

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği  
Anabilim Dalı

ENKOPRETİK ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN  
RUHSAL DURUMLARININ VE YAŞADIĞI  
GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

Derya KAYA

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2008

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği  
Anabilim Dalı

ENKOPRETİK ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN  
RUHSAL DURUMLARININ VE YAŞADIĞI  
GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

Derya KAYA

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 2006020122008)

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2008



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Antalya Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir ...../...../2008.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye: Doç.Dr.Esin ÖZATALAY

Akdeniz Üniversitesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı



Üye: Doç.Dr.Zeynep CANLI ÖZER

Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye: Yard.Doç.Dr.Selma ÖNCEL

Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye: Yard.Doç.Dr.Neşe ZAYİM

Akdeniz Üniversitesi  
Biyostatistik Anabilim Dalı



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2008 tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nurettin OĞUZ  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

Bu çalışma, enkopretik çocukların annelerinin ruhsal durumlarının ve yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada veriler, 18 yaş altı enkopretik çocuğu olan annelere yönelik güçlükleri ve demografik özellikleri belirlemek amacıyla hazırlanmış soru formu ve SCL-90-R kullanılarak elde edilmiştir. Çalışma, Antalya'da Çocuk Psikiyatri Polikliniği bulunan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Antalya Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini enkopretik çocuğu için bu hastanelerin çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 70 anne oluşturmuştur.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS-13 paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede, tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $34.39 \pm 5.7$ 'dir. Annelerin %92.9' u evli olup, %72.9'u ev hanımıdır. Annelerin yalnızca %10'u üniversite mezunudur. Çocukların % 80'i anne ve babası ile yaşamaktadır ve %74.3'ünün eğitimi ve bakımı ile anne tek başına ilgilenmektedir.

SCL-90-R sonuçlarına göre annelerin genel belirti düzeyi ortalaması  $1.21 \pm 0.56$ 'dir. Ruhsal belirti alt testlerinde en yüksek ortalama kişilerarası duyarlılık ( $1.37 \pm 0.66$ ) boyutuna ait bulunmuştur. Somatizasyon ( $1.33 \pm 0.68$ ), öfke-düşmanlık ( $1.31 \pm 0.79$ ) ve obsesif kompulsif ( $1.30 \pm 0.68$ ) puan ortalamalarının da diğer alt testlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Annelerin ifadelerine göre, enkoprezisin ortalama başlangıç yaşı beş olarak bulunmuştur. Çocukların %20' sinin haftada 1-2 kez kaka kaçırdığı saptanırken, %25.7' sinin haftada 3-4 kez, % 35.7'sinin günde 1-2 kez, %18.6'sının günde 3-4 kez kaka kaçırdığı saptanmıştır. Annelerin %84.3'ü koku ile ilgili güçlükler, %71.4'ü kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler, %38.6'sı çocuğunun, %35.7'si kendisinin sağlığıyla ilgili güçlükler yaşadığını belirtmiştir. Annelerin yaşının, eğitim durumunun, mesleğinin, medeni durumunun ve sahip olduğu çocuk sayısının yaşadığı güçlükler üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışma, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına, enkopretik çocuğu olan annelerin yaşadıkları güçlüklerle başetme yeterliliklerini arttıracak uygun müdahaleleri belirlemelerinde önemli veriler sağlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Enkoprezis, psikiyatri hemşireliği, çocuk psikiyatrisi, psikopatoloji, anne-çocuk ilişkisi.

## ABSTRACT

This study was carried out to identify difficulties of mothers who have encopretic children and examine their mental health status. Data in this study were collected using SCL-90-R test and a questionnaire, which was designed to specify difficulties and demographic profiles of mothers who have encopretic children less than 18 years old. The study was conducted in Antalya at Akdeniz University Hospital and Antalya State Hospital, which have Child Psychiatry Clinic. The research group consisted of 70 mothers who have applied to child psychiatry clinic of these hospitals for the treatment of their encopretic children and accepted to participate in this investigation.

The data were evaluated using SPSS-13 packet program. Descriptive statistics and chi-square test were used for statistical evaluation. Based on our study results, the mean age of participating mothers was  $34.39 \pm 5.7$ . It was found that 92.9% of mothers were married and 72.9% of them were housewives. Only 10% of mothers were graduated from university. 80% of children lived with their parents and the education and caregiving issues of 74.3% of them were tackled by mother alone.

According to SCL-90-R results, the mean score of the general symptom level of mothers was  $1.21 \pm 0.56$ . The highest score among the psychological symptom subtests belonged to the interpersonal sensitivity symptom ( $1.37 \pm 0.66$ ). It was also found that scores for subtests on somatization ( $1.33 \pm 0.68$ ), hostility ( $1.31 \pm 0.79$ ) and obsessive-compulsive ( $1.30 \pm 0.68$ ) symptoms were relatively higher than the rest of the subtest scores.

The average starting age of encopresis among the children was found to be five. Soiling was observed 1-2 times in a week in 20%, 3-4 times in a week in 25.7%, 1-2 times in a day in 35.7% and 3-4 times in a day in 18.6% of the children. Mothers reported that they face difficulties related 84.3% with bad odor, 71.4% with stained underwear, 38.6% with health of the child and 35.7% with their health. It was determined that the age, education, profession, marital status and the number of children of the mothers had no influence on the difficulties they face.

This study provided nurses and other health care providers with crucial findings that can be used to select proper intervention to increase abilities of mothers with encopretic children to cope with difficulties.

**Keywords:** Encopresis, psychiatric nursing, child psychiatry, psychopathology, mother-child relationship.

## TEŞEKKÜR

İlgi ve desteğini yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince devamlı hissettiğim, katkı ve önerileriyle bu çalışmayı tamamlamamda büyük emeği olan ve kendisi ile çalışmanın bana çok şey kazandırdığına içtenlikle inandığım değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof.Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

İstatistiksel değerlendirmedeki öneri ve yardımları için Sayın Prof.Dr. Osman SAKA'ya ve Araş.Gör. Anıl AKTAŞ'a,

Çalışmama katkıları ve yardımları için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Sayın Doç.Dr. Esin ÖZATALAY ve Sayın Yard.Doç.Dr. E. Çığır FETTAHOĞLU'na ve anabilim dalı asistanlarına, Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği çalışanlarına ve Çocuk Gelişim Uzmanı Kutlay YÜCEL'e,

Öğrenimim boyunca desteğini devamlı hissettiğim Öğr. Gör. İlkay KAYACAN KESER'e, arkadaşlarım Nimet SAYGIN ve Funda BAŞARAN GÜCAL'a,

Çalışmalarım sırasında büyük bir özveri ve sabırla her yönden bana destek olan annem, babam, kardeşlerim ve nişanlım Ahmet MUTLU'ya teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	2
GENEL BİLGİLER	
2.1.Enkoprezis	4
2.1.1.Enkoprezisin Tanımı	4
2.1.2.Enkoprezisin Sınıflandırılması	4
2.1.3.Enkoprezis Prevalansı	6
2.2.Enkoprezis Etiyolojisi	7
2.2.1.Fizyolojik Etkenler:	7
2.2.2.Psikolojik Etkenler	7
2.2.3.Sosyal Etkenler	8
2.3.Defekasyon Fizyolojisi	9
2.4.Enkoprezisin Tanılanması	10
2.4.1.Hikaye ve Fizik Muayene	10
2.4.2.Enkopreziste Laboratuar İncelemeleri	10
2.4.3.Ayırıcı Tanı ve Eşlik Eden Bozukluklar	10
2.5.Tıbbi Müdahale	13
2.5.1.Genel İlkeler	13
2.5.2.İlaç Tedavisi	13
2.5.3.Biofeedback Terapi	14
2.5.4.Psikoterapi	15
2.5.5.Diğer Tedavi Yöntemleri	15

2.6.Enkopretik Çocuğu Olan Annelerin Güçlükleri	17
2.7.Enkoprezis ve Hemşirelik Müdahalesi	18
2.7.1.Doğrudan Anneye Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri	20
2.7.2.Anneyi Güçlendirmek Yoluyla Çocuğa Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri	27
<b>GEREÇ ve YÖNTEM</b>	
3.1.Araştırmanın Tipi	36
3.2.Araştırmanın Yeri	36
3.3.Araştırmanın Evreni	36
3.4.Verilerin Toplanması	37
3.5.Soru Formunun Hazırlanması	37
3.6.Soru Formlarının Uygulanması	38
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları	38
<b>BULGULAR</b>	39
<b>TARTIŞMA</b>	72
<b>SONUÇLAR</b>	84
<b>ÖNERİLER</b>	90
<b>KAYNAKLAR</b>	92
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	103
<b>EKLER</b>	
EK:1 Onam Formu	
EK: 1-A Enkopretik Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesine Yönelik Soru Formu	
EK: 1-B Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	
EK: 2 Yüksek Lifli Besin Kaynakları	

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>SCL-90-R</b>	: Symptom Checklist 90 Revised (Belirti Tarama Listesi 90)
<b>KKTC</b>	:Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
<b>DSM-IV-TR</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sınıflandırılması)
<b>APA</b>	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
<b>BF</b>	:Biofeedback
<b>ICD</b>	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
<b>NANDA</b>	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
<b>N</b>	: Yanıt Veren Birey Sayısı
<b>SPSS-13</b>	: Statistical Package for Social Sciences-13. Version
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>GSİ</b>	: Genel Semptom İndeksi
<b>PST</b>	: Pozitif Semptom Toplamı
<b>PSDİ</b>	: Pozitif Semptom Düzeyi İndeksi

## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
<b>Tablo 4.1.</b> Annelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler	40
<b>Tablo 4.2.</b> Annelerin Sağlık Durumu İle İlgili Özellikler	41
<b>Tablo 4.3.</b> Çocuklar İle İlgili Tanıtıcı Özellikler	43
<b>Tablo 4.4.</b> Çocukların Ailesel Özellikleri	44
<b>Tablo 4.5.</b> Enkoprezis İle İlgili Özellikler	45
<b>Tablo 4.6.</b> Annelere Göre Enkoprezisin Nedenleri ve Annelerin Enkoprezis İle İlgili Bilgi Durumu	46
<b>Tablo 4.7.</b> Çocukların Tuvalet Eğitimi Öyküsüne İlişkin Özellikler	47
<b>Tablo 4.8.</b> Çocuğu Kakasını Uygun Bir Yere Yaptığında Annelerin Uygulamaları	48
<b>Tablo 4.9.</b> Çocuğunun Enkopretik Olmasının Anne ve Ailelerin Yaşamına Etkileri	49
<b>Tablo 4.10.</b> Annelerin Genelde Uyguladığı Disiplin Yöntemleri	50
<b>Tablo 4.11.</b> Annelerin Tedavi Süresinde Aile Üyelerinden Yararlanma Durumu	51
<b>Tablo 4.12.</b> Annelerin Enkoprezisi Doktor İle Konuşabilmesi ve Doktordan Beklentileri	52
<b>Tablo 4.13.</b> Annelerin Uygulanan Tedavi Konusundaki Düşünceleri	53
<b>Tablo 4.14.</b> Annelerin Çocuğun Enkopretik Olması Nedeniyle Yaşadığı Güçlükler	54
<b>Tablo 4.15.</b> Annelerin Elinde Olsaydı Yaşamında Gerçekleşmesini İstedığı Durumlar	55
<b>Tablo 4.16.</b> Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin, Enkoprezis Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler İle İlgili Dağılımı	56



<b>Tablo 4.17.</b> Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Annelere Ait SCL-90-R Sonuçlarına Göre Dağılımı	58
<b>Tablo 4.18.</b> Annelerin Hastalığına Ait Tanıtıcı Özelliklerin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	59
<b>Tablo 4.19.</b> Annelere Ait SCL-90-R Sonuçlarının, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	60
<b>Tablo 4.20.</b> Çocuklarla İlgili Tanıtıcı Özelliklerin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	62
<b>Tablo 4.21.</b> Enkoprezis İle İlgili Özelliklerin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	64
<b>Tablo 4.22.</b> Annelere Göre Enkoprezis Nedenlerinin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	65
<b>Tablo 4.23.</b> Çocukların Tuvalet Eğitimi ile İlgili Özelliklerin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	66
<b>Tablo 4.24.</b> Annelerin Uyguladığı Disiplin Yöntemlerinin, Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	68
<b>Tablo 4.25.</b> Annelerin Doktorla Konuşabilme Durumunun ve Beklentilerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	69
<b>Tablo 4.26.</b> Annelerin Uygulanan Tedavi Konusundaki Düşüncelerinin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	70
<b>Tablo 4.27.</b> Annelerin Hayatında Değiştirmek İsteddiği Durumların, Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklere Göre Dağılımı	71

## ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 2.1.Enkopretik Hastanın Hikaye ve Fiziksel Muayenesi	12
Çizelge 2.2.Enkoprezisin Yönetimi	16
Çizelge 2.3.Enkopretik Değerlendirme ve Yönetme Modeli	19

## ŒEKİLLER DİZİNİ

Œekil 2.1 Sindirim Sistemi Organları

Sayfa  
9

## GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Enkoprezis, genel olarak çocuğun kakasını iç çamaşırına veya uygunsuz bir yere yapması olarak tanımlanmaktadır (1,2,3,4,5,6,). Çocuklarda, bulunduğu yaş döneminin özelliğine ve çevresel etkenlere bağlı olarak dışkı kaçırmaya davranışı görülmektedir. Enkoprezisin genel çocuk popülasyonunda görülme sıklığı %1,5'tir (7,8). Enkoprezis prevalansı yaş ilerledikçe azalmakta, adölesanlarda nadir olarak görülmektedir. Dulcan et al (5)'nin belirttiğine göre 4 yaşında % 3, 6 yaşında %2 ve 10-11 yaşında %1.6 oranında enkoprezis görülmektedir. Enkoprezisin, erkek çocuklarda kız çocuklara oranla üç, dört kat daha fazla olduğu saptanmıştır (1,2, 7,9).

Ülkemizde enkoprezis prevalansını belirlemek amacıyla doğrudan yapılan çalışmalar az sayıdadır. Çarman vd. (10)'nin İstanbul ili, Ümraniye ilçesi'nde bir grup ilkokul çocuğunda enürezis noktürna prevalansını araştırmak üzere yaptığı çalışmada 1500 çocuğun % 10.6'sının enkopretik olduğu bulunmuştur. 1994-2003 tarihleri arasında kabızlık şikayetiyle gastroenteroloji polikliniğine başvuran, 2-16 yaş hastaların %16'sında enkoprezis olduğu saptanmıştır (11). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 2001-2002 yılları arasında başvuran 12-18 yaş arası 1079 ergen (638 erkek, 441 kız), belirti ve tanısal yönden geriye dönük olarak incelenmiş ve kızlarda %0.55, erkeklerde %1.85 oranında enkoprezis saptanmıştır (12). Hızel (13)' in K.K.T.C. (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti) Lefkoşa bölgesinde 7-12 yaş grubunda enkoprezis ve enürezis sıklığının aile tutumuyla ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada enkoprezis prevalansı %1.6 olarak bulunmuştur.

Çoğu kültürde çocukların enkopretik olması normal karşılanmakta, enkoprezis tedavi edilmeyerek kendi kendine geçmesi beklenmektedir. Tanının geciktirildiği süreçte çocuğun benlik saygısı azalmakta ve çocuk izolasyon yaşamaktadır (14).

Dışkı kaçırmaya davranışı, evin uygunsuz bir yerine veya iç çamaşırına olmaktadır (15). Bunun sonucunda çocukta ve ev içinde devamlı kirlilik ve kötü bir koku oluşmaktadır. Toplumumuzda çoğunlukla babalar

gündüz ev dışında olmasına karşın, anneler genelde evde bulunmakta ve çocuğun primer bakımı ile ilgili yükümlülükleri üstlenmektedir. Çocukla daha fazla vakit geçiren anneler gün içinde çocuğun kaka kaçırma davranışı ile devamlı karşılaşmaktadır. Aynı zamanda evin temizliği ve düzeninden sorumlu olan anneler için bu zor bir durumdur (16). Enkoprezis, anne ve çocuğun çatışma yaşadığı durumlardan birisidir (15). Brennan-Parsons (17)'in belirttiğine göre anneler, enkoprezis ile ilgili psikolojik ve sosyal sıkıntıları diğer aile üyelerinden daha fazla yaşamaktadır. Dışkı kaçıran çocuğun giysilerinin ve evin temizlenmesi, anne için yıpratıcı bir durumdur. Çocuğun ev dışında, misafirlikte dışkı kaçırma olasılığı anneyi çocuğunu kontrol etmeye yöneltmektedir. Ayrıca kirlenme durumunda kullanmak üzere yanında yedek çamaşır taşıma gereği duymaktadır. Bu yönüyle enkoprezis, annede utanma ve suçluluk duygusuna neden olmaktadır.

Destek sistemlerinin yetersiz olması, enkoprezisin kronikleşmesi, şiddetinin fazla olması durumunda anne, yaşadığı bu güçlüklerle başedememekte, tükenmişlik yaşamaktadır. Bu da anne-çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemekte, annenin sorunu çözmede olumsuz disiplin yöntemleri kullanma olasılığını artırmaktadır. Sorun çözümlenmediğinde, anne çocuk arasında yaşanan çatışma artmakta ve kısır bir döngü oluşmaktadır (18).

Annenin yaşadığı güçlüklerin azaltılması ya da giderilmesi ile oluşan kısır döngünün ortadan kaldırılabilceği bilinmektedir. Anne-çocuk ilişkisinin düzenlenmesi, annenin çocuğunun problemiyle başedebilmesi ve tedaviye etkin olarak katılması yönünden önem taşımaktadır. Anneye ait güçlüklerin belirlenmesi bu sorunların çözümünü kolaylaştırabilir (15). Çalışmadan elde edilen veriler, hemşirelerin annelere ve enkopretik çocuklara yaklaşımlarını yönlendirebilir ve verilecek destek ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasına olanak sağlayabilir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; enkopretik çocuğu olan annelerin ruhsal durumlarını ve yaşadıkları güçlükleri belirlemektir. Araştırmada aynı zamanda annelerin güçlükleri ile doğrudan bağlantılı olduğu için çocukların enkoprezise ilişkin özellikleri de belirlenmiştir.

### Araştırmanın Soruları

1. Enkopretik çocuğu olan annelerin bireysel özellikleri nelerdir?
2. Çocukların enkoprezise ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Enkopretik çocuğu olan annelerin psikopatolojik semptomları var mıdır?
4. Enkopretik çocuğu olan annelerin destek sistemleri nelerdir?
5. Enkopretik çocuğu olan annelerin yaşadığı güçlükler nelerdir?
6. Enkoprezis annenin ilişkilerini nasıl etkilemektedir?
7. Anneler, enkoprezis problemine nasıl yaklaşmaktadır?
8. Annelerin tedavi ile ilgili düşünceleri nelerdir?

## GENEL BİLGİLER

### 2.1.Enkoprezis

#### 2.1.1.Enkoprezisin Tanımı

Normal gelişimini tamamlayan bir çocuğun dört yaşına kadar gaita kontrolünü kazanmış olması beklenmektedir (21,19,15,20). Enkoprezis çoğunlukla, dört yaşından sonra çocuğun kakasını iç çamaşırına veya uygunsuz bir yere yapması olarak tanımlanmaktadır (1,2,3,4,5,6). Becker (22)'in belirttiğine göre, enkoprezis kelimesini ilk kez 1926 yılında Weissenberg kullanmıştır. Weissenberg'e göre enkoprezis, çocuğun karşılaştığı anormal ya da şaşırtıcı sosyal olaylar nedeniyle, çocukta istem dışı bağırsak hareketlerinin olması ve bunun sonucunda psikojenik kirlenme görülmesidir.

Günümüzde enkoprezis, DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition)' de açık olarak tanımlanmıştır. DSM-IV-TR 'ye göre enkoprezis; "İstemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyen bir biçimde kakanın uygunsuz yerlere (örneğin giysilerin ya da döşemenin üstüne) yapılması, en az üç ay süreyle, ayda en az bir kez çocuğun uygunsuz bir yere gaita yapması, takvim yaşının en az dört olması (ya da eşdeğer bir gelişim düzeyi)'dir. Bu davranış sadece bir maddenin (örn. Laksatifler) ya da konstipasyona neden olmayla ilişkisi olmayan genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir" (23).

#### 2.1.2.Enkoprezisin Sınıflandırılması

Enkoprezis, günümüze kadar çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Wakefield (24)'in belirttiğine göre 1972' de Connell'in yaptığı grupta enkoprezis üç gruba ayrılmıştır. Bunlar; "Primer Enkoprezis", "Gaitayı Tutmanın Alışkanlık Haline Geldiği Enkoprezis" ve "Strese Bağlı Enkoprezis"tir. Primer enkopreziste çocuk gaita kontrolünü hiç sağlayamamıştır.

Başka sınıflamalar olmasına rağmen, günümüzde DSM-IV-TR sınıflaması daha fazla kabul görmektedir. DSM-IV-TR'de enkoprezis, "Kabızlık-Taşma İnkontinansı ile Birlikte Giden" ve "Kabızlık-Taşma İnkontinansı ile Gitmeyen" olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmıştır (23,9,25). Kabızlık-Taşma İnkontinansı ile Giden (retentive) tipte

konstipasyon gelişmekte, defekasyon olmaması sonucunda anal yoldan sızıntı şeklinde sıvı gelmektedir. Ayrıca konstipasyona bağlı karın ağrısı, karında hassasiyet ve huzursuzluk görülmektedir (26,7,5).

Kabızlık-Taşma İnkontinansıyla Giden Enkoprezisin görülme sıklığı %85-95'dir. Çoğunlukla, bağırsak kontrolünü hiç sağlayamayan ya da sağladıktan sonra düzenli çalışmasını devam ettiremeyen çocuklarda görülmektedir. Bu tipte, taşmaya bağlı olarak çocukların çamaşırlarında lekelenmeler olmaktadır. Bu durumun sıklığı, genelde günde iki defadan daha fazladır. Gelen sızıntı ise, koku oluşmasına neden olmaktadır. Bu enkoprezis tipinde, çocuklar çoğunlukla yaptıkları davranışa karşı ilgisizdir ya da farkında değildir Oluşan kokudan rahatsız olmamakla birlikte, bu gruptaki çocuklarda sosyal izolasyon ve benlik saygısında düşme görülebilmektedir (27).

Kabızlık-Taşma İnkontinansıyla Gitmeyen (non-retentive) tipte, kabızlık ve inkontinans olmaksızın uygunsuz bir yere veya üzerine yapma durumu söz konusudur (26,7,5,6). Bu tip enkoprezis, çocuğun öfkesinin neden olduğu karşı gelme davranışlarıyla ilişkili olabilmektedir. Çocuklar, çamaşırlarını kirlettiklerini gizleme eğilimindedirler, hatta inkar edebilmektedirler (27).

Başka bir sınıflandırmada ise enkoprezis, primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Primer enkoprezis, dört yaş sonrasında hala gaitasını tutamama durumu olarak tanımlanmaktadır. Dört yaşına kadar gaita kontrolünü sağlamış olan çocukların daha sonra gaita kaçırmaları "sekonder enkoprezis" olarak isimlendirilmektedir (28,29,15,5,30,6). Sekonder enkopreziste çocuk, en az bir yıl süreyle fekal kontinansı sağlamıştır. Primer enkopreziste ise enkoprezisten önce fekal kontinans sağlanamamıştır. Başka bir ifadeyle primer enkopreziste çocuk, bağırsak kontrolünü hiçbir zaman sağlayamamıştır. Enkopretik çocukların %50-60'ında sekonder tip enkoprezis olduğu bulunmuştur. Erkek çocuklarda daha çok, primer enkoprezis olduğu bilinmektedir (31,5,27).

Bunların dışında enkoprezis, tuvalet eğitiminin sonucuna dayalı, defekasyonun farkındalığına dayalı ve psikolojik presipitan faktörlere dayalı enkoprezis olarak çeşitli şekillerde gruplandırılabilir (27).



### 2.1.3. Enkoprezis Prevalansı

Enkoprezisin genel çocuk popülasyonunda görülme sıklığı %1,5'tir. (7,8). Enkoprezis prevalansı yaş ilerledikçe azalmakla birlikte, ergenlerde nadir olarak görülmektedir. Dulcan et al (5)' un belirttiğine göre 4 yaşında %3, 6 yaşında %2 ve 10-11 yaşında %1.6 oranında görülmektedir. Enkoprezis, erkek çocuklarda kız çocuklara oranla üç, dört kat daha fazla görülmektedir (1,2,7,9).

Klinik hasta popülasyonunda enkoprezis prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Klinik popülasyondaki enkoprezis prevalansına bakıldığında, genel hastaların %3'ü (32), ayakta tedavi gören çocukların %5.7'si (33) ve yatarak tedavi gören psikiyatrik hastaların %8'i (34) enkopretik çocuklardan oluşmaktadır. Çocuklarda enkoprezis prevalansını belirlemek amacıyla Amsterdam'da yapılan bir çalışmada 5-6 yaş grubunda enkoprezis %4.1, 11-12 yaş grubunda %1.6'dır (35). Aynı bölgede yapılan başka bir çalışmada enkoprezis ve konstipasyonun %0.3 ve %1.3 oranında olduğu saptanmıştır (36).

Ülkemizde enkoprezis prevalansını belirlemek amacıyla doğrudan yapılan çalışmalar az sayıdadır. Çarman vd. (10)'nin İstanbul İli, Ümraniye ilçesi'nde bir grup ilkokul çocuğunda enürezis noktürna prevalansını araştırmak üzere yaptığı çalışmada 1500 çocuğun %10.6'sının enkopretik olduğu saptanmıştır. İnal vd. (37)'nin bir ayaktan çocuk psikiyatrisi kliniğine dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınması ile başvuran hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %2,4'ü dışa atım bozuklukları tanısı almıştır. 1994-2003 tarihleri arasında kabızlık şikayetiyle bir gastroenteroloji polikliniğine başvuran, 2-16 yaş arası hastaların %16'sında enkoprezis olduğu saptanmıştır (11).

Bir devlet çocuk hastanesi polikliniğine çeşitli sorunlarla başvuran ilkokul çağındaki hastaların ruhsal uyumlarının incelendiği bir çalışmada, %3 oranında enkopretik çocuk olduğu saptanmıştır (38). Hızel (13)'in K.K.T.C. Lefkoşa bölgesinde 7-12 yaş grubunda enkoprezis ve enürezis sıklığının aile tutumuyla ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada enkoprezis prevalansı %1.6 olarak bulunmuştur.

Sprague-Rae et al (39)'a göre, çoğu aileler enkoprezisi bir sağlık sorunu olarak görmemekte, bu sebeple çocuklarını tedavi kurumlarına getirmemektedir. Aile üyelerinin enkoprezisi bir sağlık sorunu olarak algılamamalarının, enkoprezisin sıklığının olduğundan daha az bulunmasına sebep olabileceği tartışma konusudur (Brennan-Persons (17)'tan)

## **2.2.Enkoprezisin Etiyolojisi**

Enkoprezisin etiyojisinde birçok faktör rol oynayabilmektedir. Çocuğun aile üyeleriyle, özellikle anne ile çatışma halinde olması presipitan bir faktördür. Genel olarak anneleriyle çatışma halindeki çocuklar, gün içinde dışkısını tutup eve giderken kaçırma eğilimindedir. Bu durum, çocuktaki enkoprezisin organik bir nedenin dışında geliştiğini gösteren verilerden biridir (15). Çoğu zaman enkoprezise neden olan birçok faktör aynı anda görülebilmektedir. Wal et al (35)' in Amsterdam'da yaptıkları bir çalışmada enkopretik çocukların normal çocuklara göre daha fazla psikososyal problemi olduğu bulunmuştur. Enkoprezisin etiyojisinde yer alan etkenler gruplanarak aşağıda açıklanmıştır.

### **2.2.1.Fizyolojik Etkenler**

Bazı fizyolojik bozuklukların enkoprezise neden olabileceği bilinmektedir. Enkoprezisin fizyolojik nedenleri arasında sfinkter kontrol bozuklukları, sıvı ya da yarı sıvı durumundaki dışkının kaçırılmasına yol açan konstipasyon, psikojenik megakolon, rektal ya da anal bölge stenozları, düz kas hastalığı, anal fissür, rektal prolapsus, gastrointestinal enfeksiyonlar, spina bifida ve endokrin sistem hastalıkları yer almaktadır. Hiperaktivite ve depresyon da bu grup içerisinde değerlendirilmektedir (40,9,30).

Konstipasyon, enkoprezisin sık karşılaşılan nedenlerinden birisidir ve taşmaya bağlı kirlenmelerin artmasında önemli bir faktördür. Enkopretik çocuklarda kontipasyon görülme sıklığı %12.4 olarak bulunmuştur (41). Çocukların genel muayeneleri sırasında %3-5 oranında kronik konstipasyon olduğu tespit edilmiştir (42). Ayrıca, enkopretik çocukların %75'inde anismus gözlemlenmiştir (43).

Primer enkopreziste, genellikle çocuk bağırsak hareketlerini kontrol etme yetisini kazanana kadar, konstipasyon yerleşmiş olur. Bu durum, tuvalet eğitimi süresince anne ile çocuk arasında çatışmaya neden olabilmektedir (5). Çocuğun konstipasyon nedeniyle defekasyon esnasında yaşadığı ağrı ve boşaltımla ilgili diğer olumsuz deneyimlerle, enkoprezis kronikleşebilir (27).

### **2.2.2.Psikolojik Etkenler**

Çocukları ruhsal açıdan etkileyerek enkoprezise neden olabilecek faktörler bu grupta yer almaktadır. Bu faktörlerden bazıları, çocuğun anneden ayrı olması, anne kaybı (21), korkutucu yaşam olayları (15), çocuğun yaşadığı cinsel istismar (44) ve anal tecavüz (45)'dür. Yapılan bir çalışmada 1973 yılında İsrail'de savaş sırasında babalarını kaybeden 7-16 yaş

grubundaki çocukların enkoprezis ve başka psikolojik sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (46). Mikkelsen (7)'in belirttiğine göre Freud ve Burlingham'ın 1943 yılında yaptığı bir çalışmada ise II. Dünya Savaşı'nda ailesinden ayrı kalan çocuklarda yüksek oranda enürezis ve enkoprezis olduğu saptanmıştır.

Tuvalet ve tuvalete gitme ile ilgili mantık dışı fantazi ve korkular ile çocuğun genel olarak inatçı tutumu, tuvalet eğitiminin verilememesi, okula başlama, hastaneye yatış gibi önemli değişiklikler enkoprezis oluşmasına neden olabilmektedir (1). Ayrıca, yeni bir kardeş doğumunun, birincil bakım veren kişinin önemli hastalıklarının, çocuk ve aileyi etkileyen göç, depresyon, evsizlik gibi önemli yaşam olaylarının enkoprezis gelişmesine neden olabileceği belirtilmiştir (15). Daha çok sekonder enkoprezisin, psikososyal stresle ilgili olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Ayrıca karşılama davranışı olan çocuklarda sekonder enkoprezisin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (5).

Enkoprezis ile ilişkili, psikodinamik faktörler genellikle anne-çocuk ilişkisi ya da çocuğun kendini anal olarak uyarması üzerine odaklanmaktadır (47). Ebeveynlerin katı ve mükemmeliyetçi olması, annenin tuvalet eğitimi verme esnasındaki tutumları, annenin çocuğun otonomi kazanmasını engelleyici tavırları da enkoprezise neden olabilmektedir (48). Hızel (13)'in yaptığı çalışmada aşırı koruyucu, baskıcı ve disiplinci tutumu olan, ev kadınlığı rolünü reddeden annelerin çocuklarında enkoprezise daha fazla rastlanmaktadır.

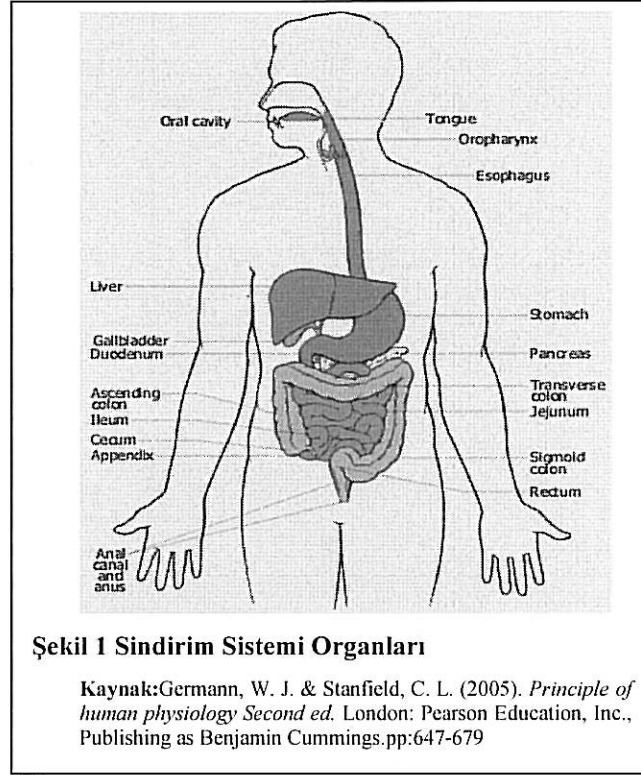
### 2.2.3.Sosyal Etkenler

Enkoprezis ile ilgili sosyal etkenler, daha çok aile bireylerinin özelliklerini ve birbirleriyle ilişkilerini içermektedir. Çocukla en fazla vakit geçiren grup ailedeki bireyler olduğu için, çocuğun onlarla ilişkileri, gelişimi açısından önemlidir (15).

Annelerin eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması çocuklarda enkoprezis görülmesine neden olabilmektedir (49,13). Ayrıca, annenin bir hastalığının olması, çalışıyor olması ve çocuğa yeterli zaman ayırmaması nedeniyle anne-çocuk ilişkisi tam kurulamamaktadır (21). Çalışan annelerde çocuğun bakımını bakıcı veya diğer aile üyeleri sağlamaktadır. Bakım rolünü üstlenen kişilerin tutum ve davranışları da çocukların davranışlarını etkileyebilmektedir.

Çocuklarda, belirtilen nedenlerden bazılarında veya birine bağlı olarak enkoprezis görülmektedir. Bu davranışla çocuklar, kimi zaman titiz, baskıcı annelerine başkaldırdıklarını ifade etmekte, kimi zaman ise annelerinin ya da bakım vericilerinin ilgisini üzerine çekmek istemektedirler (15).

### 2.3.Defekasyon Fizyolojisi



Sindirim sistemi, ağızda başlamakta ve sırası ile özofagus, mide, duodenum, jejunum, ileum, rektum ile devam etmekte ve anüste sonlanmaktadır. Rektum, anüsten 20 cm yukarıda sigmoid kolon ile rektum arasındaki kavşakta bulunur (Şekil.1). Rektum dışkı için bir depo görevi görmektedir. Genişleyebilme özelliği vardır. Rektum, etrafını saran iç ve dış sfinkterlerden oluşan anüs ile devam etmektedir (50, 51,52).

Rektumun dolması sonucunda duvarlarının gerilmesi ile defekasyon hissi algılanmaktadır. Rektumun duvarının gerilmesi sonucunda, anüsün iç kasları genişlemektedir. Rektum içinde genişlemeye sebep olan maddeler aşağıya doğru inmekte, dışkının anüs temasından sonra sinir uçlarının uyarılmasıyla istemli kaslardan oluşan eksternal sfinkter gevşemekte ve defekasyon meydana gelmektedir (53,50,51).

## **2.4.Enkoprezisin Tanılanması**

Çoğu kültürde çocukların enkopretik olması normal karşılanmakta, enkoprezis tedavi edilmeyerek kendi kendine geçmesi beklenmektedir. Oysa tanının gecikmesi çocuğun benlik saygısını azaltmakta, izolasyona neden olmaktadır. Tedavinin başarısı ile çocuk ve ailenin ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenmemesi için erken tanının önemi büyüktür (22).

Tanılama aşamasında öykü, demografik özellikler, davranış gözlemi, okul performansı, kirletme düzeyi ile ilgili veriler toplanmaktadır (54,29,5). Ayrıca fizik muayene ve laboratuvar çalışmaları yapılabilmektedir. Bu sürece ailenin katılması da sağlanmaktadır. Tanılama aşamasından sonra tedavi planlanmaktadır. Tedavi aşamasında, enkoprezisin şiddetine ve anne ve çocuk üzerinde oluşturduğu etkiye göre, müdahaleler belirlenmektedir.

### **2.4.1.Hikaye ve Fizik Muayene**

Genel fizik muayene yapma ve öykü alma sırasında elde edilmesi istenen bulgular Çizelge 2.1.'de yer almaktadır. Buna göre, hastadan alınan öyküde temel olarak çocuğun defekasyon alışkanlığı ile ilgili özellikleri hakkında bilgi alınmaktadır. Fizik muayenede ise abdominal ve rektal muayene ve nörolojik muayene yapılmaktadır.

### **2.4.2.Enkopreziste Laboratuvar İncelemeleri**

Hastadan alınan hikaye ve fizik muayene sonucu elde edilen bulgulara göre, laboratuvar tetkikleri yapılmaktadır. Laboratuvar tetkikleri, tiroid fonksiyon testleri, serum kalsiyum düzeyi, gaita analizi (fecal doluluk, parazit, ve lökosit yönünden) ve radyolojik tetkikleri içerebilmektedir. (54,7,5,9,20).

### **2.4.3.Ayırıcı Tanı ve Eşlik Eden Bozukluklar**

Enkoprezis, seyir olarak bazı fizyolojik hastalıklarla benzerlik göstermektedir. Yanlış tanı koymaktan kaynaklanan hataları önleyebilmek için, diğer benzer hastalıklardan ayrılmalıdır. Etiyolojik faktörlerin de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Aganglionik megakolon, crohn's hastalığı, irritabl bağırsak sendromu gibi hastalıklar, enkoprezisten ayırt edilmesi güç hastalıklardır. Detaylı veri toplanarak ve muayeneyle tanı konulabilmektedir. Abdominal röntgen tanıda yardımcı olabilmektedir. Rektal biyopsi, anal manometri, baryum enema gibi tetkikler, hirschspurg hastalığından ayırmak amacıyla yapılabilmektedir (5, 27).

Enkoprezise eşlik eden hastalıkların olması etiyojolojiyi etkilemektedir. Foreman and Thambirajah (31)'ın yaptığı bir çalışmada, primer enkoprezisi olan çocukların eşlik eden gelişimsel gecikme ve enürezis gibi hastalıkları olduğu; sekonder enkoprezisi olan erkek çocukların ise eşlik eden davranış bozuklukları olması eğiliminin olduğu gözlemlenmiştir.

Enkoprezis, sıklıkla enürezis ile birlikte görülmektedir. Enkopretik hastalarla yapılmış bir çalışmada enürezis ve enkoprezisin birbiriyle %30 oranında ilişkili problemler olduğu saptanmıştır (55). Başka bir çalışmada ise enkopretik çocuklarda enürezis insidansının %50.4 olduğu bulunmuştur (56). Ünal ve Pehlivan Türk (57)'ün 201 enkopretik çocuk ile yaptığı çalışmada, enkopretik çocukların %74.1'inde enkoprezisle birlikte en az bir hastalık görüldüğü, bunların %55.2'sinin enürezis olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise, tam tersine enkoprezise eşlik eden bir hastalığın olmadığı belirlenmiştir. Cox et al. (58)'un yaptığı çalışmada enkoprezise eşlik eden bir psikopatolojinin olmadığı saptanmıştır.

## Çizelge 2.1. Enkopretik Hastanın Hikaye ve Fiziksel Muayenesi

### 1) Hikaye

- a) Dışkı örneği
  - i) Boyutu
  - ii) Kıvamı
  - iii) Bağırsak hareketlerinin sıklığı
- b) Konstipasyon hikayesi
  - i) Başlangıç yaşı
- c) Kirlenme (Soiling) hikayesi
  - i) Başlangıç yaşı
  - ii) Fekal materyal miktarı ve tipi
- d) Diyet hikayesi
  - i) Yiyecek miktarı ve tipi
  - ii) Diyet değişiklikleri
- e) İştah azalması
- f) Abdominal ağrı
- g) Medikasyonlar (İlaç kullanımı)
- h) Üriner semptomlar
  - i) Diürnal (Gündüz) ya da Noktürnal (Gece) Enürezis
  - ii) Üriner sistem enfeksiyonu
- i) Konstipasyonun aile hikayesi
- j) Aile ya da kişisel stresörler

### 2) Fiziksel Muayene

- a) Boy
- b) Kilo
- c) Abdominal muayene
  - i) Distansiyon
  - ii) Özellikle suprapubik bölgede kütle yönünden
- d) Rektal muayene
  - i) Sakral Gamze
  - ii) Anüs pozisyonu, Anal fissür, anal wink, rektal boyut, rektumda gaitanın varlığı/yokluğu, pelvik kütle
- e) Nörolojik muayene

**Kaynak:** Kuhn B. R., Marcus B. A. and Pitner S. L. (1999). Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. *American Family physician*. 59(8):2171-2178



## 2.5.Tıbbi Müdahale

### 2.5.1.Genel İlkeler

Enkoprezisin tedavisinde amaç, çocuğun tek başına düzenli olarak tuvaleti kullanması ve eşlik eden problemlerin çözümünü sağlamaktır. Uygulanacak terapötik yaklaşım enkoprezisin tipine dayanmaktadır ve bireysel özellikler dikkate alınarak planlanmalıdır (27).

Ayrıca, enkopretik çocukların tedavisi, çocuğun ve ebeveynin problemle ilgili eğitimi, bağırsakların normal çalışmasını sağlama ve çocuğa bağırsak kontrolünü öğretmeyi de kapsamaktadır (59). Tedavinin seyri her çocukta farklılık göstermektedir. Çocuğun yaşı, enkoprezisin tipi, enkoprezise eşlik eden hastalıkların varlığı, çevresel ve ekonomik faktörler tedavinin süresini ve şeklini etkilemektedir. Loenning-Baucke (60)'ye göre dört yaşından önce konstipasyon ve enkoprezisi olan çocukların tedaviyle iyileşme oranı %63, klinik laksatif protokolü uygulanan beş yaşından büyük çocukların bir yıl sonrasında iyileşme oranı %50'dir.

Çocukların çoğu eğitimsel, davranışsal ve fizyolojik girişimlere yanıt vermektedirler. Ailedeki sorunların ya da gerginliklerin giderilmesi belirtilerde azalmaya neden olmaktadır. Enkoprezisin fizyolojik nedenlerinin dışında bağlı olduğu faktörler düşünüldüğünde bu faktörlerin azaltılması, tedavinin sağlanmasında önemli bir etmendir (25).

Tedaviye genellikle çocuğun bağırsak tıkanıklığı varsa, giderilmeye çalışılarak başlanmaktadır. Bunun için laksatifler kullanılmakta veya lavman yapılmaktadır. Bağırsağın düzenli çalışmasını sağlamak için diyet düzenlemeleri yapılabilmektedir. Bu amaçla çocukların diyetinde lifli yiyecekler ve su alımı artırılabilir (29,5,25). Psikolojik nedeni olan enkoprezis durumlarında (kabızlık-taşma inkontinansı ile gitmeyen tip) tedavi, davranışçı yaklaşımlar, gerekli durumlarda ilaç tedavisi, psikoterapi, çocuğa ve aileye eğitim ve danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır (29). Enkoprezisin tedavisinin sağlanması enkopretik çocukların bireysel ilişkilerinin güçlenmesi, benlik saygısı ve okul başarısının artmasında etkilidir (25).

### 2.5.2.İlaç Tedavisi

Enkopreziste çoğunlukla ilaç tedavisi uygulanmamaktadır. Tıbbi tedavi çocuktaki semptomların düzeyine ve şekline göre tercih edilebilmektedir. İlaç kullanımının gerektiği durumlarda, imipramin, amytriptiline, propulsidin enkopretik hastalarda yararlı olduğu görülmüştür



(61). Trisiklik antidepressanlar konstipasyona neden olduğu için, konstipasyon ve taşma inkontinansı ile giden enkoprezisin tedavisinde tercih edilmemektedir (62,7,5).

Konstipasyon-taşma inkontinansıyla gitmeyen tipte ilaç olarak, imipramin kullanılabilir. Doz genelde, 25-75 mg arasında olmaktadır. Terapötik etkisi ilk birkaç günden iki haftaya kadar başlamaktadır (7). Konstipasyon-taşma inkontinansıyla giden tipte oral laksatif ve rektal katartikler kullanılabilir. Bu grup enkopretiklere liften zengin diyet önerilebilir (7,63,6). Diyet değişiklikleri, laksatifler, supozituarlar, ve enema gaitanın bağırsaktan geçişini kolaylaştırmak ve normal bağırsak hareketlerini sağlamak için kullanılmaktadır.

Ayrıca, enkoprezisin tedavisinde, propylene glycol, lactulose, magnesia sütü (milk of magnesia) (1-3 ml/kg/gün ya da sorbital 1-3 mg/kg/gün) kullanılabilir. Uzun süreli kullanımda yan etkileri yönünden dikkat edilmelidir (64).

### 2.5.3.Biofeedback (BF) Terapi

Biofeedback terapi enkoprezisin tedavisinde sfinkter kontrolünü sağlamak amacıyla kullanılabilir (5,6). 1963 yılından sonra enkoprezisin tedavisinde laksatif ve davranış tedavisinin yanısıra, biofeedback tedavisinin etkinliği araştırılmaya başlanmıştır (8).

Loening-Baucke (65) tarafından enkoprezisin tedavisine yönelik olarak yapılan bir çalışmada, anormal defekasyon dinamiği olan hastalarda Basınç Biofeedback (BF) tedavisinin yararlı olmasına karşın, defekasyon dinamiği normal olan çocuklarda laksatif tedavinin daha etkili olduğu saptanmıştır. Loening-Baucke (66) tarafından enkopretik 63 çocuk ile yapılan bir başka çalışmada ise enkoprezisin uzun dönemde iyileşme oranı klasik tedavi verilenlerde %86, BF uygulananlarda %87 olarak bulunmuştur. Bu çalışma ile BF yönteminin, tedaviye ek olarak kullanılabileceği tespit edilmiştir. Tüzün ve Kasırga (67)'nin yaptıkları çalışmada, davranış düzenleme programı ile beraber basınç BF uygulamasının, tek başına uygulanan davranış düzenleme programına dirençli enkopretik çocuklarda, anorektal fonksiyonları ve yaşam kalitesini anlamlı olarak düzelttiği bulunmuştur.

#### 2.5.4.Psikoterapi

Psikoterapi, çoğunlukla enkoprezisin psikolojik yönüyle ilgili sorunların çözümünde etkilidir. Terapistin belirli aralıklarla çocukla yaptığı görüşmeleri kapsamaktadır. Görüşme sıklığı bireylere özgü olarak değişmektedir (7,5). Enkoprezis, çocuk ve ailenin etkileşiminde bozukluklar veya eksiklikler nedeni ile oluşmuşsa tedavide aile terapisi kullanılabilir (5).

Enkoprezisde uygulanacak psikoterapötik yaklaşımlar içinde ebeveyn eğitimi ve danışmanlığı da yer almaktadır. Geleneksel Türk ailelerinde çocukla daha çok anne etkileşim halinde olduğundan, anneye yapılacak eğitim ve danışmanlık, yanlış uygulamaları düzeltme ve konu ile ilgili duygu, düşünce ve tutumları ele alma açısından yarar sağlayabilir (30). Annelerin yaşadığı güçlüklerle ilgili yapılmış bir çalışmaya ulaşılammış olmakla beraber, genel olarak utanç, çocukla uyum güçlüğü ve çatışma yaşadıkları bilinmektedir.

#### 2.5.5.Diğer tedavi yöntemleri

Bu grup tedaviler, alternatif ya da tamamlayıcı tıp kapsamında değerlendirilen yöntemlerdir. Bu yöntemlerden birisi olan oyun tedavinin etkinliği ile ilgili yapılan bir çalışmada, 1994-1995 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na, çeşitli yakınmalar ile başvuran çocuklarla oyun tedavi grubu oluşturulmuştur. Grup üyelerinden birinin enkopretik olduğu çalışmada, terapinin sonunda, bu enkopretik çocuğun semptomlarının ortadan kalktığı görülmüştür (68). Knell and Moore (69)'un yaptığı çalışmada, bilişsel-davranışçı oyun terapinin enkoprezisin tedavisinde başarılı bir yöntem olduğu saptanmıştır. Bunun dışında enkoprezisin tedavisinde akapuntur (8), hipnoz (6) gibi yöntemler de kullanılabilir.

Sonuç olarak, enkoprezis tedavisinde bütüncül bir bakış açısı ile çok yönlü yaklaşımın gerektiği görülmektedir. Özdemir vd. (70)'nin enkoprezisi olan çocukların tedavisinde davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada davranışçı tedavi ile ilaç tedavisi arasında tedaviye yanıt açısından fark görülmemiştir. Çizelge 2.2.'de enkoprezisin ele alınmasında benzer bir anlayışı yansıtan uygulama modeli sunulmaktadır. Bu modelde yaklaşımlar belli bir hiyerarşik düzen izlemektedir.

Çizelge 2.2. Enkoprezisin Yönetimi

<b>Basamak Bir: Değerlendirme (Assesment)</b>
1. Primer mi, sekonder mi olduğu,
2. Konstipasyon olup olmadığı,
3. Akut stresin olup olmadığı,
4. Psikiyatrik bir hastalığın olup olmadığı (Fobi vb.),
5. ABC (Antecedent, Behaviour, Consequences)
6. Önceden yaşanmış başarısızlık / başarısızlıkların sebebini
<b>Basamak İki: Eğitim</b>
1. Diyet, konstipasyon ve tuvalet eğitimi
2. Zorlayıcı ya da ceza vermeyle ilgili davranışları azaltmak için uygulanacak girişimler
3. Çocuğun optimistik düşünmesini sağlamak (Tedavinin hemen sonlanmayabileceği ile ilgili açıklamalar da yaparak çocuğun hayal kırıklığı yaşamasını önlemek)
4. İyileşme basamakları açıklanmalı ve kötüye gidebileceği konusunda uyarılmalı
<b>Basamak Üç: Tuvalet Alışkanlığı (Toileting)</b>
1. Yıldız kartların incelenmesine dayanmaktadır
2. Olumlu gelişmelere odaklanmalıdır
3. Yüksek lifli diyet uygulanmalıdır
4. Yemeklerden 15 dakika sonra tuvalete gitmeli
5. İntra-abdominal basıncın yükselmesinin kontrolü
6. Çocuğunun fobisi yoksa laksatif ve enemalar planlanabilir.
<b>Laksatifler:</b>
Abdominal radyografi ve fiziksel muayene fekal doluluğun göstergesidir.
Medikasyon seçenekleri şunlardır: Senokot şurup (Senna) günde iki defa 10 ml kadar, lacrulose şurup günde iki defa 30 ml (20 mg) kadar verilir.
Bağırsak hareketleri dikkate alınarak ilaç dozu sürekli azaltılır.
<b>Enemalar:</b>
Bağırsaklarda aşırı doluluk varsa veya aşırı derecede sertse Mikroenema (Örn: bisocadyl 3 ml) kullanılabilir.
<b>Basamak Dört: Biofeedback Terapi</b>
Tuvalet eğitimine ya da laksatiflere yanıt alınamaması ya da hastalığın seyrinde kötüleşme olması durumunda biofeedback terapi düşünülebilmektedir.

Kaynak: Klykylo, W. M. and Kay, J. L. (2005). Clinical Child Psychiatry. (Second Edition). John Wiley and Sons Ltd. USA.ss:333-341

## 2.6. Enkopretik Çocuğu Olan Annelerin Güçlükleri

Ülkemizde, enkopretik çocukların annelerinin yaşadığı güçlüklerle ilişkin doğrudan yapılmış bir çalışmaya rastlanmamış ve bu konuda bilgi eksikliği olduğu görülmüştür. Bu nedenle, çocukluk çağı hastalıkları ile ilgili yapılmış başka çalışmalar da incelenmiştir. Çocukluk döneminde yaşanan bazı kronik hastalıklarda fizyopatolojik süreç ve prognoz farklı olsa da annelerin yaşadığı sorunların benzerlik gösterdiği görülmüştür. Bu bölümde yer alan, enkopretik çocuğu olan annelerin yaşadığı güçlükler, genel olarak kronik hastalıklar nedeniyle yaşanan güçlükler kapsamında açıklanacaktır.

Ülkemizde kronik hastalıkları da kapsayan ve 2004 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması (71)'na göre, 698.406 çocuk kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalığı olan çocukların 487.207'si kentlerde, 211.199'u ise kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Çocukların 487.836'sı erkek, 210.570'i ise kızdır. Araştırma sonuçlarına göre kronik hastalığı olan 19 yaş altındaki çocuklarda 0-9 yaşları arasında yığılma olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan çocukların, hastalığının beraberinde sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunları da yaşadığı saptanmıştır (Er (72)'den).

Kronik hastalıklar, çocuklarla beraber aile üyelerini de etkilemektedir. Aile üyeleri aşırı koruyucu veya kısıtlayıcı olabilmekte, fikir ayrılıklarına düşebilmekte, karar vermede zorlanmakta, olumsuz davranış kalıplarını kullanabilmektedir (73). Hemofilinin çocuklar ve annelerinde yarattığı emosyonel zorlanmayı belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada annelerin 21'i (%70) çocuklarını gereğinden fazla kısıtladıklarını, 27'si (%83) ise hastalığın kendi yaşamlarını fazlaca kısıtladığını belirtmiştir (74).

Genel olarak çocuğun hasta olması durumunda, annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, bunun anne rolünün sorumluluklarından ve iş rolü sorumlulukları çatışmasından kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı vurgulanmaktadır. Hastalığın yükünün ailede birincil olarak annenin sorumluluğu olduğu babaların, çocuğun uyumunu kolaylaştırıcı ve anneye yardımcı rolleri olduğu bilinmektedir (16).

Anne-babaların aynı durumdaki diğer ebeveynlerle ilişkide olmaları, onlara yardımcı olacaktır. Ortak duygu ve düşünceler paylaşılacak, ortak sorunlara birlikte çözümler bulunacak, geçmiş deneyimler paylaşılarak duygusal rahatlama yoluna gidilecek, kullandıkları başetme yöntemleri paylaşılacak ve dolayısı ile sosyal soyutlanma da en aza indirilebilecektir

(75,76). Buna rağmen hasta çocuğu olan ailelerdeki boşanma oranı, hasta çocuğu olmayan ailelerdeki boşanma oranından farklı değildir (73).

Çocuğun kronik veya akut dönemde yaşadığı sorunlarla birlikte, ailesinin yaşadığı sorunların da sağlık personeli tarafından bilinmesi tedavi sürecinde çok önemli bir noktadır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda çocukların aileleri ve hemşireler arasındaki ilişkinin çocuk üzerinde önemli rolü olduğu saptanmıştır.

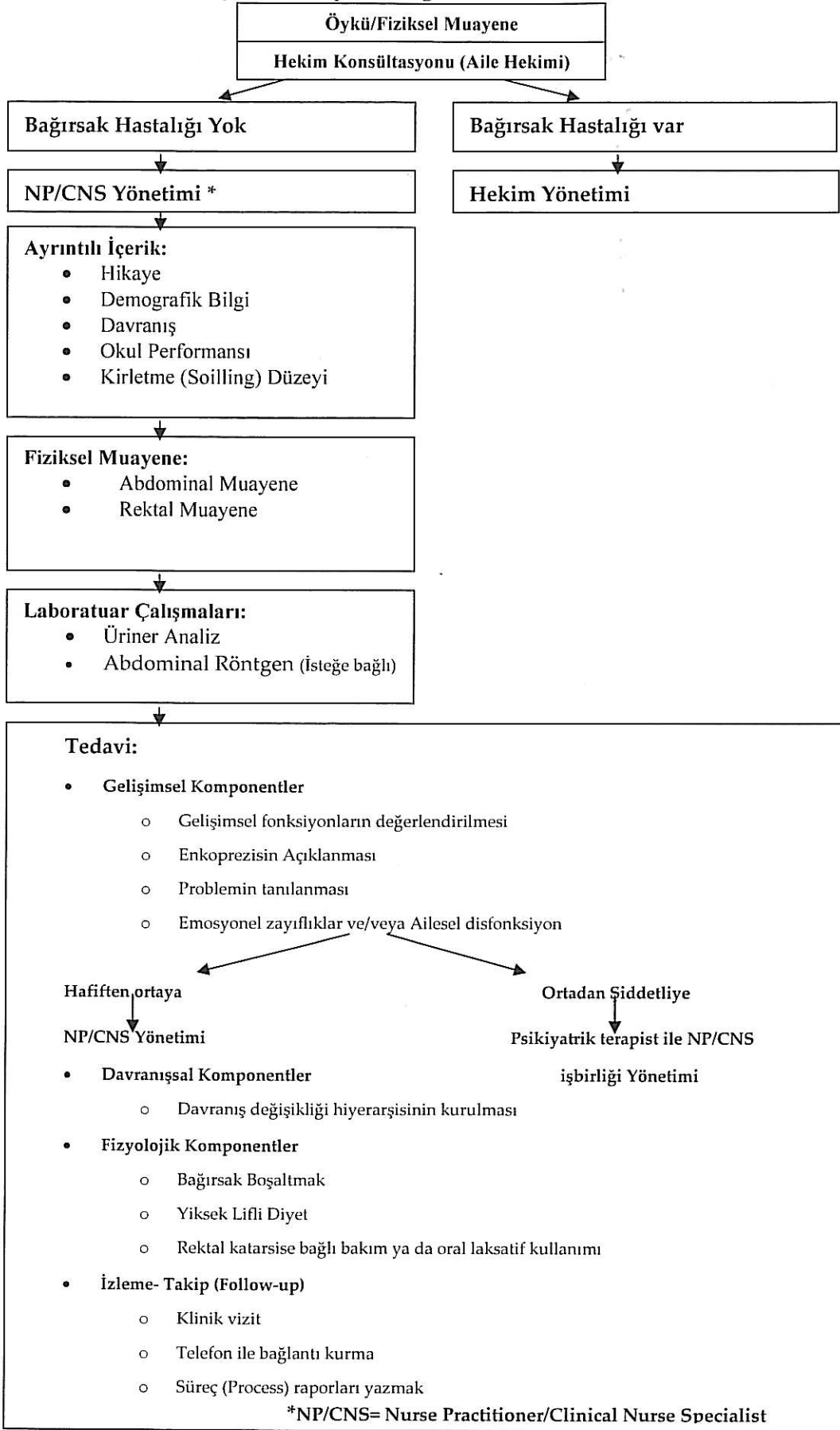
## 2.7.Enkoprezis ve Hemşirelik Müdahalesi

Ülkemizde, çocuk psikiyatri hemşireliği, lisans eğitimi verilen okullarda ruh sağlığı psikiyatri hemşireliği dersi kapsamında 2-4 saatlik bir konu olarak yer almaktadır. Mezuniyet sonrası eğitimde de "Çocuk Psikiyatri Hemşireliği" bir uzmanlık alanı olarak henüz yer almamıştır. Çocuk psikiyatri hemşireliğinin ayrı bir uzmanlık alanı olarak görülmemesinin nedeni, ülkemizin mevcut sağlık eğitim ve istihdam politikaları ile yakından ilgilidir. Ancak yakın gelecekte, multidisipliner yönelimlerin etkisi ile, sağlığın diğer alanlarında olduğu gibi, hemşirelikte de gereksinime bağlı olarak özel uzmanlık alanları ortaya çıkacaktır. Ülkemizdeki bu eksiklik nedeni ile, bu bölümdeki bilgiler, daha çok çocuk psikiyatri hemşireliği rol tanımı yapılmış ülkelerdeki uygulamaların yayınlandığı literatürden derlenmiştir.

Çocuk psikiyatri hemşireliği uygulamalarına bakıldığında, klinikte çalışan hemşirelerin çocuk ve çocuğun ebeveynlerini bir bütün olarak değerlendirerek buna yönelik hemşirelik girişimlerini planladığı, ayakta tedavi gören hastaların olduğu birimlerde çalışan hemşirelerin ise daha çok grup terapisi, aile terapisi ve bireysel psikoterapi gibi uygulamalara katıldığı bilinmektedir. Hemşireler, bütün bu çalışmalar sırasında, diğer ekip üyeleriyle iletişim halindedir (54,78,77).

Tedavinin etkinliğini sağlamada önemli bir basamak olan tanılama ve diğer aşamalar Çizelge 2.3'te verilmiştir. Buna göre, tedavi kurumuna gelen hastalar, aile hekimi tarafından muayene edilerek uzman hekim ya da uzman klinik hemşiresine yönlendirilmektedir (54). Hemşirelik uygulamaları tanılama ile başlamaktadır. Psikiyatrik hastalığı tanılamada gözlem, dinleme, görüşme, hemşirelik öyküsü ve fiziksel muayene gibi yöntemler kullanılmaktadır (1,79,2). Uzman klinik hemşiresi, tedavi aşamasında davranış tedavileri, diyet düzenlemeleri ve aileye yönelik girişimleri planlamaktadır.

Çizelge 2.3. Enkopretik Değerlendirme ve Yönetme Modeli



Kaynak: Sprague- McRae, J. M. (1990). Encopresis:Developmental, behavioral and physiological consideration for treatment.Nurse Pract.: 15(6):8-24

Enkoprezis, doğası gereği sadece çocuğa yönelik müdahaleler ile çözümlenebilecek bir sorun değildir. Ebeveynlerin de bu süreçte aktif olarak bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve yer alması sağlanmalıdır. Bu nedenle, bu bölümde yer alan hemşirelik bakımı hem anne hem çocuğa yönelik olarak iki grupta verilmiştir.

### **2.7.1.Doğrudan Anneye Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri**

**Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Bakım Planları:** Çocuk psikiyatri hemşireliği uygulaması ile ilgili literatür incelendiğinde, enkopretik çocuğu olan annelerin aldıkları hemşirelik tanıları "Anksiyete", "İneffektif Aile İçi Başetme ve Uzlaşma", "Aile İçi Süreçte Değişim", "Sosyal Etkileşimde Bozulma", "Ebeveyn Rol Çatışması" ve "Bilgi Defisiti" olarak belirtilmektedir (77,80). Aşağıda sunulan bakım planları bu tanımlara göre yapılmıştır.



Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
<p><b>Anksiyete</b></p>	<p>Anne anksiyetesini ve başatme örüntülerini tanımlayacak</p> <p>Psikolojik ve fizyolojik rahatlık artma ifade edecek</p> <p>Anksiyeteyi yönetmekte etkin baş etme mekanizmaları kullandığını kanıtlayacak</p>	<p>Annenin anksiyete düzeyi değerlendirilir: Hafif, orta, şiddetli, panik.</p> <p>Stresli durumlar kaçınılmaz olduğunda kullanılmak üzere anksiyeteyi kesme teknikleri öğretilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solumunun kontrolü</li> <li>Omuzların düşürülmesi</li> <li>Yavaş düşünme</li> <li>Ses değiştirme</li> <li>Kendine emirler verme</li> <li>Egzersiz</li> <li>Kendi yüzünü buruşturma, bakma- yüz ifadesini değiştirme</li> <li>Bakış açısını değiştirme-durumu uzaktan izlemeyi hayal etme.</li> </ul> <p>Öfkeli ise yardım edilir.</p> <p>Kronik anksiyetesi ve maladaptif başatme mekanizmaları olan anne psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilir.</p> <p>Ebeveynlerin/bakım vericilerin çocukla birlikteken anksiyetelerini yönetmesine yardım edilir (77,80).</p>



Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
<p><b>İneffektif Aile İçi</b>  <b>Başetme, Uzlaşma ve</b>  <b>Yetersizlik</b></p>	<p>Anne ihmalkar ve zarar verici olan tepkilerini tanımlayacak</p> <p>Durumla ilgili yardım ve destek gereksinimini sözel olarak ifade edecek</p>	<p>Geçmişteki ve şimdiki aile fonksiyonlarını değerlendirmesi için cesaretlendirilir.</p> <p>Aile üyelerinin duyguları açıklığa kavuşturulur.</p> <p>Durumu değerlendirme konusunda aileye yardım/destek verilir.</p> <p>Yanlış olan nedir?</p> <p>Problemin nedenleri nelerdir?</p> <p>Problemi kim artırmaktadır?</p> <p>Fikir ve seçenekler nelerdir?</p> <p>Her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajları nelerdir?  (80,1).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
Aile İçi Süreçte Değişim	<p>Anne duygularını hemşireye ya da aile üyelerine sözel olarak ifade edecek</p> <p>Anne çocuğunun bakımına katılacak</p> <p>Çocuğun sağlıklı role dönmesi kolaylaştırılacak</p> <p>Gerektiğinde uygun olan dışsal kaynaklara başvurulacak</p>	<p>Durumun değerlendirilmesinde anneye yardım edilir</p> <p>Anneye doğru tam bilgi verilerek ve soruları cevaplandırılarak gerçekçi bir bakış açısına sahip olması için aile cesaretlendirilir</p> <p>Evde oluşan stresin sebepleri araştırılır</p> <p>Çözüm yolları üretilir</p> <p>Stresin azaltılması için anne desteklenir</p> <p>Yapılan görüşmelerde annenin güçlü yönleri desteklenir</p> <p>Annenin duygularını ifade etmesi sağlanır</p> <p>Annenin çocukla ilgili uygun olmayan beklentilerini gerçekçi bir şekilde değiştirmesine yardım edilir</p> <p>Çocuğun problemi devam ederken, anneye gereksinim duyabileceği konusunda rehberlik sağlanır</p> <p>Anne, hastalığın tedavisinin uzamasının çocuk üzerindeki etkileri konusunda bilgilendirilir</p> <p>Anne tedavinin seyri konusunda bilgilendirilir</p> <p>Hemşireliğin alanı dışındaki problemlerde diğer mesleklerin yardımı sağlanır (80).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
<b>Sosyal Etkileşimde Bozulma</b>	Anne etkili sosyalizasyonu sağlayan yeni davranışları tanıyacak	<p>Annenin kullandığı sağlıklı savunma yöntemleri desteklenir</p> <p>Annenin alternatif davranış şekillerini tanmasına yardım edilir</p> <p>Annenin en fazla işe yarayan yaklaşımlarını analiz etmesine yardım edilir</p> <p>Çocuğun hastalığını anlaması konusunda anneye destek olunur</p> <p>Hastalığın tedavisi ve seyri konusunda anneye gerçekçi bilgiler sağlanır</p> <p>Aile içi anlaşma-ortaklık geliştirilmesi için anne cesaretlendirilir. (80).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
Ebeveyn Rol Çatışması	<p>Anne rol çatışmalarının kaynağını tanıyacak</p> <p>Anne istendik olan ebeveynlik rolünü tanımlayacak</p> <p>Anne çocuğun bakımına istendik düzeyde katılacak</p>	<p>Annelik rolüne ilişkin değişimde neyin etkili olduğu (Örn: boşanma, yeniden evlenme, çocuk/ebeveyn hastalığı, taşınma, aileye yeni bir üye katılması) tartışılır</p> <p>Annenin çocuğuyla ilgili beklenti kayıplarını duygularını paylaşması sağlanır</p> <p>Annelik rolünü güçlendirmek için bilgi ve danışmanlık verilir.</p> <p>Çocuğun hastalığı süresince ebeveynlik davranışının devamı sağlanır</p> <p>Anne ile birlikte kişisel sorumlulukları (Örn: çalışma programı, kardeşlerin bakımı, evle ilgili sorumluluklar, geniş aileye karşı sorumluluklar) incelenir. Diğer sorumluluklarını da engellemeyecek ve çocuğun bakımına yeterli zaman ayırmasını sağlayacak bir program yapması sağlanır</p> <p>Annenin çocuğun hastalığına ilişkin duygularını sözelleştirmesi sağlanır</p> <p>Anne, kendi bakımını ihmal etmemesi için desteklenir.</p> <p>Annenin destek sistemleri değerlendirilir (eşler arasında, arkadaşlar, aile vb.) (80).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
Bilgi Defisiti	Anne enkoprezise ilişkin bilgi eksikliği olmadığını ifade edecek	<p>Enkoprezis ile ilgili eğitim yapılır. Eğitim planı dahilinde:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anneye enkoprezisin tanımı anlatılacak</li><li>▪ Anneye enkoprezisin çeşitleri anlatılacak</li><li>▪ Anneye enkoprezisin sebepleri anlatılacak</li><li>▪ Anneye enkoprezisin çocuk üzerindeki etkisi anlatılacak</li><li>▪ Anneye enkoprezisin tedavisi anlatılacak</li></ul> <p>(80).</p>

### **2.7.2. Anneyi Güçlendirme Yoluyla Uygulanabilecek Çocuğa Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri**

Çocuğa yönelik hemşirelik müdahalelerini uygulama aşamasında anneden yardım alınmaktadır. Bu süreçte anneye bazı sorumluluklar verilmekte, bu da annenin zorlanmasına neden olmaktadır. Zorlanmayı en aza indirmek için annenin yaklaşımlar konusunda güçlendirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, annenin çocuğuyla ilişkisini düzenlemeye yönelik girişimler de planlanmaktadır.

**Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Bakım Planları:** Çocuk psikiyatri hemşireliği uygulaması ile ilgili literatür incelendiğinde, enkopretik çocukların aldıkları hemşirelik tanıları " Kendi Kendine Tuvaleti Kullanma Defisiti", "Barsak İnkontinansı", "Kolonik Konstipasyon ", "Benlik Saygısında Bozulma", "Anksiyete" ve "İneffektif Bireysel Başetme" olarak belirtilmektedir (77,80,1,5,6).Aşağıda sunulan bakım planları bu tanılara göre yapılmıştır.

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
Kendi Kendine Tuvaleti Kullanma Defisiti	<p>Çocuk, uygun bir biçimde tuvaleti kullanacak</p> <p>Kendi kendine tuvalete gitme yeteneğinde bir artış gösterecek</p> <p>Tuvalete gitme defisitine neden olan faktörleri tanımlayacak</p>	<p>Çocuktan ve ailesinden çocuğun bağırsak alışkanlıklarına ilişkin bilgi alınır</p> <p>Çocuğun tuvalete gitmekte kullandığı iletişim sistemi belirlenir</p> <p>Bağırsak hareketleri konusunda daha az soru sorarak semptomların pekiştirilmesinden kaçınılır (80)</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
Bağırsak İnkontinansı	<p>Çocuk, gaitasının tamamını tuvalete yapacak</p> <p>Çocuk her gün ya da gün aşırı yumuşak şekilli bir dışkılamada bulunacak</p>	<p>Çocuğun önceki boşaltım örüntüsü, diyeti ve yaşam şekli değerlendirilir</p> <p>Şimdiki nörolojik ve fiziksel durumu, fonksiyonel düzeyi tanımlanır</p> <p>Uygun tutarlı bir boşaltım zamanı planlanır</p> <p>Yemeklerden sonra 20 dakika tuvalete oturması sağlanır. Bu davranışla gastroileal refleks sayesinde bağırsak hareketliliği artmaktadır</p> <p>Çocuğa sınırlamaları basitçe açıklanır ve bunlara uyması için destek verilir.</p> <p>Kirletme sıklığını kaydetmek üzere temiz kalınan günler için güneş, yıldız gibi simgelerin yer aldığı yıldız kartlar kullanılır</p> <p>Yıldız kartların çocuk tarafından doldurulması istenir</p> <p>Kontrollerde toplam temiz kalınan günler belirlenerek inkontinans düzeyi değerlendirilir.</p> <p>Çocuğun edindiği alışkanlığı devam ettirebilmesi için ödül yöntemi kullanılabilir (80).</p>



Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
Bağırsak İnkontinansı (Devam)		<p>Kontrollere düzenli olarak getirilmesi sağlanır.</p> <p>Doktor ile işbirliği yapılarak davranış terapisine yönlendirilir. (Sistemik desensitizasyon vb.)</p> <p>Çocuğu stresle başetme teknikleri ve rahatlatma teknikleri öğretilir (80,5,30,27).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
<p><b>Kolonik Konstipasyon</b></p>	<p>Çocuk terapötik bağırsak rejimini tanımlayacak  Çocuk, bağırsak boşaltımında iyileşme gösterecek</p>	<p>Yüksek lifli diyet kullanılması sağlanır  Anne ve çocuğa sulu ve lifli gıda ile beslenmenin önemi öğretilir</p> <p>Çocuğun günlük normal bir bağırsak hareketi için yaklaşık 800 gr meyve ve sebze yemesi sağlanır (Günlük alması gereken besin miktarları Ek-IV'da verilmiştir.)</p> <p>Çocuğun her gün aynı saatte tuvaleti kullanması sağlanır</p> <p>Konstipasyon üç günden fazla sürerse çocuğun doktora götürülmesi sağlanmalıdır</p> <p>Çocuğa doktor istemine göre laksatif verilir ya da lavman uygulanır.</p> <p>Lavman ve laksatiflerin sık kullanımının sakıncaları anlatılır (80,5,6).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
Benlik Saygısında Bozulma	Çocuk benlik saygısını tehdit eden kaynakları tanıyacak ve bunlarla başa çıkmaya çalışacak	<p>Çocuğa başarılı olma fırsatları ve gereksinim duyulan diğer fırsatlar sağlanır</p> <p>Çocuğun akademik yaşantısının devamlılığı sağlanır</p> <p>Çocuk toplum içinde enkopretik olduğu için eleştirilmemelidir</p> <p>Çocuk benlik saygısını artırıcı oyunlar oynamaya yönlendirilir</p> <p>Öğretmen ile işbirliği yapılarak okulda benlik saygısını artırıcı faaliyetlere yönlendirilmesi sağlanır</p> <p>Ebeveynlere aşağıdaki kontroller öğretilir:</p> <p>Sert-yıkıcı şekilde eleştirmekten kaçınınız.</p> <p>Çocuğun önünde tartışmayınız.</p> <p>Çocuğa, estetik problemlerin yönetimi konusunda destek olunur (koku vb.) (77,80).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
Anksiyete	Çocuk psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artma yaşadığını ifade edecek	<p>Anksiyetle başetmekte çocuğa yardım için aşağıdaki girişimler kullanılır:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Güven verici bir ilişki kurulur.</li> <li>Ebeveyn ayrılığı varsa olumsuz etkisi minimize edilir.</li> <li>Duyularını ifade etmeye cesaretlendirilir</li> <li>Çocuğun oyunlara katılımı sağlanır.</li> <li>Ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımı sağlanır</li> </ul> <p>Ebeveynlerin endişeleri yatıştırılır.</p> <p>Çocuk öfkeli ise yardım edilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Çocuk, öfkesini paylaşmaya cesaretlendirilir.</li> <li>Çocuğa öfkeli olmasının problem olmadığı ifade edilir.</li> <li>Çocuğun öfkesini kabul edilebilir bir şekilde ifade etmesine izin verilir</li> </ul> <p>Konstipasyon-taşma inkontinansıyla gitmeyen tipte verilen imipramini düzenli kullanması sağlanır. (80,7).</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahale
İneffektif Bireysel Başetme	Çocuk, kişisel başetme şeklini ve davranışının yol açtığı sonuçları tanıyacak Çocuk kişisel güçlerini tanıyacak	<p>Çocuğa defekasyon fizyolojisi hakkında bilgi verilir.</p> <p>Çocuğun zayıf ve güçlü kaka hissini ayırması sağlanmalıdır.</p> <p>Çocuğa tuvaleti kullandığında kakanın kazara da olsa pantolona bulaşmayacağı anlatılmalıdır</p> <p>Çocuğun sorunun ne olduğunu anlaması sağlanır.</p> <p>Çocuğun kakasını altına yapması sonucunda girdiği stresi azaltmak için adaptasyon süreci sağlanır.</p> <p>Çocuğun günlük tutması önerilir</p> <p>Ödüllendirme gibi olumlu yöntemler kullanılarak çocuğa geri bildirim verilir (80,1).</p>

Günümüzde, enkoprezis için uygulanan tıbbi tedavi yöntemleri ile semptomların giderilmesi amaçlanmaktadır. Bu süreçte, çocuğun benlik saygısı, ruhsal gelişimi, annenin ruhsal durumu ve ailesel faktörler yeterince dikkate alınamamaktadır. Bunun sonucunda çocuk ve ebeveynlerde anksiyete düzeyi artmakta, sekonder sorunlar gelişmekte ve enkopretik semptomlar ortadan kaldırılrsa bile relaps görülebilmektedir. Hemşirelerin enkoprezis bakımı ve süreç yönetiminde yer aldığı ülkelerdeki uygulama, daha önce de belirtildiği gibi, yukarıda örnek bakım planları ile, literatüre dayalı olarak sunulmuştur. Burada dikkati çeken nokta, hemşirelerin koruyucu, davranış değiştirici, bireyi güçlendirici ve destekleyici rollerinin öne çıkmasıdır. Enkoprezisin yönetimine Ruh Sağlığı Psikiyatri Hemşirelerinin katılımı ile tedavi sürecinde çocukta oluşabilecek sekonder problemlerin önleneyeği, ebeveynlerinin yaşadığı anksiyetenin ve güçlüklerin daha az olacağı düşünülmektedir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, enkopretik çocuğu olan annelerin ruhsal durumları ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Antalya ilinde Çocuk Psikiyatri Polikliniği bulunan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Antalya Devlet Hastanesi çocuk psikiyatri polikliniklerinde yapılmıştır. Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği 15 yaş altındaki çocuklara, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği 18 yaş altındaki çocuklara hizmet vermektedir. Her iki hastanede tıbbi tanılama için DSM-IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) tanı sınıflaması kullanılmaktadır. Ancak hastaların tıbbi tanıları bilgisayara ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (81, 23) hastalık sınıflamasına göre kaydedilmektedir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Ergen Psikiyatrisi Polikliniği ve Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğine başvuran enkopretik çocukların anneleri oluşturmuştur. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğine, bir yıl boyunca başvuran enkopretik çocukların sayısını belirlemek amacıyla yapılan ön araştırmada, poliklinikte çalışan doktorların tuttuğu kayıtlar incelenmiş ve 2005 yılı boyunca 18 çocuğun enkoprezis tanısı aldığı tespit edilmiştir. Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğinde ise, kullanılan kayıt sisteminde enkoprezis tanısı yer almadığı ve bilgisayar dışında başka bir kayıt tutulmadığı için 2005 yılında polikliniğe enkoprezis şikayetiyle gelen çocukların tam sayısına ulaşılamamıştır. Poliklinikte çalışan doktorların deneyimlerine göre bir yılda 40-50 hastaya ulaşılabileceği öngörülmüştür. Buna göre evreni 70 annenin oluşturacağı anlaşılmıştır. Örneklemeye yöntemine gidilmemiştir. Şubat 2006-Ekim 2006 tarihleri arasında her iki hastaneye primer veya sekonder enkoprezis şikayetiyle başvuran 70 anne ile görüşme yapılmıştır. Poliklinikte görüşme yapılamayan annelerin adresleri alınarak evlerinde görüşülmüştür. Toplam 70 anne ile görüşme yapılmıştır. Araştırma, her iki hastanede 4-15 yaş grubu çocukların anneleri ile yapılmıştır. Araştırma süresi boyunca Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne

15 yaş üstünde enkopretik çocuk başvurmamıştır. Mental retardasyonu olan enkopretik çocukların anneleri kapsam dışı bırakılmıştır.

### 3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, iki form kullanılarak toplanmıştır. Birinci form, demografik verilerin yanı sıra annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanan soru formudur (Ek:I-A). İkinci form ise annelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacı ile kullanılan SCL-90-R'dir (Ek:1-B).

### 3.5.Soru Formunun Hazırlanması

Araştırmada kullanılan soru formu, çocuklarında primer veya sekonder enkoprezis görülen beş anne ile yapılan görüşme, konu ile ilgili kaynaklar (2,13,7,20,30,26) ve araştırmacının klinik gözlem ve deneyimleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Hazırlanan soru formuyla ilgili ön uygulama enkopretik çocuğu olan beş anne ile yapılmış, soru formunda görülen eksiklikler ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilerek gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Soru formunun hazırlanması ve ön uygulama sırasında görüşülen anneler evrene alınmamıştır.

**"SCL-90-R" Ruhsal Belirti Tarama Listesi:** SCL-90-R, Türk toplumu için geçerliği ve güvenilirliği sağlanmış bir ölçektir (82). Bireyin içinde bulunduğu zorlanmayı veya yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini belirleme ve kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek beş dereceli likert tipi cevaplanan 90 maddeden oluşmuştur.

SCL-90-R, bireyin kendi başına cevaplayabileceği, kolay uygulanabilir ve grup uygulamasına uygun bir ölçektir. Her madde "hiç yok", "çok az var", "orta derecede var", "oldukça fazla var", "ileri derecede var" seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 rakamları verilerek puanlanmaktadır. Daha sonra ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanmaktadır: 1- Genel Semptom İndeksi (GSİ), 2- Pozitif Semptom Toplamı (PST), 3- Pozitif Semptom Düzeyi İndeksi (PSDİ). GSİ, boş bırakılanlar hariç tüm maddelere verilen puanların ortalamasıdır. GSİ'deki artışın bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının arttığını ifade ettiği bildirilmiştir. PST, "hiç" seçeneği ile işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır. PST'nin artması (özellikle 90 puanın üstünde olması), bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını göstermektedir. PSDİ ise, toplam puanın PST'ye bölünmesiyle elde edilmektedir ve puandaki artış, bireyin kendisinde var olduğunu



algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını göstermektedir (83, 82).

### **3.6. Soru Formlarının Uygulaması**

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli yasal izin, ilgili kurumlarla 08.02.2006-01.03.2006 tarihlerinde yazışmalar yapılarak alınmıştır. Uygulama, onay yazıları tamamlandıktan sonra, Şubat 2006-Ekim 2006 tarihleri arasında yapılmıştır. Soru formları araştırmaya katılmayı kabul eden annelere, onam formu(EK-1) okunup imzalatıldıktan sonra, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşmeler, görüşme odası veya doktor odasında yapılmıştır. Annelerin dikkatini konuya odaklamak, aktif katılımlarını sağlamak, gerekli açıklamaları standart olarak ve zamanında yapmak amacıyla, soru formundaki sorular araştırmacı tarafından okunmuş ve annelerin cevapları yine araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Her bir soru formunun doldurulması ortalama 25 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada, soru formunda yer alan açık uçlu sorulardan elde edilen verilerin analizi 3 aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada annelerin ifadeleri sıralı olarak yazılmıştır. İkinci aşamada, bu ifadeler literatür bilgileri (78,77,1,3,2,4) doğrultusunda gruplandırılmıştır. Son aşamada ise, bir istatistikçi öğretim elemanının da katkısıyla, anlam ve içerik açısından benzerlik taşıyan gruplar birleştirilmiştir. Bu sürecin sonunda elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS-13 paket programı kullanılmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, değişkenler arası karşılaştırmalar ve ki-kare testi kullanılarak hesaplanmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Çalışmada kontrol grubu kullanılmamıştır.
- Verilerin toplanması aşamasında gözlem yapılmamış, annelerin ifadesine bağlı kalmıştır.
- Bu çalışmanın evrenini, yalnızca Antalya ilinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Ergen Psikiyatri Polikliniği ve Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğine başvuran enkopretik çocukların anneleri oluşturmuştur.

## BULGULAR

Bu çalışmada, Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine çocuklarının tedavisi için gelen 70 anne ile görüşülmüştür. Bulgular, iki bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde, araştırma kapsamındaki annelerin ifadelerine göre çocuklar ve annelerinin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır (Tablo 4.1-Tablo 4.16). İkinci bölümde, annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadığı güçlükler ile anneye ve çocuğa ilişkin tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılmasından elde edilen tablolar sunulmuştur (Tablo 4.17-Tablo 4.25). Bu bölümdeki tablolarda satır yüzdeleri kullanılmıştır.

**Tablo 4.1. Annelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	<b>34.39 ± 5.7</b>	
20-30	17	24.3
31-40	42	60.0
41-Üstü	11	15.7
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	65	92.9
Yok	5	7.1
<b>İkamet yeri</b>		
Antalya il merkezi	55	78.6
Antalya dışı	15	21.4
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul mezunu	43	61.4
Ortaokul mezunu	7	10.0
Lise mezunu	13	18.6
Üniversite mezunu	7	10.0
<b>Ücretli bir işte çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	55	78.6
Çalışıyor	15	21.4
<b>Mesleği</b>		
Ev hanımı	55	78.6
İşçi	6	8.6
Memur	9	12.9
<b>Medeni durumu</b>		
Evli	65	92.9
Boşanmış *	5	7.1
<b>Çocuk sayısı</b>		
1	15	21.4
2	42	60.0
3	13	18.6
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

\* Eşinden ayrı yaşayan bir anne de bu gruba alınmıştır.

Annelerle ilgili tanıtıcı özellikler Tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $34.39 \pm 5.7$  olup tamamına yakınının (%92.9) sosyal güvencesi vardır ve büyük bir kısmı (%78.6) Antalya il merkezinde ikamet etmektedir.

Annelerin eğitim durumuna bakıldığında, yarısından çoğunun (%61.4) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Annelerin çoğunluğu (%78.6) ev hanımı olup tamamına yakını (%92.9) evlidir ve annelerin yarısından çoğunun (%60) iki çocuğu vardır.

**Tablo 4.2. Annenin Sağlık Durumu İle İlgili Özellikler**

<b>Sağlık Durumu</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Tanılanmış bir hastalığın varlığı (n=70)</b>		
Bir hastalığı var	38	54.3
Bir hastalığı yok	32	45.7
<b>Annenin tanılanmış hastalıkları (n=38)</b>		
Ruhsal hastalık	7	18.4
Fiziksel hastalık	31	81.6
<b>Hastalığın devam süresi (n=38)</b>		
5 yıl	24	63.2
6-10 yıl	7	18.4
11 yıl ve üstü	7	18.4
<b>Hastalığın günlük yaşama etkileri (n=38)</b>		
Ağrı nedeniyle ev işleri ve çocukları ile ilgilenememe	16	42.1
Sinirli olma ve evdeki diğer aile üyeleriyle tartışma	10	26.3
Etkilemiyor	9	23.7
Dışarıya çıkmak ve kimseyle konuşmak istememe	3	7.9
<b>Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R) (n=70)</b>		
Genel belirti toplamı		<b>1,21±0,05</b>
Pozitif semptom toplamı		100,01±46,02
Somatizasyon		<b>1,33±0,68</b>
Obsesif kompulsif		<b>1,30±0,58</b>
Kişilerarası duyarlılık		<b>1,37±0,66</b>
Depresyon		<b>1,28±0,76</b>
Anksiyete		1,00±0,70
Öfke – düşmanlık		<b>1,31±0,79</b>
Fobik anksiyete		0,57±0,53
Paranoid düşünce		<b>1,09±0,64</b>
Psikotizm		0,72±0,47
Ek maddeler		0,92±0,64

Tablo 4.2’de annenin sağlık durumu ile ilgili 6zellikler verilmiştir. Tablo incelendiğinde, annelerin yarısından fazlasının (%54.3) tanılanmış bir hastalığı olduğu, bu hastalığın annelerin %81.6’sında fiziksel, %18.4’unda ise ruhsal bir hastalık olduğu g6r6lmektedir. Fiziksel hastalıklar arasında bel fıtığı, migren ve guatr, ruhsal hastalıklar arasında da depresyon, uyku bozukluğu, panik atak ve anksiyete bozukluğu yer almaktadır. Annelerin tanılanmış hastalıklarının ortalama devam s6resi 7 yıl olarak bulunmuştur.

Annelerin hastalıklarının g6nl6k yaşamlarına etkilerine bakıldığında, annelerin daha çok ağrı nedeniyle ev işleri ve çocukları ile ilgilenemediklerini (%42.1) ifade ettikleri saptanmıştır. Bunun dışında anneler, hastalıkları sebebiyle sınırlı olduklarını ve evdeki diğer aile 6yeleriyle tartıştıklarını (%26.3), dışarıya çıkmak ve kimseyle konuşmak istemediklerini (%7.9) ifade etmişlerdir. Annelerin %23.7’si ise hastalığının g6nl6k yaşantısını etkilemediğini ifade etmiştir.

SCL-90-R sonuçları incelendiğinde, annelerin genel belirti d6zeyi ortalaması  $1,21\pm 0,56$  olarak bulunmuştur. Ruhsal belirti alt testlerinde kişilerarası duyarlılık boyutu ( $1,37\pm 0,66$ ) diğer boyutlara g6re en y6ksek ortalamaya sahiptir. Somatizasyon ( $1,33\pm 0,68$ ), 6fke-d6şmanlık ( $1,31\pm 0,79$ ) ve obsesif kompulsif ( $1,30\pm 0,68$ ) puan ortalamalarının da diğer alt testlere oranla daha y6ksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 3. Çocuklarla İlgili Tanıtıcı Özellikler

Tanıtıcı Özellikler	s	%
<b>Yaş (n=70)</b>	<b>8.6 ± 2</b>	
5-7 yaş	17	24.3
8-10 yaş	42	60.0
11 yaş ve üstü	11	15.7
<b>Cinsiyet (n=70)</b>		
Erkek	60	85.7
Kız	10	14.3
<b>Kardeşinde enkoprezis varlığı (n=55)*</b>		
Var	5	9.1
Yok	50	90.9
<b>Enkoprezis dışında bir hastalığın varlığı (n=70)</b>		
<b>Enkoprezis dışında bir hastalığı olanlar</b>	<b>33</b>	<b>47.1</b>
Ruhsal hastalığı olanlar	28	84.8
Enürezis	13	46.4
Enürezis noktürna	13	46.4
Depresyon	1	3.6
Dikkat eksikliği	1	3.6
Fiziksel hastalığı olanlar	6	15.2
Bronşiyal astım	3	50.0
İşitme kaybı	1	16.7
Obesite	1	16.7
Nazal deviasyon	1	16.7
<b>Enkoprezis dışında bir hastalığı olmayanlar</b>	<b>37</b>	<b>52.9</b>
<b>Hastaneye kaçınıcı gelişi (n=70)</b>		
İlk	33	47.1
İkinci	18	25.7
Üçüncü	8	11.4
Dört ve üstü	11	15.7

\* Çocukların 15'inin kardeşi yoktur.

Tablo 4.3'te araştırmaya alınan annelerin enkopretik çocukları ile ilgili tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Çocukların yaş ortalaması  $8.6 \pm 2$  ve tamamına yakını (%85.7) erkektir. Kardeşi olan çocukların %9.1'inde enkoprezis olduğu saptanmıştır. Çocukların neredeyse yarısının (%47.1) hastaneye ilk gelişinde görüşülmüştür. Çocukların enkoprezis dışında bir hastalığının olup olmadığına bakıldığında, enkoprezis dışında bir hastalığı olan (%47.1) ve olmayan (%52.9) çocukların oranının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Enkoprezis dışında bir hastalığı olan çocukların tamamına yakının (%84.8) hastalığı ruhsal bir hastalıktır. Ruhsal hastalıklar içinde, ağırlıklı olarak enürezis ve enürezis noktürnanın, fiziksel hastalıklar arasına ise en çok (%50) bronşiyal astımın olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Çocukların Ailesel Özellikleri

Ailesel Özellikler	s	%
<b>Evde kimlerin yaşadığı (n=70)</b>		
Anne-baba ve çocuğu/çocukları	56	80.0
Anne-baba, çocuğu/çocukları, büyükanne-büyükbaba	12	17.1
Anne ve çocuğu/çocukları	2	2.9
<b>Çocuğun eğitimini ve bakımını sağlayan kişi (n=70)</b>		
Yalnızca anne	52	74.3
Anne ve diğer kişiler (Akraba, büyükanne vb. )	18	25.7
<b>Tedaviyi destekleyen kişi (n=49)*</b>		
Yalnızca eşi	37	75.5
Eşi ve diğer kişiler (Büyükanne, baba, diğer kardeş, akraba)	12	24.5
<b>Şu anda aile içi bir problemin varlığı (n=70)</b>		
Bir problem var	28	40.0
Çocukla yeterince ilgilenmeme	10	35.7
Ekonomik problemler	9	32.1
Geçimsizlik, eşler arasındaki iletişim sorunları	9	32.1
Herhangi bir problem yok	42	60.0

\*Annelerin 21 tanesi ailesinden herhangi bir destek almadığını belirtmiştir

Çalışmaya katılan çocukların aile özellikleri Tablo 4.4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan çocukların ailesel özelliklerine bakıldığında, çoğunluğunun (%80) çekirdek aile özelliğine uygun olarak anne-baba ve çocuğu/çocukları ile yaşadıkları saptanmıştır.

Çocukların büyük bir kısmının (%74.3) eğitimi ve bakımını yalnızca anne sağlamaktadır. Ayrıca anneler, çocuğun tedavisi süresince kendisini en çok (%75.5) eşinin desteklediğini ifade etmişlerdir. Annelerin yarısından çoğu (%60) aile içi bir probleminin olmadığını belirtmişlerdir. Annelerin diğer kısmı ise (%40) birbirine yakın oranlarda çocukla yeterince ilgilenememeye, ekonomik sorunlara, eşyle geçimsizliğe ve iletişim sorunlarına bağlı olarak problemler yaşadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.5. Enkoprezisle İlgili Özellikler**

Özellikler	s	%
<b>Yaş (n=70)</b>	<b>5.0 ± 2.8</b>	
1-3 yaş	7	10.0
4-6 yaş	30	42.9
7-9 yaş	19	27.1
10 yaş ve üstü	14	20.0
<b>Sıklığı (n=70)</b>		
1-2 defa / hafta	14	20.0
3-4 defa / hafta	18	25.7
1-2 defa / gün	25	35.7
3-4 defa / gün	13	18.6
<b>Tuvalet dışında yaptığı yer (n=70)</b>		
İç çamaşırı	66	94.3
Diğer †	4	5.7
<b>Çocuğun okul yaşamına etkisi (n=65)*</b>		
Okul yaşamını etkiliyor	14	21.5
Devamsızlık yapma	9	64.3
Okula gitmek istememe	5	35.7
Okul yaşamını etkilemiyor	51	78.5

\* Çocukların beş tanesi henüz okula başlamamıştır.

† Bahçe, balkon, koltuğun arkası

Tablo 4.5'te çocukların enkoprezisle ilgili özellikleri verilmiştir. Buna göre, enkoprezisin ortalama başlangıç yaşı beştir. Annelerin büyük bir kısmı (%35.7) çocuklarının günde 1-2 kez kaka kaçırdığını ifade etmişlerdir. Bunun dışında, çocukların %20'sinin haftada 1-2 kez, %25.7'sinin haftada 3-4 kez, %18.6'sının günde 3-4 defa kaka kaçırdığı ifade edilmiştir ve çocukların neredeyse tamamının (%94.3) kakasını iç çamaşırına yaptığı saptanmıştır. Araştırmada annelere çocuğun kaka kaçırmasının okul yaşantısına etkisi olup olmadığı sorulduğunda, çocukların %21.5'inin enkopretik olmaları nedeniyle okul yaşamının etkilendiği, %78.5'inin ise okul yaşamının etkilenmediği belirtilmiştir. Çocukların ağırlıklı olarak (%64.3) devamsızlık nedeniyle okul yaşamının etkilendiği ifade edilmiştir.



**Tablo 4.6.** Annelere Göre Enkoprezisin Nedenleri ve Annenin Enkoprezis ile İlgili Bilgi Durumu

<b>Nedenler ve Bilgi Durumu</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Nedenler</b>		
Çocuğun psikolojisi, çok hassas bir yapısının olması	26	37.2
Çocuğun oyun ve okul nedeniyle tuvalete gitmeyi unutması	10	14.3
Anne- babanın davranışları ve çocukla ilişkisi	8	11.4
Çocuğun yediği içtiği besinler	5	7.1
Bilmiyor	21	30.0
<b>Bilgi Durumu</b>		
Hiç bilgisi yok	44	62.9
Kısmen bilgisi var	24	34.3
Bilgisi var	2	2.9
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.6’da annenin bakış açısına göre çocuğun enkopretik olmasının nedenleri verilmiştir. Anneler en çok (%37.2) çocuğunun kişilik yapısının çok hassas olması ve psikolojik yapısı nedeniyle enkopretik olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Diğer anneler, çocuğunun oyun ve okul nedeniyle tuvalete gitmeyi unutması (%14.3), kendisinin ve eşinin çocuğuna karşı davranışları (%11.4), çocuğun yediği ya da içtiği besinler (%7.1) nedeniyle kaka kaçırdığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Annelerin %30’u da çocuğunun neden enkopretik olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Annelere kaka kaçırma ile ilgili bilgi düzeyi sorulduğunda, çoğunluğu (%62.9) enkoprezis hakkında hiçbir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Annelerin %34.3’ü ise kısmen bilgisi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.7. Çocukların Tuvalet Eğitimi Öyküsüne İlişkin Özellikler

Özellikler	s	%
<b>Tuvalet eğitimi verilme durumu (n=70)</b>		
Verildi	53	75.7
Verilmedi	17	24.3
<b>Tuvalet eğitimi verilme yaşı (n=53)*</b>		
Ortalama tuvalet eğitimi verilme yaşı	23.2 ± 8.6 Ay	
18 aydan önce	22	41.5
18 aydan sonra	31	58.5
<b>Kimin verdiği (n=53)</b>		
Anne	48	90.7
Büyükanne	5	9,3
<b>Nasıl verildiği (n=53)</b>		
Belirli aralarla tuvalete götürüp yapmasını bekleyerek	26	49.1
Belirli aralarla lazımlığa oturarak	17	32.1
Belirli aralarla tuvalete götürüp göstererek	8	15.1
Bilmiyormuş	2	3.8

\* Çocuklardan 17 tanesine hiç tuvalet eğitimi verilmemiştir.

Çocukların tuvalet eğitimi öyküsüne ilişkin özellikler Tablo 4.7'de verilmiştir. Annelerin ifadesine göre çocukların çoğunluğuna (%75.7) tuvalet eğitimi verilmiştir. Çocukların tamamına yakınına (%90.7) tuvalet eğitimi annesi vermiştir. Tuvalet eğitimi, daha çok (%58.5) çocuk 18 aydan büyükken vermeye başlanmıştır. Tuvalet eğitiminin nasıl verildiği incelendiğinde, annelerin çoğunluğu (%49.1) çocuklarını belirli aralarla tuvalete götürüp yapmasını bekleyerek eğitim verdiğini belirtmiştir. Diğerleri, belirli aralarla tuvalete götürüp göstererek (%32.1), belirli aralarla lazımlığa oturarak (%15.1) tuvalet eğitimi verdiğini ifade etmişlerdir. Annelerin %3.8'i ise tuvalet eğitiminin nasıl verildiğini bilmediğini belirtmiştir.

**Tablo 4.8. Çocuğu Kakasını Uygunsuz Bir Yere Yaptığında Annelerin Uygulamaları**

<b>Annelerin Uygulamaları</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
Giysilerini değiştirme ve çocuktan bir daha yapmamasını isteme	17	24.3
Giysilerini çocuğa değiştirme ve tehdit etme	17	24.3
Giysilerini çocuğa değiştirme ve çocukla konuşarak bir daha yapmamasını isteme	10	14.3
Kirli çamaşırlarını çocuğa yıkatma	9	12.9
Giysilerini çocuğa değiştirme ve dövme	5	7.1
Bir daha yapmazsa ödüllendireceğini söyleyerek sorunu çözmeye çalışma	4	5.7
Giysilerini değiştirme ve çocuğu dövme	3	4.3
Hiçbir şey yapmama (kakasını görmemek için çocuğu okuldan gelince uyutma)	5	7.1
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.8’de çocuğu kakasını uygunsuz bir yere yaptığında annelerin uygulamaları verilmiştir. Annelerin çoğunluğu giysilerini çocuğuna değiştirttiğini ifade etmişlerdir. Annelerin uygulamaları incelendiğinde, annelerin dörtte birine yakınının çocuğu kaka kaçırdığında uygun bir yaklaşımda bulunduğu görölmektedir. Bu anneler, çocuğu kaka kaçırdığında giysilerini değiştirdiğini ve çocuktan bir daha aynı davranışı yapmamasını istediğini (%24.3), bir daha yapmazsa ödüllendireceğini söyleyerek sorunu çözmeye çalıştığını (%5.7) ifade etmişlerdir. Diğer annelerin uygulamalarına bakıldığında çocuğu cezalandırıcı bir davranış gösterdikleri görölmektedir. Bu anneler, en çok (%24.3) giysilerini çocuğuna değiştirttiğini ve tehdit ettiğini ifade etmişlerdir. Daha az oranda, giysilerini çocuğuna değiştirttiğini ve çocukla konuşarak yapmamasını istediklerini (%14.3), kirli çamaşırlarını çocuğa yıkattığını (%12.9), giysilerini çocuğuna değiştirttiğini ve onu dövdüğünü (%7.1), giysilerini kendisinin değiştirdiğini ve çocuğu dövdüğünü (%4.3) ifade etmişlerdir. Annelerin %7.1’i ise hiçbir şey yapmadığını belirtmişlerdir. Bu annelerden biri verdiği tepkiyi “kakasını görmemek için okuldan gelince onu uyutuyorum” şeklinde bir ifade ile belirtmiştir.

**Tablo 4.9. Çocuğunun Enkopretik Olmasının Anne ve Ailelerin Yaşamına Etkileri**

<b>Enkoprezisin Etkileri</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Annenin ruhsal durumuna etkisi (n=70)*</b>		
Üzülme	66	94.3
İlerlemesinden korkma	28	40.0
Yıpranma, bıkmama	26	37.1
Gelecekte çocuğu etkilemesinden korkma	22	31.4
Kabullenmeme	20	28.6
Utanma	18	25.7
Sinirlerinin sürekli bozuk olması hali	18	25.7
Çocuğun arkadaşlarının yanında küçük düşmesi ve utanmasından endişelenme	15	21.4
Çaresizlik (elinden geleni yaptığı halde neden kaçırdığını anlayamama)	13	18.6
Kendini suçlu hissetme	8	11.4
İğrenme	7	10.0
Çocuğa bu hastalığı ve psikiyatrik ilaç kullanmayı yakıştıramama	7	10.0
<b>Aile içi yaşama etkisi (n=52)**</b>		
Karı- koca arasında kavga ve huzursuzluk olması	23	44.2
Ebeveynlerin çocuğa nasıl davranacaklarını bilmemesi ve bunalmas	16	30.8
Kardeşi ve akrabalarının çocukla alay etmesi	7	13.5
Babasının çocuğa kızması, öfkelenmesi ve dövmesi	3	5.8
Anne ve babanın çocuğu devamlı kontrol etmek zorunda kalması	3	5.8
<b>Çalışma yaşamına etkisi (n=10)***</b>		
İş yerinde performansın düşmesi	8	80.0
İş arkadaşlarıyla ilişkisinin bozulması	2	20.0

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

\*\*Annelerin 18'i enkoprezisin aile içi yaşamına etkisi olmadığını belirtmiştir.

\*\*\*Çalışan annelerin yanıtıdır.

Tablo 4.9'da çocuğun enkopretik olmasının anne ve ailenin yaşamına etkileri yer almaktadır. Bu tabloda, çocuğun enkopretik olmasının etkileri üç alana ayrılarak verilmiştir. Enkoprezisin annelerin ruhsal durumlarına etkisi incelendiğinde, annelerin neredeyse tamamının (%94.3) üzüldüğünü belirttiği görülmektedir. Diğer anneler, hastalığın ilerlemesinden korktuğunu (%40.0), yıprandığını ve bıktığını (%37.1), gelecekte çocuğu etkilemesinden korktuğunu (%31.4) ifade etmişlerdir.

Enkoprezisin aile içi yaşama etkileri incelendiğinde, annelerin yarısına yakını (%44.2) çocuğu enkopretik olduğu için eşiyle arasında kavga ve huzursuzluk olduğunu belirtmiştir. İkinci olarak, çocuğa nasıl davranacaklarını bilmediklerini ve bunaldıklarını (%30.8) ifade etmişlerdir. Bunun dışında, diğer çocuğunun veya akrabalarının enkopretik olan çocuğuyla alay ettiğini (%13.5), babanın çocuğa kızdığını ve çocuğu dövdüğünü (%5.8) ve ev dışına çıktıklarında çocuğu devamlı kontrol etmek zorunda kaldıklarını (%5.8) ifade etmişlerdir. Çalışan anne sayısı az (n=10) olmakla birlikte, enkoprezisin annelerin çalışma yaşamlarına etkileri incelendiğinde ise enkopretik çocuğu olan çalışan annelerin çoğunun (n=8) işyerinde performansının düştüğünü ifade ettiği görülmektedir.

**Tablo 4.10.** Annelerin Genelde Uyguladığı Disiplin Yöntemleri

<b>Disiplin Yöntemleri (n=70)*</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
Bağırma, kızma	41	58.6
Uyarma	41	58.6
Tehdit etme	39	55.7
Cezalandırma	37	52.9
Ödüllendirme	24	34.3
Konuşarak ikna etme	22	28.9
Dayak atma	19	27.1
Hiçbir şey yapmama	5	7.1

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.10'da annenin genelde uyguladığı disiplin yöntemleri verilmiştir. Annelerin uyguladığı disiplin yöntemleri incelendiğinde, annelerin genel olarak olumsuz disiplin yöntemleri kullandıkları görülmektedir. Annelerin kullandıkları olumsuz yöntemler, uyarma (%58.6), bağırma ve kızma (%58.6), tehdit etme (%55.7), cezalandırma (%52,9) olarak ifade edilmiştir. Ayrıca, annelerin yaklaşık dörtte biri dayak attığını belirtmişlerdir. Annelerin yarısına yakını ise olumlu disiplin yöntemlerinden birisi olan ödüllendirme yöntemini (%34.3) kullandıklarını ikinci olarak konuşarak çocuğunu ikna ettiklerini (%28.9) belirtmişlerdir. Annelerin %7.1'i ise hiçbir disiplin yöntemi kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.11.** Annelerin Tedavi Süresinde Aile Üyelerinden Yararlanma Durumu

<b>Yardım Kaynakları</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Aile üyeleri</b>		
Yardım alıyor	49	70.0
Eşi	37	75.5
Akrabaları (büyükanne vb.)	10	20.4
Diğer çocuğu	2	4.1
Yardım almıyor	21	30.0
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.11’de annelerin tedavi süresinde aile üyelerinden yararlanma durumu yer almaktadır. Annelerin çoğunluğu (%70) çocuğunun tedavisi süresince aile üyelerinden yardım aldığını ifade etmiştir. Anneler, aile üyeleri içinde en çok eşlerinden (%75.5), ikinci olarak da akrabalarından (büyükanne, kardeş vb.) yardım aldığını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.12.** Annelerin Enkoprezisi Doktor ile Konuşabilmesi ve Doktordan Beklentileri

<b>Sorunları Konuşabilme Durumu ve Beklentiler</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Sorunu konuşabilme</b>		
Sorunu rahat konuşabiliyor	39	55.7
Sorunu rahat konuşamıyor	31	44.3
<b>Doktordan beklenti</b>		
Yapılanları yeterli bulmayıp daha farklı yaklaşımlar bekliyor	19	27.1
Şu an uygulanan tedaviden memnun	13	18.6
Çabuk tedavi olmasını istiyor	13	18.6
Kendisine düşen görevleri öğrenmek istiyor	10	14.3
Enkoprezisin nedenini öğrenmek istiyor	6	8.6
Herhangi bir fikri yok	9	12.9
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.12 annelerin enkoprezisi doktor ile konuşabilmesi ve doktordan beklentilerini göstermektedir. Buna göre, araştırmaya katılan annelerin yarısından çoğu (%55.7) çocuğunun sorununu doktor ile rahat bir biçimde konuşabildiğini ifade etmişlerdir. Annelere doktordan beklentileri sorulduğunda, anneler en çok (%27.1) yapılanları yeterli bulmayıp daha farklı yaklaşımlar beklediğini belirtmişlerdir. Annelerin %18.6'sı şu an uygulanan tedaviden memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Diğer anneler ise çocuğunun daha çabuk tedavi olmasını istediğini (%18.6), kendisine düşen görevleri öğrenmek istediklerini (%14.3), çocuğunun neden enkopretik olduğunu öğrenmek istediğini (%8.6) ifade etmişlerdir. Annelerin %12.9'u ise herhangi bir fikri olmadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.13.** Annelerin Uygulanan Tedavi Konusundaki Düşünceleri

<b>Düşünceler</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Uygulanan tedavi konusundaki düşünceler (n=37)*</b>		
Tedavinin yararlı olduğunu düşünenler	22	59.5
Tedavinin yararlı olmadığını düşünenler	15	40.5
<b>Tedavinin yararlı olduğunu düşünmekle birlikte endişeleri olanlar (n=19)</b>		
İlaçlar uyku veya saldırganlık yapabilir	12	63.2
İlaçlar bağımlılık yapabilir	5	26.3
Kısırlık yapabilir	2	10.5

\* İlk defa polikliniğe gelenler alınmamıştır.

Tablo 4.13'te annelerin uygulanan tedavi konusundaki düşünceleri görülmektedir. Annelerin %59.5'i tedavinin yararlı olduğunu düşünmekte, %40.5'i ise tedavinin yararlı olmadığını düşünmektedir. Tedavinin yararlı olduğunu düşünen annelerin tamamına yakını (%86.3) tedaviyi uygularken bazı endişeler yaşamaktadır. Annelerin yarısından fazlası (%63.2) ilaçların uyku ve saldırganlık yapmasından endişelendiğini ifade etmişlerdir. Diğerleri ise ilaçların bağımlılık (%26.3) ve kısırlık (%10.5) yapmasından endişelendiklerini belirtmişlerdir.



**Tablo 4.14.** Annelerin Çocuğun Enkopretik Olması Nedeniyle Yaşadığı Güçlükler

<b>Annelerin Güçlükleri (n=70)*</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Koku ile ilgili güçlükler</b>	<b>59</b>	<b>84.3</b>
Evin ve çocuğun kötü kokmasından rahatsız olma	52	74.3
Koku nedeniyle misafir kabul etmekte ve misafirlığe gitmekte zorlanma	41	58.6
<b>Kakalı çamaşırıla ilgili güçlükler</b>	<b>50</b>	<b>71.4</b>
Kakalı çamaşırıları yıkamakta zorlanma	47	67.1
Yanında yedek çamaşır taşıma ve çocuğu kontrol etmek zorunda kalma	35	50.0
Sık sık çamaşır satın almak zorunda kalma	12	17.1
<b>Çocuğun sağlığıyla ilgili güçlükler</b>	<b>27</b>	<b>38.6</b>
Çocuğun sağlığından endişe etme	26	37.2
Çocuğun arkadaşlarının yanında küçük düşmesinden korkma	15	21.4
<b>Annelerin kendi sağlığıyla ilgili güçlükler</b>	<b>25</b>	<b>35.7</b>
Çocuğun kakasını neden kaçırdığını anlayamama	16	22.9
Kendi sağlığının olumsuz etkilenmesi	9	12.9
Bir anne olarak yeterli olmadığını düşünme	4	5.7

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Tablo 4.14'te çocuğun enkopretik olması nedeniyle annelerin yaşadığı güçlükler verilmiştir. Bu tabloda annelerin yaşadığı güçlükler dört ayrı gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Anneler en çok koku ile ilgili güçlükler (%84.3) yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Koku ile ilgili güçlükler içinde ise ağırlıklı olarak evin ve çocuğun kötü kokmasından (%74.3) rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Annelerin yarısından fazlası kakalı çamaşırıla ilgili güçlükler (%71.4) yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kakalı çamaşırıla ilgili güçlük yaşayan annelerin çoğunluğu kakalı çamaşırı yıkamakta zorlandıklarını (%67.1) ifade etmişlerdir. Tablo incelendiğinde annelerin, çocuğun sağlığıyla ve kendi sağlığı ile ilgili güçlükleri benzer oranlarda yaşadıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.15.** Annelerin Elinde Olsaydı Yaşamında Gerçekleşmesini İsteddiği Durumlar

<b>Gerçekleştirilmek İstenenler (n=70) *</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
Çocuğunun iyileşmesi	17	24.3
Daha mutlu bir evliliğinin olması	15	21.4
Ekonomik olarak daha rahat bir yaşam	13	18.6
Çocuğuyla daha ilgili ve kaliteli bir yaşam	13	18.6
Okumuş, daha iyi bir eğitim almış, çalışan bir anne olmak	11	15.7
Her şeyi	9	12.9
Hiçbir şeyi	7	10.0
Ailesine yakın olmak	3	4.3

\*Bu soruya birden fazla kişi yanıt verdiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.15'te annelerin yaşamında değiştirmeyi istediği durumlar yer almaktadır. Annelere yaşamında değiştirmek istediklerinin ne olduğu sorulduğunda, annelerin sadece %24.3'ünün çocuğunun iyileşmesini istediklerini belirtmeleri dikkat çekicidir. Çocuğunun iyileşmesini isteyen annelerin oranı (%24.3) ile, daha mutlu bir evliliğinin olmasını, ekonomik olarak daha rahat bir yaşamı olmasını ve çocuğuyla daha ilgili ve kaliteli bir yaşamı olmasını isteyen annelerin oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Ayrıca, hiçbir şeyi değiştirmek istemeyen ve her şeyin değişmesini isteyen annelerin oranının da birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.16.** Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin, Enkoprezis Nedeniyle Yaşadıkları Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşırıla İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Yaş grupları*</b>				
20- 30	76.5	70.6	47.1	47.1
31- 40	88.1	71.4	33.3	28.6
41- Üstü	81.8	70.7	45.5	4.5
<b>Sosyal güvence*</b>				
Var	84.6	70.8	40.0	35.4
Yok	80.0	80.0	20.0	40.0
<b>Eğitim durumu*</b>				
İlkokul Mezunu	83.7	67.4	32.6	41.9
Ortaokul	85.7	71.4	57.1	42.9
Lise	84.6	69.2	53.8	7.7
Üniversite	85.7	100.0	28.6	42.9
<b>Ücretli bir işte çalışma*</b>				
Çalışıyor	68.8	81.3	43.8	43.8
Çalışmıyor	88.9	68.5	37.0	33.3
<b>Mesleği*</b>				
Ev hanımı	86.3	66.7	39.2	35.3
İşçi	77.8	88.9	44.4	22.2
Memur	80.0	80.0	30.0	50.0
<b>Medeni durumu*</b>				
Evli	83.1	69.2	41.5	36.9
Boşanmış	100.0	100.0	0.0	20.0
<b>Çocuk sayısı*</b>				
1	85.7	73.8	35.7	28.6
2	84.6	69.2	38.5	61.5
3	80.0	66.7	46.7	33.3

\* Bu veride  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.16’da annelerin tanıtıcı özelliklerinin, çocuğunun enkopretik olması nedeni ile yaşadığı güçlükler göre dağılımı verilmiştir. Annelerin yaşadığı güçlüklerle, annelere ait tanıtıcı özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasına karşın, tablo incelendiğinde, annelerin tamamına yakınının genel olarak koku ile ilgili güçlükleri daha fazla belirttiği görülmektedir.

Annelerin yaşları ile yaşadığı güçlükler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, kendi sağlığı ile ilgili güçlük yaşayan annelerin en çok 20-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. 31-40 ve 41 yaşın üstündeki anneler en çok koku ile ilgili güçlükler yaşadığını ifade etmişlerdir.

Eğitim durumu ile annelerin yaşadığı güçlükler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, üniversite mezunu annelerin tamamı kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler yaşadığını ifade etmekte iken, diğer eğitim düzeyleri arasında belirgin farklılıklar saptanmadığı görülmektedir. Ayrıca, çalışmayan annelerin tamamına yakını (%88.9), koku ile ilgili yaşadıkları güçlükleri daha çok ifade etmekte iken, çalışan anneler kakalı çamaşır ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Annelerin mesleklerine göre bakıldığında, ev hanımı olan annelerin tamamına yakını (%86.3) koku ile ilgili yaşadıkları güçlükleri daha fazla ifade etmekte iken, işçi olarak çalışan annelerin neredeyse tamamının (%88.9) kakalı çamaşır ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır.

Annelerin medeni durumu ile yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki incelendiğinde, araştırmaya katılan eşinden boşanmış beş annenin de koku ve kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler yaşadığı saptanmıştır. Çocuk sayısı ile annelerin yaşadığı güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın iki çocuğu olan annelerin kendi sağlığı ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır.

Buna göre, yaşın, eğitim durumunun, mesleğin, medeni durumun, çocuk sayısının yaşanan güçlükler açısından fark oluşturmadığını söyleyebiliriz.

**Tablo 4.17** Annelerin Tanıcı Özelliklerinin Annelere Ait SCL-90-R Sonuçlarına Göre Dağılımı

	SCL-90-R			
	Genel Belirti Toplamı		Pozitif Semptom Toplamı	
	1'in Altı (%)	1'in Üstü (%)	90'ın Altı (%)	90'ın Üstü (%)
<b>Yaş grupları*</b>				
20- 30	58.8	41.2	47.1	52.9
31- 40	38.1	61.9	35.7	64.3
41- Üstü	63.6	36.4	63.6	36.4
<b>Sosyal güvence*</b>				
Var	46.2	53.8	41.5	58.5
Yok	60.0	40.0	60.0	40.0
<b>Eğitim durumu*</b>				
İlkokul Mezunu	53.5	46.5	48.8	51.2
Ortaokul	42.9	57.1	42.9	57.1
Lise	30.8	69.2	23.1	76.9
Üniversite	42.9	57.1	42.9	57.1
<b>Ücretli bir işte çalışma*</b>				
Çalışıyor	33.3	66.7	33.3	66.7
Çalışmıyor	50.9	49.1	45.5	54.5
<b>Mesleği*</b>				
Ev hanımı	51.0	49.0	45.1	54.9
İşçi	40.0	60.0	40.0	60.0
Memur	33.3	66.7	33.3	66.7
<b>Medeni durumu*</b>				
Evli	50.8	49.2	46.2	53.8
Boşanmış	-	100	-	100
<b>Çocuk sayısı*</b>				
1	53.3	46.7	46.7	53.3
2	45.2	54.8	40.5	59.5
3	46.2	53.8	46.2	53.8

\* Bu veride  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.17'de annelere ait SCL-90-R sonuçlarının anne ile ilgili tanıcı özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Annelere ait SCL-90-R sonuçları ile tanıcı özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasına karşın, tablo incelendiğinde, GSİ birin ve PST 90'ın üstünde olan annelerin çoğunlukla 31-40 yaş grubunda olduğu, çoğunluğunun eğitim durumunun ortaokul ve daha ileri bir eğitim düzeyinde olduğu ve bir işte çalışmakta olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan annelerden evli olanlar arasında GSİ ve PST puanları arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır. Boşanmış annenin sayısı çok az olmakla birlikte tamamının GSİ ve PST puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.18.** Annelerin Hastalığına Ait Tanıtıcı Özelliklerin, Annenin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşır ile İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı ile İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Tanınmış bir hastalığının varlığı*</b>				
Bir hastalığı var	81.6	65.8	36.8	31.6
Bir hastalığı yok	87.5	78.1	40.6	40.6
<b>Annenin tanınmış hastalıkları*</b>				
Ruhsal hastalıkları	71.4	42.9	42.9	28.6
Fiziksel hastalıkları	83.3	70.0	36.7	33.3
<b>Hastalığın devam süresi*</b>				
0-5 yıl	83.3	66.7	33.3	29.2
6-10 yıl	85.7	42.9	57.1	28.6
11yıl ve üstü	71.4	85.7	28.6	42.9

\* Bu veride  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.18’de annelerin hastalığına ait tanıtıcı özelliklerin annelerin yaşadığı güçlüklerle göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, annelerin tanınmış bir hastalığının olup olmaması ile yaşadığı güçlükler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir. Bununla birlikte, fiziksel bir hastalığı olan annelerin (%70), ruhsal bir hastalığı olan annelere (%42.9) göre kakalı çamaşır ile ilgili daha fazla güçlük yaşadığını belirttiği saptanmıştır. Ayrıca, annelerin hastalığının devam süresi arttıkça kendi sağlıkları ile ilgili yaşadığı güçlüklerin de arttığı saptanmıştır.

**Tablo 4.19.** Annelere Ait SCL-90-R Sonuçlarının, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşırıla İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Genel belirti indeksi</b>				
1'in altı	78.8	72.7	48.5	45.5
1'in üstü	89.2	70.3	29.7	27.0
<b>Pozitif semptom toplamı</b>				
90'ın altı	76.7	70.0	43.3	46.7
90'ın üstü	90.0	72.5	35.0	25.7
<b>Somatizasyon</b>				
Araz düzeyi düşük	83.0	70.2	40.4	42.6
Araz düzeyi yüksek	88.2	76.5	29.4	29.4
Araz düzeyi çok yüksek	83.3	66.7	50.0	-
<b>Obsesif kompulsif</b>				
Araz düzeyi düşük	85.1	70.2	42.6	36.2
Araz düzeyi yüksek	80.0	70.0	35.0	35.0
Araz düzeyi çok yüksek	100.0	100.0	-	33.0
<b>Kişilerarası duyarlılık</b>				
Araz düzeyi düşük	83.3	73.8	40.5	38.1
Araz düzeyi yüksek	83.3	62.5	37.5	33.3
Araz düzeyi çok yüksek	100.0	100.0	25.0	25.0
<b>Depresyon</b>				
Araz düzeyi düşük	85.7	73.5	42.9	38.8
Araz düzeyi yüksek	76.9	61.5	30.8	23.1
Araz düzeyi çok yüksek	87.5	75.0	25.0	37.5
<b>Anksiyete</b>				
Araz düzeyi düşük	83.3	74.1	37.0	37.0
Araz düzeyi yüksek	85.7	57.1	50.0	35.7
Araz düzeyi çok yüksek	100.0	100.0	-	-
<b>Öfke</b>				
Araz düzeyi düşük	84.8	76.1	39.1	41.3
Araz düzeyi yüksek	84.2	57.9	36.8	26.3
Araz düzeyi çok yüksek	80.0	80.0	40.0	20.0
<b>Fobik Bozukluklar</b>				
Araz düzeyi düşük	83.6	70.1	38.8	34.3
Araz düzeyi yüksek	100.0	100.0	50.0	100.0
Araz düzeyi çok yüksek	100.0	100.0	-	-
<b>Paranoid Düşünce</b>				
Araz düzeyi düşük	70.2	70.2	38.6	31.6
Araz düzeyi yüksek	75.0	75.0	41.7	58.3
Araz düzeyi çok yüksek	100.0	100.0	-	-

Tablo 4.19 (devamı)

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşır İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Psikotizm</b>				
Araz düzeyi düşük	83.3	69.7	40.9	37.9
Araz düzeyi yüksek	100.0	100.0	-	-
Araz düzeyi çok yüksek	100.0	100.0	-	-
<b>Ek maddeler</b>				
Araz düzeyi düşük	84.3	71.4	38.6	35.7
Araz düzeyi yüksek	-	-	-	-
Araz düzeyi çok yüksek	-	-	-	-

Tablo 4.19'da annelere ait SCL-90-R sonuçlarının, annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadığı güçlükler göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, GSİ ve PST yüksek olan annelerin daha çok koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri, en az ise, kendi sağlığı ile ilgili yaşadığı güçlükleri ifade ettikleri görülmektedir.



**Tablo 4.20.**Çocuklarla İlgili Tanıtıcı Özelliklerin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşırıla İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Yaş grupları</b>				
5-7 yaş	84,2	68,4	47,4	42,1
8-10 yaş	85,0	75,0	37,5	30,0
11 yaş ve üstü	81,8	63,6	27,3	45,5
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	80,0	90,0	30,0	20,0
Erkek	85,0	68,3	40,0	38,3
<b>Kardeşinde enkoprezis varlığı</b>				
Var	100,0	80,0	20,0	20,0
Yok	85,0	71,7	38,3	38,3
<b>Enkoprezise eşlik eden hastalığı</b>				
Var	78,8	72,7	42,4	39,4
Yok	89,2	70,3	35,1	32,4
<b>Hastaneye geliş sayısı</b>				
1.	81,8	69,7	54,5	36,4
2.	88,9	72,2	22,2	27,8
3.	75,0	50,0	50,0	62,5
4. ve Üstü	90,9	90,0	9,1	27,3

Tablo 4.20’de çocuklarla ilgili tanıtıcı özelliklerin, annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadığı güçlüklerle göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.20 incelendiğinde, çocuk hangi yaş grubunda olursa olsun annelerin koku ile ilgili yaşadıkları güçlükleri benzer oranda yaşadığı görülmektedir. Çocukları 8-10 yaş grubunda olan anneler en çok kakalı çamaşırıla ilgili güçlükler yaşadığını ifade ederken, çocukları 5-7 yaş grubunda olan anneler en çok çocuğun sağlığı ile ilgili güçlükler yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Diğer çocuğu da enkopretik olan annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadığı güçlükler incelendiğinde, koku ilgili güçlük yaşayan annelerin

tamamının, kakalı çamaşırıla ilgili güçlük yaşayan annelerin ise büyük bir çoğunluğunun diğer çocuğunun da enkopretik olduğu saptanmıştır. Ayrıca, diğer çocuğu enkopretik olmayan anneler kendi sağlığı ve çocuğun sağlığı ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığını ifade etmişlerdir.

Çocuğunun enkoprezise eşlik eden bir hastalığının olup olmaması ile annelerin yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki incelendiğinde, çocuğunda enkoprezise eşlik eden bir hastalığı olmayan annelerin tamamına yakınının koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri daha fazla ifade ettiği saptanmıştır.

Çocuğunun enkopretik olması nedeniyle çocuk psikiyatri polikliniğine başvurma sıklığı ile annelerin yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki incelendiğinde, dört kez ve üstünde polikliniğe başvuran annelerin tamamına yakınının (%90) koku ve kakalı çamaşırıla ilgili güçlükleri daha fazla yaşadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Çocuğu enkopretik olduğu için çocuk psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran anneler ise en çok çocuğunun sağlığı ile ilgili güçlükleri yaşadığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.21.** Enkoprezis İle İlgili Özelliklerin Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadıkları Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler	Kakalı Çamaşırıla İlgili Güçlükler	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler
	(n=59) (%)	(n=50) (%)	(n=27) (%)	(n=25) (%)
<b>Enkoprezis yaşı *</b>				
1-3 yaş	85.7	71.4	14.3	0.0
4-6 yaş	86.7	70.0	40.0	33.3
7-9 yaş	80.8	73.1	46.2	38.5
10 yaş ve üstü	85.7	71.4	28.6	71.4
<b>Enkoprezis sıklığı*</b>				
1-2 defa/hafta	71.4	71.4	50.0	57.1
3-4 defa/hafta	83.3	72.2	38.9	27.8
1-2 defa/gün	84.0	60.0	44.0	36.0
3-4 defa/gün	100.0	92.3	15.4	23.1
<b>Tuvalet dışında yaptığı yer</b>				
İç çamaşırı	84.8	71.2	39.4	36.4
Diğer †	75.0	75.0	25.0	25.0
<b>Okul yaşamına etkisinin varlığı</b>				
Evet	92.9	71.4	28.6	7.1
Hayır	82.4	72.5	39.2	39.2
				<b>p=0.026</b>

\* Bu veride  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

† Bahçe, balkon ve koltuğun arkası

Tablo 4.21’de enkoprezis ile ilgili özelliklerin annelerin yaşadıkları güçlüklerle göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.21 incelendiğinde, genel olarak çocukların kaka kaçırma sıklığı arttıkça annelerin koku ve kakalı çamaşırıla ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Günde 3-4 defa kaka kaçıran çocukların annelerinin tamamının koku ile ilgili güçlükler, %92.3’ünün de kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler yaşadığını belirtmeleri dikkat çekicidir. Enkoprezisin çocuğun okul yaşamına etkisinin olup olmaması ile annelerin yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, enkoprezisin çocuğun okul yaşamına etkisi olmadığını ifade eden annelerin, kendi sağlığıyla ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.22.** Anneye Göre Enkoprezis Nedenlerinin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlükler Göre Dağılımı

Nedenler *	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler	Kakalı Çamaşır İlgili Güçlükler	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler
	(%)	(%)	(%)	(%)
Bilmiyor	81.0	57.1	47.6	38.1
Çocuğun psikolojisi ve yapısının hassas olması	92.3	80.8	38.5	34.6
Çocuğun oyun ve okul nedeniyle tuvalete gitmeyi unutması	80.0	80.0	10.0	40.0
Yediği içtiği besinler	80.0	60.0	40.0	40.0
Anne-baba davranış ve tutumları	75.0	75.0	50.0	25.0

\* Bu verilerde  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.22 anneye göre enkoprezisin nedenlerinin annelerin yaşadıkları güçlükler göre dağılımını göstermektedir. Koku ile ilgili güçlük yaşayan annelerin tamamına yakını (%92.3) çocuğunun psikolojisi ve yapısının hassas olması nedeniyle kaka kaçırdığını düşündüğünü ifade etmişlerdir. Enkoprezis nedeniyle kendi sağlığıyla ilgili güçlükler yaşadığını ifade eden anneler çocuğunun en çok, oyun veya okul nedeniyle tuvalete gitmeyi unutması ve yediği içtiği besinler nedeniyle kaka kaçırdığını düşündüğünü belirtmişlerdir. Enkoprezis nedeniyle çocuğun sağlığıyla ilgili güçlük yaşayan anneler ise çocuğunun enkopretik olmasının nedeninin kendisinin ve eşinin davranış ve tutumlarına bağlı olabileceğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.23.** Çocuğun Tuvalet Eğitimi ile İlgili Özelliklerin, Annelerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadığı Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşırıla İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Tuvalet eğitimi verilme durumu*</b>				
Verildi	86.8	75.5	41.5	35.8
Verilmedi	76.5	58.8	29.4	35.4
<b>Tuvalet eğitimi verilme yaşı*</b>				
18 Aydan önce	41.3	42.5	40.9	31.6
18 Aydan sonra	58.7	57.5	59.1	68.4
<b>Tuvalet eğitimi veren kişi*</b>				
Anne	85.7	73.5	44.9	36.7
Büyükanne	80.0	80.0	20.0	20.0
<b>Tuvalet eğitiminin nasıl verildiği*</b>				
Belirli aralarla tuvalete götürüp bekleyerek	84.6	73.1	42.3	42.3
Belirli aralarla lazımlığa oturarak	82.4	76.5	52.9	35.3
Belirli aralarla tuvalete götürüp göstererek	100.0	75.0	25.0	12.5
Bilmiyor	100.0	100.0	0.0	50.0

\* Bu verilerde  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.23'te çocuğun tuvalet eğitimi ile ilgili özelliklerinin annelerin yaşadığı güçlükler göre dağılımı verilmiştir. Tuvalet eğitimi ile ilgili özelliklerin annelerin yaşadığı güçlüklerle ilişkisi değerlendirildiğinde, tuvalet eğitimi verilen çocukların annelerinin koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri daha fazla (%86.8) ifade ettikleri saptanmıştır. Tuvalet eğitimi verme yaşı ile annelerin yaşadığı güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tuvalet eğitimi verme şekli ile annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadığı güçlükler arasındaki ilişkiye bakıldığında, belirli aralarla tuvalete götürüp göstererek eğitim veren ve nasıl eğitim verildiğini bilmeyen annelerin tamamının koku ile ilgili yaşadıkları güçlükleri daha fazla ifade ettikleri saptanmıştır.

Buna göre, tuvalet eğitimi ile ilgili özelliklerin güçlükleri istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır.

**Tablo 4.24.** Annelerin Uyguladığı Disiplin Yöntemlerinin, Enkoprezis Nedeniyle Yaşadıkları Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşırıla İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Disiplin Yöntemleri*</b>				
Bağırma, kızma	85.4	70.7	46.3	43.9
Uyarma	85.4	73.2	43.9	36.6
Tehdit	84.6	71.8	43.6	38.5
Cezalandırma	86.5	73.0	37.8	45.9
Ödüllendirme	79.2	75.0	54.2	33.3
Konuşarak ikna etme	85.0	80.0	45.0	35.0
Dayak Atma	84.2	57.9	42.1	31.6
Hiçbir Şey Yapmama	80.0	80.0	0.0	0.0

\* Bu verilerde  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Annelerin uyguladığı çocuk disiplin yöntemlerinin yaşadıkları güçlüklerle göre dağılımı Tablo 4.24'te yer almaktadır. Tablo 4.24 incelendiğinde, genel olarak koku ile ilgili güçlükler yaşayan annelerin disiplin yöntemlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Bununla birlikte, konuşarak ikna etme yöntemini kullanan anneler koku (%85) ve kakalı çamaşır (%80) ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Kendi sağlığı ile ilgili güçlükler yaşayan anneler, en çok "bağırma, kızma" ve "cezalandırma" yöntemlerini kullandıklarını ifade ederken, çocuğun sağlığı ile ilgili güçlük yaşayan anneler, en çok "ödüllendirme" yöntemini kullandığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.25.** Annelerin Doktorla Konuşabilme durumunun ve Beklentilerin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadıkları Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşır İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Sorunu Konuşabilme</b>				
Konuşabiliyor	83.8	56.8	37.8	35.1
Konuşamıyor	87.1	90.3	35.5	35.5
		p=0.002		
<b>Doktordan Beklentiler</b>				
Fikri yok	77.8	66.7	22.2	11.1
Çabuk tedavi olmasını isteme	76.9	61.5	53.8	33.3
Nedenini öğrenmek isteme	100.0	66.7	66.7	33.3
Şu an uygulanan tedaviden memnun	76.9	61.5	46.2	30.5
Kendisine düşen görevleri öğrenmek isteme	90.0	80.0	20.0	30.0
Yapılanları yeterli bulmama	89.5	84.2	31.6	47.4

\* Bu verilerde  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.25’de annelerin doktorla konuşabilme durumunun ve beklentilerin yaşadıkları güçlüklerle göre dağılımı verilmiştir. Buna göre, sorununu doktor ile rahat konuşamayan anneler kakalı çamaşır ile ilgili yaşadığı güçlükleri daha fazla ifade etmiştir. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Doktordan beklentilerini “enkoprezisin nedenini öğrenmek isteme” olarak ifade eden annelerin tamamının koku ile ilgili güçlükler yaşadığı saptanmıştır. Kendisine düşen görevleri öğrenmek istediğini ifade eden (% 90), yapılanları yeterli bulmayan anneler (%89.5) koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri daha fazla belirtmişlerdir. Kokudan rahatsız olanlar ve çocuğun sağlığından endişelenenler, sorunun nedenini diğerlerine göre daha fazla oranda öğrenmek isterken, kakalı çamaşırdan rahatsız olanlar en çok, yapılanları yeterli bulmamaktadır.



**Tablo 4.26.** Annelerin Uygulanan Tedavi Konusundaki Düşüncelerinin Enkoprezis Nedeniyle Yaşadıkları Güçlüklerle Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşır İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Tedavinin Yararlı Olma Durumu*</b>				
Evet	87.1	71.0	38.7	45.2
Hayır	88.9	88.9	27.8	27.8
<b>Tedaviyle İlgili Endişesi Olanlar*</b>				
Evet	83.3	88.9	44.4	44.4
Hayır	84.6	65.4	36.5	32.7

\* Bu verilerde  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.26'da annelerin uygulanan tedavi konusundaki düşüncelerinin yaşadığı güçlüklerle göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.26 incelendiğinde, tedavinin yararlı olmadığını düşünen annelerin, yararlı olduğunu düşünen annelere göre koku ve kakalı çamaşır ile ilgili yaşadığı güçlükleri (%88.9) daha fazla ifade ettikleri saptanmıştır. Kakalı çamaşır ile ilgili güçlük yaşayan annelerin tamamına yakınının (%88.9) tedavi ile ilgili hissettiği endişeleri daha fazla ifade etmiştir.

İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da, kakalı çamaşır sorun yapan anneler, diğerlerine göre tedavinin yararlı olmadığını düşünmekte ve tedavi ile ilgili endişeyi daha fazla yaşamaktadır. Çocuğunun sağlığı için endişelenen anneler ise daha çok tedavinin yararlı olduğunu düşünmekte fakat tedavi ile ilgili endişeleri diğerlerine göre daha fazla yaşamaktadır.

**Tablo 4.27.** Annelerin Hayatında Değiştirmek İsteddiği Durumların, Enkoprezis Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler Göre Dağılımı

	Güçlükler			
	Koku İle İlgili Güçlükler (n=59) (%)	Kakalı Çamaşırıla İlgili Güçlükler (n=50) (%)	Çocuğun Sağlığı İle İlgili Güçlükler (n=27) (%)	Annenin Kendi Sağlığıyla İlgili Güçlükler (n=25) (%)
<b>Değiştirmek İstenenler*</b>				
Çocuğun iyileşmesi	70.6	58.8	35.3	35.3
Mutlu bir evliliğinin olması	80.0	80.0	33.3	20.0
Ekonomik olarak rahat bir yaşamının olması	84.6	92.3	23.1	30.8
Çocuğuyla daha fazla ve kaliteli bir yaşamının olması	84.6	76.9	46.2	38.5
Her şeyi	66.7	44.4	55.6	33.3
Aileden uzak olmamak	66.7	33.3	66.7	33.3
Hiçbir şey	100.0	71.4	28.6	28.6
Eğitimli çalışan bir anne olmak	100.0	90.9	45.5	45.5

\* Bu verilerde  $p>0.05$  olarak bulunmuştur.

Tablo 4.27’de annenin hayatında değiştirmek istediği durumların güçlükler göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.27 incelendiğinde, hiçbir şeyi değiştirmek istemeyen ve okumuş, daha iyi bir eğitim almış, çalışan bir anne olmak isteyen annelerin tamamının koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri daha fazla ifade ettiği saptanmıştır. Çocuğun iyileşmesini isteyen anneler, kokuyu ve kakalı çamaşırı dert eden anneler için öncelikli olarak ifade edilmemiş olması dikkat çekicidir. Kakalı çamaşırıla ilgili sıkıntısı olanlar, “ekonomik olarak daha rahat bir yaşam” ve “eğitimli çalışan bir anne olmak” istediğini ifade etmiştir. Çocuğun sağlığı ile ilgili güçlük yaşayanlar da durumları ile ilişkisi anlamlı olabilecek değişiklikler istemiş, örneğin, “Çocuğuyla daha fazla ve kaliteli olarak zaman geçireceği bir yaşamının olması”, “Aileden uzak olmamak” ve “Herşeyi değiştirmek istediğini” ifade etmişlerdir.

## TARTIŞMA

Bu çalışma, enkopretik çocuğu olan annelerin ruhsal durumları ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacı yapılmıştır. Enkopretik çocuklarda dışkı kaçıırma davranışı, evin uygunsuz bir yerine veya çocuğun iç çamaşırına olmaktadır (15). Bunun sonucunda çocukta ve ev içinde devamlı kirlilik ve kötü bir koku oluşmaktadır. Bu yönüyle enkoprezis, aile bireylerini etkilemektedir. Toplumumuzda evin temizliği ve çocuğun bakımını genel olarak anne sağladığı için diğer aile üyelerine göre, anneler daha fazla güçlükler yaşayabilmektedir.

Literatürde annelerin yaşadığı zorlanma ve çocuğun hastalığının anneye olan etkisine yönelik yapılan bazı çalışmalara ulaşılmıştır. Bu çalışmalar, enkopretik çocuklarla (17), kekemeliği olan çocuklarla (84), hemofilili çocuklarla (74 ) ve kronik hastalığı olan çocuklarla (85) yapılmıştır. Çalışmalar, enkoprezisten farklı sorunlara sahip çocuk grupları ile yapılmış olsa da, anneler çeşitli güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalıkların ortalama bir yıldan fazla sürdüğü, kronikleştiği dikkati çekmektedir.

Kronik hastalıkların, aileleri ekonomik ve ruhsal açıdan etkilediği bilinmektedir (86). Kronik hastalığı olan çocuklar ile yapılan bir çalışmada, hastalığın anne üzerinde oluşturduğu etkiye odaklanılmıştır. Bulunan sonuçlara göre kronik hastalığı olan anneler, çoğunlukla nörotik, depresif, içe dönük, kendine güveni olmayan kişilerdir ve genellikle çocukların hastalıklarına babalarından daha çok üzölmektedirler (87).

Yaşanan kronik hastalık durumları ile başedebilme konusunda çocuğa ve aileye verilen eğitim ve sosyal desteğin önemi büyüktür. Enkoprezise neden olan faktörler ile çocukta oluşabilecek sekonder problemlerin önlenmesinde ve anneye yapılacak danışmanlık hizmetlerinde ruh sağlığı psikiyatri hemşireliği uygulamalarının önemli oranda katkısı olabilir. Annenin yaşadığı güçlükler belirlenerek anne ve çocuk etkileşiminin olumlu yönde geliştirilmesi amacıyla yapılabilecek girişimler belirlenebilir. Enkoprezisin tedavisinin sağlanması enkopretik çocukların bireysel ilişkilerinin güçlenmesinde, benlik saygısı ve okul başarısının artmasında etkili olabilir (88, 89).

Enkoprezis, anneler için güçlük oluşturmakta ve zorlanma sonucunda annenin ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Annenin herhangi bir psikopatolojisinin olması, çocuğunun davranış ya da duygusal sorunlarına katlanma eşiği ya da onlarla başetme becerisini azaltabilir. Çocukların tedavisi sürecinde, annelerin güçlüklerinin de dikkate alınması ve bunlara yönelik girişimlerin uygulanması, annelerin yaşayacağı güçlükleri azaltabilir, başetmelerini güçlendirebilir. Bizim çalışmamızda annelerin enkoprezise bağlı yaşadıkları güçlükler, koku ile ilgili, kakalı çamaşır ile ilgili, çocuğun sağlığı ile ilgili ve annenin kendi sağlığı ile ilgili güçlükler olmak üzere dört alanda ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda anneler en çok koku ile ilgili güçlükler (%84.3) yaşadıklarını belirttiler. Annelerin belirttikleri güçlüklerin, ruhsal durumları ile ilişkisi incelendiğinde, GSI ve PST yüksek olan annelerin daha çok koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri; en az ise, kendi sağlığı ile ilgili yaşadığı güçlükleri ifade ettikleri saptanmıştır. Ruhsal belirti puanı yüksek olan annelerin en çok koku ile ilgili güçlükler yaşadığını ifade etmeleri, çalışmamıza katılan annelerin, çocuklarının enkopretik olması sonucunda oluşan kokuya odaklandıklarını düşündürmektedir. Literatürde bu bulgumuza benzer bir bulguya rastlanmamış olup çalışmamıza özgüdür.

**Annelere İlişkin Özellikler:** Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalaması  $34.39 \pm 5.7$  olup, yarısından çoğunun 31-40 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bu yaş dönemi, bireylerin evlenme ve çocuk sahibi olma gibi yaşamsal kararlarını verdiği dönem olması yönünden önemlidir. Literatürde, konu ile ilgili olarak yer alan çalışmalarda annelerin yaşları bu nedenle çalışmamızdan elde ettiğimiz bulguyla benzerlik göstermektedir (13,84,74).

Çalışmamızda, annelerin yarısından çoğunun ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Kişilerin eğitim düzeyinin yüksek olması, beraberinde finansal ve sağlık bakım kaynaklarının daha olanaklı olmasını sağlamak ve stresle başedebilme oranını artırmaktadır (90). Bu yönü ile, annelerin çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olması, eğitimin dolaylı da olsa, yaşanan ekonomik ve sosyal sorunları belirleyici bir faktör olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, çalışan anneler az sayıda olmasına karşın, bu annelerin tamamı kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler yaşadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.16). Çalışan annelerin, çalışma yaşamı ile beraber çocuğun bakımı ve evin düzeni ile ilgili primer sorumluluklarının da olması nedeni ile kakalı çamaşır ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı düşünülebilir. Ev hanımı olan annelerin tamamına yakını ise koku ile ilgili güçlükler yaşadığını ifade etmişlerdir. Koku ile ilgili güçlükleri daha fazla ifade

etmelerinin nedeninin günlerinin büyük bir kısmını evde geçirmeleri ile ilgili olduğu düşünülebilir. Bir çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde, ev hanımı olan annelerin çocukla daha fazla vakit geçirdiği ve gün içinde çocuğun kaka kaçırma davranışı ile devamlı karşılaştığı saptanmıştır (16).

Enkoprezisin tedavisinde çocukla yapılacak psikiyatrik görüşme sıklığı, bireylere özgü olarak değişmekle birlikte çoğunlukla birden çok görüşme yapılması gerekmektedir (7,5). Çalışmamızda annelerin neredeyse tamamının sosyal güvencesi olduğu ve büyük bir kısmının Antalya il merkezinde ikamet ettiği saptanmıştır (Tablo 4.1). Annelerin sosyal güvencelerinin olması ve Antalya merkezinde yaşamaları, tedavisi sonlanana kadar çocuklarını sağlık kurumuna getirebilmelerini sağlamaktadır. Bu yönüyle tedavinin sürekliliğini sağlama açısından annelerin avantajlı konumda olduğu söylenebilir. Eşinden boşanmış annelerin tamamının koku ve kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler yaşadığı saptanmıştır; fakat annelerin sadece 5'inin boşanmış olması nedeniyle bu veri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan annelerin sağlık durumu ile ilgili özellikler incelendiğinde, tanılanmış bir hastalığı olan ve olmayan annelerin sayıları bir birine yakın olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Bu sonuca göre, annelerin bir hastalığının olmasının çocuğunun enkopretik olması ile önemli bir ilişkisinin olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda, tanılanmış bir hastalığı olan anneler incelendiğinde, fiziksel hastalığı olan annelerin, ruhsal bir hastalığı olan annelerden daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). Kokuyla ve kakalı çamaşır ile ilgili güçlük yaşayan anneler, daha çok fiziksel hastalığı olan annelerdir (Tablo 4.18). Çalışmaya katılan annelere hastalığının günlük yaşamlarını nasıl etkilediği sorulduğunda, daha çok ağrı nedeniyle ev işleri yapamadıklarını ve çocukları ile ilgilenemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2). SCL-90-R sonuçlarına göre, annelerin genel belirti ortalaması (GSI)  $1.21 \pm 0.05$ , pozitif semptom toplamı (PST)  $100.01 \pm 46.02$  olarak bulunmuştur. Alt testler içinde kişilerarası duyarlılık, somatizasyon, öfke-düşmanlık, obsesif kompulsif ve depresyon alt testleri diğer alt testlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2). Bu sonuçlar, annelerin tanı almasa da bazı ruhsal sorunları olabileceğini göstermekte ve kendilerini ifade etmekte güçlük yaşadıklarını düşündürmektedir. Hemofilili çocukların annelerinin yaşadığı zorlanmayı belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, SCL-90-R sonuçları içinde somatizasyon alt testinin kontrol grubuna oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre, annelerin yaşadıkları güçlükleri

(57)'ün enkoprezise eşlik eden hastalıkları saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, enkopretik çocukların %74.1'inin eşlik eden bir hastalığının olduğu ve enkoprezise en çok eşlik eden hastalığın enürezis (55.2%) olduğunu tespit etmesi, çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, çocuğu enkopretik olduğu için çocuk psikiyatri polikliniğine ilk kez gelen anneler, en çok çocuklarının sağlıkları ile ilgili güçlükleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.20). Polikliniğe dördüncü kez ve üstünde geldiğinde görüşülen annelerin tamamına yakınının (%90) ise, koku ve kakalı çamaşırıla ilgili güçlükleri daha fazla yaşadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Bu durum, zaman içinde annelerin endişelerinin daha fazla görünür hale gelmiş ve anneleri daha fazla bıktırılmış olan koku ve kakalı çamaşır yönünde yer değiştirmiş olması ile açıklanabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) (91)'nin verilerine göre, ülkemiz genelinde hanelerin %80.7'si çekirdek aileden oluşmaktadır. Çalışmamızda da çocukların çoğunluğunun (%80) çekirdek aile özelliğine uygun olarak anne-baba ve çocuğu/çocukları ile yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4). Berkem (92)'in enüretik ve enkopretik çocuklarla yaptığı çalışmada, benzer şekilde çekirdek ailelerin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızın bulgularına göre, çocukların eğitimini ve bakımını çoğunlukla anneler tek başlarına sağlamaktadır. Bu durum, annenin çocukla daha çok çatışma yaşamasına neden olabilmektedir (16). Çocuklarının bakımında ve eğitiminde destek aldığını belirten anneler, çocuğun tedavisi süresince kendilerini en çok eşlerinin (%75.5) desteklediğini ifade etmişlerdir. Pelletier (93)'in astım ve juvenil artritli olan 6-18 yaşındaki çocukların annelerinin destek ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, annelerin eşlerinden, uzmanlardan ve yakın aile bireylerinden destek aldığı ve buna çok önem verdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada, anneler, özellikle değer görme, duygusal destek ve bilgi desteği konusunda, aldıklarından daha çok desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Aile içi sorunlar, çocuklarda enkoprezis görülmesinin nedenlerinden biridir (21). Çalışmamızda, annelerin önemli bir bölümü (%40) çocukla yeterince ilgilenememeye, ekonomik sorunlara, eşle geçimsizliğe ve iletişim sorunlarına bağlı olarak problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4). Diğer annelerin, aile içi sorunlarını paylaşmak istemedikleri için problemlerini açık olarak ifade etmediği düşünülmüştür.



somatize ederek gösterdikleri düşünölmüştür (74). Bizim çalışmamızda da annelerin daha çok fiziksel hastalıklarını belirtmeleri ve somatizasyon alt testinin yüksek olması bu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca, GSİ ve PST yüksek olan annelerin daha çok koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri, en az ise, kendi sağlığı ile ilgili yaşadığı güçlükleri ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.19).

**Çocukla İlgili Özellikler:** Araştırmaya katılan annelerin çocukları ile ilgili özellikler Tablo 4.3'de verilmiştir. Buna göre, çocukların yaş ortalaması  $8.6\pm 2$  olarak bulunmuştur. Ünal ve Pehlivanürk (57)'ün çalışmasında da, çocukların yaş ortalaması sekiz olarak bulunmuştur. Bu benzerlik, enkoprezis ile ilgili çalışmalarda yaş ortalamasının bu gruba denk gelmesinin doğal bir sonucu olarak kabul edilmiştir.

Literatüre göre, enkoprezis erkek çocuklarda daha yaygın olarak görölmektedir (5,9,7,2,1). Bizim çalışmamızda da enkopretik çocukların çoğunluğunun erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Genel olarak çocukların kaka kaçırma sıklığı arttıkça annelerin koku ve kakalı çamaşır ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Günde 3-4 kez kaka kaçıran çocukların annelerinin tamamının koku ile ilgili güçlükler yaşadığını belirtmeleri dikkat çekicidir (Tablo 4.21). Enkoprezis sıklığının artmasının evin kirlenmesine ve kokuya sebep olduğu düşünölebilir. Bu durum ise, annenin akrabaları ve komşuları ile olan misafirlik ilişkilerini kısıtlayarak sosyal izolasyon yaşamasına sebep olabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin beşinin diğer çocuğunun da enkopretik olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Koku ile ilgili güçlük yaşayan annelerin tamamının, kakalı çamaşır ile ilgili güçlük yaşayan annelerin ise büyük bir çoğunluğunun diğer çocuğunun da enkopretik olduğu saptanmıştır. Bu durum, evde birden fazla çocuğun enkopretik olmasının, anneyi özellikle temizlik konusunda zorladığını göstermektedir.

Foreman ve Thambirajah (31)'ın yaptığı bir çalışmada, primer ve sekonder enkoprezisi olan çocukların eşlik eden hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. Enkoprezis, sıklıkla enürezis ile birlikte görölmektedir. (55). Çalışmamızda, enkoprezis dışında bir hastalığı olan (%47.1) ve olmayan (%52.9) çocukların oranının birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Enkoprezis dışında bir hastalığı olan çocukların tamamına yakınının hastalığı ruhsal bir hastalıktır (%84.8). Ruhsal hastalıklar içinde, ağırlıklı olarak enürezis ve enürezis noktürnanın, fiziksel hastalıklar arasında ise en çok bronşiyal astımın (%50) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Ünal ve Pehlivanürk

**Enkoprezis ile ilgili özellikler:** Enkoprezis çoğunlukla, dört yaşından sonra çocuğun kakasını iç çamaşırına veya uygunsuz bir yere yapması olarak tanımlanmaktadır (1,2,3,4,6). Berkem (92)'in İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri polikliniğine başvuran 6-11 yaşları arasındaki çocuklarla yaptığı çalışmada enkoprezisin ortalama başlangıç yaşının  $5.2 \pm 2$  olarak saptaması çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik göstermektedir (Tablo 4. 5).

Enkopretik çocukların günlük kaka kaçırma sıklığı, her çocukta farklılık göstermektedir (94). Çalışmamızda, annelerin büyük bir kısmı (%35.7) çocuklarının günde 1-2 kez kaka kaçırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.5). Genel olarak çocukların kaka kaçırma sıklığı arttıkça annelerin koku ve kakalı çamaşır ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Günde 3-4 defa kaka kaçıran çocukların annelerinin tamamının koku ile ilgili güçlükler yaşadığını belirtmeleri dikkat çekicidir (Tablo 4.21). Buna göre çocukların kaka kaçırma sıklığının annelerin yaşadığı güçlükleri etkileyen bir faktör olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bazı anneler, enkoprezisin çocukların aile yaşamını dışında, okul yaşamını da etkilediğini belirtmişlerdir. Enkoprezisin çocuğun okul yaşamına etkisinin olup olmaması ile, annelerin yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, enkoprezisin çocuğun okul yaşamına etkisi olmadığını ifade eden annelerin, kendi sağlığıyla ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.21). Buna göre, kendi sağlığı ile ilgili güçlükleri olan annelerin, çocuğun enkoprezis sorununun okul yaşamını etkilediğinin farkında olmadıkları düşünülebilir. Çalışmamızda, çocukların ağırlıklı olarak (%64.3) devamsızlık nedeniyle okul yaşamının etkilendiği ifade edilmiştir (Tablo 4.5). Devamsızlığın nedeni çocukların arkadaşları ve öğretmenleri tarafından damgalanması olabilir. Benzer bir çalışmada bazı aileler, enkopretik olan çocuklarının, stigmatize edildiğini belirtmişlerdir (22). Hemofili hastalığı olan çocuklarla yapılan bir çalışmanın bulgularına göre; araştırmaya katılan çocukların %23.4'ü hastalık nedeniyle okula gidememekte, %33.3'ü okula devamsızlık yapmakta ve %20'sinin okul başarısı olumsuz etkilenmektedir. Bu sonuçlar, okulla ilgili yaşanan sorunların boyutlarını göstermektedir (74). Hastalıklar farklı olmasına rağmen, iki araştırmanın bulgularının benzer olmasının nedeni, çocukların diğer arkadaşlarının yanında dışlanmışlık hissetmeleri ile ilgili olabilir.

Annelere çocuklarının enkopretik olmasının nedenleri sorulduğunda, annelerin sadece %11.4'ü kendisi ya da eşi ile ilgili bir sebep



olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.6). Annelerin sorunun sebebini kendilerinde aramalarının, suçluluk duygusu hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu grup anneler, en çok koku ve kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.22).

Enkoprezisin etiyolojisinde bir çok faktör rol oynayabilmektedir (7,15). Enkoprezise neden olan fizyolojik etkenler içinde en çok, anal sfinkter ve bağırsak hareketleri ile ilgili bozukluklardan (40,9,30), psikolojik etkenler içinde, çocuğun anneden ayrı olması, anne kaybı (21), korkutucu yaşam olayları (15), tuvalet ve tuvalete gitme ile ilgili mantık dışı fantazi ve korkular ile çocuğun genel olarak inatçı tutumu, tuvalet eğitiminin verilememesi, okula başlama ve hastaneye yatış gibi önemli değişiklikler (1), sosyal etkenler içinde ise, annelerin eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması (49,13) gibi ailesel faktörler yer almaktadır.

Çalışmamızda, anneler, en çok (%37.2) çocuğunun kişilik yapısının çok hassas olması ve psikolojik yapısı nedeniyle enkopretik olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.6). Annelerin enkoprezisin nedenine yönelik ifadelerinin bunlardan farklı olması, enkoprezis konusunda bilgi eksikliği olduğunu düşündürmektedir. Loening-Baucke (94)'nin, ailelerin çoğunlukla, çocukların tuvaleti kullanmaya isteksiz olduğunu belirtmesi, bizim bulgularımızla farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda, annelerin çoğunluğu çocuklarının tuvalet eğitimi aldığını ve tamamına yakını, çocuklarına tuvalet eğitimi kendisinin verdiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.7). Toplumumuzda, tuvalet eğitimi konusunda farklı uygulamalar bulunmaktadır. Bazı kesimlerde, tuvalet eğitimi konusundaki başarısızlık ciddi bir sorun olarak algılanmaktadır. Toplumda, çocuklara tuvalet eğitimi verme konusunda yapılan baskı ile ilgili sorumluluk büyük oranda anneye verilmiştir. Gerek çocuk gerekse anne baskıcı bir tutumla tuvalet eğitimi verilmesi sonucunda, psikolojik olarak etkilenebilir (95). Hızel (13)'in enüretik enkopretik çocuklarla yaptığı çalışmada annelerin çoğunun aşırı koruyucu, baskıcı ve disiplinci tutumu olduğu ve ev kadınlığı rolünü reddettikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda, çocuklara tuvalet eğitiminin nasıl verildiği incelendiğinde, annelerin çoğunluğunun (%49.1) çocuklarını belirli aralarla tuvalete götürüp yapmasını bekleyerek tuvalet eğitimi verdiğini belirttikleri saptanmıştır. Berkem (92)'in çalışmasında enkopretik çocukların annelerinin, çoğunlukla çocuklarını sık sık tuvalete götürerek tuvalet eğitimi verdiklerinin saptanması bizim bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Tuvalet eğitimi verme şekli ile annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadığı güçlükler arasındaki

ilişkiye bakıldığında, belirli aralarla tuvalete götürüp göstererek eğitim veren ve nasıl eğitim verildiğini bilmeyen annelerin tamamının koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri daha fazla ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 4.23).

Fishman, et al (96), tuvalet eğitiminden önce ve eğitim sırasında enkoprezise neden olan predispozan faktörlerin sıklığını değerlendirmek, primer ve sekonder enkoprezisli çocukları karşılaştırmak amacıyla retrospektif bir çalışma yapmışlardır. Araştırmada, çocukların %26'sına 2 yaşından önce, %14'üne 3 yaşından sonra tuvalet eğitimi verilmeye başlandığı saptanmıştır. Çalışmamızda anneler, tuvalet eğitimini daha çok (%58.5) çocuğu 18 aylıktan büyükken vermeye başladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Berkem (92)'in çalışmasında enkopretik çocukların çoğuna bir yaşından sonra tuvalet eğitimi verildiği saptanmıştır. Bu bulgu, bizim bulgumuzla benzer niteliktedir. Çalışmamızın bulgusunun, Fishman, et al (96)'un çalışması ile benzerlik göstermemesinin kültürel farklılıklar nedeniyle olduğu düşünülebilir. Sonuç olarak, çalışmamıza katılan anneler arasında, tuvalet eğitimi verme oranı yüksek olmasına rağmen, çocukların enkopretik olmasının nedeninin, tuvalet eğitiminin yanlış verilmesi ya da etkin verilmemesi olabileceği düşünülebilir.

**Çocuğu Kakasını Üzerine veya Uygunsuz Bir Yere Yaptığında Annelerin Uygulamaları:** Çalışmamıza katılan annelerin yarısına yakınının, çocuk kakasını kaçırdığında, cezalandırıcı bir davranış gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 4.8). Anneler, bir taraftan kakalı giysiyi çocuğa değiştirerek psikolojik şiddet kullanırken, aynı anda çocuğu döverek fiziksel şiddet de kullanmaktadır. Bu durum, cezalandırmayı, bir davranışı azaltmak veya ortadan kaldırmak için yapılan negatif sözel ve fiziksel uyarı olarak tanımlayan literatür bilgisi ile benzeşmektedir (97,98,99). Yapılan araştırmalarda da cezalandırmanın, gerek ülkemizde (100,101) gerek farklı ülkelerde (102,103) bir çocuk disiplin yöntemi olarak yaygın bir şekilde kullandığı saptanmıştır. Bu yönü ile bizim araştırmamıza katılan anneler de dahil olmak üzere, ebeveynlerin uygun disiplin yöntemleri konusunda eğitim ve danışmanlığa ihtiyaçları olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, annelerin %12.9'u kakalı çamaşırlarını çocuğa yıkattığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.28). Çocuğun kirli çamaşırlarını yıkaması veya suya tutmasının, çocuğun yaptığı hatayı anlamasını sağladığı düşünülmektedir (104). Yapılan bir çalışmada dirençli enkoprezisi olan dört çocuk hastaneye yatırılmış ve çocuklara bütün bakımlarının sorumluluğu verilmiştir (Çocuklar, kendi çamaşırlarını kendileri yıkamıştır). Çocuklara davranış tedavileri, tıbbi tedaviler ve ailesel eğitimler verilmiştir. İki hafta

sonunda çocuklarda iyileşme görülmüştür (105). Bu uygulamaların bizim çalışmamızda saptadığımız uygulamadan temel farkı, çocuğa çamaşırını yıkamayı sorumluluk olarak vermek ve bunu ona hissettirmek olabilir.

Çalışmamızda, annelerin %7.1'i ise çocuğu kaka kaçırdığında hiçbir şey yapmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Bu annelerden biri verdiği tepkiyi "kakasını görmemek için okuldan gelince onu uyutuyorum" diye ifade etmiştir. Bu davranışın nedeni, annenin çocuğunun durumunu reddetmesi olabilir.

Araştırmamızda ayrıca, annenin çocuğu büyütürken uyguladığı disiplin yöntemleri de araştırılmıştır. Disiplin, çocuğun ruhsal, duygusal ve kişilik gelişimini, topluma yapıcı ve otonomi sahibi bir birey kazandırmak üzere eğitme sürecidir (106). Bağırma, hakaret etme, azarlama ve beddua etme sözel cezalandırma yöntemlerindedir. Fiziksel cezalandırma yöntemleri ise ağrı oluşturan uyarılardan yaşamsal tehlike oluşturabilecek düzeye kadar geniş bir kapsamda değerlendirilmektedir (97, 107). Araştırmamız kapsamındaki annelerin, çocuklarını büyütürken genelde kızma, bağırma, uyarma (ikaz etme) ve tehdit etme, cezalandırma yöntemlerini kullandıklarını belirtmesi, literatür bilgisi ile benzeşmektedir (97,107,101,99). Buna göre, fiziksel cezalandırma yöntemlerinin, ülkemizde ve ülkemiz dışında, çocukları disipline etmede sıkça başvurulan yöntemlerden olduğu söylenebilir (Tablo 4.10). Ayrıca koku ile ilgili güçlük yaşayan annelerin, disiplin yöntemlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.24).

**Çocuğun Enkopretik Olmasının Anne ve Ailelerin Yaşamına Etkileri:** Enkoprezisin annelerin ruhsal durumlarına etkisi incelendiğinde, annelerin neredeyse tamamının "üzüldüğünü" belirttiği görülmektedir. Diğer anneler, hastalığın ilerlemesinden korktuğunu (%40.0), yıprandığını ve bıktığını (%37.1), gelecekte çocuğu etkilemesinden korktuğunu (%31.4) ifade etmişlerdir (Tablo 4.9). Öztürk vd. (74)'nin hemofilili çocukların annelerinin yaşadığı zorlanmayı belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada, annelerin çocuğunun hastalığı nedeniyle kendilerini suçlu hissettiği, yakınları tarafından suçlandığı (%27), çocuklarını gereğinden fazla kısıtladıkları (%70) saptanmıştır. Buna göre, enkopretik çocuğu olan annelerin ve kronik bir hastalığa sahip çocuğu olan annelerin benzer duygular yaşandığı söylenebilir.

Enkoprezisin aile içi yaşama etkileri incelendiğinde, annelerin yarısına yakını (%44.2) çocuğu enkopretik olduğu için "eşiyle arasında kavga

ve huzursuzluk" olduğunu belirtmiştir. Anneler ayrıca, çocuğa nasıl davranacaklarını bilmediklerini ve bunaldıklarını (%30.8) ifade etmişlerdir. (Tablo 4.9). Karakavak ve Çırak (84)'in kronik hastalığı olan annelerin hissettiği duyguları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan 10 anneden dördü, çocuklarının hastalığına ilişkin duygu ve gereksinimlerinin, eşi ve diğer çocukları tarafından paylaşıldığını ve birbirlerine duygusal yardımlarda bulduklarını ifade etmişlerdir. Annelerden üçü ise, hastaneye yatışların tekrarlanması nedeniyle, diğer çocuklarına karşı var olan ilginin azaldığını, çocuklarının hastalığına ilişkin sıkıntı ve korkularını, eşine ve çocuklarına yansıttığını, kızgınlığını onlardan çıkardığını ifade etmişlerdir. Bazı anneler de, hastalıktan dolayı eşiyle ilişkilerinin bozulduğunu, eşinin çocuğunun hastalığına ilişkin, gereken sorumluluğu üstlenmediğini, çocuğunun bakımında yalnız kaldığını ve bu nedenlerden dolayı eşine kızgın ve öfkeli olduğunu belirtmişlerdir. Bu yönüyle her iki çalışmanın bulgularının birbirine benzer olduğu söylenebilir. Araştırmalar farklı hastalıkları olan çocukların anneleri ile yapılmış olmasına rağmen, hastalıkların aileleri benzer şekilde etkilediği bulunmuştur. Buna göre anneleri, çocuğun semptomlarından çok, semptomların uzun sürmesinin etkilediği ve yıprattığı söylenebilir.

Bizim çalıştığımız anneler içinde, çalışanlar az (n=10) olmakla birlikte, enkoprezisin annelerin çalışma yaşamlarına etkileri incelendiğinde, çalışan annelerin çoğunun (n=8) işyerinde performansının düştüğünü ifade ettiği görülmektedir (Tablo 4.9). Bu durumda enkoprezisin annenin tüm yaşamını sarmalayan bir sorun olduğunu söylemek yanlış olmaz.

**Annenin Tedavi Süresinde Aile Üyelerinden Yardım Alma Durumu:** Kronik hastalığı olan çocuğa sahip anneler, bu durum nedeni ile desteğe gereksinim duymaktadır (85). Çalışmamızda, annelerin çoğunluğunun eşinden, diğer çocuğundan ve akrabalarından yardım aldığı saptanmıştır (Tablo 4.11). Karakavak ve Çırak (85)'in yaptığı çalışmada da anneler benzer şekilde, eşlerinden, çocuklarından ve yakın çevrelerinden destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum bir taraftan aile içi dayanışmayı ifade ederken, diğer taraftan ailelerin sorunla baş başa kaldıklarını, toplumsal destek alamadıklarını göstermektedir.

**Annelerin Çocuğun Hastalığını Doktorla Konuşabilme Durumları ve Doktordan Beklentileri:** Çalışmamıza katılan annelerin yarısından çoğu (%55.7), çocuğunun enkopretik olduğunu doktorla rahat bir biçimde konuşabildiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.12). Ayrıca annelerin çoğunluğu, uygulanan tedavinin yararlı olduğunu düşündüğünü belirtmişlerdir

(Tablo 4.13). Çalışmamızda, annelere doktordan beklentileri sorulduğunda ise, anneler en çok (%27.1) yapılanları yeterli bulmayıp doktordan daha farklı yaklaşımlar beklediklerini belirtmişlerdir. Annelerin %18.6' sını ise uygulanan tedaviden memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.12). Bernard-Bonnin (108)'in, bir klinikte, multidisipliner bir yaklaşımla tedavi görmüş enkopretik çocukların ve ebeveynlerinin uygulanan tedavi ile ilgili algılamalarını incelediği çalışmasında, 3.5 yıl süren bir tedavinin sonunda çocuğun enkoprezise ilişkin semptomlarının azaldığı ya da ortadan kalktığı görülmüştür. Bu çalışmada, çocukların ve ebeveynlerin tedaviye ilişkin memnuniyetleri incelendiğinde, her iki grubun da tedavinin yararlı olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Ülkemizde, enkoprezise yönelik tedavi çoğunlukla doktor tarafından yürütülmektedir. Çalışmamıza katılan annelerin yapılanları yeterli bulmayıp farklı yaklaşımlar beklemesi multidisipliner bir modele gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda, annelerin yarısına yakını (%44.3), çocuğunun enkopretik olduğunu doktorla rahat bir biçimde konuşamadığını ifade etmiştir (Tablo 4.12). Ayrıca, çocuğunun enkopretik oluşunu doktorla konuşamayan annelerin tamamına yakını (%90.3) kakalı çamaşırıla ilgili güçlükler yaşadığını belirtmişlerdir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.25). Annelerin, çocuğunun enkopretik olmasına bağlı güçlükler yaşamasına rağmen, bunu doktorla rahat konuşamaması suçluluk ve utanç duygusu hissetmesiyle ilişkili olabilir.

**Annelerin Hayatında Değiştirmek İstedikleri Durumlar:** Enkoprezis etiolojisinde, aile özelliklerinin önemli yeri olduğu bilindiğinden, bu araştırmada annelere yaşamlarında değiştirmek istedikleri bir şey olup olmadığı sorulmuş ve bu konuda kendilerini ifade etmelerine fırsat verilmiştir. İlgili soruya annelerin verdiği yanıtlar incelendiğinde ilginç bir durum ortaya çıkmıştır. Anneler, çocuklarının iyileşmesini istemenin yanı sıra, daha mutlu bir evliliklerinin olmasını, ekonomik olarak daha rahat bir yaşamlarının olmasını ve çocukları ile daha ilgili ve kaliteli bir yaşamlarının olmasını istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.15). Bu verilere dayalı olarak, annelerin yaşamlarında gerçekleşmesini arzu ettikleri değişikliklerin, aynı zamanda enkoprezise de neden olabilecek ailesel özellikler olduğu söylenebilir. Literatürde bu bulgumuza benzer bir bulguya rastlanmamıştır. Hayatında farklı değişikliklerin olmasını isteyen anneler, çocuğunun enkopretik olması nedeniyle bazı güçlükler yaşadığını belirtmişlerdir. Çocuğun iyileşmesinin, kokuyu ve kakalı çamaşırı dert eden anneler için öncelikli olarak ifade edilmemiş olması dikkat çekicidir (Tablo 4.27).

Çalışmamızda, değişkenler veriler arasında çok fazla anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bunun nedeninin araştırmaya katılan annelerin özelliklerinin homojen bir dağılım göstermesi olabileceği düşünülmüştür.



## SONUÇLAR

Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği ve Akdeniz Üniveristesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran enkopretik çocukların annelerinin güçlüklerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $34.39 \pm 5.7$  olup tamamına yakını (%92.9) evlidir ve annelerin yarısından çoğunun (%60) iki çocuğu vardır. Çalışmamızda, annelerin yarısından çoğunun (%61.4) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca, annelerin çoğunluğu (%78.6) ev hanımı olup tamamına yakınının (%92.9) sosyal güvencesi vardır ve büyük bir kısmı (%78.6) Antalya il merkezinde ikamet etmektedir (Tablo 4.1).
2. Annelerin yarısından fazlasının (%54.3) tanılanmış bir hastalığı olduğu, hastalığı olan annelerin %81.1'inde fiziksel, %18.9'unda ise ruhsal olduğu saptanmıştır. Fiziksel hastalıklar arasında bel fitiği, migren ve guatr, ruhsal hastalıklar arasında da depresyon, uyku bozukluğu, panik atak ve anksiyete bozukluğu yer almaktadır. Annelerin tanılanmış hastalıklarının ortalama devam süresi 7 yıl olarak tespit edilmiştir. Annelerin hastalıklarının günlük yaşamlarına etkilerine bakıldığında, annelerin daha çok ağrı nedeniyle ev işlerini yapamadıklarını ve çocukları ile ilgilenemediklerini (%42.1) ifade ettikleri saptanmıştır. SCL-90-R sonuçları incelendiğinde, annelerin genel belirti düzeyi ortalaması  $1,21 \pm 0.56$  olarak bulunmuştur. Ruhsal belirti alt testlerinde kişilerarası duyarlılık boyutu ( $1,37 \pm 0,66$ ) diğer boyutlara göre en yüksek ortalamaya sahiptir. Somatizasyon ( $1,33 \pm 0,68$ ), öfke-düşmanlık ( $1,31 \pm 0,79$ ) ve obsesif kompulsif ( $1,30 \pm 0,68$ ) puan ortalamalarının da diğer alt testlere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).
3. Çocukların yaş ortalaması  $8.6 \pm 2$  ve tamamına yakını (%85.7) erkektir. Kardeşi olan çocukların %9.1'inde enkoprezis olduğu, annelerin %47.1'i çocuklarını hastaneye ilk defa getirdikleri, enkoprezise eşlik eden bir hastalığı olan çocukların tamamına yakınının (%84.8) ruhsal bir hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

4. Çalışmamızda annelerin çoğunluğunun (%80) çekirdek aile özelliğine uygun olarak anne-baba ve çocuğu/çocukları ile yaşadıkları saptanmıştır. Annelerin büyük bir kısmı çocuklarının eğitimi ve bakımını yalnızca kendisi sağlamaktadır. Anneler, çocuğun tedavisi süresince kendisini en çok eşinin (%75.5) desteklediğini ifade etmişlerdir. Annelerin yarısından çoğu (%60), aile içi bir probleminin olmadığını belirtmişlerdir. Annelerin diğer kısmı ise (%40) birbirine yakın oranlarda çocukla yeterince ilgilenememeye, ekonomik sorunlara, eşiyile geçimsizliğe ve iletişim sorunlarına bağlı olarak problemler yaşadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.4).
5. Çalışmamızda, enkoprezisin ortalama başlangıç yaşı beş olarak saptanmıştır. Annelerin büyük bir kısmı (%35.7) çocuklarının günde 1-2 kez kaka kaçırdığını ifade etmişlerdir. Annelerin ifadesine göre, çocuklarının neredeyse tamamının (%94.3) kakasını iç çamaşırına yaptığı saptanmıştır. Araştırmada annelere çocuğun kaka kaçırmasının okul yaşantısına etkisi olup olmadığı sorulduğunda, çocukların %21.5'inin enkopretik olmaları nedeniyle okul yaşamının etkilendiği, bunun nedeninin ise, devamsızlık yapmaları (%64.3) olduğu ifade edilmiştir (Tablo 4.5).
6. Anneler, en çok çocuğunun kişilik yapısının çok hassas olması ve psikolojik yapısı nedeniyle (%37.2) enkopretik olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Annelerin %30'u ise, çocuğunun neden enkopretik olduğunu bilmediğini ifade etmişlerdir. Annelere kaka kaçırmaya ile ilgili bilgileri olup olmadığı sorulduğunda, çoğunluğu enkoprezis hakkında hiçbir bilgisi olmadığını (%62.9) ifade etmişlerdir (Tablo 4.6).
7. Annelerin ifadesine göre, çocukların çoğunluğuna tuvalet eğitimi verilmiştir. Tuvalet eğitimi verilen çocukların tamamına yakınına bu eğitimi annesi (%90.7) vermiştir. Tuvalet eğitimi, daha çok çocuk 18 aydan büyükken verilmeye başlanmıştır (%58.5). Tuvalet eğitiminin nasıl verildiği incelendiğinde, annelerin çoğunluğu çocuklarını belirli aralarla tuvalete götürüp yapmasını bekleyerek (%49.1) eğitim verdiğini belirtmiştir (Tablo 4.7).



8. Annelerin çoğunluğu kakalı giysileri çocuğa değiştirttiğini ifade etmişlerdir. Annelerin diğer uygulamaları incelendiğinde, “çocuğu kaka kaçırdığında giysilerini değiştirdiğini ve çocuktan bir daha aynı davranışı yapmamasını istediğini (%24.3)” ve “bir daha yapmazsa ödüllendireceğini” söyleyerek sorunu çözmeye çalıştığını (%5.7) belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.8).
9. Enkoprezisin annelerin ruhsal durumlarına etkileri incelendiğinde, annelerin neredeyse tamamının (%94.3) “üzüldüğünü” belirttikleri saptanmıştır. Enkoprezisin aile içi yaşama etkileri incelendiğinde, annelerin en çok çocuğu enkopretik olduğu için eşiyle arasında kavga ve huzursuzluk olduğunu (%44.2) belirttikleri saptanmıştır. Enkopretik çocuğu olan çalışan annelerin sayısı az olmakla birlikte, tamamına yakınının işyerinde performansının düştüğünü ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.9).
10. Annelerin uyguladığı disiplin yöntemleri incelendiğinde, genel olarak olumsuz disiplin yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Annelerin kullandıkları olumsuz yöntemler, uyarma (%58.6), bağırma ve kızma (%58.6), tehdit etme (%55.7) ve cezalandırma (%52,9) olarak ifade edilmiştir. Ayrıca, annelerin bir kısmı çocuklarına dayak attığını belirtmişlerdir. Olumlu disiplin yöntemlerini kullanan anneler, ödüllendirme yöntemini (%34.3) kullandıklarını ve konuşarak çocuğunu ikna etmeye çalıştıklarını (%28.9) belirtmişlerdir (Tablo 4.10).
11. Annelerin çoğunluğu çocuğunun tedavisi süresince aile üyelerinden yardım aldığını (%70) ifade etmişlerdir. Anneler, aile üyeleri içinde en çok eşinden (%76) yardım aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.11).
12. Araştırmaya katılan annelerin yarısından çoğu (%55.7) çocuğunun sorununu doktor ile rahat bir biçimde konuşabildiğini ifade etmişlerdir. Annelere doktordan beklentileri sorulduğunda, en çok yapılanları yeterli bulmayıp daha farklı yaklaşımlar beklediklerini (%27.1), %18.6’sı ise, şu an uygulanan tedaviden memnun olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

13. Annelerin %59.5'i uygulanan tedavinin yararlı olduğunu düşünmektedir. Tedavinin yararlı olduğunu düşünen annelerin tamamına yakını (n=19) tedaviyi uygularken bazı endişeler yaşadığını belirtmişlerdir. Annelerin yarısı kullanılan ilaçların uyku ve saldırganlık yapmasından endişelendiğini ifade etmişlerdir. Diğerleri ise ilaçların bağımlılık (%26.3) ve kısırlık (%10.5) yapmasından endişelendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.13).
14. Annelerin, çocuklarının enkopretik olması nedeniyle koku, kakalı çamaşır, çocuğun sağlığı ve annenin kendi sağlığı ile ilgili olmak üzere dört alanda güçlükler yaşadığı saptanmıştır. Anneler, en çok koku ile ilgili güçlükler yaşadıklarını (%84.3) ifade etmişlerdir. Koku ile ilgili güçlükler içinde ise ağırlıklı olarak evin ve çocuğun kötü kokmasından (%74.3) rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Annelerin yarısından fazlası kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler (%71.4) yaşadıklarını, bunların çoğunluğunun ise kakalı çamaşırı yıkamakta zorlandıklarını (%67.1) ifade ettikleri saptanmıştır. Çalışmada, annelerin, çocuğun sağlığı ve kendi sağlığı ile ilgili güçlükleri yaşama oranının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).
15. Annelere yaşamlarında değiştirmek istediklerinin ne olduğu sorulduğunda, sadece %24.3'ü çocuklarının iyileşmesini istediklerini belirtmişlerdir. Çocuklarının iyileşmesini isteyen annelerin oranı (%24.3) ile, daha mutlu bir evliliği olmasını, ekonomik olarak daha rahat bir yaşamı olmasını ve çocuğuyla daha çok ilgilenebileceği, kaliteli bir yaşamı olmasını isteyen annelerin oranları birbirine yakın olarak saptanmıştır. Ayrıca, yaşamlarında hiçbir şeyi değiştirmek istemeyen ve herşeyin değişmesini isteyen annelerin oranları da birbirine yakın olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.15).
16. Annelerin yaşadıkları güçlüklerle, annelere ait tanıtıcı özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.16).
17. Annelere ait SCL-90-R sonuçları ile tanıtıcı özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasına karşın, GSİ 1 puanın ve PST 90 puanın üstünde olan annelerin çoğunlukla 31-40 yaş grubunda olduğu, bunların çoğunluğunun eğitim durumunun orta okul ve daha ileri bir eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17).

18. Annelerin tanılanmış bir hastalığının olup olmaması ile yaşadığı güçlükler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olmakla birlikte, fiziksel bir hastalığı olan annelerin (%70), ruhsal bir hastalığı olan annelere göre (%42.9) kakalı çamaşır nedeni ile daha fazla güçlük yaşadıklarını belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.18).
19. SCL-90-R' nin sonuçlarından olan GSİ ve PST ile annelerin yaşadığı güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olmakla birlikte, GSİ ve PST yüksek olan annelerin, daha çok koku ile ilgili yaşadığı güçlükleri, en az ise, kendi sağlığı ile ilgili güçlükleri yaşadığı ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 4.19).
20. Çocuklarla ilgili tanıtıcı özellikler ile annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadıkları güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, çocukları 8-10 yaş grubunda olan annelerin en çok kakalı çamaşır ile ilgili güçlükler yaşadıklarını, çocukları 5-7 yaş grubunda olan annelerin ise en çok çocuğun sağlığı ile ilgili güçlükler yaşadıklarını belirttikleri saptanmıştır. Çocuğunu dördüncü kezden fazla polikliniğe getiren annelerin tamamına yakını (%90) koku ve kakalı çamaşır ile ilgili güçlükleri daha fazla yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.20).
21. Enkoprezis ile ilgili özelliklerin, annelerin yaşadıkları güçlüklerle ilişkisi incelendiğinde, enkoprezisin çocuğun okul yaşamına etkisi olmadığını ifade eden annelerin, kendi sağlığıyla ilgili güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.21).
22. Annelere göre enkoprezisin nedenleri ile annelerin enkoprezis nedeniyle yaşadıkları güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, koku ile ilgili güçlükler yaşayan annelerin tamamına yakınının (%92.3) çocuğunun psikolojisi ve yapısının hassas olması nedeniyle kaka kaçırdığını düşündükleri saptanmıştır (Tablo 4.22).
23. Çocuğuna tuvalet eğitimi verilmesi ile annelerin yaşadıkları güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, belirli aralarla tuvalete götürüp göstererek eğitim veren ve nasıl eğitim verildiğini bilmeyen annelerin tamamının koku ile ilgili yaşadıkları güçlükleri daha fazla ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.23).

24. Annelerin uyguladığı disiplin yöntemleri ile enkoprezis nedeniyle yaşadıkları güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, genel olarak koku ile ilgili güçlükler yaşayan annelerin disiplin yöntemlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca, kendi sağlığı ile ilgili güçlükler yaşayan anneler, en çok "tehdit etme", "cezalandırma" yöntemlerini kullandıklarını ifade ederken, çocuğun sağlığı ile ilgili güçlük yaşayan anneler, en çok "ödüllendirme" yöntemini kullandığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.24).
25. Annelerin doktorla konuşabilme durumlarının ve beklentilerinin yaşadıkları güçlüklerle ilişkisi incelendiğinde, çocuğun enkopretik olmasını doktor ile rahat konuşamayan annelerin kakalı çamaşırıla ilgili yaşadığı güçlükleri daha fazla ifade ettikleri saptanmıştır. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.25).
26. Annelerin uygulanan tedavi konusundaki düşünceleri ile yaşadıkları güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması ile birlikte, kakalı çamaşırı sorun yapan annelerin, diğerlerine göre tedavinin yararlı olmadığını düşündüğü ve tedavi ile ilgili endişeleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Çocuğunun sağlığı için endişelenen annelerin ise, tedavinin yararlı olduğunu daha çok düşündüğü fakat tedavi ile ilgili endişeleri diğerlerine göre daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.26).
27. Annelerin yaşamlarında değiştirmek istediği durumlar ile güçlükler arasında anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte, "çocuğun iyileşmesini istemenin", kokuyu ve kakalı çamaşırı dert eden anneler için öncelikli olarak ifade edilmemiş olduğu saptanmıştır (Tablo 4.27).

## ÖNERİLER

Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Adölesan Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran enkopretik çocukların annelerinin güçlüklerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına, enkopretik çocuğu olan annelerin yaşadıkları güçlüklerle başetme yeterliliklerini arttıracak uygun müdahaleleri belirlemelerinde önemli veriler sağlamıştır. Bu çalışmada, annelerin yaşadıkları güçlükler dört ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar, koku, kakalı çamaşır, çocuğun sağlığı ve annenin kendi sağlığı ile ilgili güçlüklerdir. SCL-90-R sonuçlarına göre, annelerin tanılanabilecek düzeyde olmasa da belirli ruhsal sorunları olduğu, çocuklarının enkopretik olmaları nedeniyle iş yaşamlarının, sosyal yaşamlarının ve aile ilişkilerinin etkilendiği, enkoprezisi ve çocuklarına nasıl yardım edebileceklerini bilme konusunda belirli eksikliklerinin olduğu, bir kısmının uygulanan tedaviden memnun olmadığı, mevcut yaşantılarını değiştirmek istedikleri ve çocuklarının enkopretik olmasından dolayı sürekli üzüntü yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda ulaşılan sonuçlara göre, annelerin yaşadıkları güçlüklerin uygun hemşirelik bakımı ile ele alınabileceği düşünülmüştür. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, aşağıdaki öneriler yapılmıştır.

- Anneler, koku, kakalı çamaşır, çocuğun sağlığı ve kendi sağlığı ile ilgili olarak farklı alanlarda güçlükler yaşadığından, multidisipliner bir yaklaşım uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla, psikiyatri ekibi içinde psikiyatri hemşirelerine ya da bu alanda özel eğitim almış hemşirelere rol verilmesi,
- Hastalık odaklı ve ayaktan poliklinik tedavisi ile sınırlı bir yaklaşım yerine, annenin yaşadığı problemlerin de ele alınacağı ve enkopretik çocuğu olan annelerin deneyimlerini birbirleriyle paylaşabileceği grup çalışmaları yapılması,
- Annelerin ifade ettikleri güçlükler semptom odaklı olduğundan, sorunu doğru anlamalarını ve çocuğun örselenmesini önleyici yaklaşımlarda bulunabilmelerini sağlayacak eğitimler ve davranış değiştirme yöntemlerinin uygulanması,

- Ailenin tümünü etkileyen ve muhtemelen aile yapısından kaynaklanan bir sorun olarak, enkoprezis konusunda aileyi bilgilendirici, yönlendirici uygulamaların ev ziyaretleri, basın ve yayın organları yoluyla duyurulması,
- Annelerin, olumsuz disiplin yöntemlerini kullanma oranı fazla olduğundan, çocuk disiplin yöntemleri ve bunların çocuk üzerindeki etkileri konusunda bilgilendirilmesi,
- Çalışma, sadece Antalya ilinde ve sınırlı örnekleme yapıldığı için daha geniş bir örnekleme yapılması,
- Ebeveyn davranışlarının enkoprezisin ortaya çıkması ve seyrinde önemli olduğu bilindiğinden, babaların da enkoprezise ilişkin güçlüklerini belirlemeye yönelik araştırmaların yapılması,
- Duygu, algı ve düşüncelerin özgün bir şekilde ifade edilmesini kolaylaştırması nedeni ile, aynı konunun kalitatif araştırma yöntemleri kullanılarak çalışılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (2000). *Psychiatric mental health Nursing. Second Ed.* St Louis: Mosby.pp:429
2. Boyd, M. A. (2002). *Psychiatric nursing contemporary practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp:775-778
3. Videbeck, S. L. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp: 488
4. Shives, L. R. and Isaacs, A. (2002). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.pp:492
5. Dulcan, M. K., Martini, D. R. and Lake, M. L. (2003). *Concise guide to child and adolescent psychiatry (Third Ed).* London: American Psychiatric Publishing. pp: 83-87
6. Boris, N. W. & Dalton, R. (2004). Encopresis. In Behrman R. E., Kliegman R. M. & Jenson, H. B. (Ed.). *Nelson Textbook of Pediatric* (pp. 75). Philadelphia: Saunders.
7. Mikkelsen, E.J.M. (2002). Modern approaches to enuresis and encopresis. In M. Lewis (Ed.), *Child And Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook* (pp.705-708). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Loening-Baucke, V. (2002). Encopresis. *Curr Opin Pediatrics.* 14: 570-575
9. Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2004) Çeviren E. Abay. *Klinik psikiyatri.* (541, 544, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri).
10. Çarman, K. B., Nuhoglu, Ç. & Ceran, Ö. (2003). İstanbul İli Ümraniye İlçesi'nde bir grup okul çocuğunda enürezis nokturna prevalansı. *Türk Pediatri Arşivi* (38): 153-159



11. Doğan, Y., Erkan, T., Ergül, Y., Çullu Çokuğraş, F. & Kutlu, T. (2005). Kabızlık yakınması olan olguların retrospektif dökümü. *Türk Pediatri Arşivi*. 40(1): 23- 7
12. Görker, I., Korkmazlar, Ü., Durukan, M. ve Aydoğdu, M. (2004). Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanu dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. (7):103-110
13. Hızel, M. (1999). Okul çocuklarında (7-12 yaş) görülen enürezis ve enkoprezis sıklığının aile tutumuyla ilişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
14. Buchanan, A. & Clayden, G. (1992). *Children who Soil - Assessment and Treatment*. Wiley: Chichester.pp:268
15. Yörükoğlu, A. (2003). *Çocuk ruh sağlığı*. İstanbul: Özgür Yayınları. ss:331-333
16. KnafI, K. & Zoeller, L. (2000). Childhood chronic illness: a comparison of mothers' and fathers' experiences. *J Fam Nurs*. (6): 287-302.
17. Brennan-Parsons, S. (2000). Mothers' experiences in living with a child with encopresis a phenomenological study. *Memorial university of Newfoundland*.
18. Şenol, S. (2006). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı*. HYB Yayıncılık. ss:198-201
19. Eeremiş, S & Aydın, C. (2002). Çocuk ruh sağlığı yönünden enkoprezis. In A. Ekşi (Ed.), *Ben hasta değilim* (ss. 119-123). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
20. Özçay, F. (2004). Kabızlık ve enkoprezis. In Ü. Saatçi & K. Tokel (Ed.), *Çocuk sağlığı ve hastalıklarına yaklaşım* (ss.170-173). Ankara: Başkent Üniversitesi Yayın Birliği.



21. Yavuzer, H. (1999). *Ana-baba ve çocuk*. İstanbul: Remzi Kitabevi. ss:13-84
22. Becker, J. H. (1994). An Approach to the treatment of encopresis. *Surg Annu*. 26: 49-66
23. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2001) Çeviren E. Köroğlu. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. (65, Ankara, Hekimler Yayın Birliği).
24. Wakefield, M. A., Woodbridge, C., Steward, J., & Croke, W. M. (1984). A treatment program for fecal incontinence. *Development Medicine and Child Neurology*. (26): 616
25. Klykylo, W. M. & Kay, J. L. (2005). *Clinical child psychiatry*. (Second Edition). John Wiley & Sons Ltd. USA.pp:333-341
26. Clayden, G., Taylor, E., Loader, P., Borzyskowski, M. and Edwards, M. (2002). Wetting and soiling in childhood. M. Rutter & E. Taylor (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry*. (pp. 793-799). London: Blackwell Science Company.
27. Wiener, J. M. & Dulcan, M. K. (2005). *Child and adolescent psychiatry*. America: American Psychiatric Publishing. pp:585-588
28. Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L. & Schwartz, P. (2001). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. ed. 6. Mosby.pp:517
29. Lewis, K. D. & Bear, B. J. (2002). *Manual of School Health*. (Sec. Ed). USA: Saunders.pp:215-217
30. Öztürk, O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.ss:573-574

31. Foreman, D. M. & Thambirajah, M. S. (1996). Conduct disorder, enuresis and spesific developmental delays in two types of encopresis: a case note study of 63 boys. *Eur Child Adolescent Psychiatry*. (5): 33-37
32. Levine, M. D. (1976) Children with encopresis. *Pediatrics*. (56):412-416
33. Olatawura, M. O. (1973). Encopresis ja review of 32 cases. *Acta Pediatr. Scand*. (62):358-364
34. Kisch, E. H. & Pfeffer, C. R. (1984). Functional encopresis: Psychiatric inpatient treatment. *Am J Psychotherapy* 38:264-271
35. Wal, V. D., Benninga, M. A. & Hirasing, R. A. (2005). The prevalence of encopresis in a multicultural population. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. (40):345-348
36. Van Ginkel R., Büller, H. A., Heymans, H. S. Taminiau, J. A., Boeckxstaens, G. E. & Benninga, M. A. (2003). Functional childhood gastrointestinal disorders. II. Constipation ve solitary encopresis: physiology ve pathophysiology. *Ned Tijdschr Geneesk*. 147(26): 1264-1267.
37. İnal Emiroğlu, F. N. (2006). Bir ayaktan çocuk psikiyatri kliniğinde dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınması ile değerlendirilen hastaların aldığı tanı ve tedaviler. 16. *Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastaluları Kongresi*.
38. Öy, B., Rezaki, B., Başıoğlu, N., Bağçacı, A. ve İlgen R. (1996). Bir pediyatri polikliniğine başvuran ilkokul çocuklarında ruhsal uyum taraması. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 3(1):15-20
39. Sprague-McRae, J. M., Lamb, W. & Homer, D. (1993). Encopresis: a study of treatment alternatives and historical and behavioral characteristics. *Nurse Pract*. 18:52-3, 56-63
40. Sökücü, S. (2002). Çocuklarda kabızlık ve enkoprezis. A. Ekşi (Ed.), *Ben hasta değerlim* (ss. 409-413). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

41. Uğuralp, S., Karaoğlu, L., Karaman, S., Demircan, M. ve Yakıncı, C., (2003). Frequency of enuresis, constipation and enuresis association with constipation in a group of school children aged 5-9 years in Malatya. *Turkish Journal of Medical Sciences*. (33) 315-320
42. McClung, H. J., Boyne, L. J., Lindbeld, T., Healthlinger, L. A., Murray R. D. & Fyda, J. U. (1993). Is combination therapy for encopresis nutritionally safe? *Pediatrics*. (91): 591-594.
43. Sentovich, S. M., Kauffman, S. S. & Cali, R. L. (1998). Pudental nerve function in normal and encopretic children. *Journal Pediatric Gastroentoroloji Nutricion*. (26): 70-72
44. Eliot, A. J, & Peterson, L. W. (1993). Maternal sexual abuse of male children: when to suspect and how to uncover it. *Postgrad Med*; 94: 169-172.
45. Boon, F. (1991). Encopresis and sexual assault. *Journal Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 30:509-510
46. Elizur, E. & Kaffman, M. (1982). Children's bereavement. reactions following death of the father. in R. H. Moos (Ed) *Coping with Life Crises: An Integrated Approach* (pp:49). New York, London: Plenum Press.
47. Clarck, A. F., Tayler, P. J. & Bhate, S. R. (1990). Nocturnal fecal soiling and anal masturbation. *Arch Dis Child*. (65): 1367-1368
48. Anthony, E. J. (1957). An experimental approach to the psychology of childhood: encopresis. *Br Journal Med. Psychol*. 30: 146-174
49. Muhammed, Y. (1996). Enkopretik ve enüretik çocuklarda IQ, E.E.G, heredite, ebeveynin eğitim düzeyleri ve sosyoekonomik faktörlerin araştırılması. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
50. Seeley, R. R., Stephens, T. D. & Tate, P. (2005). *Essentials of Anatomy & Physiology*. Boston: McGraw-Hill.pp:454-483

51. Germann, W. J. & Stanfield, C. L. (2005). *Principle of human physiology Second ed.* London: Pearson Education, Inc., Publishing as Benjamin Cummings.pp:647-679
52. Moore, K. L. & Agur, A. M. R. (2007). *Clinical Anatomy (Third Ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.pp:142-159
53. Solomon, E. P. (1999). Çeviren L.B. Süzen. *İnsan anatomisi ve fizyolojisine giriş Second Ed.* (209-227, İstanbul, Birol Basın Yayın Dağıtım ve Ticaret Ltd. Şti)
54. Sprague-McRae J. M. (1990). Encopresis: Developmental, behavioral and physiological consideration for treatment. *Nurs Pract.*: 15(6):8-24
55. Levine, M. D. (1981). The school child with encopresis. *Pediatr Rev.* (2): 285-9
56. Clavero A. M. & Toro, T. J. (1993). Enuresis and encopresis: their relationship. *An Esp Pediatr.* (39)
57. Ünal, F. & Pehlivan Türk, B. (2004). Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. *The Turkish Journal of Pediatrics* 46: 350-353
58. Cox, D. J., Morris, J. B., Borowitz, S. M., & Sutphen, J. L. (2002). Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*. 27(7):585-591
59. Brooks, R. C., Copen, R. M., Cox, D. J., Morris, J., Borowitz, S. & Sutphen, J. (2000). Review of the treatment literature for encopresis, functional constipation and stool-toileting refusal. *Ann Behav Med.* 22:260- 267
60. Loening-Baucke, V. (1989). Factors determining outcome in children with chronic constipation and faecal soiling. *J Gut.* (30):999-1006.

61. Youssef, N. N. & DiLorenzo, C. (2001). Child constipation. *J Clin Gastroenteroloji*. 33(3): 199-205
62. Dossetor, D., Stiefel, I. & Gomes, L. (1998). A case of predominantly nocturnal soiling treated with amitriptyline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 7:114-118.
63. Behrman, R. E., Kliegman, R. M. & Jenson, H. B. (2003). *Nelson Textbook of Pediatrics 17<sup>th</sup> ed.*. China: Saunders Company.pp:75
64. Kuhn, B. R., Marcus, B. A. & Pitner S. L. (1999). Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. *American Family Physician*. 59(8):2171-2178
65. Loening-Baucke, V. (1990). Efficacy of biofeedback training in improving faecal incontinence and anorectal physiologic function. *J Gut*. (31): 1395-1402
66. Loening-Baucke, V. (1995). Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. *Pediatrics*. 96 (1):105-110
67. Tüzün, Ç. ve Kasırğa, E. (2005). Standart tedaviye dirençli çocuklarda davranış düzenleme programı ve basınç biofeedback yönteminin etkinliği. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 51(3):103-107
68. Görker, I. (2001). Çocuklarda oyun tedavi grubu: bir grup çocuk ile yapılan oyun tedavi grubunun değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum*. 39 (1): 39-44
69. Knel, S. M. & Moore, D. J. (1990). Cognitive-Behavioral Play Therapy in the Treatment of Encopresis. *Journal of Clinical Child Psychology*. 19(1): 55-60

70. Özdemir, D. F., İşeri, E., Gökçe, E., Demiroğulları, B., Koçkar, A. İ., Bağbancı, B. & Dalgıç, B. (2005). Enkoprezisi olan çocukların tedavisinde davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 12 (3)
71. Türkiye Özürlüler Araştırması (2004). Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.
72. Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* . 49: 155-168
73. Sabbeth, B. F. & Leventkal, J. M. (1984). Marital Adjustment to Chronic Childhood Illness: A Critique of the Literature. *Pediatrics*. 84 (73):6. pp:762-767
74. Öztürk M., Zülfikar B. Sayar, K., Uğurad, I., Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., & Elemek, A. (2005). Hemofilili çocukların annelerinde emosyonel zorlanma. *Yeni Symposium*. 43 (4): 157-162
75. Houtzager, B. A., Grootenhuis, M. A., Caron, H. N. & Last, B. F. (2005). Sibling self-report, parental proxies, and quality of life: the importance of multiple informants for siblings of a critically ill child. *Pediatr Hematol Oncol*. (22)1. pp: 25-40
76. Sharpe, D. & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: a meta- analysis. *J Pediatr Psychol*. (27)
77. Varcarolis, E. M. (1998). *Foundations of Mental Health Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. pp:883-926
78. Dickson, A. & Fraser, D. (1996). Children with mental health problems. In *Children's nursing*. Ed. McQuaid et al. New York: Churchill Livingstone. pp:389-407
79. Birol, L. (2000). *Hemşirelik süreci*. İzmir: Bozyaka Matbaacılık.

80. Carpenito, L. J. (1999). Çeviren F, Erdemir. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (1-386, 498- 504, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi).
81. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). (2007). <http://www.who.int/classificati/onsapps/icd/icd10online/>
82. Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. (2): 5-12.
83. Kılıç, M. (1987). Değişik Psikolojik Arazilara Sahip Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sorunları. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi*. Ankara
84. Abalı, O., Beşikçi, H., Kınalı, G. & Tüzün, Ü. D. (2003). Kekeme Çocuk ve Ergenlerin Anne Babalarının Psikiyatrik Semptomlarının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Nörolojik Bilimler Dergisi*. (16):3
85. Karakavak, G. & Çırak, Y. (2006). Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin, yaşadığı duygular. *İnönü Eğitim Fakültesi Dergisi* . 7(12): 95-112
86. Satterwhite, B. (1978). The impact of chronic illness on child and family: An overview based on five surveys with implications for management. *International Rehabilitative Research*. (1): 1-17.
87. Mastroyannopovlov, K., Stakkard, P., Lewis, M. & Lenton, S. (1997). The impact of childhood non-malignant life threatening illness on parents: Gender differences and prediction of parental adjustment. *J. Child Psychol Psychiatry*. 38(7): 823-829.
88. Landman, G. B., Rappaport, L., Fenton, T. & Levine M. D. (1986). Focus of control and self-esteem in children with encopresis. *Developmental And Behavioral Pediatrics*. (7): 111-113

89. Owens-Stively, J. A. (1987). Self-esteem and compliance in encopretic children. *Child Psychiatry and Human Development*. (18): 13-21
90. Morrison-Valfre, M. (2005). *Foundations of mental health care (Second Ed.)*. Philadelphia: Elsevier Mosby. pp: 112
91. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2006). *Aile yapısı araştırması*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası
92. Berkem, M. (1989). Enüretik ve enkopretik çocukların semptom formasyonlarında agresyonun karşılaştırılması. *Yan Dal Uzmanlık Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı.
93. Pelletier, L., Godin, G. Lepage, L. & Dussault, G. (1994). Social support received by mothers chronically ill children. *Child Care: Health and Development*. (20).115-131
94. Loening-Baucke, V. (1996). Encopresis and Soiling. *Pediatric Clinics of North America*. (43)1:279-298
95. Clayden, G. (2001). The child who soils. *Current Pediatrics*.(11). pp:130-134
96. Fishman, L., Rappaport, L., Cousineau D. & Nurko, S. (2002). Early Constipation and Toilet Training in Children With Encopresis. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 34(4):385-388
97. Committee on psychosocial aspects on child and family health. (1998). Guidance for effective discipline. *American Academy of Pediatrics*. 101 (4): 723-728
98. Korbin, J. E. (2002). Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond. *Child Abuse & Neglect*. (26): 637-644



99. Regalado, M., Sareen, H., Inkelas, M., Wissow, L. S. & Halfon, N. (2004). Parents' Discipline of Young Children: Results From the National Survey of Early Childhood Health. *Pediatrics*. 113:(6).1952-1958
100. Orhon, F. S., Ulukol, B., Bingoler B. & Gulnar, S. B. (2006 ). Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. *Child Abuse & Neglect*. (30):1081-1092
101. Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N. B., Atik, B. & San, P. (1991). Türkiye'nin 16 ilinde 4 - 12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*. (1):1
102. Eamon, M. K. (2001). Antecedents and socioemotional consequences of physical punishment on children in two-parent families. *Child Abuse & Neglect*. (6): 787-802
103. Whipple, E. E. & Richey, C. A. (1997). Crossing the line from physical discipline to child abuse: How much is too much? *Child Abuse&Neglect*.; 21 (5): 431-44
104. Doleys, D. M. (1983). Enüresis and encopresis. In T. Ollendick & M. Hersen (Ed). *Handbook of child psychiatry* (pp:88). New York: Plenum.
105. Fennig, S. & Fennig, S. (1999). Management of encopresis in early adolescence in a medical-psychiatric unit. *General Hospital Psychiatry*. (10): 360-367
106. Banks, J. B. (2002). Childhood Discipline:Challenges for Clinicians and Parents. *American Family Physician*. 15 (66): 8
107. Straus, M.A. (2000). Corporal punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse & Neglect*. 24 (9): 1109-14

108. Bernard-Bonnin, A., Haley, N., Belanger, S. & Nadeau, D. (1993). Parental and patient perceptions about encopresis and its treatment. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*. 14 (6): 397-400

## ÖZGEÇMİŞ

Derya KAYA, 1981 yılında Burdur'da doğdu. İlk öğrenimini Malatya ve Manavgat'ta tamamladı. 1999 yılında Bucak Sağlık Meslek Lisesi'nden (Burdur) mezun oldu. 2000 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünde lisans öğrenimine başladı. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Antalya Devlet Hastanesi'ne Hemşire olarak atanarak çalışma yaşamına başladı. 2004 yılında lisans öğrenimini bitirerek Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. Halen hemşire olarak Antalya Devlet Hastanesi'nde görevini sürdürmektedir. Yabancı dili İngilizce'dir.

# EKLER

ENKOPRETİK ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN RUHSAL DURUMLARININ  
VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı,

Ben Derya Kaya. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. 4-18 yaş grubu enkopretik çocuğu olan annelerin ruhsal durumlarını ve yaşadıkları güçlükleri araştıran bir çalışma yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, enkoprezis görülmüş çocuğu olan annelerin cevaplayacağı iki soru kâğıdı hazırladım. Sorular, yüz yüze konuşma şeklinde cevaplandırılacak ve ortalama 25-30 dakikanızı alacaktır. Araştırmanın sonuçlarının sağlık çalışanları ve bakım vericilere yol göstereceğini, enkopretik çocuğu olan annelerin ruhsal durumu ve yaşadığı güçlüklerin saptanarak bu annelerin ele alınması konusunda yapılacak hemşirelik uygulamalarına katkı sağlayacağını düşünüyorum. Sizden alınacak olan tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Hiçbir şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

DERYA KAYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Katılımcının imzası

ENKOPRETİK ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN YAŞADIĞI  
GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK SORU FORMU

Anket No:

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. Sosyal güvenceniz var mı?
  - a. Var
  - b. Yok
3. Nerede oturuyorsunuz?
  - a. Antalya İl Merkezi
  - b. Antalya İlçe Merkezi
  - c. Antalya Köyü
  - d. Antalya İl Dışı
4. Eğitim durumunuz nedir?
  - a. Okur-yazar değil
  - b. Okur-yazar
  - c. İlkokul Mezunu
  - d. Ortaokul Mezunu
  - e. Lise Mezunu
  - f. Üniversite Mezunu
5. Şu anda ev dışında yaptığınız para kazandıran bir işte çalışıyor musunuz?
  - a. Çalışıyorum
  - b. Çalışmıyorum
6. Mesleğiniz nedir?
  - a. Ev Hanımı
  - b. Memur
  - c. İşçi
  - d. Serbest Meslek
  - e. Diğer.....

7. Medeni durumunuz nedir?
- Evli
  - Boşanmış
  - Dul
  - Ayrı yaşıyor
8. Ailenizde kimlerle yaşıyorsunuz?
- Kendim ve çocuğum/Çocuklarım
  - Eşim ve Çocuğum/Çocuklarım
  - Eşim, Çocuğum/Çocuklarım, Büyükanne-Büyükbaba
  - Diğer (.....)
9. Teşhis edilmiş bir hastalığınız var mı?
- Var
  - Yok (13. soruya geçiniz)
10. Teşhis edilmiş bir hastalığınız varsa adı nedir?  
.....
11. Bu hastalığınız ne kadar süredir var?  
.....
12. Bu hastalığınız günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?  
.....
13. Çocuğunuzun yaşı nedir? .....
14. Bu kaçınıcı çocuğunuz? .....
15. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?
- Kız
  - Erkek
16. Bu, çocuğunuzun kakasını uygunsuz bir yere yapması nedeniyle hastaneye kaçıcı gelişiniz?.....

17. Çocuğunuzun kakasını uygunsuz bir yere veya üzerine yapması durumuna enkoprezis denir. Bu konu hakkındaki bilginiz ne düzeydedir?

- a. Yeterli bilgin var
- b. Yeterli bilgin yok
- c. Hiç bilgin yok

18. Çocuğunuzun kakasını uygunsuz bir yere yapması dışında hastalığı var mı?

- a. Var
- b. Yok (20. soruya geçiniz)

19. Çocuğunuzun kakasını uygunsuz bir yere yapması dışındaki hastalığının adı ne?.....

20. Kaç çocuğunuz var? (1 tane ise 23. soruya geçiniz).....

21. Çocuğunuzun diğer kardeşinde/kardeşlerinde kakasını uygunsuz bir yere yapması durumu var mıydı/var mı?

- a. Evet
- b. Hayır (23. soruya geçiniz)

22. Hangi kardeşi kakasını uygunsuz bir yere yapıyordu?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. Diğer .....

23. Aile içinde çocuğunuzun sorunu ile ilgili sizi destekleyen yardımcı olan bir kişi var mı?

- a. Evet
- b. Hayır (25. soruya geçiniz)

24. Çocuğunuzun sorunu ile ilgili sizi destekleyen aile üyesi kim?

- a. Baba
- b. Bakıcı
- c. Büyükanne
- d. Büyük Kardeş
- e. Akraba
- f. Diğer .....



25. Evde çocuğun bakımını ve eğitimini daha çok kim sağlar?

- a. Anne
- b. Baba
- c. Bakıcı
- d. Büyük Kardeş
- e. Büyükanne
- f. Diğer .....

26. Genelde çocuğunuz için ne tür çocuk disiplin yöntemlerini kullanıyorsunuz? .....

27. Çocuğunuza tuvalet eğitimi verildi mi?

- a. Evet
- b. Hayır (31. soruya geçiniz)

28. Çocuğunuza tuvalet eğitimini kaç yaşında verildi?

.....

29. Çocuğunuza tuvalet eğitimini kim verdi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a. Anne
- b. Baba
- c. Bakıcı
- d. Büyükanne
- e. Büyük Kardeş
- f. Diğer .....

30. Çocuğunuza tuvalet eğitimi nasıl verildi?

.....

31. Çocuğunuzun kakasını tuvalet dışında yaptığı özel bir yer var mı?

- a. Evet
- b. Hayır (33. soruya geçiniz)

32. Çocuğunuzun kakasını tuvalet dışında yaptığı yer neresi?

.....

33. Çocuğunuz kaç yaşında kakasını uygunsuz yere yapmaya başladı?

.....

34. Çocuğunuzun kakasını uygunsuz yere yapma sıklığı nedir?

.....

35. Sizce çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapmasının nedeni nedir?

.....

36. Çocuğunuz kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yaptığında ne yapıyorsunuz?

.....

37. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması sizin için nasıl zorluklar yaratıyor?

.....

38. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması çalışma yaşantınızı etkiliyor mu? (Çalışmayan annelere sorulmayacak)

a. Evet

b. Hayır(40. soruya geçiniz)

39. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması çalışma yaşantınızı nasıl etkiliyor?

.....

40. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması aile içi yaşamınızı etkiliyor mu?

a. Evet

b. Hayır (42. soruya geçiniz)

41. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması aile içi yaşamınızı nasıl etkiliyor?

.....

42. Şu anda önemli aile içi problemleriniz var mı?

.....

43. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizi etkiliyor mu?

a. Evet

b. Hayır(45. soruya geçiniz)

44. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?.....

45. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması nedeniyle okula/kreşe devam etmesinde bir sıkıntı ortaya çıkıyor mu?.....

46. Çocuğunuzun kakasını üzerine veya uygunsuz bir yere yapması durumunu doktorla rahatça konuşabiliyor/ sorular sorabiliyor musunuz?  
a. Evet  
b. Hayır

47. Çocuğunuzun kakasını uygunsuz bir yere yapması sorunu için doktordan nasıl bir yardım bekliyorsunuz?.....

48. Sizce tedavinin yararı oluyor mu/oldu mu?  
a. Evet  
b. Hayır

49. Doktorun çocuğunuza verdiği tedavi ile ilgili yaşadığınız endişeler var mı?  
a. Evet  
b. Hayır (51. soruya geçiniz)

50. Doktorun çocuğunuza verdiği tedavi ile ilgili yaşadığınız endişeler neler? .....

51. Çocuğunuzun bu durumu ortaya çıktığından beri ne tür duygular yaşıyorsunuz? .....

52. Elinizde olsaydı yaşamınızla ilgili neyi değiştirirdiniz?  
.....

Teşekkür ederim

## RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

Aşağıda herkeste olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyun. Sonra bu durumun bugün de dahil son bir ay içinde sizi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiğini göz önüne alarak yan taraftaki karenin içini işaretleyin. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk işaretlediğiniz kutuyu tamamen siliniz. Yenisini okunaklı bir biçimde yazınız. Soru atlamaksızın tüm soruları yanıtlayın. Başlangıç örneğini dikkatlice okuyun. Anlamadığınız soru olursa danışın.

	Hiç Yok 0	Çok az var 1	Orta dereced e var 2	Fazla var 3	Aşırı dereced e var 4
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinde titreme hissi					
3. Kafanızdan atamadığınız tekrarlayıcı hoşça gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık ya da baş dönmesi					
5. Cinsel istek ve ilginin azalması					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9. Olayları hatırlamada zorluk					
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler					
11. Kolayca gücenip rahatsız olma hissi					
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar					
13. Caddelerde ya da açık alanlarda korku hissi					
14. Enerjinizde azalma ya da yavaşlama hissi					
15. Hayatınıza son verme düşünceleri					
16. Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak					
17. Titreme					
18. Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi					
19. İştah azalması					
20. Kolayca ağlama					
21. Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ya da rahatsızlık hissi					
22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları					
25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu					
26. Olanlar için kendini suçlama					
27. Bel ve sırtta ağrılar					

	Hiç Yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
28. İşlerin yapılmasını erteleme duygusu					
29. Yalnızlık hissi					
30. Karamsarlık hissi					
31. Her şey için çok fazla endişe duyma					
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33. Korku hissi					
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35 Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması					
36. Başkalarının sizi anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39. Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması					
40. Bulantı ya da midede rahatsızlık hissi					
41. Kendini başkalarından aşağı görme duygusu					
42 Adale (kas) ağrıları					
43. Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Sıcak, soğuk basmaları					
50 Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ve durumlardan kaçma hissi					
51. Hiçbir şey düşünmeme hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma,					
53 Boğazınıza bir yumruk tıkanması					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik hali					
55. Düşüncelerinizi toparlamada güçlük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57. Gerginlik yada coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölmeyi düşünme					
60. Aşırı yemek yeme					
61 . İnsanlar size baktığı ya da hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma					

	Hiç Yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63 Bir başkasına vurma, yaralama, zarar verme					
64. Sabahları çok erken saatte uyanma					
65. Yıkama, sayı sayma, dokunma gibi bazı hareketleri tekrarlama hali					
66. Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68. Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerinizin oluşu					
69 Başkalarının yanında kendinizi çok sıkılgan hissetme					
70. Pazar yeri, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71 . Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					
73. Toplumun içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi					
74 Sık sık münakaşa etme					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkaları ile birlikte olduğunuz durumlarda dahi yalnızlık hissi					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık					
79. Kendinizi değersiz hissetme duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer fırsat verirsiniz insanların sizden yararlanacağı duygusu					
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelere sahip olma					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşünceleri					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi					

## Yüksek Lifli Besin Kaynakları

<b>SEBZELER</b>	Bezelye, konserve	Kurabiye, çikolata damlalı	Mısır yemeği,
1-1.9g lif/100g yenabilir	Patates, kabuklu, fırınlanmış	Kurabiye, çikolata sandviç	tohumdan arındırılmış
<i>porsiyon</i>	Şekerli patates, çiğ/pişmiş	Kurabiye, yulafli	Börülce, pişmiş
Fasulye, çiğ/konserve	Şalgam yaprakları, pişmiş	Mısır ekmeği	Kraker, Matzo,
Pancar, konserve	Sebze salatası,	Kraker, graham	yumurta/soğan
Lahana, Çin,	dondurulmuş/pişmiş	Kraker, Matzo	Kraker, buğday
çiğ/konserve		Kraker, tuzlu	İncir ezmesi
Havuç, konserve	<b>MEYVELER</b>	Lokma, mayalı	Un, yulaf
Kereviz, çiğ	1-1.9g lif/100g yenabilir	Un, ararot	Un, pirinç, kahverengi
Mısır, konserve	<i>porsiyon</i>	Un, pirinç, beyaz	Tahıl gevreği
Salatalık, çiğ	Kabuksuz elma	Un, buğday, beyaz	Fındık
Marul	Elma sosu	Fransız tost, dondurulmuş	Dondurma külahı
Mantar, çiğ	Muz	Meyveli kek	Lima fasulyesi, pişmiş
Soğan, çiğ	Meyve salatası, konserve	Mısır lapası, konserve	Makarna
Biber, tatlı, çiğ	Nektarin, çiğ	Pandispanya, yaban mersini	Peksimet
Turşu	Şeftali, çiğ/konserve	Şehriye, chow mein	Darı, kabuksuz/sade
Patates, çiğ, kabuklu	Ananas, çiğ/konserve	Şehriye, yumurta	Karışık iç
Patates, fırında, kabuksuz	Erik suyu	Turta, ceviz	Ufak ekmek, İngiliz,
Patates, haşlanmış, kabuksuz	2-4.9g lif/100g yenabilir	Turta, balkabağı	bütün buğday
Balkabağı, kış, çiğ	<i>porsiyon</i>	Gevrek halka	Ufak ekmek, kepekli
Şekerli patates, konserve	Elma, kabuklu, çiğ	Pirinç, kahverengi, büyük-	Şehriye, Japon
Domates, çiğ	Yaban mersini, çiğ	parçalı, çiğ	udon/somen, kuru
Şalgam, çiğ	Kivi, çiğ	Pirinç, beyaz, yapışkan	Şehriye, ıspanak
≥2g lif/100g yenabilir	Zeytin	Küçük ekmek, akşam yemeği	Yerfıstığı ezmesi
<i>porsiyon</i>	Portakal, çiğ	İrmik	Yerfıstığı
Brokoli	Armut, çiğ	Spagetti, kuru	Ceviz
Lahana, kırmızı/beyaz,	≥5g lif/100g yenabilir	Pizza, bütün buğdaylı	Pirinç, yaban, sade
Çiğ/pişmiş	<i>porsiyon</i>	Gözleme, dondurulmuş	Çekirdek
Karnıbahar, çiğ/pişmiş	Kayı, kurutulmuş	≥4g lif/100g yenabilir	Taco
Mantar, haşlanmış	İncir, kurutulmuş	<i>porsiyon</i>	Pizza, mısır
Soğan, bahar, çiğ	Şeftali, kurutulmuş	Fırında fasulye, konserve	Ceviz benzeri yemiş
Bezelye, kabuksuz, çiğ/pişmiş	Erik, güveç/kurutulmuş	Ekmek, kahverengi, Boston	≥4g lif/100g yenabilir
Patates, tavada pişirilmiş	Kuru üzüm	Ekmek, kepekli	<i>porsiyon</i>
İspanak, çiğ/pişmiş	<b>TAHILLAR</b>	Ekmek, kırık buğday	Badem
Balkabağı, kış, pişmiş	≥2-3.9g lif/100g yenabilir	Ekmek, Hollywood tipi	Kadife çiçeği unu
Domates püresi	<i>porsiyon</i>	Ekmek, karma tahıl	Arpa
Şalgam, yaprakları, çiğ	Ekmek, sade	Ekmek, pita, bütün buğday	Fasulye, sade
Şalgam, haşlanmış	Ekmek, Fransız	Ekmek, çavdar	Bulgur
Göl kestanesi, konserve	Ekmek, İtalyan	Ekmek, beyaz, yüksek lifli	Ekmek, gevrek, çavdar
Su teresi	Ekmek, yulaf	Ekmek, bütün buğday	Ekmek, yüksek lifli,
≥3g lif/100g yenabilir	Ekmek, Viyana	Ekmek gevreği	bütün buğday
<i>porsiyon</i>	Ekmek, buğday	Mahun cevizi	Tahıl, kepek, yüksek
Enginar, çiğ	Ekmek, beyaz tost	Tahıl, buğday gevreği	lifli
Brüksel lahanası, haşlanmış	Ekmek, içi dolu	Tahıl, beyaz/malt arpa	Tahıl, kepek gevreği
Havuç, çiğ	Ekmek, içi dolu	Nohut, konserve	Tahıl, lifli meyve
Frenk soğanı	Fındıklı Brownie	Cips, mısır	Tahıl gevreği
Mısır, çiğ/pişmiş	Mısır gevreği, sade/kaplı	Cips, patates	Tahıl, yulaf ezmesi
Fransız usulü patates	Mısır unu, kuru	Cips, pizza	Tahıl kepeği, ham
dondurulmuş	Yulaf	Hindistan cevizi	
Maydanoz, çiğ	Kurabiye, yağ	Mısır, kızartılmış	

**Kaynak:** Klykylo, W. M. & Kay, J. L. (2005). *Clinical child psychiatry*. (Second Edition). John Wiley & Sons Ltd. USA.ss:333-341