

T. C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

FONKSİYONEL KABIZLIĞI OLAN ÇOCUKLARDA
DAVRANIŞSAL TEDAVİNİN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Selcan ÇEŞME GÜNDÜZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hasan Erhun KASIRGA

Manisa, 2011

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve tezimin her aşamasında desteğini gördüğüm tez danışmanım Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Hasan Erhun KASIRGA'ya, bilgi ve deneyimleriyle eğitimime katkıda bulunan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları öğretim üyeleri Prof. Dr. Ali ONAĞ'a, Prof. Dr. Betül ERSOY'a, Prof. Dr. Hasan YÜKSEL'e, Prof. Dr. Şenol COŞKUN'a, Prof. Dr. İpek AKİL'e, Doç. Dr. Pelin ERTAN'a, Doç. Dr. Hüseyin GÜLEN'e, Doç. Dr. Muzaffer POLAT'a, Doç. Dr. Nermin TANSUĞ'a Yrd. Doç. Dr. Özge YILMAZ'a, Yrd. Doç. Dr. Aykan ÖZGÜVEN'e, tezimin başlangıç aşamasında bana yardım ve destekte bulunan sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Deniz ÖZALP KIZILAY ve Dr. Cenk ÇELİK'e her zaman yardım ve desteklerini gördüğüm tüm uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve diğer pediatri kliniği çalışanlarına, tezimin oluşturulma aşamasında katkılarından dolayı Prof. Dr. Erhan ESER'e, tezimin istatistikleri için yardımcı olan sabrını ve güleryüzünü esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a,

Sevgilerini her zaman yanımda hissettiğim bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip, büyük bir sabırla maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, varlıkları en büyük hazinem olan sevgili babama, anneme ve kardeşim ÖZGE'ye,

Hayatımın en doğru kararı, mutluluğumun kaynağı, her zaman yanımda olan, biricik yol arkadaşım, sevgili eşim Ramazan GÜNDÜZ'e,

Ve hayatın bana sunduğu en güzel hediye olan birtanemiz, sevgili oğlumuz ADAR EFE'ye ,

TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	iv
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
1. Kabızlık	3
1.1. Tanım.....	3
1.2. Dışkılama Fizyolojisi.....	4
1.3. Epidemiyoloji	5
1.4. Kronik Kabızlık Nedenler	5
1.5. Yaşa Göre Fonksiyonel Kabızlık.....	8
1.6. Kabızlık komplikasyonları	10
1.7. Klinik.....	11
1.8. Değerlendirme	13
1.9. Ayırıcı Tanı	16
1.10. Tedavi	17
1.11. Prognoz.....	20
2. Yaşam Kalitesi.....	20
2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	21
2.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçümü.....	21
3. Fonksiyonel Kabızlık ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	23
III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
IV. BULGULAR	31
V. TARTIŞMA	50
VI. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	60
VII. ÖZET.....	62
VIII. İNGİLİZCE ÖZET.....	64
IX. KAYNAKLAR.....	66
X. EKLER.....	77

KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
HH : Hirschprung Hastalığı
İYE : İdrar yolu enfeksiyonu
NOS : Nitrik Oksit Sentetaz
SLE : Sistemik Lupus Eritamatozus
SD : Standart sapma
SYK : Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
VIP : Vazoaktif İntestinal Polipeptid
VUR : Veziköreteral reflü
YK : Yaşam Kalitesi

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuklarda tüm yaş gruplarında dışkılamanın normal bir düzen içinde olması sağlığın bir işareti sayılır. Kronik kabızlık, aile için ciddi bir hastalığın belirtisi olabileceğinden endişe kaynağıdır. Kronik kabızlığı olan çocukların çok az bir kısmında organik bir neden saptanır. Konstipasyon iki hafta veya daha uzun süredir devam eden dışkılamada gecikme veya zorluk olarak tanımlanır. Konstipasyon pediatri polikliniklerine yapılan tüm başvuruların %3 ünden, pediatrik gastroenteroloji polikliniğine başvuruların %25 inden sorumludur (1). Konstipasyon bir hastalık değil, bir semptomdur ve anatomik, fizyolojik veya histopatolojik bir bozukluktan kaynaklanır. Fonksiyonel konstipasyon bunlardan herhangi biriyle ilişkili değildir ve sıklıkla akut presipitan bir olay sonrası istemli veya bilinçaltı dışkı tutmadan kaynaklandığı düşünülür. Konstipasyonlu çocukların %95'inde herhangi bir organik hastalığa veya ilaca bağlı olmayan fonksiyonel konstipasyon vardır (2,3). Düzenli dışkılama aynı zamanda sağlıklı olmanın göstergesidir.

Fekal inkontinans (enkoprezis) istemsiz bir şekilde forme , yarı forme ya da sulu şekilde iç çamaşırına dışkı kaçırmaya olarak tanımlanır ve 4 yaşını geçmiş büyüme çağındaki çocuğun fonksiyonel konstipasyonu ile ilişkilendirilir. Genel Polikliniğe başvuruda enkoprezis prevalansı %4.4 tür (4).

Çoğu zaman ebeveynler çocuğun gaytasının çok büyük, çok sert, ağırlı veya seyrek olmasından endişe duyarlar. Süt çocuklarının yaşamlarının ilk yıllarında ortalama 4 kez gayta çıkışı olur. Bu sıklık 2 yaşına gelindiğinde günde ortalama 1.7 adet gayta; 4 yaşında ise 1.2 adet gayta/gün olarak azalarak değişir (5,6).

Fonksiyonel kabızlığın patofizyolojisi şüphesiz ki çok faktörlüdür ancak nedeni tam olarak bilinmemektedir. Dışkılama gücü kalın barsak, rektum ve anal sfinkterdeki işlev bozukluğunun bir sonucu olabilir. Kabızlığı olan çocuklarda çeşitli davranış problemlerinin görüldüğü, ancak bunların hafif olduğu ve genellikle barsak işlev bozukluğuna ikincil olduğu görülmüştür (7).

Son olarak kabul gören görüşe göre enkoprezisin ana nedeni dışkı tutma sonucu oluşan kabızlıktır. Üç yaş öncesi enkoprezis nadirdir (8). Enkoprezis çocuk için utandırıcı bir durumdur. Bu sorun nedeniyle çocuklar duygusal sorunlar yaşarlar, kendilerine güvenlerini kaybederler. Anne baba için de zor bir sorundur (kirli çamaşır, kötü koku, okuldan şikayet vb.). Aileler genellikle çocuğun organik bir sorunu olduğunu düşünürler

(9) Cezalandırma ve psikoterapi çoğu kez işe yaramamıştır. Enkoprezisin genellikle kendiliğinden geç ergenlik dönemi öncesi düzeldiği bildirilmiştir (10).

Çocukluk çağı kabızlık tedavisinde eğitim çok önemlidir. Aile ve çocuk iyi ikna edilirse ve ciddi bir hastalığı olmadığı anlatılırsa tedavi etkili olur. Aileye ve çocuğa dışkı tutmanın mekanizması anlatılmalıdır. Aileye ve çocuğa bu tedavinin aylarca sürebileceği anlatılmalıdır (10,11). Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması için çocuk yemekten sonra günde 3-4 kez 10 dakika tuvalette oturtulmalı ve bu konuda olumlu yönde güçlendirilmelidir. Her başarılı dışkılamanın ardından takvime bir yapıştırma gibi ödüllendirmeler yararlı olabilir (7, 10, 11).

Tedavide öncelikle dışkı tıkaçı çözülmeli, dışkı tıkaçı çözüldükten sonra tedavi tekrar dışkı birikimini önlemeye odaklanmalıdır. Bu tedavi ile dışkının acıtmayacak kıvama gelmesi, dışkı tutma isteğinin azaltılması, tam boşalma ve günde 1-2 kez yumuşak kıvamda dışkılamanın sağlanması amaçlandığı aileye anlatılmalıdır (12). Bu da beslenmenin düzenlenmesi, ilaç kullanımı ve davranış düzenlenmesi ile sağlanır (7,8,11,12). Beslenmede bol sıvı alımı meyve suyu ve lifli gıdaların alımı desteklenmelidir.

Çocuklarda kabızlık fiziksel semptomların yanında psikolojik ve sosyal süreçler de içerir. Kabızlığı olan bir çocuk; karın ağrısı, dışkı yaparken ağrı duyma yanında; toplum içinde kendini güvensiz, sinirli, sosyal ortamlarda ve arkadaş ilişkilerinde başarısız, utangaç hisseder. Bu da çocuğun yaşam kalitesini etkileyen bir süreçtir.

Yaşam kalitesi (YK), mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak iyi olma durumu olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarında uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu, yalnızca yeterli fiziksel iyilik halinden öte bir şeydir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK), bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır (13).

Bizim çalışmamızda amacımız, fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavinin etkinliğini yaşam kalitelerini ölçerek değerlendirmektir. Beklentimiz tedavi öncesindeki yaşam kalitesinin davranışsal tedaviyle artıp artmadığını görmek ve bir skor oluşturarak bunu davranışsal tedavinin ölçütü olarak göstermektir.

II. GENEL BİLGİLER

1. KABIZLIK

1.1. Tanım

Konstipasyon; hastaya önemli oranda sıkıntı veren iki haftadan daha uzun süren dışkılamada gecikme ya da güçlük olarak tanımlanır (3). Haftada üçün altında dışkılama, pasajın sert olması, ağrılı dışkılama, ya da isteğe bağlı dışkı tutma kabızlık için yapılan bir diğer tanımlamadır.

1.1.1. Tanımlamadaki ölçütler

a) Loening Baucke ölçütleri (14)

Çocukluk dönemi kabızlığında aşağıdaki ölçütlerden en az ikisi olmalı

- Haftada 3 ten az dışkılama
- Haftada 2 ya da daha fazla enkoprezis
- Her 7-30 günde bir, periyodik çok kalın dışkı pasajı
- Fizik incelemede karında veya rektumda kitle ele gelmesi

b)Çocuklarda fonksiyonel dışkılama bozuklukları: Roma II Ölçütleri (15)

Tablo 1: Roma II Ölçütleri

	Tanı ölçütleri
Bebeklik döneminin ağrılı dışkılaması	<6 ay, sağlıklı bir bebekte yumuşak dışkı pasajından önce, en az 10 dakika süren gerginlik ve ağlama
Fonksiyonel kabızlık	Süt çocuğu ve okul öncesi çocuklarda en az 2 haftalık hikaye -küçük tane şeklinde, taş gibi sert dışkılama -haftada 2 veya daha az dışkılama -yapısal, endokrin veya metabolik bir hastalık olmaması
Fonksiyonel dışkı tutma	Süt çocukluğundan 16 yaşa kadar, en az 12 haftalık öykü -haftada ikiden az, büyük çaplı dışkılama -pelvik taban ve gluteal kasların istemli kasılması ile dışkılamamın önlenmesi, dışkılamadan alıkoyan duruş.
Fonksiyonel dışkı tutma olmadan dışkı kirlenmesi	4 yaşından büyük çocukta, son 12 hafta içinde haftada bir ya da daha fazla olan -sosyal açıdan uygun olmayan zaman ve yerlerde dışkılamamın olması -yapısal, inflamatuvar hastalık olmaması -dışkı tutma bulgularının olmaması

1.2. Dışkılama Fizyolojisi

Mide dolunca ve karın içi basınç artınca gastrokolik ve ileokolik refleksler harekete geçer. Kolon içeriği ilerleyici hareketlerle rektuma doğru ilerler. Rektum yalnızca dışkının biriktiği, depo görevi gören bir organ değildir. Dışkılamamanın başlatılması için duyarlı bir organdır. Dışkı sigmoid kolondan rektuma ilerlediği zaman, duvarlara ve rektal valvlere basınç yapar. Bu basınç rektumdaki sinir sisteminde uyarı başlatır. Bu uyarı, iç anal sfinkterde gevşemeyle sonuçlanır ve dışkılama öncesi sıkışma hissedilir. İç anal sfinkter gevşediği anda küçük partiküller anal kanala geçer ve burada “kemo-ozmo-presso” reseptörlerin yardımıyla katı sıvı ve gaz ayrımı yapılır. Eğer sosyal ortam dışkılamaya uygun değilse, dış anal sfinkter kasılır. Anal kanal oluşumuna katılan puborektal kasların kasılması, dış anal sfinktere yardımcı olur ve böylece dışkılama ertelenir. Dışkılamayı kontrol eden temel düzenleyici mekanizma, yenidoğan döneminden itibaren bulunur, tuvalet eğitimi sırasında iskelet kaslarını (dış anal sfinkter, puborektal kas ve karın kasları) kasma ve gevşemeyle bilinçli karar verme yeteneği gelişir (8). Dış anal sfinkterin uzun süre kasılı kalması ile, iç anal sfinkterdeki refleks dışkılama hissi azalır. Dışkılama için uygun ortam varsa, dış analsfinkter istemli olarak gevşetilir ve dışkı kolondaki peristaltik hareketlerle anal kanal ağzına doğru itilir. Dışkı anal kanala girdiği zaman ikincil bir refleks, somatik sinirlerle baslatılır. Bu da karın kaslarında kasılmaya neden olarak, kalın bağırsağın boşalmasına yardımcı olur (16).

Yaş grupları ve beslenme özelliklerine göre dışkılama özellikleri değişir. Yenidoğan bir bebekte dışkılama sayısı, büyük çocuklara göre fazladır. Yaşamın erken döneminde daha sık dışkı yapılması diyet tipi, anne sütü alımı ve tuvalet eğitiminin olmaması ile ilişkilendirilebilir (5, 17, 18, 19, 20, 21). Ayrıca ilk haftalarda dışkı sayısının alınan besin miktarı ile ilgisi olduğu, ancak daha sonraki haftalarda alınan besin miktarı arttığı halde dışkı sayısında azalma gözlemlendiği bilinmektedir. Bu durum da barsak fonksiyonlarındaki olgunlaşmanın gerçekleşmesine bağlanmaktadır (6). Erişkin tipte dışkılama özellikleri genellikle 3-4 yaştan sonra kazanılır (22).

Tablo2: Çocuklarda normal dışkılama sıklığı (23)

Yaş	Haftalık dışkılama sıklığı	Günlük dışkılama sıklığı
0-3 ay		
Anne sütü	5-40	2.9
Mama	5-28	2.0
6-12 ay	5-28	1.8
1-3 yaş	4-21	1.4
>3 yaş	3-14	1.0

1.3. Epidemiyoloji

Okul öncesi çocukların yaklaşık %3'ü, okul çağındaki çocukların ise %1-2'si kabızlıktan yakınıdır. Bildirilen insidans %0.3-8 arasında değişmektedir. Ayrıca, genel pediatri polikliniklerinin %3-5'ini, pediatrik gastroenteroloji kliniklerinin ise %25'e kadar yüksek bir oranını kabız hastaları oluşturur (1).

Enkoprezis dört yaşından daha büyük çocuklarda kabızlığa ikincil olarak şekilli, yarı şekilli ya da sıvı dışkının istemsiz olarak kaçırılmasıdır. Dışkı kaçırma olgularının %95'ten fazlasında neden enkoprezistir. Erkeklerde daha sıktır. Primer enkoprezis dışkı kontrolü hiç gelişmemiş çocukları, sekonder enkoprezis ise yaşamının bir döneminde dışkı kontrolü geliştikten sonra dışkı kaçırmaya başlayan çocukları tanımlar (24).

Ağrılı dışkılamaya şartlı bir yanıt olarak mı geliştiği, yoksa gelişimsel bir olay mı olduğu bilinmemektedir. Gelişmiş ülkelerde dışkı kaçırma sıklığı beş yaşında %3, yedi yaşında %1.5, 12 yaşında %0.8 kadardır (25).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuklarda enkoprezis sıklığı %0.43 (erkek/kız: 2.28) olarak bulunmuştur (26). Dokuz yaşından büyük çocuklarda %0.23 oranındadır. Daha az oranda görülmesi, ülkemizde beslenmede hayvansal gıdaların daha az yer tutmasına, birçok yerde daha etkili ıkmayı sağlayan alaturka tuvaletlerin kullanılmasına ya da ailelerin durumu saklayarak söylememesine bağlı olabilir.

1.4. Kronik kabızlık Nedenleri

Kabızlık; dışkının rektuma ulaşmasını engelleyen veya rektumda uzun süre kalmasına neden olan durumlar nedeni ile oluşur. Nedenler başlıca organik ve fonksiyonel olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir.

1.4.1. -Organik kabızlık nedenleri

Organik patolojiler kabızlık sebeplerinin ancak % 5'ini oluştururlar (Tablo3).

Tablo3: Kabızlığın organik nedenleri

Yapısal Kalın barsak tembelliği Genetik eğilim	Nöromusküler nedenler Serebral palsi Muskuler distrofi Mental retardasyon Meningomyelose Multipl skleroz Miyotonik distrofi Nörofibromatozis
Dışkı volümünde azalma ve kuruluk Düşük lifli beslenme Dehidratasyon/az sıvı alımı Malnutrisyon	Barsak sinir ve kas hastalıkları Hirschprung hastalığı İntestinal nöronal displazi Viseral nöropati Viseral miyopati
Anatomik bozukluklar İmperfore anüs Anal stenoz Anterior ektoptik anüs Pelvik kitle(sakral teratom)	Karın kası anomalisi Prune belly sendromu Gastroşizis Down sendromu
Ağrılı perianal hastalıklar Abse Fissür Hemoroid	Bağ dokusu hastalıkları Dermatomyozit Skleroderma SLE Amiloidoz
Metabolik Hipotiroidi Diabetes mellitus Diabetes insipidus Hiperparatiroidi Renal tubuler asidoz Kistik fibrozis Çölyak hastalığı Elektrolit bozukluğu - Hipokalemi - Hiperkalsemi - Hipomagnezemi - Hipofosfatemi - Hiponatremi	İlaçlar Opiyatlar Antasitler Sukralfat NSAİİ Antikolinergikler Trisiklik antidepresanlar Antihipertansifler Diğer D vitamini zehirlenmesi İnek sütü protein intoleransı

1.4.2. Fonksiyonel kabızlık nedenleri:

Düşük lifli diyet

Tuvalet korkusu

Yanlış tuvalet eğitimi

Sıvı alımında azalma

Genetik eğilim

Depresyon

Okul tuvaletinin uygun olmaması

1.4.2.1. Fonksiyonel kabızlıkta etyopatogenez

Fonksiyonel kabızlığın temel nedeni dışkı tutma eylemidir. Çoğunlukla ağırlı dışkılama, çocuk tarafından dışkının tutulmasına neden olur. Dışkıyı tutmak, kolonda uzun süre dışkının birikmesine, dışkı boyutunun ve yoğunluğunun iyice artmasına neden olur. Geniş sert diskı anal bölgeden geçerken çocuğun canını acıtır ve çocuk dışkılamadan korkar, dışkılamayı geciktirir. Oluşan kısır döngü kabızlığın ağırlaşarak sürmesine neden olur. Ağırlı dışkılamanın nedeni tuvalet korkusu, hayat tarzı ve diyet değişiklikleri, liften fakir diyet, sıvı alımının azalması, stres, hastalık, tuvaletin konforsuz, kirli olması, çocuğun meşgul olması (oyun, tv, vs) nedeniyle tuvalet ihtiyacını sürekli ertelemesi olabilir (27, 28, 29). Fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda yapılan araştırmalarda, anne babaların tutumunun da önemli olduğu görülmüştür. 2-7 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada, anne babaları daha sert, daha disiplinli olan çocuklarda kabızlık oranının daha sık olduğu bildirilmiştir (30).

Kabız çocuklarda aile hikayesi varlığını araştıran bir çalışmada kabızlık sıklığı ailede kabızlık olan çocuklarda % 62.5, olmayanlarda ise % 30.3 olarak bildirilmiştir (31). Hareketsiz, zamanın büyük bir kısmını televizyon ve bilgisayar karşısında geçiren çocuklarda, gastro intestinal motilite yavaşladığı için kabızlık daha sık görülür (32, 33). Erken tuvalet eğitimine başlanan çocuklarda, tuvalet eğitimi sırasında sert tutum gösterilen çocuklarda fonksiyonel kabızlık görülebilir (34). Hijyenik nedenlerle okulda tuvaletini tutan, uzun süreli oyun başında kalan ve oyununu bozmak istemeyen çocuklarda kabızlık sık görülebilir (35). Başlatıcı nedenler farklı olsa da bu çocuklarda kabızlığa yol açan süreç aynıdır. Dışkılamayı geciktirmek için dış anal sfinkterin kasılması, rektumda dışkı birikimini arttırır, rektum yavaş yavaş genişler. Genişleyen rektumun duyarlılığı azalır ve daha fazla dışkı birikimi gerçekleşir (16). Uzun süre devam eden kabızlıkta pelvik kasların dissinerjisi, dışkılama sırasında anal sfinkter kompleksinin anormal veya paradoksal

kasılması ile problem kronik hal alır (36,37). Rektumdan her dışkı geçişi çocukta korku yaratır ve çocuk bilinçli ya da bilinçsiz olarak bu ağrılı defekasyondan kaçınmak için dışkısını tutar. Bu dışkı tutma sırasında çocukta anormal postürler görülebilir. Bu evrelerde çocuk dışkısını tutabilmek için gluteal kaslarını kasar, kızarır, bir köşeye çekilerek çömelir ya da bacaklarını birleştirir; ağrı nedeniyle ağlayabilir; bağırma, kızarma, bacakları hiperekstansiyona ve fleksiyona getirme hareketleri gözlenebilir. Bu davranışlar aile tarafından genellikle yanlış olarak dışkılama çabası şeklinde yorumlanır.

Tuvalet eğitimi başladığında karşılaşılabilecek bir sorun tuvalet eğitimi reddetmedir. Tuvalet eğitimi tamamlamadan önce dışkıarken saklanma eğiliminde olan çocuklar tuvalet eğitimi reddetmeye, kabız olmaya ve dışkılarını tutmaya daha çok eğilimlidir (38). Daha büyük çocuklarda da dikkatli bir öykü alındığında %80'den fazlasında tetikleyici stresli bir olay (kardeş doğumu, ana-babanın boşanması, dede-nine ölümü, ev taşıma, okula başlama gibi) vardır (39). Aile içi davranış ve tutumlar incelendiğinde çocuğa otonomi sağlanmaması kadar, yeme ve uyuma alışkanlıklarında tam bir otonomi olması da arttırıcı nedendir. Çocuk, yaşına bağlı olarak oyuncaklarıyla oynama, bilgisayarda oyun oynama gibi çok hoşuna giden aktivitelerde bulunduğu veya kendi tuvaletini kullanamadığı durumlarda dışkılama gereksinimini ertelemek isteyebilir. Özellikle okul çağında, okul tuvaletlerinin yeterli düzeyde olmaması (temizlik, tuvalet sayısı, bazı yerlerde erkek-kız ayrımının olmaması gibi) tuvaletin çocuklar tarafından kullanılmamasına ve bu da kabızlık dahil birçok soruna yol açabilir (40).

1.5. Yaşa Göre Fonksiyonel Kabızlık

1.5.1. İnfant ve Oyun Çağı Çocuklarında Fonksiyonel Kabızlık

Gayta yapma sıklığı çocuğun yaşına bağlı değişir. Bir çok çalışma yaşamın ilk hafasında günde dördü bulan dışkılama sayısından, dört yaşında günde 1.2 kez olan dışkılamaya kadar değişen düzeni göstermiştir. Fontana ve arkadaşları yaşamın ilk 3 yılında sağlıklı çocukların %97 sinde iki günde bir en az bir kez barsak hareketi olduğunu ve 4 yaşına geldiklerinde tuvalet eğitimi almış olduklarını gösterdiler (23). Roma III komitesi, 4 yaşa kadar infant ve oyun çocuklarında kabızlığın tanımlayıcı kriterlerini göstermişlerdir. Bu maddeler daha çok semptomları kaynak alır (41).

Roma III kriterleri: İnfantlar ve oyun çağı çocuklarında fonksiyonel kabızlık

Aşağıdaki semptomlardan en az iki tanesinin en az 1 ay içerisinde olması gerekmektedir.

- Haftada 2 den az defekasyon
- Tuvalet alışkanlığını kazandıktan sonra haftada 1 den fazla inkontinans

- Aşırı dışkı tutma öyküsü
- Ağrılı veya sert barsak hareketleri öyküsü
- Rektumda büyük bir fekal kitle oluşu
- Tuvaleti tıkayacak kadar büyük çaplı dışkılama öyküsü

Yenidoğan ve erken infant döneminde kabızlık özel bir durumdur, çünkü altta yatan ciddi konjenital bir hastalığın habercisi olabilir. Mekonyum çıkışı 24 saatten fazla gecikmişse ciddi hastalıklar akla gelmelidir. Hirschprung hastalığı (HH) bunlardan biridir. Spinal kordun anatomik defektleri, anorektal anomaliler fizik muayene ile gözden geçirilmeli, gerekliyse görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır.

42 ayı içeren bir periyotta 4157 infant ve oyun çocuğuyla yapılan bir çalışmada 0 ile 24 ay arasındaki bebekler genel pediatri polikliniklerinde izlenmiştir (42). Yaşamın ilk yılında kabızlık prevalansı %3 iken ikinci yılında %10'a ulaşmıştır ve bu oranların %97'sinin fonksiyonel kabızlık olduğu gösterilmiştir (42).

Bu yaş grubunda kabızlığın başlangıcı anne sütünden formula mama veya katı gıdalara geçişte dışkının sert ve katı hale geçmesi ve oyun çağı çocuğunda tuvalet eğitiminin başlamasıdır. Bu yaş grubunda kabızlığın en sık görülme nedeni ağrılı dışkılama sonrası yaşanan süreçtir. Fonksiyonel kabızlığı olan infant ve oyun çocuklarının ailelerinin bildirimlerine göre %93'ünde sert dışkılama, %27'sinde dışkı etrafında kan görme, %42'sinde dışkı geçişi sırasında ağlama ve bağırma olduğu görülmüştür (42).

1.5.2. Çocuklarda ve Adölesanlarda Fonksiyonel Kabızlık

Pediyatrik popülasyonda kabızlık %0.3 ile %8 oranında değişmektedir. Birinci basamak hizmetlerinde 4 ile 17 yaş arasındaki çocuk ve adölesanların %18 i kabızlık nedeniyle tedavi edilmektedirler (43).

4 yaşından büyük çocuklarda fonksiyonel kabızlığın başlangıcı okula başlamasıyla en yüksek seviyeye ulaşır. Uzun süredir kabızlığı olan çocuklar doktora geldiğinde dışkı tutma davranışı gelişmiş, rektumları genişlemiştir. Roma III komitesi çocuk ve adölesanlarda fonksiyonel kabızlığın tanımlayıcı kriterlerini göstermişlerdir (44).

Roma III kriterleri: Çocuk ve adölesanlarda fonksiyonel kabızlığın tanımlayıcı kriterleri

Aşağıdaki semptomlardan en az ikisi 4 yaşından büyük gelişme çağındaki çocuklarda en az iki ayda; en az haftada bir kez olmalıdır.

- Haftada iki veya daha az dışkılama

- Haftada en az bir kez fekal inkontinans
- Tutma postürü ya da istemli dışkı tutma öyküsü
- Ağrılı ya da sert barsak hareketleri
- Rektumda büyük bir fekal kitle oluşu
- Tuvaleti tıkayacak kadar büyük çaplı dışkılama öyküsü

1.6. Kabızlığın Komplikasyonları

Fonksiyonel fekal inkontinans kabızlığın en açık komplikasyonudur. Kronik karın ağrısı, anal ve rektal ağrı yarıya yakın çocukta bildirilmiştir. Ciddi karın ağrıları atakları barsak hareketlerinden hemen önce olabildiği gibi; büyük barsak hareketlerinden günler önce de olabilir. Diğer komplikasyonlarından biri de gündüz ve gece idrar kaçırılmaları ve idrar yolu enfeksiyonlarıdır. Gündüz idrar kaçırma kabızlığı olan çocukların%29 unda, %34'ünde yatak ıslatma, daha fazla idrar yolu enfeksiyonu geçirme (kızlarda %33, erkeklerde %3) (45). Anal veya rektal ağrı, anoreksi, VUR (vezikouretral reflü), idrar tutma, mega mesane, üretral darlık, nadiren hayatı tehdit edici olaylar (şok, toksik megakolon gibi) ve sosyal hayattan uzaklaşma gibi diğer maddeler de komplikasyonlar arasında sayılabilir.

1.6.1. Fonksiyonel Fekal İnkontinans

Fonksiyonel fekal inkontinans istemsiz olarak sıvı, forme, yarı forme dışkının çocuğun iç çamaşırına kaçırması olarak tanımlanır. Fekal inkontinans istemsizdir ancak buna rağmen; çocuk tarafından kısa süre için eksternal anal sfinkteri kapatılmaya dikkat edilirse ve tuvaleti düzenli kullanırsa önlenir. Fonksiyonel fekal inkontinans fonksiyonel kabızlık ile ilişkili olabilir, (fekal inkontinansla birlikte olan kabızlık) ya da kabızlık olmadan oluşabilir (fonksiyonel non retentive fekal inkontinans). Bu ikisini ayırmanın tedavi etme sürecinde önemi vardır.

Tuvalet alışkanlığının %97 oranında 4 yaşında kazanıldığı düşünüldüğünde; fekal inkontinans tanısı da 4 yaşın üzerindeki çocuklar için kullanılır(46).

1.6.1.1. Fekal inkontinansla birlikte olan kabızlık

4 yaşından büyük kabızlığı olan çocukların %85 inde başlangıçta fekal inkontinans vardır (29) Loening-Baucke, 4-17 yaş arası 482 çocuk ile yaptığı retrospektif çalışmada fonksiyonel fekal inkontinans prevalansını %4 olarak bulmuştur. Bu çalışmada çocuklarda %95 oranında kabızlıkla birlikte fekal inkontinans bulunmaktadır. Genellikle fekal

inkontinans tuvaleti tıkaacak derecede dışkılamanın ardından başlar. Genelde iç çamaşırına bütün olarak dışkı veya çamur benzeri sıvanma şeklinde görülür.

Fekal inkontinans ile birlikte olan kabızlığın klinik özellikleri:

Küçük yaşta başlayan defekasyonla ilgili zorluklar(%50'si 1 yaş öncesi)

Çok büyük dışkı pasajı

Dışkı ile tuvaletin tıkanması

Dışkı birikimine bağlı semptomlar (Kalıcı postür, fekal inkontinans, karın ağrısı ve irritabilite, anal veya rektal ağrı, anoreksi, üriner semptomlar)

Fekal inkontinansla başa çıkmak için sergilenen alışılmamış davranışlar (Soğukkanlı tavır, kirli çamaşırları saklama, inkontinans ile ilgili bilinç eksikliği)

Semptomların büyük dışkı çıkışı sonrası dramatik şekilde kaybolması

1.6.1.2. Fonksiyonel non retentive fekal inkontinans

Non retentive fekal inkontinansı olan çocukların çoğunda günlük barsak hareketleri vardır ve iç çamaşırlarına tam dışkı kaçırma olarak kliniklerini yansıtır. Fonksiyonel non retentive fekal inkontinansı olanlar fekal inkontinansların %5 ini kapsar (43). Non retentive fekal inkontinansı olan çocukların çoğu erkektir. Altta yatan sebep tam bilinmemekle birlikte yüksek oranda psikolojik problemleri olduğu görülmüştür.

Fonksiyonel non retentive fekal inkontinansın diyagnostik kriterleri (44)

- 2 ay içerisinde 4 yaşından büyük, gelişme çağındaki çocuklarda haftada birden fazla öykü.
- Sosyal ortamda uygun olmayan yerlerde defekasyon
- Semptomları açıklayacak metabolik, neoplastik, anatomik, inflamatuvar sürece ait kanıt olmaması
- Dışkı tutma olmaması

1.7. Klinik

Kabızlığı olan çocukların çoğunda dışkılama sıklığındaki azalma, enkoprezis, geniş çaplı dışkı pasajı, sert dışkı, dışkı tutma ve ağrılı dışkılama ile birliktedir. İstemli olarak dışkının tutulması gün içinde birkaç kez görülebilir. Aile çocuğun dışkı tutmak için yaptığı özel hareketleri fark edebilir.

Tablo4: Kabızlıkta sık görülen klinik bulgular (27)

Bulgu	%
Kirlenme/enkoprezis	75-90
Dışkılama sıklığı<3hafta	75
Geniş çaplı dışkılama	75
Dışkılama sırasında kendini zorlama	35
Dışkılama sırasında ağrı	50-80
Dışkı tutma davranışı	35-45
Karın ağrısı	10-70
Karın gerginliği	20-40
İştahsızlık	10-25
Kusma	25
İdrar kaçırma/idrar yolu enfeksiyonu	30
Psikolojik problemler	20
Fizik inceleme	
*karında kitle	30-50
*anal prolapsus	3
*fissür/hemoroid	5-25
*rektumda dışkı kitlesi	40-100

Enkoprezis organik bir bozukluk ya da hastalık olmadan dışkı kaçırılmasıdır. Büyük bir dışkılama arkasından birkaç gün enkoprezis görülmemesi tipiktir. Son olarak kabul gören görüşe göre enkoprezisin ana nedeni dışkı tutma sonucu oluşan kabızlıktır. Enkoprezis çocuk için utandırıcı bir durumdur. Bu sorun nedeniyle çocuklar duygusal sorunlar yaşarlar, kendilerine güvenlerini kaybederler. Anne baba için de zor bir durumdur. Aileler genellikle çocuğun organik bir sorunu olduğunu düşünürler (9). Cezalandırma ve psikoterapi çoğu kez işe yaramamıştır. Enkoprezisin genellikle kendiliğinden, geç ergenlik döneminde düzeldiği bildirilmiştir (10).

Dışkılama sıklığı çok azalmış çocuklarda aralıklı olarak tuvalet deliğini tıkayacak kadar çok büyük dışkılama görülür. Bu çocuklarda dışkılama öncesi enkoprezis, karın ağrısı ve iştahsızlıkta artış görülür. Dışkılamadan sonra bu belirtiler hemen kaybolur. Kabızlığı olan çocukların %10-70'inde spesifik olmayan karın ağrısı görülür (47). İdrar yolu enfeksiyonu ve idrar kaçırma, kabızlığı olan çocukların %30'unda bildirilmiştir (27).

Kabızlığı olan bebeklerde gerinme, yüzünü buruşturma, yüzün kırmızı renk alması, ağlama görülebilir. Sert dışkı, anal kanalda sıyrık ve fissüre neden olacağından dışkılama ağrılı olur. Ağrıdan kaçmak için çocuk dışkısını tutar. Daha büyük çocuklarda tuvalete oturmayı reddetme tipiktir. Dışkılama hissi geldiğinde “dışkı tutucu davranış” olarak nitelendirilen tipik hareketler gözlenebilir. Vücut dikleştirilir, anal ve gluteal kasları kasılır. Yeni yürümeye başlayan çocuklar sıklıkla ayak parmakları üzerinde yükselirler, inatla bacaklarını tutarlar, bir yere tutunarak ileri geri sallanırlar, huzursuz görünürler. Bazı çocuklar odanın bir köşesinde, kapı veya kanepenin arkasında saklanırlar veya başka bir odaya kaçarlar (32, 48, 49). Sonuçta rektum genişlemiş dışkı kitlesinin uyarılarına alıştır ve dışkılamayı yatıştırır. Anne baba tarafından bu davranış dışkı yapmaya çabılıyor diye yorumlanır. Nihayet bu olay anne baba için üzüntü, çocuk için korku salan bir olay haline gelir (18). Dışkılamanın uzun süre geciktirilmesi sonucu, huzursuzluk, karında distansiyon ve dışkı kitleleri, kramplar ve iştahsızlık gelişir. İdrar kaçırma ve idrar yolu enfeksiyonu bulguları kabızlık yakınmalarına eşlik edebilir (32, 45, 48, 49).

Öyküde; kabızlığın başladığı yaş, dışkının karakteri, dışkı tutma davranışı, eşlik eden karın ağrısı olup olmadığı, diyet alışkanlıkları, eşlik eden idrar yolu enfeksiyonu, idrar kaçırma varlığı ayrıntılı sorgulanmalıdır.

1.8. Değerlendirme:

1.8.1. Öykü:

En önemli nokta doğum sonrası ilk dışkılamanın ne zaman olduğudur. İlk mekonyumun 48 saatten sonra gözlenmesi araştırmayı gerektirir. Hirschsprung hastalığı (HH) olmasalar bile kabız olan çocukların yaklaşık %40'ında ilk mekonyum çıkışı 24 saatten sonra olmaktadır. Aile öyküsünde ebeveynlerin yarısından çoğunda kabızlık vardır (39,50). Kabızlığın ne zaman başladığı, akut başlangıcın olup olmadığı, kullanılan ilaçlar , iç çamaşırının kirlenmesi, rektal kanama, bulantı, kusma, karın ağrısı, karın şişkinliği, anal bölgede ağrı (özellikle dışkılama sırasında), iştahsızlık, yetersiz kilo alımı ve davranış değişiklikleri sorulmalıdır (25,50). Yetersiz sıvı alımı, beslenme azlığı, liften yoksun beslenme alıp almadığı sorgulanmalıdır. Enkoprezis olup olmadığı varsa sıklığı, görülme zamanı, ve enkoprezisin hangi durumlarda görüldüğü (dışarıda oynarken, bilgisayar başında) araştırılmalıdır. Kabızlığa yönelik daha önce verilen tedaviler, ailede ölüm öyküsü, yenidoğan kardeş, okul sorunları ve cinsel istismar olup olmadığı gözden geçirilmelidir. Dışkı tutma öyküsü tek başına organik nedeni dışlar. Yine olguların %30-50'sinde yakınmalar iki yaşından önce başlamaktaysa da, ailelerin ilk dikkatini çeken ya da

onları yardım aramaya yönlendiren iki yaş sonrasında çocuğun tuvalet eğitiminin gecikmesi ve dışkı kaçırmasıdır (50). Devam eden kabızlık ve/veya dışkı kaçırma çocuğu fiziksel, psikolojik, eğitim ve sosyal yönden etkiler ve özgüvenini azaltır (25). Dışkının miktarı ve kıvamı kabızlığın nedenine göre değişir. Yavaşlamış kolonik transit zamanı olanlarda dışkı daha fazla ve daha yumuşakken, fonksiyonel rektal retansiyonu olanlarda dışkı miktarı daha az ve daha serttir (50). Normal görünümlü dışkı kaçırma varsa tuvalet eğitimiyle ilgili bir yanlışlık ya da ihmal olup olmadığının delilleri (büyümede duraklama, konuşma ve motor gecikme, fiziksel istismar bulguları) aranmalıdır.

1.8.2. Fizik muayene:

Hastalara tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Boy ve kilo kontrolü yapılarak büyüme geriliğinin olup olmadığı, karında distansiyon ve kitle varlığı araştırılmalıdır. Perinenin, perianal bölgenin ve sakral bölgenin dışardan gözlemi çok önemlidir (51,52). Rektal muayene yapılarak anal tonus, anal kanalın uzunluğu, rektumda genişleme olup olmadığı, rektumda dışkının varlığı ve kıvamı araştırılmalıdır. Fonksiyonel kabızlıkta; rektal muayene sırasında dışkı ile dolu geniş bir rektum ve kısa bir anal kanal olduğu görülür. Perianal bölge derisinin uyarılması ile anüste refleks kasılma mevcuttur (16). Hirschsprung hastalığında; rektum boş ve dardır, tuşeden sonra gazla karışık dışkı çıkar ve genelde pis kokuludur. Karın distandü, barsak sesleri artmış olabilir, hastaların yaklaşık yarısında karında dışkı kitlesi palpe edilebilir. Bazen kitle bütün kolon boyunca olur, çoğunlukla da suprapubik olarak orta hatta hissedilir (51, 52, 53). Hastalarda tam bir nörolojik muayene yapılarak motor kuvvet ve derin tendon refleksleri kontrol edilmelidir. Organik ve fonksiyonel kabızlığın ayırımı genellikle iyi bir öykü ve fizik muayene ile yapılır.

Kabızlığı olan bir çocukta organik kökene işaret eden bulgular

Mekonyum çıkışında gecikme öyküsü

Yakınmaların 1 yaş altında başlaması

Dışkı tutma davranışının olması

Batında distansiyon

Kilo kaybı, kilo alamama

Büyüme geriliği

Kıl kümesiyle kaplı pilonoidal düğüm

Sakral agenezi

Alt ekstremité tonus veya gücünün azalması

Alt ekstremité DTR lerinin azalması ya da alınamaması

Anterior yerleşimli anüs
Rektal tuşede rektumun boş olması
Rektal tuşede parmağın geri çekilmesiyle gaz ya da dışkı fişkırması
Dışkıda gizli kan pozitifliği
Ateş

Kabızlığı olan bir çocukta fonksiyonel kabızlığa işaret eden bulgular

Mekonyum çıkışının ilk 24-48 saat içinde olması
Sert ve geniş çaplı dışkı
Dışkı taşması
Dışkılarken ağrı, dışkı tutulması
Perianal fissür, dışkı üzerinde kan
Karında dışkının palpasyonu
Rektumun dışkı ile dolu olması

1.8.3. Laboratuvar:

Fonksiyonel kabızlığın tanısı için laboratuvar incelemesine gerek yoktur. Yapılan tetkiklerin çoğu durumun ağırlığını, bazı alt tipleri ayırmaya ve ayırıcı tanı yapmaya yarar. Organik bir neden öykü ve fizik muayene ile düşünülürse, düşünülen hastalığın tanısına yönelik testler yapılmalıdır. Çok az bir grupta klinik değerlendirme ya da basit tedavi yaklaşımları yetersiz kalır. Bu grup hastada düz karın grafisi, baryumlu grafi, anorektal manometre, kalın barsak geçiş zamanı, rektal biyopsi yararlı olabilir (7,8,10,11,12,54).

Düz karın grafisi ve baryumlu kalın barsak grafisi: Eğer rektal incelemede büyük miktarda dışkı saptanırsa, dışkı tıkcını göstermek için karın grafisi gerekli değildir. Hastanın kabız olup olmadığı ile ilgili şüphe varsa, rektal muayene yaptırmayan veya şişman olması nedeniyle sağlıklı muayene olamayan çocukta düz karın grafisi dışkı birikimini göstermek için yararlı olabilir(3,8). Klasik öyküsü ve fizik inceleme bulguları fonksiyonel kabızlık veya fonksiyonel dışkı tutma ile uyumlu olan çocukta baryumlu grafinin tanısall rolü yoktur. Hirschprung hastalığında baryumlu grafide en tipik bulgu olan distal aganglionik segmentle genişlemiş ganglionik segment arasındaki geçiş bölgesi görülebilir.

Kalın barsak geçiş (kolonik transit) çalışmaları: Fonksiyonel kabızlıkta sadece transit zamanını göstermek ya da biriken dışkı miktarını gözlemek için yapılır. Transit zamanı için ardarda üç gün sekiz radyopak marker içirilir ve beşinci gün düz film çekilerek filmde görülen marker sayısına göre; ağır gecikme, orta derecede gecikme, hafif gecikme ve normal olarak değerlendirilir (55). Bu radyolojik çalışma tedaviye yanıtı

değerlendirmede de kullanılabilir. Kaçırması devam eden bir çocukta radyoopak marker görülmemesi fazla ilaç dozunu gösterirken, bulguların devam etmesi yetersiz tedavi ya da yanıtızlığı gösterir. Kalın barsak motilite işlev bozukluğundan şüphelenildiğinde tam veya segmental kalın barsak çalışmaları yapılır (56). Test aynı zamanda fonksiyonel kabızlıkla fonksiyonel dışkı tutma olmadan dışkı kirlenmesinin ayırıcı tanısında da yararlıdır. Fonksiyonel dışkı tutma olmadan dışkı kirlenmesinde hastaların %90 ında kalın barsak geçiş zamanı normaldir. Kalın barsak geçiş zamanının normal olması, dışkılama sıklığının normal olması ve fizik incelemede rektal dışkı kitlesinin saptanmamasıyla fonksiyonel dışkı tutma olmadan dışkı kirlenmesi tanısı doğrulanır (57).

Anorektal manometre: Anorektal manometri, anorektal bölgedeki basınçları ölçer ve anorektal işlev hakkında bilgi verir (58). Manometrik çalışmaların fonksiyonel dışkılama bozukluklarının ilk değerlendirmelerinde yeri yoktur. Tedaviye dirençli kabızlıkta yararlı olabilir. Anorektal manometre erken kabızlık öyküsü olan, rektal muayenede rektumu boş olan ve dışkı kirlenmesi olmayan hastalarda kullanılması gereken bir tanı yöntemidir. Esas kullanım amacı rektoanal inhibitör refleksin gösterilmesidir.

Kalın barsak manometrisi(kolonik manometri): Kalın barsak manometrisi tedaviye dirençli ve ağır kabızlığa neden olan nadir nöromuskuler hastalıklarla fonksiyonel kabızlığı ayırt etmede kullanılır. Manometri ile nöropatinin ya da myopatinin kabızlık nedeni olup olmadığı belirlenir. Fonksiyonel kabızlığı olan hastalarda kalın barsak motilitesi normaldir. Kalın barsak myopatisi olan çocuklarda ise kalın barsak kasılmaları yoktur ya da çok zayıftır (59).

Rektal biyopsi: Hirschprung hastalığı tanısı histopatolojik olarak agangliozis tanısı ile konur. Bu amaçla inatçı kabızlığı olan yada anorektal manometre ile rektoanal inhibitör refleksin olmadığı hastalarda rektal biyopsi yapılır.

1.9. Ayırıcı Tanı:

Ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken hastalıkların başında HH gelir. HH, 5,000 canlı doğumda bir görülür. Erkek/kız oranı 4'tür. Zamanında doğan bebeklerin %94-98'i, prematürelerin %76'sı ilk 24 saatte mekonyum çıkarırken, HH olanların %94'ü çıkarmaz. Normal bebeklerin hemen hemen tamamı ve pretermilerin %98'i ilk 48 saatte mekonyum çıkarır (60). Yenidoğan bebeğin ilk 48 saatte mekonyum çıkarmaması, kusma (safralı olabilen) ve karında distansiyon varlığı HH'yi gösterir. Ana patoloji tutulan bölgede ganglion hücrelerinin olmamasıdır. Aganglionozis %70-80 oranında rektosigmoid bölgededir, %15 hastada total kolonik tutulum vardır. Bu belirtiler olmadığında ya da

atlandığında çocuk kusma, distansiyon ve ishal ile birlikte septik bir tabloda (enterokolit tablosu) gelebilir. Daha az sıklıkla ise hasta çocuk büyüme geriliği ve kabızlık yakınması ile gelebilir. Daha büyük çocuklarda şiddetli kabızlığın varlığı, büyüme geriliği, karında distansiyon ve sıklıkla rektal tuşede boş bir rektum varlığı tanıyı düşündürür. Dışkı kaçırma genellikle yoktur (60,61). Baryumun kolondan geç boşalması da tanıya yardımcıdır. Tedavisi aganglionik segmentin çıkarılması ve normal kısmın anal kanala çekilmesidir. Baryumlu kolon grafisinde tipik görünüm dar segment (hastalıklı kısım) ve proksimalindeki kolonda dilatasyondur.

1.10. Tedavi:

Organik kabızlığın tedavisi altta yatan hastalığın özelliğine göre değişir. Olguların büyük çoğunluğunu oluşturan fonksiyonel kabızlık tedavisi dört basamakta planlanır (29, 62, 63).

- Eğitim
- Biriken dışkıyı bosaltmak
- Tekrar dışkı birikimini engellemek
- Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması

1.10.1. Eğitim:

Tedavinin ilk basamağı aileyi ve çocuğu eğitmektir. Hastalığın oluşumu ve tedavisi hakkında ailenin sosyokültürel durumuna göre bilgi vermek tedaviye uyumunu arttıracaktır. Aileye ve çocuğa dışkı tutmanın mekanizması anlatılmalıdır. Dışkı kirlenmesinin istemsiz bir olay olarak olduğu ve genişlemiş rektumun dışkı ile dolmasının ardından bunun olabileceği ve tedaviye başladıktan sonra bunun hayat boyu sürececek bir sorun olmadığı açıklanmalıdır. Eğer enkoprezis mevcut ise aileye ve çocuğa bunun istemli olmadığını anlatmak sosyal problemleri önler. Anne babalara pozitif ve destekleyici davranış şeklini benimsemeleri önerilmelidir, bunu başaramayacakları hissedilirse, eğitim desteği artırılmalıdır. Tedavinin uzun süreli olduğu, ilaçların uygun dozda ve sürede kullanılmasının tedavi başarısı için gerekli olduğu belirtilmelidir (64).

Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması için çocuk yemekten sonra günde 3-4 kez 10 dakika tuvalette oturtulmalı ve bu konuda olumlu yönde güçlendirilmelidir. Her başarılı dışkılamadan sonra takvime bir yapıştırma gibi ödüllendirmeler yararlı olabilir (7,10,11).

1.10.2. Biriken dışkıyı boşaltmak

Boşaltmanın sağlanması için kullanılan birçok ilaç vardır. Dışkı tıkaçının çözülmesi ağız yolu ile rektal yolla veya her ikisi ile birlikte yapılabilir

Biriken dışkının rektal yolla boşaltılmasında; serum fizyolojik, mineral yağı, fosfat lavman kullanılabilir (67,68). Hipertonik fosfat lavman (3cc/kg, en fazla 35 cc) yapılı, genellikle 6-12 saat ara ile iki doz yeterlidir. Ciddi kabızlıklarda üç gün üst üste kullanılabilir. Bu lavmanlar yaygın şekilde kullanılmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır. Sabunlu su, tazzikli su uygulama ve magnezyum içeren lavmanlar olusabilecek yan etkilerinden dolayı önerilmemektedir. Rektal yolla tedavide bebeklerde gliserin suppozatuarları önerilmektedir.

Kolonun boşaltılması lavmanlar kullanılmadan elektrolitli veya elektrolitsiz polietilen glikol olan laxatiflerle de daha kolay sağlanır (69, 70, 71, 72). Youssef ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 1.5kg/kg/g dozunda elektrolitsiz PEG in üç gün alınması 5 gün içerisinde rektumdaki dışkı çıkacının çözülmesini sağlar (71). Ağızdan tedavide; yüksek doz mineral yağı, veya diğer ozmotik laksatiflerin kullanımı başarılı olabilir (65,66).

1.10.3. Tekrar dışkı birikiminin önlenmesi:

Davranış Tedavisi: Kabızlığı olan çocuklar normal barsak düzenini düzenli tuvalet alışkanlığıyla yeniden sağlayabilir. Yemeklerden sonra kabızlığı olan çocuklar günde 3-4 kez yaklaşık 5-10 dakika tuvalette oturtulmalıdır. Çocuklar ve aileler barsak hareketlerini, fekal ve üriner inkontinans varlığını ve kullanılan ilaçları günlük tutarak kaydetmelidir. Bu, ailenin ve çocuğun tedaviye uyumunu arttıracaktır. Gerekirse her başarılı dışkılama ardından takvime yapıştırma gibi ödüllendirmeler, hediye alma gibi yöntemler uygulanabilir.

Diyet: Birçok çalışma kabızlığı olanlarla kontrol grubunun diyetlerinde lif alımının daha az ya da aynı olduğu gösterilmiştir (22, 73, 74). İki yaş üzerindeki çocukların günlük alması önerilen lif miktarı çocuğun yaşı +5 gram/gün dür (75). İçinde tabii olarak lif bulunan sebzeler, meyve püreleri bir yaşından küçük çocukların diyetine eklenebilir. Daha büyük çocuklarda ise kepekli ekmek, tahıl, meyveler ve sebzeler gibi liften zengin gıdaların günlük verilmesi gerektiği anne babalara anlatılmalıdır. Sıvı alımı, emilebilen veya emilemeyen karbonhidrat alımı arttırılmalıdır.

Medikal Tedavi: Laktuloz ve polietilen glikol devam tedavisi için en yaygın kullanılan ilaçlardır. Laksatifler ağrısız barsak hareketliliğini sağlamak üzere günlük verilirler (7). En

etkili laksatifler ozmotik laksatiflerdir. Aileler sıklıkla çocuklarının laksatiflere alışmasından korkarlar. Tedavinin aylar sürebileceği, ilaçların güvenilir olduğu konusunda aileler bilinçlendirilmelidir (11,12). Ozmotik bir laksatif olan laktuloz başlangıçta 1-2 cc/kg/doz, günde 1-2 kez verilir, daha sonra günde 1-2 kez dışkılamayı sağlayacak şekilde doz ayarlanır. Bir diğer seçenek olan mineral yağlar (1-4 cc/kg/g 1-2 kez) kullanılabilir. Aspirasyon ve lipid pnömonisine neden olma riski vardır (12,54). İdame tedavisi aylarca sürmeli ve çocuğun ağrısız dışkıladığı görülmelidir. Çocuk 4-8 haftada bir kontrole çağrılmalı, tedaviye uyum dentlenmeli ve aile tedavi açısından ikna edilmelidir (12).

1.10.4. Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması

Tedavinin bitirilme fazı, aylarca ağrısız, yumuşak kıvamda dışkılama sağlandıktan sonra başlar. En çok yapılan yanlış, ilacın erken kesilmesidir. Tedavi süresi 6 ay ile 24 ay arası değişir. Laksatif dozu hızla azaltılmaz, 4-6 ay içinde kullanılan ilaç %25 azaltılarak kesilir. İlaç kesildikten sonra da su ve lifli gıda alımı desteklenmelidir (8, 12, 54).

Başarılı bir kabızlık tedavisi ekip çalışmasını gerektirir. Tedaviye uyum iyi olmasına rağmen, dışkı tutma hikayesi olmadan kabızlık devam ediyorsa organik hastalık araştırılmalıdır.

Tablo 5: Kabızlığın idame tedavisinde kullanılan ilaçlar ve dozları:

İlaç	Yaş	Doz
<i>Uzun süreli tedavi (yıllar)</i>		
Polietilen glikol		
3350 (miralax)	>1 ay	0.7g /kg/gün (76,77) veya 0.4 g/kg/gün(78)
3350+ elektrolit (movicol)		13.8-40 g/gün (69,70)
4000 (forlax)	>6 ay	0.5 g/kg/gün (72)
Laktuloz veya sorbitol	>1 ay	1-3 ml/kg/gün 1-2 doz
Magnezyum sütü	>1 ay	1-3 ml/kg/gün 1-2 doz
Mineral yağı	>12 ay	1-3 ml/kg/gün 1-2 doz
<i>Kısa süreli tedavi(aylar)</i>		
Senna	1-5 yaş	5ml (1 tablet) kahvaltıyla max: 15ml/d
	5-15 yaş	2 tablet kahvaltıyla max:3 tablet
Gliserinli lavman	>10 yaş	20-30 ml/gün (1/2 gliserin ve ½ normal tuz)
Bisakodilli fitil	>10 yaş	10 mg/gün

Tablo 6: Biriken dışkıyı önlemek için kullanılan ilaçlar ve dozları

İlaç	Yaş	Doz
<i>Yavaş oral ilaç ile dışkıyı boşaltma</i>		
PEG 3350 elektrolitsiz (3gün) (70)		1.5 g/kg/gün
PEG 3350 elektrolitli (6gün) (71)	2-4 yaş	52g/gün
	5-11 yaş	78g/gün
Magnezyum sütü (7 gün)		2 ml/kg/2 kezgün
Mineral yağı (7 gün)		3 ml/kg/2 kezgün
Laktuloz veya sorbitol (7 gün)		2 ml/kg/2 kezgün
<i>Hızlı rektal yolla kolonu boşaltma</i>		
Gliserin fitil	İnfant ve oyun çağı çocuğu	
Fosfatlı lavman	<1 yaş	60 ml
	>1 yaş	6 ml/kg, 2 kez 135 ml'ye kadar

1.11. Prognoz:

Yapılan çalışmalarda, tedaviye alınan kabız çocukların bir yıllık izlem sonucunda başarıyla tedavi olduğu görülmüştür (79). Remisyon oranı yüksek olmakla birlikte relapslarında sık olduğu bildirilmektedir. Yogun tedaviye rağmen kabızlığı olan çocukların % 30-50 sinde 5 yıl sonra, % 20'sinde 18 yasından sonra kabızlığın devam ettiği gözlenmektedir (79).

Tedaviye dirençli kronik kabızlık olgularının %50'sinde kolonik dismotilite gösterilmiştir. Bu olgularda etyolojide nörotransmisyon bozuklukları Substance P azalması, VIP artışı, NOS azalması-, nöromuskuler transmisyon bozuklukları, intestinal nöronal displazi suçlanmıştır. Dirençli kronik kabızlık olgularında kolonik dismotilite akla gelmelidir (80).

2- YAŞAM KALİTESİ

Yaşam Kalitesi (YK), mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak iyi olma durumu olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi, özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır. Sağlık, genel yaşam kalitesinin çok önemli bir boyutu olmakla birlikte, yaşam kalitesinin diğer bazı boyutları da vardır. Örneğin iş, konut, okul ve yaşanılan çevre bunlardan birkaçıdır (13).

YK temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel

yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu nedenle yaşam kalitesi ölçümü sağlık düzeyi ile ilgili ölçütlerden daha geniş kapsam ve kavrayışa sahiptir (81,82,83). Bu, yalnızca kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir. Genel olarak “kalite”, iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini “bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum” olarak tanımlarken, DSÖ yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlamıştır (81,83).

2.1. Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi:

Tanım olarak sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK), bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. SYK, bir bütün olarak yaşam kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıklıkla gösterilmiş olan yönlerini içerir. Artık bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı veya başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu ya da olumsuz gelişmelerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Diğer bir deyişle bir sağlık girişiminin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi ve daha geniş olarak ta bireyin bedensel, psikolojik, ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmelidir (13).

Sağlıkla ilgili bireysel ve toplumsal müdahalelerin (tedavi, program vs) başarının değerlendirilmesinde iki ayrı grup tamamlayıcı ölçüt gündeme gelmiştir. Bunlar nesnel işlevsel ve öznel sağlık ve iyilik durumu göstergeleridir. Bununla birlikte, SYK kavramı hiçbir zaman geleneksel sağlık göstergelerinin bir alternatifi değildir ve ancak başarının değerlendirilmesinde bir tamamlayıcı ölçüt olarak kabul edilmelidir (13,84).

2.2. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü:

Algılanan sağlık değerlendirmeleri içinde yer alan işlev kaybı ile SYK birbirinin içine girmiş değerlendirmelerdir. Bu nedenle aslında işlev kaybını ölçen gereçler de SYK ölçekleri içinde değerlendirilirler. Oysa belirli bir eylemi gerçekleştirememek bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken bu eylemi yerine getirememenin kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algılanan etkisi yaşam kalitesidir. SYK nın sağlık bilimlerinde bir sonuç göstergesi olarak yaygın kullanımına karşın gerek kavramsal anlamda gerekse bunu ölçmenin kullanılacak en uygun yaklaşımın belirlenmesi anlamında henüz yeterli düzeyde bir fikir birliği sağlanamamıştır (13).

SYK ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından genel amaçlı (jenerik), özel amaçlı (spesifik) ölçekler olarak iki sınıfa ayrılır.

Genel amaçlı ölçütler SYK ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde tüm hastalıklar ve durumlarda eşitli tıbbi girişimlerde kullanılır. Özel ölçütler ise, belirli bir nüfus grubuna göre özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel, veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar (13).

Yaşam kalitesini etkilediği varsayılan klinik durum ve girişimlerin sonuçlarının ölçümünde genellikle bir genel amaçlı ve en az bir hastalığa özel ölçek kullanılması önerilmektedir. Hastalıkların veya tıbbi/cerrahi girişimlerin sonuçlarının genellikle kişinin yaşamını bir bütün olarak etkileme olasılığı nedeniyle genel amaçlı ölçekler, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri nedeniyle de hastalığa ve duruma özel ölçekler kullanılır (13).

Yaşam kalitesi ölçekleri klinikte genellikle bir müdahalenenin etkisini ölçmekte kullanıldığından başlangıç ölçümün ne zaman yapılacağını özenle belirlemek gerekir. Bu ilk ölçüm daha sonraki ölçümler için rehber olacaktır. İzleyen ölçümleri hastalığın seyri ve sağaltımın etkisini ölçmeye yetecek sıklıkta tekrarlamak gereklidir.

Yetişkin yaş grupları kadar olmasa da dünyada çocuk ve ergen yaş grubu için geliştirilmiş olan belirli sayıda genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği vardır. Bunlar, Çocuk-Ergen Sağlık ve Hastalık Profili (CHIP) (85), Çocuk Sağlığı Anketi (CHQ) (86), Çocuk Yaşam Kalitesi Anketi (CQOL) (87) Exter Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (EHRQL) (88), Pediatrik Yaşam Kalitesi Anketi (PEDSQL) (89), Sağlık Yararlanım İndeksi (HUI2 ve HUI3) (90), Warwick Çocuk Sağlığı ve Morbidite Profili (WCHMP) (91) ve yaşam kalitesi çocuk anketi (KINDL) (92) dir. KINDL ölçeği çeşitli kronik hastalık yakınması olan (ventilatör bağımlısı çocuklar (93); diyabetli çocuklar (94); gelişim sorunları olan çocuklarda (95)) çocukların bu hastalık veya sağaltımına bağlı olarak yaşamın hangi boyutlarından daha çok etkilendiklerini ortaya koymak amacıyla kullanılmaktadır. KINDL, dünyada son yıllarda giderek artan sayıda dile uyarlaması yapılmakta olan bir ölçektir (95, 96, 97).

Günümüzde Türk çocukları için geçerli çok az sayıda SYK ölçekleri bulunmaktadır (98, 99). Bu durum Türk çocukları için geçerli ve güvenilir SYK ölçüm araçlarına artan gereksinimi göstermektedir. Bu tez araştırmasında konu olan genel amaçlı çocuk yaşam kalitesi ölçeği (KINDL) ülkemizde hastalıkların sağaltım başarılarının gösterilmesinde kullanılacak ilk ölçeklerden biridir.

3- FONKSİYONEL KABIZLIK VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Fonksiyonel kabızlık çok sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur; uzun süreli izlem ve tedavi gerektirir. Fonksiyonel kabızlığın kronik bir süreci kapsamaması nedeniyle kabızlığı olan çocuklar bu durumu kendilerine hastalık olarak tam adapte ederler ve engellemeye çalışırlar. Bunun sonucu olarak kaygılar artar, benlik saygısı ortadan kalkar ve sosyal ilişkilerden özellikle okulda kendini geri çekme olarak ortaya çıkar (100, 101) Tedavi süreçlerindeki gelişmeler kronik hastalığı olan çocuk ve adölesanlarda sağlıkta yaşam kalitesi konusunda endişeler doğurmuştur (102). Bu durum objektif ve subjektif olarak mutluluğun ve memnuniyetin göstergesi sayılabilir, aynı zamanda sağlığın iyi olma halinin, sosyal fonksiyonların, psikososyal stres yokluğunun veya organik semptomların ya da her ikisinin subjektif olarak algısıdır (103).

Kronik dışkı tutma rekürren karın ağrısı ve idrar yolu problemlerine neden olur. Fekal inkontinans 6-12 yaş arasındaki okul çağı çocuklarının %1.5-7.5'unda vardır (104). Fonksiyonel kabızlık adölesanlarda görülen karın ağrısı nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturur (105). Karın ağrısı ve dışkı kaçırma psikososyal zorluklar, akran ilişkilerinin bozulması ve ailesel stres gibi zorluklar yaratabilir (106, 107). Uzun dönemli çalışmalarda kronik konstipasyon ve eşlik eden yakınmaları olan çocukların üçte birinde bu problemlerin gençlik döneminde de devam ettiği görülmüştür. Konstipasyonu olan çocukların takip ve tedavileri sırasında diğer gastrointestinal yakınmaları olan çocuklara göre daha sessiz, içe kapanık, utangaç ve sinirli olduğu görülmüştür (108, 109). Şikayetleri inkar etme kabızlığı olan çocuklarda sık görülür (110).

Daha önceki inanın tersine %15-30 fonksiyonel kabızlığı olan çocukta seyrekte olsa ağırlı dışkılama, karın ağrısı ve fekal inkontinans puberteye kadar sürebilmektedir (79, 111) Kronik çocukluk çağı hastalıkları çocuğun fiziksel ve duygusal büyüme ve gelişimine önemli ve kalıcı izler bırakır. Sağlık durumu görünürde daha az etkilenmiş olan çocuklar ve adölesanlar hastalıklarının tedavisine ve sonucuna daha az inanırlar ve psikososyal ve duygusal açıdan daha büyük bedel öderler. Bunun en güzel örneği fonksiyonel barsak problemi olan hastalardır. Fonksiyonel fekal inkontinansı olan çocuklar iç çamaşırlarına dışkı kaçırdıklarını inkar ederler ve kirli iç çamaşırlarını saklayarak bu konuyla ilgili soğukkanlı bir tutum içine girerler. Aileler bu durumu oldukça sinir bozucu ve içinden çıkılmaz bir durum olarak kabul ederler ve aile ile çocuk arasında çekişme başlar. Çalışmalar göstermiştir ki non retentive fekal inkontinansı olan çocukların daha çok psikolojik sorunları vardır. Van der Plas ve arkadaşları bu çocukların %35'inde davranış problemlerini göstermiştir. Tedavi sonrası davranış skorlarında anlamlı ölçüde düzelme saptanmıştır (112).

III GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma yarı deneysel müdahale çalışmasıdır. Çalışmanın kontrol grubu yoktur, hastalar kendi kontrolleri olmuşlardır.

Bireyler ve Örnek Seçimi:

Çalışma Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul komitesinden izin alınarak Ekim 2009 ile nisan 2011 yılında genel pediatri polikliniğine ve pediatrik gastroenteroloji polikliniğine başvuran ve Roma II kriterlerine göre fonksiyonel kabızlığın tanımına uyan:

(En az iki haftadır dışkılamaların çoğunda küçük tane şeklinde, taş gibi sert dışkılama

En az iki haftadır haftada iki veya daha az sayıda sert dışkılama

Yapısal, endokrinolojik veya metabolik bir hastalığın olmaması) tüm hastalar (1-16 yaş) dahil edildi. Buna göre yaşları 1-16 arasında değişen toplam 129 hasta çalışmaya alındı. Örnek seçimi yapılmadı, hastaların tümü kapsam içine alınmaya çalışıldı.

Red Kriterleri:

Fonksiyonel kabızlığın tanı kriterleri içinde yer alan organik sebepli nedenleri dışlamak için başvuran hastalarda şu noktalara dikkat edildi:

Hastada büyüme gelişme geriliği olması,

Bilinen bir hastalığın olması,

Eşlik eden ateş yüksekliği, karın şişliği, ishal, kusma gibi semptomların olması,

Fizik muayenede organik semptoma işaret edebilecek bir bulgunun olması (anal tonus, perianal refleks, nörolojik, muayene).

Bu bulgulardan bir tanesinin dahi varlığı çalışmaya alınmama kriteri olarak kabul edildi.

Aydınlatılmış Onam:

Çalışmaya katılması öngörülen çocuklar için ailelerinden ve/veya vasilerinden aydınlatılmış onam alındı.

Veri toplama araçları

Anketler kullanılarak, anne babalardan ve çocuklardan soruların cevaplandırılması istenmiştir. Anketler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından

uygulanmıştır. Anket uygulamasını reddeden aile olmamış ve bir anketin uygulanması yaklaşık beş dakikalık zaman dilimi içerisinde gerçekleşmiştir.

1- Sosyodemografik Anket (EK 1)

2- KINDL çocuklar için genel yaşam kalitesi anketleri (EK 2,EK 3,EK 4, EK5)

1- **Sosyodemografik anket:**

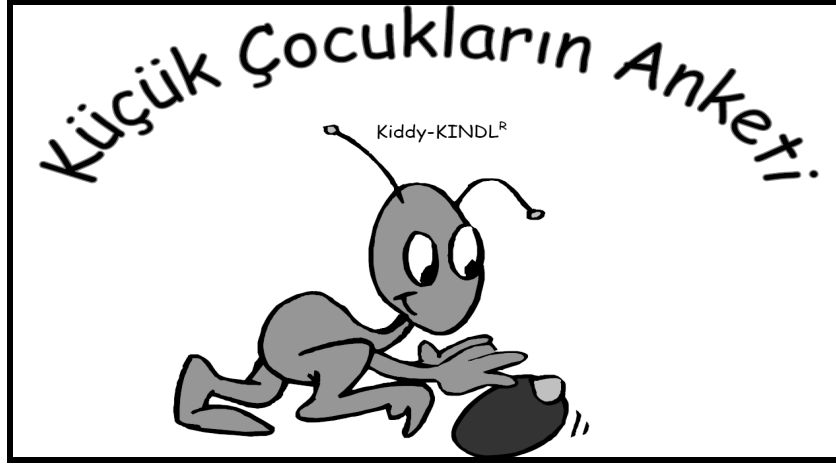
Çalışmamızda kullandığımız Sosyodemografik Anket, çocukların ve ailelerinin, yaş, eğitim, ailedeki birey sayısı, çocuk sayısı, aile yapısı (çekirdek, geniş), kültürel durumu, yaşanan bölge/yer, sosyal sınıfı sorgulamakta kullanıldı. Sosyodemografik ankette çocuğa ait temel bilgiler alınmıştır. Adres bilgisi alınırken sorunun cevabı merkez ve kırsal olarak ayrılmıştır. Doğum tarihi gün ay yıl olarak tam not edilmiş ve buna göre tam yaş hesaplanmasına olanak verilmiştir. Çocuğun cinsiyeti erkek kız olarak, doğum yeri merkez ve kırsal olarak ayrılmıştır. Çocuğun anne ve baba yaşları kaydedilmiş, anne ve baba eğitim durumları: Okuma yazması yok, okur/yazar, ilkokul bitirmiş, ortaokul bitirmiş, lise bitirmiş, üniversiteyi bitirmiş şeklinde gruplandırılmıştır. Analizler yapılırken ilkokul ve altı, ortaokul ve üstü olarak ayrılmıştır. Ailenin sosyoekonomik durumunu öğrenmek için sorular düzenlenmiştir. Buna göre: annenin mesleği sorgulanırken ev hanımı olması ve çalışıyor olmasına göre ayrılmıştır. Baba mesleği Korkut Boratav'ın sosyal sınıflama ölçeğine göre işveren, yüksek eğitilmiş kendi hesabında çalışan, küçük esnaf/zanaatkar, iş buldukça çalışan, yüksek eğitilmiş ücretli, memur/büro çalışanı, sanayi işçisi, niteliksiz işlerde çalışan, işsiz ve diğer şeklinde not edilmiştir. Analizler yapılırken alt ve üst sosyal sınıf olarak ayrılmıştır. Ailenin sosyal güvencesi, herhangi bir sigortası yok, sgk, özel sigorta ve yeşil kart olarak gruplandırılmıştır. Ailenin gelir düzeyi çok kötüden çok iyiye doğru 5 cevaba bölünmüştür. Evin oda sayısı, yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı ve çocuğa ait oda olup olmamasına göre cevaplar aranmıştır.

2- **KİNDL Anket**

Çalışmamızda kullandığımız yaşam kalitesi anketleri KINDL yaşam kalitesi anketi kullanarak yapıldı. Bu anket Almanca olarak geliştirilmiş, sonrasında diğer dillerde uygulanmış bir ankettir. Anketin Türk çocukları için geçerliliği-güvenilirliği Eser ve ark. Tarafından yapılmıştır (113).

KINDL ölçeğinin farklı yaş gruplarında kullanılan öz bildirim dayalı olarak düzenlenmiş üç sürümü vardır. Bunlar: 4-7 yaş çocuklar için Kiddy-KINDL (görüşmeciler aracılığıyla uygulanan sürüm), 8-12 yaş çocuklar için Kid- KINDL ve 13-16 yaş ergenler için Kiddo-KINDL'dır. Bunlara Ek olarak küçük çocuklar (4-7 yaş) ve büyük çocuklar ile ergenlerin (8-16 yaş) yaşam kalitesinin dolaylı olarak aileleri tarafından

değerlendirilebileceği iki “ebeveyn formu” vardır (92,114) KINDL (KINDER Lebensqualitätsfragebogen: Children Quality of Life-Questionnaire) çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş genel amaçlı SYK ölçüm aracıdır. KINDL Almanca geliştirilmiş ve 14 dile çevrilmiştir Yaşa özel sürümleri çocuk gelişimindeki yaşam kalitesinin boyutlarında gözlenen değişimi dikkate almaktadır. Çocukların yanıtladığı Kid-KINDL ve ergenlerin yanıtladığı Kiddo-KINDL anketleri beş noktalı sıralı yanıt seçeneği içeren 24 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul (günlük faaliyetlerin yapıldığı okul ya da anaokulu/kreş) olmak üzere altı boyutu vardır. Her bir boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Boyutlara ait puanlar bağımsız olarak hesaplanırken ayrıca bu altı boyutun bileşiminden oluşan toplam SYK puanı elde edilmektedir. 12 sorudan oluşan Kiddy-KINDL (4-7 yaş) sürümünde diğer sürümlerin aksine yalnızca toplam puan hesaplanmaktadır. KINDL hem klinik hem de klinik dışı alanda gerek sağlıklı çocuklarda gerekse süregelen hastalığı olan çocuklarda kullanılabilir. Kid-KINDL maddeleri 1’den (asla) 5’e (daima) doğru sıralanmış Likert tipi ölçüm ile ölçeklendirilmiştir. Sorunun yazım biçimine göre olumsuz yönelimli maddeler (1, 2, 3, 6, 7, 8, 15, 16, 20 ve 24. sorular) tersine çevrilerek puanlanmıştır. KINDL ölçekleri incelendiğinde bazı soruların olumlu bazı soruların olumsuz yönde sorulduğu görülmektedir. Ölçeğin bu farklı yönelimdeki sorularının çözümleme işlemine başlamadan önce tek yönlü olarak değiştirilmesi gerekir. Bunun için ya değiştirme menüsü yardımıyla ya da bir *söz dizimi (syntax)* dosyası oluşturularak ve işletilerek veriler aynı yöne dönüştürülür. Bu söz dizimi dosyası çalıştırıldığında olumsuz yönelimli olan sorular olumlu yönetime çevrilerek yeni değişken adları ile saklanır. Olumlu yönelimi olan sorularda herhangi bir değişiklik yapılmadan olduğu gibi yeni değişken adları ile veri dosyasına saklanmalıdır. Örneğin *kendimi hasta hissettim* ifadesinde sorunun yanıt seçenekleri *hiçbir zaman* (1) den *her zaman* (5) e doğru negatif yönde gitmektedir. Artan puan olumsuz ifade etmektedir. Bu koşullarda elde edilen puanları tersine çevirmek için veri dönüştürme ve farklı bir değişken adı ile saklama işlemi gibi aritmetik bir işlem uygulanır. Eğer soru pozitif yönelimli ise olduğu gibi bırakmak için değişkenin yalnızca 1 ile çarpılması yeterlidir (13) Her bir boyut için maddelere verilen puanların sayılması, 0-100 arasında ölçeklendirilecek şekilde dönüştürülmesi ve özetlenmesi ile puan hesabı yapılır. Yüksek puan iyi SYK’nin göstergesidir. Daha önce yapılan çalışmalarda KINDL’in SYK ölçümünde geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.



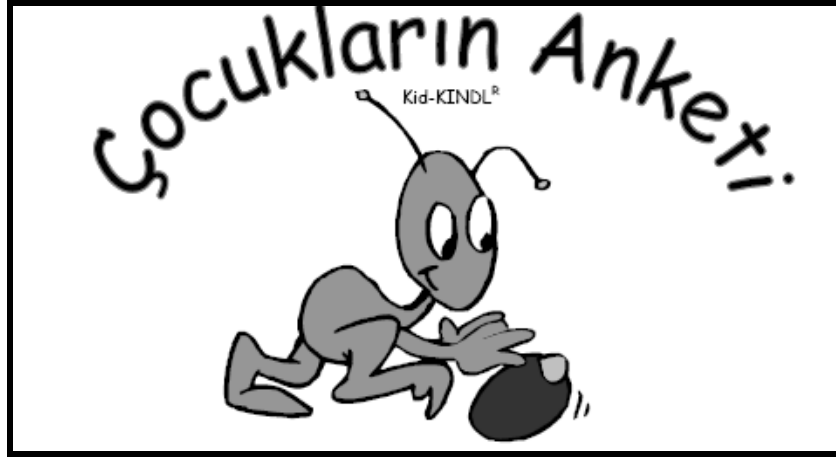
Şekil 1: 4-7 yaş arası küçük çocuklar için olan anket

4-7 yaş için olan Kiddy KINDL anketinde bedensel sağlıkla ilgili kendini hasta hissetme, karın veya baş ağrısı olma gibi maddeler, duygusal durum ile ilgili eğlenme, gülme ve canının sıkılması gibi maddeler; öz saygı ile ilgili kendiyile gurur duyma ve hoşlanma gibi maddeler; aile ile ilgili anne baba ile ilişkiler ve evde iyi hissetme; arkadaşlar ile ilgili onlarla iyi geçinme ve oynama; okul ile ilgili ödevleri yapma ve okuldan hoşlanma gibi maddeler yer almıştır. Yaş gruplarına uygun olarak cevaplar hiçbir zaman, bazen, çok sık olarak listelenmiştir. Kronik hastalık kısmı hiçbir hasta tarafından doldurulmamıştır.

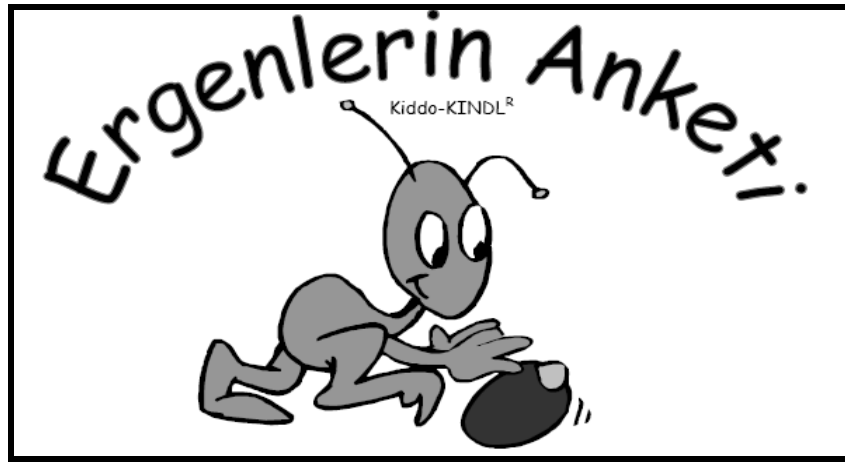


Şekil 2: 4-7 yaş için aile formu

4-7 yaş arası iletişim sağlanamayan çocukların yerine ailelerin doldurduğu anket aile formu kindldır. Çocuk ve ergenlerin anketlerine benzer boyutlar içermektedir. Ek olarak çocuklarıyla ilgili 22 maddeyi içeren önemli soruları da cevaplamışlardır.



Şekil 3: 8-12 yaş arası çocuklar için anket



Şekil 4: 12-16 yaş arası çocuklar için anket

8-12 ve 12-16 yaş arası için olan kid KİNDL ve kiddo KİNDL anketlerinde bedensel iyilik ile ilgili kendini hasta hissetme baş veya karın ağrısının olması,enerjik ve güçlü hissetme, yorgun ve bitkin hissetme gibi maddeler; duygusal iyilik ile ilgili eğlenmek, gülmek canının sıkılması, kendini yalnız hissetme korkma ve kendine güvenini kaybetme gibi maddeler, öz saygı ile ilgili kendiyile gurur duyma kendini her şeyin üstünde görme, güzel düşüncelerin olması, kendinden hoşnutluk duyulması gibi maddeler; aile ile ilgili anne baba ilişkisi, evde iyi hissetme, ebeveyn tarafından kısıtlanma ve tartışma gibi maddeler; arkadaşlarla ilgili arkadaşlarla bir şeyler yapma, iyi geçinme ,aralarında başarılı olma, kendini farklı hissetme gibi maddeler; okul ile ilgili derslerin ilgi çekmesi, ödevleri yapma, okulun kaygılandırması ve zayıf not almaktan korkma gibi maddeler yer almıştır. Cevaplar hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla, her zaman şeklinde düzenlenmiştir. Kronik hastalık kısmı hiçbir hasta tarafından doldurulmamıştır.

Çocuklar ve Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Anketi

8 - 16 yaş
Aile Formu KINDL^R



Şekil 5: 8-16 yaş arası çocuklar için aile formu

Çocuklar ve ergenlerin aileleri için olan yaşam kalitesi anketi kullanılmamıştır. Bu yaş grubundakiler anketleri kendileri doldurmuştur.

Çalışmaya dahil edilen hastalara ilk gelişte bu yaşam kalitesi anketlerinden yapıldı. Bu, davranışsal tedavi öncesi yaşam kalitesi skorunu bulmamızı sağladı. Sonrasında hastaya davranışsal tedavisi uygulandı.

Bu deneysel çalışmanın girişim yöntemi:

Kronik konstipasyon davranışsal tedavisi uygulandı. Buna göre;

Beslenmede yeterli sıvı alımı, meyve suyu ve lifli gıdaların alımının desteklenmesi (lif alımının yaşa uygun hale getirilmesi),

Tuvalet eğitimi yapılması (yemekten sonra günde 3-4 kez 10 dakika tuvalette oturma),

Diyetlerinin düzenlenmesi (hastalara devamlı kullanabilecekleri posalı ve lifli gıdaları destekler nitelikli olacak şekilde diyet listesi verilmesi)

Hastalara ve ebeveynlere tuvalet eğitimi verilerek tuvalet günlüğü tutacak şekilde kendilerinininde tedaviye dahil olması

Ödüllendirme gibi yöntemlerin anlatılması

Fonksiyonel kabızlıkla ilgili genel bilgiler verilmesi (uzun bir tedavi süresini kapsayacak olması gibi) sağlandı.

Hastalara davranışsal tedavinin 1. ve 3. Aylarında tekrar KINDL yaşam kalitesi anketleri yapılarak tedavinin etkinliği ölçülmesi amaçlandı.

Analizler:

Grubun bütünü için ve her bir tabaka için (sosyodemografik değişkenlerin alt gruplarına göre) önce-sonra yaşam kalitesi boyut skorları karşılaştırıldı. (bağımlı gruplarda t testi ile). Araştırmada anlamlılık düzeyi (p) <0.05 olarak alındı. Ortalamalar \pm standart sapma (SD) olarak belirlendi. Tüm grupların tanımlayıcı ve sıklık analizleri yapıldı. Grupların karşılaştırılmasında student's t testi (bağımsız gruplarda t testi) kullanıldı. Ayrıca verilerin değerlendirmesinde pearson korelasyon testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve kruskal wallis testi kullanılmıştır.

Analizler SPSS 16.0 bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

IV. BULGULAR

Çalışmaya alınan 129 fonksiyonel kabızlığı olan hastanın 77'si (%59.7) kız, 52'si (%40.3) erkek olup, yaş ortalaması $9.3 \pm 3,6$ yıl idi (Tablo 8).

Çalışmaya alınan hastalar 4-7 yaş (kiddy KİNDL uygulanmak üzere) ,8-12 yaş (kid KİNDL uygulanmak üzere), 12-16 yaş (kiddo KİNDL uygulanmak üzere) ve 4-7 yaş arası sadece aileleriyle görüşülen çocuklar (aile formu KİNDL uygulanmak üzere) gruplandırıldı. Buna göre 4-7 yaş arası (kiddy grubu) 30 kişi, 8-12 yaş arası (kid grubu) 41 kişi, 12-16 yaş arası (kiddo grubu) 39 kişi, ve aileleriyle görüşülen çocuklar (kid aile grubu) 19 kişiden oluştu.

Çalışmada kiddy kindl anket uygulanan çocukların 14 tanesi kız (%46.7), 16 tanesi (%53.3) erkek idi. Kid kindl anket uygulanan çocukların 27 tanesi kız (%65.9), 14 tanesi (%34.1) erkek idi. Kid aile anketi uygulananların 9 tanesi kız (%47.4), 10 tanesi (%52.6) erkek idi. Kiddo kindl uygulanan çocukların 27 tanesi kız (%69.2), 12 tanesi(%30.8) erkek idi (Tablo 7).

Çalışmaya alınan hastaların davranışsal tedavi öncesi yapılan anketleri KİNDL 1, davranışsal tedavi sonrası 1. Ay anketleri KİNDL 2, 3. Ay anketleri KİNDL 3 olarak adlandırıldı. Birinci ve üçüncü ay yapılan anketler ilk yapılan KİNDL anketiyle aynıydı.

Çalışmaya başlangıçta alınan hastalardan toplam 6 hasta çeşitli nedenlerle davranışsal tedavi uygulamasının 1. Ayındaki KİNDL 2 ve 3.ayındaki KİNDL 3 anketine katılmamış; toplam 15 hasta sadece çalışmanın 3. Ayındaki KİNDL 3 anketine katılmamıştır. Bunlardan Kid KİNDL 2 ve 3 anketine katılmayan 1 kişi, Kid KİNDL 3 anketine katılmayan 5 kişiyken; Kid Aile KİNDL 2 ve 3 anketine katılmayan 1 kişi, sadece Kid Aile KİNDL 3 anketine katılmayan 2 kişidir. Kiddo KİNDL 2 ve 3 anketine katılmayan 2 kişi, sadece Kiddo KİNDL 3 anketine katılmayan 3 kişiyken; Kidy KİNDL 2 ve 3 anketine katılmayan 2 kişi, sadece Kidy KİNDL 3 anketine katılmayan 5 kişidir.

Tablo 7: Anket çeşitlerine göre kız- erkek dağılımı

	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n
Kidy	14 (46.7)	16 (53.3)	30
Kid	27 (65.9)	14 (34.1)	41
Kid Aile	9 (47.4)	10 (52.6)	19
Kiddo	27 (69.2)	39 (30.8)	39

Tablo8:Tüm çalışma grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı

	Kız n(%)	Erkek n(%)	ToplamSayı/ort değer
Tüm çalışma grup	77 (59.7)	52 (40.3)	129
Yaş ortalaması	10.9±3.6	9.3±3.3	10.3±3.6

Çalışmaya alınan hastalar, yerleşim yerine göre bakıldığında 85 kişi merkezde (%65.9), 44 kişi kırsal kesimde (%34.1) yaşamaktadır. Çalışmaya alınan hastaların %70.5 merkez yerleşim yeri doğumlu, %27.9 kırsal yerleşim yeri doğumludur (Tablo 9).

Tablo 9: Yerleşim ve doğum yerinin dağılımı

	Yerleşim yeri (%)	Doğum yeri (%)
Merkez	65.9	71.7
Kırsal	34.1	28.3

Anne eğitim durumuna bakıldığında hastaların annelerinin %6.2'si okur yazar değil, %3.9'u okur yazar, %58.1'i ilkokul mezunu, %10.1'i ortaokul mezunu, %12.4'ü lise mezunu, %7'si üniversite mezunudur. Anne mesleğine bakıldığında annesi çalışmayanlar %84.9, annesi çalışanlar %15.1 dir. Baba eğitim durumuna bakıldığında babaların %1.6'si okur yazar değil, %2.4'ü okur yazar, %50.8'si ilkokul mezunu, %10.5'i ortaokul mezunu, %26.6'sı lise mezunu, %8.1'i üniversite mezunudur (Tablo 10).

Tablo 10: Anne eğitim ve baba eğitim durumu

	Anne eğitim durumu(%)	Baba eğitim durumu(%)
Okur yazar değil	6.3	1.6
Okur yazar	4	2.4
İlkokul	59.5	50.8
Ortaokul	10.3	10.5
Lise	12.7	26.6
Üniversite	7.1	8.1

Baba mesleği bakıldığında %1.6'sının işveren, %0.8'nin yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışan, %26.4'nün küçük esnaf/zanaatkar, %6.4'ü iş buldukça çalışan, %4'ü yüksek eğitilmiş ücretli, %8.8'i memur/büro çalışanı, %28'i sanayi işçisi, %1.' sı niteliksiz işlerde çalışan, %22.4'ü diğer olarak bulunmuştur. Sosyal güvenceleri incelendiğinde herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar %5.6, SGK lı olanlar %78.6, özel sigortası olanlar %2.1, yeşil kartlı olanlar %13.5 olarak bulundu. Aile gelirine bakıldığında geliri çok kötü olanlar %7.9, biraz kötü olanlar %23.6, ne iyi ne kötü olanlar %54.3, oldukça iyi olanlar %14.2 idi. Çocuğa ait oda varlığına bakıldığında odası olanlar %45.4, odası olmayanlar %54.6 idi. Çalışmaya katılan çocukların annelerinin yaşı ortalama 34.5 ± 6.5 , baba yaşı ortalama 37.8 ± 7.16 , evdeki oda sayısı ortalama 3.7 ± 0.67 , evde yaşayan kişi sayısı ortalama 4.4 ± 1.5 , kardeş sayısı 2.2 ± 0.92 bulundu (Tablo 11).

Tablo 11: Bazı sosyodemografik verilerin sayısal ortalamaları

	Ortalama	Std. Deviasyonu
Anne yaşı	34.5	6.5
Baba yaşı	37.8	7.16
Ev oda sayısı	3.7	0.67
Evde yaşayan kişi	4.4	1.5
Kardeş sayısı	2.2	0.92

YAŞLARA GÖRE AYRILAN KİNDL ANKETLERİNİN KENDİ İÇİNDE YAŞAM KALİTESİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

Kiddo KİNDL -Yaşam Kalitesi:

12-16 yaş arasındaki fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavi öncesi anket (kiddo 1), tedavinin 1. ayındaki anket (kiddo 2), tedavinin 3.ayındaki anket (kiddo3) yapıldı. Bu anketlerin toplam skorları belirlendi. Buna göre tedavi öncesi anketlerde (kiddo 1) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 57.6 ± 2.2 , bedensel iyilik skoru ortalama 34.6 ± 3.5 , duygusal iyilik ortalama 58.2 ± 3.1 , özsaygı skoru ortalama 55.2 ± 2.9 , aile skoru ortalama 66.5 ± 3.5 , arkadaş skoru ortalama 73.5 ± 3.45 , okul skoru ortalama 57.4 ± 3.5 idi. Tedavinin 1. ayındaki anketlerde (kiddo2) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 64.2 ± 2.19 , bedensel iyilik skoru ortalama 53.0 ± 2.90 , duygusal iyilik skoru ortalama 64.8 ± 2.4 , özsaygı skoru ortalama 64.1 ± 2.4 , aile skoru ortalama 69.4 ± 2.8 , arkadaş skoru ortalama 74.8 ± 4.4 , okul skoru ortalama 59.0 ± 3.0 idi. Tedavinin 3 ayındaki anketlerde (kiddo 3) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 70.5 ± 1.6 , bedensel iyilik skoru ortalama 63.3 ± 1.7 , duygusal iyilik ortalama 65.7 ± 2.1 , özsaygı skoru ortalama 72.5 ± 2.0 , aile skoru ortalama 74.4 ± 2.11 , arkadaş skoru ortalama 84.2 ± 2.6 , okul skoru ortalama 62.3 ± 2.89 idi.

Tablo 12: Kiddo 1 ve kiddo 2 nin yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kiddo 1	Kiddo 2	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skor	57.56	64.27	0.000*
Bedensel iyilik	34.62	53.04	0.000*
Duygusal iyilik	58.27	64.86	0.004*
Öz saygı	55.23	64.18	0.001*
Aile	66.15	69.42	0.267
Arkadaş	72.97	72.83	0.625
Okul	57.46	59.02	0.263

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 1 ayında yapılan kiddo anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p < 0.005$). Bedensel iyilik duygusal iyilik ve öz saygı skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 1. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p < 0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Aile, arkadaş ve okul skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla

tedavinin 1. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$) (Tablo 12).

Tablo 13: Kiddo 1 ve kiddo 3 ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kiddo 1	Kiddo 3	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skor	57.76	70.50	0.000*
Bedensel iyilik	34.82	63.39	0.000*
Duygusal iyilik	58.57	65.71	0.009
Öz saygı	54.46	72.50	0.000*
Aile	67.50	74.46	0.030
Arkadaş	73.57	84.28	0.000*
Okul	57.35	62.31	0.017

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 3 ayında yapılan kiddo anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$). Bedensel iyilik ,öz saygı ve arkadaş skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Aile, duygusal iyilik ve okul skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$) (Tablo13).

Tablo 14: Kiddo 2 ve kiddo 3 ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kiddo 2	Kiddo 3	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skor	63.78	70.50	0.000*
Bedensel iyilik	52.14	63.39	0.000*
Duygusal iyilik	64.46	65.71	0.361
Öz saygı	63.39	72.50	0.000*
Aile	69.46	74.46	0.028
Arkadaş	74.19	84.28	0.022
Okul	58.82	62.31	0.037

Tedavinin 1. ayı ve tedavinin 3 ayında yapılan kiddo anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$). Bedensel iyilik ve öz saygı skorlarına bakıldığında tedavinin 1. ayıyla tedavinin 3. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Aile, duygusal iyilik, arkadaş ve okul skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$) (Tablo 14).

Kid Aile KİNDL -Yaşam Kalitesi

4-7 yaş arasındaki fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavi öncesi anket (kid aile 1), tedavinin 1. Ayındaki anket (kid aile 2), tedavinin 3.ayındaki anket (kid aile3) yapıldı. Bu anketlerin toplam skorları belirlendi. Buna göre tedavi öncesi anketlerde (kid aile 1) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 61.0 ± 3.5 , bedensel iyilik skoru ortalama 53.2 ± 5.8 , duygusal iyilik ortalama 61.11 ± 5.09 , özsaygı skoru ortalama 52.94 ± 5.72 , aile skoru ortalama 78.3 ± 2.73 , arkadaş skoru ortalama 78.47 ± 4.2 idi. Tedavinin 1. ayındaki anketlerde (kid aile 2) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 65.27 ± 2.67 , bedensel iyilik skoru ortalama 63.19 ± 4.48 , duygusal iyilik ortalama 62.5 ± 3.27 , özsaygı skoru ortalama 57.35 ± 5.17 , aile skoru ortalama 79.41 ± 2.61 , arkadaş skoru ortalama 80.55 ± 3.81 idi. Tedavinin 3 ayındaki anketlerde (kid aile 3) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 71.91 ± 2.90 , bedensel iyilik skoru ortalama 68.78 ± 3.82 , duygusal iyilik ortalama 67.64 ± 4.15 , özsaygı skoru ortalama 72.65 ± 3.82 , aile skoru ortalama 79.41 ± 2.61 , arkadaş skoru ortalama 99.26 ± 13.12 bulundu.

Tablo 15: Kid aile 1 ve kid aile 2 nin yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kid aile 1 Ortalama puan	Kid aile 2 Ortalama puan	p
TYK skor	61.05	65.27	0.018
Bedensel iyilik	53.12	63.19	0.001*
Duygusal iyilik	61.11	62.50	0.651
Öz saygı	52.94	57.35	0.287
Aile	78.30	79.41	0.636
Arkadaş	78.47	80.55	0.357

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 1 ayında yapılan kid aile anketinde toplam yaşam kalitesi skoruna açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0.005$). Bedensel iyilik skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 1. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Duygusal iyilik ve öz saygı, aile, arkadaş ve skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 1. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$) (Tablo15)

Tablo 16: Kid aile 1 ve kid aile 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kid aile 1 Ortalama puan	Kid aile 3 Ortalama puan	p
TYK skor	61.64	71.91	0.000*
Bedensel iyilik	54.41	68.75	0.009
Duygusal iyilik	61.76	67.64	0.200
Öz saygı	54.68	72.65	0.000*
Aile	78.30	79.41	0.636
Arkadaş	78.67	99.26	0.137

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 3 ayında yapılan kid aile anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$). Öz saygı skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Bedensel iyilik, arkadaş, aile, duygusal iyilik ve okul skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$) (Tablo 16).

Tablo 17: Kid aile 2 ve kid aile 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kid aile 2 Ortalama puan	Kid aile 3 Ortalama puan	p
TYK skor	66.27	71.85	0.001*
Bedensel iyilik	65.44	68.75	0.313
Duygusal iyilik	63.23	67.64	0.199
Öz saygı	58.82	73.16	0.000*
Aile	76.94	79.45	0.389
Arkadaş	80.55	99.26	0.137

Tedavinin 1. ayı ve tedavinin 3 ayında yapılan kid aile anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$). Öz saygı skorlarına bakıldığında tedavinin 1. ayıyla tedavinin 3. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Aile, duygusal iyilik, bedensel iyilik ve arkadaş skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$) (Tablo 17)

Kid KİNDL -Yaşam Kalitesi

8-12 yaş arasındaki fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavi öncesi anket (kid 1), tedavinin 1. ayındaki anket (kid 2), tedavinin 3.ayındaki anket (kid 3) yapıldı. Bu anketlerin toplam skorları belirlendi. Buna göre tedavi öncesi anketlerde (kid 1) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 64.53 ± 1.48 , bedensel iyilik skoru ortalama 45.00 ± 3.89 , duygusal iyilik ortalama 60.00 ± 2.67 , özsaygı skoru ortalama 60.57 ± 2.78 , aile skoru ortalama 68.75 ± 2.11 , arkadaş skoru ortalama 80.31 ± 2.57 , okul skoru ortalama 83.33 idi. Tedavinin 1. ayındaki anketlerde (kid 2) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 67.52 ± 1.42 , bedensel iyilik skoru ortalama 61.40 ± 3.52 , duygusal iyilik skoru ortalama 74.46 ± 2.03 , özsaygı skoru ortalama 65.84 ± 2.44 , aile skoru ortalama 66.56 ± 2.19 , arkadaş skoru ortalama 78.75 ± 2.36 , okul skoru ortalama 79.16 idi. Tedavinin 3 ayındaki anketlerde (kid 3) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 80.6 ± 1.85 , bedensel iyilik skoru ortalama 73.61 ± 2.88 , duygusal iyilik ortalama 74.46 ± 2.03 , özsaygı skoru ortalama 77.67 ± 2.62 , aile skoru ortalama 77.08 ± 1.99 , arkadaş skoru ortalama 79.34 ± 2.52 , okul skoru ortalama 87.50 idi.

Tablo 18: Kid 1 ve kid 2 nin yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kid 1	Kid 2	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skor	64.53	67.52	0.021
Bedensel iyilik	45.00	61.40	0.000*
Duygusal iyilik	60.00	74.46	0.000*
Öz saygı	60.57	65.86	0.066
Aile	68.75	66.56	0.294
Arkadaş	80.31	78.75	0.447
Okul	83.33	79.16	0.69

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 1 ayında yapılan kid anketinde toplam yaşam kalitesi açısından skoru istatistiksel açıda anlamlı fark bulunmadı ($p>0.005$). Bedensel iyilik ve duygusal iyilik skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 1. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Öz saygı, aile ve arkadaş skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 1. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$) (Tablo 18)

Tablo19: Kid 1 ve kid 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kid 1	Kid 3	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skor	64.70	80.06	0.000*
Bedensel iyilik	44.40	73.61	0.000*
Duygusal iyilik	60.00	74.46	0.000*
Öz saygı	60.89	77.67	0.000*
Aile	68.92	77.08	0.001*
Arkadaş	80.38	89.23	0.002*
Okul	85.00	87.50	0.77

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 3. ayında yapılan kid anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$). Bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile ve arkadaş skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. Ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı. ($p<0.005$) Buna göre skorda artış bulundu (Tablo 19).

Tablo 20: Kid 2 ve kid 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kid 2	Kid 3	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skor	67.30	80.06	0.000*
Bedensel iyilik	60.41	73.61	0.000*
Duygusal iyilik	60.00	74.46	0.000*
Öz saygı	63.71	76.73	0.000*
Aile	66.31	77.08	0.000*
Arkadaş	79.34	89.03	0.000*
Okul	80.00	87.50	0.56

Tedavinin birinci ayı ve tedavinin 3 ayında yapılan kid anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$). Bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile ve arkadaş skorlarına bakıldığında tedavinin birinci ayı ile tedavinin 3. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu (Tablo 20).

Kiddy KINDL -Yaşam Kalitesi

4-7 yaş arasındaki fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavi öncesi anket (kiddy 1), tedavinin 1. ayındaki anket (kiddy 2), tedavinin 3. ayındaki anket (kiddy 3) yapıldı. Bu anketlerin toplam skorları belirlendi. Buna göre tedavi öncesi anketlerde (kiddy 1) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 70.98 ± 2.46 , idi. Tedavinin 1. ayındaki anketlerde (kiddy 2) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 78.95 ± 1.38 idi. Tedavinin 3 ayındaki anketlerde (kiddy 3) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 86.45 ± 1.50 idi.

Tablo 21: Kiddy 1 ve kiddy 2'nin yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kiddy 1	Kiddy 2	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skoru	70.98	78.95	0.003*

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 1. ayında yapılan kiddy anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$) (Tablo 21)

Tablo 22: Kiddy 1 ve kiddy 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kiddy 1	Kiddy 3	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skoru	69.27	86.45	0.000*

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 3 ayında yapılan kid anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$) (Tablo 22)

Tablo 23: Kiddy 2 ve kiddy 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kiddy 2	Kiddy 3	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skoru	78.36	86.80	0.000*

Tedavinin 1. ayı ve tedavinin 3 ayında yapılan kiddy anketinde toplam yaşam kalitesi skoru istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmış olarak bulundu ($p<0.005$) (Tablo 23).

TÜM YAŞ GRUPLARINDA SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE YAŞAM KALİTESİ İLŞKİSİ

Yerleşim yeri ve Yaşam Kalitesi ilişkisi

Tedavi başlangıcında yapılan anket (Kindl 1), tedavinin 1. ayındaki anket (kindl 2), ve tedavinin 3. ayındaki anketlere (kindl 3) bakıldığında çocukların yerleşim yerinin yaşam kalitesi skorları ve anketteki yaşam kalitesi boyutları (toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul) incelendi. Daha sonra tedavi öncesi ve sonrası skorlar merkez ve kırsal kesimde yaşamalarına göre analiz edildi. Kindl 1, kindl 2 ve Kindl 3 anketlerindeki toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul skorları ile merkez ya da kırsal kesimde yaşama ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$).

Anne Eğitim Durumu ve Yaşam Kalitesi ilişkisi

Tedavi öncesi kindl yaşam kalitesi skorlarından (kindl 1) toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş skorları ile annenin eğitim durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$). Okul skoruyla annenin eğitim durumu arasında anlamlı değer saptandı ($p<0.05$). Tedavinin 1. ayındaki yaşam kalitesi skorlarından (kindl 2) toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, ,aile, arkadaş ve okul skorları ile annenin eğitim durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$). Öz saygı skoruyla annenin eğitim durumu arasında anlamlı sonuç saptandı ($p<0.05$). Tedavinin 3. ayındaki yaşam kalitesi skorlarından (kindl 3) toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul skorları ile annenin eğitim durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 24, 25, 26)

Tablo 24: Kindl 1 ile anne eğitim durumu ilişkisi

	İlkokul ve altı Ort. ±sd	Ortaokul ve üstü Ort. ±sd	p
TYK skoru	62.27±1.46	65.68±1.79	0.178
Bedensel iyilik	41.84±2.78	43.10±4.86	0.814
Duygusal iyilik	58.87± 2.48	63.89±3.43	0.270
Öz saygı	56.43± 2.16	61.20±4.03	0.262
Aile	70.01± 2.14	65.51±3.49	0.265
Arkadaş	76.35± 2.31	80.17±3.14	0.356
Okul	63.02± 2.87	73.69±3.99	0.043*

Bağımsız gruplarda t testine göre P<0.05

Tablo 25: Kindl 2 ile anne eğitim durumu ilişkisi

	İlkokul ve altı Ort. ±sd	Ortaokul ve üstü Ort. ±sd	p
TYK skoru	68.10 ±1.40	71.63 ±1.72	0.148
Bedensel iyilik	59.95±2.19	57.49±4.30	0.578
Duygusal iyilik	61.28±1.92	66.82±3.07	0.131
Öz saygı	62.12±1.93	69.21±2.42	0.041*
Aile	66.60±1.87	64.58±4.03	0.606
Arkadaş	75.55±2.69	81.25±2.64	0.216
Okul	66.76±2.51	74.51±3.5	0.95

Tablo 26: Kindl 3 ile anne eğitim durumu ilişkisi

	İlkokul ve altı Ort. ±sd	Ortaokul ve üstü Ort. ±sd	p
TYK skoru	74.63±1.58	77. 11±1.89	0.353
Bedensel iyilik	69.01±2.16	68.1 ±3.33	0.833
Duygusal iyilik	69.54±1.67	72.4 ±2.28	0.334
Öz saygı	71.87±1.96	77.08 ±2.64	0.132
Aile	73.43±1.79	75.92 ±2.53	0.435
Arkadaş	83.54±1.87	84.95±2.77	0.675
Okul	76.27±6.24	77.40±3.29	0.907

Baba Eğitim Durumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Tedavi öncesi kindl yaşam kalitesi skorlarından (kindl 1), bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş skorları ile babanın eğitim durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$). Toplam yaşam kalitesi ve okul skoruyla babanın eğitim durumu arasında anlamlı değer saptandı ($p<0.05$) (Tablo27)

Tablo 27: Kindl 1 ile baba eğitim durumu ilişkisi

	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	p
	Ort. ±sd	Ort. ±sd	
TYK skoru	60.37±1.61	66.60±1.59	0.008*
Bedensel iyilik	49.91±3.02	43.84 ±4.04	0.550
Duygusal iyilik	57.54±2.80	63.51 ±2.97	0.149
Öz saygı	53.67±2.68	62.50±2.77	0.25
Aile	66.86±2.62	70.20±2.55	0.370
Arkadaş	75.28±2.71	79.21±2.54	0.297
Okul	60.41±6.24	72.46±2.86	0.013*

Bağımsız gruplarda t testine göre $P<0.05$

Tablo 28: Kindl 2 ile baba eğitim durumu ilişkisi

	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	p
	Ort. ±sd	Ort. ±sd	
TYK skoru	66.61±1.65	72.21±1.40	0.013*
Bedensel iyilik	59.47±2.68	60.17 ±2.99	0.863
Duygusal iyilik	60.53±2.28	66.87±2.11	0.50
Öz saygı	66.81±2.26	66.15±2.03	0.174
Aile	63.11±2.47	68.59±2.41	0.121
Arkadaş	73.16±3.34	81.09±2.00	0.580
Okul	64.12±3.97	74.20±2.34	0.170

Bağımsız gruplarda t testine göre $P<0.05$

Tedavinin 1. ayındaki yaşam kalitesi skorlarından (kindl 2), bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile, arkadaş ve okul skorları ile annenin eğitim durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$). Toplam yaşam kalitesi skoruyla babanın eğitim durumu arasında anlamlı sonuç saptandı ($p<0.05$). Tedavinin 3. ayındaki yaşam kalitesi skorlarından (kindl 3) toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, arkadaş ve okul skorları ile babanın eğitim durumu ile ilişkili anlamlı sonuç

saptanmadı ($p>0.05$). Aile skoruyla babanın eğitim durumu arasında anlamlı sonuç saptandı ($p<0.05$) (Tablo 28,29)

Tablo 29: Kindl 3 ile baba eğitim durumu ilişkisi

	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	p
	Ort. ±sd	Ort. ±sd	
TYK skoru	73.79±2.00	77.19±1.38	0.177
Bedensel iyilik	67.88±2.77	70.31 ±2.36	0.513
Duygusal iyilik	68.84±2.06	72.30±1.74	0.211
Öz saygı	71.66±2.04	75.93±2.50	0.186
Aile	70.97±2.13	77.18±4.84	0.034*
Arkadaş	80.97±2.48	86.71±1.70	0.67
Okul	76.42±2.35	76.44±2.38	0.998

Bağımsız gruplarda t testine göre $P<0.05$

Cinsiyet ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Kindl 1, Kindl 2 ve Kindl 3 anketlerindeki toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul skorları ile cinsiyet ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$) (Bağımsız gruplarda t testine göre).

Anne Çalışma Durumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Kindl 1, Kindl 2 ve Kindl 3 anketlerindeki toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul skorları ile anne çalışma durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$) (Bağımsız gruplarda t testine göre).

Gelir durumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Tedavi öncesi kindl yaşam kalitesi skorlarından (kindl 1), bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile skorları ile gelir durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$). Toplam yaşam kalitesi, arkadaş ve okul skoruyla gelir durumu arasında anlamlı değer saptandı ($p<0.05$). Tedavinin 1. ayında ki yaşam kalitesi skorlarından (kindl 2) , toplam yaşam kalitesi, bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile skorları ile gelir durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Arkadaş ve okul skoruyla gelir durumu arasında anlamlı sonuç saptandı ($p<0.05$.) Tedavinin 3. ayındaki yaşam kalitesi skorlarıyla (kindl 3), bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, arkadaş ve aile skorları ile gelir durumu ile ilişkili anlamlı sonuç saptanmadı ($p>0.05$). Toplam yaşam kalitesi skoru ve okul skoruyla gelir durumu arasında anlamlı sonuç saptandı ($p<0.05$).

Tablo 30: Kindl 1 ile gelir durumu ilişkisi

	Çok kötü Ort. ±sd	Biraz kötü Ort. ±sd	Neiyinekötü Ort. ±sd	Oldukça iyi Ort. ±sd	p
TYK skor	53.55±5.12	60.34±1.94	64.99±1.56	68.26±2.83	0.015*
Bedensel i.	29.16±6.42	42.44±4.80	44.99±3.39	39.20±6.64	0.258
Duygusal i.	48.61±8.12	57.55±2.96	63.07±2.84	62.50±6.25	0.171
Öz saygı	47.22±6.67	60.41±3.02	56.25±2.74	68.78±5.77	0.150
Aile	68.75±8.00	64.06±2.71	70.60±2.71	69.31±3.71	0.323
Arkadaş	55.55±9.34	74.21±3.57	80.78±2.03	86.36±4.52	0.005*
Okul	54.68±9.20	60.51±4.64	67.61±2.93	80.62±7.42	0.048*

Bağımsız gruplarda t testine göre P<0.05

Tablo 31: Kindl 2 ile gelir durumu ilişkisi

	Çok kötü Ort. ±sd	Biraz kötü Ort. ±sd	Neiyinekötü Ort. ±sd	Oldukça iyi Ort. ±sd	p
TYK skor	57.88±4.06	68.68±1.92	69.75±1.70	73.43±1.67	0.10
Bedensel i.	50.40±4.20	58.95±4.54	60.88±2.59	59.37±6.66	0.251
Duygusal i.	54.86±5.18	63.04±3.23	63.97±2.40	63.75±2.24	0.214
Öz saygı	53.47±5.00	65.48±3.04	65.02±2.21	66.25±2.62	0.298
Aile	68.05±5.45	69.29±2.25	62.86±2.62	73.12±5.43	0.109
Arkadaş	68.05±6.86	76.63±3.07	76.68±3.12	89.37±3.73	0.020*
Okul	54.86±5.87	66.47±4.29	70.19±5.58	81.91±7.75	0.028*

Bağımsız gruplarda t testine göre P<0.05

Tablo 32: Kindl 3 ile gelir durumu ilişkisi

	Çok kötü Ort. ±sd	Biraz kötü Ort. ±sd	Neiyinekötü Ort. ±sd	Oldukça iyi Ort. ±sd	p
TYK skor	65.71±4.63	77.89±2.42	73.47±1.47	85.53±3.36	0.002*
Bedensel i.	62.50±5.45	70.72±3.70	68.19±2.72	71.25±3.38	0.465
Duygusal i.	64.14±4.91	70.79±2.92	71.03±1.83	72.50±2.97	0.623
Öz saygı	70.13±3.86	78.12±2.73	70.70±2.37	80.62±3.28	0.090
Aile	70.13±6.14	73.75±2.20	73.82±2.00	80.62±4.01	0.319
Arkadaş	75.69±6.45	85.31±3.30	84.24±1.88	87.50±14.43	0.175
okul	68.05±4.65	69.73±3.75	72.13±2.95	123.61±15.4	0.027*

Bağımsız gruplarda t testine göre P<0.05

Baba mesleği ve yaşam kalitesi ilişkisi

Baba mesleği üst ve alt sosyal sınıf olarak ayrıldığında tedavinin birinci ayındaki arkadaş skoru ve tedavinin üçüncü ayındaki bedensel iyilik skoru ile baba mesleği arasında anlamlı istatistiksel sonuç elde edildi (sırasıyla p:0.042, p:0.027). Sosyal sınıf arttıkça bu puanlarda artış saptandı (Bağımsız gruplarda t testine göre).

Evde yaşayan kişi sayısı ve yaşam kalitesi ilişkisi

Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça tedavinin üçüncü ayındaki bedensel iyilik skoru anlamlı şekilde azaldı (p:0.045). Bunun dışında evde yaşayan kişi sayısı ve yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Bağımsız gruplarda t testine göre)

Evdeki oda sayısı ve yaşam kalitesi ilişkisi

Evdeki oda sayısı arttıkça tedavi başlangıcındaki öz sayđı ve aile skorlarında artış saptandı. Evdeki oda sayısı arttıkça tedavinin birinci ayındaki öz sayđı skorunun arttığı görüldü. Aynı şekilde evdeki oda sayısı arttıkça tedavinin üçüncü ayındaki bedensel ve duygusal iyilik skorlarında artış saptandı (Tablo 33).

Tablo 33: Evdeki oda sayısı ve kindl 1, 2, 3 ilişkisi

	r	p
Kindl 1		
Evdeki oda sayısı-öz sayđı	0.25	0.011*
Evdeki oda sayısı-aile	-0.23	0.018*
Kindl 2		
Evdeki oda sayısı- öz sayđı	0.223	0.031*
Kindl 3		
Evdeki oda sayısı-bedensel iyilik	0.240	0.046*
Evdeki oda sayısı-duygusal iyilik	0.211	0.050*

Pearson korelasyon testi

Sosyal güvence ve yaşam kalitesi ilişkisi

Sosyal güvencesi olmayanlar ve yeşil kartı olanlar ile diğer sosyal güvence durumu olanlara bakıldığında tedavinin başlangıcındaki toplam yaşam kalitesi skoru ve duygusal iyilik skorları ile sosyal güvence durumu arasında anlamlı istatistiksel fark saptandı (sırasıyla p:0.016, p:0.015). Tedavinin birinci ayındaki bedensel ve duygusal iyilik skorları

ile sosyal güvence durumu arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla p.0.037, p:0.006). Sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartlılarda bu boyutlarda puanlar daha düşük saptandı.

TÜM YAŞ GRUPLARINDA YAŞAM KALİTESİ VERİLERİNİN BİRBİRİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tüm yaş gruplarında fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavi öncesi anket (kindl 1), tedavinin 1. Ayındaki anket (kindl 2), tedavinin 3.ayındaki anket (kindl3) yapıldı. Ve bu anketlerin toplam skorları belirlendi. Buna göre tedavi öncesi anketlerde (kindl 1) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 63.73 ± 1.26 , bedensel iyilik skoru ortalama 42.50 ± 2.48 , duygusal iyilik ortalama 59.57 ± 2.04 , özsaygı skoru ortalama 57.05 ± 1.96 , aile skoru ortalama 68.35 ± 1.35 , arkadaş skoru ortalama 77.10 ± 1.91 idi. Tedavinin 1. ayındaki anketlerde (kindl 2) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 69.33 ± 1.10 , bedensel iyilik skoru ortalama 58.95 ± 1.98 , duygusal iyilik skoru ortalama 62.76 ± 1.62 , özsaygı skoru ortalama 64.58 ± 1.52 , aile skoru ortalama 65.98 ± 1.74 , arkadaş skoru ortalama 77.30 ± 2.05 , idi. Tedavinin 3. ayındaki anketlerde (kindl 3) toplam yaşam kalitesi skoru ortalama 75.63 ± 1.22 , bedensel iyilik skoru ortalama 68.57 ± 1.78 , duygusal iyilik skoru ortalama 70.48 ± 1.34 , özsaygı skoru ortalama 73.98 ± 1.57 , aile skoru ortalama 74.21 ± 1.44 , arkadaş skoru ortalama 84.16 ± 1.53 idi.

Tablo 34: Kindl 1 ve kindl 2 nin yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kindl 1	Kindl 2	p
	Ortalama puan	Ortalama puan	
TYK skor	63.73	69.33	0.000*
Bedensel iyilik	42.50	58.95	0.000*
Duygusal iyilik	59.57	62.76	0.072
Öz saygı	57.05	64.58	0.000*
Aile	68.35	65.98	0.201
Arkadaş	77.10	72.30	0.916
Okul	66.43	67.51	0.496

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 1 ayında yapılan kindl anketinde toplam yaşam kalitesi skoru açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p < 0.005$). Bedensel iyilik ve öz saygı skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 1. ayı arasında

istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Duygusal iyilik, aile, arkadaş ve okul skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 1. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$).

Tablo 35: Kindl 1 ve kindl 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kindl 1 Ortalama puan	Kindl 3 Ortalama puan	p
TYK skor	62.95	75.63	0.000*
Bedensel iyilik	39.70	68.57	0.000*
Duygusal iyilik	59.73	70.48	0.000*
Öz saygı	57.12	73.98	0.000*
Aile	68.53	74.21	0.004*
Arkadaş	77.34	84.16	0.000*
Okul	67.06	76.60	0.039

Tedavi başlangıcı ve tedavinin 3. ayında yapılan kindl anketinde toplam yaşam kalitesi skoru açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı aile, arkadaş skorlarına bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu. Okul skoruna bakıldığında tedavi başlangıcıyla tedavinin 3. ayında yapılan anketlerde skor değişikliği açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.005$).

Tablo 36: Kindl 2 ve kindl 3'ün yaşam kalitesi boyutları ile karşılaştırılması

	Kindl 2 Ortalama puan	Kindl 3 Ortalama puan	p
TYK skor	68.90	78.33	0.000*
Bedensel iyilik	56.33	68.57	0.000*
Duygusal iyilik	62.85	70.43	0.000*
Öz saygı	63.49	73.50	0.000*
Aile	66.12	74.21	0.000*
Arkadaş	77.05	84.16	0.001*
Okul	69.25	76.88	0.058

Tedavinin 1. ayıyla tedavinin 3 ayında yapılan kindl anketinde toplam yaşam kalitesi skoru açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş skorlarına bakıldığında tedavinin 1.ayıyla tedavinin 3. ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p<0.005$). Buna göre skorda artış bulundu.

V. TARTIŞMA

Çocuklarda tüm yaş gruplarında dışkılamanın normal bir düzen içinde olması sağlığın bir işareti sayılır. Kronik kabızlık, aile için ciddi bir hastalığın belirtisi olabileceğinden endişe kaynağıdır. Fonksiyonel kabızlığın sıklıkla akut presipitan bir olay sonrası, istemli veya bilinçaltı dışkı tutma sonrası kaynaklandığı düşünülür. Konstipasyonlu çocukların %95'inde herhangi bir organik hastalığa veya ilaca bağlı olmayan fonksiyonel konstipasyon vardır (2,3). Fekal inkontinans (enkoprezis) istemsiz bir şekilde forme, yarı forme ya da sulu şekilde iç çamaşırına dışkı kaçırmaya olarak tanımlanır ve 4 yaşını geçmiş büyüme çağındaki çocuğun fonksiyonel konstipasyonu ile ilişkilendirilir. Genel Polikliniğe başvuruda enkoprezis prevalansı %4.4'tür (4). Fonksiyonel kabızlığın patofizyolojisi şüphesiz ki çok faktörlüdür ancak nedeni tam olarak bilinmemektedir. Dışkılama gücünü kalın barsak, rektum ve anal sfinkterdeki işlev bozukluğunun bir sonucu olabilir. Kabızlığı olan çocuklarda çeşitli davranış problemlerinin görüldüğü, ancak bunların hafif olduğu ve genellikle barsak işlev bozukluğuna ikincil olduğu görülmüştür (7). Çocukluk çağı kabızlık tedavisinde eğitim çok önemlidir. Aile ve çocuk iyi ikna edilirse ve ciddi bir hastalığı olmadığı anlatılırsa tedavi etkili olur. Aileye ve çocuğa dışkı tutmanın mekanizması anlatılmalıdır. Aileye ve çocuğa bu tedavinin aylarca sürebileceği anlatılmalıdır (10,11). Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması için çocuk yemekten sonra günde 3-4 kez 10 dakika tuvalette oturtulmalı ve bu konuda olumlu yönde güçlendirilmelidir. Her başarılı dışkılamadan sonra takvime bir yapıştırma gibi ödüllendirmeler yararlı olabilir (7,10,11). Beslenmede bol sıvı alımı meyve suyu ve lifli gıdaların alımı desteklenmelidir. Çocuklarda kabızlık fiziksel semptomların yanında psikolojik ve sosyal süreçler de içerir. Kabızlığı olan bir çocuk; karın ağrısı, dışkı yaparken ağrı duyma yanında; toplum içinde kendini güvensiz, sinirli, sosyal ortamlarda ve arkadaş ilişkilerinde başarısız, utanmış hissedebilir. Bu da çocuğun yaşam kalitesini etkileyen bir süreçtir. Yaşam kalitesi (YK), mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak iyi olma durumu olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarında uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu, yalnızca yeterli fiziksel iyilik halinden öte bir şeydir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK), bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır (13).

Bizim çalışmamızda amacımız; fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavinin etkinliğini yaşam kalitelerini ölçerek değerlendirmektir. Beklentimiz tedavi öncesindeki yaşam kalitesinin, davranışsal tedaviyle artıp artmadığını görmek ve bir skor oluşturarak bunu davranışsal tedavinin ölçütü olarak göstermektir.

Fekal inkontinansta artan gaz çıkışı, iç çamaşırına kaçırılan bir çocukta ortaya çıkan koku nedeniyle olaya sosyal yönüyle bakıldığında; çocuğun özgüvenini kaybetmesi, arkadaş, aile, öğretmen ilişkilerinde bozulma gibi durumlara yol açtığı gözlenmiştir. Bizim tez çalışmamızda da yaşam kalitesini değerlendirirken kullandığımız göstergeler de öz saygı, aile, okul ve arkadaş ilişkilerini içerir.

Hollanda'da 134 fonksiyonel kabızlığı olan çocukta yapılan bir çalışmada, laxatiflerle birlikte davranış tedavisi uygulanan çocuklarla, sadece laxatif tedavisi alan çocuklar karşılaştırılmış ve davranış tedavisinin de dahil edilmesinin etkinlik açısından bir avantajı olmadığı gösterilmiştir (115). İki tedavi ile de defekasyon sıklığında artış olmuş fekal inkontinans sıklığında azalma olmuştur. Hatta defekasyon sıklığı sadece laxatif verilen grupta daha yüksek bulunmuştur (Sadece laksatif alan grupta haftada ortalama 7.2, davranış tedavisi de alan grupta 5.4). Bu tez çalışmasında davranış tedavisi etkili biçimde uygulanmıştır ve tedavinin etkinliği yaşam kalitesi değerlendirilmesiyle ölçülmüştür. Ancak konstipasyonlu çocuklarda uygulanan ve kabul gören standart medikal tedavi etik açıdan gereklilik yarattığı için uygulanmıştır veya devam edilmiştir. (Hasta popülasyonumuz diğer merkezlerden sevk ile gelen standart medikal tedavi uygulanmış çocuklardır). Bizim amacımız davranış tedavisi dışındaki standart medikal tedaviyi önceden alan ve tedavide başarı sağlanamayan çocuklarda tedavinin önemli bir parçası olan davranışsal tedavinin önemini vurgulamaktı. Hasta popülasyonumuz üniversite hastanesine gelen çocuklardı. (Üçüncü basamak sağlık hizmetleri). Bu hastalar birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurup davranışsal tedavi dışındaki standart medikal tedaviyi alan, bir süre kullanan, ancak tedavinin başarı sağlayamadığı çocuklardı. Konstipasyon tedavisinin nispeten uzun bir süreci gerektirmesi, bu uzun süreçte tek başına medikal tedavinin yeterli olmaması, davranışsal tedavinin uygulanmadığı durumlarda genellikle şikayetlerin tekrarlaması bizim çalışmamızdaki çıkış noktamızı oluşturdu. Hastalara davranışsal tedavinin gerekliliği anlatılıp uzun sürebilecek bu aşamada davranışsal tedavi uygulandı. Tüm grupta tedavinin 1. ve 3. ayında bakılan yaşam kalitesi skorlarında anlamlı bir yükseliş olduğu görüldü. Bu durum 129 çocukta yaptığımız çalışmamızda uygulanan tedavinin başarılı olduğunu göstermektedir.

Borowitz ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada medikal tedavi, medikal tedavinin yanında tuvalet eğitimi; medikal tedavi, tuvalet eğitimi ve biyofeedback

tedavileri uygulanmış ve etkinlikleri karşılaştırılmış, belirgin fark saptanmamıştır, ancak tuvalet eğitiminin fekal inkontinansın azalmasında önemli rolü olduğu gösterilmiştir (116). Bizim çalışmamızda da tuvalet eğitimi davranışsal tedavinin önemli bir parçası olarak yer almıştır.

Taitz ve arkadaşlarının 47 çocukta yaptığı bir çalışmada davranış tedavisinin (eğitim, tuvalet eğitimi, olumlu önermeler gibi) medikal tedaviye bir katkı sağlamadığı gösterilmiştir (117). Bizim çalışmamızda ise yaşam skorları yükseldiği için davranış tedavisinin etkinliğinin olduğu gösterilmiştir. Bu durum hasta popülasyonları arasındaki farktan kaynaklanabilir.

Fonksiyonel kabızlığın tedavisinde davranış modelleri çok büyük önem taşır. Bunlar arasında aile ve çocuğun eğitimi, tuvalet eğitimi, beslenme düzenlenmesi, ödül ceza gibi yöntemler ve pozitif olarak destekleme vardır. Hastalığın oluşumu ve tedavisi hakkında ailenin sosyokültürel durumuna göre bilgi vermek tedaviye uyumunu arttıracaktır. Aileye ve çocuğa dışkı tutmanın mekanizması anlatılmalıdır. Dışkı kaçırmamanın istemsiz bir olay olduğu ve genişlemiş rektumun dışkı ile dolmasının ardından bunun olabileceği ve tedaviye başladıktan sonra bunun hayat boyu sürececek bir sorun olmadığı açıklanmalıdır. Eğer enkoprezis mevcut ise aileye ve çocuğa bunun istemli olmadığını anlatmak sosyal problemleri önler. Anne babalara pozitif ve destekleyici davranış şeklini benimsemeleri önerilmelidir, bunu başaramayacakları hissedilirse, eğitim desteği artırılmalıdır. Tedavinin uzun süreli olduğu, ilaçların uygun dozda ve sürede kullanılmasının tedavi başarısı için gerekli olduğu belirtilmelidir (64). Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması için çocuk yemekten sonra günde 3-4 kez 10 dakika tuvalette oturtulmalı ve bu konuda olumlu yönde güçlendirilmelidir. Her başarılı dışkılamamanın ardından takvime bir yapıştırma gibi ödüllendirmeler yararlı olabilir (7,10,11). Beklendiği gibi davranış tedavisiyle birçok çocuk eşlik eden davranış problemlerini düzeltmiştir. Bu sürpriz değildir çünkü davranış tedavisiyle kaygılar azalır, ailelere davranış tedavi metodları öğretilir.

Bazı çalışmalar davranışsal bozuklukların, kişilik bozukluklarının kabızlık ve fekal inkontinansın psikolojik ve davranışla tedavi edilmesi gereken bir yönü olduğunu vurgulamaktadır (118,119). Bazıları da bu davranışsal bozuklukların psikolojik anormalliklere ikincil olduğunu ve pediatri yaklaşımlarıyla tedavi edilmesi gerektiğini savunmuşlardır(120,121). Bizim çalışmamızda da kabızlığı davranışsal tedaviyle düzelen çocukların yaşam kalitesi sorgulanırken duygusal iyilik, öz saygı gibi psikolojik yönlerde de düzelme olduğu görülmüştür.

Fonksiyonel kabızlığın uzun bir süreci kapsamaması nedeniyle kabızlığı olan çocuklar bu durumu kendilerine hastalık olarak tam adapte ederler ve engellemeye çalışırlar. Bunun sonucu olarak kaygılar artar, benlik saygısı ortadan kalkar ve sosyal ilişkilerden özellikle okulda kendini geri çekme olarak ortaya çıkar (100,101). Tedavi süreçlerindeki gelişmeler kronik hastalığı olan çocuk ve adölesanların sağlıkta yaşam kalitesi konusunda endişeler doğurmuştur (102). Bu durum objektif ve subjektif olarak mutluluğun ve memnuniyetin göstergesi sayılabilir, aynı zamanda sağlığın iyi olma halinin sosyal fonksiyonların psikososyal stres yokluğunun veya organik semptomların ya da her ikisinin subjektif olarak algısıdır (103).

The child behavior checklist (CBCL) in kullanıldığı bir çalışmada (bedensel komponent, dikkat problemleri, öğrenme problemleri, sosyal problemler, depresif semptomlar) fonksiyonel kabızlığı olan çocuklar ve non retentive fekal inkontinansı olan çocuklarda hafif davranış bozuklukları saptanmıştır (122). Bizim çalışmamızda kullandığımız Kindl yaşam kalitesi anketleri de bedensel, duygusal, özsaygı gibi boyutları kapsamaktadır. Buna göre tüm yaş gruplarına baktığımız zaman tedavi öncesi düşük olan bedensel iyilik ve öz saygı skoru tedavinin 1. ayında anlamlı olarak yükselmiş, tedavinin 3. ayında ise bu yükselişe duygusal iyilikteki artış da eklenmiştir (Tablo 34, 35). Bu da çalışmaya alınan hastaların yaşam kalitesi değerlendirilirken somatik semptomların yanında duygusal parametrelerin de kabızlıkta önemli olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamızda kullandığımız yaşam kalitesi anketleri yaşa özel olduğu için yaşa göre değerlendirmemizde 8-12 yaş arası çocuklarda tedavinin başlangıcı ve birinci ayı arasında bedensel ve duygusal iyilikte bir düzelme görülmüş, üçüncü ayında ise bu düzelmeye öz saygı da eklenmiştir (Tablo 18, 19). 12-16 yaş arasındaki çocuklarda da aynı düzelme görülmüş ancak 3. ayda duygusal iyilikte belirgin yükselme görülmemiştir (Tablo 13). Bunların doğrultusunda bakacak olursak bizim çalışmamız yaşa özel olarak gruplandırılıp yapıldığı için, davranış problemlerini göstermede daha iyidir. 8-12 yaş grubunda tedavinin 3. ayında daha iyi yaşam kalitesi skorlarına ulaşmak daha önce bahsettiğimiz gibi kabızlık tedavisinin uzun bir süreyi kapsadığı ve tedavinin erken kesilmemesinin gerekliliğini gösteren öğelerden olduğunu anlatır (8, 12).12-16 yaş arasında ise ergenlik sürecinin başlamasından dolayı ailelerin biraz daha devre dışı kalması, uzun davranış tedavisine uyumda zorlanmanın getirdiği minimal etkilenme olarak yorumlanabilir.

Fonksiyonel kabızlık adölesanlarda görülen karın ağrısı nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturur (105). Karın ağrısı ve dışkı kaçırma, psikososyal zorluklar, akran ilişkilerinin bozulması ve ailesel stres gibi zorluklar yaratabilir (106, 107). Aileler için de sağlığın göstergesi olarak görülen dışkılamamanın bozulması büyük endişe kaynağıdır. Bizim

çalışmamızda da aile için yapılan yaşam kalitesi değerlendirmesinde çocuklara yapılan oranla skorlardaki artış daha az dikkat çekicidir. Bu durum ailelerin daha endişeli, kaygılı tutumlarından kaynaklanıyor olabilir. Ailelerle yapılan duygusal temaların kullanıldığı bir anket çalışmasında kronik kabızlığı olan ailelerin çocuklarında, ailelerin çocuklara karşı toleransızlığında, aile içi hayal kırıklıklarında, okul durumlarında anlamlı bir şekilde normal çocuklara göre yüksek oran bulunmuştur (123). Bizim çalışmamızda tüm yaş grupları değerlendirildiğinde tedavinin başlangıcıyla tedavi sonrası dönemde aile içi ilişkilerde belirgin düzelme görülmüştür (Tablo 34, 35, 36). Bu da bahsedilen çalışmayla korele bir sonuçtur. Ancak aileye özgü yapılan değerlendirmede ailelerin verdiği yanıtla göre aile ilişkilerinde ve okul ilişkilerinde anlamlı sonuç yoktur, ancak az da olsa skorlarda yine de artış söz konusudur.

İnsan ilişkilerinde ve çevrede yüksek oranda kırgınlık ve uyumsuzluk; kabızlığı olan ya da diğer sindirim problemleri olan yetişkin ve çocuklarda görülmektedir (124, 125, 126, 127, 128, 129).

Psikoanaliz çalışmalar yapan bazı araştırmacılara göre; konstipasyon ile sinirlilik ve kırgın olma ilişkisinin çocuğun psikoseksüel gelişmesindeki anal fazla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (124, 130, 131, 132).

Konstipasyonla ilişkili olan fekal inkontinans çocuk için utanç verici bir olaydır; alay eden yaşlıları, büyük sorun oluşturur. Bu çocuklar birçok duygusal zorlukla başa çıkmak zorundadırlar. Utanç, bunun fark edilmesinin korkusu, sosyal çekingenlik, benlik saygısı ve kendine güven kaybı gibi sorunlar bu çocuklarda fazlasıyla görülür. Fekal inkontinansın çocuk ve aileye bu kadar büyük etkisinden yola çıkarak bu çocukların davranış ve yaşam kalitelerine olan etkiyi ve ilişkiyi incelemek gereklidir. Faleiros ve Machado; fonksiyonel defekasyon sorunları olan çocuklarda *Child Health Questionnaire – Parent Form 50 (CHQ PF50)* yi kullanarak çocuğun yaşam kalitesinin önemini değerlendirmiştir (133). Beklendiği üzere fonksiyonel kabızlığı, fonksiyonel fekal inkontinansı ve non retentive fekal inkontinansı olan çocuklarda fiziksel ve psikososyal skorlar sağlıklı çocuklara göre düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise kontrol grubu olarak kabızlığı olmayan çocuklar alınmamıştır. Amacımız yaşam kalitesi skorlarının verdiğimiz tedaviyle değişip değişmeyeceğini görerek, kabızlık ve yaşam kalitesinin iç içe olduğunu ve tedavinin etkinliğini yaşam kalitesini ölçerek değerlendirmektir. Bizim çalışmamızda da tedavi öncesi ölçtüğümüz yaşam kalitesi skorları düşüktü. Tedavinin birinci ve üçüncü ayında ise bu skorların anlamlı bir şekilde yükseldiğini gördük. Bu da bize kabızlığın tedaviyle düzeltilmesinden sonra düşük olan yaşam kalitesinin arttığını gösterdi. Bizim çalışmamızda tüm yaş gruplarına baktığımızda tedavinin 1. ayındaki yaşam

kalitesi skorlarından bedensel iyilik, öz saygı, ve toplam yaşam kalitesi skorlarının anlamlı olarak arttığı tedavinin üçüncü ayında ise bu artışa diğer boyutların da eklendiğini görüyoruz (Duygusal iyilik, arkadaş, aile gibi) (Tablo 34, 35, 36). Buradaki artış tedavinin uzun bir süreyi kapsamaması gerektiğini ve olayın kronik bir süreç olduğu gerçeğini tekrar anlamamızı sağlayacaktır.

Kronik kabızlığın bozulmuş yaşam kalitesiyle ilişkisini gösteren bir vaka kontrol çalışmasında sürpriz olarak; fonksiyonel kabızlığı olan çocukların yaşam kalitesi skorları gastroözofageal reflüsü ve inflamatuvar barsak hastalığı olan çocuklara göre daha düşük bulunmuştur (134). Fonksiyonel kabızlık yukarıdaki diğer iki hastalığa göre büyük bir hastalık ve okula devamsızlık yaratacak bir sorun olarak değerlendirilmez ve aileler, bakıcılar açısından görmezden gelinebilir; ama çocuğun günlük yaşamını ciddi anlamda etkiler. Youssef ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada karın ağrısı ve ağrılı dışkılama, konstipasyonu olan çocuklarda %89 oranında rapor edilmiş ve yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel skoru, inflamatuvar barsak hastalığı olanlardan, gastroözofageal reflüsü olanlardan ve sağlıklı çocuklardan daha düşük bulunmuştur (134). Bizim çalışmamızda da yaş gruplarına ayrı ayrı baktığımızda ya da diğer çalışmalarda olduğu gibi çalışmadaki tüm yaş gruplarına baktığımızda bizim çalışmamızdaki yaşam kalitesi ölçeğindeki fiziksel skor yani bedensel iyilik skorları tedavinin birinci ve üçüncü ayında anlamlı bir şekilde yükselmiştir. Bedensel iyilik bizim anketimizde sorgulanırken karın ağrısı da sorulan sorulardan ilkiydi. Burdan da anlaşılacağı üzere çalışmamızdaki çocukların bedensel iyilik skorları verdiğimiz tedaviyle artmış, iyileşen yaşam kalitelerinin de gözle görülen göstergesi olmuştur. Diğer çalışmada özellikle belirtilen karın ağrısı bizim çalışmamızdaki bedensel iyilik skorunu belirleyen önemli göstergelerden biridir. Youssef ve arkadaşlarının yaptığı aynı çalışmada kronik kabızlığı olan çocukların aileleri, çocukları için sağlıklı çocukların ve diğer gastrointestinal problemleri olan çocukların ailelerinden daha düşük sosyal ve duygusal skorlar vermiştir (134). Bunun nedeni kabızlığın uzun bir süreyi kapsayan kronik bir süreç olmasından ve kabızlığın, çocukların dışında ebeveynlerde de olmasından olabilir. Bizim çalışmamızda; ailelerle yaptığımız yaşam kalitesi değerlendirmesinde tedavi başlangıcı ve tedavinin birinci ayı karşılaştırıldığında sadece öz saygı; üçüncü ayda ise ek olarak toplam yaşam kalitesi skorunda anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 15, 16, 17). Diğer skorlarda istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ancak sayısal olarak yine de skorlarda artış söz konusudur. Ailelerin gözüyle de uygulanan tedaviyle yaşam kalitesinde iyileşme mevcuttur, ancak daha belirgin olan onların gözüyle çocukların öz saygısıdır. Bu da genelde çocuklar tarafından gizlenen bu tür duyguların açığa çıkmasının daha fark edilebilir olmasından kaynaklanabilir. Ailelerin çocuklarının

duygusal ve sosyal yaşam kalitesi skorlarını çocukların kendi değerlendirmelerine göre düşük tutmasını bizim çalışmamızda da benzer olarak görmekteyiz. Bunun nedeni ailelerin daha koruyucu, endişeli ve beklentilerinin daha yüksek olması olabilir.

Araştırmacılar kaygının bozulmuş yaşam kalitesinin altında yatan önemli bir unsur olduğunu savunurlar. Artan kaygı, fonksiyonel defekasyon problemi olan çocuklarda sosyal iyi olma halini etkiler. Fekal inkontinansı olan çocuklar olmayanlara göre daha çok kaygı ve depresif semptomlar, aile ortamlarında daha az katkı ve daha zayıf ilişki, daha büyük sosyal problemler, daha fazla okul problemi ve daha fazla rahatsızlık veren davranışlara sahiptir (135, 136). Ebeveynler fekal inkontinansı olan çocuklarda daha çok dikkat ve hareket problemleri bildirmişlerdir. Fekal inkontinansı olan çocuklarda olmayanlara göre antisosyal davranışlar daha sık bulunmuştur (136). Bizim çalışmamızda da tüm yaş gruplarını birlikte incelediğimizde tedavinin üçüncü ayında aile ve arkadaş skorlarında anlamlı artış, okul skorlarında da sayısal bir artış saptanmıştır (Tablo 34, 35, 36). Bu da bize tedavi öncesi daha düşük olan yaşam kalitesinin aile, arkadaş ve okul boyutunun bedensel ve duygusal iyileşmeden sonra düzeldiğini (Tedavinin üçüncü ayında yükselmesi) ve bu üç boyutun da kabızlığın düzelmesi ve tedavinin etkisiyle iyileştiğini gösterir. Okul performansında bu iyileşmenin daha az oluşu okul performansında başka etmenlerinde önemli rol oynamasından olabilir.

Fekal inkontinanslı çocuklarda yapılan bir çalışmada sadece laxatif ve laxatif+biyofeedback tedavi uygulanarak bir karşılaştırma yapılmış ve bunlara *Child Behaviour Check List* uygulanmıştır (111). Ek olarak biyofeedback tedavi verilen çocukların tedavi sonuçları daha başarılı bulunmuş ancak uzun süreli izlemde ek katkı sağlamadığı görülmüştür. İki grupta da başarılı tedavi olanların davranış skorlarında anlamlı bir düzelmeye saptanmıştır. Bu veri davranış problemlerinin fekal inkontinansa sekonder geliştiğinin bir göstergesi sayılabilir. Biyofeedback tedavi psikolojik öğrenme teorilerinden türetilmiş güçlendirmeye dayanan bir alışkanlık eğitimidir. Kabızlığı olan çocuklarda biyofeedback, duyuşsal bozukluğu olanlarda rektal duyarlılığı artırır, dış anal sfinkter kontrolünü güçlendirir, düzeltir, yeterli dışkılama ve barsaklarına hakim olabilmeyi sağlayacak daha iyi eşgüdümlü kasılmayı ve gevşemeyi sağlar (137). Davranışsal tedavi, aile ve çocuğun eğitimi ile başlar ve çocuğa normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması için çocuğun yemekten sonra günde 3-4 kez 10 dakika tuvalette oturtulması ve bu konuda olumlu yönde güçlendirilmesi ile devam eder. Her başarılı dışkılamadan sonra takvime bir yapıştırma gibi ödüllendirmeler yararlı olabilir (7,10,11). Beslenmede bol sıvı alımı meyve suyu ve lifli gıdaların alımı desteklenmelidir. Bizim çalışmamızda da tüm alanlarda yaşam kalitesi skorlarında tedavinin sonunda anlamlı

bir iyileşme saptanmış ve tedavimiz başarılı olarak kabul edilmiştir. Bizim çalışma grubumuz, dışarıda laksatif tedavi almış ancak tedavi etkinliği sağlanamamış çocuklardan oluşmaktaydı. Biz, davranış tedavisini ek olarak uygulayarak tedavinin etkinliğini arttırmayı amaçladık. Çünkü kabızlık tedavisi sadece medikal tedaviyle uygulanabilecek yaklaşımları içermemelidir. Bu zamana kadar sağlığa dayalı yaşam kalitesi anketleri kullanılarak tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmanın olduğu çalışma yapılmamıştır. Bizim çalışmamız tedavi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesini ölçen bir çalışma olarak bu anlamda önemlidir. Jenerik bir yaşam kalitesi anketi uygulanarak yapılmıştır, kabızlığa yönelik hastalığa spesifik bir yaşam kalitesi anketi kullanılarak tedavi öncesi ve sonrasında değerlendirilme gerekliliğini de göstermesi bakımından önemlidir. Erişkinlerde yapılan iki çalışmada başarılı tedavilerin ardından kabızlığı olan hastalarda yaşam kalitelerinde düzelme görülmüştür(138, 139). Nyam ve arkadaşlarının kabızlık cerrahisinden sonra erişkinlerde yaptığı yaşam kalitesi ile ilgili çalışmada hastaların %87 sinde cerrahiden altı ay, üç yıl ve beş yıl sonra yaşam kalitelerinde belirgin düzelme saptanmıştır (139).Bu çalışmalar, kabızlığın tedavi edilmesiyle sağlığa dayalı yaşam kalitesinde düzelmeye kaçınılmaz olduğunu göstermiştir.

Voskuijl ve arkadaşlarının geliştirdikleri çocuklar için kabızlığa spesifik yaşam kalitesi anketi vardır (140). Ancak kendi ülkemizde sadece yabancı dilden dilimize çevrilerek yapılan anket yeterli olmayabilir. Kültürel farkların da düşünülerek plan yapılması gerekmektedir. Bunun doğrultusunda, kabızlığa spesifik anketin kullanılmasıyla tedavi öncesi ve sonrası olarak başka çalışmalar yapılabilir. Bizim çalışmamızda kullanılan yaşam kalitesi anketi Türkçe'ye çevrilen ve kültürel uyarlanması yapılan bir ankettir (113). Bizim çalışmamızda olduğu gibi jenerik yaşam kalitesi ölçekleri kullanarak kabızlıkla ilişkilerini araştıran çalışmalar vardır. Sood ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; kronik kabızlığı olan beş ve fonksiyonel fekal inkontinansı olan onbir çocukta düşük yaşam kalitesi skorları bulunmuştur (141). Kinservik, 2-5 yaş arasında konstipasyonu olan 25 çocukta ve ailelerinde yaptığı bir çalışmada fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan negatif yönde etkilendiklerini ve düşük yaşam kalitesi skorlarıyla korele bir şekilde endişe düzeyinde yüksek olduğunu saptamıştır (142). Çocukluk çağında kabızlığı olan genç erişkinlerde yapılan bir çalışmada da düzgün tedavi edilmeyen hastaların yaşam kalitelerinde erişkin döneme geldiği zamanda da düşük yaşam kalitesi verileri saptanmıştır (143). Bizim çalışmamızda da tedavinin üçüncü ayında yaşam kalitelerinin net bir şekilde düzeldiğini görüyoruz, ancak uzun bir süreci kapsayan kabızlık tedavisinin erken kesilmesi ya da değişik nedenlerle etkili tedavinin olmaması gibi nedenlerle çocuklarda yaşam

kalitesinin ilerleyen dönemlerde tekrar bozulabileceği ve takibe ihtiyaç olduğu düşünülebilir.

Kanıt dayalı tedavi çağında, klinik deneyimlerle desteklenen tedavi yaklaşımları bilimsel kanıtlarla yönetilmelidir. 1993'ten beri yaşam kalitesi ölçekleri klinik araştırmaların takibinde kullanılan gerekli ve primer ölçümler olarak kullanılmaktadır (144, 145). Yaşam kalitesi anketleri bireyin biyopsikososyal iyi olma halini içerir nitelikte olmalıdır. Buna göre kişilerin tavır, inanış, kültürel faktörler, sosyal hayat, okul, aile, toplum ilişkileri gibi özelliklerini içermelidir. Organik hastalıklarda objektif ölçeklerin kullanılmasının (klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular) tersine fonksiyonel bozukluklarda aile ve hastayı içeren yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması değerlendirmede daha iyi olabilir (146). Bizim çalışmamızda davranışsal tedavi verilen çocuklar izlemdeki yarar görme durumları yaşam kaliteleri ölçülerek değerlendirilmiştir. Ve yaşam kalitesi ölçülürken çocukların yanı sıra aileyi de içeren ölçekler kullanılmıştır.

Brezilya'da fonksiyonel dışkılama problemi olan 100 çocukta yapılan bir çalışmada; bizim çalışmamızda olduğu gibi sosyodemografik veriler de incelenmiştir (146). Hastalar fonksiyonel kabızlığı olanlar, fonksiyonel fekal inkontinansı olanlar ve non retentive fekal inkontinansı olanlar diye gruplandırılmıştır. Bu hastaların anne ve baba eğitim durumu, kardeş sayısı, evdeki kişi ve oda sayılarına bakılmıştır. Grupların sosyodemografik verileri benzer olarak bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği verileri, fiziksel ve psikososyal skorlar olarak ayrılmıştır. Buna göre fonksiyonel kabızlık ile non retentive fekal inkontinans arasındaki fiziksel skorlar benzer bulunmuş; non retentive fekal inkontinansı olanlarda fiziksel skor daha düşük bulunmuştur. Sosyodemografik verileri farklı olmayan bu iki grup arasında fiziksel iyilik açısından fark saptanması bu çalışmada sosyodemografik verilerin yaşam kalitesine etki etmediğini düşündürülebilir. Bizim çalışmamızda ise anne eğitim durumu düşük olanların yaşam kalitelerine bakıldığında okul skorunun da düşük olduğu ve aralarında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Tedavinin birinci ayında öz saygı skoru da etkilenmiş, üçüncü ayda ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. Okulun tedavi başlangıcında etkilenip sonrasında etkisinin azalması tedaviyle başka faktörlerinde ortaya çıkmasının payı olduğunun göstergesi olabilir. Aynı şekilde baba eğitim durumu ve gelir durumuyla toplam yaşam kalitesi skoru arasında tedavinin başlangıcı ve birinci ayında anlamlı sonuç saptanmıştır. Bu beklenen bir sonuç olarak görülebilir. Yaşam kalitesi bir çocuğun sosyodemografik verilerinde etkilidir. Bizim çalışmamızda oda sayısı, çocuğun oda varlığı ve evde yaşayan kişi sayısına baktığımızda oda sayısının artmasıyla yaşam kalitesi skorlarından özellikle öz saygı skorunun arttığı görülmüş; kendisine ait odası olanlarda öz saygı skorlarında da

anlamli artiş saptanmıştır. Aynı Şekilde evde yaşayan kişi sayısı arttığında tedavinin üçüncü ayında bedensel iyilik skorlarında anlamli azalma saptanmıştır. Bu Şekilde bakarsak tedavinin başlangıcında ve sonrasında değerlendirilen yaşam kalitesi skorlarının değişik sosyodemografik verilerle değişmesi bize; verdiğimiz tedavinin yaşam kalitesi skorlarını iyileştirerek değiştirmesinden ve sosyodemografik verilerin tek tek değerlendirmesinden kaynaklanıyor olabileceğini gösterir. Ancak sosyodemografik veriler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilirken unutulmaması gereken nokta başka faktörlerin de yaşam kalitesini etkileyebileceği ve etkilenen yaşam kalitesinin sosyodemografik verilere direk olarak dayandırılmayacağıdır. Daha fazla sosyodemografik veriyle yapılan yaşam kalitesi çalışmalarına ihtiyaç vardır. Brezilya’da yapılan bahsedilen çalışmada psikososyal veriler gruplara göre değişmemiştir (Sosyodemografik verileri aynı olan grupların psikososyal skorlarında farklı bulunmamıştır.) (146). Bizim çalışmamızda sosyodemografik verilerden sadece bedensel skorlar değil psikososyal skorlar da etkilenmiştir. Brezilya daki çalışmada fonksiyonel defekasyon problemi olan çocuklarla sağlıklı kontrolleri arasında yaşam kaliteleri açasından fark bulunmuştur. Ve düşük skorlar defekasyon problemi olan çocuklarda tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda daha önce vurguladığımız gibi fonksiyonel kabızlığı olan çocukların yaşam kalitesi skorları tedaviyle düzelmiştir.

Sonuç olarak bütün olarak baktığımızda düzelen yaşam kalitesi skorları fonksiyonel kabızlıkla yaşam kalitesi arasındaki güçlü ilişkiyi göstermede, davranış tedavisinin eşlik ettiği standart medikal tedavinin etkinliğini göstermede ve kullandığımız sosyodemografik verilerle yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermede başarılı olduğumuzun kanıtıdır. Ancak kabızlığa spesifik bir yaşam kalitesi anketi kullanarak ve bunu kültürel değerlere uygun olarak geliştirerek yapılacak daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır. Çünkü sağlığın ve iyi olma halinin subjektif göstergeleri sayılan yaşam kalitesi ölçeklerinin, tedavi başarılarını değerlendirmede de etkili oldukları görölmüştür.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Tüm yaş gruplarını birlikte incelediğimizde çalışmaya alınan çocukların tedavi başlangıcı ve tedavinin birinci ayındaki yaşam kalitesi skorlarından toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik ve öz saygı skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yani belirgin artış saptandı (üçü için $p:0.000$).
2. Tedavi başlangıcı ve tedavinin üçüncü ayı arasındaki yaşam kalitesi skorlarına bakıldığında okul boyutu hariç tüm boyutlarda artış saptandı ($p:0.000$, aile boyutunda $p:0.004$).
3. Sosyodemografik verilerden anne ve baba eğitim durumu, anne ve baba çalışma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, evdeki oda sayısı, çocuğa ait oda varlığı, gelir durumu, sosyal güvence gibi maddelerle yaşam kalitesi skorlarından bazılarıyla istatistiksel açıdan anlamlı sonuç bulundu ($p<0.05$). Ancak çevresel ya da başka faktörlerin de bunda rol oynadığı düşünüldü.
4. Fonksiyonel kabızlığın tedavisinde sadece standart medikal tedavinin yeterli olmadığı yaşam kalitesinde istenilen düzelmelerin sağlanması için davranış tedavisinin unutulmaması gerektiği görüldü.
5. Toplum ve hekimler tarafından davranış tedavisinin diğer tedavilerle uygulanma eksikliğinin iyi anlaşılması gerekliliği görüldü.
6. Kabızlığın kronik bir süreci içerdiğinin bilinmesi gerektiği ve bu süre içinde yaşam kalitesinin giderek bozulabileceği vurgulandı. Çocuk ve ailenin yaşam kalitesinin bozulması hekime olan güveni azaltabilir, bu nedenle iyi bir işbirliği sağlanarak öncelikle güven verilmesi ve tüm tedavi bileşenlerinin bir arada uygulanması önerildi.
7. Uzun vadede yaşam kalitesinin erişkin yaşlarda da takibi gerekir. Bu durum sekonder olarak ortaya çıkabilecek sonuçların önüne geçme açısından önemlidir.

Sonuç olarak; bu çalışma fonksiyonel kabızlıkta davranışsal tedavinin önemini, fonksiyonel kabızlığın yaşam kalitesini önemli ölçüde bozduğunu; bu kronik süreçte davranışsal tedavinin etkili bir şekilde uygulanması tedavinin başarısını arttırdığını ve bunu yaşam kalitesini yükselterek gösterdiğini anlamamızı sağlamıştır. Literatürde çocukluk çağı fonksiyonel kabızlık ile ilgili tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesini değerlendiren çalışma olamaması açısından bu çalışma önemlidir. Ancak kabızlığa spesifik bir yaşam

kalitesi anketi kullanarak ve bunu kültürel değerlere uygun olarak geliştirerek yapılacak daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır. Çünkü sağlığın ve iyi olma halinin subjektif göstergeleri sayılan yaşam kalitesi ölçeklerinin, tedavi başarılarını değerlendirmede de etkili oldukları görülmüştür.

ÖZET

FONKSİYONEL KABIZLIĞI OLAN ÇOCUKLARDA DAVRANIŞSAL TEDAVİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Çocuklarda tüm yaş gruplarında dışkılamanın normal bir düzen içinde olması sağlığın bir işareti sayılır. Kronik kabızlık, aile için ciddi bir hastalığın belirtisi olabileceğinden endişe kaynağıdır. Fonksiyonel kabızlığın sıklıkla akut presipitan bir olay sonrası, istemli veya bilinçaltı dışkı tutma sonrası kaynaklandığı düşünülür. Çocuklarda kabızlık fiziksel semptomların yanında psikolojik ve sosyal süreçleri de içerir. Kabızlığı olan bir çocuk; karın ağrısı, dışkı yaparken ağrı duyma yanında; toplum içinde kendini güvensiz, sinirli, sosyal ortamlarda ve arkadaş ilişkilerinde başarısız, utangaç hisseder. Bu da çocuğun yaşam kalitesini etkileyen bir süreçtir. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarında uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Çocukluk çağı kabızlık tedavisinde eğitim çok önemlidir. Aile ve çocuk iyi ikna edilirse ve ciddi bir hastalığı olmadığı anlatılırsa tedavi etkili olur. Aileye ve çocuğa dışkı tutmanın mekanizması anlatılmalıdır. Aileye ve çocuğa bu tedavinin aylarca sürebileceği anlatılmalıdır. Bizim çalışmamızda amacımız; fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda davranışsal tedavinin etkinliğini yaşam kalitelerini ölçerek değerlendirmektir. Beklentimiz tedavi öncesindeki yaşam kalitesinin, davranışsal tedaviyle artıp artmadığını görmek ve bir skor oluşturarak bunu davranışsal tedavinin ölçütü olarak göstermektir.

Çalışmamıza fonksiyonel kabızlığı olan 129 çocuk alındı. Çalışma grubundaki çocuklara kabızlığın davranışsal tedavisi uygulandı. Hastalara sosyodemografik anket ve tedavi başlangıcında, tedavinin birinci ayında ve tedavinin üçüncü ayında değişik yaş gruplarına göre düzenlenmiş KİNDL yaşam kalitesi anketleri uygulandı. Bu anketler yaş gruplarına göre 12-16 yaş için kiddo kindl anketi; 8-12 yaş için kid kindl anketi; 4-7 yaş için kiddy kindl anketi ve 4-7 yaş arasındaki anketlerini kendileri yapamayan çocuklar için aile formu kindl anket şeklinde uygulandı. Yaşam kalitesi anketinde, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş okul gibi boyutlar yer almaktaydı.

Çalışmaya alınan fonksiyonel kabızlığı olan çocuklar önce yaş gruplarına göre ayrılarak yaşam kaliteleri, tedavi başlangıcı ve sonrasında olacak şekilde ayrı ayrı incelendi. Tüm yaş gruplarını birlikte incelediğimizde çalışmaya alınan çocukların tedavi

başlangıcı ve tedavinin birinci ayındaki yaşam kalitesi skorlarından toplam yaşam kalitesi skoru, bedensel iyilik ve öz saygı skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yani belirgin artış saptandı (p değerleri her üçünde 0.000 idi). Tedavi başlangıcı ve tedavinin üçüncü ayı arasındaki yaşam kalitesi skorlarına bakıldığında okul skoru hariç tüm boyutlarda artış saptandı (Toplam yaşam kalitesi, bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı ve arkadaş skorları için p:0.000, aile skoru için p:0.004). Sosyodemografik verilerden anne ve baba eğitim durumu, anne ve baba çalışma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, evdeki oda sayısı, çocuğa ait oda varlığı, gelir durumu, sosyal güvence gibi maddelerle yaşam kalitesi skorlarından bazılarıyla istatistiksel açıdan anlamlı sonuç bulundu. Ancak çevresel ya da başka faktörlerin de bunda rol oynadığı düşünüldü.

Bu çalışmanın sonuçları; fonksiyonel kabızlıkta davranışsal tedavinin önemini, fonksiyonel kabızlığın yaşam kalitesini önemli ölçüde bozduğunu; bu kronik süreçte davranışsal tedavinin etkili bir şekilde uygulanması tedavinin başarısını arttırdığını ve bunu yaşam kalitesini yükselterek gösterdiğini anlamamızı sağlamıştır. Kronik bir sorun olan fonksiyonel kabızlık sadece medikal tedavi ile tedavi edilmemelidir ve davranışsal tedavi de tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen fonksiyonel kabızlık uzun vade de takip edilmeli, sekonder olarak ortaya çıkabilecek sorunların bu şekilde önüne geçilmelidir.

Anahtar sözcükler: Fonksiyonel kabızlık, yaşam kalitesi, davranışsal tedavi,

SUMMARY

EFFECT OF BEHAVIORAL THERAPY ON QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL CONSTIPATION

During childhood, regular defecation in all age groups is considered as a marker of health. Chronic constipation is a source of concern for the family as it may be a sign of serious disease. Functional constipation is considered to develop following intentionally or unintentionally ceasing defecation after an acute precipitating event. In the children, constipation involves psychological and social processes in addition to physical symptoms. A constipated child experiences abdominal pain and pain during defecation as well as he feels himself as unconfident, nervous, unsuccessful in the social environments and relationships with friends, and shy. This is a process affecting quality of life of the child. Basically, the quality of life should be viewed as concept affecting individual satisfaction in adaptation during life conditions and representing individual responses to the physical, mental and social effects of the disease condition on daily life by the individual. Training is of great importance in treatment of constipation during childhood. The treatment becomes effective if the family and child are conceived well and explained that the child doesn't have a serious disease. Mechanism of incontinence should be explained to the family and the child. They also should be told that the treatment may last for several months. Our aim in the present study was to evaluate effectiveness of behavioral therapy on constipation by measuring quality of life. Our expectation was to see whether quality of life increased with behavioral therapy and to demonstrate it as a measure of behavioral therapy.

A total of 129 children were included in the present study. The children in the study group underwent behavioral therapy for constipation. The patients had sociodemographical survey and KINDL quality of life survey adjusted for age groups were applied on the first and third months of the treatment. These surveys were applied as kiddo kindle survey for the age group of 12-16; kid kindle survey for age group of 8-12; kiddy kindle survey for the age group of 4-7; and family form of kindle survey for the children unable to complete the surveys by themselves. The survey for quality of life consisted of such domains as bodily well-being, emotional well-being, self-confidence, family, friends, and school.

The constipated children included in the study were divided into groups by their age groups and their quality of life was examined separately at the beginning and end of

the treatment. When all age groups were examined collectively, among the quality of life scores at the beginning and first month of the treatment in the children included in the study, statistically significant differences were found in total scores of quality of life, bodily well-being and self-confidence scores ($p: 0.000$ for all). When quality of life scores were examined at the beginning and the third month of treatment, significant increases were found for all domains (except school domain) ($p: 0.000$ for domains of bodily well-being, emotional well-being, self-confidence and friends; $p: 0.04$ for family domain). For the sociodemographical data, statistically significant differences were found for educational status of parents, employment status of parents, number of householders, number of rooms in the house, presence of a special room for the child, income level, and social security as well as some scores of quality of life. However, it was considered that environmental or other factors might have a role in this difference.

Results of the present study led us to understand importance of behavioral therapy in functional constipation, that functional constipation impaired quality of life significantly; that administering effectively behavioral therapy in this chronic process increased success of the treatment substantially and demonstrated this effectiveness by improving quality of life. Functional constipation, a chronic condition, should not only be treated with medical treatment but behavioral therapy should also make an important part of the treatment. Functional constipation that affects quality of life of the child as well as his family should be followed in long term and thus, conditions that may occur secondarily should be avoided.

Key words: Functional constipation, Quality of life, Behavioral therapy.

KAYNAKLAR

- 1- Sauvat F. Severe functional constipation in child: what is the solution? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 38:10-1.
- 2- Demir H, Saltık-Temizel İN, Koçak N, Yüce A, Özen H, Gürakan F. Functional constipation with abdominal pain. Int Pediatr 2002; 17:189.
- 3- Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 29:612-26.
- 4- Loening-Baucke V.: Prevalence rates for constipation, fecal incontinence and urinary incontinence in children evaluated in primary care clinics. Arch Dis Child 2006;92:486-489.
- 5- Nyhan WE. Stool frequency of normal infants in the first weeks of life. Pediatrics 1952;10:414-25.
- 6- Weaver LT, Steiner H. The bowel habits of young children. Arch Dis Child 1983;59:649-52.
- 7- Elawad MA, Sullivan PB. Management of constipation in children with disabilities. Dev Med Child Neurol 2001; 43:829-32.
- 8- Di Lorenzo C, Hyman PE. Gastrointestinal motility in neonatal and pediatric practice. Gastroenterol Clin North Am 1996; 25:203-24
- 9- Fishman L; Rappaport L, Schonwald A, et al. Trends in referral to a single encopresis clinic over 20 years. Pediatrics 2003;111(5Pt1):e604-7.
- 10- Loening-Baucke V. Encopresis. Curr opin Pediatr 2002;14:570-5.
- 11- Youssef NN, Di Lorenzo C. Childhood constipation. J Clin Gastroenterol 2001;33:199-205
- 12- Parke PH. To do or not to do? That is the question. Pediatr Ann 1999;28:283-90.
- 13- Eser E. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birlik Cilt:1 Sayı:2 Mayıs 2006 Sağlıkta Yaşam Kalitesi
- 14- Loening baucke V. Modulation of abnormal defecation Dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. JPediatr 1990;116:214-22.
- 15- Weber AR, Hyman PE, Cuchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut 1999;45(Suppl II):II60-II68.

- 16- Warshaw JB: Functional Constipation and Encopresis: Principles and Practice of Pediatrics. _kinci baskı. Oski FA, Angelis CD, Feigen RD, Millan JA (eds) JB Lippincott Company, Philadelphia 1994, S.1843-1845
- 17- Corazziari E, Staiano A, Miele E, Greco L: Bowel frequency and defacatory patterns in children: a prospective nationwide survey. Clin Gastroenterol and Hepatol 3:1101-1106,2005
- 18- Hyams JS, Treem WR, Etienne NL, Weinerman H, Gilpin DM, Hine P, Choy K, Burke G: Effect of infant formula on stool characteristics of young infants. Pediatrics, 95:50- 64,1995
- 19- Walker AR, Walker BF: Bowel behaviour in young black and white children. Arch Dis Child 60:967-970,1985
- 20- Weaver LT, Ewing G, Taylor LC. The bowel habit of milk-fed infants. J Pediatr Gastroenterol Nut.7:568-571,1988
- 21- Weaver LT, Lucas A: Development of bowel habit in preterm infants. Arch Dis Child 68:317-320,1993
- 22- Weaver LT, Steiner H. The bowel habit of young children. Arch Dis Child 1984;59:649-52.
- 23- Fontana M, Bianchi C, Cataldo F, et al. Bowel frequency in healthy children. Acta Pediatr Scand 1989; 78:682-4.
- 24- Candy DCA, Edwards D. The management of chronic constipation. Curr Pediatr 2003; 13:101-6.
- 25- Procter E, Loader P. A 6-year follow-up study of chronic constipation and soiling in a specialist paediatric service. Child Care Health Dev 2003; 29:103-9.
- 26- Özen H. Enkoprezis. Ro-CODEC: çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı tarama çalışması (Roche). Ankara: Medi Graphics (HYB), 1997; 53-5. Constipation. Dig Dis Sci 40:1420-1422,199
- 27- Benninga MA, Vaskuijl WP, Taminiou JA: Childhood constipation: is there new light in the tunnel? J Pediatr Gastroenterol Nutr 39:448-464,2004
- 28- Del Ciampo IR, Del Ciampo LA, Fernandes MI,: Dietary fiber and constipation. J Pediatr 80:527-529,2004
- 29- Partin JC, Hamil SK, Fischel JE, Partin JS: Painful defecation and fecal soiling in children. Pediatrics 89:1007-1009,1992

- 30- R.C. Burket, Cox DJ, Tam AP, Ritterband L, Borowitz S, Sutphen J, Stein CA, Kovatchev B: Does stubbornness have a role in pediatric constipation? *J Dev Behav Pediatr* 27 :106-111,2006
- 31- Roma E, Adamidis D, Nikolara R, Constantopoulos A, Messaritakis J: Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. *J. pediatr gastroenterol and nutr* 28:169 174,1999.
- 32- Felt B, Wise CG, Olson A, Kochhar P, Marcus S, Coran A: Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153:380-385,1999
- 33- Nurko S. Advances in the management of pediatric constipation. *Curr Gastroenterol Rep* 2:234-240,2000
- 34- Polanco I, Prieto G: Chronic functional constipation. *Semin pediatr Gastroenterol Nutr* 3:8-10,1992
- 35- Pashankar DS, Loening-Baucke V, Bishop WP: Safety of Polyethylene Glycol 3350 for the treatment of chronic constipation in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157:661- 664,2003
- 36- Loening-Baucke V: Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome, *Pediatrics* 96;105-110,1995
- 37- Ran Ginkel R, Büller HA, Boeckxstaens GE, van der Plas RN, Taminiou JA, Benninga MA: The effect of anorectal manometry on the outcome of treatment in severe childhood constipation: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 108:9,2001
- 38- Taubman B, Blum NJ, Nemeth N. Children who hide while defecating before they have completed toilet training: a prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 1190 2.
- 39- Amendola S, DeAngelis P, Dall'Oglio L, Di Abriola F, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children. *J Pediatr Surg* 2003; 38:819-23.
- 40- Vernon S, Lundblad B, Hellstrom AL. Children's experience of school toilets present a risk to their physical and psychological health. *Child Care Health Dev* 2003; 29:47-53.
- 41- Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A., et al: Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-1526.
- 42- Loening-Baucke V.: Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005;146:359-363.

- 43- Loening-Baucke V.: Prevalence rates for constipation, fecal incontinence and urinary incontinence in children evaluated in primary care clinics. *Arch Dis Child* 2006; 92:486-489.
- 44- Rasquin A., Di Lorenzo C., Forber D., et al: Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130:1527-1537.
- 45- Loening-Baucke V.: Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics* 1997; 100:228-232.
- 46- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
- 47- Van der Plas RN, Benninga MA, Buller HA, et al. Biofeedback training in treatment of childhood constipation: A randomized controlled study. *Lancet* 1996;348:776-80
- 48- Leung AK, Chan PY, Cho HY: Constipation in children. *Am Fam Physician* 54:611-618,1996
- 49- Weinberg G, Baley SI: Anorectal continence and management of constipation in children: Pediatric surgery. Birinci baskı. Aschcroft KW(ed): WB Saunders Co, Philadelphia 2000,S.502-510
- 50- Shin MY, Southwell BR, Stanton MP, Hutson JM. Signs and symptoms of slow-transit constipation versus functional retention. *J Pediatr Surg* 2002; 37:1762-5.
- 51- Arce DA, Ermocilla CA. Costa H: Evaluation of constipation. *Am Fam Physician* 65:2283-2290,2002
- 52- Castiglia PT: Constipation in children . *J Pediatr Health Care* 15:200-202,2001
- 53- Holschneider A, Ure BM: Hirschsprung Disease, Pediatric Surgery. Birinci baskı, Aschcraft KW(ed) WB Saunders Co, Philadelphia 2000, S.453-47
- 54- Di Lorenzo C. Approach to the child with constipation and encopresis. In: Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel, eds. *Rudolph's Pediatrics*, 21. Edition. USA:Mc Graw-Hill Company, 2002:1368-71
- 55- Özen H, Koçak N, Dinler G, Saltık İ. Çocukluk çağında fonksiyonel kabızlığın tedavisinde sisaprid. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1998; 41:191-6.
- 56- Zaslavsky C, da Silveira TR, Maguilnik I. Total and segmental colonic transit time with radio-opaque markers adolescents with functional constipation. *J Gastroenterol Nutr* 1998;27:138-42
- 57- Rasquin-Weber A, Hymen PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl 2):60-8

- 58- Nurko S. Gastrointestinal monometry, methodology and indication. In:Walker WA, Decker BC, eds Pediatric Gastrointestinal Disease.3.ed. Canada:B.C.Decker Company 2000:1485-510
- 59- Hussain SZ, Di Lorenzo C. Motility disorders, diagnosis and treatment for pediatric patient. *Pediatr Clin North Am* 2002;27-51
- 60- Cusick EL, Woodward MN. Hirschsprung's disease: outcome and how to follow-up. *Curr Pediatr* 2001; 11:286-90.
- 61- Swenson O. Hirschsprung's disease: a review. *Pediatrics* 2002; 109:914-8.
- 62- Loening –Baucke V: Management of chronic constipation in infants and toddlers. *Am Fam Physician* 49:397-406,1994
- 63- McClung HJ, Boyne L, Heitlinger L: Constipation and dietary fiber intake in children *Pediatrics* 96:999-1000,1995
- 64- Roma Giannikou E, Adamidis D, Gianniou M, Nikolara R: Epidemiology of chronic constipation in Greek children. *Hell J Gastroenterol* 12:58-62,1999
- 65- Ferguson A, Culbert P, Gilett H, Barras N: New polyethylene glykol electrolyte solution for the treatment of constipation and fecal impaction. *Gastroenterol Hepatol* 31:249- 252,1999
- 66- Tolia V, Lin CH, Elitsur Y.A. Prospective randomised study with mineral oil and oral lavage solution for treatment of fecal impaction in children . *Aliment Pharmacol Ther* 7 :523-529,1993
- 67- Cox DJ, Sutphen J, Borowitz S, Dickens MN, Singles J, Whitehead W.E: Simple electromyographic biofeedback treatment for chronic pediatric constipation/encopresis: Preliminary report . *Biofeedback Self Regul* 19:41-50,1994
- 68- Nurko S, Garcia-Aranda JA, Guerrero VY, Worona L.B: Treatment of intractable constipation in children : experience with cicapride. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 22:38- 44,1996
- 69- Candy D., Belsey J.: Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systemic review. *Arch Dis Child* 2009; 94:156-160.
- 70- Candy D.C., Edwards D., Geraint M.: Treatment of faecal impaction with polyethylene glycol plus electrolytes (PEG +E) followed by a double-blind comparison of PEG +E versus lactulose as maintenance therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43:65-70.

- 71- Youssef N.N., Peters J.M., Henderson W., et al: Dose responses of PEG 3350 for the treatment of childhood fecal impaction. *J Pediatr* 2002; 141:410-414.
- 72- Dupont C., Leluyer B., Amar F., et al: A dose determination study of polyethylene glycol 4000 in constipated children; factors influencing the maintenance dose. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42:178-185.
- 73- Roma E., Adamidis D., Nikolara R., et al: Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28:169-174.
- 74- Morais M.B., Vitolo M.R., Aquirre A.N.C., et al: Measurement of low dietary fiber intake as a risk factor for chronic constipation in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29:132-135.
- 75- Williams C.L., Bollella M., Wynder E.L.: A new recommendation for dietary fiber in childhood. *Pediatrics* 1995; 96:985-988
- 76- Loening-Baucke V., Pashankar D.S.: A randomized, prospective, comparison study of polyethylene glycol 3350 without electrolytes and milk of magnesia in children with constipation and fecal incontinence. *Pediatrics* 2006; 118:528-535
- 77- Loening-Baucke V., Krishna R., Pashankar D.S.: Polyethylene glycol 3350 without electrolytes for the treatment of functional constipation in infants and toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 39:536-539.
- 78- Nurko S, Youssef N.N., Sabri M., et al: PEG 3350 in the treatment of childhood constipation: a multicenter, double-blinded, placebo-controlled trial. *J Pediatr* 2008; 153:254-261.
- 79- Van Ginkel R, Reitsma JB, Büller HA, Van Wijk MP, Taminiou JA, Benninga MA: Childhood constipation: longitudinal follow up beyond puberty. *Gastroenterology* 125 :357- 363,2003
- 80- Croaker GD, Pearce R, Li J, Nahon I, Javaid A, Kecskes Z : Idiopathic slow transit constipation is rare. But delayed passage of meconium is common in the constipation clinic. *Pediatr Surg Int* 23:1153-1159,2007
- 81- Bowling A (1993) *Measuring Health, A review of Quality of Life Measurement.* Open University Press, s. 1-23.
- 82- Orley J, Kuyken W (1993) *Quality of Life Assessment: International Perspectives.* Proceedings of The Jointmeeting Organized by the WHO and the Foundation IPSEN in Paris, s. 41-57.
- 83- The WHOQOL Group (1996) *What Quality of Life.* World Health Forum, 17:354-356.

- 84- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N ve ark. (2006) Generic Health-Related Quality of-Life Assessment in Children and Adolescents Methodological Considerations. *Pharmacoeconomics*, 24(12):1199-1220.
- 85- Starfield B, Bergner M, Ensminger M ve ark. (1993) Adolescent Health Status Measurement, development of the Child Health Illness Profile, *Pediatrics*, 91(2):430-35.
- 86 - Aitken ME, Tilford JM, Barret K ve ark. (2002) Health status of children after admission for injury. *Peds*, 110(2):337-42.
- 87- Graham P, Stevenson J, Feeny D ve ark. (1997) A new measure for health related quality of life for children, preliminary findings. *Psychol Health*, 12(5): 655-65.
- 88- Eiser C, Vance YH, Seamark D ve ark. (2000) The development of a theoretically driven measure of quality of life for children aged 6-11 years. *Child Health Care Development*, 26:445-56.
- 89- Varni JW, Burnwinkle TM, Seid M ve ark. (2003) The PedsQol 4.0 as a pediatric population health measure, feasibility, reliability and validity. *Amb. Peds*, 3:329-341.
- 90- Feeny DE, Furlong W, Boyle M ve ark. (1996) Health utilities index. İçinde B. Spilker (ed) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lipincott Raven Publishers, s. 239-252.
- 91- Spencer NJ, Coe C (1996) The development and validation of a measure of parent reported child health and morbidity, the Warwick Child health and Morbidity Profile. *Child Care Health Dev*, 22(6):367-379.
- 92 Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5):399-407.
- 93- Noyes J (2007) Comparison of ventilator-dependent child reports of health-related quality of life with parent reports and normative populations. *J Adv Nurs*, 58(1):1-10.
- 94 Gundlach S, Wurz J, Schmutzer G ve ark. (2006) Health-related quality of life of siblings of children with type 1 diabetes mellitus. *Dtsch Med Wochenschr*, 131(20):1143-8.
- 95- Furusho J, Kubagawa T, Satoh H ve ark. (2006) Study of the kidkINDL questionnaire scores for children with developmental disorders in normal classes and their parents. *No To Hattatsu*, 38(3):183-6.

- 96- Wee HL, Ravens-Sieberer U, Erhart M ve ark. (2007) Factor structure of the Singapore English version of the KINDL children quality of life questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19:5-4.
- 97- Wee HL, Lee WWR, Ravens-Sieberer U ve ark. (2005) Validation of the English version of the KINDL generic children's health-related quality of life instrument for an Asian population-results from a pilot test. *Quality of Life Research*, 14:1193–1200.
- 97- Serra-Sutton V, Rajmil L, Berra S ve ark. (2006) Herdman M, Aymerich M, Ferrer M, Robitail S, Simeoni MC. Reliability and validity of the Spanish version of the health and quality-of-life questionnaire, the Vecu et Sante Percue de l'Adolescent (VSP-A) *Aten Primaria*, 15;37(4):203-8.
- 98- Ozdogan H, Ruperto N, Kasapçopur O ve ark. (2001) The Turkish version of Childhood Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin. Exp. Rheumatol*, 19 (Suppl. 23):158- 162.
- 99- Yüksel H, Eser E, Çelik C ve ark. (2004) Çocukluk çağı için astım yaşam kalitesi ölçeğinin (PAQLQ) Türkçe çevirisinin güvenilirliği ve geçerliliği. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, İzmir, s.77.
- 100- Staiano A, Ciarla C. Pelvic floor syndromes: infant dyschezia, functional fecal retention and nonretentive soiling. In: Hyman PE, editor. *Pediatric functional gastrointestinal disorders*. New York: Academy Professional Information Services; 1999. p. 1-21.
- 101- Ahmad T, Steffen R, Banez G, Mahajan L, Feinberg L, Worley S. Defecation anxiety in children with functional constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004;39 Suppl 1:S238.
- 102- Jenney ME, Campbell S. Measuring quality of life. *Arch Dis Child*. 1997;77:347-50.
- 103- Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life. A review and critique. *Soc Sci Med*. 1981;15:107-15.
- 104- Loening-Baucke V. Factors determining outcome in children with chronic constipation and fecal soiling. *Gut* 1989;30:990–1006.
- 105- 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;129:220–6.
- 106- Levine MD, Bakow H. Children with encopresis: a study of treatment outcome. *Pediatrics* 1976;58: 845–52.

- 107- Bellman, M. Studies on encopresis. *Acta Paediatr Scand* 1966;56: S1–151.
- 108- Goh J, Byrne PJ, McDonald G, Stephens R, Keeling P. Severe juvenile chronic constipation. *Ir Med J* 2001;94:81–2.
- 109- Dawson P, Griffith K, Boeke K. Combined medical and psychological treatment for hospitalized children with encopresis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1990;20:181–9.
- 110- Streeter BL. Teenage constipation: case study. *Gastroenterol Nurs* 2002;25:253–6.
111. Voskuil WP, Reitsma JB, van Ginkel R, Buller HA, Taminiau JA, Benninga MA. Longitudinal follow-up of children with functional nonretentive fecal incontinence. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4:67-72.
- 112- Van der Plas R.N., Benninga M.A., Redekop W.K.: Randomized trial of biofeedback training for functional fecal incontinence. *Arch Dis Child* 1996; 75:367-374.
- 113- Eser E., Yüksel H Baydur H. Erhart M. Saatli G. Özyurt B.C. Özcan C. Sieberer Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri *Türk Psikiatri Dergisi* 2008;19(4):409-417
- 114- Bullinger M (1994) A questionnaire for health related quality of life assessment in children. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1:64-77.
- 115- Bob F. Last and Marc A. Benninga Marieke van Dijk, Marloes E. J. Bongers, Giel Jan de Vries, Martha A. Grootenhuis, Behavioral Therapy for Childhood Constipation: A Randomized, Controlled Trial DOI: 10.1542/peds.2007-2402 *Pediatrics* 2008;121:e1334-e1341
- 116- Borowitz SM, Cox DJ, Sutphen JL, Kovatchev B. Treatment of childhood encopresis: a randomized trial comparing three treatment protocols. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002;34(4):
- 117- Taitz LS, Wales JK, Urwin OM, Molnar D. Factors associated with outcome in management of defecation disorders. *Arch Dis Child.* 1986;61(5):472–477
- 118- Levine MD, Mazonson P, Bakow H. Behavioural symptom substitution in children cured of encopresis. *Am J Dis Child* 1980;134:663–7.
- 119- Landman GB, Rappaport L, Fenton T, et al. Locus of control and self-esteem in children with encopresis. *J Dev Behav Paediatr* 1986;7:111–13.
- 120- Gabel S, Hegedus AM, Wald A, et al. Prevalence of behavior problems and mental health utilization among encopretic children: implications for behavioral pediatrics. *J Dev Behav Paediatr* 1986;7:293–7.

- 121- Friman PC, Mathews JR, Finney JW, et al. Do encopretic children have clinically significant behaviour problems? *Pediatr Radiol* 1988;82:407–9.
- 122- M A Benninga, W P Voskuil, G W Akkerhuis, J A Taminiu, H A Bu'ller Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders *Arch Dis Child* 2004;89:13–16
- 123- Vale'ria Cristina Antunes Lisboa Æ Maria Cristina Merlim Felizola Æ Luiz Anto'nio Nogueira Martins Æ Soraia Tahan Æ Ulysses Fagundes Neto Æ Mauro Batista de Moraes Aggressiveness and Hostility in the Family Environment and Chronic Constipation in Children *Dig Dis Sci* (2008) 53:2458–2463 DOI 10.1007/s10620-008-0230-1
- 124- Fuente EFL, Vukasovic JS, Rubinstein E, Wainszelbaum NR (1997) Encopresis: cl'nica e prevencio'n. *Arch Argent Periatr* 95:208–212
- 125- Daly CM, Grieger T (2002) Mary, a 4-year-old with oppositional defiant disorder. *Mil Med* 167:442–444
- 126- Butross SMD (1999) Encopresis in the child with a behavioral disorder: when the initial treatment does not work. *Ann Pediatr* 28:317–321
- 127- Gallagher B, West D, Puntis JW, Stirnger MD (1988) Characteristics of children under 5 referred to hospital with constipation: a one-year prospective study. *Int J Clin Pract* 52:165–167
- 128- Elshimy N, GallacherB, West D, Strnger MD, Puntis JW (2000) Outcome in children under 5 years of age with constipation: a prospective follow-up study. *Int J Clin Pract* 54:25–27
- 129- Dumitrascu DL Acalovschi M, Pascu O (1998) Hostility in patients with chronic constipation. *Rom J Intern Med* 36: 239– 243
- 130- Freud S (1969) Um caso de histeria. -Tre's ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos, 1901–1905. Edic,a~o Standard Brasileira Eletro'nica das Obras Psicol'gicas Completas de Sigmund Freud, vol 7. Imago, Sa~o Paulo
- 131- Dolto F (1971) *Psychanalyse et Pe'diatrie: Le's grandes notions de la psychanalyse, Seize observation d'enfants.* Editions du Seuil, Paris, pp 17–60
- 132- North CS, Napier M, Alpers DH, Spitznagel EL (1995) Complaints of constipation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry* 7:65–70
- 133- Faleiros FT, Machado NC. Assessment of health-related quality of life in children with functional defecation disorders. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:421-5.

- 134- Youssef NN, Langseder AL, Verga BJ, Mones RL, Rosh JR. Chronic childhood constipation is associated with impaired quality of life: a case-controlled study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;41:56-60.
- 135- Cox DJ, Morris JB Jr., Borowitz SM, Sutphen JL. Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *J Pediatr Psychol.* 2002;27:585-91.
- 136- Joinson C, Heron J, Butler U, von Gontard A; Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics.* 2006;117:1575-84.
- 137- Nolan T, Catto Smith T, Coffey C, et al. Randomised controlled trial of biofeedback training in persistent encopresis with anismus. *Arch Dis Child* 1998;79:131-5.
- 138- Charach G, Greenstein A, Rabinovich P, Groskopf I, Weintraub M. Alleviating constipation in the elderly improves lower urinary tract symptoms. *Gerontology.* 2001;47:72-6.
- 139- Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM. Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum.* 1997;40:273-9.
- 140- Voskuil WP, van der Zaag-Loonen HJ, Ketel IJ, Grootenhuis MA, Derkx BH, Benninga MA. Health related quality of life in disorders of defecation: the Defecation Disorder List. *Arch Dis Child.* 2004;89:1124-7.
- 141- Sood MR, Jameson R, Benninga M, Tapas M, Adrian T. Quality of life in children with constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004;39 Suppl 1:S234.
- 142- Kinservik M. Quality of life of children with constipation and encopresis and impact of pediatric nurse practitioner intervention. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;41:561-2.
- 143- Marloes EJ Bongers¹, Marc A Benninga¹, Heleen Maurice-Stam² and Martha A Grootenhuis² Health-related quality of life in young adults with symptoms of constipation continuing from childhood into adulthood
- 144- Guyatt GH, Feeny D, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118:622-9.
- 145- Irvine EJ. Measuring quality of life: a review. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1996;221:5-7.
- 146- Francisca T. V. Faleiros¹, Nilton C. Machado² Assessment of health-related quality of life in children with functional defecation disorders *Pediatr (Rio J).* 2006;82(6):421-5:

EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

Çocuğa Ait Temel Bilgiler

Adı Soyadı.....

Adres.....(yerleşim alanı: merkez.....1
kırsal.....2)

Telefon :.....

1-Doğum Tarihi .././....(gün/ay/yıl olarak yaz)

2-Çocuğun cinsiyeti nedir? 1.....erkek 2.....kız

3-Çocuğun doğum yeri neresidir?.....

4-Çocuğun annesi kaç yaşındadır?.....

5-Annenin eğitime uygun olanı işaretleyiniz.

1.....okuma yazması yok 2.....okur /yazar 3.....ilkokulu bitirmiş

4.....ortaokulu bitirmiş 5.....lise bitirmiş 6.....üniversiteyi

bitirmiş

6-Annenin mesleği nedir?

1.....ev hanımı 2.....diğer, belirtiniz

7-Çocuğun babası kaç yaşındadır?.....

8-Babanın eğitime uygun olanı işaretleyiniz?

1.....okuma yazması yok 2.....okur /yazar 3.....ilkokulu bitirmiş

4.....ortaokulu bitirmiş 5.....lise bitirmiş 6.....üniversiteyi bitirmiş

9-Babanın iş konumuna uyan seçeneği işaretleyiniz

- 1..... işveren
- 2..... yükseköğitimli kendi hesabına çalışıyor
- 3..... küçük esnaf /zanaatkar
- 4..... iş buldukça çalışan
- 5..... Yüksek eğitilmiş ücretli
- 6..... memur/büro çalışanı (beyaz yakalı)
- 7..... sanayi işçisi (mavi yakalı)
- 8..... Niteliksiz işlerde çalışan
- 9..... İşsiz
- 10..... diğer

10- Çocuğun ailesi aşağıdakilerden hangi sosyal güvenceye sahiptir?

- 1.....herhangi bir sigortası yok
- 2.....sigortalı (sgk)
- 3.....özel sigorta
- 4.....yeşil kart

11- Ailenizin geliri nasıldır ?

- 1.....çok kötü
- 2.....biraz kötü
- 3.....ne iyi ne kötü
- 4.....oldukça iyi
- 5.....çok iyi

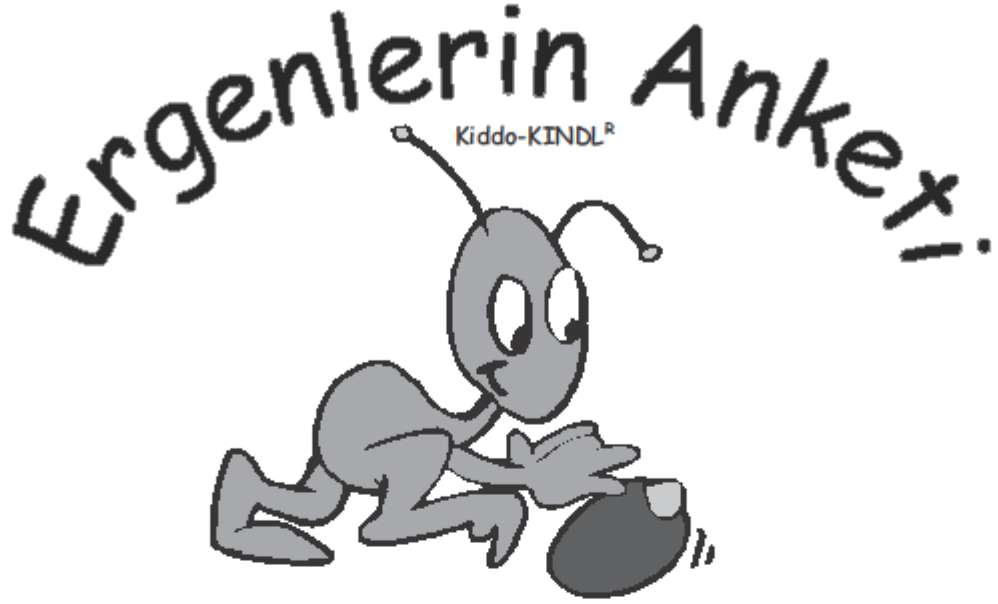
12- Eviniz salon dahil kaç odalı.....

13- Evinizde çocuğunuz dahil kaç kişi yaşıyor.....

14- Çocuğunuz dahil olmak üzere kaç kardeşler.....

15 - Evinizde çocuğunuza ait bir oda var mı 1.....evet 2.....hayır

SIRA NO: _____




Merhaba!

Sizden geçen hafta boyunca neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlanmasını istediğimiz bir kaç soru hazırladık.

- ⇒ Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyun.
- ⇒ Geçen hafta boyunca sizinle ilgili neler olduğunu düşünün.
- ⇒ Her satırda sana en uygun gelen yanıtı seç ve altındaki kutucuğa çarpı işareti koy.

Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Sadece sizin ne düşündüğünüz önemlidir.

Örneğin: 	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
Geçtiğimiz hafta boyunca canım müzik dinlemek istedi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doldurma tarihi:

(Gün / Ay / Yıl)



Lütfen bize biraz kendinizden söz edin.

Ben bir: kızım oğlanım

Yaşım: _____

Kaç kardeşin var? 0 1 2 3 4 5 5 den fazla

Hangi okula gidiyorsun? _____

1. Öncelikle sizden bedensel sağlığınızla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Yorgun ve bitkindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğiniz hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimi yalnız hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Korktum veya kendime güvenimi kaybettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendiniz hakkındaki duygularınız...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular aileniz ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Evde tartıştık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam tarafından kısıtlandığımı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşlarınız hakkında

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Arkadaşlarımla birlikte bir şeyler yaptık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Arkadaşlarımla arasında başarılıydım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi diğer arkadaşlarımdan farklı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Şimdi, ana okulu/kreş hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyorum.

Okulda olduğum geçtiğimiz hafta...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Okuldaki ödevleri başarıyla yaptım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Ders ilgimi çekti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Okulda bundan sonra geçireceğim günler beni kaygılandırıyor (endişelendiriyor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Zayıf not almaktan korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Evet ise

Hayır ise

Lütfen aşağıdaki 6 soruyu
yanıtla

anket bitmiştir

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Hastalığımın kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Hastalığım nedeniyle üzuldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bize yardım ettiğiniz için teşekkür ederiz !



<h2>Küçük Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Anketi</h2> <p>4-7 yaş Aile Formu Kindl®</p> 	
--	--


Sayın anne-baba,

Çocuğunuzun iyilik durumu ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hakkındaki bu anketi tamamlarken bize zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Çocuğunuzun iyilik durumu hakkında sizin görüşlerinizi önemli olduğu için, lütfen anketi çocuğunuza sormadan kendiniz doldurunuz.

- ⇒ Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz.
- ⇒ Çocuğunuzun geçen hafta kendini nasıl hissettiğini düşününüz.
- ⇒ Her satırda sizin için doğru ve çocuğunuz için uygun olan cevabın altındaki kutucuğu işaretleyiniz.

Örneğin:

Geçen hafta boyunca ... 	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
... Çocuğum iyi uyudu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Çocuğum bir : Kız Erkek

Çocuğun yaşı: _____ yaşında

Çocuğa yakınlık dereceniz: Annesi Babası Diğer _____?

Doldurma Tarihi: ___ / ___ / ___ (Gün / Ay / Yıl)

1. Bedensel iyilik

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum kendini hasta hissetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... çocuğumun baş ağrısı veya karın ağrısı oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... çocuğum yorgun ve bitkindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğum kendini güçlü ve enerji dolu hissetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Duyusal iyilik

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum eğlendi ve çok güldü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... çocuğumun canı herhangi bir şey yapmak istemedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... çocuğum kendini yalnız hissetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğum korku duydu veya kendinden emin olamadı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Özsaygı

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum kendisiyle gurur duydu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... çocuğum kendini herşeyin üstünde hissetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... çocuğum kendinden memnundu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğumun bir çok güzel düşüncesi vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aile

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum anne babası olarak bizimle iyi geçindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... çocuğum evde kendini iyi hissetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... evde çocuğumla tartıştık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğum benim kendisine hükmettiğimi düşündü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sosyal ilişkiler

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum arkadaşları ile oynadı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... başka çocuklar çocuğumdan hoşlandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... çocuğum arkadaşlarıyla iyi geçindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğum kendini diğer çocuklardan farklı hissetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ana okulu/Kreş

Çocuğumun ana okulu/kreşte olduğu geçtiğimiz hafta...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum, ana okulu/kreşte verilen ödevlerle- görevlerle başa çıkabildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... çocuğum ana okulu/kreşten memnundu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... çocuğum ana okulu/kreşine gitmeyi dört gözle bekledi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğum basit görevleri veya ev ödevlerini yaparken bir çok hata yaptı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Diğer önemli sorular

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum içine kapanık ve çok mızımsıydı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... çocuğumun iştahı iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... çocuğuma sabır ve anlayış gösterebilirdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğum kendini baskı altında hissetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... çocuğum derin derin uyudu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... çocuğum ortalıkta sığıyordu ve çok hareketliydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... birden çocuğumun gözünden yaşlar boşandı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... çocuğum neşeli ve iyi bir ruh hali içindeydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... çocuğum uyanık ve ilgisini çok iyi toplayabilecek durumdaydı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... devam

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
10. ... çocuğum ilgisini çabuk kaybederdi ve dalgındı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... çocuğum diğer çocuklarla birlikte olmaktan hoşlandı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... çocuğumu azarlamak zorunda kaldım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... çocuğumu övdüm (takdir ettim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... çocuğumun öğretmenleri ile veya anaokulu bakıcıları veya diğer çocuk bakıcıları ile sorunları vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... çocuğum sinirli ve yerinde duramayan bir çocuğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... çocuğum canlı ve enerji doluydu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... çocuğum ağrıdan şikayet etti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... çocuğum girişken ve dışa dönüktü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... çocuğum yapmaya kalktığı her şeyi başarmıştı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... çocuğum çok çabuk mutsuz oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... çocuğum içli içli ağladı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... çocuğum çabucak huyu değişti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Çocuğunuz şu anda hastanede mi kalıyor veya uzun süreli bir hastalığı var mı?

Evet

Hayır

Lütfen şu 6 soruyu
cavaplayınız

Anket bitmiştir

Geçen hafta boyunca ...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... çocuğum hep hastalığının kötüleşmesinden korktu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... çocuğum hastalığı nedeniyle üzgündü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... çocuğum hastalığıyla çok iyi başa çıkabildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çocuğumuza hastalığı nedeniyle daha küçük bir çocukmuş (bebekmiş) gibi davrandık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... çocuğum diğer insanların hastalığını farketmelerinden çekindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... çocuğum hastalığı nedeniyle ana okulunda veya kreşte bazı şeyleri kaçırdı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz!

Küçük Çocukların Anketi



Merhaba!

Senden geçen hafta boyunca neler hissettiğini öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlamanı istediğimiz bir kaç soru hazırladık.

- ⇒ Şimdi sana soruları okuyacağım.
- ⇒ Geçen hafta boyunca seninle ilgili neler olduğunu düşünmeni istiyorum. Daha sonra da,
- ⇒ sana en uygun gelen yanıtı bana söylemeni istiyorum.

Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Sadece senin ne düşündüğün önemli.

Doldurma tarihi:

(Gün / Ay / Yıl)

Lütfen bana biraz kendinden söz et?

Sen bir kız mısın yoksa oğlan mı? <input type="checkbox"/> kız <input type="checkbox"/> oğlan
Kaç yaşındasın? _____ yaşındayım
Kaç kardeşin (erkek, kız kardeşin veya ablan, abin) var?
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 den fazla
Bir ana okuluna veya kreşe gidiyor musun?
<input type="checkbox"/> Ana okulu <input type="checkbox"/> Kreş <input type="checkbox"/> İkisine de gitmiyorum

Şimdi sana bir **örnek** okuyacağım:

Şu cümleyi duyduğunda : "Geçen hafta canım dondurma yemek istedi" , bana bunun ne kadar sıklıkta olduğunu söyleyebilir misin ?

Bu sorunun üç tane cevabı olabilir: Hiçbir zaman, bazen ve çok sık

Bu durumda senin cevabın hangisi olurdu? Şunlardan hangisini söylerdin...

Geçen hafta boyunca canım hiçbir zaman dondurma yemek istemedi
Geçen hafta boyunca canım bazen dondurma yemek istedi veya
Geçen hafta boyunca canım çok sık dondurma yemek istedi

Çocuğun cevabı! Eğer çocuk cevap verme şeklini anlamış görünüyorsa birinci soru ile devam edin. Aksi halde örneği tekrarlayın.

Çok iyiydin. Hadi şimdi başlayalım.

1. Öncelikle bedensel sağlığınla ilgili birşeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Baş ağrım veya kann ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğin hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendin hakkındaki duyguların...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimden hoşlandım (kendimden memnun oldum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular ailen ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşların hakkında.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Arkadaşlarımla oynadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Şimdi, ana okulu/kreş hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyorum.

Ana okulu/kreşte olduğum geçtiğimiz hafta...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ...Ana okulu/kreşte verilen ödevleri – görevleri yapabiliyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Ana okulundan / kreşten hoşlandım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Evet ise

Hayır ise

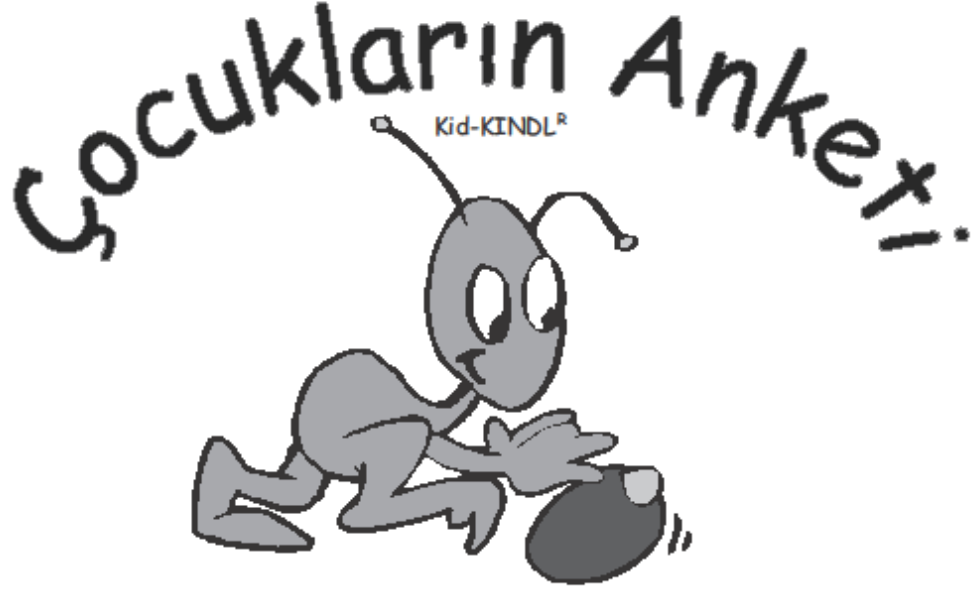
Lütfen aşağıdaki 6 soruyu
yanıtlarla

anket bitmiştir

Geçen hafta boyunca....	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Hastalığımın kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Hastalığım nedeniyle üzüldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi baktılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Diğer insanların hastalığımı farketmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Hastalığım nedeniyle ana okulunda veya kreşte bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bize yardım ettiğin için teşekkür ederiz !

SIRA NO: _____



Merhaba!

Senden geçen hafta boyunca neler hissettiğini öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlamanı istediğimiz bir kaç soru hazırladık.

- ⇒ Lütfen her bir soruyu dikkatle oku.
- ⇒ Geçen hafta boyunca seninle ilgili olan şeyleri düşün.
- ⇒ Her satırda sana en uygun gelen yanıtı seç ve altındaki kutucuğa çarpı işareti koy.

Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Sadece senin ne düşündüğün önemli.

Örneğin: /	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
Geçtiğimiz hafta boyunca canım müzik dinlemek istedi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doldurma tarihi:

(Gün / Ay / Yıl)

Lütfen bize biraz kendinden söz et.

Ben bir: kızım oğlanım

Yaşım: _____

Kaç kardeşin var? 0 1 2 3 4 5 5 den fazla

Hangi okula gidiyorsun? _____



1. Öncelikle bedensel sağlığını ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Baş ağrım veya karın ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Yorgun ve bitkindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğin hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimi yalnız hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendin hakkındaki duyguların...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular ailen ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Evde tartıştık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bazı şeyleri yapmamı engellediler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşların hakkında...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Arkadaşlarımla oynadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Diğer çocuklar benden hoşlandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi diğer çocuklardan farklı veya önemsiz hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Şimdi, ana okulu/kreş hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyorum.

Okulda olduğum geçtiğimiz hafta...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Okul ödevimi yapmak kolaydı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Derslerden hoşlandım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Önümüzdeki haftaların gelmesini dört gözle bekledim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Zayıf notlar almaktan korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Evet ise

Hayır ise

Lütfen aşağıdaki 6 soruyu
yanıtla

anket bitmiştir

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Hastalığımın kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Hastalığım nedeniyle üzüldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bize yardım ettiğin için teşekkür ederiz !

