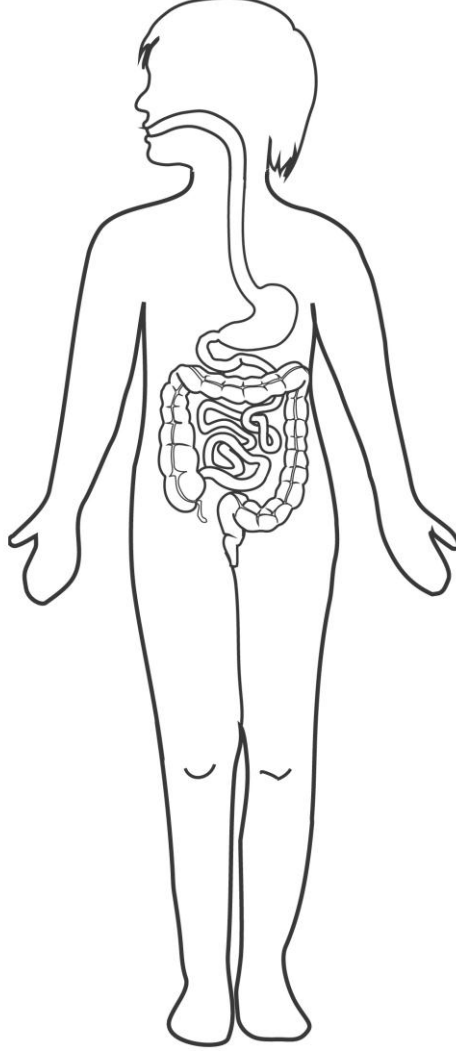


## AİLE BİLDİRİM FORMU (4 YAŞ ve ÜZERİ ÇOCUKLAR İÇİN)

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



### Açıklamalar

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

Bazı sorunlar çocuğunuzda bulunurken bazıları bulunmayabilir.

**Lütfen tüm sorulara en doğru şekilde cevap veriniz.**

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

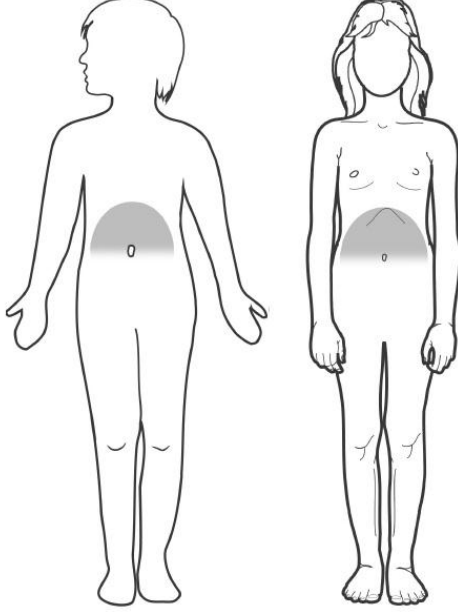
**Herhangi bir sorunuz varsa araştırma görevlisi size yardımcı olmaktan memnun olacaktır!**

# AİLE BİLDİRİM FORMU

## (4 YAŞ ve ÜZERİ ÇOCUKLAR İÇİN)

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

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



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

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

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

### Göbek Deliği Üzeri (Üst Karın)

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

- 0. \_\_\_ Hiçbir zaman (*Lütfen Bölüm B'ye geçiniz*)
- 1. \_\_\_ Ayda 1-3 kez
- 2. \_\_\_ Haftada bir kez
- 3. \_\_\_ Haftada birkaç kez
- 4. \_\_\_ Her gün

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

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

(Bir veya birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)

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

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

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

1. \_\_\_ Az
2. \_\_\_ Biraz (Çok ile Az arasında)
3. \_\_\_ Çok
4. \_\_\_ Oldukça çok
5. \_\_\_ Bilmiyorum

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

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

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

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

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

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

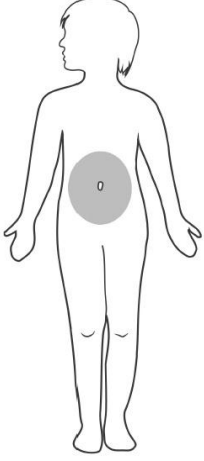
# AİLE BİLDİRİM FORMU

## (4 YAŞ ve ÜZERİ ÇOCUKLAR İÇİN)

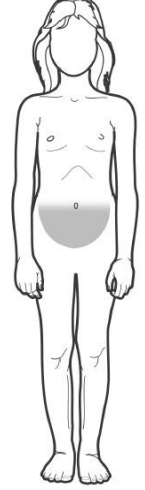
### Bölüm B. Göbeğin Çevresi ve Altındaki Karın Ağrıları

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

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



Göbek deliğinin çevresi



Göbek deliğinin altı

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

0. \_\_\_ Hiçbir zaman

1. \_\_\_ Ayda 1-3 kez

2. \_\_\_ Haftada bir kez

3. \_\_\_ Haftada birkaç kez

4. \_\_\_ Her gün

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

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

1. \_\_\_ Az

2. \_\_\_ Biraz (Az ile Çok arasında)

3. \_\_\_ Çok

4. \_\_\_ Oldukça çok

\_\_\_ Bilmiyorum

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

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

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

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

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

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız.	Hayır	Evet				Bilmiyorum
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman	(kutuyu işaretleyiniz)
<b>Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgesinde sancı veya ağrı hissettiğinde</b>						
5. Çocuğunuz kaka yaptıktan sonra sancı veya ağrı hissi düzeldi mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha yumuşak kıvamda, lapa gibi ya da daha sulu muydu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Çocuğunuzun kakası her zaman yaptığından daha sert ya da daha topak topak (keçi pisliği gibi) miydi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
8. Çocuğunuz kakası her zamankinden daha fazla miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Çocuğunuz kakası her zamankinden daha az miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Çocuğunuz göbeğinde şişkinlik hissetti mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Çocuğunuzun baş ağrısı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Çocuğunuz uyumada zorlandı mı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

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

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

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

0. \_\_\_ Hiçbir zaman (*lütfen sonraki bölüme geçiniz*)

1. \_\_\_ 1

2. \_\_\_ 2

3. \_\_\_ 3-5

4. \_\_\_ 6 veya daha çok

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

a. İştahsızlık 0. \_\_\_ Hayır 1. \_\_\_ Evet

b. Mide rahatsızlığı 0. \_\_\_ Hayır 1. \_\_\_ Evet

c. Kusma (çıkarma) 0. \_\_\_ Hayır 1. \_\_\_ Evet

d. Soluk cilt 0. \_\_\_ Hayır 1. \_\_\_ Evet

e. Baş ağrısı 0. \_\_\_ Hayır 1. \_\_\_ Evet

d. Gözlerde ışığa karşı duyarlılık 0. \_\_\_ Hayır 1. \_\_\_ Evet

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

0. \_\_\_ Hayır

1. \_\_\_ Evet

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

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

Bu bölümdeki sorular çocuğunuzun bağırsak hareketleri ile ilgilidir.

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

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

1. \_\_\_ Haftada 2 kez veya daha az
2. \_\_\_ Haftada 3-6 kez
3. \_\_\_ Günde 1 kez
4. \_\_\_ Günde 2-3 kez
5. \_\_\_ Günde 3 kereden daha fazla
- \_\_\_ Bilmiyorum

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

1. \_\_\_ Çok sert
2. \_\_\_ Sert
3. \_\_\_ Ne çok sert ne de çok yumuşak
4. \_\_\_ Çok yumuşak veya lapa gibi
5. \_\_\_ Sulu
6. \_\_\_ Duruma göre değişir (Çocuğumun kakası her zaman aynı değildir).
- \_\_\_ Bilmiyorum

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

0. \_\_\_ 1 aydan daha az
1. \_\_\_ 1 ay
2. \_\_\_ 2 ay
3. \_\_\_ 3 ay veya daha fazla

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

0. \_\_\_ Hayır
1. \_\_\_ Evet
- \_\_\_ Bilmiyorum



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

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

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

0. \_\_\_ Hayır

1. \_\_\_ Evet

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

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

0. \_\_\_ Hiçbir zaman

1. \_\_\_ Ayda 1-3 kez

2. \_\_\_ Haftada 1 kez

3. \_\_\_ Haftada birkaç kez

4. \_\_\_ Her gün

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

0. \_\_\_ Hayır

1. \_\_\_ Evet

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

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

0. \_\_\_ Hiçbir zaman (*Lütfen Bölüm D'ye geçiniz*)
1. \_\_\_ Ayda 1 kereden az
2. \_\_\_ Ayda 1-3 kez
3. \_\_\_ Haftada 1 kez
4. \_\_\_ Haftada birkaç kez
5. \_\_\_ Her gün

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

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

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

1. \_\_\_ 1 ay veya daha az
2. \_\_\_ 2 ay
3. \_\_\_ 3 ay
4. \_\_\_ 4-11 ay
5. \_\_\_ 1 yıl veya daha uzun

### Bölüm D. Diğer Semptomlar

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız.  <b>Son 2 ay içerisinde</b>	Hayır	Evet				Bilmiyorum
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman	(kutuyu işaretleyiniz)
1. Çocuğunuz ne sıklıkta istemediği hâlde tekrar tekrar geçirdi?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
2. Çocuğunuz ne sıklıkta osurdu?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
3. Gün içinde çocuğunuzun karnı ne sıklıkta (gözünüzle görebildiğiniz) bariz biçimde şişti?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
4. Çocuğunuz ne sıklıkta fazladan hava yuttu veya içine çekti (çocuğunuz hava yuttuğunda bir <b>gurklama</b> sesi duyabilirsiniz)?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

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

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

0. \_\_\_ Hiçbir zaman (*Lütfen 6. soruya geçiniz.*)
1. \_\_\_ 1
2. \_\_\_ 2
3. \_\_\_ 3
4. \_\_\_ 4 veya daha fazla

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

1. \_\_\_ 1 ay veya daha az
2. \_\_\_ 2 aydır
3. \_\_\_ 3 aydır
4. \_\_\_ 4-11 ay
5. \_\_\_ 1 yıl veya daha uzun

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

0. \_\_\_ Hayır
1. \_\_\_ Evet

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

0. \_\_\_ Hayır
1. \_\_\_ Evet

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

0. \_\_\_ Hiçbir zaman (*Lütfen 7. soruya geçiniz.*)
1. \_\_\_ Ayda 1-3 kez
2. \_\_\_ Haftada 1 kez
3. \_\_\_ Haftada birkaç kez
4. \_\_\_ Her gün

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

0. \_\_\_ Hayır
1. \_\_\_ Evet

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

6b. Çocuğunuz uyurken yedikleri ağzına geri gelir mi?

0. \_\_\_ Hayır

1. \_\_\_ Evet

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

0. \_\_\_ Hayır

1. \_\_\_ Evet

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

0. \_\_\_ Hayır

1. \_\_\_ Evet

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

0. \_\_\_ Yutar

1. \_\_\_ Tükürür

7. Anket bitmiştir. İlginize teşekkür ederiz.