



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**RİZE İLİNDE YAŞAYAN 4-11 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA ENKOPREZİS SIKLIĞININ
ARAŞTIRILMASI VE ETİYOLOJİDE ROL ALAN
ETKENLERİN ARAŞTIRILMASI**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Asist.Dr. Arzu Saliha MUTİ

Dr. Öğr. Üye. Tuğba CALAPOĞLU

Danışman

Rize

2020



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**RİZE İLİNDE YAŞAYAN 4-11 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA ENKOPREZİS SIKLIĞININ
ARAŞTIRILMASI VE ETİYOLOJİDE ROL ALAN
ETKENLERİN ARAŞTIRILMASI**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Asist.Dr. Arzu Saliha MUTİ

Dr. Öğr. Üye. Tuğba CALAPOĞLU

Danışman

ETİK BEYAN

Tıpta Uzmanlık Programından mezun olmak üzere teslim ettiğim “Rize İlinde Yaşayan 4-11 Yaş Arası Çocuklarda Enkoprezis Sıklığının Araştırılması Ve Etiyolojide Rol Alan Etkenlerin Sıklıklarının Araştırılması” konulu tezim, bilim ve araştırma etiği prensiplerine riayet edilerek tarafımdan yazılmıştır.

Eserimde, başka kaynaklardan aktarılan bütün bilgi ve alıntılar, Enstitünüz Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak açıkça gösterilmiştir. Kaynağı gösterilenler dışında kalan bütün bilgiler uygun araştırma yöntemi kullanılarak tarafımdan edinilmiş ve esere bu şekilde yansıtılmıştır. Şahsıma ait olmayan hiçbir bilgi, kasıt veya kusurlar, şahsıma aitmiş gibi gösterilmemiştir. İnternet kaynakları dahil, sahibine / kaynağına atıf yapılmaksızın hiçbir bilgi kullanılmamıştır.

Aksinin ortaya çıkması halinde doğacak bütün hukuki, idari, akademik ve etik sorumluluk tarafıma ait olacaktır. Eserin tesliminden sonra herhangi bir zamanda, bilim etiğine aykırılık tespit edilmesi ve / veya eserimle ilgili intihal veya intihal şeklinde anlaşılabilecek bir durumun ortaya çıkması halinde; Üniversiteniz ve eğitim kadronuzun hiç bir şekilde sorumlu tutulmayacağını hür irademle kabul, beyan ve taahhüt ederim.

28/07/2020

(İmza)

Tezi Hazırlayanın

Dr. Arzu Saliha MUTİ

KILAVUZA UYGUNLUK ONAYI

‘Rize İlinde Yaşayan 4-11 Yaş Arası Çocuklarda Enkoprezis Sıklığının Araştırılması Ve Etiyolojide Rol Alan Etkenlerin Sıklıklarının Araştırılması” adlı tıpta uzmanlık tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Tez ve Proje Yazım Kılavuzu’na uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Asist. Dr. Arzu Saliha MUTİ

İmza

Danışman

Dr. Öğr.Üye. Tuğba CALAPOĞLU

İmza

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitim süresince sosyal pediatriye daha fazla ilgim oldu. Muayenelere gelen hastalarda enkoprezisin dışa atım bozukluğunu bir hastalık olduğunun bilinmediğini, bunun normal bir davranış olarak bilindiğini fark ettim ve bu durumun sıklığı merakı uyandı. Enkopreziste rol alan etiyolojik faktörler arasından seçmiş olduklarımı esas alarak, enkoprezis görülme sıklığını öğrenmek amacıyla böyle bir tez hazırlama ihtiyacı ve isteği duydum.

Mesleki eğitimimin en önemli süreçlerinden birisi olan uzmanlık eğitimimde çok değerli katkılarını esirgemeyen, eğitimimizin her aşamasında yol gösteren değerli hocalarım Doç.Dr. Mehmet Kenan Kanburoğlu, Dr. Öğretim Üyesi Yasin Yıldız, Dr. Öğretim üyesi Turgay Aydın'a teşekkürlerimi sunarım. Tezimin ve eğitimimin tüm aşamalarında desteğini ve rehberliğini akademik yaşamımın dışında özel yaşamımda da her zaman çok yakın olarak hissettiğim çok değerli tez danışmanım Doktor Öğretim Üyesi Tuğba Calapoğluna ayrıca teşekkür ederim.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm çocuklara ve ailelerine, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve tez çalışmamda seferber olan tüm değerli çalışma arkadaşlarıma, Rize İl Milli Eğitim Müdürlüğüne, Rize İl Valiliğine, hazırlık aşamasında manevi desteğini eksik etmeyen arkadaşım Emre Soylu' ya, hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen çok kıymetli canım annem Halide Muti, babam ve aynı zaman da ilk öğretmenim olan Mustafa Muti, kız kardeşim çocuk cerrahi uzmanı Operatör Dr Merve Nur Muti Acar ve erkek kardeşim İç Mimar Safa Muti'ye manevi destekleri için teşekkür ederim.

Dr. Arzu Saliha MUTİ

RİZE 2020

ÖZET

Amaç: Çalışmada Rize ilinde yaşayan 4-11 yaş arası çocuklarda enkoprezis sıklığının araştırılması ve gelişmesinde rol alan etkenlerin(kreşe başlama yaşı, en sık görüldüğü cinsiyet, en sık görüldüğü yaş) sıklıklarının araştırılması, anne-babaların kişilik özelliklerinin, taşıdıkları psikiyatrik belirtilerin ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal Ve Metot: Çalışma Rize ilinde yaşayan 4-11 yaş arası çocuklar üzerinde yapılmıştır. Rize ilinde yaşayan toplam çocuk sayısı 78651. Tüm il nüfusu 345214 tür. 0-4 yaş çocuk nüfusu 20395, 4-6 yaş 13250, 7-11 yaş 24932, 11- 17 yaş 20074'tür. Bu okul sınıf ve öğrenci sayıları Rize il milli eğitim müdürlüğünden ve il nüfus müdürlüğü internet sitesinden temin edilmiştir. 4-11 yaş arası toplam çocuk nüfusu yaklaşık 38185 olurken çalışmaya dahil edilmesi planlanan çocukların özellikleri il mili eğitim müdürlüğü merkez kurumlarında eğitim alan öğrencilerdi. Merkez ilçesindeki 4-11 yaş nüfus 10890. Bu özellikte olan ve çalışmaya katılacak çocuk sayısı 400 olarak belirlendi. Merkez okul müdürlerinin tümüne (83 kreş, ana okulu, ilköğretim okulu ,548 sınıf) il milli eğitim müdürlüğü tarafından aşağıdaki link gönderilmiştir. Bu okullarda çalışmaya katılacak sınıfların sayıları 4-6 yaş sınıf sayısı 188 adet, 7-11 yaş sınıf sayısı 360 adettir, toplam 4-6 yaş arası öğrenci sayısı 2952, 7-11 yaş öğrenci sayısı 7938 dir. Çalışmaya katılan ana sınıfı 34 adet ,kreş 5 adet , 1-3.sınıf 34 adet, 4-7 .sınıf 26 adet olmuştur. Düzenlenen anket soruları Rize İl Milli Eğitim Müdürlüğünden ve İl Valiliğinden olur onay yazıları alınarak tüm okulların müdürlerine ve kura ile seçilen sınıfın öğretmenlerine COVID-19 Pandemisi nedeniyle internet üzerinden e-mail adreslerine,whats-app yoluyla ve SMS ile link (<https://forms.gle/Tr7tfE3h3MQzyRE68>) şeklinde paylaşıldı. ve çocukların ebeveynleriyle beraber doldurmaları istenmiştir. Çalışmada nörolojik ve kronik herhangi bir hastalığı bulunanlar, yaygın gelişimsel bozukluğu ve psikotik bozukluğu bulunanlar, mental retardasyon ANOVA, organik nedenlere bağlı enkoprezis (spinal kord hasarı, spina bifida vs), ailesinin yanında yaşamama ve tek ebeveynli ya da boşanmış aile çocuğu olma durumları olan çocuklar çalışmaya dahil edilmemişlerdir. 600 kişi geri dönüş yaptı. 562 çocuk ve ebeveyn çalışmaya dahil edildi. Çalışmadan elde edilen veriler Çalışmada toplanan verilerin analizi, istatistiksel yazılım paketi SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyini belirlemek için, %95 güven aralığında ve p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 562 çocuğun 44'ünde (%7,8) enkoprezis davranım bozukluğu (en az üç ay süreyle ayda en az 1 kere altına gaita kaçırma) bulunuyordu. 562 çocuktan Enkoprezis hastalığı, erkek çocuklarının 91'inde (%16,19) görülürken, kız çocuklarının 45'inde (%8,01) görülüyordu. Enkoprezis olan çocukların yaş ortalaması 7,56 ±2,42 yıldır ve hastalığın gelişimi ile yaş değişkeni arasında anlamlı fark vardı. Bunun yanı sıra enkopresiz gelişiminde kreşe başlama yaşı, eş tanımlı psikiyatrik hastalık bulunması, annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, enkoprezis davranışının özellikle gündüz saatlerinde evde yapılması, beraberinde kabızlık şikâyetinin bulunması gibi faktörlerin hastalığın gelişmesinde etkili oldukları tespit edildi.

Sonuç: Çalışma sonucunda enkopretik çocukların yaş ve cinsiyetleri, anne-babalarının eğitim düzeyleri ile çalışma durumları, kreş ve anaokula gitme durumları, kabızlık, gibi faktörlerin önemli sorunlar olabileceğini, çocuklarda enkoprozisle birlikte

başka tanıların da görülebileceğini göstermektedir. Bu nedenle enkopretik bir hasta değerlendirilirken sadece enkoprezis semptomuna yönelmek yerine ek psikiyatrik tanıların da araştırılması ve tedavi edilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Enkoprezis, Çocuk, Kreşe Başlama Yaşı, Psikiyatrik Hastalıklar, Rize



ABSTRACT

Objective: In the study, we aimed to investigate the frequency In this study, it was aimed to investigate the frequency of the incidence of encopresis in children aged 4-11 years in Rize province (frequency of onset of nursery school, the most common gender, the most common age), and to evaluate the family characteristics of parents, psychiatric symptoms and family functions.

Material and Method: The study was conducted on children 4-11 years old living in Rize province. While the total number of children living in Rize province was 78651. The entire province population is 345214 . 0-4 years old child population is 20395, 4-6 years old 13250, 7-11 years old 24932, 11- 17 years old 20074. The total number of children was about 38185. This school class and student numbers were obtained from the Rize provincial directorate of national education and the provincial population directorate website. while the number of children planned to be included in the study was 400 children. This school class and student numbers were obtained from the Rize provincial national education directorate. The following link has been sent by the provincial directorate of national education to all central school principals (83 kindergartens, kindergarten, primary school, primary school available, 548 class). The same link has been shared to the teachers of all the classes that will participate in the study in these schools (4-6 age class number 188, 7-11 age class number 360). The total number of students between the ages of 4-6 was 2952, and the number of students between 7-11 was 7938. 600 people made a comeback. Therefore, 562 children and their parents were included in the study. Questionnaire questions were organized to determine the frequency and development of the children involved in the study and the factors that played a role in the development of the children. These forms were sent to the teachers and schools of the schools selected by drawing lots via e-mail due to Pandemic ([https : //forms.gle/Tr7tfE3h3MQzyRE68](https://forms.gle/Tr7tfE3h3MQzyRE68)) and children were asked to fill in with their parents. This study included those with any neurological and chronic disease, widespread developmental disorder and psychotic disorder, 4organic causes Encopresis (spinal cord injury, spina bifida etc), children who are not living with their family and having a single parent or divorced family child are not included in the study Data obtained from the study Analysis of the data collected in the study, using statistical software package SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences - IBM®) was made. To determine the level of significance, 95% confidence interval and $p < 0.05$ were considered significant.

Results: In the study, 136 (24.20%) of the children had Enkoprezis disease. Enkoprezis disease was seen in 91 (16.19%) of the boys and 45 (8.01%) of the girls. The average age of children with enkoprezis was 7.56 ± 2.42 years, and there was a significant difference between the development of the disease and the age variable. In addition, it was determined that factors such as nursery starting age, having comorbid psychiatric disease, education level and working status of the mother, performing endoprisis behavior especially at home during the day and accompanying constipation were found to be effective in the development of the disease.

Conclusion: As a result of the study, the factors such as age and gender of the children of the encopretic, education level of their parents and their working status, the situation of going to kindergarten and kindergarten, families' punitive behavior, constipation, eating disorders may be important problems, and other diagnoses can be

seen in children with encopresis. Therefore, while evaluating an encopretic patient, we think that it is necessary to investigate and treat additional psychiatric diagnoses instead of just focusing on Enkoprezis symptom.

Keywords: Endopresis, Child, Nursery Age, Psychiatric Diseases, Rize



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ETİK BEYAN	I
KILAVUZA UYGUNLUK ONAYI	II
KABUL VE ONAY SAYFASI	III
TEZ DEĞERLENDİRME FORMU.....	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VIII
İÇİNDEKİLER.....	X
TABLolar LİSTESİ.....	XIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XIV
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Enkoprezis Tanımı	4
2.2. Enkoprezisin Epidemiyolojisi	5
2.3.Enkopresizin Etiyolojisi	6
2.3.1. Fizyolojik etkenler	7
2.3.2. Psikososyal - İlişkisel etkenler.....	7
2.3.3. Çevresel etkenler.....	7
2.3.4. Tıbbi nedenler	7
2.4. Enkoprezisin Fizyopatolojisi.....	8
2.4.1.Dışkılamanın santral sinir sistemi tarafından kontrolü	8
2.4.2. Dışkılamanın fizyolojisi	9
2.4.3. Taşma inkontinansı gelişimi	9
2.4.4. Fizyolojik nedenler	10
2.4.5. Psikososyal etmenler.....	10
2.4.5.1. Tuvalet eğitimi dönemindeki stresler	10

2.4.5.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	12
2.4.6. Aile ile ilişkili nedenler.....	12
2.5. Çocuklarda Fizyolojik Ve Psikolojik Gelişim Dönemleri	13
2.6. Enkopretik Çocukların Değerlendirilmesi.....	14
2.7. Enkoprezisde Komorbidite	15
2.7.1. Davranışçı tedavi	17
2.7.2. Laksatif tedavi.....	18
2.7.3. Diğer ilaçlar	18
2.7.4. Psikoterapi.....	18
2.7.5. Biyofeedback.....	19
2.7.6. Diğer tedavi yöntemleri	19
2.8. Enkoprezisde Gidiş ve Prognoz	19
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Örneklem	21
3.1.1. Katılım ölçütleri	21
3.1.2. Dışlama ölçütleri	22
3.2. Veri toplama araçları	22
3.2.1. Sosyodemografik veri anketi	22
3.2.2 Anket.....	24
3.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.3.1. İstatistiksel Değerlendirme	26
4. BULGULAR.....	27
5.TARTIŞMA.....	38
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR	45
EKLER	54
EK-1: Sosyodemografik Anket	
EK-2: Anket	
EK-3: İl Milli Eğitim Onay Yazısı.....	
EK-4: Etik Kurul Kararı.....	

Ek-5 : Valilik Olur Yazısı.....	
Ek-6 : Okul Listeleri	
ÖZGEÇMİŞ.....	64



TABLÖLAR LİSTESİ

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Enkopretik Çocukların değerlendirme kriterleri.....	14
Tablo 2. Çalışmada yer alan çocukların cinsiyet ve yaşlarına ait veriler.....	27
Tablo 3. Çalışmada yer alan çocukların sınıfları, kreşe başlama yaşları ve sahip oldukları kardeş sayılarına ait veriler	28
Tablo 4. Çalışmada yer alan çocukların ailelerinin demografik özelliklerine ait veriler	29
Tablo 5. Çalışmada yer alan çocukların dışkı kaçırma sıklıkları.....	30
Tablo 6. Çalışmadaki çocukların Enkoprezis davranışına yönelik verileri.....	31
Tablo 7. Çalışmadaki çocukların Enkoprezis davranışının nedenlerine yönelik verileri	33
Tablo 8. Çocukların cinsiyet değişkeninin enkoprezis hastalığı ile ilişkisi	34
Tablo 9. Çocukların yaş değişkeninin enkoprezis hastalığı ile ilişkisi	34
Tablo 10. Çocukların sınıfları ve kreşe başlama yaşlarının enkoprezis hastalığı ile ilişkisi	35
Tablo 11. Çocukların ailelerinin çalışma durumu ve eğitim durumu ile enkoprezis hastalığı arasındaki ilişkisi	36
Tablo 12. Çalışmada enkoprezis olan çocuklarda hastalığa neden olabilecek faktörlerin karşılaştırılması	37

KISALTMALAR LİSTESİ

CRF	:	Corticotropin releasing factor
DEHB	:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DK	:	Dışkı Kaçırma
DSM	:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMG	:	Elektromiyografi
KOKGB	:	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
NE	:	Norepinefrin
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
Ark	:	Arkadaş
Ör	:	Örnek
M.Ö	:	Milattan Önce
APA	:	Amerikan Pediatri Derneği
RTEÜ	:	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
EAS	:	Eksternal Anal Sfinkter
TR	:	Türkiye

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Enkoprezis dışkının çoğunlukla istemsiz, bazen de istemli olarak uygun olmayan yerlere yapılması olarak tanımlanmıştır (1). Diğer bir ifadeyle Enkoprezis, dışa atım bozukluğudur, çocukluk çağında sık karşılaşılan, hem çocuk hem de aile için büyük bir stres kaynağı olan, her iki tarafın da ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen bir bozukluktur. Enkopresis genellikle kabızlık, dışkının refleksif tutulması, çeşitli fizyolojik, psikolojik veya nörolojik bozukluklar veya geçirilmiş cerrahi operasyonlar etkili olabilmektedirler.

En son yayınlanmış olan psikiyatri tanı kılavuzu DSM-5' göre enkoprezis tanısı koymak için dışkı üç ay boyunca düzenli olarak (en az ayda bir kez) uygunsuz yerlere yapılmış olmalıdır.

Kabızlık ve sonrasında aşırı miktarda dışkının boşalmasıyla giden ve bu duruma gitmeyen dışkı kaçırma olmak üzere iki şekilde enkoprezis görülür. Kabızlıkla giden enkoprezis gündüz veya gece olabilir. Bu durum kabızlığın tedavisi ile önemli ölçüde düzelme gösterir. Eğer çocuk hiç kontrol geliştirmemişse birincil enkoprezisten söz edilir. Kakasını kaçırma davranışı en az bir yıl boyunca kontrol edebildikten sonra başlamışsa bu durum ikincil enkoprezisdir. Düşük sosyo ekonomik düzeyde, kronik kabızlık durumunda ve erkek çocuklarda daha sık görülür.

Enkoprezisin gelişme nedenlerini belirlemek amacı ile yapılan bazı çalışmalar anal tonus azalması ve rektum hacminin artması gibi fizyolojik mekanizmaların önemini vurgularken, bazı araştırmalar ise bozukluğun psikososyal ve ailesel faktörlerle ilişkisi üzerinde durmuştur (2).

Enkoprezis genellikle çocukların bir stres faktörüne maruz kalması sonucu oluşmakta (3), bunu izleyen aşamada ise çocuk ve ebeveyn ilişkisi bozulmaktadır (1). Bu durum, enkoprezisin oluşmasında psikososyal ve ailesel bazı faktörlerin, ne derece etkili olduğunu göstermektedir .

Oluş nedenleri arasında biyolojik olanlar, barsağın son bölümündeki anüs çıkışını denetleyen kas dokusu halkasının yeterince kontrol edilememesi, anal anormaller, psikojenik megakolon veya nörolojik, bilişsel ve fiziksel gelişme gerilikleri

ile bağlantılı olduğundan söz edilir. Psikolojik açıdan bakıldığında, nevrotik yapıya sahip anne ve uzak duran baba veya tuvalet eğitiminin aşırı zorlamalarla cezalandırıcı bir şekilde çok erken yaşta gerçekleşmesi, DEHB(Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) nedeniyle tuvalet alışkanlığının gelişmemiş olması ve depresyon sayılabilir. Anksiyete veya kabızlıkla birlikte barsak içeriğinin aşırı birikimine bağlı istemsiz olarak dışkı kaçırmaya görülebilir. Bu durum ağırlı dışkılama yüzünden dışkının tutulmasından da kaynaklanabilir. Yetersiz tuvalet eğitimi veya eğitime yeterli yanıt alınmaması nedeniyle barsak kontrolü kazanılmayabilir. Ya da kontrolü kazanmış olmasına rağmen, tuvalet ve tuvalete gitme ile ilgili korkular veya çocuğun genel olarak inatçı bir tutumu olması nedeniyle tuvalete dışkılamaya karşı isteksizlik ve buna direnç olabilir. Aile içi ilişkilerdeki bozukluklar, çocuğa bakım veren kişinin hastalanması, çocuk ve aileyi etkileyen önemli değişiklikler gibi stresörler de neden olarak sayılabilir (3).

Son dönemlerde Enkoprezis ile ilgili çalışmalarda daha çok fizyolojik mekanizmalar ve davranışçı yöntemler üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak psikososyal zorlayıcı faktörlerin ve aile ortamındaki olumsuzlukların sürdüğü olgularda sadece fizyolojik ve davranışçı yöntemlerle tedaviye yeterli yanıtın elde edilemeyeceği açıktır. Aile desteği yetersiz olan ve psikososyal zorlukları bulunan çocukların psikiyatrik tedaviye yanıtları diğer çocuklara göre daha kötü olmaktadır.(4). Ayrıca bazı çalışmalar (5) Enkoprezis'e eşlik eden bozuklukların tedaviye yanıtı olumsuz etkilediğini bildirmektedir. Bu nedenle Enkoprezis ile ilgili araştırmalarda çocuğun ruhsal durumunun, Enkoprezis'e eşlik eden diğer bozuklukların, aile özelliklerinin ve çocuğun içinde yaşadığı ortamın da değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde (6, 7, 8, 9) bu konuda bazı çalışmalar yapılmış olmakla birlikte bu yöndeki çalışmaların hem az sayıda olduğu, hem de bazı sorulara yanıt veremediği görülmektedir. Bu araştırmaların daha çok anne-çocuk ilişkisine ve tuvalet eğitimi dönemine odaklandığı, babanın etkisi ve aile işlevlerini değerlendiren araştırma sayısının sınırlı olduğu, dikkati çekmektedir.

1.2. Amaç

Enkoprezisin bir dışkılama bozukluğu yani hasatlık olduğunun bilinip bilinmediğinin oranının öğrenilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sayıtlılar temelde sınanacaktır:

1. Enkoprezisin Rize ilinde 4-11 yaş çocuklarda görölme sıklığının araştırılması
2. Enkoprezis hastalık olduğu oranının araştırılması
3. Enkoprezis 4-11 yaş arasında en sık görüldüğü yaşı araştırılması
4. Enkoprezis en sık görüldüğü cinsiyetin araştırılması
5. Kreşe başlama yaşı ile olan sıklığının araştırılması
6. Anne baba eğitim düzeyleri ve psikolojik özellikleri araştırılması



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Enkoprezis Tanımı

Enkoprezis, bir çocukta fonksiyonel kabızlık ile ilişkili fekal kirliliktir. Kabızlık ve enkoprezis çocuklarda sık görülen problemler olmaktadır. En son yayınlanmış olan psikiyatri tanı kılavuzu DSM-V(Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)'e göre enkoprezis tanısı koymak için dışkı üç ay boyunca düzenli olarak (en az ayda bir kez) uygunsuz yerlere yapılmış olmalıdır.

Gelişimi normal devam eden bir çocuk, 2-3 yaşını tamamladığı andan itibaren bilinçli olarak dışkısını kontrol edebilmektedir. Şayet çocukta herhangi bir fiziki rahatsızlık yoksa 3-4 yaş sonrasında hala dışkı kaçırmaya hadisesi oluyorsa buna "Enkoprezis" denmektedir (1). Enkoprezis, dört yaş ve üzeri çocuklarda dışkının giysilere ya da uygunsuz herhangi bir yere kaçırılmasıdır. Dört yaşındaki çocukların %95'inin, 5 yaşında ise %99'unun dışkı kontrolünü kazandığı kabul edilmektedir. (3).

DSM V, enkoprezisin görülme biçimine göre konstipasyon ile birlikte taşma inkontinansı gözlenen (Retentive-alıkoyan -kabızlıkla beraber görülen) ve konstipasyon ve taşma inkontinansı gözlenmeyen (Nonretentive) olan iki tipini tanımlamıştır (10).

Çocuk hiç kontrol geliştirememişse birincil, en az bir yıl kontrol geliştirdikten sonra kakasını kaçırmaya başlamışsa ikincil enkoprezis adı verilir. Genellikle gündüz uyanırken daha sık olur.

İkincil enkoprezis 4-8 yaşları arasında başlar. Beş yaş çocuklar arasında %1 oranında yaygındır. Erkeklerde kızlardan 3 kat fazla görülür. Çocuğun takvim veya zihinsel yaşının dört yaşından büyük olması ve bu durumun genel bir tıbbi duruma ya da kullanılan bir maddeye bağlı olmaması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). ICD-10, DSM'den farklı olarak bozukluğun süresinin en az altı ay olması gerektiğini belirtmiştir (11).

Enkoprezis anal fissür, megakolon ve kronik kabızlık olan çocuklarda da görülebilir. Anal fissürde defekasyon çok ağrılıdır, çocuk korkar ve kaka yapmamak için kendini sıkarak. Kronik kabızlık aileden alınan bilgi ile öğrenilebilir. Megakolon için çocuk gastroenteroloji yandalından konsültasyon alınmalıdır.

Başlangıç zamanına göre primer ve sekonder olarak iki tip enkoprezis tanımlanmıştır. Hayatın başlangıcından itibaren tuvalet eğitimi tam olarak sağlayamayan, hayatının herhangi bir döneminde bir yıldan daha uzun bir süre boyunca kontinans sağlayamayan çocuklar primer enkoprezis, hayatının herhangi bir döneminde bir yıldan daha uzun bir süre boyunca kontinans sağlayan çocuklar ise sekonder enkoprezis olarak tanımlanmışlardır.

Bebek ve çocuklarda Roma kriterlerine göre konstipasyon tanımı şunları içerir: 1- En az iki haftadır dışkılamaların çoğunda çakıl taşına benzer sert dışkı, 2- En az iki haftadır haftada iki ya da daha az sayıda ve sert dışkılama, 3- Yapısal, endokrinolojik veya metabolik bir hastalığın olmaması (12). Hem klasik, hem de Roma II tanı kriteri kullanılarak yapılan bir çalışmada, enkoprezisin %79 oranında kabızlık ile birlikteliği bildirilmiştir.(75) Bazı yazarlar tarafından taşma inkontinansının belirlenmesinin tedavi yaklaşımını belirlemede önemli olduğu, tedavide başarının iyi bir değerlendirme ile enkoprezisin etiyolojisinin belirlenmesine bağlı olduğu öne sürülmüştür (11). Bazı yazarlar ise taşma inkontinansını ayırt etmenin zor olduğunu, taşma inkontinansı ile başvuran bir çocuğun daha sonra taşma inkontinansının olmayabileceğini veya tersinin görülebileceğini, bu nedenle taşma inkontinansı ayırımının faydalı olmadığı görüşünü bildirmektedirler (13, 14). Ancak son yıllardaki ağırlıklı görüş, ayrıntılı bir değerlendirme ile hastalığın etiyolojisinin araştırılması ve her hastaya farklı ve multidisipliner entegre bir tedavinin uygulanmasının tedaviye yanıtı artıracığı yönündedir(10).

Tedavi edilmezse aile içi ilişkilerinde problemler yaşanmaktadır. Çocuk bu durumu yüzünden, sosyal aktivitelerden kaçır ve sosyal çevresinde uyum problemleri yaşamaktadır. Çocukta utangaçlık, utanma ve suçluluk duygusu gelişebilir ve kendine saygının kaybı, özgüveninde azalma olabilir. Enkoprezise ikincil olarak bazı bedensel problemler gelişebilir. Ve çocuğun yaşına uygun psikososyal gelişiminin bozulmasına yol açar (69).

2.2. Enkoprezisin Epidemiyolojisi

Çocuklarda enkoprezis sıklığının %1-3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (15,16). Gelişen ülkelerde ise batılı ülkelere göre bozukluğun daha sık görüldüğü, sıklığın yaklaşık olarak %4 olduğu tahmin edilmektedir (17).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda da bu oran % 4 olarak saptanmıştır (18,19). Erkeklerde kızlara göre üç kat daha sık görülmektedir. Dördüncü yaşını bitiren çocukların %95'inden fazlasında, beşinci yaşını bitiren çocukların %99'unda bağırsak kontrolü gelişmiş olur ve kaka kaçırma sorunu biter. Dört yaşındaki çocukların %2.8'inde, 6 yaşındaki çocukların %1,9'unda, 10-11 yaşındaki çocukların %1,6'sında görülmektedir (5,20). 16 yaşından sonra ise çok nadirdir (21). Bu araştırmalar, yaş ilerledikçe enkoprezis sıklığının azaldığını göstermektedir. Bu durum enkoprezis olgularının bir bölümünün gelişimsel gecikmeye bağlı olarak ortaya çıkan bir durum olduğunu göstermektedir.

Enkoprezisle ilişkili bir durum olan konstipasyonun çocuklardaki sıklığı ise çeşitli araştırmalarda % 0,3-28 arasında saptanmıştır (22,23). Enkoprezisin % 95 kabızlığa bağlı geliştiği ve kabızlığa bağlı dışkı kaçırmanın (DK), dışkının kalın barsağın son bölümünde birikerek taşması şeklinde olabileceği gibi geride dışkı birikimi olmadan da meydana gelebileceği bildirilmiştir (24). Kabız olan çocukların, sert kakanın acı verici bağırsak hareketleri nedeniyle kaka yapmaktan korkmaları ve dışkılamayı geciktirmeleri nedeniyle taşma kirlenmeleri yaşamaları doğal olup, enkopretik davranışı olan çocukların %75'inden fazlasında bu durum söz konusudur. Yetersiz eğitim veya uygun tuvalet eğitiminin olmaması çocuğun dışkı denetimini sağlayamamasında önemli pay sahibidir. Çocuklardaki konstipasyonların %95'i, herhangi bir nedenin saptanamadığı fonksiyonel konstipasyonlardır.

2.3.Enkopresizin Etiyolojisi

Enkoprezis oluşumuna katkıda bulunan etmenler fizyolojik ve psikososyal olarak iki ana başlık altında incelenmiştir. Genetik yatkınlık, beslenme alışkanlığı, yaşam biçimi, bilişsel, duygusal, davranışsal ve birçok psikososyal nedenler enkoprezisin etyolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle enkoprezis tedavisinde, etyolojisindeki farklılıklar göz önüne alınarak, etyolojiye göre farklı yaklaşımların uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (4). Öncelikle, yeterli tuvalet eğitimi verilmemesi ya da bu eğitime yeterli yanıt alınmaması nedeniyle barsak kontrolü hiç kazanılmamış olabilir. Öte yandan, genellikle ruhsal bir bozukluğa bağlı olarak, fizyolojik barsak kontrolü normal olmasına rağmen, uygun yerlere dışkılamayla ilgili kurallara karşı isteksizlik, direnç olabilir. Bu durum ebeveyn-çocuk arasındaki tuvalet eğitimi çatışmasından ya da ağırlı dışkılama nedeniyle dışkının tutulmasından

kaynaklanabilir. Fizyolojik olarak dışkıyı tutamamanın sonucunda ise barsak içeriğinin birikmesine bağlı olarak kaçırma ve uygunsuz yerlere dışkılama görülebilir.

90'lı yıllardan önce daha çok psikososyal etmenler üzerinde durulurken son yıllarda araştırmaların enkoprezisin fizyopatolojisi üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (2).

2.3.1. Fizyolojik etkenler: Sfinkter (Anüsteki kas) kontrol bozuklukları, sıvı ya da yarı sıvı durumundaki dışkının kaçırılmasına yol açan kabızlık, psikojenik megakolon, tuvalet eğitiminin verilmemesi veya tamamlanmaması, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu nedeniyle tuvalet alışkanlığının gelişmemiş olması ve depresyon sayılabilir.

2.3.2. Psikososyal - İlişkisel etkenler: En sık ifade edilen ebeveynden kaynaklanan nedenler arasında babanın uzaklığı, annenin ise nevrotik özellikleri yer alır. (80,81) Özellikle annenin tuvalet eğitimindeki ya aşırı katı tutumu ya da aşırı gevşek ve aldırma tutumu örnek verilebilir. Çocuktan kaynaklanan nedenler arasında nörolojik, bilişsel ve fiziksel gelişme gerilikleri, tuvalet ve tuvalete gitme ile ilgili mantık dışı fantezi ve korkular ile çocuğun genel olarak inatçı tutumu içinde tuvalet eğitiminde de direnmesidir.(82) Tuvalet eğitimi tamamlamamış veya tuvalete oturmayı reddeden çocukların daha zor mizaca sahip oldukları, zor mizacın da bağırsak denetimi sorunları ile içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları için erken bir gösterge olduğu öne sürülmüştür.(83)

2.3.3. Çevresel etkenler: Psikososyal ve aile dışı diğer çevresel etkenler ,beslenme alışkanlığı sayılabilir. Aile dışı çevresel etkenlerden ise çocuğun ya da birincil bakım veren kişinin önemli hastalıkları, çocuğun stres olarak algılayabileceği önemli değişiklikler ile çocuk ve aileyi etkileyen önemli yaşam olayları sayılabilir .

2.3.4. Tıbbi nedenler: Genetik olması, anüse ait ya da rektal (kalın bağırsağın son kısmı) dışı atım dinamiklerindeki bozukluklar sayılmaktadır. Bu başlık altında, rektal ya da anal bölge stenoza, düz kas hastalığı, anüse ait çatlaklar, bağırsakların anüsten sarkması, doğumsal aganglionik megakolon, gastrointestinal enfeksiyonlar, spina bifida (omurların doğumsal olarak birbirinden ayrık olması) ve endokrin nedenlerdir.

Klasik olarak kabızlığa bağlı dışkı kaçırmının tedavisinde çocuk ve ailenin eğitimi, ruhsal ve davranışsal yaklaşımlar, tuvalet eğitimi ve posalı diyet yer alır. Ülkemizde enkoprezisin daha az oranda görülmesi beslenmede hayvansal gıdaların daha az yer tutmasına ve daha etkili ıkmayı sağlayan doğu tarzı (alaturka) tuvaletlerin kullanılmasına bağlı olabilir.(76,77,78) Gerek görüldüğünde dışkıyı yumuşatıcı ilaçlar ya da lavmanlar eklenebilir (4). Enkoprezis tedavisinde imipramin, amitriptilin gibi trisiklik antidepresanların da yararlı olabileceğini bildiren çalışmalar vardır (25,26). Metilfenidat kullanımının enkoprezis tedavisinde fayda sağladığını bildiren iki olgu sunumunda bu durum vurgulanmıştır. (79,80) Bazı yayınlarda tedaviye dirençli olgularda davranış düzenleme programlarına ek olarak çocuğun anal sfinkterinin farkında olmasını ve sfinkter gücünün arttırılmasını sağlayan Basınç Biofeedback Yöntemi'nin uygulanmasının anorektal işlevini ve yaşam kalitesini anlamlı olarak düzelttiği bildirilmiştir (27). Enkoprezis süregen ve tekrarlayan bir bozukluk olması nedeniyle çocuk ve aile için stres yaratan bir durum olup, sıklıkla tıbbi ve ruhsal belirtilerle ilişkilidir (28). DK belirtisi olan çocuklar genellikle çocuk gastroenterolojisi, çocuk cerrahisi ya da çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları klinikleri'nde tedavi edilmektedir. Bu kliniklerin herbirinin enkoprezis tedavisine yaklaşımları farklı olabilmektedir (24,26).

2.4. Enkoprezisin Fizyopatolojisi

2.4.1.Dışkılamanın santral sinir sistemi tarafından kontrolü

İdrar ve dışkı boşaltımının santral sinir sistemi tarafından nasıl kontrol edildiği tam olarak bilinmemektedir. Bugüne kadar yapılan araştırmalar sonucunda idrar ve dışkı boşaltımının esas olarak pons ve orta beyindeki periakvaduktal gri cevher nöronları tarafından düzenlendiği bulunmuştur (4). Santral sinir sisteminde strese tepki mekanizmasında rol oynayan Corticotropin releasing factor (CRF), orta beyinde kontinans fonksiyonunda rol oynayan bir nörotransmitterdir. CRF tarafından düzenlenen bu alt sistem, locus ceruleusun mesane, anorektal ve pelvik tabandan gelen duyarlar tarafından uyarılmasında aktif rol almaktadır. Ponstan ve norepinefrin (NE) sisteminin önemli bir merkezi olan locus ceruleustan gelen projeksiyonlar frontal lob uyanıklık merkezleri ile birleşir. CRF ve NE ilginç olarak aynı zamanda anksiyetenin de düzenleyici nörotransmitterleridir ve bu durum mesane-rektal disfonksiyonlarının anksiyete ile ilişkisini anlamada yardımcı olmaktadır .

2.4.2. Dışkılamanın fizyolojisi

Dışkılama hissi rektum içeriğinin anal kanalın üst kısmına dayanması sonucu oluşur. Dışkılama uygun ortam bulununcaya kadar eksternal anal sfinkter ve pelvik taban kaslarının kasılması ile ertelenir. Rektum 1-2 dakikada bir kasılır ve boşaluncaya kadar bu süre giderek kısalır. Uygun ortam bulunmazsa sempatik sistem aktive olur ve eksternal anal sfinkter kasılır, rektumun intrinsik kasları gevşer. Uygun ortam bulunduğu zaman ise parasempatik sistem aktive olur ve eksternal anal sfinkter gevşer, rektumun intrinsik kasları kasılır. Pelvik taban kaslarının da gevşemesiyle dışkı boşaltılır. Sensoriyal nöropatilerde ve rektumun sürekli dolu olduğu durumlarda (özellikle konstipasyon gibi dışkının sert olduğu durumlarda) dışkılama hissi azalır (3,29)

2.4.3. Taşma inkontinansı gelişimi

Genetik yatkınlığı, konstipasyona yol açacak uygunsuz diyet ve yaşam biçimi olan çocuklarda veya psikososyal zorlayıcı olaylara maruz kalan çocuklarda barsak hareketlerinin yavaşlaması ve istemli (ya da istemsiz) dışkı tutma sonucu rektumdaki dışkı sertleşir ve defekasyon giderek zorlaşır. Ağrılı defekasyonun da eşlik edebildiği bu durumlarda çocuk her seferinde defekasyondan daha fazla çekinir ve tuvalet korkusu gelişmeye başlar. Rektumda biriken dışkı hacmine bağlı olarak rektum bir süre sonra genişler ve megarektum oluşur. Genişlemiş rektum gerilmeye ve peristaltizme karşı tepkisini kaybeder ve defekasyon refleksi kaybolmaya başlar. Çocuk böylelikle dışkılaması gereken durumlarda dışkılama hissini kaybeder. Bir süre sonra sert dışkı tabakasının etrafındaki daha yumuşak sıvı-yarı katı dışkı anüsten dışarı çıkmaya başlar. Böylece taşma inkontinansı şeklinde enkoprezis görülür (12,30,31,32). Bu mekanizmanın gelişiminden genetik yatkınlık, liften ve sıvıdan fakir diyetle beslenme, hareketsiz yaşam, istemli veya istemsiz dışkıyı tutma, stresli yaşam olayları (okula başlama, huzursuz ev ortamı, arkadaş ilişkilerinde zorluk, okul başarısızlığı, korkular anne-babanın boşanması, kardeş doğumu, hastaneye yatma, kaza, istismara maruz kalma vs.), tuvalet ortamının temiz olmamasına bağlı bazı yerlerde dışkısını tutma (ör: okulda tuvalete gitmeme vs.), yaşamın erken yıllarında tuvalet eğitimi esnasında ruhsal travmalara maruz kalma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi faktörlerin sorumlu olabileceği düşünülmektedir (4,5,12,34,35). Ayrıca inek sütüne karşı

duyarlılığı olan çocuklarda konstipasyon ve buna bağlı olarak enkoprezis gelişebilmektedir (36).

2.4.4. Fizyolojik nedenler

Bazı enkopretik çocuklarda anal manometri ve elektromyografi(EMG) çalışmalarında defekasyon esnasında anal sfinkterde gevşeyememe, defekasyon harici zamanlarda ve anal sfinkterin istemli olarak sıkılması ile yeterli sfinkter basıncı elde edememe, defekasyon esnasında anal sfinkter ve pelvik taban kaslarında paradoksik kasılma gibi anormal defekasyon dinamikleri saptanmıştır (3,29).

2.4.5. Psikososyal etmenler

Enkoprezisin oluşumunda ve sürdürülmesinde psikososyal etmenlerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Bir erişkin araştırmasında konstipasyonu olan erişkinlerde duygusal duruma göre rektal kan akımının değiştiği gösterilmiştir (37). Ayrıca kronik strese maruz kalanlarda sempatik sistem aktivasyonuna bağlı olarak barsak motilitesinde azalma ve konstipasyon bildirilmiştir (38).

2.4.5.1. Tuvalet eğitimi dönemindeki stresler

Özellikle okul öncesi 4-6 yaş kreş ve anaokuluna başlama yaşı olup tuvalet eğitiminin en etkili olduğu yaş dönemidir. Çocuğun doğumundan temel eğitim dönemine başladığı güne kadar süren 0-6 yaş dönemi okul öncesi eğitimi, erken çocukluk eğitimi olarak da adlandırılmaktadır. Bu dönemde verilen eğitimin niteliği çocuğun yetişkinliğine uzanan sonraki yıllar boyunca da önemini korumaktadır. Öğrenmenin ve gelişimin en yoğun olduğu bu kritik dönemde edinilen kazanımlar tüm yaşamı boyunca kişiye eşlik etmektedir. Yaşamın bu evresinde fark edilen ve kullanılmaya başlanan potansiyel, bireyin yetişkinliğinde sağlıklı sosyal ilişkiler geliştirebilmesi ve duygusal iyi oluş hali açısından önemlidir. Okul öncesi eğitim sayesinde sosyal yaşam halkasına katılan çocuk; yaşlılarıyla etkileşim halinde olacak, kendini etkin biçimde ifade etmeyi öğrenebilecek ve yaratıcı yönlerini keşfedebilecektir. Belli bir zaman aralığında süresi ve sırası belli faaliyetlerde bulunmak çocuğun zaman ve mekân algısının gelişmesine yardımcı olacaktır. Aynı zamanda bu faaliyetleri sırasında kendisini ve arkadaşlarını gözeten bir öğretmenin olması, disiplin ve otorite kavramlarının gelişmesine de katkı

sağlayacaktır. Davranışlarının sorumluluğunu almaya başlayan bu yaş çocuğunun problem çözme becerisi ve buna bağlı olarak da özgüveninde artış gözlemlenebilecektir. Yaşlılarıyla etkileşimde bulunma fırsatı elde eden çocuk, hem kendi biricikliğini fark edecek ve değerlilik duygusu artacak hem de sosyal yaşam içinde var olmayı öğrenecektir.

Tuvalet eğitiminin verildiği dönemdeki streslerin de enkoprezis gelişiminde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Tuvalet eğitimi verilirken anne-babanın sert, zorlayıcı ve ceza ağırlıklı tutumunun çocuğun tuvalet eğitimine olumsuz yansıyabileceği bildirilmiştir (39). Ayrıca tuvalet eğitimi veren annenin kişiliğinin de çocuğun tuvalet eğitimi sürecini etkileyeceği düşünülmektedir (40). Tuvalet eğitimi döneminde anne depresyonu ve anksiyete bozukluğunun çocuğun tuvalet eğitimini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Anne depresyonu ve anksiyetesi sonucu annenin tahammülünün azalacağı, düşmancıl, sinirli, irritabl ve huzursuz davranışların artacağı, çocuğun gereksinimlerine karşılık uyarlılığının azalacağı ve çocuğa karşı sert disiplin uygulama olasılığının daha fazla olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda zor mizacı olan çocukların da tuvalet eğitiminde güçlüklerin görülebildiği bildirilmiştir (6).

Tuvalet eğitimi dönemindeki bu güçlükler, çocuğun zihninde tuvalet ve dışkılama konularında olumsuz hatıralar ve imgeler bırakacağı için çocukta tuvalet fobisi gelişerek enkoprezis oluşumuna yol açabilmektedir. Ayrıca çocuk anal kontrolü sağladıktan sonra bunu anne-babasına yönelik öfkesini dışavurma yöntemi olarak da kullanabilmektedir (41).

Tüm bunların yanında öz bakım becerileri gelişecek, motor becerilerini kullanma sıklığı artacak, bilişsel olarak da ilerleme gösterecektir. Günümüze değin sürdürülen birçok akademik çalışma bu dönem de verilen eğitimin çocuğun psiko-motor, bedensel, sosyal, duygusal, dil ve zihinsel gelişimi üzerinde oynadığı rolü gözler önüne sermiştir. Toplum refahı açısından istendik davranışlara sahip çocuklar yetiştirebilmek ve bu yönde bir eğitim verebilmek için gelişim hızının oldukça yüksek olduğu bu kritik dönem büyük önem taşımaktadır (26).

2.4.5.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dikkat süresinin kısalığına ve seçici dikkatin yetersizliğine bağlı olarak çocuğun rektal gerilmeyi fark edemediği ve tuvalete gitmeyi geciktirdiği, tuvalete oturduğu zaman da dürtüselliği nedeni ile gaytasını tamamen boşaltacak kadar oturamadığı, bu nedenle de konstipasyon ve buna bağlı olarak enkoprezis geliştiği öne sürülmüştür (50). Bu mekanizmalar göz önünde bulundurularak DEHB'nun komorbiditeden farklı olarak etiyolojik faktörler arasında sayılması gerektiği düşünülmüştür. Ayrıca cinsel istismara uğramış çocuklarda ve gelişim geriliği olan çocuklarda enkoprezisin normal popülasyona göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (33,42).

2.4.6. Aile ile ilişkili nedenler

Enkoprezisin gelişimi ve sürdürülmesinde anne ve babanın tutumları ve kişilik özelliklerinin de etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan aile araştırmalarında (33) enkopretik çocukların annelerinin müdahaleci, temiz, titiz, kuralcı, aşırı endişeli, babalarının ise zayıf veya aşırı iddiacı özellikleri olduğu bildirilmiştir. Çocuğun dışkısını tutamaması, bu tür özellikleri olan bir annede öfke ve sosyal olarak kabul edilemeyen bu olaya karşı korku doğurur. Ayrıca anne ebeveynlik otoritesinin ve çocuğun kontrolünün elinden çıkacağı korkusu ile daha fazla baskı yapmaya başlar . Çocuk ise inatla annesine yönelik öfkesini dışkısını uygunsuz yerlere yaparak dışavurmaya devam eder ve kendi barsağının kontrolünü kendisinin yapmak istediğini davranışlarıyla göstermeye çalışır. Anne ve çocuk arasındaki bu kontrol mücadelesi bir kısır döngü şeklinde sürer. Aile işlevleri düzgün olmayan bazı ailelerde bu durum ailenin devamı için işlev görür ve ailenin diğer fonksiyonları gündem dışında kalır. Böylece problemleri ikinci planda kalan bu aileler, sorunları ile yüzleşmemek için farkında olmadan bu semptomun devamını desteklerler (40). Yapılan bazı araştırmalarda konstipasyonu olan çocukların ailelerinde hostile ve agresif bir atmosferin hakim olduğu, çocukların zihninde agresif, cezalandırıcı anne-baba figürünün belirgin olduğu, annelerde disfori olduğu, anne-babaların kuralları daha sıkılaştırdıkları ve çocuklarda da isyan ve uyumsuzluk belirtilerinin geliştiği saptanmıştır (9). Bütün bu bulgular, enkoprezisin oluşumunun ve sürdürülmesinin ailesel ve çevresel faktörlere oldukça bağlı olduğunu göstermektedir.

2.5. Enkopretik Çocukların Değerlendirilmesi

Enkopretik hasta değerlendirilirken bu çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunun sık olduğu göz önünde bulundurularak idrar tahlili istenmelidir. Enkoprezisi olan kız çocuklarının %33'ünde, erkek çocukların ise %13'ünde idrar yolu enfeksiyonu saptanmıştır (43). Bazı yazarlar konstipasyon ve barsakta birikmiş feçesin saptanması için direk karın grafisi çekilmesini veya karın muayenesinin yapılmasını önermişlerdir (44).

Enkoprezisin tiplendirilmesi ve tedavinin planlanabilmesi için ayrıntılı hikaye alınması önemlidir:

- Enkoprezisi ortaya çıkarıcı faktörler (kardeş doğumu, okula başlama, anne-baba ayrılığı vs)
- Tuvalet eğitimi hikâyesi
- Şimdiki tuvalet kullanım tarzı (kullandığı tuvalet, tuvalete gitme hakkındaki düşünceleri, anne-babanın tuvalet alışkanlıkları ve tuvalete bakışları vs)
- Önceki dışkı kaçırmalarının hikâyesi
- Tuvalete erişim durumu (evde ve okulda tuvaletlerin temizliği vs)
- Tuvalet korkusunun değerlendirilmesi (dışkılama sırasında ağrı olması)
- Dışkı kaçırmaya şiddeti (miktarı, sıklığı, tuvalete yaptığı miktar)
- Diyet (beslenme) alışkanlıkları
- Dışkı kaçırmaları ile nasıl başa çıkıldığı (anne-babanın tepkileri, sorumluluk alma, inkar, çamaşırı saklama)
- Çocuğun problemi nasıl algıladığı.
- Tuvalete yaptığı dönemlerin araştırılması ve bu dönemdeki değişikliklerin saptanması.

Tablo 1. Enkopretik Çocukların Değerlendirilme Kriterleri(3)

	Primer (Barsak kontrolü kazanılmamış-Nonretentive) Enkoprezis	Sekonder (Barsak kontrolü kazanılmış-nonretentive)Enkoprezis	Taşıma inkontinansı(konstipasyonla) ile birlikte (Retentive) Enkoprezis
Tanımlama	Normal dışkının kaçırılması. Çocuk kaçırdığının farkında değildir, kontrol edemez.	Normal dışkının sosyal olarak uygun olmayan yerlere yapılması.	Dışkının taşıma şeklinde az az sürekli kaçırılması.
Hikaye	Barsak kontrolü hiç kazanılmamıştır.	Barsak kontrolü sonradan kaybedilmiştir.	Konstipasyona bağlı tuvaletten kaçınma.
Cinsiyet	erkekler	ERKEKLER GENELLİKLE	erkekler
Dışkı Şekli	Normal. Belirsiz aralıklarla kaçırılır.	NORMAL	Sıvı veya yumuşak dışkı (nemli, ince ve şerit şeklinde).
Değerlendirme Bulguları	Konstipasyon yok	Konstipasyon yok	İştahsızlık, fonksiyonel konstipasyon (haftada 3'ten az dışkılama), ağrılı dışkılama, barsak hareketleri azlığı, karın ağrısı.
Komorbidite	Nörolojik veya bilişsel bozulma olabilir (ör:serebral palsi, mental retardasyon).	Dışkının bulaşma şeklinde kaçırılması.	Enürezis noktürma Enürezis diüma.
Tedavi	Barsak eğitimi. Sosyal ortamın düzenlenmesi.	Stres nedenleri araştırılır.	Laksatif tedavi. Barsak eğitimi.

2.6. Enkoprezisde Komorbidite

Enkoprezisi olan çocuklarda başka sorunların da ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Toplumsal olarak kabul görmeyen ve ayıplanan bu durumun çocukta ek psikopatolojilere yol açması muhtemeldir. Komorbidite çalışmaları da bu görüşü desteklemektedir. Enkoprezisin süregelen ve tekrarlayan bir bozukluk olması nedeniyle çocuk ve ailesi için stres yaratan bir durum olduğu, sıklıkla tıbbi ve ruhsal belirtilerle birlikte olduğu bildirilmektedir (28). Ülkemizde yapılan bir araştırmada (45) enkoprezis tanısı alan çocukların en az %74'ünde psikiyatrik eştanı saptanmıştır. Primer enkoprezislerde, sekonderlere göre daha fazla eştanı olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik eştanılar arasında enürezis (%20-55), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%7-35), karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (%30-37), anksiyete bozukluğu (%3-13), mental

retardasyon (%5), davranım bozukluğu (%3-4,5), kekeleme (%3), depresyon (%1,5) sık olarak saptanmıştır (5,8,45)

Enkoprezis tipine göre yapılan değerlendirmelerde ise primer enkoprezis'in daha çok gelişim geriliği ve enürezis ile, sekonder enkoprezis'in ise psikososyal sorunlar ve davranım bozukluğu ile birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (47,48).

Enkopretik çocukların diğer özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda bu çocukların normal çocuklara göre; duygusal-davranışsal sorunlarının, içe çekilme davranışlarının, agresyonlarının, saldırgan ve yıkıcı davranışlara karışmış olma ihtimallerinin (saldırgan veya kurban olarak), okul sorunlarının ve okula devam etmemelerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu çocukların kendi kişilik değerlerinin daha düşük, sosyal uyumlarının ve akran ilişkilerinin daha kötü olduğu, dikkat sürelerinin daha kısa, dikkat çelinebilirliklerinin daha fazla, engellenme eşiklerinin daha düşük olduğu, hiperaktivite ve koordinasyon güçlüğü gibi gelişimsel bozuklukların daha fazla olduğu bildirilmiştir. Okuma ve aritmetik yeteneklerinin daha bozuk olduğu, Literatürde Enkoprezis'i olan çocukların öğrenme güçlüğü yaşadığı, normal çocuklara göre okula devam etmeme oranlarının daha yüksek olduğu ve okul performanslarının daha kötü olduğu belirlenmiştir (70). Obsesyon ve kompulsiyonlarının, uyku ve iştah sorunlarının daha fazla olduğu, istismara uğramış olma ihtimallerinin ve masturbasyon oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bebeklikte mizaç özelliklerinin daha zor, gelişimlerinin daha geri (motor, iletişim ve sosyal alanlarda) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca organik patoloji açısından yapılan araştırmalarda bu çocuklarda daha fazla karın ağrısı ve idrar yolu enfeksiyonu saptanmıştır (1,6,33,41,45,49,,50,51,52). Bazılarının ise aşırı uyumlu, tertipli ve iddiacı olmayan çocuklar olduğu bildirilmiştir (33). Komorbid psikopatoloji saptanan durumlarda ise tedaviye yanıtın daha kötü olduğu, komorbiditenin tedavi edilmesi durumunda daha iyi yanıt alınabildiği bildirilmiştir (45,53). Ayırıcı tanıda cinsel istismar, ciddi perianal travma, İnflamatuvar Barsak Hastalığı, Hipotiroidi, Hirschsprung Hastalığı, Spina Bifida Occulta, spinal kord travmaları ve kitleleri açısından hasta değerlendirilmelidir (12,41).

2.7. Enkoprezisde Tedavi

Özellikle kabızlığın olmadığı durumlarda psikolojik değerlendirme önemlidir. Aile içi problemlerin veya gerginliklerin giderilmesi belirtilerde azalma sağlamaktadır. Bunun için ailenin desteği alınmalı ve aile eleştirinin veya cezaların azaltılması,

cesaretinin kırılmaması yönünde yönlendirilmelidir. Aileye çocuğun altına bez bağlamak ve bu durumu karşısında tamamen sessiz kalmak gibi davranışların enkoprezisi pekiştireceği açıklanmalıdır. Anne baba ve çocuk beraber ele alınmalıdır. Enüreziste olduğu gibi takvim tutma yöntemi, ödül sistemi ve ilaç tedavisi uygulanabilir. Kabızlıkla birlikte giden tipinde kabızlığın önlenmesi için oral laksatif ve rektal katartikler ile su ve liftin arttırıldığı, ayrıca süt, peynir ve nişastanın azaltıldığı diyet önerilebilir(50).

Enkoprezisin tedavisinde aile ve çocukla kurulacak iyi bir terapotik ilişki çok önemlidir (5). Öncelikle aile ile çocuk arasında görülen inatlaşma ve güç mücadelesi ele alınmalı, aile ve çocuğa bunun çocuğun suçu olmadığı, dışkılama duyusunu kaybettiği için bu durumun görüldüğü anlatılmalıdır (31). Böylelikle çocuğun suçlanmasının azaltılması ve ailenin çocuğa yönelik “bilerek, bize inat yapıyor” düşüncesinin bertaraf edilmesi amaçlanır. Bu konuda sorumluluğun çocuğa ait olduğu vurgulanır ve çocuk, ailenin muhtemel öfke dolu yaklaşımlarından uzak tutulmaya çalışılır. Aile ve çocuk hastalığın kronik seyri hakkında bilgilendirilir ve beklentileri buna göre belirlemeleri sağlanır. Motivasyonel görüşmeler planlanır. Çocuğa ve aileye davranışçı ödevler verilir. Konstipasyon varsa buna yönelik ilaç tedavisi başlanabilir (5). Konstipasyonla birlikte görülen enkoprezisin tedavisinde en önemli yaklaşımların davranışçı tedavi yöntemi ve laksatif tedavi olduğu kabul edilmektedir (54). Laksatif tedavinin davranışçı yöntemlerle birlikte kullanımının tek başına davranışçı tedaviden daha üstün olduğu bildirilmiştir (26).

Aile ile yapılan görüşmede, tedavi için başvurmanın kimin fikri olduğu, kimin sorundan daha çok etkilendiği, evde bu sorunun daha önce nasıl ele alındığı sorulduğunda, ailenin tedavi konusundaki motivasyonu daha iyi anlaşılmış olur. Amaç ailenin de tedavi içindeki yerini almasını sağlamaktır. Eğer hastanın ya da ailedeki başka bir üyenin tedavi ile ilgili motivasyonu belirgin olarak diğerlerinden az ise bu durumun nedenleri araştırılmalı ve belki de enürezis belirtisinin o evdeki ‘işlevleri’ üzerine daha fazla odaklanmalıdır. Ailenin o güne kadar denediği yöntemleri eleştirmeden dinlemek, ailenin suçlanmasını önler ve daha sonraki işbirliğini arttırır. Sorunun boyutları anlaşıldıktan sonra aile ile birlikte tedavinin gerekli olup olmadığına karar verilir, burada çocuğun yaşı, sorunun sıklığı ve etkileri yol gösterici olabilir. Normal sınırların aktarılması ve tuvalet eğitimi ile ilgili bilgi verilmesi bazı aileler için yeterli olabilir. Ailenin hedeflerinden kopuk bir tedavinin uygulanma olasılığının düşük

olduğu akılda bulundurulmalıdır. Enkoprezis olan çocuk medikal açıdan incelendikten sonra sıra çocukla yapılacak tedavi niteliğindeki ilk görüşmeye gelir. Enkoprezis olan çocukların çoğu hekime neden getirildiklerini bilmezler. Eğer ana baba çocuklarının enkopretik olduğunu ondan gizli bir şekilde dile getirmişlerse hekimin çabası çocuğun bu konudaki yakınmasını onun ağzından dinlemek yönünde olmalıdır. Çocuğun yakınmasını utanmadan ve suçlanmadan söyleyebilmesi için fırsat yaratılmalıdır. Temel ilke altına kaçırmanın istemsiz bir davranış olarak değerlendirileceğinin çocuğa aktarılmasıdır. Ailenin elinde bu davranışın istemli olarak yapıldığına ilişkin önemli kanıtlar olsa bile, çocuğa bu sorunun onun elinde olmadan ortaya çıktığı, ancak düzelmesi için kendisinin çok şey yapabileceği ve isterse bu konuda ona yardım edilebileceği söylenmelidir. Bu ilişki kurulmadan çocuğun sorunu sahiplenmesi, tedavide etkin rol oynaması düşünülemez. Daha sonra uygun tedavi yöntemine geçilebilir. Tedavi yönteminin seçimi nedensel etkenlere, çocuğun yaşına, sorunun sıklığına, sonuçlarına ve tedavinin acilliğine göre yapılır. Örneğin 6 yaşında, birincil enkoprezis tanısı alan, haftada 1-2 kez altını kaçırın ve depresyonu olmayan bir çocukta hemen ilaç kullanmak gerekli değildir. Boşanma ya da kardeş doğumundan sonra başlayan ikincil enkoprezis için nedensel etkenlere yönelik psikoterapi tek başına yeterli olabilir.

2.7.1. Davranışçı tedavi

Davranışçı tedavide çocuğun her gün özellikle öğünlerden sonra 3-4 defa tuvalete giderek 5 dakika oturması önerilir (5). Böylece gastro-kolik refleksten de faydalanarak çocuğun zaman içinde kaybettiği defekasyon hissine tekrar sahip olması, barsakların boş tutularak konstipasyonun önlenmesi, tonusunu kaybetmiş ve genişlemiş rektumun tekrar eski tonusunu kazanması ve hacminin küçülmesi amaçlanır (3). Aile, çocuk dışkısını tuvalete yaptığı zaman ödüllendirebilir, altına kaçırdığı zamanlarda ise görmezden gelmelidirler (3). Ayrıca çocukla dışkılama hissini fark ettiği zaman geciktirmeden tuvalete gitmesi konusunda anlaşma yapılmalıdır (41). Tuvalet çocuk için korkulan ve iğrenilen bir yer olmaktan çıkarılmalı, cazip bir yer haline getirilmelidir (3). Tuvalet alışkanlıklarının yerleşmesinden sonra (günde 1-2 defa dışkılama olması durumunda) tuvalet oturmaları seyreltilebilir (5). Bununla beraber çocuktan altına kaçırma, tuvalete yapma, ve tuvalete oturma için ayrı ayrı günlük tutması istenir. Günlüğü çocuğun kendisi doldurmalıdır. Böylece hem tedavi takibi, hem de çocuğun motivasyonu sağlanır (5). Ayrıca sorumluluğu çocuğa vermenin bir göstergesi olarak

çocuk altına kaçırdığı zaman çamaşırını kendisi yıkaması, beceremiyorsa annesine yardım etmesi önerilir (40).

2.7.2. Laksatif tedavi

Laksatif tedavi iki aşamalı bir süreç olarak önerilmektedir: Boşaltım (Disimpaction) aşamasında hastanın barsaklarında birikmiş olan feçesin dışarı çıkarılması hedeflenir. Bu amaçla polietilenglikol, sıvı parafin, laktuloz/laktitol, bisakodil, ağır vakalar için fosfatlı lavman ve diğer lavmanlar kullanılabilir (12). İdame tedavisinde rektosigmoid bölgede dışkı birikimini önlemek hedeflenir. Bu amaçla polietilenglikol, laktuloz/laktitol, sena preparatı, bisakodil, metilseluloz, sıvı parafin kullanılabilir. Ayrıca idame tedavisinde lifli besinlerle ağırlıklı olarak beslenme ve bol sıvı alımı önerilmektedir (12). İdame tedavi 6 ay süreyle uygulanır ve sonrasında laksatif ilaçların dozları azaltılarak kesilir. Erken kesilmesi durumunda rekurrens gözlenebilir (5). Bazı kişilerde sütün konstipasyona yol açabileceği düşünülerek tedaviye yanıtız vakalarda süt alımının yasaklanması(12) hatta günümüzde laktozsuz sütler üretime geçtiğı için laktozsuz süt kullanımı önerilebilir . Davranışçı tedavi ve laksatif tedavinin birlikte uygulanmasıyla tedavi başarısının %88'lere ulaşabildiğı bildirilmiştir (12). Konstipasyonla birliktelik göstermeyen olgularda tedavi yaklaşımı boşaltım ve idame laksatif tedavi haricinde konstipasyonla birliktelik gösteren olgularla aynıdır. Laksatif tedavinin bu olgularda tedaviye katkısının olmayacağını, hatta sonucu kötü etkilediğini bildiren yayınlar bulunmaktadır (55).

2.7.3. Diğer ilaçlar

Enkoprezisin tedavisinde imipramin, amitriptilin ve sisaprid'in faydalı olduğı sınırlı araştırmada bildirilmiştir. Ancak sisapridin ciddi yan etkileri nedeniyle kullanımı önerilmemektedir (25,26). Davranışçı tedavi ve imipraminin karşılaştırıldığı bir araştırmada tedavi yanıtı açısından iki grup arasında fark bulunamamıştır (8).

2.7.4. Psikoterapi

Enkoprezise ek olarak başka psikopatolojilerin olduğı, çocuğun suçluluk, utanma duyguları yaşadığı olgularda ve aile içi dinamiklerin semptomun sürmesine yardım ettiğı olgularda tedavide psikoterapinin uygulanabileceğı bildirilmektedir. Bu

amaçla aile terapisi, oyun terapisi ve bireysel psikoterapi uygulanabilmektedir. Ancak bu yöntemlerin diğer yöntemlere üstünlüğü gösterilememiştir (46). Bunun yanı sıra çok yönlü tedavinin bir parçası olarak medikal tedavilerle birlikte davranışçı aile tedavisinin %43-75 oranlarında başarı sağladığı bildirilmiştir (56). Beraberliğinde psikiyatrik bozuklukları olan olgularda ise komorbid bozukluğun tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği, eşlik eden psikiyatrik bozukluğun tedavisinin sonucu olumlu etkileyeceği düşünülmektedir (5,53).

2.7.5. Biyofeedback:

Enkopretik çocukların bir kısmının anal sfinkterlerinin ve pelvik taban kaslarının uygun çalışmadığı tezinden yola çıkarak bazı araştırmacılar basınç biyofeedback yöntemini geliştirmişlerdir. Bu yöntemle manometri ya da EMG kullanılarak işitsel, görsel ya da sözel geribildirim yapılarak çocuğa normal dışkılama şekli öğretilmeye çalışılır (12,27). Ancak bu yöntemin etkinliği ile ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlar bildirmişlerdir ve uzun dönemde bu yöntemin etkili olmadığı bildirilmiştir (4).

2.7.6. Diğer tedavi yöntemleri

Diğer tedavi yöntemleri arasında masaj tedavisi, probiyotikler, elektriksel sinir uyarımı, refleksoloji ve akupunktur gibi yöntemler bulunmaktadır ancak bunlar henüz yeterince araştırılmamış yöntemlerdir (4).

2.8. Enkoprezisde Gidiş ve Prognoz

Enkoprezis uzun süreli bir tedavi gerektirmektedir. Araştırmalarda tedavi sonrası %36-82 arasında değişen düzelme oranları bildirilmektedir (57,58). Ülkemizde yapılan bir çalışmada başvurudan sonraki altı yıl içerisinde enkopretik çocukların %83'ünde tamamen iyileşme, %12'sinde semptomlarda azalma bildirilmiştir. Tamamen iyileşenlerin ortalama 21 ayda düzeldikleri bildirilmiştir. Birinci, üçüncü ve beşinci yıllarda düzelme oranları sırası ile % 41, % 70 ve % 83 olarak bildirilmiştir (45). Araştırmalarda Primer Enkoprezis, davranış sorunları, anne-babanın negativistik tutumları, semptomların başlangıcından tedaviye başlamaya kadar geçen sürenin uzunluğu olumsuz prognostik faktörler olarak bildirilmiştir (28,59,14). Yüksek okul başarısı, anne-babanın eğitim düzeyinin yüksek olması, zeka düzeyinin yüksek olması iyi prognostik sonuçlar olarak bildirmiştir. Enkoprezisle birlikte konstipasyon olması ise bazı araştırmalarda iyi, bazılarında ise kötü prognostik faktör olarak bildirilmiştir

(45). 16 yaş sonrası enkoprezisin çok nadir olduğu bildirilmektedir (21). Konstipasyonla birliktelik gösteren tipte tedavi sonrası olguların % 50-60’ında rekürrens bildiren çalışmalar mevcuttur (12).

Sonuç olarak enkoprezis, etyolojisinde çoğu zaman fizyolojik ve psikososyal nedenlerin birlikte yer aldığı kronik seyirli bir bozukluktur. Bu bozukluk sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte seyreder ve çocuğun kendisinde ve ailesinde önemli sorunlarla birliktelik gösterir. Enkoprezisin gelişiminde ve sürdürülmesinde anne ve babanın tutumları önemlidir ve tedavide göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak anne - babanın ve ailenin hangi özelliklerinin hastalığın etyolojisi ve srdrmnde önemli olduğu fazla araştırılmamıştır ve daha geniş araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu çalışmada bu amaca yönelik verilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. ÖRNEKLEM

3.1.1. Katılım ölçütleri

Araştırma, Rize ili Merkez ilçede yaşayan 4-11 yaş arası çocuklarda yapılmıştır, çalışma için anket soruları ve sosyodemografik form soruları düzenlenmiş olup Rize İl Milli Eğitim Müdürlüğünden ve İl Valiliğinden olur onay yazıları alınmıştır. Okul müdürlerine ve kura ile seçilen sınıfların öğretmenlerine bu anketler internet yoluyla yapılan link paylaşılmıştır, öğretmenler de bu linki çocukların ebeveynleriyle paylaşmıştır, beraber doldurmaları sağlanmıştır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise G-Power programında Random Allocation Software (Random Alloc, Ver. 1.0.0, M.Saghaei, dept of Anesthesia, Isfahan University, Iran) yazılımı kullanılarak belirlenmiştir. Yapılan power analizinde, her bir çocuk ve ailelerinin değerlendirmesi için %95 güven aralığı %80 power için interclass korelasyonun 0.9 üzerinde olacağı (H1), 0.7'den küçük interclass korelasyonların çıkması durumunda uyum olmadığı yönünde değerlendirme yapılacağı (H0) ön kabulleri ile 562 kişi ile değerlendirme yapılması gerektiği saptanmıştır.

Çalışmada, Rize ilinde yaşayan 4-11 yaş arası toplam çocuk sayısı 75000 olurken ,rize il Merkez ilçe 4-11 yaş arası çocuk sayısı 38182 dir. Çalışmaya dahil edilmesi planlanan çocuk sayısı 400 çocukdu. Çalışmam Rize il merkezinde bulunan 17 adet kreş, 7 adet anaokulu, 56 adet ilköğretim okulunda bulunan toplam 548 adet sınıfta yapılmıştır (okul listeleri il milli eğitim müdürlüğünden temin edilmiştir). Çalışma için hem anket hem de sosyodemografi soruları düzenlenmiş olup Rize İl Milli Eğitim Müdürlüğünden ve İl Valiliğinden olur onay yazıları alındı.Tüm okul müdürlerine ve onlar aracılığı ile kura ile seçilmiş olan sınıflara gönderildi.

Çalışmada anketlerin hedeflenen zaman aralığında(30 gün) dağıtılması **COVID-19 PANDEMİ** dönemine denk gelmesi nedeniyle çalışmada öğretmen, okul yöneticileri ve ebeveyn aracılığı ile toplamda 600 çocuğa doldurmaları için internet uygulaması aracılığı ile oluşturmuş olduğum anket (<https://forms.gle/Tr7tfE3h3MQzyRE68>) linki gönderildi ve 562 kişi geri dönüş yaptı. Bu nedenle çalışmaya 562 çocuk ve ebeveynleri dahil edildi ve hedeflenen sürede (4 hafta) ulaşılmıştır.

Katılımcıların anne-babalarına araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve anne babalardan kendilerinin ve çocuklarının gönüllü olarak kabul ettiklerine dair araştırmaya katılma onamı belirtilmiştir.

Araştırma, RTE Üniversitesi Tıp Fakültesi etik komitesi tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığı düşünüülerek onay verilmiştir.

3.1.2. Dışlama ölçütleri

- 1- Nörolojik herhangi bir hastalığının olması (epilepsi, serebral palsi vs)
- 2- Kronik bir hastalığının olmaması (Diabetes Mellitus, Astım vs)
- 3- Yaygın gelişimsel bozukluk
- 4- Psikotik bozukluk
- 5- Organik nedenlere bağlı Enkoprezis (spinal kord hasarı, spina bifida vs)
- 6- Ailesinin yanında yaşamama
- 7- Tek ebeveynli ya da boşanmış aile çocuğu olma durumları olan çocuklar ankete alınmamıştır. Bu durumlar, öğretmenlere anlatılmıştır, öğretmenler tarafından aileler bilindiği için link uygun ailelerle paylaşılmıştır
- 8-

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik veri anketi (Ek I)

Hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için çalışmayı yürütenler tarafından geliştirilen sosyodemografik veri soruları uygulanmıştır. Bu sorular da hastanın yaşı, sınıfı, okul başarısı, anne-baba yaşları, meslekleri, eğitim düzeyleri, kardeş sayısı, dışkı kaçırma sıklığı, tıbbi hastalık öyküsü, ailenin ortalama aylık geliri ile ilgili bilgiler toplanmıştır.

Sosyodemografik sorular:

- 1.Öğrencinin cinsiyeti
- 2.Okul adı
- 3.İletişim bilgileri
- 4.Öğrencinin yaşı
- 5.Öğrencinin sınıfı
- 6.Anne yaşı
- 7.Baba yaşı
- 8.Anne çalışma durumu: a) Çalışıyor b) Ev Hanımı c) Emekli
- 9.Baba çalışma durumu: a)Çalışıyor b) Çalışmıyor c) Emekli
- 10.Anne eğitim düzeyi: a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul d) Ortaokul e)Lise f)Ön lisans g)Lisans
11. Baba eğitim düzeyi: a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul d) Orta okul e)Lise f)Ön lisans g)Lisans
- 12.Kreşe başlama yaşı: a)0-4 Yaş b)4-5 Yaş c)5-6 Yaş d)Kreşe gitmedi
13. Kardeş sayısı: a)kardeş yok b)1-2 c)3-4 d)5 ve üzeri
- 14.Dışkı Kaçırma Sıklığı

	YOK	0-2 KERE	2-4 KERE	4 KEREDEN FAZLA
YOK				
GÜNDE				
HAFTA				
AY				

15.Kabızlığı neden olan teşhisi konmuş hastalık var mı?

a)evet b)hayır

16.Ailenizin ortalama aylık geliri ne kadar?

A) Asgari Ücret B)3bin-4binlira C)5bin-10binlira D)10 Bin Lira Üstü

3.2.2 Anket Soruları

1.Enkoprezis (altına /uygunsuz yere dışkı kaçırma)durumu nedir?

a) var b)yok

2.Enkoprezis en az üç ay süreyle ayda en az bir kere oluyor mu?

a)var b)yok

3.Enkoprezise sebep olacak ilaç alımı (kabızlık için laksatif) söz konusu mu?

a)var b) yok

4.Anne –babada enkoprezis şikâyeti, onlar 4-11 yaşlarındayken olmuş mudur?

a)evet b)hayır

5.Enkoprezis davranışı nerede oluyor?

a)evde b) okulda c)başka yerde

6.Enkoprezis davranışı ne zaman gözleniyor?

a) gece b)gündüz c)hem gece hem gündüz

7.Enkoprezisin bir hastalık olduğunu biliyor muydunuz?

a)evet b)hayır

8.Enkoprezis durumunda hangi hekime gidersiniz?

a) Hekime gitmem b) Aile hekimi c)Çocuk hastalıkları uzmanı

d) Çocuk cerrahi uzmanı e) Çocuk psikiyatri uzmanı

9.Okulda /Evde yeni kurallara uyma zorunluluğu durumunda oluyor mu?

a) evet b)hayır

10.Hastalık veya başka bir nedenle evden uzak olma durmunda oluyor mu?

a) Evet b)Hayır

11.Cezalandırma ile ilgisi oluyor mu?

a)evet b)hayır

12.Yediği yemekle ilgili oluyor mu?

a)Evet b)Hayır

13.Aldığı ilaçla(kabızlık için kullanılan laksatif) ilgili oluyor mu?

a)evet b)hayır

14.Kullandığı tuvaletin temizliği ile ilgili mi?

a)evet b)hayır

15.Kabızlıkla beraber midir?

a)evet b)hayır

16.Kaka yaparken ağrı oluyor mu?

a)evet b)hayır

17.Annede eş tanıli psikiyatrik hastalık var mı?

a)Psikotik bozukluk b)Depresyon c)Bipolar bozukluk d)Hastalık yok

18.Babada eş tanıli psikiyatrik hastalık var mı?

a)Psikotik bozukluk b)Depresyon c)Bipolar bozukluk

d)Hastalık yok

19.Çocukta eş tanıli psikiyatrik hastalık var mı?

a) Karşıt olma -karşı gelme b)Davranım bozukluğu c)DEHB d)Depresyon
e)Hiçbiri

3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

3.3.1. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada toplanan verilerin analizi, istatistiksel yazılım paketi SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov normallik testi ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler çalışma verilerinin değerlendirilmesinde, kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Demografik parametrelerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Student-t testi, çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA), korelasyonlar için lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçlar tablolar halinde verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyini belirlemek için, %95 güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmada elde edilen verilerin analiz sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 2. Çalışmada yer alan çocukların cinsiyetleri ve yaşlarına ait veriler

			Ort ± Std	
Öğrenci Yaşı (yıl)	Kız (n:257) %45,7		7,6±2,7	
	Erkek (n:305) %54,2		7,5±2,3	
			n	%
Öğrenci Yaş Grupları (yıl)	Kız	4-5	57	10,1
		6-7	68	12,1
		8-9	67	11,9
		10-11	65	11,6
		Toplam	257	45,7
	Erkek	4-5	72	12,8
		6-7	92	16,4
		8-9	70	12,5
		10-11	71	12,6
		Toplam	305	54,3

Çalışmada yer alan çocukların 257'si (%45,7) kız olurken, 305'i (%54,2) erkekti.

Erkek ve kız öğrencilerin cinsiyetlerine göre yaş gruplarının dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmektedir. Çalışmada yer alan kız öğrencilerin yaş ortalaması 7,6±2,7 yıl olurken, erkek öğrencilerin yaş ortalaması 7,5±2,3 yıl olarak tespit edilmiştir. (Tablo 2).

Tablo 3. Çalışmada yer alan çocukların sınıfları, kreşe başlama yaşları ve sahip oldukları kardeş sayılarına ait veriler

		n	%
Çocukların Sınıfları	Anasınıf	166	29,5
	Kres	14	2,5
	Gitmiyor	23	4,1
	1-3 sınıf	216	38,4
	4-7 sınıf	136	24,2
Kreşe başlama yaşı	0-4 yaş	198	38,9
	4-5 yaş	137	24,4
	5-6 yaş	68	12,1
	Kreşe gitmedi	159	28,3
Kardeş sayısı	Tek çocuk	215	38,2
	1-2	256	45,5
	3-4	75	13,4
	5 ve üzeri	9	1,6

. Çalışmada yer alan çocukların %29,5'ü anasınıfında yer alırken, %2,5'u kreş, %4,1'unun herhangi bir okula gitmediği, %38,4'ünün 1.-3. sınıfa gittiğini, %24,2'sinin 4-7 sınıfa gittiği gözlemlendi.

Çalışmada yer alan çocukların kreşe başlama yaşları incelendiğinde; %38,9'sinin 0-4 yaş aralığında, %24,4'inin 4-5 yaş aralığında, %12,1'unun 5-6 yaş aralığında kreşe gittiği görülürken, %24,5'sinin hiç kreşe gitmediği tespit edildi.

Çalışmadaki çocukların sahip oldukları kardeş sayıları incelendiğinde; %37,9'nının hiç kardeşi bulunmazken, %45,9'inin 1-2- kardeşi, %13,4'inin 3-4 kardeşi, %1,6'nın 5 ve üzeri kardeşi bulunduğu tespit edildi.

Tablo 4. Çalışmada yer alan çocukların ailelerinin demografik özelliklerine ait veriler

		Ort± Std	
Anne yaş		36,4±5,2	
Baba yaş		40,6±5,7	
		n	%
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	265	46,2
	Emekli	1	1,1
	Evhanımı	296	52,8
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	512	90,9
	Çalışmıyor	29	5,3
	Emekli	21	3,7
Ailenin Gelir durumu	Yok	45	8,0
	Asgari Ücret	113	20,1
	3.000 - 4.000 TL	154	27,4
	5.000 - 10.000 TL	202	35,9
	10.000 TL Üzeri	48	8,5
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	2	0,3
	Okuryazar	2	0,3
	İlkokul	65	11,5
	Ortaokul	50	8,9
	Lise	198	35,2
	Önlisans	69	12,2
	Lisans	176	31,3
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	1	0,2
	Okuryazar	3	0,5
	İlkokul	80	14,2
	Ortaokul	45	8,0
	Lise	199	35,4
	Önlisans	76	13,5
	Lisans	158	28,1

Çalışmada yer alan çocukların ebeveynlerine ait demografik veriler Tablo 3’de gösterilmektedir.

Çalışmada yer alan çocukların anne ve babalarının yaş ortalamaları incelendiğinde; annelerin yaş ortalaması 36,4±5,2 yıl olurken, babaların yaş ortalaması 40,5±5,7 yıl olduğu görüldü. (Tablo 4). Annenin ev hanımı olması %52,7, çalışıyor olması %46,2 (Tablo 4), annenin eğitim durumunun lise olması %35,2 babanın eğitim durumunun lise olması %35,4 olduğu görüldü. (Tablo 4)

Tablo 5. Çalışmada yer alan çocukların dışkı kaçırma sıklıkları

		n	%
Kabızlığa Neden Olan Teşhisi Konmuş Hastalık Var mı ?	Evet	8	1,4
	Hayır	554	98,5
Dışkı Kaçırma Durumu	Var	136	24,2
	Yok	426	75,8
Dışkı Kaçırma Sıklığı [Günde]	Yok	487	86,6
	0-2	63	11,2
	2-4	9	1,6
	4'den fazla	3	0,5
Dışkı Kaçırma Sıklığı [Hafta]	Yok	517	92,0
	0-2	29	5,2
	2-4	6	1,0
	4'den fazla	10	1,7
Dışkı Kaçırma Sıklığı [Ay]	Yok	526	93,6
	0-2	21	3,7
	2-4	3	0,5
	4'den fazla	12	2,1

Çalışmada yer alan çocukların %1,4'sinde kabızlığa neden olan teşhisi konmuş hastalık bulunmaktadır. Bunun yanı sıra çocukların %24,2'sinde dışkı kaçırma durumu bulunurken, %75,8'ninde bulunmamaktadır ve bu çocukların %5,2'si haftada 0-2 kez dışkı kaçırmaktadır (Tablo 5).

Tablo 6. Çalışmadaki çocukların Enkoprezis davranışına yönelik verileri

		n	%
İstemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyen bir biçimde dışkının uygunsuz yerlere (örnek: giysiler ya da döşemenin üstüne) yapılması söz konusu mudur?	Evet	82	14,6
	Hayır	480	85,4
Ailede (Anne-baba) enkoprezis şikâyeti 4-11 yaşları arasındayken yaşanmış mıdır?	Evet	8	1,4
	Hayır	554	98,6
Enkoprezis davranışı nerede oluyor?	Hiçbir yerde	366	65,1
	Başka Yerde	38	6,7
	Evde	121	21,5
	Okulda	37	6,6
Enkoprezis davranışı ne zaman gözleniyor?	Hiçbir zaman	379	67,4
	Gece	50	8,9
	Gündüz	103	18,3
	Hem Gece Hem Gündüz	30	5,3
Enkoprezisin bir hastalık olduğunu biliyor muydunuz?	Evet	274	48,7
	Hayır	288	51,2
Enkoprezis durumunda hangi hekime gidersiniz?	Hiçbir yere	97	17,3
	Aile hekimine	31	5,5
	Çocuk cerrahi uzmanına	36	6,4
	Çocuk uzmanına	94	16,7
	Çocuk psikiyatri uzmanına	304	54,0
İdrar kaçırma ile beraber mi oluyor?	Evet	57	10,1
	Hayır	505	89,8
Yeni kardeş doğumu ile ilgisi var mı?	Evet	27	4,8
	Hayır	535	95,2
Okulda yeni kurallara uyma zorunluluğu durumunda oluyor mu?	Evet	43	7,6
	Hayır	519	92,3
Hastalık veya başka bir nedenle geçici de olsa evden uzak kalma durumu söz konusu mu?	Evet	43	7,6
	Hayır	519	92,3
Cezalandırma ile ilgili oluyor mu?	Evet	29	5,2
	Hayır	533	94,8

Çalışmada çocukların %14,6’unda istemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyen bir biçimde dışkının uygunsuz yerlere (örnek: giysiler ya da döşemenin üstüne) yapılması söz konusu olduğu gözlemlendi. Bunun yanı sıra çalışmadaki çocukların ebeveynlerinin %1,4’sinde enkoprezis şikâyeti 4-11 yaşları arasındayken yaşanmışken, %98,6’inde yaşanmamıştır.

Çalışmadaki çocukların enkoprezis davranışını %21,5'ünde evde ve bu çocuklarda enkoprezis davranışının %18,3'ünde gündüz görüldüğü tespit edildi. Çalışmadaki çocukların ailelerinin %48,8'inin enkoprezis davranışının bir hastalık olduğunu bildiklerini ,%51,2 'inde bir hastalık olduğunu bilmediklerini ifade ettikleri gözlemlendi.

Çalışmada yer alan çocukların aileleri enkoprezis durumunda %54,0'u çocuk psikiyatri uzmanına gideceklerini belirtmişlerdir. Ayrıca enkoprezis hastalığı çocukların %10,1'ünde idrar kaçırma ile beraber görüldüğü tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra çocuklarda görülen enkoprezis hastalığının %4,8'ninde yeni kardeş doğumu ile ilgisinin bulunduğu gözlemlendi. Çocukların %7,6'inde enkoprezis hastalığının okulda yeni kurallara uyma zorunluluğu durumunda meydana geldiği, yine %7,6'inde hastalık veya başka bir nedenle geçici de olsa evden uzak kalma durumunda oluştuğu ve %5,2'sında cezalandırma ile ilgisinin bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Çalışmadaki çocukların Enkoprezis davranışının nedenlerine yönelik verileri

		n	%
Yediği yemekle ilgili oluyor mu?	Evet	62	11,0
	Hayır	500	88,9
Aldığı ilaçla (Laksatif-kabızlık tedavisi) ilgili oluyor mu?	Evet	9	1,6
	Hayır	553	98,4
Kullandığı tuvaletin temizliği ile ilgili mi?	Evet	51	9,0
	Hayır	511	90,9
Kabızlıkla beraber mi oluyor?	Evet	32	5,7
	Hayır	530	94,3
Kaka yaparken ağrı oluyor mu?	Evet	37	6,6
	Hayır	525	93,4
Annede eş tanıli psikiyatrik hastalık var mı?	Hastalık yok	553	98,4
	Psikotik bozukluk	1	0,1
	Depresyon	8	1,4
Babada eş tanıli psikiyatrik hastalık var mı?	Hastalık yok	555	98,7
	Psikotik bozukluk	2	0,4
	Depresyon	5	0,9
Çocukta eş tanıli psikiyatrik hastalık var mı?	Yok	528	93,9
	Davranım bozukluğu	10	1,7
	DEHAB	3	0,5
	Karşı gelme	21	3,7

Çalışmadaki çocukların enkoprezis davranışının nedenlerine yönelik verileri Tablo 6’de gösterilmektedir.

Çalışmadaki çocukların enkoprezis davranışının nedenlerine yönelik verileri Tablo 6’da gösterilmektedir. Buna göre çocukların %11,0’ünde enkoprezis davranışının yemekle alakalı olduğu ve çocukların annelerinin %0,2’inde psikotik bozukluk bulunurken, %1,4’sinde depresyon bulunduğu gözlenmiştir. Bunun yanı sıra çocukların %1,8’inde davranım bozukluğu, %0,5’ünde DEHAB ve %3,7’ünde karşı gelme bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Çocukların cinsiyet değişkeninin enkoprezis hastalığı ile ilişkisi

(562 çocuk katılımında 136 çocukta enkoprezis rastlanmıştır)

		n	%	t testi	P değeri	
Enkoprezis Varlığı	Kız (n:45)	4-5	17	3,0	11,753	0,001
		6-7	10	1,8		
		8-9	6	1,1		
		10-11	12	2,1		
		Toplam	45	8,0		
	Erkek (n:91)	4-5	20	3,56		
		6-7	32	5,7		
		8-9	21	3,7		
		10-11	18	3,2		
		Toplam	91	16,2		

Independent sample t testi, $p<0,05$ anlamlılık

Çalışmaya dâhil olan çocukların cinsiyetleri ile enkoprezis hastalık durumları yapılan t testine göre karşılaştırılmıştır. Enkoprezis hastalığı erkek çocuklarının %16,2'unda görülürken, kız çocuklarının %8,0'inde görülmektedir. Her iki değişken açısından cinsiyet ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Çocukların yaş değişkeninin enkoprezis hastalığı ile ilişkisi

			Ort ± Std	t testi	P değeri
Enkoprezis	Var	Kız	6,9±3,4	8,684	0,003
		Erkek	7,2±2,6		
		Toplam	7,5 ±2,4		
	Yok	Kız	7,7±2,5		
		Erkek	7,6±2,3		
		Toplam	8,0±2,8		

Çalışmada yer alan enkoprezis olan çocukların yaş ortalaması 7,5 ±2,4 yıl olurken hasta olmayan çocukların yaş ortalaması 8,0±2,8 yıl olarak saptanmıştır. Her iki değişken açısından yaş ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Çocukların sınıfları ve kreşe başlama yaşlarının enkoprezis hastalığı ile ilişkisi

		n: 136	%	F testi	P değeri
Çocukların Sınıfları	Anasınıf	34	6,0	2,887	0,332
	Kres	5	0,9		
	Gitmiyor	19	3,4		
	1-3 sınıf	52	9,2		
	4-7 sınıf	26	4,6		
Kreşe başlama yaşı	4-5 yaş	24	4,3	1,479	0,008
	5-6 yaş	14	2,5		
	Kreşe gitmedi	53	9,4		
Çocukta eş tanıli psikiyatrik hastalık var mı?	Yok	120	21,3	2,368	0,014
	Davranım bozukluğu	8	1,4		
	DEHAB	1	0,2		
	Karşı gelme	7	1,2		

Çalışmada enkoprezis olan 136 çocuğun sınıfları ve kreşe başlama yaşlarının enkoprezis hastalığı ile ilişkisi Tablo 10'da gösterilmektedir. Çocukların sınıfları ve kreşe başlama yaşı ile enkoprezis hastalığının karşılaştırılması One Way Anova testi ile analizi yapılmışken, çocuklarda eş tanıli psikiyatrik hastalık varlığı ile enkoprezis hastalığı arasındaki ilişki Post Hoc testlerinden bonferroni testi ile yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 10'da gösterilmiştir.

Her iki değişken açısından çocukların sınıfları ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmezken ($p>0,05$), kreşe başlama yaşı ve eş tanıli psikiyatrik hastalık ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 11. Çocukların ailelerinin çalışma durumu ve eğitim durumu ile enkoprezis hastalığı arasındaki ilişkisi

		n: 136	%	F testi	P değeri
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	57	10,1	0,958	0,042
	Emekli	1	0,2		
	Evhanımı	78	13,9		
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	125	22,2	1,368	0,214
	Çalışmıyor	9	1,6		
	Emekli	2	0,4		
				Bonferroni testi	P değeri
Anne eğitim durumu	Okuryazar	4	0,7	1,485	0,023
	İlkokul	33	5,9		
	Ortaokul	17	3,0		
	Lise	29	5,1		
	Önlisans	25	4,4		
	Lisans	28	4,9		
Baba eğitim durumu	Okuryazar	3	0,5	1,796	0,543
	İlkokul	20	3,6		
	Ortaokul	12	2,1		
	Lise	41	7,3		
	Önlisans	18	3,2		
	Lisans	42	7,5		

Çocukların ailelerinin çalışma durumu ile enkoprezis hastalığı arasındaki ilişkisi one way anova testi ile ebeveynlerin eğitim durumu ile enkoprezis hastalığı arasındaki ilişkisi Post Hoc testlerinden bonferroni testi ile yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir. Enkoprezis hastalığı olan çocukların anne eğitim durumu ilkökul %5,9 ,baba eğitim durumu lisans %7,5 ,anne mesleği ev hanımı %13,9 olarak gözlemlendi.

Tablo 12. Çalışmada enkoprezis olan çocuklarda hastalığa neden olabilecek faktörlerin karşılaştırılması

		n:136	%	T testi	P değeri
Ailede (Anne-baba) enkoprezis şikâyeti 4-11 yaşları arasındayken yaşanmış mıdır?	Evet	3	0,5	2,451	0,654
	Hayır	133	23,7		
Enkoprezis davranışı nerede oluyor?	Hiçbir yerde	31	5,5	1,896	0,011
	Başka Yerde	15	2,7		
	Evde	57	10,1		
	Okulda	33	5,8		
Enkoprezis davranışı ne zaman gözleniyor?	Hiçbir zaman	34	6,0	2,541	0,008
	Gece	38	6,7		
	Gündüz	57	10,1		
	Hem Gece Hem Gündüz	7	1,2		
Dışkı Kaçırma Sıklığı [Günde]	Yok	65	11,6	1,354	0,258
	0-2	60	10,7		
	2-4	8	1,4		
	4'den fazla	3	0,5		
Yediği yemekle ilgili oluyor mu?	Evet	30	5,3	1,898	0,369
	Hayır	106	18,8		
Aldığı ilaçla (Laksatif-kabızlık tedavisi) ilgili oluyor mu?	Evet	1	0,2	0,589	0,657
	Hayır	135	24,0		
Kullandığı tuvaletin temizliği ile ilgili mi?	Evet	24	4,3	2,349	0,338
	Hayır	112	19,9		
Kabızlıkla beraber mi oluyor?	Evet	18	3,2	1,024	0,021
	Hayır	118	21,0		
Kaka yaparken ağrı oluyor mu?	Evet	17	3,0	1,475	0,123
	Hayır	119	21,2		

Çalışmada enkoprezis davranışının olduğu yer ve gözlemlendiği zaman ile enkoprezis arasındaki ilişki Post Hoc testlerinden bonferroni testi ile incelenirken, diğer değişkenlerin enkoprezis ile ilişkisi t testi ile analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir. Buna göre enkoprezis davranışı nerede olduğu (evde %10,1), ne zaman olduğu (gündüz %10,1) ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Enkoprezis, dışa atım bozukluğudur, çocukluk çağında sık karşılaşılan, hem çocuk hem de aile için büyük bir stres kaynağı olan, her iki tarafın da ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen bir bozukluktur (8). Enkopresis en çok 4-7 yaş arasında görülmektedir. Çocuklarda enkoprezis sıklığının %1-3 arasında değişmekte olup ülkemizde bu oran %4 olarak saptanmıştır. Erkek çocuklarda kızlara göre daha sık görülmektedir (18,19). Bazı çocuklarda hastalık enürezis ve idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir. Aile eğitimi, hastalığın yönetiminin ilk adımıdır, bunu dışkıların ayrılması ve rektumun tamamen boşaltılması takip eder. Enkoprezisli çocukların bir kısmında laksatiflerin veya laksatifler ile beraber davranış düzenleme tedavilerinin uygulanması anal kontinansın sağlanmasında başarılı olamamaktadır. Kontinans sağlayamayan çocuklarda laktasiflere karşı bağımlılık görülmektedir. Bu durum çocuğun davranış, sosyal adaptasyonunu ile aile ve eğitim hayatını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu çalışmada 4-11 yaş arası çocuklarda enkoprezis sıklığının araştırılması ve etyolojide rol alan etkenlerin sıklıklarının araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılan 562 çocuğun 44'ünde (%7,8) enkoprezis davranım bozukluğu (en az üç ay süreyle ayda en az 1 kere altına gaita kaçırma) bulunuyordu. Çalışmaya dahil edilen çocukların 257'si (%45,7) kız olurken, 305'i (%54,3) erkekdi. Erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir. Dördüncü yaşını bitiren çocukların %95'inden fazlasında, beşinci yaşını bitiren çocukların %99'unda bağırsak kontrolü gelişmiş olur ve kaka kaçırma sorunu biter. Dört yaşındaki çocukların %2,8'inde, 6 yaşındaki çocukların %1,9'unda, 10-11 yaşındaki çocukların %1,6'sında görülmektedir (20,5). 16 yaşından sonra ise çok nadirdir (21). Bu araştırmalar, yaş ilerledikçe enkoprezis sıklığının azaldığını göstermektedir. Bu durum enkoprezis olgularının bir bölümünün gelişimsel gecikmeye bağlı olarak ortaya çıkan bir durum olduğunu ve yaş fazla görülür.

Çocuklar çoğunlukla iki yaşın sonunda dışkılarını, üç yaşın sonunda ise idrarlarını tutma yetisi kazanırlar. Ancak beş yaşlarının sonuna kadar seyrek olarak gündüzleri, sıklıkla geceleri altlarına kaçırlar. Yaşları ilerledikçe altlarına kaçırma sıklıkları da azalır, bu oran ergenlik çağında yüzde ikiye kadar iner. Çalışmada yer alan kız öğrencilerin yaş ortalaması 7,6±2,7 yıl olurken, erkek öğrencilerin yaş ortalaması 7,4±2,2 yıl olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin %53,6'sı 4-6 yaş aralığında yer alırken,

%46,4'ü 7-11 yaş aralığında olduğu saptandı. Bu çalışmadan elde edilen veriler, küçük çocuklarda daha yüksek bir prevalansa işaret eden literatürdeki diğer verilerden aynı olduğu görüldü (60).

Çalışmamızda yer alan ve enkoprezis olan çocukların %6,1'i anaokuluna giderken, %0,9'u kreşe, %9,2'i 1-3 sınıfa, %4,4'i 4-7 sınıfa ve %0,2'inin ise 7-11 sınıfa gittikleri saptanmıştır. Hiç okula gitmeyen enkoprezis olan çocukların oranı ise %3,4'dir. Bu fark anlamlıydı. Çalışmamızda diğer bir önemli bulguda enkoprezis olan çocukların %4,3'sinin kreşe başlama yaşı 4-5 yaş, %2,5'unun 5-6 yaş ve %9,4'ünün hiç kreşe gitmediği saptanmıştır. Her iki değişken açısından kreşe başlama yaşı ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir.

Çocuk psikiyatrisi polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biri olan enkoprezisin erkek hastalarda daha sık görüldüğü, ergenlik döneminde de devam edebildiği ve pek çok psikiyatrik hastalıkla binişik bulunabildiği bilinmektedir. Etiyolojisinde pek çok etkenin araştırıldığı bu hastalık; başlangıç biçimi ve seyrine göre birincil ve ikincil enkoprezis olarak ayrılmaktadır. Özellikle ikincil enkopreziste hastalığın sürmesine neden olan bilinçdışı süreçler ve psikososyal etkenler değerlendirildiğinde elde edilen veriler tedavi sürecine önemli düzeyde katkı sağlamaktadır (61) Enkoprezis'i olan çocuklarda beraberinde birçok ruhsal sorunun da görülebileceği yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (41,45,47,49,50,51). Özellikle Enürezis, KOKGB, DEHB, Anksiyete bozuklukları, Depresyon, düşük kendilik değeri ve artmış öfke, duygusal ve davranışsal sorunlar, düşük sosyal uyum, Yıkıcı Davranış Bozuklukları, (DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu) Mental Retardasyon, obsesyon ve kompulsiyonlar, karşı gelme davranışları, antisosyal aktiviteler sayılmaktadır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları'nın sosyal olarak kabulü zor bir durum olan enkoprezis sonucunda çocuğun bu durumdan kaygıduyarak ya da bu durum nedeniyle içe kapanarak tepki vermesi sonucu geliştiği öne sürülebilir. Ya da aynı stresli yaşam olayları hem enkoprezise, hem de depresyon ve anksiyete bozukluklarına neden olabilmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda yer alan enkoprezis olan çocukların %1,4'sinde davranım bozukluğu, %0,2'inde DEHB ve %1,2'inde karşı gelme eşanlı psikiyatrik hastalık bulunduğu tespit edili. Her iki değişken açısından eşanlı psikiyatrik hastalık ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). DEHB olan çocuklarda dikkat süresinin kısalığına bağlı olarak çocuğun rektal gerilmeyi fark

edemediği ve tuvalete gitmeyi geciktirdiği, tuvalete oturduğu zaman da dürtüselliği nedeni ile gaitasını tamamen boşaltacak kadar oturamadığı, bu nedenle konstipasyon ve buna bağlı olarak enkoprezis geliştiği, ayrıca yapmakta olduğu faaliyetten ayrılamaması sonucu farkında olmadan kaka kaçırmaması nedeniyle de enkoprezis'in gelişebileceği öne sürülmüştü (50). Bunun yanı sıra çocuklara uygulanan şiddet ve stresli yaşam hem DEHB, hem de enkoprezis için ortak şiddetlendirici ve sürdürücü etkenler olmaktadır (3,62).

Çalışmamızda enkoprezis olan çocukların %3,2'sinde hastalıkla birlikte kabızlıkta görülmektedir. Her iki değişken açısından kabızlık ile enkoprezis hastalığı arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma sonucumuz literatürle uyumlu olmaktadır. Konstipasyonla birlikte seyreden taşma inkontinansında gaita rektumda birikir ve sertleşmesine neden olmaktadır. Dışarıya çıkarılamayan ve bol miktarda rektumda biriken gaita, rektumun genişlemesine neden olur ve megarektum oluşmasına sebep olur. Büyüyen rektum mesaneye baskı yapar ve mesane hacmini daraltır. Böylece enkoprezis yanında enürezis de gelişebilir (41). Kabızlık ve enkoprezis, İşeme Disfonksiyonu ile oldukça sık birlikte görülebilen durumlardır. Genitoüriner sistem ve gastrointestinal sistem aynı embriyonik kökene sahip olduklarından ve aynı sakral pleksustan inerve olduklarından, birisini etkileyen bir durum diğerini de etkileyebilir. Ayrıca kabızlık nedeniyle gelişen karın şişliğinin, mesanede şekil bozukluğuna yol açarak detrüsör kasında aşırı aktivasyon sonucu inkontinansa yol açabileceği gösterilmiştir. Bu bulgulara yönelik tedavi yaklaşımlarında bulunulmadığında İşeme disfonksiyonu tedavisinin başarısı düştüğünden birliktelik oldukça önemlidir.(74)

Çalışmamızda enkoprezis olan çocukların annelerinin en yüksek oranda %5,9'unun ilkökul, %5,2'sinin lise ve %4,9'ının lisans mezunu oldukları tespit edildi. Bunun yanı sıra çalışmadaki enkoprezis olan çocukların babalarının en yüksek oranda %7,5'sinin lisans, %7,3'unun lise ve %3,5'sinin ilkökul mezunu oldukları tespit edildi. Annenin eğitim durumu ile enkoprezis arasında anlamlı bir fark bulunurken babanın eğitim durumu ile enkopresiz arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Enkopresis tedavisinin özellikle terapötik endikasyonların yakından izlenmesine dayandığı düşünüldüğünde, daha yüksek eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin daha uyumlu olabileceğini düşünebiliriz. Ebeveyn eğitimi, hem tuvalet eğitimi için bir yeterlilik göstergesi hem de kısıtlı olmayan bir ailede yaşamının stresine karşı bir koruma faktörü

olarak rapor edilmiştir. Annelerden düşük eğitim düzeyinde olanların çocuklarını disipline edebilmek için daha çok fiziksel ceza uyguladıkları; yüksek düzeyde eğitim almış annelerin ise daha çok destekleyici ve çocuk merkezli bir ebeveynlik yaptıklarını bildirmişlerdir(64).

İdrar kaçırmaya göre daha az görülmekle birlikte bu rahatsızlığa temel sebep olarak baskıcı tuvalet eğitimi, ailevi sıkıntılar, annenin çok titiz olması ve aynı zamanda ev kadınlığı rolünü benimseyememesi gibi nedenler sayılabilmektedir. Çalışmada yer alan ve enkoprezis olan çocukların annelerinin %10,1'ü çalışırken, %13,9'inin ev hanımı olduğu tespit edildi. Her iki değişken açısından annenin çalışma durumu ile enkoprezis hastalığı arasında fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmayan annelerin çalışan annelere göre daha koruyucu tutum sergilediklerini bulmuştur. Ev hanımlarının çalışan annelere göre daha koruyucu bir tutuma sahip olduklarını bulmuşlardır. Bunun sebebi annelerin eğitim düzeyinin arttıkça değişime daha açık insanlarla bir arada olmaları ve tutumlarının değişmesinin daha kolay olduğu söylenebilir. Araştırma sonucunu desteklemektedir(65,66)

Dışkı kaçırmaya özelliği gösteren çocuklar genellikle hem okul hemde çevresiyle uyumsuzluk içerisindedirler. Bu çocukların genellikle arkadaş ilişkileri zayıf olmakla birlikte, inatçı bir yapıya sahiptirler. Çevrelerine saldırganlık gösteremediklerinden dolayı, tepkilerini bu şekilde farklı bir yolla ortaya koymaktadırlar (67).

Enkoprezisin oluşmasında yeni bir kardeşin doğumu, anneden ayrılma, korkutucu olaylar gibi tedirgin edici durumların neden olduğunu bildirirken, çalışmamızdaki aileler enkoprezise korku ve fiziksel bir rahatsızlığın neden olduğunu belirtmişlerdir(67). Aileler az oranda enkoprezise psikolojik stimulan; aile içi problemlerin ve kıskançlığın neden olduğunu belirtmiştir. Ayrıca aileler dikkat çekme, ağır uyku, fazla su içme, heyecan gibi geçici bir duruma bağlı olan nedenleri de enkoprezi'nin nedeni olarak koymuşlardır. Çalışmamızda yer alan çocukların sahip oldukları kardeş sayıları incelendiğinde; %37,90'nının hiç kardeşi bulunmazken, %45,9'inin 1-2 kardeşi, %13,3'inin 3-4 kardeşi, %1,6'nının 5 ve üzeri kardeşi bulunduğu tespit edildi. Bunun yanı sıra %0,5'ünün ikiz ve %0,8'inin abla ve abisinin bulunduğu saptandı.

Erkek çocuklarda alta kaçırmaya sıklığı kız çocuklarına oranla iki kat daha fazladır. Daha çok 6-10 yaş arasındaki erkek çocuklarda görülür. Yapılan çalışmalarda

4 yaşında %2,8, 10-11 yaşında %1,6 olarak bulunmuştur (63). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan çevrelerde, alta kaçırma oranı % 20 veya çok daha yüksek oranlarda görülür. Bu durumun sebebi olarak yetersiz ve düzensiz tuvalet eğitimi gösterilebilir. Tuvalet eğitimi, fiziksel olarak çocuğun kaslarının ve sinir sisteminin olgunlaşmasına ek olarak uygun ve istikrarlı bir eğitim ile kazandırılır. Altına kaçıran çocukların ailelerine dikkat edildiğinde başka aile fertlerinin de çocukluklarında aynı durumdan muzdarip olduğu görülebilir. Bu durum genetik yatkınlığın önemini gözler önüne sermektedir. Böbrek, bağırsak ve idrar yollarındaki doğuştan gelen bedensel bozukluklar ise % 5 oranında bir diğer alta kaçırma nedeni olarak saptanmıştır (67). Fiziksel, genetik nedenler ve yetersiz tuvalet eğitimi haricinde idrar kaçırma çoğunlukla psikolojik nedenlere bağlıdır. Psikolojik nedenler çeşitlilik gösterebileceği gibi çoğunlukla yoğun korku, bakım veren kişi ile yaşanan gerilimli ilişki veya zamanından önce ve baskı ile verilen tuvalet eğitimi görülebilir. Psikolojik nedenler arasında en önemli yeri aileye yeni bir bebeğin katılışı tutar. Kardeş kıskançlığı, çocuğun bebek gibi sevilme ve ilgi görmek için altına yapmasına neden olabilir. Öte yandan dengeli ve uyumlu bir çocukta görülen tek başına idrar kaçırma ise aile için endişe uyandırmamalıdır. Ancak tedaviye direnç gösteren uyku bozukluğu, konuşma bozukluğu veya davranış bozuklukları gibi başka bozulmaların da görüldüğü bir durum söz konusu ise problem daha derinlemesine araştırılmalı ve daha yoğun özen göstermelidir. İlaç tedavisi ve süreç boyunca psikolojik destek almak kritik öneme sahiptir (50,57,58,68)

Bu çalışmalardan biri, tıbbi müdahale kategorisinin tüm bileşenlerini (bağırsak temizliği, müshil tedavisi, lif tavsiyesi ve oturma programı) artı biofeedback (EAS-eksternal anal sfinkter) kasılması, EAS kasılmasının evde uygulanması ve paradoksal kasılmanın düzeltilmesi kabızlık ve inkontinansı olan çocuklar için tek başına tıbbi müdahaleye üstün olmaktır (50). Benzer şekilde kabızlık ve anormal dışkılama dinamikleri olan çocuklarda, paradoksal kontraksiyonun düzeltilmesine odaklanan biofeedback eğitimi dahil tedavinin sadece tıbbi müdahaleye göre daha üstündür (% 67 iyileşme vs 6. ayda % 44 ve % 67 vs % 33 12 ay). Ancak anormal dışkılama dinamiklerini kanıtlamayan çocuklar için sonuçta anlamlı bir fark görülmemiştir. Biofeedback eğitimi içeren tedavi kombinasyonu paradoksal kasılmanın ve tıbbi müdahalenin düzeltilmesine odaklanmıştır (lif tavsiyesi) artı pozitif takviye, kabızlık ve anormal dışkılama dinamikleri olan çocuklar için umut verici bir müdahale kriterlerini karşılamaktadır. Enkoprezisli çocuklarda tıbbi yönetim, davranışsal müdahale (olumlu

pekiştirme ve beceri eğitimi) ve biyogeribildirim müdahalesinin (EAS kasılması, paradoksal kasılmanın düzeltilmesi ve EAS sıkılaştırma ve gevşemesinin evde uygulanmasına odaklanan) üç grup arasında etkilerini incelemiştir ve EAS sıkılaştırma ve gevşemesinin olumlu sonuçlar almışlardır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada enkoprezisin 4-11 yaş arası okula giden çocuklarda görülme sıklığının ve etyolojide rol alan etkenleri araştırılmıştır. Ayrıca enkopretik çocuklarda eşlik eden psikopatolojiler değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda enkopretik çocuklarda eşlik eden psikopatolojilerin olduğu, ailelerin eğitim, çalışma durumları ve gelir durumlarına bağlı sorunların olabildiği ve kreşe gitme durumu ile ilgili bağlantıların olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmanın bilindiği kadarıyla anne ve babaların kişilik özellikleri, psikopatolojileri, çocukların eğitim hayatı, sahip oldukları kardeş sayıları, önemli bir boşluğu doldurabileceği düşünülmektedir. Ancak yine de araştırmanın örneklem grubunun Rize il merkez ile sınırlı olması ve 4-11 yaş okula giden grubu kapsamaması gibi sınırlılıkları bulunmaktadır. Türkiyede benzer çalışmalar da yapılmadığı için örnek alınacak kaynak oldukça kısıtlıydı.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, enkopretik çocukların ailelerinde ve anne-babalarında da gelir düzeyi, eğitim düzeyleri ile anne ve babanın çalışma durumları, geniş aile yapısı,(71,72,73,74) ailedeki çocuk sayısı, kreş ve anaokula gitme durumları gibi faktörleri önemli sorunlar olabileceğini, çocuklarda beraberliğinde başka tanıların da görülebileceğini göstermektedir. Bu nedenle enkopretik bir hasta değerlendirilirken sadece enkoprezis semptomuna yönelmek yerine ek psikiyatrik tanıların da araştırılması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Ayrıca tek başına çocuğun semptomuna yönelmek ve buna yönelik tedavi vermek yeterli olmayacaktır.

Aynı zamanda Rize ilinde geniş aile yapılanması mevcut olup, başka araştırmalarda çekirdek ve geniş aile kıyaslaması öneriler.

Bu konuda ileride yapılacak araştırmalarda etyolojilerinin farklı olma olasılığı bulunan primer-sekonder, ya da taşma inkontinansı ile giden gitmeyen enkoprezis tiplerinin daha geniş örneklemelerde ayrı ayrı değerlendirilmesi Enkoprezis tedavisinde daha kapsamlı yaklaşımların tespit edilmesine katkıda bulunacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Collis, D., R., Norton, L., N., Wallis, M., C. Childhood constipation in children: an innovative community-based parent education group program. Australian occupational therapy journal. 2007;54:307-309.
2. Mikkelsen E.,J. (2002). Modern Approaches to Enuresis and Encopresis. İn: Child and Adolescent Psychiatry (ed: Lewis M.) pp: 700-710
3. Butler, R.J. (2008). Wetting and soiling. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry Fifth edition. (ed. Rutter. M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., Thapar, A.) pp:922-929. Blackwell publishing: Massachusetts.
4. Culbert, T.P., Banez, G.A. Integrative Approaches to Childhood Constipation and Encopresis. Pediatr Clin N Am 2007;54:927-947
5. Loening-Baucke V. Encopresis. Curr Opin Pediatr 2002;14:570-575.
6. Joinson C., Heron J., von Gontard A., Butler U., Golding J., Emond A. Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children. J Pediatr Psychol 2008;33:739-750.
7. Kayaalp M.L., Akçaoğlu F. Enkoprezi'de anne-baba çocuk etkileşimleri ve babalık işlevi. NöroPsikiyatri Arşivi 1995;32:151-156.
8. Özdemir, D.,F., İşeri, E., Gökçe, E., Demiroğulları, B., Koçkar, A.,İ., Bağbancı, B., Dalgıç, B. Enkoprezisi olan çocukların tedavisinde davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2005;12: 121-129
9. Lisboa, V.,C.,A., Felizola, M.,C.,M., Martins, L.,A., N., Tahan S., Neto, U., F., de Moraes, M., B. Aggressiveness and hostility in the family environment and chronic constipation in children. Dig Dis Sci. 2008;53:2458-2463.

10. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı. Dördüncü baskı, (çeviri editörü Köroğlu E) s:65-66 Hekimler yayın birliği, Ankara.
11. World Health Organisation (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: B. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Genova.
12. Özen H. Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçıırma. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35: 135-142
13. Kuhn, B. R., Marcus, B. A., Pitner, S. L. Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. American Family Physician 1999;59: 2171– 2186.
14. Taubman B., Buzby M. Overflow encopresis and stool toileting refusal during toilet training: a prospective study on the effect of therapeutic efficacy. J Pediatr 1997;131:768-771.
15. Levine M.D. Children with encopresis: a descriptive analysis. Pediatrics 1975; 56:412-416
16. Chaney C.A. A collaborative protocol for encopresis management in school-aged children. J Sch Health 1995;65: 360-364.
17. Hackett R., Hackett L., Bhakta P., Gowers S. Enuresis and encopresis in a south Indian population of children. Child Care Health Dev 2001;27:35- 46.
18. Bulut M., Tekant G. Encopretic children: experience with fifty cases. Turk J Pediatr 1991;33:167-172. 81
19. Doğancı T, Acun C, Yaşar Z. Kronik kabızlığı olan 71 vakanın değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2001;44:226-230.

20. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. (1970) Education, Health and Behavior. Psychological and Medical Study of Childhood Development. pp: 219- 220 Wiley: New
21. Rex D.K., Fitzgerald J.F., Goulet R.J. Chronic constipation with encopresis persisting beyond 15 years of age. Dis Colon Rectum 1992;35:242-244. 86
22. Sonnenberg A., Koch T.R. Epidemiology of constipation in the United States. Dis Colon Rectum 1989;32:1-8.
23. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment, and longterm follow up. Gut 1993;34:1400- 1404.
24. Loening-Baucke V. Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. Pediatrics 1995;96:105-110.
25. Jenike M.A., Vitagliano H.L., Rabinowitz J., Goff D.C., Baer L. Bowel obsessions responsive to tricyclic antidepressants in four patients. Am J Psychiatry 1987;144:1347-1348.
26. Mikkelsen E.J. Enuresis and encopresis: ten years of progress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:1146-1158.
27. Tüzün Ç., Tıkız C., Ünlü Z., Kasırga E. Standart tedavilere dirençli enkoprezisli çocuklarda davranış düzenleme programı ve basınç biofeedback yönteminin etkinliği. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2005;51:103- 107.
28. Rockney R.M., McQuade W.H., Days A.L., Linn H.E., Alario A.J. Encopresis treatment outcome: long-term follow-up of 45 cases. J Dev Behav Pediatr 1996;17:380-385.
29. Wester C., Brubaker L. Normal pelvic floor physiology. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25:707-722, v. 89.

30. Levine M.D., Carey W.B., Crocker A.C., Gross R.T (1983) Encopresis in Developmental/Behavioral Pediatrics. WBSaunders: Philadelphia, pp: 586-594.
31. Solomon R. Encopresis. Pediatrics Update 1996;4:123-126
32. McGrath M.L., Mellon M.W., Murphy L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation and encopresis. J Pediatr Psychol 2000;25:225-254; discussion 255-226.
33. Morrow J., Yeager C.A., Lewis D.O. Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. Child Abuse Negl 1997;21:11-18.
34. White, M. Psuedo-encopresis: from avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. Family Systems Medicine, 1984;2:150-160
35. Claydon, G. S. Management of chronic constipation. Archives of Disease in Childhood 1992;67:340-344
36. Iacono G., Cavataio F., Montalto G., Florena A., Tumminello M., Soresi M., Notarbartolo A., Carroccio A. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998;339:1100-1104.
37. Emmanuel A.V., Mason H.J., Kamm M.A. Relationship between psychological state and level of activity of extrinsic gut innervation in patients with a functional gut disorder. Gut 2002;49:209–211. 89.
38. Devroede G., Girard G., Bouchoucha M., Roy T., Black R., Camerlain M., Pinard G., Schang J.C., Arhan P. Idiopathic constipation by colonic 82 dysfunction. Relationship with personality and anxiety. Dig Dis Sci 1989;34:1428-1433.
39. Schmitt, B. D. (2004). Toilet training problems: Underachievers, refusers, and stool holders. Contemporary Pediatrics 2004;21:71–82.
40. Taichert L.C. Childhood encopresis: a neurodevelopmental-family approach to management. Calif Med 1971;115:11-18.

41. Di Lorenzo C., Benninga M.A. Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004;126:S33-40.
42. Brazelton T.B., Christophersen E.R., Frauman A.C., Gorski P.A., Poole J.M., Stadler A.C., Wright C.L. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics* 1999;103:1353-1358.
43. Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics* 1997;100:228-232.
44. Levine M.D. Encopresis: its potentiation, evaluation, and alleviation. *Pediatr Clin North Am* 1982;29:315-330.
45. Ünal F. Pehlivan Türk B. Encopresis: long-term clinical outcome of 67 cases *The Turkish Journal of Pediatrics* 2005; 47: 53-57
46. McGinley M., Management of encopresis and parents' role. *Nursing Times* 2001;97:55 85
47. Hulten I., Jonsson J., Jonsson C.O. Mental and somatic health in a nonclinical sample 10 years after a diagnosis of encopresis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14:438-445.
48. Foreman D.M., Thambirajah M.S. Conduct disorder, enuresis and specific developmental delays in two types of encopresis: a case-note study of 63 boys. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1996;5:33-37.
49. Young M.H., Brennen L.C., Baker R.D., Baker S.S. Functional encopresis: symptom reduction and behavioral improvement. *J Dev Behav Pediatr* 1995;16:226-232.

50. Cox D.J., Morris J.B., Jr., Borowitz S.M., Sutphen J.L. Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *J Pediatr Psychol* 2002;27:585-591.
51. Joinson C., Heron J., Butler U., von Gontard A. Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics* 2006;117:1575-1584.
52. Silver, E. Family therapy and soiling. *Journal of Family Therapy*. 1996;18:415-432
53. van Everdingen-Faasen E.Q., Gerritsen B.J., Mulder P.G., Fliers E.A., Groeneweg M. Psychosocial co-morbidity affects treatment outcome in children with fecal incontinence. *Eur J Pediatr* 2008;167:985-989.
54. Baker S.S., Liptak G.S., Colletti R.B., Croffie J.M., Di Lorenzo C., Ector W., Nurko S. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;29:612-626.
55. Benninga M.A., Taminiau J.A. Diagnosis and treatment efficacy of functional non-retentive fecal soiling in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; S. 42-43.
56. Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child focused problems. *Journal of Family Therapy* 2009;31:3–45.
57. Sutphen J.L., Borowitz S.M., Hutchison R.L., Cox D.J. Long-term followup of medically treated childhood constipation. *Clin Pediatr (Phila)* 1995;34:576-580.
58. Borowitz S.M., Cox D.J., Sutphen J.L., Kovatchev B. Treatment of childhood encopresis: a randomized trial comparing three treatment protocols. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;34:378-384.
59. Taitz L.S., Wales J.K., Urwin O.M., Molnar D. Factors associated with outcome in management of defecation disorders. *Arch Dis Child* 1986;61:472-477.

60. Weiss M Weiss G., Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. Turk J Pediatr, 2002; 46:350-353
61. Ünver H. Karagöz D., Alkaşı A., Memik N.Ç. Coşkun A. (2016)Enkoprezisi Olan Bir Ergene Psikodinamik Yaklaşım, 26. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, İZMİR
62. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. (2008) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Çetin F.,Ç., Coşkun A., İşeri E., Miral S., 87 Motavallı N., Pehlivan Türk B., Türkbay T., Uslu R., Ünal F.) s:293-312 Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
63. Felt B, Wise CG, Olson A, Kochhar P, Marcus S, Coran A. Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 380.
64. Bornstein, M. H.; Zlotnik, D. Parenting style and their effects. Encyclopaedia of Infant and Early Childhood Development. 2008.
65. Özyürek, A., & Tezel Şahin, F. (2005). 5-6 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin tutumlarının incelenmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25(2), 19-34.
66. Şanlı, D., & Öztürk, C. (2007). ANNELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, (32), 31-48.
67. Yörükoğlu, Atalay. Koruma altındaki çocuklar ve hakları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2003, 10.3: 148-150.
68. NOLAN, T., et al. Randomised controlled trial of biofeedback training in persistent encopresis with anismus. Archives of disease in childhood, 1998, 79.2: 131-135.
69. Drossman D. A., Corazziari E., Talley N. J., Thompson W. G., Whitehead W. E.. 2000;

70. (van der Wal 2005) Theunis, M, VanHoecke, E, Paesbrugge, S, Hoebeke, P, Vande Walle, J, Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis, European Urology, 2002, 41(6), 660-7.
71. Gur, E, Turhan, P, Can, G, Akkus, S, Sever, L, Guzeloz, S, ve ark., Enuresis: Prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey, Pediatrics international, 2004, 46(1), 58-63.
72. Özkan, KU, Garipardic, M, Toktamis, A, Karabiber, H, Sahinkanat, T, Enuresis Prevalence and Accompanying Factors in Schoolchildren: A Questionnaire Study from Southeast Anatolia, Urology International, 2004, 73(2), 149-55.
73. Gümüş, B, Vurgun, N, Lekili,, M, Işcan A, Müezzinoğlu, T. Büyüksu, C, Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7–11 years in Turkey, Acta Paediatrica, 1999, 88(12), 1369-72.
74. McKenna PH, Herndon CD, Connery S et al. Pelvic floor muscleretraining for pediatric voiding dysfunction using interactive computer games. J Urol 1999; 162, p:1056–63.
75. Voskujil WP, Heijmans J, Heijmans HSA, Taminiau JAJM, Benninga MA. Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: applicability in clinical and research practice. J Pediatr 2004;145:213-7.
76. Bodur Ş, Sosyal Ş, Enürezis Nokturna: Yalnızca Bir Tuvalet Eğitimi Sorunu mu?, 2005, Cilt 14, Sayı 7.
77. Türkiye Enürezis Kılavuzu, 2010.
78. Akça ÖF, Enkoprezis Tanısı Alan Çocukların Komorbid Psikopatolojileri, Aile Özellikleri, Anne-babalarının Kişilik Özellikleri ve Psikiyatrik Belirtilerinin Araştırılması, Ankara, 2009.

79. Bilgic A. The possible effect of methylphenidate on secondary encopresis in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; Golubchik P, Weizman A. Attention-deficit hyperactivity disorder,
80. Bemporad JR, Hallowell E. Advances in the treatment of disorders of elimination. In: Noshpitz JD, Call JD, Cohen RI, Harrison SI, et al. (eds). *Basic handbook of child psychiatry*. Volume 5. New York: Basic Books, 1987; 479-4.
81. Savasir I, Sahin N. Wechsler intelligence scale for children-revised (WISC-R). Ankara: Turkish Psychological Association Publishing, 1994
82. associated with difficult toilet training. *Pediatrics* 2004; 113: 1753-7. Joinson C, Heron J, Butler U. Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics* 2006; 117: 1575-82.
83. Schonwald A, Sherritt L, Stadtler A, Bridgemohan C. Factors associated with difficult toilet training. *Pediatrics* 2004; 113: 1753-7

EKLER:

SOSYODEMOGRAFİK ANKET

Öğrenci

Yaş :

Sınıf :

Cinsiyeti :

Anne Yaşı :

Baba Yaşı :

Anne Çalışma Durumu a) Çalışıyor b) Ev hanımı c) Emekli

Baba Çalışma Durumu a) Çalışıyor b) Çalışmıyor c) Emekli

Anne Eğitim Düzeyi a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul
e) Lise f) Ön lisans g) Lisans

Baba Eğitim Düzeyi a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul
e) Lise f) Ön lisans g) Lisans

Kardeş Sayısı :

Kreşe Başlama Yaşı:

Dışkı Kaçırma Sıklığı a) Yok b)/Gün c)/Hafta d)/Ay

Kabızlığa Neden Olan
Teşhisi Konmuş
Hastalık Var mı ?

a) Var b) Yok

Ailenizin Ortalama

Aylık Geliri Ne Kadar?

a) Asgari
Ücret

b) 3.000-4.000
TL

c) 5.000-10.000
TL

d) 10.000 TL
Üstü

ENKOPREZİS İLE İLGİLİ FARKINDALIK SORU ANKETİ

1) İstemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyen bir biçimde dışkınızın uygunsuz yerlere (örnek: giysiler ya da döşemenin üstüne) yapılması

- a) Var b) Yok

2) Ailede (Anne-baba) enkoprezis şikâyeti 4-11 yaşları arasındayken yaşanmış mıdır?Enkoprezis (dışkı kaçıрма), en az 3 ay süreyle, ayda en az 1 kere oluyor mu?

- a) Var b) Yok

3) Enkoprezis davranışı nerede oluyor?

- a) Evde b) Okulda c) Başka Yerde

4) Enkoprezis davranışı ne zaman gözleniyor?

- a) Gece b) Gündüz c) Hem gece hem gündüz

5) Enkoprezisin bir hastalık olduğunu biliyor muydunuz?

- a) Evet b) Hayır

6) Enkoprezis durumunda hangi hekime gidersiniz?

- a) Hiçbir hekime gitmem b) Aile hekimine giderim
c) Çocuk uzmanına giderim d) Çocuk cerrahi uzmanına giderim
e) Çocuk psikiyatr uzmanına giderim

7) İdrar kaçıрма ile beraber mi oluyor?

- a) Evet b) Hayır

8) Yeni kardeş doğumu ile ilgisi var mı?

- a) Evet b) Hayır

9) Okulda yeni kurallara uyma zorunluluğu durumunda oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır

10) Hastalık veya Başka bir nedenle Geçici de olsa evden uzak kalma durumu söz konusu mu?

- a) Evet b) Hayır

11) Cezalandırma ile ilgisi oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır

12) Yediği yemekle ilgisi oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır

13) Aldığı ilaçla (Laksatif-kabızlık tedavisi) ilgisi oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır

14) Kullandığı tuvaletin temizliği ile ilgili mi?

- a) Evet b) Hayır

15) Kabızlıkla beraber mi oluyor?

- a) Evet b) Hayır

16) Kaka Yaparken ağrı oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır

17) Annede eş tanılı psikiyatrik hastalık var mı?

- a) Psikotik bozukluk b) Depresyon
- c) Bipolar Bozukluk d) Hastalık yok

18) Babada eş tanılı psikiyatrik hastalık var mı?

- a) Psikotik bozukluk b) Depresyon
- c) Bipolar Bozukluk d) Hastalık yok

19) İdrar kaçırma ile beraber mi oluyor?

- a) Karşıt olma b) Karşıt gelme
- c) Davranım bozukluğu e) Dehab f) Hiçbiri

T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü
ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Dr. Arzu Saliha MUTİ
Kurumu / Üniversitesi	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Araştırma yapılacak iller	Rize
Araştırma yapılacak eğitim kurumu ve kademesi	Rize il genelindeki okul öncesi, ilkokul ve ortaokul 5. sınıf öğrencileri
Araştırmanın konusu	4-11 Yaş Arası Çocuklarda Enkoprezis Görülme Sıklığı
Üniversite / Kurum onayı	Var
Araştırma/proje/ödev/tez önerisi	Araştırma
Veri toplama araçları	Anket
Görüş istenilecek Birim/Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Sunulan anketin okul öncesi, ilkokul ve ortaokul 5. sınıf öğrencilerine çevrimici ortamda uygulanmasında bir sakınca görülmemektedir.	
Komisyon kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhallif üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi:

KOMİSYON


20.05.2020
Komisyon Başkanı
Selçuk TORPİL


Üye
Onur KASAP


Üye
Mustafa GÜVEN



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 71006170-730.08.03-E.1025
Konu : Dr. Arzu Saliha MUTİ'nin Anket
Çalışması

12.05.2020

RİZE İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

Dr. Arzu Saliha MUTİ'nin "Rize'de yaşayan 4-11 yaş arası çocuklarda enkoprezis görülme sıklığı" isimli araştırması Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca incelenmiş ve uygun görülmüştür.

Bu araştırmalar için düzenlenecek anket, Müdürlüğünüz bünyesindeki kreş ve ilköğretim sınıflarının bulunduğu okullarda yapılacaktır. Proje uygulamalarının yapılabilmesi için Müdürlüğünüzce gerekli izinlerin sağlanması hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır

Dr. Öğr. Üyesi Şule BATÇIK
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Ek : Dilekçe (2 sf.)

İslampaşa Mah. 53100 Rize / TÜRKİYE

Tel : +90 (464) 212 30 09 Fax : +90 (464) 212 30 15

Bilgi : ALPER G. TAŞTEKİN Dahili: 3010

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Kodu : ABECE5F-D325-4113-A96A-1EB1BC762D22 - <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrula>

tip@erdogan.edu.tr



Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuğba CALAPOĞLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz **“Rize İlinde 4-11 Yaş Arası Çocuklarda Enkoprezis Görülme Sıklığı”** isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 21.04.2020 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2020/45 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır

Dr. Öğr. Üyesi Atilla TOPÇU

Başkan

Tel : Fax : Bilgi : BURAK HANKAYA Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Belge Kodu : 8E4B3FB8-2ECB-494C-BA4B-C37A3BD8D824
<http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 57774812-619-E.7065563
Konu : Tez Çalışması İzni

21.05.2020

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığının
12/05/2020 tarihli ve 1025 sayılı yazısı.
b) Millî Eğitim Bakanlığının 21/01/2020 tarihli ve 81576613-10.06.02-E.1563890
(2020/2) sayılı Genelgesi.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi doktora programı öğrencisi Arzu Saliha MUTT'nin "4-11 Yaş Arası Çocuklarda Enkoprezis Görülme Sıklığı" konulu araştırması kapsamında <https://bit.ly/2WO9oeF> bağlantısından ulaşılabilen ve ekte sunulan anketi il genelindeki okul öncesi, ilkokul ve ortaokul 5. sınıf öğrencilerine uygulama isteği ilgi yazı ile bildirilmektedir.

Söz konusu anketin çevrimiçi ortamda, gönüllülük esasına göre okul öncesi, ilkokul ve ortaokul 5. sınıf öğrencilerine uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir. Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Selçuk TORPİL
Müdür a.
Şube Müdürü

OLUR
21.05.2020

Yaşar KOÇAK
Vali a.
Millî Eğitim Müdürü



Adres: Valilik Hizmet Binası Kat:3

Elektronik Ad: www.rize.meb.gov.tr
e-posta: argo33@meb.gov.tr

Bilgi için: Strateji Geliştirme Şubesi Ar-Ge Birimi
Tel:(464) 280 53 77
Faks:(464) 280 53 16

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden b17c-5597-3e3a-b3b1-4b6d kodu ile teyit edilebilir.

İLKOKUL (7-11 YAŞ)

Tipi	İlçe	Kurum Adı	Kurum Türü	Şube	Öğrenci
Resmi	MERKEZ	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği İlkokulu	İlkokul	34	1.017
Resmi	MERKEZ	Vakıflar İlkokulu	İlkokul	37	1.139
Resmi	MERKEZ	Doğuş Çay İlkokulu	İlkokul	31	802
Resmi	MERKEZ	Taşköprü Atatürk İlkokulu	İlkokul	4	24
Resmi	MERKEZ	Elmalı İlkokulu	İlkokul	4	18
Resmi	MERKEZ	Muradiye İlkokulu	İlkokul	8	70
Resmi	MERKEZ	AMBARLIK İLKOKULU	İlkokul	6	89
Resmi	MERKEZ	Cumhuriyet İlkokulu	İlkokul	4	81
Resmi	MERKEZ	ÇAY İLKOKULU	İlkokul	25	616
Resmi	MERKEZ	Çiftkavak Polis Amca İlkokulu	İlkokul	4	74
Resmi	MERKEZ	Denizciler İlkokulu	İlkokul	23	534
Resmi	MERKEZ	Dört Yol Şehit Halil Sadıkoğlu İlkokulu	İlkokul	4	59
Resmi	MERKEZ	Gündoğdu 29 Ekim İlkokulu	İlkokul	8	134
Resmi	MERKEZ	Hüseyin Yardımcı İlkokulu	İlkokul	15	313
Resmi	MERKEZ	İstiklal İlkokulu	İlkokul	31	553
Resmi	MERKEZ	Karasu İlkokulu	İlkokul	4	49
Resmi	MERKEZ	Kasarcılar İlkokulu	İlkokul	4	33
Resmi	MERKEZ	Kendirli Şehit Azim ÖZDEMİR İlkokulu	İlkokul	8	117
Resmi	MERKEZ	Kurtuluş İlkokulu	İlkokul	24	661
Resmi	MERKEZ	Küçükçayır İlkokulu	İlkokul	4	35
Resmi	MERKEZ	Pazarköy Ali Usta İlkokulu	İlkokul	5	80
Resmi	MERKEZ	Pehlivan Taşı İlkokulu	İlkokul	4	73
Resmi	MERKEZ	Şehit Nedim ÇALIK İlkokulu	İlkokul	4	68
Resmi	MERKEZ	Şevket Yardımcı İlkokulu	İlkokul	26	520
Resmi	MERKEZ	Taşlıdere Gazi İlkokulu	İlkokul	17	448
Resmi	MERKEZ	Veliköy Uzun Mustafa Kopuz İlkokulu	İlkokul	4	43
				342	7650

OKULÖNCESİ (4-6 YAŞ)

S.N	İlçe	Tipi	Kurum Adı	Kurum Türü	Şube	Anasınıf Öğrenci
1	MERKEZ	Resmi	Yeşil Doğa Koleji Kreş ve Gündüz Bakımevi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	5	17
2	MERKEZ	Resmi	BERAT CAMİ ŞEFKAT KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	4	40
3	MERKEZ	Resmi	SARIBAŞLAR CAMİ	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	4	56
4	MERKEZ	Resmi	SAHİL CAMİ KIZ KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	8	90
5	MERKEZ	Resmi	OSMANLI KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	2	18
6	MERKEZ	Resmi	TOPHANE MAH CAMİ KIZ KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	5	64
7	MERKEZ	Resmi	ATMEYDANI ORTAALAN CAMİ KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	4	91
8	MERKEZ	Resmi	Yeşilçay Kreş ve Gündüz Bakımevi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	2	30
9	MERKEZ	Resmi	15 TEMMUZ ŞEHİTLER KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	4	79
10	MERKEZ	Resmi	ÇAYKUR ZİRAAT CAMİ MERVE KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	4	45
11	MERKEZ	Resmi	İSLAMPAŞA MAHALLESİ KURAN KURSU	Diyanet İşleri Başkanlığına Bağlı 4-6 yaş kurslar	2	28
12	MERKEZ	Resmi	Umut Gündüz Bakımevi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	3	19
13	MERKEZ	Resmi	Hilal Kreş ve Gündüz Bakımevi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	5	39
14	MERKEZ	Resmi	Minik Yıldızlar Gündüz Bakımevi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	1	8
15	MERKEZ	Resmi	Yağmur Kreş ve Gündüz Bakım Evi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	3	14
16	MERKEZ	Resmi	Benim Dünyam Kreş ve Gündüz Bakım Evi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	5	45
17	MERKEZ	Resmi	Şiriner Kreş ve Gündüz Bakımevi	ASPB Bağlı Özel Kreş ve Gündüz Bakımevi	4	25
18	MERKEZ	Resmi	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği İlkokulu	İlkokul	6	110
19	MERKEZ	Resmi	Vakıflar İlkokulu	İlkokul	6	90
20	MERKEZ	Resmi	Doğuş Çay İlkokulu	İlkokul	3	61
21	MERKEZ	Resmi	Taşköprü Atatürk İlkokulu	İlkokul	1	4
22	MERKEZ	Resmi	Muradiye İlkokulu	İlkokul	1	17
23	MERKEZ	Resmi	AMBARLIK İLKOKULU	İlkokul	1	29
24	MERKEZ	Resmi	Cumhuriyet İlkokulu	İlkokul	1	21
25	MERKEZ	Resmi	ÇAY İLKOKULU	İlkokul	5	92
26	MERKEZ	Resmi	Çiftkavak Polis Amca İlkokulu	İlkokul	1	21
27	MERKEZ	Resmi	Denizciler İlkokulu	İlkokul	4	90
28	MERKEZ	Resmi	Dörtöyl Şehit Halil Sadıkoğlu İlkokulu	İlkokul	1	12
29	MERKEZ	Resmi	Gündoğdu 29 Ekim İlkokulu	İlkokul	2	25
30	MERKEZ	Resmi	Hüseyin Yardımcı İlkokulu	İlkokul	3	49
31	MERKEZ	Resmi	İstiklal İlkokulu	İlkokul	4	67
32	MERKEZ	Resmi	Karasu İlkokulu	İlkokul	1	13
33	MERKEZ	Resmi	Kasarcılar İlkokulu	İlkokul	1	19
34	MERKEZ	Resmi	Kendirli Şehit Azim ÖZDEMİR İlkokulu	İlkokul	1	7
35	MERKEZ	Resmi	Kurtuluş İlkokulu	İlkokul	5	127
36	MERKEZ	Resmi	Küçükcayır İlkokulu	İlkokul	1	10
37	MERKEZ	Resmi	Pazarköy Ali Usta İlkokulu	İlkokul	1	14
38	MERKEZ	Resmi	Pehlivanpaşı İlkokulu	İlkokul	1	16
39	MERKEZ	Resmi	Şehit Nedim ÇALIK İlkokulu	İlkokul	1	17
40	MERKEZ	Resmi	Şevket Yardımcı İlkokulu	İlkokul	4	95
41	MERKEZ	Resmi	Taşlıdere Gazi İlkokulu	İlkokul	4	69
42	MERKEZ	Resmi	Veliköy Uzun Mustafa Kopuz İlkokulu	İlkokul	1	11
43	MERKEZ	Resmi	Ömer Halaç İptme Engelliler İlkokulu	İlkokul (İptme Engelliler)	4	32
44	MERKEZ	Resmi	Merkez Anaokulu	Anaokulu	12	237
45	MERKEZ	Resmi	Gülbahar Hatun Anaokulu	Anaokulu	17	354
46	MERKEZ	Resmi	HACERE USTA ANAOKULU	Anaokulu	10	193
47	MERKEZ	Resmi	ALİ SARUHAN ANAOKULU	Anaokulu	6	148
48	MERKEZ	Özel	ÖZEL BİLGE DOKTOR ADNAN ŞERİFOĞLU ANAOKULU	Özel Türk Okul Öncesi Kurumu	5	65
49	MERKEZ	Özel	ÖZEL RİZE ÇÖZÜM İLKOKULU	Özel Türk İlkokulu	1	13
50	MERKEZ	Özel	ÖZEL RİZE KALE FENER ANAOKULU	Özel Türk Okul Öncesi Kurumu	3	50
51	MERKEZ	Özel	ÖZEL RİZE BAĞÇEŞEHİR KOLEJİ ANAOKULU	Özel Türk Okul Öncesi Kurumu	5	66
TOPLAM					188	2952

ÖZGEÇMİŞ:

Erzurum doğumluyum. İlk, orta ve lise öğrenimimi İstanbul'da tamamladım. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesinde başladığım Tıp eğitimimi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tamamladım. 6 yıl İstanbul Tuzla'da pratisyen hekimlik, 18 ay İstanbul Fatih Sultan Mehmet Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlığında Aile Hekimi asistanlığı yaptım. Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları asistanlığına başladım.