

Kabızlık Nedeniyle Hastaneye Başvuran Çocukların Özellikleri

Characteristics of Children Admitted to Hospital for Constipation

Sevim Savaşer, Ayşe Sonay Kurt*,
Birsen Mutlu**, Gülseven Filiz***,
Nurhayat Aydoğar****

Emekli Öğretim Üyesi,
İstanbul, Türkiye

*Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Konya, Türkiye

**İstanbul Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye

**İstanbul Üniversitesi,
İstanbul Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı kabızlık sorunu yaşayan çocukların sosyo-demografik özelliklerini, ailelere göre kabızlık nedenlerini ve ailelerin konstipasyon sorununu çözmek için yaptıkları uygulamaları belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma evrenini 1 Haziran 2009-30 Haziran 2010 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir üniversite hastanesinin çocuk cerrahisi polikliniğinden fonksiyonel kabızlık sorunu tanısı ile izlenen 1-16 yaş arasındaki çocuklar oluşturdu. Belirtilen tarihlerde çalışmaya katılmayı kabul eden 146 çocuk ve ailesi örnekleme alındı. Tanımlayıcı-kesitsel olarak gerçekleştirilen çalışmanın verileri soru formu ile elde edildi ve bilgisayar ortamında uygun istatistiksel analizler ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan çocukların yaklaşık yarısı 1-3 yaş grubunda ve kız idi. Annelerin ifadelerine göre yaklaşık yarısı çocuklarının bir yaşından önce katı gıdaya geçiş döneminde kabızlık sorununun başladığı, tüm çocukların çoğunluğunun karın ağrısı, karında şişkinlik, dışkı tutma, dışkılama sırasında korku endişe duyma, sert/ağrılı dışkılama, dışkı hacminde artış ve rektumda fekal tıkaç sorunlarını yaşadığı, yaş gruplarına göre farklılık göstermekle birlikte çocuklarına en çok zeytinyağı ve meyve suyu içirdikleri saptandı. Tüm yaş grubunda ailelerin çocuklarının kabızlık sorunundan benzer oranlarda etkilendiği, kardeş ilişkilerinin etkilenmediği belirlendi.

Sonuç: Kabızlık için risk faktörleri 4 yaşından küçük olma, 6 aydan önce ek/katı gıdaya başlama, okula başlama, aile bireylerinde kabızlık yakınmasının olması ve dışkı yaparken korku, endişe yaşama, yaşanan korku nedeniyle dışkı tutmaya bağlı karın ağrısı, karında şişkinlik, sert ve ağrılı dışkılama gibi yakınmaların ortaya çıkması olarak belirlendi. (*Güncel Pediatri 2011; 9: 103-9*)

Anahtar kelimeler: Kabızlık, çocuk, hemşirelik

SUMMARY

Introduction: The aim of this study was to determine the sociodemographic characteristics of children with constipation, the causes of constipations in these children and the common practices of the parents to solve the problem of constipation.

Materials and Methods: The population of the study was comprised of children aged 1 to 16 years followed with the diagnosis of functional constipation in the outpatient clinics of pediatric surgery at a university hospital in Istanbul between 1 June 2009-1 June 2010. A total of 146 children and their parents who agreed to participate in the study were included. The data of this descriptive cross-sectional study were obtained by using a questionnaire which was evaluated by appropriate statistical analysis.

Results: About half of the children in the study were between 1-3 years old and females. We detected that in approximately half of the children constipation problem began during transition period from solid foods before age 1. The majority of children experienced abdominal pain, bloating, stool retention, fear and anxiety during bowel movements, hard/painful defecation, increased stool volume and fecal mass; and that though it varied according to age groups, most of the children drank olive oil and fruit juice to overcome constipation. Families of children in all age groups affected in similar proportions by constipation problem and this problem did not affect sibling relations.

Discussion: Risk factors for constipation were found to be under 4 years of age, starting additional/solid foods before 6 months, starting school, having family members with constipation, feeling fear and anxiety during defecation and having symptoms arising from stool retention such as abdominal pain, abdominal bloating, and hard and painful defecation. (*Journal of Current Pediatrics 2011; 9: 103-9*)

Key words: Constipation, child, nursing

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Ayşe Sonay Kurt,
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü,
Konya, Türkiye
Tel: +90 332 223 35 21
Faks: +90 332 241 62 11
E-posta: asonaykurt@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 25/10/2011
Kabul Tarihi/Accepted: 17/11/2011

* Çalışma, II. Ulusal ve I. Uluslararası Akdeniz
Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sunulmuştur.

© Güncel Pediatri Dergisi, Galenos Yayınevi
tarafından basılmıştır.

© The Journal of Current Pediatrics, published
by Galenos Publishing.

Giriş

Kabızlık dışkılamanın yapılamayışı veya yetersiz oluşu sonucu sert ve seyrek dışkılama durumudur (1-3). Çocuk ve ailenin yaşamını etkileyen ve çocukluk döneminde sık rastlanan bir sorundur (4-6). Çocuklarda kabızlık prevalansı %0,7-%29,6 arasında değişmektedir (7). Pediatri kliniklerine yapılan tüm başvuruların %3'ünden, pediatrik gastroenteroloji birimine başvuruların %25'inden sorumludur (2,5,7-9).

Kabızlık sorunu yaşayan çocuklarda dışkılama sırasında zorlanma, karın ağrısı, karında şişkinlik, iştahsızlık, kusma, idrar kaçırma, idrar yolu enfeksiyonu ve psikolojik sorunlara sık rastlanır (5,10). Dışkıyı tutma ve ağrı nedeni ile dışkılamayı reddetme davranışı ile kronikleşen kabızlıkta dışkı miktarında artış olur ve rektumda biriken dışkıdan sıvının emilmesi sonucunda dışkı daha da sertleşir ve tıkaç oluşur (3-5,8). Ayrıca dışkı kaçırma olabilir ve rektal muayene sırasında dışkı palpe edilebilir (3,5).

Tablo 1a ve 1b'de Roma III kriterlerine göre kabızlık tanı kriterleri verilmiştir.

Çocuklarda kabızlık en sık tuvalet eğitimi sırasında ortaya çıkar (8,12). Bunun yanında beslenmede katı gıdaya geçişte ve özellikle okula başlama döneminde okulda tuvalete gidilmemesi nedeni ile de görülebilir (4,8,9).

Literatürde kabızlığa neden olabileceği düşünülen çocuk ve aileye ait sosyo-demografik özelliklere göre değişebilen çeşitli faktörler belirtildiğinden (8,12), bu sorunu yaşayan çocukların incelenerek genel özelliklerinin

belirlenmesi ve nedene uygun tedavi planı oluşturulması gerekir. Çalışma, kabızlık sorunu yaşayan çocukların sosyo-demografik özellikleri ve kabızlığa bağlı belirtileri, ailelere göre kabızlık nedenlerini ve ailelerin hastaneye başvuruncaya kadar yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın evrenini, İstanbul ilindeki bir üniversite hastanesinin çocuk cerrahisi polikliniğinde 1 Haziran 2009-30 Haziran 2010 tarihleri arasında fonksiyonel kabızlık sorunu nedeni ile izlenen 1-16 yaş arasındaki çocuklar oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi. Belirtilen tarihlerde 1-16 yaş arasında olup fonksiyonel kabızlık tanısı ile izlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 146 çocuk ve ailesi örnekleme alındı.

Veriler literatür doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak hazırlanan soru formu ile ailelerle yüz yüze görüşülerek elde edildi. Soru formu; çocuk ve ailenin sosyo-demografik özellikleri, çocuk ve ailenin kabızlık öyküsü, ailenin kabızlığa yönelik evde yaptığı uygulamalar, kabızlığın aile yaşamında oluşturduğu değişiklikler, kabızlığa bağlı yaşanan sorunlar ve son 1 hafta içinde kabızlığa neden olabilen bazı besinlerin tüketim sıklığına ilişkin soruları içeren toplam 39 sorudan oluşmakta idi.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile birlikte verildi. Kabızlık tedavisine

Tablo 1a. Roma III kriterlerine göre kabızlık tanı kriterleri

Dört yaşına kadar olan çocuklarda aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin bir ay boyunca varlığı tanıyı koydurur (9,11):

1. Haftada 2 veya daha az dışkılama,
 2. Dışkılama alışkanlığı edindikten sonraki dönemde haftada en az 1 kez dışkı tutamama,
 3. Aşırı dışkı tutma,
 4. Ağrılı ve sert dışkılama,
 5. Rektumda dışkı kitlesi saptanması,
 6. Tuvaleti tıkayabilecek kadar büyük dışkı kitlesi,
- Tüm vakalarda görülebilen huzursuzluk, iştahsızlık ve çabuk doyma dışkılama sonrası yok olur.

Tablo 1b. Roma III kriterlerine göre kabızlık tanı kriterleri

Dört yaş üzerinde ve irritabl bağırsak sendromu tanısı için yeterli kanıt bulunmayan çocuklarda son 2 ayda aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin haftada en az 1 kez varlığı tanıyı koydurur (9,12):

1. Haftada 2 veya daha az dışkılama,
2. Haftada en az 1 kez dışkı tutamama,
3. İstemli olarak dışkı tutma veya bunu gösteren duruş,
4. Ağrılı ve sert dışkı,
5. Rektumda dışkı kitlesinin saptanması,
6. Tuvaleti tıkayabilecek kadar büyük dışkı kitlesi.

yönelik evde yapılan uygulamaların, kabızlığa bağlı görülen belirtilerin kabızlık yapabileceği düşünülen gıdaların tüketim sıklığının, kabızlık sorununun aile yaşamı üzerine etkisinin yaş gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırması sayı, yüzde ve Kruskal-Wallis analizi ile yapıldı. Analiz sonucunda anlamlı farklılık bulunan gruplar Friedman ileri analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan çocuklara ilişkin özellikler Tablo 2’de verilmiştir.

Çalışmaya alınan olguların (n=146) yaş ortalaması $5,2 \pm 3,4$ yıl olup %42,5’i 1-3 yaş grubunda ve %56,8’i kız idi.

| Tablo 2. Çalışma Grubunu Oluşturan Çocuklara İlişkin Özellikler (S=146) | | |
|---|-----|------|
| Özellikler | s | % |
| Yaş Grupları * | | |
| 1-3 yaş | 62 | 42,5 |
| 4-6 yaş | 38 | 26,0 |
| 7 yaş ve üzeri | 46 | 31,5 |
| Cinsiyet | | |
| Kız | 83 | 56,8 |
| Erkek | 63 | 43,2 |
| Anne sütü alma süresi | | |
| 0-6 ay | 50 | 34,2 |
| 7 ay- ↑ | 96 | 65,8 |
| Ek gıdaya başlanma yaşı | | |
| 0-6 ay | 125 | 85,6 |
| 7 ay- ↑ | 21 | 14,4 |
| Kabızlık şikayetinin başlama yaşı | | |
| 0-1 yaş | 63 | 43,2 |
| 1-4 yaş | 52 | 35,6 |
| 5 yaş ve sonrası | 31 | 21,2 |
| Kabızlık dışı sağlık sorunlarının varlığı | | |
| Yok | 113 | 77,4 |
| Alerji | 16 | 11,0 |
| Astım | 8 | 5,5 |
| Diğer | 9 | 6,1 |
| Varolan davranış sorunları (annelerin ifadelerine göre) | | |
| Yok | 108 | 74,0 |
| Tırnak yeme | 25 | 17,1 |
| Parmak emme | 10 | 6,8 |
| Tik-Kekemelik | 3 | 2,1 |

* Çocukların yaş ortalaması $5,2 \pm 3,4$ yıl

Çocukların %65,8’inin 7 ay ve daha fazla süre ile anne sütü aldığı, %85,6’sına 0-6 ay arasında ek gıdaya başlandığı belirlendi. Annelerin yaklaşık yarısı (%43,2) çocuklarının kabızlık şikayetinin 0-1 yaş arasında başladığını, çoğunluğu (%77,4) çocuklarında kabızlık dışı sağlık sorunu bulunmadığını, en sık görülen sorununun tırnak yeme (%17,1) ve alerji (%11,0) olduğunu belirtti (Tablo 2). Annelerin çoğunluğu (%84,2) ev hanımı, babalarının yarısından fazlası serbest meslek sahibi (%56,3) idi.

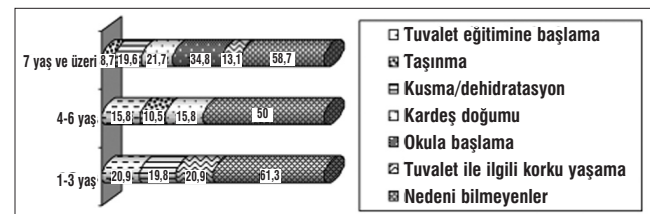
Araştırmaya alınan anneler çoğunlukla çekirdek aile yapısında (%76,0), ekonomik durumlarının orta düzeyde (%76,7) olduğunu, yaklaşık yarısı (%52,1) aile bireylerinde kabızlık öyküsü olduğunu (en sık annede %32,2) belirtti.

Annelerin ifadesi doğrultusunda çocukların yaş gruplarına göre kabızlık nedenleri Grafik 1’de verilmiştir.

Grafik 1’e göre; tüm çocuk yaş gruplarındaki annelerin yaklaşık yarısının (1-3 yaş=%61,3; 4-6 yaş=%50,0; 7 yaş ve üzeri=%58,7) çocuklarındaki kabızlık nedenini bilmiyorlardı ve kabızlık nedenleri arasında ilk 3 sırada 1-3 yaş arası çocuklar için katı-ek gıdaya başlama (%38,7), tuvalet eğitimine başlama (%20,9) ve tuvalet ile ilgili korku yaşama (%20,9); 4-6 yaş arası çocuklar için katı gıdaya başlama (%31,6), tuvalet eğitimine başlama (%15,8) ve kardeş doğumu (%15,8); 7 yaş ve üzeri çocuklar için okula başlama (%34,8), kardeş doğumu (%21,7) ve kusma-dehidratasyon (%19,6) yer almakta idi.

Ailelerin kabızlığı tedavi etmek amacı ile evde en sık yaptıkları uygulamaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 3’te verilmiştir.

Kabızlık tedavisine yönelik evde yapılan uygulamalar yaş gruplarına göre farklılık göstermekte idi. 1-3 yaş grubu çocuğu olan anneler en sık zeytinyağı içirirken (%77,4) diğer yaş gruplarında çocuğu olan anneler meyve suyu içirdiklerini (4-6 yaş grubu=%63,2; 7 yaş ve üzeri=%54,3) bildirmiştir. Evde lavman uygulama sıklığı incelendiğinde; en sık lavman yapılan grup 1-3 yaş grubu (%27,4), daha sonra sırasıyla 7 yaş ve üzeri (%26,1) ve 4-6 yaş grubu (%15,8) gelmekte idi. 1-3 yaş grubu çocuğu olan annelerin %24,2’si çocukları dışkı yaparken zorlandığında sabun kullandıklarını, %6,5’i makatını termometre ile uyardıklarını bildirdi. Evde yapılan uygulamalar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında,



Grafik 1. Çocukların yaş gruplarına göre kabızlık nedenleri

zeytinyağı içirme ve sabun kullanımında anlamlı farklılık gösterdiği, 1-3 yaş grubu çocuğu olan annelerin diğer yaş gruplarına göre bu uygulamaları daha sık kullandıkları belirlendi (Tablo 3).

Çalışmaya katılan çocukların kabızlığa bağlı yaşadıkları sorunların yaş gruplarına göre dağılımları ve

karşılaştırması Tablo 4'te verilmiştir. Tabloya göre; tüm yaş grubu çocukların çoğunluğunun karın ağrısı (1-3 yaş=%77,4; 4-6 yaş=%92,1; 7 yaş ve üzeri=%82,6), karında şişkinlik (1-3 yaş=%75,8; 4-6 yaş=%73,1; 7 yaş ve üzeri=%60,9), dışkı tutma (1-3 yaş=%67,7; 4-6 yaş=%78,9; 7 yaş ve üzeri=%63,0), dışkılama sırasında korku/endişe

| | 1-3 yaş grubu (N=62) | | | | 4-6 yaş grubu (N=38) | | | | 7 yaş ve üzeri (N=46) | | | | χ^2 KW | p |
|-----------------------|----------------------|------|-------|------|----------------------|------|-------|------|-----------------------|------|-------|-------|-------------|------|
| | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Lavman uygulaması | 17 | 27,4 | 45 | 72,6 | 6 | 15,8 | 32 | 84,2 | 12 | 26,1 | 34 | 73,9 | 1,900* | ,387 |
| Zeytinyağı içirme | 48 | 77,4 | 14 | 22,6 | 17 | 44,7 | 21 | 55,3 | 20 | 43,5 | 26 | 56,5 | 16,233* | ,000 |
| Meyve/Meyve suyu | 46 | 74,2 | 16 | 25,8 | 24 | 63,2 | 14 | 36,8 | 25 | 54,3 | 21 | 45,7 | 4,626* | ,099 |
| Bitki çayı | 15 | 24,2 | 47 | 75,8 | 3 | 7,9 | 35 | 92,1 | 10 | 21,7 | 36 | 78,3 | 4,292* | ,117 |
| Termometre ile uyarma | 4 | 6,5 | 58 | 93,5 | 1 | 2,6 | 37 | 97,4 | - | - | 46 | 100,0 | ** | ** |
| Sabun kullanma | 15 | 24,2 | 47 | 75,8 | 7 | 18,4 | 31 | 81,6 | 1 | 2,2 | 45 | 97,8 | 9,855* | ,007 |
| Ilık su/süt | 21 | 33,9 | 41 | 66,1 | 10 | 26,3 | 28 | 73,7 | 13 | 28,3 | 33 | 71,7 | ,746* | ,689 |

* Yates düzeltmeli ki-kare analizi
** İstatistiksel analiz için gözlerde uygun sayıda veri bulunmamaktadır.

| | 1-3 yaş grubu (N=62) | | | | 4-6 yaş grubu (N=38) | | | | 7 yaş ve üzeri (N=46) | | | | χ^2 KW | p |
|------------------------------------|----------------------|------|-----|------|----------------------|------|-----|------|-----------------------|------|-----|------|-------------|------|
| | Var | | Yok | | Var | | Yok | | Var | | Yok | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Dışkı kaçıрма | 24 | 38,7 | 38 | 61,3 | 17 | 44,7 | 21 | 55,3 | 24 | 52,2 | 22 | 47,8 | 1,926 | ,382 |
| Dışkı/tuvalet kağıdında kan | 34 | 54,8 | 28 | 45,2 | 24 | 63,2 | 14 | 36,8 | 27 | 58,7 | 19 | 41,3 | ,672 | ,725 |
| Karın ağrısı | 48 | 77,4 | 14 | 22,6 | 35 | 92,1 | 3 | 7,9 | 38 | 82,6 | 8 | 17,4 | 3,559 | ,169 |
| Karında şişkinlik | 47 | 75,8 | 15 | 24,2 | 28 | 73,7 | 10 | 26,3 | 28 | 60,9 | 18 | 39,1 | 3,058 | ,217 |
| Bulantı-Kusma | 22 | 35,5 | 40 | 64,5 | 12 | 31,6 | 26 | 68,4 | 18 | 39,1 | 28 | 60,9 | 4,386 | ,112 |
| Ağız içi yara | 12 | 19,4 | 50 | 80,6 | 14 | 36,8 | 24 | 63,2 | 15 | 32,6 | 31 | 67,4 | 4,220 | ,121 |
| Kilo kaybı | 35 | 56,5 | 27 | 43,5 | 17 | 44,7 | 21 | 55,3 | 25 | 54,3 | 21 | 45,7 | 1,358 | ,507 |
| Dışkı tutma | 42 | 67,7 | 20 | 32,3 | 30 | 78,9 | 8 | 21,1 | 29 | 63,0 | 17 | 37,0 | 2,555 | ,279 |
| Dışkı yaparken korku/endişe duyma | 53 | 85,5 | 9 | 14,5 | 32 | 84,2 | 6 | 15,8 | 30 | 65,2 | 16 | 34,8 | 7,345 | ,025 |
| Sadece evde tuvalete gitme | 16 | 25,8 | 46 | 74,2 | 14 | 36,8 | 24 | 63,2 | 13 | 28,3 | 33 | 71,7 | 1,417 | ,492 |
| Klozete/tuvalete oturmayı reddetme | 31 | 50,0 | 31 | 50,0 | 24 | 63,2 | 14 | 36,8 | 13 | 28,3 | 33 | 71,7 | 10,619 | ,005 |
| Sert/ağır dışkılama | 54 | 87,1 | 8 | 12,9 | 34 | 89,5 | 4 | 10,5 | 35 | 76,1 | 11 | 23,9 | 11,388 | ,003 |
| Dışkı hacminde artış | 34 | 54,8 | 28 | 45,2 | 29 | 76,3 | 9 | 23,7 | 31 | 67,4 | 15 | 32,6 | 4,970 | ,083 |
| Gündüz idrar kaçıрма | 10 | 16,1 | 52 | 83,9 | 7 | 18,4 | 31 | 81,6 | 7 | 15,2 | 39 | 84,8 | ,162 | ,922 |
| Gece idrar kaçıрма | 16 | 25,8 | 46 | 74,2 | 6 | 15,8 | 32 | 84,2 | 10 | 21,7 | 36 | 78,3 | 1,373 | ,503 |
| Rektumda fekal tıkaç | 43 | 69,4 | 19 | 30,6 | 26 | 68,4 | 12 | 31,6 | 26 | 56,5 | 20 | 43,5 | 2,153 | ,341 |

* Yates düzeltmeli ki-kare analizi

| | 1-3 yaş grubu (N=62) | | | | 4-6 yaş grubu (N=38) | | | | 7 yaş ve üzeri (N=46) | | | | χ^2 KW | p |
|------------------|----------------------|------|---------------|------|----------------------|------|---------------|------|-----------------------|------|---------------|------|-------------|------|
| | Az tüketim | | Fazla tüketim | | Az tüketim | | Fazla tüketim | | Az tüketim | | Fazla tüketim | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Süt | 24 | 38,7 | 38 | 61,3 | 18 | 47,4 | 20 | 52,6 | 28 | 60,9 | 18 | 39,1 | 5,167 | ,076 |
| Yoğurt | 25 | 40,3 | 37 | 59,7 | 19 | 50,0 | 19 | 50,0 | 18 | 39,1 | 28 | 60,9 | 1,202 | ,549 |
| Peynir | 36 | 58,1 | 26 | 41,9 | 17 | 44,7 | 21 | 55,3 | 20 | 43,5 | 26 | 56,5 | 2,797 | ,247 |
| Yumurta | 33 | 53,2 | 29 | 46,8 | 21 | 55,3 | 17 | 44,7 | 27 | 58,7 | 19 | 41,3 | ,319 | ,853 |
| Bisküvi | 42 | 67,7 | 20 | 32,3 | 30 | 78,9 | 8 | 21,1 | 35 | 76,1 | 11 | 23,9 | 1,768 | ,413 |
| Pilav | 44 | 71,0 | 18 | 29,0 | 31 | 81,6 | 7 | 18,4 | 36 | 78,3 | 10 | 21,7 | 1,628 | ,443 |
| Meyve/meyve suyu | 25 | 40,3 | 37 | 59,7 | 18 | 47,4 | 20 | 52,6 | 11 | 23,9 | 35 | 76,1 | 5,390 | ,068 |
| Ekmek | 37 | 59,7 | 25 | 40,3 | 20 | 52,6 | 18 | 47,4 | 15 | 32,6 | 31 | 67,4 | 7,913 | ,019 |
| Makarna | 52 | 83,9 | 10 | 16,1 | 31 | 81,6 | 7 | 18,4 | 38 | 82,6 | 8 | 17,4 | ,090 | ,956 |

* Yates düzeltmeli ki-kare analizi

| | 1-3 yaş grubu (N=62) | | | | 4-6 yaş grubu (N=38) | | | | 7 yaş ve üzeri (N=46) | | | | χ^2 KW | p |
|--------------------------------------|----------------------|------|-------|------|----------------------|------|-------|------|-----------------------|------|-------|------|-------------|------|
| | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Aile yaşamını olumsuz etkiledi | 53 | 85,5 | 9 | 14,5 | 31 | 81,6 | 7 | 18,4 | 40 | 87,0 | 6 | 13,0 | ,493* | ,782 |
| Sosyal ilişkiler azalttı | 45 | 72,6 | 17 | 27,4 | 28 | 73,7 | 10 | 26,3 | 30 | 65,2 | 16 | 34,8 | ,926* | ,629 |
| Ailede gerginliğe neden oldu | 43 | 69,4 | 19 | 30,6 | 28 | 73,7 | 10 | 26,3 | 35 | 76,1 | 11 | 23,9 | ,628* | ,731 |
| Okul başarısını olumsuz etkiledi | - | - | - | - | - | - | - | - | 26 | 56,5 | 20 | 43,5 | ** | |
| Kardeş ilişkilerini olumsuz etkiledi | 10 | 16,1 | 52 | 83,9 | 7 | 18,4 | 31 | 81,6 | 18 | 39,1 | 28 | 60,9 | 4,950* | ,084 |

* Yates düzeltmeli ki-kare analizi
** İstatistiksel analiz için gözlerde uygun sayıda veri bulunmamaktadır

duyma (1-3 yaş=%85,5; 4-6 yaş=%84,2; 7 yaş ve üzeri=%65,2), sert/ağır dıkkılama (1-3 yaş=%87,1; 4-6 yaş=%89,5; 7 yaş ve üzeri=%76,1), dıkkı hacminde artış (1-3 yaş=%54,8; 4-6 yaş=%76,3; 7 yaş ve üzeri=%67,4) ve rektumda fekal tıkaç oluşması (1-3 yaş=%69,4; 4-6 yaş=%68,4; 7 yaş ve üzeri=%56,5) gibi sorunlar yaşadıkları belirlendi. Belirtilen sorunlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında dıkkı yaparken korku/endişe duyma (p=,025), klozete/tuvalete oturmayı reddetme (p=,005) ve sert/ağır dıkkılama (p=,003) sorunları açısından yaş grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği, bu sorunların 1-3 yaş grubu çocuklarda diğer çocuklara göre daha sık görüldüğü saptandı (Tablo 4).

Kabızlık yapabileceği düşünülen gıdaların yaş gruplarına göre tüketim sıklığı ve karşılaştırması Tablo 5'te verilmiştir.

Yaş gruplarına göre gıdaların tüketim durumu incelendiğinde; ilk iki sırada 1-3 yaş grubu çocuklarda süt (%61,3) ve yoğurt (%59,7), 4-6 yaş grubu çocuklarda peynir (%55,3) ve süt (%52,6), 7 yaş ve daha büyük çocuklarda meyve-/meyve suyu (%76,1) ve ekmek (%67,4) yer almakta idi. Belirtilen gıdaların tüketim durumları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında yalnız ekmek tüketiminde anlamlı fark olduğu (p<0,05), 7 yaş ve daha büyük çocukların 1-3 yaş grubu çocuklara göre daha fazla ekmek tükettikleri saptandı (Tablo 5).

Yaş gruplarına göre kabızlık sorununun aile yaşamı üzerine etkisinin dağılımı ve karşılaştırması Tablo 6'da verilmiştir.

Çocuktaki kabızlık sorununun aile yaşamı üzerine etkisi incelendiğinde; tüm yaş grubunda çocuğu olan aileler

kabızlık sorunu nedeni ile aile yaşamlarının olumsuz etkilediğini, sosyal ilişkilerinin azaldığını, ailede gerginliğe neden olduğunu, kardeş ilişkilerinin etkilenmediğini belirttikleri saptandı. Kabızlığın aile yaşamında neden olabileceği sözü edilen sorunlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında tüm yaş grubunda etkilenmenin benzer oranlarda olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). 7 yaş ve üzeri çocuğu olan ailelerin yarısından fazlası (%56,5) kabızlık sorununun çocuklarının okul başarısını etkilediğini belirtti.

Tartışma

Kabızlık çocukluk yaş dönemlerinde sık görülen sorunlardan biridir. Kabızlık sorununun en sık 2-4 yaşları arasında görüldüğü bildirilmektedir (8,12). 1-16 yaş grubunda kabızlığın bazı boyutlarının incelendiği bu çalışmada literatürle (8,12,13) uyumlu olarak çocukların çoğunda kabızlık şikayetinin 4 yaşından önce ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

Literatürde yetersiz anne sütü alan, ek gıdaya erken başlayan çocukların kabızlığa daha yatkın olduğu belirtilmektedir (14,15,16). Çalışmamızda kabızlık sorunu yaşayan çocukların üçte birinin yetersiz anne sütü aldığı, çoğunluğunun ek gıdaya erken yaşta başladığı saptanmıştır.

Çalışmamızda annelerin ifadesine göre çocukların çoğunluğunun kabızlık dışı sağlık sorununun olmadığı, en sık görülen sağlık sorununun alerji olduğu belirlendi. Literatürde alerji durumu ile kabızlık arasında ilişki olduğu belirtilmemesine rağmen alerjinin kabızlığa yatkınlığı arttıran bir faktör olup olmadığı araştırılabilir.

Kabızlık şikayeti olan çocuklarda çeşitli davranış sorunlarının gelişebileceği bilinmektedir (10,17). Literatürde de yer aldığı gibi çalışmaya katılan çocuklarda çeşitli davranış sorunlarının olduğu, en sık görülen sorununun tırnak yeme olduğu belirlenmiştir. Tırnak yeme gibi davranışsal sorunlar, çocuğun karşılaştığı durumları içselleştirmesi ve baş edememesinin göstergesi olduğu bildirilmektedir (5,18). Bu tür davranış sorunlarının görülmesi çocukların kabızlığa bağlı psikolojik sıkıntılar yaşadığını düşündürmektedir.

Literatürde kabızlık yakınması olan olguların %45,5-72'sinin aile bireylerinde kabızlık öyküsü olduğu bildirilmektedir (19-21). Bu çalışmada olguların %52,1'inin aile bireylerinde kabızlık sorununun bulunması literatür ile uyumludur.

Çalışmada annelerin ifadelerine göre kabızlık nedenleri 1-3 yaş ve 4-6 yaş grubu çocuklarda katı gıdaya başlama, 7 yaş ve üzerinde ise okula başlama olarak belirlenmiştir. Bu bulgu literatürle uyumlu olup (4,8,9), çocukların fonksiyonel

kabızlık sorunu yaşama nedenlerinin yaşam sürecindeki değişime uyum sağlayamama olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde kabızlığa bağlı gelişen sorunların evde tedavisinde çeşitli yöntemlerin kullanıldığı, en sık kullanılan yöntemlerin zeytinyağı, bitki çayı ya da meyve suyu içirme, lavman yapma olduğu bilgisi yer almaktadır (11,22-24). Evde lavman uygulama oranı çok az olmakla birlikte en sık lavman yapılan yaş grubunun 1-3 yaş grubu olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan 1-3 yaş grubu çocukların anneleri genellikle zeytinyağı içirmeyi tercih ederken diğer gruplardaki çocukların anneleri çocuklarına meyve/meyve suyu içirmeyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Kabızlık tedavisinden meyve ve meyve suyu tüketiminin önemi anneler tarafından bilindiği görülmektedir.

Çocukluk dönemlerinde kabızlık fonksiyonel ya da organik nedenlere bağlı olmasına rağmen olguların büyük bölümünde (%91,4) fonksiyonel olarak görülmektedir (1,15). Çocuklarda fonksiyonel kabızlığın en belirgin belirtileri dışkı geçişinde zorluk ve fekal kitlelerdir. Fekal kitle genellikle dışkı geçişinin ağırlı olduğu dönemlerde çocuğun bu ağrıyı yaşamamak için dışkısını tutmasına bağlı olarak gelişmektedir (24). Literatürde kabızlık yakınması ile beraber karın ağrısı, ağırlı dışkılama gibi sorunların da sık görüldüğü bildirilmektedir (19-21,25). Farklı çalışmalarda kabızlık sorunu olan olguların %27-89 arasında değişen oranlarda karın ağrısı (1,19-21,25), %38-44'ünde dışkı tutma, %39-100'ünde sert/ağırlı dışkılama bildirilmiştir (6,19-21,25). Dışkı tutma, fekal kitle, karın ağrısı, sert ve ağırlı dışkılama sorunlarının birbiri ile bağlantılı bir kısır döngü oluşturduğu açıktır. Fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarla gerçekleştirilen çalışmada tüm yaş grubundaki çocukların anneleri sert-ağırlı dışkılama, karın ağrısı, karında şişkinlik ve fekal tıkaç sorunlarını yaşadıklarını, 1-3 yaş grubu ve 4-6 yaş grubu çocukların dışkı yaparken korktuğunu, 4-6 yaş grubu çocukların ise dışkı tutma davranışını daha çok yaptıklarını ifade ettikleri belirlenmiş olup bulgular literatür ile uyumludur.

Kabızlığı olan çocukların bazılarında nörolojik sorunlar olduğu ve bazılarında idrar (1) ve dışkı kaçırma (26) görüldüğü, nadir olarak tekrarlayan kusma olabileceği, kabızlık tedavi edildikten sonra kusmanın düzeldiği belirtilmektedir (27). Doğan ve ark. (1) 2 ay-16 yaş arası çocuklarla yaptıkları çalışmalarında olguların %16'sında dışkı kaçırma, %4,1'inde idrar kaçırma olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada belirtilen sorunların tüm yaş grubu çocuklarda literatürle uyumlu oranlarda görüldüğü, idrar/dışkı kaçırma ve bulantı-kusma sorunlarının görülme sıklığı açısından yaş grupları arasında anlamlı fark olmadığı, ancak dışkı kaçırma davranışının 7 yaş ve daha büyük çocuklarda diğer yaş gruplarına göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

Fonksiyonel kabızlık sorununun çözülmesinde tuvalet alışkanlığının düzeltilmesi, dengeli beslenme ile birlikte lif içeren sebze ve sorbitol içeren meyvelerin diyetle olması ve medikal tedavi ile başarı şansının arttığı bildirilmektedir (28,29,30). Çalışmada kabızlığı önleyeceği düşünülen gıdaların tüketim durumları incelendiğinde tüm yaş gruplarında yoğurt ve meyve/meyve suyu tüketiminin fazla olduğu belirlenmiştir. Ailelerin kabızlık sorunuyla beslenme şekli konusunda bilgi sahibi olmalarında, kabızlık sorunu nedeni ile izlemin yapıldığı poliklinikte konuya ilişkin ailelere verilen eğitimlerin etkisi olabileceğini düşündürdü.

Kabızlık, aile yaşamını etkileyen önemli bir sorundur. Ailenin sosyal ilişkilerinde azalmaya, aile içi gerginlikte artmaya, çocuğun okul başarısının düşmesine ve kardeş ilişkilerinde azalmaya neden olabileceği belirtilmektedir (22). Çalışmada anneler çocuklarındaki kabızlık sorununun aile yaşamını olumsuz etkilediğini, aile içinde gerginliğe neden olduğunu ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Çocuktaki kabızlık sorununun ortadan kaldırılması hem çocuk hem de aile yaşamına olumlu katkı sağlayacağı açıktır.

Sonuç olarak; çalışma bulgularına göre kabızlık için olası risk faktörleri 4 yaşından küçük olma, 6 aydan önce ek/katı gıdaya başlama, okula başlama, aile bireylerinde kabızlık yakınmasının olması, dışkı yaparken korku ve endişe yaşama ve yaşanan korku nedeniyle dışkı tutma (dışkı tutmaya bağlı karın ağrısı, karında şişkinlik, sert ve ağrılı dışkılama gibi kısır döngü) olarak belirlenmiştir. Kabızlık, çocuk ve ailenin yaşamını olumsuz etkileyen bir sorun olduğundan belirtilen risk faktörlerine sahip ailelerin soruna yönelik uygun girişimler konusunda bilgilendirilmesi önerilir.

Kaynaklar

- Doğan Y, Erkan T, Ergül Y, Çokuşoğlu FG, Kutlu T. Kabızlık Yakınması Olan Olguların Retrospektif Dökümü. Türk Pediatri Arşivi 2005;40:23-7.
- Memeşa A, Özkan T, Özeke T. Çocuklarda Kronik Konstipasyona Yaklaşım, Tedavi ve İzlem. Güncel Pediatri 2004;2:21-31.
- Özen H. Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçırmaya. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:135-42.
- Aydoğan A. Çocukluk çağında kabızlık. Klinik Tıp Pediatri 2010;2:11-8.
- Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Nieuwenhuizen AMO, Last BF. Chronic childhood constipation: A review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. Patient Educ Couns 2007;67:63-77.
- İnan M, Aydinler CY, Tokuç B, Aksu B, Ayvaz S, Ayhan S et al. Factors Associated with Childhood Constipation. J Paediatr Child Health 2007;43:700-6.
- Berg MM, Benninga MA, Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. Am J Gastroenterol 2006;101:2401-9.
- Kasirga E. Kronik Konstipasyon ve Beslenme. Güncel Pediatri 2007;5:113-8.
- Kutlu T. Fonksiyonel bağırsak hastalıkları. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2007;3:1-9.
- Özkan TB. Çocuklarda Fonksiyonel Konstipasyon. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;33:87-90.
- Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. Gastroenterology 2006;130:1519-26.
- Rasquin A, Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology 2006;130:1527-37.
- Thompson J. The management of chronic constipation in children. Community Practitioner 2001;74:29-30.
- Clayden G, Keshtgar AS. Management of childhood constipation. Postgrad Med J 2003;79:616-21.
- Coughlin EC. Assessment and Management of Pediatric Constipation in Primary Care. Pediatr Nurs 2003;29:296-301.
- Cunningham C, Taylor HG, Minich NM, Hack M. Constipation in very-low-birth-weight children at 10 to 14 years of age. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;33:23-7.
- Benninga MA, Taminiu JA. Diagnosis and treatment efficacy of functional non-retentive fecal soiling in childhood. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;32(Suppl 1):42-3.
- Üçkardeş Y, Özmert EN, Unaş F, Yurdakök K. Düşük sosyoekonomik düzey ilköğretim çocuklarında çinko desteğinin Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği skorlarına etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009;52:53-9.
- Amendola S, De Angelis P, Dall'oglio L, Di Abriola GF, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children. J Pediatr Surg 2003;38:819-23.
- Dijk M, Bongers MEJ, Vries GJ, Grootenhuis MA, Last BF, Benninga MA. Behavioral Therapy for Childhood Constipation: A Randomized, Controlled Trial. Pediatrics 2008;121:1334-41.
- Youssef NN, Langseder AL, Mones RL, Rosh JR. Chronic Childhood Constipation is Associated with Impaired Quality of Life: A Case-Controlled Study. JPGN 2005;41:56-60.
- Farrel M, Holmes G, Coldicutt P, Peak M. Management of childhood constipation: Parents' experiences. J Adv Nurs 2003;44:479-89.
- 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;153:380-5.
- Mason D, Tobias N, Lutkenhoff M, Stoops M, Ferguson D. The APN's Guide to Pediatric Constipation Management. Nurse Pract 2004;29:13-21.
- Aydoğdu S, Çakır M, Yüksekaya HA, Arıkan Ç, Tümgör G, Baran M et al. Chronic Constipation in Turkish Children: Clinical Findings and Applicability of Classification Criteria. Turk J Pediatr 2009;51:146-53.
- Voskuijl WP, Heijmans J, Heijmans HS, Taminiu JA, Benninga MA. Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: applicability in clinical and research practice. J Pediatr 2004;145:213-7.
- Borowitz SM, Sutphen JL. Recurrent vomiting and persistent gastroesophageal reflux caused by unrecognized constipation. Clin Pediatr (Phila) 2004;43:461-6.
- Goulet O. Management of chronic constipation in the infant. Arch Pediatr 1999;6:1224-30.
- Roma E, Adamidis D, Nikolara R, Constantopoulos A, Messaritakis J. Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999;28:169-74.
- Tse PW, Leung SS, Chan TT, Sien A, Chan AK. Dietary fibre intake and constipation in children with severe developmental disabilities. J Paediatr Child Health 2000;36:236-9.