T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

# 5-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA PRİMER ENÜREZİS NOKTURNA VE DUYGU-DAVRANIŞ SORUNLARININ İNCELENMESİ

**Dr. Gülcan BURAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2023**

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ

ANABİLİM DALI

# 5-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA PRİMER ENÜREZİS NOKTURNA VE DUYGU-DAVRANIŞ SORUNLARININ İNCELENMESİ

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Gülcan BURAN**

**TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR**

## İÇİNDEKİLER

**İÇİNDEKİLER** ..... I
**TABLO LİSTESİ** ..... III
**KISALTMALAR** ..... IV
**TEŞEKKÜR** ..... V
**ÖZET** ..... 1
**ABSTRACT** ..... 2
**1. GİRİŞ VE AMAÇ** ..... 3
**2. GENEL BİLGİLER** ..... 3
2.1 Terminoloji ..... 3
2.2 Epidemiyoloji ..... 3
2.3 Enürezis Etiyolojisi ..... 5
2.3.1 Organik Nedenler ..... 6
2.3.2 Organik Olmayan Nedenler ..... 7
2.4 Enürezisli Çocuğun Değerlendirilmesi ..... 12
2.5 Enürezisin Tedavisi ..... 14
**3. GEREÇ / YÖNTEM** ..... 17
3.1. Araştırmanın Modeli ..... 17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ..... 17
3.3.Araştırmanın Zamanı ..... 17
3.4. Alınan İzinler: ..... 17
3.5. Araştırmanın Evreni ..... 17
3.6.Araştırmaya dahil edilme kriteri: ..... 17
3.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri ..... 17
3.8.Veri Toplama Araçları ..... 18
3.9. İstatiksel Analiz ..... 20
**4. BULGULAR** ..... **21**
**5.TARTIŞMA** ..... **34**
**6.SONUÇ VE ÖNERİ** ..... **38**
6.1 Sonuç ..... 38
6.2 Öneri ..... 38
**7.KAYNAKÇA** ..... **40**
**8. EKLER** ..... **49**
8.1. EK-1 ETİK KURUL İZNİ ..... 50
8.2. EK-2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKET FORMU ..... 51

8.3. EK-3 ENÜREZİS NOKTURNA SORGULAMA FORMU ..... 52
8.4. EK-4 GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur) ..... 53

## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1.** Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Alt Faktörlerinin Puanlanması

**Tablo 2.** Çocukların Demografik Özellikleri

**Tablo 3.** Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 4.** Çocukların Doğum Ağırlığı ve Anne Sütü Alma Süreleri

**Tablo 5.** Enürezis Aile Öyküsü

**Tablo 6.** Çocuklarda altını ıslatma ve enürezis nokturna oranları

**Tablo 7.** Güçler ve Güçlükler Anketinin Ortalama Puanları

**Tablo 8.** Güçler ve Güçlükler Anketinin Puanları

**Tablo 9.** Sosyodemografik Özellikler ile Enürezis Nokturna Arasındaki İlişki

**Tablo10.** Sosyodemografik Özellikler ile Enürezis Nokturna Arasındaki İlişki

**Tablo 11.** Sosyodemografik Özellikler ile Enürezis Noktuna Arasındaki İlişki

**Tablo12.** Enürezis Aile Öyküsü ile Enürezis Nokturna Arasındaki İlişki

**Tablo 13.** Güçler Güçlükler Anketi Kategorileri ile Enürzis Nokturna Arasındaki İlişki

**Tablo14.** Sosyodemografik Özellikler ile Güçler-Güçlükler Anketi Toplam Puan Kategorisi Karşılaştırması

**Tablo 15.** Enürezise Eşlik Eden Semptomlar

**Tablo 16.** Enürezisli Çocukların Özellikleri

**Tablo17.** Enürezis Nokturnalı Çocukların Ebeveynlerinin Tutumları

**Tablo18.** Cezalandırma ve Güçler-Güçlükler Anketi Puanları

**Tablo 19.** Ödüllendirme ve Güçler-Güçlükler Anketi Puanları

## KISALTMALAR

**EN:** Enüezis Nokturna

**GGA:** Güçler ve Güçlükler Anketi

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

# TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince verdiği destek ve değerli katkılarından dolayı tez danışmanım sayın Prof.Dr. Nilgün Özçakar hocama emeklerinden ve özverisinden dolayı en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistan eğitimim süresinde sahip olduğu bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL, Doç. Dr. M. Neslişah TAN, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM, Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ'e ve bu süreci birlikte yaşadığım sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Hayatımın her döneminde desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren annem Ömriye KOYUNCU, babam İbrahim KOYUNCU, canım kardeşlerim Fatma KOYUNCU ve Cengizhan KOYUNCU'ya ve sevgili eşim Metin BURAN'a minnet ve sevgilerimi sunarım.

# ÖZET

Enürezis tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Hastayı, ailesini ve çevresini etkileyen önemli bir problemdir. Enürezis çocuğun kendine güvenini azaltır, utanç duymasına ve psikolojik sorunlara neden olabilir. Ailelerin bilgi eksikliği ve yanlış tutumları da çocuklardaki psikolojik sorunları artırabilir.Bu çalışamanın amacı enürezis nokturna sıklığını ve ilişkili faktörleri saptamak ve enürezis nokturn aile duygu-davranış sorunları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Kesitsel tanımlayıcı tipteki çalışma, İzmir Dokuz Eylül Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM), 01.01.2022-31.01.2022 tarihleri arasında başvuran 5-9 yaş çocuğu olan ebeveynler ile yüz yüze görüşülerek yapılmış ve toplam 384 kişi ile tamamlanmıştır.

Katılımcıların %20,8' i enürezis nokturna kriterlerini karşılamış ve enürezis nokturna ile anne eğitim düzeyi,baba eğitim düzeyi,anne çalışma durumu,anne babanın akraba olması,ailede enürezis öyküsü gibi bağımsız değişkenlerle arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

Çalışmamızda 62 çocuk güçler-güçlükler anketi toplam puanına göre anormal kategorisinde yer almaktadır.Güçler-güçlükler anketi dikkat eksikliği,davranış sorunları,duygusal sorun ve toplam puan kategorileri ile enürezis nokturn arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

***Anahtar kelimeler:*** *Enürezis noktuna,Duygusal sorunlar,Davranış sorunları*

# ABSTRACT

Enuresis is an important health problem in our country as well as all over the world.It is an important problem that affects the patient,family and environment.Enuresis reduces the chil's self-confidence,can cause embarressment and psychological problems.Lack of knowledge and wrong attitudes of families may also increase psychological problems in children.The aim of this study is to determine the frequency of enuresis nocturna and related factors and to examine the relationship between enuresis nocturn family emotion-behavior problems.

The cross-sectional descriptive study was conducted by face-to-face interviews with parents with children aged 5-9 who applied to İzmir Dokuz Eylül Education Family Health Centers between 01.01.2022 and 31.01.2022 and was completed with a total of 384 people.
20.8% of the participants met the criteeria for enuresis nocturna and a statistically significant relationship was found between enuresis nocturna independent variables such as mother's education level,father's education level,mother's employment status,parental kinship,and family history of enuresis($p<0,05$).

In our study,62 chilrenwere in the abnormal category according to their strengths-difficulties questionnaire total score.A sttistically significant relationship was found between the strengths-difficulties questionnaire attention deficit,behavioral problems,emotional problems and total score categories and enuresis nocturn ($p<0,05$).

***Key Words:*** *Enuresis nocturna,Emotional problems,Behavioral problems*

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Nokturnal enürezis (NE) çocukluk çağının en sık karşılaşılanan sorunlarından biridir (1,2). Yunanca "idrar yapmak" (enourein) sözcüğünden gelmektedir. Enürezis üriner kontrolün sağlanması gereken yaştan sonra görülen istemsiz idrar kaçırmadır. Hastayı, ailesini ve çevresini etkileyen önemli bir problemdir. Enürezis çocuğun kendine güvenini azaltır, utanç duymasına ve psikolojik sorunlara neden olabilir. Ayrıca toplumumuzun bu konuda yeterli bilgiye sahip olmayışı konunun istismarına neden olmaktadır. Enürezisin kendisinden çok, ailelerin ve toplumun yanlış tutumları zarar vermektedir. Kullanılan cezalandırma yöntemleri çocuk üzerinde etkisi ömür boyu sürecek izler bırakmaktadır. Bu nedenlerden dolayı, enürezisli çocuğa yaklaşımın temelinde çocuğun benlik duygusu zedelenmeden sorunun atlatılması olmalıdır. En önemli görev aileye düşse de mutlaka multidisipliner olarak ele alınıp tedavi edilmelidir(3).

Bu araştırmada Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı çocuklarda enürezis nokturna ve bununla ilişkili faktörleri saptamak amaçlanmıştır. Birinci basamakta yapılan bu çalışma ile enürezis nokturna sıklığı saptanıp, ilişkili olabilecek duygusal ve davranışsal sorunlar saptanmaya çalışılacak aynı zamanda enürezis nokturnayı etkileyebilecek sosyodemografik verilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu sayede çocuklardaki enürezis nokturna ve ilişkili faktörlerle ilgili farkındalık oluşturulmak amaçlanmıştır.

# 2.GENEL BİLGİLER

## 2.1 Terminoloji

Enürezis, işemek anlamındaki yunan kökenli enourein'den gelmekte olup işeme kontrolünün sağlanması beklenen yaşta istemsiz ve uygunsuz idrar kaçırmadır. Uykuda yatağa ya da giysilere yineleyen biçimde idrar kaçırma enürezis olarak tanımlanmaktadır(4).Bu durum gece uyku esnasında oluyorsa enürezis ya da enürezis nokturna olarak adlandırılır.Enürezis farklı ekoller tarafından farklı adlandırılabilir.

Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği (ICCS) ' ne göre ise enürezis; 5 yaşından sonra sosyal olarak uygunsuz yer ve zamanda işeme olarak tanımlamıştır(5).Organik bir nedene bağlı olarak idrar kaçırma ise 'inkontinans' olarak adlandırılır(5). Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Klavuzu'ndaki (DSM-IV) ölçütlerine göre enürezis nokturna (EN) 5 yaşından büyük çocuklarda uyku sırasında tekrarlayıcı nitelikte istemsiz idrar kaçırılması, bu davranışın 3 ay süreyle en az haftada iki kez meydana gelmesi, sosyal yaşantıda sıkıntı oluşturması ve bu durumun tıbbi bir hastalığa bağlı olmaması olarak tanımlanmıştır(6) .Enüresis ayrıca monosemptomatik-nonmonosemptomatik ve primer-sekonder olarak sınıflandırılabilir.

Monosemptomatik enürezis nokturnada gece altını ıslatma vardır ancak gün içinde herhangi bir belirti eşlik etmez (7).Monoseptomatik olmayan formunda ise gece alt ıslatmaya, ani sıkışma hissi (urgency), sık idrara gitme (frequency), gündüz idrar kaçırma, kronik kabızlık gibi işeme disfonksiyonu belirtileri eşlik etmektedir (4).Enürezis olgularının %80'e yakını monosemptomatiktir (8).Monosemptomatik enürezis nokturnalı olguların toplumdaki sıklığı %5-15 oranında bildirilmekle birlikte ülkemizde okul çağı çocuklarında %20-30 gibi yüksek düzeyler de görülmüştür (9).
Primer enürezis: Doğumdan itibaren idrar kontrolünün sağlanamamış olmasıdır.
Sekonder enürezis: Tuvalet eğitimi tamamlandıktan sonra 6 aydan uzun bir kuru dönemin sonrasında idrar kaçırmanın başlamasıdır (4,7,10,11).

Enürezis nokturna çocukluk çağında en sık karşılaşılan üriner sistem problemlerindendir. Olumsuz psikososyal yönünün yanısıra getirdiği ekonomik yük, enürezisi ciddi bir sağlık problemi haline getirmektedir (12). Aileler genellikle okul öncesi dönemde bu durumu gelişimsel olarak algılayabilirken, okul çocuğu ve adölesan dönemde daha fazla tıbbi destek ihtiyacı duymaktadırlar (12-14).

## 2.2 Epidemiyoloji

Enürezis prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda kültüre ve yaşa göre değişen sıklıklar bildirilmiştir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda enürezis görülme sıklığı %5.5-16.8 arasında değişmektedir (15,16).

Ülkemizde ise değişik yaş gruplarında farklı olmakla birlikte enürezis sıklığının %12.4 ile %25 arasında olduğu bildirilmiştir. 5 yaş grubu çocuklarda ortalama %15-20, 10 yaş grubunda %5-6 ve 15 yaş ve üstü grupta ise %1'in altında oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (15,17).Popülasyon taramaları, beş yaşındaki sağlıklı çocukların %15-20'sinin gece yataklarını ıslattıklarını, bunların her yıl %15'inin gece idrar kontrolünü kazandıklarını ortaya koymuştur (17,18).Çocuklarda alt ıslatmaların yaklaşık %80'i gece (enürezis nokturna), %5'i gündüz (enürezis diurna) görülmektedir. Bu oran okul çağında bir miktar azalmakla birlikte, çocukluğun ortalarına, hatta ergenliğe kadar devam eder. Ülkemizden bildirilen çalışmalarda okul çocuklarında enürezis prevalansı %12'lerde bildirilmektedir (19,20,21).

Enürezis nedeniyle kliniğe başvuran çocuklar en çok 8-11 yaşları arasındadır. Bu durum, hastalığın bu yaşlarda daha sık görülmesinden değil, aksine ailenin psikiyatrik yaklaşım gereğini kabul edinceye kadar geçen zamandır. Çocukların %85'inde enürezis primer olarak %15 gibi az bir kısmında ise sekonder enürezis şeklinde görülür (22). Enürezis erkek çocuklarında, kızlardan daha fazla rastlanmaktadır. Bununla birlikte noktürnal enürezise erkeklerde, diürnal ve kontinium enürezise ise kızlarda daha fazla rastlandığı bildirilmiştir. Enürezisin sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda ve kalabalık ailelerde, sosyal ve psikolojik travma geçiren çocuklarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (19,20, 22,23,24).

### 2.3 Enürezisin Etiyolojisi

Enürezis nokturna, genetik faktörler, mesane disfonksiyonları, uyku bozuklukları, ADH biyoritim bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, psikojenik faktörler ve diyet faktörlerinin rol aldığı bir sorundur (25). Enürezis nokturna genellikle organik olmayan bir sorun olmasına karşın çok az oranda organik patolojiler göze çarpar (26). Enürezis nokturnanın organik nedenleri; konstipasyon, diyabetes mellitus, diyabetes insipitus, ektopik üreter, hiperkalsiüri, nörojen mesane, obstruktif üropati, hipertrofik adenoid ve tonsillere bağlı uyku apneleri, üriner enfeksiyon ve vajinit şeklinde sıralanmaktadır (26). Mesane gerilme kapasitesinin sınırlılığı ve gece ADH üretim ve salınımındaki gelişimsel gecikme en önemli organik etken olarak kabul edilmektedir (27). Occult spina bifidanın enürezis nokturna nedeni olmayacağı belirtilmiş olmakla birlikte son

çalışmalar spina bifida occulta ile alt üriner sistem disfonksiyonu arasında önemli bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (28, 29). Spina bifida occulta, normal populasyonda %20 iken, enüretiklerde %36-86,6 oranında görülmektedir (28, 30, 31). Vertebral şizis tespit edilen enüretik olguların da %82'sinin primer, %57'sinin ise sekonder enürezis olduğu saptanmıştır (32). Enürezis nokturnaya yol açan etkenler aşağıda açıklanmıştır:

### 2.3.1. Organik nedenler

#### 2.3.1.1. İdrar yolu enfeksiyonu ve inkontinans

İdrar yolu enfeksiyonları idrar kaçırmaya yol açabilmektedir. Enfeksiyon özellikle sekonder enürezisli hastalarda daha fazladır ve enüretik kızlarda bu duruma bağlı insidans yüksektir. Enürezisten dolayı ıslak kalan perinenin, asendan enfeksiyon için zemin hazırladığı düşünülmektedir (30).

#### 2.3.1.2 Anatomik anormallikler

Doğumsal anomaliler, nadiren yalnızca enürezis olarak bulgu vermektedir. Üretral veya meatal stenoz, enürezise yol açmazken üretral sistem dublikasyonu ise çok ender görülen bir inkontinans nedenidir (33). Çocuğun iç çamaşırının sürekli ıslak kalması, ektopik üreteri düşündürmektedir (34). Myelomeningosel gibi lumbosakral patolojiler enürezis ile bağlantılıdır. Fakat izole bir bulgu olarak spina bifida occulta, enürezis ile birlikte değildir (35-37).

#### 2.3.1.3 Paraziter enfeksiyonlar

Özellikle kız çocuklarında ani başlayan enüreziste, enterobius vermikularisin etken olduğu belirlenmiştir. Parazite yönelik tedavi sonrası oldukça kayda değer bir iyileşme görülmektedir (36, 37).

#### 2.3.1.4 Üst solunum yolları obstrüksiyonu

Obstrüktif uyku apne sendromu nadiren enürezis nokturna ile birliktelik gösterebilmektedir. Tonsilla hipertrofisi veya adenoid vegetasyonun görüldüğü

enüretik çocuklarda obstrüksiyon ortadan kaldırıldıktan sonra enürezisin düzeldiği görülmüştür (38). Bir çalışmada ise obstrüktif uyku apne sendromu ile birlikte enürezis nokturnalı olan çocuklarda atrial natriüretik peptid (ANP) seviyesinin artması sonucunda sodyum atılımının arttığı ve nokturnal poliüri geliştiği tespit edilmiştir(39).

### 2.3.2. Organik olmayan nedenler

#### 2.3.2.1 Ailesel ve genetik nedenler

En yaygın geçiş formu otozomal dominanttır ve 1/3 vakanın da sporadik olduğu bilinmektedir. En sık 8, 12, 13, 22 kromozomlar üzerindeki bazı genlerle ilişki saptanmıştır (40).ENUR1 genine sahip olan çocuklarda açık bir şekilde enürezis nokturna bulunduğu tespit edilmiştir (38).

#### 2.3.2.2. Hormonal nedenler

Antidiüretik hormonun (ADH) diurnal sekresyon ritminde bir bozukluk olduğu ve bazı enüretik çocuklarda geceleri salgılanan ADH'nin düşüklüğüne bağlı olarak oluşan nokturnal poliürinin enürezis oluşmasında oldukça önemli bir paya sahip olduğu belirlenmiştir (39,41-43).

Uyku esnasında ADH'nin yetersiz veya eksik salınımı mesane kapasitesini aşan idrar üretiminine ve dolayısıyla bu durum da nokturnal poliüriye yol açmaktadır. Böylelikle enürezis nokturna gelişim olasılığı artmaktadır (44-46). Aslında enüreziste sorun, ADH salınım eksikliğinden ziyade salınımın regülasyonu ile ilgilidir. Çünkü enüretiklerde gündüz ADH salınımı ile ilişkili bir problem olmadığı düşünülmektedir (46).

#### 2.3.2.3. Ürodinamik nedenler

Enürezisli çocukların ürodinamik yönden normal yaşıtlarından tek ve en önemli farkı azalmış olan mesane kapasiteleridir (47). Normal mesane fonksiyonunun temel faktörleri; mesane kapasitesi, mesanenin uyumu, işeme hissi, mesanenin kontraktilitesi, istemli kontrol ve ilaçlara verilen yanıtlardır. Alt üriner sistemin ürodinamik incelenmesi mesane fonksiyonu, sfinkter mekanizması ve özgün işeme

kalıbıyla ilgili klinik bilgi sağlayabilir. Bu amaçla üroflowmetre (noninvaziv), sistometri (invaziv) gibi ürodinamik teknikler ile mesane ve sfinkter arasındaki etkileşim ve mesane fonksiyonu incelenir (48).

Mesane üretra disfonksiyonunun enürezis nokturna etiyolojisindeki etkisinin araştırılması neticesinde 3 olası mesane disfonksiyonu üzerinde durulmaktadır:

1. Enüretiklerin mesane fonksiyonel kapasitesinin normalden küçük olması [49-51].

2. Gece üretilen fazla idrarda miktar ve normal hacimde bir mesanenin yetersiz kalması.

3. Mesane detrüsör kaslarının düzensiz kasılmaları.

Enürezisli çocukların anestezi altında gerçekleştirilen mesane kapasitesi ölçümlerinde total mesane kapasitesinin normal olduğu buna karşılık fonksiyonel mesane kapasitesinin düşük olduğu gösterilmiştir (52). Enüretiklerin bazılarında küçük fonksiyonel mesane kapasitesinin yanı sıra sık idrara çıkma, sıkışma ve taşma inkontinansı gibi diurnal semptomlar mevcuttur. Bu semptomlar, inhibe edilemeyen düzensiz mesane kası kontraksiyonlarını gösterir (52,53). İnfantlardakine benzer bu istemsiz kasılmaların tuvalet eğitiminden sonra devam etmesinin sebebi tam manasıyla anlaşılmamış olmasına karşın merkezi sinir sistemi maturasyonunda bir gecikme veya gelişimsel bir gerileme olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk dönemi enürezislerinde %50 sıklıkla inhibe edilemeyen kontraksiyonlar olduğu gösterilmiş fakat bu tip kontraksiyonları bulunan çocukların 1/3'ünde inkontinans gelişmemesi ve diurnal semptomları bulunanların 1/5'inde sistometrik çalışmaların normal olması, bu kontraksiyonlar ile gece alt ıslatması arasında doğrudan bir neden sonuç ilişkisi olmadığını göstermiştir (5).

#### 2.3.2.4 Psikososyal nedenler

Enürezisin etiyolojisinde biyolojik etkenler ile psikososyal etkenlerin bir etkileşim içerisinde olduğu ileri sürülmüştür (50). Sosyoekonomik açıdan durumları kötü olan ailelerde, kalabalık ailelerin çocuklarında, sosyal kurumlarda kalan çocuklarda enürezis görülme oranının normal çocuklardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (54-5).

Toplumlar ve kültürler arasında görülen farklı enürezis oranları genetik özelliklere bağlı olabileceği gibi sosyal çevreye de bağlı olabilmektedir. Çocuğu

olumsuz olarak etkileyen olaylar; kardeş doğumu, çevre ya da okul değişikliği, taşınma, boşanma, ailedeki fertlerden birinin ölümü, hastaneye yatma, kaza, ameliyat gibi sağlık problemleri buna örnek olarak verilebilir. Psikolojik faktörler çoğunlukla sekonder enürezis olgularında etkilidir (50,57).

Uygun olmayan zaman dilimlerinde gerçekleştirilen tuvalet eğitimleri, enürezis nokturna için bir zemin hazırlayabilir. Tuvalet eğitiminde çocuğun sfinkterleri üzerinde denetimi kazanmaya başladığı 1,5 yaş civarında başlanmalıdır. Tuvalet eğitimine 2,5 yaşından sonra başlanması da enürezis nokturna için zemin hazırlayabilir. Tuvalet eğitimine 20. aydan önce başlanan 6-8 yaşlarındaki çocuklarda enürezis nokturna oranı %5'te kalırken, tuvalet eğitimine daha geç başlanan çocuklarda ise bu oran %20 olarak saptanmıştır (50,58).

### 2.3.2.5. Diyet ve obezite ile ilgili nedenler

Yüksek oranda kafein içeren içecekler, turunçgiller, aşırı şeker tüketimi, yapay olarak renklendirilen yiyecek ve içecek tüketimi, öğleden sonra süt alımının enürezis nokturnayı tetiklediği ve bu türden besinlerin diyet ile kısıtlanmasının faydalı olacağı bildirilmiştir (59). Çocuklarda enürezis nokturna ve obezite arasındaki ilişki yetişkinlerdeki kadar açık değildir. Bu konudaki bilimsel kanıtlar çok net olmasa da obez çocuklarda fonksiyonel mesane kapasitesini bozmak suretiyle diyetle ilişkili enürezis nokturna görülüyor olabilir. Hormonal farklılıklar, yüksek karbonhidrat ve yağ içerikli beslenme, sedanter yaşam şekli her iki duruma da yol açabileceği düşünülmektedir (60-62).

### 2.3.2.6 Uyku bozuklukları

Uyku bozukluğunun neticesinde enürezis nokturna gelişebilmektedir. Enüretiklerin uyku EEG'sinde ve derin uykunun temel yapısında bir anormallik olmadığı düşünülmektedir. Enüretik atağın, uykunun herhangi bir fazı ve zamanında olabildiği tespit edilmiştir (63-65). Ailelerine göre enüretik çocuklar derin uyuyan ve uyanma güçlüğü çeken çocuklardır. Enüretik çocukların uykularının enüretik olmayanlara kıyasla daha derin olmadığı, enüretik olayı gece süresince rastlantısal olarak ve uykunun herhangi bir bölümünde ortaya çıktığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında, enüretik çocukların uyku paternlerinin sağlıklı çocuklarla

benzer olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra, enüretik çocukların gecenin ilk 2-3 saatinde uyanabilmeleri oldukça zor olup alt ıslatma durumu çoğunlukla bu dönemde gerçekleşmektedir (66,67).

#### 2.3.2.7. Dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu

10 yaş ve üzerinde enürezis nokturnali çocukların çok büyük bir bölümünde dikkat eksikliği ile bağlantılı semptomlar belirlenmiştir. Dikkat eksikliği tanısı alan 6 yaş ve üzerindeki çocukların %30'unda persistan primer enürezis nokturna tespit edilmiştir (65, 68).

#### 2.3.2.8. Alerji

Zaleski ve ark.(69), yiyecek alerjisinin mesane hiperaktivitesi ve volümünde azalma meydana getirmek suretiyle enürezise neden olduğunu iddia etmişlerdir. Fakat başka bir çalışmada 5 yaş ve üzerinde 34 enüretik çocukta alerji göstergesi olan serum IgE düzeyleri normal olarak saptanmıştır (70).

#### 2.3.2.9. Gelişimsel sorunlar

Gelişim ile ilgili sorunlar enürezis etiyopatogenezinde en çok kabul edilen teoriler arasında yer almaktadır. Enürezisli hastalarda öğrenme ve gelişme kabiliyetlerinde gecikmeler gözlenmiş olup bu çocuklar araştırıldığında düşük doğum ağırlığı, kısa vücut yapısı, motor gelişme geriliği ve uyumsuzluk, dikkatsizlik, korku ve anksiyete gibi ruhsal gelişme geriliği çok daha fazla görülmüştür.

Enürezis nokturna etiyolojisinde en güncel ancak herkes tarafından kabul edilmeyen hipotezlerinden birisi, merkezi sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeye bağlı olarak normal inhibitör kontrol mekanizmasının geç gelişmesidir. Enürezis nokturna ile enkoprezis, eliminasyon bozuklukları olarak adlandırılmaktadır.

Etiyolojide düşünülen faktörlerden birisi de maturasyonun gecikmesidir. Normal maturasyon süresinde gelişmesi beklenen mesane ve barsak üzerindeki uygun kontrolün henüz kazanılmamış olması olarak tanımlanır (71,72). Bazı araştırmacılara göre, gündüz idrarını kontrol edebilen enürezis nokturnalı bir çocukta gelişme

gecikmesi olduğunu söylemek makul bir açıklama olarak görülmese de bu düşünceyi destekleyen çok sayıda fikir ileri sürülmüştür(73):

-Anestezi altında enüretiklerin fonksiyonel mesane kapasitelerinin düşük olarak bulunması(64,74,75)

-Enürezis nokturnalıların en az 1/5'inde gündüzleri sıkışma, aciliyet, sık idrara çıkma şeklinde anormal mesane fizyolojisini yansıtan bulguların eşlik etmesi (74),

-Enüretik çocuklar yürüme, konuşma gibi becerileri sağlıklı yaşıtlarına göre çok daha geç kazanması bunlardan bazılarıdır.

### 2.3.2.10. Tuvalet eğitimi

Tuvalet eğitiminin etkisinin incelenmesi için şu faktörler dikkate alınmalıdır: tuvalet eğitiminin verilmeye başlandığı yaş, uygun işeme kontinans için verilen desteğin kalitesi, uygun olmayan eliminasyon için verilen cezanın niteliği (76).

Tuvalet eğitimin çok erken başlatıldığı çocuklarda mesane kontrolünün diğer çocuklara kıyasla geciktiği görülmüştür. Tuvalet eğitimi çok geciktirildiğinde enürezis sıklığında artış saptanmıştır (77). Sosyal ödüllerin, özellikle 2 yaşın üzerindeki çocuklarda bu süreç üzerinde hızlandırıcı bir etki yarattığı bildirilmiştir. Hafif düzeyde eleştirilerin faydası olabilir, ancak aşırı sertlikler de istenmeyen sonuçlara yol açabilir (76,77).

Anne ve babalar, küçük yaştan itibaren çocukların tuvalet gereksinimlerini kendi kendilerine çözümlemelerini beklerler. Ancak bu faaliyet yeterli düzeyde kas kontrolü gerektirmesi sebebiyle 2-3 yaşından önce gerçekleşemez (77). Ebeveynlerin bu işlemi çok sert şekilde çocuktan istemesinin yaratmış olduğu korku, öfke ve endişe ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek inatlaşmaların nedeni olabilir.Tuvalet alışkanlığı telaş yaratmadan, sakin bir biçimde ve zor kullanmadan gerçekleştirildiği sürece yararlıdır (28,29).

Uzmanlar erken yaşta ve sert bir yaklaşım ile tuvalet eğitimi vermenin zararlı olduğu konusunda birleşmektedir. Çocukların duygusal dengesini bozmasının yanı sıra, yeterli olgunluğa ulaşmadan yapılan bu eğitimin hemen hemen hiçbir getirisi olmaz (77). Zorlanan bu çocukların bir kısmı ileriki dönemlerde enüretik olurlar, bazıları da çeşitli uyum ve davranış bozuklukları gösterebilirler (77, 78).

### 2.3.2.11. Diğer nedenler

- Üst hava yolu obstrüksiyonu

Enüretik çocukların ailelerinin verdikleri bilgilere göre; adenoidektomi veya tonsillektomi sonrasında çocuklarının enüretik şikayetlerinin de düzeldiği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda adenoid vejetasyon nedeniyle yapılan cerrahi sonrasında üst hava yolu obstrüksiyonu düzelen hastaların %36 ile %63'ünde enürezisin de düzeldiği görülmüştür. Enürezis nokturna; üst hava yolu obstrüksiyonu olan çocuklarda obstrüksiyon olmayanlara kıyasla daha fazla saptanmıştır (79,80). Enüretik çocuklar uykudayken hipoksiye bağlı olarak merkezi sinir sisteminin adaptasyonunda geçici bozukluk meydana geldiği ve nöromusküler tonustaki azalmanın mesane kontrolünün kaybına yol açtığı iddia edilmektedir (81,82).

- Konstipasyon

Konstipasyon, en az 6 aylık bir süreçte haftalık gaita çıkışının 3'ten az olmasıdır(83). Çalışmalarda primer enüretik çocukların %75'inde sekonder enüretik çocukların ise %58'inde anormal barsak alışkanlığı olduğu görülmüştür (84). Enürezisin, konstipasyonlu çocuklarda anlamlı olarak daha sık gözlendiği bildirilmektedir. Gaitanın fiziksel varlığının oluşturduğu kitlenin direkt olarak mesane üzerine etkili olabileceği düşünülmüştür. Pelvik kemiklerin oluşturduğu huni benzeri yapının en dar kısmında mesanenin yer aldığı düşünülürse ve çocukların mesane kapasitesinin daha düşük olduğu göz önünde bulundurulursa mesanenin gaitadan etkileneceği öngörülebilir. Farklı bir bakış açısı da gece meydana gelen barsak hareketlerinin detrüsör kasılmasına yol açabileceğidir (85).

## 2.4 Enürezisli Çocuğun Değerlendirilmesi

Enürezisin etiyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu nedenle başarılı bir tedavi yöntemi belirlemek için, bu problemin birçok açıdan irdelenmesi gerekir. Enürezis şikayeti ile getirilen çocuklarda öncelikle üriner enfeksiyon, diyabet ve epilepsi gibi olası fiziksel bozuklukları ortaya çıkarmak veya tetikleyici etmenleri

saptamak içinayrıntılı ve titiz bir öykü alınmalı, daha sonra uygun fizik muayeneler yapılmalıdır(86,87).

İdrar kaçırma yakınması ile başvuran bir çocukta değerlendirme ayrıntılı bir öykü ile başlar. Tuvalet eğitim yaşı, idrar kaçırmanın başlama zamanı, aralıklı ya da devamlı mı olduğu, işeme şekli (idrar akımı, kesintili, ıkınarak, sıkışarak), işeme sıklığı ve miktarı, sıvı alım miktarı ve dışkılama alışkanlığı sorgulanmalıdır. Çocuğun ve ebeveynin dikkatlice sorgulanması ile oluşturulacak günlük, enürezisin tipini saptamada yardımcı olur (88, 24).

Hastanın aile öyküsü ve kendi özgeçmişi ile ilgili ayrıntılı öyküsü alındıktan sonra fizikmuayeneye geçilir. Genital bölge, mesane, gastrointestinal ve sinir sistemi dikkatlicedeğerlendirilmelidir. Kan basıncı ölçülmelidir. Büyüme geriliği ve/veya hipertansiyonrenal hastalığı düşündürür. Enkoprezis veya konstipasyonu olan hastalarda rektalmuayene yapılmalıdır. Çocuğun alt ekstremite kas tonusu ve derin tendon reflekslerinebakılmalıdır. Fizik muayenede özellikle dış genital bölge ve perine labiyal yapışıklık,ektopik üreter, meatal darlık ve cinsel istismar bulguları yönünden değerlendirilmelidir.

Öyküde idrar akımının normal olmadığını düşündürecek bulgu varsa hastanın işemesigözlenmelidir. Zorunlu ağız solunumu yapan hastalarda uygulanacak adenoidektomi uyku apnesi sırasında ortaya çıkan yatak ıslatmasını önleyecektir (88,24).

Laboratuvar incelemeleri arasında ilk olarak idrar tetkiki yapılmalıdır. İdrar yoğunluğunun 1005'in altında olması diabetes insipidus'u, glükozürinin olması ise diabetes mellitusu düşündürür. Gündüz idrar kaçıran olgularda idrar sedimenti ile birlikte idrar kültürü de incelenmelidir. Seçilmiş olgularda idrar kalsiyum/kreatinin ve ürik asit/kreatinin oranlarının bakılması yararlı olur. Kan biyokimyasında üre, kreatinin, glikoz ve elektrolitler ölçülmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu olan hastalarda idrarın mikroskopik incelemesinde lökosit ya da bakteri, daldırma çubuğunda nitrit veya lökosit pozitifliği saptanır (88, 24)

Üriner sistem enfeksiyonu hikayesi, gündüz işeme bozukluğu ve rutin idrar incelemesinde anormal bulguları olan olgular; sadece gece olan ve idrar bulguları normal olan enüretiklerden ayırt edilmeli ve gerekli görüntüleme çalışmaları ile ileri tetkikler buna göre planlanmalıdır. İdrar enkontinansı olan bir hastada mesane kapasitesi, boş mesane duvar kalınlığı ve işeme sonrası mesanede kalan idrar miktarı ultrasonografik olarak ölçülmelidir (88,89).

## 2.5 Enürezisin Tedavisi

Enürezis, çoğunlukla zaman içerisinde kendi kendini sınırlayan bir bozukluktur. Enürezis tanısı alan çocukların spontan remisyon oranları yılda 5-10 civarındadır. Kendiliğinden düzelme 7 ve 12 yaştan sonra sık görülür. 7 yaştan sonra kendiliğinden düzelme oranı %10-15'dir. Nadiren 18 yaşına kadar devam edebilir. 18 yaşta görülme sıklığı %1'dir. Enürezis, özellikle 10 yaşından sonra davranış ve anksiyete bozukluklarına neden olabileceği için erken dönemde tedavi edilmesi önemlidir (90). Tedavinin amacı enürezisi ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır. Bu sorun karşısında özellikle ilk çocukluk döneminde tedaviden kaçınılmalıdır. Alt ıslatmanın ilkokul yıllarına kadar devam etmesi halinde, sorunun kaynağını saptamak amacıyla bu duruma yol açabilecek çeşitli etkenler araştırılmalı ve tedavi yoluna gidilmelidir (19, 24). Tedavi yönteminin seçimi nedensel etkenlere, çocuğun yaşına, sorunun sıklığına, sonuçlarına ve tedavinin aciliyetine göre yapılır. Enürezis nokturna tedavisinde çeşitli tekniklerden birkaçının birlikte kullanılması önerilir. İlaç tedavisine ancak zorunlu durumlarda başvurulmalıdır (87).

Enürezis tedavisi doğrudan ve dolaylı olarak ikiye ayrılabilir. Doğrudan tedavi çocuğa,dolaylı tedavi ise ana babaya yönelik olarak uygulanır. Doğrudan tedavi organik rahatsızlıklarda uygulanır ve temeldeki soruna göre yönlendirilir. Organik herhangi bir nedenin bulunmadığı vakalarda enürezis tedavisi büyük ölçüde aileye danışmanlık veya davranış tedavisi ve psikoterapi yöntemlerine dayanır (9,19).

Enürezisin tedavi yöntemleri nonfarmakolojik ve farmakolojik olmak üzere iki ana başlık altında incelenebilir.

### 2.5.1. Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri

**2.5.1.1 Kayıt Tutma ve Ödüllendirme:** Çocuğa karşı pozitif bir tutum ve kuru kalması için motive edilmesi tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Tedavide kayıt tutulması ve ödüllendirme teknikleri hem çocuğun motivasyonunu arttırıcı hem de sorumluluk verici yöntemlerdir. Çocuk ıslak ve kuru geceleri bir takvim üzerine işaretler ya da not eder. Bunları kesinlikle çocuğun kendisinin yapması sağlanmalıdır. Davranış motivasyonu ile hastaların %70'inde anlamlı düzelme sağlanır. Olguların %25'inde tam başarı (14

gün ardışık kuru kalma) olduğu bildirilmiştir. Motivasyon tedavisi 3-6 ay uygulandıktan sonra iyileşme sağlanamıyorsa, diğer tedavi metotları denenebilir (87, 24).

**2.5.1.2 Sıvı Kısıtlaması ve Gece Uyandırma:** Başlangıç olarak sıvı alımında ve çıkartılmasında yapılacak düzenlemeler en basit yaklaşımlardır. Akşam yemeğinden sonra sıvı alınmasının kısıtlanması uykudaki idrar miktarını azaltabilir. Çocuk yatmadan önce ve yattıktan 1.5-2 saat sonra işemeye teşvik edilmelidir. Gün içinde de düzenli olarak işetilmelidir. Sabah evden ayrılmadan, okulda ve eve dönüşte çocuk işemeye özendirilmelidir. Son dakikaya kadar idrarını tutmaması, işeme sırasında gevşemesi, idrarı tamamen boşalıncaya kadar yeterli zaman ayırması, işeme sırasında optimal postür öğretilmelidir (87, 24, 91)

**2.5.1.3 Mesane ve Sfinkter Eğitimi:** Fonksiyonel ve psikolojik enürezisin tedavisinde "mesane eğitimi" diyebileceğimiz bir uygulama başlatılır ve ana baba tarafından kontrol edilecek şekilde, çocuk belirli saatlerde idrar yapmaya alıştırılır. Bu yöntem tek başına veya sfinkter eğitim egzersizleri ile birlikte %30 ile %35 çocukta başarı sağlamaktadır. Sfinkter eğitiminde ise çocuktan gündüz idrarını yaparken birçok defa aniden kesmesi ve tekrar yapması istenir. Bu teknik sfinkter kaslarının tonusunu artırabileceği gibi çocuğun idrar yapma kontrolünün farkında olmasını da sağlar. Bu yöntemi daha çok 9 yaşından büyük çocuklar uygulayabilir (12, 87).

**2.5.1.4 Alarm Sistemleri:** Alarm sistemlerinin kullanılması için özel yapılmış yataklardan yararlanılmaktadır. Bu tür yataklarda uykuda alt ıslatma durumunda, elektrikli sistem alarma geçmekte ve çocuğu uyandırmaktadır. Zamanla uyanmaya koşullandırılan çocuk, uyanarak tuvalet yapma gereksinimini duymaya başlar (19). Bu yöntem ilaç tedavisi ile karşılaştırıldığında %75 oranında başarı sağlamakta, etkisi uzun süre devam etmekte ve tekrar alt ıslatmalar azalmaktadır (23, 87, 24). Ancak alarm aletinin birçok ülkede bulunmaması ya da ulusal sağlık hizmetleri tarafından karşılanmaması, gece korkuları gibi parasomniaları olan çocuklarda alarm gürültüsünün tetikleyici etkisinin olması ve aileleri uzun süre meşgul eden bir yöntem olması nedeniyle kabul görme oranı yüksek değildir (23, 87).

### 2.5.2 Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Enürezis nokturna tedavisinde; trisiklik antidepresanlar (imipramin, desipramin ve klomipramin), prostoglandin (PG) inhibitörleri (İbuprofen, diklofenak Na), antikolinerjikler (oxybutynin chloride), diüretikler (furosemid), amantadin, karbamazepin ve stimulanlar denenmiştir. Desmopressin (DDAVP) ve imipramine enürezis nokturna tedavisinde kullanılan primer ilaçlardır. Bu ilaçların genelde alarm sistemi ve davranışçı tedavilerin başarısız kaldığı takdirde kullanımı önerilmekteyse de, hastaların sosyoekonomik zorlukları nedeniyle sıklıkla ilk tercih olarak kullanılmaktadır (87, 22, 24).

## 3. GEREÇ / YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma DEÜ EASM'lerine kayıtlı çocuklarda enürezis nokturna prevalansını ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla kesitsel-tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır.

### 3.3.Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri Ocak 2022 – Şubat 2022 Tarihleri arasında toplanmıştır.

### 3.4. Alınan İzinler:

- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul

### 3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, 2022 yılında DEÜ EASM'lere başvuran 5-9 yaş arası çocuklardır. Evreni bilinmeyen örneklemde %80 güven düzeyi ,% 5 hata payı ile 384 kişiye planlanmıştır.

### 3.6.Araştırmaya dahil edilme kriteri:

- DEÜ EASM lere herhangi bir nedenle başvurma
- 5-9 yaş arası çocuğa sahip olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme
- Soruları cevaplamasına engel zihinsel sorununun olmaması

### 3.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Duygu-davranış sorunları

**Bağımsız Değişken:** Yaş,cinsiyet,anne ve babanın eğitim düzeyi,anne ve babanın çalışma durumları,anne ve babanın akrabalık durumu,ailenin tipi, kardeş sayısı,doğum kilosu,doğum şekli,doğum zamanı,anne sütü alma süresi,tuvalet eğitimi alma zamanı,ailede enürezis nokturna öyküsü,enürezis varlığı

### 3.8.Veri Toplama Araçları

**Sosyodegmografik Veri Formu**

Araştırmacının literatüre göre hazırladığı veri formu olup, yaş, sınıf, cinsiyet, anne – babanın eğitim düzeyi, anne ve babanın çalışma durumları, anne ve babnın akrabalık durumu, ailenin gelir durumu, kardeş sayısı,ailenin tipi, kardeş varlığı, doğum öyküsü,tuvalet eğitimi sorgulanmıştır.

**Enürezis Nokturna Sorgu Anketi**

Enürezis nokturnası olan çocuklara altını ıslatma sıklığı, eşlik eden kabızlık, makatta kaşıntı,enkoprezis,horlama öyküsü,yatmadan önce sıvı alımı,uykusunun ağırlığı,karanlık korkusu,tedavi alıp almadığı,alınan önlemler ve aile tutumuyla ilgili sorular sorulmuştur.

**Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ( Ek 1)**

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) "Strength and Difficulties Questionniare - (SDQ)" İngiliz psikiyatrist Robert Goodman tarafından çocuk ve ergenlerde davranışsal ve duygusal sorunları taramak için 1997 yılında geliştirilmiştir (www.sdqinfo.com). Ülkemize uyarlaması Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Bazıları olumlu, bazıları ise olumsuz duygu ve davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular hem uygun tanısal ölçütler, hem de faktör analizi sonuçlarına göre her biri beş soru içeren beş alt boyutta toplanmıştır; Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Problemler.

**Tablo 1. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Alt Faktörlerinin Puanlanması**

| | Normal | Sınırda | Anormal |
|---|---|---|---|
| DEAH Sorunları (2,10,15,21,25) | 0-5 | 6 | 7-10 |
| Davranış Sorunları (5,7,12,18,22) | 0-2 | 3 | 4-10 |
| Duygusal Sorunları (3,8,13,16,24) | 0-3 | 4 | 5-10 |
| Akran Sorunları (6,11,14,19,23) | 0-2 | 3 | 4-10 |
| Toplam | 0-13 | 14-16 | 17-40 |

GGA' nın 1997 yılından beri 40'tan fazla ülkede çevirisi yapılmış, geçerlik ve güvenilirliği araştırılmıştır. Güvenir ve ark. çalışmasında dil geçerliliği Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, çeviri ve orijinal form arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğine yönelik psikometrik karşılaştırmalarında daha önce Türkçeye uyarlanması yapılmış ve kullanımda olan iki farklı ölçek kullanılarak korelasyonları incelenmiştir ve diğer ölçeklerle benzer ayırt edebilme özelliğine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ülkemiz için ölçeğin iç tutarlılık değerlendirmeleri sonucu Cronbach Alfa katsayısı 0.84'tür (Güvenir ve arkadaşları 2008). Bu çalışma için yapılan değerlendirmede ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur.

### 3.9. İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler, SPSS 24.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verilmiştir. $P<0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Tanımlayıcı bulgularda; kategorik değişkenler sayı ve yüzde dağılımları,numerik değişkenler ortalama ve standart sapmaları ile gösterilmiştir. Uyku toplam puan ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki; kikare testi, alt ölçekler puanı ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki; iki kategorili bağımsız değişkenler için Student t testi,>2 kategorisi olan bağımsız değişkenler Kruskal Wallis testi ile saptanmıştır.Çok değişkenli analizlerde Lojistik regresyon kullanılmıştır.

# 4. BULGULAR

Çalışmaya, Dokuz Eylül Üniveersitesi Eğitim ASM'lerine kayıtlı ve araştırma sırasında herhangi bir nedenle ASM'de bulunan 384 çocuk dahil edilmiştir.Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2'de görülmektedir. Çalışmaya alınan çocukların 194'ü(%50,5) kız, 190'ı (%49,5) erkekti. Yaşlara göre dağılımlarına bakıldığında 5 yaşında 215 (%56), 6 yaşında 92 (%24,0), 7 yaşında 77 (%20,1) çocuk vardı. Çocukların 19 (%4,9)'unun tek çocuk olduğu, 365 (%95,1)'inin en az bir kardeşinin olduğu saptandı.

**Tablo 2. Çocukların Demografik Özellikleri**

| **Çocukların Demografik Özellikleri** | | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | Kız | 194 | 50,5 |
| | Erkek | 190 | 49,5 |
| **Yaş** | 5 yaş | 215 | 56 |
| | 6 yaş | 92 | 24 |
| | 7 yaş | 77 | 20 |
| **Doğum Şekli** | Normal | 191 | 49,7 |
| | Sezaryen | 193 | 50,3 |
| **Doğum zamanı** | Miad | 315 | 82 |
| | Prematüre | 69 | 18 |
| **Tuvalet Eğitimi** | 12 ay ve öncesi | 9 | 2,3 |
| | 13-24 ay arası | 158 | 41,1 |
| | 25-36 ay arası | 177 | 46,1 |
| | 37 ay ve sonrası | 40 | 10,4 |
| | **Toplam** | **384** | **100,0** |

Çalışmamızda anne ve babaların eğitim seviyesine bakıldığında çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu görüldü (sırasıyla %36,5ve %33,1).107(%27,9) çocuğun anne babası arasında akrabalık mevcuttu. Annelerin 277 (%72,1)'si çalışmıyorken, babaların 326 (84,9)'u çalışıyordu. Ailelerin çoğunluğu çekirdek aile (%76,6) ve anne babaların büyük bir kısmı birlikte yaşıyordu (%96,6). Ailelerin gelir algısı en fazla 'gelirim giderime eşit' şeklindeydi (%46,9) (Tablo 3).

**Tablo 3.Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri**

| **Ailelerin Demografik Özellikleri** | | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|---|
| **Annenin Eğitim Düzeyi** | Okuma yazma bilmiyor | 31 | 8,1 |
| | İlkokul mezunu | 140 | 33,1 |
| | Ortaokul mezunu | 72 | 18,8 |
| | Lise mezunu | 95 | 24,7 |
| | Üniversite mezunu | 46 | 12 |
| **Annenin Çalışma Durumu** | Evet | 80 | 20,8 |
| | Hayır | 304 | 79,2 |
| **Babanın Eğitim Düzeyi** | Okuryazar değil | 6 | 1,6 |
| | İlkokul mezunu | 127 | 33,1 |
| | Ortaokul mezunu | 76 | 19,8 |
| | Lise mezunu | 130 | 33,9 |
| | Üniversite mezunu | 45 | 11,7 |
| **Babanın Çalışma Durumu** | Evet | 326 | 84,9 |
| | Hayır | 58 | 15,1 |
| **Aile Tipi** | Çekirdek | 294 | 76,6 |
| | Geniş | 77 | 20,1 |
| | Parçalanmış | 13 | 3,4 |
| **Ailenin Ekonomik Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 138 | 35,1 |
| | Gelir Gidere Denk | 180 | 46,9 |
| | Gelir Giderden Fazla | 66 | 17,2 |
| **Toplam** | | **384** | **100** |

Çocukların ortalama doğum kilosu 3111,9 ± 590,94 gram, anne sütü alma süresi 16,07 ± 9,62 aydı. (Tablo 4).

**Tablo 4. Çocukların Doğum Ağırlığı ve Anne Sütü Alma Süreleri**

| Değişkenler | Ortalama±SS |
|---|---|
| **Doğum kilosu(gr)** | 3111,9 ± 590,94 |
| **Anne sütü alma süresi(ay)** | 16,07 ± 9,62 |

108(%28,1) çocuğun ailesinde enürezis öyküsü vardı.Annesinde enürezis öyküsü olan çocuk sayısı 37(%9,6), babasında enürezis öyküsü olan çocuk sayısı 37(%9,6),kardeşinde enürezis öyküsü olan çocuk sayısı ise 55(%14,3)ti.

**Tablo 5. Enürezis Aile Öyküsü**

| Soygeçmiş | | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|
| **Ailede enürezis öyküsü** | Evet | 108 | 28,1 |
| | Hayır | 276 | 71,9 |
| **Annede enürezis öyküsü** | Evet | 37 | 9,6 |
| | Hayır | 347 | 90,4 |
| **Babada enürezis öyküsü** | Evet | 37 | 9,6 |
| | Hayır | 347 | 90,4 |
| **Kardeşte enürezis öyküsü** | Evet | 55 | 14,3 |
| | Hayır | 329 | 85,7 |
| | **Toplam** | **384** | **100** |

Çocuklarda altını ıslatma ve enürezis nokturna oranları Tablo 5'te gösterilmiştir.113 çocuk(%29,4) geceleri herhangi bir sıklıkta altını ıslatmakta,bunlardan 80(%20,8)'i enürezis nokturna kriterini karşılamaktadır.

**Tablo 6.Çocuklarda altını ıslatma ve enürezis nokturna oranları**

| ENÜZERİS | | Sayı(n) | Yüzde(%) |
|---|---|---|---|
| Geceleri altını ıslatma | Evet | 113 | 29,4 |
| | Hayır | 271 | 70,6 |
| Enürezis nokturna | Evet | 80 | 20,8 |
| | Hayır | 304 | 79,2 |
| Toplam | | 384 | **100** |

Güçler ve güçlükler anketinin ortalama puanları Tablo 7'da gösterilmiştir.

**Tablo 7. Güçler ve Güçlükler Anketinin Ortalama Puanları**

| **GGA Ölçek Puanları** | **Ortalama±SS** |
|---|---|
| **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite** | 4,31±2,30 |
| **Davranış Problemleri** | 1,79±1,55 |
| **Duygusal Problemler** | 2,88±2,46 |
| **Akran Sorunları** | 2,47±1,43 |
| **Sosyal Davranışlar** | 1,64±1,88 |
| **Toplam** | 11.4±5,26 |

Güçler ve güçlükler anketinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeğinde 67 (%17,4), davranış problemleri alt ölçeğinde 57 (%14,8) , duygusal problemler alt ölçeğinde 98 (%25,5), akran sorunları alt ölçeğinde 89 (%23,2) anormal çocuk saptandı. Toplam puana bakıldığında 267 (%69,5) anormal, 55 (%14,3) sınırda ve 267 (%69,5) normal çocuk bulunmaktadır (Tablo 8).

**Tablo 8.Güçler ve Güçlükler Anketinin Puanları**

| **GGA Puanları** | | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|---|
| **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite** | Normal | 258 | 67,2 |
| | Sınırda | 59 | 15,4 |
| | Anormal | 67 | 17,4 |
| | | | |
| **Davranış problemleri** | Normal | 274 | 71,4 |
| | Sınırda | 53 | 13,8 |
| | Anormal | 57 | 14,8 |
| | | | |
| **Duygusal problemler** | Normal | 240 | 62,5 |
| | Sınırda | 46 | 12,0 |
| | Anormal | 98 | 25,5 |
| | | | |
| **Akran sorunları** | Normal | 236 | 61,5 |
| | Sınırda | 59 | 15,4 |
| | Anormal | 89 | 23,2 |
| | | | |
| **Toplam puan** | Normal | 267 | 69,5 |
| | Sınırda | 55 | 14,3 |
| | Anormal | 62 | 16,1 |
| **Toplam** | | **384** | **100** |

Kızlarla erkekler arasında,normal ve sezaryen doğanlar arasında,miadında ve prematüre doğanlar arasında,tuvalet eğitimini 2 yaş ve altında alma ile 2 yaş üzerinde alma arasında enürezis nokturna açısından anlamlı fark saptanmamıştır.(Tablo 9)

**Tablo 9. Sosyodemografik Özellikler ile Enürezis Nokturna Arasındaki İlişki**

| Çocukların Demografik Özellikleri | | EN var | | EN yok | | Toplam | | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % | N | % | |
| **Cinsiyet** | Kız | 36 | 18,6 | 158 | 81,4 | 194 | 100 | 0,267 |
| | Erkek | 44 | 23,2 | 146 | 76,8 | 190 | 100 | |
| **Doğum Şekli** | Normal | 46 | 24,1 | 145 | 75,9 | 191 | 100 | 0,119 |
| | Sezaryen | 34 | 17,6 | 159 | 82,4 | 193 | 100 | |
| **Doğum zamanı** | Miad | 66 | 21 | 249 | 79 | 315 | 100 | 0,902 |
| | Prematüre | 14 | 20,3 | 55 | 79,7 | 69 | 100 | |
| **Tuvalet Eğitimi** | 24 ay ve öncesi | 31 | 18,6 | 136 | 81,4 | 167 | 100 | 0,337 |
| | 25 ay ve sonrası | 49 | 22,6 | 168 | 77,4 | 217 | 100 | |

Enürezis nokturnası olanlarla olmayan çocukların doğum kiloları ile anne sütü alma miktarları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.(Tablo 10)

**Tablo10. Sosyodemografik Özellikler ile Enürezis Nokturna Arasındaki İlişki**

| | EN varlığı | Ort.puan | SS | p |
|---|---|---|---|---|
| **Doğum kilosu** | Var | 3151,38 | 539,79 | 0,225 |
| | Yok | 3111,32 | 604,24 | |
| **Anne sütü alma miktarı** | Var | 17,70 | 9,61 | 0,134 |
| | Yok | 15,3 | 9,60 | |

Anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe olan çocuklarda enürezis görülme sıklığı azalmıştır.(p=0,004 ve p=0,000).Annesi çalışmayan çocuklarda enürezis görülme sıklığı artmıştır.(p=0,039).Babanın çalışma durumu ile enürezis arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.Anne ve baba arasında akrabalık olan çocuklarda daha fazla enürezis görülmektedir.(p=0,007)(Tablo 11)

**Tablo 11.Sosyodemografik Özellikler ile Enürezis Noktuna Arasındaki İlişki**

| **Sosyodemografik Özellikler** | | **EN var** | | **EN yok** | | **Toplam** | | **P değeri** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % | N | % | |
| **Anne eğitim** | İlkokul ve altı | 47 | 27,5 | 124 | 72,5 | 171 | 100 | **0,004** |
| | Ortaokul | 16 | 22,2 | 56 | 77,8 | 72 | 100 | |
| | Lise ve üstü | 17 | 12,1 | 124 | 87,9 | 141 | 100 | |
| **Anne çalışma** | Çalışıyor | 10 | 12,5 | 70 | 87,5 | 80 | 100 | **0,039** |
| | Çalışmıyor | 70 | 23 | 234 | 77 | 304 | 100 | |
| **Baba eğitim** | İlkokul ve altı | 44 | 34,6 | 83 | 65,4 | 127 | 100 | **0,000** |
| | Ortaokul | 12 | 15,8 | 64 | 84,2 | 76 | 100 | |
| | Lise ve üstü | 24 | 13,3 | 157 | 86,7 | 181 | 100 | |
| **Babanın çalışma** | Çalışıyor | 63 | 19,3 | 263 | 80,7 | 326 | 100 | 0,084 |
| | Çalışmıyor | 17 | 29,3 | 41 | 70,7 | 58 | 100 | |
| **Gelir algısı** | Gelir giderden az | 32 | 23,2 | 106 | 76,8 | 138 | 100 | 0,156 |
| | Gelir gidere eşit | 40 | 22,2 | 140 | 77,8 | 180 | 100 | |
| | Gelir giderden fazla | 8 | 12,1 | 58 | 87,9 | 66 | 100 | |
| **Aile tipi** | Çekirdek | 65 | 22,1 | 229 | 77,9 | 294 | 100 | 0,266 |
| | Çekirdek olmayan | 15 | 16,7 | 75 | 83,3 | 90 | 100 | |
| **Anne ve baba arasında** | Akrabalık var | 32 | 29,9 | 75 | 70,1 | 107 | 100 | **0,007** |
| | Akrabalık yok | 48 | 17,3 | 229 | 82,7 | 277 | 100 | |

Ailede enürezis nokturna öyküsü olması ile ve tek tek anne ,baba ve kardeşte enürezis nokturna öyküsü olması ile enürezis nokturna arasında oldukça anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,000)(Tablo 12).

**Tablo12.Enürezis Aile Öyküsü ile Enürezis Nokturna Arasındaki İlişki**

| Enürezis aile öyküsü | | EN var | | EN yok | | Toplam | | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % | N | % | |
| **Ailede enürezis öyküsü** | var | 43 | 39,8 | 65 | 60,2 | 108 | 100 | **0,000** |
| | yok | 37 | 13,4 | 239 | 86,6 | 276 | 100 | |
| **Annede enürezis öyküsü** | var | 16 | 43,2 | 21 | 56,8 | 37 | 100 | **0,000** |
| | yok | 64 | 18,4 | 283 | 81,6 | 347 | 100 | |
| **Babada enürezis öyküsü** | var | 17 | 45,9 | 20 | 54,1 | 37 | 100 | **0,000** |
| | yok | 63 | 18,2 | 284 | 81,8 | 347 | 100 | |
| **Kardeşte enürezis öyküsü** | var | 27 | 49,1 | 28 | 50,9 | 55 | 100 | **0,000** |
| | yok | 53 | 16,1 | 276 | 83,9 | 329 | 100 | |

Güçler ve güçlükler anketi toplam puan kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla normal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,000).

Güçler ve güçlükler anketi dikkat eksikliği puanı kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla normal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,000).

Güçler ve güçlükler anketi davranış puan kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla anormal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,005).

Güçler ve güçlükler anketi duygusal puan kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla anormal olan çocuklar aradında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,013)

Güçler ve güçlükler anketi akran puanı kategorisine göre normal, sınırda ve anormal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmamıştır(p=0,853)

Güçler ve güçlükler anketi sosyal davranış alt ölçeğinde ortalamanın altında puan alanlar ile ortalamanın üstünde puan alanlar arasında enürezis nokturna açısından anlamlı fark saptanmamıştır(p=0,650)(Tablo 13)

**Tablo 13.Güçler Güçlükler Anketi Kategorileri ile Enürzis Nokturna Arasındaki İlişki**

| Güçler ve Güçlükler Anketi | | EN var | | EN yok | | Toplam | | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | Yüzde | N | Yüzde | N | Yüzde | |
| **Toplam** | Normal | 38 | 14,2 | 229 | 85,8 | 267 | 100 | **0,000** |
| | Sınırda | 22 | 40 | 33 | 60 | 55 | 100 | |
| | Anormal | 20 | 32,3 | 42 | 67,7 | 62 | 100 | |
| **DEHB** | Normal | 37 | 14,3 | 221 | 85,5 | 258 | 100 | **0,000** |
| | Sınırda | 20 | 33,9 | 39 | 66,1 | 59 | 100 | |
| | Anormal | 23 | 34,3 | 44 | 65,7 | 67 | 100 | |
| **Davranış** | Normal | 46 | 16,8 | 228 | 83,2 | 274 | 100 | **0,005** |
| | Sınırda | 14 | 26,4 | 39 | 73,6 | 53 | 100 | |
| | Anormal | 20 | 35,1 | 37 | 64,9 | 57 | 100 | |
| **Duygusal** | Normal | 40 | 16,7 | 200 | 83,3 | 240 | 100 | **0,013** |
| | Sınırda | 16 | 34,8 | 30 | 65,2 | 46 | 100 | |
| | Anormal | 24 | 24,5 | 74 | 75,5 | 98 | 100 | |
| **Akran** | Normal | 49 | 20,8 | 187 | 79,2 | 236 | 100 | 0,853 |
| | Sınırda | 11 | 18,6 | 48 | 81,4 | 59 | 100 | |
| | Anormal | 20 | 22,5 | 69 | 77,5 | 89 | 100 | |
| Sosyal | Ortalama | 43 | 20 | 172 | 82 | 215 | 100 | 0,650 |
| | Ortalama | 37 | 132 | 21,9 | 78,1 | 169 | 100 | |

Çocukların cinsiyeti,doğum şekli,doğum zamanı ve tuvalet eğitimi alma zamanı anne ve babanın çalışma durumu,anne ve babanın akrabalık durumu,aile tipi ve gelir düzeyi ile güçler güçlükler anketi toplam puan kategorisine göre normal,sınırda ya da anormal olma arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.Anne ve baba eğitim düzeyi ile normal,sınırda ve anormal olma arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.(Tablo 14)

**Tablo14.Sosyodemografik Özellikler ile Güçler-Güçlükler Anketi Toplam Puan Kategorisi Karşılaştırması**

| Çocukların Demografik Özellikleri/Toplam Puan | | Normal | | Sınırda | | Anormal | | Toplam | | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| **Cinsiyet** | Kız | 143 | 73,7 | 24 | 12,4 | 27 | 13,9 | 194 | 100 | 0,19 |
| | Erkek | 124 | 655,3 | 31 | 16,3 | 35 | 18,4 | 190 | 100 | |
| **Doğum Şekli** | Normal | 139 | 72,8 | 28 | 14,7 | 24 | 12,6 | 191 | 100 | 0,163 |
| | Sezaryen | 128 | 66,3 | 27 | 14,0 | 38 | 19,7 | 193 | 100 | |
| **Doğum zamanı** | Miad | 224 | 71,1 | 42 | 13,3 | 49 | 15,6 | 315 | 100 | 0,332 |
| | Prematüre | 43 | 62,3 | 13 | 18,8 | 13 | 18,8 | 69 | 100 | |
| **Tuvalet Eğitimi** | 24 ay ve öncesi | 126 | 75,4 | 18 | 10,8 | 23 | 13,8 | 167 | 100 | 0,078 |
| | 25 ay ve sonrası | 141 | 65,0 | 37 | 17,1 | 39 | 18,0 | 217 | 100 | |
| **Anne Eğitim** | İlkokul ve altı | 110 | 64,3 | 22 | 12,9 | 39 | 22,8 | 171 | 100 | **0,001** |
| | Ortaokul | 44 | 61,1 | 16 | 17 | 12 | 16,7 | 72 | 100 | |
| | Lise ve üzeri | 113 | 80,1 | 17 | 12,1 | 11 | 7,8 | 141 | 100 | |
| **Baba Eğitim** | İlkokul ve altı | 78 | 61,4 | 15 | 11,8 | 34 | 26,8 | 127 | 100 | **0,001** |
| | Ortaokul | 51 | 67,1 | 13 | 17,1 | 12 | 15,8 | 76 | 100 | |
| | Lise ve üzeri | 138 | 76,2 | 27 | 14,9 | 16 | 8,8 | 181 | 100 | |
| **Anne Çalışma** | Evet | 62 | 77,5 | 8 | 10,0 | 10 | 12,5 | 80 | 100 | 0,215 |
| | Hayır | 205 | 67,4 | 47 | 15,5 | 52 | 17,1 | 304 | 100 | |
| **Baba Çalışma** | Evet | 226 | 69,3 | 45 | 13,8 | 55 | 16,9 | 326 | 100 | 0,570 |
| | Hayır | 41 | 70,7 | 10 | 17,2 | 7 | 12,1 | 58 | 100 | |
| **Anne-baba akrabalık** | Var | 78 | 72,9 | 17 | 15,9 | 12 | 11,2 | 107 | 100 | 0,256 |
| | Yok | 189 | 68,2 | 38 | 13,7 | 50 | 18,1 | 277 | 100 | |
| **Aile tipi** | Çekirdek | 201 | 68,4 | 43 | 14,6 | 50 | 17,0 | 294 | 100 | 0,637 |
| | Geniş | 66 | 73,3 | 12 | 13,3 | 12 | 13,3 | 90 | 100 | |
| **Gelirim giderimden** | Az | 90 | 65,2 | 24 | 17,4 | 24 | 17,4 | 138 | 100 | 0,333 |
| | Eşit ve fazla | 177 | 72,0 | 31 | 12,6 | 38 | 15,4 | 246 | 100 | |

Enürezis nokturnası olan 80 çocuğun 32(%40)'sinde anal kaşıntı,18(%22,5)'inde horlama,19(%23,8)'unda kabızlık,6(%7,5)'sında fekal inkontinans eşlik etmektedir.( Tablo 15)

**Tablo 15. Enürezise Eşlik Eden Semptomlar**

| **Enürezise eşlik eden bulgular** | | sayı | yüzde |
|---|---|---|---|
| **Anal kaşıntı** | Var | 32 | 40 |
| | Yok | 48 | 60 |
| **Horlama** | Var | 18 | 22,5 |
| | Yok | 68 | 77,5 |
| **Kabızlık** | Var | 19 | 23,8 |
| | Yok | 61 | 76,3 |
| **Fekal inkontinans** | Var | 6 | 7,5 |
| | Yok | 74 | 92,5 |
| **Toplam** | | **80** | **100** |

Enürezis nokturnası olan 80 çocuğun 72(%90) tanesi yatmadan 1-2 saat önce sıvı tüketmekte,33(%41,3) tanesinin uykusu ağır olup uyanmakta zorlanmakta,47 (%58,8) tanesi karanlıktan korkmaktadır(Tablo 16).

**Tablo 16.Enürezisli Çocukların Özellikleri**

| **Enürezisli çocukların özellikleri** | | Sayı | **%** |
|---|---|---|---|
| **Sıvı alımı** | Evet | 72 | 90 |
| | Hayır | 8 | 10 |
| **Zor uyanma** | Evet | 33 | 41,3 |
| | Hayır | 47 | 58,8 |
| **Karanlık korkusu** | Evet | 47 | 58,8 |
| | Hayır | 33 | 41,5 |
| **Toplam** | | **80** | **100** |

Enürezis nokturnası olan 80 çocuğun 21(%26,3) tanesinin ailesi doktora başvurmuştur.

59(%73,8) çocuğun ailesi enürezis nokturmaya yönelik sıvı kısıtlama,gece tuvalete kaldırma gibi önlemler almaktadır.41(%41,3) çocuğun ebeveyni çocuğunda enürezis nokturna olmasının kendisini psikloljik olarak etkilediğini söylemiştir.

36(%45) çocuğun ebeveyni altına ıslattığı için bazen çocuğuna kızdığını,67(%83,8) çocuğun ebeveyni de çocuğu gece kuru kaldığında çocuğunu takdir etmektedir.29(%36,3) çocuğun ebeveynine göre çocuğu altını ıslattığında ailesinden çekinip durumu gizlemeye çalışmaktadır.(Tablo 17)

**Tablo17.Enürezis Nokturnalı Çocukların Ebeveynlerinin Tutumları**

| **Aile tutumları** | | **Sayı** | **%** |
|---|---|---|---|
| **Doktora Başvuru** | Evet | 21 | 26,3 |
| | Hayır | 59 | 73,8 |
| **Doktor dışı tedbir** | Evet | 59 | 73,8 |
| | Hayır | 21 | 26,3 |
| **Psikolojik etkilenme** | Evet | 41 | 51,3 |
| | Hayır | 39 | 48,8 |
| **Ödüllendirme** | Evet | 67 | 83,8 |
| | Hayır | 13 | 16,3 |
| **Cezalandırma** | Evet | 36 | 45,0 |
| | Hayır | 44 | 55,0 |
| **Gizleme çabası** | Evet | 29 | 36,3 |
| | Hayır | 51 | 63,8 |
| **Toplam** | | **80** | **100** |

Altını ıslattığı için zaman zaman çocuğuna kızdığını ifade eden ebeveynlerin çocuklarının güçler güçlükler anketine göre dikkat eksikliği,davranış sorunları,duygusal sorunlar ve toplam puanları diğer çocuklardan daha yüksektir(Tablo 18).

**Tablo18.Cezalandırma ve Güçler-Güçlükler Anketi Puanları**

| Cezalandırma | N | Ortalama | SS | P |
|---|---|---|---|---|
| **DEAH** | 36 | 5,92 | 1,66 | **0,023** |
| | 44 | 4,98 | 1,1 | |
| **Davranış Sorunları** | 36 | 2,75 | 1,59 | **0,016** |
| | 44 | 1,86 | 1,60 | |
| **Duygusal Sorunlar** | 36 | 5,19 | 3,00 | **0,000** |
| | 44 | 2,50 | 2,28 | |
| **Akran Sorunları** | 36 | 2,78 | 1,80 | 0,309 |
| | 44 | 2,43 | 0,99 | |
| **Sosyal Davranış** | 36 | 1,53 | 1,76 | 0,133 |
| | 44 | 2,25 | 2,47 | |
| **Toplam** | 36 | 16,64 | 5,35 | **0,000** |
| | 44 | 11,77 | 4,46 | |

Geceleri altını ıslatmadığında çocuğunu takdir edip/ödüllendirdiğini ifade eden ebeveynlerin çocukları ile diğer çocukların güçler güçlükler anketi puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo 19).

**Tablo 19.Ödüllendirme ve Güçler-Güçlükler Anketi Puanları**

| Ödüllendirme | N | Ortalama | SS | P |
|---|---|---|---|---|
| **DEAH** | 67 | 5,60 | 1,80 | **0,030** |
| | 13 | 4,38 | 1,85 | |
| **Davranış Sorunları** | 67 | 2,33 | 1,68 | 0,422 |
| | 13 | 1,92 | 1,49 | |
| **Duygusal Sorunlar** | 67 | 3,87 | 2,91 | 0,294 |
| | 13 | 2,92 | 3,09 | |
| **Akran Sorunları** | 67 | 2,61 | 1,45 | 0,729 |
| | 13 | 2,46 | 1,26 | |
| **Sosyal Davranış** | 67 | 2,09 | 2,28 | 0,130 |
| | 13 | 1,08 | 1,55 | |
| **Toplam** | 67 | 14,40 | 5,39 | 0,100 |
| | 13 | 11,69 | 5,23 | |

# 5.TARTIŞMA

Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağılığı Merkezlerine başvuran 5 yaş civarı çocuklarda enürezis nokturna prevalansı %20.8 bulunmuştur. Enürezis sıklığı ülkelere göre değişmekte olup ülkemizde değişik bölgelerde yapılan araştırmalara göre enürezis sıklığı %12,5-25,5 arasında saptanmıştır.(12,21,92) Bulgularımız ülkemizdeki literatürle uyumludur.

Çalışmamızda kızlarda enürezis sıklığı % 18,erkeklerde % 23,2 bulunmuş olup kızlarla erkekler arasında enürezis nokturna açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hindistanda yapılan bir çalışmada enürezis sıklığı erkeklerde bu oran %18,15, kızlarda ise %16,9'dır (93).Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada enürezis sıklığı erkeklerde %10,7 , kızlarda ise %9,2 bulunmuş olup yine istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ancak bizim çalışmamıza benzer şekilde erkeklerde daha yüksek oranda görülmektedir.(94)

Çalışmamızda normal ve sezaryen doğanlar arasında,miadında ve prematüre doğanlar arasında enürezis nokturna açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.Manisa'da yapılan bir çaılşmada enürezis nokturna ile çocuğun doğum ağırlığı, doğum zamanı, anne sütü alma süresi gibi bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır(101). Aynı zamanda yapılan bazı çalışmalarda 4 ay ve daha uzun süre anne sütü ile beslemenin çocukluk çağında yatak ıslatmaya karşı koruyucu olduğu da bildirilmektedir(115,116).

Çalışmamızda tuvalet eğitimini 2 yaş ve altında alma ile 2 yaş üzerinde alma arasında enürezis nokturna açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Erzurum'da yapılan bir çalışmada bizim çalışamızda olduğu gibi enürezis sıklığı tuvalet eğitimine 12 ve altındaki aylarda başlayanlarda %11.9, 13-24'üncü aylarda başlayanlarda %14.7, 25-36'ncı aylarda başlayanlarda %15.0, 37 ay ve üzerinde başlayanlarda %29,4 olarak saptandı. Fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu(95). Ancak yapılan bir çalışmaya göre çocuk bir buçuk yaşına gelmeden önce ve iki buçuk yaşını geçtikten sonra tuvalet eğitimine başlanmasının; enürezise zemin hazırlayabileceği ileri sürülmektedir(77). Tuvalet eğitimine erken başlanması nedeniyle yaşanan güçlükler ve bunun sonucunda ortaya çıkan inatlaşmaların, tuvalet eğitimine

geç başlanıp, uygun tuvalet alışkanlığının öğretilmemesi ve çocuğun eğitilemeyecek kadar küçük, narin, güçsüz olmasının enürezise neden olabileceği düşünülmektedir(96)

Anne ve babanın eğitim seviyesi arttıkça noktürnal enürezisin azaldığı bilinmektedir(97-99)Çalışmamızda anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe çocuklarda enürezis görülme sıklığı azalmıştır. Bunun nedeni eğitim seviyesi yüksek annelerin çocuklarına verdiği düzenli tuvalet eğitimi ve çocuk sağlığı konusunda daha bilinçli yaklaşım olabilir.

Düşük sosyal ve ekonomik koşullarda büyüyen çocuklarda enürezis nokturnaya daha sık rastlandığı bilinmektedir.Çalışmamızda gelir tipi ile enürezis nokturna arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilşki saptanmamıştır.Bunun nedeni çalışmaya dahil edilen çocukların gelir düzeylerinin birbirine yakın olması ve büyük kısmının düşük sosyoekonomik düzeyde olması olabilir.

Annesi çalışmayan çocuklarda enürezis görülme sıklığı artmıştır.Çalışmayan anneler düşük eğitim düzeyine sahip olduğu için ve anne çalışmadığında ailenin sosyoekonomik düzeyi düştüğü için enürezis sıklığı artmış olabilir.Ancak babanın çalışma durumu ile enürezis arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Soy geçmişinde enürezis öyküsü olanlarda enürezis nokturna daha yüksek bulunmuştur(16)Kardeşlerinde ve ebeveynlerinde enürezis olan çocuklarda enürezisin daha sık olduğu gözlenmiştir.(17).Çalışamızda ailede enürezis nokturna öyküsü olanlarda daha fazla enürezis görülmektedir.Bulgular literatürle uyumludur.

Çalışmamızın sonuçlarına göre anne ve baba arasında akrabalık olan çocuklarda daha fazla enürezis görülmektedir.Akraba evliliği genetik yatkınlığı olan durumların ortaya çıkma riskini artıdığından ve enürezis nokturna için genetik faktörler önemli olduğundan bu beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda güçler ve güçlükler anketi toplam puan kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla normal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Güçler ve güçlükler anketi dikkat eksikliği puanı kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla normal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır. Manisada yapılan bir çalışmada enürezis grubunda dikkat eksikliği puanı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti.Hiperkativite puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (101)çalışmalarda enürezisli çocuklarda genel olarak davranış sorunlarının ve özel olarak da DEHB'nin prevalansının arttığını

bildirdi(102)DEHB'li deneklerin enürezis için DSM-IV kriterlerini karşılama olasılıkları DHEB olmayan kontrollere göre 2,1 kat daha fazlaydı(103)

Güçler ve güçlükler anketi davranış puan kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla anormal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır. Enüresiz tanısı alan çocukların %26,6'sı klinik düzeyde davranış problemi sergilerken, kontrol grubunda bu oran %3,3 olarak bulunmuştur(104).Araştırma bulgularına göre, enürezis grubu Dikkat Problemleri, Saldırgan Davranışlar ve Genel Dışa Yönelim alt ölçeklerinde kontrol grubuna kıyasla daha fazla puan almıştır(105).
Güçler ve güçlükler anketi duygusal puan kategorisine göre sınırda ve anormal olan çocuklarla anormal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmıştır. Enürezisli çocuklarının ebeveynleri, sağlıklı çocukların ebeveynlerinin raporlarına kıyasla daha yüksek davranışsal ve duygusal problemler bildirdi. Ayrıca, sağlıklı çocuklara göre daha içine kapanık, kaygılı-depresif, daha saldırgan, dikkatsiz ve daha somatik şikayetleri olan olarak derecelendirilmişlerdir. Babalara kıyasla önemli ölçüde daha fazla sayıda duygusal, sosyal ve davranışsal sorunu değerlendiren her zaman anneydi ebeveynlerin değerlendirmelerine göre (106).

Güçler ve güçlükler anketi akran puanı kategorisine göre normal,sınırda ve anormal olan çocuklar arasında enürezis nokturna arasında anlamlı fark saptanmamıştır.Enürezisi olan çocuklarda dikkat bozukluğu, arkadaşlık ilişkilerinde sorunlar daha fazla görülmekte idi(17).Güçler ve güçlükler anketi sosyal davranış alt ölçeğinde ortalamanın altında puan alanlar ile ortalamanın üstünde puan alanlar arasında enürezis nokturna açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Enüretik çocukların, sosyal içe dönüklük alt ölçek puanları ile, enüretik olmayan çocukların bu alt ölçekten aldıkları puan arasında anlamlı farklılık bulunmuştur(107).Fark bulamamamızın nedeni çalışmaya katılan çocukların akranlarında da enürezisin sık olması ve benzer duygu-davranış özellikleri olması nedeniyle akran sorunları yaşamamış olabilirler.

Enürezis nokturnası olan 80 çocuğun 32(%40)'sinde anal kaşıntı,18(%22,5)'inde horlama,19(%23,8)'unda kabızlık,6(%7,5)'sında fekal inkontinans eşlik etmektedir. Enüretik çocukların 13 2'sinde konstipasyon 10 6'sında ise enkoprezis mevcuttu (108). Enürezisli çocukların %15.9'unda üriner sistem enfeksiyonu, %10.8'inde dışkı kaçırma, %17.8'inde kabızlık, %18.2'sinde dışkıda parazit saptandı(109).

Enürezis nokturnası olan 80 çocuğun 21(%26,3) tanesinin ailesi doktora başvurmuştur.59(%73,8) çocuğun ailesi enürezis nokturmaya yönelik sıvı

kısıtlama,gece tuvalete kaldırma gibi önlemler almaktadır.NE'nin nedenleri ve etkili tedavileri hakkında genel ebeveyn bilgisi eksiktir. Sadece %55'i NE'li çocukları için tıbbi yardım arayacaklarını ve sadece %28'i etkili tedaviler konusunda farkındalık bildirdi(110).

Ebeveynlerin %53,8'i enürezis için bir şey yapmadığını, % 46,2'si bazı geleneksel uygulamalar yaptığını ifade etmiştir(111).8269 ebeveynden 3376'sı (%40,8) tedavi seçeneklerinden en az birini denediğini, gece sıvı alımını kısıtlamanın ve ağırlık kaldırmanın başlıca kullanılan yöntemler olduğunu belirtti. Tedavi müdahaleleri açısından enürezis nokturnal olanların %19,2'si ile enürezis alarmı ve %13,1'i ile ilaç tedavisi kullanılırken, noktürnal enürezisi olanların sadece %31,9'u sağlık görevlisine başvurmuştur(112).

41 çocuğun ebeveyni çocuğunda enürezis nokturna olmasının kendisini psikloljik olarak etkilediğini söylemiştir. Her ebeveyn, ancak özellikle anneler, monosemptomatik enürezisli çocuklarda kontrollere göre daha fazla sorun davranış bildirmiştir. Ayrıca, monosemptomatik enürezisi olan çocuklarda ebeveynlerin sorunlu davranış derecelendirmeleriyle yüksek oranda ilişkili olan daha fazla stres bildirdiler(113). Enürezisli çocuklarının ebeveynleri,sağlıklı çocukların ebeveynlerinden önemli ölçüde daha yüksek stres düzeyi gösterdi. Çocuklarda enürezis sıklığı arttıkça ebeveyn stres düzeyinin arttığını, sosyal aktivitelerin, okul performansının ve ilişkisel yeterliliklerin azaldığını ve çocuklarda duygusal, sosyal ve davranışsal sorunların arttığını göstermiştir(106).

36(%45) çocuğun ebeveyni altına ıslattığı için bazen çocuğuna kızdığını,67(%83,8) çocuğun ebeveyni de çocuğu gece kuru kaldığında çocuğunu takdir etmektedir NE'li çocukların ebeveynleri olmak üzere, çocuklar büyüdükçe kombinasyon tedavisini seçti ve tıbbi yardım istedi. Az sayıda ebeveyn hala ceza yöntemini kullanmaya devam etti(114).

Altını ıslattığı için zaman zaman çocuğuna kızdığını ifade eden ebeveynlerin çocuklarının güçler güçlükler anketine göre dikkat eksikliği,davranış sorunları,duygusal sorunlar ve toplam puanları diğer çocuklardan daha yüksektir.zor çocuğa tahammül azaldığı için kızma davranışının daha çok görülmesi normaldir. DEHB olan çocuklarda çok farlı anne-baba-çocuk ilişkisi örüntüleri ve ailelede işlev bozuklukları görülebilmektedir.DEHB olan ergenlerin ailelerinin,normal ergenlerin ailelerine göre olumsuzlukları daha çok dile getirdikleri saptanmıştır.Ancak bu durumun DEHB

belirtilerinden daha çok davranım bozuklukları ve karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir(117).

Geceleri altını ıslatmadığında çocuğunu takdir edip/ödüllendirdiğini ifade eden ebeveynlerin çocukları ile diğer çocukların dikkat eksikliği kategorisi puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup diğer puan kategorilerinde anlamlı fark saptanmamıştır.Bunun nedeni dikkat eksikliği olan çocuklarda enürezis sıklığı oldukça yüksek olup bu çocukların kuru kalmaları daha az beklenen bir durumdur ve kuru kaldıklarında aileler ödüllendirme ihtiyacı duymuş olabilirler.

# 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

## 6.1 Sonuç

Çalışmamızın sonuçlarına göre enürezis nokturna çocuğun cinsiyeti,doğum şekli,doğum ağırlığı,anne sütü alma miktarı,tuvalet eğitimi zamanı,aile tipi ve gelir düzeyi ile ilişkili değilken anne-baba eğitim düzeyi,annenin çalışma durumu,ailede enürezis öyküsü ile ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçlarına göre ocuklarda enürezis nokturna dikkat eksikliği,duygusal sorun,davranış sorunları ile ilişkili olup,akran sorunları ve sosyal sorunlar ile ilişkili değildir.

Aynı zamanda çocuğuna kızdığını ifade eden ebeveynlerin çocukları güçler-güçlükler anketinin tüm kategorilerinde daha yüksek puanlar alırken,çocuğu kuru kaldığında ödüllendiren ebeveynlerin çocukları yalnızca dikkat eksikliği kategorisinde yüksek puan almıştır.

## 6.2 Öneriler

Enürezis nokturna çocuklarda duygu-davranış sorunları ile birlikte olabileceği için birinci basamakta daha sık sorgulanıp çözüm arayışlarına gidilebilir.

Aileleri maddi ve psikolojik açıdan zorlayan bu duruma karşı ailelere bilgi verilip yanlış tutumların önüne geçilebilir.

Enürezisin kendisinden çok, ailelerin ve toplumun yanlış tutumları zarar vermektedir.Bizler de aile hekimi olarak bu süreçte hem çocukların hem de ailelerinin yanında olmalıyız.

# 7.KAYNAKÇA


1. Hjalmas K, Arnold T, Bower W et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. J Urol 2004; 171: 2545–61

2. Schmitt BD. Noctumal Enuresis. Pediatr Rev 1997; 18: 183-91

3. Güncel Pediatri 2004 ; 2 : 134-136 Osman Dönmez. Çocuklarda Nokturnal Enürezis

4. Avanoğlu, A., et al., Türkiye enürezis çalışma grubu. Türkiye Enürezis Tedavi Kılavuzu, 2010: p. 1-16., 25Hodson, E.M. and J.C. Craig, Urinary Tract Infections in Children. 2016.]

5.Nørgaard, J., et al., Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. British Journal of Urology, 1998. 81(s3): p. 1-16.**]**.

6.Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders. text rev.), 2000

7.Hodson, E.M. and J.C. Craig, Urinary Tract Infections in Children. 2016

8.Kefi, A., Tekgül S. Nokturnal enürezis. Türk Üroloji Dergisi, 2006. 32(19): p. 99-105

9.Neyzi, O., T. Ertuğrul, and A. Ekşi, Psikososyal gelişme ve sorunlar, çocuğun ruhsal gelişimi, Enürezis, Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: p. 1420-1421

10. Naçar, N., Işık P. Enürezis noktürna. Katkı Pediatri Dergisi, 2000. 21: p. 895-912

11.Nevéus, T., et al., The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. The Journal of urology, 2006. 176(1): p. 314-324

12.Bozlu, M., et al., Çocukluk çağı ve adolesan yaş grubunda noktürnal ve diurnal enürezis epidemiyolojisi. Türk Üroloji Dergisi, 2002. 28(1): p. 70-75.

13.Haque, M., et al., Parental perceptions of enuresis: a collaborative study. American Journal of Diseases of Children, 1981. 135(9): p. 809-811.

14.Moffatt, M., Nocturnal enuresis--is there a rationale for treatment? Scandinavian journal of urology and nephrology. Supplementum, 1994. 163: p. 55

15. Hayta S. Ameliyat Nedeniyle Hastaneye Yatan Adolesanların Ameliyat Olma ve Hastaneye Yatma Durumunda Endişe Kaynakları Ölçeğinin Geliştirilmesi. 2008, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 80 sayfa, Gaziantep, (Yrd. Doç. Dr. H. Demet Gönener).

16. Ünalan D, Çetinkaya F, Baştürk M. Kentsel kesimde 7-12 yaş grubunda enüresis nokturna prevalansı ve özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2(3): s.175-182

17. Görür S, İnandı T, Turhan E, Helli A, Kiper A.N. Hatay'da 6-18 yaş arası çocuklarda enürezis sıklığı ve risk etkenleri. Türk Üroloji Dergisi, 2008; 34(1): s.42-50).

18. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği, Genişletilmiş 6. Baskı. Cilt 2, Ankara, Sistem Ofset, 2002., 34önmez O. Çocuklarda nokturnal enürezis. Güncel Pediatri Dergisi. [ElektronikDergi]. www.guncelpediatri.com. 2004; 2(3).,

19. Yavuzer H. Çocuk psikolojisi, 6. baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi, 1993: s.114-234

20. Demirören K, Özel A, Demirören S. Enürezisli çocuklarda üriner sistem anormallikleri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2006; 20(2): 133-138

21. Gür E, Turhan P, Can G. Enuresis prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in İstanbul. Turkey Pediatr Int, 2004; 46: s.58-63.).

22. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001. s.160-163

23. Bodur Ş. Soysal Ş. Enürezis nokturna yalnızca bir tuvalet eğitimi sorunu mu? STED [Elektronik Dergi]. www.ttb.org.tr/STED/ - 2005; 14 (7): 165-168

24. Dönmez O. Çocuklarda nokturnal enürezis. Güncel Pediatri Dergisi. [Elektronik Dergi]. www.guncelpediatri.com. 2004; 2(3)

25. Willie S. Primary Nokturnal Enurezis in children. Background and treatment. Scand J UrolNephrol.1994;156:1-48

26. Miller K, Atkin B ve Moody ML. Drug therapy for nokturnal enuresis. Drugs.1992; 44:47-56

27. Thiedke CC. Nokturnal Enuresis. Am Fam Physician. Am Fam Physician. 2003;67:1499-1506.

28 Ekşi A. Enürezis. Olcay Neyzi Pediatri 3.baskı. İstanbul: Nobel, 2002;1420-1421.

29. Naçar N, Işık P. P. Enürezis nokturna. Katkı Pediatri Dergisi, 2000;21:895-912.

30. Kawauchi A, Kitamori T, Imada N, Tanaka Y, Watanabe H. Urological abnormalities in 1328 patients with nokturnal enuresis. Eur Urol. 1996; 29:231-234.

31. Samuel M, Boddy SA. Is spina bifida occulta associated with lower urinary tract dysfunctionin children? J Urol. 2004;171:2664-2666

32.Capitanucci ML, Colaiacomo M, Silveri M, Silvano A, Mosiello G, De Gennaro M. VertebralSchisis in enüretic children: preliminary results of a statistical analysis. Pediatr. Med.Chir.1997;19:457-459.

33. Popper CW, Gammon GD, West SA, Bailey CE. Disorders in Infancy, Childhood, or Adolecence. InHales RE, Yudofsky SC (eds). Essentials of Clinical Psychiatry (2. ed).Washington DC, American Psychiatric Publishing inc. 2004; 689-693.

34. Matson S. Pediatride karar verme stratejileri. (Çev. Ömeroğlu RE). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004;124-127.

35. Karla V, Palaksha HK. Incidental spina bifida occulta in functional enuresis observed duringlaser reflexo therapy. J Child Neurol. 1999;14(8):541-543.

36. Kumar P, Aneja S, Kumar R, Taluja V. Spina bifida occulta in functional enuresis. Indian J Pediatr. 2005; 72(3):223-225.

37. Novello AC, Novello JR. Enuresis. Pediatr clin North Am. 1987; 34(3):719-733

38.Eiberg H. Nokturnal enuresis is linked to a specific gene. Scand J Urol Nephrol Suppl.1995;173:15-16

39. Moffat M. Nokturnal enuresis: A review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. J Dev Behav Pediatr. 1997;18(1):49-56

40. Von Gontard A,Eiberg H,Hollmann E,Ritting S and Lehmkuhl G. Molecular genetics of nokturnal enuresis; Clinical genetic heterogenity. Acta Pediatr. 1998;87(5):571-578.

41.Medel R, Ruarte AC, Castera R, Podesta ML. Primary enuresis: a urodynamic evaluation. Br J Urol. 1998; 81(3):50-52.

42.Rew DA, Rundle JS. Assesment of the safety of regular DDAVP therapy in primary nokturnal enuresis. Br J Urol. 1989;63(4):352-353.

43. Steffens J, Netzer M, Isenberg E, Alloussi S, Ziegler M. Vasopressin deficiency in primary nokturnal enuresis. Results of a controlled prospective study. Eur Urol. 1993;24(3):366-370.

44. Lackgen G, Lilja B, Neveus T. Desmopressin in the treatment of severe nokturnal enuresis inadolescents - a 7 year follow up study. BritishJournal of Urology. 1998;81(3):17-23

45.Hirasing RA,Van Leerdam F, Bolk–Bennink L, Lanknegt R. Enuresis Nokturna in Adults. Scand J Urol Nephrol. 1997;31:533-536.

46. Tekgül S. Enürezis nokturnaya ürolojik bir bakış açısı. Katkı Pediatri Dergisi, 1998;19(1):50-58.

47. Koff SA. Why is Desmopressin sometimes ineffective at curing bedwetting? Pediatr Nephrol.1996;10(5): 667- 670.
48. Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y. Temel Üroloji Cep Kitabı: Dr.N Arıkan. Ürodinamik incelemeler. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2008;352-353,613.
49. Miller K and Klauber GT. Desmopressin Acetate in children with severe primary nokturnal enüresis. Clinical Therapeutics. 1990;12(4):357-366.
50. Özdirim E, Saatçi Ü, Tekgül S ve Ünal F. Enüresis. Hacettepe Tıp Dergisi. 1997;28(3):69-75.
51. Bartholomew T. Neurogenic Voiding: function and dysfunction. Urologic clinics of North America. 1985; 12:67-73
52. Gordon AML, Husmann DA. Incontinence and enuresis. Pediatric Clinics of North America.34(5), 1987;October:1159-1174
53. Hagglof B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem in children with nokturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of selfesteem after treatment. Eur Urol. 1998;33(3):16-99.
54. Koff AS, Jayanthi VR. Voiding dysfunction in children: neurogenic and non-neurogenic. In Walsh PC (editor). Campbell's Urology. 8th edition, Philedelphia:WB Saunders Comp. 2002;Volume 2, Chapter 64. pp 2231-2283.
55. Moilanen I, Tirkkonen T, Jarvelin MR, Linna SL, Almqvist F, Piha J et al. A follow-up of enuresis from childhood to adolescence. Br J Urol. 1998;81(3):94-97.
56. Walsh T, Menvielle E. Disorders of Elimination. In: Wiener J, Dulcan M (eds). 2004;Textbook of Child and Adolecent Psychiatry (3.ed). Washington DC, American Psychiatric Publishing, 743-745.
57. Biedermen J, Santangelo SL, Faraone SV, Kiely K, Guite J and Mick E. Clinical correlates ofenüresis in ADHD and non ADHD children. J Child Psychol Psychiatry. 1995;36(5):865-77.
58.Ünal F. Enürezis nokturna. Katkı Pediatri Dergisi. 1996;5: 790–801
59.Bower WF, Moore KH, Shepherd RB, Adams RD. The epidemiology of childhood enuresis in Australia. Br J Urol. 1996;78:602-606
60. Gümüş B, Vurgun N, Lekili M, İşcan A, Muezzinoglu T, Buyuksu C. Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7- 11 years in Turkey. Acta Paediatr. 1999;88(12):1369-1372.

61. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoglu HR, Ozturk A, Dogruer K, Unal S et al. Epidemiology of enuresis in turkish children. Scand J Urol Nephrol. 1997;31:537-539.
62.Husmann D. Enüresis. Urology. 1996;48(2):184-193.
63.Essen J, Peckham C. Nokturnal Enuresis in childhood. Dev child Neurol,1976;18:577-589.
64. Söhmen MT. Fonksiyonel enürezis. Türk Psikiyatri Dergisi. 1990; 1:39-42
65. Mikkelsen EJ. Modern approaches to enüresis and encopresis.Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook.(Ed:M Lewis) 2nd edition, Baltimore, 1996;593-97.
66. Norgaard JP, Vilhardt H. DDAVP (1-desamino-8-D-arginine vasopressin) Ugeskr, Laege, 1989;151(46):3091-3092.
67. Ornitz EM, Hana GL, Traversay N. Prestimulation-induced startle modulation in attention deficit hyperactivity disorder and nokturnal enuresis. Psychophysology.1992; 29(4):437-451.
68. Zaleski A, Shokeir MK, Gerrard JW. Enuresis: familial incidence and relationship to allergic disorders. Can Med Assoc J. 1972; 106(1):30-31.
69. Kaplan GW, Wallace WW, Orgel HA, Miller JR. Serum immunglobulin E and incidence ofallergy in group of enuretic children. Urology. 1977;10(5):428-430.
70. Ergene N. Miksiyon, diüretikler ve böbrek hastalıkları. Tıbbi Fizyoloji Çavuşoğlu H, Yeğen ,Aydın Z, Alican İ. (ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1997;405- 408.
71. Williford SL, Pharm D, Bernstein SA. Intranasal desmopressin induced hyponatremia.Pharmacotherapy, 1996;16(1):66-74.
72. Carol D. Berkowitz MD. Enuresis, Pediatrics: Primary Care Approach. Philedelphia: WB Saunders co. 2002;33:131-134.
73.Kawauchi A, Tanaka Y, Naito Y, Yamao Y, Ukimura O, Yoneda K, Muzitani Y, Miki T.Bladder Capacity at the time of enuresis. Pediatric Urology, Elsevier. 2003;61:1016-1018.
74. Guyton A.C. and Hall, J.E. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation.Human Physiology and Mechanisms of Disease, 1997;6th Ed, 264-265.
75. Garfinkel BD. Elimination disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co,1990; 325- 336

76.Shaffer D. Enuresis. In:Rutter M, Taylor E, Hersov L(ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science. 1994; 505-519.

77.Yörükoğlu A. Uyumsuz çocuk, yatağa işeme ve dışkı kaçırma, Davranış Bozuklukları; ÇocukRuh Sağlığı, Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları 22. Basım, Ankara:Özgür yayınları, 1998; 283- 287.

78.Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. The Lancet 2010;375:1737-1748.1024(2):97-102

79. Richter H, Kenton K, Huang L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E et al. The impact of obesity on incontinence symptoms, severity, urodynamic characteristics and quality of life. The Journal of Urology, 2010;183(2):622-628.

80. Djurhuus JC, Norgaard JP, Ritting S. Monosymptomatic Bed-wetting. Scand J Urol. 1998; (3):53- 57.

81. Guven A, Giramonti K, Kogan BA. The effect of obesity on treatment efficacy in children with nocturnal enuresis and voiding dysfunction. Journal of Urology, 2007;178(4):1458-1462

82. Stein RI, Epstein LH, Raynor HA, Kilanowski CK, Paluch RA. The influence of parenting change on pediatric weight control. Obes Res. 2005;13(10):1749-1755.

83. Saldano DD, Chaviano AH, Maizels M. Office management of pediatric primary nocturnal enuresis: a comparison of physician advised and parent chosen alternative treatment outcomes. The Journal of Urology, 2007;178(4):1758-1762.

84. Robson WL. Current management of nocturnal enuresis. Curr Opin Urol. 2008;18:425–430

85. Rushton HG. Wetting and functional voiding disorders. Urologic Clinics of North America,1995;22(1):75-93.

86. Abalı O, Onur M, Gürkan K, Çelik Ö, Tüzün D.Ü. İlköğretim çağı çocuklarında görülen enürezis nokturna ve sosyodemografik verilere göre değerlendirilmesi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi [Elektronik Dergi].www.cgrsder.org/deski.php - 2006; 13(2): 49-53

87. www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/enurezis. Erişim tarihi: 10.11.2008.

88. Canpolat N, Çalışkan S. Çocuklarda idrar enkontinansı. Türk Pediatri Arşivi [Elektronik Dergi]. www.turkpediatriarsivi.com/sayfalar/yazim.asp 2007; 42 (4): s.133-35

89.Tekgül S. Enürezis noktürna'ya ürolojik bir bakış açısı. Katkı Pediatri Dergisi, 1998; 19: s.50-58.

90. Ekşi A. Ben hasta değilim, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999: s.109-119
91.Düşünsel R. Enürezis nokturnalı çocuğa yaklaşım. Güncel Pediatri Dergisi [Elektronik Dergi]. www.guncelpediatri.com. 2008; 6 (Özel sayı 1)
92. Erdogan A, Akkurt H, Boettjer NK, Yurtseven E, Can G, Kiran S. Prevalence and behavioural correlates of enuresis in young children. J Paediatr Child Health 2008;44:297-301.
93.Pandey S, Oza HJ, Shah H, Vankar GK. Rate and risk factors of nocturnal enuresis in school going children. Ind Psychiatry J. 2019 Jul-Dec;28(2):306-311. doi: 10.4103/ipj.ipj_15_18. Epub 2020 Aug 14. PMID: 33223727; PMCID: PMC7659990
94. Doganer YC, Aydogan U, Ongel K, Sari O, Koc B, Saglam K. The Prevalence and Sociodemographic Risk Factors of Enuresis Nocturna among Elementary School-age Children. J Family Med Prim Care. 2015 Jan-Mar;4(1):39-44. doi: 10.4103/2249-4863.152250. PMID: 25810988; PMCID: PMC4367005.
95. Şahin, C., Şahin, O., & Güraksın, A. Erzurum İlköğretim Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı ve Etkileyen Faktörler
96. Erermiş S Aydın C (1999). Çocuk ruh sağlığı yönünden enürezis. Edt: Aysel Ekşi. Ben hasta değilim Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü, 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
97. Cher TW, Lin GS.Prevalence of Nokturnal Enuresis and Associated familial Factors in Primary School Children İn Taiwan. J Urol 2002;168:1142-6
98. Lottmann HB, Alova I. Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children and adolescents. Int J Clin Pract 2007;155:8-16
99. Ergüven M, Çelik Y, Deveci M, Yıldız N. Etiological risk factors in primary nocturnal enuresis. Türk Pediatri Arşivi 2004;39:83-7.
100. Carman KB, Ceran O, Kaya C, Nuhoğlu C, Karaman MI. Nokturnal enuresis in Turkey: prevalence and accompanying factors in different socioeconomic environments. Urol Int 2008;80:363-6
101.ERTAN, Pelin, et al. Monosemptomatik nokturnal enürezisi olan çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bulguları Özgün Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 2010, 45.1: 37-40.
102. Baeyens D, Roeyers H, Vande Walle J ve diğerleri. Enürezisli çocuklarda davranış sorunları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: bir literatür taraması. *Eur J of Pediatr.* 2005; 164 :665–72

103.Mellon MW, Natchev BE, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Barbaresi WJ. Incidence of enuresis and encopresis among children with attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based birth cohort. Acad Pediatr. 2013 Jul-Aug;13(4):322-7. doi: 10.1016/j.acap.2013.02.008. Epub 2013 Mar 1. PMID: 23680296; PMCID: PMC3886550.

104. Birdal, S. ve Doğangün, B. (2016). Enürezis alıkoyma alan çocuklarda davranışsal problemler. *Türk Pediatri Arşivi* , *51* (3).

105.Chang S, Ng CFN, Wong SN. Behavioural problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. Acta Paediatr 2002; 91: 475-9.

106.Roccella M, Smirni D, Smirni P, Precenzano F, Operto FF, Lanzara V, Quatrosi G, Carotenuto M. Parental Stress and Parental Ratings of Behavioral Problems of Enuretic Children. Front Neurol. 2019 Oct 4;10:1054. doi: 10.3389/fneur.2019.01054. PMID: 31681143; PMCID: PMC6797845.

107. Erdoğan, İ. (2021). Enürezis nokturna'yı almış ve almamış çocukluklarında duygu çökmüştü.

108. Çarman, K. B., Nuhoğlu, Ç., & Ceran, Ö. (2003). İstanbul İli Ümraniye İlçesi'nde bir grup okul çocuğunda enürezis nokturna prevalansı Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, *38*(3).

109. Kahriman, İ., & Mumcu, H. K. (2011). 7-12 Yaş Cocuklarda Enurezis Nokturna Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *20*, 195-201.

110.Bruce Schlomer ve ark. J Pediatr Urol . 2013 Aralık;9(6 Puan B):1043-8.

111. TOP, F. Ü., & ALEMDAR, D. K. (2014). 7-11 Yaş arası çocuklarda enürezis sıklığı ve risk faktörleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(4), 991-1004.

112.RJ Butler ve ark. Çocuk Bakımı Sağlık Dev . 2005 Kasım;31(6):659-67.

113.Elke De Bruyne ve ark. J Urol . 2009 Ekim .;182(4 Ek):2015-20.

114. Brent T Tai ve ark. J Pediatr Urol . 2017 Şubat;13(1):44.e1-44.e9.

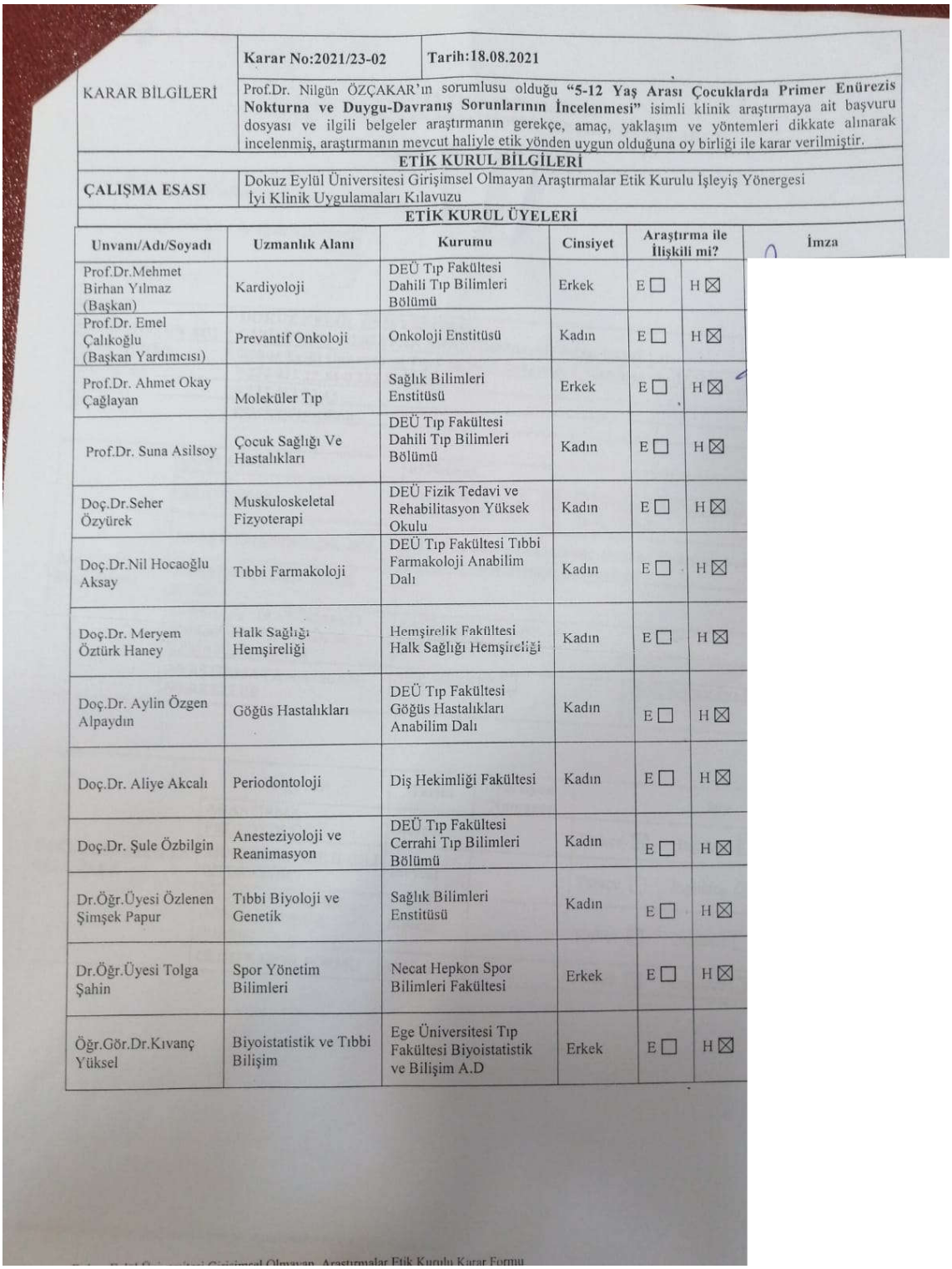
115.Kalo BB, Bella H. Enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. Acta Paediatrica 1996;85:1217-22

116. Barone JG, Ramasamy R, Farkas A, Lerner E, Creenan E, Salmon D et al. Breastfeeding during infancy may protect against bed-wetting during childhood. Pediatrics 2006;118:254-9.

117. Cantwell DP (1996) Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:978- 986.

## 8. EKLER

### 8.1. EK-1 ETİK KURUL İZNİ



| KARAR BİLGİLERİ | Karar No:2021/23-02 | Tarih:18.08.2021 |
|---|---|---|
| | Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu **"5-12 Yaş Arası Çocuklarda Primer Enürezis Nokturna ve Duygu-Davranış Sorunlarının İncelenmesi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | |
| **ETİK KURUL BİLGİLERİ** | | |
| **ÇALIŞMA ESASI** | Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi<br>İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu | |

**ETİK KURUL ÜYELERİ**

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile İlişkili mi? | | İmza |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan) | Kardiyoloji | DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı) | Prevantif Onkoloji | Onkoloji Enstitüsü | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan | Moleküler Tıp | Sağlık Bilimleri Enstitüsü | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr. Suna Asilsoy | Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları | DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Seher Özyürek | Muskuloskeletal Fizyoterapi | DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay | Tıbbi Farmakoloji | DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney | Halk Sağlığı Hemşireliği | Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın | Göğüs Hastalıkları | DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr. Aliye Akcalı | Periodontoloji | Diş Hekimliği Fakültesi | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr. Şule Özbilgin | Anesteziyoloji ve Reanimasyon | DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur | Tıbbi Biyoloji ve Genetik | Sağlık Bilimleri Enstitüsü | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin | Spor Yönetim Bilimleri | Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel | Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim | Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D | Erkek | E ☐ | H ☒ | |

## 8.2. EK-2SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKET FORMU

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORGULAMA FORMU

1)Yaşı:

2)Cinsiyeti: ( )Erkek ( ) Kız

3)Anne eğitim durumu: ( )okuryazar değil ( ) ilkokul ( )ortaokul ( )lise ( )üniversite

4)Baba eğitim durumu: ( )okuryazar değil ( ) ilkokul ( )ortaokul ( )lise ( )üniversite

5)Kaç kardeşi var?: Kaçıncı çocuk?:

6)Anne ve baba arasında akrabalık var mı? ( )Evet ( )Hayır

7)Baba çalışıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

8)Anne çalışıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

9)Aylık ortalama gelir: ( )<3000TL ( )3000-6000TL ( )>6000TL

10)Aile yapısı: ( )Çekirdek aile ( )Geniş aile ( )Parçalanmış/bölünmüş aile

11)Çocuğun doğum bilgileri

-Doğum ağrılığı:……gr

-Doğum şekli: ( )Normal ( )Sezaryen

-Zamanında mı doğdu? ( )Evet ( )Hayır

12)Anne sütünü ne kadar verdiniz?:……ay

13)Çocuğunuza tuvalet eğitimi ne zaman verdiniz?

( )1 yaşından önce ( )1-2 yaş arası ( )2-3 yaş arası ( )3 yaşından sonra

14)Aile fertlerinden çocukken altını ıslatma öyküsü olan var mı?

( )Hiç kimsede idrar kaçırma öyküsü yok

( )Annesinde çocukken idrar kaçırma öyküsü varmış

( )Babasında çocukken idrar kaçırma öyküsü varmış

( ) Kardeş(ler)inde idrar kaçırma öyküsü var

15)Çocuğunuz şu anda gece altını ıslatıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

Şu anda ıslatmıyor ise 5 yaşından sonra altını ıslattığı bir dönem oldu mu?

## 8.3.EK-3 ENÜREZİS NOKTURNA SORGULAMA FORMU

1)Çocuğunuz gece altını hangi sıklıkta ıslatıyor?

( )Her gece ( )Haftada 3-5 gece ( )Haftada 1-2 gece ( )Daha nadir

2) Çocuğunuzun 6 aydan daha uzun süre kuru kaldığı bir dönem oldu mu? ( )Evet ( )Hayır

3)Çocuğunuzun geçirdiği bir kaza var mı? ( )Evet ( )Hayır

4)Çocuğunuz daha önce hiç idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile tedavi gördü mü? ( )Evet ( )Hayır

5)İdrar yollarında taş kum vs olduğu söylendi mi? ( )Evet ( )Hayır

6)Çocuğunuz daha önce herhangi bir operasyon geçirdi mi? ? ( )Evet ( )Hayır

7)Çocuğunuzun makatta kaşıntısı olur mu? ( )Evet ( )Hayır

8)Çocuğunuzun gece horlaması oluyor mu? ( )Evet ( )Hayır

9) Çocuğunuzun kabızlığı var mı? ( )Evet ( )Hayır

10)Çocuğunuz istemli ya da istemsiz dışkı kaçırır mı? ( )Evet ( )Hayır

11)Çocuğunuz uyumadan 1-2 saat önce sıvı alır mı? ( )Evet ( )Hayır

12)Çocuğunuzun uykusu ağır olup gece uyanmakta zorlanır mı? ( )Evet ( )Hayır

13)Çocuğunuzun karanlık,yalnızlık,kapalı yerde kalma gibi korkuları var mı? ( )Evet ( )Hayır

14)Çocuğunuzun altını ıslatması nedeniyle hiç doktora başvurdunuz mu? ( )Evet ( )Hayır

15)Şu anda altını ıslatması nedeniyle herhangi bir tedavi alıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

-Evet ise hangi tedaviyi alıyor? ( ) İlaç tedavisi ( )Alarm tedavisi ( )Çeşitli öneriler

16)Eğer doktora götürmediyseniz tedbir olarak bir şey yaptınız mı?

( )Yapmadım ( )Geceleri tuvalete kaldırdım ( )Gece aldığı sıvıyı kısıtladım ( )Diğer ……..

17)Çocuğunuzun altını ıslatması sizi psikolojik olarak etkiliyor mu? ( )Evet ( )Hayır

18)Çocuğunuza altını ıslattığı için kızdığınız veya ceza verdiğiniz oldu mu? ( )Evet ( )Hayır

19)Çocuğunuzu kuru kaldığı zamanlarda ödüllendirdiğiniz oldu mu? ( )Evet ( )Hayır

20)Çocuğunuz altını ıslattığında sizden çekinip gizlemeye çalışıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

## 8.3. EK-5 GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz. Çocuğunuzun Adı: ..... Kız / Erkek
Doğum Tarihi: .....

| | Doğru Değil | Kısmen Doğru | Kesinlikle Doğru |
|---|---|---|---|
| Diğer insanların duygularını önemser | | | |
| Huzursuz ve aşın hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz | | | |
| Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur | | | |
| Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncağını, kalemini v.s.) | | | |
| Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşın sinirlidir. | | | |
| Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir | | | |
| Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar. | | | |
| Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür | | | |
| Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur | | | |
| Sürekli elleri ayaklan kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur. | | | |
| En az bir yakın arkadaşı vardır | | | |
| Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder. | | | |
| Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır | | | |
| Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir | | | |
| Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker | | | |
| Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kendinden küçüklere iyi davranır. | | | |
| Sıkça yalan söyler yada hile yapar | | | |
| Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler | | | |
| Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur. | | | |
| Bir şeyi yapmadan önce düşünür. | | | |
| Ev, okul yada başka yerlerden çalar. | | | |
| Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir | | | |
| Pek çok korkusu var. Kolayca ürker | | | |
| Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir. | | | |
| Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı? | | | |