



## Karın Ağrısı Şikayetiyle Hastaneye Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Fiziksel Sebep Bulunanlarla Bulunmayanlar Arasındaki Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon Değerlerinin Karşılaştırılması

Comparison of Depression, Anxiety and Somatization Values Between Adolescents and Children who Presenting Stomach Pain

Merve TEKEN<sup>2</sup>, Melek Gözde LUŞ<sup>1</sup>, Şaziye Senem BAŞGÜL<sup>2</sup>

1. Klinik Psikolog, Hasan Kalyoncu Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü, Gaziantep, Türkiye

2. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanı, S.B.Ü. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birimi, İstanbul, Türkiye

3. Doç. Dr. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Hasan Kalyoncu Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü, Gaziantep, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Fiziksel nedenleri olan ve olmayan karın ağrısı şikayeti olan çocukların depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeylerini belirledik.

**Gereçler ve Yöntem:** Çalışmaya, özel bir hastanenin pediatri servisinde 24 yaşında fiziksel nedenleri bulunan bir karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve 8-15 yaşları arasındaki 48 çocuk alındı. Bu çalışmada sosyodemografik veri formu, çocuk depresyon ölçeği (ÇDÖ), Pediatrik Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (ÇATÖ) ve Çocuk Somatizasyon Envanteri-24 (ÇSE-24) kullanıldı.

**Bulgular:** Bulguların istatistiksel analizi, fiziksel ağrı ve anksiyete ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon değerleri olan hastalar arasında istatistiksel bir fark olmadığını göstermektedir.

**Sonuç:** Bu bulguların sonuçları literatür kapsamında tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** anksiyete, depresyon

### ABSTRACT

**Objective:** We determined the levels of depression, anxiety and somatization of children with a complaint of abdominal pain who has a physical causes and not.

**Material and Methods:** The sample is 48 children aged 8-15 years who were admitted to the pediatric ward of a private hospital with a complaint of abdominal pain whose physical causes were found in 24. In this study; the Sociodemographic Data Form, Depression Scale for Children (CES-DC), The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS), and Children's Somatization Inventory-24 (CSI-24) were used.

**Results:** The statistical analyses of the findings show that there are no statistical differences between the patients with physical pain and anxiety and depression, anxiety and somatization values.

### İletişim

Sorumlu Yazar: Dr. Melek Gözde LUŞ

Adres: S.B.Ü. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbiye Cad. No: 23 34668 Üsküdar 34668 İstanbul, Türkiye

Tel: +90 (216) 542 32 32 Fax: +90 (216) 336 05 65

E-Posta: gozdelus@yahoo.com

Makale Geliş: 21.12.2018

Makale Kabul: 03.01.2019

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.500381

**Conclusion:** The results of these findings were discussed within the scope of literature.

**Keywords:** anxiety, depression

### GİRİŞ

Karın ağrısı, çocuklarda sık görülen bir sorundur ve irritabl barsak sendromu, fonksiyonel abdominal ağrı, abdominal migren ve fonksiyonel dispepsi gibi fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar dahil olmak üzere çocuk ve ergenlerin yaklaşık% 12'sinde görülür (1, 2). Okul çağındaki çocukların% 4 ila% 25'inde, günlük aktivitelere müdahale etmek için aralıklı tekrarlayan karın ağrısı şikayeti vardır (3). Tekrarlayan abdominal ağrı ilk olarak 1958'de John Apley tarafından en az üç ay, günlük aktiviteyi etkileyen üç veya daha fazla karın ağrısı ile tanımlanmıştır (4). Kronik karın ağrısının birçok nedeni olabilir ve bu nedenler genellikle organik ve fonksiyonel nedenlerdir. Fonksiyonel karın ağrısına neden olan hastalıklar ancak organik nedenler ortadan kaldırıldıktan sonra teşhis edilebilir (3). Rome II kriterleri, bu klinik durumu açıklamak için 2006'da Rome III kriterlerinin tanıtımı ile 1999 yılında önemli ilerlemeler kaydetmiştir (5, 6).

Çocuklara uyarlanmış Rome II kriterlerine göre fonksiyonel karın ağrısının tanısı için; En az 3 ay boyunca:

- 1) Kalıcı veya yakın persistan karın ağrısının varlığı,
- 2) Fizyolojik rahatsızlıkları olan ağrı eksikliği (yeme, menstrüasyon ve dışkılama),
- 3) Bazı günlük aktivitelerin başarısızlığı olmalıdır.
- 4) Çocuk gerçekten acıyı hisseder,
- 5) Karın ağrısı diğer Rome kriterleri ile açıklanamalıdır (Rasguin-Weber ve arkadaşları, 1999).

2016 yılında yeni Rome kriterlerinin (Rome IV) yayınlanmasından sonra ağrı sıklığı da en az 2 ay ve en az 4 gün boyunca ağrıya dönüşmüştür (7). Hastaların psikososyal öykülerinin bilinmesi ve hasta kültürel yapıları hakkında bir fikre sahip olmanın ağrı nedenini ortaya çıkarmada son derece yararlıdır. Tekrarlayan abdominal ağrı şikayetleri, komorbid depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu olan

çocuklarda daha sık görülmektedir (8, 9). Triciklik antidepressan ve selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) gibi psikotropik ajanların, özellikle erişkinlerde fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların tedavisinde yararlı olduğu, çocuklarda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu gözlenmiştir (10, 11). Abdominal ağrı ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkiye dair ağrısının inanişine rağmen, tekrarlayan karın ağrısı ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki tam olarak ortaya konmamıştır (12). Ailenin ve çocuğun psikolojik durumları, okul korkusu ve hastalıktan ikincil kazanımlar belirlenmelidir. Ailenin ağrıya yaklaşımı, çocuğun ağrısının azalmasına neden olabilir, bu da şikayetin daha uzun sürmesine neden olabilir. Ebeveyn davranışı veya psikopatoloji de tedavi sürecinde düşünülmelidir (8). Bütün bu sonuçlardan yola çıkarak tasarlanan bu çalışmamızın amacı, karın ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran ve karın ağrısının fiziksel sebebi olan çocuklarla fiziksel bir nedeni olmayan çocuklar arasında depresyon, anksiyete ve somatizasyon değerlerinin farklı olup olmadığını göstermektir. Çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1: Fiziksel nedenleri olan çocukların depresyon puanları fiziksel nedenleri olmayan çocukların depresyon puanlarından düşüktür.

H2: Fiziksel nedenleri olan çocukların anksiyete puanı, fiziksel nedenleri olmayan çocukların kaygı puanlarından düşüktür.

H3: Fiziksel nedenleri olan çocukların somatizasyon skorları fiziksel nedenleri olmayan çocukların somatizasyon skorlarından daha düşüktür.

## GEREÇ ve YÖNTEM

**Örneklem:** Araştırmanın örneklemini Batman'da bir özel hastanenin pediatri servisine karın ağrısı şikayetiyle başvuran 8 ile 15 yaş arasındaki çocuklardır. Araştırmanın örneklemini 14 erkek çocuk ve 34 kız çocuktan oluşan, 24'ünde fiziksel sebep bulunan ve 24'ünde fiziksel sebep bulunmayan toplam 48 çocuktan oluşmaktadır. Bilinen bir hastalık var mı sorusuna katılımcıların 6'sı evet cevabı verirken, 42'si hayır cevabı vermiştir. Psikiyatrik bir tanı var mı sorusuna ise 2 katılımcı evet cevabı verirken, 46 kişi hayır cevabını vermiştir.

**Veri Toplama Araçları:** Demografik Bilgi Toplama Formu: Katılımcıların kişisel bilgilerini ve ailelerinin bilgilerini içeren 11 sorudan oluşmuştur. Ölçekte, çocuğun yaş, kardeş sayısı, okul başarısı, fiziksel ve psikiyatrik tanı alıp almadığı sorulmuştur. Aile ile ilgili sorular ise, anne babanın sağ ve beraber olup olmadıkları, anne babanın yaş ve eğitim durumları, ailede psikiyatrik bir tanı olup olmadığı sorulmuştur. Ayrıca son zamanlarda aileyi etkileyen önemli bir olayın varlığı da sorulmuştur.

**Çocuk Somatizasyon Envanteri-CSE-24 (Çocuk Formu):** Çocuk Somatizasyon Envanteri (ÇSE) Walker ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiş ve 2009 yılında yeniden gözden geçirilmiştir (25). Türkçe versiyonu Kadioğlu ve ark. (2012) tarafından uyarlanmıştır (26). Çocuk Somatizasyon Envanteri 24 maddeden oluşan beşli likert tip (0=

hiçbir zaman, 1= bazen, 2= sık, 3= çok sık, 4= her zaman) bir ölçektir. Geçen iki hafta içinde her bir semptomun çocuğu ne kadar sıkıntıya soktuğunu gösteren, öz bildirim dayalı bir değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan tüm maddelerden alınan puanların toplanması ile elde edilmekte ve 0-96 arasında değişmektedir. Yüksek puan daha yoğun somatik yakınmaları ifade eder.

**Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ):** Bu çalışmada çocuklardaki depresyon düzeyini belirlemek için, Kovacks tarafından 1981 yılında geliştirilen Çocuk Depresyon Envanteri kullanılmıştır (27). Ülkemizdeki geçerlilik güvenirliği çalışması 1991 yılında Öy tarafından yapılan bu ölçek (28), çocuğun son 2 haftasını değerlendiren 27 sorudan oluşmaktadır. Her soruda 0, 1, 2 olarak puanlanan 3 durum cümlesi bulunmaktadır ve ölçekteki puan artışı depresyon düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür ve kesim noktası 19'dur.

**Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ):** Çocukluk Çağı Kaygı Bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çakmakçı (2004) tarafından yapılan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği'nin (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur (30). Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de 25 ve üzeri puanın, kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca somatizasyon, panik, yaygın kaygı, ayrılık kaygısı, sosyal fobi ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır.

Ölçekler Batman'da özel bir hastaneye karın ağrısı şikayetiyle başvuran çocuklara uygulanmıştır. Pediatri servisinin ultrasona yönlendirdiği çocuk hastaların ebeveynlerine ultrason odasının yanındaki boş bir odada izin formu ve sosyodemografik veri formu doldurtulmuş, akabinde ultrasondan çıkan çocuklara, ebeveynleri çıktıktan sonra somatizasyon, depresyon, anksiyete ölçekleri araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. Tüm deneklerden veriler toplandıktan sonra geriye dönük bir çalışma yapılarak hastanın ultrason, kan ve tam idrar tahlili sonuçlarına ulaşılmış, bu sonuçlara göre fiziksel sebep bulunanlarla bulunmayan çocuklar belirlenmiştir.

**Verilerin Çözümlemesi:** Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (sıklık dağılımları, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılım gösteren değişkenlerin ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin zaman karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi alt grup karşılaştırmalarında Dunn's çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmamıza 8 ile 15 yaş arası 48 çocuk dahil edildi. Çocukların 14'ü (% 29.17) erkek, 34'ü (% 70.83) kızdı. Tablo 1'de, çocuklara ve ebeveynlere ait demografik bilgiler gösterilmiştir. Çocukların okuldaki not dağılımına baktığımızda, 19'unun 0-3 arası aldıkları, 29'unun ise 4-5 arası aldıkları görülmektedir. Bilinen bir hastalık hastası olup olmadığı sorusuna 6 çocuk, bilinen psikiyatrik bir tanının

**Tablo 1:** Çocuklara ve Ebeveynlere Ait Demografik Bilgiler .

	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Çocuk yaş	48	8	15	11,29	2,14
Kardeş Sayısı	48	1	12	4,35	2,33
Kaçıncı Çocuk	48	1	12	2,94	2,19
				<b>n</b>	<b>%</b>
Çocuk Cinsiyet	Erkek			14	29,17
	Kız			34	70,83
Çocuğun okul Notları	0-3			19	39,59
	1	2,08	1	29	60,42
Bilinen hastalık var mı	1	2,08	1	42	87,50
	Evet			6	12,50
Psikiyatrik tanı var mı	Hayır			46	95,83
	Evet			2	4,17
	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Anne Yaş	47	25	48	37,02	6,08
Baba Yaş	46	31	60	43,20	6,56
				<b>n</b>	<b>%</b>
Anne Sağ mı	Hayır			1	2,08
	Evet			47	97,92
Baba Sağ mı	Hayır			2	4,17
	Evet			46	95,83
Anne-Baba Beraber mi	Hayır			3	6,25
	Evet			45	93,75
Anne Eğitim	Okur-Yazar			19	40,43
	İlköğretim			25	53,19
	Lise			3	6,39
Anne Meslek	Çalışmıyor (Ev Hanımı)			44	93,62
	Çalışıyor			3	6,39
Baba Eğitim	Okur-Yazar			9	19,57
	İlköğretim			9	19,57
	Lise			18	39,13
	Üniversite			10	21,74
Baba meslek	İşçi			15	32,61
	Memur			14	30,43
	Serbest			17	36,96
Kaçıncı evlilik	1.Evlilik			47	97,92
	2.Evlilik			1	2,08
Ailede Psikiyatrik hastalık	Hayır			42	87,50
	Evet			6	12,50
Ailenin Gelir durumu	<1000TL			4	8,33
	1000-3000TL			34	70,83
	>3000TL			10	20,83
Evde konuşulan dil	Türkçe			39	81,25
	Diğer			9	18,75

olup olmadığı sorusuna 2 çocuk evet cevabı vermiştir. Annelerin yaşı 25 ile 48 arasında, babaların ise 31 ve 60 arasındadır. Çocuklardan sadece birinin de anne kaybı varken, babasını kaybeden 2 çocuk vardır. Ebeveynleri ayrı olan çocukların sayısı 3'tür. Çocukların 6'sında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Annelerin eğitim durumuna baktığımızda, okuryazar düzeyinde 19, ilköğretim mezunu olan 25 ve lise mezunu 19 annenin olduğu görülmektedir. Annelerin 44'ü çalışmadığı halde, iş sahibi annelerin sayısı 3'tür (Tablo 1).

Karın ağrısı ile başvuran çocuklarda yapılan testler ve radyolojik değerlendirmelerden sonra 24 çocuğun karın ağrısının fiziksel bir sebebi olduğu bulunmuştur. Fiziksel nedenlerin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Karın Ağrısı Şikayetiyle İle Hastaneye Başvuran Çocuklarda Fiziksel Sebep Bulunanlarda Saptanan Hastalıklar.

		n	%
Fiziksel sebep varlığı	Hayır	24	50,00
	Evet	24	50,00
Bulunan hastalık	Üriner Sistem Enfeksiyonu	9	37,5
	Akut Gastroenterit	5	20,83
	Akut Tonsilit	1	4,17
	Hiper Tiroidi	2	8,33
	Mezenterik Lenfadenit	2	8,33
	Ailevi Akdeniz Ateşi	1	4,17
	Over Kisti	2	8,33
	Amipli Dizanteri	1	4,17
	Akut Hepatit	1	4,17
Ailede önemli olay	Hayır	44	91,67
	Evet	4	8,33

Tablo 2, ayrıca 4 ailede önemli olayların olduğunu göstermektedir. Tablo 3'te görüldüğü üzere, erkek ve kız çocuklarının ÇDÖ ortalama puanları ( $p = 0.3327$ ) ve ÇSE-24 puan ortalamaları ( $p = 0.350$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca, kız ve erkek çocuklarının ÇATÖ alt gruplarının ortalama puanları arasında hiçbir fark bulunmamıştır {(Panik Bozukluk / Somatik Belirtiler ( $p = 0,796$ ), Yaygın Anksiyete Bozukluğu ( $p = 0,238$ ), Separasyon Anksiyetesi ( $p = 0,741$ ), Sosyal Anksiyete Bozukluğu ( $p = 0,151$ ), Okul Kaçınma ( $p = 0.294$ ) ve Toplam Puan Ortalamaları ( $p = 0.318$ )} (Tablo 3).

**Tablo 3:** Cinsiyete Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması.

	Erkek n:14	Kız n:34	P	
ÇDÖ	11±3,42	12,35±4,6	0,327	
ÇSE-24	12,07±6,63	14,21±7,3	0,350	
ÇATÖ	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,93±4,25	6,56±4,57	0,739
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3,86±2,6	5,44±4,65	0,816
	Ayrılık Kaygısı	7,5±4,03	7,91±3,84	0,867
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	6,93±3,52	8,53±3,42	0,841
	Okul Kaçınma	1,86±1,23	2,47±2	0,798
Toplam Puan	27,07±11,76	30,91±12,06	0,839	

Bilinen bir hastalığın varlığında ve yokluğunda ölçeklere göre anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4). Karın ağrısı olan çocuklarda yapılan muayeneler sonucunda ağrının fiziksel nedeni olan çocuklara ait ÇDÖ, ÇSE-24 ve ÇATÖ skorları ile fiziksel nedenleri olmayan çocukların sonuçları karşılaştırılmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4:** Bilinen Fiziksel Bir Hastalık Olan Çocukların ve Fiziksel Sebep Varlığı Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.

Bilinen hastalık var mı	Var n:42	Yok n:6	p	
ÇDÖ	12±4,42	11,67±3,72	0,861	
ÇSE-24	13,67±6,93	13±8,99	0,833	
ÇATÖ	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,62±4,55	7±3,95	0,847
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5±4,29	4,83±3,76	0,929*
	Ayrılık Kaygısı	7,88±4,08	7,17±1,72	0,676
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8,4±3,5	5,67±2,5	0,072
	Okul Kaçınma	2,33±1,9	2±1,26	0,680*
	Toplam Puan	30,24±12,29	26,67±9,83	0,501
	Fiziksel Sebep	Yok n:24	Var n:24	p
ÇDÖ	12,67±4,41	11,25±4,16	0,258	
ÇSE-24	14,17±7,42	13±6,89	0,575	
ÇATÖ	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	7,17±5,06	6,17±3,76	0,441*
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5,13±4,28	4,83±4,19	0,812*
	Ayrılık Kaygısı	7,71±3,42	7,88±4,33	0,883
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8,46±3,27	7,67±3,73	0,438
	Okul Kaçınma	2,71±1,94	1,88±1,62	0,114*
	Total Puan	31,17±10,85	28,42±13,09	0,432

Tablo 4'te karın ağrısının fiziksel bir sebebi olup olmadığına göre ÇDÖ, ÇSE-24 ve ÇATÖ korelasyonu da gösterilmiştir. Analiz sonucunda, ÇDÖ skorları ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu skorları ( $r = 0,505$   $p = 0,0001$ ), Okul Kaçınma puanları ( $r = 0,401$   $p = 0,005$ ) ve ÇATÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. ( $r = 0,404$   $p = 0,004$ ). ÇDÖ puanları ile Panik Bozukluk / Somatik Belirtiler, Separasyon Anksiyetesi ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca, Tablo 4'te görüldüğü gibi, çocuklarda ÇSE-24 ve Panik Bozukluk / Somatik Semptomlar ( $r = 0,490$   $p = 0,0001$ ), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Puanları ( $r = 0,385$   $p = 0,007$ ) ve ÇATÖ Toplam Skorları ( $r = 0,366$   $p = 0,011$ ) olumlu yönde pozitif ilişkili bulunmuştur. ÇSE-24 skorları ile Okul Kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4).

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları, tüm hasta grubu için minimum, maksimum ve ortalama değerler Tablo 5'te gösterilmiştir. Tablo 6'da, ÇSE-24 skorları ile Panik Bozukluk / Somatik Semptomlar ( $r = 0,490$   $p = 0,0001$ ), Yaygın Anksiyete Bozukluğu skorları ( $r = 0,385$   $p = 0,007$ ) ve ÇATÖ toplam skorları ( $r = 0,366$   $p = 0,011$ ) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. ÇSE-24 skorları ile Okul kaçınma pu-

anları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 5:** Kullanılan Ölçeklerin Tüm Hasta Grubu İçin güvenilirlik katsayıları , için minimum, maksimum ve ortalama değerleri.

	Alfa Cronbach	N	Min	Maks	Ort.	SS	
ÇDÖ	0,773	48	5	23	11,96	4,30	
ÇSE-24	0,839	48	3	32	13,58	7,11	
ÇATÖ	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	0,739	48	0	18	6,67	4,44
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0,816	48	0	16	4,98	4,19
	Ayrılık Kaygısı	0,867	48	0	16	7,79	3,86
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	0,841	48	1	14	8,06	3,49
	Okul Kaçınma	0,798	48	0	8	2,29	1,82
	Total Puan	0,839	48	4	56	29,79	11,98

**Tablo 6:** Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuk Somatizasyon Envanteri ile Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Korelasyonu.

		Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	Çocuk Somatizasyon Envanteri	
ÇATÖ	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	r	0,202	0,490
		p	0,169	0,0001
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	r	0,535	0,385
		p	0,0001	0,007
	Ayrılık Kaygısı	r	0,117	0,012
		p	0,427	0,934
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	r	0,148	0,015
		p	0,317	0,921
	Okul Kaçınma	r	0,401	0,272
		p	0,005	0,061
	Total Puan	r	0,404	0,366
		p	0,004	0,011

## TARTIŞMA

Tekrarlayan karın ağrısı aile hekimleri, pratik hekimler, gastroenteroloji ve gastrointestinal cerrahlar için önemli tanı ve tedavi problemine sahip bir olgudur. Tekrarlayan karın ağrısının birçok nedeni olabilir. Bu nedenler genellikle organik ve fonksiyonel nedenlerdir, fonksiyonel ağrıya neden olan hastalıklar ancak organik nedenler ortadan kaldırıldıktan sonra teşhis edilebilir ve bu çocuklarla yapılan çalışmalarda vakaların çoğunun organik bir nedeni olmadığı düşünülmektedir (3, 19). Çalışmamızda fiziki nedenleri olan ve fiziksel nedenleri olmayan çocuk ve ergenlerin ÇDÖ, ÇSE-24 ve ÇATÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmanın amacı dahilindeki hipotezlerde anlamlı sonuç olmadığı görülmektedir. Bu durum, psikiyatrik hastalıkların fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıklarında

sık görüldüğü, fakat bunlardan hangisinin diğerini etkilediğinin net olmadığına dair literatür bilgisi ile uyumlu görülmektedir (20). Yine, erkek ve kız çocuk gruplarının ÇDÖ puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olması hipotezi desteklemeyen bir bulgu olarak görülmektedir. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde, kızların aleyhine anlamlı bir yükseklikten bahsedildiği fark edilmektedir (21,22,23). Buradan hareketle literatürden farklı olarak cinsiyete bağlı farklılık bulunmamış olması metodoloji ve örneklem nitelikleri ile ilgili değerlendirilebilir. Bulgular incelendiğinde, cinsiyete göre ÇSE-24 ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı dikkati çekmektedir. Literatürde, çocuklarda somatizasyon düzeylerinin kızlarda erkekler göre daha yüksek olduğu görülmektedir (24,25). Bu veriler, kızların öncelikle somatizasyon için değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu düzeyleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelediğimizde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Öte yandan bulguların, diğer benzer çalışma bulgularına kıyasla, literatüre paralel olmadığını söylemek mümkündür (26,27). Cinsiyete bağlı olarak hormonal farklılıkların kaygı bozukluğuna zemin hazırladığı kabul edilmektedir. Özellikle panik bozukluğu olan kadınların, yaşamları boyunca depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve somatizasyon bozukluğu gibi diğer psikiyatrik hastalıklara erkekler göre daha fazla yakalanma riski vardır (28). Dolayısıyla literatürden farklı sonuç elde edildiğini söylemek mümkündür. Bunun nedeni üzerine değerlendirme yapmak gerekirse kızların sayısının ağırlıkta olması bu sonuca sebebiyet vermiş olabilir.

Kardeş sayısı, okul notu, anne baba beraberliği, bilinen hastalık varlığı, anne-baba yaşı, psikiyatrik tanı, fiziksel sebep varlığı, kaçınıcı çocuk olduğu, gelir durumu, ailede psikiyatrik hastalık evde konuşulan dil, baba eğitim durumu ve mesleği, ailede önemli olay varlığı değişkenleri, bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı etkiye sahip değildir. Bu değişkenlerin başka çalışmalarda tekrar gözden geçirilip değerlendirilmesi önemli görülmektedir.

Anne eğitim düzeyine göre kullanılan ölçekler karşılaştırıldığında; anne eğitim düzeyine göre Okur-Yazar, İlköğretim ve Lise gruplarının ÇATÖ Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise mezunu anne çocuklarının Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar düzeyleri okur-yazar ve ilköğretim gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Literatürde, anne babanın eğitim düzeyinin düşük olmasının çocukta panik bozukluk ve somatizasyon belirtilerini arttırdığı vurgulanmaktadır (29). Diğer önemli bir bulgu olarak, annesi lise mezunu olanların okul kaçınma düzeyleri, ilköğretim gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Pina ve ark. (2009) vurguladıkları üzere özellikle anne ile olan iletişim çocuğun okul devamlılığı ve kaçınma düzeyini etkilemektedir (30). Bunun nedenleri annenin çocuğa dair oluşturabildiği bağımsızlık ve okulu anlamlandırma yetisi olarak ifade edilmiştir. Dolayısıyla elde edilen bulgular çerçevesinde annenin

eğitim düzeyinin artmasının bu yetileri arttırması beklenmiş ama farklı sonuç elde edilmiştir. Annesi çalışan çocukların ÇSE-24 puan ortalamaları annesi çalışmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra, annesi çalışan grubun Sosyal Anksiyete Bozukluğu puan ortalamaları çalışmayanlara nazaran istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Literatürde, bu bağlamda farklı bulgular elde edildiği söylenebilir (31). Buradan hareketle, eğitim düzeyi fark etmesizin anne-çocuk iletişim ve etkileşiminin sonucu etkilediği üzerinde durulabilir.

ÇDÖ puanları arttıkça ÇATÖ puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır. Literatürde depresyon ve anksiyete düzeylerinin pozitif anlamda ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur (32,33). Bu çalışmalarda, çocuklarda kaygı halinin artmasının depresyonu da tetiklediği ve çaresizlik hissi yarattığı vurgulanmaktadır. Bu açıdan literatürden farklı bir bulgu elde edilmediğini söylemek mümkündür.

Çalışmanın amacı dahilindeki hipotezlerde anlamlı sonuç olmadığı görülmektedir. Karın ağrısı için fiziksel sebep bulunanlarla bulunmayanlar arasında, depresyon anksiyete ve somatizasyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamış olması hipotezi desteklemediği gibi literatürden de farklı bir bulgudur. Karın ağrısının fiziksel bir sebebi olmayan çocuklarda anksiyete, depresyon ve somatizasyonun daha yüksek olması beklenmiştir. Bu bağlamda, elde edilen temel bulgunun literatürden farklı olduğunu söylemek mümkündür.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Bu araştırmanın sınırlılıklarından bir tanesi örneklem sayısının azlığıdır. Araştırmanın yapıldığı sürede karın ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran çocukların azlığının, araştırmanın sonucunu da etkilediği düşünülmektedir. Daha büyük bir örneklemle yapılacak çalışmada daha belirgin sonuçlar alınabilir. Ayrıca, alt yaş grubundaki çocukların soruların bir kısmını anlamakta güçlük çektiğini değerlendirirsek, benzer çalışmalarda bu ölçeklerin daha büyük yaş gruplarına uygulanmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir. Cinsiyet, yaş, okul notu, anne-baba eğitim durumu, aile geliri gibi sosyodemografik açıdan daha homojen bir örneklemle çalışmak araştırmanın etkisi açısından önemli olabilir. Bir diğer sınırlama ise ölçek sorularının toplamın fazla olmasının çocukların sıkılması, sorulara gereken ilgiyle cevap vermemiş olmalarına sebep olmuş olabilir. Daha sonraki çalışmalarda toplam soru sayısının daha az olması, bu konuda araştırmaya katkı sağlayabilir.

#### KAYNAKLAR

- 1) Devanarayana NM, Adhikari C, Pamala W, Rajindrajith S: Prevalence of functional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents: comparison between Rome II and Rome III criteria. *J Trop Pediatr* 2011, 57:34-39.
- 2) Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, Rajindrajith S: Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011, 53:659-665.

- 3) Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV, Bethel A, Wheeler RS, Coon JT, Logan S. Recurrent Abdominal Pain in Children: Summary Evidence From 3 Systematic Reviews of Treatment Effectiveness. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018 Feb 21.
- 4) Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33: 165-70.
- 5) Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut.* 1999; Sep; 45 Suppl 2: II60-8. PubMed PMID: 10457047; PubMed Central PMCID: PMC1766693.
- 6) Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2006 Apr; 130(5):1527-37. doi: 10.1053/j.gastro.2005.08.063. PubMed PMID: 16678566.
- 7) Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology.* 2016 Feb 15. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.015. PubMed PMID: 27144632.
- 8) NASPGHAN. Chronic abdominal pain in children: a technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 249-61.
- 9) Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1447-58.
- 10) Ruepert L, Quarero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 8: CD003460.
- 11) Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, Soffer EE, Spiegel BM et al. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1350-65; in press. doi: 10.1038/ajg.2014.148
- 12) Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, Di Lorenzo C, Iyengar S, Brent DA. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics.* 2004 Apr; 113(4):817-24.
- 13) Walker, LS, Beck, JE, Garber, J, Lambert, W. Children's Somatization Inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). *J Pediatr Psychol*, 2009; 34: 430-40
- 14) Kadioğlu, H, Şişman, FN, Ergün A. Reliability and validity of the turkish version of Children's Somatization Inventory. *Asian Nursing Research* 2012; 6: 9-12.
- 15) Kovacs M: Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatr* 1981; 46: 305- 315.
- 16) Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 132-136.
- 17) Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, Neer SM. "The Screen For Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction And Psychometric Characteristics". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997 Apr; 36(4):545-53
- 18) Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli, 2004.*
- 19) Bryant RV, van Langenberg DR, Holtmann GJ, Andrews JM. Functional gastrointestinal disorders in inflammatory bowel disease: impact on quality of life and psychological status. *J Gastroenterol. Hepatol.* 2011; 26: 916-23.
- 20) Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, et al. Functional Abdominal Pain in Childhood and Long-term Vulnerability to Anxiety Disorders. *Pediatrics.* 2013; 132(3):475-82.
- 21) Murray KT, and Sines JO. Parsing the genetic and non-genetic variance in children's depressive behavior. *Journal of Affective Disorders*, 1996; 56 (4), 23-34.
- 22) Allgood-Merten, B, Lewinsohn PM, & Hops H. Sex differences in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1990; 99, 55-63.
- 23) Avison William R, Donna D McAlpine. Gender Differences in Symptoms and Depression among Adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 1992; 33: 77-96
- 24) Litcher, L, Bromet, E, Carlson, G, Gilbert, T., et al. Ukrainian application of the Children's Somatization Inventory: psychometric properties and associations with internalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*; 2001; 29: 165- 7
- 25) Meesters, C, Muris P, Ghys A, Reumerman T, et al. The Children's Somatization Inventory: further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *J Pediatr Psychol* 2003; 28: 413-22
- 26) Pigott, TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am*, 2003; 26: 621-672.
- 27) Fagioli-Petrillo L, Viguera A, Kennen J, Cohen L Utilization of health care services by obstetric patients with psychiatric disorders. In: 13. Annual Meeting of American Psychiatric Association; Philadelphia, 2002.
- 28) Klerman, GL, Weissman, MM, Queller R. Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assoc* 1991; 265: 742-746
- 29) Rhee H, Holditch-Davis D, Miles MS. Patterns of physical symptoms and relationships with psychosocial factors in adolescents. *Psychosom Med* 2005; 67: 1006-12
- 30) Pina, AA, Zerr AA, Gonzales N.A, Ortiz CD. Psychosocial Interventions for School Refusal Behavior in Children and Adolescents. *Child Development Perspectives* 2009; 3(1), 11-20.
- 31) Bertsson, LT, Köhler L. Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. *Eur J Public Health* 2001; 11: 35-42
- 32) Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidh D et al. Anxiety in patients with epilepsy: Systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 161-171
- 33) Oğuz A, Kurul S, Dirik E. et al. Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. *J Child Neurol* 2002; 17: 37-40.