

**Die psigo-sosiale
behoefte van die ouer ten opsigte van die kind met
enkoprese**

DEUR

JOHANNA CATHARINA LABUSCHAGNE

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

MAGISTER SOCIALES DILIGENTIAE

(SPELTERAPIE)

IN DIE

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK
FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE

AAN DIE

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

STUDIELEIER: DR J.M. YSSEL

PRETORIA

MEI 2004

**HIERDIE SKRIPSIE WORD OPGEDRA AAN 'N DAPPER KLEUTER, CLAUDE EN
SY OUERS:**

JULLE WAS DIE INSPIRASIE VIR HIERDIE NAVORSING.

Bedankings

Die volgende persone word bedank vir hul ondersteuning met die voltooiing van hierdie verhandeling:

- Dr. J.M. Yssel, wat as studieleier werklik besondere moeite gedoen het, en skitterende leiding gegee het ten einde hierdie verhandeling te voltooi.
- Dr. J.M.C. Joubert en al die dosente van die Department Maatskaplike Werk aan die Universteit van Pretoria wat betrokke is by die Magister Diligentia (Speltherapie) kursus.
- Die ouers van kinders met enkoprese wat deelgeneem het aan die empiriese navorsing, en hulle pynlike en frustrerende belewenisse met my gedeel het.
- Dr. M. Kirsten, hoof van die Enkoprese Kliniek, Pretoria Akademiese Hospitaal, wat haar eerstehandse insigte ten opsigte van die behoeftes van ouers van kinders met enkoprese met my gedeel het.
- My ongelooflike ondersteuningspan, veral met die rekenaarvaardigheid, die proeflees en afronding van die verhandeling; Ronéll, Christopher en Christien; julle gee 'n nuwe definisie aan liefde en ondersteuning!
- My wonderlike kinders en familie wat my aangemoedig het, en in my vermoëns glo.
- My Vader...Dankie vir die gesondheid, wysheid en geleentheid om hierdie navorsing te kon voltooi.

OPSOMMING

Die psigo-sosiale behoeftes van die ouers ten opsigte van die kind met enkoprese

Deur:

Johanna Catharina Labuschagne.

Studieleier: Dr. J.M. Yssel

Departement Maatskaplike Werk

MSD (Speltherapie)

Hierdie studie het ondersoek ingestel na die aard van die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. Leemtes is in die literatuur geïdentifiseer wat aandui dat daar min inligting bestaan ten opsigte van die behoeftes van die ouers wat gekonfronteer word deur die komplekse disfunksie van enkoprese. In die empiriese ondersoek, wat gesprekvoering met ouers van kinders met enkoprese behels het, is hierdie leemtes bevestig.

Die doelstelling van die studie was om te bepaal wat die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van hul kind met enkoprese was.

Ten einde hierdie doelstelling te bereik, is bepaalde doelwitte gestel. Die eerste doelwit was die uitbou van 'n kennisbasis deur 'n literatuurstudie en gesprekke met kundiges op die gebied van enkoprese. Kennis is ingewin ten opsigte van die fisiologiese meganisme van enkoprese, die rol van toiletroetine in die ontstaan van enkoprese, die effek van enkoprese op die gesinsistiem en die psigo-sosiale aspekte wat die disfunksie in stand hou. Die tweede doelwit was die verkryging van empiriese data oor die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. Die derde doelwit was om gevolgtrekkings en aanbevelings vanuit hierdie studie ten opsigte van ouers se psigo-sosiale behoeftes te maak. Die aanbevelings wat in geskrewe vorm vervat word, kan as aanbevelings tydens verdere hulpverlening in die praktyk benut word.

Die empiriese studie is uitgevoer deur een-tot-een onderhoude met behulp van 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule binne 'n fenomenologiese strategie te benut. Die respondente is ouers van kinders by wie enkoprese medies gediagnoseer is. Die doel van 'n fenomenologiese strategie is om vas te stel watter betekenis

respondente aan hul alledaagse lewe gee. Die fenomenologiese strategie is as deel van 'n eksploratiewe studie gedoen. Die eksploratiewe studie wou insig in die werklike praktiese situasie verkry.

Die ouerpare is deur die navorser geselekteer volgens 'n proses van doelgerigte steekproeftrekking. Transkripsies van die onderhoude is geskryf nadat die onderhoude gevoer is en hierdie data is geanaliseer en geïnterpreteer. Die onderhoudskedule wat gebruik is, is ingesluit as bylaag B. Aangesien enkoprese 'n uiters sensitiewe onderwerp is, is 'n ingeligte toestemmingsbrief aan die respondente voorgehou wat deur hulle geteken moes word. 'n Voorbeeld van hierdie dokument is aangeheg as bylaag C.

Die empiriese data wat deur middel van die semi-gestruktureerde onderhoude verkry is, het die volgende hoofemas uitgelig:

- Die primêre behoefte van die ouers is aan kennis rondom die aard en veroorsaking van enkoprese.
- Die tweede behoefte van ouers is hanteringsvaardighede ten opsigte van die kind met enkoprese. Ouers het aangedui dat die komplekse en onaangename aard van enkoprese hoë eise aan hul ouerskapsvaardighede stel.
- Die derde hoofema wat na vore gekom het, is die behoefte aan vaardighede ten opsigte van die hantering van die sibbe van die enkopretiese kind. Die enkopretiese kind stel besondere hoë eise aan ouers en die sibbe in die gesinsisteem reageer op wyses wat besondere ouerskapsvaardighede vereis.
- Die vierde hoofema is die behoefte by ouers aan ondersteuning ten opsigte van hul eie emosies. Ouers het aangedui dat spanning en frustrasie in hul verhouding ontstaan het ten opsigte van die eise van die enkopretiese kind en dat hulle ondersteuning en begrip benodig het.
- Die vyfde hoofema is die behoefte by ouers aan begrip en ondersteuning vanaf professionele rolspelers ten opsigte van enkoprese. Die ouers het aangedui dat hulle veral begrip en kundigheid van die mediese rolspelers, asook die skoolsisteem benodig het.

- Die sesde hoofteema is die behoefte aan ondersteuning vanuit die sosiale gemeenskap. Ouers het 'n duidelike behoefte uitgespreek aan ondersteuning van familie, vriende en die wyer sosiale gemeenskap, aangesien die enkoprese by die kind daartoe lei dat die ouers en gesin sosiaal geïsoleer raak.
- Die sewende hoofteema is die behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir ouers van kinders met enkoprese.
- Die agtste hoofteema is die ouers se behoefte aan groter bewustheid by die wyer gemeenskap ten opsigte van enkoprese. Ouers het 'n behoefte uitgespreek aan groter media bewusmaking ten opsigte van enkoprese.

Die navorsing het duidelik getoon dat daar by die ouers 'n groot behoefte aan kennis, hanteringsvaardighede en ondersteuning ten opsigte van verskeie aspekte rondom die kind met enkoprese bestaan. Daar is 'n spesifieke behoefte aan ondersteuningsgroepe uitgespreek deur die ouers ten opsigte van hulle psigo-sosiale behoeftes. Hierdie behoeftes wat deur die respondente uitgespreek is, bied enersyds riglyne vir praktiese hulpverlening aan ouers van die kind met enkoprese, maar andersyds bied dit ook leidrade vir verdere studie.

SUMMARY

The psycho-social needs of the parent of a child suffering from encopresis

by

Johanna Catharina Labuschagne

Supervisor: Dr. J.M. Yssel

Department of Social Work

MSD (Play Therapy)

This study investigated the nature of the psycho-social needs of the parents of a child with encopresis. Gaps were identified in the literature that indicated that there is little information available on the needs of parents who are confronted by the complex dysfunction resulting from encopresis. During the course of the empirical investigation, which involved interviews with the parents of children suffering from encopresis, it was confirmed that these gaps do exist.

The aim of this study was to determine what parents' psycho-social needs were with regard to their child if their child is suffering from encopresis.

In order to reach this aim, a number of objectives were set. The first objective was to establish a knowledge base by means of a literature review and discussions with experts in the field of encopresis. Information was gathered with regard to the physiological mechanism of encopresis, the role of toilet routine in the origins and development of encopresis, the effect of encopresis on the family system and the psycho-social aspects that maintain this dysfunction. The second objective was to obtain empirical data on the psycho-social needs of the parents of a child with encopresis. The third objective was to draw conclusions and to make recommendations on the basis of the results of this study in respect of parents' psycho-social needs. The recommendations, which are presented in written form, can serve as recommendations to be used in providing assistance in the practice.

The empirical study took the form of one-on-one interviews with the assistance of a semi-structured interview schedule within a phenomenological strategy. The respondents were the parents of children in whom encopresis has been medically diagnosed. The aim of using a phenomenological strategy was to determine what

meaning respondents attach to their everyday life. The phenomenological strategy was followed as part of an explorative study. The explorative study was designed to elicit information allowing greater insight into the actual practical situation.

The parent couples were selected by the researcher by means of a process of purposeful sampling. Transcripts of the interviews were made after the interviews had been completed and this data was analysed and interpreted. The interview schedule that was used is included in Appendix A. Because encopresis is a highly sensitive topic, respondents were given a letter of informed consent to read and sign. An example of this letter is attached as Appendix B.

The empirical data obtained by means of the semi-structured interviews emphasised the following key themes:

- The parents' primary need is information on the nature and causes of encopresis.
- The parents' second most urgent need is the skills to cope with a child with encopresis. Parents indicated that the complex and unpleasant nature of encopresis puts great demands on their parenting skills.
- The third central theme that emerged was the need for skills with regard to handling the siblings of an encopretic child. The encopretic child makes very insistent demands on parents and the siblings within the family system react in ways that require particular parenting skills.
- The fourth central theme is the parents' need for support with regard to their own emotions. Parents indicated that tension and frustration arose in their relationship in respect of the demands made by an encopretic child and that they needed support and understanding.
- The fifth key theme was the parents' need for understanding and support from professional role players with regard to encopresis. The parents indicated that they required this understanding and expertise particularly from the medical role players, as well as the school system.

- The sixth theme is the need for support from the social community. Parents expressed a clear need for the support of family, friends and the wider social community, since the parents and the family can become completely socially isolated.
- The seventh theme was the need for a support group for the parents of children with encopresis.
- The eighth theme was the parents' need for greater awareness in the broader community about encopresis. Parents expressed a need for greater media awareness about encopresis.

The research has shown clearly that among these parents there is a great need for information, coping skills and support with regard to various aspects surrounding a child with encopresis. Parents expressed a particular need for support groups to address their psycho-social needs. On the one hand, these needs as expressed by the respondents suggest guidelines for practical assistance to the parents of children with encopresis. On the other hand, they also suggest areas for further research.

SLEUTELTERME / KEYTERMS

PSIGO-SOSIALE	PSYCHO-SOCIAL
OUERS	PARENTS
BEHOEFTES	NEEDS
KIND	CHILD
ENKOPRESE	ENCOPRESIS

INHOUDSOPGAWE

Hoofstuk 1: Algemene inleiding en uiteensetting van die navorsing

1.	Inleiding	1
2.	Motivering	3
3.	Probleemformulering	3
4.	Doelstelling van die navorsing	5
5.	Doelwitte van die navorsing	5
6.	Navorsingsvraag	6
7.	Navorsingsbenadering	6
8.	Soort navorsing	7
9.	Navorsingstrategie	7
10.	Navorsingsprosedure	
	10.1 Insamel van empiriese data	8
	10.2 Analise van empiriese data	8
11.	Voorondersoek	
	11.1 Literatuurstudie	10
	11.2 Konsultasie met kundiges	10
	11.3 Toetsing van onderhoudskedule	11
	11.4 Uitvoerbaarheid van die studie	
	11.4.1 Koste	11
	11.4.2 Tyd	11
	11.4.3 Toestemming	11
12.	Omskrywing van die universum	12
13.	Etiese kwessies	12
	13.1 Voorkoming van skade aan respondente	13
	13.2 Ingeligte toestemming vir deelname	13
	13.3 Misleiding van respondente	13
	13.4 Vertroulikheid	14
	13.5 Die navorser se vaardigheid en toerekenings- vatbaarheid	14
	13.6 Vrystelling of publikasie van navorsingsresultate	15
	13.7 Herstel van respondente	15
14.	Definiëring van sleutelbegrippe	16
	14.1 Enkoprese	16
	14.2 Kleuter	17

14.3 Ouer	17
14.4 Psigo-sosiale behoeftes	17
14. Hoofstukindeling	18

Hoofstuk 2 Enkoprese

2. Enkoprese	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Enkoprese as verskynsel	20
2.2.1 Begripsoms krywing	20
2.2.2 Die tipes enkoprese	
2.2.2.1 Terughoudende enkoprese	21
2.2.2.2 Nie-terughoudende enkoprese	22
2.2.3 Voorkoms van enkoprese	23
2.3 Verorsakende faktore en faktore wat tot die instandhouding van die probleem bydra	
2.3.1 Die fisiologiese faktore	24
2.3.1.1 Hardlywigheid	24
2.3.1.2 Impaksie met oorloop inkontinensie	
2.3.1.3 Dieet en oefening	27
2.3.2 Psigososiale faktore in die veroorsaking van enkoprese	28
2.3.2.1 Die ontwikkeling van dermkontrole en toiletonderrig	29
2.3.2.2 Die gesinsisteem as faktor in die instandhouding van enkoprese	30
2.3.2.3 Die toetrede van die kleuterskool as psigo-sosiale veroorsakende faktor in enkoprese	32
2.3.2.4 Die rol van seksuele misbruik in die veroorsaking van enkoprese	33
2.3.2.5 Ouers se reaksie op enkoprese as veroorsakende of instandhoudende faktor	34
2.4 Samevatting	35

Hoofstuk 3 Die invloed van 'n kind met enkoprese op die gesin en spesifiek die ouers as subsisteem

3.1 Die gesin as sisteem	36
3.2 Die kind met enkoprese binne sy gesin	38

3.3	Ouerskapsrolle ten opsigte van die kind met enkoprese	39
3.4	Die effek van die persoonlikheidstipe van 'n enkopretiese kind in die kleutertydperk op sy gesinsisteem	41
3.5	Ouers se hantering van toiletonderrig as ontwikkelingsaspek van die kind met enkoprese	43
3.6	Die sosiale implikasies wat enkoprese vir die ouers en gesinsisteem inhou	44
3.7	Die effek van enkoprese op die ouers se huweliksverhouding	45
3.8	Die effek van die kind se enkoprese op sy verhouding met sibbe	46
3.9	Slotopmerking	49

Hoofstuk 4 Empiriese gegewens en navorsingsbevindings

4.1	Inleiding	50
4.2	Hoof-en subtemas van die studie	50
4.2.1	Hooftema 1 Ouers se behoefte aan kennis en begrip vir die aard en Veroorsaking van enkoprese	55
4.2.2	Hooftema 2 Ouers se behoefte aan vaardigheid in die hantering van die Kind met enkoprese	57
4.2.3	Hooftema 3 Ouers se behoefte aan vaardigheid in die hantering van sibbe van die die kind met enkoprese	61
4.2.4	Hooftema 4 Ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van Spanning en frustrasie	63
4.2.5	Hooftema 5 Ouers se behoefte aan begrip en ondersteuning vanaf professionele rolspelers	69
4.2.6	Hooftema 6 Ouers se behoefte aan natuurlike sosialisering en ondersteuning	71
4.2.7	Hooftema 7 Ouers se behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir ouers van	

die kind met enkoprese	72
4.2.8 Hooftema 8	
Ouers se behoefte aan verhoogde bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese	73
Hoofstuk 5 Samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings	
5.1 Inleiding	75
5.2 Doelstellings van die studie	75
5.3 Doelwitte van die studie	75
5.4 Navorsingsvraag	77
5.5 Samevatting van die navorsingsresultate, gevolgtrekkings en aanbevelings	77
5.5.1 Samevatting van die navorsingsresultate	77
5.5.2 Gevolgtrekkings	78
5.5.3 Aanbevelings	82
5.5.4 Aanbevelings vir verdere navorsing	83
5.5.5 Hipotese	83
5.6 Slotgedagte	83

Bibliografie

Bylae A	Defekogramme
Bylae B	Ingeligte toestemmingsvorm
Bylae C	Die semi-gestruktureerde onderhoudskedule

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING EN UITEENSETTING VAN DIE NAVORSING

1. INLEIDING

Die term enkoprese dui op die asosiale passering van stoelgang deur 'n kind wat anatomies normaal is, en op 'n ouderdom is waar hy reeds toilet-onafhanklik behoort te wees.

Enkoprese presenteer dus by jong kinders wat reeds toilet-onafhanklik is en dan weer begin om hulself te besoedel. Badenhorst, Pretorius en Stuart (2001:110) het gevind dat enkoprese 'n ongerapporteerde en min nagevorste kompleksiteit is. Bogenoemde navorsers verduidelik die kompleksiteit van die probleem wanneer hulle die volgende stelling maak:

“The etiology of encopresis is best understood as an interaction of multiple physiological and psychosocial factors within the social system” (Badenhorst et al, 2001:112).

Die DSM-1V-R (1995:83) klassifiseer enkoprese as 'n funksionele besoedelingsversteuring, waar stoelgang op ontoepaslike plekke passeer word. Die besoedeling kan willekeurig of onwillekeurig kan wees. Die diagnostiese kriteria vir enkoprese is volgens die DSM-1V-R as volg:

- Daar moet ten minste een voorval van enkoprese per maand vir ten minste 6 maande voorkom;
- Die pasiënt moet oor die kronologiese en verstandsouderdom van ten minste 4 jaar beskik;
- Daar word onderskei tussen primêre en sekondêre enkoprese.
 - Primêre enkoprese, wanneer die versteuring nie voorafgegaan is deur 'n periode van fekale kontinensie vir ten minste een jaar nie.
 - Sekondêre enkoprese waar die versteuring voorafgegaan is deur 'n periode van fekale kontinensie, wat ten minste een jaar geduur het.
- Die enkoprese moet medies bevestig wees.

Hierdie komplekse probleem het 'n definitiewe fisiologiese aspek wat deur ouers en kundiges in ag geneem moet word. Vanuit 'n mediese oogpunt beskou, is dit noodsaaklik dat die kind sfinkterbeheer het wanneer toiletonderrig begin.

Schroeder en Gordon (1991:181) verduidelik dat die sfinkter die spier is wat die kind ontspaan om stoelgang te passeer, of saamtrek om die stoelgang terug te hou. Wanneer die kind

stoelgang terughou, kan die kolon rek en uitsit en in 'n megakolon ontwikkel. Die terughouding ontstaan as gevolg van emosionele of omgewingsfaktore, genaamd 'n psigogene megakolon, of as gevolg van fisiese oorsake, genaamd 'n neurogene megakolon. Die megakolon wat dan kronies vol stoelgang is, verloor sy spieronus, die dermwand word dun en gevolglik gaan die sensasie dat die liggaam wil ontlaas, verlore.

Scheepers (1994:7) meld dat onkunde by die gemeenskap rondom die probleem van enkoprese - in besonder by die ouers en professionele persone - tot oneffektiewe hantering van die probleem aanleiding gee. In haar navorsing is bevind dat min professionele persone oor voldoende kennis en praktykondervinding ten opsigte van hierdie probleem beskik.

Volgens die navorser is dit juis die kompleksiteit van en onkunde oor enkoprese, wat tot die onbevredigde behoeftes van ouers ten opsigte van die kind met enkoprese lei. Die navorser is van mening dat dit belangrik is om te verstaan dat die gepaardgaande besoedeling volgens die Westerse samelewing as onnet, onweloweglik en afstootlik beskou word en dat die kleuter met hierdie probleem deur ouers, onderwysers en maats verwerp, as stout getiketeer of ontoepaslik gestraf word. Hierdie aspek is ook deur die navorser in die praktyk bevestig. Die negatiewe hantering van die probleem, voortspruitend uit onkunde, het 'n afbrekende effek op die jong kind se selfbeeld, die ouer-kind verhouding, die interaksie met die portuurgroep en ander sosiale verhoudings. Dit is vir die navorser duidelik dat elke sisteem of situasie waarin die kind met enkoprese funksioneer, deur hierdie probleem geraak word.

Die direkte gevolg van die onkunde en onsekerheid oor enkoprese volgens Kuhn, Brett, Marcus en Pittner (1999:179) dat ouers dikwels te skaam is om professionele hulp te soek of om die probleem by die skool aan te meld.

Die fokus van hierdie studie is die bepaling van die ouer se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van die probleem van enkoprese. In hierdie hoofstuk is daar op die motivering, die doel en die metodologie van die studie gefokus word. Vanuit die doelwitte is die navorsingsvraag geformuleer, wat deur die studie beantwoord is. Die navorsingsbenadering is verduidelik, asook die strategie en prosedure wat die navorser gebruik het. Die populasie waaruit die respondente saamgestel is, is afgebaken. Laastens is die etiese kwessies wat in hierdie kwalitatiewe studie in ag geneem is, bespreek.

2. MOTIVERING

Die navorser se motivering vir hierdie bepaalde studie spruit voort uit waarneming van en blootstelling aan kleuters met die probleem van enkoprese binne hul gesinsituasie.

Dit was vir die navorser opvallend dat die ouers nie daarvan bewus was dat hul kind se probleem 'n komplekse siektetoestand, genaamd enkoprese, is nie. Die navorser is geprikkel deur die kind met enkoprese se magteloosheid teenoor die besoedeling, asook die ouers se magteloosheid, onkunde oor die probleem en twyfel aan hul ouerskapsvaardighede.

Die persepsie word in die kleuterskool en in sosiale situasies gevorm dat die kleuter net stout is, of ontoereikende toiletonderrig gehad het. Hierdie persepsies lei daartoe dat die kind geëttiketteer word en deur die portuurgroep gespot of vermy word.

Uit die literatuurstudie blyk dit dat die meeste navorsing oor die probleem van enkoprese in die mediese vakgebiede van psigiatrie en pediatrie gedoen is.

Die navorser Badenhorst (1999:46) bevestig hierdie waarneming in die volgende stelling: "Paediatric literature focuses on the physiological aspects of encopresis, at times discounting the psycho-social aspects."

In die praktyk kom dit ook voor asof geneeskundiges hoofsaaklik op die fisiologiese hantering van enkoprese soos dermspoelings en medikasie fokus. Veel kleiner persentasies van navorsingstudies gee aandag aan die psigo-sosiale impak van enkoprese op die kind, die ouers en die kind se interaksie met ander sisteme soos die skool.

Die navorser se motivering vir hierdie studie spruit voort uit die onkunde oor die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. Die navorser is van die mening dat indien meer kennis oor ouers se behoeftes bepaal kan word, ouers se behoeftes aangespreek kan word. Sodoende sal hulle bemagtig kan word om die probleem tot voordeel van die kind beter te hanteer.

3. PROBLEEMFORMULERING

Die navorser wil die onkunde binne die maatskaplike werk professioneel oor die behoeftes van ouers ten opsigte van hul kind se enkoprese aanspreek. Die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese sal dus die fokus van die studie wees. Psigo-sosiale behoeftes dui op die psigiese-, gedrags-, interpersoonlike - en sosialisering behoeftes. Aangesien hierdie 'n komplekse probleem is, het die navorser 'n holistiese benadering

gevolg. Becvar en Becvar (1996:102) verduidelik dat 'n holistiese benadering op die totale proses en die konteks daarvan wat betekenis aan gebeure gee fokus. Kennis is van die mediese professie, dieetkunde, geneeskundige maatskaplike werk, ontwikkelingsielkunde asook opvoedkundige sielkunde ingewin.

Soos aangedui, meld die DSM-1V-R (1994:83) dat die kind 'n kronologiese ouderdom van minstens 4 jaar moet hê om met enkoprese gediagnoseer te word. In die ontwikkelingsteorie van Havinghurst (1979:1) is die jare 0-5 jaar die tydperk waarin die kind beheer oor sy uitskeiding verkry en leer dat uitskeidingsfunksies op 'n spesifieke plek en tyd gepas is. Toiletonderrig is die eerste morele onderrig wat die kind kry en is dus 'n baie belangrike faset van die kind se karakterontwikkeling.

Volgens Erikson se ontwikkelingsteorie fokus die konflik binne die kleuter op die ontwikkeling van outonomie teenoor skaamte. Indien die kind beheer oor sy uitskeidingsvaardigheid as gevolg van enkoprese verloor, lei dit daartoe dat die kind uiteindelik skaamte en twyfel in homself ontwikkel en internaliseer (Potgieter 1996:55).

Wat die voorkoms van die probleem betref, meld Badenhorst et al (2001:110) dat 3% van alle kinders in die ouderdomsgroep 4-6 jaar aan enkoprese ly, met 'n hoër voorkoms by seuns as by dogters. Navorser is van die mening dat akkurate statistiek moeilik bekombaar is, aangesien besoedeling by kinders 'n sosiale stigma dra en ouers uit skaamte selde die probleem aanmeld. Badenhorst et al (2001:110) het bevind dat 80% van kinders met enkoprese met kroniese hardlywigheid, impaksie en oorloop-inkontinensie presenteer.

Die navorser se waarneming is dat die persepsie meestal by ouers bestaan dat die kind stout, koppig of manipulerend is. Badenhorst et al (2001:110) noem verder dat ouers in 'n poging om die besoedelingsprobleem te hanteer, die kind se sosiale interaksie beperk. Die kind met enkoprese word weerhou van oorslaap-kuiers, kampe en selfs gesinsvakansies. Die gesinsinteraksie word nadelig beïnvloed en die kind met enkoprese word binne die gesinsisteem deur ouers, deur sibbe en deur homself as die indeks persoon gesien: dus die gesinslid met die probleem. Dit is vir die navorser duidelik dat die totale gesinsisteem deur die probleem van enkoprese geraak word. Sue en Sue (1994:90) beskryf die dinamika in 'n gesinsisteem as volg: "By family dynamics we mean the day to day operation of the family system, including communication among its members".

Enige probleem wat binne die gesin voorkom, kan volgens bogenoemde skrywers hierdie gesinsdinamika beïnvloed en moet vroegtydig aangespreek word om verdere probleme te voorkom.

Die probleem wat in hierdie studie aangespreek is, is die vasstelling van die psigo-sosiale behoeftes van die ouer ten opsigte van die kind met enkoprese. Indien beter insig hierin deur die studie verkry word, kan verdere hulpverlening aan beide ouers en kind beter beplan word.

4. DOELSTELLING VAN DIE NAVORSING

Die doelstelling van hierdie navorsing was om die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van hul kind met enkoprese te bepaal.

5. DOELWITTE VAN DIE NAVORSING

Die doelwitte van hierdie navorsing was die volgende:

5.1 Die uitbou van 'n kennisbasis deur 'n literatuurstudie en gesprekke met kundiges op die gebied van enkoprese. Kennis ten opsigte van die volgende aspekte is uitgebou:

- Die fisiologiese meganisme van enkoprese.
- Die rol van toiletroetiene in die ontstaan en hantering van enkoprese.
- Die effek van die kind se enkoprese op die gesinsisteem.
- Die psigo-sosiale aspekte in die gesinsisteem wat die probleem van enkoprese in stand hou.

5.2 Die verkryging van empiriese data oor die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. 'n Onderhoudskedule is gebruik om semi-gestruktureerde onderhoude met die respondente te voer. Die volgende data is hierdeur verkry:

- Bepaling van ouers se behoefte aan kennis oor enkoprese as siektetoestand.
- Bepaling van die effek van enkoprese op die kind se funksionering in die gesin, skool en sosiale sisteme.
- Bepaling van die ouers se behoeftes rakende hantering van hierdie komplekse verskynsel.

5.3 Die doelwit van die studie was laastens om gevolgtrekkings en aanbevelings ten opsigte van die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van enkoprese te maak wat tydens verdere hulpverlening in die praktyk benut kan word.

6. NAVORSINGSVRAAG

Volgens Strauss & Corbin (1998:41) is dit belangrik om die navorsingsvraag so te formuleer dat dit die navorser in staat stel om 'n verskynsel in diepte te eksplorieer. Die navorsingsvraag identifiseer dus die verskynsel wat ondersoek sal word en vertel die leser spesifiek dit wat hy graag wil uitvind oor hierdie besondere verskynsel. Die vraag wat deur die navorser in hierdie studie beantwoord word, is die volgende:

“Wat is die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van die kind met enkoprese?”

7. NAVORSINGSBENADERING

Die kwalitatiewe navorsingsbenadering is in hierdie studie benut. Die kwalitatiewe benadering word benut om begrip te ontwikkel in die interaksiepatrone en verhoudings van bepaalde verskynsels.

Die kwalitatiewe ondersoek is die mees effektiewe benadering om 'n relatief onbekende scenario te ondersoek. Aangesien met dinamiese sisteme gewerk is, is die strategie by die situasie aangepas ten einde soveel data as moontlik te verkry. Marshall & Rossman (1996:46) voeg hierby dat die kwalitatiewe benadering benut word wanneer die navorser in komplekse verhoudinge en prosesse wil delf en wil vasstel: wat? waarom? waar? Hierdie benadering is dan ook relevant wanneer informele en ongestruktureerde strukture beter verstaan moet word.

Die navorser het van een-tot-een onderhoude met respondente gebruik gemaak om 'n volledige beeld van hul belewenis van en behoeftes rakende die verskynsel van enkoprese by hul kind te verkry. Tydens hierdie onderhoude het die navorser 'n onderhoudskedule gebruik om vas te stel wat die respondente se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van die disfunksie van enkoprese is. Greeff (2002:302) meld dat semi-gestruktureerde onderhoude as metode van data-insameling gebruik word wanneer kontroversiële of persoonlike scenarios nagevors word. Aangesien die probleem van enkoprese vir ouers 'n besondere sensitiewe onderwerp is, is dit die navorser se mening dat hierdie die beste benadering was om tydens die studie te gebruik.

8. SOORT NAVORSING:

Louw (2002:108) verduidelik die verskil tussen basiese en toegepaste navorsing as volg: “Basic or pure research seeks empirical observations that can be used to formulate or refine theory.” ...”Applied research, on the other hand, most often is the scientific planning of induced change in a troublesome situation. Basic and applied research are complementary - the advancement of knowledge and the solution of problems are both scientific necessities.”

In die studie is van toegepaste navorsing gebruik gemaak, aangesien praktyktoepassing die doel van die studie is. Die navorser wou uitvind wat die ouers se behoeftes ten opsigte van die verskynsel van enkoprese by hul kind is, ten einde aanbevelings te maak wat in praktyk benut kan word.

9. NAVORSINGSTRATEGIE

Die navorsingstrategie wat in hierdie studie gebruik is, is die fenomenologiese strategie binne’n eksploratiewe studie. ‘n Fenomenologiese strategie wil vasstel wat die betekenis is wat respondente aan hulle alledaagse lewe heg. Deur die benutting van die fenomenologiese strategie het die navorser die psigo-sosiale behoeftes van ouers ten opsigte van hul kind se enkoprese bepaal (Terre Blanche en Durrheim, 1999:41).

‘n Eksploratiewe studie wil insig verkry in die werklike, praktiese situasie waarin die navorsing gedoen word, asook die praktiese beplanning van die studie (Strydom & Venter, 2002:211).

“Exploratory studies are used to make preliminary investigations into relatively unknown areas of research. They employ an open, flexible and inductive approach to research as they attempt to look for new insights into phenomenon” (Terre Blanche & Durrheim, 1999:41).

Aangesien enkoprese meestal vanuit ‘n mediese perspektief nagevors word, is die bepaling van psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese ‘n onderwerp waarvoor min navorsing nog gedoen is. Om hierdie rede het die navorser eksploratiewe navorsing gebruik. Die navorser het beoog om die resultate van dié eksploratiewe studie te gebruik om aanbevelings te maak wat tydens verdere hulpverlening aan die ouers en die kind wat aan enkoprese ly, benut kan word.

10. NAVORSINGSPROSEDURE

10.1 Insameling van empiriese inligting:

Die prosedure wat gevolg is, is die benutting van 'n onderhoudskedule in een-tot-een semi-gestruktureerde onderhoude. Greeff (2002:303) noem dat die waarde van so 'n onderhoudskedule daarin lê dat die navorser 'n stel vooraf saamgestelde en getoetsde vrae beskikbaar het, wat in elke onderhoud gebruik word. Greeff (2002:303) noem ook die volgende voordele:

“Producing a schedule beforehand forces the researcher to think explicitly about what he hopes the interview might cover. It forces the researcher to think of difficulties that might be encountered, in terms of question wording or sensitive areas.”

Die navorser het onderhoude met drie ouerpare gevoer. Die respondente is ouers van kinders wat medies met enkoprese gediagnoseer is. Die fokus was om vas te stel wat die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van enkoprese is. Die onderhoude is met die ouers aan huis gevoer, sodat respondente ten opsigte van die sensitiewe aard van die verskynsel op hul gemak kon voel.

10.2 Analise van empiriese data:

Die kwalitatiewe data wat in die een-tot-een onderhoude binne konteks van 'n gevallestudie met die onderhoudskedule ingesamel is, is vervolgens geanaliseer. Hierdie twee aspekte van die kwalitatiewe navorsingsprosedure is volgens De Vos et al (2002:341) onlosmaaklik van mekaar.

“Data analysis in a qualitative inquiry involves a twofold approach. The first aspect involves data analysis at the site during data collection. The second aspect involves data analysis away from the site following a period of data collection.”

Stap 1.

Identifisering met die data.

Die navorser het transkripsies van individuele gesprekke met respondente, so gou moontlik na die onderhoud geskryf. Terre Blanche en Durheim (1999:141) en De Vos et al (2002:341) stem saam dat die proses van analise reeds begin terwyl die navorser besig is met insameling van die data. Die navorser maak die data deel maak van homself deur die transkripsies, notas en vraelyste te analiseer en te interpreteer.

Stap 2

Identifisering van patrone en temas.

In die soeke na temas het die navorser in 'n kwalitatiewe studie self kategorië geskep, wat uit die data na vore gekom. Terre Blanche en Durrheim (1999:141) noem dat analise van data meer as bloot opsommings van die inhoud behels. Die navorser het in terme van prosesse, teenstellings en herhaling van patrone gedink. Die navorser het ook in hierdie studie na funksies wat die bepaalde verskynsel in die gesinsisteem vervul en na die spanning en frustrasie wat deur hierdie probleem in die gesin geskep kan word gesoek. Die navorser het besef dat dit belangrik is om gefokus te bly op die onderwerp en doel van die studie.

Stap 3.

Kodering van temas.

In die proses van analisering van temas, het die navorser ook die data kodeer. Volgens Terre Blanche & Durrheim (1999:143), kan kodering as volg beskryf word: "Coding means breaking up the data in analytically relevant ways."

Die kodering is deur die navorser gedoen deur elke vraelys te analiseer en relevante temas met behulp van die "cut & paste" funksie van die rekenaarprogram saam te groepeer.

Stap 4.

Verfyning

In die kodering van die temas is dit moontlik dat sub-temas en verwante feite en persepsies na vore kom. Die navorser het die sub-temas, asook persepsies, nuanses en moontlike byvoegings tot die bestaande temas geïdentifiseer.

Stap 5.

Interpretasie.

Die finale stap in die proses van analise van die data is die geskrewe samevatting van die navorser se interpretasie van die empiriese data, en die temas en gevolgtrekkings waartoe die navorser na die analisering daarvan kom.

11. VOORONDERSOEK

Die navorser wou in hierdie studie vasstel wat die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van die probleem van enkoprese by die kind is. In die voorondersoek tot hierdie studie het die navorser haar dus met kennis oor hierdie probleem vanuit alle vakrigtings toegerus, ten einde die studie sinvol en met integriteit uit te voer.

11.1 Literatuurstudie.

Strauss & Corbin (1998:23) identifiseer enkele redes waarom literatuurstudie so 'n kardinale plek in die voorondersoek van hierdie verskynsel inneem. Die navorser wou vasstel wat in vorige studies opgeteken en bevind is, asook die leemtes in vorige studies rakende die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. Die navorser besef dat sinvolle vrae wat gebruik sal kan word in die onderhoudskedule vanuit 'n deeglike literatuurstudie opgestel moes word.

Die navorser se literatuurstudie is uitgevoer met behulp van die Akademiese Inligtingsdiens, Universiteit van Pretoria. Navorser het sowel plaaslike as internasionale publikasies van die afgelope tien jaar oor die relevante onderwerpe bestudeer. Die vakterreine sluit die mediese professie, dieëtkunde, maatskaplike werk, ontwikkelingsielkunde, en opvoedkunde in.

Navorser het met sukses gebruik gemaak van die internet, wat internasionale artikels oor die probleem en implikasies van enkoprese vanuit alle vakrigtings beskikbaar stel.

11.2 Konsultasie met kundiges.

Aangesien die navorser 'n holistiese beeld van die probleem wou verkry, is kennis oor die probleem van enkoprese deur konsultasie met verskeie kundiges is ingesamel.

- Dr. J.M.C. Joubert, speltherapie dosent, Dept Maatskaplike werk, Universiteit van Pretoria, vir haar besondere kennis oor enurese, 'n probleem wat heelwat raakpunte met die probleem van enkoprese het. Enurese is die verskynsel waar die probleem blaasbeheer is, terwyl enkoprese die verskynsel is waar die probleem kolonbeheer is.
- Dr M. Kirsten, hoof van die enkoprese kliniek by Pretoria Akademiese Hospitaal wat oor spesialiskennis beskik van die kind met enkoprese, die siektetoestand self, en die ouer- en gesinsisteem van die kleuter met enkoprese.
- Mev L. Scheepers, maatskaplike werker in privaat praktyk, wat 'n assesseringsriglyn vir die bevestiging van die diagnose van enkoprese ontwikkel het.

11.3 Toetsing van die onderhoudskedule.

Die besluit oor en ontwerp van meetinstrumente is 'n belangrike deel van die voorondersoek tot hierdie studie.

Die behoeftes van die respondente is met behulp van semi- gestruktureerde onderhoude vasgestel. Die navorser het as deel van die voorondersoek die onderhoudskedule vir die semi-gestruktureerde onderhoud opgestel. Die navorser het vanuit die literatuurstudie vrae so geformuleer dat die maksimum inligting van respondente verkry word ten einde die navorsingsvraag te beantwoord.

Strydom & Venter (2002:215) meld dat die voorondersoek op dieselfde wyse as die hoof-empiriese studie uitgevoer moet word, sodat die navorser seker is dat die navorsingsmetodes effektief aan die doel van die studie sal beantwoord.

Ten einde die maksimum waarde uit die voorondersoek te kry, het die navorser die ouers van 'n kleuter met enkoprese (wat nie deel van die respondente van die hoofondersoek uitmaak nie) by die voorondersoek betrek. Die onderhoudskedule wat benut word is hierdeur geëvalueer, sodat dit aangepas kon word indien nodig.

11.4 Uitvoerbaarheid van die studie.

11.4.1 Koste

Die studie is koste-effektief uitgevoer en die kostes het slegs telefoon-, brandstof- en drukkoste behels.

11.4.2 Tyd

Die individuele gesprekke met die respondente het aan huis van die respondente plaasgevind sodat hul op hul gemak kon voel om die sensitiewe saak te bespreek. Die onderhoud is soos dit respondente gepas het geskeduleer. Drie individuele gesprekke is met elke ouerpaar gevoer. Die derde gesprek is vir die ontlonting van die respondente benut.

11.4.3 Toestemming.

Die respondente het vrywillig deelgeneem aan die studie. Elke respondent het 'n toestemmingsvorm wat die implikasies van die studie verduidelik, vooraf bestudeer. Hierdie vorm het elke respondent in staat gestel om ingeligte toestemming tot die deelname aan die studie te gee.

12. OMSKRYWING VAN DIE UNIVERSUM

Die universum in hierdie studie kan beskryf word as die ouer-egpare binne gesinne wat deur enkoprese geraak word. Die ouderdomsgroep van die kinders met enkoprese is vier tot ses jaar. Die steekproeftrekking vir hierdie navorsing is deur middel van doelgerigte steekproeftrekking as sub- tipe van nie-ewekansige steekproewe, gedoen. Strydom

(2002:207), haal Singleton aan wat die volgende beskrywing van doelgerigte steekproeftrekking gee:

“This type of sample is based entirely on the judgement of the researcher, in that a sample is composed of elements that contain the most characteristic, representative, or typical attributes of the population”.

- Die populasie waaruit die steekproef getrek word, beskik dus oor spesifieke eienskappe wat aansluit by die onderwerp wat ondersoek sal word. Respondente is geselekteer uit kliënte uit privaatpraktyk, en uit die mediese praktyk van pediateres wat met die navorser saamgewerk het in hierdie projek. Binne hierdie studie is die volgende kriteria benut :
- Drie ouer-egpare van kleuters in die ouderdomsgroep vier tot ses jaar.
- Ouers van wie die voertaal Afrikaans of Engels is.
- Die enkoprese by die kind moet deur 'n mediese praktisyn bevestig wees.
- Die disfunksie moet reeds vir 'n tydperk van minstens ses maande aanwesig wees.
- Ouers woonagtig in die geografiese area van Tswane.

Die metode van steekproeftrekking het die respondente met die mees verteenwoordigende eienskappe geïdentifiseer. Dit is gedoen om 'n duidelike beeld te kry van die behoeftes van respondente rondom die probleem van enkoprese.

13. ETIESE KWESSIES

Strydom, aangehaal in Greeff et al (2002:63), gee die volgende definisie van etiese beginsels in navorsing in die sosiale wetenskappe:

“Ethics is a set of moral principles that are suggested by an individual or group, are subsequently widely accepted, and offer rules and behavioural expectations about the most correct conduct towards experimental subjects and respondents, employers, sponsors, and other researchers, assistants and students”.

13.1 Voorkoming van skade aan respondente.

Die eerste aspek waaraan die navorser aandag moes gee, is die beskerming van die respondente in die studie teen fisiese en emosionele skade. Deeglike voorbereiding van respondente was noodsaaklik, sodat respondente die moontlike effek van die navorsing op hul gesinslewe, verhouding met die kind met enkoprese en hul eie evaluasie van hul ouerskapvaardighede sou besef, en die geleentheid om as respondent te onttrek, kon hê.

Die navorser het besef dat, veral in die geval van die ouers van kinders met enkoprese, daar met respek en empatie na die probleem verwys moet word, aangesien dit vir die ouers 'n sensitiewe probleem is. Volgens Kuhn et al (1999:2171) is die ouers van die kind met enkoprese dikwels sensitief oor die kwessie van toiletonderrig, en moontlike ontoepaslike hantering van die probleem. Die navorser was dus uiters bedag op die feit dat ouers aangekla of gekritiseer kan voel.

13.2 Ingeligte toestemming vir deelname.

Die respondente moet akkurate inligting kry van wat die eise is wat die projek aan hulle sal stel in terme van tyd en blootstelling. Die navorser stem saam met Terre Blanche & Durrheim (1999:391) dat ingeligte toestemming ononderhandelbaar is veral in die geval van so 'n sensitiewe saak soos enkoprese. "Informed consent is an ethical requirement for all research studies...but sometimes the topic of the research is such that it requires a special sort of ethical caution".

Aangeheg as Bylaag B is die voorbeeld van die ingeligte toestemmingsbrief wat benut is.

13.3 Misleiding van respondente.

Hierdie etiese beginsel word deur Strydom (2002:66) soos volg beskryf:

"Deception involves withholding information, or offering incorrect information in order to ensure participation of subjects when they would otherwise possibly have refused it."

Volgens Judd, aangehaal deur Strydom (2002:66), is daar hoofsaaklik drie redes waarom navorsers repondente mislei:

- Misleiding ten einde die ware doel van die studie te kamoefleer.
- Misleiding sodat die ware rol en funksie van die respondente nie duidelik is nie.
- Misleiding sodat respondente nie besef wat van hulle verwag sal word nie.

Die respondente moes ook gerusgestel word met betrekking tot die benutting van die navorsingsresultate en die mate waartoe die informasie die respondente en die kind met die probleem van enkoprese kon blootstel.

Indien die navorser die resultate van hierdie studie in 'n vaktydskrif publiseer, sal fiktiewe name gebruik word en die voorgenome artikel aan die respondente vir insae beskikbaar gestel word.

13.4 Vertroulikheid.

Die respondente moet deeglik ingelig word wat die grense van konfidensialiteit in die navorsing is. Terre Blanche en Durrheim (1999:68) meld die volgende: "Any limits of confidentiality should be clearly specified: for example, the intended format of publication of the research results should be specified. Participants should be told how data is to be recorded, stored and processed for release".

Die navorser stem saam met Strydom (2002:68) dat in navorsing in die menswetenskappe daar soms moeilike etiese kwesies ontstaan, maar die onus rus op die navorser om alles moontlik te doen om die respondente teen blootstelling te beskerm. In die onderhoudskedule tydens een-tot-een onderhoude gebruik, is slegs ouerpare se voorletters gebruik en nie ouers se van nie, ten einde konfidensialiteit te verseker. Die navorser voel dat in die navorsing oor 'n sensitiewe probleem soos enkoprese, hierdie etiese norme besonder belangrik is.

13.4 Die navorser se vaardigheid en toerekeningsvatbaarheid.

Die navorser het verseker dat gereelde supervisie-sessies met die studie leier, dr. J.M. Yssel volgehou is ten einde professionaliteit en objektiwiteit te verseker.

Die navorser stem saam met Strydom (2002:70) wat noem dat die navorser 'n etiese verantwoordelikheid het om te verseker dat sy oor die nodige kennis en vaardighede beskik om hierdie navorsing uit te voer.

Die navorser se ondervinding as maatskaplike werker, asook die kennisbasis wat vasgelê is deur middel van 'n uitgebreide literatuurstudie, is voldoende om so 'n studie te onderneem. Strydom (2002:70) noem ook dat die navorser objektief moet bly en geen persoonlike waarde-oordele mag maak nie. Die supervisor se rol was juis om die navorser te begelei, aangesien hierdie navorsing oor 'n sensitiewe onderwerp soos enkoprese gehandel het.

13.6 Vrystelling of publikasie van navorsingsresultate.

Terre-Blanche en Durheim (1999:70) beklemtoon dat navorsingsresultate met noukeurige aandag aan die regte van die respondente (in hierdie geval ouers van kinders met enkoprese) gepubliseer moet word. Skuilname is gebruik sodat alle moontlike voorsorg getref word vir respondente se beskerming.

Navorser glo dat die eerlikheid waarmee die bevindings gepubliseer word ook belangrik is sodat geen data gemanipuleer word om by die navorser se beplande uitkoms te pas nie. Strydom (2002:72) noem opsommend die volgende riglyne.

“ The final written report must be accurate, objective, clear, unambiguous and contain all essential information. All forms of slanting or emphasis in order to bias the results are unethical. Plagiarism is a serious offence, therefore, all due recognition must be given to sources consulted and people who collaborated. Shortcomings and errors must be admitted. Subjects should be informed about the findings in an objective manner”.

Ter afhandeling van hierdie navorsing sal resultate in 'n navorsingsartikel gepubliseer word as deel van die vereistes vir die kwalifisering vir 'n MSD (Speltherapie). Die bevindinge sal ook met alle respondente gedeel word, in hierdie geval met die ouers van kinders met enkoprese.

13.7 Herstel van respondente

Die navorser is van die mening dat die herstel van die respondente in die navorsing van die kennis, persepsies en behoeftes rakende so 'n sensitiewe probleem, noodsaaklik is. Die ontlading van respondente se emosies na die sessie, kan respondente bemagtig en trauma verminder. Volgens Strydom (2002:73) sal die fasilitering van herstel ook bydrae dat hierdie navorsingsprojek vir al die respondente 'n leerervaring is. Hy voeg ook by dat in so 'n herstelsessie enige misverstande of valse verwagtings opgeklar kan word.

In die geval waar die projek behoeftes by respondente na vore gebring het, het die navorser verantwoordelikheid vir verdere verwysing geneem. Die navorser het tydens hierdie herstelsessie inligting aan ouers oor die oorsake en die behandelingsprogram van enkoprese by kinders verskaf.

14. DEFINIËRING VAN SLEUTELBEGRIPE

14.1 Enkoprese:

Enkoprese word deur Terblanche (1996:11) soos volg beskryf:

“Encopresis is defined as the repeated passage of faeces onto inappropriate places.”

Schroeder en Gordon (1991:177) definieer en begrens die begrip soos volg:

- “ - Repeated passage of faeces into places not appropriate for that purpose, clothing, floor; whether involuntary or intentional.
- At least one such incident a month for at least the last 6 months.
- Chronological and mental age of patient of at least 4 years.
- Encopresis not due to a physical disorder.”

Die DSM-1V-R (1994:53) beskryf enkoprese as ‘n funksionele- en besoedelingsversteuring, waar stoelgang op ontoepaslike plekke passeer word en dat dit willekeurig of onwillekeurig kan wees. Die diagnostiese kriteria word verder as volg aangedui:

- Ten minste een voorval van enkoprese per maand vir ten minste drie maande.
- Die kind moet ‘n kronologiese en verstandsonderdom van ten minste vier jaar hê.
- Die gedrag is nie te wyte aan die uitsluitlike toediening van medikasie soos purgeermiddels nie.

Die navorser se begrip van die probleem is dat die enkopretiese kleuter, wat anatomies normaal is, stoelgang op ontoepaslike plekke passeer, nadat hy reeds toilet-onafhanklik is. As gevolg van emosionele faktore hou die kind stoelgang terug, die afdalende kolon rek uit en verloor die normale sensitiwiteit wat die boodskap aan die brein gee dat die kolon vol is. Die gevolg is dat die anale sfinkter ontspan, sodat klein hoeveelhede stoelgang voortdurend uitlek.

Hoewel die studie handel oor die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van ‘n kind met enkoprese, sal die term “kleuter” gedefinieer word, aangesien die probleem meestal in die ouderdomsgroep tussen vier tot ses voorkom.

14.2 Kleuter:

‘n Jong kind in die vroeë kinderjare, wat vanaf twee- tot sesjarige ouderdom strek. (Botha, van Ede, Louw, Louw & Ferns (1998).

Die kleutertyd, vanaf twee jaar tot vyf jaar word deur Schroeder en Gordon (1991: 5) gesien as een van die belangrikste ontwikkelingsfases. Tydens die ontwikkelingsfase word die fondament vir vaardigheid in talle areas soos sowel taalvaardigheid, self-bewustheid, portuurgroep interaksie, outonomie en onafhanklikheid as interaksie tussen die kind en sy omgewing gelê.

Navorsers glo dat die kleuter en jong kind tussen twee en ses jaar in hierdie tydperk optimale kognitiewe-en motoriese ontwikkeling deurgaen asook sosiale vaardighede aanleer. Die belangrikste invloed in die kleutertydperk is die kind se ouer- en gesinsisteem.

14.3 Ouer:

Ouerlike verantwoordelikheid: “ The moral, ethical, legal obligations of parents regarding the care and development of their children. (Barker, 1991:231)

Navorsers definieer ouer as die volwassene of volwassenes wat verantwoordelik is vir die bevrediging van die kind se fisiese-, emosionele- en geestelike behoeftes (Kritzinger & Eksteen, 1989:364). Die ouer speel ‘n vormende rol in die aanleer van waardes en lewensvaardighede. Hierdie verwantskap kan biologies of deur ‘n wetlike prosedure soos aanneming of pleegsorg wees.

14.4 Psigo-sosiale behoeftes:

Die Psigologie Woordeboek (Plug, Meyer, Gouws & Louw, 1991:296) definieer psigo-sosiale behoeftes as volg:

“Sake wat beide psigies en sosiaal is, dus waarby die individu en ander persone betrokke is.”

Psigies: Plug, Meyer, Gouws en Louw (1991:291) verduidelik psigies as volg:

“‘n Term wat dui op alles wat met die psige saamhang, dit wil sê alle bewustelike belewenisse, onbewuste prosesse, asook waarneembare en onwaarneembare gedrag”.

Behoeftes: “‘n gebrek, nooddruf, innerlike drang, vereiste” (Kritzinger & Eksteen, 1989:49). In die geval van die ouer van die enkopretiese kind, is dit die diep behoefte om die aard en oorsaak van die probleem te verstaan, maar ook die drang na begrip en aanvaarding vir hul kind, sy probleem en die hantering daarvan.

Sosiale gedrag: die Psigologie Woordeboek (Plug et al, 1991:339) definieer sosiale gedrag as volg: “Gedrag wat deur die teenwoordigheid van ander beïnvloed word.

Die gedrag van ‘n groep: Gedrag wat onder die beheer van ‘n bepaalde gemeenskap is. Gedrag wat op ander persone gerig is of waarmee gepoog word om ander te beïnvloed.”

Psigiese behoeftes dui op die emosionele behoeftes en kognitiewe behoeftes van die ouers met 'n kind met enkoprese.

Sosiale behoeftes dui op die behoeftes van ouers wat ontwikkel vanuit die interaksie tussen die individu en die sosiale milieu.

15. HOOFSTUKINDELING

Hoofstuk 1: Algemene Inleiding en uiteensetting van die studie.

Hoofstuk 2: Enkoprese as verskynsel: die aard en veroorsaking.

Hoofstuk 3 Die invloed van 'n enkopretiese kind op die gesin- en spesifiek die ouer as subsisteem.

Hoofstuk 4: Bespreking van empiriese gegewens en navorsingsbevindinge.

Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en aanbevelings.

HOOFSTUK 2 : ENKOPRESE

2. ENKOPRESE

2.1 Inleiding

Ten einde 'n holistiese beeld van die kompleksiteit van enkoprese te verkry, word daar in hierdie hoofstuk op die disfunksie gefokus. Enkoprese is 'n fisiese probleem, waar kinders nie beheer oor hul stoelgang het nie en dit dan op 'n asosiale manier passeer. Hierdie disfunksie het 'n ernstige sosio-emosionele impak op die kind en die ouer- en gesinsisteem. Enkoprese is 'n onbekende en min nagevorste disfunksie wat uiters vernederend is vir die kind wat daaraan ly. Die fokus van hierdie studie is die bepaling van die psigo-sosiale behoeftes van die ouer van die kind met enkoprese. Die navorser wil Badenhorst et al (2001:110) aanhaal wat die volgende sê:

“It is hard to imagine a social or physical problem more devastating to the child's sense of personal worth and dignity than the inability to control one of the most basic of human functions. A child who has a soiling problem lives in fear of losing control of his bowels and will therefore hold on in an attempt to solve his problem, which results in further soiling.”

Die navorser poog om deurentyd te fokus op 'n holistiese siening van die kind met enkoprese, dit wil sê op die fisiologiese-, die sosiale- en emosionele aspekte, asook die ouers, gesin en omgewingsfaktore wat 'n invloed op die ontstaan en instandhouding van enkoprese uitoefen. Aspekte wat behandel sal word, is 'n bespreking van die disfunksie enkoprese en 'n verduideliking van die etiologie. Die drie etiologiese faktore wat bespreek word, is die fisiologiese faktore, die psigo-sosiale faktore, en die omgewingsfaktore. Die kind met enkoprese sal in 'n volgende hoofstuk bespreek word. Dit is vir die navorser belangrik om eerstens hierdie ontlastingsversteuring te definieer en die voorkoms daarvan te bepaal.

2.2 ENKOPRESE AS VERSKYNSEL.

2.2.1 Begripsomskrywing.

Vanuit 'n mediese perspektief word enkoprese soos volg beskryf: "Encopresis is a condition associated with constipation and faecal retention in which watery colonic contents bypass the hard faecal mass and pass through the rectum" (Taber, 1993:663).

Die DSM-1V-R (1994:53) beskryf enkoprese as 'n ontlastingversteuring, waar stoelgang op ontoepaslike plekke passeer word asook dat dit willekeurig of onwillekeurig kan wees. Die diagnostiese kriteria volgens die skaal is as volg:

- Die kind passeer herhaaldelik stoelgang op ontoepaslike plekke, soos in onderklere of selfs agter meubels. Hierdie besoedeling ("soiling") geskied òf doelbewus òf spontaan.
- Die voorkoms van hierdie besoedeling is minstes een keer per maand vir ten minste drie maande.
- Die kind met enkoprese se chronologiese en verstandsonderdom moet ten minste vier jaar wees.
- Die enkoprese is nie te wyte aan die uitsluitlike toediening van medikasie soos purgeermiddels nie, maar kom voor sonder dat die stoelgang deur medikasie "aangehelp" word.

Twee soorte enkoprese naamlik primêre en sekondêre enkoprese kom voor.

Primêre enkoprese waar gevind wanneer die disfunksie nie voorafgegaan is deur 'n periode van fekale kontinensie van ten minste een jaar nie. Wanneer die disfunksie voorafgegaan is deur 'n periode van fekale kontinensie wat ook minstes een jaar geduur het, word die onderskeid van sekondêre enkoprese gemaak. Die term enkoprese word gebruik om na alle episodes van besoedeling te verwys, of dit gepaard gaan met impaksie, al dan nie.

Die navorser wil ter wille van duidelikheid oor die begrippe wat gebruik word, die term impaksie en kontinensie definieer:

Impaksie: Impaksie verwys na die opeenhoping van stoelgang in die rektum en onderste deel van die kolon.

Kontinensie: Hierdie term verwys na die vermoë om beheer uit te oefen op die passering van stoelgang.

Loening-Bauke (1996:280) gee die volgende definisie, wat bruikbaar is om fekale kontinensie te verstaan:

“Fecal continence is the body’s ability to recognize when the rectal ampulla fills; to discriminate whether the content is formed stool, liquid stool or gas; and to retain the content until emptying is convenient.”

Die uitgerekte laaste deel van die kolon en rektum word die megakolon genoem. Die distensie veroorsaak dat die megakolon die sensitiwiteit verloor om aan die brein die boodskap te stuur dat ontlasting moet plaasvind. Van Buuren (1991:49) het bevind dat met behandeling die kolon tot ‘n jaar kan neem om weer sy normale grootte, sensasie en funksie terug te kry.

Volgens Griffiths (2002:68) is besoedeling in die konteks van enkoprese die volgende: “Soiling... the involuntary passage of fluid or semisolid feces into the clothing, usually as a result of overflow from a fecally loaded or impacted rectum”. Ter wille van duidelikheid vir die leser, maar ook die ouer van die kind met enkoprese, sal die navorser die onderskeid ook verder uitbrei na terughoudende en nie- terughoudende enkoprese as twee tipes enkoprese.

2.2.2. Die tipes enkoprese

Navorsers onderskei tussen terughoudende en nie-terughoudende enkoprese. Volgens Schroeder en Gordon (1991:179) is die onderskeid die volgende:

2.2.2.1. Terughoudende enkoprese

- Opeenhoping van stoelgang in die kolon en rektum.
- ‘n Massa stoelgang kan in die uitgesette kolon deur ‘n geneeskundige praktisyn betas word. Volgens Badenhorst (1999:17) verwys kundiges na hierdie simptoom van die disfunksie as die psigogene- of megakolon.
- Stoelgang sypel dikwels uit by die anus en word beskryf as oorloop-inkontinensie.
- Terughoudende enkoprese het fisiese sowel as emosionele- en verhoudings oorsake.

Becker (1994:60) meld dat die fisiologiese probleem hier primêr is en dat die megakolon meestal wyer as 40 persent van die deursnit van die pelvis is. Ten einde werklik te onderskei tussen primêre en sekondêre enkoprese, moet 'n defekogram gedoen word. 'n Defekogram is 'n spesifieke radiologiese ondersoek wat gedoen word om vas te stel wat die mate van uitrekking (distensie) van die kolon en die erns van die hardlywigheid is.

2.2.2.2. Nie- Terughoudende enkoprese

- Nie-terughoudende enkoprese kan ononderbroke (primêr) of onderbroke (sekondêr) wees.
 - Ononderbroke enkoprese is aanwesig sedert die kind se geboorte, en hy het nooit toilet- onafhanklikheid aangeleer nie.
 - Onderbroke enkoprese kom by kinders wat wel toilet- onafhanklikheid aangeleer het voor. Onderbroke enkoprese hou verband met regressie of aggressie, en daar is nie sprake van stoelgangretensie nie. Badenhorst (1999:2) noem dat daar meestal 'n verhoudingsprobleem betrokke is of 'n gebeurtenis wat vir die jong kind traumaties is, soos die geboorte van 'n nuwe baba, dood of egskeiding.

In 'n artikel in 'n pediatriese tydskrif het die skrywers Howe & Walker (1992:13) nie-terughoudende, sekondêre enkoprese as manipulerende besoedeling beskryf. Die navorser lei hieruit af dat hierdie tipe enkoprese definitiewe emosionele oorsake het. Becker (1994:60) meld dat in sekondêre enkoprese die emosionele veroorsaking die primêre probleem is wat tot enkoprese lei. Indien die sosio-emosionele probleem aangespreek word, is daar meestal 'n opklaring van die enkoprese. Badenhorst (1999:2) meld die volgende:

“ More specifically, encopresis is associated with conflicts that arise during the anal stage of development”.

Die navorser is van mening dat hierdie verduideliking dikwels vir die ouer lig werp op wanneer hierdie disfunksie in die kind se lewe begin het. Uit die navorser se kontak met kinders met enkoprese was dit duidelik dat daar meestal betekenisvolle snellers is wat geïdentifiseer kan word. Douglas (1995:112) bevestig dit en noem dat ouers daarvan bewus gemaak moet word dat verandering van die atmosfeer in die huis as gevolg van siekte, dood, egskeiding en ander verliese en trauma, die skakel tussen die kind se fisiese- en emosionele funksionering kan wees. Dit is vir die navorser belangrik dat ouers sal verstaan dat beide die fisiologiese en psigo-sosiale bydraende faktore in 'n behandelingstrategie aangespreek moet word. Die navorser

sal vervolgens die veroorsakende faktore, asook bydraende faktore wat die disfunksie in stand hou en genesing blokkeer, bespreek.

2.2.3. Voorkoms van enkoprese

Betroubare statistieke van die voorkoms van die disfunksie is as gevolg van 'n aantal faktore nie beskikbaar nie:

- Die onkunde by ouers, onderwysers en selfs medici lei daartoe dat nie alle gevalle van enkoprese behandeling ontvang nie (Scheepers, 1994:18).
- Die vernederende aard van hierdie probleem lei daartoe dat ouers die probleem ontken, verbloem of mediese hulp opsoek vir 'n ander probleem soos hardlywigheid wat met enkoprese verband hou (Badenhorst et al, 2001:20).

Die meeste studies toon aan dat drie persent van kleuters aan enkoprese ly en dat die voorkoms by seuns drie tot vier keer hoër is as die voorkoms by dogters. Selfs in die ouderdomsgroep 10-12 jaar presenteer een uit elke honderd kinders steeds met enkoprese (Buchanan, 1992:2 en Badenhorst et al, 2001:111).

Ten einde die fisiologiese ontwikkeling van enkoprese beter te begryp, verwys die navorser na Bylaag A. Hierdie defekogram sal sowel die normale funksionering van die kolon, as die ontwikkeling van 'n megakolon, illustreer.

2.3 VEROORSAKENDE FAKTORE EN FAKTORE WAT TOT DIE INSTANDHOUDING VAN DIE PROBLEEM BYDRA

Enkoprese is 'n komplekse disfunksie en beïnvloed al die sisteme waarbinne die kind funksioneer. Die bespreking van die veroorsakende faktore sal eerstens aan fisiologiese faktore, naamlik dieet en oefening, aandag gee.

Vervolgens word die psigo-sosiale faktore, die rol van toiletonderrig en ontwikkeling van dermkontrolle in enkoprese, die rol wat die gesinsisteem in die kind se enkoprese speel, die kind se toetreding tot die kleuterskool as bydraende faktor tot die enkoprese, die rol van seksuele misbruik in die etiologie, en die reaksie van ouers op die enkoprese as bydraende faktor bespreek.

Die moontlikheid van 'n mediese toestand soos Hirschprung se sindroom word nie as 'n veroorsakende faktor bespreek nie. In die mediese diagnosering van die kind se

enkoprese, word seker gemaak dat die kind nie aan Hirschprung se sindroom ly nie. Hierdie sindroom is 'n aangebore disfunksie, en word gewoonlik chirurgies reggestel.

Die bespreking van die bydraende faktore is uiters belangrik ten einde begrip vir die kind se disfunksie by ouers te vestig.

Die navorser stem saam met die volgende aanhaling:

“Too many physicians, psychologists, teachers, and parents simply do not understand...it is not the child's choice or his lack of motivation about going to the toilet” (Collins, 2003:1).

Die ouers van die kind met enkoprese is dikwels skaam oor die disfunksie, en volgens Becker (1994:49) is daar 'n sosiale stigma aan die kind met 'n besoedelingsprobleem. Hierdie feit laat die navorser besef hoe belangrik dit is dat ouers kennis van die fisiologiese meganisme betrokke by enkoprese dra. Die navorser is ook van mening dat die ontoepaslike strawwe waarmee ouers en ander versorgers die kind met enkoprese wil dissiplineer en wat bydra tot die instandhouding van die disfunksie, deur kennis en insig uitgeskakel kan word.

2.3.1 Die fisiologiese faktore wat bydrae tot die veroorsaking en instandhouding van die disfunksie van enkoprese

2.3.1.1. Hardlywigheid

Verskeie outeurs beklemtoon dat dieet en hardlywigheid 'n kritiese rol in die ontstaan van enkoprese speel. Hardlywigheid word deur Collins (2003:2) as volg beskryf: “ Constipation has been defined as the passage of large or hard stools at a frequency of less than three times per week”.

Faktore wat die hardlywigheid vererger en waarvan ouers kennis moet neem, is die volgende:

- Oormatige gebruik van purgeermiddels wat die ontwikkeling van normale dermgewoontes onderdruk, moet tot 'n minimum beperk word. Dit is vir die navorser duidelik dat 'n holistiese strategie die beste wyse van hantering is. Die toediening van purgeermiddels sonder vasstelling van die bydraende fisiese en psigo-sosiale faktore kan skadelik vir die kind wees. In die navorser se waarneming van die hantering van hardlywigheid by die Enkoprese Kliniek by Pretoria Akademiese hospitaal, is dieëetvoorligting as uiters belangrik geag.

- Té vroeë toiletonderrig, asook oormatige druk om die proses binne 'n bepaalde tyd af te handel, hou vir die kind geen voordele in nie. Hierdie situasie lei dikwels tot 'n magstryd tussen ouer en kind, wat weer deel van die psigo-sosiale veroorsaking van enkoprese uitmaak. Toiletonderrig as aspek van die kleuter se ontwikkelingsfases sal in meer besonderhede onder punt 2.4 bespreek word.
- Toiletfoobie kan volgens Douglas (1995:109) die gevolg van 'n onaangename ondervinding op die toilet wees. Toiletvrees lei daartoe dat die kind stoelgang terughou en hierdie terughouding en gepaardgaande hardlywigheid, is 'n sneller in die meganisme van enkoprese. Van Buuren (1991:595) noem dat die kleuter dikwels vrees dat hy in die toilet kan val, aangesien sy voete nie by die vloer bykom nie. Vir die meeste kinders is die gebruik van 'n skooltoilet, nà die privaatheid van die ouerhuis, ook 'n groot aanpassing. "What was once a relaxed and private experience now becomes a hurried and public affair. This may give rise to school bathroom phobias..." (Van Buuren, 1991:595).
- Die afwesigheid van 'n gereelde toiletroetine waarin die kind geleer word om die toilet na etes te gebruik kan aanleiding tot hardlywigheid gee. (Douglas, 1995:109). Becker (1994:51) noem dat hierdie faktor 'n belangrike rol in die ontwikkeling van hardlywigheid speel. Ongeveer 'n halfuur na 'n ete tree die gastro-koloniese refleks in werking, wanneer die kolon gereed is om saam te trek. Wanneer die kind nie op die refleks reageer nie, stoor die sigmoid die stoelgang totdat die drang om te ontlas verdwyn.
- Die kind regresseer soms met die aanwesigheid van psigo-sosiale faktore in die gesinsisteam. Die geboorte van 'n nuwe baba, trek na 'n ander omgewing, skool of speelgroep kan die kind laat regresseer na 'n vroeë ontwikkelingsfase voor hy blaas en rektum beheer gehad het. Volgens Di Lorenzo (2001:269) is daar drie kritiese fases in die kind se ontwikkeling wanneer chroniese hardlywigheid kan ontstaan: eerstens die fase wanneer die baba vaste kos begin eet, tweedens die fase van toiletonderrig en derdens die fase wanneer die kind kleuterskool of skool begin bywoon.
- Onvoldoende vesel en water in die kind se dieet kan hardlywigheid veroorsaak. In die voorligting aan ouers as deel van die Enkoprese kliniek, Pretoria Akademiese Hospitaal, se behandelingsprogram, word die dieet aanbeveel. Slegs 'n streng dieet met kombinasie van hoë vesel, lae vet en minimum rietsuiker stel die kind se gastro-intestinale stelsel in staat om op die her-kondisionering en medikasie te reageer.

- Onvoldoende oefening en beweging kan 'n negatiewe effek op die motiliteit van die kolon hê.
- Volgens Badenhorst (1999:22) kan klein skeurtjies, genoem fissure, in die rektum as gevolg van passing van droë, harde stoelgang, pyn en ongemak veroorsaak wat tot gevolg het dat die kind stoelgang begin terughou, wat tot die ontstaan van enkoprese kan lei.

Buchanan (1992:123-125) maak die gevolgtrekking dat hardlywigheid as gevolg van die fisiologiese faktore begin en deur beide fisiologiese en psigo-sosiale faktore in stand gehou word. Dit blyk dus dat hardlywigheid deel van die oorsaak en gevolg van enkoprese is. Collins (2003:2) stem hiermee saam en noem dat die kind se gastro-intestinale stelsel in 'n "vriestoestand" tot stilstand kom, wat vir die liggaam 'n normale stresreaksie is. Die kind hou dus hierdie biologiese funksie terug, en hou die probleem so in stand.

"A child with a soiling problem lives in fear of losing control of his bowels and will therefore hold on in an attempt to solve his problem, which results in a further soiling... The consequences of soiling can therefore have a significant effect on a child's social and emotional development."

Volgens Di Lorenzo (2001:269) ly die meeste kinders met enkoprese aan hardlywigheid. Uit die bevindings van bogenoemde studie, is dit vir die navorser duidelik dat ouers van die belangrike bydrae van hardlywigheid as oorsaak tot enkoprese bewus gemaak moet word. 'n Volgende fisiologiese veroorsaking van enkoprese wat verband hou met hardlywigheid, is impaksie met oorloop inkontinensie.

2.3.1.2. Impaksie met oorloop inkontinensie

Die fisiologiese proses van impaksie met oorloop inkontinensie sal kortliks verduidelik word. Die navorser is van mening dat dit vir ouers uiters belangrik is om hierdie fisiologiese proses te verstaan sodat hulle nie bloot in die simptome vaskyk nie, maar ook die veroorsaking van die enkoprese in ag neem.

Impaksie is 'n term wat dui op die opeenhoping van stoelgang in die rektum en onderste deel van die kolon. Inkontinensie dui op 'n onvermoë om beheer op die passing van stoelgang uit te oefen. Die rektum is die onderste gedeelte van die kolon en is 'n leë buis. Wanneer stoelgang deur die dermkanaal beweeg, vul hierdie deel op, die wande van die rektum sit uit, stimuleer die reseptore in die dermwand en

die boodskap gaan na die brein dat daar 'n dringendheid bestaan om te ontlast. Wanneer die kind hardlywig is, bly die rektum vol harde stoelgang; en meer en meer ontlasting hoop op, aangesien dit pynlik is om te ontlast.

'n Pynlike toestand ontwikkel in die megakolon, wat uitrek sodat die wande van die kolon verdun. Die rektum en onderste deel van die kolon wat permanent vol stoelgang is, verloor die sensitiwiteit om die boodskap van dringendheid aan die brein te stuur. Vloeistof uit die dunderm dam bokant hierdie groot, droë massa op en syfer deur die impaksie, en deur die anus uit. Die sfinkter spier rek met voortdurende impaksie uit en die gevolg is dat die kind beheer oor sy ontlasting verloor. Hy kan dus nie meer willekeurig terughou nie en klein bietjies stoelgang lek dikwels uit (Badenhorst et al, 1996:13).

Becker (1994:594) meld dat ouers soms nie beseft dat die kind hardlywig is nie, aangesien daar vloeibare stoelgang uitlek. Die kind met hierdie ernstige hardlywigheid presenteer volgens Douglas (1995:109) met 'n opgesette buik en maagkrampe:

“A vicious cycle becomes established with the child being constipated, having overflow but retaining the faeces because it is painful to pass.”

Collins (2003:2) meld dat die enkopretiese kind gewoonlik nie goed op lakseermiddels alleen reageer nie. Die navorser is van mening dat as gevolg van die permanente impaksie van die rektum en kolon, die kolon die sensitiwiteit verloor om die kind te waarsku dat ontlasting moet plaasvind.

Deur gesprekke met ouers van kinders met enkoprese, het die navorser beseft dat hulle nie altyd oor hierdie insig en inligting beskik nie, en dat bemagtiging van die ouers deur kennis sal bydra tot hulle gewilligheid om saam te werk in die verbeterde hantering van die disfuksie. Dit is ook uiters belangrik dat ouers die verband tussen hardlywigheid, dieet en sosio-emosionele faktore sal begryp. Wanneer die kind vir stoelgangretensie gestraf word, vererger dit die sosio-emosionele effek en word die probleem in stand gehou.

2.3.1.3. Dieët en oefening

Die dieet van die kind met enkoprese hou verband met die instandhouding van hardlywigheid. Volgens Kirsten (2003) is dieetvoorligting 'n belangrike aspek in die

behandelingsprogram van die Enkoprese Kliniek, Pretoria Akademiese Hospitaal. Ouers se volle samewerking is nodig vir die suksesvolle behandeling van enkoprese. Dieet is een van die hoofkomponente van die program wat vir ouers moeilik is om streng vol te hou. 'n Dieet wat hoog is in vesel word deur die kliniek voorgeskryf. In die navorser se gesprek met ouers van enkoprestiese kinders is dit duidelik dat dit nie op sig self 'n probleem is nie, aangesien die meeste kinders volgraanprodukte, vrugte en groente eet. Die dieet skakel verder alle suikerprodukte, fyngebak, koeldranke, aartappelskyfies en verwante lekkernye uit. Volgens ouers beleef die kind meestal dat hy gestraf word, veral as ander kinders in die gesin wel lekkernye mag eet.

Kirsten (2003) se waarneming is verder dat ouers die kind bejammer en dan nie streng by die dieet hou nie, met die gevolg dat daar nie verbetering is nie en ouers moedeloos word. Becker (1994:596) noem dat jong kinders soms te veel melk en te min veselryke kos inneem en dat kinders dikwels nie genoeg water drink nie afgesien van ander vloeistowwe wat ingeneem word nie.

Gereelde oefening help die liggaam met gereelde stoelgang en spanningsontlading by die kind. Dit is vir die navorser duidelik dat ouers aktief deel van die behandeling van enkoprese moet wees. Die jong kind het nie self die insig om by 'n streng eetplan te hou om die kolon se werking te herstel en so die enkoprese te voorkom nie.

Vervolgens sal aandag aan die psigo-sosiale faktore wat die kringloop van enkoprese sneller of in stand hou, gegee word.

2.3.2 Psigo-sosiale faktore in die veroorsaking van enkoprese

Die meganisme van enkoprese is 'n fisiologiese proses, maar verskeie psigo-sosiale faktore dra by tot die ontstaan en instandhouding van die probleem. Dit sluit die hantering van die disfunksie deur die gesinsisteem en die skoolsisteem, angstigheid, trauma en onsekerheid in.

“The forces in the family, school or peer system may lead to the creation of a problem or its maintenance” (Badenhorst, 1999:22). (Die “probleem” waarna in hierdie studie verwys word is enkoprese).

Die kind se normale ontwikkeling, en veral die ontwikkeling van dermkontrole speel 'n belangrike rol in die veroorsaking van enkoprese. In hierdie afdeling sal aandag aan die ontwikkeling van dermkontrole en toiletonderrig as ontwikkelingsmylpaal gegee

word. Die bydrae van die gesinsisteam en die kleuterskool speel ook 'n belangrike rol hierin.

2.3.2.1. Die ontwikkeling van dermkontrolle en toiletonderrig

Die ontwikkeling van dermkontrolle is een van die boustene tot gesonde fisiese- en emosionele ontwikkeling. Volgens Erikson se teorie van die ontwikkelingsfases van die kind (Meyer en Van Ede, 1998:54) strewende die kind vanaf die ouderdom van twee jaar daarna om selfbeheer en beheer oor sy uitskeidingsfunksies te verkry.

“Die uitskeidingsfunksie, waar kinders nou die vermoë kry om na willekeur terug te hou of te laat gaan, vorm die basis vir ‘n verskeidenheid handeling.” Die navorser wil in die bespreking verduidelik waarom hierdie fase, en veral ouers en versorgers se hantering van die fase, ook soms een van die belangrike psigo-sosiale faktore wat enkoprese laat ontstaan en in stand hou is.

Badenhorst (1999:220) beklemtoon dat dit juis in die anale fase is, wanneer die kind dermkontrolle ontwikkel dat sosio-emosionele faktore die sneller tot terughouding kan wees. Van Ede, in Louw, Van Ede et al, (1998:231) meld dat aanmoediging van ouers die ontwikkeling van dermkontrolle sal versnel. Indien die aanleer van dermkontrolle 'n magstryd word, of indien die kind so oormatig gestraf word as hy 'n terugval kry, is daar volgens Douglas (1995:112) gevaar dat die kind stoelgang begin terughou uit vrees vir straf, en die ongesonde kringloop van enkoprese in stand gehou word. Die navorser besef dat indien die kind misluk in die beheer van sy uitskeidingsfunksies, hy in hierdie fase volgens Erikson (Meyer en Van Ede, 1998:54) skaamte ervaar en aan sy eie vermoëns twyfel.

Dit is vir die navorser uit hierdie bespreking duidelik dat indien die kind in die uitoefening van dermkontrolle misluk, sy selfbeeld en selfvertroue ernstige skade ly.

Hoewel die aanleer van toiletanafhanklikheid 'n fisiologiese proses is wat met die ontwikkelingsfase waarin die kind is verband hou, wil die navorser die psigo-sosiale impak hiervan beklemtoon. Scheepers (1994:97) noem dat daar geen universele norm of fisiologies korrekte ouderdom is waarop toilettopvoeding suksesvol afgehandel moet wees nie, maar wel dat beide ouer en kind vir toilettopvoeding gereed moet wees. Die nodige fisiese- en emosionele ryping moet by die kind bereik word en dit is meestal tussen twee en drie jaar. Wat die fisiese gereedheid betref, moet die kind reeds sfinkterbeheer ontwikkel het, wat volgens Becker (1994:50) eers

op ouderdom twee jaar in plek is. Wanneer daar te vroeg van die kind verwag word om beheer te hê, is dit meestal omdat die ouers moeg is vir die lastigheid van doeke en wil spog met hul “slim kind”. In werklikheid verskuif ouers die verantwoordelikheid om skoon en droog te bly na die kind, wat dikwels nie fisies en emosioneel in staat is hiertoe nie.

“Premature toilet training is likely to cause long, drawn-out, frustrating sessions that may later lead to encopresis.” (Becker, 1994:50)

Die navorser is van mening dat ouers ook voorbereid moet wees vir die proses van toiletonderrig. Hulle gereedheid hang daarvan af of ten minste een ouer die tyd en emosionele energie kan afstaan om die kind met die proses aan te moedig en te help. Wanneer die ouer merk dat die kind langer tye van blaas- en sfinkter beheer ervaar, deurdat doeke meer gereeld skoon is en dat die kind beheer begin ontwikkel oor passering van stoelgang, kan die kind geleer word om die toilet te gebruik. Van Buuren (1991:604) noem dat ouers se rol in toiletonderrig ook belangrik is in die aanleer van toiletroetine. Vir die voorkoming van hardlywigheid is dit verkieslik dat die kind elke dag op dieselfde tyd (verkieslik na ontbyt, soos bespreek in 1.2.3.1) op die toilet geplaas word. Die kind moet hierdie tyd nie as straf ervaar nie, maar verstaan dat hy besig is om sy liggaam te leer om gereeld te ontlast. Ouers kan spesiale toiletspeelgoed in die badkamer bêre wat vir die kind ‘n aansporing kan wees. Van Buuren (1991:604) noem verder dat ouers se rol ook insluit om die kind die regte posisie van ontlasting te leer.

“The correct squatting position ...enables the child to assist defaecation by closing the glottis and contracting the diaphragm and abdominal wall muscles.”

In die behandeling van enkoprese is die ontwikkeling van ‘n gereelde toiletroetine, asook die rustige hantering wanneer die kind homself besoedel, belangrik. Om hierdie rede is dit belangrik dat die navorser en ouers die moontlike verband tussen die hantering van toiletonderrig en die ontstaan van enkoprese begryp. Die navorser sal vervolgens die rol van die gesinsisteem as bydraende faktor bespreek.

2.3.2.2. Die gesinsisteem as faktor in die instandhouding van enkoprese

Die kind met enkoprese kan nie in isolasie hanteer word nie aangesien hy deel van ‘n gesin- en sosiale sisteem uitmaak. Die navorser het bevind dat dit vir ouers belangrik is om te weet watter effek enkoprese op die gesin het en watter bydrae

(positief en negatief) die ouers en gesin tot die instandhouding- of genesing van die kind se enkoprese kan maak. Volgens Badenhorst (1999:57) word die kind se disfunksie dikwels met 'n disfunsionele gesinsisteam geassosieer en faktore in die gesinsisteam kan meewerk om die disfunksie in stand te hou.

Barker (1991:27) bevestig dat die sisteemteorie op die gesin as sisteem, nie op die individu nie fokus. Die klem verskuif dus van die "probleemkind" na die sisteem met 'n probleem. Die sisteemteorie benadering beklemtoon dat deur net na die kind met die disfunksie te kyk, die probleem dikwels instand gehou word.

"The symptoms of individual members of the family thus become manifestations of the way the family system is functioning ... The scapegoated family member, often a child with symptoms, appear to act as the person on whom all the family's problems are projected, but is usually maintained in the family system" (Barker, 1991:58).

Hierdie denke is holisties en neem dus faktore in die kind, die gesin en die gemeenskap, asook interaksie tussen die subsysteme in ag. Die lede van die gesin is subsysteme van die gesin. Die fokus is altyd op interaksie en die verandering in enige deel van die sisteem het 'n invloed op die ander dele van die sisteem.

Die navorser erken die belangrikheid daarvan om in die bespreking van die gesinsisteam as veroorsakende faktor in enkoprese die sistemiese perspektief te behou. Indien die ouers hierdie aspek verstaan, sal dit makliker wees om te begryp wat die effek van enkoprese op die gesin is, asook in watter mate die gesinsisteam bydra om die disfunksie in stand te hou.

In die navorser se kontak met kinders met enkoprese was dit duidelik hoe die sisteem die probleem in stand kan hou: die uitermate streng ouers straf die kind al hoe meer oor sy besoedeling, met die gevolg dat die kind toenemend angs beleef en meer stoelgang terughou. Die frustrasie en magteloosheid van die ouers beïnvloed die atmosfeer in die gesin so negatief dat die kind al hoe meer die "probleem" voel en al hoe minder gesond kan word.

Die navorser is oortuig dat die kind met enkoprese se prognose vir genesing beter is indien die gesin betrokke is by die proses van herstel. Die navorser is ook van mening ook dat die druk om verandering dus nie slegs die verantwoordelikheid van die kind is nie. Sodoende word die psigo-sosiale druk wat die sisteem van enkoprese in stand hou verminder.

2.3.2.3. Die toetrede tot die kleuterskool as psigo-sosiale veroorsakende faktor in enkoprese

Die doel van die kleuterskool is om aan die voorskoolse kind sosiale- en intellektuele stimulasie te bied. Die kleuter se kognitiewe- en emosionele ontwikkeling asook sosiale vaardighede vind baat by bywoning van 'n kleuterskool. Die fase waarin die meeste kleuters funksioneer is volgens Erikson (Botha et al, 1998:271) die fase van inisiatief teenoor skuld. Hierdie is 'n belangrike fase in die kleuter se ontwikkeling aangesien die mate van selfaanvaarding 'n rol in die kleuter se positiewe persoonlikheidsontwikkeling speel (Botha et al, 1998:289). Wanneer die kind in die kleuterskool-sisteem weens die probleem van enkoprese nie deur die portuurgroep en soms ook die onderwyser aanvaar word nie, het dit 'n uiters negatiewe effek op sy selfaanvaarding. Oaklander (1988:280) noem dat die kind nie met 'n negatiewe persepsie van homself gebore word nie. Die siening wat die kind van homself ontwikkel, word deur die vroeë boodskappe van sy ouers en sy omgewing oor homself bepaal. Die navorser se waarneming van die verwerping van die kind met enkoprese in die portuurgroep as gevolg van die slegte reuk, lei tot die gevolgtrekking dat hierdie reaksie van sy omgewing daartoe lei dat die kind met enkoprese 'n negatiewe persepsie van homself kan ontwikkel.

Die navorser se waarneming is dus dat die sisteem 'n rol in die instandhouding van die probleem van enkoprese speel. Die kleuterskool onderwyser het meestal nie voldoende kennis van die probleem van enkoprese nie en het dikwels nie die ekstra tyd om aan 'n kind met hierdie disfunksie te bestee nie. Die kleuter wat homself gereeld besoedel skep 'n sosiale - asook 'n dissiplinêre probleem. Onderwysers se reaksie op die besoedeling is meestal 'n strafmaatreël. Die straf lei tot vrees of onsekerheid, en die kind probeer net meer stoelgang terughou. Lindenbaum en Clark, soos aangehaal deur Badenhorst et al (2001:12), bevestig die waarneming:

“The etiology of encopresis is best understood as an interaction of multiple physiological and psychological factors within the social system. The forces in the family, school and other social systems may lead to the creation or maintenance of the problem.”

In die navorser se waarneming van die kind met enkoprese se funksionering in die kleuterskoolsisteem, is die volgende opgemerk:

- Die kleuterskool het 'n toiletroetine waarvolgens elke groep op 'n spesifieke tyd toilet toe gaan.

- Die kind met enkoprese gebruik selde die skool se toilet. Dikwels is die enkopretiese kind skaam vir sy reeds besoedelde broekie en retensie van stoelgang word vererger. Die gebrek aan privaatheid in kleuterskool toilette lei ook volgens Scheepers (1994:37) tot terughouding.
- Sommige enkopretiese kinders het 'n fobiese toiletvrees, en wil nie sonder gerusstelling die toilet gebruik nie.

In 'n groot kleuterskool het die navorser opgemerk dat die kind wat sy onderklere besoedel aan die hulpwerkers toegewys word wat die kind betig en duidelike afkeur oor sy besoedeling wys. In 'n gesprek met ouers van 'n kind met enkoprese kon die navorser vasstel dat die kind in die kleuterskool bespot word. Weens sy slegte reuk wil kinders nie langs hom sit of met hom speel nie.

Die ouers moet bewus wees van hoe die besoedeling in die skool hanteer word. Die navorser is van mening dat ouers die verantwoordelikheid het om kennis rondom die disfunksie van enkoprese met die skool te deel. Die onderwyser moet volledig ingelig word omtrent alle aspekte van die veroorsaking en die hantering in die skoolsituasie. Hierdie strategie kan die spanningsvolle skoolsituasie vir die kind meer omgewingsvriendelik maak.

2.3.2.4. Die rol van seksuele misbruik in die veroorsaking van enkoprese

Buchanan (1992:124) het gevind dat daar geen uitsluitel tussen navorsers is oor in watter mate seksuele misbruik een van die bydraende faktore in die veroorsaking en instandhouding van enkoprese is nie. Badenhorst (1999:24) haal Morrow aan wat bevind het dat enkoprese 'n simptoom van seksuele misbruik in jong kinders kan wees. In die navorser se eie ervaring met geseksualiseerde kinders in hierdie ouderdomsgroep, is bevind dat enkoprese in 'n beduidende persentasie van kinders deel van uitreagerende gedrag na die seksuele trauma vorm.

Die navorser stem dus saam met Badenhorst (1999:25) dat hierdie moontlikheid nie buite rekening gelaat moet word wanneer die kind en gesin holisties gesien word nie. Dit is ook belangrik om te weet dat misdiagnose moontlik meer skade aan die kind en ouers kan doen.

“Many soiling children can demonstrate signs or symptoms of possible sexual abuse which they have acquired quite innocently as a result of their soiling problem” (Badenhorst, 1999:25).

Die navorser besef dat die toediening van 'n daaglikse enema as deel van die fisiese hantering van enkoprese deur die kind as 'n inbreuk op sy privaatheid rondom sy genitalië beleef kan word. Die navorser glo dat ouers bewus gemaak moet word hiervan sodat sodanige prosedures aan die kind verduidelik kan word. Vervolgens sal aandag gegee word aan die ouers se reaksie op en hantering van enkoprese as 'n veroorsakende of instandhoudende faktor.

2.3.2.5. Ouers se reaksie op enkoprese as veroorsakende of instandhoudende faktor

Becker (1994:51) noem dat ouers probeer om die enkoprese te beheer deur die kind se sosiale interaksie te beperk. Die kind wat besoedel word soms nie toegelaat om aan uitstappies of oorslaap by maats deel te neem nie. Hierdie vorm van beheer lei dikwels tot frustrasie en konflik tussen ouers onderling, en tussen ouer en kind.

Ouers se reaksie op die kind se besoedeling is dikwels dat die kind stout, moedswillig of manipulerend is, en dat die kind vir die besoedeling gestraf moet word. In die navorser se ondervinding neem straf verskillende vorme aan soos lyfstraf, die kind word afbrekende byname genoem, ontnem van voorregte, in koue water gebad en die jong kind se kop word selfs in die toilet gedruk en die toilet gespoel. Johnson (2003:1) sê die volgende:

“Four or five, or even older, is a very young age to find oneself expected to pay attention to internal cues, to work on self-control, and to turn parent pressure into insight and motivation. Parents should expect to need to do most of the work...some of the hardest work ...is not complaining, blaming, or lecturing.”

Becker (1994:51) het in sy navorsing bevind dat die profiel van die moeder van die kind met enkoprese die van 'n angstige, onbetroubare, emosionele en oorbeskermende ouer is. Hierdie moeders reageer met woede en lyfstraf op die kind se besoedeling. Die metodes van straf het in Scheepers (1994:47) se navorsing net die doel gedien om die kind se angsvlakke te verhoog en nie om die probleem aan te spreek nie. Omdat dit so 'n komplekse probleem is, wat verleentheid vir die kind en die gesin veroorsaak, twyfel ouers dan aan hulle ouerskapvaardighede. Volgens Becker (1994:49) veroorsaak ouers se gevoelens ten opsigte van hierdie sosiaal-onaanvaarbare probleem dat enkoprese dikwels 'n gesinsgeheim word, en dat dit om daardie redes 'n onder-aangemelde disfunksie is.

Die navorser besef dat die ouers dikwels vanuit hulle eie angs en onsekerheid reageer, en nie besef dat hulle reaksie die disfunksie in stand hou nie. Daar kan ook geen veralgemenings gemaak word oor ouers se hantering van die kind met enkoprese nie. Dit is ook duidelik dat ouers kennis, leiding en begrip nodig het sodat hulle rolspelers kan wees in die genesingsproses. Ouers ervaar geweldige verligting wanneer hulle besef dat die disfunksie nie hulle skuld is nie en dat die kind self nie beheer oor die besoedeling kan uitoefen nie.

2.4 Samevatting

Die fokus van hierdie navorsing is die bepaling van die psigo-sosiale behoeftes van ouers ten opsigte van die kind met enkoprese. In die hoofstuk is die disfunksie van enkoprese bespreek. Die navorser het aandag geskenk aan definiering van enkoprese, die verduideliking van mediese begrippe wat gebruik word, asook die voorkoms en tipes enkoprese.

Die navorser wil deurentyd fokus op 'n holistiese siening van die kind met enkoprese, en het daarom aandag aan die fisiologiese meganisme van enkoprese asook die faktore in die gesin en omgewing wat bydra tot die veroorsaking en instandhouding van die disfunksie geskenk.

Enkoprese is 'n uiters komplekse disfunksie, aangesien daar 'n duidelike wisselwerking tussen emosionele faktore en die fisiologiese reaksie van die kind se gastro-intestinale sisteem bestaan. Aangesien besoedeling so 'n onaanvaarbare verskynsel is, speel die stigma in die gesin en in die skool en breër gemeenskap 'n verdere rol om die disfunksie in stand te hou. Die kind ervaar skaamte en word verwerp. Ouers wat nie hierdie komplekse dinamika verstaan nie, tree uit onkunde op, en voel dikwels dat hulle in hul ouerskapvaardighede gefaal het. In die breër gemeenskap is daar ook onkunde rondom enkoprese en die hantering van die kind wat aan hierdie disfunksie ly.

Vanuit hierdie agtergrond wil die navorser vervolgens aandag skenk aan die invloed van 'n enkopretiese kind op die gesin en spesifiek die ouer as subsisteem.

HOOFSTUK 3

DIE INVLOED VAN 'N ENKOPRETIESE KIND OP DIE GESIN EN SPESIFIEK DIE OUIERS AS SUBSISTEEM

In die vorige hoofstuk het die navorser die disfunksie van enkoprese in diepte bespreek. Die fokus van hierdie navorsing is die bepaling van die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. Die kind met enkoprese is 'n integrale deel van die gesinsisteem. In hierdie hoofstuk word die gesin as sisteem bespreek ten einde te verstaan hoe die disfunksie van een gesinslid die res van die gesin en spesifiek die ouers as subsisteem, beïnvloed.

3.1 Die gesin as sisteem

Dit is belangrik om in hierdie studie die perspektief te behou dat die kind met enkoprese en sy ouers deel van 'n gesinsisteem uitmaak. Rademeyer (1989:591) noem dat navorsers soos Minuchin gedurende die vyftigerjare bevind het dat daar 'n direkte verband tussen die pasiënt se sogenaamde probleemgedrag en die heersende interaksie tussen homself en sy gesinslede bestaan. Die sisteemteorie het hieruit ontwikkel.

Die skrywer Barker (1992:91) formuleer die noodsaaklikheid om die gesin as 'n sisteem te erken soos volg: "...Problems of individual members can often be best understood in the context of the family of which they are a part; the second is that the behaviour of one family member inevitably has an effect on the other members; the third is that other family members can often be part of the solution of the problem."

In 'n sistemiese benadering ten opsigte van die gesin, beklemtoon Van der Westhuizen (1994:149) dat die gesinslede as elemente van 'n lewende sisteem mekaar beïnvloed en deur mekaar beïnvloed word. 'n Kringloop van interaksie ontstaan as gevolg van hierdie wedersydse beïnvloeding. Een gesinslid sal dus onvermydelik die ander lede se gedrag beïnvloed. Dit is dus 'n wederkerige proses, en daar vind gedurig wederkerige interaksies en beïnvloeding in 'n voortdurende kringloop plaas. Die waarde van die teorie vir die navorser is die insig dat die kind met enkoprese, die ouers en ander gesinslede en die wyer sosiale sisteme onderling, met mekaar verbind is en die oorsaak en gevolg nie altyd in 'n lineêre epistemologie verklaar kan word nie. Daar moet daarteen gewaak word om 'n spesifieke oorsaak

vir gedrag te soek sonder om die onderlinge interaksie en wedersydse beïnvloeding te erken.

‘n Sisteem word deur Prockaska en Norcross (2003:375) as “...a set of units or elements that stand in some consistent relationship with one another” gedefinieer. Wanneer elemente van ‘n sisteem in ‘n konstante patroon gekombineer word, word ‘n bepaalde eenheid dus geskep wat groter as bloot die somtotaal van die dele is. Lede van ‘n gesin vorm meestal ‘n eenheid wat bestaan uit individuele persone, asook subsisteme. Hierdie eenheid lei weer tot die begrip van grense binne ‘n sisteem. Net soos individuele lede van die gesin elkeen sy persoonlike grense het, het die subsisteme, asook die gesin as sisteem, grense.

Die volgende belangrike aspek van die gesin as sisteem is die beginsel van sirkulariteit. Van der Westhuizen (1994:90) lig die volgende aannames ten opsigte van die sirkulariteit in die gesinsisteem uit:

- ‘n Moontlike onderliggende probleem in die gesin kan deur die patologie van ‘n gesinslid uitgebeeld word. In hierdie studie kan dit beteken dat die kind se enkoprese ‘n ander moontlike patologie uitbeeld.
- Die gesin se gedrag word deur die kibernetiese beginsels van homeostase, terugvoer en oortolligheid gereël. Die gesin poog dus om ‘n balans te handhaaf, wat moontlik kan beteken dat die enkoprese binne die gesin in stand gehou word.
- Ten einde die gesin te verstaan, moet die kommunikasiepatrone in die gesin begryp word.

In die sistemiese fokus op die gesin, word daar van hipoteses gebruik gemaak om die sisteem vanuit die sirkulêre epistemologie te verstaan. De Vos (in Greef et al, 2002:36) definieer ‘n hipotese as volg:

“Hypotheses are statements about the relations between variables. Hypotheses carry clear implications for testing the stated relations...a hypothesis asks: is this thing so?, or states, I think this thing is so, but will find out (e.g. by doing research).”

Aangesien die fokus van hierdie studie op die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese is, is die sistemiese beginsels relevant ten opsigte van die ouer- en gesinsisteem. Die navorser neem deurentyd die moontlikheid in ag dat

die kind met enkoprese se disfunksie 'n onderliggende probleem in die sisteem kan verteenwoordig.

Vir die navorser is die essensie van hierdie sistemiese siening dat die gesin meer as die somtotaal van sy lede is, en voorts dat in die navorsing oor die ouer se psigo-sosiale behoeftes rondom enkoprese, hierdie dinamika deurentyd in ag geneem moet word.

3. 2 Die kind met enkoprese binne sy gesin

Scheepers (1994:46) het in haar studie bevind dat gesinne waar 'n kind met enkoprese een van die gesinslede is, se spanningsvlak gewoonlik hoog is. Die meeste gesinne het nie kennis van enkoprese nie en die onkunde, magteloosheid en frustrasie lei tot spanning tussen gesinslede. Die kind se eie belewenis van sy enkoprese veroorsaak dikwels dat hy die feit dat hy besoedel het, wegsteek. Van Buuren (1991:595) meld dat die kind sy besoedelde onderklere wegsteek, en soms ook in totaal ontoepaslike plekke, soos in 'n kas, besoedel. Die ouers en sibbe wat meestal nie hierdie gedrag verstaan nie, reageer met straf of spot. 'n Aspek wat konflik tussen ouers en kind sneller is volgens Loening-Bauke (1996:279) die feit dat die kind meestal ontken dat hy homself besoedel het, hoewel ouers dit ruik en sien dat sy onderklere vol stoelgang is. "Parents usually find this situation frustrating, and soiling becomes a major issue of contention between parent and child."

Ouers moet óf die situasie ignoreer, óf die kind met dwang of straf sover kry om homself skoon te maak of te laat skoonmaak. In navorser se waarneming raak die frustrasie groter wanneer die kind reeds skoolgaan en ouers redeneer dat hy verantwoordelikheid vir sy higiëne moet neem. Die navorser het uit gesprekke bevind dat ouers so moedeloos en onkundig met betrekking tot die disfunksie is, dat hulle afbrekende en ontoepaslike strafmaatreëls ten opsigte van die besoedeling sal toepas.

Die persepsie wat die kind met enkoprese van homself het word deur Douglas (1995:112) soos volg beskryf: "As more incidents of soiling occur, the child feels more and more like a hopeless, defective failure and is more and more uncomfortable thinking about the problem. He or she becomes less aware of physical feelings because of not wanting to think about hopeless issues and the effect of chronically over-packed bowels." Die disfunksie verg dus meer tyd en energie van beide ouers en sibbe en as gevolg van gebrek aan kennis kan frustrasie op die

gesinslid met die “probleem” geprojekteer word. Die onkunde en onsekerheid ten opsigte van wat enkoprese is, en hoe die kind wat hieraan ly hanteer moet word en die gesin se reaksie hierop, skep by die kind ‘n uiters negatiewe persepsie van homself. Die wyse waarop enkoprese presenteer, lei verder daartoe dat die ouers en sibbe oor hul funksionering as gesin negatief voel.

Becker (1994:49) voeg hierby dat bespotting soms daartoe lei dat die kind van sosialisering met sy gesin en maats onttrek, hiperaktief raak, en swak konsentreer en presteer in die skool. Daar is ook in sy navorsing bevind dat die kind met enkoprese soms op medikasie vir aandagspantekort soos “Ritalin” geplaas word. Die opgesette buik, ongemak en ook skaamte, gee die beeld van die kind wat nie kan stilsit nie, of apaties reageer. Becker (1994:50) verskaf betekenisvolle statistiek wat ‘n verband tussen swak skoolvordering en enkoprese uitwys: “Of the patients treated at the clinic over the past 9 years, 96.4% have shown an improvement in their school performance”.

Dit is vir die navorser duidelik dat die kind met enkoprese se gedrag binne sy gesin baie spanning en konflik by ouers kan veroorsaak. Die kind kan ‘n swak selfbeeld of skolastiese probleme ontwikkel wat groter eise aan ouers ten opsigte van ouerskapvaardighede stel en hulle eie selfvertroue in hul opvoedingsvermoë negatief kan beïnvloed. Vervolgens word daar spesifiek op die ouerskaprolle van die ouers van die kind met enkoprese gefokus.

3.3 Ouerskaprolle ten opsigte van die kind met enkoprese

Ouerskaprolle behels binne die konteks van ‘n gesin se funksionering dat sekere take deur ‘n spesifieke ouer of deur ‘n spesifieke kind uitgevoer word. Barker (1992:79) meld dat rolle en take in ‘n gesin nie altyd formeel toegedeel word nie, maar soms patrone word van wie watter take gereeld doen binne die dag-tot-dag funksionering van die gesin. Daar is noodsaaklike rolle soos die materiële versorging van die gesin, die oordra lewensvaardighede aan kinders, die stel van gesonde grense van sosiale optrede en die hantering van leierskap binne die gesin. Daar is egter volgens Barker (1992:80) ook rolle en take wat uniek aan elke gesin is, en dit sluit ook die idealisering van ‘n spesifieke gesinslid, of die “scapegoating” van ‘n spesifieke gesinslid in. In die geval van die kind met enkoprese kan hy moontlik die rol van “sondebok” binne die gesin vervul.

Wat die versorgingsrol in die gesin betref, is dit die navorser se mening dat die tradisionele rol van fisiese- en emosionele versorging van kinders in die meeste kontemporêre gesinne steeds deur die moeder vervul word. Van der Westhuizen (1994:9) bevestig bogenoemde en meld dat wetlike en sosiale pogings om die ongelykheid van rolle en status tussen die geslagte op te hef, nog nie 'n realiteit is nie. Dit is veral die versorging van die kinders wat toenemende verantwoordelikheid op die vrou plaas. Die vader se rol is hoofsaaklik die van broodwinner, leier en gesagsfiguur. Die navorser se waarneming is dat die moeder van die jong kind met enkoprese meestal oorlaai voel met die skoonmaak van die kind en sy besoedelde klere. Douglas (1995:29) beklemtoon in hierdie verband die noodsaaklikheid van aanvullende rolle tussen ouers in die gesin. Wanneer die ouers van 'n kind met 'n disfunksie saam verantwoordelikheid vir die versorging en die hantering van die kind neem, het dit 'n positiewe effek op beide die huweliks- en gesinsverhoudings.

Die navorser het uit die konsultasie met Dr. Kirsten (2003) vasgestel dat die gesin se daaglikse roetine 'n belangrike aspek in die suksesvolle behandelingsprogram vir enkoprese is. Die gesin moet vroeër opstaan, sodat die kind ontbyt eet en die daaglikse enema voor skooltyd toegedien kan word. 'n Gejaagde, onbeplande oggendroetine lei meestal tot die terughouding van stoelgang, gevolglike hardlywigheid en uiteindelijke instandhouding van die enkoprese. Vir die beste resultate moet die hele gesin ook die gesonde hoë vesel dieet geniet en nuwe roetines saam volg. Deur die terugvoer van ouers van kinders met enkoprese, is vasgestel dat die eise wat die disfunksie aan die gesinsisteam stel soms weerstand by die ander kinders en selfs ouers in die gesin veroorsaak. Die weerstand teen veeleisende rolle en ongemaklike roetine en take het 'n negatiewe effek op die ouer-kindverhouding en die ouers se persepsie van hulself as ouers.

Ouers meet hul ouerskapsvaardighede meestal aan hul kinders se algemene gedrag en ook aan die terugvoer van ander ouers, die grootouers en ander lede van die uitgebreide gesin, asook die sukses van ander ouerpare. In die navorser se kontak met ouers van die enkopretiese kind, was dit duidelik dat ouers se vertroue in hulself as gevolg van die aanwesigheid van die komplekse disfunksie skade ly. Aangesien enkoprese 'n disfunksie is waarvoor relatief min inligting bestaan, word besoedeling gestigmatiseer deur die feit dat die uitskeidingsproses as vuil, onwelriekend en morsig beleef word. Vanweë hierdie persepsies is ouers skaam oor hul kind se disfunksie, praat hulle nie daarvoor nie en poog hulle voortdurend om dit 'n "geheim"

te hou. Ouers van die enkopretiese kind beleef dan dat hulle die enigste ouers is wat met hierdie probleemgedrag worstel.

3.4 Die effek van die persoonlikheidstipe van 'n enkopretiese kind in die kleutertydperk op sy gesinsisteem

Aangesien normale stoelgangbeheer op die ouderdom van vier jaar ontwikkel, word daar in hierdie studie verwys na die kleuterontwikkelingstadium.

Die kleutertydperk is 'n kritiese tyd in die ontwikkeling van die kind. Botha et al (1998:238) meld dat aansienlike kognitiewe en fisiek-motoriese ontwikkeling in die fase tussen twee tot ses jaar oud plaasvind. Die kleuter se ontwikkeling word deur die gesin, familie, maats, kleuterskool en kultuur waarin hy grootword beïnvloed. Die kleuter se persoonlikheidsontwikkeling hou met toenemende emosionele beheer asook ontwikkeling van die selfkonsep verband.

Soos reeds bespreek (sien punt 2.3.3.1) is die jong kind tussen drie en ses, wat sy ontwikkeling betref, volgens Erikson in die fase van inisiatief teenoor skuld. Wat die ontwikkeling van die kind se selfkonsep betref, is die kind volgens Allport soos aangehaal deur Meyer en Van Ede (1998:67) reeds op die ouderdom van drie-tot vier jaar besig om sy selfagting te ontwikkel. Die kind ontwikkel nou 'n trots in sy eie vaardighede en prestasies. Die kind is selfs trots op sy vermoë om stoelgang in die toilet te passeer en wil ouers hierdeur plesier.

Teen die ouderdom van vier jaar is die kind volgens die teorie van Piaget in die pre-morele fase van sy morele ontwikkeling. Die kind begin slegs die sosiale reëls verstaan (Meyer & Van Ede, 1998:79). Die navorser besef dat die kind met enkoprese daarom nie altyd die reaksie van ouers op sy besoedeling verstaan nie, maar ook dat hy terselfdertyd graag sy ouers wil plesier.

Dit is vir die navorser duidelik dat hierdie asosiale passering van stoelgang, wat verleentheid en verwerping meebring en presenteer in 'n kritiese fase in die kind se ontwikkeling, ook 'n langtermyneffek op die kind se totale menswees kan hê. Miller (1994:15) meld dat die gebrek aan kennis en die feit dat die ouers skaam is vir die disfunksie, 'n negatiewe effek op die ouer-kind verhouding kan hê. Die jong kind se ontwikkeling word veral in die eerste ses jaar van sy lewe hoofsaaklik deur sy ouers en gesin beïnvloed (Botha et al, 1998:238). In die verhouding met sy ouers en sibbe leer hy vaardighede aan, hy ontwikkel kognitief en emosioneel, leer sosialiseer en

begin waardes en norme aanleer. Vir die navorser is dit ook belangrik om dit aan die ouers duidelik te maak dat die kind se selfkonsep in hierdie jare gevorm word. Die selfkonsep hou nou verband met die mate van selfagting en die liefde, goedkeuring en aanvaarding wat die kind van sy gesin en ander sosiale sisteme kry.

Volgens die navorser is die implikasie hiervan dat die disfuksie van enkoprese die kind se evaluasie van homself benadeel. Botha et al (1998:289) noem dat die kind met 'n negatiewe selfkonsep gewoonlik 'n hoë angsvlak het en later ook swak skoolvordering en sosiale aanpassing toon.

Becker (1994:46), een van die Suid-Afrikaanse kundiges met betrekking tot enkoprese, het bevind dat die kind met hierdie disfuksie meestal die skaam, teruggetrokke kind is, asook 'n kind wat maklik angstig word en nie selfgeldend is nie. Scheepers (1994:46) het verder bevind dat enkopretiese kinders besonder sensitiewe kinders is. Die navorser is van mening dat die kind se persoonlikheidseienskappe daartoe bydra dat eksterne faktore soos die verhuising na 'n nuwe omgewing, nuwe skool, en die aankoms van 'n nuwe baba die voorkoms van enkoprese kan sneller. Dit kan dan hoër spanningsvlakke by ouers tot gevolg hê en die aanpassing in 'n nuwe situasie ook vir die ouers moeilik maak. Dit is duidelik dat die kind met hierdie temperamentseienskappe moeilik sosialiseer. Die voorkoms van enkoprese kan ook daartoe lei dat die kind deur sy portuurgroep bespot en verwerp word. Die navorser het by ouers van 'n enkopretiese kind vasgestel dat dit veral die reuk van stoelgang is wat veroorsaak dat die maats die kind vermy. Ouers wat besef hoe belangrik normale sosialisering vir die jong kind is, voel magteloos dat hul kind as gevolg van die enkoprese verwerp word.

Andrews (2003:1) is van mening dat die kind met enkoprese se persoonlikheidstrekke deur die verleentheid van hierdie disfuksie veroorsaak word. Dieselfde skrywer noem dat die kind met enkoprese soms van die realiteit ontvlug deur televisie te kyk of videospelletjies te speel, en so diep konsentreer dat hy nie agterkom dat hy besoedel nie. Volgens die navorser se mening moet die ouers bewus gemaak word van die effek op die kind en hom bemagtig om homself nie as die probleem te sien nie, maar die enkoprese as die oorkombare "probleem" eksternaliseer. Die navorser besef dat ouers nie altyd weet in hoe 'n mate die kind se selfbeeld en menswaardigheid in die skool- en sosiale situasie afgetakel word nie. Aangesien enkoprese so 'n vernederende disfuksie is, praat die kind dikwels nie oor die effek van die disfuksie op sy menswees nie. Dit is dikwels die kind se sibbe wat

die ouers vertel van pynlike insidente. Ouers voel gevolglik moontlik magteloos en twyfel aan hul vermoë as suksesvolle ouers.

3.5 Ouers se hantering van toiletonderrig as ontwikkelingsaspek van die kind met enkoprese

Toiletonderrig is 'n belangrike mylpaal in die jong kind se lewe en hy is meestal baie trots op sy prestasie. Becker (1994:51) meld dat wanneer die ouers met toiletonderrig begin, dit eerstens nodig is om aan die kind te modelleer wat hy moet doen (veral die afdruk-aksie, wat die ouer met klere aan kan demonstreer). Vervolgens noem die skrywer dat ouers aan die kleuter sal verduidelik wat urine en stoelgang is, en die kind met geduld en toepaslike belonings sal aanmoedig.

Onrealistiese verwagtings van ouers kan daartoe lei dat ouers die kind se toiletonderrig op 'n te vroeë ouderdom wil afhandel. Becker (1994:50) het bevind dat ouers vir hul eie gerief soms die kind te vroeg toilet-onafhanklik wil maak, wat die verantwoordelikheid vir hierdie belangrike mylpaal na die kind verskuif. Van Buuren (1991:595) wys daarop dat die kind meestal te kort is om 'n gemaklike posisie op die toilet in te neem. Die kind neem dan 'n half-staande posisie in wat die sametrekking van die spiere in die maagwand en diafragma inkort, met die gevolg dat daar nie volledige ontlasting plaasvind nie.

Die navorser het bevind dat hierdie faktore asook onkunde om te bepaal wanneer die kind gereed is vir onafhanklikheid, spanning en weerstand by kind en ouer in die toiletonderrig situasie inbring. Wanneer die kind voortdurend gestraf, of as morsig, onhandig of vuil rondom sy pogings tot dermkontrolle ge-ettiketeer word, ontwikkel 'n element van skaamte. Joubert (1997:44) noem dat die sielkundige aspek van 'n magstryd tussen ouer en kind gewoonlik dramaties is en vermy moet word. Ouers moet aangemoedig word om sensitief vir hul kind se temperament te wees en hom toe te laat om teen sy eie tempo voort te gaan.

Die navorser het bevind dat die jong kind in 'n dagsorgfasiliteit gewoonlik deur die hulppersoneel toilet-onderrig kry. Ouers is nie bewus van die metodes wat gebruik word nie. Vrees vir berisping speel 'n rol by die kind wat stoelgang terughou. Meer kennis oor hierdie faktor in die ontstaan van enkoprese kan ouers bemagtig om meer inspraak in die hantering van toiletonderrig in die dagsorgsituasie te gee.

3.6 Die sosiale implikasies wat enkoprese vir die ouers en gesinsisteem inhou

Daar is reeds in hierdie navorsing beklemtoon dat die gesin 'n sosiale sisteem is en dat die disfunksie van een gesinslid 'n effek op die ander gesinslede in die sisteem uitoefen. Dit is volgens die navorser verder noodsaaklik om te verstaan dat die gesin deel van 'n uitgebreide familiesisteem asook verskeie ander sosiale sisteme is. In die gesprekke met ouers van kinders met enkoprese, was dit duidelik dat grootouers meestal krities teenoor ouers se hantering van die kind se enkoprese staan. Grootouers voel meerendeels dat die kind net gestraf moet word, en hul kritiek het 'n negatiewe effek op die gesin se verhouding met die uitgebreide gesinsisteem. Davis (1993:25) ondersteun bogenoemde wanneer hy die volgende meld: "The extended family; grandparents, for example, can exercise a powerful influence on a family; even though they may live at a great distance."

Ander sisteme waarby ouers en gesinne betrokke is, is meestal die skool, kerk, werk en ander sosiale sisteme. Enkoprese is onbekend by die wyer gemeenskap en in die navorser se waarneming beskik professionele persone, soos onderwysers en algemene mediese praktisyns nie oor voldoende kennis om aan ouers leiding oor die hantering van die probleem te gee nie. Badenhorst et al (2001:112) het in haar navorsing bevind dat mediese praktisyns met onvoldoende kennis net die fisiologies aspek van enkoprese aanspreek deur slegs lakseermiddels voor te skryf. Volgens ouers se terugvoer, hou onvoldoende behandeling net die disfunksie in stand en lei tot frustrasie by die ouers. Die kind ontwikkel ook 'n weerstand teen helpende professionele persone omdat hy aan verskeie ondersoeke soos X-straal ondersoeke, barium kliskas, kolonoskopie en bloedtoetse blootgestel word. Hierdie ondersoeke is vir die kind ontstellend, seer en ongemaklik. Die navorser bevind dat die ouers so ongemaklik daarmee is dat hul kind deur die traumatiese ondersoeke moet gaan, dat hulle dikwels die kind van die ondersoek of behandelingsproses onttrek.

Aangesien ouers ook soms van die een na die volgende praktisyn gestuur word, raak ouers sinies oor medici, dieetkundiges asook sielkundiges en maatskaplike werkers se vermoë om hulle en hul kind te kan help. Davis (1993:20) bevestig hierdie waarneming en noem dat professionele persone aan ouers dikwels min inligting gee oor die disfunksie wat meer onsekerheid veroorsaak. Ouers het dikwels nie toegang tot literatuur oor enkoprese nie en baie ouers is nie geletterd nie, of Engels (die taal waarin die meeste bronne verskyn) volledig magtig nie. Aangesien enkoprese so 'n

onbekende probleem is, kry ouers dikwels onprofessionele raad van vriende of familielede oor die hantering van die besoedeling. Die navorser het bevind dat hierdie raad dikwels bestaan uit aanmoediging om die kind elke keer as hy besoedel te straf; 'n maatreël wat meestal die kind se angsvlak verhoog.

Die sosiale verwerping waaraan die kind blootgestel is, het dieselfde effek op die gesin as op die kind. Aangesien die kind deel van sy ouer- en gesinsisteem is, ervaar ouers dieselfde gevoel van verwerping en magteloosheid. Die stigmatisering van die kind veroorsaak soms dat ouers eerder sosiale situasies vermy. Dit kan tot gevolg hê dat nie net die kind nie, maar ook die ouers sosiaal geïsoleer raak. Sosiale situasies soos kinderpartytjies word soms 'n nagmerrie vir ouers. Die spanningsvolle situasie het die effek (volgens navorser se waarneming) dat die kind juis stoelgang probeer terughou. Die reuk wanneer daar stoelgang uitlek, en die kind se "vreemde" liggaamshouding soos hy poog om stoelgang terug te hou, lok kritiek, spot en stigmatisering uit. Hierdie sosiale stigmatisering raak die kind, maar ook die ouers van die enkopretiese kind, wat magteloos voel om hul kind te help.

Die navorser besef dat aangesien enkoprese 'n onbekende disfunksie is, dit sosiaal onaanvaarbaar is, en ook gepaardgaan met die slegte reuk en besoedelde klere, die ouers en die kind beleef dat hulle onaanvaarbaar is.

3.7 Die effek van enkoprese op die ouers se huweliksverhouding

Miller (1994:147) meld dat die frustrasie en onsekerheid wat met 'n disfunksie gepaard gaan, dikwels 'n negatiewe effek op die ouers se huwelik het. Gevoelens van skuld kom voor by een of albei ouers, omdat hulle voel dat hulle iets verkeerd gedoen het. As gevolg van onkunde oor enkoprese, verskil ouers dikwels oor die hantering van die kind, wat spanning in die verhouding veroorsaak.

Die navorser het in gesprek met ouers van 'n kind met enkoprese vasgestel dat verskille oor die behandeling van die disfunksie, konflik kan sneller. In die bepaalde situasie was die voorgeskrewe behandeling 'n baie streng roetine van 'n klisma (enema) elke oggend, slegs die voorgeskrewe hoë-vesel kosse en saans 'n dosis aptekersparaffien. Die vader in die gesin het gevoel dat dit onnodig streng en selfs wreed teenoor die vyfjarige kind is. Die moeder wat die dag-tot-dag versorging en skoonmaak moes hanteer was woedend en het beleef dat die vader die behandeling ondermyn.

Douglas (1995:28) voeg hierby dat die spanning wat so 'n situasie veroorsaak die enkoprese weer vererger, dus die ongesonde kringloop in stand hou. Dit kan ook gebeur dat waar daar heelwat huwelikskonflik was voor die diagnose van die disfunksie, die kind nie gesond wil word nie, omdat die besorgdheid oor die enkoprese sy ouers bymekaar hou. Barker (1992:67) sê die volgende: "Children's problems are closely related to problems in the marital relationship, the nature and quality of which depends on the respective families of origin, and especially upon how conflicts in those families have been resolved".

Hierdie effek van die disfunksie op die huweliksverhouding, asook die effek van die ouers se huweliksverhouding op die instandhouding van die disfunksie, illustreer die kompleksiteit van die sisteme wat in die gesin funksioneer.

Volgens die navorser is 'n verdere gevolg van enkoprese op die gesin dat die ouers so magteloos voel dat hulle 'n weerstand en selfs woede teen hul eie kind ontwikkel, wat weer tot skuldgevoelens lei. Margalit (1994:41) het in navorsing oor gesinne waar 'n kind aan 'n disfunksie ly, gevind dat daar 'n patroon van uitputting as gevolg van vele ekstra fisiese- en emosionele take asook die stres van hoë mediese koste is. Die feit dat hierdie disfunksie beide fisiese- en emosionele oorsake en gevolge het, veroorsaak dat die hantering besonder veeleisend vir ouers is.

Die navorser besef dat dit belangrik is vir ouers van 'n kind met enkoprese om te begryp in hoe 'n mate hierdie disfunksie ekstra spanning in hulle verhouding kan veroorsaak. Ouers moet ook begryp dat die emosionele stres as gevolg van huwelikskonflik die enkoprese in stand kan hou.

3.8 Die effek van die kind se enkoprese op sy verhouding met sibbe

In die verhouding met ouers en sibbe leer kinders vaardighede aan, ontwikkel hulle kognitief en emosioneel, leer hulle sosialiseer en begin hulle waardes en norme aanleer. Botha et al (1998:289) meld dat kinders se selfkonsep met die mate van selfagting en die liefde, goedkeuring en aanvaarding wat die kind van sy gesin en ander sosiale sisteme kry, verband hou.

Die navorser het reeds in die vorige afdeling gewys op die effek wat die disfunksie op die ouersisteam kan hê. Dit is ook belangrik om aandag te gee aan die effek op die sibbe in die gesinsisteam. Dorsky & Dorsky (1999:22) beskryf die effek van die

enkoprese van een lid van die gesin op die res van die gesin as volg: “Encopresis tears families apart. It upsets and embarrasses the whole household, limits normal family activity and drive parents to wits end in anger and frustration.”

Siegel en Silberstein (1994:24) meld dat die waarde van sibbe-verhoudings daarin lê dat dit die plek is waar kinders leer om in verhoudings te lewe en daar leer hulle frustrasies, vrygewigheid, versorging en ook aggressie in verhoudings hanteer. Daar is volgens die navorsers ook negatiewe effekte van die gesinsdinamika in gesinne waar 'n broer of suster met 'n disfunksie soos enkoprese aanwesig is. Die gesonde kind probeer soms op negatiewe maniere aandag trek, maar kry dan negatiewe reaksie op hulle pogings of word geïgnoreer.

Volgens die ouers van 'n kind met enkoprese is dit duidelik dat die gesonde sussie in die gesin op verskeie maniere aandag soek wanneer die broer met enkoprese baie positiewe of negatiewe aandag kry. Een ouerpaar het die opmerking gemaak dat juis omdat die enkopretiese kind spesiale kos moet eet en medikasie drink, die ouers soms die gesonde sussie ook van sy medisyne en spesiale kos gee. Sodoende voel sy ingesluit in die sisteem. Siegel & Silberstein (1994:26) meld dat die sibbe ook soms skaam vir die kind met 'n disfunksie in die gesin is. Soms neem die gesonde kind ook die rol van beskermer aan, soos in 'n skoolsituasie waar die kind bespot word.

In die navorsers se waarneming is dit ook die verleentheid wat enkoprese veroorsaak wat die sibbe in 'n gesin beïnvloed. Die kind met enkoprese ruik homself nie, maar almal rondom hom is bewus van die reuk van ontlasting wat aan hom vaskleef. Kirsten (2003) het hierdie effek vergelyk met die desensitisasie van die reukvermoë wat plaasvind wanneer 'n dame nie meer haar eie parfuim ruik nie, terwyl buitestaanders dit wel ruik. Die sibbe beleef meestal skaamte en voel dat hulle as gesin verwerp word en nie net die kind wat na stoelgang ruik nie. In die navorsers se kontak met gesinne waar een van die kinders aan enkoprese ly, het ouer sibbe wat skaam kry vir die enkopretiese kind hom afgeknou en gesê dat hy nie naby hulle moet kom nie. So 'n situasie ly dan weer tot konflik wat ouers moet hanteer en dit bewys hoe die hele sisteem beïnvloed word.

Vanuit hierdie bespreking is die navorsers se mening dat die hele gesin by die hulpverlening aan die kind met enkoprese betrek moet word. Dit blyk dat nie net die

ouers nie, maar ook sibbe se selfbeeld, sosiale verhoudings en verhouding met die enkopretiese kind, skade kan ly.

3.9 SLOTOPMERKING

Dit is vir die navorser duidelik dat enkoprese 'n komplekse toestand is. Die diagnostiese kriteria dui aan dat dit beide 'n fisiese- en psigologiese disfunksie is, wat deur fisiese faktore soos dieet en hardlywigheid beïnvloed word. Dit is duidelik ook 'n probleem wat deur emosionele- en omgewingsfaktore veroorsaak of in stand gehou word. As gevolg van hierdie komplekse aard kan medici net 'n mediese perspektief en sielkundiges en maatskaplike werkers net 'n psigo-sosiale perspektief huldig. Die navorser is van mening dat die ouer hierdeur verwar word en frustrasie ervaar. Die aard van hierdie disfunksie het 'n merkbare effek op die kind se persepsie van homself en ook op die dinamika binne sy gesin. Die navorser se ondervinding met gesinne van die enkopretiese kind is dat die kind se verwerping deur sy portuurgroep die ouers magteloos en ontoereikend laat voel. Dit is dus nie slegs die kind se persepsie van homself nie, maar ook die ouers, sibbe en totale gesinsisteem wat beleef dat hulle onaanvaarbaar is.

In hierdie hoofstuk is aandag gegee aan die gesin as sisteem. Die gevolgtrekkings waartoe die navorser kom bevestig die effek van een gesinslid se disfunksie op die ouer- en gesinsisteem. As gevolg van hierdie sistemiese funksionering en die onkunde oor enkoprese asook die onsuksesvolle hantering van die disfunksie, ly kinders en die ouer-en gesinsisteem soms jare as gevolg van hierdie disfunksie.

Die teenwoordigheid van 'n kind met enkoprese in die gesin het 'n beduidende effek op ouers se funksionering. In die huweliksverhouding kom meer potensiaal tot konflik ten opsigte van die hantering van die enkoprese voor. Die disfunksie plaas 'n groter las op die moeder as versorger in die gesin wat tot uitputting en frustrasie lei. Ouers se hanteringsvaardighede ten opsigte van die kind met die disfunksie asook die sibbe, is besonder veeleisend. Al hierdie aspekte wys daarop dat enkoprese 'n betekenisvolle effek op die ouers se funksionering het.

Dit is vir die navorser duidelik dat 'n spanbenadering die ideaal is vir hulp aan die kind met enkoprese, sy ouers asook die sibbe in die gesin. Die navorser besef dat een van die grootste struikelblokke in die suksesvolle behandeling van enkoprese die gebrek aan kennis en kundigheid is. Deur hierdie literatuurstudie het die navorser

duidelike bevestiging dat die vasstelling van ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van enkoprese, 'n waardevolle studieterrein is.

HOOFSTUK 4

EMPIRIESE GEGEWENS EN NAVORSINGSBEVINDINGS

4.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstukke is inligting ten opsigte van die disfunksie van enkoprese asook die effek van die enkoprese op die ouer en gesinsisteam weergegee. Die fokus van die studie was 'n maatskaplike werk ondersoek na die aard van die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. Enkoprese is 'n relatief onbekende disfunksie wat ernstige fisiese asook emosionele probleme by die kind veroorsaak. Die navorser het in die praktyk beleef dat die ouers van die kind met enkoprese definitiewe psigo-sosiale behoeftes ervaar. Hierdie behoeftes spruit uit ouers se belewenis van die komplekse aard van die disfunksie en die effek op hulself as ouers, op die kind met enkoprese en op die gesinsisteam. 'n Leemte bestaan in die literatuur ten opsigte van die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die enkopretiese kind. In die gesprekvoering met die ouers van die kind met enkoprese, is dié behoefte bevestig. Ten einde die empiriese inligting te verkry, is een-tot-een onderhouds met behulp van 'n onderhoudskedule gevoer. Die ouers van kinders met enkoprese is op grond van doelgerigte steekproeftrekking geselekteer. Die kriteria is deur die navorser self bepaal.

In hierdie hoofstuk sal die empiriese gegewens en navorsingsbevindings weergegee en geanaliseer word.

4.2 HOOF- en SUBTEMAS VAN DIE STUDIE.

Die volgende hooftemas is vanuit die empiriese data geïdentifiseer.

- Die behoefte by ouers aan kennis van die aard en oorsaak van enkoprese
- Die behoefte aan ouerskapvaardigheid in die hantering van die kind met enkoprese
- Die behoefte aan ouerskapvaardighede ten opsigte van die hantering van sibbe van die enkopretiese kind
- Die behoefte aan ondersteuning ten opsigte van die hantering van ouers se eie emosies
- Behoefte aan begrip en ondersteuning vanaf professionele persone

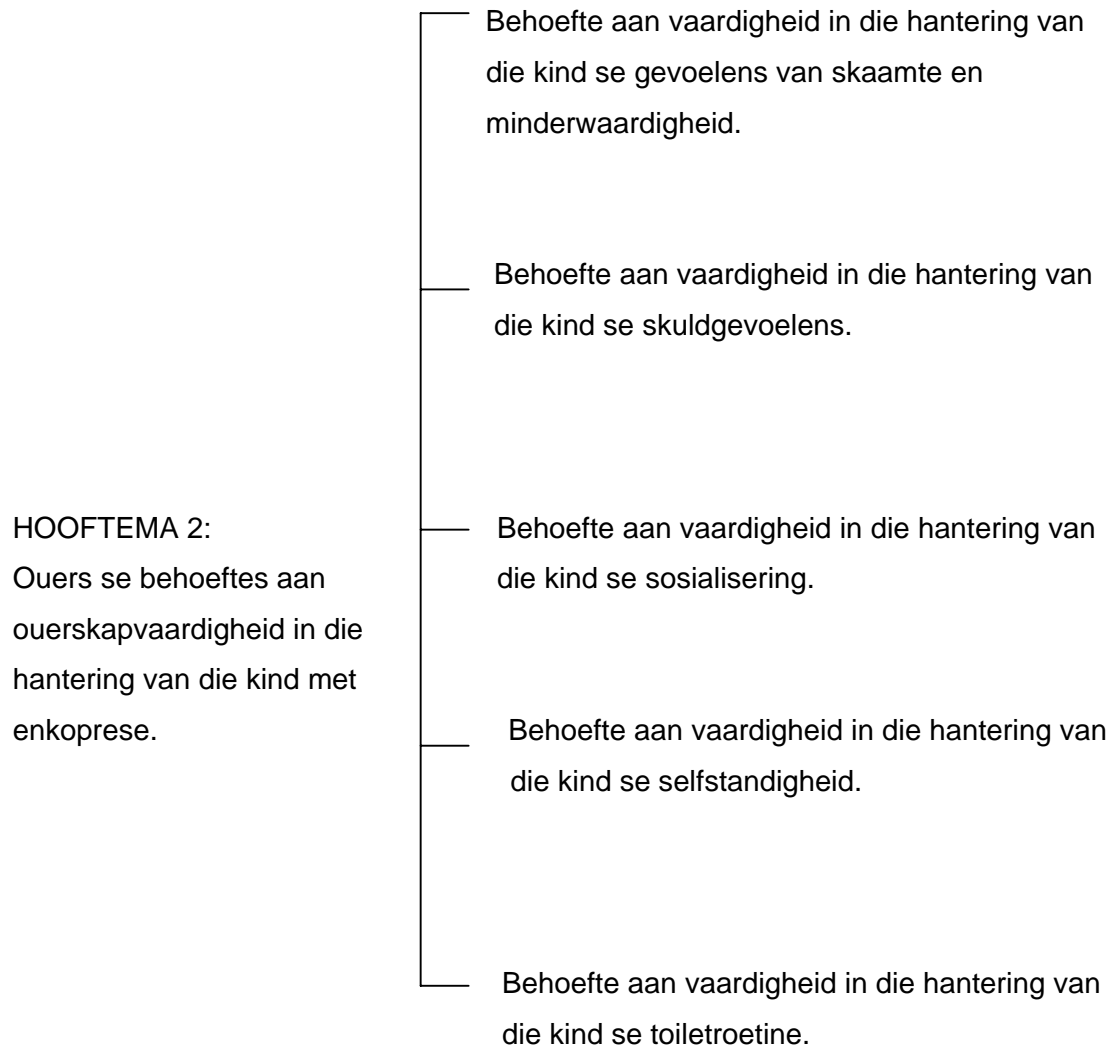
- Behoefte en ondersteuning vanuit die sosiale gemeenskap (sosialisering)
- Behoefte aan verhoogde bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese

Elke hoofteema en onderskeie subtemas, asook die verskillende kategorieë sal vervolgens bespreek word. Vir groter duidelikheid sal die hooftemas, subtemas en verskillende kategorieë skematies voorgestel word.

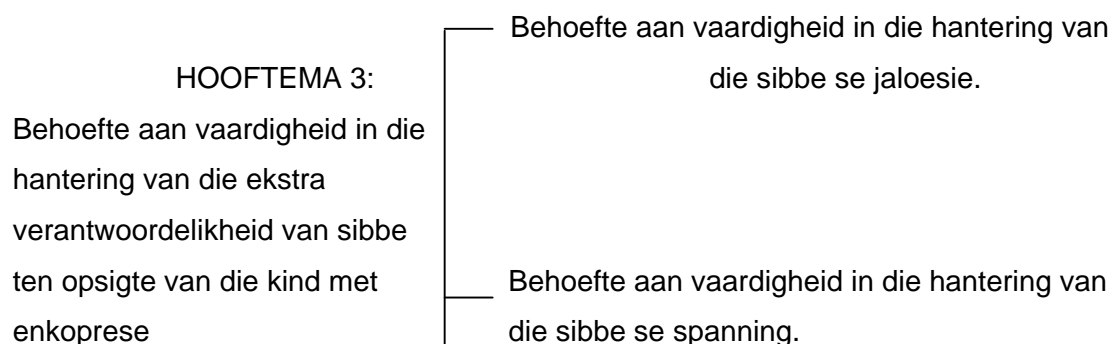
Die eerste hoofteema wat die navorser geïdentifiseer het, was die behoefte by ouers aan kennis oor die aard en veroorsaking van enkoprese. Uit die empiriese data blyk dit dat ouers onkundig is oor wat enkoprese is en wat die disfunksie veroorsaak.



Hooftema twee is die behoefte aan ouerskapvaardighede ten opsigte van die hantering van die kind met enkoprese. Hierdie hoofteema is verdeel in vier subtemas, naamlik die ouers se behoefte aan vaardigheid in die hantering van die kind se skaamte en minderwaardigheidsgevoel, behoefte aan vaardigheid in die hantering van die kind se skuldgevoelens, behoefte aan vaardigheid in die hantering van die kind se sosialisering, behoefte aan vaardigheid in die versterking van die kind se selfstadigheid en behoefte aan vaardigheid in die hantering van die kind se toiletroetine.

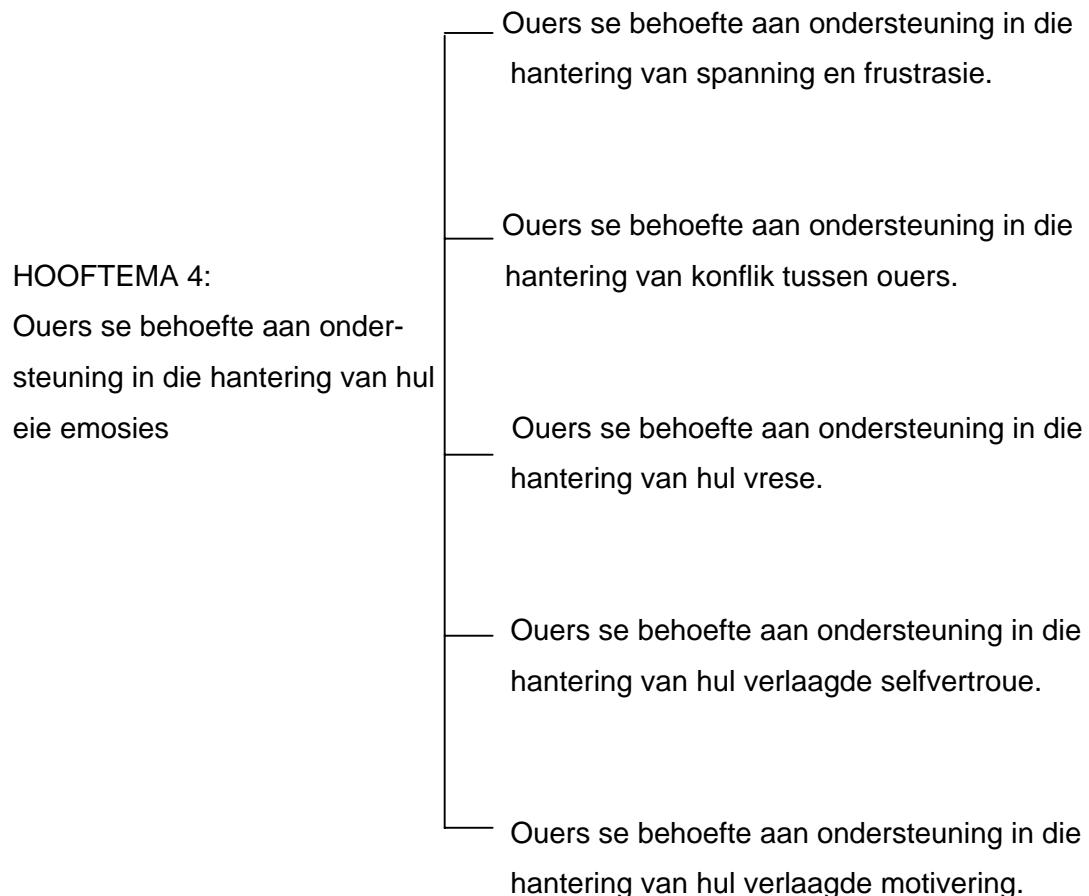


Hooftema drie is die behoefte aan ouerskapsvaardighede in die hantering van sibbe van die enkopretiese kind. Hierdie hooftema is verdeel in vier subtemas, naamlik behoefte aan ouerskapsvaardighede in die hantering van die volgende probleemsituasies: jaloesie by sibbe, spanning by sibbe, ekstra verantwoordelikheid wat sibbe moet neem en skaamte by sibbe ten opsigte van die kind met enkoprese.



— Behoefte aan vaardigheid in die hantering van die sibbe se skaamte.

Hooftema vier handel oor die behoefte by ouers aan ondersteuning ten opsigte van die hantering van hul eie emosies van spanning en frustrasie. Die hooftema kan in vyf subtemas verdeel word, naamlik ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van spanning en frustrasie, ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van konflik tussen ouers ten opsigte van enkoprese, ouers se behoefte aan begrip en ondersteuning in die hantering van hul vrese, ouers se behoefte aan ondersteuning ten opsigte van hul verlaagde selfvertroue en ouers se behoefte aan ondersteuning ten opsigte van verlaagde motivering.



Hooftema 5 handel oor die ouer se behoefte aan ondersteuning en begrip vanaf professionele persone ten opsigte van hul kind se enkoprese. Ouers het behoefte aan ondersteuning van die kleuterskool en skoolsisteem asook ondersteuning van mediese rolspelers.

HOOFTEMA 5:

Ouers se behoefte aan begrip en ondersteuning vanaf professionele persone.

HOOFTEMA 6:

Ouers se behoefte aan ondersteuning vanuit die sosiale gemeenskap.

HOOFTEMA 7:

Ouers se behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir ouers van kinders met enkoprese.

HOOFTEMA 8:

Ouers se behoefte aan verhoogde bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese. Die subtemas wat bespreek sal word is die behoefte by ouers om gehoor te word deur die skool en wyer gemeenskap, en die benutting van media in die bewusmaking ten opsigte van enkoprese.

HOOFTEMA 8

Ouers se behoefte aan verhoogde bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese

Ouers se behoefte aan verhoogde bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese.

Ouers se behoefte aan media aanwending vir die bewusmaking t.o.v enkoprese.

4.2.1 HOOFTEMA 1: Ouers se behoefte aan kennis en begrip vir die aard en veroorsaking van enkoprese

Subtema 1: Ouers se behoefte om die disfunksie van enkoprese te verstaan

Die empiriese data tot dusver van ouers verkry, het daarop gewys dat ouers aanvanklik nie beseft het dat hul kind se 'probleem' met ontlasting 'n erkende disfunksie is nie. Ouers se bewuswording dat hul kind enkoprese het, het 'n behoefte aan meer kennis oor die disfunksie laat ontstaan.

Ouers se gebrek aan kennis het dus daartoe gelei dat hulle geglo het hul kind kies om nie beheer te hê oor sy ontlasting nie. Hierdie onkunde het weer tot spanning en frustrasie gelei. Hierdie spanning het weer die kind se gastro-intestinale stelsel beïnvloed wat die enkoprese in stand hou. Dit is duidelik dat 'n negatiewe kringloop sodoende in stand gehou word. Uit die empiriese data blyk ook ouers se behoefte om te verstaan hoe fisiese en psigo-sosiale aspekte van veroorsaking in mekaar skakel.

In Scheepers (1994:46) se studie het sy bevind dat gesinne waar 'n kind met enkoprese 'n gesinslid is, die spanningsvlak gewoonlik hoog is. Sy is van mening dat die ouer-en gesinsisteem se onkunde oor enkoprese tot frustrasie en spanning lei.

Die navorser vind dat die onkunde oor enkoprese dus spanning in die hele gesinsisteem tot gevolg het. Die kind met die disfunksie, (wat ook nie beseft wat in sy liggaam gebeur nie) voel meestal 'uit beheer' van sy uitskeidingsfunksie. Die behoefte aan kennis oor hierdie ongemaklike disfunksie is aanwesig by die ouers, gesin, en baie beslis ook by die kind self.

Subtema 2: Ouers se behoefte aan kennis ten opsigte van die oorsaak van enkoprese

Uit die empiriese data blyk dit dat die ouers 'n behoefte het aan kennis ten opsigte van die verband tussen hardlywigheid, die ontwikkeling van 'n megakolon, dieet, oefening asook psigo-sosiale spanning wat bydra tot die ontstaan van enkoprese.

Dit is vir die ouers moeilik om te bepaal wanneer die hardlywigheid 'n probleem geword het. Een van die ouerpare het wel beleef dat hul kind na 'n skielike skoolverwisseling hardlywig geword het en dat die hardlywigheid in enkoprese oorgegaan het. Die ouers het as gevolg aan onkunde verskeie "rate", oor-die-toonbank medikasie en voorgeskrewe medikasie sonder sukses gebruik, wat tot

frustrasie aanleiding gegee het. Ouers kon nie begryp waarom 'n dosis lakseermiddels wat vir ander kinders effektief vir hardlywigheid is, skynbaar geen effek op die enkopretiese kind het nie.

Buchanan (1992:123-125) meld dat hardlywigheid as gevolg van fisiologiese faktore begin en deur beide fisiologiese en psigo-sosiale faktore in stand gehou word. Ouers beskik volgens die navorser nie oor genoegsame kennis hieroor nie, en so word die hardlywigheid in stand gehou.

Uit die empiriese gegewens het dit geblyk dat ouers 'n behoefte het aan kennis oor die effek van stresvolle gebeure op die kind gastro-intestinale stelsel. Literatuur bevestig die rol van stres in die kind se gesin, skool en omgewing as veroorsakende faktore in die ontstaan van enkoprese. Sodanige stresvolle gebeure vir die kind is onder andere om te trek na ander 'n omgewing,'n nuwe skool, egskeiding en ander verliese (Badenhorst et al, 2001:12).

Uit die empiriese data blyk dit dat ouers nie kennis van die ontwikkeling van 'n megakolon het nie. Die navorser het gevind dat ouers beter wou verstaan hoe die impaksie in die megakolon die reseptore in die dermwand hul sensiwiteit laat verloor.

Die empiriese inligting bevestig ouers se behoefte daaraan om die verband tussen enkoprese en dieet te verstaan. Ouers het meestal uiteenlopende dieet voorskrifte van mediese praktisyns en aptekers gekry. Die empiriese inligting wys ook daarop dat ouers nie die ontstaan en instandhouding van enkoprese verstaan nie, wat daartoe lei dat hulle nie oor die nodige motivering beskik om 'n dieetplan te volg nie. In konsultasies met die hoof van die enkoprese kliniek (Kirsten, 2003) is dit bevestig dat 'n 'verkeerde' dieet nie soseer 'n veroorsakende faktor is nie, maar 'n faktor wat die enkoprese in stand hou.

Die literatuur bevestig die navorsing se waarneming dat die kind se dieet as faktor in die instandhouding van enkoprese 'n meer komplekse faktor is as wat mag voorkom. Kennis van dieet as veroorsakende faktor in enkoprese is vir ouers uiters belangrik, aangesien die hele gesinsistiem, asook die ouer-kind verhouding geraak word deur 'n streng dieet wat lekkernye uitskakel. Ouers het ook 'n gebrek aan kennis rondom die verband tussen dieet en gebrek aan oefening in die instandhouding van enkoprese.

Kennis en insig in die veroorsaking en instandhouding van enkoprese is volgens die inligting uit die empiriese studie 'n baie belangrike behoefte ten opsigte van die kind met enkoprese. Die navorser besef dat wanneer ouers oor meer kennis beskik, hulle

insig in die verbandhoudende faktore ontwikkel en bemagtig ten opsigte van enkoprese kan voel.

4.2.2 HOOFTEMA 2: Ouers se behoefte aan vaardighede in die hantering van die kind met enkoprese

Subtema 1: Ouers se behoefte aan vaardigheid in hantering van kind se gevoelens van skaamte en minderwaardigheid

Respondente tydens die empiriese studie het 'n behoefte aan begeleiding om die stigmatisering en sosiale verleentheid wat saam met die disfunksie gaan te hanteer, uitgewys. Ouers het in hul respons in die empiriese studie aangedui dat al die kinders selfbewus en skaam is wanneer hulle klere besoedel het. Hierdie skaamte was tuis, en veral in sosiale situasies aanwesig. Die ouers het ondanks die hoë vlak van frustrasie as gevolg van die voortdurende skoonmaak van die kind, deernis en hartseer getoon vir die kind se skaamte en ongemak. Aangesien besoedeling sosiaal onaanvaarbaar is, beleef die ouer en kind skaamte en weet hulle nie hoe om die situasie te hanteer nie. Ouers het ook gemeld dat hulle duidelik bewus is van die kind se gevoelens van minderwaardigheid wat met die skaamte saamgaan, en nie weet hoe om die kind te bemagtig nie. Becker (1994:605) beaam genoemde feite: "A tremendous sense of guilt and failure is associated with encopresis...it becomes a family secret."

Subtema 2: Ouers se behoefte aan vaardigheid ten opsigte van die hantering van die kind se skuldgevoelens

Ouers het 'n behoefte aan ouerskapvaardighede om die skuldgevoelens van die kind wat besoedel te kan hanteer. Volgens die inligting uit die empiriese gegewens beleef die kind met die disfunksie dat hy die 'sondebok' in die gesin is. Al die respondente het aangedui dat die kinders soms ontken dat hulle besoedel het, hoewel die res van die gesin hulle 'ruik'.

Die inligting bevestig ook dat die kind met enkoprese skuldig voel wanneer ouers moeg en ongeduldig is, of selfs as konflik in die gesin as gevolg van die besoedeling ontstaan. Die morsige aard van die disfunksie versterk skuldgevoelens by sowel kinders en ouers wanneer persone buite die gesinssisteem opmerkings maak soos:

‘Sies, wat stink so?’ Hierdie stigmatisering laat die ouers dus ook skuldig voel, veral wanneer hulle nie weet hoe om sulke situasies te hanteer nie.

Subtema 3: Ouers se behoefte aan vaardigheid ten opsigte van hantering van die kind se sosialisering

Uit die empiriese inligting was dit duidelik dat die teenwoordigheid van enkoprese in die kind se lewe ‘n beduidende invloed op die kind se sosialisering uitoefen. Die ouers besef dat enkoprese ‘n eliminasië versteuring is wat so onaangenaam is, dat die kind sosiaal verwerp word. Ouers ervaar ‘n behoefte aan vaardighede om die kind te help met sosialisering, en vaardighede om moeilike situasies te hanteer. Die reuk en besoedeling het tot gevolg dat die kind nie by maats wil oorslaap nie. Skool uitstappies en partytjies is spanningsvolle sosiale gebeure, en die spanning dra by tot meer besoedeling. Ouers is onseker of die kind liever sulke geleenthede ontsê moet word, en of die gasvrou bloot bewus gemaak moet word van die kind se “probleem”. Die sosiale verwerping kom van sibbe wat skaam is vir die gesinslid met enkoprese, maats, skool en wyer sosiale sisteme. Sosiale situasies waarin die kind as gevolg van die besoedeling sosiaal verwerp word, uitgelag word of net uitgesluit word is vir ouers uiters pynlik, en hulle is onseker hoe om sulke situasies tot voordeel van die kind te hanteer.

Becker (1994:49) meld: “The patient is often ostracized by parents, siblings, friends and teachers. This may lead to a variety of behavioural disturbances ranging from total withdrawal to overreaction, sometimes interpreted as either hyperactivity or minimal brain dysfunction, in an attempt to distract attention from the offensive odour.” Dit is vir die navorser duidelik dat ouers magteloos voel ten opsigte van die verwerping van hul kind met enkoprese.

Uit die empiriese data is dit duidelik dat die kind hom afsonder van die gesin en sosiale situasies wanneer hy homself bevuil. Die ouers het reeds plekke geïdentifiseer waar die kind “wegkruip” wanneer hy besoedel. ‘As ons hom nie sien nie, soek ons net agter die bank waar hy weer ‘besig is’’. Ouers kan nie verstaan dat, wanneer die kind hom onttrek en homself bevuil, hy dikwels ontken dat hy bevuil is nie. Ouers erken dat hulle magteloos en gefrustreerd voel, veral wanneer hierdie onttrekking in sosiale situasies plaasvind en dat hulle nie weet hoe om dit te hanteer nie. Die gevolg is dat hierdie onttrekking van die kind dikwels tot lyfstraf en verleentheid in sosiale situasies lei.

Uit die literatuur word bevestig dat die onttrekking van die kind enersyds die doel dien dat die kind kan ontlast, en dus 'laat gaan' in 'n plek wat vir hom veilig is. Die onttrekking kan ook gesien word as 'n wyse waarop die kind met enkoprese hom eenkant hou, (ook in 'n sosiale situasie), ten einde spot te vermy. "Children who soil are often the target of ridicule ... they may become withdrawn, fearful of discovery..." (Van Buuren,1991:598).

Subtema 4: Ouers se behoefte aan ouerskapvaardigheid ten opsigte van selfstandigheid van die kind met enkoprese

Ouers het te kenne gegee dat die kind met enkoprese se selfstandigheid ten opsigte van toiletafhanklikheid ernstig benadeel word. Wanneer besoedeling plaasvind is dit meestal onwelriekend, baie in volume en 'net 'n groot gemors'. Ouers het aangedui dat dit hulle frustreer om 'n groot kind wat so bemors is skoon te maak. Die kind is vies vir sy eie situasie en kan homself nie skoonkry nie. Ouers het aangedui dat selfs wanneer hulle poog om die kind aan te moedig om sy onderklere net in die toilet uit te spoel, dit meestal deur die ouer weer skoongemaak moet word. Die ouers beleef dat die kinders skaam kry vir hulle onvermoë en besef dat ander kinders so oud soos hulle heeltemal selfstandig ten opsigte van toilethigiëne is.

Volgens die ontwikkelingsteorie van Havinghurst (1979:1) is die tydperk nul tot vyf jaar die fase waarin die kind beheer oor sy uitskeidingsfunksies kry en 'n gevoel van selfstandigheid beleef. Volgens die ontwikkelingsteorie van Erikson, soos verduidelik deur Potgieter (1997:55), is hierdie fase ook die van konflik tussen outonomie en skaamte. Wanneer die kind as gevolg van enkoprese beheer verloor oor sy uitskeidingsfunksie en homself nie kan skoonmaak nie, kan dit daartoe lei dat die kind skaamte in homself asook twyfel in sy eie vermoëns ontwikkel.

Dit is vir die navorser duidelik dat ouers 'n behoefte het aan vaardighede om hierdie situasie te hanteer. Hul onvermoë in die hantering van hierdie vernederende disfunksie lei tot frustrasie en 'n gevoel van mislukking by die ouers. Die kind wat reeds toiletonafhanklik was en behoort te wees, is feitlik weer 'n 'baba' wat afhanklik van die ouers is.

Subtema 5: Ouers se behoefte aan vaardigheid ten opsigte van veeleisende daaglikse roetiene

Uit die empiriese inligting blyk dit dat ouers besondere ouerskapvaardighede nodig het vir die veeleisende daaglikse roetine-versorging van die enkopretiese kind. Ouers se belewenis is dat die hele gesin se beplanning en roetine om die enkopretiese kind wentel. Hierdie situasie bring frustrasie en weerstand binne die gesinsisteem mee, wat 'n effek van terughouding op die kind met enkoprese het, en dit dra by dat die enkoprese instand gehou word.

Ten einde die kind te help met dermkontrole, moet ouers ook die kind na elke ete op die toilet laat sit vir 'n bepaalde tyd, en hom motiveer om sy gastro-koloniese refleks te laat werk. Ouers se frustrasie met die kind wat nie wil saamwerk nie, en die ander sibbe wat aandag wil hê, en die eise van hul eie lewe, maak hierdie toiletroetiene veeleisend. Dit lei tot spanning en meegaande konflik tussen ouer en die kind met enkoprese, asook die ander kinders in die gesin.

Kirsten (2003) meld dat 'n gejaagde onbeplande vroeg oggend roetine meestal tot terughouding van stoelgang lei; gevolglik ontstaan hardlywigheid en sodoende word enkoprese in stand gehou.

Ouers wat respondente in die empiriese studie is, het almal gemeld dat die wegsteek van besoedelde onderklere 'n patroon van die kind se ontkenning is. Die kind se ontkenning maak die hantering van die besoedeling vir die ouers besonder moeilik. Een van die respondente het gemeld dat hy soms die kind met enkoprese met lyfstraf moet dreig voor die kind erken dat hy besoedel het, en skoongemaak moet word.

Literatuur bevestig hierdie baie komplekse aspek van die daaglikse roetine: Loenig-Bauke (1996:282) sê die volgende: "Many children with encopreses deny the presence of stool in their underwear and the accompanying foul and penetrant odour, and many children hide soiled underwear".

Uit die empiriese inligting is dit vir die navorser duidelik dat ouers 'n behoefte het aan vaardighede vir die hantering van hierdie daaglikse veeleisende take. Die navorser se belewenis is dat slegs deur kennis en insig hierdie vaardighede by ouers kan ontwikkel ten opsigte van die hantering van die kind wat besoedel.

4.2.3 HOOFTEMA 3: Ouers se behoefte aan vaardigheid in die hantering van sibbe van die enkopretiese kind

Subtema 1: Ouers se behoefte aan vaardigheid in hantering van jaloesie by sibbe

Uit die empiriese inligting blyk dit dat jaloesie soms by die ander kinders in die gesin van die enkopretiese kind voorkom. Ouers het hanteringsvaardighede nodig sodat die sibbe van kind met enkoprese, (wat 'n baie veeleisende disfunksie is), nie afgeskeep voel nie. Ouers het genoem dat die 'gesonde kind' aandagsoekende gedrag toon wanneer die kind met enkoprese positiewe of negatiewe tyd en aandag van die ouers kry. Ouers weet nie hoe om op te tree as die 'gesonde' kind in die gesin vra om van sy broer se spesiale kos, en selfs medikasie, te kry nie. Uit die inligting blyk dit dat sibbe beleef dat hulle ekstra tyd, aandag, betrokkenheid, aanmoediging, selfs terapie, misloop en jaloers is op die kind met enkoprese in die gesin.

In die hantering van die disfunksie beloon ouers die kind wanneer hy wel die toilet gebruik. Familielede wat ondersteunend is kan ook die kind prys, geskenkies gee en aanmoedig oor sy pogings. Waterston (1999:644) sê in 'n gevallebespreking die volgende: "They (die ouers) should reward him when he has performed ... there may well be an element of jealousy here, and the parents should try to give Sean (sibbe) extra attention to ensure that he does not feel left out."

Dit is vir die navorser duidelik dat hierdie disfunksie in 'n gesinsisteem 'n groot impak het. Ouers moet enersyds alle energie mobiliseer om die enkopretiese kind te behandel, te help en skoon te maak, en andersyds waak teen jaloesie by die sibbe.

Subtema 2: Ouers se behoefte aan vaardigheid ten opsigte van die hantering van sibbe se spanning

Die respondente het te kenne gegee dat die enkoprese spanning in die gesinsituasie veroorsaak, en dat sibbe ook hierdie spanning beleef. Die kind wat besoedel beleef spanning wanneer hy besoedel, en voel skuldig en angstig ten opsigte van ouers en sibbe se reaksie. Die ouers sê dat hulle daaglik ontoreikend en gefrustreerd voel omdat enkoprese so 'n chroniese disfunksie is. Die ouers, sibbe en die enkopretiese kind voel verder gespanne in sosiale situasies. Sibbe wil enersyds die kind beskerm, maar voel andersyds ook skaam vir die reuk, besoedeling en onaangenaamheid wat

enkoprese meebring. Die ouers beleef dat die ander kinders in die gesin in 'n mate verantwoordelikheid neem vir die enkopretiese kind en dieselfde spanning beleef as die ouers. Ouers noem verder dat enige nuwe situasie in die kind en gesin se lewe met spanning gepaard gaan met betrekking tot die besoedeling. Die ouers se behoefte aan hanteringsvaardighede lê dus in die hantering en vermindering van die spanning wat die disfunksie by sibbe, en in die hele gesinsisteem veroorsaak.

Subtema 3: Ouers se behoefte aan vaardigheid in hantering van ekstra verantwoordelikheid

Die empiriese inligting weerspieël die feit dat as gevolg van die disfunksie, daar meestal ekstra verantwoordelikheid op die sibbe geplaas word. Ouers se behoefte lê by die hantering van hierdie verantwoordelikheid van sibbe, aangesien ouers beleef dat dit 'n onnodige las op jong kinders in die gesin plaas. Die verantwoordelikheid behels nie 'n aandeel in die fisiese versorging of skoonmaak van die enkopretiese kind nie, maar 'n beskermende rol ten opsigte van die sosiale omgewing. Wanneer die kinders in 'n sosiale situasie, soos 'n kinderpartytjie is, sal die sibbe die ouer daarvan bewus maak daarvan dat die enkopretiese kind besoedel het. Volgens die ouers beleef hulle dat die sibbe ook hulself en die gesin wil beskerm teen die stigmatisering en vernedering wat met die uitskeidingsversteuring gepaard gaan. Ouers noem dat gedurende 'n kuier by vriende die suster van die enkopretiese kind meer ingestel is op die tekens en in die moeder se oor sal kom sê: 'Mamma, daar stink alweer iets.'

Die navorser beleef dat die sibbe in die gesin van die enkopretiese kind wel groter verantwoordelikheid dra. Vir die ouers behels hierdie groter verantwoordelikheid weer hoër eise aan die hantering van hierdie dinamika. Ouers voel onkundig en het 'n groot behoefte aan begeleiding en ouerskapvaardighede.

Subtema 4: Ouers se behoefte aan vaardigheid in die hantering van sibbe se skaamte

Uit die empiriese gegewens blyk dit dat veral die ouer kinders skaam is vir die sibbe wat besoedel. Ouers ervaar 'n behoefte aan vaardighede om hierdie moeilike situasies te hanteer. Aangesien die gesin 'n sisteem is, veroorsaak die vernederende disfunksie 'n gevoel van vernedering by die res van die gesin. Die ouers het gemeld

dat dit veral in sosiale situasies is waar die reuk en bemorsing verleentheid meebring, omdat sibbe skaam is vir die kind met enkoprese.

Siegel en Silverstein (1994:26) bevestig dat die sibbe skaam is vir die kind wat 'siek' is in die gesin, omdat hulle deel van dieselfde gesinsisteem is.

4.2.4 HOOFTEMA 4: Ouers se behoefte aan ondersteuning ten opsigte van hantering van eie emosies

Subtema 1: Ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van spanning en frustrasie

Uit die empiriese data blyk dit dat die hoë fisiese- en psigo-sosiale eise wat die hantering van enkoprese aan ouers stel, potensiaal vir konflik in ouers se verhouding inhou. Ouers voel onseker en onkundig en het begeleiding en ondersteuning nodig. Een van hierdie areas van konflik is die roetine rondom dieëet en ander voorbereidings wat behels dat een ouer vroeg opstaan, 'n spesiale dieëet vir die kind met enkoprese voorberei en 'n gedwonge toiletroetine toepas. Die gevolg hiervan is vermoeienis by een ouer, en 'n belewenis dat die ander ouer nie werklik besef watter hoë eise die disfunksie stel nie. Die streng toepassing van dieetriglyne veroorsaak ook meningsverskil omdat ouers verskil oor die nodigheid hiervan. Een ouer sê reguit "dis sommer onnodig wreed", terwyl die ander ouer sterk voel oor die streng dieet riglyne.

Die navorser besef dat dat hoë eise aan ouers se ouerskapvaardighede gestel word. Die onkunde oor korrekte hantering lei tot frustrasie, wat tot konflik in verhoudings aanleiding gee.

Addisionele voorbereidings vir alle omstandighede en aktiwiteite

Uit die empiriese gegewens is dit duidelik dat die addisionele werk wat die besoedeling vir ouers meebring tot frustrasie en spanning lei. In die vorige afdeling is reeds gewys op die dieëtvorbereidings. Uit die empiriese data het dit na vore gekom dat soos met 'n baba, 'n sak met skoon onderklere en skoon klere orals met die enkopretiese kind saamgeneem gaan word. Al die ouers het van insidente gepraat en vertel waar die kind se klere so bemors is. 'Alles is net vol stront'. Die

kinders moet in 'n openbare toilet gewas word en soms moet die stinkende klere eenvoudig 'n vullisdrom weggegooi word.

'n Ander faset van die besoedeling wat frustrasie by ouers veroorsaak, is die onnatuurlike hoeveelheid wasgoed, en die morsige aard van die wasgoed. Ouers voel dat hulle ondersteuning nodig het, omdat die frustrasie tot weersin in die ekstra werk, en selfs tot weersin in die kind lei. Aangesien die moeder in gesinne meestal die primêre versorger is, lei hierdie ekstra werk tot uitputting en 'n hoë vlak van frustrasie by die moeder.

Die navorser besef uit bostaande bespreking dat die effek van enkoprese verregaar is op die kind, die gesin en veral die ouers. Ouers se uitstaande behoefte is aan begrip, ondersteuning en begeleiding.

Behoeftes aan vaardigheid ten opsigte van vernederende opmerkings en aanmerkings

Uit die empiriese data is dit duidelik dat ouers (as gevolg van vernederende op-en-aanmerkings) emosionele pyn namens hulle kinders ervaar. Ouers is uiters sensitief ten opsigte van die aanwesigheid van enkoprese in die gesinsisteem en weet nie hoe om sodanige situasies te hanteer nie. Waar die enkopretiese kind tydens 'n kuier hoë eise aan hulle gestel ten opsigte van skoonmaak, was die gasheer se opmerking hierop: 'As my kind so aangaan sal ek hom slaan dat die kak sal spat'. Ouers beleef magteloosheid, skaamte en verontwaardiging en het begeleiding en vaardigheid nodig om so 'n situasie tot voordeel van hulself en hul kind te hanteer.

Ouers wat te hore kom dat hul kind se bynaam by die skool 'Stinky' is, of dat ander maats nie in hul motor wil ry nie omdat dit 'stink', beleef intense moedeloosheid.

Douglas (1995:28) identifiseer 'n baie belangrike aspek, naamlik dat die spanning wat hierdie sosiale situasies veroorsaak die enkoprese vererger en so 'n ongesonde kringloop in stand hou. Uit die navorser se kontak met die ouer en gesinsisteem van die kind met enkoprese, is dit duidelik dat die vernedering, die morsigheid, moedeloosheid, en die chroniese aard van enkoprese geweldige eise aan die ouers en die hele gesinsisteem stel.

Ouers se behoefte aan vaardigheid ten opsigte van die hantering van groter finansiële eise

Uit empiriese gegewens is dit duidelik dat die hoër koste van die aanwesigheid van enkoprese in die gesin, medikasie, ekstra skoonmaak, weggoobare nagdoeke en onderklere insluit. Bydraend tot die hoë mediese koste is die feit dat ouers van een mediese rolspeler na 'n ander in hul soeke na genesing vir enkoprese gestuur is. Die ouers beleef dat hierdie addisionele eis aan hul as ouersisteem potensiaal vir konflik in die verhouding inhou, en die gesin se hulpbronne uitput.

Die navorser beleef dat ouers begrip en ondersteuning nodig het, aangesien die disfunksie in alle opsigte besondere hoë eise aan hulle stel.

Subtema 2: Ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van konflik tussen ouers

Uit die empiriese inligting is dit duidelik dat daar konflik tussen ouers ontsaan as gevolg van meningsverskille oor die hantering van die kind en as gevolg van 'n gebrek aan tyd en privaatheid. Uit die empiriese data is dit opmerklik dat die ouers onsekerheid en verskille beleef ten opsigte van die hantering van die enkoprese. Ouers ervaar 'n behoefte is aan begrip en ondersteuning van mekaar, en ook die van die wyer sosiale gemeenskap. Een van die vaders het gesê: 'Ons het moerse fights gehad'...Hierdie opmerking dui op die meningsverskille ten opsigte van die hantering van die besoedeling.

'n Ander bron van konflik is die feit dat die moeder die swaarste aan die fisiese skoonmaak, asook die verleentheid in sosiale situasies dra. Die moeders se belewenis is dat eggenote ondersteunend is, maar nie werklik begrip het vir hoe erg die hantering van die disfunksie vir hulle is nie. Al die ouers het aangedui dat hulle as ouerpare konflik oor die displinering van die kind het. Die moeders beleef dat hulle meer kennis van die disfunksie het en die kind se gedrag die beste ken. Al die ouerpare het gemeld dat hulle sensitief is oor die disfunksie, en dat hulle onderling verdedigend optree wanneer hulle voel dat hul maat hulle hantering of besluite kritiseer.

Loenig-Bauke (1996: 282) meld die volgende: "Parents usually find this situation frustrating, and soiling becomes a major issue of contention between parents and between the parent and the child."

Die navorser besef dat die bron van konflik tussen ouers in die gesinsisteem van die kind met enkoprese verband hou met hierdie gevoelens van skaamte, angstigheid, frustrasie en onkunde. Die ouers se behoefte is aan kennis, begrip en ondersteuning.

'n Volgende tema uit die empiriese data is dié van die ekstra eise wat aan ouers gestel word. Die moeders beleef dat hulle na hulle dag se werk ook 'n behoefte aan ontspanning het. Die vaders het dieselfde behoefte. Aangesien die kind met enkoprese ontspan wanneer hy tuis kom na kleuterskool of skool, is dit meestal die tyd van die dag wanneer hy besoedel.

Die ouers het 'n behoefte aan ondersteuning en begeleiding, aangesien hulle beleef dat hierdie situasies konflik sneller. Die besoedeling lei tot frustrasie en konflik. Albei ouers beleef dat hulle moeg is, en min tyd met die kind spandeer, min tyd met sibbe en met mekaar spandeer. Hulle beleef enersyds skuldgevoelens, en andersyds dat hulle intieme tyd 'gesteel' word deur die konflik en frustrasie wat met die besoedeling gepaard gaan.

Die navorser besef dat die konflik en frustrasie weer 'n direkte effek op die kind het: Wanneer die kind sleg en skuldig voel oor die besoedeling, beleef hy ang en stoelgang word teruggehou. Margalit (1994: 41) noem dat 'n patroon van uitputting en frustrasie by ouers lei tot weerstand en selfs woede teen hul eie kind.

Subtema 3: Ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van hul vrese

Uit die terugvoer van respondente blyk dit dat ouers vrees dat die kind se enkoprese nie sal opklaar nie. Die vrees lei tot spanning wat 'n negatiewe effek op die ouers se verhouding het. Die oorsprong van hierdie vrees lê daarin dat ouers talle pogings aangewend het om mediese en psigologiese hulp te kry, maar dat enkoprese steeds in die gesin teenwoordig is. Een van die ouers het met moedeloosheid gesê: 'Dit lyk nie of iemand 'n 'clue' het wat om te doen nie...' Die ouers vrees dat die kind wanneer hy skool toe gaan, selfs hoërskool toe gaan, steeds nie beheer oor sy besoedeling sal hê nie. Ouers se vrese is gekoppel aan die vernedering waaraan die kind blootgestel is, en die feit dat sy selfbeeld skade lei. In een geval het 'n moeder

se broer op 'n later leeftyd enkoprese ontwikkel, en sy vrees dat haar kind dieselfde negatiewe belewenis daarvan sal hê.

Behalwe die bogenoemde vrese van ouers, beïnvloed die kind se eie vrese ook die gesinsdinamika. "The child is living with the fear that his peers will find out about his problem and that he'll lose his friends ... he may be laughed at and taunted until it becomes unbearable" (Andrews, 1999:1). Die navorser se waarneming is dat ouers se onkunde oor die aard van enkoprese en die hulp wat beskikbaar is hierdie vrese versterk.

Subtema 4: Ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van hul verlaagde selfvertroue

Uit die empiriese data blyk dit dat al die ouers mislukking in hul persepsie van hulself as opvoeders beleef. Die gevoel van mislukking en onkunde lei tot spanning tussen ouers, en hierdie spanning het 'n negatiewe effek op sowel die kind met enkoprese as die totale gesinsisteem. Die kritiek wat ouers van familie, vriende en die breër gemeenskap kry, het hierdie persepsie versterk. 'Ek is so moedeloos' het een ouer opgemerk, 'en dan kom kuier my ma hier en vra waarom ek niks aan die probleem doen nie'. Faktore soos die chroniese aard van die disfunksie, die feit dat die kind reeds toletonafhanklik behoort te wees en die onaangename simptome wat met die disfunksie gepaard gaan, versterk hierdie persepsie. Hierdie aspek word soos volg in die literatuur verduidelik:

"Lack of understanding in and outside of the family circle, often aggravates the problem" (Van Buuren, 1991:596). Die ouers noem dat selfs medici wat die kind behandel hulle ontoereikend laat voel indien daar nie verbetering in die kind se disfunksie kom nie. Scheepers (1994:46) het in haar studie gevind dat die onkunde oor die hantering van die disfunksie, en die frustrasie en magteloosheid wat ouers beleef, tot spanning in die gesin lei.

Die veeleisende roetine ten opsigte van medikasie stel verder hoë eise wat ouers aan hulself laat twyfel. Die inligting verkry deur die empiriese studie, bevestig dat die ouers meestal op lukraak wyses medikasie gebruik het. Wanneer die ouers mediese praktisyns konsulteer, is die klagte hoofsaaklik rondom hardlywigheid. Medikasie vir bloot hardlywigheid het nie altyd die nodige uitwerking op die geïmpakteerde kolon van die kind met enkoprese nie. Ouers het dus die persepsie gevorm dat medisyne 'nie help nie'. Die ouers sê ook: 'Dokters het nie kennis van enkoprese nie en is nie bereid om 'n pad met ons te loop nie'. Die data bevestig ook dat ouers soms 'n

persoonlike weerstand het teen die gebruik van klismas het omdat hulle glo dat dit vernederend vir hulle kind is. Kirsten (2003), hoof van die Enkoprese Kliniek, sê roetine vir toediening van medikasie vir die kind met enkoprese moet uiters streng gevolg word: Hierdie roetine behels die vroegoggend toediening van 'n klisma of setpil, gevolg deur 'n hoëvesel ontbyt. Elke aand word 'n bepaalde dosis stoelgang-sagmaker toegedien, asook 'n middel wat die kolon se motiliteit (beweeglikheid) verhoog. Indien ouers nie by hierdie streng roetine hou nie, beskou die kliniek dit dat ouers nie samewerking gee nie.

Vir die navorser is dit duidelik dat hoë eise aan die ouers ten opsigte van medikasie gestel word. Wanneer die kind nie 'beter word' nie, beleef ouers dat hulle misluk, voel skuldig en 'n negatiewe persepsie ten opsigte van hul ouerskapvaardighede word versterk. Die sukses hang grootliks af van deeglike berading ten opsigte van die noodsaaklikheid van hierdie streng geroetineerde behandelingsprogram. "Many children may require months, or even years of concentrated treatment. Merely treating or relieving the faecal impaction, without adequate supportive or maintenance therapy, results in a sort of constant recovery cycle: the need for persistence with the therapy should be reinforced" (Van Buuren,1991:603).

Subtema 5: Ouers se behoefte aan ondersteuning in die hantering van hul verlaagde motivering

Respondente het gemeld dat motivering van die kind 'n probleemarea vir die ouers is. Ouers het 'n behoefte aan begeleiding om die kind te motiveer, aangesien hulle beleef dat hulle al 'alles probeer het'. Die ouers het beleef dat die kind soms koppig en ontkennend is ten opsigte van hulp vir sy besoedeling. Die ouers het almal reeds verskeie wyses van motivering probeer: stories voorlees terwyl die kind op die toilet sit, belonings as hy suksesvol was en ekstra voorregte. Die ouers beleef dat die kind soms, ten spyte van belonings, nie 'saamwerk' nie. Van Buuren (1991: 605) noem dat die ouers en die kind motivering nodig het: "Regular follow-up, advice, support and encouragement for both parent and child is necessary. The use of a star-chart or calendar is often an incentive for the child to do well, and helps to document accurately the response to therapy."

Die navorser se waarneming van ouers se benutting van motivering en beloning is dat ouers soms self moedeloos raak. Die navorser glo dat verbetering in die disfunksie uiteindelik die beste motiveerder is vir beide ouers en kind.

4.2.5 HOOFTEMA 5: Ouers se behoefte aan begrip en ondersteuning vanaf professionele rolspelers

Die empiriese inligting wys duidelik dat ouers algemene onkunde ten opsigte van enkoprese beleef in hul kontak met professionele rolspelers. Ouers het genoem dat die kleuterskool- en skoolsisteme onkundig is: "Hulle het nie 'n clue wat enkoprese is nie". Een van die ouers wat deel vorm van hierdie studie se kind is tans in 'n spesiale skool en hierdie ouers het wel gevind dat die personeel meer kundig is as in hoofstroom skole. Wat betref die kontak met algemene mediese praktisyns betref, sê ouers die volgende: "Die G.P.'s weet niks van enkoprese nie en laat ons voel ons as ouers is die oorsaak van die probleem".

Waar ouers soms in moedeloosheid na 'n apteker gegaan het vir medikasie en raad, het hulle ook onkunde en onsekerheid gevind. Die meeste ouers het ook pediater gekonsulteer, en hulle belewenis was uiteenlopend. Meestal voel hulle dat die fisiese aspek van die disfunksie behandel word, maar dat die emosionele aspek buite rekening gelaat word.

Die navorser is van mening dat ouers uitgelewer voel aan 'n mediese sisteem waar relatief min medici werklik kundigheid ten opsigte van enkoprese het. Ouers beleef dat hulle van die een na 'n volgende medikus gestuur is, en dit het tot groter moedeloosheid, frustrasie en selfs woede gelei. Hierdie emosies het 'n negatiewe effek op die enkoprese, die ouers en die hele gesinsisteem.

Uit die empiriese inligting blyk dit dat ouers beleef dat die skoolsisteem nie oor kennis oor enkoprese beskik nie. Ouers het ervaar dat die kind gesien word as 'n kind wie se ouers hom nie toiletonafhanklik gemaak het nie en het beleef dat die kleuterskoolsisteem hulle as ouers etiketteer. Ouers het 'n behoefte aan ondersteuning vanaf die skoolsisteem, maar hulle ondervinding was deurgaans negatief. Uit die inligting blyk dit dalk aangesien enkoprese so 'n sensitiewe disfunksie is, en ouers hul kind teen viktimisering wil beskerm, hulle soms doelbewus nie met die skool oor die enkoprese praat nie.

Van Buuren (1991:65) meld: "Problems which may be encountered at school, regarding toilet accessibility and peer pressure should be carefully discussed with the teacher. It is important that the teacher be sensitive to the child's problems and needs."

Uit hierdie gegewens maak die navorser die afleiding dat ouers onseker en verward is oor wat die beste is vir hulle kind. Enersyds wil hulle hom beskerm, en andersyds beleef hulle dat daar nie kennis of ondersteuning vanaf die skoolsisteem is vir die besondere eise van die kind met enkoprese is nie.

4.2.6 HOOFTEMA 6: Ouers se behoefte aan ondersteuning vanuit die sosiale gemeenskap

Subtema 1: Ouers se behoefte aan natuurlike sosialisering en ondersteuning

Uit die empiriese data was dit duidelik dat die ouers die gevolge van die enkoprese negatief ten opsigte van hul sosialisering beleef het. Die ouers was onseker of hulle hul vriende ten volle moet inlig oor die enkoprese, en andersyds het hulle ook 'n groot behoefte aan aanvaarding en ondersteuning van vriende. Waar ouers die vriende nie ingelig het nie, was dit 'n baie spanningsvolle situasie omdat opmerkings soos 'hier stink dit al weer' hulle dadelik op hul hoede gestel het. Die moeder van een van die kinders het ondervind dat die kind self hierdie spanning aanvoel, met die gevolg dat hy in die verloop van 'n kuiermiddag tot 12 keer skoongemaak moet word. Al drie ouerpare het ook gesê dat oorslaapkuiers, vakansie saam met vriende en kuiers by familie en vriende so spanningsvol is dat dit eerder vermy word.

Davis (1993:20) beaam ouers se belewenis en sê dat die stigmatisering van die kind tot gevolg het dat ouers verdere sosialisering vermy. Die reuk, skoonmaak en 'vreemde' liggaamshouding as die kind terughou, is vir ouers uiters ongemaklik. Die navorser besef uit hierdie bespreking dat juis omdat enkoprese so 'n min- bespreekte disfunksie is, die onkunde by ouers en die breër gemeenskap 'n negatiewe effek op ouers en die gesin se sosialisering uitoefen. Ouers raak gevolglik sosiaal geïsoleer, en die ouers, gesin en kind met enkoprese beleef dat hulle anders en dus onaanvaarbaar vir ander mense is.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat ouers onseker en ambivalent ten opsigte van sosialisering voel. Enersyds het hulle 'n groot behoefte aan ondersteuning en begrip, andersyds onttrek hulle eerder as dat hulle en hul kind met enkoprese verwerping beleef. Die gevolg hiervan is dat natuurlike sosialisering beperk word.

Subtema 2: Ouers se behoefte aan ondersteuning ten opsigte van sosiale isolasie en gevoel van geïsoleerdheid ten opsigte van ander gesinne

Uit die empiriese gegewens blyk dit dat ouers beleef dat hulle die enigste gesin is wat met die disfunksie van enkoprese sukkel. Aangesien die gesin 'n sisteem is, veroorsaak die vernederende disfunksie 'n gevoel van vernedering by die res van die gesin. Hierdie belewenis lei daartoe dat die kinders ook beleef dat dit net by hulle is waar besoedeling en vrees vir besoedeling 'n deel van elke dag is. Uit die data het dit geblyk dat ongemak wat met hierdie uitskeidingsversteuring gepaard gaan, veral in sosiale situasies daartoe lei dat beide ouers en ander kinders in die gesin, beleef dat hulle gesin nie 'normaal' is nie. Siegel en Silverstein (1994:26) bevestig dat die sibbe skaam is vir die kind wat 'siek' is in die gesin, omdat hulle deel van dieselfde voel gesinsisteem is.

Daar is reeds gedui op die stigmatisering van die kind, sy ouers en gesin, (wat hoofsaaklik uit onkunde voortspruit) en die feit dat dit tot sosiale isolasie lei.

Uit ouers se terugvoer blyk dit dat welmenende familie en vriende sonder enige insig in die kompleksiteit van die behandeling van enkoprese raad gee. Ouers reageer verdedigend teenoor hierdie houding vanuit hul sosiale sisteme, omdat hulle beleef dat die suggestie gelaat word dat hulle as ouers swak ten opsigte van die enkoprese presteer. Becker (1994:64) het in sy werk met die kind met enkoprese en sy ouers, besef hoe belangrik hierdie ondersteuning vir ouers is.

4.2.7 HOOFTEMA 7: Ouers se behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir ouers van die kind met enkoprese

Uit die empiriese inligting het die behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir ouers van die kind met enkoprese baie duidelik na vore gekom. As gevolg van die stigmatisering praat ouers nie maklik oor hierdie disfunksie nie. Die gevolg hiervan is dat ouers nie een ander ouerpaar ken wat 'n kind het met enkoprese het nie. Ouers het genoem dat hulle beleef dat dit net hulle is wat hierdie behoefte aan kennis, vaardighede en ondersteuning ervaar. Ouers voel geïsoleerd, en deel van hierdie isolasie is dat daar niemand is wat hulle ondervinding deel nie.

Die navorser besef dat daar 'n wesenlik behoefte by ouers is om met ander ouers kontak te maak wat dieselfde pad met enkoprese as hulle stap. Bloot die feit dat hulle nie alleen is met al hulle onkunde, vrae en vertwyfeling nie, sal 'n groot element van

verligting vir ouers inhou. Een van die positiewe gevolge vir die ouers van deelname aan hierdie navorsing is dat so 'n ondersteuningsgroep vir ouers van kinders met enkoprese hieruit kan voortspruit. In navorser se gesprek met mev. L Scheepers, maatskaplike werker wat vroeër 'n ondersteuningsgroep by die Enkoprese Kliniek, Pretoria Akademiese Hospitaal gelei het, is die waarde van so 'n groep bevestig.

4.2.8 HOOFTEMA 8: Ouers se behoefte aan verhoogde bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese

Subtema 1: Ouers se behoefte om gehoor te word as ouer van 'n kind met enkoprese

Die empiriese inligting dui daarop dat ouers 'n werklike behoefte het dat skole en die breër gemeenskap meer bewus gemaak word van enkoprese. Die ouers beleef dat die hoofstroom skole nie tyd het nie, nie kennis het nie, en nie belangstel in die kind met spesiale behoeftes nie. Ouers beleef dat wanneer hulle met die skoolhoof of onderwyseres praat, hulle nie werklik gehoor word nie. Ouers se behoefte is om as groep, of by monde van kenners, gehoor te word.

Die navorser erken ouers se behoefte dat bewusmaking op individuele vlak moet geskied, maar ook dat 'n groter poging aangewend moet word om die skoolsisteem op breër vlak ten opsigte van enkoprese bewus te maak.

Subtema 2: Ouers se behoefte aan media aanwending vir groter bewustheid ten opsigte van enkoprese

Die empiriese inligting het aan die lig gebring dat ouers 'n behoefte daaraan het dat daar meer geskryf word oor enkoprese, ten einde die breër gemeenskap meer bewus te maak van enkoprese. Die ouers het beleef dat die onkunde rondom enkoprese juis tot meer viktimisering van die kind, en meer sosiale isolering van ouers en kind bydra. Volgens Dr Kirsten, hoof van die Enkoprese Kliniek (2003), wat enkele jare gelede 'n artikel in 'n populêre tydskrif geskryf het, was die lesers-reaksie oorweldigend. Ouers se reaksie was meestal: "Ek was so verlig om te iets raak te lees wat my laat beseft het wat dit is wat my kind makeer!"

Die navorser beseft dat daar 'n groot leemte is aan meer beskikbare en verstaanbare inligting oor enkoprese, veral in die populêre literatuur. Dit is juis die onbekendheid

van die disfunksie wat ook tot die stigmatisering bydra en so die disfunksie en die ouers se frustrasie en gevoel van isolering in stand hou.

4.3 Samevatting

Die fokus van hierdie hoofstuk was die bepaling van die psigo-sosiale behoeftes van die ouer van die kind met enkoprese. Vanuit die empiriese studie is agt hooftemas geïdentifiseer. Onder hierdie hooftemas is die empiriese data in subtemas ingedeel en bespreek. Hierdie temas het aan die navorser 'n duidelike beeld gegee van die psigo-sosiale behoeftes van die ouers, asook die besondere hoë eise wat hierdie baie komplekse disfunksie aan ouers stel. Die ouers se behoeftes spruit voort uit hulle belewenis van die disfunksie en die eise wat die disfunksie aan hulself stel ten opsigte van die hantering van die kind, die hantering van die sibbe van die kind met enkoprese, die eise wat aan hulle self gestel word, asook eise ten opsigte van die sosialisering met die breër gemeenskap.

Vanuit hierdie studie is agt hooftemas geïdentifiseer. Die eerste hooftema fokus op die ouers se behoefte aan kennis van die aard en veroorsaking van enkoprese. Die tweede hooftema fokus op die behoefte aan vaardigheid in die hantering van die kind met enkoprese. Die derde hooftema is die behoefte by ouers aan ouerskapvaardighede ten opsigte van die sibbe van die enkoprestiese kind.

Die vierde hooftema handel oor die behoefte aan ondersteuning by ouers van die hantering van hul eie emosies ten opsigte van die effek van enkoprese op hulself en hul verhouding. Die vyfde hooftema is die behoefte aan begrip en ondersteuning aan ouers vanaf professionele persone. Die sesde hooftema handel oor ouers se behoefte aan ondersteuning vanuit die sosiale gemeenskap. Die sewende hooftema is die behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir ouers van enkoprestiese kinders. Die agtste hooftema handel oor ouers se behoefte aan verhoogde bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese.

Die navorser beleef uit die empiriese studie dat werklike behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese na vore gekom het. Enkoprese is so 'n komplekse disfunksie, dat die hele gesinsisteem, asook die dag-tot-dag roetine, en sosialisering van ouers en gesin hierdeur geraak word. Vanuit hierdie navorsing is daar verskeie aspekte wat in die praktyk benut kan word sodat meer doeltreffende dienslewering aan ouers van die kind met enkoprese kan geskied.

HOOFSTUK 5

SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Uit die navorsingsresultate wat in hoofstuk vier bespreek is, is dit duidelik dat die ouers van die kind met enkoprese verskeie psigososiale behoeftes ervaar.

Die doel van hierdie hoofstuk is om aan te dui tot watter mate die doelstelling en die doelwitte wat in hierdie studie gestel is ten einde die navorsingsvraag op te los, bereik is. Daar sal ook vanuit die navorsingsresultate wat in hierdie studie bekom is, gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak word.

5.2 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE

Die doelstelling van die studie was die bepaling van ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van hul kind met enkoprese.

Hierdie doelstelling soos as volg bereik:

- 'n Kennisbasis is ten opsigte van die psigo-sosiale behoeftes van die ouer van die kind met enkoprese deur konsultasies met kundiges opgebou;
- die literatuurstudie is ook benut om 'n onderhoudskedule op te stel wat tydens een-tot-een onderhoude gebruik is;
- tydens die voer van hierdie onderhoude is kwalitatiewe empiriese inligting ingesamel.

Die empiriese data wat so ingewin is, het die aard is van die psigo-sosiale behoeftes wat die ouers van die kind met enkoprese ondervind, bevestig.

5.3 DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Die navorser het die doelwitte, soos in hoofstuk 1 onder 1.4.1 bespreek is, gestel om die rigting van die ondersoek te lei. Die doelwitte van die studie sal vervolgens afsonderlik bespreek word.

- Uitbou van 'n kennisbasis deur 'n literatuurstudie en gesprekke met kundiges op die gebied van enkoprese. Kennis is nagevors ten opsigte van die volgende aspekte: die fisiologiese meganisme van enkoprese, die rol van toiletroetine in die ontstaan van die probleem en die effek van 'n kind met enkoprese op die ouer-en gesinsisteem.

Hierdie doelwit is bereik deurdat die navorser met behulp van 'n literatuurstudie en gesprekke met kundiges, inligting ingesamel het en 'n kennisraamwerk oor bogenoemde aspekte opgebou het. Hierdie inligting is in hoofstukke twee en drie van hierdie studie uiteengesit.

Die volgende doelwit van die studie was die verkryging van empiriese inligting oor die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese. Een-tot-een semi-gestruktureerde onderhoude is met behulp van 'n onderhoudskedule met die respondente gevoer. Deur hierdie onderhoude is bepaal wat ouers se behoefte aan kennis ten opsigte van enkoprese as disfunksie is, wat ouers se behoefte aan kennis van die effek van enkoprese ten opsigte van die kind se funksionering is en wat ouers se eie emosionele behoeftes ten opsigte van die hantering van enkoprese is.

'n Empiriese studie is uitgevoer deurdat die navorser vanuit 'n literatuurstudie 'n onderhoudskedule ontwerp het wat tydens een-tot-een semi-gestruktureerde onderhoude benut is.

Die temas wat deur hierdie onderhoudskedule aangespreek is, is verskillende aspekte ten opsigte van die ouers se belewenis van die kind met enkoprese en die ouers se psigo-sosiale behoeftes wat hieruit voortspruit. Die volgende temas is aangespreek; ouers se behoefte aan kennis ten opsigte van belewenis van enkoprese; ouers se behoefte aan kennis oor die effek van enkoprese op die kind; ouers se behoefte aan kennis oor die effek van enkoprese op die ouer-en gesinsisteam; kennis oor die rol wat die skool, gesin en sosiale milieu ten opsigte van enkoprese speel; ouers se behoefte ten opsigte van die kennis en houding van professionele rolspelers ten opsigte van enkoprese; ouers se behoefte aan ondersteuning uit die sosiale gemeenskap; behoefte aan verhoogte bewustheid by die gemeenskap ten opsigte van enkoprese en 'n ondersteuningsgroep vir ouers van die kind met enkoprese.

Drie ouerpare is as respondente betrek vir die een-tot-een onderhoude. Drie onderhoude is met elke ouerpaar gevoer. Die eerste onderhoud het gefokus op ontmoeting, bespreking en ondertekening van die onderneming tot ingeligte toestemming van deelname. Die tweede onderhoud is gevoer aan hand van die onderhoudskedule. Die derde onderhoud was gefokus op die ouers se behoefte aan ontflonting.

Die doelwit is dus bereik deurdat die inligting wat ingewin is al die aspekte van die doelwit dek.

Nog 'n doelwit van die studie was om gevolgtrekkings en aanbevelings van die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van enkoprese in geskrewe vorm te vervat. Hierdie gevolgtrekkings en aanbevelings kan dien as riglyne vir verdere hulpverlening in die praktyk. Vanuit die empiriese data is daar in hierdie hoofstuk gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak. 'n Artikel waarin die navorsingsresultate en aanbevelings weergegee word, sal vir 'n vaktydskrif geskryf word.

5.4 NAVORSINGSVRAAG

Aangesien die studie binne die kwalitatiewe benadering uitgevoer is, is die volgende navorsingsvraag geformuleer:

Wat is die ouers se psigo-sosiale behoeftes ten opsigte van die kind met enkoprese? Die vraag is beantwoord deurdat empiriese inligting aangedui het watter psigo-sosiale behoeftes die ouers van die kind met enkoprese ervaar.

5.5 SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS.

5.5.1 Samevatting van die navorsingsresultate

Die navorsingsresultate van die empiriese studie kan in die volgende hooftemas saamgevat word. Die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese word hierin weerspieël:

- Ouers het 'n behoefte aan kennis en begrip vir die aard en oorsaak van enkoprese.
- Ouers het 'n behoefte aan vaardighede ten opsigte van die hantering van die kind met enkoprese.
- Ouers het 'n behoefte aan ouerskapvaardighede ten opsigte van die hantering van die sibbe van die enkopretiese kind.
- Ouers het 'n behoefte aan ondersteuning ten opsigte van die hantering van hul eie emosies.
- Ouers het 'n behoefte aan ondersteuning en begrip van professionele rolspelers.
- Ouers het 'n behoefte aan ondersteuning vanuit die sosiale gemeenskap.
- Ouers het 'n behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir gesinne van kinders met enkoprese.

- Ouers het 'n behoefte aan mediabewusmaking by die breër gemeenskap ten opsigte van enkoprese.

Die navorsingsresultate het deurlopend met literatuur gekorreleer en is so aangedui.

5.5.2 Gevolgtrekkings

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die doelstelling en doelwitte wat vir die doel van hierdie navorsing geformuleer is, bereik is. 'n Empiriese ondersoek na die aard van die psigo-sosiale probleme wat die ouers van die kind met enkoprese ondervind, is suksesvol uitgevoer. Die empiriese ondersoek is uitgevoer deur een-tot-een onderhoude met ouers van 'n kind by wie enkoprese medies gediagnoseer is, te voer. Hierdie onderhoude is aan die hand van 'n semi- gestruktureerde onderhoudskedule gevoer.

Die navorser is van mening dat die navorsingsvraag beantwoord is. Empiriese data wat ingewin is, het die psigo-sosiale behoeftes van die ouers van die kind met enkoprese uitgewys.

Op grond van die empiriese data wat ingewin en in hoofstuk vier bespreek is, kom die navorser vervolgens tot die volgende gevolgtrekkings:

Navorsingsresultate het aangedui dat ouers 'n behoefte het aan kennis en begrip ten opsigte van die veroorsaking van enkoprese. Die ouers het ook 'n behoefte om te verstaan wat bydra tot die veroorsaking van enkoprese. Die ouers het 'n behoefte om te verstaan in watter mate hardlywigheid, toiletonderrig, stres, die ontwikkeling van 'n mega-kolon asook dieet en gebrek aan oefening verband hou met die ontstaan van enkoprese. Ouers het ook beleef dat hulle heeltemal onkundig is oor wat die aard van die disfunksie van enkoprese is.

Die afleiding wat uit hierdie behoefte van ouers gemaak kan word, is dat hulle meer bemagtig sal voel indien hulle die veroorsakende faktore van hul kind se enkoprese sou verstaan. Die belewenis van ouers dat die kind se onvermoë ten opsigte van sy besoedeling 'n refleksie op ouers se ontoereikende ouerskapvaardighede is, kan deur meer kennis bekamp word. Dit was verder duidelik dat ouers meen dat indien hulle meer kennis oor die aard en van enkoprese gehad het, hulle meer begrip sou hê (dat die kind nie net koppig of stout was nie) en gevolglik die kind se gedrag en die effek van enkoprese op die kind en die gesinsisteem met meer insig sou kon

hanteer. Die navorser maak ook die afleiding dat meer kennis oor die oorsake en aard van enkoprese ouers sal bewapen teen stigmatisering wat die ouers vanuit sosiale sisteme beleef.

Navorsingsresultate het aangedui dat ouers 'n behoefte het aan vaardighede in die hantering van die kind met enkoprese. Enkoprese is so 'n komplekse disfunksie dat ouers beleef dat hulle nie oor kennis en vaardighede beskik om die fisiese en psigo-sosiale effek van enkoprese op die kind en gesin te hanteer nie. Die minderwaardigheid, skaamte en skuldgevoelens wat die kind met enkoprese beleef as gevolg van die besoedeling, het die ouers bloot magteloos laat voel: hulle het nie geweet hoe om die kind te bemagtig terwyl hulle self skaam en skuldig oor die chroniese besoedeling voel nie. Ouers het verder aangedui dat hulle nie weet hoe om hul kind en die gesin te help met sosialisering nie, aangesien alle sosialisering ook by hulself spanning ten opsigte van die vrees vir besoedeling meegebring het. Vanuit die navorsingsresultate blyk dit dat ouers glad nie geweet het hoe om die kind se ontkennde gedrag te hanteer nie en as gevolg van hul eie frustrasie meestal straf toegepas het wat geen verandering in die gedrag gebring het nie. Die ouers het ook aangedui dat die toiletroetine ten opsigte van die kind met enkoprese tot ongekende frustrasie gelei het. Gevolglik het ouers beleef dat hulle nie oor die vaardigheid beskik het om die situasie te hanteer nie.

Uit die navorsingsresultate maak die navorser die afleiding dat ouers besef dat hulle nie oor die vaardighede beskik om die gedrag wat deur die komplekse disfunksie veroorsaak word, te hanteer nie. Die onkunde en magteloosheid lei tot frustrasie wat spanning in die ouer-kind verhouding veroorsaak en dikwels tot ontoepaslike optrede by ouers lei. Die navorser is van mening dat hierdie gedrag tot skuldgevoelens by ouers lei, wat weer 'n negatiewe effek op die ouer-en gesinsiteem het en ouers aan hul ouerskapvaardighede laat twyfel.

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die ouers van die enkopretiese kind vanweë die hoë eise aan hul ouerskapvaardighede, ondersteuning nodig het ten opsigte van die hantering van hul eie emosies. Die onkunde ten opsigte van enkoprese as disfunksie en die hoë eise wat aan hulle en hul gesin gestel word ten opsigte van die kind met enkoprese, lei tot spanning en frustrasie. Ouers het beleef dat die voorbereiding van spesiale diëte, die veeleisende roetine wat behels vroeg opstaan, setpille en kliskas toedien voor skool behels die baie wasgoed en die voortdurende skoonmaak van 'n erg besoedelde kind, hulle emosioneel en fisies uitgeput het en 'n

vrees laat ontstaan dat daar nooit genesing sou kom nie. Die ouers se belewenis van die hoë finansiële eise lei tot gevoelens van weerstand teen hul eie kind, wat op sy beurt lei tot skuldgevoelens. Uit die navorsingsresultate blyk dit dat al bogemelde faktore potensiaal vir konflik tussen ouers inhou. Die onkunde, gebrek aan die nodige vaardighede om moeilike situasies te hanteer en die hoë eise op verskeie vlakke van hul funksionering, lei tot verskil in opinie, kritiek en gevoelens dat een ouer meer as die ander doen. Hierdie konflik lei tot 'n hoër vlak van spanning in die gesinsituasie, wat by die enkopretiese kind tot meer terughouding, meer besoedeling en meer skuldgevoelens by die kind en die ouers lei.

Uit die navorsingsresultate kan die afleiding gemaak word dat die komplekse disfunksie hoë eise aan die ouersisteem stel. As gevolg van onkunde en gebrek aan ondersteuning, is die spanningsvlak in die ouer-en gesinsisteem hoog. Die hoë spanningsvlak word ook deur die literatuur bevestig. Die navorser maak die waarneming dat juis as gevolg van die stigma verbonde aan enkoprese, ouers nie oor hierdie probleem met persone buite die gesinsisteem praat nie en dus nie ondersteuning en begrip kry nie.

Vanuit die navorsingsresultate het dit geblyk dat die ouers 'n groot behoefte het aan begrip en ondersteuning vanaf professionele persone ervaar. Aangesien die skoolsisteem die een plek is waar die kind met enkoprese besonder blootgestel aan viktimisasie is was dit ouers se behoefte dat die skool kennis en begrip vir die kind en ouers sal hê. Uit die navorsingsresultate blyk dat net soos die ouers, die skool ook onkundig is ten opsigte van enkoprese en dat ouers moontlik onrealistiese verwagtings van die skoolsisteem gehad het. Dit blyk verder dat as gevolg van die stigmatisering, ouers soms nie met die skool gepraat het nie, wat uiteindelik tot meer spanning gelei het wat op die kind met enkoprese oorgedra is. Ouers het ook in die navorsing laat blyk dat hulle teleurgesteld was in die ondersteuning en begrip vanaf mediese rolspelers. Ouers het in desperaatheid verskeie mediese praktisyns geraadpleeg, wat nie kundig was rondom die aard en die hantering van enkoprese nie. Hierdie ondervinding het ouers meer gefrustreerd en magteloos laat voel en het bygedra tot 'n gevoel van magteloosheid dat *niemand* oor die kennis of begrip beskik het om hulle te kon ondersteun nie.

Die navorser maak die afleiding dat ouers die persepsie huldig dat relatief min mediese praktisyns werklik oor voldoende kennis ten opsigte van enkoprese beskik. Gevolglik het ouers ondervind dat die behandeling meestal nie suksesvol was nie, of

dat hulle van een praktisyn na 'n volgende gestuur is. Die gevolg hiervan was gevoelens van frustrasie en magteloosheid by ouers en die instandhouding van die enkoprese weens mislukte behandeling.

Die navorsingsresultate het aangedui dat ouers sosiaal geïsoleerd gevoel het en beleef het dat hulle nie ondersteuning kry vanuit die sosiale gemeenskap nie. Die gevolgtrekking uit die navorsing was dat die ouers en gesin van die enkopretiese kind slegs selektief kan sosialiseer. Die ouers het beleef dat die vrees vir besoedeling, stigmatisering, onwelkome 'raad' en kritiek, daartoe bygedra het dat die hele gesin meestal sosiaal onttrek het. Uit die navorsingsresultate blyk dit verder dat ouers heelwat ekstra voorbereidings moes tref ten opsigte van enige moontlike besoedeling wanneer hulle wel sou sosialiseer.

Die navorsingsresultate het aangetoon dat ouers juis die begrip, ondersteuning en aanvaarding van hulle familie en vriende nodig het, aangesien hulle beleef het dat hulle deur die aanwesigheid van enkoprese geïsoleer word. Die gevolgtrekking van die navorser is dat as gevolg van die stigmatisering ten opsigte van enkoprese, die skuldgevoelens en skaamte asook die hoë eise wat die besoedeling aan ouers stel en die gebrek aan ondersteuning vanuit sosiale sisteme, ouers laat voel dat hulle en hul kind onaanvaarbaar is.

Die navorsingsresultate het aangedui dat die ouers 'n groot behoefte aan 'n ondersteuningsgroep vir ouers van enkopretiese kinders beleef. Dit het duidelik geblyk dat ouers as gevolg van hul belewenis van isolasie ten opsigte van enkoprese, graag ouers soortgelyke probleme wou ontmoet, probleemassekte wou bespreek en van mekaar leer. Uit die navorsingsresultate het geblyk dat hoewel ouers so 'n behoefte beleef, hulle nie geweet het hoe om 'n groep in die lewe te roep of by 'n bestaande groep aan te sluit nie.

Uit die navorsingsresultate maak die navorser die afleiding dat net soos hul kind met enkoprese uitgesluit en 'anders' voel as sy portuurgroep, die ouers dieselfde uitsluiting beleef. Die navorser se gevolgtrekking is dat juis vanweë hierdie belewenis, maar ook vanweë die gebrek aan ondersteuning van professionele rolspelers, 'n ondersteuningsgroep vir ouers van kinders met enkoprese 'n belangrike rol kan vervul. Die navorser se gevolgtrekking is dat hoewel ouers hierdie behoefte besef, hulle nie bemaatig voel om self die inisiatief hiervoor te neem nie. 'n

Ondersteuningsgroep kan vanuit hierdie navorsing tot voordeel van ouers tot stand kom. 'n Kundige kan as fasiliteerder die groepbespreking lei.

Uit die navorsingsresultate het dit verder geblyk dat die ouers 'n behoefte het aan verhoogde bewustheid ten opsigte van enkoprese by die breër gemeenskap. Ouers het beleef dat daar soveel onkunde in die breër gemeenskap bestaan, dat niemand skynbaar kennis dra van wat enkoprese werklik is nie. Die navorsingsresultate het aangetoon dat ouers 'n leemte gevind het in beskikbare literatuur ten opsigte van enkoprese. Ouers se persepsie is dat daar nie in beskikbare populêre literatuur iets te lees is wat aan hulle meer kennis ten opsigte van enkoprese kan verskaf nie

Die navorser maak die afleiding uit hierdie navorsingsresultate dat ouers se behoefte aan groter bewustheid ten opsigte van enkoprese vanuit hierdie studie moontlik beantwoord kan word. Die publikasie van 'n artikel deur die navorser in beide 'n wetenskaplike en populêre tydskrif, kan tot voordeel van ouers se behoefte strek. Die afleiding kan gevolglik gemaak word dat die groter 'bekendheid' van hierdie gestigmatiseerde dusfunksie ouers meer bemagtig sal laat voel ten opsigte van hulself en hul hantering van die breër sosiale gemeenskap.

5.5.3 Aanbevelings

Op grond van die navorsingsbevindinge kan die volgende aanbevelings gemaak word:

- Gesien in die lig van die sosiale isolasie wat die ouers van die kind met enkoprese beleef, wil die navorser voorstel dat die media benut word om die publiek meer bewus te maak van wat enkoprese is en in watter mate enkoprese die ouers en gesin in hul daaglikse funksionering beïnvloed. Die navorser wil voorstel dat populêre tydskrifte wat spesialiseer in ouerskap en kinderopvoeding, as media benut word.
- Die navorser wil aanbeveel dat kundiges ten opsigte van enkoprese genader word om artikels te skryf wat op gereelde grondslag in tydskrifte verskyn.
- Die stigting van 'n ouerondersteuningsgroep word ten sterkste aanbeveel. Die navorser onderneem om met die skryf van die leke-artikels ook die moontlikheid van so 'n ondersteuningsgroep te noem en te bevorder. Belangstellende ouers kan sodoende met mekaar in kontak gebring word.

- Voorligting by kleuterskole ten opsigte van enkoprese behoort deur kundiges, soos maatskaplike werkers, opvoedkundige sielkundiges en mediese praktisyns gedoen te word.
- 'n Inligtingstuk wat die disfunksie van enkoprese in leke-taal verduidelik, kan opgestel word en aan kleuterskole versprei word.
- Aangesien soveel medici klaarblyklik nie oor die nodige ervaring of kennis rakende enkoprese beskik nie, kan 'n inligtingstuk ook vir die breër mediese professie opgestel word wat die verloop en behandeling van die probleem bondig uiteensit. Die nodige verwysingspersone kan ook in die inligtingstuk gemeld word.

5.5.4 Aanbeveling vir verdere navorsing

Die navorser beveel aan dat 'n riglyn vir die hantering van die kind met enkoprese ten opsigte van die skoolsisteem ontwikkel word.

5.5.5 Hipotese

'n Hipotese wat ten opsigte van hierdie aanbeveling vir verder studie gestel kan word, behels die volgende: indien sodanige riglyn ontwikkel kan word, sal die ouers van die kind met enkoprese begrip en ondersteuning vanaf die skoolsisteem kry, en sodoende sal viktimisering van die kind en spanning van die ouers verminder. Hierdeur sal een van die ouers se psigo-sosiale behoeftes aangespreek word, wat 'n positiewe effek op die ouer- kind- en gesinsisteem sal hê.

5.6 Slotgedagte

Enkoprese is 'n ingrypende probleem wat ongelukkig nog nie voldoende nagevors is nie. Die navorser is van mening dat 'n uitgebreide inligtingsprogram, wat onder ouers, skole, die media en mediese rolspelers versprei kan word, 'n betekenisvolle bydrae kan lewer tot begrip van die probleem en ondersteuning van die psigo-sosiale behoeftes van die enkopretiese kind en sy ouers.

BIBLIOGRAFIE

Andrews, D. 2003. *Encopreses*.

<http://www.sympatico.ca/dandrews/methods/HTM>

Toegang op 30/08/2003

Badenhorst, S., Pretorius, G., Stuart, A. 2001. Encopresis: A holistic approach. *Acta Academia*, 33(2): 110-126.

Badenhorst, S. 1999. *Encopresis: A holistic approach*.
Unpublished doctoral thesis in Psychology. R.A.U.

Barker, L. 1991. *The Social Work Dictionary*. London: NASW Press.

Barker, P. 1992. *Basic Family Therapy*. 2nd ed. London: Blackwell Scientific Publications.

Becker, J.H.R. 1994. An Approach to the treatment of Encopresis.
Pretoria: *Surgery Annual*, 5 (24): 49-66.

Becvar, D.S. & Becvar, R.J. 1996. *Family Therapy: A systemic integration*.
3rd ed. Boston: Allyn & Bacon.

Botha, A., Van Ede, D.M., Louw, A.E., Louw, D.A., Ferns, I. 1998.
Die Kleutertydperk. In Louw, D.A., Van Ede, D.M. en Louw, A.E. *Menslike Ontwikkeling*. Kaapstad: Kagiso

Buchanan, A. 1992. *Children who soil: Assessment and treatment*
Chichester: Wiley.

Collins, R.W. 2003. *The Clean Kid treatment For Encopresis*.
http://www.com/html/clean_kid.htm

Toegang op 2003/10/06

Davis, H. 1993. *Counselling Parents of Children with Chronic Illness or Disability*.
1993. Bristol: British Psychological Society.

University of Pretoria etd – Labuschagne, J C (2004)

De Vos, A.S. Qualitative data analysis and interpretation. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouche, C.B., & Delport, C.S.L. 2002. *Research at Grass Roots for the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik publishers.

Di Lorenzo, H. 2001. When “Little Accidents” Turn Serious: Understanding Fecal Incontinence. *Digestive Health and Nutrition*, Nov-Dec: 22-25

Dorsky, H & Dorsky, L. 2001. Pediatric Anorectal Disorders. *Gastroenterology Clinics of North America*. 30(1) March. Orlando: W.B. Saunders.

Douglas, J. 1995. *Behaviour problems in young children*. London: Tavistock/ Routledge.

D.S.M.1V-R. American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC :

Greef, M. 2002. Information Collection: Interviewing. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouche, C.B., & Delport, C.S.L. 2002. *Research at Grass Roots for the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik publishers.

Griffiths, D.M. 2002. The Physiology of continence: Idiopathic fecal constipation and soiling. *Seminars in Pediatric Surgery*, 2(5): 67-74.

Havighurst, R.J. 1979. *Developmental tasks and education*. New York: Mckay.

Howe, A. & Walker, C. 1992. Behavioural management of toilet training, enuresis and encopresis. *Pediatrics Clinician North America*, (39) 13-432.

Joubert, J.M.C. 1997. *’n Gestalthulpprogram vir die kind met enurese vanuit ’n maatskaplike werk perspektief*. Ongepubliseerd D.Phil tesis. Universiteit van Pretoria.

Johnson, G.M. 2003. *Encopresis and hypnoses*.

[http:// www.headcleaners.com/encopresis.html](http://www.headcleaners.com/encopresis.html)

Toegang op 2003/10/19

Kirsten, M. Enkoprese Kiniek, Pretoria Akademiese Hospitaal. 2003

- Kritzinger, M.S.B en Eksteen, L.C. 1998. *Beknopte Verklarende Woordeboek*. Pretoria: Van Schaik
- Kuhn, B., Marcus, B., Bethany, R & Pitner, S.L. 1999. Treatment Guidelines for Primary Nonretentive Encopresis and Stool Toileting Refusal. *American Family Physician*. Vol 59(8): 112
- Loenig- Bauke, V. 1996. *Encopresis & Soiling*. Philadelphia. W.B.Saunders co.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. 1996. *Designing qualitative research*, 3rd ed. London: Sage.
- Margalit, M. 1994. *Loneliness Among Children With Special Needs*. Tel Aviv: Springer Verlag.
- Meyer, W.F. & Van Ede, D.M. 1998. Ontwikkelingsteorieë. In Louw, D.A., Van Ede, D.M. en Louw, A.E. *Menslike Ontwikkeling*. 3^e uitgawe. Kaapstad: Kagiso.
- Miller, N. B. 1994. *Nobody's Perfect: Living and Growing with Children Who Have Special Needs*. Baltimore: Paul H. Brooks
- Oaklander, V. 1988. *Windows to our children*. A Gestalt Therapy Approach to Children and Adolescents. New York: Gestalt Journal Press.
- Plug, C, Meyer, W.F, Louw, D.A., Gouws, L.A. 1991. *Psigologie Woordeboek*. Johannesburg: Lexicon Uitgewers.
- Potgieter, R. 1996. *'n Assesseringsmodel vir die seksueel gemolesteerde kind onder die ouderdom van vyf jaar*. Ongepubliseerd D.Phil tesis. Pretoria: Universiteit van Suid Afrika.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. 2002. *Systems of Psychotherapy. A Theoretical Analysis*. Thompson. Brooks/Cole.
- Rademeyer, G. 1989. *Suid-Afrikaanse Handboek van Abnormale Gedrag*. Johannesburg: Southern Uitgewers.

University of Pretoria etd – Labuschagne, J C (2004)

Royse, David. 1995. *Research Methods in Social Work*. University of Kentucky: Nelson-Hall Publishers.

Scheepers, L. 1994. *Enkoprese. 'n Maatskaplike Werk Perspektief*
Ongepubliseerde M.A. (M.W.) verhandeling. Universiteit van Pretoria.

Schroeder, C.S. & Gordon, B.N. 1991. *Assessment and Treatment of Childhood Problems*. New York: Guildford Press.

Siegel, B. & Silverstein, S. 1994. *What about me? Growing up with a Developmentally Disabled Sibling*. London: Insight Books.

Strauss, A.I. & Corbin, I. 1995. *Basics of Qualitative research*. California: Sage Publishers.

Strydom, H. 2002. Information Collection: participant observation. In *Research at Grass Roots for the social sciences and human service professions*. Red. De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C., Delpont, C.S.L. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Strydom, H & Venter, L. Sampling and Sampling methods. In *Research at Grass Roots for the social sciences and human service professions*. Red. De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C., Delpont, C.S.L. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Sue, D. & Sue, S. 1991. *Understanding abnormal behaviour*. 4th ed. Boston: Houghton Mifflin.

Tabers's Encyclopaedic Medical Dictionary. 1993. Philadelphia: F.A. Davis co.

Terre Blanche, M. & Durrheim, K. 1999. *Research in Practice: Applied methods for the Social Sciences*. Cape Town: University Press.

Terblanche, I. 1996. *Encopresis: a literature review and study of cases*. University of Witwatersrand: University Press.

Van Buuren, A.J. May 1991. Constipation in the Child.
Medical Association of South Africa. *C.M.E. S.A. Continuing medical education monthly*.

Van der Westhuizen, C.H.J. 1994. *Gesinsterapie*. Departement Maatskaplike Werk. Universiteit van Pretoria.

Waterston, Tony. 1999. London. *Constipation, Soiling and Encopresis*. The Practitioner. John Brigg.

Bylaag A(1).

Defekogram van `n normale kolon ten tye van ontlasting

Bylaag A(2).

Defekogram van `n megakolon tydens ontlasting

Bylaag B

Naam van die

deelnemer/s.....

Naam van die navorser.....

Informasie ten einde ingeligte besluitneming te verseker.

1. Titel van die studie:

Die psigo-sosiale behoeftes van die ouer ten opsigte van die kind met enkoprese. Hierdie is 'n eksploratiewe studie en 'n fenomenologiese strategie sal gebruik word.

2. Doel van die studie:

Die doel van hierdie studie is om vas te stel wat die psigo-sosiale behoeftes is van die ouer ten opsigte van die kind met enkoprese.

3. Moontlike risikos.

Die ouers van kinders met enkoprese sal algemene en ook sensitiewe inligting met die navorser deel. Indien die onderhoud enigszins bydrae tot verhoudingskonflik, of pynlike emosies navore bring, onderneem die navorser om die ouers vir terapie te verwys, of self die terapeutiese intervensie te doen.

4. Voordele.

Daar sal nie onmiddellike voordele vir die ouers as gevolg van hierdie studie wees nie. Dit kan egter bydrae tot 'n gevoel van verligting om pynlike emosies te deel binne 'n konfidentiële verhouding. Hierdie ondersteuning wat ouers kry kan tot voordeel wees, aangesien enkoprese 'n disfunksie is waaroor selde gepraat word. Die verdere sekondêre voordeel is dat met die ouers gekontrakteer sal word vir inligtingsessies aan die einde van die projek.

4. Regte van die deelnemers:

Die deelnemers aan die projek mag op enige stadium van die projek onttrek, indien die onderhoude ongemak veroorsaak.

5. Konfidensialiteit:

University of Pretoria etd – Labuschagne, J C (2004)

Die navorser onderneem om die resultate van die studie met respek , en konfidensieel te hanteer. Indien resultate in professionele tydskrifte gepubliseer word, sal toestemming verkry word, en skuilname vir beide ouers en kind sal gebruik word.

Ek verstaan my regte as deelnemer aan hierdie studie, en neem vrywillig deel.

Indien die studie ongemak by my veroorsaak, kan ek te enige tyd onttrek.

Ek verstaan waaroor hierdie studie gaan, en wat die navorser se motivering vir die navorsing is.

Ek sal 'n afskrif van die toestemmingsbrief ontvang.

Handtekening van deelnemer.

Datum.....

.....

.

Handtekening van navorser.

Bylaag C

Die semi- gestruktureerde onderhoudskedule.

Temas wat deur die semi-gestruktureerde onderhoudskedule gedek word, is die volgende:

1. Identifiserende Besonderhede.

Gesinstruktuur: Genogram van gesin.

Versorgingsomstandighede: Word die kind tuis versorg/ Speelgroepie/

Kleuterskool? Wie gaan haal die kind by die skool/kleuterskool?

Geskiedenis van IBS, hardlywigheid of enkoprese in die familie?

Kind met enkoprese se algemene gesondheidsgeskiedenis?

Beskryf die verhouding van die ouers individueel met elke kind in die gesin.

2. Die behoeftes van ouers ten opsigte van die disfunksie van enkoprese.

Wanneer het die ouers bewus geword van die disfunksie?

Wat is ouers se kennisvlak ten opsigte van enkoprese? Wanneer en waar meer gehoor oor enkoprese?

Wat gebeur, hoe gereeld, waar en wanneer?

Wat is die grootste frustrasie van die enkoprese?

3. Die behoeftes van ouers ten opsigte van die kind met enkoprese.

Kind se algemene groei en ontwikkeling.

Toiletopvoeding van die jong kind.

Spysverteringsstelsel.

Die kind se temperaments-eienskappe

Hoe beleef die kind sy enkoprese?

4. Die behoeftes van ouers ten opsigte van die effek van die kind se enkoprese op die ouers en gesin.

Hoe beleef ouers die skoonmaak van die kind, besoedelde klere was, frustrasie dat dit nie beter word nie?

Hoe hanteer ouers sosiale situasies wanneer die kind besoedel?

In watter mate bepaal die kind se enkoprese die gesin se sosialisering met ander

gesinne en die kind se kuier of uitslaap by maats?

Wat is die effek van die besoedeling op die ouers se verhouding met die kind?

Watter metode van dissipline gebruik die ouers wanneer die kind besoedel?

Wat is die effek wat die enkoprese het op ouers se huweliksverhouding?

5. Die ouers se behoefte ten opsigte van rol wat die gesin, skool en sosiale milieu speel in die instandhouding van die disfunksie van enkoprese

Wat is die houding en kennisvlak van die kleuterskool ten opsigte van die kind met enkoprese?

Hoe word die kind se enkoprese hanteer deur onderwysers en in watter mate hou dit die probleem in stand?

Hoe beleef die kind die skool se toiletroetiene, en hoe beleef hy die oop toilette sonder privaatheid?

Wat is die aard van kommunikasie tussen die skool en ouers ten opsigte van die kind se enkoprese?

Wat is die ouers se belewenis van die gemeenskap se persepsies van die kind met enkoprese?

In watter mate hou ander persone binne en buite die gesinsisteam die disfunksie in stand, deur die kind skuldig en ontoereikend te laat voel?

Hoe hanteer die ouers die grootouers en ander familielede se reaksie op die enkoprese?

6. Houding/ Kennis van professionele persone ten opsigte van enkoprese.

Wat is gedoen om professionele hulp te kry vir die probleem ?

Wat was ouers se belewenis van die kennis en houding van professionele persone rondom enkoprese?

Moes ouers meer as een kundige konsulteer oor die kind se enkoprese?

Hoe suksesvol was die voorgeskrewe behandeling vir die disfunksie van enkoprese?

7. Watter ander behoeftes beleef ouers ten opsigte van die disfunksie van enkoprese ondervind ouers?

Behoefte aan bemagtiging en begeleiding met betrekking tot die hantering van die fisiese en psigo-sosiale aspekte van hul kind se enkoprese?

Behoefte aan 'n steungroep vir ouers van die kinders met enkoprese?

University of Pretoria etd – Labuschagne, J C (2004)

Behoeftte aan inligting sessies by kleuterskole?

Behoeftte aan meer artikels oor enkoprese in populêre tydskrifte?