



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

**4-10 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA FONKSİYONEL BAĞIRSAK
HASTALIKLARI BELİRTİLERİNİN PSİKİYATRİK
BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Rahime YAPRAKCI

UZMANLIK TEZİ

**ANKARA
2020**



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

**4-10 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA FONKSİYONEL BAĞIRSAK
HASTALIKLARI BELİRTİLERİNİN PSİKİYATRİK
BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Rahime YAPRAKCI

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. H. Tuna ÇAK ESEN**

**ANKARA
2020**

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü'ne adım atıp tez danışmanım olduğunu öğrendiğimden bu yana bana mesleki eğitimim, tez çalışmamın her aşaması ve hayatın pek çok alanında destek olarak beni mentorluk kavramı ile tanıştıran kıymetli hocam Doç. Dr. Tuna Çak Esen'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca her birinin ayrı bakış açılarından yararlanma fırsatı yakaladığım hocalarım Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu, Prof. Dr. S. Ebru Çengel Kültür, Prof. Dr. Fatih Ünal, Doç. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir, Doç. Dr. Ş. Gülin Evinç, Dr. Öğr. Üyesi Dilek Ünal, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz Alan'a ve hem mesleki tecrübelerini hem de desteklerini esirgemeyen sevgili Uzm. Dr. Kevser Nalbant, Uzm. Dr. Cihan Aslan'a teşekkür ederim.

Araştırmamın analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen, birlikte dirsek çürüttüğümüz sevgili arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Doğukan Özen'e şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmamda desteklerini esirgemeyen sevgili mesai arkadaşlarım, Dr. Ecem Selin Akbaş Aliyev, Dr. Ayşe Selma Yenen, Dr. Hande Günal, Dr. Murat Berk Ada, Dr. Nazlı Merve, Demir, Dr. Beyza Ergül, Dr. Buket Kılıç, Dr. Havvana Horozcu, Dr. Berna Devecioğlu, Dr. Ekin Günal, Dr. Mine Aybı, Dr. Kemal Saruhan, Dr. Yusuf Selman Çelik, Onat Yetim, Makbule Esen Öksüzoğlu'na teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan zevk aldığım, desteğini her daim hissettiğim sevgili arkadaşım Neşe Dikmeer Bektaş'a, teşekkür ederim.

Bu branşa gönül vermeme saygı duyup, ayrı iki şehirde beş yılı aşkın süre yaşamak zorunda kalmamıza katlanan, her hafta sonu Ankara yollarını arşınlayan ve şikâyet etmeyen, her daim yanımda olan sevgili eşim, yol arkadaşım Volkan Yaprakçı'ya ve sevgili kızım Alya'ya, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Rahime YAPRAKCI

ÖZET

Yaprakcı, R. 4-10 Yaş Grubu Çocuklarda Fonksiyonel Bağırsak Hastalıkları Belirtilerinin Psikiyatrik Belirtiler İle İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran 4-10 yaş arası çocuklarda fonksiyonel gastrointestinal hastalık (FGH) belirtilerini sorgulayarak herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan akranları ile karşılaştırmak ve çocukluk çağında görülen psikiyatrik belirtiler ile fonksiyonel gastrointestinal belirtilerin arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmada araştırma grubunu Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne herhangi bir yakınma ile ilk kez başvuran 4-10 yaş aralığındaki çocuklar oluşturmuştur. Araştırmanın kontrol grubunu ise Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne herhangi bir yakınma ile ilk kez başvuran 4-10 yaş aralığındaki çocukların aynı yaştaki sınıf arkadaşları oluşturmuştur. Çalışmaya dâhil olan hastaların ailelerine demografik veri formu, Yenilenmiş Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi, Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'ni (4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formu) içeren anket formları uygulanmıştır. Araştırmanın analiz aşamasına 4-10 yaş aralığında 446 katılımcının (244 kişi araştırma grubu ve 202 kişi kontrol grubu) verisi dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması $7,48 \pm 1,92$ olarak saptanmıştır. Araştırma grubunda tek ebeveyn ile yaşayanların sıklığı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Anne ve babanın eğitim düzeyi kontrol grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. Karşı gelme, bilişsel problemler/dikkatsizlik, hiperaktivite ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu indeksi puanlarının tamamının araştırma grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Güçler ve Güçlükler Anketi puanlarını incelediğimizde duygusal sorunlar, davranış sorunları, hiperaktivite, akran sorunları, toplam güçlük puanı, içe yönelim ve dışa yönelim puanları araştırma grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. Tüm çalışma grubu FGH tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan olarak iki gruba ayrıldığında, FGH tanı ölçütlerini karşılayan çocukların hiperaktivite ve DEHB indeksi puanlarının, fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. FGH tanı ölçütlerini karşılayan çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi'ne ait duygusal sorunlar, davranış sorunları, hiperaktivite, toplam güçlük puanı, dışa yönelim ve içe yönelim puanları FGH tanı ölçütlerini karşılamayan çocuklara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamızda psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarla psikiyatrik yakınması olmayan çocuklar arasında irritabl bağırsak sendromu, fonksiyonel konstipasyon, dispepsi ve fonksiyonel karın ağrısı belirtileri açısından fark olduğu görülmüştür. Gruplar FGH tanı ölçütlerini karşılama durumlarına göre ayrıldığında içe yönelim belirtilerinin FGH tanı ölçütlerini karşılayan çocuklarda karşılamayanlara göre daha sık olduğu gözlenmiştir. Alandaki çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında genel olarak bilimsel yazın ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: fonksiyonel gastrointestinal belirti, çocuk, psikiyatrik belirti, içe yönelim, dışa yönelim

ABSTRACT

Yaprakçı, R. The relationship between functional gastrointestinal symptoms and psychiatric symptoms among children ages 4 to 10 years, Hacettepe University Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2020. The aim of this study is to investigate the relationship between functional gastrointestinal symptoms and psychiatric symptoms in children ages 4 to 10 years and typically developing peers comparatively. Children admitted to the Hacettepe University, Department of Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic and their typically developing peers qualifying the criteria of having no psychiatric complaints or symptoms previously were enrolled to form the study and the control groups. Demographic data form, Conners' Parent Rating Scale-Revised/Short Form, Strengths and Difficulties Questionnaire and Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms were used. Data from 446 participants (244 children in the study group and 202 children in the control group) were qualified to be included in the statistical analysis of the study. The mean age of all participants was 7.48 ± 1.92 . The incidence of living with a single parent was higher in the study group. The education levels of parents were higher in the control group. The scores for oppositional behaviour, cognitive problems/inattention, hyperactivity and attention deficit hyperactivity index scales on the Conners' Parent Rating Scale-Revised/Short Form were significantly higher in the study group. On the Strengths and Difficulties Questionnaire emotional problems, conduct problems, hyperactivity-inattention, peer problems, total difficulty score, internalizing and externalizing behavior scores were significantly higher in the study group than in the control group. When the study and the control groups analyzed separately for whether or not fulfilling the diagnostic criteria of functional gastrointestinal disorder (FGD), the attention deficit hyperactivity index and hyperactivity scores on the Conners' Parent Rating Scale-Revised/Short Form were higher in children fulfilling the diagnostic criteria for FGD. Emotional problems, conduct problems, hyperactivity-inattention, total difficulty score, externalizing and internalizing scores on the Strengths and Difficulties Questionnaire were higher in children fulfilling the diagnostic criteria for FGD. Irritable bowel syndrome, functional constipation, dyspepsia and functional abdominal pain symptoms were significantly more frequent in the study group consisting of children with psychiatric complaints. Overall, internalizing symptoms were more common in children who met FGD diagnostic criteria than those who did not. The study results were found consistent with the existing literature.

Keywords: functional gastrointestinal symptoms, psychiatric symptoms, children, internalizing, externalizing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. KONUNUN ÖNEMİ	1
1.2. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ	2
1.3. ÇALIŞMANIN AMACI	2
1.4. HİPOTEZLER	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIKLIKLA İÇE YÖNELİM BELİRTİLERİYLE SEYREDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR	4
2.1.1. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları	4
2.1.2. Duygudurum Bozuklukları	5
2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	7
2.1.4. Bedensel (Somatik) Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	7
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIKLIKLA DIŞA YÖNELİM BELİRTİLERİYLE SEYREDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR	8
2.2.1. Davranım Bozukluğu	8
2.2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	9
2.2.3. Dışa Atım Bozuklukları	9
2.3. NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR	10
2.3.1. Özgül Öğrenme Bozukluğu	10
2.3.2. Anlıksal Yetiyitimi/ Zihinsel yetersizlik.....	11
2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu.....	11

2.3.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	12
2.3.5. İletişim Bozuklukları.....	13
2.3.6. İstenç Dışı Devinim (Tik) Bozuklukları	13
2.4. FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLAR	14
2.4.1. Fonksiyonel Bulantı ve Kusma Bozuklukları	16
2.4.1.1. Siklik Kusma Sendromu	16
2.4.1.2. Ruminasyon Sendromu	17
2.4.1.3. Aerofaji	17
2.4.2. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklara Bağlı Karın Ağrısı	18
2.4.2.1. Fonksiyonel Dispepsi	18
2.4.2.2. İrritabl Bağırsak Sendromu	18
2.4.2.3. Abdominal Migren	19
2.4.2.4. Fonksiyonel Karın Ağrısı.....	19
2.4.2.5. Fonksiyonel Konstipasyon.....	20
2.5. PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR VE EŞLİK EDEN	
FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLAR	20
2.5.1. Sıklıkla İçe Yönelim Belirtileriyle Seyreden Psikiyatrik	
Bozukluklar ve Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar.....	21
2.5.2. Dışa Yönelim ve Nörogelişimsel Problemler ile Seyreden	
Psikiyatrik Bozukluklar ve Fonksiyonel Gastrointestinal	
Hastalıkların ilişkisi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN DESENİ	26
3.3. ÖRNEKLEM	26
3.3.1. Araştırma Grubu	26
3.3.2. Kontrol Grubu	27
3.4. UYGULAMA	27
3.5. ETİK KONULAR.....	28
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	28
3.6.1. Demografik Bilgi Formu.....	29

3.6.2. Yenilenmiş Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu (YCADÖKF; Conners' Parent Rating Scale-Revised/Short Form, CPRS-R/S)	29
3.6.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA; Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ)	29
3.6.4. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği, 4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formu (Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Rome III Version, QPGS-RIII, Parent-Report Form Children 4 Years of Age and Older)	30
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİSTİK ANALİZLER	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	68
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	69
5.2. YENİLENMİŞ CONNERS ANA BABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ VE GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ SONUÇLARI	70
5.3. PEDİATRİK GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR ÖLÇEĞİ AİLE BİLDİRİM FORMU SONUÇLARI.....	71
5.4. FGH TANI KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN BİREYLERİN ARAŞTIRMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ DAĞILIMI.....	75
5.5. FGH TANI KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN BİREYLERİN YCAÖD-KISA VE GGA ÖLÇEK PUANLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRMESİ.....	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
7. KAYNAKLAR	83
8. EKLER.....	106
EK-1. Demografik Bilgi Formu	106
EK-2. Yenilenmiş Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu (YCADÖKF; Conners' Parent Rating Scale-Revised/Short Form, CPRS-R/S)	107

EK-3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strength and Difficulties Questionnaire).....	108
EK-4. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği, 4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formu(Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Rome III Version (QPGS-RIII) Parent-Report Form Children 4 Years of Age and Older).....	109

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: American Psychological Association
CAS	: Child Assessment Schedule
CPRS-R/S	: Conners' Parent Rating Scale-Revised/Short Form
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
FGH	: Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık
FD	: Fonksiyonel Dispepsi
FK	: Fonksiyonel Konstipasyon
GGA	: Güçler ve Güçlükler Anketi
KOKGB	: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
İBS	: İrritabl Bağırsak Sendromu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖÖB	: Özgül Öğrenme Bozukluğu
QPGS-RIII	: Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Rome III Version
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YCADÖKF	: Yenilenmiş Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu
YDDB	: Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar	16
Tablo 2. Araştırma ve kontrol gruplarında genel özellikler-nicel değişkenler.....	32
Tablo 3. Araştırma ve kontrol gruplarında genel özellikler – kategorik değişkenler	33
Tablo 4. Araştırma ve kontrol gruplarında doğum ile ilgili özellikler	34
Tablo 5. Araştırma ve kontrol gruplarında gelişim basamakları ile ilgili özellikler .	35
Tablo 6. Araştırma ve kontrol Gruplarında Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu Puanları.....	36
Tablo 7. Araştırma ve kontrol gruplarında Güçler ve Güçlükler Anketi puanları	37
Tablo 8. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde fonksiyonel dispepsi belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	38
Tablo 9. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde irritabl bağırsak sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	39
Tablo 10. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde irritabl bağırsak sendromu ek belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	43
Tablo 11. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde abdominal migren belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	45
Tablo 12. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde fonksiyonel abdominal ağrı belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	47
Tablo 13. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde fonksiyonel konstipasyon belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	51
Tablo 14. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde nonretansif fekal inkontinans belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	53

Tablo 15. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde aerofaji belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	54
Tablo 16. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde sıklık kusma belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	56
Tablo 17. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeğinde ergen ruminasyon sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı	57
Tablo 18. Araştırma ve kontrol gruplarında Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'ne göre fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan çocukların dağılımı.....	59
Tablo 19. Tüm örnekleme, fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan çocukların genel özelliklerin dağılımı- kategorik değişkenler	60
Tablo 20. Tüm örnekleme fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan çocukların genel özelliklerin dağılımı – nicel değişkenler	61
Tablo 21. Tüm örnekleme fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütleri karşılama durumlarına göre Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu Puanları	62
Tablo 22. Araştırma grubunun, fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütleri karşılama durumlarına göre Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu puanları.....	63
Tablo 23. Kontrol grubunun fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütleri karşılama durumlarına göre Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu puanları.....	64
Tablo 24. Tüm Örnekleme fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılama durumlarına göre Güçler ve Güçlükler Anketi puanları	65
Tablo 25. Araştırma grubunda, fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre Güçler ve Güçlükler Anketi puanları	66
Tablo 26. Kontrol grubunda fonksiyonel gastrointestinal hastalık (FGH) tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre Güçler ve Güçlükler Anketi puanları.....	67

1. GİRİŞ

1.1. KONUNUN ÖNEMİ

Çocukluk döneminde hafif belirtilerle seyreden ve işlevselliği kısmen bozan güçlüklerden ağır psikiyatrik bozukluklara kadar uzanan pek çok ruhsal zorluk ile karşılaşılır. Çocukluk dönemi psikiyatrik bozukluklarının sıklığını araştıran güncel araştırmalarda 2-17 yaş arası çocukların %9,4'ünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %7,4'ünde davranış bozukluğu, %7,1'inde anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (1). Çocukluk çağında görülen psikiyatrik bozukluklar uygun şekilde ele alınıp tedavi edilmediğinde duygusal, davranışsal ve sosyal alanlarda işlev bozukluğuna sebep olabilmektedir (2).

Öte yandan psikiyatrik bozukluklar ile birliktelik gösteren birçok fiziksel hastalık bulunmaktadır. Psikiyatrik bozukluk tanısı olan çocuklarda epilepsi, migren, uyku bozuklukları gibi birçok nörolojik hastalığın birlikteliği ve aralarındaki ilişki üzerinde sıklıkla durulmuştur (3). Nörolojik hastalıkların yanı sıra atopik dermatit, astım, alerjik rinit gibi hastalıklarla (4, 5), immünolojik bazı problemlerle (6, 7), hipotirodi, metabolik sendrom gibi endokrinolojik rahatsızlıklarla (8), psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki de birçok araştırmacı tarafından irdelenmiştir. Fiziksel hastalık sıklığının psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde normal topluma kıyasla daha fazla olduğu bilinmektedir (9). Psikiyatrik bozukluklarla diğer organik hastalıkların arasındaki ilişki oldukça karmaşık ve çoğunlukla iki yönlüdür.

Psikiyatrik bozukluklar ile sık birliktelik gösteren organik hastalıklardan önemli bir grup ise fonksiyonel bozukluklardır. (10). Fonksiyonel bozukluklar, kronik ya da tekrarlayıcı nitelikte olan, yapısal ya da biyokimyasal değişiklikler ile açıklanmayan belirtilerin hâkim olduğu klinik tabloları kapsayan hastalıklar grubudur (11). Fonksiyonel terimi, belirtilerin birçoğunun normal gelişime eşlik edebileceğini vurgulamaktadır (12). Fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, interstisyel sistit ve fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar fonksiyonel bozuklukların sık görülen örnekleridir. Fonksiyonel hastalıklar içinde en dikkat çeken gruplardan bir tanesi ise fonksiyonel gastrointestinal hastalıklardır.

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGH), duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve DEHB gibi pek çok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülebilmekte ve FGH tanısı konmuş olan çocuklar, ergenler ve erişkinlerde yüksek oranda anksiyete bozukluğu, depresyon ve davranım bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği bilinmektedir (13). FGH'ye eşlik eden psikiyatrik ikinci ya da üçüncü tanı varlığı ise tanı ve tedavide multidisipliner yaklaşımları gerektirmektedir (14).

1.2. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ

Bilimsel alan yazınında mevcut çalışmalara (15-17) rağmen psikiyatrik bozukluklarla FGH arasındaki ilişki yeterince aydınlatılamamıştır. FGH ile çocukluk çağında görünen psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkileri birkaç yönden inceleyen çalışmalara rastlanmasına karşın, tersine ilişkiyi yani psikiyatrik belirtileri olan çocuklarda FGH belirtilerini inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır. Ulaşılan yazında FGH belirtileri ile çocukluk çağında görülen psikiyatrik bozukluk belirtilerinin ilişki kümelerini inceleyen büyük örneklemlerle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız hem tersine ilişkiyi incelemesi hem de psikiyatrik belirtilerin hangi alanlarda yoğunlaştığını geniş sayılabilecek bir örneklem grubunda araştırması açısından bilimsel yazına katkı sağlamaktadır.

1.3. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, herhangi bir psikiyatrik yakınma ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran 4-10 yaş arası çocuklarda FGH belirtilerini sorgulayarak herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan akranları ile karşılaştırmak ve çocukluk çağında görülen psikiyatrik belirtiler ile fonksiyonel gastrointestinal belirtilerin arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.4. HİPOTEZLER

Hipotez 1: Psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) yakınması olmayan çocuklara göre (kontrol grubu) fonksiyonel gastrointestinal belirtilerin sıklığı daha fazladır.

Hipotez 2: Psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) fonksiyonel abdominal ağrı, irritabl bağırsak sendromu, konstipasyon ve nonretansif fekal inkontinans belirtileri, psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara (kontrol grubu) göre daha sıktır.

Hipotez 3: Psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) FGH tanı ölçütlerini karşılayanların duygusal sorunları ve içe yönelim belirtileri FGH tanı ölçütlerini karşılamayanlardan daha fazladır.

Hipotez 4: Psikiyatrik yakınması olmayan çocuklarda (kontrol grubu) FGH tanı ölçütlerini karşılayanların hem duygusal sorunlar ile içe yönelim belirtileri hem de dışa yönelim belirtileri, FGH tanı ölçütlerini karşılamayanlardan daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIKLIKLA İÇE YÖNELİM BELİRTİLERİYLE SEYREDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

2.1.1. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları

Anksiyete, çocukluk çağında sık görülen psikiyatrik bir belirti olup, bireyin tehlike içeren bir durum karşısında yaşadığı endişe hali ve eşlik eden fiziksel belirtiler olarak tanımlanır (18). Anksiyete, erken çocukluk döneminden itibaren var olan ve kişiyi olası tehlikeye karşı uyarıcı, tehdidi algılama ve kaçınmayı kolaylaştıran adaptif (uyumsal) işlev sağlayan bir duygudur (19). Anksiyetenin bir psikiyatrik bozukluk olarak sayılması için uyarıcı karşısında şiddet ya da süre açısından uygunsuz bir cevap olması, tekrarlanması ve kişinin sosyal işlevselliğini bozuyor olması gerekir (20). Anksiyete bozuklukları; ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluk, agorafobi, selektif mutizm gibi alt gruplara ayrılır. Çocukluk döneminde görülen anksiyete bozukluklarının yaygınlık oranları ülkeden ülkeye değişkenlik göstermekle birlikte genel olarak çocukların ve ergenlerin yaklaşık %5'i hayatlarının bir döneminde anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılar (21).

Ayrılık anksiyetesi, bir yaşın altındaki bebeklerde ortaya çıkan evrensel gelişimsel bir fenomen olup çocuğun farkındalığının annesinden ya da bakım vereninden ayrılmaya odaklandığı durumdur. Bu kaygı 9-18. aylar arasında pik yapar ve 30. aya doğru azalır. Çocuğun gelişim dönemi ile uyumsuz ve yabancı kişiler ile karşılaştığında yoğun ve ısrarcı tarzda korku, utanma, ketlenme göstermesi ve sosyal kaçınmasının olması ise ayrılık kaygısı bozukluğuna işaret eder. Ayrılık kaygısı bozukluğu tanısı temel bağlanma nesnesinden ayrılık ile ilişkili ortaya çıkan gelişimine uyumsuz aşırı kaygı varlığında konur. Yaygın anksiyete bozukluğu ise en az 6 aylık sürenin çoğu gününde çeşitli olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, kişinin kontrol etmekte belirgin güçlük çektiği, günlük işlevselliğini etkileyecek derecede aşırı bir kaygısının ya da kaygı beklentisinin olması ile birlikte huzursuzluk, kolay yorulma, odaklanma ve uyku güçlüğü, irritabilite, kas gerginliği belirtilerinden en az 3 tanesinin olması şeklinde tanımlanmıştır. Çocuk ve ergenlerde ise bu 6 maddeden

sadece 1 tanesinin bulunması tanı koydurucudur (22). Yaygın anksiyete bozukluğu en sık eş hastalanım gösteren anksiyete bozukluklarından biridir. Yakın dönemde yapılan bir çalışmada YAB tanısı konan çocuk ve ergenlerin %71'inde eşlik eden bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu, en yaygın birliktelik gösteren tanının ise özgül fobi olduğu ve bunu sırası ile ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve depresyonun izlediği bildirilmiştir (23). Anksiyete bozukluklarından çocukluk döneminde sıkça gördüklerimizden biri de sosyal fobidir. Kişide utanma, sosyal ortamlarda diğerleri tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair yoğun korku duyma ve bunu yaşayacağı ortamlardan kaçınma şeklinde ortaya çıkan ve işlevselliği bozan durumlar sosyal fobi olarak tanımlanır (22). Sosyal fobi, akademik başarısızlık, sosyal yetersizlik ve yaşam kalitesinde düşme gibi işlev bozukluklarına yol açabilir (24). Sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığının %0,4-13,7 arasında değiştiği bildirilmektedir (25). Bir diğer anksiyete bozukluğu ise özgül fobidir. Özgül fobi, belli bir nesne ya da durumdan değişmez ve sürekli halde yoğun şekilde korkma olarak tanımlanır. Fobik uyarandan ısrarla uzaklaşılır ya da kaçınılamaması halinde yoğun korku ile uyarana katlanılır. Korku zamandan, durumdan bağımsız şekilde süreklilik gösterir. Çocuklarda özgül fobi durumunda ağlama, öfke atağı, donakalma ya da bakım verene yapışma hali gözlenebilir. Bu zorluk günlük işlevsellikte bozulmaya sebep olur. Özgül fobinin çocukluk çağında en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (26). Özgül fobinin toplumda %5-10 oranında görüldüğü ve bu oranın klinik örnekleme %15-20'ye çıktığı görülmüştür (27-30). Anksiyete bozukluklarından çocukluk çağında karşılaşılan bir diğeri ise selektif mutizmdir. Çocuğun yakın ilişki içinde olduğu kişiler ile konuşabilirken, otorite figürü olarak algıladığı kişilerle yabancı ortamlarda konuşamaması olarak tanımlanır. Epidemiyolojik çalışmalarda selektif mutizm sıklığı %0,76-4,7 arasında bildirilmektedir (31). Anksiyete bozukluklarının geneline bakıldığında birçoğunun birbiri ile iç içe olduğu ve pek çok farklı somatik yakınma ile birlikte seyrettiği görülmektedir.

2.1.2. Duygudurum Bozuklukları

DSM-5'e göre duygudurum bozuklukları; depresyon bozuklukları başlığı altında yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (YDDB), majör depresif

bozukluk, distimik bozukluk, premenstrüel disforik bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı depresif bozukluk ile bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında bipolar bozukluk, siklotimik bozukluk ve maddenin/ilacın yol açtığı ikiüçlü ve ilişkili bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır (22).

Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu işlevsellikte bozulma ile seyreden, stabil olmayan bir duygudurum, kronik ve şiddetli irritabilite, patlayıcı davranışlar sergileyen çocuklarda tanımlanmış ve yeni bir psikiyatrik bozukluk tanımı olarak DSM-5'te yer almıştır. Tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler 10 yaşından önce görülmeye başlamış olmalıdır (22). Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu çocuk psikiyatrisi başvuruları arasında yaygın olarak tahmin edilse de toplum yaygınlığı belirsizdir. Kronik ve şiddetli irritabilite belirtisi oranlarına bakıldığında YDDB sıklığı %2-5 olarak tahmin edilmektedir (32). Depresif belirtiler, çocukluk döneminin tüm yaş gruplarında farklı şekillerde kendini gösterir ve yaş arttıkça depresif belirti görülme sıklığı da artar. Depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde irritabilite, sosyal ilişkilerde bozulma, akademik zorluklar ve sosyal izolasyon izlenir. Çocuğun gelişim döneminin klinik görünümü etkilemesine rağmen majör depresif bozukluğun temel özellikleri çocuk, ergen ve erişkinlerde çarpıcı benzerlikler gösterir (33). Depresif bozukluk, mutsuzluk, üzüntü, ağlama isteği, azalmış ya da artmış iştah, aşırı uyuma ya da uykusuzluk, yorgunluk ve bitkinlik, değersizlik, suçluluk, çaresizlik, azalmış öz bakım vb. belirtilerle seyredebilir. Kişi eskiden zevk alarak yaptığı etkinliklere karşı ilgisizdir (34). Epidemiyolojik çalışmalar, okul öncesi dönemdeki çocuklarda yaklaşık %1, okul çağı çocuklarında %2 ve ergenlerde yaklaşık %5 oranında görüldüğünü bildirmektedir (35). 2007 yılında 78.000 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir çalışmada 3-5 yaş arası çocuklarda %0,5 ve 6-11 yaş arası çocuklarda %1,4 oranında depresyon görülme sıklığı bildirilmiştir (36). Farklı ülkelerdeki yaygınlık çalışmalarında çocuk ve ergenlerde bipolar ve ilişkili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık %2 olduğu bildirilmektedir (37). Distimik bozukluk, çocukluk döneminde de görülebilen duygudurum bozuklukları arasındadır. Çocuk ve gençlerde en az bir yıldır var olan, çoğu gün ve günün büyük kısmında kişinin ifade ettiği ya da başkalarının gözlemlediği çökkün duygudurum halidir. Çökkün duygudurumla birlikte iştah değişikliği, uyku problemleri, bitkinlik, benlik saygısında azalma, odaklanmada ya da karar vermede güçlük, umutsuzluk

duygularından en az iki tanesinin varlığı, yıl içinde belirtilerin olmadığı 2 aylık bir sürenin hiç olmayışı, majör depresif bozukluk, mani ya da hipomani ölçütlerinin karşılanmaması ile diğer duygudurum bozukluklarından ayrılır (32). Türkiye’de yakın dönemde 5842 katılımcı ile yapılan çocukluk dönemi duygudurum bozuklukları yaygınlığını araştıran bir çalışmada ilkökul çocuklarında distimik bozukluğun %0,2 oranında görüldüğü bildirilmiştir (38).

2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), çocukluk döneminde başlayabilen, yarattığı kaygı ve neden olduğu zaman kaybı sebebiyle çocuk ve ergenlerde işlevselliği olumsuz etkileyebilen, obsesyon ve kompülsiyonlarla seyreden kronik bir psikiyatrik bozukluktur (39). OKB’de günlük hayatı olumsuz etkileyen, zaman kaybına neden olan, işlevselliği bozan takıntılara tekrarlayan girici düşünceler, imgeler ya da dürtüler eşlik eder. Çocuk ve ergenlerde belirtiler heterojenite gösterirken, obsesyon ve kompülsiyonlara eşlik eden, provokasyon ile tetiklenen öfke patlamaları da görülebilmektedir. OKB erişkin erkek ve kadınlar arasında benzer sıklıkta görülmesine rağmen, erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha sık görülür (40). Erkek çocuklarda (7-9 yaş) kız çocuklara göre (11-13 yaş) göre daha erken başlangıçlıdır (40). Toplumda yaşam boyu OKB görülme sıklığı %2-3 olarak bildirilmiştir (41). Uzun zaman çocuklarda OKB görülme sıklığının çok düşük olduğu düşünülse de erişkinlerle yapılan çalışmalarda belirtilerin genellikle çocukluk döneminde ortaya çıktığı görülmüş ve bu alanda araştırmalar yapılmıştır (42). Araştırmalar OKB olgularının yaklaşık %50’sinin çocukluk ve ergenlikte başladığını ortaya koymuştur (43). Çocuk ve ergenlerde OKB görülme sıklığının %2-4 arasında değiştiği bildirilmektedir (42).

2.1.4. Bedensel (Somatik) Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar

Somatizasyon; patofizyolojik açıklaması olmayan somatik belirtiler duyumsama ve bunları bildirme, sebebini organik bir patolojiye bağlama ve tıbbi açıdan yardım arama yatkınlığı olarak tanımlanır (44). Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar DSM-5’e göre; somatik belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu,

konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk, diğer sağlık durumları ile ilişkili somatik belirti bozuklukları şeklinde sınıflandırılmaktadır (45).

Somatik belirti bozukluğu, sıkıntı veren, süregelen bedensel belirtileri ve bunlara ilişkin işlevsel olmayan düşünceler, duygular ve davranışları barındıran bir psikiyatrik bozukluktur (45). Çocuk ve ergenlerin dahil edildiği 540 kişilik bir çalışmada katılımcıların yarısında en az bir, %15'inde en az 4 somatik yakınma olduğu görülmüştür. Aynı çalışma belirti sayısının yaşla birlikte arttığını ve ergen grupta erkeklerin %11'i ve kızların %15'inin çok sayıda somatik yakınma bildirdiğini tespit etmiştir (46). Epidemiyolojik çalışmalara baktığımızda bazı toplumlarda somatizasyonun çocuk ve ergenlerde görülme sıklığının %11 oranına kadar çıktığı görülmektedir (47). Erişkin çalışmalarında ise kadınlarda somatizasyon görülme sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (48).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIKLIKLA DIŞA YÖNELİM BELİRTİLERİYLE SEYREDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

2.2.1. Davranım Bozukluğu

Davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde insanlara, hayvanlara ve nesnelere yönelik saldırgan tutum ve davranış gözlenir. Bu davranışlar kimi zaman güvenliği tehdit eden durumların yanı sıra hırsızlık ve toplumsal kural ihlali gibi sorunları da beraberinde getirir. Davranım bozukluğu kişi, aile ve toplumu olumsuz etkileyen, temel insan haklarına aykırı olan, kişinin yaşına uygun sosyal norm ve kuralların dışında davranışları içerir (49). DSM-5'de davranım bozukluğu belirtileri fiziksel saldırganlık, mala zarar verme, yalancılık ya da hırsızlık, kuralların ağır ihlali şeklinde 4 ana gruba ayrılmıştır (50). Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu yaygınlığı %11, sosyoekonomik durumu düşük olan çocuklarda ise %20-35 olarak bildirilmiştir (49). Ülkemizde Trabzon'da yürütülen bir çalışmada sadece davranım bozukluğu gösterenler % 4,4 oranında bulunurken davranış bozukluğu ve DEHB birlikteliğinin sıklığı % 20,6 olarak tespit edilmiştir (51).

2.2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), çocuğun öfke patlamaları ve kurallara uymayı aktif olarak reddetmesi, davranışlarını akran grubuna göre belirgin olarak daha fazla göstermesi ve işlevsellikte bozukluk ile seyreden çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklardandır (33). DSM-5 ölçütlerine KOKGB en az 6 ay devam eden olumsuz, düşmanca ve meydan okuyan davranış biçimi ile karakterizedir (52). DEHB, davranım bozukluğu, duygudurum bozuklukları ve kaygı da dahil olmak üzere çok sayıda psikiyatrik bozuklukla birliktelik gösterebilir (53, 54). KOKGB 3 yaş civarında belirti göstermeye başlasa da tipik başlama yaşı 8 yaş civarı olmakla birlikte ebeveynlerin çocuk üzerinde güç, kontrol ve otonomi konularında aşırı kaygılı oluşu önemli bir özelliktir (33). Yapılan çalışmalarda KOKGB görülme oranı %1-11 arasında değişmektedir ve erkeklerde daha sık görülmektedir (52). Türkiye’de yapılan iki çalışmada KOKGB yaygınlığı %2,2 ve %11,5 oranında saptanmıştır (55, 56).

2.2.3. Dışa Atım Bozuklukları

Dışa atım bozuklukları hem çocukların hem de ailelerin yaşam kalitesini belirgin olarak olumsuz etkileyen, yaygınlığı her ne kadar yaşla birlikte azalsa da erken yaşlarda ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Bu sorunlar enürezis (idrar kaçırma) ve enkopresiz (dışkı kaçırma) olarak tanımlanan iki ayrı tanı kümesinde incelenmektedir (57).

Enürezis, DSM-5’e göre beş yaşından büyük çocukların bir madde ya da tıbbi hastalığa bağlı olmaksızın tekrarlayıcı şekilde gece yatağına gündüz çamaşırlarına idrar kaçırmaması, bunun üç ayda en az haftada iki kez olması ya da çocuğun işlevselliğini etkilemesi şeklinde tanımlanır (58). Enüreziste gereken yaşta ya da yaşa uyan gelişim döneminde mesane kontrolü edinilmesine rağmen idrar kaçırma devam etmektedir (59). Doğumdan beri idrar kontrolünün sağlanamadığı enürezis olgularına “primer enürezis”, idrar kontrolü sağlandıktan 6 ay ila 1 yıl kuru zaman aralığından sonra ortaya çıkan enürezis olgularına “sekonder enürezis” denir. Yapılan yaygınlık çalışmalarında 5 yaşındaki çocukların %20’si, 10 yaşındaki çocukların %5’i ve ergenlerin %1’inin ayda en az bir kez yataklarını ıslattığı bildirilmiştir (60, 61).

Ülkemizde 4 -12 yaş çocuklar arasında enürezis görülme sıklığı %11-25 arasında bildirilmiştir (62).

DSM-5'e göre enkoprezis, dört yaşından büyük çocuklarda en az üç ay boyunca ayda bir ya da daha çok tekrarlayan şekilde dışkı kaçırma ya da uygunsuz yerlere dışkılama olarak tanımlanır (58). Primer enkoprezis doğumdan beri sorunun süregeldiği, genellikle gelişimsel gerilik ve enürezis ile seyreden durumlar için; sekonder enkoprezis ise sıklıkla başa çıkması zor bir yaşamsal olay sonrası başlayan durumlar için kullanılmaktadır. Çocuklarda enkoprezisin en yaygın nedeni fonksiyonel fekal retansiyondur (63). Yaygınlık çalışmalarında enkoprezis görülme sıklığı %2-3 olarak bildirilmiştir (64). Ayrıca başka bir çalışmada enkoprezisin %79 oranında kabızlıkla beraber görüldüğü bildirilmiştir (65). Ülkemizde yapılan çalışmalarda enkoprezis görülme sıklığının %0,43-7 arasında değiştiği bildirilmiştir (66).

2.3. NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR

Nörogelişimsel bozukluklar, yaşamın erken döneminde nöronal gelişimin farklılaşması ile ortaya çıkan, nörolojik ve psikiyatrik belirtilerle seyreden gelişimsel bozuklukların genel adıdır. Bu bozukluklar doğumsal nöral anomaliler, zekâ gerilikleri, OSB, DEHB gibi nörolojik gelişimin etkilendiği geniş bir yelpazeyi içerir. İlk belirtiler erken çocukluk döneminde görülmeye başlar. Yaygınlık oranları incelendiğinde erkek çocuklarda daha sık ortaya çıktığı gözlenir. Bu hem intrauterin dönemde hem de doğum sonrasında kız çocuklarının daha hızlı nörogelişim gösterdikleri bilgisi ile tutarlıdır. Erkek cinsiyette nöral gelişimin uzaması ve olgunlaşmanın yavaşlığı, dış etkenlere daha fazla maruziyet ve dolayısı ile nöronal gelişimde aksama olasılığını arttırmaktadır (67-69).

2.3.1. Özgül Öğrenme Bozukluğu

Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB), zihinsel duygusal engellilik ve ruhsal ya da nörolojik sorunlar ile açıklanamayan özel zorluk alanlarını kapsayan işlevsellikte bozulma ile seyreden psikiyatrik bozukluklar grubudur. Öğrenme bozuklukları bir

çocuk ya da ergenin okuma, yazılı anlatım ya da matematik alanlarında genel zeka düzeyine oranla daha düşük akademik başarı göstermesi ile karakterizedir (33). ÖÖB yaygınlığını belirlemek zordur, çünkü ÖÖB'yi farklı ortamlarda tanımlamak için farklı ölçütler kullanılır. ABD’de çocuklarda yaşam boyu ÖÖB yaygınlığının %10 olduğu bildirilmiştir (70). Okuma ve yazılı anlatım bozuklukları ÖÖB'nin en yaygın formlarıdır. Toplum temelli bir çalışmada okul çağındaki çocuklar arasında okuma güçlüğü yaygınlığının tanım için kullanılan ölçütlere göre %5-12 arasında olduğu bildirilmiştir (71). Aynı örnekleme, yazılı anlatım bozukluklarının yaygınlığının % 7-15 arasında olduğu bildirilmiştir (71).

2.3.2. Anlıksal Yetiyitimi/ Zihinsel yetersizlik

Zihinsel yetersizlik, Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Engelliler Derneği (American Association on Mental Deficiency) tarafından, önemli derecede ortalama altı zihinsel işlevlerle beraber bunlara bağlı iletişim, öz bakım, ev yaşamı, sosyal beceri, toplumsal alan kullanımı, kişisel yönetim, sağlık ve güvenlik, akademik işlevsellik, boş zaman ve iş yaşamı becerilerinden iki ya da daha fazlasında var olan sınırlılık şeklinde tanımlanmaktadır (72). Yaygınlığı ve destek hizmetlerine duyulan ihtiyaç nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan yaygınlık çalışmalarında zihinsel yetersizlik farklı popülasyonlarda %1-3 oranında görülmüştür ve erkeklerde kadınlara göre bir buçuk kat fazla görülmektedir (73).

2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu

DSM-5’e göre OSB, kişinin sosyal etkileşiminde kalıcı tekrarlayan davranış biçimleri ile karakterize, kısıtlı ilgi alanları ve faaliyetlerle seyreden biyolojik temelli bir nörogelişimsel bozukluktur. OSB’nin güncellenen tanımı ile hafiften şiddetliye uzanan çeşitli belirtilerle giden bir yelpazede yer aldığını kabul ederek boyutsal bir yaklaşım ortaya koyulmuştur (74). Belirtiler sosyal ve iletişim alanlarında yetersiz ve ritüelistik basmakalıp davranışlar olarak iki alanda ele alınmaktadır. Her iki alandaki belirtiler erken çocukluk döneminden itibaren görülmekte ve işlevselliği olumsuz etkilemektedir. OSB belirtilerinin fark edilmesi belirtilerin şiddeti, gelişim basamağı ve yaşa göre farklılıklar göstermektedir. Sözel olmayan iletişimdeki yetersizlik, kısıtlı

göz teması, mimikler ve jestler, beden dili ve konuşma tonunda farklılık şeklinde görülmektedir. Erken çocukluk döneminden itibaren ortak dikkat, başkalarının ilgisini paylaşma eksikliği mevcuttur (75).

Bildirilen OSB olgularının sayısı son 30 yılda hızla artmıştır. Yakın tarihli bir incelemede mevcut yaygınlığın gelişmiş ülkelerde en az %1,5 olduğu tahmin edilmektedir (76). 1996 yılında yürütülen bir çalışmada OSB yaygınlığı 10000'de 4 olarak bildirilmişken, 2006 yılında yapılan bir çalışmada 1/150, 2012 yılında 1/88 ve 2014 yılında 1/68 olarak bildirilmiştir (77). Yakın zamanda Kuzey Amerika'da ebeveyn bildirimini kullanılarak yürütülen çalışmalarda 17 yaşından küçük çocuklarda %2,5 gibi oranlara ulaşıldığı bildirilmiştir (78-80). Farklı çalışmalarda, yaygınlıkta zaman içinde artış yönünde belirgin bir ortak eğilim olarak bildirilmektedir (81).

2.3.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); aile, okul ve sosyal hayatı etkileyen, psikososyal işlev bozukluğuna yol açan, çocukluk çağı nörogelişimsel bozukluklarından (82). DEHB; çocukluk çağında dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik, kırılganlık, çabuk sıkılma, öfke patlamaları, planlama sorunları, odaklanma problemleri, engellenme ile baş etmede sorun gibi belirtilerle seyreder. Belirtiler bilişsel, akademik, davranışsal, duygusal ve sosyal işlevselliği etkiler (74). DEHB yaygınlığı, kullanılan tanı ölçütlerine ve çalışılan örnekleme bağlı olarak %2-18 arasında değişmektedir (83). Okul çağındaki çocuklarda yaygınlığın %9-15 arasında olduğu tahmin edilmektedir ve bu da DEHB'yi çocukluk çağının en sık görülen bozukluklarından biri yapmaktadır (83). Çoğunluğu okul çağındaki çocuklardan oluşan 175 çalışmanın toplandığı bir meta analizinde DEHB'nin tahmini yaygınlığı (Avrupa, Asya, Kuzey Amerika) %7,2 olarak raporlanmıştır (84). DEHB gerek klinik gerekse toplum örneklemlerinde erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir. Bir meta analiz çalışmasında erkek/kız oranı 2,4:1 olarak bulunmuştur (85). Klinik grupta cinsiyetler arası belirti dağılımı incelendiğinde kızlar daha çok dikkat sorunları, akademik güçlük ve içe yönelim sorunları ile başvururken, erkeklerin yıkıcı davranış problemleri ve hiperaktivite nedeni ile başvurdukları belirlenmiştir (86).

2.3.5. İletişim Bozuklukları

Nörogelişimsel karakter gösteren iletişim bozuklukları, çocuğun konuşma ve anlamada yaşadığı problemler ile kendini gösterir. Çocuk dilin farklı kullanım alanlarında yaşından beklenen gelişim aşamalarından geride kalır. İletişim bozuklukları DSM-5'e göre dil bozukluğu, konuşma sesi bozukluğu, çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu (kekemelik), toplumsal iletişim bozukluğu ve tanımlanmamış iletişim bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır (74). Dil bozukluğu erken çocukluk döneminde hem ifade edici dilde ve hem alıcı dilde yetersizlikle karakterizedir. Dil bozukluğu için yaygınlık %3-8 arasında tahmin edilmektedir ve erkek cinsiyette daha sık görülmektedir (87). Kliniğe başvuran çocuklarla yapılan yaygınlık çalışmaları ile toplum temelli çalışmalar arasında belirgin farklılıklar vardır. Bu farklılıklar dil bozukluğu olan çocukların büyük kısmının tanı almadığını düşündürmektedir (88). İletişim bozukluklarından en iyi bilinenlerinden bir diğeri ise kekemeliktir. Tüm yaşlarda görülmekle birlikte genellikle dil gelişiminin ve konuşma becerilerinin kazanıldığı 2-5 yaş arasında başlamaktadır (89). En sık görülen form ise gelişimsel kekemeliktir (90, 91). Kekemelik toplumda %3 sıklıkta ve %1 yaygınlıkta görülmekte ve erkek kız oranı yaklaşık 4/1 olarak bildirilmektedir. Kekemelik genelde 5 yaşından önce başlamakta ve %80 oranında kendiliğinden gerilemektedir (92).

2.3.6. İstenç Dışı Devinim (Tik) Bozuklukları

Tik bozuklukları, bir ya da daha fazla motor ve/ya da vokal tik varlığı ile tanımlanan çocukluk çağında başlayan bir grup nörogelişimsel bozukluktur (93). Kronik tik bozuklukları, bir yıldan fazla süren tikleri tanımlar ve sıklıkla OKB, DEHB ve anksiyete bozuklukları gibi tanılarla sıkça birliktelik gösterir (93). Basit tikler çocukluk çağında daha yaygın olarak görülür. Tik bozuklukları, erkeklerde kızlardan daha yaygındır (3-4 kat) ve genellikle 4 ile 8 yaşları arasında başlar (94). Farklı toplumlarda çocukluk çağında görülen basit tik görülme sıklığı %6-12 arasında değişmektedir (94). Tourette sendromu için dünya genelinde tüm kültürlerde ve ırklarda ortak özelliklere sahip olan yaygınlık tahminleri değişkendir. Görülme sıklığı ise %0,3 ile %1 arasında değişmektedir (95).

2.4. FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLAR

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGH) yapısal ya da biyokimyasal farklılıklar ile açıklanamayan kronik ya da tekrarlayıcı nitelikteki gastrointestinal hastalıklardır (11). FGH'ler çoğunlukla etiyolojik faktör bulunmaması ve çok sayıda eşlik eden ek hastalıkla birlikte seyretmesi nedeni ile yönetimi güç hastalıklardır (96). FGH'de teşhis ya da izlem için kullanılacak biyokimyasal belirteç ya da yapısal anormallikler gibi nesnel özelliklerin yokluğu klinisyenlerin işini güçleştirmektedir (97). Tanı, tıbbi öykü ve fizik muayeneye dayanmakla birlikte tanı ölçütlerinin açık ve kafa karıştırıcı olmaması önemlidir. Klinik pratikte ise kullanılacak ölçütlerin kullanımlarının kolay, ek test ihtiyacının sınırlı olması gerekmektedir. Özellikle de çocuk yaş grubunda FGH epidemiyolojisi, patofizyolojisi ve yönetimi hakkında güvenilir, tekrarlanabilir araştırma yapmak için aynı tanı ölçütlerinin kullanılıyor olması çok önemlidir (98).

Çocuklarda FGH kliniği yaşa, gelişim dönemine, fizyolojik, duygusal özelliklerine göre çeşitlilik gösterir. Çocuklar ağrıyı ifade edebilmek için gerekli sözel becerileri kazandıkça ağrı belirtileri baskın olan FGH'lerin tanınması kolaylaşır. Yaşamın ilk yıllarında çocuklar, bulantı ya da ağrı gibi ifadesi zor belirtileri doğru bir şekilde ifade edemezler. Bebekler ve okul öncesi çocuklar, duygusal ve fiziksel sıkıntı arasında ayırım yapamazlar. Bu nedenle klinisyenler, çocukların durumunu en iyi bilen kişiler olan ebeveynlerin bildirimleri ve yorumlarından faydalanırlar. Fonksiyonel belirtilerin kontrol altına alınması ve ailenin kaygısının uygun şekilde yönetilmesi çocukluk çağı FGH'lerinin tedavisinde anahtar rol oynar. Bunun aksine organik etiyoloji araştırmak için yapılan çoklu invaziv girişimler, fonksiyonel belirtilerin uygunsuz tedavisi, çocuklarda fiziksel ve duygusal travmaya neden olup mevcut durumu daha karmaşık hale getirebilir. FGH belirtileri olan çocuklarda ailenin duruma ilişkin yaklaşımının, çocukların yaşam kalitesi, sağlık hizmetleri kullanımı ve bunlara ilişkin maliyetler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (99-101). FGH'ler, diğer tıbbi durumlarla birlikte var olabileceği gibi aynı hastada farklı FGH'ler de sıklıkla birliktelik gösterebilmektedir (13, 102).

FGH’de en geçerli tanı ölçütlerinin başında Roma ölçütleri gelmektedir. Roma ölçütleri, FGH’lerin teşhis edilebileceği belirtileri temel alan kılavuzlar sağlar. Roma ölçütlerinin FGH tanısında kullanılan başlıca yöntemlerden birisi olması bazı yönlerden eleştirilse de, çalışmalar Roma ölçütlerinin klinik pratikte ve araştırmalarda etkin ve doğru bir şekilde kullanıldığını göstermektedir (103, 104). Roma ölçütleri, Roma Vakfı tarafından oluşturulan çalışma gruplarının yazın incelemeleri ve görüş birliği ile oluşturdukları ölçütler olarak bilinir. Roma çalışma grubunun gelişiminin tarihçesi incelendiğinde; 1978 yılında Manning ve arkadaşları tarafından yayınlanan makale temel alınarak, 1986 yılında bu konudaki uzmanların birlikte yürüttükleri çalışmaların Roma ölçütlerinin temelini oluşturulduğu görülmektedir (105). 1990 yılında yayınlanan ilk Roma ölçütleri (Roma I), Manning ve arkadaşlarının çalışmalarında sunulan ölçütleri benimsemiş, düzenlemiş ve erişkinlerde özgüllüğü %100’e ulaşan ve duyarlılığı yüksek bir tanı sistemi haline getirmiştir (106). 1999’da yapılan çalışmada tanı ölçütleri çocukları kapsayacak şekilde genişletilmiş ve Roma II tanı ölçütleri yayınlanmıştır (107). Otuz yılı geçen bir çalışma süreci sonunda bu ölçütlerin yetersiz kaldığı görülmüş ve tanı ölçütleri yeniden düzenlenerek, 2006 yılında yeni ölçütler eklenerek Roma III ölçütleri şeklinde güncellenmiştir (108). 10 yıl sonra, 2016 yılında Kaliforniya’da düzenlenen “Sindirim Hastalıkları Haftası” toplantısı ile Roma IV ölçütleri resmi olarak yayınlanmıştır (12, 109). Günümüzde Roma III ölçütleri Türkçe’ye uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış, Akaslan tarafından 2011 yılında yayınlanarak ülkemize kazandırılmıştır (110). Henüz Roma IV ölçütlerinin Türkçe’ye uyarlanma ve geçerlilik-güvenirlik çalışmalarının mevcut olmaması sebebi ile araştırmamızda Roma III ölçütleri kullanılmıştır. Roma III ölçütleri, gerek pratikliği gerekse Roma IV ile benzer oranda FGH tanısını doğrulaması sebebi ile halen dünya çapında yaygın olarak kullanılmaktadır. Çocuklar ve ergenler için Roma III ölçütlerinde belirtilen FGH’ler Tablo 1’de gösterilmiştir (104).

Tablo 1.Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar

Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar: Çocuklar ve Ergenler
<ul style="list-style-type: none"> • Fonksiyonel bulantı ve kusma bozuklukları
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Siklik kusma sendromu ✓ Ruminasyon sendromu ✓ Aerofaji
<ul style="list-style-type: none"> • Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklara bağlı karın ağrısı
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fonksiyonel dispepsi ✓ İrritabl bağırsak sendromu ✓ Abdominal migren ✓ Fonksiyonel karın ağrısı ✓ Fonksiyonel konstipasyon ✓ Nonretansif fekal inkontinans

2.4.1. Fonksiyonel Bulantı ve Kusma Bozuklukları

2.4.1.1. Siklik Kusma Sendromu

Siklik kusma sendromu, organik bir sebebe bağlı olmayan, saatler ya da günler süren bulantı ve kusma atakları ile karakterize bir sendromdur (111). Baskın olan belirtiler atakların hasta için stereotipik olması, başka FGH ölçütlerini karşılamaması, birincil ve en şiddetli belirtinin karın ağrısı yerine kusma olmasıdır (109). İnatçı kusma atakları arasında belirtisiz bir dönemin geçirilmesi, benzer özellikte atakların olması ve kusmaya neden olabilecek organik bir sebebin bulunmaması tanı ölçütlerindedir (112). Hastalık kendi kendini sınırlayan bir yapı gösterir. Bulantı, karın ağrısı, ateş, dehidratasyon, bilinç kaybı ve sosyal anksiyete gibi belirtiler destekleyici ölçütler arasında yer almaktadır (112). Çalışmalar siklik kusma sendromunun toplumda %0,2-1 sıklıkta görüldüğünü belirtmektedir (10). Belirtilerin başlangıç yaşı ortalama 3,5-7 yaşları arasındadır. Siklik kusma sendromu, bebeklikten erişkinliğe kadar görülebilir ancak olguların %46'sında belirtiler üç yaş ya da öncesinde başlar (113).

2.4.1.2. Ruminasyon Sendromu

Ruminasyon, tekrarlayan tarzda, hiç zorlama olmadan, yakın zamanda yenilen yiyeceklerin regürjitasyonla ağıza gelmesi sonucu dışarı atılması ya da yeniden çiğnenerek yutulmasıdır. Ruminasyondaki regürjitasyon bulantı ya da öğürtü ile tetiklenmez (114). Ruminasyon sendromu, gastroözofajial reflü, gastroparezi ve geğirmeyle karışabilir ve kolaylıkla gözden kaçabilir (115). Ruminasyon eylemi karın kaslarının kasılmasıyla intragastrik basınçta meydana gelen artış nedeniyle özofagus sfinkterin açılması ve gastrik içeriğin yemek borusuna geri dönmesiyle ilişkilidir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozukluğu, gelişimsel bozukluklar ve DEHB sayılabilir (116). Diğer yaygın şikâyetler arasında karın ağrısı, şişkinlik, bulantı, mide yanması ve baş ağrısı, baş dönmesi ve uyku güçlüğü gibi bazı somatik belirtiler bulunur. Ayırıcı tanı gastroözofajial reflü, gastroparezi, akalazyia, bulimia nervosa ve diğer fonksiyonel ya da anatomik gastrik ve ince bağırsak hastalıklarını içerir, ancak bunların hiçbirinde yemek yedikten hemen sonra regürjitasyon meydana gelmez. Ergenlerde ve çocuklarda yaygınlığı geniş kapsamlı çalışmalarda ortaya konulmamış olsa da 2163 ergen ve çocukla yürütülen bir çalışmada katılımcıların %5'inin ruminasyon tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüştür (117). Regürjitasyon ve ruminasyon genellikle ebeveynler farkında olmadan gerçekleşir. Ruminasyon her yaşta ortaya çıkabilir ancak ergenlik çağındaki kızlarda daha sık görülmektedir (118).

2.4.1.3. Aerofaji

Aerofaji, abdominal distansiyona neden olan aşırı hava yutmadır. Aerofaji özellikle zihinsel yetersizliği olan hastalarda sık görülür. Hava yutma aşırı olduğunda, gaz gastrointestinal boşluğu doldurur ve çocukta aşırı geğirme, karın şişliği, ağrı ve gaz çıkarmaya sebep olur. Büyük çocuklarda sakız çiğneme ya da hızlı bir şekilde sıvı alımı sırasında büyük miktarda hava yutulabilir. Karın ağrısı, bulantı ve erken tokluk gibi bağırsak ilişkili belirtilerle baş ağrısı, uyku bozukluğu ve baş dönmesi gibi somatik belirtilerin etkilenen çocuklarda yaygın olduğu bulunmuştur (119). ABD'de ebeveynlerin beyanına dayalı yürütülen bir çalışmada çocukların %4,2'sinde aerofaji

görüldüğü tespit edilmiştir (120). Sri Lanka'da yürütülen kesitsel bir çalışmada ise aerofaji yaygınlığı %7,5 oranında bildirilmiştir (119).

2.4.2. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklara Bağlı Karın Ağrısı

2.4.2.1. Fonksiyonel Dispepsi

Dispepsi, karın bölgesinde ağrı ve/veya rahatsızlık hissi olarak tanımlanır. Erken doyma, dolgunluk hissi, bulantı ve kusma ve gaz çıkarma gibi belirtiler görülür (121). Özefajit, gastrit, duodenit, eozinofilik özefajit, eozinofilik gastroenterit, crohn hastalığı ve çölyak hastalığı organik kökenli dispepsi nedenleri arasında sayılırken fonksiyonel dispepsinin patofizyolojisi halen netlik kazanmamıştır (122). Hipotezler arasında gastrik motor fonksiyon anormallikleri, merkezi ya da periferik aşırı duyarlılığa bağlı iç organ duyarlılığı, düşük dereceli inflamasyon ve genetik yatkınlık bulunur (123). Midenin gevşeme yeteneğinin azalmasıyla ortaya çıkan bozulmuş mide yerleşimi ise başka bir hipotezdir (124). Elektrogastrogram ve gastrik boşalma çalışmaları kullanılarak, fonksiyonel dispepsili pediatrik hastaların %50'sinde anormal elektrogastrogram bulguları ve %47'sinde yavaş gastrik boşalma gösterilmiştir (125). Çalışmalarda bazı çocuk ve ergenlerde, mide elektrolit anormallikleri, gecikmiş mide boşalması, azalmış gastrik hacim ve antroduedonal motilite bozukluğu rapor edilmiştir (124). Anneler çocuklarının %1,4'ünün üst karın bölgesinde haftada en az bir kez ağrı ya da rahatsızlık duyduğunu bildirmiştir (120). ABD'de yapılan toplum temelli bir çalışmada sağlıklı ergenlerin %5-10'unda dispeptik belirtiler bildirilmiştir (126).

2.4.2.2. İrritabl Bağırsak Sendromu

İrritabl bağırsak sendromu, (İBS) organik bir nedene bağlı olmaksızın tekrarlayan karın ağrısı ve bağırsak alışkanlıklarında bozulmayla karakterizedir. İBS ergenlik döneminden önce sık görülmez ve uzun süren kabızlık öyküsü ya da gastroenterit ataklarıyla ortaya çıkabilir (13, 116). Pediatrik İBS, kabızlık ile seyreden İBS, diyare ile seyreden İBS, kabızlık ve ishal ile seyreden İBS ve belirtilmemiş İBS gibi alt tiplere ayrılır (127). Ebeveyn beyanlarına dayalı çalışmalara göre ABD'deki

çocuklarda İBS yaygınlığı %1,2-2,9 arasında değişmektedir (128). Kolombiya ve Sri Lanka'da okul temelli çalışmalarda İBS yaygınlığı sırasıyla %4,9 ve %5,4 olarak bildirilmiştir (10, 129).

2.4.2.3. Abdominal Migren

Abdominal migren tekrarlayan ağrı ataklarıyla karakterizedir. Orta hatta yerleşen, orta şiddette, künt bir ağrı ile seyredir. Karın ağrısına bulantı, kusma, iştahsızlık ve solgunluk belirtilerinden en az ikisi eşlik eder. Abdominal migrende, siklik kusma sendromu ve migren tipi baş ağrısına benzer şekilde aralıklı seyreden, kendi kendini sınırlayan, stereotipik karakterde olan karın ağrıları ve ataklar arasında belirtisiz zaman dilimleri görülür. Abdominal migren ve klasik migren atakları çocuklarda da tipik olarak stres, yorgunluk ve seyahat gibi benzer tetikleyicilerle başlar. İştahsızlık, bulantı ve kusma gibi belirtiler gözlenir. Dinlenme ve uyku gibi rahatlatıcı faktörlerle gerileme gösterir (130). Hem abdominal migren hem de siklik kusma sendromu erişkinlikte migren tipi baş ağrılarına dönüşebilir. Çocuklarda abdominal migren görülme sıklığı % 1-23 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (10, 120, 131).

2.4.2.4. Fonksiyonel Karın Ağrısı

Bazı çocuklarda karın ağrısı, İBS, fonksiyonel dispepsi ya da organik hastalıklarda görülen karın ağrısına benzemez. Bu kategori çocuklarda tekrarlayıcı karın ağrısı olarak tanımlanır ve fonksiyonel abdominal ağrı, non-organik abdominal ağrı ya da psikojenik abdominal ağrı olarak adlandırılır (132, 133). Çocuk ve ergenlerde fonksiyonel karın ağrısı tanısı öykü, fizik muayene, gaita testi ve organik hastalıkların dışlanmasıyla konulur (134-136). Stres-ağrı ilişkisinde otonomik sinir sistemi sorunlarının rol oynadığı düşünülmektedir (137). Fonksiyonel karın ağrısının İBS'den farklı olduğunu bildiren çalışmalarda, İBS tanısı konan çocukların aksine, fonksiyonel karın ağrısı olan çocukların rektal aşırı duyarlılığa sahip olmadıklarını belirtilmektedir (138, 139). Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluklar ve kronik karın ağrısı arasında ilişki olduğunu ortaya koyan birçok araştırma mevcuttur (140-142). Kronik karın ağrısının ebeveynlerin boşanması, hastaneye yatış, zorbalık ve çocuk istismarı gibi stresli yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (129, 143,

144). Fonksiyonel karın ağrısı olan çocuklarda gastrointestinal belirtiler dışında diğer somatik belirtiler de sıkça görülür. İlkokul çocuklarında haftalık karın ağrısı %35-38 oranlarında bildirmektedir (10, 129). Ebeveyn bildirimine dayalı çalışmalarda, ABD toplumunda fonksiyonel karın ağrısı yaygınlığı %1-2 olarak bildirilmektedir (131). Almanya’da yapılan bir çalışmada ise fonksiyonel karın ağrısı sıklığı %2 olarak tespit edilmiştir (141).

2.4.2.5. Fonksiyonel Konstipasyon

Pediyatrik gastroenteroloji polikliniğine başvuru yakınmalarının başında konstipasyon gelmektedir (145). Fonksiyonel konstipasyon (FK), çocuklarda yapısal, metabolik ya da endokrin hastalıklar olmaksızın, dışkıının büyük kısmının çakıl taşına benzer şekilde sert olmak üzere, haftada iki ya da daha az sayıda, katı dışkılama şekline olması olarak tanımlanır. Roma III ölçütlerine göre, en az altı ay önce başlamış ve üç ay süre ile ayda üç ya da daha fazla gün, haftada iki ya da daha az dışkılama, dışkı kıvamının sert olması, ağrılı dışkılama, haftada en az bir kez iç çamaşırının dışkı ile lekelenmesi, belirtilerinden en az ikisinin oluşu fonksiyonel konstipasyon tanısı koydurmaktadır (108).

FK sıklığını araştıran çalışma sonuçlarındaki büyük farklılıklar, farklı ölçütlerinin kullanımı ve kültürel farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Türkiye’de yapılan yaygınlık çalışmalarında okul çağı çocuklarında kabızlık sıklığı %7,2 ve okul öncesi çocuklarda %4,7 oranında bildirilmektedir (146, 147). Dünya genelinde yapılan 19 çalışmanın derlendiği bir gözden geçirme çalışmasında çocukluk döneminde kabızlık yaygınlığı %0,7-29,6 arasında (ortanca %12) belirlenmiştir (148).

2.5. PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE EŞLİK EDEN FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLAR

FGH’ler organik ya da yapısal bir bozukluk gösterilememesine rağmen bireyde fizyolojik, sosyokültürel ve psikiyatrik bileşenlerin etkisiyle gastrointestinal belirtilerin şiddetli, ve yaşamı zorlaştıran derecelerde görüldüğü bozukluklardır. Genetik ve çevresel faktörlerin, hayatın erken dönemlerinde bireyin, psikososyal

gelişimini, baş etme becerilerini, stres duyarlılığını etkilediği gibi aynı zamanda beyin-bağırsak aksını da etkileyerek anormal bağırsak motilitesi, azalmış mukozal bağışıklık, iç organ duyarlılığı ve artmış ağrı duyarlılığını da etkilediği ve FGH gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (149). Bu bozuklukların tanısı, psikiyatrik bozuklukların tanısına benzer şekilde öznel yakınmalara dayanır. Psikiyatrik bozukluklar ile FGH arasındaki ilişki birçok araştırma tarafından doğrulansa da FGH tanısı konan hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tanısı ve tedavisi hala istenilen düzeyin çok uzağındadır (150). Psikiyatrik belirtilerin FGH tanısı konan bireylerde daha sık görüldüğü bilinmektedir fakat günümüzde psikiyatrik bozuklukların mı fonksiyonel gastrointestinal belirtilere yol açtığı yoksa gastrointestinal sorunların mı psikiyatrik belirtilere yol açtığı halen gizemini koruyan bir konudur. Mevcut yayınlar yaklaşık yüzyıla yakındır neden sonuç ilişkisini aydınlatamamıştır. Bilimsel yazın, FGH tanısı konan bireylerde üç psikososyal özelliğe dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki gastrointestinal belirtileri alevlendiren psikolojik stres, ikincisi hastalık deneyimine ve sağlık yardımını arama gibi hastalık davranışlarına aracılık eden psikososyal faktörler ve üçüncüsü FGH etiyojisi ile ilişkili olabilecek biyopsikososyal zorluklardır (151).

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi uzun yıllar boyunca tahmin edilmiş olsa da 1990'lı yılların başında FGH tedavisinde psikofarmakolojik ajanların kullanılması önemli bir dönüm noktası olmuştur. Clouse ve Lustman, özellikle İBS olmak üzere, FGH'de antidepresanların etkinliğini göstermiştir (152). 2007 yılına gelindiğinde antidepresan kullanımının oldukça yaygınlaştığı, her sekiz FGH hastasından birinin psikofarmakolojik bir ajan kullandığı tespit edilmiştir (153). 2011 yılında yapılan bir sistematik derleme çalışmasında, fonksiyonel karın ağrısı olan hastalarda antidepresanların karın ağrısını %54 oranında azalttığı izlenirken, plasebo kullanan hastalarda karın ağrısının %37 oranında azaldığı tespit edilmiştir (154).

2.5.1. Sıklıkla İçe Yönelim Belirtileriyle Seyreden Psikiyatrik Bozukluklar ve Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar

Bilimsel yayınlar incelendiğinde, FGH'ler ve içe yönelim belirtileri ile seyreden psikiyatrik bozuklukların ilişkisi sıklıkla üzerinde durulan ve alandaki

çalışmaların önemli bir bölümünü oluşturan araştırmalar olarak karşımıza çıkmaktadır. FGH'ler yaşam kalitesini ciddi olarak düşürmeleri, sosyal hayat üzerindeki olumsuz etkileri, sağlık hizmetleri kullanımı ve okul hayatında olumsuzluklara sebep olmaları ve artan stres yükü ile psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olması beklenen hastalıklar grubudur (155).

FGH'ler ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen Garber ve arkadaşlarının, çocuk ve ergenlerle yürüttükleri çalışmada, fonksiyonel karın ağrısı olan çocuk ve ergenlerde başta depresyon ve anksiyete bozukluğu olmak üzere, psikiyatrik bozukluk sıklığının artmış olduğu rapor edilmiştir (156). Campo ve arkadaşları tekrarlayıcı fonksiyonel karın ağrısı olan 8-15 yaş arası 42 çocuk ve ergeni, aynı yaş grubundan karın ağrısı yakınması bulunmayan 38 çocuk ile karşılaştırdıklarında; tekrarlayıcı fonksiyonel karın ağrısı olanların %79'unda anksiyete bozukluğu, %43'ünde ise depresyon olduğunu saptamışlardır. Yazarlar FGH belirtileri ile başvuran çocukların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmelerinin yararlı olacağını vurgulamışlardır (157). 2008 yılında yayınlanan bir meta analiz çalışmasında tekrarlayıcı karın ağrısı olan çocuklarda hem kendi bildirimleri hem de ebeveyn bildirimlerinde içe yönelim belirtilerinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (158).

Duften ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmada, ortalama yaşları 11 olan, tekrarlayan karın ağrısı, anksiyete bozukluğu tanısı ve sağlıklı üç grup çocuğu karşılaştırmışlardır. Tekrarlayan karın ağrısı olan çocukların anksiyete belirtilerinin, anksiyete bozukluğu olan grupla benzer olduğu ve anksiyete belirtilerinin sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (159). Genç erişkinlik dönemindeki üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada ise öğrencilerin %51'inde FGH belirtileri saptanmıştır. Fonksiyonel dispepsisi olan gençlerde daha çok anksiyete ve depresyon bozukluğu izlendiği bildirilmiştir (15). Ruminasyon sendromu olan bireylerde sağlıklı bireylere göre özellikle anksiyete ve depresyon olmak üzere daha sık psikiyatrik bozukluk görüldüğü bildirilmektedir (160, 161). Bir başka çalışmada ise ruminasyon sendromu olan ergenlerin %51'inde psikiyatrik bozukluk tanısı konulduğu bildirilmiştir (162).

İBS tanısı konan çocuklar ve aileleri ile yürütülen bir çalışmada, anksiyete ve depresyon belirtileri ile çoklu somatik yakınmaların sağlıklı çocuk ve ebeveynlere göre daha fazla olduğu izlenmiştir (163). Benzer şekilde abdominal migren hastalarında da migren ve sıklık kusması olan hastalardakine benzer olarak anksiyete, depresyon ve somatik yakınma sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (164). Alan yazında anksiyete bozukluğu, depresyon ve somatik yakınmaların tekrarlayıcı karın ağrısı, İBS ve fonksiyonel dispepsi tanısı alan hastalarda daha sık olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (165-167).

2.5.2. Dışa Yönelim ve Nörogelişimsel Problemler ile Seyreden Psikiyatrik Bozukluklar ve Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıkların ilişkisi

FGH ve KOKGB birlikteliği çocukluk döneminde rastlanan ve gerek klinik gerek ise akademik açıdan merak uyandıran eşhastalanımlardan biridir. 4-8 yaş arası çocuklarla yapılan bir araştırmada konstipasyonun, KOKGB olmayan çocuklarda %8,8, KOKGB çocuklarda ise %12,5 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Yine aynı araştırmada tuvalete gitmeyi reddetme sıklığı sağlıklı çocuklarda %1,7, KOKGB’de ise %10,4 oranında görülmüştür. Bu çalışmada çocuk bezi kullanma sıklığı sağlıklı çocuklarda %0,6 iken KOKGB’de %2,1 oranında görülmüştür (168).

Niemczyk ve arkadaşlarının 1676 okul öncesi çocuk ve ebeveynleri ile yürüttüğü bir çalışmada, fekal inkontinans görülen çocuklarda dışa yönelim belirtilerinin diğer çocuklara göre anlamlı seviyede daha yüksek görüldüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada DEHB ya da KOKGB tanısı konan çocuklarda inkontinans sıklığının bu tanıları olmayan çocuklara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (169).

2017 yılında Beaudry-Bellefeuille ve arkadaşları tarafından yürütülen sistematik derleme çalışması konuya ilişkin güncel en kapsamlı çalışmadır. Çalışmada alan yazını fonksiyonel kabızlık ve defekasyon sorunları açısından derinlemesine irdelenmiş ve kabızlığın OSB, KOKGB ve DEHB ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (170). Nörogelişimsel bozukluklara FGH belirtilerinin sıklıkla eşlik ettiği söylenmektedir. Güncel çalışmalar çoğunlukla gastrointestinal hastalıklar ile beyin – bağırsak aksı ilişkisinin yönünü incelemektedir. FGH’ler birçok alt gruba ayrılarak ve

Roma ölçütlerine göre sınıflandırılarak, beyin-bağırsak aksı ile arasındaki ilişki aydınlatılmaya çalışılmıştır (171). Bu araştırmalardan Almog ve arkadaşlarının 2010 yılında yürüttükleri çalışmada, DEHB tanısı konan 62 çocuk ile 57 sağlıklı çocuk karın ağrısı, diyare, konstipasyon, enkoprezis açısından ebeveyn bildirimlerine göre değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda gastrointestinal belirtiler ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (172). McKeown ve arkadaşlarının yürüttükleri bir toplum taramasında 742.939 çocuktan 32.773'ünün (%4,4) DEHB tanısı aldığı ve DEHB tanısı olanların kabızlık şikâyeti ile başvuru sayılarının DEHB tanısı olmayanlara göre anlamlı olarak fazla olduğu gözlenmiştir (173). Başka bir çalışmada DEHB tanısı olan çocukların fonksiyonel konstipasyon sıklığı %4,1 olarak saptanırken, DEHB tanısı olmayan çocuklarda bu oran %1,5 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde DEHB tanısı olan çocuklarda DEHB tanısı olmayan çocuklara göre fekal inkontinans görülme sıklığının da arttığı tespit edilmiştir (174). DEHB tanısıyla tedavi başlanmış çocuklarla tedavi görmeyen çocuklar arasında konstipasyon ve fekal inkontinans için hastaneye başvuru sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (174).

Wang ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada OSB tanısı olan çocuklarda ebeveyn bildirimi ile belirlenen gastrointestinal belirti sıklığı %42 olarak tespit edilirken, OSB tanısı olan çocukların kardeşlerinde aynı oran %12 olarak belirlenmiştir. En sık tespit edilen belirtiler kabızlık ve diyare olmuştur. Aynı çalışmada çocuklar otizm belirti şiddetine göre sınıflandırıldığında ağır otizm belirtileri gösteren çocukların gastrointesitinal belirti sıklıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (175). Bir başka çalışmada, öğrenme güçlüğü olan çocuklarda fonksiyonel kabızlık görülme sıklığının, sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur (176). 2003-2011 yılları arasında yürütülmüş olan bir çalışmada OSB tanısı olan çocuklarda şişkinlik, konstipasyon ve tuvalet reddi sıklığı anlamlı oranda fazla bulunmuştur (177).

215 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada Benninga ve arkadaşları katılımcıları fonksiyonel konstipasyonu olanlar, fekal inkontinansı olanlar ve tekrarlayan karın ağrısı olanlar olarak ayırmışlardır. Fekal inkontinansı olan çocukların sağlıklı örnekleme göre daha fazla davranım bozukluğu ve dışa vurum belirtileri sergilediğini tespit etmişlerdir (178). Fekal inkontinans görülen çocuklarda tıpkı fonksiyonel

kabızlık görülen çocuklarda olduğu gibi psikiyatrik eş hastalanım sıklığı yüksektir (179). Johnston ve Wright'ın 167 çocukla yürüttükleri çalışmada, fekal inkontinans görülen çocukların %23,4'ünün daha yüksek hiperaktivite puanları aldıkları tespit edilmiştir (180). Cox ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada fekal inkontinans görülen çocuklarda dikkat eksikliği belirtilerinin %20 sıklığında olduğu, sağlıklı çocuklarda ise bu oranın %3 olarak tespit edildiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (181). Van Everdingen-Faasen ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada ise fekal inkontinansı olan çocuklarda DEHB sıklığının %17 olduğunu bildirilmiştir (182).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmada araştırma grubunu Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne herhangi bir yakınma ile ilk kez başvuran 4-10 yaş aralığındaki çocuklar oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise araştırma grubundaki çocukların aralarında kan bağı olmayan aynı yaştaki sınıf arkadaşları oluşturmuştur. Bu araştırmanın veri toplama süreci 01 Ocak 2019 ve 01 Temmuz 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu araştırma, kesitsel bir vaka-kontrol araştırmasıdır.

3.3. ÖRNEKLEM

3.3.1. Araştırma Grubu

Araştırma grubu için dahil olma ölçütleri;

- 4-10 yaş arasında olmak
- Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ilk kez başvuruyor olmak
- Çalışmanın amacı ve doldurulacak anketler açıklandıktan sonra hem çocuğun hem de ebeveynlerinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi

Araştırma grubu için dışlama ölçütleri;

- Son 3 ay içinde psikoaktif ilaç kullanmak
- Ek tıbbi tanı varlığı (kronik hastalık, kronik endokrinolojik ya da nörolojik hastalıklar gibi)

3.3.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubu için dahil olma ölçütleri;

- 4-10 yaş arasında olmak
- Çalışmanın amacı ve doldurulacak anketler anlaşıldıktan sonra hem çocuğun hem de ebeveynlerinin çalışmayı kabul etmesi

Kontrol grubu için dışlama ölçütleri;

- Son 3 ay içinde psikoaktif ilaç kullanmak
- Herhangi bir psikiyatrik yakınmanın olması
- Araştırma grubundaki çocuk ile kan bağıının bulunması
- Ek tıbbi tanı varlığı (kronik hastalık, kronik endokrinolojik ya da nörolojik hastalıklar gibi)

3.4. UYGULAMA

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine herhangi bir yakınma ile ilk kez başvuran 4-10 yaş arasındaki çocukların aileleri ve kendileri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya dahil olma ve dışlama ölçütlerine uyan çocuklar ve ailelerine çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin detaylı bilgilendirme yapılmış, çocuklardan ve ailelerden yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya dahil olan hastaların ailelerine demografik veri formu, Yenilenmiş Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi, Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği, (4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formu)'ni içeren anket formları verilmiş ve ayrıntılı olarak içeriği anlatılmıştır. Araştırma grubuna katılmayı kabul eden çocukların yaş ve cinsiyet açısından benzer olan sınıf arkadaşına kolayda örneklem yolu ile ulaşılmış ve kartopu yöntemiyle grup genişletilerek kontrol grubu örnekleme oluşturulmuştur.

Çalışmaya belirtilen tarih aralığında polikliniğe başvuran ve belirlenen dahil edilme ölçütlerine uygun olan 564 çocuk ve ebeveyni yüz yüze görüşmeler yapılarak davet edilmiştir. 518 çocuk ve ebeveyni çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Gönüllü ebeveynlere çocukları ile ilgili sorular içeren ölçek formları verilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların sınıf arkadaşları ve aileleri kontrol grubunu oluşturmak

üzere araştırmaya dair bilgilendirme mektubu, yazılı onam formu ile çalışmaya davet edilmiştir.

Araştırma grubundan 388 ve kontrol grubundan 276 katılımcının ölçekleri toplanmıştır. Tüm katılımcılar arasından ölçeklerin %30'undan fazlası uygun şekilde doldurulmamış olan 96 katılımcının verileri çalışma dışında bırakılmıştır. Ek olarak ilk görüşmede bildirmediği halde veri formunda son 3 ay içinde psikoaktif ilaç kullanımı bildiren 42 katılımcı, bilinen ek tıbbi tanısı olduğunu belirten 54 katılımcı, kontrol grubunda daha önce psikiyatrik yardım aldığını bildiren 18 katılımcı ve doğum tarihine göre hesaplandığında yaş aralığına uymayan 8 katılımcı çalışma dışında bırakılmıştır. Toplamda 446 katılımcının verisi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. ETİK KONULAR

Bu araştırmanın etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından 16969557-2184 sayısı ile 27.11.2018 tarihinde verilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce çalışma ile ilgili kişilere bilgi verilmiş sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya dahil olma ve dışlama ölçütlerine uyan çocuklar ve ailelerine çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin detaylı bilgilendirme yapılmıştır. Çocuklar ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi sırasında İyi Klinik Uygulamalar Rehberi ve Helsinki Bildirgesi'ndeki ilkelere uygun davranılmıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma için yazından yararlanarak oluşturulan anket formu düzenlenmiştir. Anket formu; Demografik Bilgi Formu, Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu (YCADÖKF; Connors' Parent Rating Scale-Revised/Short Form, CPRS-R/S), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA; Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ) ve Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği, 4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formunu (Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Rome III Version (QPGS-RIII) Parent-Report Form Children 4 Years of Age and Older) kapsamaktadır.

3.6.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda katılımcının sosyodemografik özellikleri tanımlanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, gelir düzeyleri, annenin gebeliği esnasında yaşadığı psikiyatrik ve fiziksel sorunlar, anne ve babanın aldığı tedaviler, doğum şekli, süresi, erken ve zorlu doğum öyküsü ile perinatal komplikasyonlar, çocuk ve ergenlerde fiziksel hastalık ve travma öyküleri değerlendirilmiştir.

3.6.2. Yenilenmiş Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu (YCADÖKF; Conners' Parent Rating Scale-Revised/Short Form, CPRS-R/S)

“Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları”nı taramak amacıyla kullanılan bir ölçektir (183). Türkçe uyarlama çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (184). Toplam 27 maddeden oluşur. YCADÖKF’nda sorular 4’lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. “Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçenekleri sırasıyla; “0”, “1”, “2” ve “3” olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek skorlar yıkıcı bozukluklara özgü belirtilerin yoğunluğunu göstermektedir.

3.6.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA; Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ)

Bu ölçek 4-16 yaşları için anne-baba ya da öğretmenin doldurduğu, duygusal ve davranışsal sorunları taramada kullanılan kısa bir ölçektir (185). Türkçe uyarlama çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (186). GGA bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. GGA’nın uzatılmış formu psikiyatrik belirtileri sorgulayan maddelerin yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini sorgulayan maddeler de içermektedir. Anket ebeveyne verilerek yönergeye uygun olarak doldurulması sağlanmaktadır. Anketteki sorular davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranışlar hakkında

tarama yapılmasını sağlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı, toplam güçlük puanını vermektedir.

3.6.4. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği, 4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formu (Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Rome III Version, QPGS-RIII, Parent-Report Form Children 4 Years of Age and Older)

FGH'ler etiyolojik bir etken bulunmaması ve çok sayıda eşlik eden ek hastalıklarla birlikte bulunması sebebiyle tanısı ve yönetimi zor hastalıklardır. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği, 4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formu, 4-10 yaş dönemini kapsayan çocuklara yönelik hazırlanan, anne ve /ya da babalar tarafından doldurulan ve pek çok fonksiyonel gastrointestinal belirtiyi tarayan bir araçtır. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde net yönergelere tanımlanmış sorunlar arasından çocuğun durumuna en çok uyan halin ebeveyn tarafından seçilmesi beklenmektedir. Görsellik katan çizimler sayesinde ebeveynin, çocuğun rahatsızlık hissettiği bölgeyi tanımlaması kolaylaşır. Ağrı tek başına tanımlandığı ve sorgulandığı gibi rahatsızlık hissi ile birlikte de sorgulanır. Rahatsızlık hissi terimi daha da genişletilerek karın ağrısı, bulantı, şişkinlik, fazla doyunluk ve az bir yemekle doyma hissi şeklinde özelleştirilmekte ve süresi net olarak belirlenmektedir. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde soruların sorulma şekli, belirtinin süresi ve görülme sıklığının ayrı ayrı sorulması ile çift kontrol yapıldığını göstermektedir. Aynı konudaki tekrarlayan önermeler sayesinde ölçeğin çeşitli aşamalarında hem rahatsızlığın tanımı hem de çocuğun geçirdiği rahatsızlık yüzünden yaşam koşullarının sınırlılık derecesi belirlenir ve cevapların güvenilirliği test edilmiş olur.

Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği Türk çocuk ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik açısından Özgenç ve arkadaşlarının 2016 yılında yürüttüğü çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmada ölçek çeviri-uzman incelemesi, tersine çeviri yapıldıktan sonra doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Roma Birliği tarafından da onaylanan Türkçe çevirinin geçerli ve güvenilir olduğu 690 katılımcının incelendiği bahsedilen çalışmada belirlenmiş ve ölçeğin kullanımı önerilmiştir (187).

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİSTİK ANALİZLER

Tüm veriler SPSS v.21 programında analiz edilmiştir (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Nicel değişkenler aritmetik ortalama \pm standart sapma ya da ortanca (minimum – maksimum) ile nitel değişkenler ise sıklık (yüzde) ile belirtilmiştir. Kayıp veriler analiz dışı bırakılmıştır. Kayıp verilerin takip edilebilmesi için tablolardaki sıklık bölümlerinde kaç veri üzerinden analiz yapıldığı eklenmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolü Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır. Bu değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları ki-kare testi veya Fisher Exact testi ile yapılmıştır. 0,05 ve altındaki p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın analiz aşamasına 4-10 yaş aralığında 446 katılımcının (244 kişi araştırma grubu ve 202 kişi kontrol grubu) verisi dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması $7,48 \pm 1,92$ olarak saptanmıştır. Araştırma ve kontrol grupları arasında yaş, kardeş sayısı ve baba yaşı açısından istatistiksel fark bulunmazken, kontrol grubunda anne yaş ortalaması, araştırma grubuna göre istatistiksel olarak önemli derecede fazla bulunmuştur ($p=0,028$) (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma ve kontrol gruplarında genel özellikler-nicel değişkenler

	Araştırma Grubu			Kontrol Grubu				p
	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)	z	
Yaş	244	$7,60 \pm 1,80$	8 (4 - 10)	194	$7,30 \pm 2,10$	7 (4 - 10)	-1,583	0,114
Kardeş Sayısı	244	$1,88 \pm 0,74$	2 (0 - 4)	199	$1,97 \pm 0,76$	2 (0 - 5)	-1,325	0,185
Anne Yaşı	239	$34,64 \pm 5,36$	34 (23 - 48)	198	$35,55 \pm 5,14$	35 (21 - 49)	-2,199	0,028
Baba Yaşı	240	$38,62 \pm 5,95$	38 (26 - 63)	196	$39,35 \pm 5,45$	39 (29 - 63)	-1,723	0,085

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum, z: Mann Whitney U test istatistiği

Araştırma grubunda 167 erkek ve 77 kız bulunurken, kontrol grubunda 120 erkek ve 81 kız olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı yönünden istatistiksel fark izlenmemiştir ($p=0,060$). Araştırma grubunda tek ebeveyn ile yaşama oranı kontrol grubuna göre daha fazla tespit edilmiştir ($p=0,033$). Anne ve baban eğitim düzeylerinin kontrol grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Babası fiziksel olarak sağlıklı olanların oranı kontrol grubunda daha fazla olarak belirlenmiştir ($p<0,001$). Gruplar arasında akraba evliliği, aylık gelir ve anne sağlık durumu açısından istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma ve kontrol gruplarında genel özellikler – kategorik değişkenler

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu		
		n (%)	n (%)	X^2	p
Cinsiyet	Erkek	167 (68,4)	120 (59,7)	3,670	0,060
	Kız	77 (31,6)	81 (40,3)		
Akraba Evliliği	Yok	199 (82,2)	177 (88,5)	3,387	0,066
	Var	43 (17,8)	23 (11,5)		
Aile Yapısı	Tek ebeveyn	29 (12,0)	10 (5,0)	6,827	0,033
	Çekirdek	190 (78,8)	170 (84,6)		
	Geniş	22 (9,1)	21 (10,4)		
Aylık Gelir	<3000	91 (39,7)	82 (41,4)	0,126	0,939
	3000-5000	65 (28,4)	55 (27,8)		
	>5000	73 (31,9)	61 (30,8)		
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	175 (72,9)	88 (44,2)	37,860	<0,001
	Ortaöğretim	18 (7,5)	37 (18,6)		
	Yükseköğretim	47 (19,6)	74 (37,2)		
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim	160 (66,9)	81 (41,1)	40,960	<0,001
	Ortaöğretim	17 (7,1)	52 (26,4)		
	Yükseköğretim	62 (25,9)	64 (32,5)		
Anne Sağlık Durumu	Hasta	39 (16,0)	21 (10,4)	2,890	0,089
	Sağlıklı	205 (84)	180 (89,6)		
Baba Sağlık Durumu	Hasta	36 (14,8)	6 (3,0)	16,510	<0,001
	Sağlıklı	208 (85,2)	195 (97)		
Anne GIS hastalık	Yok	223 (93,7)	191 (96)	1,132	0,287
	Var	15 (6,3)	8 (4)		
Baba GIS hastalık	Yok	218 (91,6)	187 (95,4)	2,504	0,114
	Var	20 (8,4)	9 (4,6)		

n: sayı, X^2 : Ki-kare test istatistiği, GIS: Gastrointestinal

Gruplar arasında gebelikte komplikasyon, doğum şekli, doğum zamanı ve doğum komplikasyonu açısından istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma ve kontrol gruplarında doğum ile ilgili özellikler

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu		
		n (%)	n (%)	X^2	p
Gebelikte Komplikasyon	Yok	219 (89,8)	190 (94,1)	2,690	0,101
	Var	25 (10,2)	12 (5,9)		
Doğum Şekli	NSVY	129 (54,7)	87 (45,5)	3,506	0,061
	C/S	107 (45,3)	104 (54,5)		
Doğum Zamanı	Term	197 (87,2)	143 (80,8)	3,570	0,167
	Preterm	18 (8,0)	24 (13,6)		
	Posterm	11 (4,9)	10 (5,6)		
Doğum Komplikasyonu	Yok	219 (91,3)	175 (88,8)	0,713	0,399
	Var	21 (8,8)	22 (11,2)		

n: Sayı, X^2 : Ki-kare test istatistiği, NSVY: Normal Spontan Vajinal Yol, C/S: Sezaryen

Araştırma grubunda, ebeveynlerin bildirdiği yürümeye başlama zamanının kontrol grubuna göre daha geç olduğu görülmüştür ($p=0,012$). İki grup arasında ebeveynlerin bildirdiği konuşmaya başlama zamanı, tuvalet eğitimi kazanma zamanı, kreşe ve okula başlama yaşları açısından istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma ve kontrol gruplarında gelişim basamakları ile ilgili özellikler

	Araştırma Grubu			Kontrol Grubu			z	p
	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)		
Yürüme Zamanı (ay)	233	12,77 \pm 3,20	12 (8 - 36)	192	12,09 \pm 2,52	12 (6 - 21)	-2,502	0,012
Konuşma Zamanı (ay)	209	13,19 \pm 7,45	12 (5 - 56)	176	11,90 \pm 5,61	10 (5 - 36)	-1,752	0,080
Tuvalet Eğitimi (ay)	223	27,89 \pm 8,86	25 (10 - 64)	189	26,67 \pm 6,79	24 (9 - 48)	-1,164	0,244
Kreşe Başlama Yaşı (yıl)	209	4,32 \pm 1,03	4,5 (1 - 6)	169	4,41 \pm 1,06	5 (1 - 6)	-0,864	0,388
Okula Başlama Yaşı (yıl)	201	6,30 \pm 0,55	6 (5 - 7,5)	144	6,33 \pm 0,55	6 (5 - 7)	-0,688	0,491

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum, z: Mann Whitney U test istatistiği,

Araştırma ve kontrol grubunda Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği puanları incelediğinde karşı gelme, bilişsel problemler/dikkatsizlik, hiperaktivite ve DEHB indeksi puanlarının tamamının araştırma grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma ve kontrol Gruplarında Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu Puanları

	Araştırma Grubu			Kontrol Grubu			z	p
	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Karşı Gelme	214	7,33 ± 5,07	7 (0 - 18)	179	4,55 ± 4,33	4 (0 - 18)	-5,717	<0,001
Bilişsel Problemler / Dikkatsizlik	217	8,22 ± 5,09	7 (0 - 18)	177	2,95 ± 3,74	2 (0 - 18)	-10,714	<0,001
Hiperaktivite	227	6,37 ± 4,83	5 (0 - 18)	187	2,77 ± 3,29	2 (0 - 17)	-8,242	<0,001
DEHB İndeksi	206	17,08 ± 8,63	17 (0 - 34)	172	7,45 ± 7,23	6 (0 - 34)	-10,333	<0,001

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks:maksimum, z: Mann Whitney U test istatistiği, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Güçler ve Güçlükler Anketi puanları incelediğinde duygusal sorunlar, davranış sorunları, hiperaktivite, akran sorunları, toplam güçlük puanı, içe yönelim ve dışa yönelim puanları araştırma grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. Sosyal davranış puanının ise kontrol grubunda araştırma grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma ve kontrol gruplarında Güçler ve Güçlükler Anketi puanları

	Araştırma Grubu			Kontrol Grubu			z	P
	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)		
Duygusal Sorunlar	239	3,31 \pm 2,46	3 (0 - 10)	191	1,92 \pm 2,03	1 (0 - 10)	-6,217	<0,001
Davranış Sorunları	236	2,39 \pm 2,07	2 (0 - 9)	194	1,40 \pm 1,36	1 (0 - 7)	-4,894	<0,001
Hiperaktivite	236	5,43 \pm 2,61	5 (0 - 10)	194	3,17 \pm 2,40	3 (0 - 10)	-8,605	<0,001
Akran Sorunları	235	3,32 \pm 1,67	3 (0 - 8)	192	2,35 \pm 1,47	2 (0 - 10)	-6,149	<0,001
Sosyal Davranış	241	7,45 \pm 2,18	8 (2 - 17)	193	8,08 \pm 1,78	8 (2 - 10)	-3,173	0,002
Toplam Güçlük Puanı	226	14,49 \pm 6,26	14 (2 - 33)	181	8,82 \pm 5,09	8 (1 - 28)	-9,020	<0,001
Dışa Yönelim	231	7,80 \pm 4,07	7 (0 - 18)	191	4,57 \pm 3,32	4 (0 - 17)	-8,180	<0,001
İçe Yönelim	233	6,66 \pm 3,31	6 (0 - 17)	186	4,30 \pm 2,84	4 (0 - 18)	-7,620	<0,001

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum, z: Mann Whitney U test istatistiği

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'ne verilen yanıtlar incelendiğinde araştırma grubunda son iki ayda üst karında ağrı ve rahatsızlık şikayetinin ($p=0,028$) ve şikayet süresinin, ($p=0,049$) kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel dispepsi belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Son 2 ayda üst karında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissetti?	Hiçbir zaman	173 (70,9)	167 (82,7)	10,913	0,028
	Ayda 1-3 kez	40 (16,4)	22 (10,9)		
	Haftada bir kez	9 (3,7)	6 (3,0)		
	Haftada birkaç kez	18 (7,4)	7 (3,5)		
	Her gün	4 (1,6)	0 (0,0)		
Üst karında acı veya rahatsızlık ne zamandan beri hissediyor?	1 ay (veya daha az)	20 (30,3)	12 (36,4)	9,556	0,049
	2 ay	5 (7,6)	6 (18,2)		
	3 ay	4 (6,1)	5 (15,2)		
	4-11 ay	6 (9,1)	4 (12,1)		
	≥1 yıl	31 (47,0)	6 (18,2)		

n: sayı, X²: Ki-kare test istatistiği

Bununla birlikte irritabl bağırsak sendromu belirtisi olarak kabul edilen defekasyon sonrası rahatlama belirtisi araştırma grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur (p=0,012). Yine irritabl bağırsak sendromu belirtisi olarak kabul edilen “Çocuğunuz kakası her zamankinden daha az miktarda mıydı?” sorusuna “Hiçbir zaman” cevabının verilme oranının kontrol grubunda daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,044) (Tablo 9).

Tablo 9. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği’nde irritabl bağırsak sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Son 2 ay içerisinde çocuğunuz göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede ne sıklıkta sancı veya ağrı hissetti?	Hiçbir zaman	179 (73,4)	159 (78,7)	6,883	0,142
	Ayda 1-3 kez	40 (16,4)	31 (15,3)		
	Haftada bir kez	12 (4,9)	3 (1,5)		
	Haftada birkaç kez	10 (4,1)	9 (4,5)		
	Her gün	3 (1,2)	0 (0,0)		
Çocuğunuz, göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgedeki sancısı veya ağrısı ne zamandan beri var?	1 ay (veya daha az)	15 (23,4)	21 (48,8)	9,116	0,058
	2 ay	7 (10,9)	6 (14,0)		
	3 ay	6 (9,4)	3 (7,0)		
	4-11 ay	5 (7,8)	2 (4,7)		
	1 yıl (daha fazla)	31 (48,4)	11 (25,6)		
Çocuğunuz kaka yaptıktan sonra sancı veya ağrı hissi düzeldi mi? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	200 (82,0)	170 (84,2)	1,391	0,846
	Nadiren (Arada bir)	10 (4,1)	9 (4,5)		
	Bazen	11 (4,5)	7 (3,5)		
	Çoğu zaman	16 (6,6)	9 (4,5)		
	Her zaman	7 (2,9)	7 (3,5)		

Tablo 9. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde irritabl bağırsak sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha yumuşak kıvamda, lapa gibi ya da daha sulu muydu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	206 (84,4)	180 (89,1)	3,816	0,431
	Nadiren (Arada bir)	18 (7,4)	8 (4,0)		
	Bazen	11 (4,5)	8 (4,0)		
	Çoğu zaman	8 (3,3)	4 (2,0)		
	Her zaman	1 (0,4)	2 (1,0)		
Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha sert ya da daha topak topak (keçi pisliği gibi) miydi? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	208 (85,2)	185 (91,6)	5,859	0,210
	Nadiren (Arada bir)	11 (4,5)	7 (3,5)		
	Bazen	13 (5,3)	5 (2,5)		
	Çoğu zaman	6 (2,5)	4 (2,0)		
	Her zaman	6 (2,5)	1 (0,5)		
Çocuğunuz kakası her zamankinden daha fazla miktarda mıydı? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	207 (84,8)	182 (90,1)	5,105	0,277
	Nadiren (Arada bir)	17 (7,0)	10 (5,0)		
	Bazen	10 (4,1)	8 (4,0)		
	Çoğu zaman	6 (2,5)	1 (0,5)		
	Her zaman	4 (1,6)	1 (0,5)		
Çocuğunuz kakası her zamankinden daha az miktarda mıydı? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	215 (88,1)	183 (90,6)	2,641	0,620
	Nadiren (Arada bir)	21 (8,6)	14 (6,9)		
	Bazen	7 (2,9)	3 (1,5)		
	Çoğu zaman	1 (0,4)	1 (0,5)		
	Her zaman	0 (0,0)	1 (0,5)		

Tablo 9. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde irritabl bağırsak sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Son 2 ayda üst karında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissetti?	Hiçbir zaman	173 (70,9)	167 (82,7)	10,913	0,028
	Ayda 1-3 kez	40 (16,4)	22 (10,9)		
	Haftada bir kez	9 (3,7)	6 (3,0)		
	Haftada birkaç kez	18 (7,4)	7 (3,5)		
	Her gün	4 (1,6)	0 (0,0)		
Üst karında acı veya rahatsızlık ne zamandan beri hissediyor?	1 ay (veya daha az)	20 (30,3)	12 (36,4)	9,556	0,049
	2 ay	5 (7,6)	6 (18,2)		
	3 ay	4 (6,1)	5 (15,2)		
	4-11 ay	6 (9,1)	4 (12,1)		
	1 yıl (daha fazla)	31 (47,0)	6 (18,2)		
Defekasyon ile üst karın ağrısında rahatlama Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	193 (79,1)	181 (89,6)	12,771	0,012
	Nadiren (Arada bir)	8 (3,3)	4 (2,0)		
	Bazen	20 (8,2)	3 (1,5)		
	Çoğu zaman	10 (4,1)	7 (3,5)		
	Her zaman	13 (5,3)	7 (3,5)		

Tablo 9. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde irritabl bağırsak sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha yumuşak kıvamda, lapa gibi ya da daha sulu muydu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	196 (80,3)	180 (89,1)	8,020	0,091
	Nadiren (Arada bir)	16 (6,6)	7 (3,5)		
	Bazen	17 (7,0)	10 (5,0)		
	Çoğu zaman	12 (4,9)	5 (2,5)		
	Her zaman	3 (1,2)	0 (0,0)		
Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha sert ya da daha topak topak mıydı? (Keçi pisliği gibi) Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	203 (83,2)	182 (90,1)	8,033	0,090
	Nadiren (Arada bir)	18 (7,4)	12 (5,9)		
	Bazen	12 (4,9)	4 (2,0)		
	Çoğu zaman	11 (4,5)	3 (1,5)		
	Her zaman	0 (0,0)	1 (0,5)		
Çocuğunuz kakası her zamankinden daha fazla miktarda mıydı? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	205 (84,0)	183 (90,6)	7,412	0,116
	Nadiren (Arada bir)	16 (6,6)	12 (5,9)		
	Bazen	12 (4,9)	5 (2,5)		
	Çoğu zaman	8 (3,3)	2 (1,0)		
	Her zaman	3 (1,2)	0 (0,0)		
Çocuğunuz kakası her zamankinden daha az miktarda mıydı? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	207 (84,8)	185 (91,6)	8,085	0,044
	Nadiren (Arada bir)	21 (8,6)	14 (6,9)		
	Bazen	14 (5,7)	2 (1,0)		
	Çoğu zaman	2 (0,8)	1 (0,5)		
	Her zaman	0 (0,0)	0 (0,0)		

X²: Ki-kare test istatistiği

İrritabl bağırsak sendromu ek belirtilerinden sayılan defekasyon sırasında zorlanma (ıkınma) sıklığının araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0,011$). Tenezm hissini de araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür ($p=0,003$) (Tablo 10).

Tablo 10. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde iritabl bağırsak sendromu ek belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Çocuğunuz, kakasını kaçırmamak için acele ile tuvalete gitti mi? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	95 (44,8)	85 (47,5)	9,437	0,051
	Nadiren (Arada bir)	56 (26,4)	64 (35,8)		
	Bazen	37 (17,5)	17 (9,5)		
	Çoğu zaman	14 (6,6)	9 (5,0)		
	Her zaman	10 (4,7)	4 (2,2)		
Çocuğunuzun kaka yapmak için zorlandığı (ıkındığı) oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	75 (35,5)	81 (45,3)	13,085	0,011
	Nadiren (Arada bir)	70 (33,2)	68 (38,0)		
	Bazen	36 (17,1)	21 (11,7)		
	Çoğu zaman	22 (10,4)	6 (3,4)		
	Her zaman	8 (3,8)	3 (1,7)		

Tablo 10. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde irritabl bağırsak sendromu ek belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

Çocuğunuz kakasını yaparken makatından sümük veya balgam (beyazımsı-sarımsı kaygan bir şey) çıkardı mı? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	146 (85,4)	150 (93,8)	7,570	0,109
	Nadiren (Arada bir)	16 (9,4)	5 (3,1)		
	Bazen	5 (2,9)	4 (2,5)		
	Çoğu zaman	3 (1,8)	1 (0,6)		
	Her zaman	1 (0,6)	0 (0,0)		
Çocuğunuz kaka yaptıktan sonra kakası bitmemiş, daha çıkmayan kakası varmış gibi hissetti mi? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	122 (61,3)	127 (74,7)	16,128	0,003
	Nadiren (Arada bir)	36 (18,1)	32 (18,8)		
	Bazen	21 (10,6)	7 (4,1)		
	Çoğu zaman	11 (5,5)	3 (1,8)		
	Her zaman	9 (4,5)	1 (0,6)		

X^2 : Ki-kare test istatistiği

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde abdominal migren belirtilerini sorgulayan sorulara verilen yanıtlar araştırma ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde abdominal migren belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	X²	p
		n (%)	n (%)		
Son bir yıl içinde, çocuğunuzun göbük deliğinin çevresinde 2 saat veya daha uzun süren ve çocuğunuzun yaptığı her şeyi bırakmasına neden olan şiddetli ağrı kaç kez oldu?	Hiçbir zaman	215 (88,1)	184 (91,1)	8,513	0,075
	1	3 (1,2)	8 (4,0)		
	2	9 (3,7)	2 (1,0)		
	3-5	9 (3,7)	4 (2,0)		
	6 veya daha çok	8 (3,3)	4 (2,0)		
İştahsızlık	Hayır	220 (90,2)	188 (93,1)	1,197	0,274
	Evet	24 (9,8)	14 (6,9)		
Mide rahatsızlığı	Hayır	234 (95,9)	193 (95,5)	0,035	0,853
	Evet	10 (4,1)	9 (4,5)		
Kusma (çıkarma)	Hayır	231 (94,7)	187 (92,6)	0,509	0,476
	Evet	13 (5,3)	15 (7,4)		

Tablo 11. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde abdominal migren belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

Soluk cilt	Hayır	236 (96,7)	192 (95)	0,798	0,372
	Evet	8 (3,3)	10 (5,0)		
Baş ağrısı	Hayır	232 (95,1)	192 (95)	0,001	0,987
	Evet	12 (4,9)	10 (5,0)		
Gözlerde ışığa karşı duyarlılık	Hayır	240 (98,4)	201 (99,5)		0,383*
	Evet	4 (1,6)	1 (0,5)		
Şiddetli ağrıların görüldüğü zamanlar arasında çocuğunuz - birkaç hafta veya daha uzun süre- sağlıklı mıydı?	Hayır	215 (88,1)	183 (90,6)	0,473	0,492
	Evet	29 (11,9)	19 (9,4)		

X²: Ki-kare test istatistiği *Fischer's exact test

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel abdominal ağrı belirtilerini sorgulayan sorular arasında uyumda zorlanma ($p=0,024$), karın ağrısına eşlik eden baş dönmesi ve halsizlik ($p=0,045$), üst karında ağrı ve rahatsızlık sıklığı ($p=0,028$) ve süresi ($p=0,049$), üst karın ağrısına eşlik eden baş ağrısı ($p=0,012$), halsizlik ve baş dönmesi ($p=0,043$), üst karın ağrısına bağlı uyumda zorlanma ($p=0,032$) şikayetlerinin araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha sık olduğu izlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel abdominal ağrı belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Son 2 ay içerisinde çocuğunuz göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede ne sıklıkta sancı veya ağrı hissetti? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	179 (73,4)	159 (78,7)	6,883	0,142
	Ayda 1-3 kez	40 (16,4)	31 (15,3)		
	Haftada bir kez	12 (4,9)	3 (1,5)		
	Haftada birkaç kez	10 (4,1)	9 (4,5)		
	Her gün	3 (1,2)	0 (0,0)		
Çocuğunuz, göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgedeki sancısı veya ağrısı ne zamandan beri var? Ne sıklıkta?	1 ay (veya daha az)	15 (23,4)	21 (48,8)	9,116	0,058
	2 ay	7 (10,9)	6 (14,0)		
	3 ay	6 (9,4)	3 (7,0)		
	4-11 ay	5 (7,8)	2 (4,7)		
	1 yıl (veya daha fazla)	31 (48,4)	11 (25,6)		
Çocuğunuzun baş ağrısı oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	205 (84,0)	183 (90,6)	6,080	0,194
	Nadiren (Arada bir)	20 (8,2)	11 (5,4)		
	Bazen	12 (4,9)	7 (3,5)		
	Çoğu zaman	4 (1,6)	1 (0,5)		
	Her zaman	3 (1,2)	0 (0,0)		

Tablo 12. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel abdominal ağrı belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Çocuğunuz uyumada zorlandı mı? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	214 (87,7)	189 (93,6)	11,267	0,024
	Nadiren (Arada bir)	9 (3,7)	9 (4,5)		
	Bazen	5 (2,0)	2 (1,0)		
	Çoğu zaman	5 (2,0)	2 (1,0)		
	Her zaman	11 (4,5)	0 (0,0)		
Çocuğunuzun kollarında, bacaklarında ya da sırtında ağrı oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	216 (88,5)	194 (96,0)	8,623	0,071
	Nadiren (Arada bir)	11 (4,5)	4 (2,0)		
	Bazen	9 (3,7)	2 (1,0)		
	Çoğu zaman	4 (1,6)	1 (0,5)		
	Her zaman	4 (1,6)	1 (0,5)		
Çocuğunuz hâlsizlik ya da baş dönmesi hissetti mi? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	211 (86,5)	192 (95,0)	9,755	0,045
	Nadiren (Arada bir)	17 (7,0)	6 (3,0)		
	Bazen	10 (4,1)	2 (1,0)		
	Çoğu zaman	2 (0,8)	1 (0,5)		
	Her zaman	4 (1,6)	1 (0,5)		
Çocuğunuzun okula gidemediği veya günlük işlerini yapamadığı oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	219 (89,8)	187 (92,6)	2,158	0,708
	Nadiren (Arada bir)	12 (4,9)	9 (4,5)		
	Bazen	9 (3,7)	5 (2,5)		
	Çoğu zaman	1 (0,4)	0 (0,0)		
	Her zaman	3 (1,2)	1 (0,5)		

Tablo 12. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel abdominal ağrı belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Son 2 ayda üst karında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissetti? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	173 (70,9)	167 (82,7)	10,913	0,028
	Ayda 1-3 kez	40 (16,4)	22 (10,9)		
	Haftada bir kez	9 (3,7)	6 (3,0)		
	Haftada birkaç kez	18 (7,4)	7 (3,5)		
	Her gün	4 (1,6)	0 (0,0)		
Üst karında acı veya rahatsızlık ne zamandan beri hissediyor?	1 ay (veya daha az)	20 (30,3)	12 (36,4)	9,556	0,049
	2 ay	5 (7,6)	6 (18,2)		
	3 ay	4 (6,1)	5 (15,2)		
	4-11 ay	6 (9,1)	4 (12,1)		
	1 yıl (veya daha fazla)	31 (47,0)	6 (18,2)		
Çocuğunuzun üst karın ağrısı ile birlikte baş ağrısı oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	198 (81,1)	185 (91,6)	12,823	0,012
	Nadiren (Arada bir)	21 (8,6)	12 (5,9)		
	Bazen	15 (6,1)	4 (2,0)		
	Çoğu zaman	9 (3,7)	1 (0,5)		
	Her zaman	1 (0,4)	0 (0,0)		
Çocuğunuz üst karın ağrısı nedeni ile uyumada zorlandı mı? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	200 (82,0)	184 (91,1)	10,543	0,032
	Nadiren (Arada bir)	15 (6,1)	9 (4,5)		
	Bazen	10 (4,1)	4 (2,0)		
	Çoğu zaman	8 (3,3)	4 (2,0)		
	Her zaman	11 (4,5)	1 (0,5)		

Tablo 12. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel abdominal ağrı belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Çocuğunuzun üst karın ağrısı esnasında kollarında, bacaklarında ya da sırtında ağrı oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	212 (86,9)	189 (93,6)	8,559	0,073
	Nadiren (Arada bir)	10 (4,1)	7 (3,5)		
	Bazen	9 (3,7)	4 (2,0)		
	Çoğu zaman	11 (4,5)	1 (0,5)		
	Her zaman	2 (0,8)	1 (0,5)		
Çocuğunuzun üst karın ağrısı ile birlikte hâlsizlik ya da baş dönmesi oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	206 (84,4)	187 (92,6)	9,852	0,043
	Nadiren (Arada bir)	14 (5,7)	9 (4,5)		
	Bazen	17 (7,0)	4 (2,0)		
	Çoğu zaman	4 (1,6)	2 (1,0)		
	Her zaman	3 (1,2)	0 (0,0)		
Çocuğunuzun üst karın ağrısı nedeni ile okula gidemediği veya günlük işlerini yapamadığı oldu mu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	210 (86,1)	187 (92,6)	6,844	0,144
	Nadiren (Arada bir)	19 (7,8)	11 (5,4)		
	Bazen	8 (3,3)	3 (1,5)		
	Çoğu zaman	3 (1,2)	1 (0,5)		
	Her zaman	4 (1,6)	0 (0,0)		

X²: Ki-kare test istatistiği

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel konstipasyon belirtilerini sorgulayan sorulara bakıldığında "Çocuğunuzun son 2 ay içerisinde tuvaleti tıkayacak kadar büyük miktarda kaka yaptığı oldu mu?" sorusuna "Evet" cevabı verilme oranının araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,009). Dışkı tutma alışkanlığının araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,005). İç çamaşırda dışkı lekeli görülme sıklığının yine araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,012) (Tablo 13).

Tablo 13. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel konstipasyon belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Son 2 ay içerisinde çocuğunuz genellikle hangi sıklıkta kaka yaptı? Ne sıklıkta?	Haftada 2 kez veya daha az	5 (2,3)	8 (4,5)	3,930	0,416
	Haftada 3-6 kez	26 (12,0)	17 (9,7)		
	Günde 1 kez	123 (56,7)	103 (58,5)		
	Günde 2-3 kez	58 (26,7)	47 (26,7)		
	Günde 3 kereden daha fazla	5 (2,3)	1 (0,6)		
Son 2 ay içerisinde çocuğunuzun kakasının kıvamı genellikle nasıldı? Ne sıklıkta?	Çok sert	9 (4,5)	3 (1,8)	10,111	0,072
	Sert	20 (9,9)	6 (3,5)		
	Ne çok sert ne de çok yumuşak	128 (63,4)	113 (66,5)		
	Çok yumuşak veya lapa gibi	5 (2,5)	5 (2,9)		
	Sulu	3 (1,5)	1 (0,6)		
	Duruma göre değişir	37 (18,3)	42 (24,7)		

Tablo 13. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel konstipasyon belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Çocuğunuzun kakası genellikle sert kıvamda ise bu sertlik ne zamandan beri sürüyor? Ne sıklıkta?	1 aydan daha az	14 (27,5)	13 (41,9)	2,800	0,423
	1 ay	5 (9,8)	4 (12,9)		
	2 ay	1 (2,0)	1 (3,2)		
	3 ay veya daha fazla	31 (60,8)	13 (41,9)		
Son 2 ay içerisinde çocuğunuzun kaka yaparken canı yandı mı? Ne sıklıkta?	Hayır	206 (84,4)	178 (88,1)	1,259	0,262
	Evet	38 (15,6)	24 (11,9)		
Çocuğunuzun son 2 ay içerisinde tuvaleti tıkayacak kadar büyük miktarda kaka yaptığı oldu mu? Ne sıklıkta?	Hayır	215 (88,1)	193 (95,5)	6,903	0,009
	Evet	29 (11,9)	9 (4,5)		
<i>Bazı çocuklar uygun tuvalet olsa bile kakalarını tutarlar. Çocuklar bunu yaparken vücutlarını kasar veya bacaklarını çapraz yaparlar. Son 2 ay içerisinde çocuğunuz evdeyken ne sıklıkta yukarıdaki gibi kakasını tutmaya çalıştı?</i>	Hiçbir zaman	190 (77,9)	182 (90,1)	15,034	0,005
	Ayda 1-3 kez	24 (9,8)	14 (6,9)		
	Haftada bir kez	9 (3,7)	2 (1,0)		
	Haftada birkaç kez	12 (4,9)	2 (1,0)		
	Her gün	9 (3,7)	2 (1,0)		
Bir doktor veya hemşire çocuğunuz muayene edip bağırsaklarında çok miktarda kakası olduğunu hiç söyledi mi?	Hayır	219 (89,8)	185 (91,6)	0,434	0,510
	Evet	25 (10,2)	17 (8,4)		
Son 2 ay içerisinde çocuğunuzun iç çamaşırı ne sıklıkta kaka ile lekelenmiş veya kirlenmişti?	Hiçbir zaman	142 (58,2)	137 (67,8)	14,635	0,012
	Ayda 1 kereden az	29 (11,9)	27 (13,4)		
	Ayda 1-3 kez	20 (8,2)	18 (8,9)		
	Haftada 1 kez	16 (6,6)	11 (5,4)		

X²: Ki-kare test istatistiği

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde nonretansif fekal inkontinans belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtlar incelendiğinde son iki ay içerisinde iç çamaşırının kaka ile kirlenme sıklığının ($p=0,012$), miktarının ($p=0,005$) ve süresinin ($p=0,048$) araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde nonretansif fekal inkontinans belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Son 2 ay içerisinde çocuğunuzun iç çamaşırını ne sıklıkta kaka ile lekelenmiş veya kirlenmişti?	Hiçbir zaman	142 (58,2)	137 (67,8)	14,635	0,012
	Ayda 1 kereden az	29 (11,9)	27 (13,4)		
	Ayda 1-3 kez	20 (8,2)	18 (8,9)		
	Haftada 1 kez	16 (6,6)	11 (5,4)		
	Haftada birkaç kez	25 (10,2)	7 (3,5)		
Çocuğunuzun iç çamaşırını lekeliendiğinde ya da kirlendiğinde miktarı ne kadardı?	İç çamaşırını lekeliydi (kaka yoktu)	76 (67,3)	67 (87,0)	10,422	0,005
	İç çamaşırında az miktarda kaka vardı (tüm kakasından daha az)	33 (29,2)	10 (13,0)		
	İç çamaşırında büyük miktarda kaka vardı (kakasının tümü)	4 (3,5)	0 (0,0)		
Çocuğunuzun iç çamaşırını ne kadar zamandan beri lekeleniyor veya kirleniyor?	1 ay veya daha az	33 (32,4)	30 (44,8)	9,569	0,048
	2 ay	4 (3,9)	3 (4,5)		
	3 ay	5 (4,9)	6 (9,0)		
	4-11 ay	17 (16,7)	2 (3,0)		
	1 yıl veya daha uzun	43 (42,2)	26 (38,8)		

X²: Ki-kare test istatistiği

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde aerofaji belirtilerini sorgulayan sorulara verilen yanıtlara göre gaz çıkarma sıklığının araştırma grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,027$). “Çocuğunuz ne sıklıkta fazladan hava yuttu veya içine çekti?” sorusuna “Hiçbir zaman” cevabı verilme sıklığının kontrol grubunda daha fazla olduğu görülmüştür ($p=0,047$). “Yedikleri ağzına geri geldiğinde çocuğunuz genellikle bulantı ve kusma hisseder mi?” sorusuna “Evet” cevabı verilme sıklığının araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0,011$) (Tablo 15).

Tablo 15. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde aerofaji belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Çocuğunuz ne sıklıkta istemediği hâlde tekrar tekrar geçirdi? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	129 (63,5)	133 (76,4)	8,928	0,063
	Ayda 1 kereden az	29 (11,9)	27 (13,4)		
	Ayda 1-3 kez	20 (8,2)	18 (8,9)		
	Haftada 1 kez	16 (6,6)	11 (5,4)		
	Haftada birkaç kez	25 (10,2)	7 (3,5)		
Çocuğunuz ne sıklıkta osurdu? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	22 (11,0)	18 (10,7)	10,987	0,027
	Nadiren (Arada bir)	41 (20,5)	59 (34,9)		
	Bazen	71 (35,5)	53 (31,4)		
	Çoğu zaman	42 (21,0)	27 (16,0)		
	Her zaman	24 (12,0)	12 (7,1)		

Tablo 15. (Devamı) Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde aerofaji belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Gün içinde çocuğunuzun karnı ne sıklıkta (gözünüzle görebildiğiniz) bariz biçimde şişti? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	156 (74,6)	138 (79,3)	2,177	0,703
	Nadiren (Arada bir)	36 (17,2)	27 (15,5)		
	Bazen	14 (6,7)	8 (4,6)		
	Çoğu zaman	1 (0,5)	0 (0,0)		
	Her zaman	2 (1,0)	1 (0,6)		
Çocuğunuz ne sıklıkta fazladan hava yuttu veya içine çekti (çocuğunuz hava yuttuğunda bir gurklama sesi duyabilirsiniz)? Ne sıklıkta?	Hiçbir zaman	147 (80,8)	142 (87,1)	9,653	0,047
	Nadiren (Arada bir)	25 (13,7)	18 (11,0)		
	Bazen	8 (4,4)	1 (0,6)		
	Çoğu zaman	2 (1,1)	0 (0,0)		
	Her zaman	0 (0,0)	2 (1,2)		

X²: Ki-kare test istatistiği

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde siklik kusma belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımına bakıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde siklik kusma belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X²	p
Son 1 yılda çocuğunuz, 2 saat veya daha uzun süre tekrar tekrar hiç durmadan kaç kez kustu?	Hiçbir zaman	214 (87,7)	176 (87,1)	2,436	0,656
	1	14 (5,7)	16 (7,9)		
	2	4 (1,6)	2 (1,0)		
	3	4 (1,6)	1 (0,5)		
	4 veya daha fazla	8 (3,3)	7 (3,5)		
Çocuğunuz ne kadar zamandır tekrar tekrar hiç durmadan kusuyor?	1 ay veya daha az	14 (46,7)	12 (46,2)	2,069	0,723
	2 ay	1 (3,3)	0 (0,0)		
	3 ay	1 (3,3)	0 (0,0)		
	4-11 ay	4 (13,3)	3 (11,5)		
	1 yıl veya daha uzun	10 (33,3)	11 (42,3)		
Çocuğunuzun tekrar tekrar hiç durmadan kusmaları olduğunda mide bulantısı da oldu mu?	Hayır	219 (89,8)	184 (91,1)	0,099	0,634
	Evet	25 (10,2)	18 (8,9)		
Çocuğunuz tekrar tekrar hiç durmadan kusmaların görüldüğü zamanlar arasında- birkaç hafta veya daha uzun süre- sağlıklı mıydı?	Hayır	216 (88,5)	176 (87,1)	0,092	0,761
	Evet	28 (11,5)	26 (12,9)		

X²: Ki-kare test istatistiği

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde ergen ruminasyon sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtın dağılımı incelendiğinde “Yedikleri ağzına geri geldiğinde çocuğunuz genellikle bulantı ve kusma hisseder mi?” sorusuna araştırma grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek oranda “evet” dediği görülmüştür (p=0,011) (Tablo 17).

Tablo 17. Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeğinde ergen ruminasyon sendromu belirtilerini sorgulayan sorulara araştırma ve kontrol gruplarının verdiği yanıtların dağılımı

		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Son 2 ayda, yemek yedikten sonra çocuğunuzun yedikleri ne sıklıkta ağzına geri geldi?	Hiçbir zaman	219 (89,8)	192 (95,0)	4,732	0,316
	Ayda 1-3 kez	19 (7,8)	7 (3,5)		
	Haftada bir kez	1 (0,4)	1 (0,5)		
	Haftada birkaç kez	2 (0,8)	1 (0,5)		
	Her gün	3 (1,2)	1 (0,5)		
Bu durum, genellikle çocuğunuz yemek yedikten sonraki ilk bir saat içinde mi olur?	Hayır	230 (94,3)	193 (95,5)	0,156	0,693
	Evet	14 (5,7)	9 (4,5)		
Çocuğunuz uyurken yedikleri ağzına geri gelir mi?	Hayır	238 (97,5)	199 (98,5)		0,521*
	Evet	6 (2,5)	3 (1,5)		
Yedikleri ağzına geri geldiğinde çocuğunuz genellikle bulantı ve kusma hisseder mi?	Hayır	223 (91,4)	197 (97,5)	6,492	0,011
	Evet	21 (8,6)	5 (2,5)		
Yedikleri ağzına geri geldiğinde çocuğunuzun genellikle canı acır mı?	Hayır	239 (98,0)	199 (98,5)		0,734*
	Evet	5 (2,0)	3 (1,5)		

X²: Ki-kare test istatistiği

Araştırma grubunda 2 çocuk fonksiyonel dispepsi tanı ölçütlerini karşılarken, kontrol grubunda fonksiyonel dispepsi ölçütlerini karşılayan çocuk izlenmemiştir. Araştırma grubunda 15 çocuk İBS tanı ölçütlerini karşılarken, kontrol grubunda 9 çocuk İBS tanı ölçütlerini karşılamıştır. Abdominal migren tanı ölçütlerini karşılayan araştırma grubunda 10, kontrol grubunda ise 6 çocuk olduğu tespit edilmiştir. Araştırma grubunda fonksiyonel abdominal ağrı tanı ölçütlerini karşılayan 14, kontrol grubunda ise 8 çocuk varken, fonksiyonel abdominal ağrı sendromu tanı ölçütlerini karşılayanların araştırma grubunda 7 çocuk, kontrol grubunda ise 3 çocuk olduğu görülmüştür. Araştırma grubunda 68 çocuk fonksiyonel konstipasyon tanı ölçütlerini karşılarken, kontrol grubunda ise 32 çocuk tanı ölçütlerini karşılamıştır. Araştırma grubunda nonretansif fekal inkontinans tanı ölçütlerini karşılayan 2 çocuk saptanmıştır. Aerofaji tanı ölçütlerinin tamamı her iki grupta da ikişer çocukta belirlenmiştir. Araştırma grubunda 3 çocuk ve kontrol grubunda 2 çocuk siklik kusma sendromu tanı ölçütlerini karşılamıştır (Tablo 18).

FGH tanı ölçütleri baz alındığında, araştırma grubunda kontrol grubuna göre fonksiyonel konstipasyon tanı ölçütlerini karşılayan bireylerin istatistiksel olarak anlamlı daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p=0,002$). Diğer fonksiyonel gastrointestinal hastalık ölçütlerinin karşılanma sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmemiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırma ve kontrol gruplarında Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'ne göre fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan çocukların dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu		
		n (%)	n (%)	X²	p
Fonksiyonel dispepsi	Yok	242 (99,2)	202 (100)		0,503*
	Var	2 (0,8)	0 (0,0)		
İBS	Yok	229 (93,9)	193 (95,5)	0,621	0,431
	Var	15 (6,1)	9 (4,5)		
Abdominal Migren	Yok	234 (95,9)	196 (97,0)	0,146	0,703
	Var	10 (4,1)	6 (3,0)		
Fonksiyonel Abdominal Ağrı	Yok	230 (94,3)	194 (96)	0,414	0,520
	Var	14 (5,7)	8 (4,0)		
Fonksiyonel Abdominal Ağrı Sendromu	Yok	237 (97,1)	199 (98,5)		0,523*
	Var	7 (2,9)	3 (1,5)		
Fonksiyonel Konstipasyon	Yok	176 (72,1)	170 (84,2)	9,190	0,002
	Var	68 (27,9)	32 (15,8)		
Nonretansif Fekal İnkontinans	Yok	242 (99,2)	202 (100)		0,503*
	Var	2 (0,8)	0 (0,0)		
Aerofaji	Yok	242 (99,2)	200 (99)		0,998*
	Var	2 (0,8)	2 (1,0)		
Siklik Kusma Sendromu	Yok	241 (98,8)	200 (99)		0,999*
	Var	3 (1,2)	2 (1,0)		

X²: Ki-kare test istatistiği; *Fisher Exact Testi sonucu

Tüm örneklem FGH tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre incelendiğinde, FGH olan 147 ve FGH olmayan 299 çocuk olduğu tespit edilmiştir. FGH olanlar ve olmayanlar cinsiyet, akraba evliliği, aile yapısı, anne baba eğitim durumu, anne baba sağlık durumu açısından incelendiğinde, her iki grubun benzer özellikte olduğu tespit edilmiştir. FGH olan ve FGH olmayan grup yalnızca aylık gelir düzeyi açısından farklı bulunmuştur ($p=0,010$) (Tablo 19).

Tablo 19. Tüm örnekleme, fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan çocukların genel özelliklerin dağılımı- kategorik değişkenler

		FGH VAR	FGH YOK		
		n (%)	n (%)	X²	p
Cinsiyet	Erkek	95 (64,6)	192 (64,4)	0,002	0,968
	Kız	52 (35,4)	106 (35,6)		
Akraba Evliliği	Yok	122 (84,7)	254 (85,2)	0,020	0,887
	Var	22 (15,3)	44 (14,8)		
Aile Yapısı	Tek ebeveyn	18 (12,4)	21 (7,1)	3,493	0,174
	Çekirdek	114 (78,6)	246 (82,8)		
	Geniş	13 (9,0)	30 (10,1)		
Aylık Gelir	<3000	47 (32,4)	126 (44,7)	9,142	0,010
	3000-5000	53 (36,6)	67 (23,8)		
	>5000	45 (31,0)	89 (31,6)		
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	175 (72,9)	88 (44,2)	6,554	0,364
	Ortaöğretim	18 (7,5)	37 (18,6)		
	Yükseköğretim	47 (19,6)	74 (37,2)		
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim	160 (66,9)	81 (41,1)	7,332	0,291
	Ortaöğretim	17 (7,1)	52 (26,4)		
	Yükseköğretim	62 (25,9)	64 (32,5)		
Anne Sağlık Durumu	Hasta	17 (11,6)	43 (14,4)	2,89	0,089
	Sağlıklı	129 (88,4)	256 (85,6)		
Baba Sağlık Durumu	Hasta	17 (11,6)	25 (8,4)	1,161	0,281
	Sağlıklı	130 (88,4)	273 (91,6)		
Anne GIS hastalık	Yok	136 (94,4)	278 (94,9)	0,037	0,848
	Var	8 (5,6)	15 (5,1)		
Baba GIS hastalık	Yok	132 (91,7)	273 (94,1)	0,942	0,332
	Var	12 (8,3)	17 (5,9)		

X²: Ki-kare test istatistiği

Tüm örneklem FGH tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre incelenerek FGH olan (n=147) ve olmayan (n=299) olarak iki gruba ayrıldığında grupların yaş, kardeş sayısı, anne yaşı ve baba yaşı dağılımı açısından benzer bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Tüm örneklemede fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan çocukların genel özelliklerin dağılımı – nicel değişkenler

	FGH VAR			FGH YOK			z	p
	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Yaş	147	7,3 ± 2,0	7 (4 - 10)	299	7,6± 1,9	8 (4 - 10)	22,59	0,247
Kardeş Sayısı	147	1,88 ± 0,79	2 (0 - 4)	299	1,94 ± 0,74	2 (0 - 5)	22,772	0,345
Anne Yaşı	147	35,05 ± 5,01	35 (25 - 48)	299	35,05 ± 5,41	35 (21 - 49)	20,98	0,926
Baba Yaşı	147	38,68 ± 5,16	38 (29 - 58)	299	39,08 ± 6,0	38 (26 - 63)	21,167	0,908

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum z: Mann Whitney U test istatistiği, FGH: Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık

Tüm örnekleme, FGH tanı ölçütlerini karşılayan çocukların Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu alt ölçeklerinden hiperaktivite ($p=0,030$) ve DEHB indeksi ($p=0,049$) puanlarının, FGH tanı ölçütlerini karşılamayan çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karşı gelme ve bilişsel problemler / dikkatsizlik puanlarında ise FGH ölçütlerini karşılayan ve karşılamayanlar arasında istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Tüm örnekleme fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütleri karşılama durumlarına göre Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu Puanları

	FGH Var			FGH Yok			z	P
	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)		
Karşı Gelme	129	6,74 \pm 5,04	5 (0 - 18)	264	5,74 \pm 4,87	5 (0 - 18)	-1,848	0,065
Bilişsel Problemler/ Dikkatsizlik	127	6,39 \pm 5,33	5 (0 - 18)	267	5,59 \pm 5,17	4 (0 - 18)	-1,587	0,112
Hiperaktivite	134	5,34 \pm 4,57	4 (0 - 17)	280	4,46 \pm 4,55	3 (0 - 18)	-2,172	0,030
DEHB İndeksi	125	13,86 \pm 8,97	12 (0 - 34)	253	12,12 \pm 9,48	11 (0 - 34)	-1,968	0,049

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum z: Mann Whitney U test istatistiği

Psikiyatrik yakınması olan çocuklardan oluşmuş olan araştırma grubu, kendi içinde FGH tanı ölçütleri karşılama durumlarına göre gruplara ayrıldığında, Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği puanları dağılımı açısından iki grup benzer bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Araştırma grubunun, fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütleri karşılama durumlarına göre Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu puanları

	FGH Var			FGH Yok			z	P
	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. \pm SS	Ortanca (Min - Maks)		
Karşı Gelme	96	7,57 \pm 5,20	7 (0 - 17)	148	7,18 \pm 5,0	6 (0 - 18)	-0,442	0,659
Bilişsel Problemler / Dikkatsizlik	96	8,17 \pm 5,35	7 (0 - 18)	148	8,25 \pm 4,94	8 (0 - 18)	0,334	0,739
Hiperaktivite	96	6,57 \pm 4,79	5 (0 - 17)	148	6,24 \pm 4,87	5 (0 - 18)	-0,572	0,567
DEHB İndeksi	96	16,70 \pm 8,91	16 (0 - 34)	148	17,32 \pm 8,47	18 (0 - 33)	0,584	0,559

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum z: Mann Whitney U test istatistiği

Herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan çocuklardan oluşan kontrol grubu ise kendi içerisinde FGH tanı ölçütleri karşılama durumuna göre iki gruba ayrıldığında, Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu puanlarının dağılımı açısından her iki grup benzer bulunmuştur. Yalnızca DEHB indeksi puanlarının FGH tanı ölçütlerini karşılayan grupta daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 23).

Tablo 23. Kontrol grubunun fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütleri karşılama durumlarına göre Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği Kısa Türkçe Formu puanları

	FGH Var			FGH Yok			z	P
	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Karşı Gelme	51	5,24 ± 4,4	4 (0 - 18)	151	4,32 ± 4,29	3 (0 - 18)	-1,539	0,124
Bilişsel Problemler / Dikkatsizlik	51	2,93 ± 3,20	2 (0 - 12)	151	2,96 ± 3,91	1 (0 - 18)	-0,608	0,543
Hiperaktivite	51	3,00 ± 3,96	2 (0 - 12)	151	2,7 ± 3,4	1 (0 - 17)	-1,122	0,262
DEHB İndeksi	51	8,64 ± 6,43	7,5 (0 - 25)	151	7,05 ± 7,47	5 (0 - 34)	-2,07	0,038

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum z: Mann Whitney U test istatistiği

Tüm örneklem FGH tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan olarak iki gruba ayrıldığında, FGH tanı ölçütlerini karşılayan çocuklarda Güçler ve Güçlükler Anketi'ne ait duygusal sorunlar, davranış sorunları, hiperaktivite, toplam güçlük, dışa yönelim ve içe yönelim puanlarının, FGH tanı ölçütlerini karşılamayan çocuklardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akran sorunları ve sosyal davranış puanlarında ise FGH tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayanlar arasında istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Tüm Örneklemde fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılama durumlarına göre Güçler ve Güçlükler Anketi puanları

	FGH Var			FGH Yok			z	P
	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Duygusal Sorunlar	144	3,51 ± 2,39	3 (0 - 9)	286	2,28 ± 2,27	2 (0 - 10)	-5,439	<0,001
Davranış Sorunları	146	2,24 ± 1,98	2 (0 - 8)	284	1,80 ± 1,76	1 (0 - 9)	-2,168	0,030
Hiperaktivite	143	4,76 ± 2,55	5 (0 - 10)	287	4,24 ± 2,84	4 (0 - 10)	-2,11	0,035
Akran Sorunları	144	3,14 ± 1,91	3 (0 - 10)	283	2,76 ± 1,49	3 (0 - 8)	-1,715	0,086
Sosyal Davranış	143	7,66 ± 2,19	8 (2 - 17)	291	7,77 ± 1,96	8 (2 - 10)	-0,638	0,523
Toplam Güçlük Puanı	138	13,71 ± 6,36	13 (2 - 28)	269	11,07 ± 6,27	11 (1 - 33)	-3,905	<0,001
Dışa Yönelim	142	7,00 ± 3,98	7 (0 - 18)	280	6,00 ± 4,09	6 (0 - 18)	-2,551	0,011
İçe Yönelim	141	6,65 ± 3,50	7 (0 - 18)	278	5,08 ± 3,10	5 (0 - 16)	-4,459	<0,001

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum z: Mann Whitney U test istatistiği

Psikiyatrik yakınması olan çocuklardan oluşmuş olan araştırma grubu, kendi içinde FGH tanı ölçütlerini karşılayan ve FGH tanı ölçütlerini karşılamayanlar diye ikiye ayrıldığında, Güçler ve Güçlükler Anketi'ne ait duygusal sorunlar ve içe yönelim puanlarının, FGH tanı ölçütlerini karşılayan grupta daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer alt ölçek puanları her iki grupta benzer bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırma grubunda, fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre Güçler ve Güçlükler Anketi puanları

	FGH Var			FGH Yok			z	P
	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Duygusal Sorunlar	96	3,79 ± 2,52	4 (0 - 9)	148	2,98 ± 2,38	3 (0 - 10)	-2,561	0,010
Davranış Sorunları	96	2,59 ± 2,22	2 (0 - 8)	148	2,26 ± 1,95	2 (0 - 9)	-0,900	0,368
Hiperaktivite	96	5,35 ± 2,43	5 (0 - 10)	148	5,48 ± 2,73	5 (0 - 10)	0,261	0,794
Akran Sorunları	96	3,56 ± 1,87	4 (0 - 8)	148	3,17 ± 1,51	3 (0 - 8)	-1,522	0,128
Sosyal Davranış	96	7,5 ± 2,39	8 (2 - 17)	148	7,42 ± 2,03	8 (3 - 10)	-0,269	0,788
Toplam Güçlük Puanı	96	15,32 ± 6,41	15 (3 - 28)	148	13,93 ± 6,11	13 (2 - 33)	-1,592	0,111
Dışa Yönelim	96	7,92 ± 4,10	7 (0 - 18)	148	7,71 ± 4,07	7 (1 - 18)	-0,418	0,676
İçe Yönelim	96	7,34 ± 3,46	7 (0 - 18)	148	6,2 ± 3,13	6 (0 - 16)	-2,600	0,009

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum z: Mann Whitney U test istatistiği

Herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan kontrol grubu ise kendi içerisinde FGH tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre ikiye ayrıldığında Güçler ve Güçlükler Anketi'ne ait duygusal sorunlar, toplam güçlük puanı, içe yönelim ve dışa yönelim puanlarının, FGH tanı ölçütlerini karşılayan grupta karşılamayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Tablo 26. Kontrol grubunda fonksiyonel gastrointestinal hastalık (FGH) tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre Güçler ve Güçlükler Anketi puanları

	FGH Var			FGH Yok			z	P
	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Duygusal Sorunlar	51	2,96 ± 2,01	3 (0 - 8)	151	1,57 ± 1,93	1 (0 - 10)	-4,617	0,001
Davranış Sorunları	51	1,59 ± 1,2	1 (0 - 4)	151	1,34 ± 1,40	1 (0 - 7)	-1,671	0,095
Hiperaktivite	51	3,61 ± 2,39	4 (0 - 10)	151	3,02 ± 2,40	2 (0 - 10)	-1,667	0,096
Akran Sorunları	51	2,37 ± 1,75	2 (0 - 10)	151	2,35 ± 1,36	2 (0 - 6)	0,160	0,873
Sosyal Davranış	51	7,98 ± 1,67	8 (4 - 10)	151	8,11 ± 1,82	8 (2 - 10)	0,720	0,471
Toplam Güçlük Puanı	51	10,6 ± 4,98	11 (2 - 28)	151	8,19 ± 4,99	7 (1 - 24)	-2,956	0,003
Dışa Yönelim	51	5,31 ± 3,21	5 (0 - 13)	151	4,33 ± 3,37	4 (0 - 17)	-1,998	0,046
İçe Yönelim	51	7,34 ± 3,46	5 (1 - 18)	151	3,95 ± 2,62	3 (0 - 13)	-2,746	0,006

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum z: Mann Whitney U test istatistiği

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne herhangi bir psikiyatrik yakınma ile ilk kez başvuran 4-10 yaş aralığındaki çocukların psikiyatrik belirtileri ile fonksiyonel bağırsak hastalığı belirtilerinin, herhangi bir psikiyatrik yakınması ya da başvurusu olmayan çocuklardan oluşan bir kontrol grubuyla karşılaştırılarak incelendiği kesitsel, bir vaka-kontrol çalışmasıdır.

Bilimsel yazındaki epidemiyolojik çalışmalar, psikososyal etkenlerin FGH gelişiminde rol oynayan etkenler arasında olduğunu göstermektedir (188). Buna rağmen araştırmalar psikiyatrik belirtiler ile fonksiyonel bağırsak hastalıkları belirtilerinin ilişkisinin yönüne dair halen fikir birliğine varamamıştır. Bilimsel yazın tarihine bakıldığında Cannon, bu karşılıklı etkileşimi kısır döngü olarak tanımlayan ilk kişidir (189). Uzun süredir tartışılan bu karşılıklı ilişki içinde temel yakınmaları psikiyatrik belirtiler olan bireylerde fonksiyonel bağırsak hastalığı belirtilerinin daha yaygın olup olmadığı ise çok az çalışılmıştır (190). Alan yazında çocukluk çağında görülen psikiyatrik belirtiler ve fonksiyonel bağırsak hastalığı belirtilerinden bir kısmının ilişkisini araştıran çalışmalara rastlanmakla birlikte, ulaşılabilen yazında çocukluk çağında görülen psikiyatrik belirtiler ile fonksiyonel bağırsak hastalıkları belirtilerini kapsamlı şekilde inceleyen, kategorize eden çalışmalara ulaşılamamıştır. Ülkemizde ise sınırlı sayıda çalışma fonksiyonel bağırsak hastalıkları belirtilerini ve psikiyatrik belirtiler ile ilişkisini incelemişse de büyük bir örnekleme çok yönlü ve ayrıntılı olarak, çocukluk çağında görülen fonksiyonel bağırsak hastalıklarının tamamına yakını sorgulayan bir yayına ulaşılamamıştır (191, 192).

Çalışmamız, gerek geniş bir örneklem grubu ile psikiyatrik bozuklukların ötesinde belirtilere odaklanması ve fonksiyonel bağırsak hastalığı belirtilerini geniş bir yelpazede taramış olması açısından gerekse ileride yapılacak araştırmalara kaynak oluşturması açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızın tek merkezde yürütülmüş olması çalışmamızın genellenebilirliğini sınırlasa da farklı özelliklere ve farklı belirtilere sahip, değişik bölgelerden gelen çocukların dâhil edildiği çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar birçok açıdan aydınlatıcıdır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamızda araştırma ve kontrol grupları arasında cinsiyet dağılımı, yaş ve kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grupta erkek kız oranı yaklaşık 2:1 olarak tespit edilmiştir. Araştırma grubunda erkek cinsiyetin daha çok görülmesi çocuk psikiyatrisi polikliniğe başvuru sıklığı açısından nörogelişimsel problemleri olan hastaların daha sık başvurması ve bu bozukluk grubunda erkek cinsiyetin kız cinsiyete göre yaklaşık 2 kat daha fazla görülmesi ile açıklanabilir. 2019 yılında Brezilya’da yürütülen bir çalışmada 2012-2018 yıllarında çocuk psikiyatrisine başvuran 837.068 kişi içinde yine erkeklerin daha sık (%68,8) başvuruda bulunduğu görülmüş (193). Türkiye’de yapılan çalışmalarda, çocuk psikiyatri polikliniklerine erkeklerin kızlara göre daha sık başvuruda bulunduğu, başvuran çocuk ve ergenlerde sıklık sırasına göre en çok DEHB, anksiyete bozuklukları, depresyon, fobi ve mental retardasyon tanılarının olduğu bildirilmiştir (194-199). Çalışmamızın kontrol grubu, araştırma grubundaki çocukların kolayda örneklem yolu ile ulaşılan, herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan sınıf arkadaşlarından oluşturulmuştur. Kontrol grubunda da erkek kız oranının 2:1 olarak görülmesi, okul çağı çocuklarının arkadaş seçimlerinin kendi cinsiyeti yönünde olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Araştırma ve kontrol grubunun benzer cinsiyet ve yaş dağılımı göstermesi verilerin karşılaştırılabilirliğini arttırmıştır.

Araştırma ve kontrol grubu kardeş sayısı, aile yapısı, aile gelir düzeyi açısından benzer bulunurken, anne ve baba eğitim düzeyi dağılımının ise farklı olduğu tespit edilmiştir. Hem annelerde hem babalarda yükseköğretim mezunu olma oranının kontrol grubunda, araştırma grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yazında ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olmasının çocuklarda psikiyatrik bozukluklar açısından önemli bir risk etkeni olduğu üzerinde durulmaktadır (200, 201). İspanya’da 4-15 yaş arası 5635 çocukla yürütülen Ulusal Sağlık Taraması çalışmasında 4-11 yaş arası çocukların ebeveynlerinde düşük eğitim düzeyinin, psikiyatrik bozukluk riskini 3,7 kat arttırdığı izlenmiştir (202). Benzer bir toplum örneğinde yürütülen bir başka çalışmada da yüksek anne eğitim düzeyinin psikiyatrik bozukluklar açısından koruyucu olduğu üzerinde durulmuştur (203). Çalışmamızın araştırma grubunda tek ebeveyn ile yaşayanların sıklığının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür. Tek ebeveynli ailelerde yaşayan çocukların, her iki ebeveyni ile birlikte

yaşayan çocuklarla karşılaştırıldığında daha zayıf bilişsel, sosyal, duygusal ve davranışsal beceriler gösterdiği, daha yüksek oranda dışa yönelim ve davranış problemleri (204, 205), akademik zorluk (206, 207), depresyon ve kaygı gibi içe yönelim problemleri sergiledikleri görülmektedir (208-211). Yapılan bu çalışmalar aile içi çatışmalar ve evlilik problemlerinin çocukluk döneminde olumsuz gelişimsel ve psikiyatrik etkilerini doğrulamaktadır. Özetle, tek ebeveyn ile yaşama ve ebeveyn kaynaklı zorluklar çocuklarda pek çok psikiyatrik yakınma ile ilişkili olabilmektedir. Araştırma grubunda tek ebeveyn oranının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olması hem yazınla hem de klinik pratikle uyuşan bir veridir.

Çalışmamızda araştırma ve kontrol grupları arasında annelerin bildirdiği doğum şekli, doğum zamanı, gebelikte sağlık problemleri, doğum komplikasyonu, konuşmaya başlama zamanı, tuvalet eğitimini kazanma zamanı, kreşe ve okula başlama yaşı açısından istatistiksel farklılık izlenmemesine rağmen, araştırma grubunda yürümeye başlama zamanının, kontrol grubundan daha geç olduğu izlenmiştir. Her iki grupta yürüme dışında motor-mental gelişim basamakları benzerlik gösterirken, farklı olarak yürüme zamanının araştırma grubunda daha geç dönemde olmasının, hatırlama etkisine bağlı olduğu düşünülmüş ve bu veri güvenilirlik açısından zayıf bulunmuştur.

5.2. YENİLENMİŞ CONNERS ANA BABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ VE GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ SONUÇLARI

Çalışmamızda Yenilenmiş Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği sonuçlarına göre araştırma grubunda karşı gelme, bilişsel problemler/dikkatsizlik ve hiperaktivite olmak üzere tüm alt ölçek puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Güçler ve Güçlükler Anketi puanları incelendiğinde ise duygusal sorunlar, davranış sorunları, hiperaktivite, akran sorunları, toplam güçlük puanı, içe yönelim ve dışa yönelim puanları araştırma grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Olumlu becerilere işaret eden sosyal davranış puanının ise kontrol grubunda araştırma grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda çalışmamızda kullanılan her iki psikiyatrik ölçek puanlarının araştırma grubunda daha yüksek çıkması, araştırma ve kontrol grubunun

psikiyatrik yakınması olan ve olmayan çocuklar olarak uygun şekilde ayrıldığına işaret etmektedir.

5.3. PEDIATRİK GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR ÖLÇEĞİ AİLE BİLDİRİM FORMU SONUÇLARI

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'nde fonksiyonel dispepsiyi (FD) sorgulayan gastrointestinal belirtileri değerlendirdiğimizde, araştırma grubunda üst karında ağrı şikâyetinin, dolgunluk ve doyma hissinin, bir yıl veya daha fazla süredir üst karında acı ve rahatsızlık şikâyetlerinin, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Bu belirtiler, FD lehine olmakla birlikte araştırma grubunda daha fazla görülmesi, tanı ölçütlerini karşılayacak boyutta olmasa da fonksiyonel dispeptik yakınmalar ile çocukluk çağında görülen psikiyatrik belirtilerin birlikteliğine dair önemli bir veri sunmaktadır. FD'si olan erişkin hastalarda psikiyatrik belirtileri inceleyen birçok araştırmaya göre anksiyete ve depresyon, sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında daha sık görülmektedir (212, 213). On iki yıllık izlem sürecini kapsayan bir toplum çalışmasında, anksiyete düzeyi yüksek olan kişilerin ileri dönemde FD gelişimi açısından risk altında oldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada, FD'li hastaların ileri dönemde anksiyete gelişimi açısından sağlıklı bireylere göre daha yüksek risk altında olduğu izlenmiştir. Ek olarak abdominal ağrı, yemek sonrası şişkinlik, erken doyma ve şişkinlik belirtileri olan hastaların anksiyete gelişimi açısından sağlıklı insanlara göre bir miktar artmış risk altında oldukları saptanmıştır (214). Ülkemizde de FD hastalarında psikiyatrik belirti birlikteliğini inceleyen erişkin yaş grubunda yapılmış çalışmalar mevcuttur. Türkiye'de erişkinlerle yapılan bir çalışmada dispepsi yakınması ile başvuran ve endoskopi yapılan 90 hasta, organik lezyon bulunup bulunmamasına göre ayrılmış ve bu iki grup arasında depresyon açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Organik lezyon bulunmayan hastalarda ise depresyon sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek olarak saptanmıştır (215). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırılan FD hastalarında durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete düzeylerinin anlamlı oranda yüksek olduğu gösterilmiştir (216). Yine ülkemizde erişkin dispepsi hastalarında depresyon, anksiyete, aleksitimi, bağlanma ve sosyal desteği inceleyen bir tez çalışmasında FD'li hastalarda depresyon

sıklığı, kontrol grubuna göre daha yüksek olarak bulunmuştur (217). Çocuk yaş grubunda yapılan çok daha az sayıda çalışmada ise FD tanısı konan çocuklarda psikiyatrik belirtilerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (218, 219). Özetle, yazın FD yakınmalarının içe yönelim belirtileri ile ilişkisini vurgulamaktadır. Psikiyatrik belirtileri olan çocukların dispeptik yakınmalarının bir eş hastalanım mı yoksa psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili somatik belirtiler mi olduğu sorusunun yanıtı bilinmemektedir. Bizim çalışmamızda psikiyatrik yakınmaları olan araştırma grubu ile kontrol grubu arasındaki fark incelenmiş ve psikiyatrik yakınmaları olan çocuklarda dispeptik şikayetlerin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Tersine ilişkiyi inceleyen az sayıdaki araştırmanın bulguları, bizim bulgularımız ile örtüşmüştür.

Çalışmamızda bir yıl veya daha fazla süredir üst karında acı ve rahatsızlık şikâyetinin varlığı araştırma grubunda %30 iken kontrol grubunda %17 olarak tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) fonksiyonel abdominal ağrı belirtisinin psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara (kontrol grubu) göre daha sık olduğu hipotezini doğrulamakla birlikte çocuk psikiyatri kliniğine gelen 4-10 yaş arasında her 3 çocuktan 1'inde karın ağrısı olabileceği anlamı taşımaktadır. Epigastrik ağrı, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklardan FD, İBS, fonksiyonel abdominal ağrı ve fonksiyonel abdominal ağrı sendromunun ortak belirtisidir. Epigastrik bölgede 2 ay ve daha uzun süre ağrı ya da rahatsızlık hissinin araştırma grubunda anlamlı olarak daha yüksek oranda görünmesi psikiyatrik yakınmaları olan çocukların FGH belirtilerini, psikiyatrik yakınmaları olmayan çocuklardan daha sık ve uzun süreli gösterdiği anlamını taşıyabilir. Campo ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada tekrarlayan karın ağrısı olan çocukların % 43'ünde depresyon, % 79'unda anksiyete bozukluğu saptanırken, kontrol grubunda ise oranların %8 ve %11 olduğu tespit edilmiştir (157). Uzun süredir karın ağrısı olan çocukların değerlendirildiği bir çalışmada Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği'ne (Child Behavior Checklist) göre anksiyete puanlarının yüksek olduğu, Child Assessment Schedule (CAS)'e göre ise yaygın anksiyete bozukluğunun daha sık görüldüğü kaydedilmiştir (220). Watson ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada tekrarlayan karın ağrısı olan çocukların anksiyete ve depresyon sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (221). Liebman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada karın ağrısı olan 119 çocuğun % 44'ünde ailevi

sorunları varken %30'unun mükemmeliyetçi özellikleri olduğunu bildirmiştir (222). Robinson ve arkadaşları, tekrarlayan karın ağrısı olan çocukların şikayetleri başlamadan birkaç ay önce, stresli yaşam olaylarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (223). Von Gontard ve arkadaşlarının 1130 çocukla yürüttükleri çalışmada, çocukların %30,1'inde karın ağrısı şikâyetinin bulunduğu ve karın ağrısı olan çocukların anksiyete ve depresyon sıklığının diğer çocuklara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (224). 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerle yürütülen bir çalışmada anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı almış grupta, karın ağrısı belirtisinin belirgin olduğu ayrıca FGH sıklığının anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı almamış kişilere göre daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (142). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde psikiyatrik yakınmaları olan ve psikiyatri polikliniğe başvuran her 3 çocuktan 1'nde kronik sayılabilecek uzun süreli epigastrik ağrı yakınması oluşu, biz çocuk ruh sağlığı çalışanlarına ilk başvuruda bu belirtiyi sorgulamamız gerektiğine ve tedavide kullanılacak ilaçları bu belirtiyi de göz önüne alarak seçmemiz gerektiğine işaret etmektedir.

Araştırma grubunda, karın ağrısı, defekasyon sonrası karın ağrısında rahatlama oranı ve kaka miktarında azalma, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Roma III İBS'yi, son 3 ayda en az 3 gün karın ağrısı veya rahatsızlık hissi varlığı ile defekasyon sonrasında karın ağrısının geçmesi, ağrı ile birlikte dışkılama sıklığında değişiklikler ve ağrı ile birlikte dışkı kıvamında değişikliklerden en az 2 tanesinin olması şeklinde tanımlar (149). Araştırma grubunda üst karında 2 ayı geçen ağrı veya rahatsızlık hissi ile defekasyon sonrasında rahatlama %20 oranında bildirirken, kontrol grubunda %10 olarak bildirilmiş olması dikkat çekici ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuçtur. Bu bulgu psikiyatrik belirtiler gösteren çocuklarda göstermeyen çocuklara göre daha sık İBS belirtilerinin görülebileceğine işaret etmekte ve psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu), İBS belirtilerinin, psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara (kontrol grubu) göre daha sık olduğu hipotezini doğrulamaktadır. Bugüne dek yapılmış pek çok çalışma, elde ettiğimiz sonuçla tutarlılık göstermektedir. Çin'de yapılan bir çalışmada İBS tanısı konan ilkökul, ortaokul ve lise öğrencilerinde anksiyete bozukluğunun daha sık olduğu ve yaş ilerledikçe anksiyete bozukluğu sıklığının arttığı görülmüştür (225). Hollier ve arkadaşlarının 261 çocukla yürüttükleri çalışmada İBS hastalarında karın ağrısı şiddeti

ile anksiyete ve depresyonun pozitif korelasyon gösterdiği izlenmiştir (226). Türkiye’de 2217 ergenle yürütülen epidemiyolojik bir çalışmada, çalışma grubunun %10,8’inde İBS görülmüştür. İBS tanı ölçütlerini karşılayan ergenlerde grubun geri kalanına göre depresyon sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (227). İBS tanılı çocuklarda psikiyatrik problemlerin rolünün değerlendirilmesini amaçlayan bir çalışmada anksiyete puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir (228). Alan yazında yürütülen en kapsamlı araştırma, Stapersma ve arkadaşları tarafından yürütülen sistematik derleme ve meta analiz çalışmasıdır. Bu çalışmada İBS’li 8107 çocuğun verisi çalışmaya dâhil edilmiştir. İBS’li çocuklarda anksiyete belirtisi sıklığının %16,4 olduğu, depresif belirti sıklığının ise %15 olduğu görülmüştür. Meta regresyon analizde İBS alt tipinin ya da cinsiyetin sıklık yüzdelerini etkilemediği ancak hastalığın aktif döneminde depresyon belirtilerinin arttığı bildirilmiştir (229). Alan yazın, İBS tanısı konan çocukların tıpkı FD, fonksiyonel karın ağrısı tanısı alanlarda olduğu gibi yüksek oranda psikiyatrik belirtiler gösterdiğini ve bu belirtilerinde anksiyete ve depresyon üzerinde yoğunlaştığını vurgulamaktadır. Çalışmamızda defekasyon sırasında zorlanma (ıkmama), tenezm ve gaz çıkarma sıklığının araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu belirtilerin Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği sonuçlarına göre İBS’de görünen ek belirtiler olduğu göz önüne alındığında, araştırma grubunda pek çok İBS belirtisinin yüksek oranda görüldüğü sonucuna ulaşılmaktadır.

Çalışmamızda psikiyatrik yakınması olan çocuklarda, psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara göre son 2 ay içerisinde iç çamaşırında lekelenme sıklığı ve iç çamaşırını lekelenme miktarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca psikiyatrik yakınması olan çocuklarda iç çamaşırının kirlenme süresi psikiyatrik yakınma ile başvurmeyen çocuklara göre daha yüksek izlenmiştir. Bu sonuç psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) konstipasyon ve nonretansif fekal inkontinans belirtileri, psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara (kontrol grubu) göre daha siktir hipotezini doğrulamaktadır. Altı yaşında 718 çocuğun dâhil edildiği bir çalışmada çocukların %1,1’inde fekal inkontinans görülmüştür. Bu çalışmada fekal inkontinans görülen çocuklarda karşıt olma karşıt gelme belirtilerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Karşıt olma karşıt gelme belirtileri, fekal inkontinans saptanmayan çocuklara göre yaklaşık 6 kat daha fazla görülmesine karşın fekal

inkontinans görülen çocuk sayısının az olması sebebi ile (n=8) aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (168). Joinson ve arkadaşlarının yürüttükleri bir çalışmada, haftada birden fazla fekal inkontinans görülen çocuklarda %25,4 oranında karşıt olma karşıt gelme belirtileri saptanırken, haftada birden daha az fekal inkontinans görülen çocuklarda bu oran %10,5 olarak saptanmıştır (230). Niemczyk ve arkadaşlarının 1676 ebeveynle yürüttükleri çalışmada, fekal inkontinans görülen çocuklarda, inkontinans görülmeyen çocuklara göre özellikle karşıt olma karşıt gelme bozukluğu başta olmak üzere dışa vurum bozukluklarının daha sık olduğu gözlenmiştir. Çalışmalarının sonucunda, fekal inkontinans ile başvuran çocukların karşıt olma karşıt gelme bozukluğu açısından incelenmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir (169). Alan yazınında bahsi geçen diğer fonksiyonel bağırsak hastalıklarında anksiyete, depresyon belirtileri dikkat çekici yoğunlukta görünürken fekal inkontinans belirtileri olan çocuklarda karşıt olma karşıt gelme belirtilerinin yoğunluk kazandığı görülmektedir. FGH'nin içe yönelim belirtileri ile birliktelik gösterirken tersine fekal inkontinansın dışa yönelim belirtileri ile birliktelik göstermesi merak uyandıran ve daha ayrıntılı değerlendirme ihtiyacına işaret eden önemli bir farktır. Fekal inkontinans belirtilerinin belki de dışa yönelim belirtilerinin bir uzantısı, yetersiz baş etme yöntemlerinin bir işareti olabileceği düşünölmekle birlikte daha ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu aşıkardır. Elde edilen sonuçlar, psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) yakınması olmayan çocuklara göre (kontrol grubu) fonksiyonel gastrointestinal belirtilerin sıklığı daha fazladır hipotezini doğrular niteliktedir.

5.4. FGH TANI KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN BİREYLERİN ARAŞTIRMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ DAĞILIMI

Pediyatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği'ne göre, FGH tanı ölçütlerini karşılayan bireylerin araştırma grubunda, kontrol grubundan daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmamızda fonksiyonel konstipasyon tanı ölçütlerini karşılayan bireylerin araştırma grubunda kontrol grubuna kıyasla 2 kat daha fazla olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. FK dışındaki FGH araştırma ve kontrol grubunda anlamlı fark oluşturmamıştır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar toplum genelinde en

sık görülen FGH'nin FK olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik yakınmalar nedeni ile yardım arayan grupta bunun kontrol grubuna göre 2 kat daha fazla olması ise dramatik bir bulgudur. 2017 yılında Beaudry-Bellefeuille ve arkadaşları tarafından yürütülen sistematik derleme çalışması konuya ilişkin güncel en kapsamlı çalışmadır (170). Çalışmada, alandaki yazın 0-18 yaş aralığındaki çocuklarda FK ve defekasyon problemleri açısından derinlemesine irdelenmiş ve kabızlık problemlerinin anksiyete, otizm spektrum bozukluğu, karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu ve DEHB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (170). Türkiye'de Appak ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada FK olan çocuklarda sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Çalışmada FK olan hastaların Güçler ve Güçlükler Anketi puanlarından duygusal sorunlar ve hiperaktivite puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca depresyon puanları ve anksiyete puanları FK olan grupta kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (231). DEHB tanısı konan çocuklarla yürütülen bir çalışmada McKeown ve arkadaşları, 4-12 yaş aralığındaki DEHB tanısı konan 32773 çocuğun hastane başvurularını incelemiştir. DEHB hastalarının kabızlık şikâyeti ile başvuru sayılarının DEHB olmayan hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür (173). İlginç bir şekilde İsrail'de yürütülen küçük örneklemlerle bir çalışmada ise DEHB tanılı 62 çocuk ile sağlıklı 57 çocuk gastrointestinal belirti sıklığı açısından karşılaştırılmış ve gruplar arasında belirti sıklığı açısından bir farklılık olmadığı izlenmiştir (172). Alan yazınında çocuklarla yürütülen çalışmalarda FK ile psikiyatrik belirti ilişkisi yoğun bir heterojenite göstermektedir. Bununla birlikte genel olarak FK olan çocukların içe yönelim ve dışa yönelim belirtilerinin herhangi birinin, genel popülasyona göre daha fazla görüldüğü anlaşılmaktadır. FK varlığında psikiyatrik belirtilerin gözden geçirilmesi gerektiği, psikiyatrik bozuklukların sıklıkla birliktelik gösterdiğinin göz önünde tutulması gerekmektedir. Yine FK'nın mevcut psikiyatrik bozukluğa ikincil gelişen bir fonksiyonel bağırsak hastalığı olabileceği de gözden kaçırılmamalıdır. FK varlığı psikiyatrik belirtiler konusunda uyarıcı nitelik taşıyabilmekte ve multidisipliner yaklaşımları gerektirmektedir.

Araştırma ve kontrol grupları, FGH tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre incelendiğinde sadece FK'nın anlamlı bir fark oluşturduğu izlenmiştir. FGH belirtileri yönünden incelendiğinde ise çalışma gruplarının tamamında fark görülmesine karşın

tanı ölçütlerini karşılayanların sınırlı sayıda olması ve örneklemin nispeten küçük olması sebebi ile istatistiksel farkın oluşmadığı düşünülmüştür.

5.5. FGH TANı KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN BİREYLERİN YCAÖD-KISA VE GGA ÖLÇEK PUANLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRMESİ

Araştırma ve kontrol grupları FGH tanı ölçütlerini karşılama durumuna göre gruplara ayrılarak, kendi içinde ayrı ayrı incelenmiştir.

Psikiyatrik yakınması olmayan çocuklardan oluşan kontrol grubunda herhangi bir FGH tanı ölçütünü karşılayan ve karşılamayan çocuklar incelendiğinde YCAÖD-Kısa form karşı gelme, bilişsel problemler/dikkatsizlik ve hiperaktivite alt ölçek puanları açısından iki grup benzer bulunmuştur. YCAÖD-Kısa form toplam puanına karşılık gelen DEHB indeksi puanlarının ise FGH tanı ölçütlerini karşılayan grupta daha yüksek olduğu görülmüştür. Ek olarak, kontrol grubunda GGA’de duygusal sorunlar, toplam güçlük puanı, içe yönelim ve dışa yönelim puanlarının FGH tanı ölçütlerini karşılayan grupta karşılamayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, toplum örneklemini temsil ettiği düşünülen herhangi bir psikiyatrik zorlukla kliniğe başvurmayan kontrol grubunda fonksiyonel bağırsak hastalıkları ile psikiyatrik belirtilerin birlikteliğine dikkat çekmektedir. Psikiyatrik yakınması olmayan çocuklardan oluşan kontrol grubunda FGH varlığında duygusal, davranışsal, bilişsel, içe vuruk belirtilerin daha sık olduğu görülmektedir. Alan yazına bakıldığında FGH tanımının yapıldığı dönemden beri psikososyal risklerin rolü defalarca vurgulanmışsa da bunların hangi alanlar olduğuna genelleyci bir tanımlamaya rastlanmamakla birlikte bu bulgu aslında hem içe vuruk hem de dışa vuruk belirtileri kapsayan geniş yelpazede bir psikiyatrik belirtiler kümesinin FGH hastalıkları ile ilişkisini görünür hale getirmekte ve psikiyatrik yakınması olmayan çocukların (kontrol grubu) grup içinde FGH tanı ölçütlerini karşılayanların hem duygusal sorunlar ve içe yönelim belirtileri hem de dışa yönelim belirtileri daha fazladır hipotezini doğrulamaktadır.

Psikiyatrik yakınma ile başvurusu olan çocuklardan oluşan araştırma grubunda herhangi bir FGH tanı ölçütünü karşılayan ve karşılamayan çocuklar şeklinde iki gruba ayrıldığında GGA’nin sadece duygusal sorunlar ve içe yönelim puanlarının FGH tanı

ölçütlerini karşılayan grupta karşılamayan gruba göre daha yüksek olduğu, diğer alt ölçek puanlarının dağılımlarının ise benzer olduğu tespit edilmiştir. FGH tanı ölçütlerini karşılayan bireylerin hem araştırma ve kontrol grubunda ortak psikiyatrik belirti kümesinin içe yönelim problemleri olduğu sonucu ise psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) grup içinde FGH tanı ölçütlerini karşılayanların duygusal sorunları ve içe yönelim belirtileri daha fazladır hipotezini doğrular niteliktedir.

Yazına bakıldığında FGH tanısı olan ve olmayan çocukların psikiyatrik belirtiler açısından değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. Elli dört anksiyete bozukluğu tanılı çocuk ile 51 sağlıklı çocuğun karşılaştırıldığı bir vaka kontrol çalışmasında, anksiyete bozukluğu olan grupta %40,7 oranında FGH belirtileri saptanırken, sağlıklı kontrol grubunda %5,9 olarak saptanmıştır. Ayrıca anksiyete bozukluğu olan çocuklarda FK ve İBS sıklığının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu izlenmiştir. Öte yandan anksiyete şiddeti artmış kişilerde, anksiyete şiddeti normal olan ya da diğer kişilere göre FGH belirtilerinin arttığı görülmüştür (232). Mazurek ve arkadaşları 2973 çocukla yürüttükleri çalışmalarında gastrointestinal problemler yaşayan çocukların yaşamayanlara göre anksiyete bozukluğu sıklığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (233). FGH tanısı alan çocukların yaklaşık %20-50'sinde anksiyete veya depresyon klinik olarak belirgin olduğu gösterilmiştir (140, 234). Anksiyete ve FGH arasındaki ilişkiyi irdeleyen bir çalışmada anksiyete bozukluğu olan çocuklarda, FGH belirtileri görülme oranı %40,7 olarak kaydedilirken, anksiyete bozukluğu olmayan çocuklarda %5,9 olarak kaydedilmiştir (232). Yine benzer bir çalışmada, Yacob ve arkadaşları FGH belirtileri gösteren hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığının %51,5 olduğunu, FGH belirtisi göstermeyenlerde ise %8,8 olduğunu bildirmişlerdir (142). Fonksiyonel karın ağrısı olan çocuklarda yapılan bir çalışmada, hayat boyu anksiyete bozukluğu sıklığının %51 düzeylerinde olduğu tespit edilirken, kontrol grubunda bu oran %20 olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubuyla kıyaslandığında fonksiyonel karın ağrısı olan çocukların hayatları boyunca anksiyete bozukluğu yaşama riskinin 4,9 kat arttığı bildirilmiştir. Benzer şekilde fonksiyonel karın ağrısı olan çocukların hayat boyu depresyon sıklığının %40 düzeylerinde olduğu gösterilirken, kontrol grubunda %16 olarak gösterilmiştir (235). Kapsamlı bir kohort çalışmasında, tekrarlayan karın ağrıları yaşayan çocuklar 3, 4, 7,

9 ve 18 yaşlarında tekrarlayan karın ağrısı, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluğu açısından değerlendirilmiştir. Hayatının herhangi bir döneminde tekrarlayan karın ağrısını deneyimleyen bir çocuğun, duygudurum ya da anksiyete bozukluğuna yakalanma riskinin 1,41 kat artmış olduğu tespit edilmiştir (236). Çocuklar ile yapılan çalışmalarda, FGH belirtileri olan bireylerde, psikiyatrik belirtilerin anksiyete depresyon üzerinde yoğunlaştığı ve güçlü bir ilişkiye işaret ettiği gözlenmektedir. Bu sonucun benzer desende yürütülen çalışmaların genelde içe yönelim belirtilerini araştırmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülse de bizim çalışmamızda psikiyatrik belirtiler geniş yelpazede araştırılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir.

İBS'si olan çocuklarda anksiyete ve duygudurum bozukluğu semptomlarının artış gösterdiği ve İBS'li çocukların değerlendirilmesi sırasında psikiyatrik bozuklukların göz önünde bulundurulması tavsiye edilmektedir (237). Aynı şekilde İBS'li okul dönemi çocuklarında anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (126). Başka çalışmalarda da benzer olarak FGH ile içe yönelim bozukluklarından olan anksiyete ve duygudurum bozukluğunun birlikteliğine dikkat çekilmiştir (238-240). Gulewitsch ve arkadaşlarının 6-10 yaş arası 1537 çocukla yürüttükleri bir çalışmada, çocukların %7,7'sinde FGH bulunduğu tespit edilmiştir. FGH'si olan grupta somatizasyon puanları olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, FGH'li çocukların Güçler ve Güçlükler Anketinden aldıkları duygusal problemler, hiperaktivite, akran problemleri, davranım bozukluğu puanlarının FGH'si olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu izlenmiştir (141). Benzer şekilde 665 okul çağı çocuğuyla yürütülen bir başka çalışmada, fonksiyonel karın ağrısı olan çocuklarda, anksiyete ve depresyon belirtilerinin ve somatik yakınmaların artmış olduğu izlenmiştir (241). Williams ve arkadaşlarının 7-10 yaş aralığında 80 çocukla yürüttükleri çalışmada, FGH bulunan çocuklarda somatizasyon belirtilerinin, anksiyete belirtilerine kıyasla ağrı şiddeti ile daha kuvvetli bir ilişki gösterdiği bildirilmiştir (242). Finlandiya'da 2215 ergenle yürütülen toplum tabanlı bir çalışmada karın ağrısı sıklığı %6 olarak tespit edilmiştir. Karın ağrısı şikâyeti yaşayan ergenlerin yaşamayanlara göre daha yüksek oranda davranım bozukluğu gösterdiği izlenmiştir (243). Araştırmalar psikiyatrik belirtiler ile fonksiyonel bağırsak hastalıkları belirtilerinin ilişkisinin yönüne dair halen fikir birliğine varamamıştır.

FGH belirtileri ile psikiyatrik belirtilerinin ilişkilerini inceleyen yayınlar olmasına karşın, tersine ilişki yani sağlıklı kontrollerle psikiyatrik belirtiler ile kliniğe başvuran bireylerde FGH daha yaygın olup olmadığı çok az çalışılmıştır. Lydiard, panik bozukluğu olan (%25) hastalarda fonksiyonel dispepsi sıklığının topluma göre (%3) anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamıştır (190). Perona ve arkadaşları aile içi şiddeti bildiren vakaların %67’de fonksiyonel dispepsi olduğunu göstermiştir (244).

Yazında dikkat eksikliği ya da davranış problemleri gibi dışa yönelim belirtileri üzerine odaklanan yayınlar vardır ancak bizim çalışmamızda özellikle hâlihazırda psikiyatrik yakınması olan yani öncelikle psikiyatri kliniklerinde değerlendirilmekte olan çocuklarda FGH belirtileri ile içe yönelim belirtilerin daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgu ilerideki çalışmalara yön verilmesi açısından önemlidir. FGH’lerin, psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisi araştırılırken içe yönelim problemlerine dair neden sonuç ilişkisini tanımlayabilecek çalışma desenleri aydınlatıcı olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklar (araştırma grubu) ile psikiyatrik yakınması olmayan çocuklar (kontrol grubu) arasında; üst karında ağrı ve rahatsızlık hissi, ağrı ve rahatsızlık süresi, defekasyon ile üst karın ağrısında rahatlama, kaka miktarı, kaka yaparken zorlanma, tenezm, uyumakta zorlanma, halsizlik baş dönmesi, üst karın ağrısı ile birlikte baş ağrısı, karın ağrısı ile uyumakta zorlanma, tuvaleti tıkayacak ölçüde kaka yapma, kakasını tutma, kaka ile iç çamaşırının kirlenmesi, kirlenme miktarı ve süresi açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.
2. Psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) fonksiyonel gastrointestinal ağrı ve irritabl bağırsak sendromu belirtilerinin psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara (kontrol grubu) göre daha fazla olduğu görülmüştür.
3. Psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklarda (araştırma grubu) fonksiyonel konstipasyon ve fekal inkontinans belirtilerinin, psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara (kontrol grubu) göre daha sık olduğu tespit edilmiştir.
4. Psikiyatrik yakınma ile başvuran (araştırma grubu) grup içinde fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan çocuklarda karşılamayan çocuklara göre davranış sorunları, karşı gelme ve hiperaktivite belirtilerinin daha fazla olduğu görülmüştür.
5. Psikiyatrik yakınma ile başvuran (araştırma grubu) grup içinde fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan çocuklarda duygusal sorunlar ve içe yönelim belirtilerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
6. Psikiyatrik yakınması olmayan (kontrol grubu) grup içinde fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan çocuklarda karşı gelme belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.
7. Psikiyatrik yakınması olmayan (kontrol grubu) grup içinde fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanı ölçütlerini karşılayan çocuklarda duygusal sorunlar ve içe yönelim belirtilerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda psikiyatrik yakınma ile başvuran çocuklar ile psikiyatrik yakınması olmayan çocuklar arasında İBS, FK, fonksiyonel dispepsi ve fonksiyonel karın ağrısı belirtileri açısından fark olduğu görülmüştür. Gruplar FGH tanı ölçütlerini karşılama durumlarına göre ayrıldığında, içe vurum belirtilerinin FGH tanı ölçütlerini karşılayan çocuklarda, karşılamayanlara göre daha sık olduğu gözlenmiştir. Bilimsel yazın ile sonuçlar karşılaştırıldığında genel olarak yazın ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda ortaya koyduğumuz ilişkilerin hangi yönde olduğunun tespit edilebilmesi ya da nedenselliğin ortaya konulabilmesi için uzun süre takip süreçlerini içeren kohort çalışmalarına ihtiyaç vardır. Çocuk psikiyatrisi pratiğinde görülen psikiyatrik yakınmalarla başvuran hastalarda ek olarak fonksiyonel gastrointestinal belirtilerin olabileceği üzerinde durulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, et al. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of pediatrics*. 2019;206:256-67. e3.
2. Akdemir D, Çuhadaroğlu F. Clinical characteristics of adolescent admissions to the child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2008;15:5-14.
3. Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM, Aldenkamp AP, Deković M. Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2005;30(6):453-68.
4. McQuaid EL, Kopel SJ, Nassau JH. Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *J Dev Behav Pediatr*. 2001;22(6):430-9.
5. Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;131(2):428-33.
6. Jyonouchi H, Geng L, Cushing-Ruby A, Quraishi H. Impact of innate immunity in a subset of children with autism spectrum disorders: a case control study. *J Neuroinflammation*. 2008;5:52-.
7. Stigler KA, Sweeten TL, Posey DJ, McDougle CJ. Autism and immune factors: a comprehensive review. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2009;3(4):840-60.
8. Jackson IM. The thyroid axis and depression. *Thyroid*. 1998;8(10):951-6.
9. Ferguson B, Dudleston K. Detection of physical disorder in newly admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1986;74(5):485-9.
10. Saps M, Nichols-Vinueza DX, Rosen JM, Velasco-Benítez CA. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Colombian school children. *The Journal of pediatrics*. 2014;164(3):542-5. e1.
11. McOmber MA, Shulman RJ. Pediatric functional gastrointestinal disorders. *Nutrition in Clinical Practice*. 2008;23(3):268-74.
12. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519-26.

13. Faure C, Giguère L. Functional gastrointestinal disorders and visceral hypersensitivity in children and adolescents suffering from Crohn's disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2008;14(11):1569-74.
14. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1447-58.
15. Norton GR, Norton PJ, Asmundson GJ, Thompson LA, Larsen DK. Neurotic butterflies in my stomach: the role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of psychosomatic research*. 1999;47(3):233-40.
16. Heidari Z, Keshteli AH, Feizi A, Afshar H, Adibi P. Somatic Complaints Are Significantly Associated with Chronic Uninvestigated Dyspepsia and Its Symptoms: A Large Cross-sectional Population Based Study. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(1):80-91.
17. Kani HT, Dural U, Sakalli Kani A, Yanartas O, Kiziltas S, Yilmaz Enc F, et al. Evaluation of depression, anxiety, alexithymia, attachment, social support and somatization in functional dyspepsia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019;29(1):45-51.
18. Mash EJ, Barkley RA. *Assessment of childhood disorders*: Guilford Press; 2009.
19. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. E. Köroğlu, C. Güleç, ve S. Şenol. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2007:296-303.
20. Keeton CP, Kolos AC, Walkup JT. Pediatric generalized anxiety disorder. *Pediatric Drugs*. 2009;11(3):171-83.
21. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 2009;5:311-41.
22. American Psychiatric Association. *Anxiety Disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC APA Press; 2013 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>.

23. Leyfer O, Gallo KP, Cooper-Vince C, Pincus DB. Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(3):306-11.
24. Lipsitz JD, Schneier FR. Social phobia. *Pharmacoeconomics*. 2000;18(1):23-32.
25. Memik NÇ, Yildiz Ö, Tural Ü, Ağaoğlu B. Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2011;48(1).
26. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*. 2009;32(3):483-524.
27. Ollendick TH, King NJ, Muris P. Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and aetiology. *Child and Adolescent Mental Health*. 2002;7(3):98-106.
28. Bener A, Ghuloum S, Dafeeah E. Prevalence of common phobias and their socio-demographic correlates in children and adolescents in a traditional developing society. *African Journal of Psychiatry*. 2011;14(2).
29. Benjet C, Borges G, Stein DJ, Méndez E, Medina-Mora ME. Epidemiology of fears and specific phobia in adolescence: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(2):152-8.
30. Ercan ES, Bilaç Ö, Özaslan TU, Ardic UA. Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016;47(1):35-42.
31. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(8):938-46.
32. American Psychiatric Association. Disruptive mood regulation disorder. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: APA Press; 2013 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>.
33. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
34. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical

correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(8):831-40.

35. Rey J, Bella-Awusah TT, Liu J. Depresión en niños y adolescentes. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP. 2017.

36. Avenevoli S, Swendsen J, He J-P, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey–adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(1):37-44. e2.

37. Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(9):1250-6.

38. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, Demirci E, Ozmen S, Hesapcioglu ST, et al. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of affective disorders*. 2018;238:513-21.

39. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23(4):230-7.

40. Rosenberg DR, Keshavan MS, O'Hearn KM, Dick EL, Bagwell WW, Seymour AB, et al. Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(9):824-30.

41. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KA, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 2014;37(3):257-67.

42. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(1):53-63.

43. Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):131-48.

44. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.

45. American Psychiatric Association. Somatic Symptom Disorder. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 5th ed. Washington DC: APA Press; 2013 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm09>.

46. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;3(4):588.
47. Sapmaz ŞY, Demirgören BS, Ülker GY, Aydemir Ö. Validity and Reliability of the Turkish Version of DSM-5 Level 2 Somatic Symptom Scale (Child Form for 11-17 Years and Parent Form for 6-17 Years). *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2017;18:114-21.
48. Schulte IE, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!: What about children and adolescents? *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(3):218-28.
49. Moffitt TE, order aia, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, et al. Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(1):3-33.
50. American Psychiatric Association. Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC APA Press; 2013 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm15>.
51. Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2010;20(1):50-6.
52. American Psychiatric Association. Oppositional Defiant Disorder. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 5th ed. Washington DC: APA Press; 2013 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm15>.
53. Burke JD, Loeber R, Lahey BB, Rathouz PJ. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(11):1200-10.
54. Drabick DA, Gadow KD, Loney J. Co-occurring ODD and GAD symptom groups: Source-specific syndromes and cross-informant comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(2):314-26.

55. Mukaddes NM ÖM, Zoroğlu S, Bilge S. . Kentsel Kesimdeki Türk İlkokul Çocuklarında Yıkıcı Davranış Bozuklukları Sıklığının İncelenmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1999;12(2):19-22.
56. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13(6):354-61.
57. Ünal F. Dışa Atım Bozuklukları. In: Akay AP, Ercan ES, editors. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. p. 409 - 17
58. American Psychiatric Association. *Elimination Disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: APA Press; 2013
59. Doganer YC, Aydogan U, Ongel K, Sari O, Koc B, Saglam K. The Prevalence and Sociodemographic Risk Factors of Enuresis Nocturna among Elementary School-age Children. *Journal of family medicine and primary care*. 2015;4(1):39-44.
60. Devlin J. Prevalence and risk factors for childhood nocturnal enuresis. *Irish Medical Journal*. 1991;84(4):118-20.
61. Nørgaard J, Djurhuus J, Watanabe H, Stenberg A, Lettgen B. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. *British journal of urology*. 1997;79(6):825-35.
62. Akman R, Çam H, Şenel F, Erol A. Düzce’de İlkokul Çağı Çocuklarda Enürezİs Noktürna Prevalansi.
63. Loening-Baucke V. Functional fecal retention with encopresis in childhood. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2004;38(1):79-84.
64. Halabi IM. Cisapride in management of chronic pediatric constipation. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 1999;28(2):199-202.
65. Voskuijl WP, Heijmans J, Heijmans HS, Taminiou JA, Benninga MA. Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: applicability in clinical and research practice. *The Journal of pediatrics*. 2004;145(2):213-7.
66. Köroğlu E, Karaaslan Y, Yöneyman F, Gürvit G, Yusuf M. Ro-CODEC Çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı tarama çalışması. Ankara, MedicoGraphics. 1997;100.

67. Sadock BJ. Concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.
68. McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. *Current Developmental Disorders Reports*. 2016;3(2):104-15.
69. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):339-46.
70. Altarac M, Saroha E. Lifetime prevalence of learning disability among US children. *Pediatrics*. 2007;119(Supplement 1):S77-S83.
71. Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Barbaresi WJ. The forgotten learning disability: epidemiology of written-language disorder in a population-based birth cohort (1976–1982), Rochester, Minnesota. *Pediatrics*. 2009;123(5):1306-13.
72. Trent J. What Is Mental Retardation? Ideas for an Evolving Disability in the 21st Century (Rev.), by H. N. Switzky and S. Greenspan, Editors. *Intellectual and Developmental Disabilities - Intellect Dev Disabil*. 2008;46.
73. Volkmar FR DE. *Mental Retardation Child and Adolescent Psychiatry*. . In: Levis M e, editor: Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; ; 2003.
74. American Psychiatric Association. *Neurodevelopmental Disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC APA Press; 2013 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm01>.
75. Troyb E, Knoch K, Barton M. Phenomenology of ASD: Definition, syndromes, and major features. *The neuropsychology of autism*. 2011:9-34.
76. Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, et al. The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual review of public health*. 2017;38:81-102.
77. Baio J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years- autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. 2014.
78. Kogan MD, Vladutiu CJ, Schieve LA, Ghandour RM, Blumberg SJ, Zablotsky B, et al. The prevalence of parent-reported autism spectrum disorder among US children. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20174161.

79. Xu G, Strathearn L, Liu B, Bao W. Prevalence of autism spectrum disorder among US children and adolescents, 2014-2016. *Jama*. 2018;319(1):81-2.
80. Xu G, Strathearn L, Liu B, O'Brien M, Kopelman TG, Zhu J, et al. Prevalence and treatment patterns of autism spectrum disorder in the United States, 2016. *JAMA pediatrics*. 2019;173(2):153-9.
81. Fombonne E. The rising prevalence of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018;59(7):717-20.
82. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):386-92.
83. ADHD. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007-22.
84. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-e1001.
85. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
86. Gershon J, Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*. 2002;5(3):143-54.
87. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of speech, language, and hearing research*. 1997;40(6):1245-60.
88. Koyuncu Z. Konuşma ve Dile Özgü Nörogelişimsel Bozukluklar.
89. Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*. 2013;38(2):66-87.
90. Büchel C, Sommer M. What causes stuttering? *PLoS biology*. 2004;2(2).
91. Costa D, Kroll R. Stuttering: an update for physicians. *Cmaj*. 2000;162(13):1849-55.
92. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry*: lippincott Williams & wilkins Philadelphia, PA; 2000.

93. Swain JE, Scahill L, Lombroso PJ, King RA, Leckman JF. Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(8):947-68.
94. Kurlan R, McDermott M, Deeley C, Como P, Brower C, Eapen S, et al. Prevalence of tics in schoolchildren and association with placement in special education. *Neurology*. 2001;57(8):1383-8.
95. Scharf JM, Miller LL, Gauvin CA, Alabiso J, Mathews CA, Ben - Shlomo Y. Population prevalence of Tourette syndrome: A systematic review and meta - analysis. *Movement disorders*. 2015;30(2):221-8.
96. Törnblom H, Drossman D. Centrally targeted pharmacotherapy for chronic abdominal pain. *Neurogastroenterology & Motility*. 2015;27(4):455-67.
97. Kovacic K. Current concepts in functional gastrointestinal disorders. *Current opinion in pediatrics*. 2015;27(5):619-24.
98. Koppen IJ, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: what's new? Expert review of gastroenterology & hepatology. 2017;11(3):193-201.
99. Liem O, Harman J, Benninga M, Kelleher K, Mousa H, Di Lorenzo C. Health utilization and cost impact of childhood constipation in the United States. *The Journal of pediatrics*. 2009;154(2):258-62.
100. Hoekman DR, Rutten JM, Vlieger AM, Benninga MA, Dijkgraaf MG. Annual costs of care for pediatric irritable bowel syndrome, functional abdominal pain, and functional abdominal pain syndrome. *The Journal of pediatrics*. 2015;167(5):1103-8. e2.
101. Varni JW, Bendo CB, Nurko S, Shulman RJ, Self MM, Franciosi JP, et al. Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases. *The Journal of pediatrics*. 2015;166(1):85-90. e2.
102. Zimmerman LA, Srinath AI, Goyal A, Bousvaros A, Ducharme P, Szigethy E, et al. The overlap of functional abdominal pain in pediatric Crohn's disease. *Inflammatory bowel diseases*. 2013;19(4):826-31.

103. Baber KF, Anderson J, Puzanovova M, Walker LS. Rome II versus Rome III classification of functional gastrointestinal disorders in pediatric chronic abdominal pain. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2008;47(3):299-302.
104. Jung H-K. Rome III Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders: Is There a Need for a Better Definition? *J Neurogastroenterol Motil*. 2011;17(3):211-2.
105. Manning A, Thompson WG, Heaton K, Morris A. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J*. 1978;2(6138):653-4.
106. Thompson W. Irritable bowel syndrome: Guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol int*. 1989;2:92-5.
107. Drossman D. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *BMJ Publishing Group*; 1999.
108. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*. 2006;15(3):237.
109. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1262-79. e2.
110. Akaslan A. Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar tanısında kullanılan Roma III Kriterlerinin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik güvenilirliği. Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir. 2011.
111. Hussain SZ, Di Lorenzo C. Motility disorders: diagnosis and treatment for the pediatric patient. *Pediatric Clinics*. 2002;49(1):27-51.
112. Moses J, Keilman A, Worley S, Radhakrishnan K, Rothner AD, Parikh S. Approach to the diagnosis and treatment of cyclic vomiting syndrome: a large single-center experience with 106 patients. *Pediatric neurology*. 2014;50(6):569-73.
113. Fitzpatrick E, Bourke B, Drumm B, Rowland M. The incidence of cyclic vomiting syndrome in children: population-based study. *The American journal of gastroenterology*. 2008;103(4):991.
114. Absah I, Rishi A, Talley N, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterology & Motility*. 2017;29(4):e12954.

115. Kessing BF, Bredenoord AJ, Smout AJ. The pathophysiology, diagnosis and treatment of excessive belching symptoms. *The American journal of gastroenterology*. 2014;109(8):1196.
116. Schroedl RL, Di Lorenzo C, Alioto A. Adolescent rumination syndrome. *Pediatric annals*. 2014;43(4):e95-e100.
117. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ. Rumination syndrome in children and adolescents: a school survey assessing prevalence and symptomatology. *BMC Gastroenterol*. 2012;12:163-.
118. Bugay A, Erdur-Baker Ö. Ruminasyon Düzeyinin Toplumsal Cinsiyet ve Yaşa Göre İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2014;4(36):191-9.
119. Devanarayana NM, Rajindrajith S. Aerophagia among Sri Lankan school children: epidemiological patterns and symptom characteristics.: *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 2012.
120. Van Tilburg MA, Walker LS, Palsson OS, Kim SM, Spiegel BM, Spiller RC, et al. Prevalence of Child/Adolescent Functional Gastrointestinal Disorders in a National US Community Sample. *Gastroenterology*. 2014;146.5
121. Thomas E, Moss-Morris R, Faquhar C. Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(1):109-12.
122. Collett BJ, Cordle CJ, Stewart CR, Jagger C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1998;105(1):87-92.
123. Tack J, Masaoka T, Janssen P. Functional dyspepsia. *Current opinion in gastroenterology*. 2011;27(6):549-57.
124. Chitkara DK, Camilleri M, Zinsmeister AR, Burton D, El-Youssef M, Freese D, et al. Gastric sensory and motor dysfunction in adolescents with functional dyspepsia. *J Pediatr*. 2005;146(4):500-5.
125. Friesen CA, Lin Z, Hyman PE, Andre L, Welchert E, Schurman JV, et al. Electrogastrography in pediatric functional dyspepsia: relationship to gastric emptying and symptom severity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;42(3):265-9.

126. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr*. 1996;129(2):220-6.
127. Rajindrajith S, Devanarayana NM. Subtypes and Symptomatology of Irritable Bowel Syndrome in Children and Adolescents: A School-based Survey Using Rome III Criteria. *J Neurogastroenterol Motil*. 2012;18(3):298-304.
128. van Tilburg MA, Squires M, Blois-Martin N, Leiby A, Langseder A. Test of the child/adolescent Rome III criteria: agreement with physician diagnosis and daily symptoms. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 2013;25(4):302-e246.
129. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;53(6):659-65.
130. Abu-Arafeh I, Russell G. Prevalence and clinical features of abdominal migraine compared with those of migraine headache. *Arch Dis Child*. 1995;72(5):413-7.
131. Saps M, Adams P, Bonilla S, Chogle A, Nichols-Vinueza D. Parental report of abdominal pain and abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders from a community survey. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55(6):707-10.
132. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child*. 1958;33(168):165.
133. CAP. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*. 2005;115(3):812-5.
134. Creed F, Craig T, Farmer R. Functional abdominal pain, psychiatric illness, and life events. *Gut*. 1988;29(2):235-42.
135. Robinson DP, Greene JW, Walker LS. Functional somatic complaints in adolescents: relationship to negative life events, self-concept, and family characteristics. *The Journal of pediatrics*. 1988;113(3):588-93.
136. Tunnessen WW, Roberts KB. Signs and symptoms in pediatrics: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

137. Chelimsky G, Boyle JT, Tusing L, Chelimsky TC. Autonomic abnormalities in children with functional abdominal pain: coincidence or etiology? *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2001;33(1):47-53.
138. Di Lorenzo C, Youssef NN, Sigurdsson L, Scharff L, Griffiths J, Wald A. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. *J Pediatr*. 2001;139(6):838-43.
139. Van Ginkel R, Voskuijl WP, Benninga MA, Taminiou JA, Boeckxstaens GE. Alterations in rectal sensitivity and motility in childhood irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2001;120(1):31-8.
140. Zernikow B, Wager J, Hechler T, Hasan C, Rohr U, Dobe M, et al. Characteristics of highly impaired children with severe chronic pain: a 5-year retrospective study on 2249 pediatric pain patients. *BMC pediatrics*. 2012;12(1):54.
141. Gulewitsch MD, Enck P, Schwille-Kiuntke J, Weimer K, Schlarb AA. Rome III criteria in parents' hands: pain-related functional gastrointestinal disorders in community children and associations with somatic complaints and mental health. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2013;25(10):1223-9.
142. Yacob D, Di Lorenzo C, Bridge JA, Rosenstein PF, Onorato M, Bravender T, et al. Prevalence of pain-predominant functional gastrointestinal disorders and somatic symptoms in patients with anxiety or depressive disorders. *The Journal of pediatrics*. 2013;163(3):767-70.
143. Boey CCM, Goh KL. The significance of life-events as contributing factors in childhood recurrent abdominal pain in an urban community in Malaysia. *Journal of psychosomatic research*. 2001;51(4):559-62.
144. van Tilburg MA, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ, et al. Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *The Annals of Family Medicine*. 2010;8(2):134-40.
145. Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. *Gastroenterology*. 1993;105(5):1557-64.
146. Inan M, Aydiner CY, Tokuc B, Aksu B, Ayvaz S, Ayhan S, et al. Factors associated with childhood constipation. *Journal of paediatrics and child health*. 2007;43(10):700-6.

147. Kocaay P, Eğritaş O, Dalgic B. Normal defecation pattern, frequency of constipation and factors related to constipation in Turkish children 0-6 years old. *The Turkish journal of gastroenterology: the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*. 2011;22(4):369-75.
148. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best practice & research Clinical gastroenterology*. 2011;25(1):3-18.
149. Drossman D, editor AGA Clinical Symposium--Rome III: New Criteria for the Functional GI Disorders. Program and abstracts of digestive disease week; 2006.
150. Wu JC. Psychological co-morbidity in functional gastrointestinal disorders: epidemiology, mechanisms and management. *J Neurogastroenterol Motil*. 2012;18(1):13.
151. Çakmak B. Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfke. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
152. Clouse R, Lustman P. Use of psychopharmacological agents for functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 2005;54(9):1332-41.
153. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2007;13(14):2020.
154. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane database of systematic reviews*. 2011(8).
155. Yacob D, Di Lorenzo C. How to Deal with Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders. *Current Pediatrics Reports*. 2013;1(3):198-205.
156. Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1990;29(4):648-56.
157. Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*. 2004;113(4):817-24.
158. Dufton L, Compas B. Recurrent abdominal pain in children: Biopsychosocial processes. Manuscript submitted for publication. 2008.

159. Dufton LM, Dunn MJ, Compas BE. Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *J Pediatr Psychol.* 2009;34(2):176-86.
160. Soykan I, Chen J, Kendall BJ, Mccallum RW. The rumination syndrome (clinical and manometric profile, therapy, and long-term outcome). *Digestive diseases and sciences.* 1997;42(9):1866-72.
161. Chial HJ, Camilleri M, Williams DE, Litzinger K, Perrault J. Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics.* 2003;111(1):158-62.
162. Alioto A, Schroedl R, Montgomery M, Yacob D, Mousa H, Di Lorenzo C, editors. The relationship between rumination phenotype and behavioral treatment outcomes. Poster presented at: Annual meeting of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN); 2013.
163. Caplan A, Lambrette P, Joly L, Bouin M, Boivin M, Rasquin A. Intergenerational transmission of functional gastrointestinal disorders: Children of IBS patients versus parents of children with IBS, functional dyspepsia, and functional abdominal pain. *Gastroenterology.* 2003;124(4):A533.
164. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2006;130(5):1527-37.
165. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al. Chronic abdominal pain in children: a technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition.* 2005;40(3):249-61.
166. Dorn LD, Campo JC, Thato S, Dahl RE, Lewin D, Chandra R, et al. Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2003;42(1):66-75.

167. Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Flanery R. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. *The Journal of pediatrics*. 1985;107(4):622-6.
168. von Gontard A, Niemczyk J, Thomé-Granz S, Nowack J, Moritz A-M, Equit M. Incontinence and parent-reported oppositional defiant disorder symptoms in young children—a population-based study. *Pediatric Nephrology*. 2015;30(7):1147-55.
169. Niemczyk J, Equit M, Braun-Bither K, Klein A-M, von Gontard A. Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. *European child & adolescent psychiatry*. 2015;24(7):837-43.
170. Beaudry-Bellefeuille I, Booth D, Lane SJ. Defecation-Specific Behavior in Children with Functional Defecation Issues: A Systematic Review. *Perm J*. 2017;21:17-047.
171. Koloski N, Jones M, Talley N. Evidence that independent gut - to - brain and brain - to - gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1 - year population - based prospective study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2016;44(6):592-600.
172. Almog M, Gabis LV, Shefer S, Bujanover Y. Gastrointestinal symptoms in pediatric patients with attention deficit and hyperactivity disorders. *Harefuah*. 2010;149(1):33-6, 62.
173. McKeown C, Hisle-Gorman E, Eide M, Gorman GH, Nylund CM. Association of constipation and fecal incontinence with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2013;132(5):e1210-e5.
174. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(5):402-9.
175. Wang LW, Tancredi DJ, Thomas DW. The prevalence of gastrointestinal problems in children across the United States with autism spectrum disorders from families with multiple affected members. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2011;32(5):351-60.

176. Brumback RA, Staton RD. Learning disability and childhood depression. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1983;53(2):269.
177. Chaidez V, Hansen RL, Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *Journal of autism and developmental disorders*. 2014;44(5):1117-27.
178. Benninga MA, Voskuijl WP, Akkerhuis GW, Taminiau JA, Büller HA. Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. *Arch Dis Child*. 2004;89(1):13.
179. Von Gontard A, Hollmann E. Comorbidity of functional urinary incontinence and encopresis: somatic and behavioral associations. *J Urol*. 2004;171(6 Pt 2):2644-7.
180. Johnston BD, Wright JA. Attentional dysfunction in children with encopresis. *J Dev Behav Pediatr*. 1993;14(6):381-5.
181. Cox DJ, Morris JB, Jr., Borowitz SM, Sutphen JL. Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *J Pediatr Psychol*. 2002;27(7):585-91.
182. van Everdingen-Faasen EQ, Gerritsen BJ, Mulder PGH, Fliers EA, Groeneweg M. Psychosocial co-morbidity affects treatment outcome in children with fecal incontinence. *Eur J Pediatr*. 2008;167(9):985-9.
183. Conners C. *Conners' rating scales-revised*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Publishing. 1997.
184. Kaner S, Büyüköztürk Ş, Işeri E. *Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Standardizasyon Çalışması*. 2013.
185. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
186. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2008;15:65-74.
187. Özgenç F, Kara AA, Yılmaz ND, Önen ŞŞ, Öğretmen T, Ecevit ÇÖ, et al. Validity and reliability study of the pediatric Rome III questionnaire for Turkish children and adolescents. *Turk J Gastroenterol*. 2016;27:129-35.

188. Van Oudenhove L, Aziz Q. The role of psychosocial factors and psychiatric disorders in functional dyspepsia. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2013;10(3):158.
189. Cannon WB. The Influence of Emotional States on the Functions of the Alimentary Canal. *The American Journal of the Medical Sciences (1827-1924)*. 1909;137(4):480.
190. Lydiard RB. Increased prevalence of functional gastrointestinal disorders in panic disorder: clinical and theoretical implications. *CNS spectrums*. 2005;10(11):899-908.
191. Kesebir S, Karataş SO, Bezgin Ç, Cengiz F. Stres, Anksiyete ve Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012;21(2):122-33.
192. Teken M, Luş MG, Başgül ŞS. Karın Ağrısı Şikayetiyle Hastaneye Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Fiziksel Sebep Bulunanlarla Bulunmayanlar Arasındaki Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon Değerlerinin Karşılaştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2019;50(2):9-14.
193. Ceballos GY, Paula CS, Ribeiro EL, Santos DN. Child and Adolescent Psychosocial Care Center service use profile in Brazil: 2008 to 2012. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019;41(2):138-47.
194. Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 1992;5(1-3):13-9.
195. Sarı BA. Batman'da çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2013;16(1):7-17.
196. Uçar HN, Vural AP, Kocael Ö, Köle İH, Dağdelen F, Kirtil İY. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların yakınma, tanı ve ilaç uygulamaları karakteristiklerinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014;40(2):75-83.
197. Demikaya SK, Aksu H, Yılmaz N, Özgür BG, Eren E, Avcil SN. Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri. 2015.

198. Görmez V, Örengül AC, Baljinnyam S, Aliyeva N. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler. *Journal of Mood Disorders*. 2017;7(1):41-6.
199. Çeri V, Özer Ü, Layık ME, İz FBA. Bir Çocuk Psikiyatri Ayaktan Tedavi Ünitesine Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Gözlenen Psikiyatrik Bozuklukların Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi Medical Journal*. 2018;25(4):520-26.
200. Hjerm A, Weitoft GR, Lindblad F. Social adversity predicts ADHD - medication in school children—a national cohort study. *Acta paediatrica*. 2010;99(6):920-4.
201. Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G. The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016;47(3):440-58.
202. Sonego M, Llacer A, Galán I, Simón F. The influence of parental education on child mental health in Spain. *Quality of Life Research*. 2013;22(1):203-11.
203. Arroyo-Borrell E, Renart G, Saurina C, Saez M. Influence maternal background has on children's mental health. *International journal for equity in health*. 2017;16(1):63.
204. Ackerman BP, D'Eramo KS, Umylny L, Schultz D, Izard CE. Family structure and the externalizing behavior of children from economically disadvantaged families. *Journal of Family Psychology*. 2001;15(2):288.
205. Carlson MJ, Corcoran ME. Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *Journal of marriage and family*. 2001;63(3):779-92.
206. Gross SJ, Mettelman BB, Dye TD, Slagle TA. Impact of family structure and stability on academic outcome in preterm children at 10 years of age. *The Journal of pediatrics*. 2001;138(2):169-75.
207. Pong Sl, Dronkers J, Hampden - Thompson G. Family policies and children's school achievement in single - versus two - parent families. *Journal of marriage and family*. 2003;65(3):681-99.

208. Hetherington EM. I. Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the society for research in child development*. 1992;57(2 - 3):1-14.
209. Franz M, Lensche H, Schmitz N. Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003;38(2):59-68.
210. Rydell A-M. Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(2):233-44.
211. Thomson E, McLanahan SS. Reflections on "Family structure and child well-being: Economic resources vs. parental socialization". *Social Forces*. 2012;91(1):45-53.
212. Kugler TE. Anxiety And Depressive Disorders In Functional Dyspepsia: Cause Or Consequence? *Eksp Klin Gastroenterol*. 2015(9):29-35.
213. Adibi P, Keshteli AH, Daghighzadeh H, Roohafza H, Pournaghshband N, Afshar H. Association of anxiety, depression, and psychological distress in people with and without functional dyspepsia. *Adv Biomed Res*. 2016;5:195-.
214. Koloski NA, Jones, M., Kalantar, J., Weltman, M., Zaguirre, J., & Talley, N. J. The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut*. 2012;61(9):1284-90.
215. Guz H, Sunter AT, Bektas A, Doganay Z. The frequency of the psychiatric symptoms in the patients with dyspepsia at a university hospital. *General hospital psychiatry*. 2008;30(3):252-6.
216. De la Roca-Chiapas JM, Solís-Ortiz S, Fajardo-Araujo M, Sosa M, Córdova-Fraga T, Rosa-Zarate A. Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(1):73-81.
217. Kani HT. Fonksiyonel dispepsi hastalarında depresyon, anksiyete, aleksitimi, bağlanma, sosyal destek ve somatizasyonun değerlendirilmesi. 2014.
218. Schurman JV, Singh M, Singh V, Neilan N, Friesen CA. Symptoms and subtypes in pediatric functional dyspepsia: relation to mucosal inflammation and

- psychological functioning. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2010;51(3):298-303.
219. Rippel SW, Acra S, Correa H, Vaezi M, Di Lorenzo C, Walker LS. Pediatric patients with dyspepsia have chronic symptoms, anxiety, and lower quality of life as adolescents and adults. *Gastroenterology*. 2012;142(4):754-61.
220. Hodges K, Gordon Y, Lennon MP. Parent - child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children: the Child Assessment Schedule (CAS). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1990;31(3):427-36.
221. Watson KL, Jr., Kim SC, Boyle BM, Saps M. Prevalence and Impact of Functional Abdominal Pain Disorders in Children With Inflammatory Bowel Diseases (IBD-FAPD). *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2017;65(2):212-7.
222. Liebman WM. Recurrent abdominal pain in children: a retrospective survey of 119 patients. *Clinical Pediatrics*. 1978;17(2):149-53.
223. Robinson J, Alvarez J, Dodge J. Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *Journal of psychosomatic research*. 1990;34(2):171-81.
224. von Gontard A, Moritz A-M, Thome-Granz S, Equit M. Abdominal pain symptoms are associated with anxiety and depression in young children. *Acta Paediatr*. 2015;104(11):1156-63.
225. Zhou H, Li D, Cheng G, Fan J, Lu H. An epidemiologic study of irritable bowel syndrome in adolescents and children in South China: a school-based study. *Child Care Health Dev*. 2010;36(6):781-6.
226. Hollier JM, van Tilburg MAL, Liu Y, Czyzewski DI, Self MM, Weidler EM, et al. Multiple psychological factors predict abdominal pain severity in children with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 2019;31(2):e13509-e.
227. Baysoy G, Güler-Baysoy N, Kesicioğlu A, Akın D, Dündar T, Pamukçu-Uyan A. Prevalence of irritable bowel syndrome in adolescents in Turkey: effects of gender, lifestyle and psychological factors. *Turk J Pediatr*. 2014;56(6):604-11.
228. Iovino P, Tremolaterra F, Boccia G, Miele E, Ruju FM, Staiano A. Irritable bowel syndrome in childhood: visceral hypersensitivity and psychosocial aspects. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 2009;21(9):940-e74.

229. Stapersma L, van den Brink G, Szigethy EM, Escher JC, Utens EMWJ. Systematic review with meta-analysis: anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2018;48(5):496-506.
230. Joinson C, Heron J, Butler U, von Gontard A, Avon Longitudinal Study of P, Children Study T. Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*. 2006;117(5):1575-84.
231. Appak YÇ, Sapmaz ŞY, Doğan G, Herdem A, Özyurt BC, Kasırga E. Clinical findings, child and mother psychosocial status in functional constipation. *The Turkish journal of gastroenterology : the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*. 2017;28(6):465-70.
232. Waters AM, Schilpzand E, Bell C, Walker LS, Baber K. Functional gastrointestinal symptoms in children with anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(1):151-63.
233. Mazurek MO, Vasa RA, Kalb LG, Kanne SM, Rosenberg D, Keefer A, et al. Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(1):165-76.
234. Machnes-Maayan D, Elazar M, Apter A, Zeharia A, Krispin O, Eidlitz-Markus T. Screening for psychiatric comorbidity in children with recurrent headache or recurrent abdominal pain. *Pediatric neurology*. 2014;50(1):49-56.
235. Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, Beck JE, Haman K, Shears AR, et al. Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics*. 2013;132(3):475-82.
236. Stein K, Pearson RM, Stein A, Fazel M. The predictive value of childhood recurrent abdominal pain for adult emotional disorders, and the influence of negative cognitive style. Findings from a cohort study. *PLoS One*. 2017;12(9):e0185643-e.
237. Otu-Nyarko CG, Gedalia A, Karpinski AC, Kolomensky A, Hyman PE. Disability in Children and Adolescents With Irritable Bowel Syndrome and/or Fibromyalgia. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2015;61(5):558-60.
238. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, Schaffer G, Marshall BM, Di Lorenzo C. A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *The Journal of pediatrics*. 2009;154(3):322-6.

239. Helgeland H, Sandvik L, Mathiesen KS, Kristensen H. Childhood predictors of recurrent abdominal pain in adolescence: A 13-year population-based prospective study. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(4):359-67.
240. Wendland M, Jackson Y, Stokes LD. Functional disability in paediatric patients with recurrent abdominal pain. *Child Care Health Dev*. 2010;36(4):516-23.
241. van der Veek SMC, Derkx HHF, de Haan E, Benninga MA, Boer F. Abdominal pain in Dutch schoolchildren: relations with physical and psychological comorbid complaints in children and their parents. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2010;51(4):481-7.
242. Williams AE, Czyzewski DI, Self MM, Shulman RJ. Are child anxiety and somatization associated with pain in pain-related functional gastrointestinal disorders? *J Health Psychol*. 2015;20(4):369-79.
243. Luntamo T, Sourander A, Rihko M, Aromaa M, Helenius H, Koskelainen M, et al. Psychosocial determinants of headache, abdominal pain, and sleep problems in a community sample of Finnish adolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2012;21(6):301-13.
244. Perona M, Benasayag R, Perelló A, Santos J, Zárata N, Zárata P, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in women who report domestic violence to the police. *Clinical gastroenterology and hepatology*. 2005;3(5):436-41.

8. EKLER

EK-1. Demografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Kod No:

Olgu Kontrol Sınıf Arkadaşı

A) Demografik Bilgiler

Cinsiyet: Boy: Kilo:

Çocuğun Öğrenim Durumu:

- 1- İlköğretim (Kaçınıcı sınıf olduğunu belirtiniz.)
- 2- Ana sınıfı- Kreş:
- 3- Okula başlamamış:

Kaç kardeşler?

Kaçınıcı Çocuk?

Akraba Evliliği: Var Yok

Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü:

Ailenin Yapısı

Çekirdek Geniş Anne-Baba ayrı Anne-Baba Kaybı:

Ailenin Ortalama Gelir Düzeyi

1000-2999TL 3000-4999TL 5000 TL ve veya üzeri

B) Özgeçmiş Bilgileri

Anne gebelik döneminde; tansiyon, şeker, kalp hastalığı, röntgen çektirme, bilgisayarlı tomografi çektirme, ilaç kullanımı, kanama düşük tehidi, sigara kullanımı, alkol madde kullanımı, i laç kullanımı, ameliyat, kaza **geçirdimi?**:

Doğum Şekli

Normal Doğum Sezeryan Müdehale gerekti Erken doğum Geç doğum

Doğum Sonrası: Morarma, ağlamama, sarılık, mekonyum aspirasyonu, kordon dolanması, kan uyuşmazlığı, kan tranfüzyonu, **yaşadı mı?**

Evet Hayır

C) Gelişim Öyküsü

Kaç aylıkken yürüdü?

Kaç Aylıkken ilk anlamlı kelimelerini söyledi?

Tuvalet eğitimini kaç aylıkken aldı?

D) Okul Öyküsü

Anaokulu/kreş başlama yaşı:

Okula başlama yaşı:

Okumayı kaçınıcı sınıfta kaçınıcı dönem söktü?

Sınıfta kaldı mı? (kaldıysa kaçınıcı sınıfta kaldı ve kaç kez kaldı)

Okul Başarısı nasıl?:

Medikal Öykü

Çocuğun ;

Sürekli devam eden bir hastalığı var mı?

Varsa adını yazınız.....

Sürekli gördüğü bir tedavi var mı?

Hiç hastaneye yattı mı?

Hiç kaza geçirdi mi?

Hiç psikiyatrik hastalığı oldu mu?

Hiç psikiyatrik ilaç tedavisi aldı mı?

Soygeçmiş Bilgileri

Babanın ;

Yaşı:

Eğitim Durumu:

İşi:

Sağlık Durumu:

Sürekli kullandığı ilaçlar:

Mide bağırsak hastalığı:

Annenin;

Yaşı:

Eğitim Durumu:

İşi:

Sağlık Durumu:

Sürekli kullandığı ilaçlar:

Mide bağırsak hastalığı:

EK-2. Yenilenmiş Connors Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu (YCADÖKF; Connors' Parent Rating Scale-Revised/Short Form, CPRS-R/S)

**YENİLENMİŞ CONNERS
EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ - KISA (3-17 YAŞ)**

Kod No:

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker.	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz.	0	1	2	3
9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur.	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir.	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir.	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
14	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16	Sinirlidir.	0	1	2	3
17	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
18	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
19	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır.	0	1	2	3
20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder.	0	1	2	3
21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı	0	1	2	3

EK-3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strength and Difficulties Questionnaire)

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 4-17

Kod No:

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

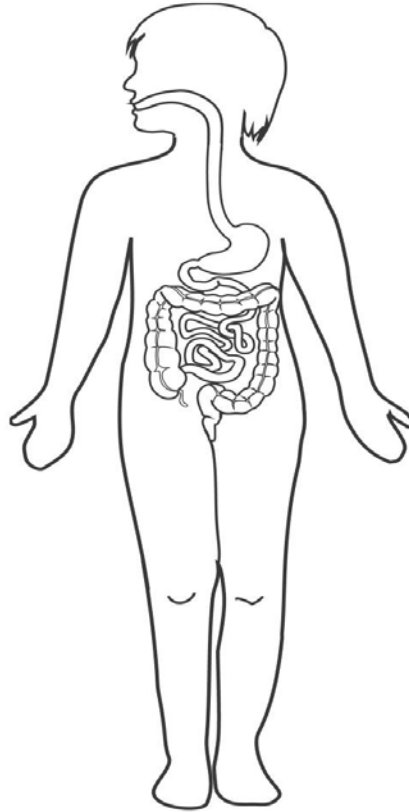
	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncasını, kalemini v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

EK-4. Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Ölçeği, 4 Yaş ve Üzeri Çocuklar için Aile Bildirim Formu(Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Rome III Version (QPGS-RIII) Parent-Report Form Children 4 Years of Age and Older)

**AİLE BİLDİRİM FORMU
(4 YAŞ ve ÜZERİ ÇOCUKLAR İÇİN)**

Pediatrik Gastrointestinal Semptomlar Anketi,
Roma III Versiyon (QPGS-RIII)
(Çocuk Gastrointestinal Semptomlar Anketinden Uyarlanmıştır.
Walker, Caplan-Dover & Rasquin-Weber, 2000)



Açıklamalar

Bu anket çocuğunuzun sindirim sistemi (yemek borusu, mide, ince ve kalın bağırsak) ve bu sistemin olası sorunları ile ilgilidir.

Bazı sorunlar çocuğunuzda bulunurken bazıları bulunmayabilir.

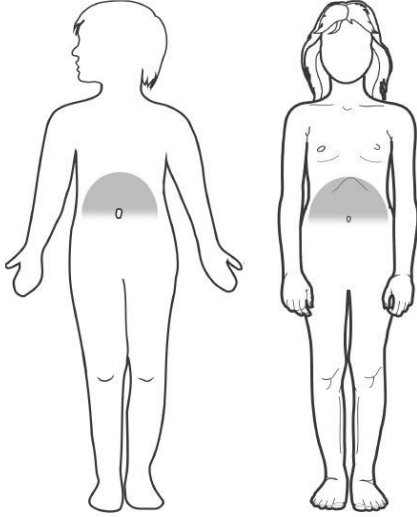
Lütfen tüm sorulara en doğru şekilde cevap veriniz.

Eğer herhangi bir soruya cevap veremiyorsanız lütfen "Bilmiyorum" seçeneğini işaretleyiniz.

Herhangi bir sorunuz varsa araştırma görevlisi size yardımcı olmaktan memnun olacaktır!

Bölüm A. Göbek Deliği Üzerinde (Üst Karında) Ağrı ve Rahatsızlık Hissi

Aşağıdaki resimlerde gösterilen taralı alan, çocuğunuzun göbek deliği ÜZERİNDEKİ alanı belirtmektedir. Çocuklar bu bölgede bazen acı, ağrı veya rahatsızlık hissederler. Bu rahatsızlık hissi; mide ağrısı, bulantı, şişkinlik, dolgunluk hissi ve çok az yemek yedikten sonra çabuk doyma şeklinde olabilir.



Bu bölümdeki sorular, son 2 ayda çocuğunuzun göbek deliği ÜZERİNDEKİ bölgede hissetmiş olabileceği ağrı ve rahatsızlık hissi ile ilgilidir.

Çocuklar, karınlarının farklı bölgelerinde (üstünde, altında ve her iki yanında) ağrı ve rahatsızlık hissedebilirler.

Bu anketin diğer bölümlerinde karının diğer bölgeleri (göbek altı ve her iki yanı) ile ilgili sorular sorulacaktır.

Göbek Deliği Üzeri (Üst Karın)

1. Çocuğunuz son 2 ay içerisinde göbek deliği üzerinde kalan bölgede (üst karında) ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissetti?

1. ___Hiçbir zaman (*Lütfen Bölüm B'ye geçiniz*)
2. ___Ayda 1-3 kez
3. ___Haftada bir kez
4. ___Haftada birkaç kez
5. ___Her gün

Son 2 ay içerisinde çocuğunuz göbek deliğinin üzerinde kalan bölgede (üst karında) herhangi bir ağrı ve rahatsızlık hissetmediyse lütfen Bölüm B'ye geçiniz.

2. Çocuğunuz göbek deliğinin üzerinde kalan bölgesinde (üst karında) aşağıdakilerden hangilerini hissetti?

(Bir veya birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)

- | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------|
| a. Ağrı | 0. ___Hayır | 1. ___Evet |
| b. Bulantı | 0. ___Hayır | 1. ___Evet |
| c. Şişkinlik | 0. ___Hayır | 1. ___Evet |
| d. Dolgunluk hissi | 0. ___Hayır | 1. ___Evet |
| e. Çok az yedikten sonra doyma hissi | 0. ___Hayır | 1. ___Evet |

2. Çocuğunuz, son 2 ay içerisinde göbek deliğinin üzerinde kalan bölgede ne kadar acı veya rahatsızlık hissetti?

1. ___Az
2. ___Biraz (Çok ile Az arasında)
3. ___Çok
4. ___Oldukça çok
5. ___Bilmiyorum

4. Çocuğunuzun göbek deliğinin üzerinde kalan bölgesinde hissettiği acı veya rahatsızlık ne kadar sürdü?

1. ___Bir saatten daha az
2. ___1-2 saat
3. ___3-4 saat
4. ___Günün büyük bölümünde
5. ___Sürekli (Tüm gün)

5. Çocuğunuz, göbek deliğinin üzerinde kalan bölgede ne zamandan beri acı veya rahatsızlık hissediyor?

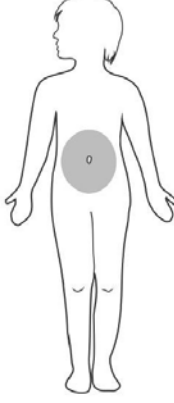
1. ___1 ay (veya daha az)
2. ___2 ay
3. ___3 ay
4. ___4 - 11 ay
5. ___1 yıl (veya daha fazla)

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız.	Hayır	Evet				Bilmiyorum
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman	(kutuğu işaretleyin)
Son 2 ay içerisinde, göbek deliği üzerinde kalan bölgesinde acı veya rahatsızlık hissettiğinde						
6. Çocuğunuz kaka yaptıktan sonra acı veya rahatsızlık hissi düzeldi mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha yumuşak kıvamda, lapa gibi ya da daha sulu muydu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
8. Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha sert ya da daha topak topak (keçi pisliği gibi) mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Çocuğunuz kakası her zamankinden daha fazla miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Çocuğunuz kakası her zamankinden daha az miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Çocuğunuz göbeğinde şişkinlik hissetti mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Çocuğunuzun baş ağrısı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
13. Çocuğunuz uyumada zorlandı mı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
14. Çocuğunuzun kollarında, bacaklarında ya da sırtında ağrı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
15. Çocuğunuz hâlsizlik ya da baş dönmesi hissetti mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
16. Çocuğunuzun okula gidemediği veya günlük işlerini yapamadığı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

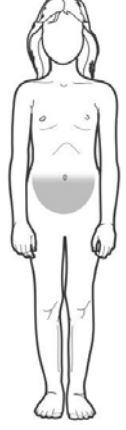
Bölüm B. Göbeğin Çevresi ve Altındaki Karın Ağrıları

Bu bölümdeki sorular, çocuğunuzun göbek deliğinin ÇEVRESİ ve göbek deliğinin ALTINDAKİ alanlarla ilgilidir. Bu alanlar, aşağıdaki resimlerde taralı olarak gösterilmiştir.

Çocuklar bazen bu bölgelerde sancı veya ağrı hissederler. Sancılar ağrıdan daha hafiftir. Bazı çocuklar bu ağrılarını “mide ağrısı” veya “karın ağrısı” olarak tanımlarlar.



Göbek deliğinin çevresi



Göbek deliğinin altı

1. Son 2 ay içerisinde çocuğunuz göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede ne sıklıkta sancı veya ağrı hissetti?

1. ___Hiçbir zaman
2. ___Ayda 1-3 kez
3. ___Haftada bir kez
4. ___Haftada birkaç kez
5. ___Her gün

*Son 2 ay içerisinde çocuğunuz göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede HERHANGİ bir sancı veya ağrı hissetmediyse lütfen **Bölüm C**'ye geçiniz.*

2. Son 2 ay içerisinde çocuğunuz göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede ne kadar acı hissetti?

1. ___Az
2. ___Biraz (Az ile Çok arasında)
3. ___Çok
4. ___Oldukça çok
- ___Bilmiyorum

3. Çocuğunuzun göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede hissettiği acı veya rahatsızlık ne kadar sürdü?

1. ___ Bir saatten daha az
2. ___ 1-2 saat
3. ___ 3-4 saat
4. ___ Günün büyük bölümünde
5. ___ Sürekli (Tüm gün)

4. Çocuğunuz, göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgedeki sancısı veya ağrısı ne zamandan beri var?

1. ___ 1 ay (veya daha az)
2. ___ 2 ay
3. ___ 3 ay
4. ___ 4 - 11 ay
5. ___ 1 yıl (ve daha fazla)

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız.	Hayır	Evet				Bilmiyorum
		% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	
Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgesinde sancı veya ağrı hissettiğinde						(kutuyu işaretleyin)
5. Çocuğunuz kaka yaptıktan sonra sancı veya ağrı hissi düzeldi mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha yumuşak kıvamda, lapa gibi ya da daha sulu muydu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha sert ya da daha topak topak (keçi pisliği gibi) miydi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
8. Çocuğunuz kakası her zamankinden daha fazla miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Çocuğunuz kakası her zamankinden daha az miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Çocuğunuz göbeğinde şişkinlik hissetti mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Çocuğunuzun baş ağrısı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Çocuğunuz uyumada zorlandı mı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız. Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgesinde sancı veya ağrı hissettiğinde	Hayır	Evet					Bilmiyorum
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman	(kutuyu işaretleyin)	
13. Çocuğunuzun kollarında, bacaklarında ya da sırtında ağrı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	
14. Çocuğunuz hâlsizlik ya da baş dönmesi hissetti mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	
15. Çocuğunuzun okula gidemediği veya günlük işlerini yapamadığı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	

16. Son bir yıl içinde, çocuğunuzun göbek deliğinin çevresinde **2 saat veya daha uzun** süren ve çocuğunuzun yaptığı **her şeyi bırakmasına neden olan şiddetli ağrı** kaç kez oldu?

0. ___ Hiçbir zaman (*lütfen sonraki bölüme geçiniz*)

1. ___ 1

2. ___ 2

3. ___ 3-5

4. ___ 6 veya daha çok

16 a. Bu şiddetli ağrıların görüldüğü zamanlarda, çocuğunuzda aşağıdaki durumlardan herhangi biri oldu mu?

a. İştahsızlık 0. ___ Hayır 1. ___ Evet

b. Mide rahatsızlığı 0. ___ Hayır 1. ___ Evet

c. Kusma (çıkarma) 0. ___ Hayır 1. ___ Evet

d. Soluk cilt 0. ___ Hayır 1. ___ Evet

e. Baş ağrısı 0. ___ Hayır 1. ___ Evet

d. Gözlerde ışığa karşı duyarlılık 0. ___ Hayır 1. ___ Evet

16 b. Şiddetli ağrıların görüldüğü zamanlar arasında çocuğunuz *-birkaç hafta veya daha uzun süre-* sağlıklı mıydı?

1. ___ Hayır

2. ___ Evet

Bölüm C. Bağırsak Hareketleri (kaka, dışkı, büyük abdest, büyük tuvalet vb.)

Bu bölümdeki sorular çocuğunuzun bağırsak hareketleri ile ilgilidir.

Bağırsak hareketleri için birçok farklı kelime kullanılabilir. Örneğin; “kaka”, “dışkı”, “büyük abdest” ve “büyük tuvalet” vb. Aileniz “kaka”dan bahsederken başka bir özel kelime de kullanıyor olabilir.

1. Son 2 ay içerisinde çocuğunuz genellikle hangi sıklıkta kaka yaptı?

1. ___Haftada 2 kez veya daha az
2. ___Haftada 3-6 kez
3. ___Günde 1 kez
4. ___Günde 2-3 kez
5. ___Günde 3 kereden daha fazla
- ___Bilmiyorum

2. Son 2 ay içerisinde çocuğunuzun kakasının kıvamı genellikle nasıldı?

1. ___Çok sert
2. ___Sert
3. ___Ne çok sert ne de çok yumuşak
4. ___Çok yumuşak veya lapa gibi
5. ___Sulu
6. ___Duruma göre değişir (Çocuğumun kakası her zaman aynı değildir).
- ___Bilmiyorum

2a. Çocuğunuzun kakası genellikle sert kıvamda ise bu sertlik ne zamandan beri sürüyor?

1. ___1 aydan daha az
2. ___1 ay
3. ___2 ay
4. ___3 ay veya daha fazla

3. Son 2 ay içerisinde çocuğunuzun kaka yaparken canı yandı mı?

1. ___Hayır
2. ___Evet
- ___Bilmiyorum

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız. <i>Ne sıklıkta?</i> Son 2 ay içerisinde	Hayır	Evet				Bilmiyorum
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman	(kutuyu işaretleyiniz)
4. Çocuğunuz, kakasını kaçırmamak için acele ile tuvalete gitti mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
5. Çocuğunuzun kaka yapmak için zorlandığı (ıkındığı) oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Çocuğunuz kakasını yaparken makatından sümük veya balgam (beyazımsı-sarımsı kaygan bir şey) çıkardı mı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Çocuğunuz kaka yaptıktan sonra kakası bitmemiş, daha çıkmayan kakası varmış gibi hissetti mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

8. Çocuğunuzun son 2 ay içerisinde tuvaleti tıkayacak kadar büyük miktarda kaka yaptığı oldu mu?

1. ___Hayır
2. ___Evet

9. Bazı çocuklar uygun tuvalet olsa bile kakalarını tutarlar. Çocuklar bunu yaparken vücutlarını kasar veya bacaklarını çapraz yaparlar.

Son 2 ay içerisinde çocuğunuz evdeyken ne sıklıkta yukarıdaki gibi kakasını tutmaya çalıştı?

1. ___Hiçbir zaman
2. ___Ayda 1-3 kez
3. ___Haftada 1 kez
4. ___Haftada birkaç kez
5. ___Her gün

10. Bir doktor veya hemşire çocuğunuz muayene edip bağırsaklarında çok miktarda kakası olduğunu hiç söyledi mi?

1. ___Hayır
2. ___Evet

11. Son 2 ay içerisinde çocuğunuzun iç çamaşırı ne sıklıkta kaka ile lekelenmiş veya kirlenmişti?

1. ___Hiçbir zaman (*Lütfen Bölüm D'ye geçiniz*)
2. ___Ayda 1 kereden az
3. ___Ayda 1-3 kez
4. ___Haftada 1 kez
5. ___Haftada birkaç kez
6. ___Her gün

11a. Çocuğunuzun iç çamaşırı lekelenmiş ya da kirlendiğinde miktarı ne kadardı?

1. ___İç çamaşırı lekeliydi (kaka yoktu)
2. ___İç çamaşırında az miktarda kaka vardı (tüm kakasından daha az)
3. ___İç çamaşırında büyük miktarda kaka vardı (kakasının tümü)

11b. Çocuğunuzun iç çamaşırı ne kadar zamandan beri lekeleniyor veya kirleniyor?

1. ___1 ay veya daha az
2. ___2 ay
3. ___3 ay
4. ___4-11 ay
5. ___1 yıl veya daha uzun

Bölüm D. Diğer Semptomlar

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız.	Hayır	Evet				Bilmiyorum (kutuyu işaretleyin)
		% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	
Son 2 ay içerisinde						
1. Çocuğunuz ne sıklıkta istemediği hâlde tekrar tekrar geçirdi?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
2. Çocuğunuz ne sıklıkta osurdu?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
3. Gün içinde çocuğunuzun karnı ne sıklıkta (gözünüzle görebildiğiniz) bariz biçimde şişti?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
4. Çocuğunuz ne sıklıkta fazladan hava yuttu veya içine çekti (çocuğunuz hava yuttuğunda bir gurklama sesi duyabilirsiniz)?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

5. SON 1 YILDA çocuğunuz, 2 saat veya daha uzun süre tekrar tekrar hiç durmadan kaç kez kustu?

0. ___ Hiçbir zaman (*Lütfen 6. soruya geçiniz.*)

1. ___1

2. ___2

3. ___3

4. ___4 veya daha fazla

5a. Çocuğunuz ne kadar zamandır tekrar tekrar hiç durmadan kusuyor?

1. ___1 ay veya daha az

2. ___2 aydır

3. ___3 aydır

4. ___4-11 ay

5. ___1 yıl veya daha uzun

5b. Çocuğunuzun tekrar tekrar hiç durmadan kusmaları olduğunda mide bulantısı da oldu mu?

1. ___Hayır

2. ___Evet

5c. Çocuğunuz tekrar tekrar hiç durmadan kusmaların görüldüğü zamanlar arasında - birkaç hafta veya daha uzun süre- sağlıklı mıydı?

1. ___Hayır

2. ___Evet

6. Son 2 ayda, yemek yedikten sonra çocuğunuzun yedikleri ne sıklıkta ağzına geri geldi?

1. ___Hiçbir zaman (*Lütfen 7. soruya geçiniz.*)

2. ___Ayda 1-3 kez

3. ___Haftada 1 kez

4. ___Haftada birkaç kez

5. ___Her gün

6a. Bu durum, genellikle çocuğunuz yemek yedikten sonraki ilk bir saat içinde mi olur?

1. ___Hayır

2. ___Evet

6b. Çocuğunuz uyurken yedikleri ağzına geri gelir mi?

1. ___Hayır

2. ___Evet

6c. Yedikleri ağzına geri geldiğinde çocuğunuz genellikle bulantı ve kusma hisseder mi?

1. ___Hayır

2. ___Evet

6d. Yedikleri ağzına geri geldiğinde çocuğunuzun genellikle canı acır mı?

1. ___Hayır

2. ___Evet

6e. Yedikleri ağzına geri geldiğinde çocuğunuz genellikle ne yapar?

1. ___Yutar

2. ___Tükürür

6. Anket bitmiştir. İlginize teşekkür ederiz.