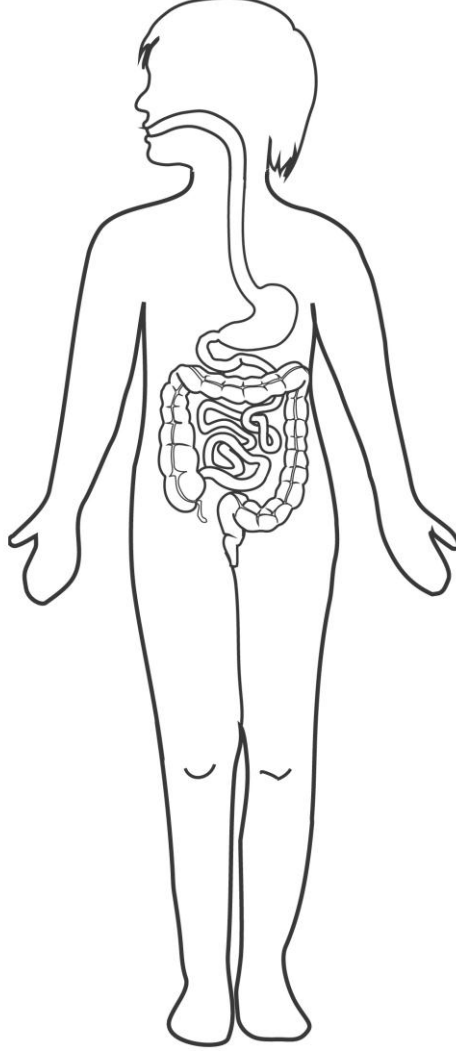


ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU (10 YAŞ ve ÜZERİ)

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



Açıklamalar

Bu anket sindirim sisteminiz (yemek borusu, mide, ince ve kalın bağırsak) ve bu sistemin olası sorunları ile ilgilidir. Bazı sorunlar sizde bulunurken bazıları bulunmayabilir.

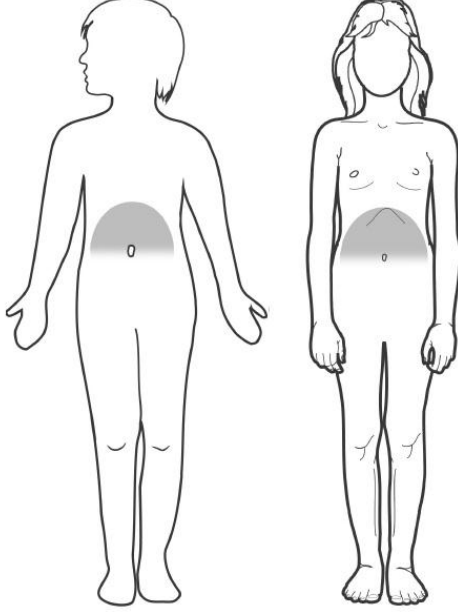
Lütfen tüm sorulara en doğru şekilde cevap veriniz.

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

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU (10 YAŞ ve ÜZERİ)

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

Aşağıdaki resimlerde gösterilen taralı alan, göbek deliğinizin 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.



Göbek Deliği Üzeri (Üst Karın)

Bu bölümdeki sorular, son 2 ayda göbek deliğinizin ÜZERİNDEKİ bölgede hissetmiş olabileceğiniz 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.

1. Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinizin üzerinde kalan bölgede (üst karında) ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?

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 göbek deliğinizin üzerinde kalan bölgede (üst karında) herhangi bir ağrı ve rahatsızlık hissetmediyseniz lütfen **Bölüm B**'ye geçiniz.

2. Göbek deliğinizin üzerinde kalan bölgede (üst karında) aşağıdakilerden hangi/lerini hissettiniz? (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 |

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU (10 YAŞ ve ÜZERİ)

3. Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinin üzerinde kalan bölgede (üst karında) ne kadar acı veya rahatsızlık hissettiniz?

1. ___ Az
2. ___ Biraz (Çok ile Az arasında)
3. ___ Çok
4. ___ Oldukça çok

4. Göbek deliğinin üzerinde kalan bölgede (üst karında) hissettiğiniz 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. Göbek deliğinin üzerinde kalan bölgede (üst karında) ne zamandan beri acı veya rahatsızlık hissediyorsunuz?

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

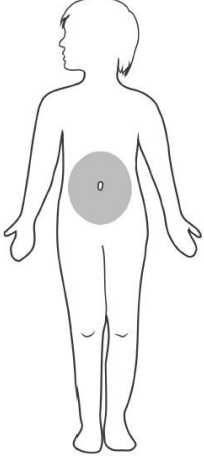
ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU
(10 YAŞ ve ÜZERİ)

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız.	Hayır	Evet			
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman
Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinizin üzerinde kalan bölgede (üst karında)acı veya rahatsızlık hissettiğinizde					
6. Kakanızı yaptıktan sonra acı veya rahatsızlık hissi düzeldi mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
7. Kakanız her zaman yaptığınızdan daha yumuşak kıvamda, lapa gibi ya da daha sulu muydu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
8. Kakanız her zaman yaptığınızdan daha sert ya da daha topak topak (keçi pisliği gibi) miydi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
9. Kakanız her zamankinden daha fazla miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
10. Kakanız her zamankinden daha az miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
11. Göbeğinizde şişkinlik hissettiniz mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
12. Baş ağrınız oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
13. Uyumada zorlandınız mı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
14. Kollarınızda, bacaklarınızda ya da sırtınızda ağrınız oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
15. Hâlsizlik ya da baş dönmesi hissettiniz mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
16. Okula gidemediğiniz veya günlük işlerinizi yapamadığınız oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4

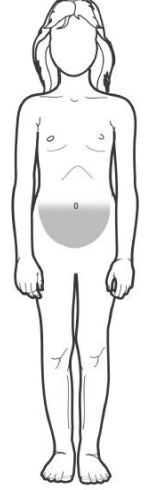
ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU (10 YAŞ ve ÜZERİ)

Bölüm B. Göbeğin Çevresi ve Altındaki Karın Ağrıları

Bu bölümdeki sorular, göbek deliğinizin ÇEVRESİ ve göbek deliğinizin 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, göbek deliğinizin çevresinde ve göbek deliğinizin altında kalan bölgede ne sıklıkta sancı veya ağrı hissettiniz?

0. ___ Hiçbir zaman
1. ___ Ayda 1-3 kez
2. ___ Haftada bir kez
3. ___ Haftada birkaç kez
4. ___ Her gün

*Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinizin çevresinde ve göbek deliğinizin altında kalan bölgede HERHANGİ bir sancı veya ağrı hissetmediyseniz lütfen **Bölüm C'**ye geçiniz.*

2. Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinizin çevresinde ve göbek deliğinizin altında kalan bölgede ne kadar acı hissettiniz?

1. ___ Az
2. ___ Biraz (Az ile Çok arasında)
3. ___ Çok
4. ___ Oldukça çok

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU (10 YAŞ ve ÜZERİ)

3. Göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede hissettiğiniz 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. Göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgedeki sancı veya ağrı 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			
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman
Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinin çevresinde ve göbek deliğinin altında kalan bölgede sancı veya ağrı hissettiğinizde					
5. Kakanızı yaptıktan sonra sancı veya ağrı hissi düzeldi mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
6. Kakanız her zaman yaptığınızdan daha yumuşak kıvamda, lapa gibi ya da daha sulu muydu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
7. Kakanız her zaman yaptığınızdan daha sert ya da daha topak topak (keçi pisliği gibi) miydi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
8. Kakanız her zamankinden daha fazla miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
9. Kakanız her zamankinden daha az miktarda mıydı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
10. Göbeğinizde şişkinlik hissettiniz mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
11. Baş ağrınız oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
12. Uyumada zorlandınız mı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
13. Kollarınızda, bacaklarınızda ya da sırtınızda ağrı oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4

ÇOCUK VE ADÖLESLANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU
(10 YAŞ ve ÜZERİ)

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız.	Hayır	Evet			
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman
Son 2 ay içerisinde, göbek deliğinizin çevresinde ve göbek deliğinizin altında kalan bölgede sancı veya ağrı hissettiğinizde					
14. Hâlsizlik ya da baş dönmesi hissettiniz mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
15. Okula gidemediğiniz veya günlük işlerinizi yapamadığınız oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4

16. Son bir yıl içinde, göbek deliğinizin çevresinde **2 saat veya daha uzun** süren ve yaptığınız **her şeyi bırakmanıza 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, 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 **-birkaç hafta veya daha uzun süre-**sağlıklı mıydınız?

0. ___ Hayır
1. ___ Evet

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU (10 YAŞ ve ÜZERİ)

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

Bu bölümdeki sorular bağırsak hareketleriniz 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, genellikle hangi sıklıkta kaka yaptınız?

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

2. Son 2 ay içerisinde, kakanızın 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 (Kakam her zaman aynı değildir).

2a. Kakanız 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, kakanızı yaparken canınız yandı mı?

0. ___ Hayır
1. ___ Evet

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU
(10 YAŞ ve ÜZERİ)

Aşağıdaki her bir sorunun cevabı için tabloda verilen numaralardan birini yuvarlak içine alınız. Son 2 ay içerisinde,	Hayır	Evet			
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman
4. Kakanızı kaçırmamak için acele ile tuvalete gittiniz mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
5. Kakanızı yapmak için zorlandığınız (ıkındığınız) oldu mu? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
6. Kakanızı yaparken makatınızdan sümük veya balgam (beyazımsı-sarımsı kaygan bir şey) çıktı mı? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4
7. Kakanızı yaptıktan sonra kakanız bitmemiş, daha çıkmayan kaka varmış gibi hissettiniz mi? <i>Ne sıklıkta?</i>	0	1	2	3	4

8. Son 2 ay içerisinde, tuvaleti tıkayacak kadar büyük miktarda kaka yaptığınız oldu mu?

0. ___ Hayır

1. ___ Evet

9. Bazı çocuklar kullanabilecekleri tuvalet olsa bile kakalarını tutarlar. Çocuklar bunu yaparken vücutlarını kasar veya bacaklarını çapraz yaparlar. Son 2 ay içerisinde, evdeyken yukarıdaki gibi kakanızı ne sıklıkta tutmaya çalıştınız?

0. ___ Hiçbir zaman

1. ___ Ayda 1-3 kez

2. ___ Haftada 1 kez

3. ___ Haftada birkaç kez

4. ___ Her gün

10. Bir doktor veya hemşire sizi muayene edip bağırsaklarınızda çok miktarda kaka olduğunu hiç söyledi mi?

0. ___ Hayır

1. ___ Evet

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU (10 YAŞ ve ÜZERİ)

11. Son 2 ay içerisinde, iç çamaşırınız 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. İç çamaşırınız lekелendiğinde ya da kirlendiğinde miktarı ne kadardı?

1. ___ İç çamaşırı lekeliydi (kaka yoktu)
2. ___ İç çamaşırında az miktarda kaka vardı (tüm kakadan daha az)
3. ___ İç çamaşırında büyük miktarda kaka vardı (kakanın tümü)

11b. İç çamaşırınız 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. Son 2 ay içerisinde,	Hayır	Evet			
	% 0 Hiçbir zaman	%25 Nadiren (Arada bir)	%50 Bazen	%75 Çoğu zaman	%100 Her zaman
1. Ne sıklıkta istemediğiniz hâlde tekrar tekrar geçirdiniz?	0	1	2	3	4
2. Ne sıklıkta osurdunuz?	0	1	2	3	4
3. Ne sıklıkta gün içinde karnınız (gözünüzle görebildiğiniz) bariz biçimde şişti?	0	1	2	3	4
4. Ne sıklıkta fazladan hava yuttunuz veya içinize çektiniz (hava yuttuğunuzda bir gurklama sesi duyabilirsiniz)?	0	1	2	3	4

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU
(10 YAŞ ve ÜZERİ)

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

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

5a. Ne kadar zamandır tekrar tekrar hiç durmadan kusuyorsunuz?

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

5b. Tekrar tekrar hiç durmadan kusmalarınız olduğunda mide bulantısı da oldu mu?

0. ___ Hayır
1. ___ Evet

5c. Tekrar tekrar hiç durmadan kusmalarınız görüldüğü zamanlar arasında -*birkaç hafta veya daha uzun süre*- sağlıklı mıydınız?

0. ___ Hayır
1. ___ Evet

6. Son 2 ay içerisinde, yemek yedikten sonra yedikleriniz ne sıklıkta ağzınıza 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 yemek yedikten sonraki ilk bir saat içerisinde mi olur?

0. ___ Hayır
1. ___ Evet

ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN BİLDİRİM FORMU
(10 YAŞ ve ÜZERİ)

6b. Uyurken yedikleriniz ağzınıza geri gelir mi?

0. ___ Hayır

1. ___ Evet

6c. Yedikleriniz ağzınıza geri geldiğinde genellikle bulantı ve kusma hisseder misiniz?

0. ___ Hayır

1. ___ Evet

6d. Yedikleriniz ağzına geri geldiğinde genellikle canınız acır mı?

0. ___ Hayır

1. ___ Evet

6e. Yedikleriniz ağzınıza geri geldiğinde genellikle ne yaparsınız?

0. ___ Yutarım.

1. ___ Tükürürüm.

7. Anket bitmiştir. İlginize teşekkür ederiz.