruto ve ark. 2016). Bu dönemde cinsiyete özgü iç organlarda gelişim, dış görünümde değişim, boyda uzama ve üreme kapasitesinin kazanılması beklenen sonuçlardır (Gönç 2009; Abacı ve ark. 2014).

Kızlarda pubertal gelişim sırası; meme tomurcuklanması, pubik/aksiller kıllanma ve menarş şeklinde olmakla birlikte, pubertal gelişim kızların %20'sinde pubik kıllanma ile başlayabilir (Derose ve ark. 2010 pp:121-127; Topçu 2011; Hatipoğlu 2012). Fertilite yeteneğinin kazanılmasının yanı sıra vücut kompozisyonunda, kemik boyut ve mineralizasyonunda, kalp ve damar sistemi gibi vücut sistemlerinde değişimler yaşanır (Hatipoğlu 2012).

Puberte, hipotalamustan Gonadotropin Releasing Hormonu (GnRH) salınımı ile başlar. GnRH, hipofizden Folikül Stimulan Hormon (FSH) ve Luteinizan Hormon (LH) salınımına neden olur. FSH kızlarda granüloza hücrelerini uyarak, folliküllerde ve östrojen salımında etkili olur. Östrojen; meme gelişimi, iç genital organlarda gelişim, kadına özgü vücut yağ dağılımı ve iskelet olgunlaşmasını sağlar. LH ise korpus luteum yapımını uyarır. Erkeklerde LH testosteronun testislerden salınımını uyarırken, FSH'da Sertoli hücrelerini uyarak spermatogenezi sağlar (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Gönç 2009). Adrenal bezler, dehidroepiandrosteron (DHEA) hormonu üreterek pubik ve aksiller kıllanmaya neden olur (James ve Ashwill 2007 pp:894-896). Adrenal bezler, testis ve overlerden salgılanan androjenler; seksüel kıllanma, akne ve erişkin tipi ter kokusundan sorumludur (Topçu 2011).

Pubertede meme ve pubik kıllanmadaki gelişim, Tanner-Marshall tarafından geliştirilen skala doğrultusunda (Tablo 2.1) evre 1 ile 5 arasında değişen gelişim

basamaklarına ayrılmıştır. Evre 1 prepubertal dönem, Evre 5 ise son aşamadır (Abacı ve ark. 2014).

Evre	Meme Gelişimi	Pubik ve aksiller kıllanma
Evre 1	Prepubertal olup, sadece meme başı gözlenir, meme dokusu palpe edilemez.	
Evre 2	Memelerde tomurcuklanma başlamış ve areola hafif genişlemiştir. Areola altında bozuk para şeklinde meme dokusu palpe edilir.	
Evre 3	Areola ve meme dokusu genişler ancak sınırları net değildir, birbirinden ayrılmaz.	
Evre 4	Meme büyür, areola ve papilla meme üstünde bir çıkıntı halini alır.	
Evre 5	Meme erişkin büyüklüğüne ulaşır. Meme üzerindeki areola çıkıntısı meme seviyesine geriler. Papilla belirginleşir.	

Şekil 2-1: Tanner'a göre kızlarda meme ve pubik kıllanma gelişim evreleri (Abacı ve ark. 2014).

Pubertal gelişim normalde kızlarda 8-13 yaş, erkeklerde ise 9-14 yaş arasında başlamakta olup, tamamlanması 1,5-6 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama 4,5 yıl sürmektedir (Topçu 2011; Abacı ve ark. 2014). Puberte başlama yaşı toplumdan topluma değişmekte olup, Türk toplumu için kızlarda $10,1 \pm 1,0$ yıldır. Menarş yaşı ise $12,2 \pm 0,9$ yıl olarak belirlenmiştir (Topçu 2011; Abacı ve ark. 2014).

Son yıllarda yapılan çalışmalar puberte başlangıç yaşının yıllar içinde erkene kaydığını göstermiştir. Pubertal yaş her 10 yılda bir 1-3 ay erkene kaymaktadır (Mendle ve ark. 2007; Topçu 2011; Hatipoğlu 2012). Sosyoekonomik şartların stabilleşmesi, beslenme ve hijyende iyileşme ile bu eğilimin durduğu ifade edilmektedir (Sørensen ve ark. 2012). Genetik, ırk/etnik köken, yabancı bir ülkeden evlat edinilmesi, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), gestasyonel kazanılan ağırlık, intrauterin gelişme geriliği, çevresel faktörler, stres, pubertal başlangıç yaşında etkili faktörlerdir (Topçu 2011; Synovitz ve Chopak-Foss 2013; Şahin 2014 Tate 2013). Çevresel faktörler arasında; beslenme, kronik hastalıklar, göç, coğrafi koşullar, çevre kirliliği, kozmetik ürünler, insektisitler ve fitatlat gibi endokrin bozuculara maruziyet vb. sayılabilir (Mendle ve ark. 2007; Sørensen ve ark. 2012; Kılavuz, 2012; Synovitz ve Chopak-Foss 2013; Bayraktar 2015).

2.2. Puberte Prekoks

Puberte prekoks; pubertal belirtilerin, çocuğun bulunduğu toplumun standartından -2,5 SD erken başlamasıdır (Topçu 2011; Hatipoğlu 2012). Genel olarak puberte belirtilerinin kızlarda 8 yaşından önce, erkeklerde 9 yaşından önce ortaya çıkmasıdır (Ball 2010 pp: 1266-1268; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613). Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre kızlarda meme gelişiminin 8 yaşından önce evre 2 üzerinde olması, 9,5-10,5 yaş öncesinde menarşın başlaması, erkeklerde 9 yaşından önce testis hacminin 4 ml ve üzerine çıkması, önemli belirtilerdir (Ball ve ark. 2010 pp: 1266-1268; Berberoğlu 2010; Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014).

Son yıllarda kızlarda puberte belirtilerinin 7-8 yaş arasında başlamasının erkence puberte (erkene kaymış normal puberte, gri bölge) olarak değerlendirilmesi tartışılmaktadır. Bu vakaların yakın takibi gerekmektedir (Berberoğlu 2010).

Pubertenin başlama zamanı kadar ilerleme hızı da önemlidir. Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre hızlanmış puberte; erkeklerde testis volümü 1,5 yıldan daha kısa sürede 6-8 mililitreden

8-10 mililitreye ulaşması, kızlarda ise meme gelişiminin 10 yaşından önce evre 2'den evre 3'e ulaşmasıdır (Abacı ve ark. 2014).

Puberte prekoks insidansı bazı kaynaklarda 5.000 de bir ile 10.000 de bir arasında, bazı kaynaklarda da 1000 de 0,1 ile 0,5 görüldüğü ifade edilmektedir (Hatipoğlu 2012; Sørensen ve ark. 2012; Eklioğlu ve ark. 2016). İspanya'da puberte prekoks prevalansı 100.000'de 19, Danimarka'da kızlarda 1000'de 2, Amerika'da beyaz ırk için 100'de beşin altında, Meksika kökenli kızlar için ise 100 de 12-19 olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Topçu 2011; Brito ve ark. 2016). Düzce ilinde Topçu (2011) tarafından yapılan okul taramasında puberte prekoks prevalansı %1,37 olarak bulunmuştur (Topçu 2011). Manisa ilinde gerçekleştirilen çalışmada ise bu oran %10'dur. Kızlarda erkeklerden yaklaşık 3 ila 23 kat fazla görülür (Erenberk 1999; Kyle 2008 pp:944-945; Gönç, 2009; Sørensen ve ark. 2012; Abacı ve ark. 2014; Eklioğlu ve ark. 2016). Yıllar içinde puberte prekoks prevalans ve insidansı arttığı ifade edilmektedir. Bu artışta; puberte prekoksun farkındalığındaki artış, tıbbi açıdan değerlendirilme ve sevk oranlarındaki artış rol oynayabilir (Sørensen ve ark. 2012)

2.2.1. Puberte Prekoks Etyolojisi

Kızlarda puberte prekoks % 50-95'i idiyopatik etyolojiye sahiptir (Carr ve ark. 2004 pp:4-5; Kyle 2008 pp:944-945; Brito ve ark. 2016). Erkeklerde organik patoloji daha sık rastlanmaktadır. Hipotalamik hemartom, radyasyon, beyin hasarı, menenjit, hidrocefali, enfeksiyöz ensefalit öyküsü, konjenital adrenal hiperplazi, McCune Albright sendromu, testis tümörleri, over tümörleri, böbreküstü bezi tümörü nedenleri arasında yer almaktadır. (Kyle 2008 pp:944-945; Çayır Y. ve Çayır A. 2013; Abacı ve ark. 2014). Genetik nedenler, çevresel faktörler ve beslenme önemli etkiye sahiptir. Gerçek puberte prekokslu çocukların %27,5'nun aile öyküsünde puberte prekoks vardır. Uluslararası evlat edinilme, obezite, seks steroid hormonlarına maruz kalma, endokrin bozuculara maruziyet, merkezi sinir sistemi anormallikleri, tümörler, radyasyon, travma, tüberküloz meningoensefaliti, menenjit vb hastalıklar puberte prekoksun etyolojisinde rol oynamaktadır (Hasanoğlu ve ark. 2010 pp: 1219-1224; Tate 2013; Brito ve ark. 2016).

Beslenme de önemli faktörlerden biridir. Bayraktar (2015) tarafından yapılan çalışmada 6 aydan az anne sütü ile beslenme, D vitamini düşüklüğü ve beslenme alışkanlığı ile puberte prekoks arasında ilişki bulunmuştur (Bayraktar 2015). Zhao (2018)

tarafından yapılan çalışmada da D vitamini eksikliğinin puberte prekoks üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir (Zhao ve ark. 2018).

2.2.2. Puberte Prekoks Türleri

Pubertal gelişim çocuğun genotipine uygun ise izoseksüel, değilse heteroseksüel puberte prekoks sözkonusudur. Heteroseksüel puberte prekoksta kızlarda maskülinizasyon, erkeklerde ise feminizasyon bulguları gözlenir (Ayhan ve ark. 2008 pp: 879-881; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613). Puberte prekoks; gerçek (santral, komplet, gonadotropin bağımlı) puberte prekoks, yalancı (periferik, gonadotropin bağımsız) puberte prekoks, kombine puberte prekoks (yalancı puberte prekoks+gerçek puberte prekoks) ve inkomplet (parsiyel, normal puberte varyantları) olarak dört başlıkta incelenmektedir (Berberoğlu, 2010; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613).

Gerçek (santral) puberte prekoks hipotalamus- hipofiz-gonadal aksın çalışmasıyla seks steroidlerinin salınımı sonucu gelişirken, Yalancı (periferik) puberte prekoksta hipotalamus-hipofiz-gonadal aks aktive olmadan ortaya çıkar. Seks steroidleri; konjenital adrenal hiperplazi, adrenal tümör, testis tümörleri, over tümörleri ve kistleri, McCune-Albright sendromu gibi gonadal veya gonad dışı kaynaklardan salgılanır. Gerçek (santral) puberte prekoks, yalancı (periferik) puberte prekokstan beş kat daha fazla görülür (Gönç 2009). Gerçek (santral) puberte prekoks kızlarda erkeklere oranla 20 kat daha fazla görülür ve daha çok idiyopatik nedenlidir (Hasanoğlu ve ark. 2010 pp: 1219-1224; Çayır Y. ve Çayır A. 2013). Pubertal gelişimin seyri normal olmakla birlikte sadece daha erken yaşta ortaya çıkmıştır (Ayhan ve ark. 2008 pp: 879-881). Gerçek (santral) puberte prekoks kliniği homojen değildir. Bazı vakalarda hızlı, bazı vakalarda ise yavaş ilerler. Kızlarda pubertal gelişim genellikle; meme gelişimi, pubik/aksiller kıllanma, somatik gelişimde hızlanma, menstrüasyon ve ter kokusu sırasını takip eder. Normal puberteye göre menstrual sikluslar genellikle düzensiz ve anovulatuardır (Berberoğlu 2010). Gerçek (santral) puberte prekoks izoseksüeldir (Berberoğlu 2010). Yalancı (periferik) puberte prekoksta ise kazanılan seksüel özellik izoseksüel veya heteroseksüeldir (Kılavuz 2012). Gerçek (santral) puberte prekoks GnRH agonistleriyle tedaviye cevap verirken, yalancı (periferik) puberte prekoksta ise GnRH analoglarına cevap vermez (Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613).

Kombine puberte prekoks; yalancı puberte prekoksa gerçek puberte prekoksun eklenmesi ile oluşur (Kılavuz 2012).

Normal puberte varyantları ise prematür telarş, prematür adrenarş ve prematür menarştır. Bu durumlar genellikle iskelet gelişimini hızlandırmaz, pubertenin tamamlanma süresini kısaltmazlar (Eklioğlu ve ark. 2016). Prematür telarş; kız çocuklarında 8 yaşından önce sadece izole meme gelişiminin gözlemlendiği, ancak diğer pubertal bulguların gözlenmediği durumdur. Klinik izlem gerektirir. Prematür adrenarş; 8 yaşından önce sadece pubik/aksiller kıllanmanın gözlemlendiği, ancak diğer pubertal bulguların gözlenmediği durumdur. Androjen hormonundaki artışa bağlı yetişkin ter kokusu ve akne görülebilir. Prematür menarş; kızlarda diğer pubertal bulgular olmadan, sadece tekrarlayan vajinal kanamaların ortaya çıktığı nadir gözlenen bir durumdur (Çayır Y. Çayır A. 2013; Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014).

2.2.3. Puberte Prekoksun Belirtileri

Kızlarda genellikle ilk belirti meme tomurcuklanmasıdır. Ardından pubik/aksiller kıllanma ve menstrüasyon gelir. Sikluslar anovulatuvar olmakla birlikte nadir de olsa ovulasyon olabilir. Akne ve yetişkin ter kokusu ve huysuzluk gözlenebilir. Büyüme hızlanmıştır (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613).

Puberte prekoksta somatik gelişim hızlanır. Kemik yaşı kronolojik yaşı 2 SD ilerisindedir (Berberoğlu 2010). Puberte prekoksta salgılanan östrojen büyümeyi hızlandırır iken, kemik plakalarının erken kapanmasında da etkili olur (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600). Akranlarına göre başlangıçta iri gözüken bu çocukların final boyları genetik potansiyelinin altındadır. Akranlarından önce ortaya çıkan pubertal değişim, psikososyal problemleri ve taciz riskini de beraberinde getirmektedir (Berberoğlu 2010).

Puberte prekoksun klinik seyri 4 şekilde gözlenmektedir;

Progresif Seyir: Puberte belirtileri erken başlar. Puberte hızı normaldir. Menarş erken olur.

Hızlı Progresif Seyir: Puberte belirtileri erken başlar. Puberte hızlı ilerler. Menarş erken olur.

Yavaş Progresif Seyir: Puberte belirtileri erken başlar. Pubertenin hızı yavaştır. Menarş olması gereken zamanda olur.

Nonprogresif Seyir: Puberte belirtileri erken başlar, ancak ilerlemez. Menarş olması gereken zamanda olur (Carel ve ark. 2009; Şahin 2014).

2.2.4. Puberte Prekoksta Tanı

Tanı kapsamlı öykü ile başlar. Fizik muayene, Laboratuvar tetkikleri, pelvik ultrason, manyetik rezonans (MR) değerlendirmeleri ile devam eder.

Öykü; hem çocuğun hem de ailenin öyküsü alınmalıdır. Çocuğun öyküsünde; doğum ağırlığı, büyüme eğrisi, geçirilen hastalıklar, diyet, merkezi sinir sistemini ilgilendiren bir hastalık varlığı, kranyal rasyasyon öyküsü, kafa travması öyküsü, ilaç veya kozmetik ürün kullanımı ile eksojen steroide maruz kalma öyküsü, pubertal bulguların fark edilme zamanı ve ilerleme hızı ve psikososyal durum hakkında bilgi toplanır. Aile öyküsünde ise puberte başlangıç yaşları, ebeveynlerin boyları, anabolizan veya cins steroidi kullanımı öyküsü araştırılır (Ricci ve Kyle 2009; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613; Şahin 2014).

Fizik muayenede; her iki cins için; boy, kilo, vücut bölümlerinin oranları, cildinin yağlılık durumu, deride sütlü kahve lekelerin olma durumu, akne, pubik ve aksiller tüylenmenin Tanner skalasına göre değerlendirilmesi, erişkin tip ter kokusunun varlığı, meme gelişiminin Tanner skalasına göre değerlendirilmesi, batında kitle varlığı, kızlar için; renk, akıntı, ödem vb açıdan perine ve vajen mukoza değişiklikleri, klitoris büyüklüğü, erkekler için; testislerin büyüklüğü, testis asimetrisi, penisin uzunluğu, seste kalınlaşma değerlendirilir (Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613; Çayır Y. ve Çayır A. 2013; Şahin 2014).

Laboratuvar tetkikleri; FSH, LH, östrojen (kız), testesteron (erkek)ve GnRH veya GnRH analogu uygulaması sonrası FSH ve LH düzeyleri değerlendirilir. Gonodotropinlerin gün içindeki salınımı periyodik ve değişkendir. Puberte başlangıcında önce geceleri artarken, sonrasında gündüzleri de artarak erişkin özelliği kazanır. Pubertenin evreleri ile paralel bir ilerleme gösterdiği için cinsiyet hormonlarının gündüz ölçümü tanı için önemlidir. (Hasanoğlu ve ark. 2010 pp: 1219-1224; Çayır Y. ve Çayır A. 2013)

GnRH stimülasyon testi, gerçek ve yalancı puberte prekoks ayırımı için önemli bir testtir. Sentetik GnRH iv veya subkütan uygulanır. 2 saat süresince belirli aralıklar ile kan örneği alınarak FSH ve LH değerlerine bakılır (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Şahin 2014).

Pubertal gelişimin değerlendirilmesinde LH/FSH oranı önemlidir. GnRH veya GnRH analogu ile uyarılma sonrası 30/60 dak sonra ölçülen LH seviyesi puberte prekoks tanısı için altın standarttır (Gönç 2009; Topçu 2011; Şahin 2014). Prepubertal dönemde FSH, LH'dan daha yüksekken, pubertal dönemde LF, FSH'dan daha yüksektir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896). Bazı kaynaklarda izlemde LH takibinin yeterli olduğu ifade edilmiştir (Şahin 2014).

Ayrıca Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre hipotroidi ekarte etmek için tiroit fonksiyon testleri, konjenital adrenal hiperplaziyi ekarte etmek için de 17-OH progesteron tahlili sabah erken saatlerde alınır (Abacı ve ark. 2014).

Sol el ve el bileği grafisi; Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre sol el ve el bileği grafisi, kemik yaşının belirlenmesini sağlayarak, pubertal ilerlemenin durumunu ve erişkin boyun tahmininde yardımcı olur (Carr ve ark. 2004 pp:4-5; James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Gönç 2009; Abacı ve ark. 2014). Kemik yaşı takvim yaşının 2 SD üzerinde ise puberte prekoks, takvim yaşı ve kemik yaşı paralel ise normal puberte varyantları yönünden değerlendirilir (Topçu 2011; Abacı ve ark. 2014).

Ultrasonografi; Puberte prekokslu kızlarda uterus ve over boyutlarını belirlemek, over folliküllerini değerlendirmek, kist, tümör gibi oluşumları belirleyebilmek için pelvik ultrasonografi çekilmektedir. Pelvik ultrasonografide; uterus yüksekliği (normalde 35 mm'den az olmalı), korpus/seviks oranı (1'in altında olmalı), over uzun çapı (normalde 20 mm'den az olmalı), over kistleri (prepubertal dönemde homojen veya mikrokistik), endometrium kalınlığı (5 mm ulaşınca menarş başlamaktadır) değerlendirilir (Berberoğlu 2010).

Tomografi ve MR; hipotalamus ve hipofizin değerlendirilmesini, tümörlerin belirlenmesini, merkezi sinir sistemi lezyonlarının değerlendirilmesini sağlar (James ve Ashwill 2007 pp:894-896).

2.2.5. Puberte Prekoksta Tedavi

Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre puberte prekoksta tedavinin amacı; pubertal gelişimin normal pubertal yaşa kadar durdurulması, iskelet olgunlaşmasının geciktirilmesi, epifizlerin

kapanmasının geciktirilmesiyle çocuğun yetişkin boyunun maksimuma çıkarılması, sekonder cinsiyet özelliklerinin ilerlemesini durdurulması hatta gerilemesinin sağlanması, erken menarş ve cinsel aktivitenin önlenmesi, psikososyal ve davranışsal sorunların önlenmesi, altta yatan sebebin tedavi edilmesidir (Antoniazzi ve Zamboni 2004; Kurt 2006; James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Şahin 2014; Abacı ve ark. 2014). Tedavi endikasyonları; pubertal belirtilerin kızlarda 7, erkeklerde 8 yaş öncesinde başlaması, takvim yaşına göre kemik yaşının 2 SD ileri olması, kemik yaşına göre nihai boyun 2 SD'nin altında olması veya nihai boyun 150 cm altında olması, pubertal gelişimin hızlanması (9 yaşından önce menstrüasyonun başlayacağını öngörülmesi), ağır psikolojik ve davranışsal sorunlardır (Antoniazzi ve Zamboni 2004; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464; Abacı ve ark. 2014; Lee ve Kim 2017). 7-8 yaş arası kızlarda tedaviye başlanması tartışmalı olup, pubertal gelişim hızı yakından izlenmelidir (Şahin 2014).

Tedavi nedene yönelik yapılır. Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre organik bir patoloji tesbit edildi ise tedavi edilir, organik patoloji yok ise farmakolojik tedavi uygulanır (Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Abacı ve ark. 2014). Gerçek puberte prekoks tedavisinde aylık veya 3 aylık GnRH analogları kullanılır (Brito ve ark. 2016). Medikal tedavide en çok triptorelin ve leuprolid asetat kullanılmaktadır (Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014). GnRH analogları hipofizi etkileyerek FSH ve LH salınımını başlangıçta uyarır, devamında baskılar. Bu nedenle ilk uygulamada FSH, LH salınımını arttırarak ilk haftalarda meme gelişiminde ve boy büyümesinde geçici bir hızlanma ve vajinal kanama görülebilir. 2-4 hafta içinde LH ve FSH salınımı baskılanarak meme ve uterus gelişimi durur, gerileyebilir, menstrüasyon başladı ise kesilir. Erkeklerde pubik kıllanma, testis volümü ve agresif davranışlar geriler (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464; Şahin 2014). Tedavinin 6 yaş öncesinde başlamış olması öngörülen yetişkin hedef boya ulaşılmasında etkilidir (Li ve ark. 2014; Şahin 2014; Schoelwer ve ark. 2015; Kim 2015; Brito ve ark. 2016). Etkinlik açısından düzenli kullanım önemlidir. Tedavinin atlanması, ertelenmesi, geciktirilmesi gibi ilaç tedavisine uyumsuzluk, pubertal ilerlemeyi baskılamak yerine alevlendirebilir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Berberoğlu, 2010; Çayır Y. Çayır A. 2013; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464; Abacı ark. 2014).

GnRH analoglarının günlük intranazal, subkutan formlarının yanında, depo enjeksiyon şeklinde aylık ve üç aylık formları ve cilt altı implant şeklinde 12 aylık formları bulunmaktadır (Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613; Kılavuz 2012; Şahin 2014). Nafarelin, deslorelin, leuprolid, histrelin, goserelin, buserelin, triptorelin GnRH analogları olarak sayılabilir (Topçu 2011; Kılavuz 2012; Şahin 2014).

GnRH analogları çocuğun büyüme hızını yavaşlatır. Ancak çocuğun kemik yaşı ilerlemeye devam ederse, çocuğun erişkin hedef boyu açısından yarar sağlamaz. Bu durum göz önünde bulundurularak, tedavi sürecinde boy, kilo, kemik yaşı, büyüme hızı ve pubertenin seyri düzenli olarak izlenmelidir (Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613). Tedavi başlangıcındaki kemik yaşı ileri ise tedavinin kemik yaşının daha da ilerlemesini durdurma ihtimali azdır. Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre tedavinin etkinliğini değerlendirmek için tedavi sürecinde GnRH testinin yapılarak LH baskılanmasının değerlendirilmesi gerekmektedir. Çocuğun kemik yaşı göz önünde bulundurularak hesaplanan erişkin hedef boy kısaysa, boy uzamasını arttırmak amacı ile büyüme hormonu da tedaviye eklenebilmektedir (Antoniazzi ve Zamboni 2004; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613; Li ve ark. 2014; Abacı ve ark. 2014). Yıllık kemik yaşı ölçümü ile kemik olgunlaşması değerlendirilmektedir. Yıllık kemik yaşı artma miktarının, takvim yaşı artma miktarına oranının 1,2 den daha az olması tedavinin etkin olduğunu gösterir (Berberoğlu 2010). Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre tedavinin etkinliğini değerlendirmek üzere; tedavinin başlangıcından 6 ay sonra GnRH uyarı testi ile LH düzeyi, pelvik ultrasonografi (USG) ile uterus ve over gelişimi değerlendirilir (Abacı ve ark. 2014). GnRH analogu adrenal androjen sekresyonunu etkilemediği için pubik kıllanmada artış olması tedavinin başarısızlığını göstermez (Şahin 2014). Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre GnRH analog tedavisinin puberte ilerlemesinde etkinlik sağlayamadığı durumda öncelikle doz artışına gidilmekte, gerekirse tedavi aralığının 28 günden 21 güne düşürülmesi uygulanabilmektedir (Berberoğlu 2010; Abacı ve ark. 2014). Tedavi etkin ise 3-6 ay aralıklar ile izlem yapılır (Şahin 2014).

Tedavinin yan etkileri minimum olup, tolere edilebilecek düzeydedir. İlk enjeksiyondan sonra geçici olarak vajinal kanama olabilir. İm enjeksiyon bölgesinde ağrı,

eritem, endüasyon, steril abse görülebilir (%3-13) (Abacı ve ark. 2014; Guaraldi ve ark. 2016). Uykusuzluk, sıcak basması, bulantı, kusma, başağrısı, duygu-durum değişikliği gibi menopozal bulgular, papil ödem, retinal ven oklüzyonu ve gözkapağı ödemi nadiren görülmektedir (Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Abacı ve ark. 2014; Guaraldi ve ark. 2016). Çok nadir olarak anaflaksi gelişebilir (Şahin 2014). Osteoporoz'a neden olma yönünde endişeler bulunmakla birlikte çalışmalar tedavi kesildikten sonra kemik mineral dansitesinin yaşa göre normal sınırlara ulaştığını göstermiştir (Gönç 2009; Şahin 2014; Kim 2015; Guaraldi ve ark. 2016). Kilo konusu tartışmalı olup, kilo artışına sebep olduğunu (Heo ve ark. 2016; Kim ve ark. 2017) ve kilo üzerinde etkisi olmadığını (Magiakou ve ark. 2010; Kim 2015) öne süren çalışmalar mevcuttur (Pasquino ve ark. 2008; Gönç 2009; Gılab ve ark. 2009; Colmenares ve ark. 2014; Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014; Kim 2015; Guaraldi ve ark. 2016). Ancak bu çocuklarda obezite ve aşırı kilonun yaygınlığı ve kemik kitle formasyonu göz önünde bulundurularak, GnRH analog tedavisine ek olarak yaşam tarzı değişikliği, egzersiz ve diyet konusunda eğitim gereklidir (Colmenares ve ark 2014; Kim 2015).

Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre tedavinin sonlandırılmasında; klinik değerlendirme, kemik yaşının, takvim yaşının ve hedef boya ulaşma potansiyelinin değerlendirilmesi dikkate alınır. Hedef boya ulaşmak için kızlarda 11 takvim yaşı, 12-12,5 kemik yaşı, erkeklerde ise 13 kemik yaşı tedavinin sonlandırma kriteri olarak kullanılmaktadır (Topçu 2011; Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014; Kim 2015).

Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu'na göre tedavinin sonlandırılması ile hipotalamo-hipofizer eksen normale dönmektedir. Birkaç ay sonra GnRH testine LH yanıtı pubertal düzeydedir. GnRH testi, tedavi sonlanmasından sonra 6 ay aralıklar ile pubertal yanıt alınmaya kadar tekrarlanır. Tedavinin sonlandırılmasından 2-61 ay arasında değişmekle birlikte ortalama 12-15 ay sonra menarş gözlenmektedir (Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014; Kim 2015; Brito ve ark. 2016). Düzenli menstrüal siklus % 60-96'sında görülür (Pasquino ve ark. 2008; Brito ve ark. 2016).

GnRH tedavisi kesildikten sonra pubertal gelişim devam eder (James ve Ashwill 2007 pp:894-896). Tedavinin erken menapoza neden olduğuna dair veri bildirilmemiştir (Ayhan ve ark. 2008 pp: 879-881). Uzun vadeli fertilite çalışmaları, fertiliteyi

etkilemediğini belirtmektedir (Pasquino ve ark. 2008; Ayhan ve ark. 2008 pp: 879-881; Topçu, 2011; Fuqua, 2013; Şahin 2014; Lazar ve ark. 2014; Kim, 2015; Guaraldi ve ark. 2016; Brito ve ark. 2016). Lazar ve ark. (2014) yapmış olduğu çalışmada 25-56 yaş arası 214 puberte prekoks ve 446 kontrol grubu kadını jinekolojik öykü konusunda karşılaştırmış; destekli fertilizasyonun ve klinik hiperandrojenizmin tedavi edilmemiş puberte prekokslerde tedavi edilenler ve kontrol grubundan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Lazar ve ark. 2014). Polikistik over prevalansını arttırdığına yönelik çalışma sonuçlarının yanı sıra etkilemediğine yönelik prospektif çalışma sonuçları da yayınlanmıştır (Magiakou ve ark. 2010; Şahin 2014; Kim 2015; Brito ve ark. 2016; Guaraldi ve ark. 2016). Psikososyal ve davranışsal problemler tedavi endikasyonunun içinde yer almakla birlikte, tedavinin psikososyal açıdan faydası net olarak ortaya konulamamıştır. (Şahin 2014; Kim 2015; Schoelwer ve ark. 2015; Brito ve ark. 2016; Schoelwer ve ark. 2017) Vakaların psikolojik sorunlar açısından da değerlendirilmesi, gerektiğinde psikolojik tedaviye yönlendirilmesi gerekmektedir (Şahin 2014).

2.3. Puberte Prekoks'un Kız Çocuklar ve Anneleri Üzerine Etkileri

2.3.1. Puberte Prekoks'un Kız Çocuklar Üzerine Etkileri

Ergenlik dönemi fiziksel, bilişsel, nöroendokrin, psikososyal değişikliklerin olduğu bir dönem olup, ergenler bu geçiş dönemi ile farklı şekillerde başa çıkmaya çalışmaktadır. Bir kısmı rahatlıkla bu dönemi aşarken, bir kısmı da ciddi psikososyal ve davranışsal sorunlar yaşayabilir (Negriff ve Susman 2011).

Puberte prekoks bir yandan iskelet olgunlaşmasını hızlandırarak epifizlerin erken kapanmasına ve sonuçta erişkin boy kısalığına neden olur. Diğer yandan da seks steroidlerinin artışına neden olarak sekonder seks karakterlerinin erken gelişmesine, sonuç olarak da davranışsal ve psikososyal sorunlara yolaçar (Gönülal 2007).

Erken pubertal gelişimin sonucu stres, anksiyete ve depresyonun arttığını gösteren yayınlar bulunmaktadır (Gönülal 2007; Lee ve Kim 2017). Trepanier ve ark. (2013) yaptığı çalışmada erken menarşın tükrük kortizol düzeyini ve depresif belirtileri arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Trepanier ve ark. 2013). Bu gelişimsel dönemde kızlar çevresel risk faktörlerine karşı daha savunmasız ve kırılgan kalmaktadır. Müdahale için kritik bir dönemdir. Blumenthal ve ark. (2011) tarafından pubertal zamanlama ve sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmada erken pubertal gelişim yaşayan

kızların, erken pubertal gelişim yaşayan erkekler ve normal pubertal gelişim yaşayan kızlara göre sosyal kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu verisine ulaşmıştır (Blumenthal ve ark. 2011). Mrug ve ark. (2014) yaptığı çalışmada erken olgunlaşan kızların olumsuz akran etkilerine daha yatkın olduğunu, daha saldırgan ve suç davranışlarında bulunduğunu, yaş ilerledikçe bu etkinin azaldığı verisine ulaşmıştır (Mrug ve ark. 2014). Bu dönemdeki kızlara olumsuz akran etkisine karşı psikososyal destek sağlanmalıdır.

Puberte prekoks için stresin sonuç değil sebep olduğu hipotezi ile yolaçkan çalışmalar da bulunmaktadır. Tremblay ve Frigon (2005) yaptıkları çalışmada ilk adet yaşının erkene kaymasının anksiyete düzeyi ve olumsuz aile durumu ile ilişkili olduğu; ayrıca VKİ, çatışmalar ve uyku bozukluklarının puberte başlangıcını anlamlı bir şekilde işaret ettiğini; durumsal stresin, bu değişkenlerin etkisine aracılık ettiği verisine ulaşmıştır (Tremblay ve Frigon 2005). Başka bir çalışmada ise ergenlik çağındaki kızlarda erken ergenlik ile içselleştirici semptom ve bozuklukların başlangıcı arasındaki ilişki prospektif olarak değerlendirmiş, erken pubertal gelişim gösteren kızların içselleştirici bozukluklar için daha yüksek risk altında olduğu sonucuna ulaşmıştır (Hayward ve ark. 1997). Diğer bir çalışmada ise erken pubertal gelişimin, öncesinde depresyon hassasiyeti olmayan kızlar için de depresyon riskini arttırabileceği, zayıf emosyonel durumlu erken pubertal gelişim gösteren kızların depresif sendroma daha hassas olabileceği bulgusuna ulaşmıştır (Hamilton ve ark. 2014).

Puberte prekoksta çocuk fiziksel olarak daha büyük göstermekle birlikte normal bir psikoseksüel gelişime sahiptir. Hormonal ve fiziksel değişiklikleri anlamak için çok küçük olan çocuk kendini baskı altında hissedebilir. Çocuğa bedensel gelişimin normal olduğu, sadece erken yaşta ortaya çıktığı anlatılmalı, ailesi ile birlikte uygun ortamda yaşına uygun bir şekilde cinsel eğitim verilmelidir (Topçu, 2011).

10 yaş altı kız çocukları zihinsel olarak menstrüasyon ve diğer pubertal değişime hazır değildir. Akranlarından farklı görünmek, akranlarının yanında izole hissettirebilir. Düşük benlik saygısı, depresyon, madde kullanımı gibi psikososyal sorunlara yol açabilir (Lee ve Kim 2017). Puberte prekoks ve davranış problemlerinin, obezite, düşük doğum ağırlığı, endokrin bozuculara maruziyet gibi ortak genetik ve çevresel risk faktörleri bulunmaktadır (Purper-Ouakil ve Didillon 2016). Çalışmalar bu grupta saldırganlık, depresyon, sosyal açıdan geri çekilme, moral bozukluğunun yaygın olduğunu, okulda sorun yaşadıklarını, daha erken yaşta cinsel aktivitenin başladığını ve madde kullanma

eğitiminde olduklarını göstermiştir. Davranış ve giyim tarzı olarak takvim yaşlarına göre değil fiziksel olarak göründükleri yaşa göre davranışları beklenmektedir. Kendilerini nasıl koruyacaklarını bilemedikleri için cinsel istismara zorlanabilirler (Vicary ve ark. 1995; Synovitz ve Chopak-Foss 2013; Purper-Ouakil ve Didillon 2016). Yapılan bir çalışmada erken pubertal gelişimin çok sayıda cinsel partner olma olasılığını arttırdığını göstermiştir (Copeland ve ark. 2010).

Erken pubertal gelişim, akranlarının çocuğa karşı farklı davranışlarına, sonuçta da izolasyon ve sosyal problemlere neden olmaktadır. Liao ve ark. (2006) tarafından yapılan retrospektif nitel çalışmada 7 yaş öncesinde pubertal gelişimi başlamış 31-65 yaş arası 5 kadınla derinlemesine görüşme yapılmış ve “farklı olma” ve “yetişkin çocuk” temaları bulunmuştur. Kadınlar, akranları ergenliğe ulaştığında bile kendilerinki daha önce başladığı için farklı hissettiklerini ifade etmişlerdir (Liao ve ark. 2005). Puberte prekoks kızlar, fiziksel farklılıklar sebebi ile akranlarının alay ve zorbalığına maruz kalabilmektedirler (Topçu 2011). Erken menarş, içine kapanmaya ve özgüven kaybına neden olabilir. Bu dönemde ebeveynlerin çocuğa cesaret ve destek vermesi, çocuk üzerindeki baskıyı ve psikolojik problem riskini azaltır (Topçu 2011).

Erken olgunlaşan çocuk kendine benzer şekilde olgunlaşmış veya daha büyük erkekleri çeken arkadaş bulma eğilimine neden olabilir. Bu durum akran ilişkilerini daha da zayıflatır (Caspi ve ark. 1993; Mendle ve ark. 2007; Purper-Ouakil ve Didillon 2016).

Puberte prekokssta artmış libido, masturbasyon ve seksüel davranışlar görülebilir. Kültürel farklılıklar olmakla birlikte, seksüel aktivite erken başlayabilir. Aile cinsel istismar konusunda uyarılmalı, aile ve çocuğa uygun şartlarda, yaşına uygun cinsel eğitim verilmelidir.

Fiziksel görünüm olgunlaştıkça sosyal normlar ve beklentiler değişir. Kızlar bu sosyal değişimlerle, kendilerinden çok daha sonra olgunlaşacak akranlarına göre daha az kaynakla uğraşmaya zorlanmaktadır (Mendle ve ark. 2007). Ergenler kendilerinde meydana gelen bedensel değişikliklere özellikle duyarlıdır. Ergenliğe geçiş yıllarında benlik tanımlamaları daha çok fiziksel görünümle ilgilidir. Bu dönemde beden imajını oluşturur. İdeal beden imajı; özellikle akranları, ailesi ve toplumdan aldığı mesajlar doğrultusunda belirlenir. Oktan ve Şahin (2010) 300 lise öğrencisi kız üzerinde yapmış oldukları çalışmada beden imajı yüksek olan kızların benlik saygılarının da yüksek olduğunu, beden imajı düşük ise benlik saygılarının da düşük olduğunu bulmuştur.

(Oktan ve Şahin 2010). Puberte prekoksta beden imajı olumsuz etkilenmektedir. Erken pubertal zamanlama kız çocukları için vücut imajı ve cinsiyet rol beklentileri üzerinde olumsuz bir etki ortaya çıkarabilir (Waylen ve Wolke 2004).

Erken olgunlaşan kızların vücut memnuniyetsizliği, benlik saygısını düşürüp aşırı diyet ve düzensiz yemek yeme riskini yükseltmektedir (Graber ve ark. 1997; Mendle ve ark. 2007). Kaltiala-Heino ve ark. (2001) 19.196 adölesan kız ile yapmış olduğu çalışmada bulimik tipte yeme patolojisi; erken menarş ve erken cinsel deneyim ile ilişkili bulunmuştur (Kaltiala-Heino ve ark. 2001). Ruuska ve ark. (2003) tarafından aneroksiya nevroza ve bulimia nevroza tanılı 57 ergen kız değerlendirilmiş ve bulimia nevroza tanılı grubun menarş yaşının normal popülasyondan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Ruuska ve ark. 2003). Başka bir çalışmada ise erken menarşın; depresyon, madde kullanımı ve davranış sorunları ile ilişkili olduğu, fakat bulimia nevroza gibi yeme bozuklukları için artmış bir risk oluşturmadığı verisine ulaşılmıştır (Stice ve ark. 2001).

Puberte prekoksta hormonal değişimler de psikososyal alanı etkilemektedir. Özellikle östradioldeki artış çevreye duyarlılığı arttırmakta, akran ve ebeveynlerinden aldıkları cesaret kırıcı geribildirimlere olumsuz duygulanımda orantısız artışlara neden olmaktadır. Bu durum akranları tarafından yanlış anlaşılma ve izole edilme ile sonuçlanabilir. Çatışma ve sosyal problemlere neden olabilir. Araştırmalar, kadınlardaki pubertal geçişin stresli olduğunu öne sürmektedir. Pubertal geçişte aktive olan hormonlar depresif belirtilerin ortaya çıkmasını etkileyebilir (Mendle ve ark. 2007). Ehrhardt ve Meyer-Bahlburg (1986) sistematik kontrollü izlem çalışmasında 16 puberte prekokslu kızı izlemiş ve puberte prekokslu grupta küçük psikopatolojik semptomlarda artış gözlenmiştir (Ehrhardt ve Meyer-Bahlburg 1986). Erken menarş yaşayan kızlar yaşlarına göre daha yüksek depresif duygulanım göstermektedir (Patton ve ark. 1996). Erken pubertal zamanlama intihar girişimi için de risk faktörüdür (Graber ve ark. 1997; Wichstrom 2000).

Puberte prekoks; davranış sorunları, kısa erişkin boyu, obezite, cinsel istismar, adölesan gebelik, madde kullanımını artırmaktadır (Tate 2013; Purper-Ouakil ve Didillon 2016; Lee ve Kim 2017). Deardorff ve ark. (2005) yapmış olduğu çalışmada; erken menarşın, erken ilk cinsel karşılaşma, erken gebelik riski ve erken alkol kullanımı ile doğrudan ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, menarş yaşı ile alkol kullanımı; menarş yaşı ile seks; alkol kullanımı ile seks; seks ile gebelik doğrudan ilişkili

bulunmuştur (Deardorff ve ark. 2005). Copeland ve ark. (2010) yapmış olduğu kohort çalışmasında 1.420 çocuk izlenmiş, erken pubertal gelişimin ergenlik döneminde suç sorunlarını, erken cinsel aktiviteyi ve psikososyal problemleri arttırdığı, davranış sorunlarının yetişkinlikte giderek azalarak akranları ile aynı düzeye ulaştığı sonucuna ulaşılmıştır (Copeland ve ark. 2010). Başka bir çalışmada ise erken pubertal gelişim gösteren kızların diğerlerine göre daha fazla yaşam boyu süren psikoza belirtiler gösterdiği verisine ulaşılmıştır (Graber ve ark. 2004). Deng ve ark (2011) tarafından 8.365 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada erken menarş olan öğrencilerin zamanında ve geç menarş olanlara göre psikopatolojik semptomlar, intihar ve kendine zarar verme davranışlarının daha fazla olduğu, erken menarşın etkilerinin zamanla ortadan kalktığı sonucuna ulaşılmıştır (Deng ve ark. 2011). Kim ve Lee (2012) tarafından yapılan çalışmada puberte prekokslu 34 kız, 39 normal gelişimde ilköğretim 1. sınıf öğrencileri ile karşılaştırılmış, puberte prekokslu kızlarda VKİ, dışsal problemler, düşünce problemleri, dikkat sorunları, toplam davranış sorunları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Kim ve Lee 2012)

Prentice ve Viner (2013) yaptıkları meta-analiz çalışmasında pubertal zamanlama ile VKİ arasında ters bir ilişki olduğunu, ayrıca erken pubertal zamanlama ile anormal glisemi, metabolik sendrom, hipertansiyon ve kardiyovasküler mortalite arasında negatif ilişki olduğunu belirtmiştir. Pubertal gelişim erkene kaydıkça, diğer kardiyometabolik risk faktörleri riski ve kardiyovasküler mortalite riskinin de arttığı görülmüştür (Prentice ve Viner 2013).

Puberte prekokssta kız çocuğu meme gelişimi, pubik ve aksiller kıllanma gibi fiziksel değişimlere henüz duygusal açıdan hazırlanmadan karşılaşmakta, bu durum kafa karışıklığı ve korkuya neden olabilmektedir (Mendle ve ark. 2007). Erken olgunlaşan kızların okul devamsızlığı ve okul sorunu bildirme riski daha yüksektir (Graber ve ark. 1997). Puberte prekokslu kızların IQ skoru ve okul başarısı kontrol grubu ile kıyaslayan çalışmalarda daha düşük, daha yüksek ve farksız olduğunu gösteren farklı sonuçlara ulaşılmıştır (Galatzer ve ark. 1984; Ehrhardt ve Meyer-Bahlburg 1986; Wojniusz ve ark. 2016).

Puberte prekoks sosyokültürel yapıya göre farklı algılanabilir. Örneğin Caspi ve ark. (1993) yaptıkları çalışmada tek cinsiyetli bir okulda okumanın erken olgunlaşmanın olumsuz etkilerinden koruyucu bir faktör olduğunu gözlemlemiştir (Caspi ve ark. 1993).

Kültürel antropoloji çalışmaları puberte prekoks ile ilgili patolojik sonuçların büyük oranda batı ülkelerinde olduğunu göstermekte, Kenya gibi bazı ülkelerde erken menarş sosyal bir avantaja dönüşmektedir (Mendle ve ark. 2007).

Xhrouet-Heinrichs ve ark (1997) tarafından GnRH analog tedavisinin öncesi ve 2 yıllık tedavi süresince benlik saygısı ve davranış sorunlarını değerlendirmiş, kızların akranlarından fiziksel farklılıkları ile ilgili çok endişe duymalarına rağmen, tedavi sürecinde yalnızlık duygusu ve davranış sorunlarında biraz iyileşme olduğu bildirilmiştir (Xhrouet-Heinrichs ve ark. 1997). Mull ve arkadaşları (2001) ise puberte prekokslu kızlarda tedavi öncesi ve süresince benlik saygısı, duygusal ve davranışsal sorunlar üzerinde herhangi bir etkinin olmadığı belirtmiştir (Mul ve ark. 2001). GnRH analog tedavisi sonrasında tedaviye iyi yanıtı alan bağımsız olarak beden imajı ve benlik algısının duygusal problemler üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. Fiziksel iyileşmeden daha çok çocuğun kendini nasıl algıladığı ve beden imajı psikolojik rol oynayabilir. Bu nedenle GnRH analog tedavisi sırasında psikolojik destek de sağlanmalıdır (Kim 2015)

Puberte prekokslu çocukların tedavi süresince kronik hastalığı olan çocuklardaki gibi anksiyete, stres ve korkuyu yaşadıkları bilinmektedir (Lee ve Kim 2017). Bu nedenle çocuk ve aileye durumun anlayabileceği bir dille açıklanması önemlidir.

Puberte prekoksun endokrin bozukluklar, endometrial kanser, meme kanseri riskini arttırdığına yönelik kaynaklar da bulunmaktadır (Lee ve Kim 2017).

2.3.2. Puberte Prekoks'un Anne Üzerine Etkileri

Puberte prekoks sadece çocukları değil, onların ailelerinin de etkilemektedir. Çocuğun gelişimsel bozukluğu, sadece çocuğu değil, aile üyelerinin de rol değişikliklerine, uzun süreli strese ve sonuçta normal aile fonksiyonunun bozulmasına yol açabilmektedir (Lee ve Kim 2017).

Çocuğun en yoğun etkileşimde bulunduğu kişi annesidir. Annenin rolü, Çocuğun sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde çok önemlidir. Çocuklarda kronik hastalığın aile üstüne etkisini araştıran çalışmalar anne üzerine odaklanmıştır (Çıgırkçı 2007). Bu annelerin kontrol grubuna göre daha nörotik ve depresif oldukları (Mastroyannopovlov ve ark. 1997), bu annelerde anksiyete, somatik yakınma ve depresyon daha sık görüldüğü ifade edilmektedir (Miller ve ark. 1992; Hanson ve Hanline 1994; Çıgırkçı 2007). Yapılan bir çalışmada çocuklarında kronik hastalık bulunan

annelerin depresyon oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Çıkrıkçı 2007).

Kontroller için düzenli olarak hastaneye gitme zorunluluğu, diyet ve egzersiz programının yönetimi, endokrin bozuculara maruziyeti azaltmak üzere çevre düzenlemesinin yapılması ve yönetilmesi, puberte prekokslu çocuğun yaşadığı duygusal sorunların yansımaları ve puberte prekoks ile ilgili kaygılar, anneler üzerindeki yükü arttırmaktadır. Annelerin rol stresi yanında tedavi maliyeti gibi ekonomik stresi de yüksektir. Hormonal tedavinin olumsuz etkileri, çocuğun yetişkin boyunun kısa olma ihtimali, çocuğun gelecek yaşamında üreme fonksiyonunu etkileme ihtimali annenin stresini artırır. Annelerde çocuğun hastalığından dolayı kendini suçlama yüksek orandadır (Lee ve Kim 2017). Suçluluk duygusu çocuk yetiştirmeyi de olumsuz olarak etkilediği için anneleri doğru bilgilendirmek önemlidir. Lee ve Kim (2017)'in çalışmasında annelerin rol stresi azaldıkça, yaşam kalitelerinin arttığı gösterilmiştir (Lee ve Kim 2017). Annenin duygusal durumu ve yaşam kalitesi, çocuğun sağlık durumunun yanı sıra ailenin sağlığı açısından da önemlidir (Lee ve Kim 2017). Stres, baskı ve suçluluk annelerin yaşam kalitesini düşürmekte annelerin sağlığını bozarak, çocuğa verilecek bakımı da olumsuz etkilemekte ve sonuçta kısır bir döngü oluşmaktadır (Lee ve Kim 2017). Puberte prekoks bakımında ebeveynlerin stres yönetimine yönelik stratejiler; puberte prekoks ve çocuğun bakımı ile ilgili bilgi ve becerilerin kazandırılmasına yönelik stratejiler geliştirilmelidir (Lee ve Kim 2017).

2.4. Roy Adaptasyon Modeli

Calista Roy çocukların fiziksel ve psikolojik değişikliklere kolayca uyum sağladığı ve hızlı iyileştiklerini gözlemlemiş, genel sistem teorisi ve adaptasyon düzeyi modelinden etkilenerek hemşirelik uyum modeli olan Roy Adaptasyon Modelini geliştirmiştir (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309). Model hemşirelikte yaygın olarak kullanılmaktadır.

İnsan daima iç ve dış uyaranlara maruz kalmakta, uyaranlara verdiği cevap kendisi ve çevre arasındaki ilişkide belirleyici olmaktadır (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309). İç ve dış çevreden gelen uyaranlar, bireyin kognatör ve regülatör başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirir. Böylece bireyde; fizyolojik, ben kavramı, rol fonksiyonu ve birbirine bağlanma biçimleri ile ilgili davranışsal cevaplar ortaya çıkar.

Sonuç olarak birey adaptif davranış göstererek bütünlüğünü devam ettirir, ya da tam tersi etkisiz veya olumsuz davranış sergiler (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309).

Modelin temel kavramları; insan, çevre, sağlık, hemşirelik olarak sıralanabilir (Velioğlu 1999).

İnsan: Roy Adaptasyon Modelinde insan biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak sürekli çevre ile etkileşim içindedir. Çevreden etkilenir ve çevreyi etkiler. İnsan doğuştan getirdiği veya sonradan kazandığı birçok adaptasyon mekanizmaları sayesinde karşılaştığı duruma uyum sağlar (Velioğlu 1999). İnsanın yaşam dönemlerinden biri olan puberte de fiziksel, psikolojik, sosyal birçok uyaran ile karşılaşır ve adaptasyona ihtiyaç duyar.

Çevre: İnsanın maruz kaldığı uyaranlardan oluşur. Hem iç, hem de dış uyaranlar insanı etkiler. Sürekli bir değişim içinde olup, kişi bu değişime yeni cevaplar oluşturur. Cevap etkili de olabilir, etkisiz de (Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Roy 2009 pp:35-50).

Sağlık: Sağlık ve hastalık insan yaşamının bir parçasıdır. İç ve dış uyaranlara uyum sağlanıp adaptasyon sağlanıyor ise sağlık, uyum sağlanamıyor ise hastalık ortaya çıkar (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Pektekin 2013 pp:111-118). İnsan pubertal dönem değişikliklerine uyum sağlar ise sağlıklı bir pubertal dönem geçirir, uyum sağlayamaz ise sağlık sorunları başgösterir.

Hemşirelik: Hemşirelik, insan sağlığını olumlu bir şekilde etkileyen süreçleri gözlemleyip, sınıflandırıp, aralarında bağlantı kuran, bilimsel bilgileri bütünlük içinde kullanan gelişmiş bir bilgi sistemidir (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309). Hemşirelik insanın iç ve dış uyaranlara uyum sağlamasına yardım eder. İnsan uyum sağlamada sorun yaşaması durumunda, hemşire uyumu kolaylaştırmak amacıyla hemşirelik girişimleri planlar (Pektekin 2013 pp:111-118).

Bireyin uyum düzeyini; fokal, kontekstüel ve rezidüel uyaranlar belirler.

Fokal Uyaranlar: İnsanın hemen tepkisine neden olan iç ve dış uyaranlardır (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Roy 2009 pp:35-50; Pektekin 2013 pp:111-118). Puberte prekoksta enjeksiyon sonrası ortaya çıkan ağrı fokal uyandır. Hemşire ağrıyı önleme ve gidermeye yönelik girişimler planlayıp, uygular.

Kontekstüel Uyarılar: Doğrudan davranışa neden olmayan, ama davranışı etkileyen ölçülebilen uyarılardır (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Roy 2009 pp:35-50; Pektekin 2013 pp:111-118). Puberte prekoksta bilgi eksikliği kontekstüel uyarana örnek olarak verilebilir.

Rezidüel Uyarılar: Davranışı etkileme düzeyi tam olarak bilinemeyen uyarılardır. Geçmişten kaynaklanırlar ve genellikle gözardı edilirler. Kişisel deneyimler, inançlar, davranışlar rezidüel uyarılardır (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Roy 2009 pp:35-50; Pektekin 2013 pp:111-118). Puberte prekoksta çocuğun ve annenin daha önce yaşamış olduğu deneyimler rezidüel uyarılara örnektir.

Uyarılar karşısında doğuştan gelen veya sonradan kazanılan regülatör ve kognatör başetme mekanizmaları devreye girer. **Regülatör başetme mekanizması;** Uyarana karşı otomatik olarak üretilen kimyasal, hormonal, nöral cevaplardır. Aniden yüzün kızarması örnek verilebilir. **Kognatör başetme mekanizmaları:** Duygusallık, algısal/bilgi süreci, öğrenme ve karar verme yollarıyla cevap üreten başetme mekanizmasıdır. Uyarana karşı oluşturulan bu yanıtlar gözlenebilir, ölçülebilir, tanımlanabilir. (Velioğlu, 1999; Alligood & Marriner-Tomey 2006 pp:309; Pektekin 2013 pp:111-118).

Regülatör ve kognatör başetme mekanizmalarının açıkça görüldüğü dört uyum şekli tanımlanmıştır. Bunlar; fizyolojik uyum şekli, benlik kavramı ile ilgili uyum şekli, rol işlevi ile ilgili uyum şekli, karşılıklı bağlanma uyum şeklidir (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Pektekin 2013 pp:111-118).

Fizyolojik uyum şekli: Dışsal uyarılara karşı bedensel tepkilerdir. Kişinin uyum sağlayıp sağlamadığını gösteren fizyolojik tepkilerdir. Korunma, aktivite ve dinlenme, eliminasyon, beslenme ve oksijen olmak üzere beş temel fizyolojik gereksinimi ve ayrıca endokrin fonksiyon, nörolojik fonksiyon, sıvı-elektrolit ve duyular olmak üzere dört süreci içerir (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Pektekin 2013 pp:111-118).

Benlik kavramı ile ilgili uyum şekli: İnsanın kendi hakkındaki duygu ve inançlar bütünüdür. Algılamalar ve başkalarının reaksiyonlarıyla şekillenir. Fiziksel ben ve kişisel ben bileşenlerinden oluşur. Fiziksel ben; insanın görünümü, beden imajı, duygu düzeyidir. Kişisel ben: beklentiler, idealler, kişisel standartlar, moral-ahlaki-spiritüel

değerlerdir (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Pektekin 2013 pp:111-118).

Rol işlevi ile ilgili uyum şekli: Rol, insanın toplumda bulunduğu pozisyon doğrultusunda ortaya çıkar ve pozisyonun devamı için toplumun beklentileri doğrultusunda hareket etmesi gerekir. Rol, toplumun bir ögesi olan insanın pozisyonundan dolayı kendisinden beklenen davranışlardır. İnsan üç çeşit rol üstlenir. Birincil rol; İnsanın davranışlarının temelinde varolan, önceden belirlenmiş kalıcı roldür. Kadın olmak birincil role bir örnektir. İkincil rol: Kişinin tercih edebileceği, belli bir oranda kalıcı rollerdir. Anne olmak ikincil role örnektir. Üçüncül rol: Kişinin tercihinine bağlı, zevkleri doğrultusunda gelişen, geçici rollerdir. Sınıf başkanı olmak üçüncül role örnek verilebilir (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Pektekin 2013 pp:111-118).

Karşılıklı bağlanma uyum şekli: İnsanın kendisi için değer taşıyan insanlar ile ve destek sistemleri ile ilişkilerini içerir. İnsan karşılıklı bağlanma ile sevgi, doyum, değer görme, gibi ihtiyaçlarını karşılar. En değer verilen kişi, en yakın kişidir. Destek sistemlerinde yer alan kişiler için de ilgi, sevgi, değer verme vb duygular sözkonusudur, ancak ilişkinin derinliği ve anlamı farklıdır. Sınıf arkadaşları destek sistemine örnek verilebilir (Velioğlu 1999; Alligood ve Marriner-Tomey 2006 pp:309; Pektekin 2013 pp:111-118).

Hemşirelik sağlığın korunup geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için bu dört uyumu sağlamaya yönelik çalışmalar yürütür.

2.5. Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Puberte Prekoks Hemşirelik Destek Programı (PP HEDEP)

Puberte adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. Puberte prekokssta ise puberte bulguları daha erken yaşta ortaya çıkarak çocuk beklenmedik fokal, kontekstüel ve rezidüel uyarılara maruz kalır. Roy'un belirttiği dört uyum şeklinde de uyum sağlanır ise bu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirir. Roy'un Adaptasyon Modeli, hemşirelik süreci aşamalarında hemşireye rehberlik eder. Puberte prekokssta kız ve annesinin adaptasyon gereksinimlerinin belirlenmesinde çatı oluşturur.

Puberte prekokssta hemşirelik bakımı ebeveyn ve çocuk eğitimi, tedavinin yönetimi ve emosyonel destek işlevlerini yürütmektedir (Ball ve ark. 2008 pp:1210-1211; Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600). Roy'un Adaptasyon Modeli

doğrultusunda hemşire öncelikle çocuğun dört uyum şeklini değerlendirir. Uyumlu davranışları devamlılığını sağlamak üzere destekler, uyumsuz davranışlara neden olan uyaranları belirler. Hemşirelik tanısına ulaşarak, amaçlarını saptar. Hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir.

2.5.1. Puberte Prekoksta Fizyolojik Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri

Beslenme; Kilo puberte prekoksun etyolojisinde de yer almakta olup, tedavi sürecinde de kiloda değişiklikler olabilmektedir. Çelişkili veriler bulunmakla beraber aşırı kilo, obezite, bulimia nevroza gibi yeme bozukluklarının puberte prekokslu kızlarda daha fazla görüldüğünü belirten çalışmalar bulunmaktadır (Graber ve ark. 1997; Kaltiala-Heino ve ark. 2001; Mendle ve ark. 2007). Bu doğrultuda hemşirelik bakımı olarak;

- Çocuğa düzenli aralıklar ile boy ve kilo takibi yapılmalıdır (Heo ve ark. 2016).
- VKİ ve SDS değerleri hesaplanarak, büyüme eğrisi üzerinden izlemi gerçekleştirilmelidir (Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268).
- Çocuğun beslenme alışkanlıkları değerlendirilmeli, sağlıklı beslenme konusunda hem anneye hem de kızına eğitim verilmelidir (Synovitz ve Chopak-Foss 2013; Heo ve ark. 2016).
- Okul hemşiresi ve sınıf öğretmeninin desteği sağlanmalıdır (Synovitz ve Chopak-Foss 2013).
- Çocuğun yaş ve isteği doğrultusunda fiziksel aktiviteye yönlendirilmelidir.
- Gerekli durumlarda diyetisyene yönlendirilmelidir (Synovitz ve Chopak-Foss 2013; Heo ve ark. 2016).
- Hormonal tedavinin kiloya sebep olacağı düşüncesi ebeveyleerin tedaviyi kabul etmeleri aşamasında kontekstüel bir uyaran olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumda; Sağlıklı beslenme konusunda hem anneye hem de kızına eğitim verilmelidir. Kilo konusunda verilerin çelişkili olduğu belirtilmeli, çocuğa düzenli aralıklar ile boy ve kilo takibi yapılmalıdır.

Korunma: Puberte prekokslu kızlar takvim yaşlarından daha büyük görünmeleri ve ikincil seks karakterlerinin gelişmesi cinsel istismar konusunda risk grubunda yer almalarına neden olmaktadır (James ve Ashwill 2007 pp: 894-896; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464). Bu doğrultuda hemşirelik bakımı olarak;

- Ebeveynlere “çocuğun yaşına göre büyük göstermesine rağmen; Zihinsel yapısının yaşına uygun olduğu, ama çevresindeki kişilerin görüldüğü yaşa göre davranmaya eğilimli olduğu, hormonların seksüel davranışa yönelik bir risk oluşturmadığı” konusunda bilgi verilmelidir (Kyle 2008 pp: 944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600).
- Aile ve çocuğa, çocuğun yaşı ve mahremiyet göz önünde bulundurularak, uygun cinsel sağlık eğitimi verilmelidir (Kyle 2008 pp: 944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600).
- Anne ve çocuğa çocuk istismarı, özel bölgeler, hayır diyebilme konularında eğitim verilmelidir.
- Çocuğun özel bölgelerinin muayenesi öncesinde güvenli ve mahremiyete saygılı ortam sağlanmalı ve çocuktan izin istenmelidir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268).
- Çocuğun fiziksel değerlendirmesi esnasında, cinsel istismar bulguları yönünden de dikkat edilmelidir.
- Vücut hatlarını çok çıkarmayan, takvim yaşına uygun kıyafet seçimi hususunda anneler bilgilendirilmelidir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211).
- Gerekli görüldüğünde cinsel konular ile ilgili psikolojik danışma imkanı sağlanmalıdır (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464)

Endokrin Fonksiyon; Puberte prekoks endokrin kaynaklı bir bozukluktur. Gerek hastalığın doğası, gerekse tedavisinde kullanılan hormonal ilaçlar nedeniyle hormonal fonksiyon yakından takip edilmelidir. Bu doğrultuda hemşirelik bakımı olarak;

- Puberte prekoksun etkilerini değerlendirmek üzere kapsamlı öykü alınarak, fiziksel muayene tamamlanmalıdır (Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268).
- Gerek teşhis gerekse takip aşamasında belirli aralıklar ile FSH, LH gibi hormon düzeyleri takip edilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Gönç 2009; Hasanoğlu ve ark. 2010 pp: 1219-1224; Topçu 2011; Çayır Y. Çayır A. 2013; Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014)

- Hormon düzeyindeki gün içindeki dalgalanmalar gözönünde bulundurularak, ölçümlerin sabah erken saatlerde yapılması konusunda ebeveynler bilgilendirilmelidir (Hasanoğlu ve ark. 2010 pp: 1219-1224; Çayır Y. Çayır A. 2013).
- GnRH stimülasyon testi diğer kan testi uygulamalarından farklı olması nedeni ile rezidüel uyaran olarak etki gösterebilecek olup, öncesinde anne ve kızına uygulama hakkında bilgi verilmelidir.
- Hormonların organlar üzerindeki etkilerinin izlenebilmesi için belirli aralıklar ile sol el bilek filmi, pelvik USG, LH uyarılma testi takibi yapılmaktadır. Aile bu takipler konusunda önceden bilgilendirilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Carr ve ark. 2004 pp:4-5; Kyle 2008 pp:944-945; Gönç 2009; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Abacı ve ark. 2014).
- Gerçek puberte prekoks tedavisinde genellikle GnRH analogu kullanılmakta olup, GnRH analogu etkileri, yan etkileri, konusunda çocuk takip edilmeli ve ebeveynlere bu konuda eğitim verilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Kyle 2008 pp:944-945; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268; Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014; Brito ve ark. 2016). Ebeveynler ilaç ihtiyacını açıklayabilmeli, ebeveyn açısından uygun ilaç yönetimini gösterebilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896).
- GnRH analog uygulaması sonrasında ağrı, steril abse, eritem, endüryasyon, bulantı kusma, baş ağrısı, sıcak basması, duyu durum değişikliği, uykusuzluk gibi çocuğun tolere edebileceği düzeyde yan etkilerinin olduğu ve ilk enjeksiyon sonrasında geçici olarak vajinal kanama olabileceği hususunda ebeveynlere bilgi verilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Şahin 2014; Abacı ve ark. 2014; Guaraldi ve ark. 2016).
- Yan etkilerin oluşmasına ve oluşuktan sonra da yönetimine dair; örneğin steril abse için enjeksiyon bölgelerinin belirli bir rotasyon dahilinde değiştirilmesi gibi, ağrı için enjeksiyon sonrası, uygulama bölgesine soğuk uygulama gibi konularda aile bilgilendirilmelidir.
- Etkinlik açısından düzenli kullanımın önemi vurgulanarak, tedavinin atlanması, ertelenmesi, geciktirilmesi gibi ilaç tedavisine uyumsuzluğun, pubertal

ilerlemeyi baskılamak yerine alevlendirebileceği hususunda ebeveynler bilgilendirilmelidir. (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Berberoğlu 2010; Çayır Y. Çayır A. 2013; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464; Abacı ve ark. 2014).

- Tedavi düzenli aralıklar ile ilaç uygulaması gerektirmekte olup, ebeveynler 28 günde bir yapılacak ilacın enjeksiyon aralıklarını belirler iken enjeksiyonun yapıldığı günü sayıp saymayacakları konusunda tereddüt yaşayabilmektedir. Tedavi aralıklarının uzun olması, ailesel krizler vb nedenler ile tedavi tarihini geciktirebilmekte, bazen de çok erkene kaydırabilmektedir. İlaç uygulama takviminin hazırlanarak aileye verilmesi, tedaviye uyumu kolaylaştırabilir.
- Bazı GnRH analogları için ebeveynlere enjeksiyon uygulama tekniğinin öğretilmesi gerekebilir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Kyle 2008 pp:944-945; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464).
- 28 günde bir yapılan GnRH analog enjeksiyonu çocuk için stresli olabilir. Enjeksiyon uygulama ve sonrasında çocuğun kullanacağı başetme stratejileri öğretilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464).
- GnRH analogu düzenli uzun süreli kullanımı düşünüldüğünde mali yükü yüksektir. (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268; Schoelwer ve ark. 2015; Lee ve Kim 2017) Bu nedenle ailenin alım gücü değerlendirilmeli, uygun değilse, ilaç temininde finansal destek sağlayacak kurumlara yönlendirilmelidir (Ball ve Bindler 2008 pp: 1210-1211; Ball ve ark. 2010 pp: 1266-1268). Ülkemizde puberte prekoks tedavisinde kullanılan GnRH analogu heyet raporu çerçevesinde devlet tarafından finanse edilmektedir. 28 günde bir uygulanan GnRH analogu 3 aylık dozajlar şeklinde karşılanmakta olup, her 3 ayda bir ilaç yazdırılması gerekmektedir. Heyet raporu bir yıllık çıkarılabilmekte olup, eğer ilaca devam edilecek ise heyet raporu sonlanmadan önce başvurulması gerekmektedir. Ebeveynler bu konuda bilgilendirilmelidir.
- Tedavi ilacın düzenli kullanımını gerektirmekte olup, zaman zaman ülkemiz için ilacın temininde sorunlar yaşanabilmektedir. İlacın sürekli aynı eczaneden alınması, ilacın temini konusunda eczacının hazırlıklı olmasını sağlamaktadır.

Puberte prekokslu ebeveynler arasında iletişim grubu kurulması, ilaç temini konusunda ebeveynlerin birbirlerini desteklemelerini sağlamaktadır (Lee ve Kim 2017). İlaç yine de bulunamadı ise kullanılacak alternatif ilaçlar (triptorelin yerine leuprolid asetat gibi) olduğu konusunda aile bilgilendirilerek, hekimine yönlendirilmelidir.

- GnRH analog tedavisinde başarı sağlanamayıp, pubertal gelişimin durdurulamadığı durumlar olabilir. Tedavide etkinlik sağlanamadığı durumlarda ebeveynler stresle başetme konusunda desteklenmelidir.
- GnRH analog tedavisinin ne zaman kesileceği (çocuğa özel değerlendirme yapılır) konusunda (Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600), tedavi süreci sonrasında pubertal gelişimin devam edeceği, mevcut veriler ışığında tedavinin fertilité üzerine olumsuz etkisinin olmadığı konusunda ebeveynler bilgilendirilmelidir. Tedavinin fertilité üzerine etkisi ve pubertal gelişimin devamlılığının sağlanıp sağlanamayacağı endişesi ebeveynler üzerinde kontekstüel uyaran olarak etki yaparak tedaviyi kabul etme, veya tedavinin devamlılığı aşamasında etkilemektedir.

2.5.2. Puberte Prekoksta Benlik Kavramı İle İlgili Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri

Çocuğun takvim yaşı ile fiziksel görünüm yaşının uyumlu olmaması nedeniyle benlik kavramı uyum alanında hem çocuk, hem de anne fokal, kontekstüel ve rezidüel uyaranlara maruz kalabilmektedir (Baumann ve ark. 2001).

Puberte prekokslu kızlar vücut değişikliği konusunda özbilince sahiptir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268). Pubertal belirtilerin akranlarından önce başlamış olması, takvim yaşına göre daha büyük fiziksel görünüme sahip olması, çocuğun kendisini akranlarından farklı algılamasına neden olmakta, vücut imajı olumsuz olarak etkilenmektedir (Baumann ve ark. 2001; James ve Ashwill 2007 pp:894-896). Puberte prekokslu kızlar yalnızlık (Xhrouet-Heinrichs ve ark. 1997), düşük benlik saygısının (Baumann ve ark. 2001; Synovitz ve Chopak-Foss 2013), anksiyete, stres, depresyonun (Hayward ve ark. 1997; Stice ve ark. 2001; Graber ve ark. 2004; ; Liao ve ark. 2005; Blumenthal ve ark. 2011; Trepanier ve ark. 2013; Hamilton ve ark. 2014) daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu doğrultuda hemşirelik bakımı olarak;

- Puberte ve puberte prekoks hakkında çocuğun yaşına ve gelişim seviyesine uygun, açık, basit ve doğru bilgi verilmeli, gelecek aylarda ve yıllarda neler olacağı açıklanmalıdır (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Kyle 2008 pp:944-945).
- Pubertal gelişiminin normal olduğu ama akranlarından biraz erken olduğu, akranlarının da bu durumu yaşayacağı konusunda çocuk bilgilendirilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464). Çocuk vücut değişiminin nedenini anlayabilmelidir (Kyle, 2008 pp: 944-945; McKinney ve ark 2013 pp: 1462- 1464)
- Ebeveyn, çocuğun anlayabileceği seviyede cinsel olgunlaşmayı açıklayan kitaplara, birlikte izlenebilecek videolara, eğitim materyallerine yönlendirilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; McKinney ve ark 2013 pp: 1462- 1464; Synovitz ve Chopak-Foss 2013).
- Çocuğun pubertal belirtilere psikososyal adaptasyonu değerlendirilmelidir (Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268). Çocuk bedeni hakkında duygularını ifade etmeye cesaretlendirilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268).
- Çocuğun fiziksel gelişimi ileri bile olsa, sosyal, emosyonel, kognitif gelişiminin takvim yaşı ile karşılaştırılacağı konusunda çocuk rahatlatılmalıdır (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464).
- Evde sağlıklı ve motive edilmiş, çocuğun özgüvenini destekleyen bir ortam sağlanmalıdır (Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600).
- Ebeveyn ve çevresinin çocuğun fiziksel görünümü değil takvim yaşına göre çocuğa davranış sergilemeleri ve bu yönde beklentide bulunmaları konusunda bilgilendirilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Kyle 2008 pp:944-945; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268; McKinney ve ark 2013 pp: 1462- 1464).

- Ebeveyn ve çevresi; çocuğun fiziksel görünümü hakkında yorum yapmayıp, onun yerine iyi yaptığı şeylere odaklanmaları konusunda bilgilendirilmelidir (Kyle 2008 pp:944-945).
- Çocuğun karşılaşılabileceği dış görünüşü ile ilgili alay gibi sosyal sorunlara karşı dikkatli olunmalı ve baş etme yöntemleri öğretilmelidir (Kyle 2008 pp:944-945; Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268). Aileler; çocuğun öğretmeni, okul hemşiresi ve rehber öğretmenlerden destek alınması konusunda cesaretlendirilmelidir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Synovitz ve Chopak-Foss 2013). Gerekir ise çocuğun danışmanlık alması sağlanmalıdır. (Baumann ve ark. 2001; Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211).
- Ebeveynlere çocuk büyük gösterse bile, takvim yaşına uygun tarzda çocuk kıyafetleri tavsiye edilmelidir. Bol kıyafetler vücut değişikliğindeki görünürlüğü saklamada işe yarayabilir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211).
- Ebeveynler arasında iletişim grupları, sosyal destek grupları oluşturulması, çocukların tanıştırılıp kaynaştırılması sağlanmalıdır.
- Okul hemşiresi, rehber öğretmen ve sınıf öğretmeni ile işbirliği yapılarak, destekleri sağlanmalıdır (Synovitz ve Chopak-Foss 2013).
- Çocukların grup aktivitelerine, sosyal kulüplere üyeliğe yönlendirilmelidir.
- Çocuk; davranış sorunları ya da depresyon belirtileri açısından izlenmeli, gerekirse ebeveynler ve çocuk için bir danışman desteği sağlanmalıdır. (Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600).
- Pubertal gelişim sürecinde sivilceler, yetişkin tip ter kokusu, pubik ve aksiller kıllanma olabilir. Uygun kişisel hijyen eğitimi verilmelidir (Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600).
- Tüyenme ile ilgili hangi yöntemleri kullanabileceği birlikte belirlenmelidir.

2.5.3. Puberte Prekoksta Rol İşlevi İle İlgili Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri

Birincil rol: Çocuğun fiziksel görünümünün kronolojik yaşından ileri olması, çevresinin çocuğun fiziksel görünümüne göre davranmasına yol açabilir. Bu durumda benlik kavramında belirtilen hemşirelik girişimleri uygulanır.

Yalancı puberte prekoksta kazanılan seksüel özellik heteroseksüel ise kızlarda maskülizasyon, erkeklerde feminizasyon bulguları gözlenir (Ayhan ve ark. 2008 pp: 879-881; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613; Kılavuz 2012). Bu doğrultuda hemşirelik bakımı olarak;

- Bu durum ailede anksiyete ve strese neden olabilir. Genellikle altta yatan konjenital adrenal hiperplazi, over tümörleri, adrenal tümörler vb. organik bir neden vardır. Organik nedenin tedavisi ile iyileşme sağlanır. (Kyle 2008 pp:944-945; Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Kılavuz 2012; Abacı ve ark. 2014). Endişeleri olan aileler bilgilendirilmelidir.

İkincil rol: Çocuğun erken gelişimi, ebeveyni rahatsız edebilir. Bu doğrultuda hemşirelik bakımı olarak;

- Ebeveynlere normal puberte ve aşamaları, her aşamadaki davranış değişiklikleri açıklanmalıdır. Çocuklarının beklenenden daha erken bu normal değişiklikleri yaşadığı konusunda bilgilendirilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464).
- Çocuğun hastalığından dolayı kendini suçlama, çocuğun yetişkin boyunun kısa olma riski, çocuğun gelecek yaşamında üreme fonksiyonunu etkilenme riski annenin stresini artırır (Lee ve Kim 2017). Anne bu konularda bilgilendirilmeli ve endişeleri giderilmelidir.

Yapılan bir çalışmada puberte prekokslu çocukların anneler üzerindeki rol stresine dikkat çekilerek, annelerin rol stresinin azalmasının yaşam kalitesini arttırdığı verisine ulaşılmıştır (Lee ve Kim 2017). Anneler; kontroller için düzenli olarak hastaneye gitme zorunluluğu, diyet ve egzersiz programının yönetimi, endokrin bozulalara maruziyeti azaltmak üzere çevre düzenlemesinin yapılması ve yönetilmesi, puberte prekokslu çocuğun yaşadığı duygusal sorunların yansımaları ve puberte prekoks ile ilgili kaygılar anneler üzerindeki yükü arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda puberte prekokslu çocukların annelerinde anksiyete, stres ve depresyonun daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu doğrultuda;

- Çocuktaki pubertal gelişim ile ilgili ebeveyn kaygıları değerlendirilmelidir (Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268).

- Hormonal etki nedeni ile menarştan ortalama bir yıl önce vajinal kanaldan epitel hücre döküntüler ve servikal mukustan meydana gelen beyaz fizyolojik bir akıntı olabilir (Hatipoğlu 2012; Şahin 2014). Ebeveynlere fizyolojik olduğu belirtilmeli, hangi durumlarda uzmana başvurulması gerektiği anlatılmalıdır. Uygun hijyen eğitimi verilmelidir.
- Anne dayanışma ve iletişim grupları kurulmalıdır.
- Puberte prekoks eğitimi ve sorumluluğu ebeveynlerin her ikisine birden verilmelidir. Bu durum annenin stresini azaltabilir.
- Enjeksiyon takip çizelgesi hazırlanmalı, takibi konusunda anne ve babaya beceri kazandırılmalı ve bu husustaki sorumluluk hem anneye hem de babaya birlikte yüklenmelidir.
- İlacın temini, saklanması, taşınması, uygulanması ve enjeksiyon sonrası yan etkilerin kontrolü konularında sürekli danışmanlık hizmeti verilmelidir.
- Bu çalışma sürecinde anneler üzerinde beslenme konusunda yoğun bir baskı olduğu izlenmiştir. Çocuklarının endokrin bozuculara maruz kalacağı korkusu annelerin yemek hazırlarken streslerini arttırmakta, tavuk, çilek, yumurta vb belli besinlerden uzaklaştırmaktadır. Ebeveynler sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmelidir.
- Hem anne hem de kızına stresle başetme yöntemleri öğretilmelidir.
- Hem çocuk hem anne için yararlanabileceği egzersiz imkanları araştırılıp, bu konuda bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.
- Kendisi ve kızı için destek alabileceği kuruluşlara yönlendirilmelidir.

Yapılan çalışmalarda, puberte prekokslu kızların okul başarılarının olumsuz yönde etkilendiği; dışsal problemler, düşünce problemleri, dikkat sorunları, toplam davranış sorunları puanlarının daha yüksek olduğu; dışlanma, yalnızlık, akran zorbalığı, kendilerinden yaşça büyük ve olumsuz davranışlara sahip arkadaşlar edinme eğitiminde oldukları; madde kullanımı, erken yaşta ilk cinsel deneyim, çok partnerlilik, cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar ve adölesan gebelik risklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Vicary ve ark. 1995; Baumann ve ark. 2001; Kim ve Lee 2012; Synovitz ve Chopak-

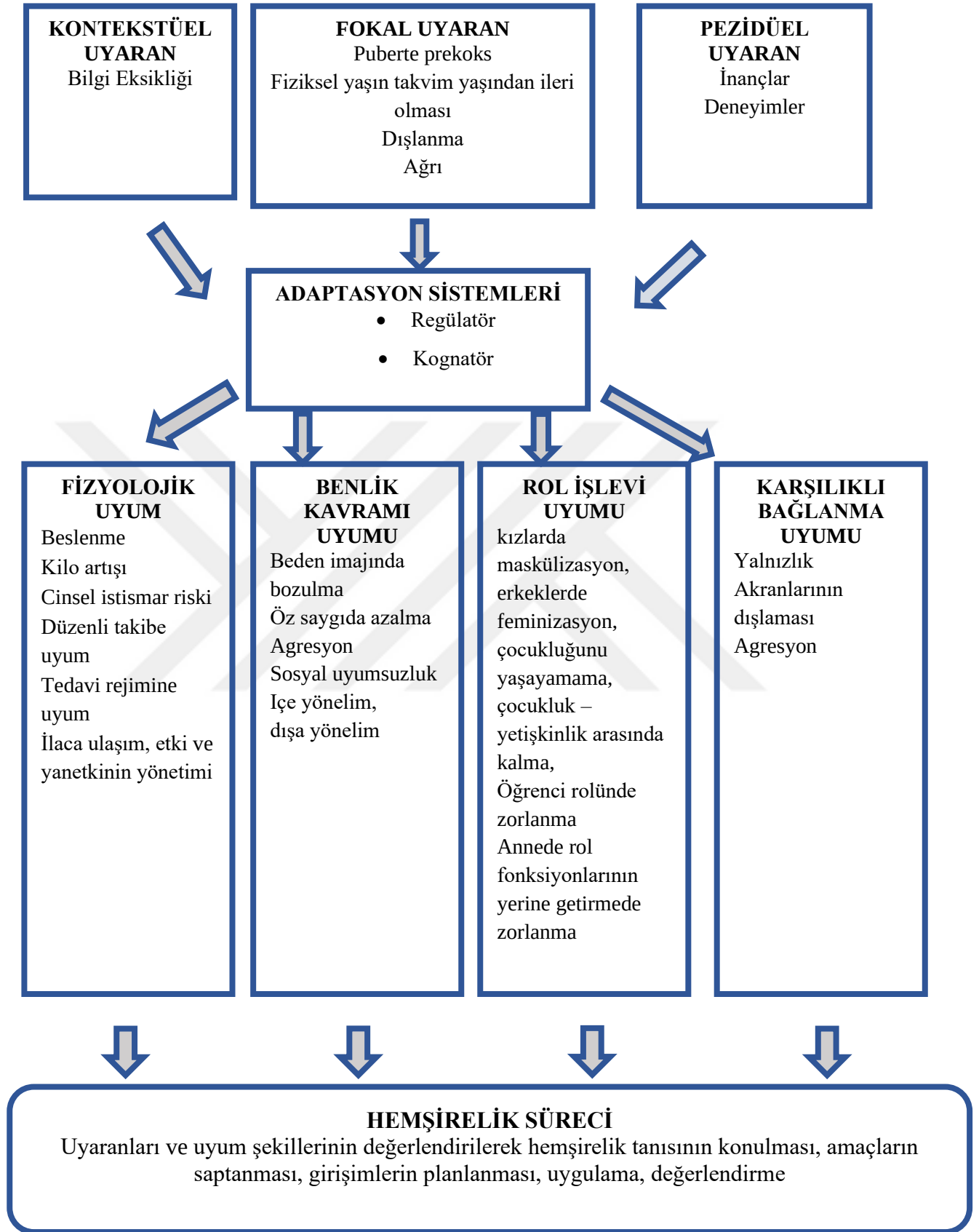
Foss 2013; Purper-Ouakil ve Didillon 2016; Wojniusz ve ark. 2016). Bu doğrultuda; benlik kavramı ile ilgili uyum bölümünde yer alan girişimler planlanmalıdır.

Üçüncül rol: Çocuğun yaşına uygun sosyal etkileşimi olup olmadığı değerlendirilmelidir (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; Synovitz ve Chopak-Foss 2013). Puberte prekokslu çocuğun sosyal alanda kuvvetlendirilmesi; grup aktivitelerine, sosyal kulüplere üyeliğe, fiziksel aktivitelere yönlendirilmesi, diğer uyum alanlarına da adaptasyonlarını kolaylaştırmaktadır (Synovitz ve Chopak-Foss 2013). Ancak ebeveyn ya da çocuk, fiziksel görünümü nedeni ile yüzme vb. sosyal faaliyetlerini sınırlandırabilir. (James ve Ashwill 2007 pp:894-896; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464). Bu doğrultuda; Çocuk sosyal faaliyetlere katılmaya cesaretlendirilmeli, kendisini huzursuz eden konuları ifade etme konusunda cesaretlendirilmeli, kılınma ile ilgili endişeleri var ise kimyasal olmayan, çocukta ruhsal travmaya neden olmayacak çocuğun yaşına uygun bir yöntemle kıllardan arındırılmalı, aile lazer epilasyon için çocuğun yaşının uygun olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir. Çocuk kıllardan rahatsızlık hissetmiyor, sadece görünmesi rahatsız ediyor ise çocuklar buna uygun kıyafetler giydirilmelidir. Çocukların spor tesisleri soyunma odalarında mahremiyeti sağlanmalıdır.

2.5.4. Puberte Prekoksta Karşılıklı Bağlanma İle İlgili Uyum Alanı ve Hemşirelik Girişimleri

Puberte prekokslu çocuklara verilecek bakımın kalitesi, annenin yaşam kalitesinden etkilenmektedir. Annenin yaşam kalitesi ise rol stresi, ekonomik durum ve puberte prekoksba bağlı anne üzerindeki objektif yükten kaynaklanmaktadır (Lee ve Kim 2017). Puberte prekoksba rol işlevi ile ilgili uyum bölümünde belirtilen girişimler planlanmalıdır.

Ayrıca puberte prekokslu kızların okul başarılarının olumsuz yönde etkilendiği; dışsal problemler, düşünce problemleri, dikkat sorunları, toplam davranış sorunları puanlarının daha yüksek olduğu; dışlanma, yalnızlık, akranları tarafından görünümü ile dalga geçilmesi, akran zorbalığı; kendilerinden yaşça büyük ve olumsuz davranışlara sahip arkadaşlar edinme eğiliminde oldukları gözönünde bulundurulmalıdır (Caspi ve ark. 1993; Mendle ve ark. 2007; James ve Ashwill 2007 pp:894-896; McKinney ve ark. 2013 pp:1462-1464; Purper-Ouakil ve Didillon 2016). Puberte prekoksba benlik kavramı ile ilgili uyum bölümünde belirtilen girişimler planlanmalıdır.



Şekil 2-2: Puberte Prekoksta Roy Adaptasyon Modeli

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Puberte prekokslu kızlar ve annelerinde Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programının (PP-HEDEP) etkilerini belirlemeyi amaçlayan deneysel çalışma, kendi kendinin kontrolü (Eşlendirilmiş seriler) şeklinde tasarlandı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinin çocuk endokrinoloji polikliniğinde Nisan 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı çocuk endokrin polikliniğinde haftada bir gün puberte prekoks vakaları değerlendirilmektedir. Çocuk endokrin polikliniğine bir yılda puberte prekoks tanısı konmuş ortalama 84 çocuk ve annesi başvurmuştur.

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Pediatrik endokrinoloji kliniğinde puberte prekoks tanısı konmuş olması
- Yeni GnRH analog tedavisi kararı alınmış olması
- Anne ve çocuğunun gönüllü olması
- 4-11 yaş arası puberte prekoks tanısı almış kız çocukları ve anneleridir.

Örnekleme dışlama kriterleri;

- Puberte prekoks tanısı almış erkek çocukları
- Gönüllü olunmadığı, veya gönüllülüğten vazgeçildiği durumlardır.

Örnekleme; power analizi ile %5 yanılma payı ve %80 güç ile 14 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü yıl içinde puberte prekoks tanısı konularak yeni GnRH analog tedavisine başlayan 32 çocuk ve annesi bulunmaktadır. Beş kız ve annesi çeşitli nedenler ile çalışmaya dahil edilememiştir.

Araştırmanın örneklemini; araştırmanın yapıldığı tarihler arasında puberte prekoks tanısı konmuş ve tedaviye yeni başlamış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 27 kız ve

annesi oluşturmuştur. Bir kız ve annesinden son değerlendirme aşamasında veri toplanamamış, araştırma 26 kız ve annesi ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP, puberte prekoksli kız annelerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğindeki stres, anksiyete, depresyon puanlarını düşürür.

Hipotez 2: Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP, puberte prekoksli kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği toplam davranış problemi puanını düşürür.

Hipotez 3: Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP, Puberte Prekoksli kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği puanlarını olumlu yönde etkiler.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Puberte prekoksli kızların ve annelerinin psikososyal uyumu; kızların anksiyete, stres, depresyon ve toplam davranış puanı, annelerinin stres, anksiyete, depresyon puanları,

Bağımsız değişken: Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programı (PP-HEDEP)

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Demografik Veri Formu, 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18) , Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ) ile toplanmıştır.

3.6.1. Demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, anne ve çocuk hakkında demografik verileri içermektedir. Form 12 sorudan oluşmakta olup, annenin yaşı, mesleği, ailenin gelir düzeyi vb sorular içermektedir.

3.6.2. 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)

Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından 4 ila 18 yaş arası çocuk ve gençlerin sorun davranışlarını ve yeterlilik alanlarını ebeveynlerden edinilen bilgiler ışığında değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek içeriği 20 yeterlik ve 118 problem maddesinden oluşmuştur. Ölçeğin yeterlik bölümünde etkinlik, sosyallik, okul alt ölçekleri yer almaktadır. Etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinin toplamından toplam yeterlik puanı elde edilmektedir (Erol ve Şimşek 2010).

Problem davranışlar bölümünde duygusal ve davranış problemlerinin yer aldığı 118 madde bulunmaktadır. Bu maddeler alt ölçekler şeklinde gruplanmıştır. Problem davranışlar son 6 ay içindeki görülme sıklığına doğrultusunda 0 (doğru değil), 1 (bazen veya biraz doğru) ve 2 (çok ya da sıklıkla doğru) olmak üzere derecelendirmiştir. Ölçekten İçe Yönelim ve Dışa Yönelim şeklinde iki ayrı davranış puanı ve Toplam Problem puanı hesaplanmaktadır. İçe Yönelim Grubunu Sosyal İçe Dönüklük, Somatik Sorunlar, Anksiyete/Depresyon, Dışa Yönelim Grubunu Suça Yönelik Davranışlar ve Saldırgan Davranışlar, Toplam Problem Grubunu ise her iki grupta da yer almayan Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları alt testlerinin toplam puanı oluşturmaktadır (Erol ve Şimşek 2010).

Ölçek bir tedaviden sonra çocuğun davranışlarındaki değişimi ölçmek için de kullanılabilir. Ölçek genellikle 15-20 dakikada doldurulmaktadır. Problem davranışların yer aldığı 2. Bölümde 8 maddeden daha fazla boş bırakıldığı takdirde formlar değerlendirilmeye alınmamaktadır (Erol ve Şimşek 2010).

Ölçek birçok ülkede de kullanılmakta olup, Erol ve Kılıç (1991) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çalışma için ölçeğin kullanım izni alınmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayıları; Etkinlik alt testi için 0,64, sosyallik alt testi için 0,71, okul alt testi için 0,83, Toplam yeterlilik bölümü için 0,78 olarak bulunmuştur. CBCL/6-18 Ölçeği Toplam Problemler bölümü için elde edilen Cronbach's Alpha katsayısı ise 0,94 olup; ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir (Erol ve Şimşek 2010).

3.6.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) 42 maddeden oluşmakta olup, bu maddelerin 14'ü stres, 14'ü anksiyete ve 14'ü depresyon alt boyutlarına ait maddelerdir. Ölçek derecelendirmesi 4'lü

Likert tipinde olup; 0 (hiç bir zaman), 1 (bazen ve arasıra), 2 (oldukça sık) ve 3 (her zaman), şeklinde derecelendirilmiştir. Depresyon, anksiyete ve stress boyutlarının her biri için yüksek puan alınması, o probleme sahip olunduğunu göstermektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin toplam puanları bütün alt boyutları için ayrı ayrı olmak üzere 0 ila 42 arasında değişmektedir. Ölçek Türkçe'ye Akın ve Çetin (2007) tarafından uyarlanmıştır (Akın ve Çetin 2007). Bu çalışma için ölçeğin kullanım izni alınmıştır.

3.7. Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Puberte Prekoks Hemşirelik Destek Programı (PP-HEDEP)

Puberte Prekoks Hemşirelik Destek Programı (PP-HEDEP)'nda eğitim materyali olarak; ebeveynler için hazırlanmış elkitapçığı ve eğitim sunum materyali geliştirilmiştir. Çocuklar için ise Fernando Vera ve Prof. Gary Butler tarafından geliştirilmiş olan Erken Ergenlik - Seri No.4 Hasta Rehberi kullanılmıştır (<https://www.eurospe.org/media/1332/erken-ergenlik-kolay.pdf>).

Çocukları Puberte Prekokslu Olan Ebeveynler İçin Hazırlanmış Eğitim El Kitapçığı; Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda, literatür bilgileri ve tez izlem üyelerinin rehberliğinde araştırmacı tarafından anneler için eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (EK 1). Kitapçıkta Roy'un Adaptasyon Modeline göre puberte prekokslu kızların ve annelerinin adaptasyonunu sağlamada önemli noktalar vurgulanmıştır.

Puberte Prekoks Hemşirelik Destek Programı (PP-HEDEP) Eğitim Sunum Materyali: Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda, literatür bilgileri ve tez izlem üyelerinin rehberliğinde araştırmacı tarafından anneler için eğitsel sunum materyali hazırlanmıştır (EK 2). Eğitim sunum Materyalinde, Roy'un Adaptasyon Modeline göre puberte prekokslu kızların ve annelerinin adaptasyonunu sağlamada önemli noktalar vurgulanmıştır.

Erken Ergenlik- Seri No.4 Hasta Rehberi; European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE) web sitesi (<https://www.eurospe.org/media/1332/erken-ergenlik-kolay.pdf>) hasta bilgi kitapçıkları arasında yer almaktadır. Broşür, MSc Fernando Vera ve Prof. Gary Butler tarafından 2006 yılında İngiltere'de Reading Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde hazırlanmıştır. Broşürün bazı bölümleri Erken Ergenlik Rehberi (Haziran 2004) ve Büyüme ve Büyüme Bozuklukları Kitapçık Serisi'nden uyarlanmış

veya alınmıştır. Hormon Bozuklukları Broşür Serisinin bir parçası olan broşürün son sayfasındaki bağlantılardan orijinal broşür serisine ulaşılabilir. Broşüre; Stanwell Road, Bedfont Cross, Feltham, Serono-Merck Ltd, Middlesex TW14 8NX ve “Child Growth Foundation” mali destek vermiştir. (<https://www.eurospe.org/media/1332/erken-ergenlik-kolay.pdf>.)

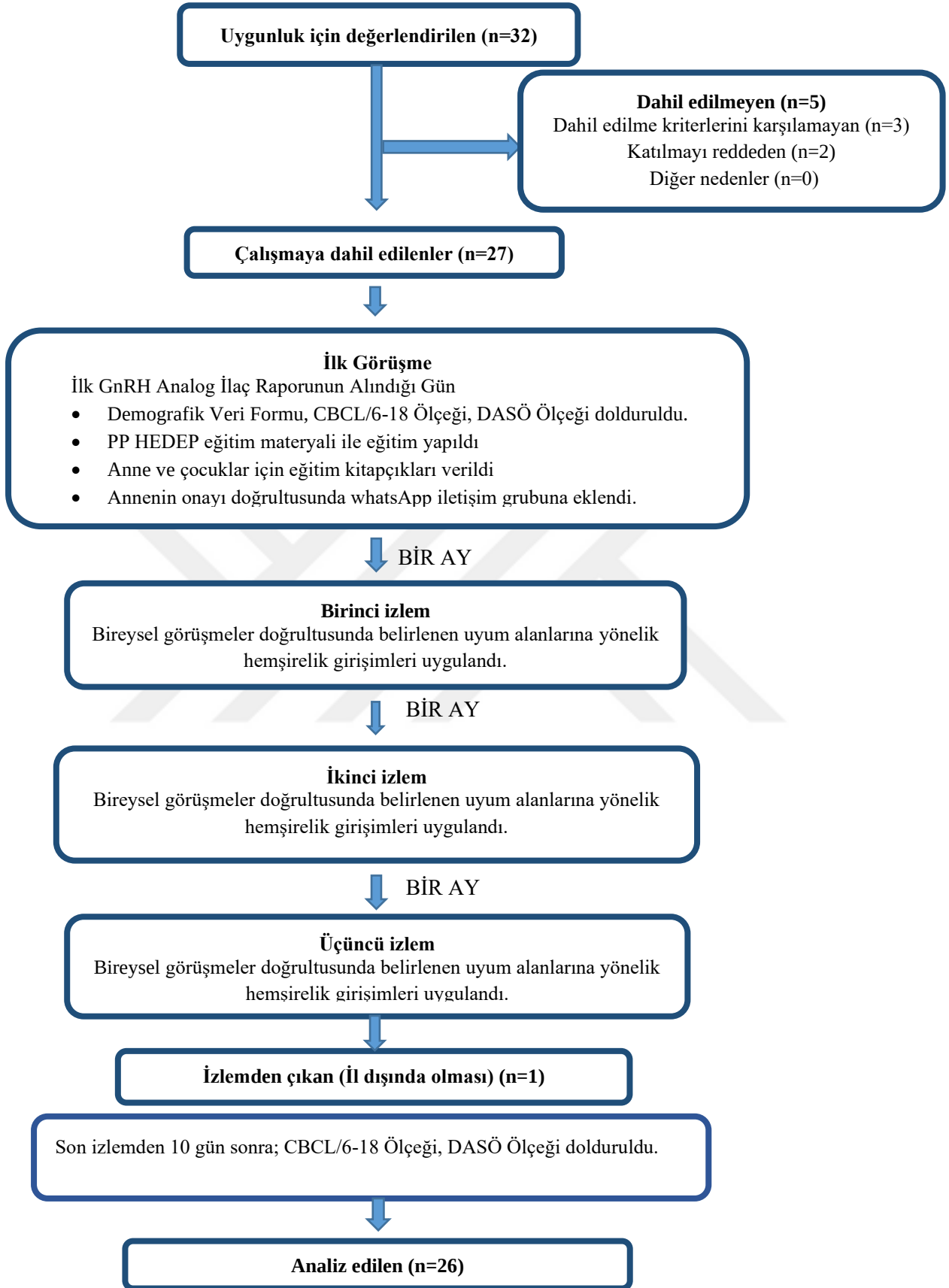
Araştırmaya katılmaya gönüllü olan annelere; demografik veri formunu, kendileri için depresyon, anksiyete, stres ölçeğini, kızları içi 6-18 yaş çocuk davranış değerlendirme ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Formlar anneler tarafından doldurulmuştur.

Annelere PP-HEDEP Eğitim Sunum Materyali üzerinde eğitim verilmiştir. Birlikte gelen babalar da eğitime dahil edilmiştir. Çocuklara eğitim verilirken, Erken Ergenlik Seri No 4 Hasta Rehberinden yararlanılmıştır. Eğitimler bire bir veya ikili gruplar halinde verilmiştir.

Anneler onayları doğrultusunda anneler whatsapp® iletişim grubuna dahil edilmiştir. Sadece bir anne Whatsapp® iletişim grubuna dahil olmak istememiştir.

Anneler düzenli olarak birer ay ara ile telefon ile aranarak, görüşme sağlanmıştır. Ayrıca anneler ihtiyaç duyduklarında da araştırmacıyı arayabilmişlerdir. Görüşmeler doğrultusunda Roy’un dört uyum alanı ile ilgili uyaranlar belirlenerek, bu doğrultuda girişimler planlanmıştır.

Birer ay ara ile üç görüşmenin ardından tekrar annelere DASÖ ve CBCL/6-18 ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Formlar anneler tarafından doldurulmuştur. Çalışmanın akış şeması Şekil 3-1’de gösterilmiştir.



Şekil 3-1: Tezin Akış Şeması

3.8. Verilerin Toplanması:

Veriler, anneler ilk kez puberte prekoks ilaç raporunu almaya geldiklerinde, çocuk endokrin kliniğine ait özel bir odada, yaklaşık 40 dakikalık sürede anneler tarafından doldurulan ölçekler üzerinden toplanmıştır.

3.9. Verileri Değerlendirilmesi:

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası karşılaştırmalarında Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

CBCL/6-18 ölçeği değerlendirilmesinde “Okul Çağı Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı (CBCL, YSR ve TRF) Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi (ASEBA)” kitabı doğrultusunda sendrom ölçeklerinin istatistiksel analizi için ham puanlar kullanıldı. (Erol ve Şimşek 2010).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma vaka sayısının azlığı ve etik nedenler ile ayrı bir kontrol grubu oluşturulmamış, grup kendi kendinin kontrolü olarak planlanmıştır. Örneklem grubuna alınma ölçütlerini karşılamayan ancak talepte bulunan anne ve kızları için de çalışmaya dahil edilmeden aynı destek programı uygulanmıştır.

Hizmetin etkisini göstermeyi amaçlayan çalışmalarda hizmet öncesi ve sonrası değerlendirilmektedir. Ancak çocuk büyüdükçe problemin düzeyi azalma eğilimi gösterebilir (Erol ve Şimşek 2010). Test-tekrar test düşüş etkisi (Erol ve Şimşek 2010) yani sonraki değerlendirmede daha az sorun bildirme eğilimi için ilk ve son değerlendirme arası üç ay gibi bir süre uygun bulunmuştur.

Bu çalışma da test-tekrar test düşüş etkisi için PP-HEDEP'nin etkisini değerlendirebilecek, ancak zamanın etkisinin minimum tutacak şekilde üç ay olarak

belirlenmiştir. Erol’a göre bilgi veren kişiler hizmetin etkin olduğunu düşündüğü için gelişim bildirebilir (Erol ve Şimşek 2010). Bu nedenle araştırmacının etkisini kaldırmak için son değerlendirmede biası önlemek için formlar, anne tarafından doldurularak, kapalı zarf içinde poliklinik sekreterine bırakılmıştır.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Çalışmadaki kızların tamamı aynı tedavi aşamasında çalışmaya dahil edilmişlerdir.
- Çalışmaya dahil edilen kızların tamamı gerçek puberte prekoks tanısı almıştır.
- Çalışmamızda annelerin depresyon, anksiyete ve stres ölçek puanlarındaki değişimi; annelerin yaşlarının, çalışma durumlarının, eğitim ve gelir düzeylerinin etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum PP-HEDEP’in etkisini ön plana çıkarmaktadır.
- PP-HEDEP tek araştırmacı tarafından yürütülmüştür.
- Son değerlendirmede biası önlemek için formlar, anne tarafından doldurularak, kapalı zarf içinde poliklinik sekreterine bırakılmıştır.
- Mahremiyete uygun fiziksel ortam sağlanmıştır.
- Katılımcılar için 24 saat açık iletişim imkanı sağlanmıştır.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma başlamadan önce araştırmada kullanılan Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) kullanımı için izin alınmıştır. (EK 3). 6-18 yaş çocuk davranış değerlendirme ölçeği (CBCL/6-18 ölçeği) kullanımı için izin alınmıştır (EK 4). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji ABD’den çalışmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (EK 5). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 27.02.2017 tarih ve 213 sayılı yazı ile etik kurul onayı alınmıştır (EK 6). Annelere çalışmanın amacı anlatılarak yazılı onamları alınmıştır (EK 7). Böylelikle “aydınlatılmış onam ilkesi” etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Annelere istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi

yerine getirilmiştir. Verilerin toplanması esnasında ve sonra talepte bulunan, ancak örneklem kriterlerine uymayan annelere de Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığıyla eğitim ve danışmanlık verilmiş böylelikle “eşitlik ilkesi” yerine getirilmiştir.



4. BULGULAR

Puberte prekoksllu kızlar ve annelerinde Roy Adaptasyon Modeline dayalı PP-HEDEP'nın etkilerini belirlemek üzere gerçekleştirilen çalışma 01.04.2017-01.04.2018 tarihleri arasında, bir üniversite Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniği'nde; 26 puberte prekoksllu kız ve anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulguları dört başlık altında değerlendirilmiştir.

- Puberte prekoksllu kız ve annelerine ait sosyo demografik verilere ilişkin bulgular
- Puberte prekoksllu kızların annelerinde Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASÖ) değerlendirilmesine ilişkin bulgular
- 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinin (CBCL/6-18) değerlendirilmesine ilişkin bulgular
- DASÖ ile CBCL/6-18 ölçeklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4.1. Puberte Prekoksllu Kız ve Annelerine Ait Sosyo Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Çocukların kronolojik yaşları 7,6 ile 10,5 arasında değişmekte olup, ortalama $8,92 \pm 0,82$ yıl; kemik yaşları 7,8 ile 12 arasında değişmekte olup, ortalama $10,12 \pm 1,14$ yıldır. Puberte prekokslluk kızlara ait demografik özelliklerin dağılımı Tablo 4-1'de verilmiştir.

Tablo 4-1: Puberte prekokslu kızlara ait demografik özelliklerin dağılımı (N=26)

		n (%)
Kronolojik yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	7,6-10,5 (8,8)
	<i>Ort±Ss</i>	8,92±0,82
Kemik yaşı (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	7,8-12 (10,5)
	<i>Ort±Ss</i>	10,12±1,14
Boy (cm)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	99,9-151 (135,7)
	<i>Ort±Ss</i>	135,38±11,41
Boy SDS	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	-5,4-3 (0,9)
	<i>Ort±Ss</i>	0,58±1,90
Kilo (kg)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18,6-50,2 (30,2)
	<i>Ort±Ss</i>	32,00±8,25
Kilo SDS	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	-2,4-2,3 (0,5)
	<i>Ort±Ss</i>	0,30±1,31
VKİ (kg/m²)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	13,2-23,9 (17,2)
	<i>Ort±Ss</i>	17,33±2,64
VKİ SDS	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	-2,1-2,2 (0,3)
	<i>Ort±Ss</i>	0,18±1,07

*VKİ:Vücut Kitle İndeksi

SDS:Standart Deviasyon Skoru

Puberte prekokslu kızların tamamı yaşları nedeni ile Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında işlem görmüştür. İlaçları heyet raporu kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmıştır.

Çocukların tamamı (n=26) gerçek erken ergenlik tanısı almıştır. Kullanılan ilaç incelendiğinde; %42,3 (n=11) Laprolid Asetat, %57,7 (n=15) Triptorelin Asetat saptanmıştır. İlaç dozajı tümünde (n=26) 28 günde bir 3,75mg olarak kullanılmıştır.

Puberte prekokslu kızların bazı puberte prekoks bulgularına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4-2' de verilmiştir.

Tablo 4-2: Puberte prekokslu kızların bazı puberte prekoks bulgularına ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=26)

Puberte Prekoks Bulguları		n (%)
Meme büyümesi	Var	26 (100)
	Yok	7 (26,9)
Kıllanma	Var	19 (73,1)
	Yok	23 (88,5)
Adet olma	Var	3 (11,5)
	Hayır	14 (53,8)
Diğer sağlık sorunları*	Evet	12 (46,2)

*Hipotiroid, bronşial astım, Tip 1 diyabet, kifoz, FMF

Puberte prekokslu kızların araştırmaya başlama aşamasında son 6 ay içinde çocuk ve gençlik ruh sağlığı merkezine başvuru durumu değerlendirilmiş, 24 (%92,3) çocuk için başvurunun olmadığı belirlenmiştir. Çocukların hiçbiri ruh sağlığı ile ilgili ilaç kullanmamaktadır.

Puberte prekokslu kızların annelerine ait sosyo-demografik veriler Tablo 4-3'de verilmiştir. Annelerin tamamı evlidir.

Tablo 4-3: Puberte prekokslu kızların annelerine ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n (%)
<i>Min-Mak (Medyan)</i>	31-49 (38)
<i>Ort±Ss</i>	38,04±4,42
Yaş (yıl)	≤35 yaş 35-40 yaş ≥40 yaş
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı Ortaokul Lise Yüksekokul
Meslek	Ev hanımı Serbest meslek Memur Diğer
Sağlık güvencesi	Var Yok
Gelir düzeyi	Gelir giderinden fazla Gelir giderine eşit Gelir giderinden az

4.2. Puberte Prekokslu Kızların Annelerinde Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASÖ) Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Anneler hem Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Hemşirelik Destek Programı (PP-HEDEP) öncesi, hem de PP-HEDEP sonrası Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) ile değerlendirilmiştir.

PP-HEDEP öncesi;

DASÖ “Depresyon” skorları 0 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $6,08 \pm 4,77$; “Anksiyete” skorları 0 ile 18 arasında değişmekte olup, ortalama $5,92 \pm 5,14$; “Stres” skorları 4 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama $12,27 \pm 6,26$ ’dır.

DASÖ alt boyutlarına ait Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,815; 0,853 ve 0,801 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

PP-HEDEP sonrası;

DASÖ “Depresyon” skorları 0 ile 18 arasında değişmekte olup, ortalama $4,46 \pm 5,36$; “Anksiyete” skorları 0 ile 18 arasında değişmekte olup, ortalama $4,31 \pm 4,86$; “Stres” skorları 0 ile 26 arasında değişmekte olup, ortalama $8,81 \pm 6,31$ 'dir.

DASÖ alt boyutlarına ait Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,931; 0,896 ve 0,904 olup, ölçeğin yüksek derecede güveniliridir.

Puberte prekokslu kız annelerinin PP-HEDEP öncesi ve sonrası DASÖ ölçek puan değişimlerinin değerlendirilmesi Tablo 4-4'de verilmiştir.

Tablo 4-4: Puberte prekokslu kız annelerinin PP-HEDEP öncesi ve sonrası DASÖ ölçek puanlarının değerlendirilmesi

		PP-HEDEP öncesi	PP-HEDEP sonrası	Test değeri “p	Fark
Depresyon; n (%)	Min-Mak (Medyan)	0-15 (4,5)	0-18 (2,5)	$Z=-1,772$	-13/13 (-2)
	Ort±Ss	$6,08 \pm 4,77$	$4,46 \pm 5,36$	0,076	$-1,62 \pm 5,67$
	Normal	17 (65,4)	22 (84,6)		
	Hafif	7 (26,9)	1 (3,9)		
	Orta	2 (7,7)	3 (11,5)		
Anksiyete; n (%)	Min-Mak (Medyan)	0-18 (5)	0-18 (3)	$Z=-2,151$	-7/7 (-2)
	Ort±Ss	$5,92 \pm 5,14$	$4,31 \pm 4,86$	0,031*	$-1,62 \pm 3,61$
	Normal	18 (69,2)	21 (80,8)		
	Hafif	2 (7,7)	1 (3,8)		
	Orta	4 (15,4)	3 (11,6)		
	İleri	2 (7,7)	1 (3,8)		
Stres; n (%)	Min-Mak (Medyan)	4-28 (11)	0-26 (7)	$Z=-2,507$	-14/10 (-3)
	Ort±Ss	$12,27 \pm 6,26$	$8,81 \pm 6,31$	0,012*	$-3,46 \pm 6,28$
	Normal	17 (65,4)	21 (80,8)		
	Hafif	6 (23,1)	3 (11,6)		
	Orta	2 (7,7)	1 (3,8)		
	İleri	1 (3,8)	1 (3,8)		

Fark: PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası

^aWilcoxon Signed Ranks Test

* $p < 0,05$

Annelerin PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası depresyon skorlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p=0,076$; $p>0,05$); PP-HEDEP sonrasında bir düşüş olduğu gözlenmektedir.

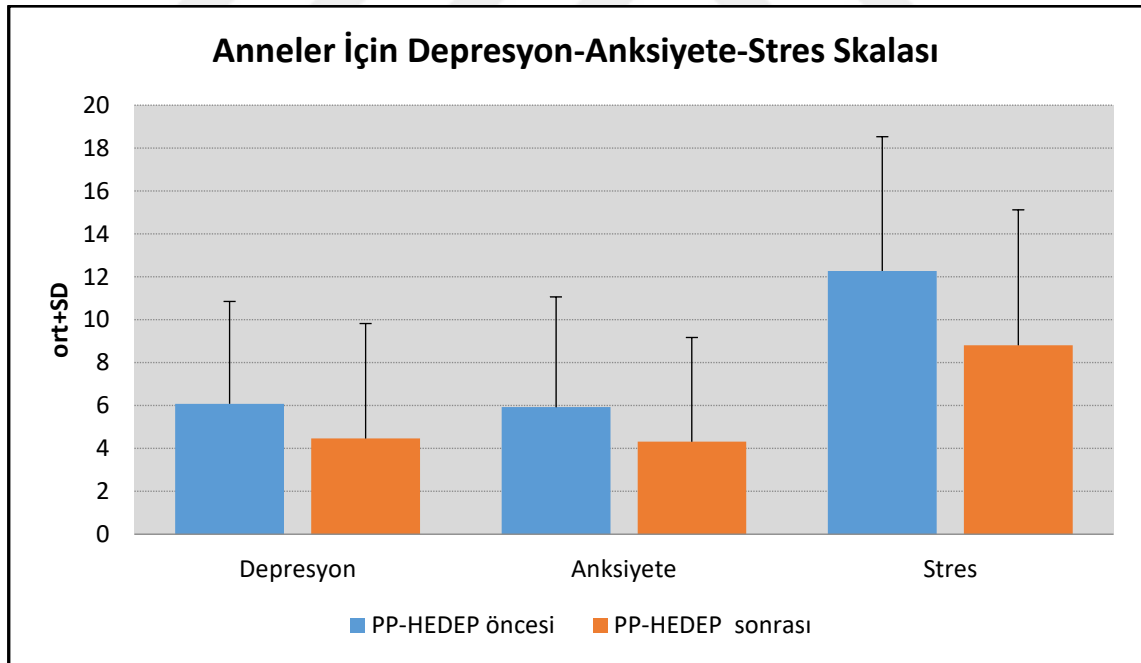
Bu bulgu ışığında “Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nin puberte prekokslu kız annelerinin Depresyon puanlarını düşürür.” Hipotezi reddedilmiştir.

Annelerin PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası anksiyete skorlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,031$; $p<0,05$).

Annelerin PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası stres skorlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$; $p<0,05$).

“Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nin puberte prekokslu kız annelerinin Anksiyete, Stres Ölçeğindeki stress ve anksiyete puanlarını düşürür.” hipotezi kabul edilmiştir.

Puberte Prekokslu kız annelerinin PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası DASÖ skor dağılımı Şekil 4-1’de gösterilmiştir.



Şekil 4-1: Puberte prekokslu kız annelerinin PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası DASÖ skor dağılımı

Annelerin yaş düzeylerine göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası depresyon, anksiyete ve stres skorlarındaki değişim Tablo 4-5’de verilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4-5: Annelerin yaş ve eğitim düzeylerine göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası DASÖ skorlarındaki değişimin değerlendirilmesi

Skor Farkları (sonra-önce)		Depresyon		Anksiyete		Stres	
		Min/Mak (Medyan)	Ort±Ss	Min/Mak (Medyan)	Ort±Ss	Min/Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş (yıl)	≤35 yaş (n=9)	-10/2 (-2)	-3,56±4,25	-7/3 (-2)	-2,33±3,20	-14/4 (-4)	-4,11±5,28
	35-45 yaş (n=9)	-13/13 (-2)	-1,00±8,26	-5/7 (-2)	-0,11±4,57	-14/10 (-6)	-4,33±8,08
	≥45 yaş (n=8)	-4/4 (-0,5)	-0,13±2,90	-7/1 (-2)	-2,50±2,56	-14/4 (-0,5)	-1,75±5,42
Test değeri^b p		$\chi^2=2,342$	0,31	$\chi^2=1,007$	0,604	$\chi^2=1,610$	0,447
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı (n=8)	-10/0 (-2,5)	-3,50±3,21	-7/1 (-3,5)	-3,50±2,67	-14/0 (-2,5)	-3,75±4,71
	Ortaokul- Lise (n=8)	-10/4 (-0,5)	-0,63±4,53	-5/3 (-1)	-0,88±3,18	-14/4 (-2)	-3,00±5,78
	Yüksekokul (n=10)	-13/13 (-2)	-0,90±7,80	-6/7 (-1,5)	-0,70±4,27	-14/10 (-5,5)	-3,60±8,11
Test değeri^b p		$\chi^2=2,906$	0,234	$\chi^2=2,968$	0,227	$\chi^2=0,209$	0,901

Skor Farkları: PP HEDEP sonrası – PP HEDEP öncesi

^bKruskal Wallis Test

Annelerin eğitim düzeylerine göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası depresyon, anksiyete ve stres skorlarındaki değişim Tablo 4-5’de verilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Annelerin çalışma durumuna göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası depresyon, anksiyete ve stres skorlarındaki değişim Tablo 4-6’de verilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4-6: Annelerin çalışma ve gelir durumuna göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası DASÖ skorlarının değerlendirilmesi

Skor Farkları (sonra-önce)		Depresyon		Anksiyete		Stres	
		Min/Mak (Medyan)	Ort±Ss	Min/Mak (Medyan)	Ort±Ss	Min/Mak (Medyan)	Ort±Ss
Çalışma durumu	Ev hanımı (n=16)	-10/13 (-1)	-1,81±5,80	-7/6 (-2)	-1,88±3,65	-14/5 (-2,5)	-3,88±6,01
	Çalışan (n=10)	-13/10 (-2)	-1,30±5,76	-6/7 (-2)	-1,20±3,71	-14/10 (-4)	-2,80±6,96
Test değeri	^c p	Z=-0,213	0,831	Z=-0,477	0,633	Z=-0,106	0,916
	Gelir giderinden fazla ya da eşit (n=20)	-13/13 (-2)	-1,55±6,36	-7/7 (-2)	-1,50±3,97	-14/10 (-4)	-3,60±6,59
Gelir düzeyi	Gelir giderinden az (n=6)	-6/2 (-1,5)	-1,83±2,64	-5/1 (-2)	-2,00±2,28	-14/0 (0)	-3,00±5,62
Test değeri	^c p	Z=-0,123	0,902	Z=0,001	1,000	Z=-0,582	0,561

Skor Farkları: PP-HEDEP sonrası - PP-HEDEP öncesi

^cMann Whitney U Test

Annelerin gelir durumuna göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası depresyon, anksiyete ve stres skorlarındaki değişim Tablo 4-6'da verilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.3. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğine (CBCL/6-18) İlişkin Bulgular

PP-HEDEP Öncesi ve Sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Dağılımları ve Cronbach's Alpha Katsayıları Tablo 4-7'de verilmiştir.

Tablo 4-7: PP-HEDEP Öncesi ve Sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Dağılımları ve Cronbach's Alpha Katsayıları

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
PP-HEDEP öncesi				
-Etkinlikler	3	3-13 (7,5)	7,76±3,08	-
-Sosyallik	3	3-9,1 (5,1)	6,03±1,83	-
-Okul	1	2-6 (5)	4,94±1,06	-
Toplam yeterlilik	7	8-27 (18,4)	18,73±4,87	-
-İçe yönelim	26	0-28 (7)	8,23±6,90	0,873
Anksiyete/Depresyon	13	0-14 (3,5)	4,04±3,12	0,735
Sosyal içe dön./Depresyon	8	0-6 (1)	1,85±2,19	0,683
Somatik yakınmalar	5	0-8 (1,5)	2,35±2,67	0,747
-Sosyal sorunlar	11	1-12 (3)	3,50±2,72	0,665
-Düşünce sorunları	15	0-6 (1,5)	2,23±2,08	0,511
-Dikkat sorunları	10	0-11 (3,5)	4,00±2,86	0,665
-Dışa yönelim	35	0-21 (5,5)	6,08±4,46	0,784
Kurallara karşı gelme davranışı	17	0-6 (1)	1,23±1,42	0,488
Saldırgan davranışlar	18	0-15 (4,5)	4,85±3,47	0,743
-Diğer sorunlar	16	1-8 (4)	3,73±2,15	0,398
Toplam problemler	113	3-81 (25,5)	27,77±17,19	0,928
PP-HEDEP sonrası				
-Etkinlikler	3	3-13 (9)	8,41±3,05	-
-Sosyallik	3	3-9,6 (6,8)	6,78±1,94	-
-Okul	1	2-6 (5)	5,01±0,98	-
Toplam yeterlilik	7	11,8-28,1 (21,1)	20,19±4,69	-
-İçe yönelim	26	0-17 (6)	6,23±4,46	0,765
Anksiyete/Depresyon	13	0-8 (3)	3,12±2,29	0,630
Sosyal içe dön./Depresyon	8	0-5 (1)	1,35±1,29	0,444
Somatik yakınmalar	5	0-7 (1)	1,77±1,92	0,587
-Sosyal sorunlar	11	0-8 (3)	2,81±2,04	0,613
-Düşünce sorunları	15	0-6 (1)	1,38±1,70	0,548
-Dikkat sorunları	10	0-10 (3)	3,12±2,70	0,709
-Dışa yönelim	35	0-10 (4)	4,38±3,21	0,707
Kurallara karşı gelme davranışı	17	0-4 (0)	0,85±1,12	0,465
Saldırgan davranışlar	18	0-8 (3)	3,54±2,50	0,640
-Diğer sorunlar	16	0-6 (3)	2,85±1,80	0,332
Toplam problemler	113	1-39 (22,5)	20,77±12,66	0,904

PP-HEDEP öncesinde;

CBCL/6-18 Ölçeği Yeterlilik bölümüne ait “Etkinlikler” puanları 3 ile 13 arasında değişmekte olup, ortalama $7,76 \pm 3,08$; “Sosyallik” puanları 3 ile 9,1 arasında değişmekte olup, ortalama $6,03 \pm 1,83$; “Okul” puanları 2 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $4,94 \pm 1,06$ ’dır. CBCL/6-18 Ölçeği Toplam Yeterlilik puanları ise 8 ile 27 arasında değişmekte olup, ortalama $18,73 \pm 4,87$ saptanmıştır.

CBCL/6-18 Ölçeği Problemler bölümüne ait “İçe yönelim” puanları 0 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama $8,23 \pm 6,90$; “Sosyal sorunlar” puanları 1 ile 12 arasında değişmekte olup, ortalama $3,50 \pm 2,72$; “Düşünce sorunları” puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $2,23 \pm 2,08$; “Dikkat sorunları” puanları 0 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama $4,00 \pm 2,86$; “Dışa yönelim” puanları 0 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalama $6,08 \pm 4,46$; “Diğer sorunlar” puanları 1 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama $3,73 \pm 2,15$ ’tir. CBCL/6-18 Ölçeği Toplam Problemler puanları ise 3 ile 81 arasında değişmekte olup, ortalama $27,77 \pm 17,19$ saptanmıştır.

CBCL/6-18 Ölçeği Problemler bölümünü oluşturan alt boyutlara ait Cronbach’s Alpha katsayıları sırasıyla 0,873; 0,665; 0,511; 0,665 ve 0,784 saptanmıştır. CBCL/6-18 Ölçeği Toplam Problemler bölümü için elde edilen Cronbach’s Alpha katsayısı 0,928 olup; ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir (Tablo 4-7).

PP-HEDEP sonrasında;

CBCL/6-18 Ölçeği Yeterlilik bölümüne ait “Etkinlikler” puanları 3 ile 13 arasında değişmekte olup, ortalama $8,41 \pm 3,05$; “Sosyallik” puanları 3 ile 9,6 arasında değişmekte olup, ortalama $6,78 \pm 1,94$; “Okul” puanları 2 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $5,01 \pm 0,98$ ’dir. CBCL/6-18 Ölçeği Toplam Yeterlilik puanları ise 11,8 ile 28,1 arasında değişmekte olup, ortalama $20,19 \pm 4,69$ saptanmıştır.

CBCL/6-18 Ölçeği Problemler bölümüne ait “İçe yönelim” puanları 0 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalama $6,23 \pm 4,46$; “Sosyal sorunlar” puanları 0 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama $2,81 \pm 2,04$; “Düşünce sorunları” puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $1,38 \pm 1,70$; “Dikkat sorunları” puanları 0 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama $3,12 \pm 2,70$; “Dışa yönelim” puanları 0 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama $4,38 \pm 3,21$; “Diğer sorunlar” puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalama $2,85 \pm 1,80$ ’dir. CBCL/6-18 Ölçeği Toplam Problemler puanları ise 1 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalama $20,77 \pm 12,66$ saptanmıştır.

CBCL/6-18 Ölçeği Problemler bölümünü oluşturan alt boyutlara ait Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,765; 0,613; 0,548; 0,709 ve 0,707 saptanmıştır. CBCL/6-18 Ölçeği Toplam Problemler bölümü için elde edilen Cronbach's Alpha katsayısı 0,904 olup; ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir (Tablo 4-7).

Puberte prekokslu kızlar hem Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Hemşirelik Destek Programı (PP-HEDEP) öncesi, hem de PP-HEDEP sonrası 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18) ile değerlendirilmiş olup, veriler Tablo 4-8'de verilmiştir.



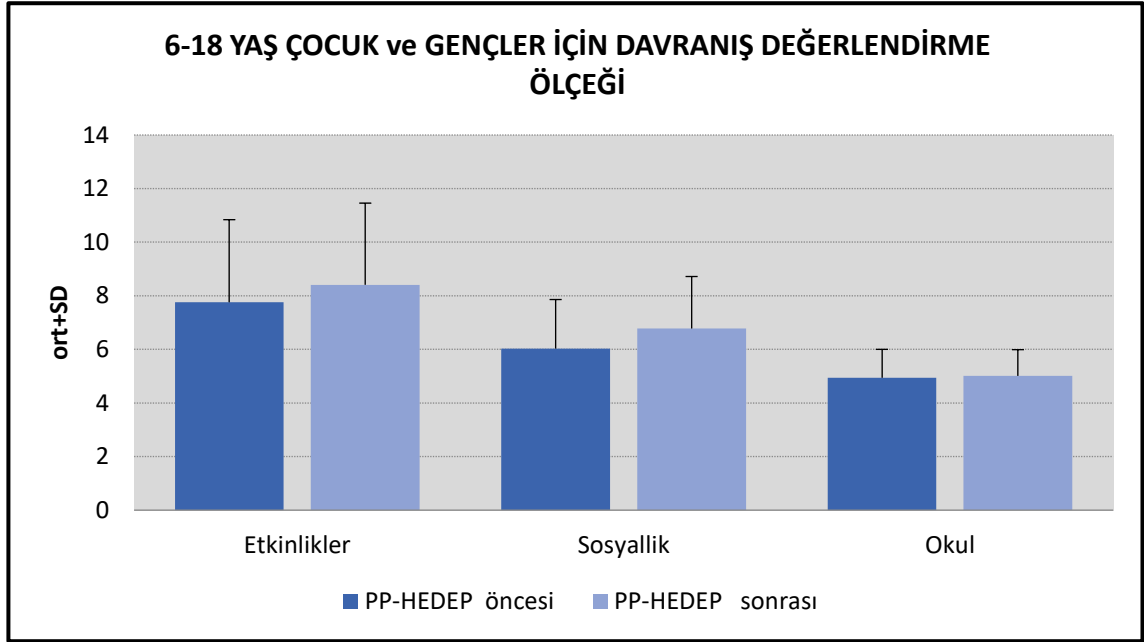
Tablo 4-8: PP-HEDEP Öncesine Göre PP-HEDEP Sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirmesi

CBCL/6-18 Ölçeği Alt grupları		PP-HEDEP öncesi	PP-HEDEP sonrası	Test değeri ^a p	Fark (sonrası- öncesi)
Etkinlikler	Min/Mak (Medyan)	3-13 (7,5)	3-13 (9)	$Z=-1,531$	-3/4 (0,5)
	Ort±Ss	7,76±3,08	8,41±3,05	0,126	0,65±2,24
Sosyallik	Min/Mak (Medyan)	3-9,1 (5,1)	3-9,6 (6,8)	$Z=-1,573$	-2,5/5,3 (0,3)
	Ort±Ss	6,03±1,83	6,78±1,94	0,116	0,75±1,98
Okul	Min/Mak (Medyan)	2-6 (5)	2-6 (5)	$Z=-0,557$	-1/1,5 (0)
	Ort±Ss	4,94±1,06	5,01±0,98	0,577	0,07±0,65
Toplam yeterlilik	Min/Mak (Medyan)	8-27 (18,4)	11,8-28,1 (21,1)	$Z=-2,397$	-3/8,8 (1,3)
	Ort±Ss	18,73±4,87	20,19±4,69	0,017*	1,46±2,73
-İçe yönelim	Min/Mak (Medyan)	0-28 (7)	0-17 (6)	$Z=-2,154$	-15/6 (-1,5)
	Ort±Ss	8,23±6,90	6,23±4,46	0,031*	-2,00±4,62
Anksiyete/Depresyon	Min/Mak (Medyan)	0-14 (3,5)	0-8 (3)	$Z=-1,947$	-6/4 (-1)
	Ort±Ss	4,04±3,12	3,12±2,29	0,048*	-0,92±2,23
Sosyal içe dön. /Depresyon	Min/Mak (Medyan)	0-6 (1)	0-5 (1)	$Z=-1,465$	-4/2 (0)
	Ort±Ss	1,85±2,19	1,35±1,29	0,143	-0,50±1,70
Somatik yakınmalar	Min/Mak (Medyan)	0-8 (1,5)	0-7 (1)	$Z=-1,225$	-6/2 (0)
	Ort±Ss	2,35±2,67	1,77±1,92	0,220	-0,58±1,96
-Sosyal sorunlar	Min/Mak (Medyan)	1-12 (3)	0-8 (3)	$Z=-1,606$	-6/7 (-1)
	Ort±Ss	3,50±2,72	2,81±2,04	0,108	-0,69±2,51
-Düşünce sorunları	Min/Mak (Medyan)	0-6 (1,5)	0-6 (1)	$Z=-2,423$	-6/2 (0)
	Ort±Ss	2,23±2,08	1,38±1,70	0,015*	-0,85±1,74
-Dikkat sorunları	Min/Mak (Medyan)	0-11 (3,5)	0-10 (3)	$Z=-1,778$	-10/8 (-1)
	Ort±Ss	4,00±2,86	3,12±2,70	0,075	-0,88±3,25
-Dışa yönelim	Min/Mak (Medyan)	0-21 (5,5)	0-10 (4)	$Z=-2,023$	-14/6 (-1)
	Ort±Ss	6,08±4,46	4,38±3,21	0,043*	-1,69±4,01
Kurallara karşı gelme davranışı	Min/Mak (Medyan)	0-6 (1)	0-4 (0)	$Z=-1,147$	-5/2 (0)
	Ort±Ss	1,23±1,42	0,85±1,12	0,251	-0,38±1,44
Saldırgan davranışlar	Min/Mak (Medyan)	0-15 (4,5)	0-8 (3)	$Z=-1,990$	-9/4 (-1)
	Ort±Ss	4,85±3,47	3,54±2,50	0,047*	-1,31±3,08
Diğer sorunlar	Min/Mak (Medyan)	1-8 (4)	0-6 (3)	$Z=-2,337$	-4/3 (-1)
	Ort±Ss	3,73±2,15	2,85±1,80	0,019*	-0,88±1,77
Toplam problemler	Min/Mak (Medyan)	3-81 (25,5)	1-39 (22,5)	$Z=-3,003$	-45/31 (-6)
	Ort±Ss	27,77±17,19	20,77±12,66	0,003**	-7,00±14,22

Fark: PP HEDEP sonrası – PP HEDEP öncesi ^aWilcoxon Signed Ranks Test *p<0,05

**p<0,01

Puberte prekokslu kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası etkinlikler, sosyallik ve okul puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); puanlarda artış söz konusudur (Tablo 4-8) (Şekil 4-2).



Şekil 4-2: PP-HEDEP Öncesi ve Sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Etkinlik, Sosyallik, Okul Skor Dağılımları

Puberte prekokslu kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası toplam yeterlilik puanlarındaki artış ($p=0,017$; $p<0,05$), içe yönelim puanlarındaki düşüş ($p=0,031$; $p<0,05$), anksiyete/depresyon puanlarındaki düşüş ($p=0,048$; $p<0,05$), istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo: 4-8).

Puberte prekokslu kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası sosyal içe dönük/depresyon ve somatik yakınmalar puanlarındaki değişimler ve sosyal sorunlar puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); puanlarda düşüş olduğu görülmektedir (Tablo: 4-8) (Şekil 4-3).

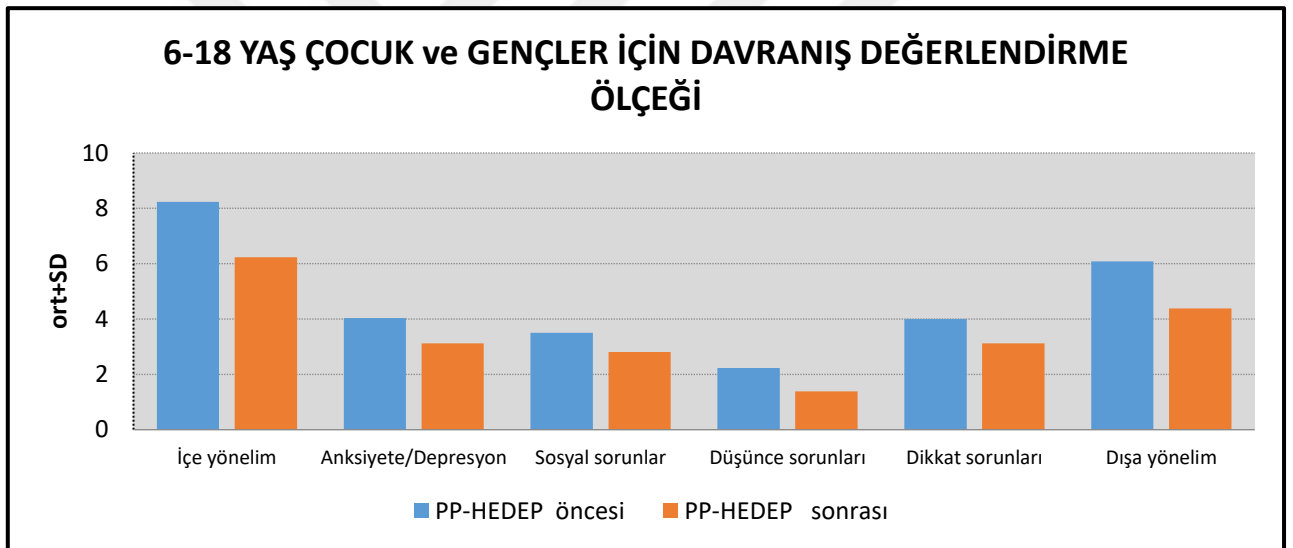
Puberte prekokslu kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası düşünce sorunları puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$; $p<0,05$) (Tablo: 4-8).

Kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası dikkat sorunları puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); PP-HEDEP sonrasında düşüş olduğu görülmektedir (Tablo: 4-8) (Şekil 4-3).

Kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası dışa yönelim puanlarındaki düşüş ($p=0,043$; $p<0,05$), saldırgan davranışlar puanlarındaki düşüş ($p=0,047$; $p<0,05$), diğer sorunlar puanlarındaki düşüş ($p=0,019$; $p<0,05$), istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo: 4-8).

Kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası kurallara karşı gelme puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); PP-HEDEP sonrasında düşüş olduğu görülmektedir (Tablo: 4-8) (Şekil 4-3).

Bu bulgular “Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nin Puberte Prekokslu kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği puanlarını olumlu yönde etkiler.” Hipotezini kısmen karşılamaktadır.



Şekil 4-3: Kızların PP-HEDEP öncesine ve sonrası CBCL/6-18 Ölçeği davranış skor Dağılımları

Kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası toplam problemler puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$) (Tablo: 4-8).

Bu sonuçla “Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nin puberte prekokslu kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği toplam davranış problemi puanını düşürür.” Hipotezi Kabul edilmektedir.

Annelerin yaşı düzeylerine göre çocukların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası etkinlikler puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,037$; $p<0,05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; yaşı 35 ve altı olan anneler ile 35-45 yaşındaki anneler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,042$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-9).



Tablo 4-9: Anne Yaş Düzeylerine Göre PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirmesi

CBCL/6-18 Ölçeği		Yaş (yıl)			Test değeri ^b p
		≤35 yaş (n=9)	35-45 yaş (n=9)	≥45 yaş (n=8)	
Etkinlikler	Min/Mak (Medyan)	0/4 (3)	-3/3,1 (-0,5)	-2,5/3,5 (-0,3)	$\chi^2=6,603$
	Ort±Ss	2,11±1,60	-0,41±2,03	0,19±2,42	0,037*
Sosyallik	Min/Mak (Medyan)	-2,5/5,3 (0,5)	-1/1 (0)	-2/4 (0,5)	$\chi^2=2,336$
	Ort±Ss	1,38±2,47	-0,04±0,76	0,93±2,25	0,311
Okul	Min/Mak (Medyan)	-0,3/1,5 (0)	-1/1 (0)	-1/1 (0)	$\chi^2=0,262$
	Ort±Ss	0,19±0,53	0±0,71	0±0,76	0,877
Toplam yeterlilik	Min/Mak (Medyan)	-1/8,8 (4)	-3/3,1 (-1,3)	-0,1/2 (1,3)	$\chi^2=10,502$
	Ort±Ss	3,68±3,03	-0,44±1,96	1,11±0,78	0,005**
-İçe yönelim	Min/Mak (Medyan)	-9/2 (-2)	-8/5 (0)	-15/6 (-3)	$\chi^2=2,043$
	Ort±Ss	-1,89±3,30	-0,56±3,54	-3,75±6,58	0,360
Anksiyete/ Depresyon	Min/Mak (Medyan)	-4/2 (-2)	-2/2 (0)	-6/4 (-2)	$\chi^2=6,051$
	Ort±Ss	-1,44±1,74	0,33±1,32	-1,75±3,01	0,059
Sosyal içe dön./Depresyon	Min/Mak (Medyan)	-4/2 (0)	-4/2 (0)	-3/2 (0)	$\chi^2=0,008$
	Ort±Ss	-0,56±1,88	-0,56±1,88	-0,38±1,51	0,996
Somatik yakınmalar	Min/Mak (Medyan)	-2/2 (0)	-4/2 (0)	-6/2 (-1)	$\chi^2=2,286$
	Ort±Ss	0,11±1,27	-0,33±1,66	-1,63±2,62	0,319
-Sosyal sorunlar	Min/Mak (Medyan)	-4/2 (-1)	-1/1 (0)	-6/7 (-1)	$\chi^2=1,406$
	Ort±Ss	-1,00±2,35	-0,22±0,67	-0,88±3,91	0,495
-Düşünce sorunları	Min/Mak (Medyan)	-4/1 (0)	-2/2 (0)	-6/1 (-1)	$\chi^2=0,971$
	Ort±Ss	-0,78±1,64	-0,33±1,22	-1,50±2,27	0,615
-Dikkat sorunları	Min/Mak (Medyan)	-3/4 (-1)	-2/4 (0)	-10/8 (-2)	$\chi^2=2,121$
	Ort±Ss	-0,67±2,00	-0,11±1,69	-2,00±5,26	0,346
-Dışa yönelim	Min/Mak (Medyan)	-5/4 (-1)	-5/6 (-1)	-14/6 (-3,5)	$\chi^2=3,050$
	Ort±Ss	-1,22±2,64	-0,44±3,13	-3,63±5,63	0,218
Kurallara karşı gelme davranışı	Min/Mak (Medyan)	-2/1 (0)	-3/2 (0)	-5/2 (0)	$\chi^2=0,527$
	Ort±Ss	-0,11±1,05	-0,44±1,33	-0,63±2,00	0,768
Saldırgan davranışlar	Min/Mak (Medyan)	-5/3 (-1)	-4/4 (0)	-9/4 (-3)	$\chi^2=4,157$
	Ort±Ss	-1,11±2,42	0±2,35	-3,00±3,93	0,125
Diğer sorunlar	Min/Mak (Medyan)	-4/1 (0)	-2/3 (-1)	-4/3 (-1)	$\chi^2=0,277$
	Ort±Ss	-1,33±1,94	-0,44±1,42	-0,88±2,03	0,871
Toplam problemler	Min/Mak (Medyan)	-22/1 (-6)	-11/17 (-3)	-45/31 (-13)	$\chi^2=2,965$
	Ort±Ss	-6,89±6,97	-2,11±8,54	-12,63±22,72	0,227

Puan Fark: PP HEDEP sonrası – PP HEDEP öncesi ^bKruskal Wallis Test

*p<0,05

**p<0,01

Annelerin yaş düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası sosyallik ve okul puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-9).

Annelerin yaş düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası toplam yeterlilik puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,005$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; yaşı 35 ve altı olan anneler ile 35-45 yaşındaki anneler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-9).

Annelerin yaş düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası içe yönelim, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönük/depresyon, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, dışa yönelim, kurallara karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, diğer sorunlar ve toplam problemler puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-9).

Annelerin eğitim düzeylerine göre çocukların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası etkinlikler puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Annelerin eğitim düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası sosyallik puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,022$; $p<0,05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; ilkokul ve altı mezun olan anneler ile ortaokul-lise mezunu anneler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,021$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Annelerin eğitim düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası okul, toplam yeterlilik, içe yönelim, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönük/depresyon ve somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları, dışa yönelim, kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranışlar, diğer sorunlar ve toplam problemler puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: Annelerin eğitim düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirmesi

Puan Farkları (sonrası-öncesi)		Eğitim düzeyi			Test değeri ^b p
		İlkokul ve altı (n=8)	Ortaokul-Lise (n=8)	Yüksekokul (n=10)	
Etkinlikler	Min/Mak (Medyan)	0/3,5 (2)	-2,5/4 (-0,6)	-3/3,1 (0)	$\chi^2=3,084$
	Ort±Ss	1,81±1,49	0,09±2,54	0,16±2,34	0,214
Sosyallik	Min/Mak (Medyan)	-2/0,5 (0)	-1/5,3 (2,3)	-2,5/3 (0,3)	$\chi^2=7,651$
	Ort±Ss	-0,39±0,9	2,38±2,28	0,36±1,61	0,022*
Okul	Min/Mak (Medyan)	-1/1,5 (0)	-1/1 (0)	-1/1 (0)	$\chi^2=0,172$
	Ort±Ss	0,06±0,86	0,13±0,64	0,03±0,51	0,918
Toplam yeterlilik	Min/Mak (Medyan)	0/3,5 (1,5)	-1,5/8,8 (1,6)	-3/5,8 (-0,5)	$\chi^2=2,167$
	Ort±Ss	1,49±1,08	2,59±3,44	0,54±2,91	0,338
-İçe yönelim	Min/Mak (Medyan)	-10/1 (-2,5)	-15/6 (-0,5)	-9/5 (0)	$\chi^2=2,179$
	Ort±Ss	-3,25±3,37	-2,25±6,58	-0,80±3,71	0,336
Anksiyete/ Depresyon	Min/Mak (Medyan)	-4/2 (-1,5)	-6/4 (-1,5)	-4/2 (0)	$\chi^2=1,461$
	Ort±Ss	-1,38±2,07	-1,13±2,80	-0,40±1,96	0,482
Sosyal içe dön. /Depresyon	Min/Mak (Medyan)	-3/2 (0)	-4/2 (0)	-4/2 (0)	$\chi^2=0,194$
	Ort±Ss	-0,63±1,60	-0,50±2,07	-0,40±1,65	0,907
Somatik yakınmalar	Min/Mak (Medyan)	-4/1 (-1)	-6/2 (0,5)	-1/2 (0)	$\chi^2=1,878$
	Ort±Ss	-1,25±1,75	-0,63±2,92	0±0,94	0,391
-Sosyal sorunlar	Min/Mak (Medyan)	-5/1 (-1)	-6/7 (-0,5)	-3/2 (-0,5)	$\chi^2=0,687$
	Ort±Ss	-1,38±2,07	-0,38±3,89	-0,40±1,35	0,709
-Düşünce sorunları	Min/Mak (Medyan)	-6/1 (0)	-3/1 (-2)	-4/2 (0)	$\chi^2=3,416$
	Ort±Ss	-1,13±2,23	-1,38±1,30	-0,20±1,55	0,181
-Dikkat sorunları	Min/Mak (Medyan)	-10/4 (-1,5)	-3/8 (-1)	-3/4 (0)	$\chi^2=3,001$
	Ort±Ss	-2,50±4,21	-0,13±3,44	-0,20±1,75	0,223
-Dışa yönelim	Min/Mak (Medyan)	-6/4 (-2,5)	-14/6 (-3)	-4/6 (-0,5)	$\chi^2=2,889$
	Ort±Ss	-2,25±3,11	-2,75±5,90	-0,40±2,63	0,236
Kurallara karşı gelme davranışı	Min/Mak (Medyan)	-3/1 (-0,5)	-5/2 (0)	-1/2 (0)	$\chi^2=1,192$
	Ort±Ss	-0,75±1,28	-0,50±2,07	0±0,94	0,551
Saldırgan davranışlar	Min/Mak (Medyan)	-6/3 (-1,5)	-9/4 (-2,5)	-4/4 (-0,5)	$\chi^2=1,671$
	Ort±Ss	-1,50±3,12	-2,25±4,06	-0,40±2,07	0,434
Diğer sorunlar	Min/Mak (Medyan)	-4/0 (-1)	-4/3 (-0,5)	-4/3 (-0,5)	$\chi^2=1,157$
	Ort±Ss	-1,38±1,30	-0,50±2,07	-0,80±1,93	0,561
Toplam problemler	Min/Mak (Medyan)	-32/1 (-8,5)	-45/31 (-9)	-22/17 (-2)	$\chi^2=3,115$
	Ort±Ss	-11,88±11,00	-7,38±20,66	-2,80±9,73	0,211

Puan Farkları: PP HEDEP sonrası – PP HEDEP öncesi

^bKruskal Wallis Test

*p<0,05

Annelerin çalışma durumuna göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası etkinlikler, sosyallik, okul, toplam yeterlilik puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-11).

Annelerin çalışma durumuna göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası içe yönelim, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönük/depresyon ve somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, dikkat sorunları, dışa yönelim, kurallara karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, diğer sorunlar ve toplam problemler puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-11).

Annelerin çalışma durumuna göre çocukların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası düşünce sorunları puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,019$; $p<0,05$) (Tablo 4-11).

Tablo 4-11: Annelerin çalışma durumuna göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi

CBCL/6-18 Ölçeği Alt testleri Puan Farkları (sonrası-öncesi)		Çalışma durumu		Test değeri ^c p
		Ev hanımı (n=16)	Çalışan (n=10)	
Etkinlikler	Min/Mak (Medyan)	-2,5/4 (0,3)	-3/3,1 (0,8)	Z=-0,079
	Ort±Ss	0,61±2,40	0,71±2,08	0,937
Sosyallik	Min/Mak (Medyan)	-2/5,3 (0,5)	-2,5/4 (-0,1)	Z=-1,675
	Ort±Ss	1,21±2,02	0,01±1,77	0,094
Okul	Min/Mak (Medyan)	-0,3/1,5 (0)	-1/1 (0)	Z=-1,678
	Ort±Ss	0,27±0,53	-0,25±0,72	0,093
Toplam yeterlilik	Min/Mak (Medyan)	-1,5/8,8 (1,5)	-3/4 (0,7)	Z=-1,267
	Ort±Ss	2,09±2,87	0,47±2,28	0,205
-İçe yönelim	Min/Mak (Medyan)	-15/5 (-2)	-3/6 (-0,5)	Z=-1,035
	Ort±Ss	-3,06±5,26	-0,30±2,83	0,301
Anksiyete/Depresyon	Min/Mak (Medyan)	-6/2 (-1,5)	-3/4 (0)	Z=-1,731
	Ort±Ss	-1,56±2,03	0,10±2,23	0,083
Sosyal içe dön./Depresyon	Min/Mak (Medyan)	-4/2 (0)	-3/2 (0)	Z=-0,275
	Ort±Ss	-0,63±1,89	-0,30±1,42	0,783
Somatik yakınmalar	Min/Mak (Medyan)	-6/2 (-0,5)	-1/1 (0)	Z=-0,460
	Ort±Ss	-0,88±2,45	-0,10±0,57	0,646
-Sosyal sorunlar	Min/Mak (Medyan)	-6/2 (-1)	-3/7 (0)	Z=-1,224
	Ort±Ss	-1,31±2,27	0,30±2,67	0,221
-Düşünce sorunları	Min/Mak (Medyan)	-6/2 (-2)	-1/1 (0)	Z=-2,347
	Ort±Ss	-1,44±1,97	0,10±0,57	0,019*
-Dikkat sorunları	Min/Mak (Medyan)	-6/4 (-1)	-10/8 (0)	Z=-0,973
	Ort±Ss	-1,00±2,50	-0,70±4,35	0,330
-Dışa yönelim	Min/Mak (Medyan)	-14/6 (-3)	-4/6 (-1)	Z=-1,251
	Ort±Ss	-2,38±4,60	-0,60±2,67	0,211
Kurallara karşı gelme davranışı	Min/Mak (Medyan)	-5/2 (0)	-3/2 (-0,5)	Z=-0,471
	Ort±Ss	-0,38±1,54	-0,40±1,35	0,638
Saldırgan davranışlar	Min/Mak (Medyan)	-9/4 (-2)	-3/4 (-0,5)	Z=-1,485
	Ort±Ss	-2,00±3,50	-0,20±1,93	0,138
-Diğer sorunlar	Min/Mak (Medyan)	-4/1 (-1)	-4/3 (-0,5)	Z=-1,029
	Ort±Ss	-1,25±1,48	-0,30±2,11	0,303
Toplam problemler	Min/Mak (Medyan)	-45/17 (-8,5)	-18/31 (-4,5)	Z=-1,558
	Ort±Ss	-10,44±14,39	-1,50±12,71	0,119

Puan Farkları: PP HEDEP sonrası - PP HEDEP öncesi

^cMann Whitney U Test

*p<0,05

Annelerin gelir düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası etkinlikler, sosyallik, okul ve toplam yeterlilik puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Annelerin gelir düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası içe yönelim, anksiyete/depresyon, sosyal içe dön./depresyon ve somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, dışa yönelim, kurallara karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, diğer sorunlar ve toplam problemler puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-12).



Tablo 4-12: Annelerin gelir düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi

CBCL/6-18 Ölçeği Alt testleri Puan Farkları (sonrası- öncesi)		Gelir düzeyi		Test değeri ^{c} p
		Gelir giderinden fazla ya da eşit (n=20)	Gelir giderinden az (n=6)	
Etkinlikler	Min-Mak (Medyan)	-3/3,5 (0)	-2,5/4 (1,5)	$Z=-1,129$
	Ort±Ss	0,42±2,21	1,42±2,35	0,259
Sosyallik	Min-Mak (Medyan)	-2,5/5,3 (0,3)	0/4,6 (0,3)	$Z=-0,829$
	Ort±Ss	0,54±1,96	1,45±2,09	0,407
Okul	Min-Mak (Medyan)	-1/1,5 (0)	-1/1 (0)	$Z=-0,204$
	Ort±Ss	0,09±0,67	0±0,63	0,838
Toplam yeterlilik	Min-Mak (Medyan)	-3/8,8 (0,4)	1/5,6 (2,5)	$Z=-1,646$
	Ort±Ss	1,04±2,83	2,87±1,95	0,100
-İçe yönelim	Min-Mak (Medyan)	-15/6 (-2)	-10/2 (1)	$Z=-1,103$
	Ort±Ss	-2,25±4,73	-1,17±4,54	0,270
Anksiyete/Depresyon	Min-Mak (Medyan)	-6/4 (-1)	-4/1 (-1,5)	$Z=-0,553$
	Ort±Ss	-0,80±2,38	-1,33±1,75	0,580
Sosyal içe dön. /Depresyon	Min-Mak (Medyan)	-4/2 (0)	-3/2 (0,5)	$Z=-0,793$
	Ort±Ss	-0,60±1,67	-0,17±1,94	0,428
Somatik yakınmalar	Min-Mak (Medyan)	-6/2 (0)	-4/2 (1)	$Z=-1,842$
	Ort±Ss	-0,85±1,84	0,33±2,25	0,065
-Sosyal sorunlar	Min-Mak (Medyan)	-6/7 (-0,5)	-5/2 (-1)	$Z=-0,534$
	Ort±Ss	-0,50±2,48	-1,33±2,73	0,593
-Düşünce sorunları	Min-Mak (Medyan)	-4/2 (0)	-6/0 (-2)	$Z=-1,690$
	Ort±Ss	-0,50±1,47	-2,00±2,19	0,091
-Dikkat sorunları	Min-Mak (Medyan)	-10/8 (-1)	-6/0 (-0,5)	$Z=-0,094$
	Ort±Ss	-0,70±3,51	-1,50±2,35	0,925
-Dışa yönelim	Min-Mak (Medyan)	-14/6 (-1)	-5/4 (-2,5)	$Z=-0,123$
	Ort±Ss	-1,75±4,30	-1,50±3,15	0,902
Kurallara karşı gelme davranışı	Min-Mak (Medyan)	-5/2 (0)	-3/1 (0)	$Z=-0,384$
	Ort±Ss	-0,40±1,47	-0,33±1,51	0,701
Saldırgan davranışlar	Min-Mak (Medyan)	-9/4 (-1)	-5/3 (-1,5)	$Z=-0,061$
	Ort±Ss	-1,35±3,22	-1,17±2,86	0,951
Diğer sorunlar	Min-Mak (Medyan)	-4/3 (-1)	-2/1 (-0,5)	$Z=-0,438$
	Ort±Ss	-0,95±1,93	-0,67±1,21	0,662
Toplam problem	Min-Mak (Medyan)	-45/31 (-7)	-32/1 (-5,5)	$Z=-0,488$
	Ort±Ss	-6,65±15,06	-8,17±12,12	0,626
Puan Farkları: PP HEDEP sonrası – PP HEDEP öncesi		^{c} Mann Whitney U Test		$^*p<0,05$

4.4. Puberte Prekokslu Kızların Annelerinin DASÖ ile CBCL/6-18 Ölçeklerinden Aldığı Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası Puberte prekokslu kızların annelerinde Depresyon-Anksiyete-Stres Skorlarındaki değişimler ile CBCL/6-18 Ölçeği puanlarındaki değişimlerin ilişkisi değerlendirilmiş olup, veriler Tablo 4-13’de verilmiştir.

Tablo 4-13: PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası Annelerin DASÖ Ölçeği Değişimler ile CBCL/6-18 Ölçeği Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi

CBCL/6-18 Ölçeği Alt testleri			Anne Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Farkları (PP-HEDEP sonrası - PP-HEDEP öncesi)		
			Depresyon	Anksiyete	Stres
CBCL/6-18 Ölçeği Farkları (PP-HEDEP sonrası - PP-HEDEP öncesi)	Toplam yeterlilik	r	0,040	0,186	0,269
		p	0,846	0,363	0,184
	İçe yönelim	r	0,268	0,234	0,336
		p	0,185	0,250	0,094
	Sosyal sorunlar	r	-0,013	0,038	0,013
		p	0,950	0,852	0,948
	Düşünce sorunları	r	0,252	0,105	0,410
		p	0,214	0,608	0,038*
	Dikkat sorunları	r	0,282	0,242	0,378
		p	0,162	0,233	0,057
	Dışa yönelim	r	-0,004	-0,026	0,265
		p	0,984	0,898	0,190
	Toplam problem	r	0,190	0,189	0,429
		p	0,353	0,354	0,029*

r:Spearman's Korelasyon Analizi

*p<0,05

Annelerin depresyon skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların toplam yeterlilik puanlarında artış yönündeki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-13).

Annelerin depresyon skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların içe yönelim, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları ve dışa yönelim puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-15).

Annelerin anksiyete skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların toplam yeterlilik puanlarında artış yönündeki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-13).

Annelerin anksiyete skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların içe yönelim, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları ve dışa yönelim puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-13).

Annelerin stres skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların toplam yeterlilik puanlarında artış yönündeki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-13).

Annelerin stres skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların içe yönelim, sosyal sorunlar, dikkat sorunları ve dışa yönelim puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-13).

Annelerin stres skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların düşünce sorunları puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında pozitif yönlü %41,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,410$; $p=0,038$; $p<0,05$).

Annelerin stres skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile kızların toplam problem puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında pozitif yönlü %42,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,429$; $p=0,029$; $p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Puberte prekoks tanısı, tedavisi ve prognozu hakkında birçok çalışma bulunmakla birlikte hemşirelik bakımına yönelik deneysel bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak puberte prekoks tedavi ve takibi ile ilgili bazı çalışmalarda hemşirelik bakımının temelini oluşturan ebeveyn ve çocuğun eğitimi, psikososyal uyumu sağlayacak düzenlemeler öneri olarak sunulmuştur (Lee ve Kim 2017; Schoelwer ve ark. 2017). Bu doğrultuda çalışma verileri bulgulara paralel olarak dört grup halinde tartışılmıştır.

- Puberte prekoks kız ve annelerine ait sosyo demografik verilere ilişkin bulguların tartışılması
- Puberte prekoks kızların annelerinde Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASÖ) değerlendirilmesine ilişkin bulguların tartışılması
- 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinin (CBCL/6-18) değerlendirilmesine ilişkin bulguların tartışılması
- DASÖ ile CBCL/6-18 ölçeklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. Puberte Prekoks Kız ve Annelerine Ait Sosyo Demografik Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu ve bir çok çalışmada “Kızlarda meme gelişiminin 8 yaşından önce evre 2 üzerinde olması, pubik kıllanmanın gözlenmesi, 9,5-10,5 yaş öncesinde menarşın başlaması puberte prekoksun önemli belirtileri arasında sayılmıştır. Bu çalışmaya katılan çocukların kronolojik yaşları 7,6 ile 10,5 arasında değişmekte, çocukların tamamında meme gelişimi, %73’ünde kıllanma ve %11,5 vajinal kanama bulguları gözlenmiştir. Katılımcı çocukların tamamı gerçek puberte prekoks tanısı almıştır.

Prentice ve Viner (2013) yaptıkları meta-analiz çalışmasında pubertal zamanlama ile VKİ arasında ters bir ilişki olduğunu sonucuna ulaşmıştır (Prentice ve Viner 2013). Kim ve Lee (2012) tarafından yapılan çalışmada puberte prekoks 34 kız, 39 normal gelişimde ilköğretim 1. sınıf öğrencileri ile karşılaştırılmış, puberte prekoks kızlarda VKİ daha yüksek bulunmuştur (Kim ve Lee 2012). Kilo puberte prekoksun etyolojisinde de yer almakta olup, tedavi sürecinde de kiloda değişiklikler olabilmektedir. Çelişkili veriler

bulunmakla beraber aşırı kilo, obezite, bulimia nevroza gibi yeme bozukluklarının puberte prekokslu kızlarda daha fazla görüldüğünü belirten çalışmalar bulunmaktadır (Graber ve ark. 1997; Kaltiala-Heino ve ark. 2001; Mendle ve ark. 2007). Bu çalışmaya katılan çocukların VKİ SDS'leri -2,1 ile +2,2 arasında değişmekte olup, kilolu çocuklar olduğu gibi, zayıf çocukların da olduğu görülmüştür. Anneler ile yapılan ilk görüşme ve izlemler esnasında annelerin özellikle kilo konusunda endişelendikleri ifade edilmiştir. Bu doğrultuda sağlıklı beslenmeye yönelik eğitim ve öneriler PP HEDEP Programı içinde yer almıştır.

Puberte prekoksun hemşirelik bakımı ile ilgili kaynaklarda ilaç maliyetinin neden olduğu stres konusuna yer verilmiştir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268; Schoelwer ve ark. 2015; Lee ve Kim 2017) Ailenin alım gücünün değerlendirilmesi, uygun değilse, ilaç temininde finansal destek sağlayacak kurumlara yönlendirilmesi önerilmiştir (Ball ve Bindler 2008 pp:1210-1211; Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268). Ancak çalışmaya katılan puberte prekokslu kızların tamamının ilaçları heyet raporu kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmıştır.

Puberte prekoks tedavisinde kullanılan GnRH analoglarının günlük intranazal, subkutan formları, depo enjeksiyon şeklinde aylık ve üç aylık formları ve cilt altı implant şeklinde 12 aylık formları bulunmaktadır (Ricci ve Kyle 2009 pp:1599-1600; Neyzi ve Ertuğrul 2010 pp:1608-1613; Kılavuz 2012; Şahin 2014). Medikal tedavide en çok triptorelin ve leuprolid asetat kullanılmaktadır (Abacı ve ark. 2014; Şahin 2014). Çalışmaya katılan çocukların tedavilerinde de %42,3 (n=11) Laprolid Asetat, %57,7 (n=15) Triptorelin Asetat kullanıldığı görülmüştür.

5.2. Puberte Prekokslu Kızların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stres ölçeğinin (DASÖ) Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kronik hastalığı olan çocuklarda hastalığın aile üzerine etkisini araştıran çalışmalar anne üzerine odaklanmıştır (Çıgırıkçı 2007). Bu annelerin sağlıklı çocuk annelerine göre daha nörotik ve depresif (Mastroyannopovlov ve ark. 1997; Çıgırıkçı 2007) oldukları, bu annelerde anksiyete, somatik yakınma ve depresyonun daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır (Miller ve ark. 1992; Hanson ve Hanline 1994; Çıgırıkçı 2007). Çıgırıkçı (2007) tarafından yapılan çalışmada çocuklarında kronik hastalık bulunan

annelerin depresyon oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Çıgırıkçı, 2007).

Çalışmamızda da ilk görüşmede annelerin %26,9'unda hafif, %7,7'sinde orta düzeyde depresyon, %15,4'ünde orta ve %7,7'sinde ileri düzeyde anksiyete, %23,1'inde hafif, %7,7'sinde orta ve %3,8'inde ise ileri düzeyde stres bulgulanmıştır (Tablo 4-4). Bu bulgular puberte prekoksli kızlar için bakım planı oluşturur iken annelerin anksiyete stres depresyon riskinin de dikkate alınarak girişimler planlanması gerektiğini göstermektedir.

Lee ve Kim (2017) ortalama 6,7 aydır tedavi gören 102 puberte prekoksli çocuk annesinin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemiş, en etkili faktörün rol stresi ve objektif yük olduğu sonucuna varmıştır. Annelerin rol stresi azaldıkça, yaşam kalitelerinin arttığı bulgulanmıştır. Kontroller için düzenli olarak hastaneye gitme zorunluluğu, diyet ve egzersiz programının yönetimi, endokrin bozuculara maruziyeti azaltmak üzere çevre düzenlemesinin yapılması ve yönetilmesi, puberte prekoksli çocuğun yaşadığı duygusal sorunların yansımaları ve puberte prekoks ile ilgili kaygılar, anneler üzerindeki yükü arttırmaktadır. Annelerin rol stresi yanında tedavi maliyeti gibi ekonomik stres uyarısı da yüksektir. Hormonal tedavinin olumsuz etkileri, çocuğun yetişkin boyunun kısa olma ihtimali, çocuğun gelecek yaşamında üreme fonksiyonunu etkileme ihtimali annenin stresini arttırmaktadır (Lee ve Kim 2017). Bu çalışma annelerin stresinin yanı sıra baskı ve suçlulukta duydukları ve bu faktörlerin annelerin yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermiştir (Lee ve Kim 2017). Lee ve Kim'in çalışmasına paralel şekilde çalışmamızda benzer kaygılar gözlenmiştir. Annenin ruh sağlığı sonuçta çocuğa verilecek bakımı olumsuz olarak etkilemektedir. Ebeveynlerin puberte prekoks hakkında doğru bilgilendirmeleri onları olumsuz duygularla başetmede güçlendirecek ve yaşam kalitesini arttıracaktır.

Lee ve Kim (2017)'in çalışmasında annelerin objektif yükünden söz edilmektedir. Montgomery ve arkadaşlarının yaşlı bir akrabasına bakan bakıcılar üzerinde yaptığı araştırma, objektif yüklerin, bakım davranışlarından ziyade, bakım davranışlarını yerine getirmek için gereken zaman kısıtlamaları veya faaliyet kısıtlamalarından kaynaklandığını bildirmiştir (Montgomery ve ark. 1985). Hastaya bakan kişinin yaşadığı fiziksel, emosyonel güçlüğü derecesi azaldıkça, yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir. Annenin yaşam kalitesinin artması çocuğun bakım kalitesini arttırmaktadır. Lee ve Kim annelerin yükünü en aza indirmek için benzer sorunları yaşayan destek gruplarına ihtiyaç

duyulduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda da bir iletişim grubu oluşturulmuş ve aktif olarak dayanışmanın olduğu gözlenmiştir. Ayrıca ebeveynlerin stres yönetimine yönelik stratejiler, puberte prekoks ve çocuğun bakımı ile ilgili bilgi ve becerilerin kazandırılmasına yönelik stratejiler de etkili olmaktadır.

Çalışmamızda annelerin PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası depresyon skorlarında anlamlı bir değişim görülmez iken, anksiyete ve stres düzeylerinde anlamlı düzeyde düşüş görülmüştür ($p<0,05$)(Tablo 4-4). Bu sonuç “Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanacak hemşirelik destek programı puberte prekoks kız annelerinin stres, anksiyete, depresyon puanlarını düşürür.” hipotezini kısmen desteklemektedir. Literatürde puberte prekoks kızların annelerinin anksiyete, stres ve depresyonları üzerine hemşirelik bakımının etkisine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çıkrıkçı (2007) kronik hastalığı olan çocuğa sahip anneler ile yapmış olduğu çalışmada, annelerin tanı konma süresi uzadıkça, sorunlarını hafifletecek sosyal dayanak buldukça, depresyon oranlarının azaldığını bulgulamıştır (Çıkrıkçı 2007). Çalışmamızda PP-HEDEP'nin içeriğinde sosyal destek içerikli girişimler yer almakta olup, üç aylık PP-HEDEP uygulama süresi bulunmaktadır. Annelerin Depresyon, anksiyete ve stres ölçek puanları düşmüş, ancak depresyon puanında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olmamıştır (Tablo 4-4).

Çalışmamızda annelerin depresyon, anksiyete ve stres ölçek puanlarındaki değişimi; annelerin yaşlarının, çalışma durumlarının, eğitim ve gelir düzeylerinin etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4-5 ve Tablo 4-6). Bu durum değişimde PP-HEDEP etkisini ön plana çıkarmaktadır.

Ancak çocukların almış olduğu tedavi de gözardı edilmemelidir. Annelerin depresyon, anksiyete ve stres ölçek puanlarını çocukların almış oldukları tedavinin ikinci seks özellikleri üzerindeki gerileme etkisinden etkilenebileceği hipotezi ile yapılmış birkaç çalışma bulunmaktadır.

Schoelwer ve ark. (2017) bir yıl GnRH analogu ile tedavi edilen 15 puberte prekoks kız annesi, 8 prematür adrenarşlı kız annesi, tedavi edilmeyen 13 erken normal puberte gelişim gösteren kız annesi olmak üzere 36 kişilik deney grubu ve 30 kontrol grubu anneyi bir yıllık takip öncesinde ve sonrasında Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği ile değerlendirmiştir. Schoelwer ve ark. (2017) çalışmanın sonucunda, bir yıllık izlemi tamamlayan annelerin başlangıç değerlerine göre anlamlı bir farklılık

göstermediğini, tüm gruplar için annelerin olumsuz etki bildirimlerinin bir yılın sonunda daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (Schoelwer ve ark. 2017). Bu araştırma annelerin anksiyete ve stres ölçek puanlarındaki düşüş üzerinde PP-HEDEP'in etkisini güçlendirmektedir.

Yine Schoelwer ve ark. (2015) tarafından 19 puberte prekoks, 22 prematür adrenarş, 21 erken normal puberte olmak üzere 62 anne ve kız psikolojik uyum açısından değerlendirilmiştir. DASÖ ile değerlendirilen annelerden sadece prematür adrenarşlı kızların anneleri, erken normal puberte grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Bu duruma net bir açıklama sunulmaz iken, kızlarının fiziksel değişimlerinden ebeveynlerin etkilendiği; endişe, utanma, çocuklarını kaybetme korkusu, çocuklarının erken cinsel davranış ve akran reddini yaşama düşüncesine sahip oldukları öne sürülmüştür (Schoelwer ve ark. 2015). Ancak, prematür adrenarşta neden daha fazla depresyon, anksiyete stress puanı aldıkları açıklanamamıştır. Bu annelerin, aile çatışması veya mali zorlanma gibi diğer faktörlerle ikincil stres yaşamış olabileceği de belirtilmiştir.

Mul ve ark. (2001) 30 evlatlık alınmış puberte prekokslu çocuğu CBCL ölçeği ile, aile stresini ölçen bir form ile de anneleri, GnRH analogu tedavisi öncesi ve 3 yıl sonrasında değerlendirmiştir. Babalar anketi tamamlamadığı için annelerden alınan skorlar tüm grup için kullanılmıştır. Tedavi öncesi ve sonrası aile stresinin devam ettiği artmadığı ifade edilmiştir (Mul ve ark. 2001). Bu sonuç çalışmamızda annelerin stres skorlarındaki anlamlı düşüşün PP-HEDEP etkisi ile sağlandığı düşüncesini desteklemektedir.

Puberte prekoks uzun vadeli tedavi gerektirmekte olup, bazı ülkelerde ilaç maliyeti aileler için stres kaynağı olabilmektedir. Lee ve Kim (2017) ortalama 6,7 aydır tedavi gören 102 puberte prekokslu çocuk annesinin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, tedavi masrafının neden olduğu mali stresten söz etmiştir (Lee ve Kim 2017). Hemşirelik bakım kitaplarında da puberte prekoksun mali yükünden söz edilmiştir (Ball ve ark. 2010 pp:1266-1268). Çalışmamızda gelir düzeyinin annenin anksiyete stres ve depresyonu üzerine etkisi değerlendirilmiş, ancak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Puberte prekokslu kızların tamamı yaşları nedeni ile Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında işlem görmüştür. İlaçları heyet raporu kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ücretsiz karşılanmıştır. Ancak ülkemizde ilaçların tedariki ile ilgili sorun yaşanmaktadır. İlacın düzenli kullanılmasının önemini de kavramış olan anneler

ilacı bulamayınca strese girmişler, ancak diğer anneler ilacın bulunabileceği yerler konusunda destek olmuşlardır. İlaç bulunamadığı durumda eşdeğer başka bir GnRH analogu yazılabileceği bilgisi de bu konudaki stresi azaltmış olabilir.

5.3. 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinin (CBCL/6-18) Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Puberte prekoksun kız çocuklar üzerindeki psikososyal etkilerine yönelik çalışmalar çelişkili bilgiler vermekle birlikte çalışmaların sonuç bölümünde ve kaynaklarda genel olarak puberte prekokslu kızların tedavisinde psikososyal destek sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Gönülal 2007; Blumenthal ve ark. 2011; Trepanier ve ark. 2013; Lee ve Kim 2017). Trepanier ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada erken menarşın tükrük kortizol düzeyini ve depresif belirtileri arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Trepanier ve ark. 2013). Bu gelişimsel dönem; kızların çevresel risk faktörlerine karşı daha savunmasız ve kırılgan olduğu, müdahale için kritik bir dönemdir. Blumenthal ve ark. (2011) tarafından pubetal zamanlama ve sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmada erken pubertal gelişim yaşayan kızların, erken pubertal gelişim yaşayan erkekler ve normal pubertal gelişim yaşayan kızlara göre sosyal kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu verisine ulaşmıştır (Blumenthal ve ark. 2011). Mrug ve ark. (2014) yaptığı çalışmada erken olgunlaşan kızların olumsuz akran etkilerine daha yatkın olduğunu, daha saldırgan ve suç davranışlarında bulunduğunu, yaş ilerledikçe bu etkinin azaldığı verisine ulaşmıştır (Mrug ve ark. 2014). Başka bir çalışmada ise ergenlik çağındaki kızlarda erken ergenlik ile içselleştirici semptom ve bozuklukların başlangıcı arasındaki ilişki prospektif olarak değerlendirmiş, erken pubertal gelişim gösteren kızların içselleştirici bozukluklar için daha yüksek risk altında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hayward ve ark. 1997). Diğer bir çalışmada ise erken pubertal gelişimin, öncesinde depresyon hassasiyeti olmayan kızlar için de depresyon riskini arttırabileceği, zayıf emosyonel durumlu erken pubertal gelişim gösteren kızların depresif sendroma daha hassas olabileceği bulgusuna ulaşılmıştır (Hamilton ve ark. 2014). Liao ve ark. (2006) tarafından yapılan retrospektif nitel çalışmada 7 yaş öncesinde pubertal gelişimi başlamış 31-65 yaş arası 5 kadınla derinlemesine görüşme yapılmış ve “farklı olma” ve “yetişkin çocuk” temaları bulunmuştur. Kadınlar, akranları ergenliğe ulaştığında bile

kendilerinki daha önce başladığı için farklı hissettiklerini ifade etmişlerdir (Liao ve ark. 2005).

Stice ve ark. (2001) yapmış olduğu 496 pubertal kız ile yapılandırılmış görüşme yaparak gerçekleştirdiği çalışma sonucunda erken menarşın depresyon riskini 1,9 kat ve madde bağımlılığı riskini 1-8 kat arttırdığı sonucuna ulaşmıştır. (Stice ve ark. 2001). Copeland ve ark. (2010) yapmış olduğu kohort çalışmasında 1.420 çocuk izlenmiş, erken pubertal gelişimin ergenlik döneminde suç sorunlarını, erken cinsel aktiviteyi ve psikososyal problemleri arttırdığını, davranış sorunlarının yetişkinlikte giderek azalarak akranları ile aynı düzeye ulaştığı sonucuna ulaşılmıştır (Copeland ve ark. 2010). Başka bir çalışmada ise erken pubertal gelişim gösteren kızların diğerlerine göre daha fazla yaşam boyu süren psikozal belirtiler gösterdiği verisine ulaşılmıştır (Graber ve ark. 2004). Deng ve ark (2011) tarafından 8.365 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada erken menarş olan öğrencilerin zamanında ve geç menarş olanlara göre psikopatolojik semptomlar, intihar ve kendine zarar verme davranışları daha fazla olup, erken menarşın etkileri zamanla ortadan kalktığı sonucuna ulaşılmıştır (Deng ve ark. 2011). Kim ve Lee (2012) tarafından yapılan çalışmada puberte prekokslu 34 kız, 39 normal gelişimde ilköğretim 1. Sınıf öğrencileri ile karşılaştırılmış, puberte prekokslu kızlarda VKİ, dışsal problemler, düşünce problemleri, dikkat sorunları, toplam davranış sorunları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Kim ve Lee 2012)

Çalışmamızda kızların Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası toplam davranış problem puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$) (Tablo 4-8). Bu sonuç “Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanacak hemşirelik destek programı puberte prekokslu kızların toplam davranış problemi puanını düşürür.” hipotezini desteklemektedir. Bu sonuçta çocukların PP-HEDEP ile sosyal yeterlilik puanlarının yükselmiş olmasının da etkisi olabilir. Puberte prekokslu kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası toplam yeterlilik puanlarında anlamlı düzeyde artış ($p=0,017$; $p<0,05$) görülmüştür (Tablo 4-8). PP-HEDEP etkisi ile çocukların sosyal yeterlilik ve toplam yeterlilik puanlarındaki artış, toplam davranış puanlarındaki düşüşte etkili olabilir.

Puberte prekokssta hemşirelik bakımının sonuçlarına yönelik bir çalışma bulunamamış olmakla birlikte tıbbi tedavinin amaçları arasında psikososyal sorunların çözümü de yer almaktadır. Çocukların tıbbi tedavisinin fiziksel belirtilerde gerileme

sağlayarak aynı zamanda psikososyal yönden de tedaviye katkıda bulunduğu hipotezinden yola çıkan birkaç çalışma bulunmaktadır.

Baumann ve ark. (2001) GnRH tedavisi alan 19 kız yarı yapılandırılmış görüşme ve CBCL ölçeği ile değerlendirerek uzun vadeli psikolojik ve davranışsal sonuçlarını değerlendirmiştir. CBCL ölçek değerlendirilmesinde içselleştirici ve toplam davranış puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda nevrozlaşma, fiziksel görünüme odaklanma, güvensizlik duygusu ön plana çıkmış, puberte prekoks olguların psikososyal desteğe ihtiyaç duyabilecekleri sonucuna ulaşılmıştır (Baumann ve ark. 2001). Bu çalışma bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Ancak Schoelwer ve ark. (2015) tarafından 19 puberte prekoks, 22 prematür adrenarş, 21 erken normal puberte olmak üzere 62 kız psikolojik uyum açısından CBCL ölçeği ile değerlendirilmiş ve sonuçta gruplar arasında fark bulunamamıştır (Schoelwer ve ark. 2015).

Kim ve Lee (2012) tarafından 34 puberte prekoks kız ve 39 sağlıklı kız çocuğu psikososyal yönden CBCL ölçeği ile değerlendirilmiş, çalışmanın sonucunda puberte prekoks grupta kontrol grubuna göre toplam sosyal yeterlilik ve okul T puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Puberte prekoks grupta dışa yönelim, düşünce problemleri, dikkat problemleri ve toplam davranış problemleri puanları daha yüksek bulunmuştur. Ancak T skorlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Kim ve Lee 2012) Kim ve Lee'nin çalışması çalışmamızdaki puberte prekoks kızlarda PP-HEDEP önemini ön plana çıkarmıştır.

Sonis ve ark. (1985) tarafından 33 kızın (5 tanesi GnRH analog tedavisi alıyor) davranışları CBCL ölçeği ile değerlendirilmiş, kızların davranış sorunu bildirmemiş olmasına rağmen, %27'sinin toplam davranış problemi beklenenin 10 katı oranında ve 2 SD üzerinde bulunmuştur. Ayrıca içselleştirme ve dışsallaştırma puanları kontrollerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu kızlar, Sosyal çekilme ölçeği ile de değerlendirilmiş ve ortalamanın üzerinde 2 SD'den daha yüksek puan aldıkları ifade edilmiştir. Kızların agresif, depresif, güvensiz, sosyal olarak geri çekilmiş olarak nitelendirilebileceğini ifade etmiştir. (Sonis ve ark. 1985). Bu sonuçta puberte prekoks kızlarda PP-HEDEP önemini göstermektedir.

Xhrouet-Heinrichs ve ark. (1997) tarafından 15 puberte prekoks GnRH agonisti tedavisi alan kız ile tedavi almamış 5 kızın 2 yıl davranışsal, psikososyal ve duygusal özelliklerindeki değişim değerlendirilmiştir. Kızların tamamının başlangıçta meme

gelişimi nedeniyle endişe duyduğu, tedavi sonrasında ise tedavi görenlerde meme gelişiminde gerileme olduğu, bu kızların tedavi görmeyenlerin aksine pubertal gelişimden dolayı utanma hissi yaşamadıkları bildirilmiştir. Vakaların çoğunluğunda cinsellik korkusu çalışma boyunca devam ettiği belirtilmiştir. Yalnızlık hissi tedavi görenlerde azalma, görmeyenlerde ise artış eğitiminde olduğu belirtilmiştir. CBCL ölçek değerlendirmesinde yüksek oranda içe kapanma, anksiyete, depresyon, somatik şikayetler 2 yıl sonra da görülmeye devam edilmiştir. Çalışmada davranış ve duygulanımdaki bu değişimlerin boy, kilo, pubik kıllanma ile ilişkili olmadığı kanısına varılmıştır. (Xhrouet-Heinrichs ve ark. 1997) Bu çalışma da PP-HEDEP'nin gerekliliğini ve tedaviden bağımsız olarak PP-HEDEP'nin etkisini ortaya koymaktadır.

Mul ve ark. (2001) 30 evlatlık alınmış puberte prekokslu çocuğu GnRH analogu tedavisi öncesi ve 3 yıl sonrasında CBCL ölçeği ile değerlendirmiştir. 3 yılın sonunda çocuğun akranları tarafından kabul puanı daha yüksek bulunmuş, ancak CBCL ölçeği skorlarında anlamlı düzeyde artma ya da azalmaya neden olmamıştır. Araştırmacılar bunun nedenini pubertal bulgular henüz yeni başlayınca müdahale edildiği için henüz olumsuz etkileri yaşamadan pubertenin baskılanmış olabileceği şeklinde açıklanmıştır. Bu nedenle problemde artışı engelleyebileceği sonucuna varılmıştır (Mul ve ark. 2001). Bu çalışma ile de tedaviden bağımsız olarak PP-HEDEP etkisi ile puanlarda düşme olduğu sonucuna ulaşılabilir. Ayrıca benzer şekilde PP-HEDEP etkisi ile de problemler ortaya çıkmadan önlenerek sorunların büyümesi ve yeni problemlerin çıkışı önlenmiş olabilir.

Slawomir ve ark (2016) tarafından gerçekleştirilen, GnRH analogu ile tedavi edilen 14 puberte prekokslu kızdan ve 10 sağlıklı kontrol grubundan oluşan örneklem ile puberte prekokslu kızların psikososyal yönden değerlendirdiği çalışma sonucunda tedavi edilen kızlar ile kontrol grupları arasında fark gözlenmemiştir (Slawomir ve ark 2016). Ancak tedavi öncesi ve sonrası arasındaki değişim bilinmediği için, önceden puanlar yüksek olup, tedavinin mi puanları düşürdüğü, yoksa başlangıçta da bu kızlarda CBCL puanlarının kontrol grubu ile benzer olma durumu belirsizdir.

Schoelwer ve ark. (2017) tarafından bir yıl GnRH analogu ile tedavi edilen 15 puberte prekokslu kız, 8 prematür adrenarşlı kız, tedavi edilmeyen 13 erken normal puberte gelişim gösteren kız olmak üzere 36 kişilik deney grubu ve 30 kontrol grubu kızını bir yıllık takip öncesinde ve sonrasında CBCL ölçeği ile değerlendirilmiş, kızların psikolojik işlevlerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. 1 yıllık bir tedavi CBCL

puanlarında anlamlı bir değişime neden olmamıştır. Ayrıca tüm gruplarda fiziksel yeterliliğin algılanmasında azalma, algılanan anne kabulünde artış gözlenmiştir. Bu durumun nedeni açıklanamamıştır (Schoelwer ve ark. 2017). Bu bulgular bizim çalışmamızı desteklemektedir. Burada PP-HEDEP'nin etkisi daha önem arz etmektedir. Fiziksel yeterlilik algısındaki azalma PP-HEDEP ile desteklenmesi gereken bir durum olup, anne kabulündeki artış PP-HEDEP'nin etkililiğini arttıracaktır.

Yang ve ark. (2015) tarafından GnRH analogu ile tedavi edilen 61 puberte prekokslu kız tedavi öncesi ve 1 yıl sonrası CBCL ölçeği ile değerlendirilmiştir. Kızlarda tedavi sonrasında öncesine göre toplam davranış problemi, anksiyete depresyon dışa dönüklük, saldırgan davranış, sosyal sorunlar diğer problemler puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Yang ve ark. 2015). Bu bulgu bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer olup, puanlardaki düşüşün PP-HEDEP'den ziyade tedaviye bağlı olabileceği ihtimalini de düşündürmektedir. Gelecek çalışmalar için yeterli vaka bulunması ile ilgili sınırlılıkların yaşanmaması durumunda tedavi alan iki grubun birine PP-HEDEP uygulanarak değerlendirilmesi önerilebilir.

Çalışmamızın “Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP, Puberte Prekokslu kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği puanlarını olumlu yönde etkiler” hipotezi kısmen doğrulanmıştır. Çalışmamızda Puberte prekokslu kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası toplam yeterlilik puanlarındaki artış ($p=0,017$; $p<0,05$), içe yönelim puanlarındaki düşüş ($p=0,031$; $p<0,05$), anksiyete/depresyon puanlarındaki düşüş ($p=0,048$; $p<0,05$), istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, sosyal içe dönük/depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal sorunlar puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); puanlarda düşüş olduğu görülmüştür. Ancak PP-HEDEP süresinin uzun tutulması sosyal içe dönük/depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal sorun puanlarındaki düşüşün istatistiksel olarak ta anlamlı düzeyde olmasını sağlayabilir.

Tremblay ve Frigon (2005) tarafından 1039 kız ve ebeveyni 6 yaşından 10 yaşına kadar takip edilmiş ve daha az uyuyan, ebevey ve akran ilişkilerinde zorluk bildiren, daha fazla dışlanma problem davranışları bildiren kızların akranlarına göre daha erken puberteye girdiği bulunmuştur (Tremblay ve Frigon 2005). Bu durum psikososyal sorunların puberte prekoks öncesinde de olduğunu düşündürmektedir. Puberte prekoksun tedavisi yeni çıkacak problemlerin önlenmesinde etkili olmak ile birlikte predispozan faktör olan psikososyal sorunlar için PP-HEDEP çözümüne yönelik adımları sağlayabilir.

Bu çalışmada annelerin yaş düzeylerine göre çocukların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası etkinlikler puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,037$; $p<0,05$) (Tablo 4-9). Yaşı 35 ve altı olan anneler ile 35-45 yaşındaki anneler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,042$; $p<0,05$) (Tablo 4-9). Bu durumun nedeni 35 yaş altı annelerin genç olmaları nedeni ile etkinliklere aktif katılım sağlayabilmeleri, etkinliklerin hızına yetişecek gücü kendilerinde bulabilmeleri olabilir. Puberte prekokslu çocuklara verilecek etkinliklere yönelik hemşirelik girişimlerini planlarken, annelerin yaşlarının da dikkate alınması gerekmektedir.

Annelerin eğitim düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve sonrası etkinlikler puanlarında anlamlı bir değişim gözlenmezken, sosyallik puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,022$; $p<0,05$) (Tablo 4-10). İlkokul ve altı mezun olan anneler ile ortaokul-lise mezunu anneler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,021$; $p<0,05$) (Tablo 4-10). Bu durumun sebebi ortaokul ve lise mezunlarının daha sosyal olmaları ile açıklanabilir.

Annelerin çalışma durumuna ve gelir düzeylerine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve sonrası etkinlikler, sosyallik, okul, toplam yeterlilik puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4-11 ve Tablo 4-12). Kişiyeye özel PP-HEDEP programı ile çalışma durumu ve gelir düzeyi sorunu aşılabilmektedir.

Annelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyine göre kızların PP-HEDEP öncesi ve PP-HEDEP sonrası içe yönelim, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönük/depresyon, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, dışa yönelim, kurallara karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, diğer sorunlar ve toplam problemler puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4-9, Tablo 4-10, Tablo 4-11 ve Tablo 4-12). Bu durum kızların psikososyal değişimlerinde etkili olan faktörün PP-HEDEP olduğunu göstererek çalışmamızı desteklemektedir.

“Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nin Puberte Prekokslu kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği puanlarını olumlu yönde etkiler.” hipotezini doğrular şekilde puberte prekokslu kızların PP-HEDEP öncesine göre PP-HEDEP sonrası CBCL/6-18 ölçeği içe yönelim alt ölçeği puanlarındaki düşüş ($p=0,031$; $p<0,05$), anksiyete/depresyon puanlarındaki düşüş ($p=0,048$; $p<0,05$), istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4-8). Çalışmamızda PP-HEDEP ile toplam problemler, düşünce sorunları, dışa yönelim, saldırgan davranış,

diğer sorunlar puanlarında anlamlı düşüş sağlanmıştır. Ancak dikkat sorunları, kurallara karşı gelme, sosyal içe dönük/depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal sorunlar puanlarındaki düşüş istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4-8). Bunun nedeni “uygulama sürecinin kısa olması” olabilir. Hemşirelik bakım sürecinin devamında anlamlı bir düşüş sağlanabilir.

5.4. DASÖ ile CBCL/6-18 Ölçeklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ayrıca çalışmamızda annelerin anksiyete stres ve depresyon puanlarındaki düşüşün çocuğu CBCL-6-18 ölçek değerlerini etkileme durumu da değerlendirilmiştir. Annelerin depresyon, anksiyete ve stres puanlarındaki düşüş ile kızlarındaki toplam yeterlilik puanlarındaki artış ve aynı zamanda içe yönelim, sosyal sorunlar, dikkat sorunları ve dışa yönelim puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 4-13). Ancak annelerin stres skorlarında düşüş yönündeki değişimler ile; kızların düşünce sorunları puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında pozitif yönlü %41,0 düzeyinde; kızların toplam problem puanlarında düşüş yönündeki değişimler arasında pozitif yönlü %42,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,410$; $p=0,038$; $p<0,05$) (Tablo 4-13). Yani annenin stresinin azaltılması, kızının düşünce sorunlarının ve toplam problem puanlarının düşmesinde etkili olmaktadır. Bu bulguyu destekler şekilde, Lee ve Kim (2017) tarafından yapılan puberte prekokslu kızların annelerinin yaşam kalitesi ile ilgili çalışmada annenin rol stresinin en önemli faktörlerden biri olduğu vurgulanarak, “annenin yaşam kalitesinin artmasının çocuğun bakım kalitesini arttıracak” ifadesine yer verilmiştir. Ayrıca, Çıgırkçı (2007) tarafından hiperaktivite bozukluğu ve dikkat eksikliğine sahip çocukları olan ebeveynlere ve öğretmenlere eğitim verilmesinin ebeveyn ve öğretmenlerin anlayışlarının arttığı, çocukları davranış konusunda yönlendirmede farklı davranışsal teknikler kullanma konusunda bilinçlendikleri verisine ulaşılmıştır. Puberte prekoks hemşirelik bakımında sadece çocuğu değil ona bakım veren yakın çevresini de girişimlere dahil etmek gerekir.

SONUÇ OLARAK;

“Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nın puberte prekokslu kız annelerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğindeki stres, anksiyete, depresyon

puanlarını düşürür.” Hipotezi kısmen kabul edilmiş, stress ve anksiyete puanlarındaki düşüş anlamlı düzeyde iken, depresyon puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmamıştır.

“Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nın puberte prekokslu kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği toplam davranış problemi puanını düşürür.” Hipotezi kabul edilmiştir.

“Roy adaptasyon modeline dayalı hazırlanan PP-HEDEP’nın Puberte Prekokslu kızların 6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği puanlarını olumlu yönde etkiler.” Hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipotezi destekler şekilde, PP-HEDEP ile kızların toplam yeterlilik puanları artmış; düşünce sorunları, dışa yönelim, saldırgan davranışlar, diğer sorunlar, toplam problemler puanlarında düşüş görülmüştür. $r(p=0,003; p<0,01)$. Ancak dikkat sorunları, kurallara karşı gelme, sosyal içe dönük/depresyon ve somatik yakınmalar ve sosyal sorunlar puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Puberte prekokslu çocuk ve annelerine yönelik Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programı çocuk ve annenin psikososyal uyumunda annenin anksiyete ve stres puanlarında anlamlı düşüş sağlamış, Kızlarının toplam yeterlilik puanlarını arttırmış; düşünce sorunları, dışa yönelim, saldırgan davranışlar, diğer sorunlar, toplam problemler puanlarını anlamlı derecede azaltmış, dolayısı ile yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiştir.

ÖNERİLER;

- Puberte prekoks GnRH analog tedavisinde tedavi takviminin oluşturularak aile ile paylaşılması tedavinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini olumlu yönde etkileyebilmektedir.
- Takip ve tedavi konusunda annelerin bilgilendirilmesi, tedavi yönetimine katkı sağlayabilmektedir.
- Medyada yer alan bilgi kirliliği, takip ve tedaviye uyumu güçleştirmekte olup, aile ve çocuk doğru ve güvenilir yaşına uygun bilgi kaynaklarına yönlendirilmelidir.
- Puberte prekoks vakalarında sadece çocuğun değil bütün ailenin sağlıklı beslenmeye yönlendirilmesi, kilo kontrolünde etkinliğin sağlanması için önemlidir.
- Puberte prekoks hemşirelik bakımında aileye bütüncül yaklaşılması, sadece çocuk değil başta anne olmak üzere ailenin hemşirelik bakımı kapsamında

değerlendirilmesi verilen bakımın etkinliğini arttırarak çocuğun yaşam kalitesini arttırabilir.

- Puberte prekoks kızlar için bakım planı oluşturur iken, annelerin anksiyete stres depresyon riskinin de dikkate alınarak girişimler planlanması gerekmektedir.
- Ebeveynlerin puberte prekoks hakkında doğru bilgilendirmeleri onları olumsuz duygularla başetmede güçlendirecek ve yaşam kalitesini arttıracaktır.
- Hemşirelik bakımında okul hemşiresi ve sınıf öğretmeni desteğinin sağlanması, çocuğun pubertal gelişime uyumunda kolaylık sağlayabilir.
- Puberte prekoks kızlarda olumsuz akran etkisi değerlendirilerek, gerekli durumlarda psikososyal destek sağlanması gerekmektedir.
- Gerek anne, gerekse kızı stres yönetimine yönelik stratejiler geliştirmek üzere güçlendirilmelidir.
- Benzer sorunları yaşayan destek gruplarının oluşturulması dayanışma ve başetme stratejilerinin geliştirilmesinde etkili olabilmektedir. Anne iletişim gruplarının oluşturulması, bazı sorunlarına ortak çözümler üretmeleri annelerin kendilerini yalnız hissetmemeleri ve daha güçlü hissetmelerine katkı sağlayabilir.
- Puberte prekoks kız çocuğunu hem fizyolojik, hem psikolojik, hem de sosyal olarak etkilemekte olup, hemşirelik bakımının roy adaptasyon modeline temellendirilmesi, bütüncül bakım verilmesi açısından önemlidir.
- Puberte prekoks hemşirelik bakımı konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Abacı, A., Çatlı, G. ve Aydın M. (2014, Aralık). Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları. Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu.
2. Akın A., Çetin B. (2007). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 7(1), 241-268.
3. Alligood, M. R. ve Marriner-Tomey A. (2006). *Nursing Theory: Utilization & Application*. (3rd Ed). USA: Mosby Elsevier.309-336.
4. Antoniazzi, F., Zamboni G. (2004). Central Precocious Puberty. *Pediatric Drugs*, 6(4), 211-231. DOI: 10.2165/00148581-200406040-00002
5. Ayhan A, Durukan E., Günalp S., Gürkan T., Önderoğlu L. S., Yaralı H., Yüce K. (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. (İkinci Baskı). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi. 879-881.
6. Ball, J.W., Bindler R.C. (2008). *Pediatric Nursing Caring for Children* (Fourth Edition, Chapter 29). New Jersey, USA: Pearson Prentice Hall. 1210-1211
7. Ball, J.W., Bindler, R.M., Cowen K.J. (2010). *Child Health Nursing Partnering with Children & Families* (Second Edition, Chapter 32). Chicago: Pearson Education Limited. 1266-1268.
8. Baumann, D.A., Landolt, M.A., · Wetterwald R., · Dubuis, J.M., · Sizonenko, P.C., Werder, E.A. (2001). Psychological Evaluation of Young Women After Medical Treatment for Central Precocious Puberty. *Hormone Research in Pediatrics*, 56(1), 45-50.
9. Bayraktar, H. A. (2015). İdiyopatik Santral Erken Pubertali Ergenlerin Beslenme Durumları, Antropometrik Ölçümleri ve Bazı Biyokimyasal Bulgularının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Ankara: Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı.
10. Berberoğlu, M. (2010). Erken Puberte. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(1), 56-64.
11. Blumenthal, H., Leen-Feldner, E.W., Babson, K.A., Gahr, J.L., Trainor, C.D., Frala, J.L. (2011). Elevated Social Anxiety Among Early Maturing Girls. *Developmental Psychology*, 47(4), 1133–1140. doi:10.1037/a0024008.

12. Brito, V.N., Spinola-Castro, A.M., Kochi, C., Kopacek, C., Alves da Silva, P.C., Guerra-Júnior, G. (2016). Central Precocious Puberty: Revisiting the Diagnosis and Therapeutic Management. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 60(2), 163-172. DOI: 10.1590/2359-3997000000198
13. Carel J.C., Eugster E.A., Rogol A., Ghizzoni L. ve Palmert MR (2009). Espes-Lwpes GnRh Analogs Consensus Conference Group. Consensus Statement on The Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children. *Pediatrics*, 123(4), 752-762. DOI: 10.1542/peds.2008-1783
14. Carr, P.L., Ricciotti, H.A., Freund, K.M., Kahan, S. (2004). *In A Page Ob/Gyn & Women's Health*. (Section 1). Massachusetts, USA: Blackwell Publishing. 4-5.
15. Caspi, A., Lynam, D.R., Moffitt, E.T. ve Silva P.A. (1993). Unraveling Girls' Delinquency: Biological, Dispositional, And Contextual Contributions to Adolescent Misbehavior. *Developmental Psychology*, 29(1), 19-30.
16. Çayır, Y., Çayır, A. (2013). Birinci Basamakta Erken Pubertali Çocuğa Yaklaşım. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 11(Ek 3/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları), 1-4.
17. Çıgırıkçı, H. (2007). Kronik Hastalığı Nedeniyle Devamlı Takip Edilmekte Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Annelerin Depresyon Prevalansı. (Uzmanlık Tezi) İstanbul.: Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
18. Colmenares, A., Gunczler P. ve Lanes R. (2014). Higher Prevalence of Obesity and Overweight Without an Adverse Metabolic Profile in Girls with Central Precocious Puberty Compared to Girls with Early Puberty, Regardless of GnRH Analogue Treatment. *International Journal of Pediatric Endocrinology*. 5, 1-7.
19. Copeland, W., Shanahan, L., Miller, S., Costello, E.J., Angold, A., Maughan, B. (2010). Outcomes of Early Pubertal Timing in Young Women: A Prospective Population-Based Study. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1218-1225. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081190>
20. Deardorff, J., Gonzales, N.A., Christopher, F.C., Roosa, M.W., Millsap, R.E. (2005). Early Puberty and Adolescent Pregnancy: The Influence of Alcohol Use. *Pediatrics*, 116(6). 1451-1456. DOI:[10.1542/peds.2005-0542](https://doi.org/10.1542/peds.2005-0542)
21. Deng, F., Tao, F.B., Wan, Y.H., Hao, J.H., Su, P.Y., Cao, Y.X. (2011). Early Menarche and Psychopathological Symptoms in Young Chinese Women. *Journal of Women's Health*, 20(2), 207-213. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2102>

22. Derose, L.M., Graber, J.A., Brooks-Gunn, J. (2010). Psychological Effect of Precocious and Delayed Puberty. İçinde R.D., Nass, E. Frank (Ed.) *Cognitive and Behavioral Abnormalities of Pediatric Diseases*. New York: Oxford University Press; 121-127.
23. Ehrhardt, A.A., Meyer-Bahlburg H.F. (1986). Idiopathic Precocious Puberty in Girls: Long-Term Effects On Adolescent Behavior. *Acta Endocrinol Suppl (Copenh)*. 279, 247-253.
24. Eklioğlu, B.S., Atabek, M.E., Akyürek, N. ve Sarıkaya E. (2016). Endokrinoloji Polikliniğine Puberte Bulguları İle Başvuran Olguların Etiyolojik Dağılımı ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1-4. Doi:10.12956/Tjpd.2016.212
25. Erenberk, U. (1999). Erken Pubertali Kız Olgularda İntravenöz ve Subkutan Gonodotropin Salgilatıcı Hormon Uyarı Test Sonuçları. (Uzmanlık Tezi) Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı.
26. Erol, N., Şimşek, Z. (2010). *Okul Çağı Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı (CBCL, YSR ve TRF) Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi (Aseba)*. Ankara: Mentis Yayıncılık; 138-141
27. Fuqua, J. S. (2013). Treatment and Outcomes of Precocious Puberty: An Update. *J Clin Endocrinol Metab*, 98(6), 2198 –2207. doi: 10.1210/jc.2013-1024
28. Galatzer, A., Beth-Halachmi, N., Kauli, R. ve Laron Z. (1984). Intellectual Function of Girls with Precocious Puberty. *Pediatrics*, 74(2), 246–249.
29. Głab, E., Barg E., Wikiera B., Grabowski, M., Noczyńska, A. (2009). Influence of GnRH Analog Therapy on Body Mass in Central Precocious Puberty. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*.15(1), 7-11.
30. Gönç, E.N. (2009). Normal Puberte Gelişimi ve Puberte Prekoks. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(3), 164-168.
31. Gönülal, D. (2007). Manisa Bölgesinde Erken Puberte Sıklığının Belirlenmesi. (Uzmanlık Tezi). Manisa. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
32. Graber, J.A, Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Brooks-Gunn, J. (1997). Is Psychopathology Associated with The Timing of Pubertal Development? *Journal*

- of *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1768–1776. doi.org/10.1097/00004583-199712000-00026
33. Graber, J.A., Seeley, J.R., Brooks-Gunn, J., Lewinsohn, P.M. (2004). Is Pubertal Timing Associated with Psychopathology in Young Adulthood. . *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 718–726. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120022.14101.11>
 34. Guaraldi, F., Beccuti, G., Gori, D., Ghizzoni L. (2016). Long-Term Outcomes of The Treatment of Central Precocious Puberty. *European Journal of Endocrinology*, 174, 79-87. DOI: 10.1530/EJE-15-0590
 35. Hamilton, J.L., Hamlat, E.J., Stange, J.P., Abramson, L.Y., Alloy, L.B. (2014). Pubertal Timing and Vulnerabilities to Depression in Early Adolescence: Differential Pathways to Depressive Symptoms by Sex. *Journal of Adolescence*, 37(2), 165-174. DOI: 10.1016/j.adolescence.2013.11.010
 36. Hanson, M.J., Hanline, M.F. (1994). Parenting a Child with A Disabilities: A Longitudinal Study of Parental Stress and Adaptation. *Journal of Early Intervention* 14(3). 234-248. <https://doi.org/10.1177/105381519001400305>
 37. Hasanoğlu E., Düşünsel R., Bideci A. (2010). *Temel Pediatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 1219-1224.
 38. Hatipoğlu, N. (2012). Pubertal Dönem ve Sorunları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 16(Ek), 1-13. doi:10.2399/tahd.12.s001
 39. Hayward, C., Killen, J.D., Wilson, D.M., Hammer, L.D., Litt, I.F., Kraemer, H.C., Haydel, F., Varady, A., Taylor, C.B. (1997). Psychiatric Risk Associated with Early Puberty in Adolescent Girls. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36(2), 255-262.
 40. Heo, J.S., Moon, H.S., Kim M.K. (2016). A Study on Dietary Habits and Lifestyle of Girls with Precocious Puberty. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, 19(2), 130-138. <http://dx.doi.org/10.5223/pghn.2016.19.2.130>
 41. James, S.R., Ashwill, J. (2007). *Nursing Care of Children: Principles and Practice* (Third Edicion, Unit IV). Saunders Elsevier. 894-896.
 42. Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rissanen, A., Rantanen, P. (2001). Early Puberty and Early Sexual Activity are Associated with Bulimic-Type Eating Pathology in Middle Adolescence. *Journal Adolescent Health*, 28(4), 346-352. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00195-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00195-1)

43. Kim, E. Y. (2015). Long-Term Effects Of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs In Girls With Central Precocious Puberty. *Korean Journal Pediatrics*. 58(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>
44. Kim, E.Y., Lee, M. I. (2012). Psychosocial Aspects in Girls With Idiopathic Precocious Puberty. *Psychiatry Investigation*, 9(1), 25-28. DOI: <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.25>
45. Kim, S.W., Kim, Y.B., Lee, J.E., Kim, N.R., Lee, W.K., Ku, J.K., Kim, E.J., Jung, S.H., Chung, W.Y. (2017). The Influence of Gonadotropin Releasing Hormone Agonist Treatment on The Body Weight and Body Mass Index in Girls with Idiopathic Precocious Puberty and Early Puberty. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 22(2), 95-101. doi.org/10.6065/apem.2017.22.2.95
46. Kılavuz, S. (2012). Erken Puberte Tanılı Olguların Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi) Edirne: Trakya Ünv Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
47. Kurt, F. (2006). Denizli İlinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Puberte Evrelerinin Yaşlara Göre Dağılımı ve Puberteyi Etkileyen Faktörler. (Uzmanlık Tezi) Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
48. Kyle, T. (2008). *Essentials of Pediatric Nursing*. (Capter 28) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 944-945
49. Lazar, L., Meyerovitch, J., Vries, L., Phillip, M., Lebenthal Y. (2014). Treated and Untreated Women with Idiopathic Precocious Puberty: Long-Term Follow-up and Reproductive Outcome Between the Third and Fifth Decades. *Clinical Endocrinology*, 80(4), 570-576. <https://doi.org/10.1111/cen.12319>
50. Lee, S., Kim, G. (2017). Factors Influencing the Quality of Life in Mothers of Children with Precocious Puberty. *Child Health Nursing Resarch*. 23(3), 312-318. doi.org/10.4094/chnr.2017.23.3.312
51. Li, P., Li, Y., Yang, C.L. (2014). Gonadotropin Releasing Hormone Agonist Treatment to Increase Final Stature in Children with Precocious Puberty. *Medicine Journal*, 93(27). doi: [10.1097/MD.0000000000000260](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000260)
52. Liao, L.M., Missenden, K., Hallam, R. S., Conway, G. S. (2005). Experience of Early Pubertal Development: A Preliminary Analysis. *Journal of Reproductive*

and Infant Psychology 23(3). 219-233.

<https://doi.org/10.1080/02646830500165804>

53. Magiakou, M.A., Manousaki, D., Papadaki, M., Hadjidakis, D., Levidou, G., Vakaki, M., Papaefstathiou, A., Lalioti, N., Kanaka-Gantenbein, C., Piaditis, G., Chrousos, G.P., Dacou-Voutetakis, C. (2010). The Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Treatment in Childhood and Adolescence: A Single Center, Long-Term Follow-Up Study. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 95(1), 109-117. doi: 10.1210/jc.2009-0793.
54. Mastroyannopovlov, K., Stakkard, P., Lewis, M., Lenton S. (1997). The Impact of Childhood Non-Malignant Life-threatening Illness on Parents: Gender Differences and Prediction of Parental Adjustment. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 38(7), 823-829.
55. McKinney, E.S., James, S.R., Murray, S.S., Ashwill J.W. (2013). *Maternal-Child Nursing*. (Second Edition B.). Philadelphia, USA: Elsevier Health Sciences. 1462- 1464.
56. Mendle, J., Turkheimer, E., Emery, R.E. (2007). Detrimental Psychological Outcomes Associated with Early Pubertal Timing in Adolescent Girls. *Developmental Review*, 27(2), 151-171. doi:10.1016/j.dr.2006.11.001.
57. Miller, A.C., Gordon, R.M., Daniele, R.J., Diller L. (1992). Stress, Appraisal and Coping in Mothers of Disabled and Nondisabled children. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(5), 587-605.
58. Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and The Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26.
59. Mrug, S., Elliott, M.N., Davies, S., Tortolero, S.R., Cuccaro, P., Schuster, M.A. (2014). Early Puberty, Negative Peer Influence, and Problem Behaviors in Adolescent Girls. *Pediatrics*, 133(1), 7-14. doi:10.1542/peds.2013-0628
60. Mul, D., Versluis-den Bieman, H.J., Slijper, F.M., Oostdijk, W., Waelkens, J.J., Drop S.L. (2001). Psychological Assessments Before and After Treatment of Early Puberty in Adopted Children. *Acta Paediatr*, 90, 965- 971.
61. Negriff, S., Susman, E.J. (2011). Pubertal Timing, Depression, and Externalizing Problems: A Framework, Review, and Examination of Gender Differences. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 717-746. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00708.x>

62. Neyzi, O., Ertuğrul, T. (2010). *Pediyatri* (4. Baskı, Cilt 2). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 1608-1613.
63. Oktan, V., Şahin, M. (2010). Kız Ergenlerde Beden İmaji ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2), 543-556.
64. Pasquino, A.M., Pucarelli, İ., Accardo, F., Demiraj, V., Segni, M. ve Di Nardo R. (2008). Long-Term Observation of 87 Girls with Idiopathic Central Precocious Puberty Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs: Impact on Adult Height, Body Mass Index, Bone Mineral Content, And Reproductive Function. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 93(1), 190–195.
65. Patton, G.C., Hibbert, M.E., Carlin, J., Shao, Q., Rosier, M., Caust, J., Bowes, G. (1996). Menarche and The Onset of Depression and Anxiety in Victoria, Australia. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(6), 661-666. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.50.6.661>
66. Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar - Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar* (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi:111-118
67. Prentice, P., Viner, R.M. (2013). Pubertal Timing and Adult Obesity and Cardiometabolic Risk in Women and Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Obesity*, 37(8): 1036–1043. doi:10.1038/ijo.2012.177
68. Purper-Ouakil, D., Didillon A. (2016). Psychopathology Related to Women Pubertal Precocity. *L'encephale*, 42(5), 453-457. doi: 10.1016/j.encep.2015.06.006.
69. Purper-Ouakil, D., Didillon, A. (2016). Psychopathology Related to Women Pubertal Precocity. *Encephale.*, 42(5), 453-457. doi: 10.1016/j.encep.2015.06.006.
70. Ricci, S.S., Kyle, T. (2009). Nursing Care of The Child with an Endocrine Disorder, Precocious Puberty. (Chapter 48) *Maternity and Pediatric Nursing*. Wolter Kluwer / Health / Lippincott Williams & Wilkins. 1599-1600
71. Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd Ed.). New Jersey: Upper Saddle River: Pearson Education. 35-50.

72. Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A.M., Rantanen P. (2003). Puberty, Sexual Development and Eating Disorders in Adolescent Outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(5), 214-220. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0340-4>
73. Şahin, N. M. (2014). Kızlarda Santral Puberte Rekoks ve Prematür Telaarşta Antimüllerian Hormonun Rolü. (Yan Dal Uzmanlık Tezi) Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Endokrin Bilim Dalı.
74. Schoelwer, M.J., Donahue, K.L., Bryk, K., Didrick, P., Berenbaum, S.A., Eugster, E.A. (2015). Psychological Assessment of Mothers and Their Daughters at The Time of Diagnosis of Precocious Puberty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 5, 2-5. DOI 10.1186/s13633-015-0001-7
75. Schoelwer, M.J., Donahue, K.L., Bryk, K., Didrick, P., Eugster, E.A. (2017). One-Year Follow-Up of Girls with Precocious Puberty and Their Mothers: Do Psychological Assessments Change Over Time or with Treatment? *Hormone Research in Paediatrics*. 88(5), 347–353. doi:10.1159/000479688
76. Sonis, W.A., Comite, F., Blue, J., Pescovitz, O.H., Rahn, C.W., Hench, K.D., Cutler, G.B., Loriaux, D.L., Klein, R.P. (1985). Behavior Problems and Social Competence in Girls with True Precocious Puberty. *The Journal Pediatrics*, 106(1), 156-160.
77. Sørensen, K., Mouritsen, A., Aksglaede, L., Hagen, C.P., Mogensen, S.S., Juul A. (2012). Recent Secular Trends in Pubertal Timing: Implications for Evaluation and Diagnosis of Precocious Puberty. *Hormone Research in Pediatrics*, 77(3), 137-145. DOI: 10.1159/000336325
78. Stice, E., Presnell, K., Bearman, S.K. (2001). Relation of Early Menarche to Depression, Eating Disorders, Substance Abuse, And Comorbid Psychopathology Among Adolescent Girls. *Developmental Psychology*, 37(5), 608–619. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.608>
79. Synovitz, L., Chopak-Foss J. (2013). Precocious Puberty: Pathology, Related Risks, and Support Strategies. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3(9), 504-509. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpm.2013.39068>
80. Tate, D. R. (2013). Literature Review of Early and Precocious Puberty in Girls. Erişim: 22.04.2018 Southern Adventist Univeristy

Knowledgeexchange@Southern.

<https://knowledge.e.southern.edu/gradnursing/30>

81. Topçu, B. (2011). Düzce İli İlköğretim Öğrencilerinde Erken Puberte Prevalansı, Etiyolojisi ve Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Düzce: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
82. Tremblay L., Frigon J. Y. (2005). Precocious Puberty in Adolescent Girls: A Biomarker of Later Psychosocial Adjustment Problems. *Child Psychiatry and Human Development*. 36(1), 73-94. DOI: 10.1007/s10578-004-3489-2
83. Trepanier, L., Juster, R.P., Marin, M.F., Plusquellec, P., Francois, N., Sindi, S., Wan, N., Findlay, H., Schramek, T., Andrews, J., Corbo, V., Dedovic, K., Lupien, S. (2013). Early Menarche Predicts Increased Depressive Symptoms and Cortisol Levels in Quebec Girls Ages 11 To 13. *Developmental Psychopathology*, 25(4 Pt 1), 1017-1027. doi: 10.1017/S0954579413000345.
84. Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.
85. Vicary, J.R., Klingaman, L.R., Harkness, W.L. (1995). Risk Factors Associated with Date Rape and Sexual Assault of Adolescent Girls. *Journal of Adolescence*, 18(3), 289-306. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1020>
86. Waylen, A. ve Wolke D. (2004). Sex'n'drugs'n'rock'n'roll: The Meaning and Social Consequences of Pubertal Timing. *European Journal of Endocrinology*. 151, U151-U159.
87. Wichstrom, L. (2000). Predictors of Adolescent Suicide Attempts: A Nationally Representative Longitudinal Study of Norwegian Adolescents. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 603-610.
88. Wojniusz, S., Callens, N., Sütterlin, S., Andersson, S., Schepper, J.D., Gies, İ., Vanbesien, J., Waele, K.D., Aken, S.W., Craen, M., Vögele, C., Cools, M., Haraldsen İ.R. (2016). Cognitive, Emotional, and Psychosocial Functioning of Girls Treated with Pharmacological Puberty Blockage for Idiopathic Central Precocious Puberty. *Frontiers in Psychology*, 7, 1053. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01053
89. Xhrouet-Heinrichs, D., Lagrou, K., Heinrichs, C., Craen, M., Doms, L., Malvaux, P., Kanen, F., Bourguignon, J.P. (1997). Longitudinal Study of Behavioral and Affective Patterns in Girls with Central Precocious Puberty

During Long-Acting Triptorelin Therapy. *Acta Paediatrica*, 86(8), 808-815.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1997.tb08602.x>

90. Yang, S., Shim, Y.S., Kang, M.J., Oh Y.J., Hwang I.T. (2015). *Psychosocial Changes After GnRH Agonist Treatment in Girls with Idiopathic Central Precocious Puberty*. (ESPE, 54th Annual.) Barcelona, Spain: European Society For Paediatric Endocrinology Abstracts.
91. Zhao, Y., Long, W., Du, C., Yang, H., Wu, S., Ning, Q., Luo, X. (2018). Prevalence of Vitamin D Deficiency in Girls with Idiopathic Central Precocious Puberty. 12(2), 174-181.



FORMLAR

DEMOGRAFİK VERİ FORMU

DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

Annenin Adı Soyadı:

1. Yaşı:

2. Telefon:

3. İlk Başvuru Tarihi:

4. Tanı Konma Tarihi:

5. Tedaviye Başlama tarihi:

6. Annenin Eğitim Durumu:

İlkokul Mezunu

Ortaokul Mezunu

Lise Mezunu

Yüksekokul

7. Medeni Durumu

Evli

Bekar

8. Mesleği

Ev hanımı

Serbest Meslek

Memur

Emekli

Diğer

9. Sağlık Güvencesi

Var

Yok

Diğer

10. Gelir Düzeyi

Geliri giderinden fazla

Geliri giderine eşit

Geliri giderinden az

11. Çocuğunuzun boyu:

12. çocuğunuzun kilosu:.....

13. Çocuğunuzun erken ergenlik dışında mevcut bir hastalığı var mı?

Hayır

Evet (Açıklayınız.....)

11. Çocuğunuzu son 6 ay içinde çocuk ergen ruh sağlığı merkezlerine götürdünüz mü?

Hayır

Evet (Açıklayınız.....)

12. Evet ise çocuğunuz psikolojik destek amaçlı ilaç kullanıyor mu?

Hayır

Evet

DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES ÖLÇEĞİ (DASÖ)

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES SKALASI LOVİBOND & LOVİBOND 1995

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiç zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim	0	1	2	3
2 A	Ağızda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı farkettim	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
5 D	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7 A	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)	0	1	2	3
8 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9 A	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Keyfimin pek kolay kaçırıldığını hissine kapıldım	0	1	2	3
12 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
13 D	Kendimi üzgün ve depressif hissettim	0	1	2	3
14 S	Herhangi bir şekilde geciktirildiğimde (<i>asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde</i>) sabırsızlandığımı hissettim	0	1	2	3
15 A	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3
16 D	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
22 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23 A	Yutma güçlüğü çektim	0	1	2	3
24 D	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim	0	1	2	3
25 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarının hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
26 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
27 S	Kolay sinirlendirilebildiğimi farkettim	0	1	2	3
28 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
29 S	Bir şey canımı sıkığında kolay sakinleşemediğimi farkettim	0	1	2	3
30 A	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32 S	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.	0	1	2	3
33 S	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim	0	1	2	3
34 D	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
35 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36 A	Dehşete düştüğümü hissettim	0	1	2	3
37 D	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3
39 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
40 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
41 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
42 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

A= ANKSİYETE
D= DEPRESYON
S= STRES

PUANTAJ TABLOSU

	Depresyon	Anksiyete	Stres
NORMAL	0-9	0-7	0-14
HAFİF	10-13	8-9	15-18
ORTA	14-20	10-14	19-25
İLERİ	21-27	15-19	26-33
ÇOK İLERİ	28+	20+	34+

6-18 YAŞLAR ARASINDAKİ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (CBCL/6-18)


6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

No: _____

ÇOCUĞUN ADI, SOYADI	EV ADRESİ ve TEL NO:	ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız). EĞİTİMİ (Toplam kaç yıl okula gittiğinizi yazınız)
CİNSİYETİ: ☐ ERKEK ☐ KIZ	YAŞI:	BABANIN İŞİ :..... TEL NO :..... EĞİTİMİ:..... YAŞI:..... ANNENİN İŞİ :..... TEL NO :..... EĞİTİMİ:..... YAŞI:.....
BUGÜNÜN TARİHİ GÜN---AY---YIL---	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ GÜN---AY---YIL---	FORMU DOLDURAN: ☐ ANNE ☐ BABA ☐ DİĞER..... ÇOCUKLA OLAN İLİŞKİSİ:.....
SINIFI:----- OKULA DEVAM ETMİYOR ☐	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu, lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Lütfen bütün maddeleri işaretlemeye çalışınız. Teşekkürlerimizle	

I. Çocuğunuzun yapmaktan hoşlandığı sporları a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

Çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ?	Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır ?																																
☐ Hiç yok <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">Normalden az</th> <th style="width: 25%;">Normal</th> <th style="width: 25%;">Normalden fazla</th> <th style="width: 25%;">Bilmiyorum</th> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	a. _____	☐	☐	☐	b. _____	☐	☐	☐	c. _____	☐	☐	☐	<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">Normalden az</th> <th style="width: 25%;">Normal</th> <th style="width: 25%;">Normalden fazla</th> <th style="width: 25%;">Bilmiyorum</th> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	a. _____	☐	☐	☐	b. _____	☐	☐	☐	c. _____	☐	☐	☐
Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum																														
a. _____	☐	☐	☐																														
b. _____	☐	☐	☐																														
c. _____	☐	☐	☐																														
Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum																														
a. _____	☐	☐	☐																														
b. _____	☐	☐	☐																														
c. _____	☐	☐	☐																														

II. Çocuğunuzun spor dışındaki ilgi alanlarını, uğraş, oyun ve aktivitelerini a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, kitap, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız)

Çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ?	Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır ?																																
☐ Hiç yok <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">Normalden az</th> <th style="width: 25%;">Normal</th> <th style="width: 25%;">Normalden fazla</th> <th style="width: 25%;">Bilmiyorum</th> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	a. _____	☐	☐	☐	b. _____	☐	☐	☐	c. _____	☐	☐	☐	<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">Normalden az</th> <th style="width: 25%;">Normal</th> <th style="width: 25%;">Normalden fazla</th> <th style="width: 25%;">Bilmiyorum</th> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	a. _____	☐	☐	☐	b. _____	☐	☐	☐	c. _____	☐	☐	☐
Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum																														
a. _____	☐	☐	☐																														
b. _____	☐	☐	☐																														
c. _____	☐	☐	☐																														
Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum																														
a. _____	☐	☐	☐																														
b. _____	☐	☐	☐																														
c. _____	☐	☐	☐																														

III. Çocuğunuzun üyesi olduğu kuruluş, kulüp ya da takımları a, b, c şıklarına yazınız. (Spor, müzik, ilzcilik, folklor gibi.)

Çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir ?																
☐ Hiç yok <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">Bilmiyorum</th> <th style="width: 25%;">Az Aktif</th> <th style="width: 25%;">Normal</th> <th style="width: 25%;">Çok Aktif</th> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Bilmiyorum	Az Aktif	Normal	Çok Aktif	a. _____	☐	☐	☐	b. _____	☐	☐	☐	c. _____	☐	☐	☐
Bilmiyorum	Az Aktif	Normal	Çok Aktif													
a. _____	☐	☐	☐													
b. _____	☐	☐	☐													
c. _____	☐	☐	☐													

IV. Çocuğunuzun evde ya da ev dışında yaptığı işleri a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, bahçe-tarla işleri, hayvancılık, elektrik- su faturası yatırma, çocuk bakımı, sofra kurma-kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan heryeri katınız.

Çocuğunuz her birini ne kadar başarı ile yapar ?																
☐ Hiç yok <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">Bilmiyorum</th> <th style="width: 25%;">Normalden Az</th> <th style="width: 25%;">Normal</th> <th style="width: 25%;">Normalden Fazla</th> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla	a. _____	☐	☐	☐	b. _____	☐	☐	☐	c. _____	☐	☐	☐
Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla													
a. _____	☐	☐	☐													
b. _____	☐	☐	☐													
c. _____	☐	☐	☐													

Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont, www.ASEBA.org
Türkçe Çeviri ve Uyarlaması Neşe Erol tarafından
T.M. Achenbach'ın izniyle yapılmış ve basılmıştır (2002,2007).
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

6-1-01 Baskısı-201

1

V.1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç yakın arkadaşı vardır?
(Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok 1 2 ya da 3 4 ya da fazla

☐ ☐ ☐ ☐

2- Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur? (Kardeşlerini katmayınız)

1 den az 1 ya da 2 3 ya da daha fazla

☐ ☐ ☐

VI. Yaşlılarıyla karşılaştığında çocuğunuzun:

Kötü Normal Sayılır Oldukça İyidir Kardeşi Yoktur

- a. Kardeşleriyle arası nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐
- b. Diğer çocuklarla arası nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐
- c. Size karşı davranışları nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐
- d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır? ☐ ☐ ☐ ☐

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? Çocuğunuz okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz:-----

Başarısız Orta Başarılı Çok Başarılı

- a. Türkçe / Türk Dili Edebiyatı ☐ ☐ ☐ ☐
- b. Hayat Bilgisi / Sosyal Bilgiler ☐ ☐ ☐ ☐
- c. Matematik ☐ ☐ ☐ ☐
- d. Fen Bilgisi ☐ ☐ ☐ ☐

Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar.
(Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız)

- e. ☐ ☐ ☐ ☐
- f. ☐ ☐ ☐ ☐
- g. ☐ ☐ ☐ ☐

2- Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet- Ne tür bir sınıf ya da okul?-----

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

☐ Hayır ☐ Evet- Kaçınıcı sınıfta ve nedeni-----

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

☐ Hayır ☐ Evet- açıklayınız-----

Bu sorunlar ne zaman başladı?-----

Sorunlar bitti mi?

☐ Hayır ☐ Evet- Ne zaman?

Çocuğunuzun herhangi bir bedensel hastalığı ya da zihinsel engeli var mıdır?

☐ Hayır ☐ Evet- açıklayınız-----

Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran ve öfkeliendiren özellikleri nelerdir?

Çocuğunuzun en beğendiğiniz özellikleri nelerdir?

Lütfen yan sayfaya geçiniz

Aşağıda çocuk ve gençleri tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde **çocuğun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu** belirtmektedir. Bir madde çocuk için **çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0** sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru Değil (Bildiginiz kadarıyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

- 0 1 2 1. Yaşından çok daha çocuksu davranır
- 0 1 2 2. Anne babanın izni olmadan içki içer
- 0 1 2 3. Çok tartışan bir çocuktur
- 0 1 2 4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, dersleri, işleri) bitiremez
- 0 1 2 5. Hoşlandığı ya da zevk aldığı çok az şey vardır
- 0 1 2 6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar
- 0 1 2 7. Bir şeylerle övünür, başkalarına hava atar
- 0 1 2 8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz
- 0 1 2 9. Kafasından atamadığı, onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı, okul sorunları, bilgisayar gibi) (açıklayınız):.....
- 0 1 2 10. Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur.
- 0 1 2 11. Gereken gayreti göstermeden, sırtını tamamen büyüklere dayayıp her şeyi onlardan bekler.
- 0 1 2 12. Yalnızlıktan şikayet eder
- 0 1 2 13. Kafası karışık, zihni bulanıktır
- 0 1 2 14. Çok ağlar
- 0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder
- 0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder
- 0 1 2 17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider
- 0 1 2 18. Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur
- 0 1 2 19. Hep dikkat çekmeye çalışır
- 0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir
- 0 1 2 21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir
- 0 1 2 22. Evde söz dinlemez
- 0 1 2 23. Okulda söz dinlemez
- 0 1 2 24. İştahsızdır
- 0 1 2 25. Başka çocuklarla geçinemez
- 0 1 2 26. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, oralı olmaz, aldırmaz
- 0 1 2 27. Kolay kıskanır
- 0 1 2 28. Ev, okul ya da diğer yerlerde kurallara uymaz, karşı gelir
- 0 1 2 29. Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız) (açıklayınız):
- 0 1 2 30. Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır
- 0 1 2 31. Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar
- 0 1 2 32. Kusursuz, dört dörtlük, her konuda başarılı olması

- 0 1 2 33. Kimsenin onu sevmediğinden yakınır
- 0 1 2 34. Başkalarının ona karşı olduğu, zarar vermeye, ya da açığını yakalamaya çalıştığı hissine kapılır
- 0 1 2 35. Kendini değersiz, önemsiz ya da yetersiz hisseder
- 0 1 2 36. Sık sık kaza sonucu bir yerlerini incitir
- 0 1 2 37. Çok kavga çıkarır, kavgaya karışır
- 0 1 2 38. Çok fazla sataşılır, dalga geçilir
- 0 1 2 39. Başı belada olan kişilerle dolaşır
- 0 1 2 40. Olmayan sesler ve konuşmalar işitir (açıklayınız):
- 0 1 2 41. Düşünmeden hareket eder, aklına eseni yapar
- 0 1 2 42. Başkalarıyla birlikte olmaksızın yalnızlığı tercih eder
- 0 1 2 43. Yalan söyler, hile yapar, aldatır
- 0 1 2 44. Tırnaklarını yer
- 0 1 2 45. Sinirli ve gergindir
- 0 1 2 46. Kasları oynar, seğirmeleri ve tikleri olur (açıklayınız):
- 0 1 2 47. Geceleri kabus görür
- 0 1 2 48. Başka çocuklar tarafından sevilmez
- 0 1 2 49. Kabızlık çeker
- 0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır
- 0 1 2 51. Başı döner, gözleri kararır
- 0 1 2 52. Kendini çok suçlu hisseder
- 0 1 2 53. Aşırı yer
- 0 1 2 54. Kendini sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur
- 0 1 2 55. Fazla kiloludur
56. **Sağlık sorunu olmadığı halde:**
- 0 1 2 a. Ağrı ve sızılardan yakınır (baş ve karın ağrısı dışında)
- 0 1 2 b. Baş ağrılarından yakınır (şikayet eder)
- 0 1 2 c. Bulantı, kusma duygusu olur
- 0 1 2 d. Gözle ilgili şikayetler (Gözlük, lens kullanma dışında) (açıklayınız):
- 0 1 2 e. Döküntü, pullanma ya da başka cilt hastalığı olur
- 0 1 2 f. Mide- karın ağrısından şikayet eder
- 0 1 2 g. Kusmaları olur
- 0 1 2 h. Diğer (açıklayınız):

Lütfen arka sayfaya geçiniz

0: Doğru Değil (Bildığınız kadanyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

- 0 1 2 57. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur
 0 1 2 58. Bumunu karıştırır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpiğini koparır. (açıklayınız) -----
- 0 1 2 59. Herkesin içinde cinsel organıyla oynar
 0 1 2 60. Cinsel organıyla çok fazla oynar
 0 1 2 61. Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz
 0 1 2 62. El, kol, bacak hareketlerini ayarlamada güçlük çeker, sakardır
 0 1 2 63. Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyi tercih eder
 0 1 2 64. Kendinden küçüklerle vakit geçirmeyi tercih eder
 0 1 2 65. Konuşmayı reddeder
 0 1 2 66. İstemeyerek de olsa, belli bazı hareketleri/ davranışları tekrar tekrar yapar (ellerini defalarca yıkama, kapı kilidini tekrar tekrar kontrol etme gibi) (açıklayınız) -----
- 0 1 2 67. Evden kaçır
 0 1 2 68. Çok bağırır
 0 1 2 69. Sırlarını kendine saklar, hiçkimseye paylaşmaz,
 0 1 2 70. Olmayan şeyleri görür (açıklayınız): -----
- 0 1 2 71. Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının kendisi hakkında ne düşünecekleri ve ne söyleyecekleriyle ilgili kaygı duyar
 0 1 2 72. Yangın çıkartır
 0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız): -----
- 0 1 2 74. Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar
 0 1 2 75. Çok utangaç ve çekingendir
 0 1 2 76. Diğer çocuklardan daha az uyur
 0 1 2 77. Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha çok uyur (açıklayınız): -----
- 0 1 2 78. Dikkati kolayca dağılır
 0 1 2 79. Konuşma problemi vardır (açıklayınız): -----
- 0 1 2 80. Boş gözlerle bakar
 0 1 2 81. Evden birşeyler çalar
 0 1 2 82. Ev dışındaki başka yerlerden birşeyler çalar
 0 1 2 83. İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız): -----
- 0 1 2 84. Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belirli bir düzende ve sırada olmasını isteme gibi) (açıklayınız) -----

- 0 1 2 85. Tuhaf, alışılmadık düşünceleri vardır (bazı sayıları, sözcükleri tekrarlama ve bunları zihninden atamama gibi) (açıklayınız) -----
- 0 1 2 86. İnatçı ve huysuzdur, aksidir
 0 1 2 87. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir
 0 1 2 88. Çok sık küser
 0 1 2 89. Şüphesidir, kuşku duyar
 0 1 2 90. Küfürlü ve açık saçık konuşur
 0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder
 0 1 2 92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız): -----
- 0 1 2 93. Çok konuşur
 0 1 2 94. Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer
 0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir
 0 1 2 96. Cinsel konuları fazlaca düşünür
 0 1 2 97. İnsanları tehdit eder
 0 1 2 98. Parmak emer
 0 1 2 99. Sigara içer, tütün çiğner
 0 1 2 100. Uyumakta zorlanır (açıklayınız): -----
- 0 1 2 101. Okuldan kaçır, dersini asar
 0 1 2 102. Hareketleri yavaştır, enerji değildir
 0 1 2 103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür (depresyondadır)
 0 1 2 104. Çok gürültücüdür
 0 1 2 105. Sağlık sorunu olmadığı halde madde kullanır (içki ve sigarayı katmayınız) (açıklayınız) -----
- 0 1 2 106. Çevresindeki kişi ve eşyalara kasıtlı olarak zarar verir, zorbalık eder
 0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır
 0 1 2 108. Gece yatağını ıslatır
 0 1 2 109. Mızırdanır, sızlanır
 0 1 2 110. Karşı cinsiyetten biri gibi olmak ister
 0 1 2 111. İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz
 0 1 2 112. Evhamlıdır, her şeyi dert eder
 113. Çocuğun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız: -----
- 0 1 2 -----
 0 1 2 -----
 0 1 2 -----

EBEVEYNLER İÇİN HAZIRLANMIŞ ELKİTAPÇIĞI

EK 1: Ebeveyleyler için Hazırlanan el kitapçığı



TEŞEKKÜR

Bu eğitim kitapçığının hazırlanmasında görüş ve önerileriyle katkı veren Prof. Dr Feyza DARENDELİLER ve geribildirimleri ile katkı veren tüm hastalarımıza ve ailelerine teşekkürlerimi sunarım.

Mukaddes TURAN MİRAL



Bu kitapçık erken ergenlik hakkında ailelere bilgi vermek için hazırlanmıştır. Kitapçık erken ergenliğin nedenleri, nasıl tanı konduğu, nasıl tedavi edildiği, karşılaşılabilecek özel durumlar ve çözüm önerileri hakkında bilgiler içermektedir. Her çocuk özeldir. Bu yüzden çocuğun doktorunun tıbbi bakım ve önerileri mutlaka dikkate alınmalıdır. Bireysel olgulara ve koşullara dayalı olarak tedavi ve öneri farklılıkları olabilir.

ERKEN ERGENLİK

Ergenlik ikincil cinsiyet özelliklerinin (vücudun kıllanması, göğüslerin büyümesi, ciltteki pütürleşme, ses tonu, sivilceler, kalçaların genişlemesi cinsel olgunlaşmanın gözle görülebilir özelliklerinin) geliştiği, cinse özgü olgunlaşmanın ve üreme yeteneğinin kazanıldığı çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Bu dönem beraberinde bir dizi fiziksel ve ruhsal değişiklikleri getirir.



Ergenlik doğal bir süreç olup, normal başlama yaşı erkeklerde 9-14 yaş, kızlarda 8-13 yaş aralığındadır. Kız çocuklarda meme gelişimi ile başlar. 1,5 ila 3 yıl sonra adet görme ile devam eder. Erkek çocuklarda ilk belirti testis hacminin 4 ml üzerine çıkmasıdır.

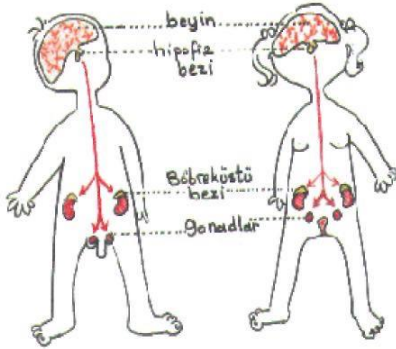
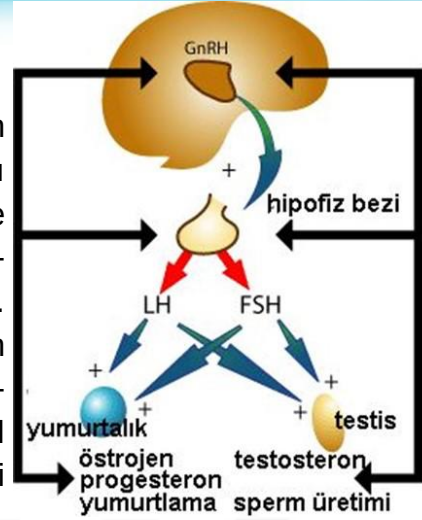
Erken ergenlik ise, ergenliğin erkeklerde 9, kızlarda 8 yaşından önce başlaması veya kızlarda 10 yaşından önce adet görülmesidir.

Erken ergenlik çocuk için duygusal ve fiziksel olarak çok zor bir dönem olabilir. Dolayısıyla ebeveyn olarak farkında olmak ve önemsemek önemlidir.



ERGENLİK VE HORMONLAR

Ergenlik dönemi beyinde bulunan bir hormonun (GnRH) salgılanması ile başlar. Bu hormon (GnRH) yine beyinde bulunan hipofizden 2 hormon (LH ve FSH) salınımını uyarır. Bu hormonlar da yumurtalıklardan östrojen ve erkekler için testesteron salınımında etkili olarak ikincil cinsiyet karakterlerinin gelişimini başlatır.



Kızlarda ergenliğin ilk bulgusu meme dokusunda, erkeklerde ise testis volümünde artıştır. Kızlarda meme dokusundaki artışın ardından sırasıyla genital bölge ve koltuk altında kıllanma ile adet başlanması; erkeklerde testis volümündeki artış sonrası genital bölge ve koltuk altında kıllanma ile penis büyümesi ger-

çekleşir.

Çoğu durumda erken ergenlik çocuğun genel sağlığını etkilemez, ancak bazı çocuklarda altta yatan bir tıbbi duruma işaret eder. Bu nedenle çocuğun ergenlik döneminin erken gelişme nedenini belirlemek önemlidir.



ERKEN ERGENLİK RİSK FAKTÖRLERİ

Erken ergenlik riskini artıran faktörler arasında şunlar sıralanabilir:

Cinsiyet: Kızların erken ergenlik gelişme olasılığı erkeklerden 10-20 kat daha fazladır.

İrk: Afrika kökenli Amerikalı çocuklarda beyaz tenli ırka göre 2 yıl daha önce ergenlik belirtileri gözlenmiştir.

Obez olmak: Obez kızlarda adet normal kilolulara göre daha erken görülmektedir.

Genetik: Ebeveynlerde veya kardeşlerde erken ergenlik yaşanmışsa, çocukta da erken ergenlik görülme ihtimali artmaktadır.

Stres: Yüksek stres düzeyine sahip kızlarda erken adet görme riski artmaktadır.

Çevresel faktörler: Endokrin fonksiyonu bozabilen plastik, böcek ilacı, ftalat, paraben gibi bazı kimyasalların erken ergenlik belirtileri ile aralarında güçlü bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir. Bu maddeler kozmetik, temizlik ürünleri gibi günlük ev eşyalarında bulunurlar. Ayrıca gıda tedarikinde kullanılan hormonlar da riski artırmaktadır.

Tıbbi nedenler: Çocukların çoğunluğunda, altta yatan bir tıbbi sorun yoktur. Beyin veya omurilik tümörü veya yaranması, hipotiroidizm, böbreküstü bezlerinin doğumsal hastalıkları, McCune-Albright sendromu, beyin veya omuriliğin radyasyona maruz kalması erken ergenliğin tıbbi nedenleri arasında sayılmaktadır.



KORUNMA

Çocuğa;

- ♦ Sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması,
- ♦ Kilosunun normal sınırlarda tutulması, şişmanlık ve obeziteden korunması,
- ♦ Besin çeşitliliğinin sağlanması,
- ♦ Cinsel hormonlara maruziyete neden olacak çevresel faktörlerden kaçınılması,
- ♦ Düzenli olarak egzersiz yapmasının sağlanması,
- ♦ Erken teşhis, takip ve tedavinin sağlanması önemlidir.



ERKEN ERGENLİK BELİRTİLERİ

Memelerin büyümeye başlaması; ilk işaretlerdendir, kesin bulgulardan değildir, yağ dokusu da olabilir.. Hekim tarafından değerlendirilmelidir. Memede ağrı ve hassasiyet de hissedilebilir.



Genital bölgede ya da kol altında kıllanma; farklı nedenlerle de ortaya çıkabilir. Hekim tarafından değerlendirilmelidir.

Hızlı büyüme; çocuğun boyu akranlarının çoğundan daha uzun olabilir. Ayrıca daha geniş kalça ve daha dar bel gibi diğer fiziksel değişimler de gözlenebilir.

Ruh halindeki değişiklik; belirtilerden biri de çocuklarda sinirlilik ve huysuzluktur. Ruh hali değişikliğinin erken ergenlik ile ilişkili olduğunu belirlemek zordur.

Vajinal akıntı: Kız çocuklarında doğum kanalından sarı veya beyaz renkli koyu kıvamlı akıntı gelebilir.

Ayrıca erkeklerde:

- ♦ Peniste büyüme,
- ♦ Yüzde, koltuk altı ve genital bölgede kıllanma.



ERKEN ERGENLİKTE TEŞHİS



Öykü alma: Çocuk ve aile ile ilgili sağlık bilgileri alınır. (Ailenin tıbbi geçmişi, aile üyelerinin boyları, herhangi bir endokrin bozukluk ya da tümör öyküsü, çocuğun kardeşleri ve aileleri için ergenlik çağının başladığı yaş vb.)

Muayene: Boy, kilo ölçümü, meme muayenesi, koltuk altı ve genital bölgenin kontrolü vb muayenelerini içerir. Vücut muayenesi öncesinde çocuğa bilgi verilerek, izin istenmelidir.

Kan testleri: Hormon düzeylerini ölçmek için kan testleri yapılır.

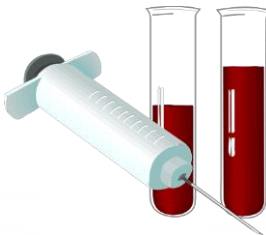
El filmi: Sol el ve el bilekten bir röntgen filmi çekilir. Bu filmin değerlendirmesi ile kemik yaşı saptanır. Ergenlik döneminin ne kadar ilerlediğini, ne kadar hızlı ilerlediğini ve çocuğun erişkin olarak erişeceği yüksekliği nasıl etkilediği hakkında daha iyi fikir edinmeyi sağlar.



Ultrason: Çocuğun iç üreme organlarının (yumurtalık, rahim vb) gelişimi hakkında fikir verir.

MR: Kan testleri çocukta erken ergenlik olduğunu gösteriyorsa, hipofiz bezinde herhangi bir anormallik bulunmadığından emin olmak için beyin MR'ı çekilir.

Gonadotropin salıcı hormon (GnRH) uyarılma testi: Erken ergenlik türünü belirlemede kullanılır. Çocuğa bir gonadotropin salıcı hormon (GnRH) uygulanarak belirli aralıklar ile kan alınır. Kandaki hormon seviyelerinin düzeyi değerlendirilir.



ERKEN ERGENLİK TÜRÜ

Gerçek (Santral) Erken Ergenlik ;

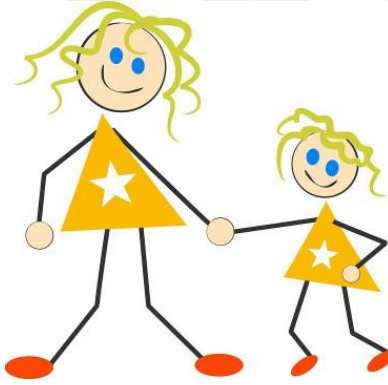
Genellikle erken ergenlik için belirlenebilir bir neden yoktur. Ergenlik ilerleyişinin şekli ve zamanlaması normaldir ama ergenlik süreci çok erken başlar. Ancak bazen altta yatan bir neden olabileceği için ayrıntılı araştırmak gerekir.

Yalancı (Periferik) Erken Ergenlik ;

Gerçek erken ergenlik olmayıp periferdeki dokulardan östrojen veya testosteronun vücuda salınması ile oluşur.



ERKEN ERGENLİKTE TEDAVİ



Erken ergenlikte tedavinin amacı çocuğun erişkin boyunu maksimuma çıkarmak, ikincil cinsiyet özelliklerinin ilerlemesini durdurmak ve erken ergenliğe bağlı gelişebilecek psiko-sosyal sorunları önlemektir. Çocuğun ailesi, öğretmeni ve çocuğun hayatındaki diğer önemli kişilerin çocuğa görüldüğü yaşa göre değil

gerçek yaşına göre davranılması gerektiğini hatırlamaları gerekir. Tedavi nedene yönelik yapılır.

Santral Erken Ergenlikte Tedavi

Gerçek erken ergenlik durumlarında çocukların çoğu ilaçla etkili bir şekilde tedavi edilebilir. Altta yatan başka bir patoloji yok ise tedavi etmek gerekir. GnRH analog tedavisi denilen bu tedavi, cilt altı/kas içine iğne şeklinde olabilir.

Genellikle aylık bir ilaç enjeksiyonu içerir. Tedavi başladıktan sonra ilk 6 ay içinde ilacın etkisi gözlenmeye başlar. Anormal düzeyde olan büyüme hızı ve kemik olgunlaşması yavaşlar, meme gelişimi yavaşlar veya durur, hatta küçülme sağlanabilir. Ancak ilaç önceden meydana gelen değişiklikleri tamamen tersine çeviremez ama büyüme hızını bir çocuğunkine geri döndürür. Altta yatan bir patoloji varsa ayrıca tedavi edilir.



Düzenli kullanmak etkinlik açısından önemlidir. İlacın unutulması veya ertelenmesi gibi ilaç tedavisine uyulmaması ergenliği baskılamak yerine teşvik edebilir. Bu nedenle ilacın uygulama zamanını geçirmemeye özen göstermek gerekir. Tedavi esnasında, ilacın yan etkileri minimumdur ve birçok çocuk tarafından tolere edilebilir düzeydedir. Bu yan etkiler aşağıda sıralanmıştır;

Vajinal kanama; İlk GnRH enjeksiyonundan sonra geçici vajinal kanama gözlenebilir.

Cilt bulguları; Kas içi enjeksiyon bölgelerinde sertleşme, kızarma ve steril abse gelişebilir (%3-13).

Menopozal bulgular; Uykusuzluk, duygu-durum değişikliği, bulantı, sıcak basması, baş ağrısı gibi bulgulardır ve nadiren gözlenmektedir.



Kilo artışı; GnRH analog tedavisinin kilo artışına neden olduğunu öne süren çalışmalar olmakla birlikte vücut ağırlığına etkisi olmadığını ileri süren çalışmalar da mevcuttur.

Tedavi düzenli takipler ile genellikle 10-11 yaşına gelene kadar devam eder. Tedavi süresi hekim tarafından kemik yaşı ve öngörülen boy dikate alınarak belirlenir. Genellikle çocuğun boyu tahminlerden daha iyi sonuç vermektedir. GnRH analog tedavisinin çocuğun gelecekteki üreme sağlığını olumsuz etkilediğini ve erken menopoza girdiğini gösteren hiçbir kanıt yoktur. Tedavi sonlandırıldığında ergenliğin ilerlemesi devam eder.



Periferik Erken Ergenlikte Tedavi

Çocuğun erken ergenliğine başka bir tıbbi durum neden oluyorsa, ergenliğin ilerlemesini durdurmak için bu durumun tedavisi gereklidir. Örneğin, bir çocukta hormon üreten ve erken ergenliğe neden olan bir tümör varsa, ergenlik genellikle tümör cerrahi olarak çıkarıldığında duracaktır.

TEDAVİ OLMAZ İSE

Kısa boy: Erken ergenliği olan çocuklar ilk başta hızlı büyüyebilir ve akranları ile karşılaştırıldığında uzun olabilir. Ancak, kemiklerinin normalden daha çabuk olgunlaşması nedeniyle, büyümesi erken durur. Bu, yetişkin boyunun yetişkinlerden daha kısa olmasına neden olabilir.



Duygusal sorunlar: Erken ergenliği başlayan kızlar ve erkekler vücutlarında meydana gelen değişiklikler konusunda rahatsız olabilirler.

Sosyal sorunlar: Erken ergenliğe giren çocuk akranları tarafından dışlanabilir. Göğüsleri büyüdüğü için alaya alınabilir. Bu, durum çocuk üzerinde olumsuz etkiye sebep olabilir ve çocuk içine kapanabilir.

ERKEN ERGENLİK VE BESLENME

Sağlıklı bir büyüme ve gelişme için yaşamın her evresinde yeterli ve dengeli beslenme temel yaklaşımdır.

Çocuk ve aile birlikte yemek yemeli, çocuk için ayrı beslenme düzenlenmemelidir.

Besin seçiminde ve hazırlanmasında çocuğun katılımı desteklenmelidir. Sağlıksız besinler çocuğa ödül olarak sunulmamalıdır.

Okul çağındaki çocuklarda gıda seçiminde ailenin etkisi

azalırken, çevrenin etkisi önem kazanmaya başlar. Çocukta okula başlama ile birlikte kendi başına gıda seçerek satın alma davranışları görülür. Çocuğun almayı tercih edeceği gıdada medya, reklamlar, arkadaş çevresi ve aile etkili olur.

Çocuk sağlıklı beslenmeye yönlendirilmeli, öğretmenden çocuklara bu konuda rehberlik etmesi için destek alınmalıdır. Çocuk okula kahvaltı yapmadan gönderilmemelidir.

Tatil günlerini alış-veriş merkezleri yerine doğa ortamında geçirmek, televizyon ve bilgisayarda geçirilen saatleri düzenlemek sağlıklı beslenme için uygun ortamın sağlanmasında etkilidir.



Besin çeşitliliğinin sağlanması, besinlerle alınan zararlı maddelerden etkilenmeyi en aza indirecektir.

Obezite erken ergenliğin yanı sıra kalp hastalığı, şeker hastalığı vb. birçok hastalığın da ortaya çıkmasında etkili olur. Çocuk eğer obez ise diyetisyen desteğinden yararlanmak faydalı olacaktır.

ERKEN ERGENLİK VE EGZERSİZ

Çocukluk evresindeki şişmanlık, yetişkin evresindeki şişmanlığın habercisidir ve sonraki yıllarda kalp ve damar hastalıkları riskini arttırmaktadır. Şişmanlığın önlenmesinde en etkili yöntem sağlıklı beslenme ile birlikte egzersiz yapılmasıdır. Ayrıca benlik saygısının geliştirilmesinde de etkilidir. Bu dönemde büyümenin devam etmesi nedeniyle uygun fiziksel etkinliklerin seçilmesi önemlidir. Fiziksel etkinlik belirlenirken, çocuğun yapmak istediği sporların göz önünde bulundurulması, fiziksel yeterliliğinin bilinmesi ve gereksiz zorlamalardan kaçınılması önemlidir. Yürüme, koşma, yüzme, basketbol ve voleybol yapılacak sporlara örnek olarak verilebilir.

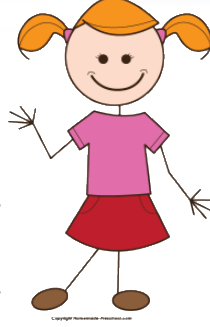


BAŞA ÇIKMA VE DESTEK

Sağlık ekibine soru sormaktan çekinilmeme- li, muayene ve takip randevularına gelirken zamanı en iyi şekilde değerlendirmek amacı ile sorulacak sorular listelenmelidir.



Ergenlik çağına erken başlayan çocuklar akranlarından farklı hissedebilirler. Erken ergenliğin duygusal etkileri hakkında az sayıda araştırma olmasına rağmen, farklı hissetmenin sosyal ve duygusal sorunlara neden olması mümkündür. Önlem olarak;

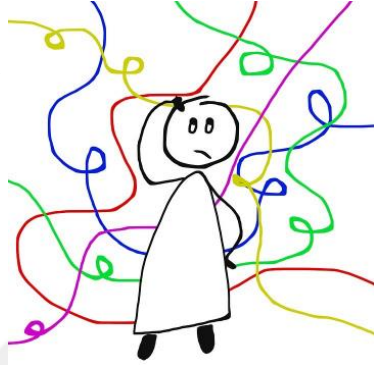


- ♦ Çocuğun açık, basit ve doğru yollarla ergenlik halini anlamasına yardımcı olunmalıdır.
- ♦ Kendisinin tamamen normal olduğunu, arkadaşlarının çoğunun yakında aynı durumu yaşayacağını, sadece kendisinde bu durumun onlardan daha önce başladığı açıklanmalıdır.
- ♦ Gelecek aylarda ve yıllarda nelerin olacağı açıklanmalıdır.
- ♦ Evde sağlıklı ve motive edilmiş, çocuğun özgüvenini destekleyen bir ortam sağlanmalıdır.
- ♦ Çocuğun görüldüğü yaşa göre değil, kronolojik yaşına (doğum tarihi doğrultusunda olduğu yaş) göre davranılmalıdır.



- ♦ Çocuğun dış görünüşü hakkında yorum yapılmadığından emin olunmalı, onun yerine iyi yaptığı şeylere odaklanmalıdır.
- ♦ Çocuğun karşılaşılabileceği dış görünüşü ile ilgili alay gibi sosyal sorunlara karşı dikkatli olunmalı ve baş etme yöntemleri öğretilmelidir.

- ◆ Davranış sorunları ya da depresyon belirtileri açısından izlenmeli, gerekirse ebeveynler ve çocuk için bir danışmandan yardım istenmelidir. Ebeveynler çocuğun erken gelişimiyle uğraşmakta zorluk çekebilir. Psikolojik danışman, ailenin erken ergenlik döneminde ortaya çıkan duygular, konular ve zorlukları daha iyi anlamasını ve yönetmesini sağlayabilir.
- ◆ Vücut temizliğine özen gösterilmelidir.
- ◆ Vücut kokusu için sık sık duş alınması rahatlık sağlayabilir.
- ◆ Koltukaltı ve genital bölgede ortaya çıkan tüylerin temizliğinde kimyasal ürünler tercih edilmemelidir.



Çocuğun yaşı göz önünde bulundurulduğunda ağda travmatik olabilir. Tüyler sağlık açısından risk oluşturmaz. Ancak rahatsızlık veriyor ise makas ile kısaltılabilir.

- ◆ Çocuk yaşına göre büyük göstermesine rağmen zihinsel yapısı yaşına uygundur. Ancak çevresindeki kişiler görüldüğü yaşa göre davranmaya eğilimlidir. Bu nedenle çocuk akranlarına kıyasla, yaşça daha büyük çocuklar ile oynamayı tercih edebilir.

Hormonlar ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişmesine neden olmakla birlikte seksüel davranışa yönelik bir risk oluşturmaz. Ancak bütün çocuklarda olması gerektiği gibi; istismar konusunda uyanık olunmalı, çocuk istismarı konusunda çocuk eğitilmeli, özel alanlar, iyi ve kötü dokunuş anlatılmalıdır.

Bu broşürün amacı erken ergenlik hakkında temel bilgilere genel bir bakış sağlamaktır. Detaylı bilgi için doktor ya da hemşirenize danışabilirsiniz.

KAYNAKLAR

- ◆ European Society for Paediatric Endocrinology <https://www.eurospe.org/patient/turkish/index.html> Erişim: 09.01.2017
- ◆ British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes http://www.bsped.org.uk/patients/docs/precocious_puberty_tr_version.pdf Erişim: 09.01.2017
- ◆ Berberoğlu, M. (2010). Erken Puberte. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 4(1).61-64
- ◆ Göncü, EN. (2009). Normal Puberte Gelişimi Ve Puberte Prekoks. Hacettepe Tıp Dergisi, 40, 164-168.
- ◆ Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L. S., Yaralı, H., Yüce, K. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitabevi. İstanbul. s, 987.
- ◆ Çayır, Y., Çayır, A. (2013) Birinci Basamakta Erken Puberteli Çocuğa Yaklaşım. Tıp Araştırmaları Dergisi; 11(Ek 3/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları): 1-4
- ◆ Synovitz, L. B., & Chopak-Foss, J. (2013). Precocious puberty: Pathology, related risks, and support strategies. Open Journal of Preventive Medicine, 3(9), 504-509.

Bu broşürün amacı erken ergenlik hakkında temel bilgilere genel bir bakış sağlamaktır. Detaylı bilgi için doktor ya da hemşirenize danışabilirsiniz.

KAYNAKLAR

- ◆ European Society for Paediatric Endocrinology <https://www.eurospe.org/patient/turkish/index.html> Erişim: 09.01.2017
- ◆ British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes http://www.bsped.org.uk/patients/docs/precocious_puberty_tr_version.pdf Erişim: 09.01.2017
- ◆ Berberoğlu, M. (2010). Erken Puberte. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 4(1).61-64
- ◆ Gönç, EN. (2009). Normal Puberte Gelişimi Ve Puberte Prekoks. Hacettepe Tıp Dergisi, 40, 164-168.
- ◆ Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L. S., Yaralı, H., Yüce, K. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitabevi. İstanbul. s, 987.
- ◆ Çayır, Y., Çayır, A. (2013) Birinci Basamakta Erken Puberteli Çocuğa Yaklaşım. Tıp Araştırmaları Dergisi; 11(Ek 3/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları): 1-4
- ◆ Synovitz, L. B., & Chopak-Foss, J. (2013). Precocious puberty: Pathology, related risks, and support strategies. Open Journal of Preventive Medicine, 3(9), 504-509.

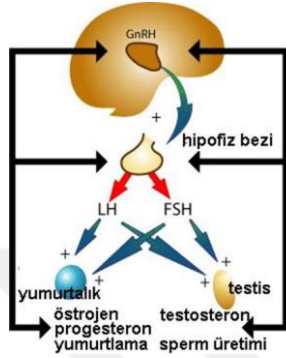


<https://www.eurospe.org/patient/turkish/easy/04%20Kolay.pdf>

EĞİTİM SUNUM MATERYALİ

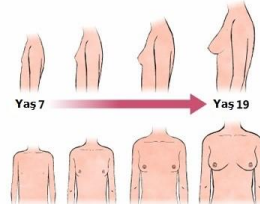
EK 2: Eğitim Sunum Materyali

ERGENLİKTE HORMONLAR

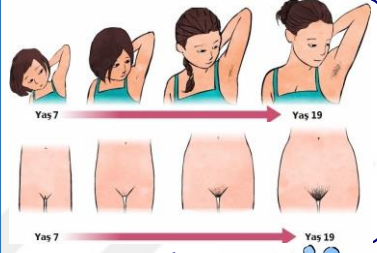


KIZLARDA ERGENLİK

Meme Gelişimi



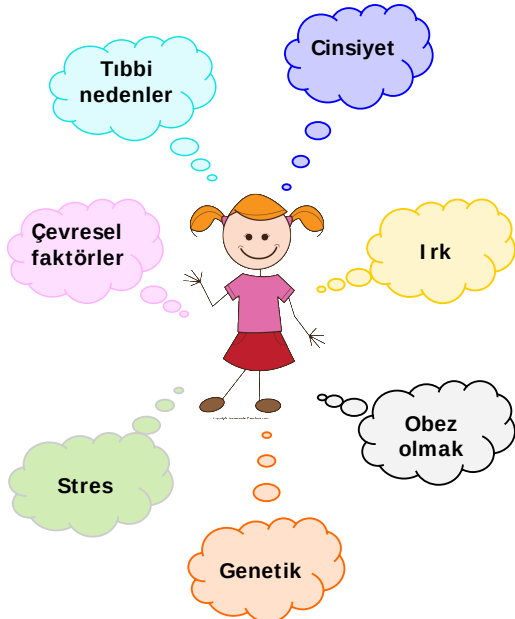
Tüylenme



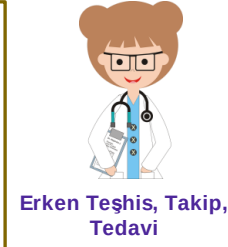
Adet Görme



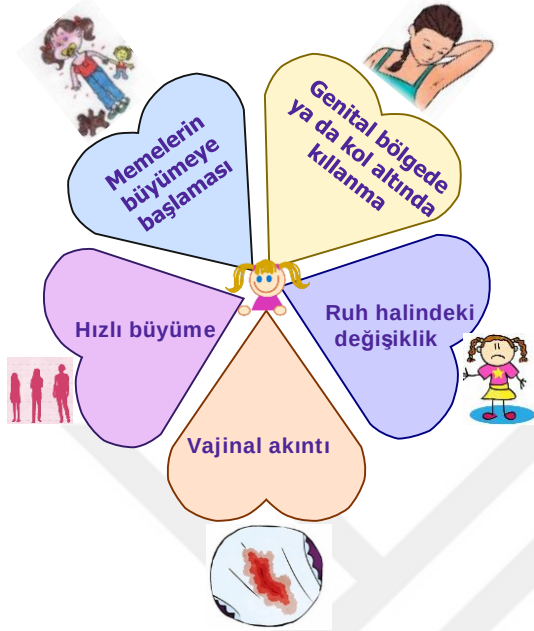
ERKEN ERGENLİK RİSK FAKTÖRLERİ



KORUNMA



ERKEN ERGENLİK BELİRTİLERİ



ERKEN ERGENLİKTE TEŞHİS



Öykü alma



Muayene



El filmi



Kan testleri

GnRH uyarılma testi



MR



Ultrason

ERKEN ERGENLİK TÜRÜ

Gerçek (Santral) Erken Ergenlik;

Genellikle erken ergenlik için belirlenebilir bir neden yoktur.

Ergenlik ilerleyişinin şekli ve zamanlaması normaldir ama ergenlik süreci çok erken başlar.

Yalancı (Periferik) Erken Ergenlik

Gerçek erken ergenlik olmayıp periferdeki dokulardan östrojen veya testosteronun vücuda salınması ile oluşur.



ERKEN ERGENLİKTE TEDAVİ

AMAÇ

- * Çocuğun erişkin boyunu maksimuma çıkarmak,
- * İkincil cinsiyet özelliklerinin ilerlemesini durdurmak
- * Erken ergenliğe bağlı gelişebilecek psiko-sosyal sorunları önlemek



Tedavi nedene yönelik yapılır. çocukların çoğu ilaçla etkili bir şekilde tedavi edilebilir.

GNRH ANALOG TEDAVİ Sİ 1

- * Cilt altı/kas içine iğne şeklinde olabilir.
- * Genellikle aylık bir ilaç enjeksiyonunu içerir.
- * Tedavi başladıktan sonra ilk 6 ay içinde ilacın etkisi gözlenmeye başlar.
- * Anormal düzeyde olan büyüme hızı ve kemik olgunlaşması yavaşlar.
- * Meme gelişimi yavaşlar veya durur. Hatta küçülme sağlanabilir.
- * Önceden meydana gelen değişiklikleri tamamen tersine çeviremez ama büyüme hızını bir çocuğunkine geri döndürür.

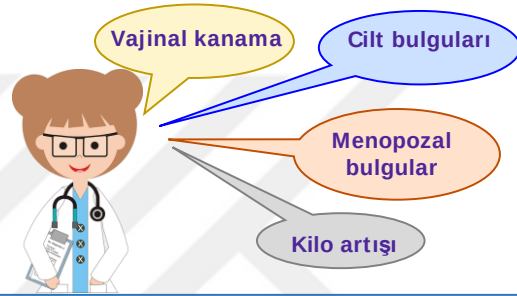


GNRH ANALOG TEDAVİ Sİ 2

- * Düzenli kullanmak etkinlik açısından önemlidir. İlacın unutulması veya ertelenmesi gibi ilaç tedavisine uyulmaması ergenliği baskılamak yerine teşvik edebilir.

YAN ETKİLERİ

İlacın yan etkileri minimumdur. Birçok çocuk tarafından tolere edilebilir düzeydedir.



GNRH ANALOG TEDAVİ Sİ 3

- * Tedavi genellikle 10-11 yaşına kadar devam eder.
- * Tedavi süresi kemik yaşı ve öngörülen boy dikate alınarak belirlenir.
- * Genellikle çocuğun boyu tahminlerden daha iyi sonuç vermektedir.

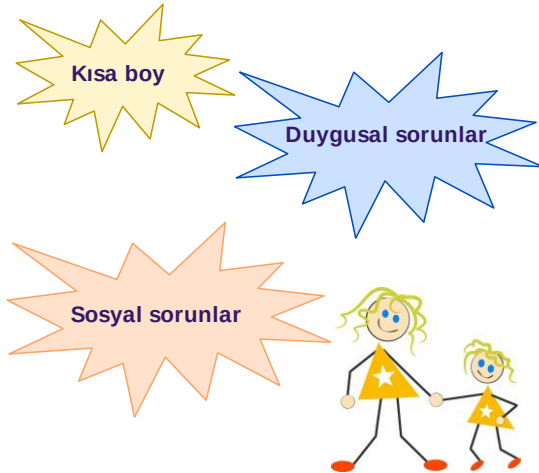


- * GnRH analog tedavisinin çocuğun gelecekteki üreme sağlığını olumsuz etkilediğini ve erken menopoza girdiğini gösteren hiçbir kanıt yoktur.
- * Tedavi sonlandırıldığında ergenliğin ilerlemesi devam eder.

PERİ FERİ K ERKEN ERGENLİ KTE TEDAVİ

Çocuğun erken ergenliğine başka bir tıbbi durum neden oluyorsa, ergenliğin ilerlemesini durdurmak için bu durumun tedavisi gereklidir.

TEDAVİ OLMAZ İ SE



ERKEN ERGENLİK VE BESLENME 1

* Çocuk ve aile birlikte yemek yemeli, çocuk için ayrı beslenme düzenlenmemelidir.

* Besin seçiminde ve hazırlanmasında çocuğun katılımı desteklenmelidir.

* Sağlıksız besinler çocuğa ödül olarak sunulmamalıdır.

* Çocuk okula kahvaltı yapmadan gönderilmemeli, öğretmenden çocuklara sağlıklı beslenme konusunda rehberlik etmesi için destek alınmalıdır.



ERKEN ERGENLİK VE BESLENME 2

* Tatil günlerini alış-veriş merkezleri yerine doğa ortamında geçirilmelidir.

* Televizyon ve bilgisayarda geçirilen saatler düzenlenmelidir.

* Besin çeşitliliğinin sağlanması, besinlerle alınan zararlı maddelerden etkilenmeyi en aza indirecektir.

* Çocuk eğer obez ise diyetisyen desteğinden yararlanmak faydalı olacaktır.



ERKEN ERGENLİK VE EGZERSİZ

Fiziksel etkinlik belirlenirken;

- * çocuğun yapmak istediği sporların göz önünde bulundurulması,
- * fiziksel yeterliliğinin bilinmesi
- * gereksiz zorlamalardan kaçınılması önemlidir.



Yürüme, koşma, yüzmeye, basketbol ve voleybol yapılacak sporlara örnek olarak verilebilir.



BAŞA ÇIKMA VE DESTEK 1

Sağlık ekibine soru sormaktan çekinilmemeli, muayene ve takip randevularına gelirken sorulacak sorular listelenmelidir.

Sosyal ve duygusal sorunlara önlem olarak;

- * Çocuğun açık, basit ve doğru yollarla ergenlik halini anlamasına yardımcı olunmalıdır.
- * Kendisinin tamamen normal olduğunu, arkadaşlarının çoğunun yakında aynı durumu yaşayacağını, sadece kendisinde bu durumun onlardan daha önce başladığı açıklanmalıdır.
- * Gelecek aylarda ve yıllarda nelerin olacağı açıklanmalıdır.



BAŞA ÇIKMA VE DESTEK 2

Sosyal ve duygusal sorunlara önlem olarak;

- * Evde sağlıklı ve motive edilmiş, çocuğun özgüvenini destekleyen bir ortam sağlanmalıdır.
- * Çocuğun görüldüğü yaşa göre değil, kronolojik yaşına (doğum tarihi doğrultusunda olduğu yaş) göre davranılmalıdır.
- * Çocuğun dış görünüşü hakkında yorum yapılmadığından emin olunmalı, onun yerine iyi yaptığı şeylere odaklanmalıdır.
- * Çocuğun karşılaşabileceği dış görünüşü ile ilgili alay gibi sosyal sorunlara karşı dikkatli olunmalı ve baş etme yöntemleri öğretilmelidir.



BAŞA ÇIKMA VE DESTEK 3

Sosyal ve duygusal sorunlara önlem olarak;

- * Davranış sorunları ya da depresyon belirtileri açısından izlenmeli, gerekirse ebeveynler ve çocuk için bir danışmandan yardım istenmelidir.



Vücut temizliğine özen gösterilmelidir.

- * sık sık duş
- * tüylerin temizliği



BAŞA ÇIKMA VE DESTEK 4

Çocuk yaşına göre büyük göstermesine rağmen;

- * Zihinsel yapısı yaşına uygundur. Ama çevresindeki kişiler görüldüğü yaşa göre davranmaya eğilimlidir.
- * Hormonlar seksüel davranışa yönelik bir risk oluşturmaz.

Ancak bütün çocuklarda olması gerektiği gibi;

- * istismar konusunda uyanık olunmalı,
- * çocuk istismarı konusunda çocuk eğitilmeli,
- * özel alanlar, iyi ve kötü dokunuş anlatılmalıdır.



HAYIR!

ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

EK 3: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) kullanım izni

depresyon, anksiyete, stres ölçeği kullanma izni - [REDACTED] - Gmail Page 1 of 2

Gmail [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Diğer 12 / 1.308

E-POSTA YAZ

depresyon, anksiyete, stres ölçeği kullanma izni Gelen Kutusu x ahmet. Çevrele

Gelen Kutusu (50)

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar (97)

Çöp Kutusu

Çevreler

anlama ve yürütme kurul...

doğum kursu

doktora yeterlilik

hasta okulu

Junk

Kişisel

Notes

Seyahat

yenidoğan

yoğun bakım

Diğer

Mukaddes Miral <[REDACTED]> 27.12.2016 (10 gün önce)

Alıcı: ahmet.akin

Sayın Ahmet AKIN Bey;
Ben İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisiyim. Doktora tezimde sizin Türkiye geçerlilik çalışmasını yapmış olduğunuz "depresyon, anksiyete, stres" ölçeğini kullanmam konusunda izin verebilir misiniz?

İlgi ve Desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

AHMET AKIN 28.12.2016 (9 gün önce)

Alıcı: bana

Ölçek ekteki iyi çalışmalar dilerim

Kimden: Mukaddes Miral [REDACTED]
Gönderildi: 27 Aralık 2016 Salı 19:53
Kime: AHMET AKIN
Konu: depresyon, anksiyete, stres ölçeği kullanma izni

Bu e-posta (ve ekler) mesajı, mesajın alıcısı kısmında belirtilmiş olan kullanıcı içindir ve sadece gönderilen kişiye yöneliktir. Mesajın alıcısı - gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen doğrudan veya dolaylı olarak mesaj kullanmayınız, yollayan kişiyi bilgilendirip mesajın tüm kopyalarını sisteminizden derhal siliniz. E-posta iletiminin güvenli veya hatasız olduğunun garantisi olmadığından geç veya eksik iletim veya içerik ve bilgilerde eksiklik, kayıp, değişiklik veya virüs olabileceğinden, bu mesajın iletiminden, içeriğindeki hatadan, eksiklikten, doğruluğundan ve gizliliğinin ihmalinden veya bu yolla bilgi paylaşım, iletim, depolanması gibi herhangi bir kullanımdan Üniversitemiz hiçbir şekilde sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazıma ait olup hiçbir şekilde İstanbul Medeniyet Üniversitesi'ne atfedilemeyeceği gibi, Üniversitemizi bağlayıcı da değildir.

This e-mail (and the attachments), is solely for the individual or the entity who has been mentioned specifically in the recipient section of the e-mail and intended solely for the addressee. If you are not the recipient of this message or the intended addressee (or if you have received it accidentally), please do not use it directly or indirectly and delete the message and all its copies from your system by notifying the sender immediately. Since safe and healthy transmission of an e-mail cannot be guaranteed and there is a possibility of delayed or incomplete delivery of a message or absence, loss, change or presence of virus in content and information, İstanbul Medeniyet University is not liable for the delivery of the message; the fault and incompleteness in the content, violation of confidentiality or integrity, or sharing, transmission and storage of information via this way. The content of the message does solely belong to the writer of it and under no circumstances can be endorsed by İstanbul Medeniyet University. Also, İstanbul Medeniyet University does not accept any legal responsibility whatsoever for the content of the message.

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm 6.01.2017

EK 4: 6-18 yaş çocuk davranış değerlendirme ölçeği (CBCL/6-18 ölçeği) kullanım izni

6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği/CBCL/6-18 kullanı... Page 1 of 2

Gmail 1 / 1.308

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (51)

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar (97)

Çöp Kutusu

Çevreler

anlama ve yürütme kurul...

doğum kursu

doktora yeterlilik

hasta okulu

Junk

Kişisel

Notes

Seyahat

yenidoğan

yoğun bakım

Diğer

6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği/CBCL/6-18 kullanım izni

Gelen Kutusu x

Mukaddes Miral

Sayın Neşe EROL Hanım, Doktora tezimde 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış...

4 Oca (2 gün önce)

Kişiler (2)

profdrn

Çevrele

Alıcı: bana

Sevgili Mukaddes Hanım,

Doktora tezinizde CBCL/6-18 Ölçeğini kullanabilirsiniz.

Başarı dilekleriyle

Prof.Dr. Neşe Erol

iPhone'umdan gönderildi

4 Oca 2017 tarihinde 14:49 saatinde, Mukaddes Miral <[redacted]> şunları yazdı:

--

iPhone'umdan gönderildi

4 Oca 2017 tarihinde 14:49 saatinde, Mukaddes Miral <[redacted]> şunları yazdı:

<mukaddes ölçek kullanım sözleşmesi.pdf>

T G

Alıcı: bana

Sayın Mukaddes Hanım

Neşe Hanım bir önceki mailde onay vermiş Başarı dilekleriyle diyor. Ölçeklerden kaç adet istiyorsunuz TC kimlik numaranızı adres bilgilerinizi gönderebilirsiniz kargo ile gönderebiliriz.

İyi çalışmalar

Tulay Güner

09:42 (22 saat önce)

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm

6.01.2017

KURUM İZNİ

EK 5: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji ABD'dan çalışmanın yapılabilmesi için yazılı izin

Tarih ve Sayı: 30/03/2017-125009



* B E A 5 N B 6 5 V *



T.C.
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığı



Sayı :46955197-044-
Konu :Mukaddes Turan MİRAL'ın tez çalışması

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :24/02/2017 tarih, 77662 sayılı yazınıza,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı doktora eğitimine Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'in danışmanlığı altında devam eden Mukaddes TURAN MİRAL'ın " Puberte Prekokslu Kızlar ve Anneleri Üzerinde Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Hemşirelik Destek Programının Etkileri" isimli tez çalışmasını, Anabilim Dalımız Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Feyza DARENDELİLER'in danışmanlığında yapması, Anabilim Dalımızın 23/03/2017 tarihli Akademik Kurulunda oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize gereği için arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mübeccel DEMİRKOL
Anabilim Dalı Başkanı

Ekler :
1- Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı'nın yazısı
2- 23/03/2017 tarihli Anabilim Dalımız Akademik Kurul Kararı

Doğrulamak İçin:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEA5NB65V>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : İsmail YAZICIOĞLU Dahili : 31641

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : (212) 4142197 Fax : (212) 4142196
e-posta : itfped@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayı: 27/04/2017-161935



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



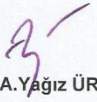
Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 26/04/2017
Toplantı No : 9
Karar No : 23

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı Doktora eğitimine Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'in danışmanlığı altında devam eden **Mukaddes TURAN MİRAL**'ın "*Puberte Prekokslu Kızlar ve Anneleri Üzerinde Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Hemşirelik Destek Programının Etkileri*" başlıklı tez çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Hatice GÜNAY
Fakülte Sekreteri V.

ETİK KURUL KARARI

EK 6: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Sayı : 213 Konu: Prof. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN hk.	Sayın Prof. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale	Tarih : 27.02.2017
İlgi: Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 20/02/2017 gün ve 69600 sayılı yazı Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Uz. Hemş. Mukaddes TURAN MİRAL' in yürüteceği 2017/200 dosya numaralı "Puberte prekokslu kızlar ve anneleri üzerinde Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programının etkileri" başlıklı çalışma kurulumuzun 24/02/2017 gün ve 04 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.		
 Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı		
Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu		

EK 7: Bilgilendirilmiş gönüllü onam formları

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Ebeveyle için)

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma “Puberte Prekokslu (Erken Ergenlik tanısı konan) kızlar ve anneleri üzerinde Roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik destek programının etkileri”ni belirlemek amacı ile planlandı. Araştırma çocuk endokrinoloji polikliniğine başvuran puberte prekoks (erken ergenlik) tanısı konmuş hastalar ile yapılacak olup hasta ile görüşme yaklaşık 3-4 ay, çalışmanın tamamı ise bir buçuk yıl sürdürecektir. Çocuğunuza bilgi vermek dışında herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Çalışmada çocuğunuza yönelik olarak yapılan bakım uygulamaları değerlendirecektir. Çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji kliniğinde yürütülecektir.

Bu araştırmada çocukların annelerine; çocuklarının davranışları ve annelerinin psikolojik durumu ile ilgili bilgiler sorulacaktır. Erken ergenlik ile ilgili bir eğitim verilecek, el kitapçığı verilecek ve istediğiniz taktirde puberte prekoks teşhisli annelerin bulunduğu iletişim grubuna dahil edileceksiniz. Daha sonra birer ay ara ile sizinle bir görüşme sağlanarak sorun ve çözüm yolları konuşulacaktır. Üç ayın sonunda tekrar çocuklarının davranışları ve annelerinin psikolojik durumu ile ilgili bilgiler sorulacaktır. Yapılan değerlendirmeler, sizde ve çocuğunuzda rahatsızlığa neden olmayacaktır. Araştırma sırasında araştırmacıya her zaman [] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Bu araştırma sırasında sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler ile erken ergenlik tanılı kız çocukları ve anneleri için hemşirelik destek programının yararlarının ortaya konması amaçlanmaktadır.

Araştırma sırasında çocuğunuzun yaşamını tehdit edecek herhangi bir girişim ya da ilaç uygulanmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan çıktığınız için çocuğunuzun tedavisi herhangi bir şekilde ihmal edilmeyecektir. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, kimliğiniz ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda yer alan araştırmaya ilişkin bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Verilen tüm açıklamaları okudum. Kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın bu koşullar altında benim ve çocuğumun yukarıda söz konusu olan araştırmaya katılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Adı-soyadı, İmzası:

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (Çocuk için (4-10 yaş))

Sevgili Çocuklar,

Erken ergenlik çok erken yaşta büyüyorsun demektir. Daha hazır olmadan yetişkin vücuduna sahip olmaya başlıyorsun. Bu dönemde hemşirenin vereceği bakım destek programını değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmayı planladık.

Bu araştırmada annene ve sana çok hızlı büyümekten bahsedeceğiz. Annene bunun ne anlama geldiğini, neden olduğunu ve doktorun nasıl tedavi ettiğini anlatacağız. Birer ay ara ile 3 kez annen ile görüşerek hızlı büyüme hakkında konuşacağız.

Bu araştırmada sana bilgi vermek dışında herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Yalnızca annene psikolojik durumu ve senin davranışların ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler ile erken ergenlik tanısı konulan kız çocukları ve anneleri için hemşirelik destek programının yararlarının ortaya konması amaçlanmaktadır.

Sana verilecek sağlık hizmetlerinin araştırmaya katılmayı kabul edip etmemenle bir ilgisi yoktur. Her iki durumda da senin tedavi ve bakımına devam edilecektir. Bu araştırmada seninle ilgili bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımın ve desteğin için teşekkür ederiz.

Yukarıda yer alan araştırmaya ilişkin verilen tüm açıklamaları okudum ve anladım. Anne veya babam uygun gördüğü takdirde bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Çocuğun Adı-Soyadı:

Veli Adı-soyadı, İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası: Mukaddes TURAN MİRAL

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kurum görevlisinin

Adı-soyadı, İmzası, Görevi

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Uzman Hemşire Mukaddes TURAN MİRAL tarafından Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya çocuğumun katılabilmesi için bilgilendirildim. Eğer bu araştırmada çocuğumun yer almasına izin verirsem çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında çocuğumun kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle çocuğumda meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında çocuğum bir sağlık sorunu ile karşılaştığında; herhangi bir saatte, Uzman Hemşire Mukaddes TURAN MİRAL'ı [REDACTED] nolu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hemşire ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesine çocuğumun katılması kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Ebeveynin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası
Mukaddes TURAN MİRAL

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PUBERTE PREKOKSLU KIZLAR ve ANNELERİNDE ROY ADAPTASYON MODELİNE DAYALI HEMŞİRELİK DESTEK PROGRAMININ ETKİLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 6	% 5	% 3	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNT ERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
5	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
7	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
8	icaeh.com İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mukaddes	Soyadı	Turan Miral
Doğ.Yeri	XXXX	Doğ.Tar.	XXXXX
Uyruğu	TC	TC Kim No	XXXXXXX
Email	XXXXX	Tel	XXXXXXXX

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	1998
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	1995
Lise	Mersin Sağlık Meslek Lisesi	1990

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire (Eğitim Koord)	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi	2003-2019
2.	Hemşire (Birim Sorumlusu)	İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD	1991-2003
3.	Hemşire	Dr Lütfü Kırdar Kartal EAH Ortopedi Servisi	1990-1991

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta		2014 YDS 60

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	68,10	70,53	70,00
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office Programları (World, Excell, Power Point, Publisher, Movie Maker)	İyi
SPSS Programı	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

YAYINLAR

1. Yurtçiçek S., Şahin N. H., **Miral T.M.** (2018) Fiziksel Aktivite Engelleri Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. The Journal of Academic Social Science. 6 (71), 396-404 .
1. **Miral, M** , Kızılkaya B.N . (2017) Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi,; 4 (2), 142-148. DOI: 10.17681/hsp-dergisi.316897
2. Akman M., **Miral M.** (2010) Hasta Okullarında Eğitim. İstanbul'da Sağlık. OcakŞubat 2010
3. **Miral M.**, Yeni Hemşirelik Kanunu . İstanbul'da Sağlık. Ağustos 2007
4. **Miral M.**, Hasta Okulları . İstanbul'da Sağlık. Nisan 2007
5. **Miral M.**, Hemşire Bürosu . İstanbul'da Sağlık. Aralık 2006
6. **Miral M.**, Japonya'da Hemşire Olmak . İstanbul'da Sağlık. Mart 2006
7. **Miral M.**, Triyaj Hemşireliği. İstanbul'da Sağlık. OcakŞubat 2004
8. **Turan M.**, Coşkun A., Gökçay.G. (2000) Doğum Sonrası Erken Dönemde, Doğru Teknik İle Emzirmenin Tek Başına Anne Sütü İle Beslenme Süresine Etkisi. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 63:3.
9. **Turan M.** (1998) Erken Dönemde Doğru Emzirme Tekniğinin Tek Başına Anne Sütü İle Besleme Süresi Üzerine Etkisi. Hemşirelik Bülteni, 10:4041.

ULUSLARARASI YAYINLAR

1. Ay F, Gençtürk N, **Turan Miral M** (2014). Barriers that prevent implementation of research finding in nursing educationresearch hospitals case. International Journal of Nursing Practice, 20 (6); 646654. doi: 10.1111/ijn.12226. (Online ISSN: 1440172X)
2. Badır A, Topçu İ, Türkmen E, Göktepe N, **Miral M**, Ersoy N and Akın E. (2015) Turkish critical care nurses' views on endoflife decision making and practices. BritishAssociation of Critical Care Nursesdoi:10.1111/nicc.12157.

ULUSLARARASI BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN ve BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER

1. Şahin N. H., Yurtçiçek S., Miral M.T., Fiziksel Aktivite Engelleri Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 1. Uluslararası Sağlıklı Yaşam Kongresi (Sözlü bildiri) 12-13 Nisan 2018

2. Nevin Şahin, Saliha Yurtçiçek, **Mukaddes Turan**, Cansu Günaydın, Fatma Soylu Çakmak, Ayşe Güler, Kübra Özer, Şirin Çelik, Gonca Buran (2016) Physical activity level and quality of life among whitecollar workers in Istanbul, Turkey. 6th World Nursing and Healthcare Conference. August 1517, 2016 Heathrow Stockley Road, Crowne Plaza, London, UK. (Sözel Bildiri)
3. **Miral M.**, Beji N. (2016) Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık. I. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi 1415 Nisan 2016 (Sözel Bildiri)
4. **Miral M.**, Şahin N. (2016) Yönetimde Kadın ve Cam Tavan Sendromu. I. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi 1415 Nisan 2016 (Sözel Bildiri)
5. Şahin N., **Miral M.**, (2015) The menopause specific quality of life and hormone therapy: Turkish women perspective. Maturitas An International Journal Of Midlife health and beyond. Official Journal of the European Menopause & Andropause Society Afillated with the Australasian Menopause Society 10th EMAS Congress Abstracts / Maturitas volüme 81;İssue: 1.Page 145
6. **Miral M.**, Şahi N., Özsüzer C., Albayrak S., Ersoy Ç. Doğumhane Ekibinin Gebe Eğitim Programına Bakışı: İstanbul İli Kamu Hastaneleri Deneyimi 12. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi (Sözlü Bildiri) 0508 Mart 2015
7. Badır A, Topçu İ, Korhan E, **Miral M**, Ersoy N, Intensive Care Nurses' Experiences and Attitudes Toward EndOfLife Care, 5th EfCCNa & UINARS Congress (Oral Presentations) 23 – 25 May, 2013 Belgrade, SERBİA,
8. **Miral M.**, Özcan D., Topçu İ.,Akman M., Doğal Doğumun Kurumlarda Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma. 1. Uluslar arası & II. Ulusal Ebelik Kongresi (Sözlü Bildiri) 1316 Ekim 2011
9. **Miral M.**, Özcan D., Topçu İ.,Akman M., Gebe Eğitimine Farklı Bir Bakış; Gebe Okulu. 1. Uluslar arası & II. Ulusal Ebelik Kongresi (Sözlü Bildiri) 1316 Ekim 2011
10. Duruhan Ö., Özcan Ö., Karakaş N., Akman M., **Miral M.**, İntensive Care Nurse Education Research Activities in İstanbul. 4th EfCCNa Congress&FSAIO Spring Congress, European Ciritical Care Nursing: Working together for a beter tomorrow (Poster).2426 March 2011 Copenhagen, DENMARK

11. **Turan M.**, Jinekolojik Kanserli Hastanın Ameliyat Sonrası Bakımı (Olgu Sunumu). VII. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi, 2327 Eylül 2000 İSTANBUL

ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN ve BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER

1. **Miral M.** Adölesan Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. 7. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri (Konuşmacı) 07-10.12.2017
2. **Miral M.** Bek Yağmur Ö, Atak M. SHMYO'larında Staj Sorunları ve Çözüm Önerileri 4. Ulusal Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları Sempozyumu. (Konuşmacı) 15-18.11.2017
3. **Miral Turan M.** Aile Planlaması Hizmetlerinin Ana Çocuk ve Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri. Kadın Hastalıkları ve Doğum Günleri I (Konuşmacı) 02.05.2016
4. **Miral M.** İnfertilite Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, İnfertilite Hemşireliği Sempozyumu İstanbul (Konuşmacı) 12 Eylül 2014
5. **Miral M.** İl Sağlık Müdürlüğü'nün Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Programları, I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi İstanbul (Konuşmacı) 2426 Nisan 2013
6. **Miral M.** Doğal Doğuma Engeller: Gebe, Sağlık Personeli ve Kurumsal Politikalara Bakış, İstanbul Üniversitesi 3.Kadın Doğum Günleri Kongresi Hemşirelik Oturumları Programı (Konuşmacı) 28 Şubat – 1 Mart 2013
7. **Miral M.** Türkiye’de Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programları ve Uzmanlaşma, Günümüzde Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu İstanbul (Konuşmacı) 16.11.2012
8. **Miral M.** Ekici E, Duruhan Ö, Topçu İ, Hasta Eğitiminde Farklı Bir Bakış: Hasta Okulu 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Poster) 26 Ekim 2012 Bursa
9. **Miral M.**, Ekici E, Topçu İ, İstanbul’da Okul Sağlığı Eğitim Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Poster) 26 Ekim 2012 Bursa
10. **Miral M.**, Ekici E, Topçu İ, Şahin S., İstanbul İli Kamu Hastanelerinde Düzenlenen Hasta Okullarının Değerlendirmesi, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Poster) 26 Ekim 2012 Bursa
11. **Miral M.**, Pekşen Ö., Yüksek N., Özcan D., Topçu İ., Akman M., İstanbul İlinde İlköğretim 4. Sınıf Öğrencilerine verilen Sağlıklı Beslenme Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi Düzeyine Etkisi, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Poster) 47 Ekim 2011 Trabzon

12. **Miral M.**, Kaya F., Özcan Ö., Duruhan Ö., Akman M., İstanbul İlinde Görev Yapan Pediatri Hemşirelerine Yönelik Eğitim Faaliyetleri. 33. Pediatri Günleri ve 12. Pediatri Hemşireliği Günleri (Poster). 28—31 Mart 2011, İstanbul.
13. Özcan D., Türkoğlu B., Duruhan Ö., **Miral M.**, Karakaş N., İstanbul İlinde Görev Yapan Sağlık Yöneticilerine Yönelik Eğitim Faaliyetleri. (Poster) 1316.05.2010, Marmaris
14. **Turan M.**, Anahit COŞKUN, Gülbin GÖKÇAY: Erken Dönemde Doğru Emzirme Tekniğinin Tek Başına Anne Sütü İle Besleme Süresi Üzerine Etkisi II. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Kongresi, İstanbul, 23.06.2003

TEŞEKKÜR BELGESİ

1. ‘4. Ulusal Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları Sempozyumu” Teşekkür Belgesi 15-18 Kasım 2017
2. Bezmialem vakıf üniversitesi “Hemşirelikte Kariyer Günleri” Teşekkür Belgesi 03.Mart 2017
3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Günleri I “Aile Planlaması” Teşekkür Belgesi 02.05.2016
4. Acil Obstetrik Bakım Projesi Teşekkür Belgesi 2015
5. İnfertilite Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 12 . 09. 2014
6. Doğuma Hazırlık Eğitim Programı teşekkür Belgesi 8 Mayıs 2014
7. – Gebe Eğitici Eğitimi Kursu Teşekkür Belgesi 11.10.2013
8. III. Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 21.09.2011
9. Doğuma Hazırlık Eğitimi Kursu. Teşekkür Belgesi 26.05.2011
10. III. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 04.03.2011
11. III. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 03.11..2010
12. “Hizmet İçi Eğitim Hemşiresi Eğitimi” Teşekkür Belgesi 08.11.2010
13. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Teşekkür Belgesi 23.03.2010
14. “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Projesi” Teşekkür Belgesi 12.09.2010/482
15. II. Genel Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 22.09.2010
16. Aday Memur Eğitim Programı Teşekkür Belgesi 14.05.2010

17. Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Sağlığı Çalışanları Eğitici Eğitimi Programı Teşekkür Belgesi 14.04.2010
18. Temel Toplum Sağlığı Hemşireliği Sertifika Programı Teşekkür Belgesi 30.03.2010
19. II. Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 11.12.2009
20. II. Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 16.12.2009
21. II. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu Teşekkür Belgesi 07.12.2009
22. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Sertifika Programı Teşekkür Belgesi 13.10.2009
23. Perinatoloji Hemşireliği Sertifika Programı Teşekkür Belgesi 23.09.2009
24. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu 122. Maddesi doğrultusunda Teşekkür Belgesi 04.03.2009/384
25. Diyabet Hemşireliği Sertifika Programı Teşekkür Belgesi 14.03.2008
26. “2. İstanbul Meme Kanseri Kursu” Teşekkür Belgesi 07.06.2007
27. “Hizmet İçi Eğitim Hemşiresi Eğitimi” Teşekkür Belgesi 09.06.2006
28. “Hizmet İçi Eğitim Hemşiresi Eğitimi” Teşekkür Belgesi 15.04.2005
29. Alt Kademe Yönetici Hemşirelerin Sahip Olması Gereken Beceriler Teşekkür Belgesi 02.03.2000

TAKDİRNAME

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Projesi 03.08.2010/2904

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Kitap okumak

Yürüyüş