



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇÖLYAK HASTALIĞI OLAN 8-18 YAŞ ARASI ÇOCUK VE ERGENLERDE  
PSİKİYATRİK BOZUKLUK VE YAŞAM KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Selcen ESENYEL

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2011



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇÖLYAK HASTALIĞI OLAN 8-18 YAŞ ARASI ÇOCUK VE ERGENLERDE  
PSİKİYATRİK BOZUKLUK VE YAŞAM KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Selcen ESENYEL

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Pınar VURAL

BURSA – 2011

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	23
Bulgular.....	29
I. Sosyodemografik Bulgular.....	29
II. Çölyak Hastalığı ile İlgili Bulgular.....	34
III. Psikiyatrik Bulguların Değerlendirilmesi.....	37
Tartışma ve Sonuç.....	47
Kaynaklar.....	53
Ekler.....	60
Teşekkür.....	87
Özgeçmiş.....	88

## ÖZET

Çölyak Hastalığı(ÇH) yüksek oranda psikiyatrik semptomatoloji ve komorbidite ile giden bir hastalıktır. Bu çalışmada ÇH tanısı almış 8-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi, bazı psikososyal özellikleri ve ailelerinde psikiyatrik semptomatoloji incelenmesi amaçlanmıştır.

ÇH tanısı almış 30 hasta (21 kız, 9 erkek), 20 sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Sosyodemografik Form, Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çölyak Hastalığı Diyete Uyum Anket Formu uygulandı. Hasta ve kontrol grubunun annelerine de Beck Depresyon Ölçeği, Anlık ve Süreklilik Anksiyete Ölçekleri uygulandı. İstatistiksel analizlerde SPSS 13 kullanıldı.

Ölçek puanları uygulandığında, hasta grupta yaşam kalitesi tüm alt ölçekleri ortalama puanları kontrol grubuna göre anlamlı düşük olarak bulunmuştur.( $p<0,005$ ). Çalışmamızda çölyaklı hastaların yaşam kalitesi ile glutensiz diyet uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşam kaliteleri düşen çocuk ve ergen çölyaklı hastaların hayat boyu süren diyetlerine uyumları etkilenebilir.

ÇH olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin etkilenmesi diyet uyumu açısından önemli olarak gözükmektedir. Kontrollerde klinisyen doktorunun takibinde psikososyal desteği artırmak amacıyla multidisipliner yaklaşım gerekebilir. Çölyak hastasını takip eden tüm sağlık ekibi hastanın psikososyal durumunu ve ebeveynlerinin ruh halleri ile tutumlarını değerlendirerek gereğinde hasta ve ebeveynini psikiyatrik destek almaya yönlendirmesi açısından uyanık olmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Çölyak Hastalığı, psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi, ebeveynde psikiyatrik semptomatoloji.

## SUMMARY

### **An Investigation of Life Quality Index, Psychiatric Comorbidity and Some Psychosocial Features in Patients with Celiac Disease Aged 8 to 18 Years**

Celiac Disease(ÇH) is a disease with psychiatric symptomatology and comorbidity. In this study, Life Quality Index, psychiatric comorbidity and some psychosocial features and caregivers psychiatric symptomatology are aimed to be investigated in children and adolescents with CD aged 8 to 18 years.

Thirty patients (21 girls, 9 boys) with ÇH were compared with 20 healthy control group of the same size. Sociodemographic form, Children's Depression Inventory, The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, Brief Symptom Inventory (BSI), Pediatric Quality of Life Inventory and were applied. Patients and healthy groups' mothers completed Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory (STAI-I, STAI-II). SPSS v. 13.0 was used for statistical analysis.

According to tool scores, the average scores of quality of life inventory all subscales were significantly lower in the patient group comparing with the healthy group. ( $p < 0,05$ ). In our study; we also found a statically relation between celiac patients' quality of life all subscales average scores and gluten-free diet compliance. Patients whose quality of life are affected may show non-compliance to their diets.

Celiac children and adolescents' quality of lives may be important for their gluten-free diets. In their outpatients' visits the clinician may need a multidisciplinary approach for determining the psychosocial state of the patient. All of the members of the clinic team following up the celiac patient

must assess their psychosocial state and parents' psychology and attitudes and be aware to guide the patient and parents for the psychological support.

**Key words:** Celiac disease, psychiatric comorbidity, quality of life, parents psychiatric symptomatology.

## GİRİŞ

Çölyak Hastalığı (Gluten duyarlı enteropati, Çölyak Sprue) (ÇH), gluten içeren yiyeceklere karşı aşırı duyarlılık sonucu gelişen, malabsorbsiyonla karakterize (1-4) ince barsak villuslarında total veya kısmi atrofi yapan, genetik ve immunolojik faktörlerin rol oynadığı bir hastalıktır (1, 3) Geç bebeklik dönemi ve çocuklukta rastlanan kronik ishallerin ve gelişme geriliğinin önde gelen nedenlerinden biridir (2, 3). Hem çocukluk hem de erişkin yaş grubunda görülebilir ve yaşam boyu devam eder (1, 3, 5).

Gluten buğday ve diğer tahıllarda (arpa, çavdar, yulaf) bulunan bir proteindir. Glutenin alkolde çözünebilen prolamin fraksiyonu hastalığa neden olmaktadır (1-5). Olgular asemptomatik olduğu gibi, tanı gecikmesinde ölüme kadar varabilen geniş bir yelpaze ile karşımıza gelebilmektedir. ÇH tanı öncesinde yüksek morbidite ve mortaliteye neden olurken, tanı konulduktan sonra bir yaşam biçimi haline gelmektedir. Glutenin diyetten uzaklaştırılması ile ince barsak mukozasında düzelme ve klinik olarak tam remisyona sağlanmaktadır (1-3).

ÇH yaşam boyu süren tek gıda alerjisidir (5). Günümüzde insanoğlunun en sık rastlanan genetik hastalığı olarak görülür. Çölyak patogenezinde genetik, çevresel ve immunolojik faktörler rol oynamaktadır (1, 3). Hastalık ailesel özellik taşımakta ve sıklıkla aynı ailede birden fazla hasta görülebilmektedir. Çalışmalarda hastaların birinci derece akrabalarında %10-12 oranında ÇH saptandığı bildirilmektedir (6). Beyaz ırkta, özellikle çocukluk çağında, görülme sıklığı son verilere göre, 1/300 ile 1/80 arasında değişmektedir (1, 5, 6). Hastalığın tanısı ince barsak biyopsisi ile konulmakta ve tedavide ömür boyu glutensiz diyet kullanılmaktadır. (1-5). Tanı almayan ve göz ardı edilen hastalarda ÇH ciddi komplikasyonlarla seyretmektedir. ÇH olan kişilerde depresif semptomlar ve depresif bozukluklar sık görülmektedir (3) Tedavi olmamış erişkin çölyaklı hastalarda psikiyatrik bozukluk oranının %21 gibi yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (7). Çölyak hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklar depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik

bozuklukları, şizofreni, yeme bozuklukları ve otizmdir (5). Çölyaklı çocuk ve adolesanlarda da tedavi öncesinde depresif ve davranış problemleri görülmektedir (8). Sürekli diyet uyumu, çocuk ve ailesine hastalığın yükünü anlamak ve çölyaklı çocuk ve ergenlerde çölyak hastalığının ruhsal etkilerini ve yaşam kalitelerini araştırma gerekliliğini doğurmaktadır.

## **Epidemiyoloji**

ÇH kadınlarda erkeklerden daha sık olarak görülmektedir (1, 2, 4). Monozigotik ikizlerde ve çölyaklıların birinci derece akrabaları arasında çölyak görülme prevalansı normal topluma göre on kat daha fazladır (4, 9). Çölyak hastalığı beyaz ırkın hastalığı olarak bilinmektedir (1, 4, 9).

Çölyak İngiltere, Avusturalya, Kuzey Amerika gibi buğdayın beslenmede önemli yer tuttuğu ülkelerde çok sık görülürken, Çin ve Japonya gibi gluten tüketiminin az olduğu ülkelerde hemen hiç görülmemektedir (1, 2). İtalya'da 1996 yılında yapılan 15 merkezli çalışmada 6-15 yaş arası 17201 çocukta çölyak prevalansı 1/210 olarak bulunmuştur (9). 1991 yılında Kuzey İrlanda'da 1823 erişkinin dahil edildiği çalışmada çölyak görülme prevalansını serolojik tarama ile 1/152 bulmuşlardır. Yine aynı çalışmacılar serolojik tarama ve incebarsak biyopsi destekli yeni bir çalışma yapmışlar ve çölyak görülme prevalansını 1/122 olarak bulmuşlardır. İngiltere'de 46-76 yaş grubunda 7550 kişi taranmış olup oran 1/83 olarak bulunmuştur (2). Yine çoğu Avrupa ülkelerini kapsayan Mustalalahti ve ark. (10), 2010 yılında Avrupa'da çocuk ve erişkin ÇH prevalansını araştırdığı tek merkezli uluslararası tarama çalışmasında genel ÇH prevalansı %1 olarak bulunmuş. Bu çalışmalar ışığı altında Avrupa'da çölyak görülme sıklığı 1/83 -500 arasında değişmektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinde çölyak sıklığı Avrupa'ya yakındır. Fasano ve arkadaşları genel popülasyonda ÇH prevalansını 1/133 olarak bulmuşlardır (11).

Ülkemizde çölyak prevalansını araştıran toplum tarama çalışması son yıllara kadar bölgesel olarak yapılmıştır. Gürsoy ve arkadaşları



Kayseri'de hastaneye çeşitli nedenlerle gelen 20-59 yaş grubu 906 hastayı çölyak açısından taramışlar sonuçta çölyak görülme sıklığını %1 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada hastaneye başvuranların büyük çoğunluğu kronik hastalığa sahip kişilerdir. Çölyak bazı kronik seyirli otoimmün hastalıklarla birlikte bulunabildiği için gerçek toplumda görülme sıklığını yansıtmamaktadır. Ankara'da gönüllü 5054 kan vericisinin tarandığı çalışmada çölyak prevalansı 1/144 olarak bulunmuştur. Yalnız bu kan vericilerin %91'i erkek olduğu ve çölyak'ın kadınlarda daha sık görüldüğü göz önüne alınır ise bu çalışma gerçek oranı yansıtmayabilir (5).

Demirçeken ve ark. (12) Ankara'da çeşitli yakınmalar ile hastaneye başvuran hasta veya sağlıklı 2-18 yaş grubundan 1000 çocukta, çölyak prevalansını araştırmışlar, t-TG ( doku transglutaminaz ) IgA pozitifliğini %1, biyopsi ile kanıtlanmış çölyak oranını ise %0.9 (1/111) olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada sadece %20 hasta grubu sağlıklı olduğu için gerçek toplum prevalansını yansıtmayabilir.

Göral ve ark. (13) Diyarbakır yöresinde çocuklarda ÇH sıklığı araştırdıkları çalışmalarında; 7-14 yaş arasında(ort. yaş 9.8) ÇH sıklığı %0.51 bulunmuş ancak örneklem sayısı tüm popülasyona genelleştirebilmek için yeterli alınmamış.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi önderliğinde 2007 yılında tüm Türkiye genelinde çalışma ile ÇH görülme sıklığı Türkiye için 1/ 100 olarak bulunmuştur. Bunu anlamı ülkemizde 500.000 çölyaklı olduğu anlamına gelmektedir. Hastane kayıtları ve Çölyakla Yaşam Derneklerinin resmi kayıtlarında toplam 5000 Çölyak hastası bulunmuştur (5).

## **Etyoloji ve Patogenez**

Çölyak hastalığı genetik, çevresel faktörler ve kişinin immün sisteminin her üçünün de birlikte rol aldığı bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.Genetik faktörler: ÇH ile bazı HLA alelleri arasında ilişki bulunmuştur.İlk bulunan, HLA-B8 daha sonra bulunanlar HLA-DR3, -DR7 ve

DQ2 'dir (14). HLA DQ2 genel populusyonda %20-30 sıklıkta saptanırken, çölyaklılarda bu oran %86-100'e ulaşmaktadır. DQ2'nin homozigotluğu erken başlangıçlı ve klasik ÇH ile ilişkilidir (1, 2). ÇH multigenik bir hastalıktır, 15,5, 11 nolu kromozomlarda hastalıkla ilgili alanlar bildirilmesine karşın, DQ2, DQ8 varlığı esansiyeldir (4).

Erkan ve ark. (15) çalışmalarında; Türk çocuk çölyak hasta grubunda HLA-A25 antijenin sık görüldüğünü bulmuşlardır. Yine bazı klinik görünümle bazı doku antijenlerinde daha sık görülmektedir. HLA DR3 fenotipi diş enamel bozukluğu olan çölyak hastalarında sık iken HLA-DQ2 fenotipine sahip çölyak hastalarında T hücreli intestinal lenfoma anlamlı olarak sık bulunmuştur (1, 4, 15).

Yine çölyak hastalarının ikiz eşlerde hastalığın görülme oranını araştıran bir çalışmada 188 aile bireylerinde HLADQ2 genotipi çalışılmış ve ikiz eşi ve ebeveynlerde çölyak olasılığı %10 olarak bulunmuştur (16).

## 2.Çevre faktörleri:

*I. Gluten:* Buğday, arpa, çavdar ve yulafta bulunan, hamur karıldığı zaman hamura kıvam veren ve hamurun tutmasını sağlayan proteine **gluten** ismi verilmektedir. Çölyaklılar için glutenin gliadin fraksiyonu incebarsaklarda toksisitesi hastalığa neden olmaktadır (1, 2, 4, 17, 18).

Yaşamın ilk yılında gluten diyetle büyük miktarda verildiğinde, ÇH riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (19).

*II. Anne sütü:* Anne sütünün gluten içeren gıdalara başlanmadan ve 3 aydan daha kısa sürede kesilmiş olması, inek sütüne erken başlama ÇH'a eğilimi artırmaktadır. Yani emzirmenin sürekli koruyucu bir etkisi vardır. Özellikle çocuklar glutenli diyet verildiğinde hala emiyorlarsa, ÇH riski azalmıştır (19).

Ancak emzirmenin gerçekten ÇH'nı önlediği mi, yoksa sadece hastalığın başlangıcını mı geciktirdiği belirsizdir (20).

*III. Gastrointestinal enfeksiyonlar:* Gastrointestinal sistemi tutan enfeksiyonların (adenovirus tip 12 gibi) uzun sürmesiyle incebarsak epitelyum geçirgenliği bozularak antijenik yük artırır ve çölyak hastalığına genetik eğilimi olan kişide hastalığın ortaya çıkışı kolaylaşır (21).

*IV. Antibiyotik kullanımı:* Uzun süreli antibiyotik kullanımının ÇH'a eğilimi arttırdığını öne süren çalışmalar vardır (17).

*V. Stres faktörleri:* Kişinin yaşamı sırasında karşılaştığı stresler örneğin; gebelik, geçirilen operasyonlar, okula, kreşe başlama, sınav stresleri, yakın birini kaybetme kişinin bağışıklık sistemini etkileyerek çölyak hastalığına eğilimi artırdığı gösterilmiştir (17).

3. İmmün sistem: Çölyak buğday, arpa ve çavdar gibi ürünlere karşı otoimmün bir yanıt olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığa yol açan proteinler buğdayda gliadin, arpadaki hordein ve çavdardaki sekalinlerdir. Avenin ise daha küçük oranlarda bile hastalığa yol açabilen proteindir (18). Bu proteinler incebarsaktaki proteazlar tarafından iyi sindirilemezler ve lümeninde kalırlar, barsak lümeninde kalmış olan proteinler epitelden geçip ve doku transglutaminaza deamine olur. Arta kalan glutaminler glutamik asite dönüşerek negatif yükle yüklenmiş olur. Bu negatif yüklü peptidler ise antijen sunan hücrelerin yüzeyindeki spesifik HLADQ2 ve HLADQ8 'i bağlar. CD4+ T lenfositler gliadin peptidleri tanır ve başta İFN- $\gamma$  olmak üzere inflamatuvar sitokinlerin salınmasını sağlanarak barsak hasarını etkiler. Viral gastroenteritler, geçirilmiş sindirim sistemine yönelik operasyonlar, seyahatlerden sonra barsak immün sisteminin bozulması sessiz çölyak hastalarında klinik bulguların ortaya çıkışına zemin hazırlar.

Hastalıkta makrofaj, plazma hücresi, CD4+ helper, CD8+ sitotoksik T lenfositler ve NK hücrelerinde rolü vardır. Antijene uzun süreli temas yani glutenle uzun süreli sindirim sisteminin karşı karşıya kalması ile intraepitelyal  $\alpha/\beta$  T lenfosit hücrelerinin aktive olarak hücrelerde NKG2D majör histokompatibilite kompleks clas-I zincir ile ilişkili gen A birkaç mekanizma ile enterosit hasarına yol açar. Bunlar fas ligant yolu, perforagin liganzim işlemi ve matriks metallo proteinaz, İL-15 buna katkıda bulunur. Makrofaj ve epitel hücreleri tarafından İL-15 ürünleri epitelyum hücreleri üzerinde NKG2D reseptör sinyal yolunu kolaylaştıran majör histokompatibilite klas 1 zincir gen ekspresyonunu artırır (1, 4).

Lamina propiada bulunan plazma hücrelerinin patogenezdaki rolü tam olarak bilinmemektedir. Hastalık oluşumu için humoral immün yanıt

gerekmez, fakat immün komplekslerin aktivasyonunda ve kript hücrelerinin differasyonunda inhibitör etki yaparak katkı sağlar. Oluşan antikorlar antigliadin antikor (AGA), antiendomisyum antikor (EMA), dokutransglutaminaz (tTG) hastalığın tanısında ve tedaviye yanıtı izlemede önemlidir.

Sonuç olarak; hastalığın oluşumunda gluten ile tek başına karşılaşma yetmez bunun yanında genetik yatkınlık stres ve çevresel faktörler de olmalıdır. Bu stres faktörleri immüniteyi etkileyerek hastalığın oluşumuna yol açmaktadır. Yani çölyak genetik, çevresel ve vücudun savunma mekanizmasının her üçünün de rol aldığı bir dizi olaylar zinciri sonrası gelişmektedir. Özetle çölyak hücrel immün yanıt hastalığıdır (1-3, 17).

### **Klinik Özellikler**

Hastalığa ait semptomlar diyete glutenin girmesiyle herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Hastalık ne kadar çocukluk çağında başlasa da tanı yaşı asemptomatik ve atipik vakalar nedeniyle adolesan yaşlara kayabilmektedir. Çocuklukta 6 ay-2 yaş, erişkinlerde 40-50 yaş tanının en sık konduğu yaşlardır. (1, 4, 22 )

ÇH proksimal ince barsağı tutan bir hastalık olması yanında bazı kişilerde tüm barsağı da tutabilmektedir (2, 22). İnce barsağın proksimal tutulumu; sıklıkla demir, folik asit, kalsiyum, yağda eriyen vitaminlerin emilimi bozulacağı için demir eksikliği anemisi, folat eksikliği ve azalmış kemik mineral dansitesi ile sonuçlanacaktır (4). İshal semptomatik çölyak hastalığının en belirgin özelliklerinden olup çoğunlukla hastalığın distal ince barsağı tutması nedeniyledir. Yalnızca proksimal ince barsak tutulumunda hastalarda genellikle ishal yakınması olmaz çünkü distal ince barsakta yağ ve karbanhidrat sindirim ürünleri emilerek kompanse edilebilmektedir (2, 22).

Çölyak hastalığı çok farklı belirtiler ile giden hastalık tablolar göstermektedir. Bu tabloda

1. Klasik ( gastrointestinal) belirtiler

2. Nonklasik ( gastrointestinal sistem dışı ) belirtiler
3. Birlikte görüldüğü otoimmün hastalıklar
4. Birlikte görüldüğü genetik sendromlar
5. Sessiz ( silent ) çölyak hastalığı
6. Potansiyel çölyak hastalığı yer almaktadır.

Yapılan toplumsal taramalar göstermiştir ki belirti veren çölyak hastalarından daha çok asemptomatik vakaların olması hastalığın bir buzdağı kitlesine benzetilmesine sebep olmuştur . Klinik olarak ancak buzdağının görünen kısmına yani belirti veren çölyak hastalarına tanı konabilir (9, 22).

### 1.Klasik Çölyak Hastalığı

Hastalık yenidoğan döneminde gluten ile tanışma olmadığı için görülmemektedir. Klasik çölyak daha çok süt çocukluğu ve oyun çocukluğu çağında görülür. Anne sütüne ilave olarak ek gıdalara başladıktan sonra sindirim sisteminin unlu gıdalar (gluten içeren gıdalar ) ile tanışmasından sonra hastalık belirti vermeye başlar (9, 22). Hastalığın belirtilerinin ortaya çıkış süresi kişinin bağışıklık sistemi ile de ilgili olarak 3 ay ile 14 yıl arasında değişebilmektedir (23). Çölyak hastalığında süt çocukluğu döneminde belirtileri kilo alımı iyi olan çocuğun gelişiminde birden yavaşlama, gece huzursuzluğu, gastroözefagial reflü ile karışabilen kusma atakları, hipotoni, iki haftayı geçen şekilsiz, yağlı, ekşi pis kokulu ishal olması şeklinde belirtiler ile karşımıza gelebilir. Çölyak hastalığı özellikle çocukluk çağında kronik ishal nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (24). Yapılan çalışmalarda da çölyaklı hastaların en sık başvuru semptomu olarak ishal saptandı. Bunu sırasıyla büyüme gelişme geriliği, boy kısalığı ve karın ağrısı izlemekteydi (25).

Ciddi malnutrisyon ve kaşeksi geç tanı alan çocuklarda görülmektedir. İrritabilite gibi davranış değişiklikleri sıktır. Tedaviye yanıtız demir eksikliği anemisi, raşitizm bulgularının klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak geliştiği görülebilir (4, 22).

### 2. Nonklasik (Ekstraintestinal) Belirtiler

5-7 yaştan sonra ortaya çıkmaktadır.

*I. Okul dönemi:* Bu dönemlerde belirtiler silikleşebilir. Gastrointestinal belirtiler (GİS) ve/ veya GİS dışı belirtiler ile hasta karşımıza gelebilir. Hastalık kendini anemi, halsizlik, yorgunluk, okul başarısında azalma, zaman- zaman tekrarlayan karın ağrıları, glutenin kardiyoözefagial sfinkter üzerine toksik etkisi sonucu gastroözefagial reflüyü taklit edebilir, boy uzamasında azalma, kabızlık, eklem ağrıları, ağızda iyileşmeyen yaralar, dental enamel defektler, alopesi ve diğer cilt bulguları ve nörolojik bulgular ile kendini gösterebilir. Hastada gastrointestinal sistem dışı belirti gelişmiş ise tanınması zorlaşabilir. Hastalık karaciğer enzimlerinde yükseklik, osteoporoz, EEG değişiklikleri şeklinde bulgular ile karşımıza çıkabilir (22).

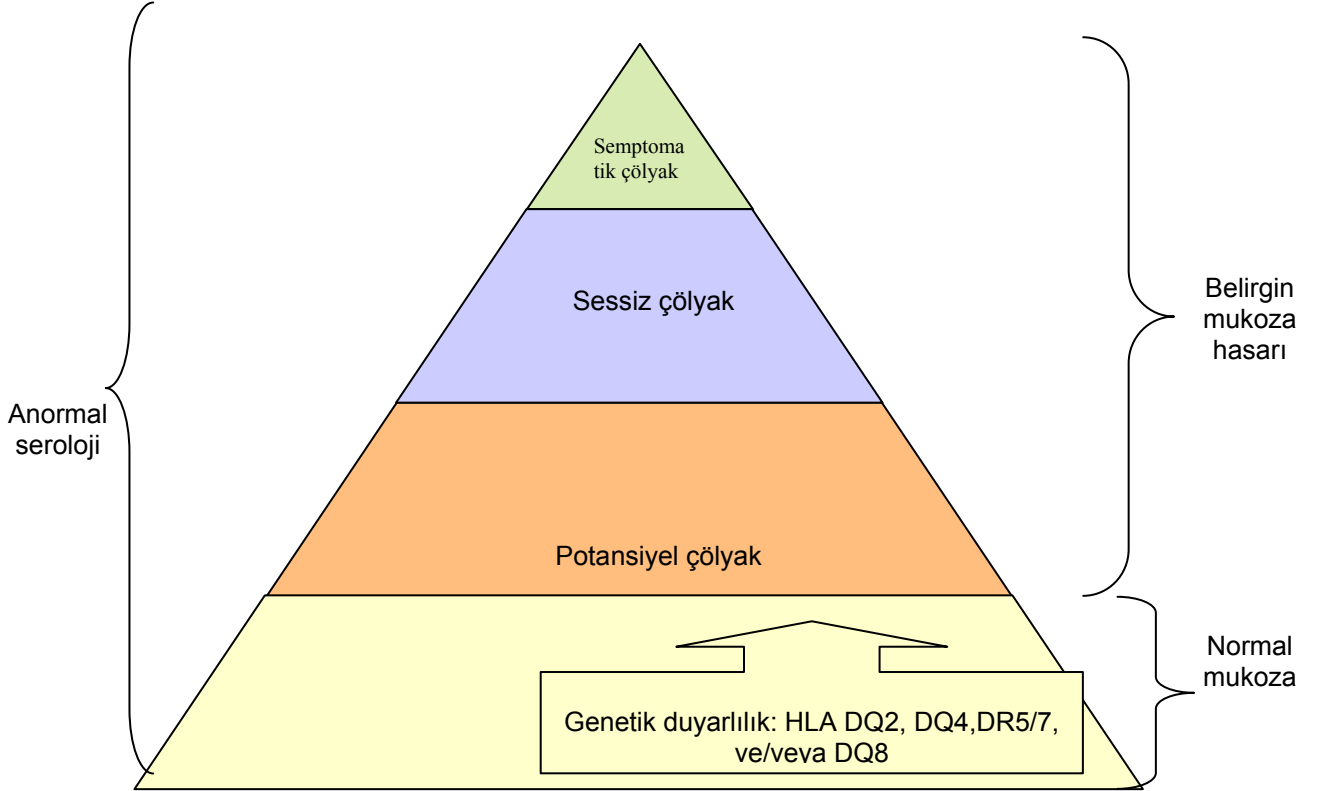
*II. Ergenlik dönemi:* Hastalık bu döneme kadar tanı almamış ise hastalık belirtileri silikleşir ve atipik belirtiler gelişir. Hasta adet görmede gecikme, ergenliğe geç girme, büyüme gelişme geriliği gibi belirtiler verebilir (22). Yapılan bir çalışmada gastrointestinal belirti vermeyen kısa boylu çocukların %8-10 'unda çölyak hastalığı tanısı konulmuştur (26). Çölyak hastalığında boy kısalığı endokrinolojik sebepleri dışladığımızda %18-59 oranında görülmektedir yani çölyakta boy kısalığı büyüme hormonu eksikliğinden daha sık olarak görülmektedir.

ÇH %9 oranında karaciğer fonksiyon testlerini yükseltmektedir (27). Karaciğer tutulumu olan çölyak hastalarında glutensiz diyet başlanması ile karaciğer fonksiyon testleri birinci yılın sonunda normale dönmektedir. Yine çölyak hastalığının seyrinde karaciğerde steatoz, fibrozis, kronik hepatit ve siroza kadar gidebilen tablolar görülebilir (28).

Juvenil romatoid artrit çölyaklı çocuklarda %3 oranında görülmektedir. Dermatitis herpetiformis ise çocuklarda nadir görülen ve çölyak hastalığının dermatolojik eş değeri kabul edilir. Hastalık ekstremelerde, kalçalarda, yüzde, boyunda ve gövde de makülopapüler döküntüler ile karakterize bir hastalıktır (6, 29). Çölyak, selektif IgA eksikliğinde %7.7 oranında görülür yine çölyaklılarda ise %2 oranında selektif IgA eksikliği görülmektedir (30, 31).

Bu formlar dışında- çölyak krizi, çölyak şok- bu yüz yıl başında tanınan olanakların az olduğu dönemlerde karşılaşılmış olan ve şimdi ise

nadiren rastlanan çok sulu, şiddetli ishal, elektrolit bozukluğu, dehidratasyon, karında distansiyon, hipoproteinemi, hipotrombinemi, hipotansiyon, letarji ve şok ile karakterize bir tablodur (4, 17, 22).



Şekil-1: Çölyakta buzdağı görünümü (30).

### 3. Çölyak Hastalığına Eşlik Eden Otoimmün Hastalıklar

Çölyak ve otoimmün hastalıkların birlikteliği sıktır (2, 6, 32). Çölyak ve otoimmün hastalıklar HLA DQ2 diye bilinen gen bölgesinde köken alırlar (32).

Çölyak Tip-I diabetes mellitus ve otoimmün tiroidit ile birlikte sırasıyla %4.5-13.5 (33) ve %3-7.8 oranında (34) görülmektedir. Glutensiz diyetle başlanması ile diyabetik hastanın kan şekeri regüle olur, gelişen otoantikörlerin düzeyi azalır. Ancak erken tanı alan çölyaklı hastada glutensiz

diyet ile Tip-I diabetes mellitus gelişiminin azaldığını destekleyen bir çalışma yoktur.

ÇH ile birlikteliği gösterilen diğer otoimmün hastalıklar, otoimmün hepatit (35), otoimmün kolanjit (36), otoimmün anemi, trombositopeni, nötropeni (37), Addison Hastalığı (38), irritabl barsak hastalığı (39), alopesi (40) ve sarkoidozdur (41).

Epilepsi, oksipital lobta kalsifikasyon çölyak ile birlikte görülebilen nörolojik bulgulardandır (42). Osteoporoz çölyak'ta gelişen en iyi bilinen komplikasyonlardandır. Glutensiz diyet ile kısa sürede osteoporoz düzelir (25, 43).

#### 4.Çölyak Hastalığına Eşlik Eden Genetik Sendromlar

Down sendromu; Çölyakla birlikte görülen genetik sendromların en iyi bilinenidir ve down sendromluların %3.2-10.3 'unda çölyak hastalığı görülmektedir. Tanı anında bu hastaların çoğu asemptomatiktir (43).

#### 5. Sessiz Çölyak Hastalığı

Görünüş olarak sağlam olan bir çocukta incebarsakta çölyak bulgularının görülmesine sessiz çölyak hastalığı denilmektedir. Çölyak hastalığı olan hastaların akrabalarında %4.5 oranında sessiz çölyak hastalığı görülür. Belirti veren her bir çölyak hastasına karşılık 8-9 tanı almamış çölyak hastası olduğu düşünülmektedir ( 44).

#### 6.Potansiyel Çölyak Hastalığı (Latent Çölyak)

HLA DQ2- DQ8 genotipine sahip olan, çölyak antikoru (AGA, EMA ve t-TG) pozitif olan fakat yapılan incebarsak biyopsisi normal veya minimal İEL artışı saptanan hastalar bu gruptandır. Bu grupta yer alan hastalar glutensiz diyet tedavisi başlanmadan izlenmelidir (30).



**Tablo-1:** Çölyak hastalısıyla ilgili belirti ve bulgular (45).

<b>Çölyak hastalığıyla ilgili belirti ve bulgular</b>
Abdominal distansiyon
Kas zayıflığı
Kilo kaybı
Kusma
İştahsızlık
Kısa boy
Huzursuzluk
Karın ağrısı
Rektal prolapsus
Kabızlık
Ödem
Gecikmiş puberte
Osteopeni
Raşitizm
Aftöz ülserler
Dental enamel hipoplazi
Bitkinlik ve yorgunluk

**Tablo-2:** Çölyak hastalığıyla birlikte görülen hastalıklar (45).

<b>Kuvvetle birlikte bulunanlar</b>	<b>Çölyakla olması mümkün olanlar</b>	<b>Vaka raporları şeklinde olması olası durumlar</b>
Dermatitis herpetiformis İnsüline bağımlı diabetes mellitus Selektif IgA eksikliği Lenfoma İncebarsak kanseri Down sendromu Turner sendromu Williams sendromu	Otoimmün tiroid hastalıkları Astım ve atopik hastalıklar Epilepsi ve serebral kalsifikasyonlar Sjögren sendromu Farengial ve özefagial kanser	Addison hastalığı Demans İnflamatuvar barsak hastalıkları Sarkoidoz Primer biliyer siroz ve diğer kronik karaciğer hastalıkları Pankreatik yetersizlik Romatoid artrit ve diğer bağ dokusu hastalıkları

## Tanı

ESPGAN (Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Topluluğu ) 1989 yılında orijinal tanı kriterlerini gözden geçirerek tanı için iki kriterin gerekli olduğunu belirlemiştir (46).

### 1)Tanı için zorunlu kriterler

a) Yeterli miktarda gluten alırken karakteristik mukoza hasarının olması

b) Diyetten gluten çıkarıldığında klinik olarak tam remisyona sağlanması.

### 2) Tanıyı Destekleyen kriterler

a) Immunositokimyasal olarak CD3 ve gamma/delta pozitif T lenfosit artışı (Gluten challenge)

b) Seroloji (anıgliadin, antiendomisyum ve antiretikulin antikor pozitifliği)

c) Genetik uygunluk (DR3-DQ2, DR5/7DQ2)

Gluten Challenge: Oral ya da rektal yolla gluten verildikten sonra barsak mukoza örneklerinde CD3 ve gamma/delta pozitif T lenfositlerinde artış olması esasına dayanır (47). Gluten challenge rektal yolla tercih edilir. Test altı yaşından önce ve erken puberte döneminde yapılmamalıdır (48).

Günümüzde endoskopik olarak alınan biyopsinin patolojik incelenmesi sonucunda çölyak tanısı konmuş ve glutensiz diyetle tam bir klinik düzelmeye gözlenmişse challenge testi yapılmamaktadır.

Antigliadin Antikorlar (AGA): AGA IgA ve IgG antikorları tayini ELİSA yöntemi ile yapılmaktadır. ÇH tanısında AGA IgG'nin duyarlılığı yüksek olmasına rağmen romatoid artrit, sjögren sendromu, sarkoidoz, pemfigus ve atopik egsema gibi çeşitli otoimmün hastalıklarda da pozitif olabilmektedir. Bu nedenle hem IgA hem de IgG tipi AGA'nın tayin edilmesi testin duyarlılığını ve özgüllüğünü artırmaktadır (49).

Antiendomisyum Antikoru(EMA): EMA IgA, ÇH'da en spesifik antikor olup duyarlılık ve özgüllüğü hemen hemen %100'dür. İki yaşın altındaki çocuklarda duyarlı olmaması ve selektif IgA eksikliği olan çölyak hastalarında

negatif sonuç vermesi tarama testi olarak kullanımını kısıtlamamaktadır (50). EMA titresi mukozadaki hasarın şiddeti ile ilişkilidir ve glutensiz diyetle başladıktan sonraki 6 ay veya bir yıl içinde negatifleşir (51).

Antiretikulin antikör: Bu antikörler oldukça duyarlı olup gizli çölyak hastalarının saptanmasında ve yüksek riskli grubun taranmasında güvenli olarak kullanılabilirler ( 52).

## **Tedavi**

ESPGAN kriterlerine göre tüm çölyaklı hastalara yaşam boyu glutensiz diyet tedavisi uygulanmalıdır. Willem-Karel Dicke tarafından çölyaklı hastalar için önerilen bu diyet elli yıldan fazla süredir çölyaklı hastalar için önerilmektedir (53). Gluten birçok besin maddesinde bulunmaktadır ve yine tolere edilen gluten miktarının kişiden kişiye farklılıklar göstermesi glutensiz diyetle yanıtı değiştirmektedir (54).

1.Glutensiz diyet: Çölyak hastalığının temel tedavisini glutensiz diyet oluşturmaktadır. Yani kişinin diyetinden buğday, arpa ve çavdar gibi sindirim sistemi için toksik özellik gösteren gıdaların yaşam boyu çıkartılması ve bunların yerine mısır, pirinçunu, buğday nişastası ile yapılmış gıdaların hastaya verilmesidir. Buğday nişastasının içerdiği gluten miktarının çölyaklı hastalar için toksik olmadığı gösterilmiştir. Mercimekunu, kestaneunu, nohutunu, soyaunu, karabuğdayunu (buckwheat), horozibiği çiçeği (amarath) ve baklaunu da diğer tercih edilebilecek glutensiz ürünlerdir.

Diyete tam ya da ara sıra uyumsuzluk, özafagus, mide, barsak gibi gastrointestinal kanser riskini genel popülasyonun 10-15 katına çıkartırken, daha düşük olasılıkla otoimmün tirodit, hepatit, diyabet gibi immün kökenli hastalıklara yol açmaktadır (1, 2, 4, 54).

2.Tıbbi destek tedavisi: Çölyak hastalığının incebarsaklarda yapmış olduğu hasar tanı sırasında kalori, protein eksiklikleri yanında demir, kalsiyum, D vitamini, magnezyum, çinko, folat, niasin, kobalamin ve riboflavin eksikliklerine sebep olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki glutensiz diyet tek başına vitamin ve mineral desteğini karşılayamamaktadır.

glutensiz diyetle devam eden çölyak hastalarında destek tedavisi alsalar dahi folikasit, B6 ve B12 vitamin eksiklikleri görülemeye devam edebilir (52).

Çölyak hastalarında demir eksikliği anemisi, folik asit eksikliği ve B12 vitamin eksikliğine bağlı olarak hematolojik değişiklikler görülebilir. Demir (6 mg /kg /gün), folik asit (5-10 mg /gün) ve vitamin B12 (1 mg İM 2 ayda bir) verilmelidir (2, 6).

## **Gidiş**

Glutensiz tedaviye yanıt: Hastaların yaklaşık %70'inde glutensiz diyetle başladıktan sonraki iki haftada klinik bulgularda düzelmeye görülmektedir. Çocukta ilk olarak ishal düzelir, karın şişliği kaybolur, hastanın gece huzursuzlukları varsa kaybolur. Serolojik olarak altıncı ayda TTG düzeyinin düşmesi diyetle uyumu ve düzelmeyi işaret eder. Histolojik düzelmelerin hızı ve derecesi ise önceden tahmin edilemez. Ancak iki-üç ay içerisinde tekrarlanan biyopsilerde kısmi düzelmeler gözlemlenmiştir (46). Histolojik olarak tam düzelmelerin yaklaşık olarak altı ay sonra oluşabileceği bildirilmiştir (52). Yakınmaların geçmemesi durumunda lenfoma, diğer diyet proteinlerine hassasiyet, immün yetmezlik, irritabl barsak hastalığı, laktoz intoleransı, mikroskopik kolit veya pankreatik yetersizlik düşünülmelidir (46, 52).

Çölyaklı hastalarda görülen osteopeni ve osteoporoz diyetle uyumdan ancak bir yıl sonra düzelmeye başlar (55). Klinik düzelmeye olsa da ince barsakların mikroskopik olarak iyileşmesi iki-üç yıl sonra olmaktadır. Glutensiz diyet sonrası hastalarda ilk yıl içerisinde hızlı kilo alımı ve boy uzaması gözlenmektedir. Bu artışlar üçüncü yılda da devam etmektedir (56). Bu nedenle çölyak tanısı alan çocuklar yıllarca yakın izlemde tutulmalıdır (2).

## **Çölyak Hastalığında Depresyon ve Anksiyete**

Daha önceki çalışmalarda çölyak hastalığı olan erişkinlerde sık oranda depresif şikayet ve depresif bozukluk olduğu bulunmuş (57) ve çölyak

hastalığına sahip çocuk ve adolesanlarda da sık oranda 'emosyonel semptomlar'ın olduğunu ortaya koyulmuştur (22).

ÇH olan bireylerde periferik noropati, ataksi, entelektüel bozulma, beyin atrofisi ve epilepsi gibi norolojik şikayetler gelişebilir. Norolojik belirtilere ek olarak çölyak hastalığı olan erişkinlerde depresif şikayetler (%30-69) (57, 58) ve depresif bozukluklar (%42) (59) hastalığı olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek oranda bulunmuştur.

ÇH'a bağlı mental ve davranış bozuklukların patogeneğinde rol oynayan mekanizmalar bilinmemektedir. Yapılan daha önceki çalışmalarda triptofanın eksikliği ve santral serotonerjik fonksiyon bozukluğunun olasılığı üzerinde durmuşlardır (7).

Pynnönnen ve ark.'nın (8) yaptıkları çalışmada; dokuz ergeni ÇH tanısı aldığı andan itibaren psikiyatrik bulgular yönünden takip etmişler. Hastalığın başlangıcındaki psikiyatrik durumu testlerle değerlendirilmiş ve bu testler üç aylık takip sürecinde tekrarlanmış , hastalardan tanı öncesinde ve glutensiz diyet tedavisine başladıktan sonra serum aminoasit ve hormon çalışmaları için kan alınmıştır. Çalışma sonucunda çölyak hastalarının çoğunun tanı konulmadan önce depresif ve davranış semptomlarının olduğu ve glutensiz diyet tedavisinden sonra ergenlerin psikiyatrik semptomlarında anlamlı oranda iyileşme olduğu gösterilmiş olup psikiyatrik semptomlarındaki iyileşme hastaların kronik ve kısıtlayıcı bir hastalık tanısı almasından bağımsız olarak saptanmış ve bu iyileşme fiziksel iyileşme ile orantılı bulunmamıştır. Sonuç olarak depresyonu olan ÇH'larında serum serbest triptofan ve triptofan/(valin-lösin-izolösin-fenilalanin-tirozin) oranı diyet öncesi düşük olup, glutensiz diyet ile arttığı gösterilmiş. Bu hastalarda tanı öncesinde prolaktin seviyelerinin depresyonu olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve glutensiz diyetle anlamlı şekilde düştüğü gösterilmiştir. Serbest triptofan ve triptofan/valin-lösin-fenilalanin-tirozin oranı, triptofanın beyindeki kullanılabilirliğinin göstergesi olduğundan bu çalışmadaki verilerin çölyak hastalarında görülen çölyak ilişkili depresif ve davranışsal bozuklukların nedeni olabileceği öne sürülmüştür. Davranış problemleri olan ve tedavisiz çölyaklı çocuklarda triptofan düzeyi en düşük ve glutensiz diyetle başladıktan

sonra moodlarının ve mental aktivitelerinin iyileştiği görülmüş (8). Bir diğer çalışmada, subklinik tiroid hastalığının çölyaklı hasta grubundaki major depresif bozukluk ve panik bozukluk için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuş (59) ancak bu bulgular tekrar araştırılmamıştır.

Pynnönen ve ark.'nın (60), CD'li 12-18 yaş arası 29 ergenin ve 23 sağlıklı kontrolün dahil edildiği karşılaştırılmalı çalışmada, çölyaklı grupta yaşam boyu major depresif bozukluk prevalansı %31 ile karşılaştırmalı gruptan (%7) belirgin olarak daha sık bulunmuştu. Çölyaklı grupta ikili depresyon (distimik bozukluğun üzerine major depresif bozukluğun eklenmesi) sıklığı (%21) da kontrol gruba (%0) göre daha fazlaydı. İlk major depresif bozukluk epizodu başlangıç ortalama yaşı 11.8 yaş (SD=2.3) bulunmuş. Çalışmada; hayat boyu yıkıcı davranım bozukluğu riski de çölyaklı grupta kontrol grubuna göre anlamlı farklı olduğu ortaya çıkmış.(odds ratio=10.67, %95 CI=1.24-92.00, p<0.04) Çölyaklı grupla (%21) kontrol grubu (%24) arasında yaşam boyu anksiyete bozukluğu sıklığı birbirine yakın bulunurken; yine gruplar arasında araştırılan yaşam boyu DEHB ve öğrenme bozuklukları sıklıkları açısından belirgin fark saptanmamıştır.

Addolorato ve ark.'nın (61) uzunlamasına yaptıkları çalışmada, yeni tanı almış erişkin çölyaklı hastalarda yüksek oranda depresyon ve anksiyete durumu saptanırken 1 yıllık glutensiz diyet sonrası tedavi takibinde olan hastaların anksiyete durumu kaybolurken depresyonlarının devam ettiği bulunmuştur. Çalışma sonucunda da kronik depresyonun çölyak hastalığının bir parçası olduğu hipotezi ortaya atılmış. ÇH'deki affektik bozuklukların; yaşam kalitelerinin düşmesi, sosyal ilişkilerinin zayıflaması, beyin mononamin metabolizmaların yavaşlaması, bölgesel beyin akım anomalileri ve beynin bazı bölgelerindeki hipoperfüzyonla ilişkili olabileceği düşünülerek depresyonları bu etkenlere bağlanmıştır.

Anksiyete ve depresyonun çölyak hastalarında sık görüldüğü düşünülerek anksiyete bozukluklarından olan sosyal fobiyi araştıran Addolorato ve ark.'nın yaptıkları kontrol gruplu çalışmada, 40 erişkin çölyaklı tedavi edilen hastanın %70'inde, 50 sağlıklı kontrollerin ise %16'sında sosyal fobi bulunmuş; sağlıklı kontrol gruba kıyasla çölyaklı hasta grubunda sosyal

fobi açısından anlamlı fark saptanmış. Uzunlamasına yapılan bu çalışmada ayrıca bu hastalarda depresyonun da devam ettiği bu durumun da diyet kısıtlamasına bağlı hayat kalitesi düşüklüğünden kaynaklanabileceği öne sürülmüştür. Sosyal fobinin çölyaklı hasta grubunda yeni tanı alanlardan ziyade glutensiz diyet tedavisine devam eden hasta grubunda olduğu da bu kanıyı destekler nitelikte bulunmuş (62).

Rekürren kısa depresyonların, major depresif bozukluk (kombine depresyon), (63) intihar riski ve madde kullanımıyla sıkı birlikteliği (64) daha önce bilindiği üzere, Carta ve ark. (65) 2003'de yaptıkları çalışmada ÇH'da rekürren kısa depresyon araştırmışlar ve yaptıkları çalışmada 36 çölyaklı erişkin hastanın %36.1'inde, 144 sağlıklı grubun %6.9'unda rekürren kısa depresyon görülmüş. Rekürren kısa depresyon açısından çölyaklı hasta grubunda sağlıklı gruba göre anlamlı fark bulunarak ve cinsiyet açısından fark etmediği saptanarak ÇH'nın rekürren kısa depresyon için bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur.

### **Çölyak Hastalığı ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklar**

Çölyak Hastalığı ile şizofreni arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalarda çölyak hastalarının intrauterin hayatta gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı ve serebral hipoperfüzyonun (65) özellikle frontal kortexte cingulat alanda olması bu hastaların şizofreni açısından risk grubunda olduklarını düşündürmüştür. Bunun üzerine Ludvigsson ve ark.'nın (66) 2006 yılında yaptıkları kohort çalışmasında, İsveç Ulusal Yatan Hasta Kayıtları'nda 1973-2003 yılları arasında çölyak hastalığı tanısı almış 14003 ve herhangi bir rahatsızlığı olmayan 68125 hastada affektif olmayan psikoz araştırmış ve çölyak hastalığı ile psikoz arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmasa da ÇH ile psikoz arasında pozitif bir ilişki bulunmuş. Bu araştırmanın kısıtlılığı, psikoz hastalarının az sayıda olması şeklinde belirtilmiştir.

Çölyak hastalığı olan ergenlerde araştırılan bir başka psikiyatrik bozukluk da yeme bozukluğu olmuştur. Tek tedavisi glutensiz diyet olan çölyak hastalığında glutensiz gıdaların sıklıkla daha az lezzetli olması, daha

pahalı olması, tüm restoran ve marketlerde bulunmaması olumsuz akran baskısını ortaya çıkartmakta, tedavi ile birlikte kilo alımı olmakta ve gelişme gecikmesi ve amenoresi ortadan kalkan ergenin beden memnuniyetsizliği artmakta ve hastalığı kabullenmesi problemlili hale gelebilmektedir. Kısıtlayıcı ve kontrollü yemek yeme tikanırcasına yeme riskini artırmakta ve bu da kompensatuar kilo davranışlarına neden olmaktadır. Tüm bu mekanizmalarla ergenlikte çölyak hastalığının yeme bozukluğunu tetiklediği düşünülmüştür. Karwautz ve ark. çalışması (67); 283 (210 kız, 83 erkek) çölyak hastalığı olan ergende yeme bozukluğunu araştırmış. Çalışma sonucunda, yeme bozukluğu hikayesi olan veya o anda yeme bozukluğu saptanan tüm hastalar kız olarak bulunmuş. 11 çölyaklı kızın (%4.8) hayat boyu daha önce yeme bozukluğu hikayesi varken (1'i anoreksiya, 4'ü bulimiya nervosa, 6'sı ise başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu); 8 çölyaklı kızda (%3.9) o anda yeme bozukluğu (hepsi başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu) saptanmış. Ayrıca 21 hastanın (%10.2) daha önce subklinik yeme bozukluğu varken, 22'sinin (%10.7) o anda subklinik yeme bozukluğu bulunmuştur.

Çölyak hastalığı ile DEHB semptomları arasındaki ilişkiyi araştıran Niederhofer ve Pittschieler'in (68) yaptıkları retrospektif araştırmada, 132 çocuk ve erişkin çölyak hastalığı yeni tanı konmuş grupta DEHB benzeri semptomların çölyak hastalığı tanısı konmadan önce var olduğu ve glutensiz diyet tedavisi ile birlikte kısa sürede bu semptomların iyileştiği bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları çölyak hastalığının DEHB benzeri semptom hastalık listesi grubunda yer alabileceği görüşünü ortaya atmıştır.

ÇH'nın bir diğer psikiyatrik araştırılan birlikteliği otizmdir. Nöropsikiyatrik kronik bir bozukluk olan ve yaşam boyu özel eğitim gerektiren otizmin ÇH tanısı konmadan önce otizm tanısı olan vaka sunumları olmuştur. Otizm ile ÇH birlikteliğinden ilk olarak 1971 yılında bahsedilmiş (69). Bir vaka kontrol çalışması olan bir başka araştırmada 120 çölyaklı çocuğun hiçbirinde otizm bulunmamış, tersi olarak da otistik 11 hastada da ÇH'a rastlanmamış (70). Bu çalışmaların az sayıda gruplarla çalışıldığı yorumu üzerine retrospektif olarak daha geniş çölyaklı hasta grubunda (n=150) gelişimsel bozukluk araştıran Barcia ve ark. (71) 2008 yılında yaptıkları çalışmalarında;



çölyak hasta grubunda gelişimsel bozukluk sıklığı %3,3 bulunmuş olup normal populyasyondan (%0,9) daha yüksek olarak bildirilmiştir. En son 2010 yılında önce otizm tanısı konan, gastrointestinal şikayetleri başladıktan sonra ÇH olduğu anlaşılan ve glutensiz diyet tedavisinden sonra otistik şikayetleri tamamen geçen hasta literatüre vaka bildiri olarak sunulmuştur (72).

### **Diyet Uyumu ve Yaşam Kalitesi**

Tek tedavisi glutensiz diyet olan çölyak hastalığında ömür boyu diyet tedavisine uyum göstermek medikal durumlarını iyileştirir ve uzun dönem tıbbi komplikasyonları önler (1, 2, 4, 54). Ancak glutensiz diyetin uzun dönemde hastaların psikolojik ve emosyonel iyiliklerine olan etkileri hakkında yapılan çalışmaların sonuçları farklıdır.

Diyet kısıtlılığı ve ailelerin bu durumla baş etme becerisiyle ilişkili olduğu öne sürülen çölyaklı çocukta diyet uyumu ve yaşam kalitesinin araştırıldığı Roma ve ark.'nın (73) çölyaklı çocuklarda yaşam stili ve diyet uyumunu araştırdıkları çalışmalarında 73 çölyaklı çocuğun diyetlerine uyumu %58 olarak bulunmuştur. Çocuklarda diyete uymama nedenleri; diyetin lezzetli olmaması (%32), dışarıda yemek yem (%17), ürünlere ulaşımındaki güçlükler (%11) ve tarama ile tanısı konan asemptomatik grup (%11) bulunması olarak saptanmıştır. Bunun yanında diyet kısıtlamasının özellikle ergenler için zor olabildiği bu yüzden ergenlerin diyetlerine uymadıkları bildirilmiştir. Ergenlerde glutensiz diyete uyum oranı %52 ile %81 arasında bulunmuştur. Kız ve daha genç ergenlerin diyetlerine daha uydukları saptanmış ve yine okul başarısının iyi olması ve öz kendiliği yüksek olanlarda diyete uyumun daha iyi olduğu görülmüştür (74). Hastalığı en zor kabul eden grup özellikle 12-17 yaş arasındaki ergenlerin dışarıda yemek yeme, gezme gibi sosyal durumlarda bu hastalığı problemlilik olarak görerek kızgınlık ve kıskançlık duygularıyla diyetlerini bozabildikleri saptanmış (10, 75, 76). Yine Chauhan ve ark. (77) ÇH'lı Hintli çocuklarda glutensiz diyete uyumu ve hastalığın psikososyal problemlerinin araştırıldığı çalışmalarında; 64 çölyaklı çocukta diyetlerine uyma oranları %75 (n=53) bulunurken; ergenlere (%44)

göre genç çocuklarda (>%80); anne eğitiminin daha iyi olduğu grupta , hastalık hakkında bilgi sahibi olan ve hastalığı anlayan ebeveyne sahip grupta diyet uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur. Çekirdek aileye sahip olma ve daha yüksek aile geliri de diyete uyumu artırmıştır. Tipik çölyak hastalığı belirtileri olan grubun diyetlerine uyumu daha iyiymiş. Bu çalışmada çölyaklı hastalar okul, restoran ve gezilerde diyetlerini ayarlayamamak ve öğretmenlerinin hastalıklarının doğasını anlamamalarından dolayı zorluk çektiklerinden yakınmışlardır.

Erişkin çölyak hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştıran Casellas ve ark. (78) yaptıkları çok merkezli çalışmada; glutensiz diyet tedavisine devam eden 163 çölyak hastası ile 177 yeni ÇH tanısı almış grup karşılaştırılmış. Yeni tanı almış grupta yaşam kalitesi puanı glutensiz diyet tedavisine devam eden gruba kıyasla belirgin düşük bulunmuş. Tedavi olmamış grupta yaşam kalitesini etkileyen faktörler; semptom varlığı ve gluten içeren diyet olduğu bildirilmiştir.

“Yaşam Kalitesi” bazı araştırmacılarca bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmaktadır. Kısaca bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir. Yaşam Kalitesi kavramı, Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile standardize edilmekte ve verilerin karşılaştırılabilir olması sağlanmaktadır (79).

Diyete uyumun hastalığın klinik durumuna olan etkilerini araştıran çalışmada da; ÇH tanısı hayatının ilk üç yılında konan ve en az on yıldır takip edilen 123 ergen hastanın ergenlikte diyetlerine uyumları ile klinik durumlarına bakılmış. Hastaların %65'inin diyetlerine katı şekilde uydukları, %11,4'ünün arasına diyetlerini bozdukları, %23,6'sının gluten içeren diyet aldıkları bulunmuş. Diyet uyumu okul düzeyi, yaş ve cinsiyet ile ilişkili bulunmamış. Gluten içeren diyet alan ergenlerde arasına diyetlerini bozan gruba göre hastalığın klinik semptomları daha sık bulunmuş (80).

Tedavi olan H grubu ile sağlıklı kontrol arasındaki yaşam kaliteleri ve psikolojik olarak iyilik halleri hem ocuk (81) hem de erişkin grup (78) için birbirine yakın bulunmuştur. Tam tersi olarak ölyak hastalığının sosyal hayat üzerine olan negatif etkisi ve ölyaklı grubun daha düşük yaşam kalitesi olduğu yönünde çalışmalar da vardır (57, 62, 80). Ayrıca kadın cinsiyetin ölyaklı hasta yaşam kalitesi açısından negatif bir faktör olduğu da bulunmuştur (80). Yine Basso ve ark. (80) ölyaklı ocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, ölyaklı grubun yaşam kalitesi genel popülasyonunkine göre fiziksel aktivite skalası yönünden istatistiki olarak anlamlı düşük bulunmuş. Bu araştırmanın başka bir sonucu da; ölyak hastasının ne kadar zamandır diyet uyguladığı ve cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği; ölyaklı hasta grubundaki fiziksel aktivitenin ayrıca incelenmesi gerektiği olmuştur.

Glutensiz diyet tedavisine devam eden bir grup ölyaklı ergende tanı yaşı ve diyete uyumun yaşam kalitesine olan etkisi araştırılmıştır. Wagner ve ark. (81) yaptıkları bu çalışmada biyopsi ile tanısı konan 283 ergen (10-20 yaş arası) 82 sağlıklı ergen ile yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyal statü bakımından eşleştirilmişler. Erken tanı (6 yaş öncesi) ve geç tanı (6 yaş sonrası) olarak ayrılan ölyak grubunda; geç tanı alan grubun erken tanı grubuna göre yaşam kalitesi ölçek puanı bakımından okul, fiziksel sağlık alanlarında daha düşük puan aldıkları, H yükü daha fazla olduğu bulunmuş. Ayrıca geç tanı grubun sağlıklı kontrollere göre akranlarıyla daha fazla sosyal problemlerinin olduğu gösterilmiştir. Diyetlerine uymayan grubun diyete uyan gruba kıyasla daha düşük yaşam kalitesi, daha fazla fiziksel problemleri ve hastalık yükü, aile problemlerinin daha şiddetli ve faaliyet zamanlarının daha sıkıntılı olduğu saptanmış. Diyet ne kadar bozuluyorsa yaşam kalitesi de o denli düşük çıkmış. Daha problemlilikleri ve 'hasta olma' duyguları yoğun olanlar diyete uyumsuz gruptaymış. Diyetine uyumlu grubun sağlıklı gruba kıyasla tüm alanlarda yaşam kalitelerinin eşit olarak iyi olduğu ortaya çıkmış. Bu bize glutensiz diyete tam uyumun adolesanların yaşam kalitesini etkilemediğini ve iyilik hallerini bozmadığını göstermektedir. Glutensiz diyete uyum özellikle adolesan yaşta ocuk ve ailelerini zorlayan

bir durum olsa da; eğer erken tanı alırlar, ÇH'yla başedebilir ve diyetlerine tam uyarlırsa yaşam kalitesi yönünden olumsuz etkilenmemektedirler (81, 82).

### **Kronik Hastalık ve Ebeveynlerde Psikiyatrik Semptomatoloji**

Çeşitli fiziksel sağlık problemleri olan çocuk ve onların ebeveynleri içevurum(örn. depresyon,anksiyete) semptomları ve bozuklukları açısından ciddi risk altındadırlar (83).

Rao ve ark.nın 2004 yılında yaptıkları çalışmalarında; kronik hastalık olan talasemili çocukların ailelerinde psikopatoloji araştırmışlar. 30 talasemili çocuğun dahil edildiği çalışma sonucunda hastaların ebeveynlerinde depresyon, somatizasyon ve genel stres puanlarının belirgin yüksek olduğu bulunmuş ve çocukların kronik hastalıklarının ebeveynlerinin psikolojik sağlıklarını etkilediği sonucunu desteklemiştir (84).

Kronik hastalığı olan çocuklara sahip ebeveynlerde post travmatik stres bozukluğu araştıran çalışmalarda da hasta çocuk ebeveynlerinde sağlıklı gruba göre post travmatik stres bozukluğunun daha yüksek prevalansa sahip olduğu bulunmuştur (85).

Literatür incelendiğinde, ÇH ile ilgili yapılan çalışmalarda özellikle depresyon ve anksiyete olmak üzere psikiyatrik komorbidite ve yaşam kalitesinin sıklıkla incelenmiş olduğu görülmektedir. Özellikle çocuk ve ergen yaş grubunda psikiyatrik bozukluk, yaşam kalitesi ve diyet uyumu çalışma sayısı çok azdır. Ayrıca bu hastaların ailelerinde psikiyatrik bozukluk gelişip gelişmediği incelenmemiştir.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Gastroenreroloji Bölümü tarafından ortak yürütülen bu çalışmamızda, ÇH'li çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi ve ile beraber depresyon, anksiyete ve diyet uyumunun araştırılması, ailelerinde psikiyatrik bozukluk ve bazı sosyodemografik özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Olgular

Çalışmaya, 15.06.2010–15.09.2010 tarihleri arasında Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Polikliniği'ne ÇH tanısı ince barsak biyopsisi ile konmuş, çölyakla ilgili komorbid kronik rahatsızlığı olmayan, tedavi takipleri ve diyetisyenle görüşmeleri devam eden 8–18 yaş arası, 30 çocuk ve ergen hasta ile ebeveynleri dahil edildi. Kontrol grubu olarak kronik rahatsızlığı olmayan 20 sağlıklı gönüllü ile ebeveynleri alındı. Çalışma ile ilgili gerekli olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (Etik Kurul tarih:15.06.2010, Karar no: 2010–3/11)

### Çalışmaya Kabul Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri

Çalışmaya dahil olan hasta ve kontrol gruplarındaki çocuk ve ergenlere, sosyodemografik veri formu, Kovacs Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çölyak hastalarının Diyete Uyum Anketi uygulandı. Katılımcıların anne-babalarına ise Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ebeveyn formu, Beck Depresyon Ölçeği, Anlık ve Durumluluk Kaygı Ölçekleri uygulandı.

Çalışma için 8–18 yaş arasında olan, çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde olan, çalışmaya katılmak üzere kendisinin onayı ve veli/vasisinin aydınlatılmış onamı olan olgular seçildi. Sekiz yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olanlar ile işlevselliği bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı ve çalışmayı etkileyecek başka kronik hastalığı olan olgular çalışmaya alınmadı (Ek-1 ve Ek-2).

## **Uygulanan Form ve Ölçekler**

### **Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)**

Çalışmayı yürütenler tarafından bu çalışma için oluşturulan ve 30 maddeden oluşan bu form ile çalışmaya alınan olgunun ad-soyadları, doğum tarihi ve yeri, ay cinsinden yaşı, baba adı, adres ve telefon bilgileri, cinsiyeti, kardeş sayısı, okul durumu, kiminle yaşadığı, beraberinde yaşadığı ailesinin öz olup olmadığı, anne ve babasının eğitim seviyeleri ve çalışma durumları, ailenin aylık geliri, gönüllüde sigara , alkol kullanımı olup olmadığı, ailede psikiyatrik bozukluk olup olmadığı sorgulanmıştır.

### **Çölyak Hastalarının Diyete Uyum Anketi (Ek-4)**

Çalışmayı yürütenler tarafından bu çalışma için oluşturulan ve 8 maddeden oluşan bu anket ile çalışmaya alınan olgunun kaç yıldır çölyak rahatsızlığı olduğu, çölyak hastalığı nedeniyle hastaneye yatışının olup olmadığı, diyetlerine uyup uymadıkları, glutensiz gıdaları temin etmede ne tür güçlüklerle karşılaştıkları sorgulanmıştır.

### **Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory–CDI) (Ek-5)**

Çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs (86) tarafından 1981 yılında geliştirilen Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, çocukluk çağı depresyonunu değerlendirme amacıyla en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en sık araştırılmış olan ölçektir (86). Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Öy (87) tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Çocuklar için depresyon ölçeği 6–17 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir (87).

Toplam 27 maddeden oluşan ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Çocuğun son iki hafta içindeki tutumunu değerlendirip üç seçenek arasından kendisine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B, E, G, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü, V maddeleri ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Kesim puanı olarak 19 önerilir. 19 ve üstü patolojik kabul edilir (87).

### **Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-SCARED) (Ek-6)**

Çocuklarda anksiyete bozukluklarının belirtilerini ölçer. Ölçek 1997 yılında Birmaher ve ark. (88) tarafından geliştirilmiş ve 2004 yılında Karaceylan (89) tarafından, 8-18 yaş grubu hastalarda Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kırkbir adet likert tipi soru içerir. Ölçekte toplam puan 0-82 arasında değişmektedir. Herhangi bir kesme puanı saptanmamış olup alınan puan ne kadar yüksekse genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir (89).

### **Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory) (Ek-7)**

Bir kendini değerlendirme ölçeği olan Kısa Semptom Envanteri (KSE), çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla uygulanan bir ölçektir. Bu ölçek 1992 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir (90). Kısa semptom envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir.

Bireyin kendi kendine cevaplandırabileceği, uygulanışı kolay olan KSE, 53 madde, 9 alt ölçek, ek maddeler ve global indeksten oluşur. Her madde için "Hiç yok", "Biraz var", "Orta derecede var", "Epey var" ve "Çok fazla var" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir. Kesme puanı yoktur.(91)

Alt ölçekler, somatizasyon (2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler) obsesif kompulsif bozukluk (5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (20, 21, 22 ve 42. maddeler), depresyon (9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler), anksiyete bozukluğu (1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler), hostile (6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler), fobik anksiyete (8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler), paranoid düşünceler (4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler), psikositizm (3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler) ve ek maddelerden (11, 25, 39, 52. maddeler) oluşur. Ölçeğe ait global indeksler ise; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir), belirti toplamı indeksi

(“o” olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin “1” olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır) ve semptom rahatsızlık indeksidir (Alt ölçeklerden elde edilen puanın toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir) (92).

### **Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Pediatric Quality of Life Inventory) (Ek-8)**

Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini ölçmek amacı ile 1999 yılında Varni ve ark. (93) tarafından geliştirilmiş ve 2007 yılında Memik ve ark. (94) tarafından ergen yaş grubu üzerine geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Öz bildirim ölçeğidir. Hem hastaların hem de anne/babalarının çocukları hakkında değerlendirme yapabileceği 2 tipi bulunmaktadır. Fiziksel ve psikososyal (duygusal, sosyal ve okul) işlevselliği sorgulayan 23 maddeden oluşmaktadır. Ergenden her cümle için kendisine en uygun seçeneği, ebeveynen ise çocuğu için en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Seçenekler, “hiçbir zaman” (100 puan), “nadiren” (75 puan), “bazen” (50 puan), “sıklıkla” (25 puan) ve “her zaman”dan (0 puan) oluşmaktadır. Maddelerden alınan puanlar toplanıp doldurulmuş olan madde sayısına bölünerek ölçeğin puanı elde edilmiş olur. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak Ölçek Toplam Puan’ı, ikinci olarak Fiziksel Sağlık Toplam Puan’ı ve üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan Psikososyal Sağlık Toplam Puan’ı hesaplanır. Toplam puanın yüksekliği yaşam kalitesinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin %50’sinden fazlası boş bırakılmışsa, ölçek geçersiz sayılır (95).

### **Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory-STAI-I, STAI-II) (Ek-9, Ek-9b)**

Spielberger ve ark. (96) tarafından, anlık ve süreklilik kaygı düzeylerini ölçmek için 1970 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1985 yılında Le Compte ve Öner (97), tarafından yapılmıştır. Grup olarak da uygulanabilen bu ölçeği ortaokul okuma yazma düzeyine sahip bireyler yaklaşık 10 dakika içinde cevaplandırabilirler.

Ölçeğin her biri 20 maddelik 2 ayrı alt ölçeği vardır; Anlık Kaygı ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini



belirler. Cevaplandırmada, maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ve ya davranışların şiddet derecesine göre “hiç” (1), “biraz” (2), “çok” (3) , “tamamıyla” (4) ifadelerinden biri seçilir. Süreklilik kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman” (1), “bazen” (2), “çok zaman” (3), “hemen her zaman”(4) ifadelerinden biri seçilir. Cevaplar soru formuna işaretlenir. Okuma yazması olmayan veya yeterli olmayan kişilere uygulayıcı tarafından okunabilir (97).

Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Anlık kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5,8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için 2 ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer (STAI-I için 50, STAI-II için 35) eklenir.

Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişir ve kesme puanı olarak 45 alınır. 45 puan ve üstü anksiyete tanısı koydurur. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (97).

### **Beck Depresyon Envanteri (Ek-10)**

Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için 1961 yılında Beck (98) tarafından geliştirilmiştir.

Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Nesrin Hisli (99) tarafından 1989 yılında yapılmış ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanınının 17 kabul edildiği belirtilmiştir.

## **İstatiksel Analiz**

Çalışmanın analizinde SPSS for Windows 13.0 (Chicago,IL) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama, medyan, standart sapma, maks–min değerleriyle birlikte verilmiştir. Sürekli değişkenlerden normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup arası karşılaştırmalar parametrik testlerden bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmaları Mann–Whitney U testi testi kullanılmıştır.

Kategorik değer alan değişkenlerin gruplarla olan karşılaştırmalarında Pearson Ki–kare ve Fisher'in kesin ki–kare testi kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değişkenler arasındaki ilişkiye korelasyon analiziyle bakılmış, Pearson ve Spearman korelasyon katsayısıyla ilişki incelenmiştir. Çalışmada %95 ( $p<0,05$ ) anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

## BULGULAR

### Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya, Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Polikliniği'nde ayaktan takipli 8–18 yaş arası çölyak hastalığı tanısı almış 30 hasta ve ile çölyak hastalığı ve herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayan 20 çocuk ve ergenden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Çölyak hastaların tanıları ince barsak biyopsisi ile konmuş, ayaktan tedavileri devam etmekteydi.

Araştırmaya katılan hastaların 21'i kız (%70), 9'u (%30) erkek; kontrol grubunun ise 13'ü kız (%65), 7'si erkekti (%35). Hasta- kontrol gruplarında cinsiyetler açısından anlamlı fark yoktu. ( $p=0,951$ ) (Tablo-3). Katılımcı hasta grubunda 17 çocuk (%56.7), 13 ergen (43.3) bulunurken, kontrol grubunda 11 çocuk (%55), 9 ergen (%45) bulunmaktaydı. Gruplar arasında çocuk-ergen açısından da anlamlı fark yoktu. ( $p=1,000$ ) (Tablo-4).

**Tablo-3:** Hasta-kontrol grupları arasındaki cinsiyet dağılımı.

Grup		cinsiyet		toplam	p
		erkek	kız		
Hasta	n	9	21	30	0,951
	%	30	70	100	
Kontrol	n	7	13	20	
	%	35	65	100	

**Tablo-4:** Hasta-kontrol grupları arasında çocuk-ergen dağılımı.

grup		çocuk-ergen		toplam	p
		çocuk	ergen		
hasta	n	17	13	30	1,000
	%	56.7	43.3	100	
Kontrol	n	11	9	20	
	%	55	45	100	

Araştırmaya katılanların yaş ortalamaları hesaplandığında 11.98 (minimum 8, maksimum 18) iken, hasta grubunun 11.93 (minimum 8, maksimum 18), kontrol grubunun ise ortalama yaşının 12.05 (minimum 8, maksimum 16) bulunmuştur. Hasta ile kontrol grubunun yaş ortalamaları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.(p=0,689) (Tablo-5).

**Tablo-5:** Hasta-kontrol grupların yaş ortalamaları.

Grup	n	Yaş ort.	ss	Min.	Max.	p
Hasta	30	11,93	2,716	8	18	0,689
Kontrol	20	12,05	2,911	8	18	
Toplam	50	11,98	2,766	8	18	

min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma

Katılımcıların annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında, hasta grubunun %83.3'ü (n=25) ilköğretim mezunu iken, %16.7'si (n=5) lise ve üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda anne eğitim düzeyi oranları; % 40'ı (n=8) ilköğretim mezunu, %60'ı (n=12) lise ve üniversite mezunu idi. Anne eğitimi açısından hasta ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,004) (Tablo-6).

**Tablo-6:** Anne eğitim düzeyi dağılımı.

Grup	Anne eğitim düzeyi				P
	İlköğretim		Lise ve üzeri		
	n	%	n	%	
Hasta	25	83.3	5	16.7	0,004**
Kontrol	8	40	12	60	

Katılımcıların babalarının eğitim düzeyi incelendiğinde; hasta grubun %76.7'si (n=23) ilköğretim mezunu iken, %23.3'ü (n=7) lise ve üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda ise babaların % 15'i (n=3) ilköğretim mezunu iken, %85'i (n=17) lise ve üniversite mezunu olarak kaydedildi. Baba eğitimi açısından hasta ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000) (Tablo-7).

**Tablo-7:** Baba eğitim düzeyi dağılımı.

Grup	Baba eğitim düzeyi				P
	İlköğretim		Lise ve üzeri		
	n	%	n	%	
Hasta	23	76.7	7	23.3	0,000**
Kontrol	3	15	17	85	

Hastaların annelerinin çalışma durumuna bakıldığında; %90'ının (n=27) çalışmadığı, %6,7'sinin (n=2) işçi olduğu ve %3,3'ünün (n=1) serbest bir meslekte çalıştığı saptandı. Kontrol grubunda annelerin çalışma durumuna bakıldığında; % 70'inin (n=14) çalışmadığı, %10'unun (n=2) emekli olduğu, %10'unun (n=2) işçi, yine % 10'unun (n=2) serbest meslek sahibi olduğu saptandı.

Hastaların babalarının çalışma durumuna bakıldığında; %10,3'ünün (n=3) çalışmadığı, %51,7'sinin (n=15) işçi olduğu, %3,4'ünün (n=1) memur olduğu, %10,3'ünün (n=3) emekli olduğu, %24,1'inin (n=7) ise serbest bir meslekte çalıştığı saptandı. Kontrol grubunda babaların çalışma durumuna

bakıldığında; %5'inin (n=1) çalışmadığı, %20'sinin (n=5) işçi olduğu, %10'unun (n=2) memur olduğu, %5'inin (n=1) emekli olduğu, %55'inin (n=11) ise serbest bir meslekte çalıştığı saptandı.

Ailenin aylık geliri açısından bakıldığında ; hastaların %13,3'ünde (n=4) ailenin aylık toplam gelirinin 500 TL ve altında, %50'sinin (n=10) 501–1000 TL arasında, %23,3'ünde (n=7) 1001–1500 TL arasında, %10'unda (n=3) 1501–2000 TL arasında, %3,3'ünde (n=1) 2001-2500 TL arasında saptandı. Kontrol grubunun aile aylık gelir durumuna bakıldığında; kontrol grubunun %40'ında (n=8) aylık toplam gelirinin 501-1000 TL arasında, %20'sinde(n=4) 1001-1500 TL arasında, %25'inde (n=5) 1501-2000 TL arasında, %5'inde (n=1) 2001-2500 TL arasında, %10'unda (n=2) 2500 TL ve üzeri saptandı.

Ailenin tipine bakıldığında; hastaların %80'i (n=24) çekirdek aile, %13,3'ü (n=4) geniş aile, %6,7'si (n=2) dağılmış aile iken, sağlıklı kontrol grubunun % 95'i (n=19) çekirdek aile, %5'i (n=1) geniş aileye sahiptir.

Ailede psikiyatrik rahatsızlığı yönünden her iki grup sorgulandığında; hastaların %23.3'ünün (n=7), kontrol grubunun ise %25'inin (n=5) ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olduğu bulunmuştur. Her iki grup arasında ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık varlığı yönünden anlamlı fark bulunmadı. (p=1,000) (Tablo-8)

**Tablo–8:** Ailede psikiyatrik rahatsızlık varlığı.

Grup	Ailede psikiyatrik rahatsızlık				Toplam	P
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Hasta	7	23.3	23	76.7	30	1,000
Kontrol	5	25	15	75	20	

Katılımcıların devam ettikleri okulları sorgulandığında; hasta grubundan 1 kişinin okula devam etmediği, geri kalan (n=29) hasta grubunun % 51,7'sinin (n=15) ilköğretim 1-5, %37,9'unun (n=11) ilköğretim 6-8, %10,3'ünün (n=3) düz lise düzeyinde öğrenim gördüğü kaydedilmiştir.

Kontrol grubunun (n=20) ise; %30'u (n=6) ilköğretim 1-5, %25'i (n=5) ilköğretim 6-8, %25'i(n=5) düz lise düzeyinde, %20'sinin (n=4) anadolu lisesi düzeyinde öğrenim görmekteydi.

Katılımcılara ve ailelerine göre algıladıkları okul başarılarını düşük, orta, iyi şeklinde sorularak elde edilen cevaplarda okul başarıları; hasta grubunun (n=29) %20,7'sinin (n=6) düşük, %24,1'inin (n=7) orta, %55,2'sinin (n=16) iyi olduğu kaydedildi. Kontrol grubunun ise algılanan okul başarısı %5'inin (n=1) düşük, %10'unun (n=2) orta, %85'inin (n=17) iyi olduğu kaydedilmiştir (Tablo-9).

**Tablo-9:** Gruplar arasındaki algılanan okul başarısı.

Grup		Okul başarısı			toplam
		düşük	orta	iyi	
hasta	n	6	7	16	29
	%	20,7	24,1	55,2	100
Kontrol	n	1	2	17	20
	%	5	10	85	100

### Çölyak Hastalığı İle İlgili Bulgular

Hastalık süresi incelendiğinde, hastalık süresinin hastalardan %7,1'inde (n=2) 0-12 ay arası, %35,7'sinde (n=10) 13-36 ay arası, %35,7'sinde (n=10) 37-72 ay arası, %20'sinde (n=6) 37-48 ay arası, %21,4'ünde (n=6) 49 ay ve daha fazla olduğu tespit edildi. Hastalık süresi 0-36 ay ve 36 aydan fazla şeklinde gruplandırıldığında, cinsiyet grupları arasında hastalık süresi yönünden anlamlı fark saptanmadı (p=0,49) (Tablo-10). Hasta grubunda tanı yaşı ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştırdığımızda; cinsiyet açısından ortalama tanı yaşı arasında kız-erkek açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,504). Hasta kızlarda ÇH tanı yaşı ortalaması  $8,56 \pm 3,39$  iken, hasta erkeklerde tanı yaşı ortalaması  $7,33 \pm 3,82$  bulunmuştur (Tablo-11).

**Tablo-10:** Hastalık süresinin cinsiyete göre dağılımı.

Grup	Hastalık süresi				p
	0-36 ay		>36 ay		
	n	%	n	%	
Kız	8	66,6	13	72,2	0,49
Erkek	4	33,3	5	27,8	
Toplam	12	40	18	100	

**Tablo-11:** Hasta grubunda tanı yaşının cinsiyete göre dağılımı

Grup	Cinsiyet	Tanı yaşı						p
		n	%	Ortalama yaş	Standart Sapma	Minimum yaş	Maksimum yaş	
Hasta	Kız	21	70	8,56	3,39	4	15	0,504
	Erkek	9	30	7,33	3,82	1	15	
	Toplam	30	100	7,70	3,68	1	15	

Çölyak hasta grubunda diyetle uyumlu cinsiyet dağılımına baktığımızda; çölyaklı erkeklerin (n=9) %77.8'sinin (n=7) diyetlerine uydukları, çölyaklı kızların (n=21) ise %71.4'ünün (n=15) diyetlerine uydukları bulundu. Diyetle bazen uymayan çölyaklı erkeklerin (n=2) yüzdesi %22.2 bulunurken, diyetle uymayan çölyaklı kız(n=6) yüzdesi %28.6 bulundu. Bu sonuçlara göre; diyetle uyum ile cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmadı (p=1,000) (Tablo-12).

**Tablo-12:** Diyet uyumunun cinsiyete göre ilişkisi.

Hasta	cinsiyet				Toplam	p
	erkek		kız			
	n	%	n	%		
Diyete uyuyor	7	77.8	15	71.4	22	1,000
Diyetine bazen uymuyor	2	22.2	6	28.6	8	
Toplam	9	30	21	70	30	



Çölyaklı hasta grubunda diyetine uyumla çocuk-ergen dağılımını incelediğimizde; çölyaklı çocukların (n=17) %76.5'u (n=13) diyetlerine uyarken; çölyaklı ergenlerin (n=13) %69,2'si diyetlerine uyuyor bulundu. Diyetlerine bazen uymayan çölyaklı çocuk oranı %23.5 (n=4) iken bu oran çölyaklı ergenlerde % 30.8 (n=4) bulundu. Diyet uyumu ile çocuk-ergen açısından anlamlı fark bulunmadı (p=0,698) (Tablo-13).

**Tablo-13:** Diyet uyumunun çocuk-ergene göre dağılımı.

Hasta	Çocuk-ergen				Toplam	p
	çocuk		ergen			
	n	%	n	%		
<b>Diyete uyuyor</b>	13	76,5	9	69,2	22	0,698
<b>Diyetine bazen uymuyor</b>	4	23.5	4	30,8	8	
<b>Tümü</b>	17	56.7	13	43.3	30	

Diyete uyumu-algılanan okul başarısı arasında anlamlı ilişkiyi arştırmak amacıyla; okul başarısı orta ile iyi olanları birleştirerek okul başarısı yönünden hasta grubunu okul başarısı düşük olan ve olmayan şeklinde gruplandırdık ve aralarındaki fark açısından analiz ettik. Algılanan okul başarısı düşüklüğü ile diyete uyum arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu (p=0,033) (Tablo-14).

**Tablo-14:** Diyet uyumu algılanan okul başarısı ilişkisi

Hasta		Okul başarısı		toplam	p
		düşük	düşük değil		
Diyete uyuyor	n	2	19	21	0,033*
	%	9,5	90,5	100	
Diyete bazen uymuyor	n	4	4	8	
	%	50	50	100	

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma

Çölyaklı hastaların glutensiz diyetlerine uyum ile tanı aldıkları yaş arasında ilişki araştırıldı. Buna göre diyetle uyum ile tanı yaşı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır.(p=0,108) (Tablo-15).

Diyetle uyum ile çölyak hastalığı süresi arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı fark saptanmadı. (p=0,140)

**Tablo-15:** Diyetle uyum ile tanı yaşı ilişkisi.

Diyetle uyum	n	mean	ss	median	min.	maks.	p
uyuyor	20	7,95	3,70	7,5	1	15	0,108
Bazen uymuyor	6	5,17	3,43	4,5	2	11	
toplam	26	7,31	3,77	7,0	1	15	

OP: Ortalama Puan; min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma

### **Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması**

Hasta ve kontrol grubu, tüm ölçeklerin (Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, ailelerine yapılan Beck Depresyon Envanteri, Durumluluk ve süreklilik Anksiyete Ölçekleri) ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında, her iki grup arasında Yaşam kalitesi tüm alt ölçekleri açısından (p=0,000) ve KSE Somatizasyon açısından anlamlı fark bulunmuştur (p=0,026) (Tablo-16).

Ölçek ortalama puanları hasta ve kontrol grubunda, cinsiyetler açısından incelendiğinde, hasta ve kontroller arasında tüm erkekler açısından iki grup arasında anlamlı fark çıkmamıştır. ( $p>0,05$ ) (Tablo-17)

Hasta ve kontroller arasında kızlar açısından da iki grup arasında ölçeklerin ortalama puanları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ) (Tablo-18)

Hasta çocuklar (8-12 yaş) ve ergenler (13-18 yaş) olarak ortalama ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo-19).

Hasta ve kontrol grubu ebeveyn olarak annelerin doldurduğu Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I ve STAI-II ölçekleri ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında, her iki grup arasında anlamlı fark çıkmamıştır. ( $p>0,05$ ) (Tablo-20)

**Tablo-16:**Hasta ve kontrol grubunun tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Hasta (n=30)		Kontrol (n=20)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	8,73±5,51	2-22	8,3±4,02	2-18	0,921	
ÇATÖ	24,5±14,41	4-55	17,85±9,12	5-32	0,120	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	4,57±3,98	0-16	2,45±2,81	0-11	0,026*
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	5,03±3,58	1-14	4,5±3,31	0-11	0,668
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,3±3,63	0-14	2,1±1,83	0-6	0,415
	Depresyon	3,73±3,73	0-14	3,3±3,35	0-11	0,703
	Anksiyete Bozukluğu	3,83±3,51	0-14	3±2,92	0-9	0,357
	Hostilite	3,67±3,7	0-12	4,85±4,18	0-12	0,353
	Fobik anksiyete	3,67±3,77	0-14	2,6±2,72	0-9	0,362
	Paranoid Düşünce	4,33±4,35	0-17	4,1±2,9	1-10	0,795
	Psikotizizm	2,83±3,31	0-12	1,8±2,35	0-7	0,212
	Ek maddeler	2,70±3,04	0-15	2,3±2,1	0-8	0,808
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,71±0,55	0,02-2,32	0,57±0,40	0,09-1,52	0,312
	Belirti Toplamı İndeksi	21,83±13,06	1-50	1,55±0,48	5-48	0,469
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,55±0,48	1-3,08	1,49±0,45	1-2,31	0,706
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	72,82±19,83	31,25-100	91,26±8,18	78-100	0,000**
	Çocuk/Ergen PSTP	73,38±18,98	20-98	90,58±5,6	83,37-98,33	0,000**
	Çocuk/Ergen OTP	73,19±17,32	31,52-98,91	90,82±5,49	59,37-100	0,000**
	Ebeveyn FSTP.	77,6±20,69	21,87-100	90,31±13,06	59,37-100	0,011**
	Ebeveyn PSTP	72,22±18,20	30-96,67	84,08±11,21	55-100	0,013**
	Ebeveyn OTP	74,09±16,77	27,17-97,83	86,24±11,18	56-100	0,006**

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

**Tablo-17:** Hasta ve kontrol grubunda erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Erkek Hasta (n=9)		Erkek Kontrol (n=7)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
<b>Kovacs</b>		10,78±6,64	4-22	9±3,95	5-17	0,681
<b>ÇATÖ</b>		29,89±17,25	9,54	13,86±7,96	6-29	0,071
<b>Kısa Semptom Envanteri</b>	Somatizasyon	4,44±4,15	0-13	3,57±3,87	0-10	0,681
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	4,67±3,74	1-14	5,29±3,45	0-10	0,408
	Kişiler Arası Duyarlılık	2,11±4,19	0-13	2,14±1,95	0-6	0,252
	Depresyon	3,56±4,19	0-10	2,43±3,95	0-11	0,606
	Anksiyete Bozukluğu	6,22±4,71	0-14	3,86±3,71	0-9	0,252
	Hostilite	4±4,5	0-10	6,57±4,35	1-12	0,351
	Fobik anksiyete	5,22±4,32	0-11	2,86±3,53	0-9	0,210
	Paranoid Düşünce	6,11±6,43	0-17	4,29±3,68	1-10	0,758
	Psikotizm	4,33±4,38	0-12	1,71±2,75	0-11	0,174
	Ek maddeler	4,44±4,39	0-15	2,95±1,93	0-7	0,241
	Rahatsızlık Ciddiyeti Indexi	0,97±0,68	0,02—2,09	0,61±0,50	0,13—1,55	0,180
	Belirti Toplamı Indexi	26,67±12,57	1-40	20,50±10,74	7-35	0,132
	Semptom Rahatsızlık Indexi	1,76±0,68	1-3,08	1,22±1,64	1-2,95	0,694
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	Çocuk/Ergen FSTP.	75,77±23,99	31,25-100	82,28±15,23	31,25-100	0,594
	Çocuk/Ergen PSTP	77,29±19,78	40-96,67	81,66±16,05	20-98,33	0,731
	Çocuk/Ergen OTP	76,76±20,13	39,13-97,83	81,88±14,18	31,52-98,91	0,739
	Ebeveyn FSTP.	81,05±23,48	21,87-100	83,45±16,76	46,85-100	0,983
	Ebeveyn PSTP	74,79±21,29	30-96,67	76,96±16,71	30-100	0,909
	Ebeveyn OTP	76,96±20,11	27,17-97,83	79,89±13,64	51,09-100	0,934

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

**Tablo-18:** Hasta ve kontrol grubunda kızların tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Kız Hasta (n=21)		Kız Kontrol (n=13)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	7,86±4,87	2-17	7,92±4,17	2-18	1,000	
ÇATO	22,19-12,78	4-55	20-9,26	5-32	0,780	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	4,24-4,06	0-16	5,33±3,90	0-13	0,400
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	4,43-3,44	1-12	6,44±3,71	1-14	0,292
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,14±3,42	0-14	3,67±4,27	0-13	0,807
	Depresyon	3,43±3,74	0-14	4,44±3,81	0-10	0,276
	Anksiyete Bozukluğu	3,19±2,58	0-8	5,33±4,95	0-14	0,506
	Hostilite	2,71±3,01	0-12	5,89±4,37	0-10	0,181
	Fobik anksiyete	3,33±3,69	0-14	4,44±4,06	0-11	0,861
	Paranoid Düşünce	3,1±3,03	0-11	7,22±5,69	0-17	0,307
	Psikotisizm	2,24±2,71	0-11	4,22±4,26	0-12	0,972
	Ek maddeler	1,95±1,93	0-7	4,44±4,39	0-15	0,675
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,60±0,46	0,02-2,09	0,97±0,68	0,02-2,32	0,137
	Belirti Toplamı İndeksi	19,81±13,01	1-50	26,67±12,57	1-40	0,164
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,46±0,35	1-22	1,76±0,68	1-3,08	0,326
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	72,55±16,45	31,25-100	74,24±13,49	58,12-100	0,893
	Çocuk/Ergen PSTP	70,62±15,21	20-98,33	68,88±15,67	43,33-98,33	0,680
	Çocuk/Ergen OTP	71,29±14,44	31,52-98,91	70,75±12,94	62,61-98,91	0,765
	Ebeveyn FSTP.	67,21±18,89	21,87-100	68,64±17,32	59,37-100	0,868
	Ebeveyn PSTP	65,55±14,18	30-96,67	70,27±12,77	55-100	0,292
	Ebeveyn OTP	66,13±13,22	27,17-97,83	69,71±12,94	56,52-100	0,422

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

**Tablo-19:** Çocuk ve ergen hastaların tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Çocuk(8-12 yaş) (n=17)		Ergen (13-18 yaş) (n=13)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	8±5,40	2-22	9,69±5,72	2-22	0,341	
ÇATÖ	25,53±14,26	4-54	23,15±15,07	9-55	0,592	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	3,69±3,54	0-16	2,62±2,21	0-12	0,834
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	3,24±3,28	1-14	3,77±3,05	0-12	0,458
	Kişiler Arası Duyarlılık	2,47±3,87	0-14	2,85±1,67	0-8	0,650
	Depresyon	3,35±2,87	0-12	3,69±3,81	0-14	0,385
	Anksiyete Bozukluğu	4,29±3,58	0-10	3,62±3,5	0-10	0,621
	Hostilite	2,76±2,43	0-12	3,08±3,32	0-10	0,198
	Fobik anksiyete	3,76±3,32	0-12	2,85±3,26	0-14	0,363
	Paranoid Düşünce	3,41±4,15	0-17	3,62±4,25	0-14	0,245
	Psikotizizm	2,59±2,98	0-11	2,46±3,40	0-12	0,742
	Ek maddeler	2,70±3,04	0-15	2,30±2,10	0-12	0,285
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,71±0,55	0,02-2,32	0,57±0,4	0,04-1,53	0,935
	Belirti Toplamı İndeksi	21,87±13,06	1-50	19,55±11,10	1-40	0,838
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,55±0,48	1-3,08	1,49±0,45	1-2,63	0,713
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	82,35±16,72	50-100	77,45±20,59	31,25-100	0,398
	Çocuk/Ergen PSTP	78,92±20,52	20-98	81,96±12,15	43,33-96,67	0,695
	Çocuk/Ergen OTP	80,12±18,35	31,52-98,91	80,40±13,63	39,13-96,74	0,463
	Ebeveyn FSTP.	83,70±15,69	43,75-100	81,38±22,77	21,87-100	0,627
	Ebeveyn PSTP	75,35±17,28	35-100	79,01±16,12	30-100	0,445
	Ebeveyn OTP	78,26±14,9	38-100	79,84±17,28	27,17-100	0,500

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP: Ölçek toplam puanı.

**Tablo-20:** Hasta ve kontrol annelerinin depresyon ve anksiyete ölçeklerinin karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Hasta (n=30)		Kontrol (n=20)		p
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Beck Depresyon Puanı	14,07±10,0	1-43	12,65±6,71	1-29	0,766
STAI-I	41,73±6,88	30-62	39,3±8,88	29-56	0,131
STAI-II	41,33±6	29-56	43,15±7,12	29-52	0,27

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, STAI-1: durumluluk kaygı ölçeği, STAI-II: süreklilik kaygı ölçeği.

**Tablo-21:** Hasta kız ve erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Kız Hasta (n=21)		Erkek Hasta (n=9)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	7,86±4,87	2-17	10,78±6,64	4-22	0,326	
ÇATÖ	22,19±12,78	4-55	29,89±17,25	9-54	0,283	
ebeveyn	Beck depresyon Puanı	13,52±9,19	1-36	15,33±12,30	2-43	0,859
	STAI-I	41,67±5,8	30-51	41,89±9,36	32-62	0,824
	STAI-II	40,57±5,59	29-52	43,11±6,88	33-56	0,349
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	4,24±4,06	0-16	5,33±3,9	0-13	0,372
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	4,43±3,44	1-12	6,44±3,71	1-14	0,125
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,14±3,42	0-14	3,67±4,27	0-13	0,859
	Depresyon	3,43±3,74	0-14	4,44±3,81	0-10	0,397
	Anksiyete Bozukluğu	3,19±2,58	0-8	5,33±4,95	0-14	0,372
	Hostilite	2,71±3,01	0-12	5,89±4,37	0-10	0,086
	Fobik anksiyete	3,33±3,69	0-14	4,44±4,06	0-11	0,449
	Paranoid Düşünce	3,10±3,02	0-11	7,22±5,69	0-17	0,04
	Psikotizm	2,24±2,71	0-11	4,22±4,26	0-12	0,193
	Ek maddeler	1,95±1,93	0-7	4,44±4,39	0-15	0,070
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,60±0,46	0,02-2,09	0,97±0,68	0,02-2,32	0,137
	Belirti Toplamı İndeksi	19,81±13,01	1-50	26,67±12,57	1-40	0,164
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,46±0,35	1-2,22	1,76±0,68	1-3,08	0,326	
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	77,84±16,99	31,25-100	61,09±21,96	31,25-93,60	0,050*
	Çocuk/Ergen PSTP	76,58±18,13	20-98,33	65,92±19,84	40-95	0,137
	Çocuk/Ergen OTP	81,14±15,34	34-96,74	77,73±18,6	31,52-98,75	0,056
	Ebeveyn FSTP.	80,50±17,48	46,85-100	70,83±26,74	21,87-100	0,422
	Ebeveyn PSTP	74,84±14,78	45-96,67	66,11±24,39	30-95	0,449
	Ebeveyn OTP	76,21±18,33	27-100	73,58±18,98	34-100	0,349

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Hasta grubunda anne eğitimi ile YKÖ tüm alt ölçekleri arasındaki ilişkiye baktığımızda; anne eğitim ile YKÖ Çocuk/ergen psikososyal toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,054) (Tablo-22).



**Tablo-22:** Anne eğitimi ile YKÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki.

Anne eğitimi		İlköğretim (n=33)		Lise ve üzeri (n=17)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP	80,31±16,86	31,25-100	79,97±21,87	31,25-100	0,673
	Çocuk/Ergen PSTP	76,51±19,06	20-98,33	87,54±9,98	61,67-98,33	0,05*
	Çocuk/Ergen OTP	77,83±17,41	31,52-98,91	84,91-13,08	57,61-98,91	0,146
	Ebeveyn FSTP.	81,62±19,13	21,87-100	84,74±19	46,85-100	0,334
	Ebeveyn PSTP	74,29±17,96	30-96,67	82,15±12,92	55-100	0,134
	Ebeveyn OTP	76,84±16,54	27,17-97,83	83,05±13,94	55,43-100	0,2

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Hasta grubunda baba eğitimi ile YKÖ tüm alt ölçekleri arasındaki ilişkiye baktığımızda; baba eğitimi ile yaşam kalitesi çocuk/ergen psikososyal ve toplam ölçek puanı, ebeveyn psikososyal ölçek puanı ile ebeveyn ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo-23). Aile toplam geliri ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki anlamlı farklılık araştırıldığında da yine hastalardaki yaşam kalitesi ile ailelerinin toplam gelirleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-24). Yapılan istatistiksel çalışmaların sonucunda; hastaların yaşam kaliteleri ile anne eğitimi ve aile gelirleri açısından anlamlı fark yok iken, baba eğitimi ile hastaların yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo-23:** Baba eğitimi ile YKÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki.

Baba eğitimi		İlköğretim (n=26)		Lise ve üzeri (n=24)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP	76,43±20,99	31,25-100	84,27±14,71	50-100	0,149
	Çocuk/Ergen PSTP	75,7±17,46	40-98,33	85,2±15,92	20-98,33	0,03*
	Çocuk/Ergen OTP	75,95±16,96	39,13-98,91	84,88±14,46	31,52-98,91	0,039*
	Ebeveyn FSTP.	78,84±21,34	21,87-100	86,84±15,33	53,12-100	0,129
	Ebeveyn PSTP	72,11±17,92	30-96,67	82,22±13,81	45-100	0,029*
	Ebeveyn OTP	74,45±16,7	27,17-97,83	83,83±13,57	51,09-100	0,032*

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

**Tablo-24:** Aile toplam geliri ile YKÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki.

Aile toplam geliri		1000 TL ve altı (n=27)		1000 TL ve üstü (n=23)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP	81,26±17,3	31,25-100	78,95±20,12	31,25-100	0,769
	Çocuk/Ergen PSTP	79,13±19,65	20-98,33	81,59±14,26	40-98,33	0,884
	Çocuk/Ergen OTP	79,87±17,81	31,52-98,91	80,67±14,69	31,52-98,91	0,861
	Ebeveyn FSTP.	84,48±18,35	21,87-100	80,56±19,83	43,75-100	0,614
	Ebeveyn PSTP	75,06±18,14	30-96,67	79,2±14,94	35-100	0,559
	Ebeveyn OTP	78,74±16,41	27,17-97,83	79,67±15,49	27,17-100	0,930

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Hasta grubunda diyet uyumu ile YKÖ alt ölçekleri arasındaki ilişkiye baktığımızda; diyet uyumu ile YKÖ tüm alt ölçekleri arasında anlamlı fark olduğu saptandı. ( $p<0,005$ ) (Tablo-25) Yine hasta grubunda diyet uyumu ile çocuk/ergenin depresyon ve anksiyete ölçek puanları ve ebeveynlerinin depresyon ve anlık, süreklilik anksiyete puanları aralarında anlamlı fark araştırıldığında; diyet uyumu ile hasta grubun depresyon ve anksiyete ile ebeveynin depresyon ölçek puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ); ebeveynin anlık ve durumluluk kaygı ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo-26).

**Tablo-25:** Diyet uyumu ile YKÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki.

Hasta		Diyete uyuyor (n=22)		Bazen uymuyor (n=8)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP	77,14±17,25	31,25-100	60,93±22,71	31,25-90,62	0,063
	Çocuk/Ergen PSTP	79,46±13,62	51,67-98,33	56,66±22,36	20-85	0,007**
	Çocuk/Ergen OTP	78,66±13,27	56,52-98,91	58,15±19,02	31,52-82,61	0,008**
	Ebeveyn FSTP.	84,08±15,96	50-100	59,76±22,68	21,87-87,50	0,005**
	Ebeveyn PSTP	80±11,98	40-96,67	50,83±15,14	30-75	0,000**
	Ebeveyn OTP	81,42±10,21	59,78-97,83	53,93±14,81	27,17-70,65	0,000**

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

**Tablo-26:** Diyete uyum ile çocuk/ergen depresyon anksiyete ve annelerin depresyon ilişkisi.

Hasta	Diyete uyuyor (n=22)		Bazen uymuyor (n=8)		p
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Kovaks depresyon puanı	7,68±5,19	2-22	11,63±5,65	5-22	0,107
ÇATO puanı	24,18±15,03	4-55	25,38±13,46	8-50	0,836
Annenin Beck Depresyon Envanteri	12,27±8,64	1-36	19±12,46	5-43	0,156
Anne STAI-I	40,05±5,62	30-51	46,38±8,24	34-62	0,04*
Anne STAI-II	39,41±4,98	29-46	46,63±5,57	38-56	0,004**

OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Ölçeği.

Hastalardaki yaşam kalitesi alt ölçeklerinin hasta grubun depresyon ve anksiyete ölçekleri ve ebeveynlerinin depresyon ile anlık ve sürekli kaygı ölçekleri arasında istatistiksel bir korelasyonu araştırdığımızda; hastaların Kovaks depresyon puanları ile YKÖ'nin çocuk/ergen psikososyal alt ölçek puanı ve ölçek toplam puanı arasında; ÇATÖ puanları ile YKÖ çocuk/ergen psikososyal alt ölçek puanı ile ölçek toplam puanı arasında negatif korelasyon bulundu. Aynı şekilde annelere uygulanan Beck depresyon puanları ile YKÖ çocuk/ergen fiziksel sağlık alt ölçek, psikososyal alt ölçek puanı ve ölçek toplam puanı arasında; annenin anlık anksiyete ölçeği ile YKÖ ebeveyn fiziksel sağlık, psikososyal alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı ve annenin durumluluk kaygı ölçeği ile YKÖ çocuk/ergen ölçek toplam puanı, ebeveyn fiziksel sağlık ve psikososyal alt ölçekleri ve ebeveyn toplam ölçek puanları arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur (Tablo-27).

**Tablo–27:** Hastalarda Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri'nin diğer ölçeklerle korelasyonu.

ÖLÇEKLER	FSTP	PSTP	ÖTP	Ebeveyn FSTP	Ebeveyn PSTP	Ebeveyn ÖTP
Kovaks Depresyon Puanı	r:,-,323 p:,.081	r:,-,634** p:,.000	r:,-,570** p:,.001	r:,-,253 p:,.178	r:,-,346 p:,.061	r:,-,401* p:,.028
ÇATO	r:,.476 p:,.008	r:,.558** p:,.001	r:,-,558** p:,.001	r:,-,291 p:,.119	r:,-,389* p:,.034	r:,-,320 p:,.084
Annenin Beck Depresyon Puanı	r:,-,441* p:,.015	r:,-,543** p:,.002	r:,-,526** p:,.003	r:,-,278 p:,.138	r:,-,346 p:,.061	r:,-,444* p:,.014
Annenin STAI-I Puanı	r:,-,250 p:,.183	r:,-,332 p:,.073	r:,-,301 p:,.105	r:,-,410* p:,.024	r:,-,461* p:,.010	r:,-,527** p:,.003
Annenin STAI-II Puanı	r:,-,477 p:,.008	r:,.475 p:,.008	r:,-,514* p:,.004	r:,-,597** p:,.000	r:,-,546* p:,.002	r:,-,684** p:,.000

r: Korelasyon katsayısı, p\*:p<0,05, p\*\*: p<0,01, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı, ÇATO: Çocukluk Çağı Anksiyete Ölçeği.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji polikliniğinde Çölyak Hastalığı tanısı almış 8–18 yaş arası çocuk ve ergende psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi ailelerinde psikiyatrik bozukluk ve bazı psikososyal özelliklerin incelenmesi amaçlandı. Çalışmaya 8–18 yaş arası çölyaklı 30 kişilik hasta ve ailesi ile herhangi bir kronik hastalığı olmayan 20 kişilik kontrol grubu ve ailesi dahil edildi. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi, tanı yaşı ve diyetlerine uyumları not edildi. Hasta ve kontrol grubu ilk olarak cinsiyet ve yaş ayrımı olmadan tüm ölçekler açısından karşılaştırıldı. Daha sonra hastalar cinsiyet ve yaşa göre ayrılarak, gruplar ayrı ayrı kendi içinde ve kontrol grubuyla karşılaştırıldı.

### **Depresyon ve Anksiyete**

Çalışmamızda depresyonu değerlendirmek için Kovaks Depresyon Ölçeği, anksiyeteyi değerlendirmek için de Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) uygulandı. Hasta ve kontrol grubunda depresyon ve anksiyete düzeyleri, cinsiyetler ayrılmadan ve cinsiyetlere ayrılarak ayrı ayrı karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Tüm katılımcılar erkek ve kız için tüm ölçekler açısından kıyaslandığında da; depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Yine hasta ve kontrol grubu ile cinsiyetler ayrı ayrı tüm ölçekler açısından kıyaslandığında KSE depresyon ve anksiyete alt ölçekleri açısından anlamlı fark görülmedi. Katılımcı grup çocuk-ergen olarak ayrıldığında da depresyon ve anksiyete puanları açısından anlamlı fark bulunmadı.

Hasta grubu kız-erkek olarak tüm ölçekler açısından karşılaştırıldığında da depresyon ve anksiyete ölçekleri puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Özetle çölyak hastalığı tanısı ile izlenen çocuk ve ergen grubunda kontrol gruba kıyasla depresyon ve anksiyete puanları açısından anlamlı farklılık gözlenmedi.

Literatür incelendiğinde, ÇH'da anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların varlığına ve sıklığına ilişkin sonuçlar tartışmalıdır (8, 57, 59, 60, 65, 100, 101) ÇH tanı öncesinde çocuk ve ergenlerde depresif semptom ve davranış problemleri ile giderken tanı sonrasında bu şikayetler gerilemektedir. Tanı öncesinde depresyon anksiyete semptomlarının oluşmasında; triptofan eksikliği, serotonin fonksiyonlarında bozulma, subklinik tiroid hastalığı gibi faktörler araştırılmıştır. Nitekim Pyönnen ve ark. (8) yaptıkları çalışmada tanı öncesinde triptofan eksikliği olan ergenlerde depresif semptomlarının sıklığı ile arasında anlamlı ilişki bulunmuş, tanı sonrasında da triptofan seviyelerinin normale dönmesiyle bu semptomlarda azalma tespit etmiştir. Tedavileri başlanan yani glutensiz diyet tedavisinden sonra semptomları düzelen ergenlerde depresif bozukluk sıklığı normal popülasyona yakın çıkmıştır. Bu hastalara diyet tedavisi sonrası anksiyete bozukluğu sıklığı da normal popülasyona yakın bulunmuştur. Ciacci ve ark.(100) çalışmalarına göre, tedavi gören erişkin çölyak hastalarında depresif şikayetler, tanısı çocukluk çağında koyulanlarla erişkin çağda tanı alanlar arasında eşit çıkmıştı ve bu semptomların varlığı; tanı yaşı ve glutensiz diyete devam etme süresi ile ilişkili değildi. Depresif şikayetler ayrıca yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik değişkenlerle de ilişkili bulunmamıştır. Pyönnen ve ark.'nın (60) yaptıkları çalışmada da; cinsiyet, ailenin eğitim düzeyi, ailelerin boşanması, biyopsi öncesi karın ağrısı, ishal gibi fiziksel semptomların varlığı depresif şikayetlerle ilişkili bulunmamıştır. Ayrıca çalışmalarında, ergenlerdeki depresyonun sadece ergenin ebeveynlerindeki depresif bozuklukla anlamlı ilişkisi olduğunu göstermişlerdir. Goldberg'in (57) çalışması sonucunda da; ailesinde psikiyatrik bozukluğu olan çölyak hastalarının ailesinde psikiyatrik bozukluk hikayesi olmayanlara göre bir yıl içinde daha fazla psikiyatrik anlamda şikayetlerinin olduğunu destekleyen bulgular elde edilmiştir. Erişkin çölyak hastalarında affektif bozukluk ve yaşam kalitesini araştıran Fera ve ark.nın (101) çölyak, diabet ve sağlıklı kontrol grubunun dahil edildiği çalışmalarında; hem diabet hem de çölyak grubundaki hastaların depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek, yaşam kaliteleri düşük bulunmuş. Depresyon ve anksiyete

puanlarının demografik özellikler ve diyet kısıtlaması ile ilişkili olmadığı bulunan çalışmada, diabet hastalığı gibi çölyak hastalığının da sürekli diyet kısıtlaması ile giden hastalığın kronikliğine uyumun depresyon ile bağlantılı olduğunu söylemişlerdir. Bunun yanında diyet kısıtlamasının stresli ve hayat kısıtlayıcı bir durum olarak algılanması yaşam kalitelerini etkileyen faktör olarak bulunmuştur çünkü bu hastalar fiziksel rahatsızlığa sahip değildiler.

### **Yaşam Kalitesi ve Diyet Uyumu**

Çalışmamızda Çocuklar ve Adolesanlar İçin Yaşam Kalitesi ölçeği (Ç-YKİ)'nin tüm hastalar açısından ortalaması  $73,19 \pm 17,32$  olarak bulundu.

Hasta ve kontrol grubundaki yaşam kalitesinin, Çocuk ve Ergenler için Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirildiği çalışmamızda, tüm gruplar arasında hem katılımcı çocuk ve ergen bildirim hem de ebeveyn bildirim açısından hasta ile kontrol grubu arasında YKÖ tüm alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Tüm gruplar içinde yaşam kalitesi bakımından kız-erkek arasında anlamlı fark yoktu. Tüm gruplar içinde çocuk ve ergenlerin kendi aralarında yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında da anlamlı fark bulunmadı.

Hasta grubunda yaşam kalitesi bakımından kız-erkek arasında fark bulunmadı. Yaşam kalitesi etkilenen hasta grubunda anne eğitimi ile YKÖ çocuk-ergen psikososyal toplam puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yine hasta grubunda baba eğitimi ile YKÖ çocuk/ergen toplam alt ölçek puanı, YKÖ ebeveyn alt ölçek psikososyal toplam puanı ile ebeveyn alt ölçek toplam puanı aralarında arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hasta grubunda YKÖ tüm alt ölçeklerinin ailenin geliri ile ilişkisini araştırdığımızda da hasta grubunun yaşam kalitesinin ailenin toplam geliri ile anlamlı ilişkili olmadığını bulduk.

Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin hasta depresyon ve anksiyete ölçekleri ve annenin depresyon ve anksiyete ölçekleri ile korelasyonunu araştırdığımızda; hastaların depresyon ve anksiyete puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında yine annelerin depresyon puanı ve anlık,

durumluluk kaygı ölçek puanı ile yaşam kalitesi ebeveyn ölçek puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Tablo-27). Çalışmamızda hasta grubun depresyon ve anksiyete puanları ile annelerinin depresyon ve anksiyete puanları sağlıklı gruba göre anlamlı farklı değildi ancak hem hastaların hem de annelerinin depresyon ve anksiyete puanları arttıkça hastaların yaşam kalite puanlarının anlamlı korele düştüğünü saptadık.

Çölyak hastalarında yaşam kalitesi hem erişkin hem de çocuk ve ergenlerde daha önce araştırılmıştır (78, 80, 81, 101, 102, 103, 104,105, 106, 107). Almanya'da ÇH olan erişkinlerde yaşam kalitesini araştıran ulusal çalışma sunucunda; Çölyak hastalarının %67'sinin diyetlerine tam uydukları; %26'sının çoğu zaman uydukları ortaya çıkmış ve genel Alman popülasyonuna göre ÇH'lı grupta yaşam kalite puanları daha düşük bulunmuş (102). Yine erişkin çölyaklı hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştıran Nachman ve ark.nın (103) tanı sırasındaki klinik şikayetin ve diyetle uyumun yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları prospektif çalışmalarında, ilk üç ayda glutensiz diyet tedavisi ile yaşam kalitesi puanlarının belirgin artmış olduğunu bulmuşlar. Bir yıllık izlem sonunda da hastaların %70'inin diyetle tam uyduklarını; diyetle uyum ile yaşam kalitelerinin arttığını göstermişlerdir. İngiltere'de de tanı öncesi ve tanı sonrasında yaşam kalitesini araştıran 2010 çalışmasında; tanı sonrası yaşam kalitesinin tanı öncesine göre anlamlı olarak yüksek çıktığını bulmuşlardır (104). Bu sonuç Casellas'ın (78) erişkin çölyaklı hastalarda tedaviyle yaşam kalitesinin arttığını destekleyen bir çalışmadır. Çocuklarda yaşam kalitesini araştıran Michella ve ark. (105) da çocukların yaşam kalitelerinin sağlıklı popülasyona yakın olduğu sonucunu bulmuştur. Hem çocuk hem de ergenler de yaşam kalitesini inceleyen Wagner'in (81) çalışması da yaşam kalitelerinin değişmediği yönündeydi. Basso ve ark. (80) ise çölyaklı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin düştüğünün bu sonucun da cinsiyet ve diyet süresi ile ilişkisiz olduğunu bulmuştur.

YKÖ alt ölçeklerinin diyet uyumu ile ilişkisi incelendiğinde; diyet uyumu ile YKÖ tüm alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Diyet uyumu ile yaşam kalitesini inceleyen Hopman ve ark. (106) da 10 yıldır



çölyak hastalığı devam eden erişkin hastalarda yaşam kalitelerinin sağlıklı gruba göre daha düşük olduğunu; diyete tam uyanlarla bazen uyanlar arasında yaşam kalitesi yönünden fark olmadığını bulmuşlardır. Ancak çalışmaya katılan hastaların hipotirodizm, dermetitis herpetiformis, diabetes mellitus gibi kronik hastalık veya çölyak komplikasyonları vardı. Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler hastalarda semptom olup olmamasına bağlıydı ve sonuçta çölyak hastalığıyla ilgili komorbid rahatsızlığı olan veya riski olanlarla yaşam kalitesinin ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Bizim çalışmamızda çocuk ve ergen hastaların başka kronik hastalık veya çölyakla ilgili komorbid bir rahatsızlıkları yoktu. Çölyak Hastalığı sadece diyet kısıtlama tedavisiyle kalmayıp kişilerin genel hayat biçimlerini ve hayat kalitelerini etkilemektedir. Hayat kalitelerini incelemek daha sonra çölyak hastalığı olacak kişilerin hayatını yönlendirmek açısından gerekli ve önemlidir (106).

Kronik hastalıklar çocuk özellikle ergenler için önemli bir risk faktörüdür. Kronik gastroenterolojik rahatsızlıklar olan Crohn Hastalığı (%29) ve Ülseratif Kolit (%11,5) tanılarına sahip çocuklarda yaşam boyu depresyon prevalansı yüksek bulunmuştur (107).

Diyet uyumu ile ilişkili faktörleri araştırdığımızda; diyet uyumu ile tanı yaşı arasında ilişki varken; hastaların depresyon ve anksiyete ölçek puanları ile ilişkili olmadığını bulduk. Ancak diyet uyumu ile annenin depresyon ve anksiyete puanları aralarındaki ilişki araştırıldığında, annelerin anlık ve sürekli kaygı puanları ile diyet uyumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Diyet uyumu yaşam kalitesi tüm alt ölçek puanları ile de anlamlı ilişkili bulunmuştur. Tüm bu sonuçlara baktığımızda; ebeveynin psikopatolojisi, hastada psikopatoloji gelişmesinde, yaşam kalitesinin etkilenmesinde ve hastalıkla ilgili komplikasyonlar açısından önemli durmaktadır. Ebeveynin stresi ve psikopatolojisinin çocukların organik rahatsızlıklarında önemli bir rol oynadığını gösteren çalışmalar vardır. Astımlı çocukların ebeveynlerin psikopatolojisi ve negatif aile ortamının olması daha çok astım morbiditesi ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (108).

Sonuç olarak;

Çölyak Hastalığı ile özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere psikiyatrik komorbiditeyi araştıran çalışmalarda erişkin ile çocuk ve ergen hastalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak genel olarak kabul edilen glutensiz diyet tedavisi ile hastaların depresyon ve anksiyete semptomları ile bozuklukların azalmasıdır. Bizim çalışmamızda da çocuk gastroenteroloji polikliniğine devam eden çölyaklı çocuk ve ergenden oluşan çalışma grubumuzda kontrole kıyasla depresyon ve anksiyete puanları anlamlı çıkmamıştır.

Bununla birlikte hasta grupta yaşam kalitesi sağlıklı kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesini, yaş, çocuk veya ergen olmak, ailenin geliri gibi faktörler etkilememektedir. Hastaların yaşam kalitesi ile diyet uyumu birbirleriyle ilişkili bulunmuştur. Diyet uyumu anne depresyon ve anksiyete puanları ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Hasta çocuk ve ergenlerin ve ebeveynlerinin hastalığa bakışı ve hastalıkla uyumu çölyaklı hastanın yaşam kalitelerini, diyet uyumlarını etkileyebilir. Bu sonuçlar da çocuk ve ergen hastanın klinik durumu, çölyakla ilgili komplikasyonlar ve komorbid hastalıkların önlenmesi yönünden önemlidir. Daha sonra oluşan bu komplikasyonlar veya kronik hastalıklar ileriki dönemlerde kişinin psikopatolojisini ve yaşam kalitesini etkiliyor gibi durmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: Recommendations of the North American Society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40:1-19.
2. Aydoğdu S., Tümgör G. Çölyak Hastalığı. *Güncel Pediatri* 2005; 2:47-53.
3. Örün E. Çölyak hastalığı. *Klinik Pediatri* 2005; 4: 63-6.
4. Gren PHR, Jabri B. Celiac Disease. *Lancet* 2003; 362: 383-91.
5. Aydoğdu S. Çölyak hastalığında Ülkemizin sosyal sorunları. Selimoğlu MA (editör). *Çölyak hastalığı*. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2008. 180-92.
6. Högberg L, Magnusson FK, Grodzinsky E. Familial prevalence of celiac disease: A twenty-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol* 2003;1:61-5.
7. Hallert C, Astrom J, Sedvall G. Psychiatric disturbances in adult celiac disease. Reduced central monoamin metabolism and signs of depression. *Scand J Gastroenterol* yıl; 17:25-8.
8. Pynnönen PA, Isometsa ET, Versalo MA. Gluten-free diet may alleviate depressive and behavioral symptoms in adolescents with celiac disease: a prospective follow-up case-series study. *BMC Psychiatry* 2005; 5:14.
9. Catassi C, Fabiani E, Ratsch IM et al. The celiac iceberg in Italy. A multicentre anti gliadin antibodies screening for celiac disease in schoolage subjects. *Acta Pediatr Suppl* 1996; 412: 29-35.
10. Mustalahti K, Catassi C, Reunanen A, Fabiani E. The Prevalence Of Celiac Disease In Europe: Results of A Centralized, International Mass Screening Project. *Ann Med*. 2010; 42:587-95.
11. Fasano A, Bertl I, Gerarduzzi T, et al. Prevalence of celiac disease in at risk at not risk groups in the United States: a large multicenter study. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 286-92.
12. Demirçeken F, Kansu A, Kuloğlu Z, Gürüz H, Girgin N. Türk çocuklarında çölyak hastalığının erken tanısında insan doku transglutaminazlara karşı antikor taranması. VI. Ulusal Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji Kongresi. Ankara. 2004.
13. Göral V, Yıldırım N, Kaplan A. ve ark. Gluten Enteropatisi Sıklığı. *Akademik Gastroenterolojisi Dergisi* 2007; 6:144-8.
14. Sollid LM, Lie BA. Celiac disease genetics: current concepts and practical applications. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 843-8.
15. Erkan T, Kutlu T, Yılmaz E, Çullu F, Tümay TG. Human Leucocyte antigens in Turkish pediatric celiac patients. *Turk J Pediatr* 1999; 41:181-8.
16. Nehra V. New clinical issues in celiac diseases. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 27: 453-65.
17. Schuppan D. Current concepts of celiac disease pathogenesis. *Gastroenterology* 2000; 119:234-42.

18. Demir H, Yüce A. Çölyak hastalığı ve otoimmünite. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2002; 23: 389-94.
19. Ivarsson A, Hernell O, Stenlund H, Persson LA. Breast feeding protects against celiac disease. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 914-21.
20. Branski D, Fasano A, Troncone R. Latest Developments In The Pathogenesis and Treatment of Celiac Disease. *J Pediatr* 2006; 295-300.
21. Kagnoff MF, Austin RK, Hubert JJ. et al. Possible role for a human adenovirus in the pathogenesis of celiac disease. *J Exp Med* 1984; 160: 1544-57.
22. Walker-Smith JA. Celiac Disease. In: Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB (eds). *Pediatric gastrointestinal disease*. 2nd edition. St. Louis: Mosby-Year Book Inc; 1996. 840-42.
23. Lankisch PG, Scharmm M., Petersen F. et al. Diagnostic intervals for recognizing celiac disease. *Z Gastroenterol* 1996;34:473-7.
24. Al-Bayatti SM. Etiology of chronic diarrhea. *Saudi Med J* 2002; 23: 675-9.
25. Can HS, Arıkan Ç, Özgenç F, Yağcı RV, Aydoğdu S. Çölyak hastalığı klinik, laboratuvar ve histolojik bulgularının değerlendirilmesi. 39. *Pediatri Kongresi. Kapadokya. Bildiri Özet Kitabı*, s. 511. 2003.
26. Cacciari E, Salardi S, Lazzari R, et al. Short stature and celiac disease. A relationship to consider even in patients with no gastrointestinal tract symptoms. *J. Pediatr* 1983; 103:708-11.
27. Volta U. Pathogenesis and clinical significance of liver injury in celiac disease. *Clinic Rev Allerg Immunol* 2009;36:62-70.
28. Özen A, Büyükgebiz B. Çölyak Hastalığında karaciğer tutulumu. Selimoğlu MA (editör). *Çölyak Hastalığı*. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2008. 64-111.
29. Farrell RJ, Kelly CP. Celiac Sprue. *N Engl J Med*. 2002; 346:180-8.
30. Fasano A. Clinical presentation of celiac disease in pediatric population. *Gastroenterology* 2005; 128: 68-5.
31. Cataldo F, Marino V, Bollaro G, et al. Celiac Disease and selective immunoglobulin A deficiency. *J. Pediatr* 1997; 131:306-8.
32. Kaukinen K, Collin P, Mykkanen AH, et al. Celiac disease and autoimmune endocrinologic disorders. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 1428-33.
33. Cronin CC, Feighery A, Ferris JB, et al. High prevalence of celiac disease among patients with insulin-dependent (type I) diabetes mellitus. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 2210-2.
34. Counsell CE, Taha A, Ruddell WS. Celiac Disease and autoimmune thyroid disease. *Gut* 1994; 35: 844-6.
35. Bridoux Henno L, Diabadie A, Briard D, et al. A case of celiac disease presenting with autoimmune hepatitis and erythroblastopeni. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 33:619-9.
36. Sedlack RE, Smyrk TC, Czaja AJ, Talwalker JA. Celiac disease-associated autoimmune cholangitis. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 3196-8.

37. Trancone R, Franzese A, Mazzerella G, et al. Gluten sensitivity in a subset of children with insulin-dependent diabetes-mellitus. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 590-5.
38. Reunala T, Salmi J, Karvonen J. Dermatitis herpetiformis and celiac disease associated with Addison's disease. *Arch Dermatol* 1987;123:930-2.
39. Sanders DS. Celiac disease and IBS-type symptoms:The relationship exists in both directions. *AJG* 2003; 98: 707-8.
40. Corazza GR, Andreani ML, Venturo N, et al. Celiac disease and alopecia areata: report of a new association. *Gastroenterology* 1995; 109: 1333-7.
41. Douglas JD, Gillon J, Logan RFA, et al. Sarcoidosis and celiac disease. *Lancet* 1984; 2: 13.
42. Arroyo HA, De Rosa S, Rugeiri V, et al. Epilepsy, occipital calcifications and oligosymptomatic celiac disease in childhood. *J Child Neurol* 2002;17: 800-6.
43. Hill ID, Bhatnagar S, Cameron DJS, Maki M, Russell G. Celiac Disease: Working group report of the first world pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35: 578-88.
44. Hill ID. Celiac disease-a never ending story. *J Pediatr* 2003;143:289-91.
45. Ferenci DA. Celiac disease. In: Altschuler SM, Liacouras CA ed. *Clinical Pediatric Gastroenterology: Philadelphia, Pennsylvania: Churcill Livingstone;1998: 143-7.*
46. Walker-Smith JA, Guandalini S., Schmitz J, et al. Revised Criteria for the diagnosis of celiac disease. *Arch Dis Child* 1990; 65: 909-11.
47. Ensari A, Marsh MN, Loft DE, et al. Morphometric analysis of intestinal mucosa. V. Quantative histological and immunocytochemical studies of rectal mucosae in gluten sensitivity. *Gut* 1993; 34; 1225-9.
48. Kalaycı AG. Çölyak Hastalığı O.M.Ü. *Tıp Dergisi* 2000 17: 129-37.
49. Bode S, Gudmand-Hoyer E. Evaluation of gliadin antibody test for diagnosis celiac disease. *Scand J Gastroenrerol* 1994; 29: 148-53.
50. Crabbe PA, Heremans JF. Selective IgA deficiency with steatorrhea. *Am J Med* 1967; 42: 319-25.
51. Ferreira M, Lloyd Davies S, Butler M, et al. Endomysial antibody: Is it the best screening test for celiac disease. *Arch Dis Child* 1991; 66: 941-45.
52. Collin P, Hallstrom O, Maki M, et al. Atypical ceeliac disease found with serological screening. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25: 245-9.
53. Dicke WK, Weijers HA, van de Kamer JH. Celiac disease: II. The presence in wheat of a factor having a deleterious effect in cases of celiac disease. *Acta Pediatr Scand* 1953; 42: 34-42.
54. Trancone R, Auricchio S. Celiac Disease. In: Wyllie R. Hyams JS (eds). *Pediatric gastrointestinal disease. 2nd edition. Philedelphia: WB Saunders Company; 1999. 32-6.*

55. Tau C, Mautalen C, De Rosa S, et al. Bone mineral density in children with celiac disease . Effect of a Gluten free diet.Eur J Clin Nutr 2006; 60; 358-63.
56. Midyat L, Saz EU., Özgenç F, ve ark. Glutensiz diyetin çölyaklı hastalarda büyüme hızına etkisi. 39. Türk Pediatri Kongresi. Kapadokya. Bildiri Özet Kitabı. 433. 2003
57. Goldberg D. A pyschiatric study of patients with diseases of the small intestine. Gut 1970; 11: 459-65.
58. Carta MG, Hardoy MC, Boi MF, et al. Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: a possible role of thyroid autoimmunity. J Psychosom Res 2002; 53: 789-93.
59. Pynönnen P, Isometsa ET, Aronnen E T, et al. Mental disorders in adolescents with celiac disease. Psychosomatics 2004, 45:325-35.
60. Addolorato G, Capristo E, Chittoni C, et al. Anxiety but not depression decreases in celiac patients after one-year gluten-free diet: a longitudinal study. Scand J. Gastroenterol 2001; 36: 502-6.
61. Addolorato G, Di Giuda D, De Rossi G, et al. Regional cerebral hypoperfusion in patients with celiac disease. Am J Med 2004;116:312-7.
62. Addolorato G, Mirijello A, D'Angelo C,. et al. Social phobia in celiac disease. Scandinavian J Gastroenrerol 2008; 43: 410-5.
63. Merikangas K, Wicki W, Angst J. Kombined Depression. Annual Meeting of The royal College Of Psychiatrists. Birmingham: Royal College of Psychiatry; 1990. 8.
64. Carta MG, Altamura AC, Hardoy MC, et al. Is rekurrent brief depression an expression of mood spectrum disorders in young people? Results of a large community sample. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003; 253: 149-53.
65. Carta MG, Hardoy MC, Usai P, et al. Recurrent brief depression in celiac disease. J Psycsom Res 2003; 55: 573-4.
66. Ludvigsson JF, Osby U, Ekbom A, Montgomery SM. Celiac Disease and risk of schizophrenia and other psychosis: A general population cohort study. Scandinavian J Gastroenterol 2007;42:179-85.
67. Karwautz A, Wagner G., Berger G, et al. Eating pathology in adolescents with celiac disease. Psychosomatics 2008; 49: 399-406.
68. Niederhofer H., Pittschieler K. A Preliminary investigation of ADHD symtoms in persons with celiac disease. J Att Dis 2006; 10: 200-4.
69. Goodwin MS, Cowen MA, Goodwin TC. Malabsorption and cerebral dysfunction: a multivariate and comparative study of autistic children. J. Autism Child Schizophr 1971; 1: 48-72.
70. Pavone L, Fiumara A, Bottaro G, et al. Autism and celiac disease: failure to validate the hypothesis that a link might exist. Biol Psychiatry 1997; 42:72-5.
71. Barcia G, Posar A, Santucci M, et al. Autism and celiac disease. J Autism Dev Disord 2008; 38: 407-8.
72. Genuis SJ, Bouchard TP. Celiac disease presenting as autism. J Child Neurol 2010; 25: 114-9.

73. Roma E, Roubani A, Kolia E, et al. Dietary compliance and life style of children with celiac disease. *J Hum Nutr Diet* 2010 23; 176-82.
74. Greco L, Mayer M, Ciccarelli G, et al. Compliance to a gluten-free diet in adolescents, or 'what do 300 celiac adolescents eat every day?' *Ital Gastroenterol Hepatol* 1997; 29: 310-1.
75. Mearin ML. Celiac disease among children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2007; 37: 86-105.
76. Cinquetti M, Trabucchi C, Menegazzi N, et al. Psychological problems connected to the dietary restrictions in the adolescent with Celiac Disease. *Ped Med Chir* 1999; 21: 279-83.
77. Chauhan JC, Kumar P, Dutta AK, et al. Assessment of dietary compliance to gluten free diet and psychological problems in Indian children with Celiac Disease. *Indian J Pediatr.*, 2010;77: 649-54.
78. Casellas F, Rodrigo L, Vivancos JL, et al. Factors that impact health-related quality of life in adults with celiac disease: a multicenter study. *World J Gastroenterol* 2008;14: 46-52.
79. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13–18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 353–63.
80. Basso MS, Crisogiani M, Ciommo VD, et al. Health-related quality of life in children and adolescents affected by celiac disease. *Dig Liver Dis* 2007; 39: 49-87.
81. Wagner G, Berger G, Sinnreich U, et al. Quality of life in adolescents with treated coeliac disease: Influence of compliance and age at diagnosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008 47; 555-68.
82. Kokkonen J, Viitaneen A, Simila S. Coping with A Celiac Diet After Adolescence. *Helv Paediatr Acta* 1989; 43: 261-5.
83. Feldman JM, Ortega NA, Koinis-Mitchell D, et al. Child and Family Psychiatric and Psychological Factors Associated With Child Physical Health Problems. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 272-79.
84. Rao P, Pradhan PV, Shah H. Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. *Indian J Pediatr* 2004; 71: 695-9.
85. Mariana C, Carla MP, Mauro VM, et al. Posttraumatic stress disorder in parents of children with chronic illnesses. *J Health Psychol.*, Vol 28(3), 2009; 379-88.
86. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI), *Psychopharmacol Bull* 1981; 21:995–8.
87. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:132–7.
88. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36: 545-53.
89. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması (Uzmanlık Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2004.

90. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory–BSI administration, scoring and procedures manual II. USA: Clinical Psychometric Research Inc; 1992.
91. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9:44–56.
92. Şahin NH, Durak A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:125–35.
93. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care* 1999; 37:126–39.
94. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13–18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18:353–63.
95. Spieth LE, Harris CV. Assessment Of Health-Related Quality Of Life In Children and Adolescents: An Integrative Review *J Pediatr Psychol* 1996; 21:175-99.
96. Spielger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state, trait anxiety inventory. California: Consulting Psychologist Pres; 1970.
97. Le Compte A, Öner N. Durumluk–Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
98. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4: 561-71.
99. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*.1989; 7: 3-13.
100. Ciacci C, Iavarone A, Mazzacca G, De Rosa A. Depressive symptoms in adult celiac disease. *Scand J Gastroenterol* 1998;33: 247-250.
101. Fera T, Cascio B, Angelini G, Martini S, Guidetti CS. Affective disorders and quality of life in adult celiac disease patients on a gluten-free diet. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2003; 15:1287-92.
102. Winfried H, Joachim S, Jürgen S, et al. Health-related quality of life in adult celiac disease in Germany: results of a national survey. *Eur J Gastroenterol and Hepatol* 2006 18; 747-54.
103. Nachman F, Maurino E, Vazquez H, et al. Quality of life in celiac disease patients prospective analysis on the importance of clinic severity at diagnosis and impact of treatment. *Dig Liver Dis*. 2009; 41:15-25.
104. Gray MA, Papanicolas IN. Impact of symptoms on quality of life before and after celiac disease: results from a UK population survey. *BMC J* 2010;10: 105.
105. Michella MP, Kolsteren MA, Koopmann HM, et al. Health-related quality of life in children with celiac disease. *J of Pediatr* 2001; 4: 593-95.
106. Hopman E, Koopman HM, Wit JM, Mearin ML. Dietary compliance and health related quality of life in patients with celiac disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009; 21: 1056-61.
107. Basso MS, Bracci F, Ciommo D, Crisogiani M, et al. Assessing health-related quality of life in adolescents affected by inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis*. 2007; 39: 49-87.



108. Wood BL, Lim J, Miller BD, Cheah PA, et al. Family emotional climate, depression, emotional triggering of asthma and disease severity in pediatric asthma. Examination of pathways of effect. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 542-51.

## EKLER

EK-1:

### UÜ-SK ARAŞTIRMA ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLÜ OLUR FORMU

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

Sayın .....

Sizi .....(araştırmanın yapıldığı yer-merkez)'de yürütülen **“Çölyak hastalığı olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk ve yaşam kalitesinin araştırılması.”** başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu  
Yrd. Doç.Dr. Pınar Vural

**Araştırmanın Amacı:** Çölyak hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal rahatsızlığın sıklığını ve bu durumun çocuğun yaşam kalitesine olan etkisini araştırmak amacıyla bu çalışmayı yürüteceğiz. Çölyak hastalığı olan çocukların anne ve babalarında ruhsal rahatsızlık olup olmadığına bakacağız.

### **İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:**

Çalışmaya Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi'nde Çölyak Hastalığı nedeniyle tedavi ve takipte olan 8-18 yaş arası çocuk ve ergen hasta alınıp aile ve kendilerine anket formlarımız verilerek dahil edilecektir. Hasta ve ailelerinin psikiyatrik durumlarını etkileyecek başka bir kronik rahatsızlık veya bozuklukları bulunmamalı ve ankete katılıp cevaplayabilecek düzeyde kognisyona sahip olmalıdır. Anketler doldurulurken soruları anlamakta güçlük çeken hasta ve aileler çalışmadan çıkarılacaktır.

Çölyak Hastalığı olan çocuk ve ergenle kısa bir görüşme yapıldıktan sonra sosyodemografik bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri, Kovaks Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyeteyi değerlendirme ölçeği(ÇADÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği(8-12 yaş için ve 13-18 yaş arası için) ve Çölyak hastalarının diyetle uyum anketi şeklinde anketler verilerek doldurmaları istenmektedir. Aynı yaş grubu sağlıklı kontrol grubuna da aynı ölçek ve anketler verilerek psikiyatrik durum ve yaşam kaliteleri kendi aralarında karşılaştırılacaktır. Çölyak hasta ile sağlıklı kontrol grubu anne veya babalarına da Beck Depresyon Ölçeği, Anlık ve Durumluluk Kaygı Ölçekleri verilerek doldurmaları istenmektedir.

Psikiyatrik yardım isteyen veya anketlerde puanları yüksek olan olası psikiyatrik şikayetleri olan gönüllü hastalara Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğimize tanı ve takip amaçlı başvuruları sağlanacaktır.

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Dörtçelik çocuk hastanesi çocuk gastroenteroloji polikliniği ile Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:** Araş.Görevlisi Dr. Selcen Esenyel  
Uzm. Dr. Fatih Ünal  
Yrd.Doç.Dr.Pınar Vural

**Araştırmanın Süresi:** 4 ay

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 50

### **Size Getirebileceği Olası Faydalar:**

-Çölyak hastalığının size ve ailenize olan psikiyatrik yükü anlamak.

-Bu kronik hastalığın yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini anlamak.

-Hastalığın psikiyatrik yükünün tedavi sürecini, diyetle uyumu etkileyip etkilemediğini anlamak.

-Psikiyatrik destek yardımı isteyen, görüşme ve anketlerde psikiyatrik şikayetleri olan gönüllü hasta ve ailelerine polikliniğimizde tanı ve tedavi sağlamak

### **Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:**

Bu çalışmanın size ve ailenize getireceği ek risk ve rahatsızlığı yoktur.

**Katılma ve Çıkma:**

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Masraflar:** Yoktur

**İletişim Kurulacak Kişi(ler):** *Dr. Selcen Esenyel 0224-2950641*

**Gizlilik:**

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] yukarıdaki metni okudum. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini anladım.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine ve,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): ..../..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../..../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../..../.....

*NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır*

EK-2:

UÜ-SK ARAŞTIRMA ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA OLUR FORMU

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

Sayın .....

Sizi .....(araştırmanın yapıldığı yer-merkez)'de yürütülen **“Çölyak hastalığı olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk ve yaşam kalitesinin araştırılması.”** başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsizsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu  
Yrd. Doç.Dr. Pınar Vural

**Araştırmanın Amacı:** Çölyak hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal rahatsızlığın sıklığını ve bu durumun çocuğun yaşam kalitesine olan etkisini araştırmak amacıyla bu çalışmayı yürüteceğiz. Çölyak hastalığı olan çocukların anne ve babalarında ruhsal rahatsızlık olup olmadığına bakacağız.

**İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:**

Çalışmaya Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi'nde Çölyak Hastalığı nedeniyle tedavi ve takipte olan 8-18 yaş arası çocuk ve ergen hasta alınıp aile ve kendilerine anket formlarımız verilerek dahil edilecektir. Hasta ve ailelerinin psikiyatrik durumlarını etkileyecek başka bir kronik rahatsızlık veya bozuklukları bulunmamalı ve ankete katılıp cevaplayabilecek düzeyde kognisyona sahip olmalıdır. Anketler doldurulurken soruları anlamakta güçlük çeken hasta ve aileler çalışmadan çıkarılacaktır.

Çölyak Hastalığı olan çocuk ve ergenle kısa bir görüşme yapıldıktan sonra sosyodemografik bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri, Kovaks Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyeteyi değerlendirme ölçeği(ÇADÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği(8-12 yaş için ve 13-18 yaş arası için) ve Çölyak hastalarının diyetle uyum anketi şeklinde anketler verilerek doldurmaları istenmektedir. Aynı yaş grubu sağlıklı kontrol grubuna da aynı ölçek ve anketler verilerek psikiyatrik durum ve yaşam kaliteleri kendi aralarında karşılaştırılacaktır. Çölyak hasta ile sağlıklı kontrol grubu anne veya babalarına da Beck Depresyon Ölçeği, Anlık ve Durumluluk Kaygı Ölçekleri verilerek doldurmaları istenmektedir.

Psikiyatrik yardım isteyen veya anketlerde puanları yüksek olan olası psikiyatrik şikayetleri olan gönüllü hastalara Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğimize tanı ve takip amaçlı başvuruları sağlanacaktır.

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Dörtçelik çocuk hastanesi çocuk gastroenteroloji polikliniği ile Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:** Araş.Görevlisi Dr. Selcen Esenyel  
Uzm. Dr. Fatih Ünal  
Yrd.Doç.Dr.Pınar Vural

**Araştırmanın Süresi:** 4 ay

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 50

**Size Getirebileceği Olası Faydalar:**

-Çölyak hastalığının size ve ailenize olan psikiyatrik yükü anlamak.

-Bu kronik hastalığın yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini anlamak.

-Hastalığın psikiyatrik yükünün tedavi sürecini, diyete uyumu etkileyip etkilemediğini anlamak.

-Psikiyatrik destek yardımı isteyen, görüşme ve anketlerde psikiyatrik şikayetleri olan gönüllü hasta ve ailelerine polikliniğimizde tanı ve tedavi sağlamak

**Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:**

*Bu çalışmanın size ve ailenize getireceği ek risk ve rahatsızlığı yoktur.*

**Katılma ve Çıkma:**

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Masraflar:** Yoktur

**İletişim Kurulacak Kişi(ler):** Dr. Selcen Esenyel 0224-2950641

**Gizlilik:**

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] yukarıdaki metni okudum. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini anladım.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine ve,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): ..../..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../..../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../..../.....

*NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır*



### EK-3

## ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tarih:...../...../.....

Doğum Tarihi: / /

Sıra No:

Doğum Yeri:

Protokol No:

Ay cinsinden yaşı

1. Cinsiyet: a) Kız  b) Erkek
2. Doğum yeri: a) Köy  b) Kasaba  c) İlçe  d) İl
3. Yaşadığı yer: a) Köy  b) Kasaba  c) İlçe  d) İl
4. Kardeş sayısı: a) Yok  b) 1  c) 2  d) 3  e) 4  d) 5 ve üzeri
5. Kaçınıcı çocuk: a) 1. çocuk  b) 2. çocuk  c) 3. çocuk  d) 4. çocuk  e) 5. çocuk  f) 6 ve daha fazla
6. Okula gidiyor mu?: a) Evet  b) Hayır
7. Okul türü: a) Özel eğitim  b) Genel Okul  c) Sınavla girilen okul
8. Gittiği Okul:  
a) İlk öğretim 1-5  b) İlköğretim (6-8)  c) Lise; 1- Düz lise  3) Anadolu lisesi   
2- Meslek lisesi  4) süper lise
9. Okul başarısı:  
a) düşük  b) orta  c) iyi
10. Kiminle yaşıyor:  
a) Anne ve baba ile  b) Anne ile  c) Baba ile   
d) Akrabalarının yanında  e) Kurumda
11. Anne ve baba öz mü, üvey mi?  

	<u>Öz</u>	<u>Üvey</u>
Anne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ailenin tipi:  
a) Çekirdek aile  b) Geniş aile  c) Dağılmış aile  d) Kurumda yaşıyor
13. Ailenin eğitim durumu (son bitirdiği okul)
- |                      | <u>Anne</u>              | <u>Baba</u>              |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Okuma yazması yok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Okuma yazması var | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) İlkokul mezunu    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ortaokul mezunu   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- e) Lise mezunu (lise türü)  (.....)  (.....)
- f) Yüksekokul- üniversite mezunu (alan)  (.....)  (.....)

**14. Anne ve babanın çalışma durumu**

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>	
a) Çalışmıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ne zamandır:.....)
b) İşçi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Memur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Emekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Serbest Meslek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**15. Ailenin toplam aylık geliri:**

- a) 500 TL ve altı                      b) 501-1000 TL arası                      c) 1001-1500 TL arası
- d) 1501-2000 TL arası                      e) 2001-2500 TL arası                      f) 2501 TL ve üzeri

**16. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan kimse:**

- a) Yok                       b) Var  Kim                      Rahatsızlığı
- 1) .....                      .....
- 2) .....                      .....
- 3) .....                      .....

**17. Gönüllünün sigara/ alkol/madde/ kullanım öyküsü:**

- a) Yok                       b) Var  (.....)

**18. Ailede sigara/alkol/madde kullanım öyküsü olan kimse:**

- a) Yok                       b) Var  (.....)

**19. Gebelik öncesinde, esnasında veya sonrasında ebeveynlerde herhangi bir rahatsızlık:**

- a) Yok                       b) Var  (.....)

**20. Gebelik planlı mı? İstenen bir çocuk mu?**

- a) Hayır                       b) Evet

**21. A2. Annenin Başvurudaki Yaşı:**

**22. B2. Babanın Başvurudaki Yaşı:**

**23. Ailenin eğitim durumu**

	<u>A3. Annenin</u>	<u>B3. Babanın</u>
1) Okuma yazması yok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Okuma yazması var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) İlkokul mezunu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ortaokul mezunu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Lise mezunu (lise türü)	<input type="checkbox"/> (.....) <input type="checkbox"/> (.....)	<input type="checkbox"/> (.....) <input type="checkbox"/> (.....)
6) Yüksekokul- üniversite mezunu (alan)	<input type="checkbox"/> (.....) <input type="checkbox"/> (.....)	<input type="checkbox"/> (.....) <input type="checkbox"/> (.....)

**24. Anne ve babanın çalışma durumu**

	<b>A4. <u>Anne</u></b>	<b>B4 <u>Baba</u></b>	
1)Çalışmıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ne zamandır:.....)
2) İşçi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Memur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Emekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Serbest Meslek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**25.Medeni Durum:**

**A5.Annenin medeni hali:**

**B5.Babanın medeni**

**hali:**

1) Evli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Boşanmış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Dul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ikinci evliliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) üçüncü evliliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Eşin Ölüm nedeniyle kaybı**

**A6.anne**

**B6.baba**

<b>Evet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hayır</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27 Ailede ölü doğum anamnezi:**

a) Yok  b) Var  (.....)

**28 Ailede bebek ölümü**

a) Yok  b) Var  (.....)

**29. Ölü bebeğin hastayla olan ilişkisi**

1. Hastanın doğumundan önce

2. Hastanın doğumundan sonra

**30. hastanın doğumundan önce annede küretaj anamnezi**

a) Yok  b) Var

**31. Akraba evliliği**

a) Yok  b) Var

**EK-4:**

**ÇÖLYAK HASTALARININ DİYET UYUM ANKETİ**

**AD SOYAD**

**YAŞ**

**CİNSİYET**

1) Kaç yıldır çölyak hastalığı olduğunuzdan haberdarsınız?

A) 1 yıldan az B)1-3 yıl C) 3-5 yıl D) 5 yıldan fazla

2) Çölyak Hastalığı nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı? Kaç kez yattınız?

A) evet,...defa B) hayır

3) Diyetinize tamamen uyuyor musunuz?

A) evet B)hayır,bazen uymuyorum

4) Hayırsa diyetinizi hangi zamanlarda bozuyorsunuz?

A)Glutensiz gıda bulamadığımda

B)Dışarda oyun oynarken

C)Arkadaşlarla birlikte dışarı çıktığımda

D)Evde kimse yokken

E)Aileme veya başka bişeye kızdığımda

F)Üzüldüğümde

5) Gluten içermeyen gıda maddelerini nerelerde bulabileceğinizi biliyor musunuz?

.....

6) Glutensiz gıdaları satın almak istediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

.....

7) Glutensiz gıdaları lezzetli buluyormusunuz?

.....

8) Dışarda yemek yediğiniz zaman karşılaştığınız sorunlar nelerdir?

.....

## EK-5:

### KOVAKS DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı soyadı:

Okul:

Cinsiyeti:

Sınıf:

Doğum tarihi:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dâhil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1– Kendimi arada sırada üzgün hissederim.  
2– Kendimi sık sık üzgün hissederim.  
3– Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1– İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.  
2– İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.  
3– İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1– İşlerimin çoğunu doğru yaparım.  
2– İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.  
3– Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1– Birçok şeyden hoşlanırım.  
2– Bazı şeylerden hoşlanırım.  
3– Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1– Her zaman kötü bir çocuğum.  
2– Çoğu zaman kötü bir çocuğum.  
3– Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1– Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.  
2– Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.  
3– Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1– Kendimden nefret ederim.  
2– Kendimi beğenmem.  
3– Kendimi beğenirim.
- H) 1– Bütün kötü şeyler benim hatam.  
2– Kötü şeylerin bazıları benim hatam.  
3– Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1– Kendimi öldürmeyi düşünmem.  
2– Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.  
3– Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

- i) 1– Her gün içimden ağlamak gelir.  
2– Birçok günler içimden ağlamak gelir.  
3– Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1– Her şey her gün beni sıkır.  
2– Her şey sık sık beni sıkır.  
3– Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1– İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.  
2– Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.  
3– Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1– Herhangi bir şey hakkında karar veremem.  
2– Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.  
3– Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1– Güzel/yakışıklı sayılırım.  
2– Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.  
3– Çirkinim.
- N) 1– Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.  
2– Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.  
3– Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1– Her gece uyumakta zorluk çekerim.  
2– Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.  
3– Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1– Arada sırada kendimi yorgun hissederim.  
2– Birçok gün kendimi yorgun hissederim.  
3– Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1– Hemen her gün canım yemek yemek istemez.  
2– Çoğu gün canım yemek yemek istemez.  
3– Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1– Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
2– Çoğu zaman ağır ve sızılardan endişe ederim.  
3– Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1– Kendimi yalnız hissetmem.  
2– Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.  
3– Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1– Okuldan hiç hoşlanmam.  
2– Arada sırada okuldan hoşlanırım.  
3– Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1– Birçok arkadaşım var.  
2– Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.  
3– Hiç arkadaşım yok.

- U) 1– Okul başarıml iyi.  
2– Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.  
3– Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarımsızım.
- Ü) 1– Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.  
2– Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.  
3– Diğer ocuklar kadar iyiyim.
- V) 1– Kimse beni sevmez.  
2– Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.  
3– Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1– Bana söyleneni genellikle yaparım.  
2– Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.  
3– Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1– İnsanlarla iyi geçinirim.  
2– İnsanlarla sık sık kavga ederim.  
3– İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Kovacs M. 1981, Öy B. 1991

**EK-6:****Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği**

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ise **2**'yi, biraz ya da bazen doğru ise **1**'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise **0**'i işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünseniz de, lütfen boş bırakmayın.

**0: Doğru değil ya da nadiren doğru**

**1: Biraz ya da bazen doğru**

**2: Doğru ya da çoğu zaman doğru**

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz görüldüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19	Titrerim.	0	1	2



20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken huzursuz hissederim (ör. Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2

## EK-7:

### KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Adı Soyadı:  
Tarih:

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- 0- Hiç yok
- 1- Biraz var
- 2- Orta derecede var
- 3- Epey var
- 4- Çok fazla var

1- İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0 1 2 3 4
2- Baygınlık ve baş dönmesi	0 1 2 3 4
3- Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0 1 2 3 4
4- Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0 1 2 3 4
5- Olayları hatırlamada güçlük	0 1 2 3 4
6- Çok kolayca kızıp öfkelenme	0 1 2 3 4
7- Göğüs bölgesinde ağrılar	0 1 2 3 4
8- Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0 1 2 3 4
9- Yaşamınıza son verme duygusu	0 1 2 3 4
10- İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0 1 2 3 4
11- İştahta bozukluklar	0 1 2 3 4
12- Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0 1 2 3 4
13- Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0 1 2 3 4
14- Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
15- İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0 1 2 3 4
16- Yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4

17– Hüzünlü, kederli hissetmek hali	0 1 2 3 4
18– Hiçbir şeye ilgi duymamak hali	0 1 2 3 4
19– Ağlamaklı hissetmek hali	0 1 2 3 4
20– Kolayca incinebilme, kırılmak hali	0 1 2 3 4
21– İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak hali	0 1 2 3 4
22– Kendini diğerlerinden daha aşağı görme hali	0 1 2 3 4
23– Mide bozukluğu, bulantı hali	0 1 2 3 4
24– Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu hali	0 1 2 3 4
25– Uykuya dalmada güçlük hali	0 1 2 3 4
26– Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0 1 2 3 4
27– Karar vermede güçlük hali	0 1 2 3 4
28– Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma hali	0 1 2 3 4
29– Nefes darlığı, nefessiz kalmak hali	0 1 2 3 4
30– Sıcak soğuk basmaları hali	0 1 2 3 4
31– Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0 1 2 3 4
32– Kafanızın ” bomboş” kalması	0 1 2 3 4
33– Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0 1 2 3 4
34– Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0 1 2 3 4
35– Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0 1 2 3 4
36– Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0 1 2 3 4
37– Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık ve güçsüzlük	0 1 2 3 4
38– Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
39– Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0 1 2 3 4
40– Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0 1 2 3 4

41– Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0 1 2 3 4
42– Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0 1 2 3 4
43– Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0 1 2 3 4
44– Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0 1 2 3 4
45– Dehşet ve panik nöbetleri	0 1 2 3 4
46– Sık sık tartışmaya girmek	0 1 2 3 4
47– Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0 1 2 3 4
48– Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0 1 2 3 4
49– Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
50– Kendini değersiz görmek	0 1 2 3 4
51– Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0 1 2 3 4
52– Suçluluk duyguları	0 1 2 3 4
53– Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0 1 2 3 4

Derogadis LR. 1992, Şahin NH. 2002

## EK-8

### ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13–18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

### ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

#### Ergen Değerlendirme Formu (13–18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	<b>0</b>
Eğer sizin için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	<b>1</b>
Eğer sizin için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	<b>2</b>
Eğer sizin için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	<b>3</b>
Eğer sizin için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	<b>4</b>

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

**Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?**

<b>Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

<b>Duyularım ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

<b>Başkaları ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Varni JW, 1999; Memik NÇ, 2007

**EK-8b:**

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU(13-18 YAŞ)**

Çocuğunuzun Adı Soyadı:

Tarih:

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

**Ergen Değerlendirme Formu ( Anne-Baba) (13-18 yaş)**

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	<b>0</b>
Eğer çocuğunuz için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	<b>1</b>
Eğer çocuğunuz için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	<b>2</b>
Eğer çocuğunuz için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	<b>3</b>
Eğer çocuğunuz için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	<b>4</b>

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

**Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?**

<b>Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

<b>Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

<b>Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Varni JW,1999; Memik NÇ,2007



## EK-9

### STAI -1 (ANLIK KAYGI ENVANTERİ)

Adı Soyadı:

Tarih:

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1- Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2- Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3- Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4- Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5- Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6- Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7- Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9- Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10- Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11- Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12- Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13- Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14- Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15- Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16- Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17- Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18- Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19- Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20- Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger CD. 1970, Öner N. 1985

**EK-9b:****STAI-2 (SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ)**

Adı Soyadı:

Tarih:

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		<b>Hemen Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok Zaman</b>	<b>Hemen Her zaman</b>
21-	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22-	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23-	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24-	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25-	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26-	Kendimi yalnız hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27-	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28-	Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29-	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30-	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31-	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32-	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33-	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34-	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35-	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36-	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37-	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38-	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39-	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40-	Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger CD. 1970, Öner N.1985

## EK-10:

### BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum  
b) Kendimi üzgün hissediyorum  
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum  
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. a) Gelecekte umutsuz değilim  
b) Gelecek konusunda umutsuzum  
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok  
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum  
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır  
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum  
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum  
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum  
c) Artık hiçbir şeyden gerçek zevk alamıyorum  
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum  
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor  
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum  
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim  
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim  
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum  
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım  
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım  
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum  
d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum  
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum  
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum  
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok  
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam  
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim  
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

- 10.a)Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum  
b)Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum  
c)Şimdilerde her an ağlıyorum  
d)Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
- 11.a)Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam  
b)Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim  
c)Çoğu zaman sinirli ve tedirginim  
d)Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
- 12.a)Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim  
b)Eskisine göre insanlara daha az ilgiliyim  
c)Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim  
d)Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13.a)Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum  
b)Eskisine kıyasla, şimdilere de karar vermeyi daha çok erteliyorum  
c)Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum  
d)Artık hiç karar veremiyorum
- 14.a)Eskiden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum  
b)Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum  
c)Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum  
d)Çok çirkin olduğumu düşünüyor
- 15.a)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum  
b)Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum  
c)Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum  
d)Hiç çalışmıyorum
- 16.a)Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum  
b)Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum  
c)Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum  
d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
- 17.a)Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum  
b)Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum  
c)Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum  
d)Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum
- 18.a)İştahım eskisinden pek farklı değil  
b)İştahım eskisi kadar iyi değil  
c)Şimdilerde iştahım epey kötü  
d)Artık hiç iştahım yok
- 19.a)Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum  
b)Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim  
c)Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim  
d)Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim
- 20.a)Sağlığım beni pek endişelendirmiyor  
b)Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var  
c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor  
d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum

- 21.a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir yok  
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum  
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim  
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

*Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin niversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği .Psikoloji Dergisi 1989; 7-3-13*

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ ve Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç Dr. Yeşim TANELİ'ye; ayrıca Anabilim Dalımızın öğretim üyesi Yrd. Doç Dr Pınar VURAL'a, Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN'a , Doç. Dr. Aslı SARANDÖL, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Yrd. Doç. Dr. Saygın EKER'e teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin tüm aşamalarında desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç.Dr. Pınar Vural'a, Bursa Dörtçelik Çocuk Gastroenterolojisi'nde görevine devam eden Uzm. Dr. Fatih ÜNAL'a, diyetisyen Nafiye Altan ÜÇÖK' a ve çalışmamın istatistiksel analizinin her aşamasında büyük yardımını gördüğüm Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Deniz SİĞİRLİ' ya teşekkürü bir borç bilirim.

Hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün uzmanlara, çocuk psikiyatrisinde kendi bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan şu anda uzman olmuş asistan arkadaşlarıma; klinik hemşire ve personelinin birlikte çalışma gösterdiğimiz sürece olan emeklerine ve sabırlarına teşekkür ederim.

Ayrıca hayatımın her alanında en büyük destekçim olan ve bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anne ve babama çok teşekkür ederim.

Dr. Selcen ESENYEL

## ÖZGEÇMİŞ

04/10/1980 tarihinde Kırklareli'nin Babaeski ilçesinde doğdum. İlkokulu Kars'ta başlayarak İzmir ve İstanbul'da bitirdim. Ortaokul ve lise öğrenimimi Edirne Anadolu Lisesi, Pakistan International School, Beşiktaş Anadolu Lisesi ve Çorum Anadolu Lisesi ile tamamladıktan sonra 1998 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Türkçe Tıp Bölümü'nü kazandım. 2004 yılının Eylül ayında mezun olduktan sonra 2005 Eylül TUS'u ile girdiğim Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 10 Kasım 2005'te Araştırma Görevlisi olarak uzmanlık eğitimime başladım.

Dr. Selcen ESENYEL