



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANA BİLİM DALI**

**‘ENÜREZİS TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE EŞLİK EDEN  
PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN, ANNE BABALARINDAKİ PSİKİYATRİK  
BELİRTİLERİN VE AİLELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ’**

**Dr. Osman BERTİZLİOĞLU**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Hatice ALTUN**

**KAHRAMANMARAŞ-2019**



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANA BİLİM DALI**

**‘ENÜREZİS TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE EŞLİK EDEN  
PSİKIYATRİK HASTALIKLARIN, ANNE BABALARINDAKİ PSİKIYATRİK  
BELİRTİLERİN VE AİLELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ’**

**Dr. Osman BERTİZLİOĞLU**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Hatice ALTUN**

**KAHRAMANMARAŞ-2019**

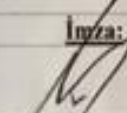
T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Ary. Gör. Dr. Osman BERTİZLİOĞLU tarafından hazırlanan "Enürezis Tanısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların, Anne Babalarındaki Psikiyatrik Belirtilerin ve Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Değerlendirilmesi" adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Hatice ALTUN

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık tezi olarak 23/07/2019 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:	Uzmanlık Alanı	İmza:
Başkan Doç. Dr. Hatice ALTUN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye Prof. Dr. Fatma Özlem ORHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye Doç. Dr. Cem GÖKÇEN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... / 2019

Prof. Dr. Mehmet BEKİREÇİNOĞLU  
Dekan V.

Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince, eğitimimde emeği geçen, bilgi ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim, tezimin her aşamasında desteğini gördüğüm Anabilim Dalı Başkanımız ve tez hocam Doç. Dr. Hatice ALTUN'a,

9 aylık rotasyonum sırasında beni kendi asistanlarından ayırmayan, farklı bakış açıları geliştirmemde büyük katkıları olan başta Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Fatma Özlem ORHAN olmak üzere tüm Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

4 yıllık asistanlık sürecinde desteklerini gördüğüm, güzel hatıraların mimarları olan asistan arkadaşlarıma ve bölüm sekreterimize,

Karşılıksız destek ve fedakarlıklarıyla hep yanımda olan, bugünlere gelmemde büyük desteklerini gördüğüm, hakkını ödeyemeyeceğim sevgili anneme, babama ve kardeşlerime,

Tezimin her aşamasında desteğini gördüğüm, anlayışı ve sabrı ile hep yanımda olan, sevgili eşim Dr. Emine Ahsen BERTİZLİÖĞLU'na ve biricik kızıma,

Sonsuz teşekkür ve minnetarlıklarımı sunarım.

Dr. Osman BERTİZLİÖĞLU

**ENÜREZİS TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE EŞLİK EDEN  
PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN, ANNE BABALARINDAKİ PSİKİYATRİK  
BELİRTİLERİN VE AİLELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Tıpta Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Osman BERTİZLİOĞLU**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**TEMMUZ - 2019**

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada, enürezis tanısı olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik hastalıkların, duygusal (emosyonel) ve davranışsal problemlerin, anne babalarındaki psikiyatrik belirtilerin ve ailelerin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metod:** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve yapılan psikiyatrik muayenede Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- 5. Baskına (DSM-5) göre enürezis tanısı alan 8-18 yaş arası 56 erkek, 24 kız olmak üzere 80 çocuk ve ergen hasta ve ebeveynleri ile, yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş 51 erkek, 29 kız olmak üzere 80 sağlıklı çocuk ve ergen ve ebeveynleri çalışmaya alındı. Hasta grubuna eşlik eden psikiyatrik tanımlar DSM-5'e ve Schedule for Affective Disorders and Kiddie-SADS Lifetime Version (KSADS)'a göre belirlendi. Tüm katılımcıların ebeveynlerinden, Sosyodemografik Veri Formu, çocukların enürezis ile ilgili bilgiler için Enürezis İnceleme Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA:EB), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ), Semptom Tarama Listesi (SCL-90-R) doldurması istendi.

**Bulgular:** Enürezis tanısı olan çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması  $10,50 \pm 2,11$ , kontrol grubunun yaş ortalaması  $10,45 \pm 1,65$  idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktu ( $p > 0,05$ ). Enürezisli hastaların %80,0'ında primer enürezis; %20'sinde sekonder enürezis mevcuttu. Hasta grubundaki çocukların %72,5'i

enürezis nokturna, %16,3'ü enürezis continue ve %11,3'ü enürezis diurna tipindeydi. Enürezis tanılı çocuk ve ergenlerde kontrol grubuna göre, en sık dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etme oranı anlamlı olarak yüksekti. Hasta grubunda GGA'nin emosyonel sorunlar, hiperaktivite ve dikkat eksikliği, akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (tümü için  $p<0,05$ ). Hasta grubunun annelerinde SCL-90-R'nin somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, psikotizm, ek skalalar alt ölçek puanları ve toplam belirti puanı, kontrol grubu annelerinden anlamlı olarak yüksek bulundu (tümü için  $p<0,05$ ). Hasta grubunun babalarında SCL-90-R'nin obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon ve ek maddeler alt ölçek puanları, kontrol grubunun babalarına göre anlamlı olarak daha yüksekti (tümü için  $p<0,05$ ). Hasta ve kontrol grubu anneleri arasında PARI'nin ev kadınlığı rolünü reddetme puanı kontrol grubunda, hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,017$ ). Diğer çocuk yetiştirme tutumları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ). Hasta ve kontrol grubuna dahil edilen babaların çocuk yetiştirme tutumları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları, enürezisli çocuk ve ergenlerde sağlıklı çocuk ve ergenlere göre eşlik eden psikiyatrik hastalıkların ve emosyonel ve davranışsal sorunların yüksek olduğunu, anne babalarında da ruhsal belirtilerin yüksek oranda görülebileceğini, ancak ailelerin çocuk yetiştirme tutumları açısından farklılık olmadığını göstermiştir. Bu nedenle enürezis tanısı olan çocuk ve ergenlerde, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların ve anne-babalarındaki ruhsal sorunların değerlendirilmesinin ve gerektiğinde hasta ile birlikte anne babalarının da hem ruhsal tedavilerini hem de aile terapisini kapsayan bir tedavi planı uygulamasının, hastanın tedavisinin başarılı olmasına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Aile Tutumları, Enürezis, Eşlik eden psikopatolojiler

**EVALUATION OF THE COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN  
CHILDREN AND ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH ENURESIS, THEIR  
PARENTS' PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND CHILDBREARING ATTITUDES**

**(Medical Specialty Thesis)**

**Dr. Osman BERTİZLİOĞLU**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

**FACULTY OF MEDICINE**

**JULY 2019**

**ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the comorbid psychiatric disorders and emotional and behavioral problems in children and adolescents diagnosed with enuresis, their parents' psychiatric symptoms and childrearing attitudes.

**Method:** 80 children and adolescents, 56 males and 24 females aged 8-18 years, who were admitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Medical Faculty Hospital Child and Adolescent Psychiatry polyclinic and diagnosed with enuresis according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5), and their parents were included in the study, along with 80 age and sex matched healthy children and adolescents, 51 boys and 29 girls. The psychiatric diagnoses accompanying the patient group were determined according to DSM-5 and Schedule for Affective Disorders and Kiddie-SADS Lifetime Version (KSADS). All participants' parents were asked to complete the Sociodemographic Data Form, the Enuresis Examination Form for information about their children's enuresis, Parents Form for Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ: PF), Parental attitude research instrument (PARI), and The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).

**Results:** The mean age of children and adolescents with enuresis was  $10.50 \pm 2.11$  years, and the mean age of the control group was  $10.45 \pm 1.65$  years. There was no significant difference between the groups in terms of age and gender ( $p > 0.05$ ). 80% of patients with enuresis had primary enuresis, secondary enuresis was present in 20%. 72.5% of the children in the patient group had enuresis nocturna, 16.3% had enuresis continent and 11.3% had enuresis diurna. In children and adolescents with enuresis, the

rate of comorbidity of other psychiatric disorders was significantly higher than the control group, most prominent one being the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In the patient group; emotional problems, hyperactivity and attention deficit, peer problems subscale scores and total scores of the GGA were significantly higher than the control group ( $p < 0.05$  for all). Somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, anger-hostility, psychoticism, additional scales subscale scores and total symptom scores of the SCL-90-R were significantly higher in the mothers of the patient group than the control group mothers (for all)  $p < 0.05$ ). Obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression and additional items subscale scores of the SCL-90-R were significantly higher in the fathers of the patient group than the fathers of the control group ( $p < 0.05$  for all). The PARI score of rejection of the role of housewife was significantly higher in the control group than in the patient group ( $p = 0.017$ ). There was no significant difference between the groups in terms of other childrearing attitudes ( $p > 0.05$ ). There was no significant difference between the groups in terms of childrearing attitudes of the fathers included in the patient and control groups ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed that the comorbid psychiatric disorders and emotional and behavioral problems were higher in children and adolescents with enuresis compared to healthy children and adolescents, and that psychological symptoms could be high in parents, but there was no difference in terms of parents' childrearing attitudes. Therefore, it is suggested that the evaluation of the comorbid psychiatric disorders and psychological problems in children and adolescents diagnosed with enuresis and the implementation of a treatment plan that includes both psychological treatment and family therapy for the parents along with the patient when necessary, may contribute to the success of the treatment of the patient.

**Keywords:** Family Attitudes, Enuresis, Comorbid psychopathologies, Child and adolescent, ADHD, Parental psychopathology



# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Enürezis .....	4
2.1.1. Tanım .....	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Etyoloji ve patogenez.....	8
2.1.4.Tanı ve klinik değerlendirme .....	16
2.1.5. Tedavi .....	18
2.2.Enürezise Eşlik Eden Psikiyatrik Komorbiditeler .....	25
2.3.Enürezisve Ebeveyn Psikopatolojisi .....	27
2.4. Çocuk Yetiştirme Tutumları.....	28
2.4.1. Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları.....	28
2.4.2. Aile tutumlarının sınıflandırılması.....	29
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>37</b>
3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü.....	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	37
3.4. Veri Toplama Araçları.....	38
3.4.1 Sosyodemografik veri formu .....	39
3.4.2 Enürezis araştırma formu .....	39
3.4.3 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) .....	39
3.4.4 Güçler ve güçlükler anketi-ebeveyn formu.....	40
3.4.5 Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R) .....	41
3.4.6 Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği-AHÇYTÖ (parental attitude research instrument-PARI) .....	41
3.5.Ver Analizi-İstatistiksel Yöntemler .....	42
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>43</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>64</b>
5.1.Enürezisli Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ve Enürezis ile İlgili Özellikler .....	64
5.2.Enürezisli Çocukların Komorbid Psikiyatrik Hastalıkları.....	69
5.3.Enürezisi olan Çocukların Emosyonel ve Davranışsal Sorunları.....	70
5.4.Anne ve Babadaki Ruhsal Sorunlar.....	71
5.5.Enürezisli Çocukların Anne ve Babalarının Çocuk Yetiştirme Tutumları.....	73
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	74
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>76</b>
<b>7. KAYNAKÇA</b> .....	<b>78</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>87</b>

8.1. Etik kurul onay formu .....	87
8.2. Sosyodemografik Veri Formu .....	89
8.3. Güçler ve güçlükler anketi- Ebeveyn formu .....	91
8.4. Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği- (AHÇYTÖ) .....	92
8.5. Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R).....	96
8.6. Bilgilendirilmiş çocuk gönüllü olur formu.....	98
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>102</b>



## TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Enürezis için belirlenmiş DSM-V tanı kriterleri .....	4
Tablo 2. Enürezisin Sınıflandırılması .....	6
Tablo 3. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu .....	42
Tablo 4. Çalışma Gruplarındaki Çocukların ve Anne-Babalarının Yaş Durumlarına Ait Tanımlayıcı Veriler.....	43
Tablo 5. Çalışma Gruplarının Tanımlayıcı Özellikleri 1 .....	45
Tablo 6. Çalışma Gruplarının Tanımlayıcı Özellikleri 2 .....	47
Tablo 7. Hastaların Enürezis İle İlgili Özellikleri 1 .....	48
Tablo 8. Hastaların Enürezis İle İlgili Özellikleri 2.....	49
Tablo 9. Hasta Grubunda Cinsiyetler ve Yaş Grupları Arasında Enürezise Eşlik Eden Komorbitide Varlığı .....	51
Tablo 10. Çalışma Grupları Arasında Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA) Puanlarının Karşılaştırılması .....	52
Tablo 11. Çalışma Grupları Arasında Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA) Puanlarının Karşılaştırılması .....	54
Tablo 12. Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) (Symptom Checklist-90-Revised) Anne Sonuçları .....	55
Tablo 13. Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) (Symptom Checklist-90-Revised) Baba Sonuçları .....	57
Tablo 14. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği - Parental Attitude Research Instrument (PARI) Anne Sonuçları.....	58
Tablo 15. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği - Parental Attitude Research Instrument (PARI) Baba Sonuçları .....	59
Tablo 16. Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) İle Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Arası Korelasyon İlişkisi .....	60
Tablo 17. Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) İle Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Arası Korelasyon .....	63

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Hastaların Enürezis Tiplerinin Dağılımı.....	49
Şekil 2. Çalışma Gruplarının GGA Puanlarının Dağılımı .....	53
Şekil 3. Çalışma Gruplarının GGA Puan Gruplarının Dağılımları.....	54



## KISALTMALAR

DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
AVP	: Arjinin vazopressin
DB	: Davranım Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ZY	: Zihinsel Yetersizlik
SCL-90-R	: Ruhsal belirti tarama listesi
ADH	: Antidiüretik hormon
NON-REM	: Non-Rapid Eye Movements
REM	: Rapid Eye movements
USG	: Ultrasonografisi
FMK	: Fonksiyonel mesane kapasitesi
ÇDDÖ	: Çocuklarda Davranış Değerlendirme Ölçeği
AHÇYTÖ	: Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği
PARI	: Parental attitude research instrument
GGA-EB	: Güçler ve güçlükler anketi-ebeveyn formu
SDQ	: Strength and Difficulties Questionnaire
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Enürezis; çocukluk çağında sık karşılaşılan, hem çocuk hem de ailenin ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen bir bozukluktur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda okul çağı çocuklarında %10-15 oranında görüldüğü belirtilmektedir (1, 2).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V) tanı kılavuzuna göre enürezis, beş yaşından büyük çocukların bir maddenin (diüretik, antipsikotik, lityum vb.) veya tıbbi bir hastalığın (diabetes mellitus, diabetes insipitus) fizyopatolojik etkilerine bağlı olmaksızın, tekrarlayıcı nitelikte, gece yatağına ya da gündüz elbiselerine idrar kaçırmayı, bu davranışın üç ay boyunca ve en az haftada 2 kere ortaya çıkması ya da çocuğun işlevselliğinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmaktadır (3).

Enürezis etyopatogenezini belirlemek amacıyla yapılan çok sayıda çalışmada birçok neden ileri sürülmüştür. Ancak tüm olguları açıklayabilecek tek bir neden saptanamamıştır (4). Etiyolojisinde genetik nedenler, mesane fizyolojisi ile ilgili sorunlar, azalmış işlevsel mesane kapasitesi, arjinin vazopressin (AVP) salınımına ilişkin sorunlar, detrusör instabilitesi, uyanma eşiğinde yükselme, yetersiz tuvalet eğitimi ve psikososyal faktörlerin rol aldığı ileri sürülmüştür (5). Psikososyal ve ailesel faktörler arasında kardeş doğumu, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, okula başlama, ebeveynler arası çatışma, boşanma ve ailenin parçalanması, fiziksel veya duygusal travma, olumsuz anne çocuk ilişkisi, yetersiz ebeveyn-çocuk iletişimi ve ebeveynlerde psikiyatrik problemlerin eşlik etmesi yer almaktadır (6, 7).

Enürezis tanılı olgularda psikiyatrik komorbidite sık rastlanılan bir durumdur. Enürezisli çocuklarda komorbiditeyi araştıran çalışmalarda; tik bozuklukları, depresyon, davranım bozukluğu (DB), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), öğrenme güçlüğü, zihinsel yetersizlik (ZY), özgüven eksikliği gibi problemlerin normal popülasyona göre daha yüksek oranlarda görüldüğü saptanmıştır (8-10).

Enürezisi olan çocuk ve ergenlerde komorbid psikiyatrik rahatsızlıkların yüksek oranda görülmesinin yanı sıra bu çocukların ebeveynlerinde de bazı ruhsal sorunların olabileceği bildirilmektedir. Enürezis, çocuk ve anne babalar için yaşam kalitesini

olumsuz yönde etkileyen çok faktörlü bir hastalıktır. Enürezisli çocuğun alt ıslatması nedeniyle çarşaflarının sık değiştirilmesi, ıslanan yatak ve yorganın yıkanması ve değiştirilmesi, elbiselerin sık sık yıkanması durumunda kalmak ve bazen enürezise eşlik eden enkoprezis nedeniyle bu problemlere ek başka sorunların ortaya çıkması annelere zaman, çaba ve maddi yük getirip özellikle annelerin yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu etkilemektedir (11, 12). Enürezisi olan çocukların annelerinde psikopatolojilerin incelendiği bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla hasta grubu annelerinde majör depresyon ve panik atak sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada annelerdeki psikiyatrik belirtiler Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) kullanılarak araştırılmış, paranoid düşünce dışındaki alt ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerdeki ruhsal hastalıklar, enürezisi olan çocukların ruhsal sağlığını ve tedavisini olumsuz yönde etkilemesi açısından önemlidir (13).

Bir toplumun gelişmesi, o toplumda yetişen çocukların fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı gelişmesiyle ilişkilidir. Çocuğun duygusal ve sosyal yönden sağlıklı olması onun kalıtımsal yetenekleri ile gereksinimlerini karşılayan çevre arasındaki etkileşime bağlıdır. Çocuğun gereksinimlerini karşılayan ve ilk sosyal deneyimlerini edindiği temel ortam ailedir. Aile içi eğitim de çocuk gelişiminde kalıtım kadar güçlü ve önemli bir etken olarak kabul edilmektedir (14, 15).

Aile içi eğitimde anne babanın disiplin yöntemleri çocuk için önemlidir. Anne-babanın çocuklarını yetiştirmede kullandıkları disiplin yöntemleri anne-babanın tutum ve davranışlarını içermektedir. Ailenin çocuktan istediği ilk disiplinli davranışlarından biri çocuğun tuvalet eğitimini almasıdır (16). Aile için sıkıntılı olabilen bu alışkanlığı kazandırma süreci, sağlıklı bir çocukta 3-4 yaşlarına kadar sürebilmektedir. Yavuzer tarafından alt ıslatma sorunu yaşayan çocuklarda yapılan bir çalışmada; bu çocuklarda anne-baba ilişkilerinde olumsuzluk, anneye bağımlılık, babanın çocuğa sert davranması, ailenin koruyucu veya baskıcı tutumu gibi durumların daha sık görüldüğü; aynı zamandabu gruptaki çocukların çoğunlukla çekingen, içine kapanık yapıda oldukları ve duygusal, sosyal yönden olgunlaşmada yetersizlikler gösterdikleri belirtilmiştir. Bununla birlikte çocuğun ailesi veya arkadaşları tarafından alt ıslatma sorununa yönelik sürekli konuşulması, alay edilmesi, alt ıslatma nedeniyle cezalandırılması gibi hatalı tutumların, çocuğun çevresi ile ilişkilerini bozduğu çoğu kez geçici olan bu durumu kalıcı hale getirdiği bildirilmiştir (17).

Enürezisi olan çocukların ebeveynlerinde yapılan bir çalışmada, bazı ebeveynlerin aşırı koruyucu ve kaygılı yapıda oldukları, bazılarının ise öfkeli ve kızgın, baş etmede daha çok ceza kullanmayı tercih eden ebeveynler olduğu belirtilmiştir (18). Diğer bir çalışmada ise, enürezisi olan çocukların ailelerinin % 51.6'sının çocuğa kızdığı, % 9.7'sinin cezalandırdığı, % 29'unun görmezlikten geldiği, % 9.7'sinin ise ikaz yoluna gittiği belirtilmiştir. Bu çalışmada çocuklara ceza uygulanmasının ve kızılmasının, utandırıcı davranışlarda bulunulmasının çocuğun ilerleyen yaşamında daha büyük sorunlara neden olabileceği de bildirilmiştir (19). Yapılan çalışmalarda özellikle hatalı tutumların enürezisli çocuğun duygusal, sosyal ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (17, 19).

Litaratürde enürezisle ilgili yapılan çalışmalar genellikle enürezisin prevalansı, tedavi seçeneklerini karşılaştırılması ve etiolojide rol alan nedenlerin belirlenmesine yöneliktir. Bununla birlikte farklı çalışmalarda enürezis tanılı çocuklarda eşlik eden psikiyatrik tanılar ve enürezisi olan çocukların aile tutumları ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bizim bilgilerimize göre enürezisi olan çocuk ve ergenlerin komorbid ruhsal hastalıkları ile ebeveynlerinin ruhsal sıkıntıları ve aile tutumları arasındaki ilişkileri birlikte değerlendiren kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmada enürezis tanısı olan çocukların eşlik eden psikiyatrik tanılarının, emosyonel (duygusal) ve davranışsal sorunlarının, anne-babalarının psikiyatrik sorunlarının ve ailelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının belirlenmesive aralarındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Enürezis

#### 2.1.1. Tanım

Enürezis terimi tıbbi terminolojide, mesane kontrolünün kazanılması gereken yaşlarda organik bir nedene bağlı olmayan gündüz ve/veya geceleri olan idrar kaçırmayı tanımlamak için kullanılır (20). İdrar tutamama veya kaçırma, organik bir nedenden dolayı ortaya çıkmışsa idrar inkontinansı olarak adlandırılır (21).

İdrar kontrolünün kazanılması; çocukta mesane kas ve sinir gelişiminin tamamlanması ve çocuğa zamanında verilecek eğitimin katkısıyla da gerçekleşir. Çocuklar, mesane kontrollerinin gerçekleştiği 2-3 yaşlarına kadar gece altlarını ıslatırlar. Gündüz idrar kontrolü 2 yaşında, gece ise ortalama 3-5 yaşında sağlanır. Erkek çocukların %80'i, kız çocuklarının da %90'ı iki buçuk yaşından sonra miksiyon ihtiyaçlarını bildirirler ve gerektiğinde istemli olarak tutabilirler. Çocukların yaklaşık %75'inde gece idrar kontrolü 2.5-3.5 yaş arasında sağlanır (22, 23).

DSM-V tanı sınıflamasına göre, enürezisin tanımlanması şu şekildedir (3).

**Tablo 1.** Enürezis için belirlenmiş DSM-V tanı kriterleri

1. Yatağa ya da giysilere yineleyen bir biçimde istemsiz ya da istemli olarak idrar kaçıırılması.
2. En az ardışık üç ay, haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkta, ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntı doğuracak özellikte veya toplu yaşam alanlarında, okulda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında olması,
3. Takvim yaşının en az beş olması,
4. İdrar kaçırmının sadece bir maddenin (örneğin diüretik) ya da genel tıbbi durumun (örneğin diyabet, spina bifida, konvülsiyon) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmaması.

Enürezis sınıflandırılması çeşitli durumlara göre yapılmaktadır. Doğumdan sonra idrar kontrolünün hiç sağlanamamasına primer enürezis, idrar kontrolü sağlandıktan ve en az 6 aylık kuru kalınan dönemden sonra alt ıslatmanın ortaya çıkması ise sekonder enürezis olarak tanımlanmaktadır. Enürezisli vakaların yaklaşık % 80'i primer, %20'si sekonder başlangıçlıdır. Primer enürezis erkeklerde daha sık görülür ve ailesel yatkınlık bu grupta daha sıktır. Sekonder enürezis ise 5-8 yaş arası çocuklarda daha sık görülür, bir stres faktörüne cevap olarak regresyon sonucu veya idrar yolu enfeksiyonları, poliüri yapan hastalıklar (diabetes insipidus, diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği vb.) ve kabızlık gibi organik nedenlerden dolayı gelişebilir (2, 20, 24, 25).

İdrar kaçırma; gece uykuda meydana geliyorsa enürezis nokturna, gündüz uyanık iken oluyorsa enürezis diurna, hem gece hem de gündüz oluyorsa enürezis kontinua olarak tanımlanır. İdrar kaçırma durumuna sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, kabızlık, gündüz ani sıkışma, sık idrar yapma ve idrar kaçırma gibi aşırı aktif mesane bulgularının eşlik ettiği enürezis tipi polisemptomatik enürezis, sadece altını ıslatma problemi yaşayan ek ürolojik problemlerinin eşlik etmediği (yetersiz işeme, sık idrara çıkma, ani sıkışma vb. gibi şikayetleri olmayan) enürezis de monosemptomatik enürezis olarak sınıflandırılır (25, 26).

**Tablo 2.** Enürezisin Sınıflandırılması

Enürezis tipleri	Özellikler
Primer enürezis (vakaların %80'i)	6 aydan daha uzun süre üriner kontinans sağlanamamış olması
Sekonder enürezis (vakaların %20'si)	En az 6 ay üriner kontinanstaki sonradan ortaya çıkan enürezis
Noktürnal enürezis	Gece uykuda meydana gelen enürezis
Diurnal enürezis	Çocuk uyanırken meydana gelen üriner inkontinans
Monosemptomatik (komplikeolamayan) enürezis	Noktüriden başka alt üriner sistem semptomu veya mesane disfonksiyonu olmayan enürezis
Non-monosemptomatik enürezis	Alt üriner sistem semptomu(örneğin artmış/azalmış işeme sıklığı, gündüz ıslatması, sıkışma, tutma manevraları zayıf/kesik akımla işeme) olan enürezis

### 2.1.2. Epidemiyoloji

Enürezis çocukluk döneminde sık karşılaşılan sorunlardan biridir ve günümüzde 5-15 yaşları arasında alerjik hastalıklarla birlikte çocuklarda en sık karşılaşılan problemlerden biri olduğu belirtilmektedir (27, 28).

Enürezis prevalansı toplumlara göre farklılık göstermekle birlikte, yaşın artmasıyla azalan bir seyir göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ortalama 5 yaş civarında %15-20, 7 yaşında %10, 10 yaşında %5, 15 yaşından sonra ise %1 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Yılda %15 civarında kendiliğinden düzelmeye görüldüğü bildirilmektedir. 10-11 yaşına kadar erkek hakimiyeti varken daha sonra oran hemen hemen her iki cinsiyette benzer olup kızlarda biraz daha fazladır (29, 30).

İngiltere, Hollanda, Yeni Zelanda, İrlanda gibi batı toplumlarında yapılan çalışmalarda prevalansı erkek çocuklarda 5 yaşta %13-19, 7 yaşta %15-22, 9 yaşta %9-

13, 16 yaşta %1-2 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada kız çocuklarındaki oranlar ise 5 yaşta %9-16, 7 yaşta %7-15, 9 yaşta %5-10, adolesan dönemde %1-2 olarak bulunmuş ve prevalansın erkeklere kıyasla yaklaşık yarı yarıya olduğu bildirilmiştir (31, 32).

Enürezis prevalansı ile ilgili Butler ve Heron'un 2008'de sonuçlarını bildirdikleri ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) çalışması en önemli çalışmalardan biridir (33). Bu çalışma 1 Nisan 1991 ve 21 Aralık 2002 arasında yapılmış ve bu tarihler arasında doğan 13973 bebek longitudinal olarak izlenmiştir. Çalışmada izlenen çocukların ebeveynlerine 15, 24, 38, 54, 65, 78, 91 ve 115 aylık olduklarında anket uygulanmıştır. Çalışmada enürezis tanısı haftada en az iki gece idrar kaçırma olarak belirlenmiştir. Buna göre, enürezis prevalansı 54 aydan itibaren sırasıyla %8.4, %6, %4, %2.6 ve 115 ayda %1,5 olarak bildirilmektedir. Haftada 2 defadan daha az ıslatmanın da enürezis olarak dahil edildiğinde prevalans 54. aydan itibaren sırasıyla %21.6, %16.2, %15.6, %12.8 ve %8.2 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda okul çağı çocuklarında % 10-15 oranında görüldüğü bildirilmektedir (1, 2). Ülkemizde Serel ve arkadaşları tarafından yaşları 7-12 arasında değişen 5724 çocuğun alındığı kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada genel prevalans, enürezis nokturna için %11,5, enürezis diurna için %0,05 olarak bulunmuştur. Ayrıca enürezis nokturnanın erkeklerde %14,3, kızlarda %7,6 görüldüğü saptanmıştır. Sosyokültürel ve ekonomik seviyesi düşük olan ailelerin çocuklarında prevalans daha yüksek bulunmuştur. Türk çocuklarında pozitif aile öyküsü açısından genel prevalans %22,2 olarak belirtilmiştir (34).

Genetik yatkınlık epidemiyolojide önemli bir faktör olarak rol almaktadır. Ebeveynlerinden birisi bu sorunu yaşayan çocuklarda görülme riski % 45 iken, her iki ebeveynde enürezis öyküsü olduğu durumda ise bu oran %75'e çıkmaktadır. Enürezis, monozigot ikizlerde erkeklerde %70, kızlarda %65 konkordans gösterirken; dizigot ikizlerde aynı oran erkeklerde %31, kızlarda %44'tür (19). Enürezisi olan çocuklarda aile öyküsünün araştırıldığı bir çalışmada primer enürezisli çocukların ailelerinde %90 oranında enürezis öyküsü bulunurken; kontrol grubunda ise aile öyküsü %7.5 olarak saptanmıştır (20).

Enürezisin görülme sıklığında 4-7 yaş arasında sekonder gelişen olgulardan dolayı küçük bir artış yaşanabilir. Ancak 8 yaşlarından sonra ise sabit olarak azalma

gösterir. 5 yaşa kadar enürezis oranı her iki cinsiyet için benzerdir. 5 yaşından itibaren artış gösteren erkeklerdeki enürezis oranı, 11 yaşa gelindiğinde kızların iki katına ulaşır (29, 30).

Genel olarak iyi bir değerlendirme sonrasında yapılan gruplandırmada, enürezisli çocukların %85'inin monosemptomatik primer nokturnal enürezisli olduğu görülmektedir. Enürezisi olan çocukların sadece %15-20'si sekonder başlangıçlı iken; yaklaşık %15'inde gündüz bulgusu, %15'inde ise enkoprezis görülmektedir (17).

### **2.1.3. Etyoloji ve patogenezi**

Enürezis, etyolojisinde genetik faktörler, mesane fizyolojisi ile ilgili sorunlar, azalmış işlevsel mesane kapasitesi, AVP salınımına ilişkin sorunlar, detrusör instabilitesi, uyanma eşiğinde yükselme, yetersiz tuvalet eğitimi ve psikososyal faktörler gibi birçok etkenin rol aldığı multifaktöryel bir sorundur (4, 35).

Çoğunlukla non-organik bir sorun olmasına rağmen (%97-99) enürezis düşünülen çocukta organik patolojilerin ilk muayenede araştırılması ve ekarte edilmesi gerekmektedir (36).

Enürezisin oluşumuna neden olabilen başlıca organik nedenler (36):

- 1- Konstipasyon
- 2- Diabetes mellitus
- 3- Diabetes insipidus
- 4- Ektopik üreter
- 5- Hiperkalsiüri
- 6- Nörojenik mesane
- 7- Obstrüktif üropati
- 8- Hipertrofik adenoidlere bağlı uyku apneleri
- 9- Üriner enfeksiyon
- 10- Vaginitis olarak sınıflanmaktadır

Mesane gerilme kapasitesinde sınırlılık ve gece antidiüretik hormon(ADH) üretim ve salınımindaki gelişimsel gecikme en sık kabul gören organik sebepler arasında yer almaktadır (37).

Enürezis etyolojisinde non-organik nedenler daha sık yer aldığı için bu bölümde non-organik nedenler detaylandırılmıştır.

2.1.3.1. Ailesel ve genetik faktörler: Enürezis oluşumunda herediter faktörlerin etkileri uzun yıllardan beri bilinmektedir. Enürezis genetik olarak kompleksve heterojen bir hastalıktır (21). Yapılan çalışmalarda annede ve babada enürezis öyküsü olan çocuklarda görülme sıklığı %77, sadece anne ya da baba da enürezis öyküsü mevcutsa sıklık %46, ebeveynlerinde enürezis öyküsü olmayan çocuklarda ise enürezis oranı %15 olarak bildirilmiştir (38, 39).

En yaygın geçiş formunun otozomal dominant ve 1/3 vakanın da sporadik olduğu ileri sürülmektedir. Üzerinde en sık durulan ve ilgili olduğu düşünülen kromozomlar 8,12,13,22 kromozomlarıdır (40). Ailesel geçişi iki nesil süresince gösterilmiş 11 aile üzerinde genomik Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) belirleyicileri kullanılarak yapılan incelemede 5 ailede 13 numaralı kromozomun q13 ve q14.2 bölgesinde lokalize bir genin ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu alan ENUR-1 olarak tanımlanmıştır. ENUR-1 geni bulunan çocuklarda primer enürezis oranının büyük oranda arttığı saptanmıştır. Alexander ve ark. yaptıkları çalışmada genetik faktörlerin enürezis etiyolojisinde büyük rol oynadığını ancak somatik, psikososyal ve çevresel faktörlerin de enürezis oluşumunda etkili olduklarını belirtmişlerdir (41).

Fergusson ve ark. tarafından 1265 çocuk üzerinde yapılan 8 yıllık prospektif bir çalışmada da ebeveynlerde enürezis öyküsünün idrar kontrolünün kazanılmasında en önemli faktör olduğu; anne, baba yada kardeşlerin iki veya daha fazlasında enürezis öyküsü varlığında normal çocuklara göre idrar kontrolünün 1.5 yıl daha geç kazanıldığı bildirilmiştir (21).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada enürezisli vakaların % 76'nın ailesinde enürezis öyküsü olduğu bulunmuştur. Ayrıca klinik gözlemlerde aile öyküsünün, ülkemizde ailelerin enürezise yaklaşımını belirleyen önemli bir faktör olarak saptanmıştır. Anne-babada enürezis öyküsü varlığında, çocuklardaki enürezisin fazla önemsenmediği, geçmişte kendilerinde veya önceki çocuklarında olduğu gibi spontan geçmesini bekledikleri, bu nedenle başvuru yaşının geciktiği saptanmıştır (42).

2.1.3.2. Maturasyonda gecikme : Enürezise neden olduğu düşünülen faktörlerden biri de gelişimsel gecikmedir. Bu teoriye göre enürezis; normal maturasyon sürecinde zamanla

gelişmesi beklenen mesane ve barsak üzerindeki uygun kontrolün kazanılmamış olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır (43, 44).

Enürezis, nörofizyolojik immatüritenin dışa yansması olarak tanımlanmaktadır. Enürezisli hastalarda diğer öğrenme ve gelişme yeteneklerinde gözlenen gecikmeler de bu teoriyi desteklemektedir (45, 46). Bu gelişimsel gecikmenin genetik kökene dayandığını gösteren klinik çalışmalarda bulunmaktadır (47). Bu çocuklarda düşük doğum ağırlığı, kısa beden yapısı, motor gelişme geriliği, dikkat sorunları, korku ve kaygı gibi bulguların daha sık görüldüğü belirtilmektedir (45, 48). Bununla birlikte enürezis tanısı bulunan çocuklarda motor ve dil gelişiminde gerilik, puberte gecikmesi ve kemik maturasyonunda gecikme gibi bulgulara rastlanılabilmektedir (49, 50). Yapılan bazı çalışmalarda enürezis tanısı olan çocuklara psikomotor testler uygulanmış, enürezis tanılı çocuklarda zayıf görsel algılama ve motor yeteneklerde azalma saptanmıştır. Ancak zeka testlerinde skor farklılığı olmadığı görülmüştür (50, 51).

Enürezisli çocukların önemli bir kısmında asıl problemin mesane refleksi üzerinde inhibitör kontrolün gelişmesinde gecikme veya yetersizlik olduğu kabul edilmektedir. Bu durum merkezi sinir sisteminde maturasyonda gecikme ve miyelinizasyonda yavaşlama ile açıklanabilir. Çoğunlukla tedavi verilmeden zamanla kendiliğinden enürezisin düzelmesi de bu teoriyi destekler niteliktedir (45).

2.1.3.3. Hormonal faktörler : Sağlıklı yetişkinlerde gece ADH salgısının artışına bağlı olarak gece çıkarılan idrar miktarı gündüze oranla 3 kat kadar azalma göstermektedir. İdrar üretimindeki bu farklılık yaklaşık hayatın ilk yıllarında yoktur ve süt çocuklarında idrar çıkışı sabittir. ADH hormonu salınımı yaklaşık 3 yaş civarında geceleri artış göstermektedir. Sağlıklı insanlarda gece ADH salgısının artışına bağlı olarak gece üretilen idrar miktarı azalmaktadır. Enürezis oluşumunda üzerinde durulan önemli mekanizmalardan biri de ADH salgılamasının gün içinde değişiklik göstermesine dair hipotezlerin olmasıdır. ADH üretiminde oluşan diurnal regülasyondabozukluklar veya böbreğin bu ritme uygun yanıt verememesine neden olan yetersizlik nedeniyle enürezisin ortaya çıktığı düşünülmektedir (52-54).

Enürezis'li çocuklarda ADH sekresyonunda düzensizlik olabileceği ilk kez Puri tarafından belirtilmiştir. Norgaard tarafından yapılan kontrolsüz bir çalışmada, enürezisi olan olgularda gece üretilen idrar miktarının mesanenin fonksiyonel kapasitesini aştığı gösterilmiş ve yine bu çalışmada enürezis tanılı olgularda 24 saatlik plazma vazopressin

düzeinin, enürezisi bulunmayan kontrol grubunun aksine daha stabil olduğu bulunmuştur (55). Aynı araştırmacılar tarafından yapılan kontrollü bir çalışmada, gece vazopressin düzeyi enürezisli olgularda artmazken, enürezis olmayan grupta ise anlamlı derecede artış olduğu gözlemlenmiştir (56). Gece ADH düzeyinin relatif azalmasına bağlı olarak enürezisli çocuklar idrarın konsantrasyonuna edilememesine bağlı olarak düşük yoğunluklu, hacimce daha fazla idrar yapmakta ve mesane kapasitesi aşıldığı durumlarda ise enüresiz olmaktadır (21). Ancak yapılan bazı çalışmalarda enürezisi olan ya da olmayan çocuklar arasında gece idrar konsantrasyonu ve ADH üretimleri arasında anlamlı farklılık olmadığı ve idrar osmolalitesi ölçümlerini desmopressin tedavisine cevabın bir göstergesi olmadığı saptanmıştır (46,47).

Steffens ve ark.'nın(57) yaptığı bir çalışmada; 55 enürezisli çocuk ile kontrol grubu karşılaştırıldığında plazma ADH düzeyi enürezisi olan çocukların 14'ünde düşük tespit edilmiştir. Bu çocukların 9 tanesi desmopressin asetat tedavisine olumlu yanıt vererek kuru kalmışlardır.

Enürezisli çocukların bazılarında ADH salgılanmasında sorun olmaksızın nokturnal poliürinin görüldüğü saptanmış ve ADH'ya karşı renal tübüllerden kaynaklanan bir duyarsızlığın olabileceği ileri sürülmüştür. Gece salgılanan ADH miktarının düşük olduğu görüşünün tam aksine, enürezisli çocuklarda plazma ve idrar osmolalitesini normal sınırlarda tutabilmek için daha yüksek ADH düzeylerine gereksinimleri olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, ADH ile plazma osmolalitesi arasındaki geribildirim mekanizmasında bir bozukluk olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (46, 47). Farklı teoriler ve yaklaşımlar olmasına rağmen enürezis oluşumuna neden olduğu düşünülen ortak görüş, fonksiyonel mesane kapasitesi (FMK) ile gece oluşan idrar miktarı arasındaki dengesizliğin önemli bir etken olduğudur (46).

2.1.3.4. Ürodinamik faktörler : Enürezis etiolojisinde mesane ve üretra fonksiyonlarındaki işlev bozukluklarının etkisini araştırmak için pek çok çalışma yapılmıştır (20, 58, 59). Bu çalışmaların sonuçları incelendiğinde enürezise yol açan üç olası disfonksiyon modeli sürülmektedir.

1. Mesane kapasitesinin düşük olması
2. Gece üretilen idrar miktarının fazla olması ve normal hacimde bir mesanenin yetersiz kalması
3. Mesane kaslarında görülen düzensiz kontraksiyonlar



Enürezisli çocuklardaki ürokinamik çalışmalar 1980'den sonra Norgaard ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda başlangıçta enürezisli çocukların düşük mesane kapasitesine sahip oldukları ve bu nedenle gece üretilen idrarı taşıyamadığı için idrar kaçışma olduğuna inanılmasına karşın genel olarak bu çocukların mesane kapasiteleri normal sınırlar içerisinde bulunmuştur (51, 60).

Mendel ve ark. yaptıkları bir çalışmada maksimal sistometrik mesane kapasitesi ve detrüsor instabilitesini monosemptomatik enürezis nokturna ve kompleks enürezis nokturnalı çocuklarda karşılaştırmışlardır. Yaptıkları ürokinamik çalışmada detrüsor instabilitesi monosemptomatik primer enürezisde %49, komplike primer enürezisde ise %79 olarak bulunmuştur. Primer enürezisli hastaların tamamına yakınında maksimum mesane kapasitesini normal, detrüsor kaslarının kasılmalarını da stabil olarak bulunduğunu belirtmişlerdir (58).

2.1.3.5. Uyku ile ilişkili faktörler : Enürezis, uyku bozukluğunun bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Enürezisli çocuklarda uykunun çok derin olduğu ve uyanmalarının zor olduğu hipotezi öne sürölmüş olsa da, Norgaard ve ark. enürezisli çocukların uykularının normal çocuklardan daha derin olmadığını, idrar kaçışmanın derin uyku yada uykunun bir evresinden diğerine geçiş sırasında değil, gece boyunca rastlantsal bir şekilde uykunun herhangi bir aşamasında ortaya çıktığını belirtmişlerdir (55).

Yapılan bazı çalışmalar, alt ıslatmanın genellikle Non-Rapid Eye Movements (NON-REM) fazından uyanırken olduğu, en az ise Rapid Eye movements (REM) fazında ortaya çıktığını göstermektedir. Ancak daha sonraki çalışmalarda uykunun her fazında ortaya çıkabileceği kanıtlanmıştır (49). Ailelere göre genellikle enürezisli çocuklar, uykusu ağır ve gece uyandırılması güç çocuklar olarak tanımlanır. Ancak çocuklarında enürezis olmayan ailelerin çocuklarını gece uyandırma olasılığının daha az olduğu göz önüne alınırsa, bunun çok güvenilir olmadığı söylenebilir (61) Enürezisli çocukların uyku paternleri normal olarak gösterilse de, normal çocuklar gibi mesane dolduğunda uyanıp miksiyon yapmamalarının nedeni hala net olarak cevaplanabilmiş değildir. Bu gün için tedavide uyku modölyasyonlarından çok gece üretilen idrar miktarını azaltacak yöntemler üzerinde durulmaktadır (62).

2.1.3.6. Psikososyal faktörler : Enürezis oluşumunda biyolojik ve genetik etkenlerin yanında psikososyal etkenlerin de rol oynadığı düşünölmektedir. Biyolojik etkenlerle psikososyal etkenlerin bir etkileşim içinde olduğu; sosyoekonomik ve kültürel düzeyi

kötü olan ailelerde, kalabalık ailelerin çocuklarında, kurum bakımında kalan çocuklarda, eğitim düzeyin düşük olan ebeveynlerin çocuklarında enürezisin normal çocuklardan daha sık görüldüğü belirtilmektedir (6, 7, 34, 63).

Çocuğu olumsuz etkileyen olaylar çocuklarda enürezis gelişimine neden olabilir. Gece mesane fonksiyonu kazanılmasında hassas bir dönem olan hayatın 2. ile 4.yılları arasında akut ve kronik anksiyeteye yol açan faktörler (kardeş doğumu, okula başlama veya okul değiştirme, taşınma, boşanma ve ailenin parçalanması, aile içinde ölüm, hastanede yatma, kaza, ameliyat gibi sağlık problemleri, fiziksel veya duygusal travma vb.) enürezis oluşumuna yol açabilir. Psikolojik faktörler sıklıkla sekonder enürezis olgularında etiolojide rol oynar (64). Psikolojik faktörlere bağlı enürezis gelişiminin bilinen en iyi örneği kardeş kıskançlığına bağlı olanıdır. Tuvalet eğitimini tamamlamış bir çocuk, kardeş doğumunu takiben gündüz ve/veya gece altını ıslatmaya başlayabilir. Bu davranış bebek gibi sevilme ve ilgi çekme amacına yönelik bir geriye dönüş davranışıdır. Çoğunlukla kısa sürüp düzelen bu durum çocuğun aile tarafından itildiği ve sevgiden mahrum kaldığı durumlarda devam edebilir (65).

Whipple ve ark. tarafından yapılan çalışmada anne yaşının genç olmasının çocuğa karşı uygulanan fiziksel istismarda bir risk faktörü olabileceğini bildirmişlerdir. Genç yaşta anne olan kadınlarda, sorun çözme kapasitesi ve güçlüklerle başa çıkabilme stratejilerindeki yetersizlikler daha sık görülebilmekte, bunun bağlı şiddete daha sık başvurulabilmektedir. Yapılan başka bir araştırmada da, çocuklarına şiddet uygulayan annelerde stres düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stres düzeyi yüksek olan anneler, çocuklarının altını ıslatmasına aşırı tepki verebilir, ayrıca bu anneler çocukları ile yeterli iletişim kurmakta zorlanır, dolayısıyla çocuğa karşı daha sık şiddet uygulayabilirler (66, 67).

Yapılan çeşitli araştırmalarda; düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık aile ortamında yaşama, düşük eğitim düzeyi, ailede boşanma ya da parçalanma olmasının enürezis için psikososyal risk oluşturabileceği bildirmiştir (68, 69). Boşanma ya da parçalanma sonucu çocukların yaşadıkları sorunlar; ayrıldıktan sonra daha düşük sosyal koşullarda yaşama, kardeşlerinden ayrılma, yeni aile yapısına uyum, üvey ebeveyn ile birlikte yaşama durumugibi nedenlerle anksiyete düzeyleri daha yüksek olabilmektedir. Çocuklarda artmış anksiyete düzeyi de, stabil olmayan detrusor aktivitesine müsküler

cevapta yetersizliklere yol açabilmekte ve böylece enürezisin daha sık görülmesine katkıda bulunabilmektedir (18).

Yetersiz ve uygunsuz tuvalet eğitimi de enürezis oluşumuna katkıda bulunabilir. Gelişimsel açıdan sfinkter tonusunu kontrol edilemediği bir dönemde tuvalet eğitimi verilmesi enürezis oluşumuna zemin hazırlayabilir. Bu sorun genellikle titiz annelerin bir sorunu olarak gözlenir, konunun çok üzerine giden anne çocukta bilinç dışı bir motivasyona, KOKGB'nun oluşmasına yol açabilir. İleriki süreçte çocuk tuvalet eğitimini reddedebilir. Bu nedenle çocuğun tuvalet eğitimine sfinkter denetimini kazanmaya başladığı dönem olan 18-24 ay döneminde başlanması ve çocuğun zorlanmaması ve başarısızlık durumunda cezalandırılmaması önerilmektedir (63).

2.1.3.7. Diyet ile ilgili faktörler : Migren veya aşırı hareketlilik için diyet kısıtlaması yapılan çocuklarda enürezisin de düzeldiğinin görülmesi ile birlikte besin alerjisinin enürezis oluşumunda bir rol oynayabileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda seçilmiş enürezis tanılı olgularda yüksek oranda kafein içeren içecekler, turunçgiller ve turunçgillerden hazırlanmış içecekler, yapay renklendirici içeren gıdalar, fazla seker alımı ile özellikle öğleden sonra süt alımının enürezisi tetiklediği belirtilmiş ve bu gıdaların kısıtlanmasının yararlı olabileceği vurgulanmıştır (70, 71).

2.1.3.8. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Enürezisli çocuklarda DEHB'nun sık görüldüğü belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB ve enürezis birlikte görülme oranı %20-30 arasında değişmektedir (70, 72). Ülkemizde yapılan bir çalışmada enürezise % 28 oranında DEHB eşlik ettiği tespit edilmiştir (180).

DEHB çocukluk döneminde sık görülen nöro gelişimsel bir bozukluktur. Nörogelişimsel bozukluklarda merkezi sinir sistemi olgunlaşmasının ve miyelinizasyonunun sağlıklı çocuklara göre daha geç gelişmesi nedeniyle DEHB olan çocuklarda mesane sinyallerinin tespit edilmesinde yetersizlik ve mesane işlevlerine yetersiz yanıt nedeniyle enürezis oluşabileceği düşünülmektedir. Ayrıca DEHB olan çocuklarda etkilenen merkezi adrenerjik sistem nedeniyle sfinkterler üzerinde denetimde bozulma olabileceği ve bu durumun enürezise yol açabileceği düşünülmektedir. DEHB olan çocuklarda erteleme davranışı ve dalgınlık, oyunu bırakamama gibi durumlar çocuklarda kabızlığa yol açıp fonksiyonel mesane kapasitesini azaltarak enürezis oluşumuna yol açabilir. Son olarak, hiperaktivite ve dikkatsizlik gibi davranışsal faktörler, çocuğun idrara çıkma ihtiyacına uygun şekilde

cevap verebilme yeteneğini etkileyebileceğinden özellikle diurnal enürezise yol açabilir (73, 74).

2.1.3.9. Tuvalet eğitimi : Tuvalet eğitimine başlanılan yaş, uygun işeme ve kontinans için verilen aile desteğinin kalitesi, çocukta istemsiz kaçırmalara verilen tepkinin niteliği enürezis oluşumunda rol oynayabilir (75). Mesane kontrolünün henüz tam olarak gelişmediği çok erken yaşlarda tuvalet eğitimine başlanması, enürezis oluşumuna zemin hazırlayabilir. Ancak eğitim çok geciktirilirse de enürezis sıklığında artma saptanmıştır (33).

Ebeveynler, çocukların tuvalet ihtiyaçlarını küçük yaştan itibaren kendi başlarına çözümlenmelerini beklerler. Oysa bu faaliyet yeterli düzeyde kas kontrolü gerektirdiğinden 2-3 yaşından önce gerçekleşemez (75). Anne-babanın tuvalet eğitimini çok sert biçimde çocuktan istemesi çocukta korku, öfke ve endişeye neden olabilir ve bu da daha sonra ortaya çıkabilecek inatlaşmalara zemin hazırlayabilir. Uzmanların tuvalet eğitiminde birleştikleri ortak konu erken yaşta tuvalet eğitimine başlamanın ve tuvalet eğitimini sert bir tutumla vermenin uygun olmadığıdır. Yeterli olgunluğa ulaşmadan yapılan eğitimin faydası yok denecek kadar azdır ve çocukların duygusal dengesini olumsuz yönde etkileyebilir (75, 76). Tuvalet eğitimine zorlanan bu çocukların bir kısmı ilerde enürezis gelişmekte, bazılarında ise çeşitli uyum ve davranış bozuklukları ortaya çıkmaktadır (8, 75, 76).

Çocuklar on beş aylıktan önce tek başlarına lazımlığa oturamaz. Önceleri altını ıslattıktan sonra, daha sonra yapmak üzereyken annesine haber verir. İki yaşına civarında çocuklar tuvaletlerini annelerine genellikle vaktinde haber verir. İki-iki buçuk yaşına geldiklerinde ise, çocukların büyük çoğunluğu iç çamaşırlarını indirerek tuvalete oturmaya başlarlar ve temizlenme dışında her türlü ihtiyaçlarını kendi başlarına gidermeye çalışırlar. Üç yaş civarında gündüz rastlanılan idrar ve dışkı kaçırmaları büyük çoğunluğu azalır. İki buçuk yaşında çocukların çoğu geceleri uyandırılarak tuvalete getirilirlerse geceyi kuru geçirebilirler. Dört-beş yaşına kadar bazı kaçırmalar olabilir de giderek çocuklar tuvalet için gece kendisi kalkmayı öğrenirler. Tuvalet alışkanlığı telaş yaratmadan, çocuğun gelişim düzeyi ile uyum içinde, sakin bir biçimde ve zor kullanmadan gerçekleştirildiği sürece yararlıdır. Bu alışkanlığı kazandırmak için gelişimsel olarak çocuğun dil, motor ve mental olgunluğa ulaşması alışkanlığın kazanımında önemlidir (75, 76).

#### 2.1.4.Tanı ve klinik değerlendirme

Enürezis tanılı olguların değerlendirmesi ilk olarak öykü, fizik muayene ve laboratuvar testlerini içermelidir. Enürezis tanılı olguların değerlendirmesinde ana amaç; monosemptomatik formun komplike formdan ayırımını yapmak ve enürezis oluşumuna neden olabilecek organik nedenleri dışlamaktır. Özellikle ayrıntılı alınan bir öykü, üro-genital sistemde içine alacak şekilde yapılacak fizik muayene ve uygun laboratuvar tetkikleri ile uygun tedavi planlanabilir. Alınan iyi bir öykü hekimi doğru yönlendirmede ilk ve en önemli basamaktır. Öykü alınırken yaş, cinsiyet, alt ıslatmanın başladığı yaş, alt ıslatmanın gündüz ve/veya gece oluşu, ıslatma sıklığı (gün/hafta), gece boyunca kaç kez altını ıslattığı, dışkılama düzeni ve kaka kaçırma öyküsü, günlük tüketilen sıvı miktarı, idrar yaparken yanma, günlük işeme sıklığı, idrar akımında bozukluk (damla damla idrar yapma gibi), yürüyüşte değişiklik, uyku derinliği, gece horlama, besin alerjisi, geçirilmiş kafa travması, geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu, psikososyal sorunların varlığı (ailede şiddetli geçimsizlik, boşanma, ölüm, taşınma,okula başlama veya okul başarısızlığı, kardeş doğumu ve emosyonel stres oluşturabilecek benzer sorunlar), ailede enürezis öyküsü, tuvalet eğitimine başlangıç yaşı, gelişme ve öğrenmede gecikme olup olmadığı, geçirilmiş önemli ameliyat, kaza, hastalık ve nöbet öyküsü, kullandığı medikal tedaviler, doğum ağırlığı, doğum sırasında herhangi bir sorununun olup olmadığı, alt ıslatma ile ilgili daha önceki tedavi girişimleri, sorunun çocuk ve aileyi nasıl etkilediğini dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır (29, 76-78).

Enürezisli çocuklar tam bir fizik muayeneden geçirilmelidir. Hastalara genel sistemik muayene yapılmalı ve vital bulguları değerlendirilmelidir. Gelişimsel öykünün ayrıntılı olarak alınması ve çocuğun büyüme ve gelişmesinin değerlendirilmesi gelişimsel gecikme ve ilişkili olabilecek organik hastalıkların anlaşılması açısından önemlidir. Karnın alt bölgesinde şişlik, genital organların anatomik yapısı ve idrar akışında bozukluk tespit edildiğinde miksiyonun gözlenmesi fizik muayenenin önemli bir parçasıdır. Nörolojik muayene ile sakral refleks arkının sağlamlığının göstergesi olan anal sfinkter tonusu, perianal refleks ve çocuğun yürüyüşü değerlendirilmelidir. Üro-genital muayenede anormal genital yapı, kız çocuklarda vulvit, vajinit, labial yapışıklık, özellikle damla damla ıslatma varlığında ektopik ureter, erkek çocuklarda meatal stenoz, epispadias, hipospadias araştırılmadır. Konstipasyon öyküsü olanlarda

fekalomlar araştırılmalıdır. Mesanenin işeme sonrası palpe edilip edilmediği değerlendirilmelidir (77, 79).

Laboratuvar tetkikleri açısından enürezis düşünülen her vaka da ilk aşamada tam idrar tetkiki yapılmalıdır. Tam idrar tetkikinde dansite, protein, glukoz ve aseton varlığı araştırılmalıdır. Bununla birlikte mikroskopik inceleme her olguda mutlaka değerlendirilmelidir. Yapılan idrar analizi üriner enfeksiyon ve diabetes insipitus, diabetes mellitus gibi enürezise neden olan hastalıkların tanısında yol gösterici olabilir. İdrarda şeker, protein olmaması ve kontrast madde kullanılmadan idrar dansitesinin 1015 ve üzerindeki bir değerde olması böbreğin konsantrasyon yeteneğinin normal sınırlarda olduğunu gösterir. Bu amaçla sabah ilk idrar numunesinin incelenmesi önerilmektedir. Klinik değerlendirme ve tam idrar tetkiki sonucuna göre primer monosemptomatik enürezis tanısı olan vakalara ileri tetkik yapılması gereksizdir. Ancak, ilk incelemede hastaların idrar yolu enfeksiyonunun ekartasyonu açısından idrar kültürünün alınması ve kanda şeker, elektrolit düzeyleri ile böbrek fonksiyon testlerine bakılması önerilmektedir (20).

Öykü ve muayenede anatomik veya fonksiyonel bir patoloji düşünüldüğünde veya sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan olgularda intravenöz piyelografi ve/veya voiding sistoüretrogram istenmelidir. Böbrek ve mesanenin yapısı ve patolojik durumların incelenmesinde (böbreğin yapısal anormallikleri, ekojenite artışı, renal taş, renal kist, pelvis ve üreterde dilatasyon, mesane duvar kalınlığı, mesane volümü, rezidü idrar, üretral valv, üretral stenoz vb.) böbrek ultrasonografisi (USG) kullanılabilir (80). USG ile tespit edilen üriner sistem patolojileri intravenöz pyelografi (IVP) ile doğrulanabilir. Videoürodinami işeme disfonksiyonu tanısında en önemli basamaktır. Şüphelenilen tüm vakalara video ürodinami yapılmalıdır (77).

Şu durumlarda videoürodinami yapılması önerilmektedir (77).

1. Anatomik ve nörolojik olarak sağlıklı çocuklarda idrar kaçırma, sık sık ve acil idrar yapma ihtiyacı, seyrek idrar yapma ve idrar kaçırmayı önlemek için bacaklarını kıştırarak çömelme hareketlerinin gözlemlendiği durumlarda

2. Tedaviye dirençli enürezis durumlarında

3. Altta yatan vezikoüreteral reflü (VUR) veya başka patolojinin saptanamadığı ancak sık tekrarlayan ve tedaviye dirençli üriner sistem enfeksiyonları varlığında

4. İşeme sistoüretrografisinde eksternal sfinkterin kasılı, posterior üretranın dilate ve mesanenin trabeküle görünümde olması

### **2.1.5. Tedavi**

Enürezis tedavisinde çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Enürezisli hastalarda ortalama %15 oranında kendiliğinden iyileşme görülmeyle birlikte, iyi bir tedavi ile bu oran arttırılabilir. Ailenin ve özellikle de çocuğun enürezisten şikayetçi olması ve düzelme isteği tedavinin başarısı için önemlidir (20, 81).

Tedavi seçiminde hastanın yaşı, ailenin özellikleri, ailenin sosyoekonomik ve kültürel düzeyi, enürezisin tipi, şiddeti ve eşlik eden psikopatolojiler gibi birçok etken rol oynamaktadır (82).

Günümüzde, enürezis tedavisi 2 ana başlıkta incelenebilir:

A. Farmakolojik olmayan yöntemler

B. Farmakolojik tedaviler

#### 2.1.5.1. Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri

Hekimin yaklaşımı : Enürezis; çocuğun sosyal uyumunu, aile ile ilişkilerini ve ruh sağlığını etkileyen bir problemdir. Aile ve çocuk ile iyi bir terapötik ilişki kurulması tedavinin başarısı adına önemlidir. Evde alt ıslatan bir çocukla yaşamak aile açısından da oldukça güç bir durumdur ve bu sorundan çocuk etkilenmeden önce aile etkilenir. Yatağını ıslatmak, çocukta başarısızlık ve büyüyememenin verdiği üzüntü duygularının oluşmasına neden olabilir. Yaşamının diğer alanlarında çocuğun etkinliğini kısıtlayıp, cesaretini kırabilir. Anne ve babalar da doğrudan veya dolaylı olarak sorundan etkilenir. Her aile kısa bir dönem için de olsa, çocuklarının istemli olarak yatağını ıslattığını düşünebilir ve bu durum ailede kızgınlık duygusunu pekiştirebilir. Birçok aile için enürezisin çocuklardaki sıklığını öğrenmek şaşkınlık yaratır ve yalnızca 5-6 yaşta değil daha ileri yaşlarda da bu sorunun görülebildiğinin bilinmesi aileler üzerinde rahatlatıcı etki oluşturur (83, 84).

Hekimin görevi; ailenin motivasyonu artırmak, alt ıslatma hakkında aile ve çocuğa bilgi vermek ve çocuğun da tedavinin içinde yer almasını sağlayabilmektir. Ailenin o güne kadar kullandığı yöntemleri eleştirmeden dinlemek, ailenin suçlanmasını önler ve ilerideki işbirliğini kolaylaştırır. Sorunun boyutları anlaşıldıktan sonra aile ile

birlikte tedavinin gerekli olup olmadığına karar verilmelidir. Tedavi planlanmasında çocuğun yaşı, alt ıslatma sıklığı ve çocuk-aile üzerindeki etkileri yol gösterici olabilir. Normal kabul edilebilecek sınırların aktarılması ve tuvalet eğitimi ile ilgili bilgilerin verilmesi bazı aileler için yeterli olabilir (76).

Enürezis tedavisinde ikinci aşama çocukla yapılacak tedavi niteliğindeki görüşmedir. Tedavinin en önemli unsurlardan birisi çocuğun özgüveninin sağlanmasıdır. Alt ıslatan çocukların çoğu hekime neden getirildiklerini bilmezler. Eğer aile çocuklarının alt ıslattığını çocuktan gizli olarak dile getirmişlerse, hekimin çabası çocuğun bu konudaki yakınmasını onun ağzından dinlemek olmalıdır. Hekim muayene de çocuğa idrar kaçırmamanın istemsiz ve elinde olmayan bir davranış olarak değerlendirileceğini çocuğa aktarmaya çalışmalıdır. Çocuğa bu sorunun onun elinde olmadan ortaya çıktığı ve eğer isterse ona bu konuda yardım edileceği vurgulanmalıdır. Bu ilişki kurulmadan tedaviden yanıt alınması beklenmemelidir (76, 83).

Kayıt tutma (takvim yöntemi) : Hastanın izlemive tedavi takibinde kullanılan değerli bir yöntemdir. Çocuğun yaşına ve gelişim seviyesine uygun doldurabileceği bir yöntem önerilmelidir. Küçük yaştaki çocuklara kuru kaldıkları geceler için güneş veya yıldız, ıslak gece için bulut veya şemsiye çizmesi; okula giden çocukların ise yazılı kayıt tutmaları önerilebilir. Bu sayede enürezisi olan çocuğun iyileşmesini izlemek mümkündür (61, 76). Kayıt tutmanın amacı; çocuğun ıslatmadığı günler için motivasyonunu artırıcı ödüllendirmenin yapılması sağlamak, istemsiz kaçırmalar olduğunda ise çocuğun sorumluluğunu arttırmaktır. Çocuk ve aile ile sık görüşmeyi gerektirir. Hekimin görevi çocuğu rahatlatmak ve bu durumdan dolayı oluşan suçluluk duygusunu azaltmaya çalışmaktır. Hekim ile ailenin duygusal desteği tedavinin ana öğeleridir. Bu şekilde, çocuk ile ebeveynler arasında daha uyumlu ilişkiler kurulması sağlanabilir. Cesaretlendirici ve çocuğun özgüvenini artırıcı sözler ve maddi ödüller gibi ödüller de bu ortamın elde edilmesine yardımcı olabilir.

Kayıt tutma yöntemi motivasyon yöntemlerini de içeren sorumluluk-takviye tedavisinin ayrılmaz parçasıdır. Bu yöntem uygulanan diğer tedavilerin başarısı şansını artırır, ancak tek başına yeterli değildir (30,80). Motivasyon tedavisinin gerçek kür oranı bilinmemekle beraber %25 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir. Ancak hastaların %70'inde belirgin düzelme olduğu bildirilmiştir. Alarm sistemi veya medikal tedavi yöntemlerinden daha uzun süre gerektirmesine karşılık relaps oranının daha



düşük (yaklaşık %5) olduğu bildirilmektedir. Motivasyon tedavisi genelde ilk başvuru yöntem olmakla beraber, alarm ve medikal tedavi programlarına da uyarlanabilir (8, 52, 61).

Sıvı kısıtlaması ve gece uyandırma :Alt ıslatma uykunun ilk dönemlerinde daha sık görülür (76). Bu nedenle ebeveynler çocuklarının alt ıslatmaması için çocuklarını uyuduktan sonra tuvalete kaldırır. Uyandırma ve kaldırmanın çamaşır yıkama problemini azaltması dışında enürezisin düzelmesine katkı sağladığına dair bir bilgi yoktur (75).

Bunun yanında akşam yemeğinden sonra fazla sulu besin alan çocuklarda enürezisin daha sık olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, akşam saatlerinde, fazla sulu besin alma alışkanlığı olan çocuklara bu yöntem önerilir. Ancak bu yöntemlerin uygulanabilmesi için çocuğun işbirliği gerekmektedir (76). Akşam yemeklerinin çocuğu susatmayacak şekilde yapılması ve akşam yemekten sonra yapılacak sıvı kısıtlaması, gece meydana gelen idrar kaçırmalarını azaltabilir. Bu konuda çocuğa davranış değişikliklerinin neden yapıldığı anlatılmalı, çocuğu tedaviye katmak için anlaşma yapılmalıdır. Sıvı kısıtlaması konusundaki karar ve sorumluluk çocuğa verilmeli, konunun bir inatlaşma odağı haline gelmesi engellenmelidir (83).

Mesane eğitimi :Mesane eğitimi, enürezisde FMK'nin azalmış olduğu hipotezine dayanır. Mesane kapasitesi küçük, sık tuvalete giden enürezisli çocuklar ve infantil tip detrüssör instabilitesi olanlar bu egzersizlerden fayda görebilirler (42). Egzersiz, çocuğun gündüz idrarının yaparken birkaç kez idrarını istemli olarak tutup bırakması ve mesanesi iyice dolduktan sonra idrarını yapması şeklinde uygulanır. Bu tedavi yöntemindeki amaç, FMK'nin artırılması ve bunun sonucunda gece boyunca daha uzun süre idrar tutabilme yeteneğinin kazandırılmasıdır. Tek başına yeterli olmamakla birlikte özellikle alarm tedavisine ek olarak uygulandığında FMK'nde belirgin artma saptanmıştır (85). Altı aylık uygulama sonunda hastaların %35 inde tam kuruluk, %66'sında ise belirgin iyileşme gördüğü bildirilmiştir. Ancak bu egzersizler ciddi gündüz semptomları bulunan çocuklarda uygulanmamalıdır (61).

Mesane egzersizlerine uyum zordur ve başarı oranı oldukça düşüktür. Özellikle dokuz yaş ve üstündeki çocuklarda daha iyi uygulanabildiği belirtilmektedir (24).

Alarm-uyarı sistemi :Bu tedavi yöntemi; çocuk yatağını veya elbiselerini ıslattığı anda idrarın çocuğun üzerinde yattığı telli ped ile temas etmesi sonucu, alarm zili veya vızıltıya benzer ses çıkaran bir aletle (buzzer), çocuğun uyandırılması esasına dayanır (52, 61, 76).

Alarm cihazları hafif, kullanımı kolay ve birkaç damla idrara bile duyarlı olan cihazlardır (86). İdrarla temas sonucu 80 desibellik bir ses dalgası oluşturan zil sistemini aktive eder. İdrarla direk temas ilkesine dayanan bu sistemler dışında, mesane üzerine ya da perineye tutturulan alıcılar aracılığı ile işlemeyi hissedip taktil uyarı oluşturan sistemler de vardır. Taktil uyarı veren alarm sistemleri, diğer aile bireylerini rahatsız etmeden çocuğun uyanmasını sağlar. Bu nedenle zil çaldığında aile bireylerinin uyanmasına ve rahatsız olmasına yol açan alarm sistemlerine göre daha avantajlıdır. Direk idrarla temas tuzağına dayanan alarm sistemlerinde, çocuğun terlemesi durumunda yanlış çalışması ya da altını ıslattığı halde çalışmaması gibi sorunlar olabilmektedir Ayrıca alarm sistemlerinde kullanılan alıcıların deri hasarı yapabileceği de unutulmamalıdır (87).

Alarm sistemlerinin pek çok varyantı bulunmaktadır. Yatak pedi, yatak zili, iç çamaşırdaki ıslanmaya duyarlı alarm sistemleri veya iç çamaşırın ıslanmasıyla titreşen oskülatörler bunlardan bazılarıdır. Bu farklı varyantların hastalardaki etkinliğini inceleyen farklı çalışmalar yapılmıştır ve çalışmalarda etkinlikleri benzer oranda bulunmuştur (88).

Alarm sistemlerinin, birçok enürezisli hastada kuru kalmaya katkı sağladığı düşünülebilir. Ancak kullanımı oldukça zordur. Uzun süreli kullanımda aile ve çocukta strese neden olabilir. Önerilen kullanım süresi en az 4 aydır (89). Tedavinin erken kesilmesi yüksek oranda relaps riski taşır. Derin uykusu olan ve gece uyanmada zorluk yaşayan enürezisli hastalarda alarm sistemi kullanılarak aileden birinin çocuğu uyandırıp tualete götürmesi şeklindeki bir yaklaşım uygun olur. Kendiliğinden uyanabilen enürezisli çocuklarda ise taktil uyarıya dayanan sistemlerin kullanılması önerilmektedir (35).

Alarm yöntemi, bazı araştırmacılara göre tek başına en etkin tedavi yöntemi olduğu öne sürülmektedir. Tek başına kullanıldığında tedavinin başarı düzeyi %15-90 arasında değişmekle birlikterelaps oranı %5-30, tedaviyi bırakma oranı ise %0-40 olduğu belirtilmektedir (36, 90, 91). Anne-babanın terapist olarak kullanıldığı, alarmın

hemen ardından ödüllendirmenin yapıldığı durumlarda başarı düzeyinin %98'e çıktığı bildirilmiştir (91).

#### 2.1.5.2. Farmakolojik tedaviler

Enürezis tedavisinde farmakolojik tedavilerin yeri tartışmalıdır. Aile, çocuk veya doktor tarafından alt ıslatmayı hızlı düzeltme isteği nedeniyle ilk olarak ilaca başvuru oranını % 40-50 gibi yüksek düzeylerde seyretmektedir(75).

İlaç tedavisi, enürezli çocuklarda gerçek tedaviden ziyade semptomatik bir tedavi işlevi görür. Buna rağmen ilaç tedavilerinin uygulamasının kolaylığı ve kısa sürede olumlu değişiklikler gözlenmesi nedeniyle gerek hekimler gerekse hastalar tarafından en çok tercih edilen yöntemdir. Ancak tedavi sonrası relaps oranları çok yüksektir (42).

Enürezis tedavisinde desmopressin (1deamino 8-D-argininvasopresin: DDAVP), trisiklik antidepresan grubundan imipramin ve antikolinergik grubu ilaçlar son yıllarda yapılan araştırmalarda öne çıkan ve kullanılan ilaçlardır (52, 92).

Desmopressin : Desmopressin sentetik olarak üretilen bir arjinin-vazopressin hormon analogudur. Temel etki mekanizması böbrek toplayıcı tübüllerindeki V2 reseptörlerini uyararak su geri emilimini düzenler ve idrar çıkışının azalmasını sağlar (93).

Desmopressin, oral tablet, hızlı emilen sublingual oral liyofilizat ve burun spreyi formunda kullanılabilir. Tablet, gece yatmadan en az 1 saat önce, oral melt formunun ise gece yatmadan 30-60 dakika önce kullanılması önerilmektedir. Tablet ve melt formunun önerilen tedavi dozları sırasıyla 0.2-0.4mg ve 120-240µg'dır. İlaç dozu, hastanın kilosu ve yaşına göre değişkenlik göstermez. Yüksek doz ile tedaviye başlayıp kademeli olarak dozu azaltmak mümkün olduğu gibi, düşük doz ile tedaviye başlayıp yanıt alınamaması durumunda dozu arttırmak denenebilir (94).

Nokturnal poliürinin bulunması ve mesanenin depolama fonksiyonunun normal olması desmopressin tedavisinin başarısını öngören iki önemli klinik bulgudur. Nokturnal poliüri, nokturnal idrar üretiminin yaşa göre öngörülen mesane kapasitesinin %130'undan fazla olması olarak tanımlanmıştır. Maksimum işeme hacminin, yaşa göre öngörülen mesane kapasitesinin %70'inden fazla olması ise mesanenin yeteri kadar idrar depolayabildiğini göstermektedir. Bunların dışında, alarm tedavisinin başarısız

olduğu, alarm tedavisi için gerekli klinik uyumu gösteremeyen ya da alarm tedavisini kabul etmeyen hastalara desmopressin önerilebilir (95).

Tedavinin başlangıcında, ıslak gece sayısının en az %50 oranında azalması desmopressin'e olumlu yanıt olarak değerlendirilmektedir. Devam eden tedavi sürecinde ise ıslak gece sayısında %50-90 arasında değişen bir azalmakısmi yanıt, ıslak gece sayısında %100 azalma ise tam yanıt olarak tanımlanmaktadır (93). Desmopressin kullananların, plaseboya göre 4.6 kat daha yüksek bir ihtimalle ardışık 14 gece boyunca kuru kalabildikleri çalışmalarda gösterilmiştir ve plaseboya üstünlüğü kanıtlanmıştır. Yapılan çalışmalarda, genel olarak hastaların %30'unda tam yanıt, %40'ında ise kısmi yanıt görüldüğü belirtilmektedir (95). Olumlu yanıt oranları ise %60-70 arasında değişmektedir (96).

Desmopressin tedavisinde en iyi sonuçlar, on yaşından büyük, nokturnal poliürisi olan, normal mesanenin depolama fonksiyonuna sahip ve idrar osmolalitesi desmopressinden sonra 1000 mOsm/kg üzerine çıkan çocuk ve ergenlerde alınmaktadır (97).

Genel olarak desmopresin güvenilir bir ilaçtır. Desmopresin kullananlarda dikkat edilmesi gereken ancak nadir gözlenen yan etki hiponatremidir. Desmopresin tedavisi sırasında fazla sıvı alımına bağlı su intoksikasyonu ve hipervolemi gelişebilir. Bu da hiponatremiyeyol açabilir. Hiponatremi sonucu başağrısı, bulantı, kusma ve konvülsiyon görülebilir. Desmopresin tedavisi sırasında sıvı tüketimi düzenlenerek ve akşam yemeğinden sonra sıvı kısıtlaması yapılarak hiponatremi riski azaltılabilir (96).

Trisiklik antidepresanlar : İmipramin bu grupta en sık kullanılan ilaçtır. İmipramin, 1960'lardan bu yana enürezis tedavisinde kullanılmaktadır ve birçok randomize çalışmayla plaseboya üstünlüğünü kanıtlamıştır (94). Düz kaslarda miyorelaksan etki ve antikolinergic etkileri ile detrusor aşırı aktivitesini baskılaması ve FMK arttırarak etki ettiği düşünölmektedir. Ayrıca santral noradrenergik stimölasyon ile REM uykusunu baskıladığı ve NON-REM derin uyku fazında uyanmayı kolaylaştırdığı öne sürölmüştür. Son olası etki mekanizması ise vazopressin salınımını düzenleyerek gece idrar üretimini azalttığıdır (98).

İmipramin, yan etkilerinden dolayı 6 yaş üzerindeki çocuklarda kullanımı önerilmektedir. İlacın etkin ve güvenilir doz aralığı 0,5-1.5 mg/kg/gün olarak

belirtilmektedir. Antienüretik etkinlik için önerilen doz gece yatmadan hemen önce 25-50mg'dır (94). İlacın etkisi 1 ay içerisinde değerlendirilmeli ve klinik yanıtı göre doz artışı yapılmalıdır (96). Relapsı önlemek amacıyla tedaviye en az 3-6 ay devam edilmelidir (78).

Genel olarak hastaların %50'sinde olumlu etki sağladığı gösterilmiştir (96). Tedavinin sonlandırılmasından sonra bulguların nüks etmesi sık karşılaşılan bir durumdur. Bir çalışmada, imipramin kullandığı süre boyunca kuru olanların sadece %17'sinin tedavi bittikten sonraki 6 ay süresince kuru kaldığı bildirilmiştir. İlacın aniden kesilmesiyle yakınmaların ilaç öncesi dönemlere geri döndüğü bildirilmektedir (95).

İmipramin kullanımı sırasında görülebilen yan etkiler: bulanık görme, ağız kuruluğu, bulantı, baş dönmesi, kilo alma, anksiyete artışı, uyku bozuklukları, kabus görme, ağlama krizleri, kişilik değişiklikleri, gastrointestinal sistem bozuklukları, yüksek dozlarda ise kardiyak aritmi, ventriküler taşikardi, hipotansiyon, solunum komplikasyonları ve konvülsiyon olarak sıralanabilir (42, 61, 76).

Antikolinergik ilaçlar : Antikolinergik ilaçlar, enürezis tedavisinde ilk basamakta kullanılan tedavi yaklaşımları (imipramin veya desmopresin) başarısız olduğunda kullanılan ilaçlardır. Gündüzleri alt üriner sistem bulguları tarif etmeyen fakat noktürnal detrusor aşırı aktivitesi nedeniyle mesane kapasitesi kısıtlanmış olan hastalarda antikolinergik ilaçlar olumlu etki gösterebilir. Antikolinergik ilaçların enürezisdeki etki mekanizması antimuskarinik etki ile mesane kas kontraksiyonlarının normalize etmesi ve buna bağlı olarak mesane doluluk kapasitesini artırmasıdır (94, 96).

Enürezis tedavisinde kullanılan antikolinergik ilaçlar oksibutin, tolterodin ve propiverindir. Ülkemizde en sık kullanılan antikolinergik ilaç oksibutinidir. Dozu 0,3-0,5 mg/kg/gün'dür. Bu ilacın gece yatmadan hemen önce alınması önerilmektedir. Antienüretik etki, desmopresin'in aksine 2 ay içerisinde ortaya çıkar (94).

Genel olarak hastaların %40'ında olumlu etki sağlandığı gösterilmiştir. Antikolinergik ilaçların monoterapide sınırlı etkileri olduğu ancak desmopresin'e dirençli vakalarda desmopresin tedavisine oksibutin eklenmesi ile başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir (99).

Kullanıldığında diğer antikolinerjikler ilaçlarda olduğu gibi ağız kuruluğu, idrar yapmada güçlük, retansiyon, kabızlık, taşikardi, midriazis, yüzde kızarıklık, sedasyon ve kusma yan etkileri görülebilir (52, 100).

## **2.2.Enürezise Eşlik Eden Psikiyatrik Komorbiditeler**

Enürezis tanılı olgularda psikiyatrik komorbidite sık rastlanılan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda erkek cinsiyetin, düşük sosyoekonomik seviyede yaşamının ve daha ileri yaşta olmanın enürezise diğer psikiyatrik sorunların eşlik etme olasılığını arttıran risk etkenleri olduğunu göstermektedir (101).

Enürezis tanılı çocuklar, genellikle başkaları tarafından fark edilme korkusu, sosyal dışlanma ve küçük düşürülme, ev dışında uyuma kaygısı, arkadaşlarından farklı olduklarını hissetme gibi enürezisin sosyal ve psikolojik sonuçları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (18). Yaşları 6 ile 16 arasında değişen 3600 Çin’li çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, enürezisli çocuklarda çekingenlik, bedensel yakınmalar, kaygı, depresyon, sosyal problemler, dikkat problemleri, yıkıcı ve saldırgan davranışların 2-4 kat arasında değişen oranlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (102).

Yapılan bazı araştırmalarda, enürezisi olan çocuklarda özgüvende azalma, okulda ve arkadaşları arasında sosyal uyumda sorunlar yaşamave çeşitli davranışsal problemler bildirilmiştir (18, 61, 69).

Emosyonel bozukluklar enürezisli çocuklarda sağlıklı çocuklara oranla daha sık görülmektedir. Enürezis tanılı olgular yapılan çalışmalarda psikososyal yönden araştırılmış; tik bozuklukları, depresyon, DB, DEHB, öğrenme güçlüğü, ZY, özgüvende düşüklük gibi problemlerin sağlıklı çocuklara göre daha yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir (8-10, 103). Primer, diüurnal ve sekonder enürezis karşılaştırıldığında, bu tür bozuklukların diüurnal ve sekonder enürezisi olan çocuklarda primer enürezise oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8-10, 104, 105).

Van Hoecke ve ark.(105) noktural ve diurnal enürezisi tanısı olan çocuklarda içe yönelim ve dışa yönelim problemlerini araştırmışlardır. Çalışmaya noktural ve diurnal enürezisi olan 55 çocuk, sadece noktural enürezisi olan 56 çocuk ve kontrol grubu olarak da 155 sağlıklı çocukdahiledilmiştir. Araştırma bulguları enürezisli gruplarla kontrol grubu arasında toplam problem ölçeğinde dikkat çekici düzeyde; İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve DEHB alt ölçeklerinde orta düzeyde farka işaret etmektedir.

Von Gontard ve ark. (104) enürezis tanısı almış çocuklarda davranış problemlerini ICD-10 Hastalık Sınıflandırma ölçütleri ve Çocuklarda Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) kullanarak araştırmıştır. Araştırma sonuçlarına göre enürezisli çocukların %28,2'sinde klinik düzeyde davranış problemlerinin olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun %22,9'unda klinik düzeyde İçe Yönelim problemleri; %22,1'inde ise klinik düzeyde Dışa Yönelim problemleri saptanmıştır.

Liu ve ark.(102) 6- 16 yaşları arasında 3344 çocuk ve ergen ile yürüttükleri çalışmada, 4 yaşından sonra tuvalet eğitimi kazanmış olan çocuklarda daha yüksek oranda davranışsal, duygusal ve akademik problemler görüldüğünü belirtmişlerdir. Ferguson ve Horwood (106) primer ve sekonder enürezisi olan çocuklarla yürüttükleri 15 yıllık takip çalışmasında, enürezis problemi 10 yaşından sonra da devam eden çocuklarda, alt ıslatmayı beş yaşından önce bırakan çocuklara kıyasla daha fazla davranış problemi görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca diğer etmenler sabitlendiğinde dahi 13 yaşında daha yüksek oranda davranış bozukluğuna sahip oldukları ve 15 yaşında daha yüksek oranda kaygı/içe çekilmesemptomları sergiledikleri bulunmuştur.

Chang ve ark. (107) Hong Kong'ta yürüttükleri çalışmada; primer nokturnal enürezis tanısı almış 89 çocuk ve benzer yaş ve cinsiyetlerde 131 çocuktan oluşan kontrol grubunu davranış problemleri ve ebeveynlerinin yaşadıkları stres değişkenleri açısından karşılaştırmışlardır. Çocuklardaki davranış problemleri ÇDDÖ'ni kullanarak ölçülmüş; ham puanlar esas alınarak yapılan istatistiksel ölçümde İçe Yönelim ve Dışa Yönelim puanları ile Yeterlilik Puanları dikkate alınmıştır. Araştırma bulgularına göre, enürezis grubu Dikkat Problemleri, Saldırgan Davranışlar ve Genel Dışa Yönelim alt ölçeklerinde kontrol grubuna kıyasla daha fazla puan almıştır. Enürezis tanısı alan grupta klinik davranış problemi %24,35, İçe Yönelim problemi %27,92, Dışa Yönelim problemi ise %27,92 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise aynı alt gruplarda klinik düzeyde puan alan çocukların oranı sırasıyla %19,5, %19,73 ve %7,94'tür.

Türkiye'de enürezisli çocuklarda davranış problemlerini inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Buluş tarafından yürütülen tıpta uzmanlık tez çalışmasında primer ve sekonder enürezis olgularında eşlik eden psikiyatrik tanılar araştırılmıştır. 6-18 yaş arası 84 çocuk ve ergenin dâhil edildiği çalışmada, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) kullanılarak eşlik eden psikiyatrik tanılar belirlenmiştir. Çalışmada,

enürezis tanısı alan çocuk ve ergenlerde en sık eşlik eden tanı DEHB olarak bulunmuştur. Primer enürezis hastalarına %29,79; sekonder enürezis hastalarında ise %24,32 DEHB komorbiditesi saptanmıştır. Primer enürezisi olan çocuklarda saptanan tanıların oranları %19,5 oranında depresyon, %17,02 oranında özgül fobi, %14,89 oranında sosyal fobi, %12,76 ayrılık anksiyetesi ve %12,76 KOKGB olarak bulunmuştur. Sekonder enürezisi olan grupta ise %16,22 oranında özgül fobi ve KOKGB, %10,81 oranlarında enkopresis, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve DB'u saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada enürezis tanısı alan çocuklarda içe yönelim problemlerine işaret eden tanıların (depresyon ve anksiyete bozuklukları) ek tanı olarak görüldüğü belirtilmektedir (180).

### **2.3.Enürezisve Ebeveyn Psikopatolojisi**

Enürezis, çocuk ve anne babalar için yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen çok faktörlü bir hastalıktır. Enürezisli çocuğun alt ıslatması nedeniyle çarşaflarının sık değiştirilmesi, ıslanan yatak ve yorganın yıkanması ve değiştirilmesi, elbiselerin sık sık yıkanması durumunda kalmak ve bazen enürezise eşlik eden enkoprezis nedeniyle bu problemlere ek başka sorunların ortaya çıkması annelere zaman, çaba ve maddi yük getirip özellikle annelerin yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu etkilemektedir (11, 12).

Enürezisi olan çocukların annelerinde psikopatolojilerin incelendiği bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla hasta grubu annelerinde majör depresyon ve panik atak sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada annelerdeki psikiyatrik belirtiler SCL-90-R kullanılarak araştırılmış, paranoid düşünce dışındaki alt ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin kişilik özelliklerithe eysenck personality questionnaire revised-abbreviated form (EPQR-A) ölçeği ile araştırılmış ve enürezisi olan çocukların annelerinin kontrol grubu annelere göre daha dışa dönük bir mizaca sahip oldukları, bunun da annelerde reaktif duygusal kontrol yetersizliği ve küçük stres faktörlerine olumsuz tepki verme olasılığını artırdığını, bu durumun depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (13).



## 2.4. Çocuk Yetiştirme Tutumları

### 2.4.1. Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları

Tutum, bireyin bir insana, gruba, nesneye ya da olaya karşı hissedişini, düşünme sürecini, davranış biçimini etkileyen ve bireyi belirli bir davranışa yönlendiren, yaşantı ve deneyimler sonucu oluşturmuş olduğu değişime dirençli eğilimler bütünüdür (108, 109). Çocuğun gelişiminde birçok faktör yer almakla birlikte, ailenin ve çevrenin büyük etkisi bulunmaktadır. Kişiliğin gelişmesinde aile büyük önem taşımaktadır. Anne-babanın çocuğa karşı davranışları kadar, birbirlerine ve yakın çevrelerine olan davranışları da çocuğun kişilik gelişiminde önemli bir yer kaplar (110). Çocuk anne babasını gözlemleyerek ilk davranış kalıplarını öğrenmeye başlar (111, 112). Çevrenin de etkisiyle zamanla öğrendikleri şeyler artar, bilişsel gelişimin de hızlanmasıyla öğrendiklerini sentez etmeye ve yeni düşünce ve davranışlar oluşturmaya başlar. Anne ve baba bu sırada çocuğun davranışlarına müdahale ederek davranışın ya pekişmesine katkıda bulunur, ya da uyarı, ceza, kınama gibi yöntemlerle davranışın değişmesinin yolunu açar. Her iki durumda da ebeveynlerin gösterdiği çeşitli davranışlar; çocuğun her olaya, kişiye, duruma veya nesneye karşı belirli bir yanlılık oluşturmasını sağlayan düşünce ve davranış kalıplarını oluşturarak kişiliğin temellerinin atılmasını sağlar (111).

Çocuğun kişiliği genetik özellikler ve çevrenin sürekli etkileşimi sonucunda şekillenmektedir. Çocuğun bazı davranışları ve tepkileri anne-babasından destek görürken, bazı davranışları da destek görmez. Çocuk kendisine faydalı olan ve karşı çıkılmayan tepkileri yineleme eğilimindedir. Çocuk kendisine daha kolay gelen tutum ve davranışları benimsemektedir. Tekrarlanan tepkiler giderek kalıplaşır ve çocuğun kişiliği oluşur (113).

Çocuğun kendi ailesiyle olan ilişkileri, diğer bireylere, nesnelere ve tüm hayata karşı aldığı tavırlar davranış ve tutumlarının temelini oluşturmaktadır (114). Çocuktan yüklenen aşırı beklentiler ve çocuğun ihtiyacı olan yaşına uygun uyarıların verilmemesi, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, ailelerin çocuk gelişimi ile ilgili bilgi düzeylerinin, çocuklarına karşı tutumlarını etkilediği gösterilmiştir (115).

Anne baba tutumları ebeveynler arasında farklılıklar göstermektedir. Bir anne-babanın çocuğunun nasıl hareket etmesi gerektiği ya da nasıl bir kişilik yapısına sahip olması gerektiği konusundaki tutumu genellikle diğer anne-babalardan farklılık

göstermektedir. Anne babalar arasındaki farklı tutumlar, çocuğun psikososyal ve duygusal açıdan farklı şekilde etkilemektedir (116).

Aile, çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimine katkıda bulunurken, bir yandan da çocuğun bulunduğu çevre ve topluma uyum sağlayabilmesi, dış dünyaya adım attığı zaman kafa karışıklığı yaşamaması açısından içinde bulunduğu toplum ve kültürün değer ve yargılarını da benimsedikleri tutum içerisinde aktarırlar (117, 118). Bu nedenle anne ve baba tutumlarının, ebeveynlerin yetiştiği kültürden etkilenmemesi kaçınılmazdır. Aynı kültür içerisindeki farklı ailelerde farklı tutumlarının görülebilmesini Belsky üç farklı nedene bağlamıştır (119). Bunlardan birincisi anne-babanın kişisel özellikleri, ikincisi çocuğun kişilik özellikleri, üçüncüsü ise aile ve çocuğun yer aldığı sosyal çevre olup, anne-baba mesleği, evlilik uyumu, anne ve babanın sosyal ilişkileri gibi geniş bir çerçeveyi içermektedir (119, 120).

Aile tutumların çocuk üzerindeki etkisi değişik kuramlar tarafından ele alınmış ve sonuç olarak çocuğun fiziksel gelişimi kadar ruh sağlığı gelişiminde oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır (113).

#### **2.4.2. Aile tutumlarının sınıflandırılması**

Baumrind tarafından 1970'li yıllarda yapılan çocuk yetiştirme tarzları ve bunların çocuklar üzerine etkilerini ele alan çalışmaları aile tutumlarının sınıflandırılmasına önemli katkılar sağlamıştır. Baumrind, çocuk yetiştirme tutumlarını kontrol (disiplin) ve sıcaklık (kabul) boyutuna göre; otoriter, izin verici ve demokratik anne-baba tutumları olarak tanımlamıştır (121, 122). Baumrind'in sınıflamasını temel alan bazı araştırmacılar, kabul ve kontrol boyutlarının yüksek ve düşük düzeylerinin kesişimini temel olarak dört temel aile tutumu tanımlamışlardır. Yüksek ve düşük kontrol, yüksek ve düşük kabul kümelerinin kesişimine göre aile tutumları; otoriter, aşırı hoşgörülü, demokratik ve ihmalkar tutumlar olarak sınıflandırılmıştır (117, 123).

Daha sonra araştırmacılar otoriter ve demokratik anne-baba tutumunda gözlenen yüksek disiplin, yani yüksek kontrol boyutu yerine, davranışsal ve psikolojik kontrol boyutunu gündeme getirmişlerdir (124). Davranışsal kontrol; ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını denetlemesi, uygun kurallar koyması ve bunların sonucunda kontrolü sağlaması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun davranışları gözlemlenerek, düzenleyici müdahalelerde bulunulması, disiplinde dengeli ve tutarlı bir yol izlenmesi davranışsal

kontrolün en önemli özellikleridir. Yapılan çalışmalarda dengeli ve tutarlı uygulanan davranışsal kontrolün çocuklardaolumlu sonuçlar ve gelişmelerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik kontrol ise anne-babanın çocuğun benlik değerlerini olumsuz yönde etkileyen, bağımsızlık girişimlerine ket vuran, kendini özgürce ifade etmesine fırsat tanımayan bir kontrol yöntemidir. Çocuğa yönelik aşırı beklenti içinde olma, disiplin amaçlı soğuk ve mesafeli davranma, yaptığı davranışlardan dolayı suçluluk hissi duymasını neden olma gibi özellikler içeren psikolojik kontrol, çocuğun benlik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve özellikle depresyon gibi içe atım problemlerine, özgüvende düşme ve yetersizlik duygusuna neden olmakta, ayrıca saldırganlık gibi davranış problemlerine yatkınlık oluşturmaktadır (124, 125).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, erkek çocukları ebeveynlerinden daha çok psikolojik kontrol, kız çocuklarıise davranışsal kontrol algıladıkları tespit edilmiştir.Ayrıca psikolojik kontrol ile otoriter tutum arasında pozitif, demokratik tutum ile negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada annelerin babalara göre daha fazla psikolojik kontrol uyguladıkları, erkek çocuklarında psikolojik kontrolü hem çocuk hem de ergen grubunda kızlara göre daha fazla algıladıkları gösterilmiştir (126).

Anne-baba tutumlarına ilişkin literatürde çeşitli sınıflandırmalar vardır. Genel olarak anne-babanın çocuk yetiştirme tutumları; aşırı koruyucu, aşırı izin verici, baskıcı-otoriter, dengesiz-kararsız, ilgisiz ve demokratik tutum olarak sınıflandırılmaktadır (127).

#### Aşırı koruyucu tutum

Aşırı koruyucu tutum, ülkemizde oldukça sık gözlenen aile tutumlarından birisidir. Çocuğun çok fazla korunduğu, gereğinden fazla ilgi ve özen gösterildiği aile tutumudur (128). Bu tutuma neden olan faktörler incelendiğinde; ebeveynlerin çocuk sahibi olmak için uzunca bir süre beklemiş olması, ebeveynlerin sahip oldukları ilk çocuklardan birinin hastalanması ve/veya vefat etmesi, anne-babaların çocukluklarında kendi ebeveynlerinden görmemiş oldukları sevgi, sıcaklık ve ilgiyi çocuklarına vermek isterken aşırıya kaçmaları, annenin eşinden yeterli desteği göremiyor olması, kültürümüzde aşırı korumacı anne-babalığın iyi ebeveynlikle eş değer tutulması gibi nedenler gösterilmektedir (129, 130).

Bu tutumda anne-babalar, çocuklarının yerine düşünür, onlar istek ve ihtiyaçlarını daha dile getirmeden yerine getirmeye çalışır (130). Ailede her an çocuğun başına olumsuz bir şey gelebileceği kaygısı nedeniyle çocuğun yapabileceği işler ebeveynler tarafından yapılır. Anne, çocuğa yardım ettiğini düşünür fakat kendi duygusal yalnızlığını ve mutsuzluğunu bu şekilde kapatmaktadır (65, 127).

Çocuğun üzüntü, kaygı, korku gibi duyguları yaşamasına izin verilmez. Anne-baba çocuğun yerine birçok şeyi yaptığı için çocuğun hayata karşı hazırlıksız olmasına zemin hazırlayabilmekte ve kendine güven duygusunun gelişmesine engel olmaktadır (17). Böylece çocuğun gerek motor, gerek sosyal ve davranışsal, gerekse bilişsel alanda yaşıtlarına göre geri kalmasına neden olabilirler. Çocuğun zarar görmemesi adına çocuk adına yapılan her eylem, çocuğun motor fonksiyonlarının gelişimine ket vurabilir. Bu durum çocuklarda çevreleri tarafından sakar ve/veya beceriksiz olarak etkilenmelerine neden olup, çocukta özgüven düşüklüğüne yol açabilmektedir. Yine çocuk yerine verilecek olan kararlar, çocuğun bağımsız olarak karar verme yeteneği geliştirmesini engelleyecek, aldığı karar ve bunun yol açacağı sonuçlardan ders çıkaramamasına, böylece gerekli tecrübeleri elde edememesine neden olacaktır. Bu tür çocuklar yeterince girişimci olamazlar, kendi başlarına kararlar alıp bağımsız davranamazlar, ileriki yaşlarında bile kendilerini koruyacak ve himaye edecek birini ararlar. Anne-babanın bu tutumunun sonucunda çocuk karşılaştığı sorunlarla baş etmekte zorlanır ve duygularını bastırmaya çalışır. Çocuk ürkek, kolayca karar veremeyen ve verdiği kararları başkalarına danışan, kolayca duygusal sarsıntı yaşayan ve mutsuz olan, diğer kişilere bağımlı bir birey haline gelmesine neden olabilir (65, 131, 132).

#### Aşırı izin verici (hoşgörülü) tutum

Aşırı hoşgörülü anne baba tutumu, çocuğa yaşına göre fazla özgürlüğün tanıdığı, çocuğun isteklerine kolayca boyun eğildiği, bu isteklere herhangi bir sınırlama ya da denetim koymadan kabul edildiği, uygunsuz davranışlarına rağmen hiçbir koşulda cezanın verilmediği, hatta bu davranışların bile hoşgörü ile karşılandığı ve görmezden geldiği bir tutum biçimidir. Çocuğa aşırı derecede özgürlük tanınması sonucunda, çocuk da herkesin kendine boyun eğmesini, başkalarının kendisine uymasını ve isteklerini gerçekleştirmelerini bekler. Bu da çocuğun sosyal ilişkilerinde bozulmalarayol açar (133).

Aşırı hoşgörölü aile yapısı incelendiğinde; orta yaşın üzerinde çocuk sahibi olan ya da diğer kardeşiyle arasında yaş farkının fazla olduğu ailelerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca kalabalık aile yapısı içerisinde tek çocuk olmanın da bu tutumun benimsenmesini etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir. Bu tarz aile yapısında çocuğa çok fazla önem verildiği için çocuk merkezi konuma getirilir ve aile üzerinde söz sahibi olmaya başlar. İstedikleri şeyler diğer aile fertleri tarafından koşulsuz yerine getirilir (65).

Çocuk her zaman kendi isteğine göre davranır. Bu çocuklar isteklerini denetlemeyi öğrenemezler ve bu nedenle dış dünyada çeşitli problemler yaşarlar. Evdeki izin verici tutumu dış dünyada bulamamasından dolayı çevreleri ile sorun yaşarlar ve hayal kırıklığına uğrarlar. Okul hayatında veya iş hayatında da başarılı olamazlar. Çocuk ilk kez okul döneminde karşılaştığı kurallara uyum sağlayamaz. Yetişkinlik döneminde toplumun kendilerine vermediği hakları kendine tanımaya kalkarlar. Diğer insanların dikkatini çekmeye çalışır ve onların kendisine hizmet etmesini isterler. Sosyal sorumluluk düzeyi düşüktür ayrıca dürtüsel davranış ve saldırganlık düzeyleri yüksektir (17, 134, 135).

Yapılan çalışmalar sonucunda aşırı hoşgörölü tutumun, çocuklarda benmerkezcibir kişiliğe yol açtığı ve kişilerarası ilişkilerinde uyumsuz davranışa, ikili ilişkilerde problem yaşanmasına neden olduğu ve her isteğinin anında yerine getirilmesi gibi tutumlarından dolayı arkadaş ortamından dışlanmaları sonucunda asosyal bir kişiliğin gelişmesine katkıda bulunduğunu göstermiştir (136, 137).

#### Otoriter anne-baba tutumu

Otoriter anne-baba tutumu; çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen tutumların başında gelmektedir. Türk toplumunda sık gözlenen ve özellikle babaların benimsemiş olduğu bir tutumdur. Anne-baba ve çocuk arasında duygusal bir yakınlığın olmadığı, aile tarafından sevginin yalnızca istenilen davranışlar sergilendiğinde gösterildiği ve çocuğun katı bir disiplin altında yetiştiği tutum şeklindedir. Çocuklara aile içerisinde duygularını ifade etme, söz almave kendi kararlarını verebilme gibi fırsatlar tanınmaz. Kurallar ebeveynler tarafından koyulur ve bu kurallara mutlak bir şekilde itaat edilmesi beklenir. İstenilen durumların dışına çıkıldığında ise cezalar verilebilir (135).

Anne ve baba tarafından baskı altına alınan çocuklar, sessiz, uslu, nazik, dürüst ve dikkatli olarak tanımlanmasına karşılık, küskün, silik, çekingen, başkalarının etkisinde çok kolay kalabilen, aşırı hassas bir yapıya sahip olabilir. Çocuk hangi davranışın hangi tepkiyi alacağını bilemez ve kaygılı bir belirsizlik içinde aşırı isyankar veya aşırı boyun eğici bir tavır sergileyebilir. Suçlanan, cezalandırılan ve sürekli baskı gören çocuklarda aşağılık duygusu gelişebilir. Böyle bir ortamda yetişen çocuk içinden geldiği gibi davranmak yerine ailenin kurallarına göre davranmayı tercih eder (136). Bu nedenle özgüvenini yitirip, yapacağı davranış nasıl bir tepkiye neden olacağını tahmin edemediğinden dolayı çevredeki kişilerin yönlendirmesiyle hareket etmeye başlar. Koşullara bağlı olarak verilen sevgi çocukta hayal kırıklığına, sevilmediği hissine neden olabilir (121, 122, 137, 138).

Anne baba tarafından çocuğun düşüncelerine değer verilmez ve istekleri kabul edilmez. Çocukla ilgili tüm kararları anne baba verir ve çocuğun bağımsızlığının ve bireyselleşmesinin gelişimine engel olur. Anne baba çocuğa sevgisini ancak çocuk istenilen şekilde davrandığında gösterir (134, 139, 140).

Bu aileler, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden istismar ederek, disiplin etmeye çalışabilir. Onlara göre, itaat, bir erdem olup, çocuğun eleştirilmesi onu başarıya götürecek olan yollardan birisidir. Bu tutumla yetiştirilen çocuklarda sosyal alanda girişim azlığı görülür, yanlış yapma korkusundan dolayı kaygı düzeyleri yüksektir. Yaşlılarına göre daha fazla depresiftirler (136, 141).

Otoriter tutum sonucunda çocukta her türlü otoriteye karşı meydan okuma, başkaldırma şeklinde davranışlar, kızgınlık ve düşmanlık duyguları oluşabilir. Çocuk hem aşağılandığı hem de gereksinimleri karşılanmadığı için anne babasına öfkeli olabilir. Saldırganlık düzeyi yüksek olabilir. Çocuk attığı her adımda yanlış yapma korkusu yaşar ve yeni bir şey denemekten korkar. Çocuğun kendine güveni ve sorumluluk duygusu düşüktür (142-144). Aşırı otoriter ailelerde çocuğun kendi benliğiyle ilgili olumsuz yargıları, kendine güvensizliği, yapabileceği işlere “ben yapamam” düşüncesiyle girişmeye korkması, düşüncelerini diğer insanlara iletmekte çekingen davranması gibi olumsuz davranış kalıpları çok sık görülmektedir (145).

### Dengesiz-kararsız anne-baba tutumu

Türk toplumunda sıkça rastlanan bir başka tutumdur. Çoğunlukla aşırı hoşgörölü, aşırı koruyucu ve otoriter tutumun örnekleri, gün içerisinde ya da bazen aynı saat içinde değişik yoğunluklarda sergilenir. Dengesizlik ve tutarsızlık, anne-baba arasındaki görüş ayrılığı nedeniyle olabileceği gibi, anne veya babanın gösterdikleri değişken davranış biçimi nedeniyle de görülebilmektedir. Çocuğa sözünü dinletmek için çaba sarfeden annenin, bir isteğini yaptırmak üzere, önce yumuşak tonda konuştuğu, ardından sesini yükselttiği, çocuğun isteğini hala yerine getirmemesi halinde dövdüğü, ardından da diz çöküp özür dilediği görülür. Çocuk, hangi koşulda nasıl davranacağını bilemez. Hangi davranışının “uygun olan davranış”, hangisinin “uygun olmayan davranış” kategorisine girdiği anne ya da babasının ruh haline bağlıdır. Çocukta bazı iç çatışmalar, huzursuzluklar, daha sonra da dengesiz ve tutarsız bir yapı oluşur (136).

Bazen anne-babanın koyduğu kurallar, disiplin yöntemleri aile büyükleri tarafından görmezden gelinmekte, çocuğa karşı aşırı koruyucu ya da aşırı hoşgörölü davranarak anne-babanın ev içerisindeki otoritesinin çocuk gözünde sarsılmasına neden olmakta, ebeveynlerinin günler/haftalar içerisinde uygun disiplin yöntemleri ile elde ettikleri olumlu davranışın etkisini azaltmakta, kimi zaman tersine çevirmektedir. Öncelikle anne-babanın çocuğa karşı ortak hareket etmesi, diğer aile bireylerinin bu konuda kendilerine yardımcı olmaları konusunda önceden uyarılması çocukta kafa karışıklığını engelleyecek, tutarlı bir disiplin sonucunda olumlu davranışlar elde edilebilecektir (146, 147).

Anne-babanın dengesiz ve tutarsız tutumu ergenlik yıllarında da devam edebilir. Anne ve baba bazen ergenin yaşam tarzına kısıtlamalar getirirken, bazen de artık büyüdün, sorunlarına kendin çözüm bulmalısın, kararlarını kendin almalısın gibi söylemlerde bulunabilirler. Böylece ergenlik döneminde de çatışmalar yaşanmaya devam eder ve davranışlarında tutarsızlıklar oluşur (148).

### İlgisiz anne-baba tutumu

Çocuğun ilgi ve gereksinimlerinin karşılanmadığı aile tutumudur. İlgisiz ve kayıtsız anne-baba tutumunda, ebeveynler ve çocuk arasında iletişim problemleri vardır. İlgisiz anne babalar çocuklarına yeteri kadar zaman ayırmazlar ve onlar için gerekli çabayı göstermeler. Çocuğu kendilerinden uzak tutarlar ve yapacakları işler için bir

engelmiş gibi davranırlar. Ayrıca çocuğun varlığı veya yokluğu onlar için önemli değildir (149, 150).

Bu anne-tutumunun oluşumunda; çok genç yaşta anne-baba olma, ebeveynlik hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması, anne-babanın stres dolu sosyal yaşamından çocuğa ayıracak vakit ve yeterli güç bulamaması, çocuğun istenmemesi, ebeveynler arasında uyumsuzluk gibi etkenler suçlanmıştır. Çocuğun temel ihtiyaçlarının yeterince karşılanmamasının yanı sıra, sosyal ve duygusal gereksinimleri göz ardı edilir. Bu aile yapısında çocuk çok fazla yalnız başına vakit geçirir, ebeveynleri ile yeterince sıcak ve doyurucu iletişim kuramaz. Yeterli ilgi göremeyen çocukta çevresine karşı saldırganca bir tutum gözlenebilmektedir (65, 136, 151-153).

Bu tutum içinde yetişen çocuk her zaman başkalarının gözünde kendisinin başarısız olarak görüldüğünü düşünür. Sevginin ne olduğunu bilmez ve başkalarını sevmekte zorlanır. Yardım duygusundan uzak, sinirli, duygusal olarak hassas, başkalarına karşı kendisini devamlı olarak korumak zorunda hissedilen, kendisinden küçük ve zayıf olanlara karşı olumsuz duyguları olan ve öz güveni zayıf bir çocuk olarak yetişir. Ebeveyn hem ilgisiz hem ihmalcidir ise, çocukta saldırgan davranışlar başlayabilir. Yapılan bir çalışmada ilgisiz anne tutumu gözlenen çocukların duygusal tepki verme oranlarının çok düşük olduğu bulunmuştur (154).

#### Demokratik (yetkin) tutum

Kontrolün ve kabul-ilginin birlikte ve dengeli bir şekilde yürütüldüğü çocuk yetiştirme tutumudur. Çocukla sözel iletişimin iyi olduğu, çocuğun anne babayı dinlediği, anne babanın da çocuğu dinlediği, çocuğun görüşlerine değer verildiği bir tutumdur. Çocuğun kişiliğine saygı gösterilir. Anne baba tarafından çocuğun hakları korunur. Anne ve baba çocuğa iyi birer model olurlar ayrıca çocukla devamlı işbirliği ve paylaşım içindedirler (17, 134, 155).

Demokratik aile tutumunda; çocukların ilgi ve ihtiyaçları karşılanır ve çocuklar denetlenirler. Anne-babalar çocuklarını destekler, onlara güven verir, onların ilgi ve ihtiyaçlarına duyarlı bir tutum sergilerler. Çocuğa içten ve karşılıksız sevgi, saygı duyarlar. Anne-baba çocuğa yaşına uygun kararlar almaya yöreklendirirler ve çocuğun kararlarına saygı duyarlar. Zorunlu kısıtlamalar dışında çocuklarını özgür bırakarak



sorumluluk bilincinin gelişmesine ve çocuğun bağımsız bir kişilik geliştirmesine destek olmaktadırlar (156).

Demokratik anne-baba tutumu, çocuğun psikososyal gelişimini en olumlu yönde etkileyen anne-baba tutumudur. Bu anne-baba tutumunda, aile içerisinde her bireyin isteği sevgi ve saygı çerçevesinde değerlendirilir. Bireyler arasında sıcak bir iletişim vardır. Anne-baba, çocuklarının ayrı bir birey olduğunu bilirler. Çocuklarının ilgi ve ihtiyaçlarının farkındadırlar. Uygun bir şekilde gelişmeleri için ihtiyaçlarını gerektiği kadar karşılarlar. Temel ihtiyaçlar, koşulsuz olarak karşılanır. Sevgi ve saygı, herhangi bir koşul olmadan verilir. Uyulması gereken kurallar, öncesinde çocuğa açıklanır, kurallar net ve açıktır, bazı kurallara ev içinde olduğu kadar ev dışında da uyulması beklenir (157, 158).

Bu tutum ile yetiştirilen çocukların benlik saygısı yüksek ve sorumluluk duygusu gelişmiştir. Ahlaki değerleri kazanmıştır. İç kontrolü yüksektir. Çocuk zorlukları kendi gücü ile yenmeyi deneyimler. Denemekten ve başarısız olmaktan korkmaz. Kendine güvenir. Başarı düzeyi yüksektir (159). Demokratik aile tutumunda çocuklara belli sorumluluklar verilir, bu sayede kendi ayağının üzerinde durabilen ve kendine yetebilen bireyler yetiştirilmesi hedeflenir (141).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü**

Araştırma; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan gözlemsel, vaka-kontrol tipi kesitsel bir çalışmadır. Çalışma öncesinde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınmıştır.(16.05.2018 tarihli 2018/10 nolu oturumun 21 nolu kararı). Çalışma protokolü Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür.Çalışma hakkında hasta ve gönüllü sağlıklı çocuklara ve anne-babalarına bilgilendirme yapılmıştır.Çocuk ve ebeveynin rızası alınarak 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' imzalatılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu araştırma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda yapılmıştır. Çalışma 01.06.2018-01.12.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmamızın örnekleme, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne, alt ısılatma şikayetiyle başvuran, 8-18 yaş arası olgular arasından seçilmiştir. DSM-V tanı ölçütlerine göre enürezis tanısı saptanan ve çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 56 erkek ve 24 kız olmak üzere 80 çocuk ve ergen ile ebeveynleri (80 anne, 80 baba) çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu ise herhangi bir psikiyatrik, nörolojik, genetik, metabolik, endokrin hastalığı olmayan, madde kullanımı ve herhangi bir ilaç kullanımı olmayan, 8-18 yaş arası, rastgele seçilmiş, çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 80 çocuk ve ergen ile ebeveynlerinden (80 anne, 80 baba) oluşturulmuştur.

Çalışmanın örnekleri boyutu power analizi ile belirlenmiştir. Buna göre  $\alpha:0,05$  önem düzeyi ve  $\beta:0,20$  düzeyinde 0.80 testin gücü ile çalışmaya her grup için 80 birey olmak üzere toplam 160 birey alınması planlanmış ve 80 hasta, 80 kontrol olmak üzere toplam 160 çocuk ve ergen ve ebeveynleri ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmanın hasta grubu içindahil edilme kriterleri:

1. 8-18 yaş arasında olma
2. DSM-V tanı ölçütlerine göre enürezis tanısının saptanması
3. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun hasta ve ebeveyni tarafından imzalanmış olması
4. Organik bir patolojiye bağlı enürezisin bulunmaması
5. Alkol madde bağımlılığının olmaması
6. Anne babası ile birlikte yaşıyor olması
7. Verilen formların eksiksiz doldurulmuş olması

Araştırmaya dahil edilecek hasta grubunda dışlama kriterleri:

1. 8 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
2. Otizm spektrum bozukluğu veya zihinsel yetersizlik tanılarının olması
3. Nörolojik bir hastalığın bulunması (epilepsi, serebral palsi vb)
4. Bilinen bir sistemik kronik hastalığının olması(endokrin, metabolik, genetik vb.)
5. Enürezisin organik nedenlere bağlı olması
6. Tek ebeveynli ya da boşanmış aile çocuğu olma
7. Çalışmaya katılmak istememesi ve verilen formların eksik doldurulması

Araştırmaya dahil edilecek kontrol grubunun seçilme kriterlerini:

1. 8-18 yaş arası herhangi bir psikiyatrik, nörolojik, endokrinolojik ve metabolik bir organik hastalığı olmayan sağlıklı çocuk ve ergenler olması
2. Herhangi bir ilaç kullanımının olmaması ve alkol madde bağımlılığının olmaması
3. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun çocuk, ergen ve ebeveyni tarafından imzalanmış olması
4. Verilen formların eksiksiz doldurulması

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Çalışmaya dahil edilen olguların psikiyatrik muayeneleri sırasında, araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan ÇDŞG-ŞY ile enürezise eşlik eden psikiyatrik tanılar değerlendirilmiştir. Değerlendirmeyi takiben araştırmacı tarafından geliştirilen demografik bilgiler ve gelişimsel öykünün incelendiği sosyodemografik veri formu ve enürezis için ayrıntılı bilgilerin yer aldığı enürezis araştırma formu muayenede doldurulmuştur. Çalışmaya alınan olguların

ebeveynlerinden çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını belirlemek için Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA-EF), hem annenin hem babanın ruhsal problemlerini belirlemek için Ruhsal Belirti Tarama Listesi(SCL-90-R) ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek için Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) doldurmaları istenmiştir.

#### **3.4.1 Sosyodemografik veri formu**

Araştırmada katılımcılar ve aile bireylerinin, çeşitli sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bir form kullanılmıştır. Veri formunda katılımcının adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer, kardeş sayısı-sırası, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı, anne-baba arasında akrabalık durumu, ailenin aylık gelir düzeyi, annenin gebeliği esnasında yaşadığı psikiyatrik ve diğer tıbbi sorunlar, aldığı tedaviler, doğum şekli, prematürite öyküsü, aile tipi, katılımcıdaki eş hastalık öyküsü, kullanmakta olduğu ilaçlar değerlendirilmiştir.

#### **3.4.2 Enürezis araştırma formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formla olguların enürezis tipi, başlangıç yaşı, günlük haftalık alt ıslatma sıklığı, gündüz alt ıslatmanın olup olmadığı, kabızlığın olup olmadığı, daha önce tedavi başvurularının olup olmadığı, gece alt bezi kullanımı ve sekonder vakalar için başlangıç döneminde psikososyal stresör varlığı gibi enürezis ile ilgili bilgiler araştırılmıştır.

#### **3.4.3 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)**

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV(DSM-IV) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla 1997 yılında Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (160). Gökler ve ark.(161) tarafından 2004 yılında Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Form 3 bölümden oluşmaktadır. Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi olarak adlandırılan ilk bölümde, çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, mevcut yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm

olan ‘tanı amaçlı tarama görüşmesi’ bölümünde 200 kadar özgül belirti ve davranışları değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varlığında tanıyı doğrulamak amacıyla Duygulanım bozuklukları, Psikotik bozukluklar, Anksiyete bozuklukları, Davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar alanında ek puanlama yapılmaktadır. Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Her bir tanı için DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütleri verilmiştir. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise ‘çocuklar için genel değerlendirme ölçeği’ olarak adlandırılır (160).

ÇDŞG-ŞY, Major Depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Kaçınma Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, Aşırı Anksiyete/Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşı Gelme Karşı Olma Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervosa, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu gibi temel tanıları araştırmak için kullanılır (160).

#### **3.4.4 Güçler ve güçlükler anketi-ebeveyn formu**

Güçler ve Güçlükler Anketi-GGA (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ) Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (167). Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılır. Bu anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu ile 11-16 yaşlar arasında ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Bu anket, olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan, kendi içinde her biri beş soru içeren ve beş alt başlıktan oluşan 25 sorudan oluşmaktadır. Bu başlıklar; emosyonel (duygusal) sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları ve sosyal davranışları içermektedir. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Duygusal problemler, akran ilişkileri, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt boyutlarında puanların artması sorunların

arttığı anlamına gelirken; sosyal davranış alt boyutunda puanların artması sosyal davranışların arttığı anlamına gelmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (168). Ölçeğin yapı geçerliğini sınamak için GGA ile CDDÖ ile korelasyonları hesaplanmıştır. Duygusal Sorunlar ve İçe Yönelim arasındaki 0.72, Davranış Sorunları ve Dışa Yönelim arasında 0.76, Dikkat Dağınıklığı ve Aşırı Hareketlilik ile Dikkat Sorunları arasında 0.71, Akran İlişkileri ile Sosyal Sorunlar arasında 0.46 korelasyon ve Toplam güçlük puanı 0.80 olarak hesaplanmıştır. Bu korelasyonlar ölçeğin geçerli olduğunu göstermektedir (168).

#### **3.4.5 Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R)**

Bu ölçek; Derogatis tarafından geliştirilen 90 maddelik bir öz bildirim envanteridir (165). Dağ tarafından 1991 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (166). Bireyin yaşadığı ruhsal ve somatik sıkıntıları ya da olumsuz stres tepkisinin seviyesini belirlemede kullanılır. 90 maddeden oluşan ve öz bildirim dayanan bu ölçekteki sorular somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı belirtiyi değerlendirme yapmak üzere gruplara ayrılmıştır. Alt ölçek puanları, söz konusu olan bozukluk ile ilgili belirtilerin şiddetini gösterir. En düşük puan 0, en yüksek puan 4'tür. Doksan maddeye verilen puanların toplanmasıyla 'genel toplam', on alanın ortalamasının alınması ile 'genel semptom ortalaması' hesaplanır. Ölçeğin genel toplam puanı aynı zamanda "Global Şiddet İndeksi" şeklinde de adlandırılmaktadır. Genel semptom ortalamasının 1 puanın üzeri olması bozukluğun olabileceğini gösterir. Araştırmamızda SCL-90-R kullanılarak ebeveynlerin psikiyatrik belirtileri ve bu belirtilerin şiddeti değerlendirilmiştir.

#### **3.4.6 Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği-AHÇYTÖ (parental attitude research instrument-PARI)**

Schaefer ve Bell tarafından 1958 yılında geliştirilen, 60 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir (162). LeCompte ve Özer tarafından 1978 yılında Türkçe 'ye uyarlanması yapılmıştır (163). Bu ölçek anne-babalarda çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Atmış maddenin bulunduğu bu ölçek ile Aşırı Koruyucu Anne Boyutu, Demokratik tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu, Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu, Karı Koca Geçimsizliği Boyutu ve Baskı ve Disiplin Boyutu olmak

üzere 5 farklı alt boyut değerlendirir. 1- 4 arasında puanlanan ölçeğin değerlendirilmesi sırasında 2, 29, 44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceye göre puanlandırılır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanları değerlendirilmektedir. Faktör puanları ayrı ayrı toplanıp 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanır. “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” boyutu dışındaki boyutlarda puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarını gösterir.

### 3.5. Veri Analizi-İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel analiz SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.), standart sapma (SD), medyan (ortanca) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare, Fisher’in kesin testi ve McNemar ki kare testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler, Kolmogorov-Smirnov ve Shaphiro-Wilk testleri ile yapılan normallik değerlendirmesine göre normal dağılıma uyduğu yerlerde parametrik testler (paired sample t testi ve independent samples t testi) ile normal dağılıma uymadığı yerlerde ise nonparametrik testler (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testi) ile karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısına göre ilişki durumu aşağıdaki tabloda sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 3.** Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu

Korelasyon Katsayısı	İlişki Durumu
0,00-0,24	Zayıf ilişki
0,25-0,49	Orta ilişki
0,50-0,74	Güçlü ilişki
0,75-1,00	Çok güçlü ilişki

#### 4.BULGULAR

Çalışmaya 80 enürezis tanısı olan hasta ile 80 sağlıklı kontrol olmak üzere 160 çocuk ve ergen ile ebeveynleri alınmıştır.

Tablo 4’de çalışma gruplarındaki çocukların ve anne-babalarının yaş durumlarına ait tanımlayıcı veriler sunulmuştur. Buna göre; çocukların ortalama yaşları hasta grubunda  $10,50\pm 2,11$  iken, kontrol grubunda  $10,45\pm 1,65$ ’tir. Annelerinin yaş ortalaması hasta grubunda  $36,66\pm 5,31$  iken, kontrol grubunda  $36,51\pm 5,88$ ’dir. Babalarının yaş ortalaması hasta grubunda  $41,36\pm 5,30$  iken, kontrol grubunda  $40,33\pm 6,24$ ’tür. Çalışma gruplarındaki çocukların ( $p=0,765$ ), annelerinin ( $p=0,476$ ) ve babalarının ( $p=0,055$ ) yaşları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

**Tablo 4.** Çalışma Gruplarındaki Çocukların ve Anne-Babalarının Yaş Durumlarına Ait Tanımlayıcı Veriler

		<b>Yaş</b>	<b>Annenin yaşı</b>	<b>Babanın yaşı</b>
Hasta grubu	Ortalama±SS	10,50±2,11	36,66±5,31	41,36±5,30
	Ortanca	10,0	36,0	41,0
	Min-Maks	8-16	26-48	30-55
Kontrol grubu	Ortalama±SS	10,45±1,65	36,51±5,88	40,33±6,24
	Ortanca	10,0	35,0	38,5
	Min-Maks	8-16	27-53	29-57
	p*	0,765	0,476	0,055
Toplam	Ortalama±SS	10,47±1,89	36,59±5,59	40,84±5,79
	Ortanca	10,0	36,0	40,0
	Min-Maks	7-16	26-53	29-57

SS=standart sapma, \*Mann Whitney U testi

Hasta grubunun %70,0’i, kontrol grubunun %63,7’si erkektir. Yaş dağılımına bakıldığında hasta grubunun %73,8’inin 8-11 yaş, %26,3’ünün 12-18 yaş arasında olduğu görülürken; kontrol grubunun %78,8’i 8-11 yaş ve %21,3’ü 12-18 yaş grubundadır. Her iki grup cinsiyet ve yaş dağılımı açısından benzer seçilmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Her iki grup cinsiyet ve yaş dağılımı açısından benzer seçilmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Hasta grubundakilerin %66,3’ünün, kontrol grubundakilerin de %70,0’inin 3 ve üzeri sayıda kardeşi vardır. Hasta grubundakilerin %35,0’i, kontrol grubundakilerin ise



%46,3'ü tek çocuktur. Anne yaş gruplarına bakıldığında; hasta grubundakilerin %63,7'sinde, kontrol grubundakilerin ise %55,0'inde anneler 35 yaş ve üzeridir. Baba yaş grupların bakıldığında ise her iki grupta da babaların %91,3'ü 35 yaş ve üzeridir. Bu dört değişken açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Hasta grubunun %78,8'i şehirde, %13,8'i ilçede ve %7,5'i köyde oturmaktadır. Buna karşın, kontrol grubundakilerin %57,5'i şehirde, %30,0'u ilçede ve %12,5'i köyde ikamet oturmaktadır. İkamet yeri açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır ( $p=0,014$ ).

Anne eğitim durumları incelendiğinde; hasta grubundakilerin %37,5'inin ilkokul, %18,8'inin ortaokul, %27,5'inin lise, %10,0'unun üniversite, kontrol grubundakilerin ise %40,0'mın ilkokul, %15,0'inin ortaokul, %25,0'inin lise, %15,0'inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Hasta grubunda annelerin %81,3'ü ev hanımı iken kontrol grubundakilerin %83,8'i ev hanımıdır. Annelerin eğitim ( $p=0,843$ ) ve meslek durumu ( $p=0,100$ ) açısından gruplar arasında fark yoktur.

Baba eğitim durumları incelendiğinde; hasta grubundakilerin %25,0'inin ilkokul, %8,8'inin ortaokul, %36,3'ünün lise, %30,0'unun üniversite, kontrol grubundakilerin ise %25,0'inin ilkokul, %7,5'inin ortaokul, %36,3'ünün lise, %31,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Baba eğitim durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,992$ ). Hasta grubundakilerin babaları %48,8 işçi, %18,8 memur ve %16,3 esnaf iken; kontrol grubunda %33,8 memur, %27,5 işçi ve %20 serbest meslek sahibidir ( $p=0,003$ ).

Hasta grubundakilerin %32,5'inde anne-baba akrabalığı varken, kontrol grubunda bu sıklık anlamlı şekilde daha az olup %13,8'dir ( $p=0,005$ ).

Hasta grubundakilerin annelerinin %76,3'ünde herhangi bir psikiyatrik hastalık yokken, kontrol grubunda bu oran %96,3'tür. Hasta grubundaki annelerde, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha sık depresyon görülmektedir ( $p<0,001$ ). Ailenin aylık geliri, aile tipi ve babada psikiyatrik hastalık bulunma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ) (tablo 5).

**Tablo 5.** Çalışma Gruplarının Tanımlayıcı Özellikleri 1

	Çalışma grubu				Toplam		$\chi^2$	p*
	Hasta grubu		Kontrol grubu		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	56	70,0	51	63,7	107	66,9	0,705	0,401
Kız	24	30,0	29	36,3	53	33,1		
<b>Yaşların gruplara göre dağılımı</b>							0,552	0,457
8-11	59	73,8	63	78,8	122	76,3		
12-18	21	26,3	17	21,3	38	23,8		
<b>Kardeş sayısı</b>							0,259	0,611
3 ve 3'den az	53	66,3	56	70,0	109	68,1		
3'den fazla	27	33,8	24	30,0	51	31,9		
<b>Kaçıncı çocuk olduğu</b>							2,099	0,147
İlk çocuk	28	35,0	37	46,3	65	40,6		
2 ve üzeri	52	65,0	43	53,8	95	59,4		
<b>Anne yaşı</b>							1,270	0,260
35 altı	29	36,3	36	45,0	65	40,6		
35 ve üzeri	51	63,7	44	55,0	95	59,4		
<b>Baba yaşı</b>							0,000	1,000
35 altı	7	8,8	7	8,8	14	8,8		
35 ve üzeri	73	91,3	73	91,3	146	91,3		
<b>İkamet</b>							8,450	<b>0,014</b>
Şehir	63	78,8	46	57,5	109	68,1		
İlçe	11	13,8	24	30,0	35	21,9		
Köy	6	7,5	10	12,5	16	10,0		
<b>Annenin eğitim durumu</b>							1,404	0,843
Okul tamamlamamış	5	6,3	4	5,0	9	5,6		
İlkokul mezunu	30	37,5	32	40,0	62	38,8		
Ortaokul mezunu	15	18,8	12	15,0	27	16,9		
Lise mezunu	22	27,5	20	25,0	42	26,3		
Üniversite mezunu	8	10,0	12	15,0	20	12,5		
<b>Annenin meslek durumu</b>							6,241	0,100
Ev hanımı	65	81,3	69	86,3	134	83,8		
İşçi	9	11,3	2	2,5	11	6,9		
Memur	4	5,0	8	10,0	12	7,5		
Diğer	2	2,5	1	1,3	3	1,9		
<b>Babanın eğitim durumu</b>							0,097	0,992
İlkokul mezunu	20	25,0	20	25,0	40	25,0		
Ortaokul mezunu	7	8,8	6	7,5	13	8,1		
Lise mezunu	29	36,3	29	36,3	58	36,3		
Üniversite mezunu	24	30,0	25	31,3	49	30,6		
<b>Babanın meslek durumu</b>							17,866	<b>0,003</b>
İşçi	39	48,8	22	27,5	61	38,1		
Memur	15	18,8	27	33,8	42	26,3		
Emekli	2	2,5	3	3,8	5	3,1		
Esnaf	13	16,3	11	13,8	24	15,0		
Serbest meslek	5	6,3	16	20,0	21	13,1		
Diğer	6	7,5	1	1,3	7	4,4		
<b>Anne-baba arası akrabalık</b>							7,910	<b>0,005</b>
Var	26	32,5	11	13,8	37	23,1		

Yok	54	67,5	69	86,3	123	76,9		
<b>Ailenin aylık geliri</b>								
600-1500 t arası	4	5,0	7	8,8	11	6,9		
1500-2500 tl arası	37	46,3	39	48,8	76	47,5	1,548	0,671
2500-5000 tl arası	33	41,3	27	33,8	60	37,5		
5000 ve üzeri	6	7,5	7	8,8	13	8,1		
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek aile	69	86,3	68	85,0	137	85,6	0,051	0,822
Geniş aile	11	13,8	12	15,0	23	14,4		
<b>Annenin psikiyatrik hastalığı</b>								
Depresyon	16	20,0	0	0,0	16	10,0	17,855	<0,001
Anksiyete bozukluğu	3	3,8	3	3,8	6	3,8		
Yok	61	76,3	77	96,3	138	86,3		
<b>Babanın psikiyatrik hastalığı</b>								
Depresyon	3	3,8	2	2,5	5	3,1	1,226	0,747
Anksiyete bozukluğu	1	1,3	1	1,3	2	1,3		
Diğer	1	1,3	0	0,0	1	0,6		
Yok	75	93,8	77	96,3	152	95,0		

n=sayı, %=sütun yüzdesi,  $\chi^2$ =ki-kare değeri

Hasta grubundaki bireylerin %53,8'inin doğum şekli sezaryen iken, kontrol grubundakilerin %36,3'ü sezaryendir. Hasta grubunda sezaryen ile doğum, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,026). Hasta grubundaki çocukların %78,8'inde ek bir hastalık daha varken, %20,0'si ilaç kullanmaktadır. Kontrol grubundaki çocuklarda ise ek hastalık yoktur ve hiçbiri ilaç kullanmamaktadır. Ek hastalık öyküsü ve ilaç kullanma açısından hasta grubundaki yüzdeler, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001). Diğer değişkenler açısından çalışma grupları arasında anlamlı fark yoktur (p>0,05) (tablo 6).

**Tablo 6.** Çalışma Gruplarının Tanımlayıcı Özellikleri 2

	Çalışma grubu				Toplam		$\chi^2$	p
	Hasta grubu		Kontrol grubu		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Annenin gebeliğinde tıbbi sorun yaşadı mı?</b>								
Kanama	3	3,8	4	5,0	7	4,4	10,299	0,245
Enfeksiyon	7	8,8	5	6,3	12	7,5		
Yüksek tansiyon	4	5,0	3	3,8	7	4,4		
Şeker	7	8,8	3	3,8	10	6,3		
Nöbet	1	1,3	1	1,3	2	1,3		
Aşırı kilo alma	12	15,0	5	6,3	17	10,6		
Yaralanma	1	1,3	0	0,0	1	0,6		
Ameliyatlar	0	0,0	3	3,8	3	1,9		
Tıbbi bir hastalık geçirmedi	45	56,3	56	70,0	101	63,1		
<b>Anne gebeliği sırasında psikososyal stresör yaşadı mı?</b>								
Ayrılık	1	1,3	2	2,5	3	1,9	8,764	0,119
Maddi sıkıntı	24	30,0	17	21,5	41	25,8		
İş sorunları	5	6,3	4	5,1	9	5,7		
Kötü yaşam koşulları	9	11,3	3	3,8	12	7,5		
Ölüm	2	2,5	0	0,0	2	1,3		
Strese maruz kalmadı	39	48,8	53	67,1	92	57,9		
<b>Gebelikte sigara kullanımı</b>								
Evet	1	1,3	3	3,8	4	2,5	1,000	0,315
Hayır	78	98,7	77	96,3	155	97,5		
<b>Gebelikte alkol kullanımı</b>								
Evet	1	1,3	0	0,0	1	0,6	1,006	0,500
Hayır	79	98,8	80	100,0	159	99,4		
<b>Hamilelik döneminde ilaç kullanımı</b>								
Evet	4	5,0	3	3,8	7	4,4	0,149	0,500
Hayır	76	95,0	77	96,3	153	95,6		
<b>Doğum şekli</b>								
Normal doğum	37	46,3	51	63,7	88	55,0	4,949	<b>0,026</b>
Sezaryen	43	53,8	29	36,3	72	45,0		
<b>Prematür öyküsü</b>								
Var	1	1,3	3	3,8	4	2,5	1,026	0,310
Yok	79	98,8	77	96,3	156	97,5		
<b>Çocukta başka hastalık öyküsü</b>								
Var	17	21,3	0	0	16	10,0	13,438	<b>&lt;0,001</b>
Yok	63	78,8	80	100	144	90,0		
<b>Çocuk herhangi ilaç kullanıyor mu?</b>								
Evet	16	20,0	0	0,0	16	10,0	17,778	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	64	80,0	80	100,0	144	90,0		

n=sayı, %=sütun yüzdesi,  $\chi^2$ =ki-kare değeri

Tablo 7 ve 8'de hastaların enürezis ile ilgili özellikleri verilmiştir. Buna göre; hastaların %80,0'ında primer enürezis varken; %20'sinde sekonder enürezis mevcuttur.

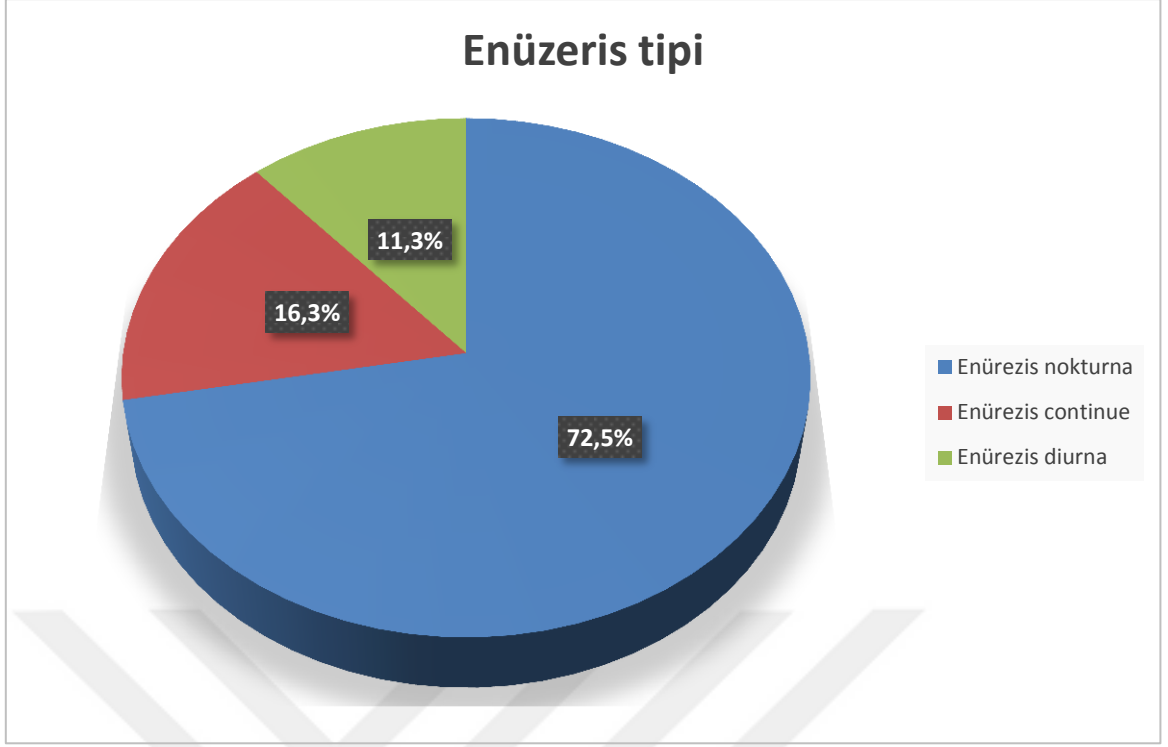
Hasta grubundaki çocukların %72,5'i enürezis nokturna, %16,3'ü enürezis continue ve %11,3'ü enürezis diurna tipindedir.

Hastaların %11,3'ün de kabızlık tabloya eşlik etmekte, %10,0'unda ise aynı zamanda enkoprezis bulunmaktadır. %70,0 çoğunluğun uykuları düzenli, %85,0 gece uyumakta zorluk yaşıyor ve %82,5 gece kaldırıldığında alt ıslatması azalmaktadır. Şekil 1'de hastaların enürezis tiplerinin dağılımı verilmiştir.

**Tablo 7.** Hastaların Enürezis İle İlgili Özellikleri 1

	n	%
<b>Enürezis tip 1</b>		
Primer Enürezis	64	80,0
Sekonder Enürezis	16	20,0
<b>Enürezis tip 2</b>		
Enürezis Nokturna	58	72,5
Enürezis Diurna	9	11,3
Enürezis Continue	13	16,3
<b>Ev Dışında Alt Islatması Olur Mu?</b>		
Evet	62	77,5
Hayır	18	22,5
<b>Kabızlık Eşlik Ediyor Mu?</b>		
Evet	9	11,3
Hayır	71	88,8
<b>Enkoprezis Eşlik Ediyor Mu?</b>		
Evet	8	10,0
Hayır	72	90,0
<b>Uykuları Düzenli Mi?</b>		
Evet	56	70,0
Hayır	24	30,0
<b>Gece Uyanmakta Zorluk Yaşar Mı?</b>		
Evet	68	85,0
Hayır	12	15,0
<b>Yatağa Girmeden Tuvalete Gider Mi?</b>		
Evet	71	88,8
Hayır	9	11,3
<b>Gece Kaldırıldığında Alt Islatması Azalıyor Mu?</b>		
Evet	66	82,5
Hayır	14	17,5

n=sayı, %=sütun yüzdesi



**Şekil 1.** Hastaların Enüzeris Tiplerinin Dağılımı

Hastaların alt ıslatma için aile öykülerine bakıldığında en sık %27,5 ile baba öyküsü olduğu görülmektedir. %21,3'lük kesimde aile öyküsü yokken, %13,8'inde hem baba hem kardeş öyküsü izlemektedir. Katılımcıların %43,8'i alt ıslatma için daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, %31,3'ü daha önceden bunun için tedavi almıştır. %58,8 çoğunluğun eşlik eden bir tanısı vardır (tablo 8).

**Tablo 8.** Hastaların Enüzeris İle İlgili Özellikleri 2

	n	%
<b>Alt İslatma İçin Aile Öyküsü</b>		
Anne	5	6,3
Baba	22	27,5
Kardeş	4	5,0
Anne-kardeş	2	2,5
Baba-kardeş	11	13,8
Anne-baba	4	5,0
Amca, hala, dede vb.	10	12,5
Dayı, teyze, dede vb.	5	6,3
Özellik yok	17	21,3
<b>Alt İslatma İçin Daha Önceden Başvuruları Oldu Mu?</b>		
Evet	35	43,8
Hayır	45	56,3

<b>Daha Önceden Aldıkları Tedavi Var Mı?</b>		
Evet	25	31,3
Hayır	55	68,8
<b>Eşlik Eden Tanı</b>		
Var	47	58,8
Yok	33	41,3
<b>Eşlik Eden Komorbiditeler</b>		
DEHB	13	16,3
KOKGB	3	3,8
Enkoprezis	4	5,0
Özgül Fobi	7	8,7
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	1	1,3
Sosyal Fobi	2	2,5
Depresyon	1	1,3
Özgül Öğrenme Güçlüğü	2	2,5
KOKGB, DEHB	6	7,5
Enkoprezis, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	1	1,3
OKB, DEHB	1	1,3
Enkoprezis, DEHB	3	3,8
Depresyon, Trikotillomani	1	1,3
Kekemelik, Tik Bozukluğu	1	1,3
Kekemelik	1	1,3
Komorbidite Yok	33	41,3
<b>Eşlik Eden Komorbidite İçin Aldıkları Tedavi</b>		
Kısa Etkili Metilfenidat	7	8,8
Uzun Etkili Metilfenidat	15	18,8
Atomoksetin	2	2,5
Fluoksetin	3	3,8
Risperidon	1	1,3
Fluoksetin, Aripiprazol	1	1,3
Atominex, Risperidon	1	1,3
Paroksetin, Atominex	1	1,3
Metilfenidat, Risperidon	3	3,8
Risperdion, Fluoksetin	1	1,3
Tedavi Yok	45	56,3

n=sayı, %=sütun yüzdesi

Tablo 9’da hasta grubunda cinsiyetler ve yaş grupları arasında enürezise eşlik eden komorbidite varlığı incelenmiştir. Erkeklerin %58,9’unda, kızların ise %58,3’ünde enürezise eşlik eden bir tanı vardır. 8-11 yaş grubunda eş tanı sıklığı %59,3, 12-18 yaş grubunda ise %57,1’dir. Cinsiyet ve yaş grupları arasında enürezise eşlik eden tanı varlığı açısından anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9.** Hasta Grubunda Cinsiyetler ve Yaş Grupları Arasında Enürezise Eşlik Eden Komorbitide Varlığı

	Eşlik Eden Tanı				$\chi^2$	p*
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	33	58,9	23	41,1	0,002	0,960
Kız	14	58,3	10	41,7		
<b>Yaşların gruplara göre dağılımı</b>						
8-11	35	59,3	24	40,7		
12-18	12	57,1	9	42,9	0,030	0,862
Toplam	47	58,8	33	41,3		

n=sayı, %=sütun yüzdesi, ,  $\chi^2$ =ki-kare değeri

Tablo 10’da çalışma grupları arasında güçler ve güçlükler anketi ebeveyn formu (GGA) puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Ortalama emosyonel sorunlar puanı hasta grubunda  $5,40\pm 1,58$  iken, kontrol grubunda  $4,64\pm 1,48$ ’dir ( $p=0,002$ ). Ortalama davranış sorunları puanı hasta grubunda  $5,00\pm 1,84$  iken, kontrol grubunda  $4,71\pm 1,31$ ’dir ( $p=0,272$ ). Ortalama hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanı hasta grubunda  $5,10\pm 1,78$  iken, kontrol grubunda  $4,01\pm 1,35$ ’dir ( $p<0,001$ ). Ortalama akran sorunları puanı hasta grubunda  $4,69\pm 1,69$  iken, kontrol grubunda  $4,01\pm 1,35$ ’dir ( $p=0,007$ ). Ortalama prososyal davranışlar puanı hasta grubunda  $3,96\pm 1,81$  iken, kontrol grubunda  $4,38\pm 1,55$ ’dir ( $p=0,091$ ). Ortalama toplam GGA puanı hasta grubunda  $20,19\pm 4,92$  iken, kontrol grubunda  $17,38\pm 3,45$ ’dir ( $p<0,001$ ).

Emosyonel sorunlar, hiperaktivite ve dikkat eksikliği, akran sorunları ve toplam GGA puanları hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

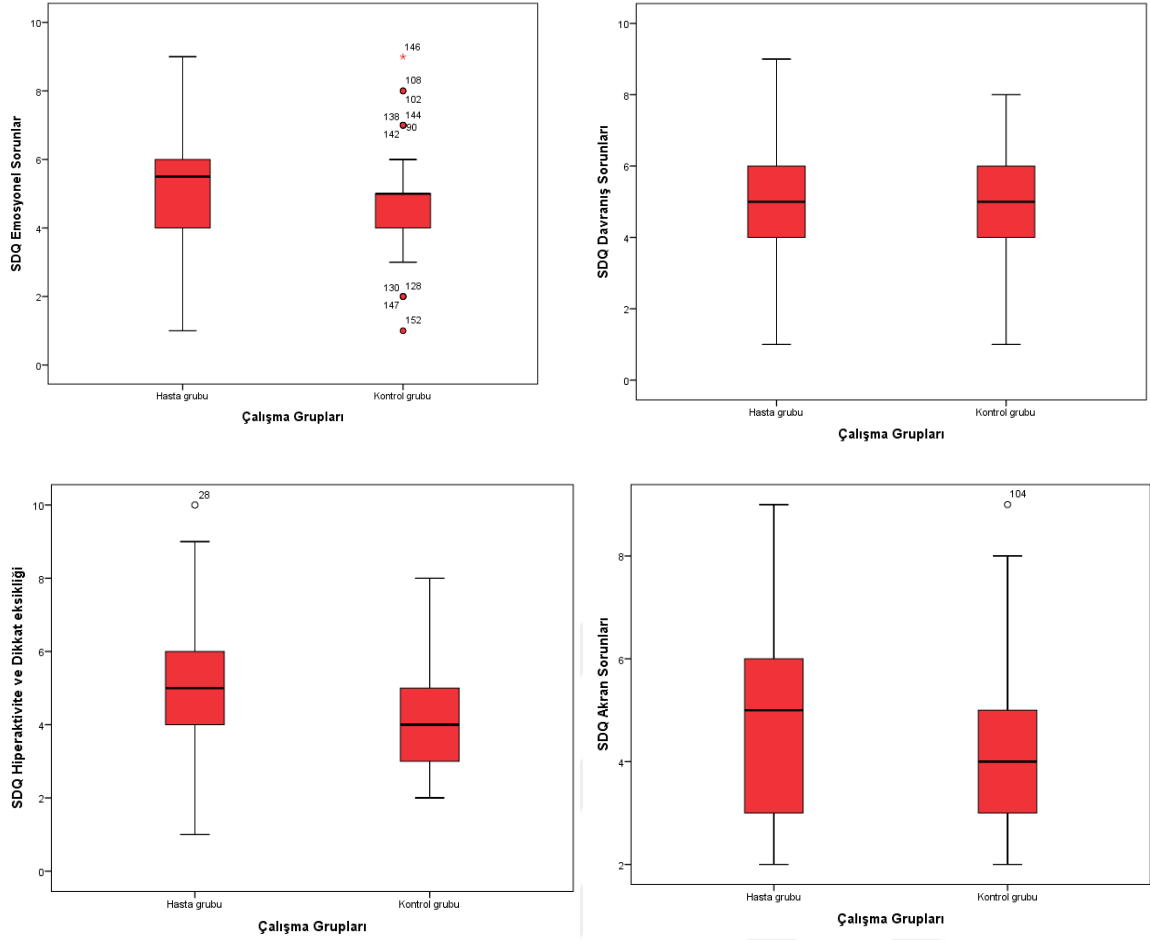
Şekil 2’de çalışma gruplarının GGA dağılımlarına ait kutu-çizgi grafikler verilmiştir.



**Tablo 10.** Çalışma Grupları Arasında Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA) Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Hasta grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<b>p*</b>	<b>Toplam</b>
<b>Emosyonel (Duygusal) Sorunlar</b>				
Ortalama±SS	5,40±1,58	4,64±1,48		5,02±1,57
Ortanca	5,5	5,0	<b>0,002</b>	5,0
Minimum-maksimum	1-9	1-9		1-9
<b>Davranış Sorunları</b>				
Ortalama±SS	5,00±1,84	4,71±1,31		4,86±1,60
Ortanca	5,0	5,0	0,272	5,0
Minimum-maksimum	1-9	1-8		1-9
<b>Hiperaktivite ve Dikkat eksikliği</b>				
Ortalama±SS	5,10±1,78	4,01±1,35		4,56±1,67
Ortanca	5,0	4,0	<b>&lt;0,001</b>	4,0
Minimum-maksimum	1-10	2-8		1-10
<b>Akran Sorunları</b>				
Ortalama±SS	4,69±1,69	4,01±1,35		4,35±1,56
Ortanca	5,0	4,0	<b>0,007</b>	4,0
Minimum-maksimum	2-9	2-9		2-9
<b>Prososyal Davranışlar</b>				
Ortalama±SS	3,96±1,81	4,38±1,55		4,17±1,69
Ortanca	4,0	4,0	0,091	4,0
Minimum-maksimum	0-9	1-8		0-9
<b>Toplam GGA Puanı</b>				
Ortalama±SS	20,19±4,92	17,38±3,45		18,78±4,47
Ortanca	20,0	17,0	<b>&lt;0,001**</b>	18,0
Minimum-maksimum	10-34	10-26		10-34

\*Mann Whitney U testi, \*\*Student T testi



**Şekil 2.** Çalışma Gruplarının GGA Puanlarının Dağılımı

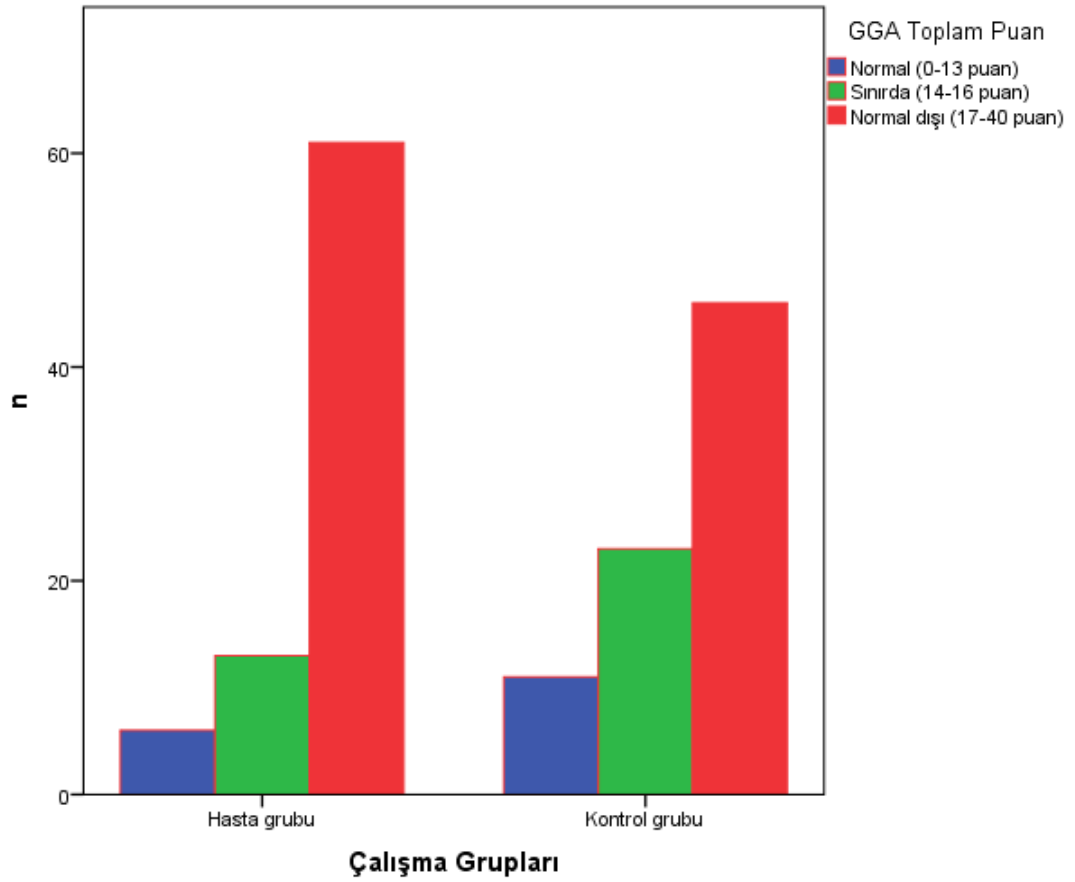
Tablo 11’de çalışma grupları arasında güçler ve güçlükler anketi ebeveyn formu (GGA) puan gruplarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; GGA puanlarına göre hasta grubunun %7,5’u normal, %16,3’ü sınırda ve %76,3’ü normalden yüksek puana sahiptir. Kontrol grubunun ise %13,8’i normal, %28,7’si sınırda ve %57,5’i normalden yüksek puana sahiptir. Hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha fazla normalin üstünde puan alan birey tespit edilmiştir ( $p=0,042$ ).

Şekil 3’te çalışma gruplarının GGA puan gruplarının dağılımlarına ait grafik verilmiştir.

**Tablo 11.** Çalışma Grupları Arasında Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA) Puan Gruplarının Karşılaştırılması

	SDQ Toplam Puan Grupları					
	Normal		Sınırdaki		Normal dışı	
	(0-13 puan)		(14-16 puan)		(17-40 puan)	
	n	%	n	%	n	%
Hasta grubu	6	7,5	13	16,3	61	76,3
Kontrol grubu	11	13,8	23	28,7	46	57,5
Toplam	17	10,6	36	22,5	107	66,9

Pearson ki-kare=6,351, **p=0,042**



**Şekil 3.** Çalışma Gruplarının GGA Puan Gruplarının Dağılımları

Tablo 12’de anneye ait belirti tarama listesi (SCL-90-R) sonuçları verilmiştir. Ortalama somatizasyon belirtileri puanı hasta grubunda 12,85±7,37 iken, kontrol grubunda 9,54±7,25’tir. Ortalama obsesif kompulsif belirtiler puanı hasta grubunda 13,55±6,79 iken, kontrol grubunda 9,65±7,59’dur. Ortalama kişiler arası duyarlılık puanı hasta grubunda 11,78±6,53 iken, kontrol grubunda 8,29±7,35’dir. Ortalama depresyon puanı hasta grubunda 18,49±9,76 iken, kontrol grubunda 10,48±10,40’dır. Ortalama anksiyete puanı hasta grubunda 7,99±5,50 iken, kontrol grubunda 6,80±6,87’dir. Ortalama öfke düşmanlık puanı hasta grubunda 6,73±4,55 iken, kontrol grubunda 3,81±4,46’dır. Ortalama fobik anksiyete puanı hasta grubunda 3,26±4,01 iken, kontrol grubunda 3,33±4,10’dur. Ortalama paranoid düşünce puanı hasta grubunda 7,08±3,69 iken, kontrol grubunda 5,43±4,88’dir. Ortalama psikotik belirtiler puanı hasta grubunda 6,38±6,16 iken, kontrol grubunda 4,81±6,07’dir. Ortalama ek maddeler puanı hasta grubunda 8,49±4,73 iken, kontrol grubunda 5,35±4,88’dir. Fobik anksiyete puanı hariç diğer tüm puanlar hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05).

**Tablo 12.** Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) (Symptom Checklist-90-Revised) Anne Sonuçları

	Hasta grubu (n=80)			Kontrol grubu (n=80)			P*	Toplam		
	Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks	Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks		Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks
Somatizasyon belirtileri	12,85±7,37	12,0	0-34	9,54±7,25	8,0	0-36	<b>0,001</b>	11,19±7,48	10,0	0-36
Obsesif kompulsif belirtiler	13,55±6,79	12,0	3-34	9,65±7,59	7,0	0-35	<b>&lt;0,001</b>	11,60±7,44	10,5	0-35
Kişiler arası duyarlılık	11,78±6,53	11,0	0-29	8,29±7,35	6,0	0-33	<b>&lt;0,001</b>	10,03±7,15	10,0	0-33
Depresyon	18,49±9,76	17,5	2-45	10,48±10,40	6,5	0-49	<b>&lt;0,001</b>	14,48±10,82	13,0	0-49
Anksiyete	7,99±5,50	7,0	0-25	6,80±6,87	6,0	0-35	<b>0,043</b>	7,39±6,23	7,0	0-35
Öfke düşmanlık	6,73±4,55	6,5	0-20	3,81±4,46	2,5	0-20	<b>&lt;0,001</b>	5,27±4,72	4,0	0-20
Fobik Anksiyete	3,26±4,01	2,0	0-18	3,33±4,10	2,0	0-16	0,963	3,29±4,04	2,0	0-18
Paranoid düşünce	7,08±3,69	7,0	0-15	5,43±4,88	4,0	0-22	<b>0,001</b>	6,25±4,39	6,0	0-22
Psikotik belirtiler	6,38±6,16	4,0	0-29	4,81±6,07	2,0	0-28	<b>0,008</b>	5,59±6,15	4,0	0-29
Ek maddeler	8,49±4,73	9,0	0-22	5,35±4,88	4,0	0-20	<b>&lt;0,001</b>	6,92±5,04	6,0	0-22

n=sayı, SS=standart sapma, \*Mann Whitney U testi

Tablo 13’de babaya ait belirti tarama listesi (SCL-90R) sonuçları verilmiştir. Ortalama somatizasyon belirtileri puanı hasta grubunda  $8,23\pm6,03$  iken, kontrol grubunda  $7,99\pm5,76$ ’dir. Ortalama obsesif kompulsif belirtiler puanı hasta grubunda  $10,34\pm6,06$  iken, kontrol grubunda  $8,65\pm7,06$ ’dir. Ortalama kişiler arası duyarlılık puanı hasta grubunda  $8,74\pm6,87$  iken, kontrol grubunda  $6,65\pm6,60$ ’dir. Ortalama depresyon puanı hasta grubunda  $11,51\pm8,11$  iken, kontrol grubunda  $8,83\pm9,28$ ’dir. Ortalama anksiyete puanı hasta grubunda  $5,65\pm4,97$  iken, kontrol grubunda  $5,35\pm6,04$ ’tür. Ortalama öfke düşmanlık puanı hasta grubunda  $5,55\pm4,58$  iken, kontrol grubunda  $4,63\pm5,05$ ’tir. Ortalama fobik anksiyete puanı hasta grubunda  $2,29\pm3,07$  iken, kontrol grubunda  $2,69\pm4,05$ ’dir. Ortalama paranoid düşünce puanı hasta grubunda  $5,69\pm4,22$  iken, kontrol grubunda  $4,78\pm4,58$ ’dir. Ortalama psikotik belirtiler puanı hasta grubunda  $4,76\pm4,76$  iken, kontrol grubunda  $4,84\pm5,50$ ’dir. Ortalama ek maddeler puanı hasta grubunda  $6,69\pm4,23$  iken, kontrol grubunda  $5,35\pm4,10$ ’dur. Obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon ve ek maddeler puanları hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 13.** Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) (Symptom Checklist-90-Revised) Baba Sonuçları

	Hasta grubu (n=80)			Kontrol grubu (n=80)			p*	Toplam		
	Ort.±SS	Ortanc a	Min- Mak s	Ort.±SS	Ortanc a	Min- Mak s		Ort.±SS	Ortanc a	Min- Mak s
Somatizasyon belirtileri	8,23±6,03	7,0	0-25	7,99±5,76	6,5	0-26	0,845	8,11±5,88	7,0	0-26
Obsesif kompulsif belirtiler	10,34±6,06	9,0	0-28	8,65±7,06	7,0	0-30	<b>0,08</b>	9,49±6,61	8,0	0-30
Kişiler arası duyarlılık	8,74±6,87	8,0	0-30	6,65±6,60	4,5	0-25	<b>0,016</b>	7,69±6,80	6,0	0-30
Depresyon	11,51±8,11	10,0	0-35	8,83±9,28	6,5	0-37	<b>0,004</b>	10,17±8,79	8,0	0-37
Anksiyete	5,65±4,97	4,0	0-22	5,35±6,04	3,0	0-30	0,252	5,50±5,52	4,0	0-30
Öfke düşmanlık	5,55±4,58	5,0	0-18	4,63±5,05	3,0	0-20	0,066	5,09±4,82	4,0	0-20
Fobik Anksiyete	2,29±3,07	1,0	0-14	2,69±4,05	1,0	0-18	0,958	2,49±3,59	1,0	0-18
Paranoid düşünce	5,69±4,22	4,0	0-21	4,78±4,58	4,0	0-18	0,054	5,23±4,41	4,0	0-21
Psikotik belirtiler	4,76±4,76	3,5	0-19	4,84±5,50	2,5	0-24	0,688	4,80±5,13	3,0	0-24
Ek maddeler	6,69±4,23	6,0	0-22	5,35±4,10	5,0	0-18	<b>0,044</b>	6,02±4,20	6,0	0-22

n=sayı, SS=standart sapma, \*Mann Whitney U testi

Tablo 14’de aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği - parental attitude research instrument (PARI) anne sonuçları verilmiştir. Ortalama aşırı koruyuculuk puanı hasta grubunda 43,03±8,38 iken, kontrol grubunda 44,05±8,42’dir. Ortalama demokratik tutum ve eşitlik tanıma puanı hasta grubunda 27,13±3,68 iken, kontrol grubunda 26,16±6,78’dir. Ortalama ev kadınlığı rolünü reddetme puanı hasta grubunda 25,89±6,48 iken, kontrol grubunda 28,23±5,94’dur. Ortalama geçimsizlik-aile içi çatışma puanı hasta grubunda 13,69±3,76 iken, kontrol grubunda 13,78±3,17’dir. Ortalama katı disiplin-baskı puanı hasta grubunda 38,19±7,48 iken, kontrol grubunda 39,84±7,68’dir. Ev kadınlığı rolünü reddetme puanı kontrol grubunda, hasta grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,017). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p>0,05).

**Tablo 14.** Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği - Parental Attitude Research Instrument (PARI) Anne Sonuçları

	Hasta grubu			Kontrol grubu			p*	Toplam		
	Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks	Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks		Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks
Aşırı koruyuculuk	43,03±8,38	43,0	25-60	44,05±8,42	44,0	25-62	0,394	43,53±8,39	44,0	25-62
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	27,13±3,68	27,0	17-36	26,16±6,78	26,0	15-73	0,054	26,64±5,47	27,0	15-73
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	25,89±6,48	25,0	14-41	28,23±5,94	28,0	17-44	<b>0,017</b>	27,06±6,31	27,0	14-44
Geçimsizlik - Aile İçi Çatışma	13,69±3,76	13,0	7-23	13,78±3,17	14,0	7-22	0,864	13,73±3,47	14,0	7-23
Katı Disiplin - Baskı	38,19±7,48	38,0	24-53	39,84±7,68	39,5	21-59	0,171	39,01±7,60	39,0	21-59

n=sayı, SS=standart sapma, \*Mann Whitney U testi

Tablo 15’de aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği - parental attitude research instrument (PARI) baba sonuçları verilmiştir. Ortalama aşırı koruyuculuk puanı hasta grubunda 45,16±9,15 iken, kontrol grubunda 44,09±8,49’dur. Ortalama demokratik tutum ve eşitlik tanıma puanı hasta grubunda 26,31±3,41 iken, kontrol grubunda 26,34±3,86’dır. Ortalama ev kadınlığı rolünü reddetme puanı hasta grubunda 27,19±5,79 iken, kontrol grubunda 27,49±6,20’dır. Ortalama geçimsizlik-aile içi çatışma puanı hasta grubunda 12,34±3,83 iken, kontrol grubunda 12,66±3,57’dır. Ortalama katı disiplin-baskı puanı hasta grubunda 39,10±7,75 iken, kontrol grubunda 39,81±8,17’dır. Değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15.** Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği - Parental Attitude Research Instrument (PARI) Baba Sonuçları

	Hasta grubu			Kontrol grubu			p*	Toplam		
	Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks	Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks		Ort.±SS	Ortanca	Min-Maks
Aşırı koruyuculuk	45,16±9,15	47,0	23-59	44,09±8,49	44,5	24-62	0,288	44,63±8,81	45,0	23-62
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	26,31±3,41	26,5	18-33	26,34±3,86	26,5	15-33	0,763	26,33±3,63	26,5	15-33
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	27,19±5,79	27,0	16-45	27,49±6,20	27,0	16-49	0,756	27,34±5,98	27,0	16-49
Geçimsizlik Aile İçi Çatışma	12,34±3,83	12,0	6-24	12,66±3,57	12,0	7-20	0,462	12,50±3,69	12,0	6-24
Katı Disiplin Baskı	39,10±7,75	39,0	24-57	39,81±8,17	39,0	25-68	0,688	39,46±7,94	39,0	24-68

n=sayı, SS=standart sapma, \*Mann Whitney U testi

Tablo 16’de SCL-90R ile GGA arası korelasyon ilişkisi verilmiştir.

SDQ emosyonel sorunlar puanı ile ek maddeler – anne, obsesif kompulsif belirtiler – baba ve anksiyete – baba puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. SDQ emosyonel sorunlar puanı ile bu SCL-90R alt grupları zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ davranış sorunları puanı ile fobik anksiyete – anne puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. SDQ davranış sorunları puanı ile fobik anksiyete – anne puanı zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanı ile obsesif kompulsif belirtiler - anne, kişiler arası duyarlılık – anne, öfke düşmanlık – anne, fobik anksiyete – anne, paranoid düşünce – anne, ek maddeler - anne ve öfke düşmanlık - baba puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. Hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanı ile bu SCL-90R alt grup puanları zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir. SDQ hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanı ile depresyon - anne puanı arasında pozitif yönlü orta derece korelasyon vardır. Hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanı ile depresyon - anne puanı orta derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ akran sorunları puanı ile depresyon - anne, anksiyete – anne, öfke düşmanlık – anne, fobik anksiyete – anne, paranoid düşünce – anne, psikotik belirtiler – anne, ek maddeler – anne, kişiler arası duyarlılık – baba, öfke düşmanlık - baba ve



psikotik belirtiler – baba puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. Akran sorunları puanı ile bu SCL-90R alt grup puanları zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir. SDQ akran sorunları puanı ile kişiler arası duyarlılık - anne puanı arasında pozitif yönlü orta derece korelasyon vardır. SDQ akran sorunları puanı ile kişiler arası duyarlılık - anne puanı orta derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ prososyal davranışlar puanı ile paranoid düşünce - anne puanı arasında negatif yönlü zayıf korelasyon vardır. SDQ prososyal davranışlar puanı ile paranoid düşünce - anne puanı zayıf derecede zıt yönlü artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ toplam puanı ile obsesif kompulsif anne, kişiler arası duyarlılık anne, anksiyete – anne, öfke düşmanlık – anne, fobik anksiyete – anne, paranoid düşünce – anne, psikotik belirtiler – anne, kişiler arası duyarlılık – baba, anksiyete - baba ve öfke düşmanlık - baba puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. SDQ toplam puanı ile bu SCL-90R alt grup puanları zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir. SDQ toplam puanı ile depresyon – anne ve ek maddeler – anne puanı arasında pozitif yönlü orta derece korelasyon vardır. SDQ toplam puanı ile bu SCL-90R alt grup puanları orta derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

Anlamlı korelasyon ilişkileri sarı renk ile gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) İle Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Arası Korelasyon İlişkisi

		SDQ Emosyonel Sorunlar	SDQ Davranış Sorunları	SDQ Hiperaktivite ve Dikkat eksikliği	SDQ Akran Sorunları	SDQ Prososyal Davranışlar	SDQ Toplam
Somatizasyon belirtileri - anne	r	0,066	-0,007	0,129	0,126	-0,091	0,106
	p	0,410	0,933	0,103	0,113	0,251	0,183
Obsesif kompulsif belirtiler - anne	r	0,098	0,101	0,179	0,154	-0,080	0,201
	p	0,219	0,202	0,024	0,052	0,314	0,011
Kişiler arası duyarlılık - anne	r	0,074	-0,011	0,224	0,274	-0,088	0,223
	p	0,354	0,892	0,004	0,000	0,266	0,005
Depresyon - anne	r	0,124	0,077	0,264	0,243	-0,071	0,252

	p	0,118	0,333	0,001	0,002	0,371	0,001
Anksiyete - anne	r	0,106	0,077	0,126	0,204	-0,107	0,179
	p	0,184	0,336	0,113	0,010	0,176	0,024
Öfke düşmanlık - anne	r	0,103	0,078	0,207	0,246	-0,035	0,232
	p	0,195	0,326	0,009	0,002	0,662	0,003
Fobik anksiyete - anne	r	0,099	0,168	0,165	0,183	-0,028	0,219
	p	0,211	0,034	0,037	0,021	0,727	0,005
Paranoid düşünce - anne	r	0,075	0,072	0,155	0,208	-0,158	0,181
	p	0,347	0,366	0,050	0,008	0,046	0,022
Psikotik belirtiler - anne	r	0,074	0,054	0,114	0,198	-0,109	0,171
	p	0,354	0,501	0,150	0,012	0,170	0,031
Ek maddeler - anne	r	0,166	0,102	0,169	0,231	-0,037	0,259
	p	0,036	0,200	0,033	0,003	0,641	0,001
Somatizasyon belirtileri - baba	r	0,096	-0,031	0,017	0,115	-0,065	0,086
	p	0,227	0,696	0,830	0,149	0,412	0,279
Obsesif kompulsif belirtiler - baba	r	0,172	0,014	0,083	0,128	-0,100	0,145
	p	0,030	0,861	0,295	0,106	0,210	0,068
Kişiler arası duyarlılık - baba	r	0,117	0,059	0,128	0,185	-0,065	0,175
	p	0,142	0,456	0,108	0,019	0,413	0,027
Depresyon - baba	r	0,117	0,013	0,120	0,134	-0,116	0,141
	p	0,141	0,870	0,132	0,090	0,144	0,076
Anksiyete – baba	r	0,186	0,061	0,068	0,137	-0,057	0,167
	p	0,018	0,445	0,395	0,085	0,473	0,035
Öfke düşmanlık - baba	r	0,146	0,057	0,160	0,211	-0,025	0,207
	p	0,065	0,476	0,043	0,007	0,755	0,009
Fobik anksiyete – baba	r	0,078	0,011	0,029	0,083	-0,022	0,085
	p	0,330	0,890	0,718	0,296	0,786	0,287
Paranoid düşünce – baba	r	0,103	0,002	0,128	0,152	-0,075	0,140
	p	0,196	0,983	0,106	0,054	0,344	0,077
Psikotik belirtiler – baba	r	0,121	0,037	0,006	0,156	-0,078	0,124
	p	0,126	0,640	0,942	0,049	0,328	0,117

Ek maddeler - baba	r	0,111	0,004	0,021	0,094	-0,153	0,079
	p	0,162	0,957	0,793	0,237	0,054	0,321

r=Spearman korelasyon katsayısı, p=anlamlılık düzeyi

Tablo 17’de PARI ile GGA arası korelasyon ilişkisi verilmiştir.

SDQ davranış sorunları puanı ile aşırı koruyuculuk – baba, ev kadınlığı rolünü reddetme – baba, geçimsizlik aile içi çatışma – baba, ev kadınlığı rolünü reddetme – anne ve geçimsizlik aile içi çatışma – anne puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. SDQ davranış sorunları puanı ile bu PARI alt boyut puanları zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ akran sorunları puanı ile aşırı koruyuculuk - baba, aşırı koruyuculuk - anne, geçimsizlik aile içi çatışma – anne puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. Akran sorunları puanı ile bu PARI alt boyut puanları zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ prososyal davranışlar puanı ile aşırı koruyuculuk - baba, aşırı koruyuculuk - anne, ev kadınlığı rolünü reddetme – anne ve katı disiplin baskı - anne puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. SDQ prososyal davranışlar puanı ile bu PARI alt boyut puanları zayıf derecede aynı yönlü artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

SDQ toplam puanı ile aşırı koruyuculuk – baba ve geçimsizlik aile içi çatışma – anne puanı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır. SDQtoplam puanı ile bu PARI alt boyut puanları zayıf derecede birlikte artma veya azalma ilişkisi göstermektedir.

Anlamlı korelasyon ilişkileri sarı renk ile gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) İle Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Arası Korelasyon

		SDQ Emosyonel Sorunlar	SDQ Davranış Sorunları	SDQ Hiperaktivite ve Dikkat eksikliği	SDQ Akran Sorunları	SDQ Prososyal Davranışlar	SDQ Toplam
Aşırı koruyuculuk - baba	r	0,133	0,161	0,032	0,188	0,157	0,187
	p	0,094	0,042	0,683	0,017	0,047	0,018
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma - baba	r	0,120	0,091	-0,048	0,063	0,082	0,067
	p	0,130	0,252	0,545	0,427	0,302	0,403
Ev kadınlığı rolünü reddetme - baba	r	0,026	0,160	-0,037	0,070	0,135	0,071
	p	0,748	0,043	0,647	0,377	0,088	0,371
Geçimsizlik aile içi çatışma - baba	r	0,063	0,171	0,050	0,064	0,121	0,124
	p	0,426	0,030	0,533	0,421	0,127	0,117
Katı disiplin baskı - baba	r	0,009	0,049	0,028	0,050	0,122	0,052
	p	0,907	0,538	0,726	0,534	0,124	0,515
Aşırı koruyuculuk - anne	r	0,124	0,111	-0,069	0,170	0,159	0,119
	p	0,120	0,165	0,390	0,032	0,046	0,136
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma - anne	r	-0,016	0,044	0,014	0,046	0,002	0,036
	p	0,844	0,583	0,866	0,568	0,978	0,655
Ev kadınlığı rolünü reddetme - anne	r	0,038	0,181	-0,093	0,028	0,179	0,055
	p	0,630	0,022	0,244	0,721	0,024	0,492
Geçimsizlik aile içi çatışma - anne	r	0,139	0,186	0,152	0,182	0,150	0,234
	p	0,079	0,019	0,056	0,021	0,058	0,003
Katı disiplin baskı - anne	r	0,032	0,076	-0,061	0,048	0,178	0,041
	p	0,686	0,340	0,445	0,546	0,025	0,604

r=Spearman korelasyon katsayısı, p=anlamlılık düzeyi

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada enürezis tanısı olan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, eşlik eden psikiyatrik tanıları, anne-babalarındaki psikiyatrik belirtiler ve anne babaların çocuk yetiştirme tutumları incelenmiş ve değerlendirme kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Literatür taramasında bizim bilgilerimize göre, enürezis tanılı çocuk ve ergenlerde hem psikiyatrik ek tanıları, hem de anne-babanın ruhsal sorunları ve ailenin çocuk yetiştirme tutumlarını kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak değerlendiren başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### 5.1.Enürezisli Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ve Enürezis ile İlgili Özellikler

Çalışmaya 80 enürezis tanısı olan hasta ile 80 sağlıklı kontrol olmak üzere 160 çocuk ve ergen ile ebeveynleri dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen çocukların ortalama yaşları hasta grubunda  $10,50 \pm 2,11$  iken, kontrol grubunda  $10,45 \pm 1,65$ 'tir. Çalışma gruplarındaki çocukların ( $p=0,765$ ), annelerinin ( $p=0,476$ ) ve babalarının ( $p=0,055$ ) yaşları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaş dağılımına bakıldığında hasta grubunun %73,8'inin 8-11 yaş, %26,3'ünün 12-18 yaş olduğu görülürken; kontrol grubunun %78,8'i 8-11 yaş ve %21,3'ü 12-18 yaş grubundadır. Her iki grup cinsiyet ve yaş dağılımı açısından benzer seçilmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Grupların yaş özelliklerinin ve yaş aralıklarının benzer olması grupların bu açıdan homojen bir dağılımının olduğunu ve karşılaştırılabilir olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca bu sonuçlar literatürle uyumlu olarak, enürezisin ergen yaş grubunda azaldığını bildiren çalışmaları desteklemektedir (31, 33).

Hasta grubunun %78,8'i şehirde, %13,8'i ilçede ve %7,5'i köyde oturmaktadır. Buna karşın, kontrol grubundakilerin %57,5'i şehirde, %30,0'u ilçede ve %12,5'i köyde ikamet etmektedir. İkamet yeri açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ( $p=0,014$ ). Bu farklılığın kırsal kesimde yaşayan ailelerin enürezis tedavisi için çocuk ruh sağlığı dışında aile hekimi, çocuk doktoru gibi birimlere başvurmasının, ailede başka birinde enürezis anamnezi varlığında çocuklardaki enürezisin önemsenmemesi ve geçmişte kendilerinde veya önceki çocuklarında olduğu gibi spontan geçmesini beklemelerinin, ayrıca şehirde ikamet etmenin sağlık kuruluşlarına ulaşım kolaylığı sağlamanın etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Enürezis tanılı çocuklarda anne ve babanın eğitim durumları karşılaştırıldığı bir çalışmada annesi okuma-yazma bilmeyen veya ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarında enürezis sıklığı %76.5 olarak bulunmuştur (164). Özden ve ark. (165)'nin yaptığı çalışmada ise anne ve baba eğitim düzeyinin artmasıyla enürezis sıklığında azalma görüldüğü belirtilmiştir. Edirne'de yapılan çalışmaya göre enürezis gelişiminde babanın eğitim düzeyinin enürezis gelişimini etkilemediği ortaya konulmuştur (166). Bizim çalışmamızda ise enürezisi olan çocukların annelerinin eğitim düzeyi incelendiğinde %43.8'inin okuma yazma bilmediği veya ilkokul mezunu olduğu, 46.2'sinin ortaokul veya lise mezunu ve %10'unun üniversite mezunu olduğu bulundu. Babanın eğitim durumu incelendiğinde %25'i ilkokul, %45'i ortaokul veya lise, %10'u üniversite mezunuydu. Bu sonuçlar literatür ile uyumluydu fakat kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmedi ( $p>0,05$ ).

Gümüş ve ark.(164) tarafından yapılan bir çalışmada ev hanımı olan annelerin çocuklarında enürezis anlamlı olarak yüksek oranda bulunmuştur. Çalışmamızda da enürezisi olan grupta literatür ile uyumlu olarak annelerin %81,3'ü ev hanımı olarak bulunmuştur.

Hasta grubundakilerin babaların meslek dağılımı incelendiğinde %48,8 işçi, %18,8 memur ve %16,3 esnaf iken; kontrol grubunda %33,8 memur, %27,5 işçi ve %20 serbest meslek sahibidir ( $p=0,003$ ). Hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamda anlamlı farklılık gözlenmiştir. Enürezisi olan grupta kontrol grubuna göre babaların çoğunlukla işçi olarak çalıştıkları, bu meslek grubunda vardiyalı çalışma ve fazla çalışma süreleri gibi durumların çocuklarına yeterince vakit ayırmalarına engel oluşturabileceği, ayrıca ailenin sosyoekonomik seviyesinin düşük olmasına neden olabileceği ve bu durumların enürezis için risk faktörü oluşturabileceği düşünülmüştür.

Hasta grubundaki çocukların anne babalarında %32,5 akrabalık saptanırken, kontrol grubunda bu oran %13,8 olarak bulunmuştur( $p=0,005$ ). Ailedeki enürezisli bireyin akrabalık derecesi yakınlaştıkça enürezis görülme sıklığı da artmaktadır (167). Ebeveynlerde akrabalık bulunması enürezis oluşumunda genetik faktörlerin yükünü artırıyor olabileceği düşünülmüştür.

Sosyoekonomik düzey ile enürezis arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların birçoğunda düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında enürezis sıklığının arttığı bildirilmiştir (6, 7). Bizim çalışmamızda da enürezisli olguların %51'inin asgari ücret ile geçinen veya altında geliri olan ailelerinin çocukları olduğu tespit edilmiştir.

Hanafin (7) enürezisin geniş ailelerde daha sık görüldüğünü ve kalabalık aile yaşamının enürezis için risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada, geniş ailelerde yaşayan çocuklarda enürezisin istatistiksel olarak anlamlı derecede sık görüldüğü saptanmış ve kalabalık aile yapısının enürezis için bağımsız risk faktörü olduğu gösterilmiştir (63, 166). Bu farkın kalabalık arttıkça annelerin çocuk bakımı konusunda zorlanıp ve tuvalet eğitimine yeterli zaman ayıramadıklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Bizim çalışmamızda hasta grubundakilerin %66,3'ünün, kontrol grubundakilerin de %70,0'inin 3 ve üzeri sayıda kardeşi mevcuttu. Hasta grubundakilerin %35,0'i, kontrol grubundakilerin ise %46,3'ü tek çocuk olduğu belirlendi. Çalışmamızda hasta grubunun çoğunluğun kalabalık aile ortamında yaşayan çocuklardan oluşması kontrol grubu alınmadan yapılan daha önceki çalışmaları desteklemekle birlikte, hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık yoktu.

Bu çalışmada enürezisi olan grup ve kontrol grubunun çoğunluğunun çekirdek aile yapısında (%86.3-%85) olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda aile yapısı ile enürezis arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olmakla beraber, çekirdek ailede yaşayan çocuklarda enürezis görülme oranı fazla olarak belirlenmiştir ( $p<0.005$ ). Bunun nedeni olarak çalışmaya alınan hasta grubunun yaklaşık % 80 inin şehir merkezinde ikamet etmesi, geniş aile kültürünün devam ettiği kırsal kesim bölgelerinden hasta grubuna dahil olan katılımcı sayısının düşük olması şeklinde düşünüldü.

Hasta grubundakilerin annelerinin %76,3'ünde herhangi bir psikiyatrik hastalık yokken, kontrol grubunda bu oran %96,3'tür. Hasta grubundaki annelerde, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha sık depresyon görülmektedir ( $p<0,001$ ). Enürezisi olan çocukların annelerinde psikopatolojilerin incelendiği bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla hasta grubu annelerinde majör depresyon ve panik atak sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (13). Kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkan depresyon; annenin günlük hayatını ve ruhsal durumunu etkileyebilmekte, anne-baba ve

anne-çocuk arasındaki etkileşimde bozulmaya yol açabilmekte ve bazen çatışmalarla sonuçlanabilmektedir. Tolerans düzeyi düşük ebeveynler, enürezis diurnası olan çocuklar için istismar açısından daha büyük risk oluşturabilmektedir (18). Enürezis tanılı çocukların annelerinde istatistiksel anlamda yüksek çıkan depresyon; tuvalet eğitimi sırasında çocuk ile inatlaşmalara neden olabileceği için enürezisin oluşumuna ve devam etmesine katkı sağlayan faktörlerden biri olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda enürezisli çocukların babalarında psikiyatrik hastalık bulunma durumu değerlendirildiğinde kontrol grubu ile arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışmamızda doğum şekli incelendiğinde hasta grubundaki bireylerin %53,8'i, kontrol grubundakilerin ise %36,3'ü sezaryen doğum öyküsüne sahip olduğu saptandı. Hasta grubunda sezaryen ile doğum, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulundu ( $p=0,026$ ). Nörofizyolojik immatürite enürezisin oluşumuna katkı sağlayan nedenlerden biri olarak ileri sürülmektedir (47). Bu gelişimsel gecikmenin genetik kökene dayandığını gösteren klinik çalışmalarda bulunması, enürezise düşük doğum ağırlığı, motor gelişme geriliği gibi durumların eşlik etmesi sezeryan oranını bu hastalarda artırabileceği, ayrıca sezeryan öyküsünün de enürezise yol açan nedenlerden biri olabileceği düşünülmüştür (47, 49).

Hasta grubundaki çocukların %78,8'inde ek bir hastalık daha varken, %20,0'si ilaç kullanmaktadır. Kontrol grubundaki çocuklarda ise ek hastalık yokken ve hiçbiri ilaç kullanmamaktadır. Ek hastalık öyküsü ve ilaç kullanma açısından hasta grubundaki yüzdeler, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0,001$ ). Hasta grupta eşlik eden psikopatolojilere bağlı ilaç kullanımını mevcut olduğundan bu istatistiksel farklılığın buna bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmaların çoğunda enürezis görülme sıklığının erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla olduğu bildirilmektedir (34, 168). Kontinans gelişiminin matürite ile ilişkili olması, erkek çocuklarda olgunlaşmanın daha geç olması, gelişme geriliklerine erkek çocuklarında daha sık rastlanması ve erkek çocuklarının tuvalet eğitimi sürecine daha zor uyum göstermeleri gibi nedenlere bağlı olarak enürezisin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (169). Bahalı ve ark.(168) yaptıkları çalışmada enürezisin erkeklerde görülme sıklığını %60 olarak bildirirken, Ünal ve ark. (90) ise %76,1'sinin erkek, %23,9'ünün kız olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda enürezis tanılı olguların



%70.0'i erkek, %30.0'u kız olup, bu sonuç hastaların cinsiyet dağılımı açısından literatürle uyumlu bulunmuştur.

Yapılan araştırmalar enürezisli çocukların %75-90'ının primer enürezis grubunda olduğunu göstermektedir (170). Yurtçu ve ark.'nın (170) çalışmasında primer ve sekonder enürezis sıklığı %78.1 ve %21.9 olarak saptanmışken, Gür ve ark.(63) İstanbul'da yaptıkları çalışmada enüretiklerin %80.9'nun primer enürezis olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise enürezisli çocukların %80'i primer %20' sini sekonder enürezis oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olgularımızın %80'inde primer enürezis tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki enürezis tanılı çocuklarda enürezis tipinin dağılımı incelendiğinde diürenal enürezis sıklığı %11.3, noktürenal enürezis sıklığı %72.5, kontinual enürezis %16.3 olarak bulunmuştur. Demirören ve ark.(171) tarafından yapılan çalışmada diürenal enürezis sıklığını %4,5, noktürenal enürezisi %66,7, kontinual enürezis %28,8 olarak bulmuştur. Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumlu olarak noktürenal enürezisin diurna ve kontinual enürezise göre daha sık olduğu bilgisini desteklemektedir.

Enürezis oluşumunda herediter faktörlerin etkileri uzun yıllardan beri bilinmektedir. Enürezis genetik olarak kompleks ve heterojen bir hastalıktır (21). Yapılan çalışmalarda annede ve babada enürezis öyküsü olan çocuklarda görülme sıklığı %77, sadece anne ya da baba da enürezis öyküsü mevcutsa sıklık %46, ebeveynlerinde enürezis öyküsü olmayan çocuklarda ise enürezis oranı %15 olarak bildirilmiştir (38, 39). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir araştırmada, ailede enürezis öyküsü oranı enürezisli vakalar için % 76 olarak bulunmuştur (42). Bizim çalışmamızda aile öyküsü incelendiğinde, %46.3'ünün babasında, %21.3'inin kardeşinde, %13.8'inin annesinde, %18.8'inin ise diğer aile bireylerinden oluştuğu tespit edildi. Çalışmamıza alınan olgularımızın %79.9'unun aile öyküsünde enürezis olduğunu saptamamız literatür verilerini destekler nitelikteydi.

Bizim çalışmamızda uyku düzeni ve uykunun ağır olup olmaması ailelere sorgulanarak incelenmiş; enürezisli çocukların %70 oranında çocuklarında uykunun düzenli olduğu, %85 oranında çocukların gece uyandırılmakta zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Toplumda aileler açısından çocuklardaki enürezis sebebinin genellikle uykularının ağır olmasına bağlı olduğu düşüncesi hakimdir. Bu nedenle, enürezis ile

uyku arasındaki ilişki inceleme konusu olmuş ve çeşitli çalışmalar yapılmıştır. İlk başta enürezisin derin uykuda olduğu düşünülmüş olsa da yapılan uyku EEG çalışmalarında bunun doğru olmadığı, enürezisin uykunun herhangi bir döneminde olabileceği gösterilmiştir (38, 60). 36 enürezis tanılı ve 35 sağlıklı çocuğun uyku derinliğinin aileler tarafından değerlendirilmesinin incelendiği bir çalışmada, enürezis tanılı olguların %71’inde ağır uyku tanımlanırken sağlıklı grupta bu oran %7 olarak bulunmuştur (172). Çalışmamızda elde edilen veriler yapılan çalışmaları destekler niteliktedir.

Enürezisli olguların bir kısmında gece mesane kapasitesinin azaldığı gösterilmiştir. Azalmış mesane kapasitesinin en önemli iki nedeni idrar yolu enfeksiyonu ve kabızlıktır. Kabızlık hastalarda mesane kapasitesini etkileyerek idrar inkontinansı prevalansı artırmaktadır. Enürezisli çocuklarda sağlıklı çocuklara göre kabızlık daha sık görülmektedir. Yapılan bir çalışmada kabızlığın tedavisi ile enüreziste %63 oranında azalma olduğu belirtilmiştir. Kabızlığın hangi mekanizma ile enürezise neden olduğu net değildir. Dışkı basısına bağlı mesane kapasitesinde azalmave nokturnal kolon hareketlerinin detrüsör kontraksiyonlarını üzerine etkisi öne sürülen mekanizmalardır. Enürezisli olgulara kabızlık eşlik edebilmekte ve olgular kabızlığın tedavisi ile enürezis sıklığında azalma görülebilmektedir (173). Bizim çalışmamızda, çalışmaya alınan 80 hastanın 9’ una (% 11) kabızlık eşlik etmekteydi.

## **5.2.Enürezisli Çocukların Komorbid Psikiyatrik Hastalıkları**

Çalışmamızda enürezis tanısı konulan her bir olguya, ÇDŞG-ŞY uygulanarak eşlik eden psikopatolojiler incelenmiştir.

Literatürde enürezisi olan çocuklarda birçok ruhsal sorunun da görülebileceği belirtilmektedir. DEHB, Enkoprezis, KOKGB, Anksiyete bozuklukları, Depresyon, düşük kendilik değeri ve artmış öfke, duygusal ve davranışsal sorunlar, düşük sosyal uyum, obsesyon ve kompulsiyonlar veZY gibi psikopatolojilerin enürezise eşlik ettiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (69, 102, 106) .

Türkiye’de Buluç tarafından ÇDŞG-ŞY kullanılarak yapılan çalışmada primer ve sekonder enürezis nokturnada eşlik eden psikiyatrik tanı sıklıkları ele alınmıştır. Çalışmada, enürezis tanısı alan çocuk ve ergenlerde en sık eşlik eden tanı DEHB olarak bulunmuştur (birincil: %29,79; ikincil: 24,32). Sekonder enürezisli çocuklarda %19,5 oranında depresyon, %17,02 oranında özgül fobi, 14,89 oranında sosyal fobi, %12,76

oranında ayrılık anksiyetesi ve %12,76 oranında karşıt olma karşıt gelme bozukluğu saptanmıştır. Birincil enürezisi olan grupta %16,22 oranında özgül fobi ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %10,81 oranında enkopresis, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi ve davranım bozukluğu saptanmıştır (180).

Bizim çalışmamızda enürezis tanılı olguların%58.75 ine eşlik eden psikopatoloji saptanmıştır. Hastaların %43.75'ine eşlik eden 1 psikopatoloji, % 15'ine ise 2 psikopatoloji eşlik ettiği tespit edilmiştir.

Enürezis grubunda en yüksek oranda saptanan psikopatoloji, DEHB'dur. Çalışmamızda literatüre uyumlu olarak enürezisekomorbid DEHB oranı 28.75% olarak bulunmuştur (72).

DEHB çocukluk döneminde sık görülen nörogelişimsel bir bozukluktur. Nörogelişimsel bozukluklarda merkezi sinir sistemi olgunlaşmasının ve miyelinizasyonunun sağlıklı çocuklara göre daha geç gelişmesi nedeniyle DEHB olan çocuklarda mesane sinyallerinin tespit edilmesinde yetersizlik ve mesane işlevlerine yetersiz yanıt nedeniyle enürezis oluşabileceği düşünülmektedir. Ayrıca DEHB olan çocuklarda etkilenen merkezi adrenerjik sistem nedeniyle sfinkterler üzerinde denetimde bozulma olabileceği ve bu durumun enürezise yol açabileceği düşünülmektedir. DEHB olan çocuklarda erteleme davranışı ve dalgınlık, oyunu bırakamama gibi durumlar çocuklarda kabızlığa yol açıp fonksiyonel mesane kapasitesini azaltarak enürezis oluşumuna yol açabilir (73, 74).

Çalışmada eşlik eden tanı grupları incelendiğinde,en sık eşlik eden tanıların sırasına göre, DEHB(%28.75), ANKSİYETE BOZUKLUĞU(13.75), KOKGB(%11,25), ENKOPREZİS (%10) olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımızda eşlik eden psikopatolojilerin yüksek oranda görülmesi literatür bulgularını desteklemektedir.

### **5.3.Enürezisi olan Çocukların Emosyonel ve Davranışsal Sorunları**

Araştırmamızda enürezis tanısı olan çocuk ve ergenlerde duygusal ve davranışsal sorunlar ile ilgili sorunlar GGA ölçeği ile araştırılmıştır.

Çalışmamızda hasta grubundaki çocuk ve ergenlerde GGA'nin emosyonel sorunlar, hiperaktivite ve dikkat eksikliği, akran sorunları alt puanları ve toplam GGA

puanları hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Enürezis, hastanın sosyal, fiziksel ve psikolojik durumunu etkileyebilen ve yineleyen bulguları olan kronik bir hastalıktır. Enürezisde diğer kronik hastalıklar gibi çocuk ve aile üzerinde duygusal etkiler oluşturabilir. Alt ıslatma bazen aile içinde stres kaynağı olabilmekte ve bu durum çocuğun duygusal ve fiziksel kötü muameleye maruz kalmasına yol açabilmektedir (23, 174, 175). Bazı araştırmalarda enürezisi olan çocuklarda özgüvende azalma, okulda ve arkadaşları arasında sosyal uyumda sorunlar yaşama, davranış problemleri bildirilmiştir. Enürezisli çocuklar genellikle diğerleri tarafından fark edilme korkusu, sosyal dışlanma, küçük düşürülme, arkadaşın evinde uyuma kaygısı, yaşlılarından farklı olduklarını hissetme gibi enürezisin sosyal ve psikolojik sonuçları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (18, 176). Yapılan çalışmalarda enürezisli çocuklarda diğer çocuklara oranla davranış, emosyonel ve akademik başarı sorunlarının daha çok yaşandığı, ayrıca bu sorunların yaş ile birlikte arttığı belirtilmektedir (102, 106).

Van Hoecke ve ark. tarafından yapılan ve çocuklarda davranışsal ve duygusal sorunların ÇDDÖ ile araştırıldığı çalışmada; enürezisli grup ile kontrol grubu arasında Toplam Problem ölçeğinde dikkat çekici düzeyde, İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite alt ölçeklerinde orta düzeyde farklılık olduğunu belirtmiştir (105).

Bizim çalışmamızda ise enürezisi olan çocuk ve ergenlerin GGA'nın prososyal sorunlar dışındaki alt ölçek alanlarında sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Bu konudaki literatür bilgileri çalışmamızla uyumludur.

#### **5.4. Anne ve Babadaki Ruhsal Sorunlar**

Çalışmamızda enürezis grubundaki annelerin SCL-90-R ile değerlendirilen psikiyatrik belirtilerifobik anksiyete puanı hariç diğer tüm alt ölçek puanlarında ve toplam psikiyatrik belirti puanı hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmamızda enürezis grubundaki babaların SCL-90-R ile değerlendirilen psikiyatrik belirtilerinden obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon ve ek maddeler puanları hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Enürezisi olan çocukların ebeveynleri çocuklarının alt ıslatmalarına karşı farklı psikolojik reaksiyonlar gösterebildiği, genetik özelliğinden dolayı bazen suçluluk duyabildikleri, bazı ailelerde ise alt ıslatmanın ev dışında olmaması nedeniyle çocuklarının bilerek alt ıslattıklarını düşündüklerinden öfkeye yol açabildiği, ıslatma sayısı fazla ve diurnal olgularda özellikle annelerde sürekli elbiseleri ve yatağı temizlemeye bağlı bıkkınlık ve öfke oluşabileceği, sekonder başlangıçlı olgularda ise bu durum karşısında çoğunlukla kaygılı oldukları bildirilmektedir (106, 169) .Ayrıca enürezisi olan çocukların ebeveynlerinde titiz, mükemmelliyetçi ve katı kuralların gözlendiği obsesif kişilik özelliklerine daha sık rastlanılabileceği ve bu durumunda tuvalet eğitimi sırasında çatışmalara yol açıp enürezis oluşuma zemin hazırlayabileceği öne sürülmektedir (169).

Enürezisi olan çocukların annelerinde psikopatolojilerin incelendiği bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla hasta grubu annelerinde majör depresyon ve panik atak sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada annelerdeki psikiyatrik belirtiler SCL-90-R kullanılarak araştırılmış, paranoid düşünce dışındaki alt ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin kişilik özellikleri EPQR-A ölçeği ile araştırılmış ve enürezisi olan çocukların annelerinin kontrol grubu annelere göre daha dışa dönük bir mizaca sahip oldukları, bunun da annelerde reaktif duygusal kontrol yetersizliği ve küçük stres faktörlerine olumsuz tepki verme olasılığını artırdığını, bu durumun depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (13).

Bu bulguları destekleyen çalışmamızda da hem annede hem babada ruhsal sorunların yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. Ancak annelerin babalara göre daha fazla ruhsal sorunlara sahip olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerde görülen psikiyatrik belirtiler çocuk ile ebeveyn arasında iletişim sorunlarının yaşanmasına, ebeveyn ile çocuk arasındaki çatışmalara yol açabilmekte ve enürezis gibi süreğen hastalıkların devam etmesine yol açabilmektedir (18, 175). Ebeveynlerdeki psikiyatrik belirtilere bağlı sorun çözme ve zorluklarla başa çıkabilme becerilerinde yetersizlikler, tolerans düzeyinin düşüklük olabileceği, bunun da çocuk ebeveyn inatlaşmalarına, fiziksel istismara ve çocukta duygusal ve davranışsal sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir (24, 66, 67). Çalışmamızda hasta grubuna eşlik eden komorbid psikopatolojilerde ebeveynlerinde görülen psikiyatrik belirtilere bağlı

görülebilecek iletişim sorunları, tahammülsüzlük, tolerans eşiğinde düşüklük gibi nedenlerin de etkisi olabilir.

Çalışmamızda hem anne hem babada SCL-90-R'nin bazı alt ölçek puanları ve toplam puanı ile GGA'nın bazı alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı zayıf korelasyonlar vardı. Bu çocukların anne ve babalarındaki bazı ruhsal belirtilerin çocuklardaki duygusal ve davranışsal belirtilerle ilişkisi olabileceğini göstermektedir.

### **5.5. Enürezisli Çocukların Anne ve Babalarının Çocuk Yetiştirme Tutumları**

Araştırmamızda hasta ve kontrol grubundaki çocukların anne babalarına PARI ölçeği kullanılarak gruplar arasındaki farklılıklar incelenmiştir.

Annenin çocuktan istediği disiplinli davranışlardan biri çocuğun tuvalet eğitimini almasıdır (16). Aile için sıkıntılı olabilen bu alışkanlığı kazandırma süreci sağlıklı bir çocukta 3-4 yaşlarına kadar sürebilmektedir. Yavuzer tarafından alt ıslatma sorunu yaşayan çocuklarda yapılan bir çalışmada; bu çocuklarda anne-baba ilişkilerinde olumsuzluk, anneye bağımlılık, babanın çocuğa sert davranması, ailenin koruyucu veya baskıcı tutumu gibi durumların daha sık görüldüğü; aynı zamanda bu gruptaki çocukların çoğunlukla çekingen, içine kapanık yapıda oldukları ve duygusal, sosyal yönden olgunlaşmada yetersizlikler gösterdikleri belirtilmiştir. Bununla birlikte çocuğun ailesi veya arkadaşları tarafından alt ıslatma sorununa yönelik sürekli konuşulması, alay edilmesi, alt ıslatma nedeniyle cezalandırılması gibi hatalı tutumlar çocuğun çevresi ile ilişkilerini bozmakta çoğu kez geçici olan bu durumu kalıcı hale getirmektedir (17).

Enürezisi olan çocukların ailelerinde yapılan bir çalışmada, bazı ebeveynlerin aşırı koruyucu, anksiyeteli yapıda olabileceği, bazılarının ise öfkeli ve kızgın, baş etmede daha çok ceza kullanmayı tercih eden ebeveynler olduğu belirtilmiştir (18). Enüreziste aile tutumların araştırıldığı bir çalışmada ailelerin % 51.6'sının çocuğa kızdığı, % 9.7'sinin cezalandırdığı, % 29'unun görmezlikten geldiği, % 9.7'sinin ise ikaz yoluna gittiği belirtilmiştir. Bu çalışmada çocuklara ceza uygulanması ve kızılması, utandırıcı davranışlarda bulunulmasının ilerde çocukta daha büyük sorunlara neden olabileceği de belirtilmektedir (19).

Enürezisli çocuklarda hem anne hem de babanın aile tutumlarını hasta ve kontrol grubu dahil edilerek değerlendiren klinik bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak literatürde toplum taraması olarak yapılan, enürezisi olan ve olmayan çocukların

annelerinin tutumları incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Aile tutumlarının incelendiği çalışmada enürezisli çocuğu olan ailelerin aşırı koruyucu ve baskılı disiplin tutumlarını kullandıkları saptanmış ancak enürezisi olan ve olmayan grupları arasında aile tutum ölçeğinin karşılaştırılmasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (177). Enürezisi olan ve olmayan çocuklarda anne tutumlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada enürezisi olan çocukların annelerinde enürezisi olmayan grubagöre karı-koca geçimsizliği boyutu puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (178). Sivasta yapılan çalışmada ise enürezisi olan ve olmayan çocukların annelerinde aşırı koruyuculuk, demokratik tutum, ev kadınlığı rolünü reddetme ve sıkı disiplin boyut puanları yönünden anlamlı fark olmadığı, ancak geçimsizlik boyutunun hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirtilmiştir (179).

Çalışmamıza dahil edilen annelerde PARI alt boyutları arasında ev kadınlığı rolünü reddetme puanı kontrol grubunda, hasta grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,017$ ). Diğer boyutlar açısından hasta ve kontrol grubu anneleri arasında anlamlı farklılık görülmediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Literatürde enürezisi olan çocuklarda baba tutumlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmamızın güçlü yönü olarak düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda babalarda PARI alt boyutları incelendiğinde hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda anne baba tutumları ile GGA ölçeği arasında korelasyonlar incelenmiştir. Hem anne hem de babada bazı PARI alt ölçek puanları ile GGA'nın bazı alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı korelasyonlar vardı. Bu durum duygusal ve davranışsal güçlükleri olan çocuklarda bazı olumsuz ebeveyn tutumlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

## **5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmamızın seçilen örneklem ve yöntemden kaynaklanan bazı sınırlılıkları mevcuttur. Araştırmamız 80 hasta ve 80 sağlıklı çocuk ve ergen ile anne babalarının katıldığı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya dahil edilen katılımcılar anlık durumlarıyla değerlendirilmiş olup sonraki izlem sürecinde gözlenebilecek değişiklikler saptanmamıştır.

Araştırmamızda, veriler değerlendirilirken öz bildirim ölçeklerinin kullanılması nedeniyle öz bildirim ölçekleri ve anketlerle yapılan çalışmalarda olduğu gibi verilerin güvenilirliği konusunda sorgulamalara neden olabilmektedir.

Çalışmaya alınan çocuk ve ergenlerin anne ve babalarındaki ruhsal belirtiler öz bildirim ölçeği ile taranmış olup bireylerin ruhsal sağlığı ile ilgili yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşmelerle yapılacak çalışmalarda verilerin daha güvenilir olacağı ve daha aydınlatıcı sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir

Çalışmaya dahil edilen hasta grubuna zeka testi yapılmamış olup klinik olarak ZY düşünülen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya Kahramanmaraş'ta ikamet eden ve hastaneye ayaktan başvuran küçük bir örneklem grubu ile yapıldığından dolayı bu durum örneklem özelliklerinin çeşitliliğini kısıtlamakta ve sonuçların tüm enürezis hastaları için genelleştirilmemesi önlemektedir. Katılımcı sayısı artırılarak ve çok merkezli yapılacak çalışmalarla bu araştırma ve sonuçları genişletilebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız enürezis tanısı olan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, eşlik eden psikiyatrik tanıları, anne-babalarındaki psikiyatrik belirtiler ve anne babaların çocuk yetiştirme tutumlarını inceleyen ve kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak değerlendiren bir çalışmadır.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Çalışma gruplarındaki çocukların yaş ve cinsiyetleri arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Enürezisin 8-11 yaşları arasında daha yüksek oranda olduğu bulundu.
2. Enürezisli çocukların çoğunluğunun şehir merkezinde yaşadığı belirlendi (p=0,014).
3. Hasta grubunun annelerinde, depresyontanısı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek iken, babalardaki ruhsal hastalık öyküsü açısından gruplar arasında farklılık yoktu.
4. Hasta grubunda sezaryen ile doğum, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
5. Hasta grubunun çoğunluğunu erkek (%70.0), primer (%80) ve noktürnal enürezisi olan (%72.5) olgular oluşturmaktaydı.
6. Enürezisli olguların en sık babada olmak üzere (%46.3), %79.9'unun aile öyküsünde enürezis olduğunu saptandı.
7. Çalışmamızda enürezis tanılı olguların çoğunluğunda (%58.75) eşlik eden bir psikopatoloji saptandı. Hastaların %43.75'ine eşlik eden 1 psikopatolojinin, % 15'ine ise 2 psikopatoloji eşlik ettiği tespit edildi.
8. Enürezise en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar sıklık sırasına göre, DEHB(%28.75), Anksiyete bozukluğu(13.75), KOKGB(%11,25), Enkoprezis (%10) olarak bulundu.
9. Cinsiyet ve yaş grupları arasında enürezise eşlik eden psikiyatrik tanı varlığı açısından anlamlı farklılık bulunmadı.

10. Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerde GGA'nin emosyonel sorunlar, hiperaktivite ve dikkat eksikliği, akran sorunları alt puanları ve toplam GGA puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

11. Enürezis grubundaki annelerin SCL-90-R'nin fobik anksiyete puanı hariç diğer tüm alt ölçek puanları ve toplam puanı, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

12. Enürezis grubundaki babaların SCL-90-R'nin obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon ve ek maddeler puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

13. Çalışmamıza dahil edilen annelerin PARI alt ölçek puanı arasında ev kadınlığı rolünü reddetme puanı kontrol grubunda, hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Diğer alt ölçek puanları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu.

14. Babaların PARI alt ölçek puanları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu.

15. Enürezisli çocukların hem anne hem de babadaki bazı PARI alt ölçek boyutları ile bazı GGA alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı korelasyonlar saptandı.

16. Enürezisli çocukların hem anne, hem babalarında SCL-90-R'nin bazı alt ölçek puanları ve toplam puanı ile GGA'nın bazı alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı zayıf korelasyonlar vardı.

Araştırmamız sonucunda elde edilen bulgular, enürezisli çocuklarda ve anne-babalarında birçok farklı ruhsal sorunların olabileceğini ve enürezisli çocuklara komorbid psikopatolojilerin sıklıkla eşlik edebileceğini göstermektedir. Bu nedenle enürezis tanısı olan çocuk ve ergenler değerlendirilirken sadece enürezis semptomuna odaklanmak yerine ek psikiyatrik tanıların da araştırılması ve tedavi edilmesi uygun olacaktır. Ayrıca anne-babanın psikopatolojilerinin, ailenin çocuk yetiştirme tutumlarının da değerlendirilmesi ve gerektiğinde anne-babaya bireysel terapi ve aile terapisini de kapsayan bir tedavi planı uygulamasının enürezis tedavisinin başarısına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

## 7. KAYNAKÇA

1. Çarman KB, Nuhoglu Ç, Ceran Ö. İstanbul İli Ümraniye İlçesi'nde bir grup okul çocuğunda enürezis nokturna prevalansı Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arşivi.38(3).
2. Ünal D, Çetinkaya F, Bastürk M. Kentsel kesimde 7-12 yaş grubunda enürezis nokturna prevalansı ve özellikleri/Prevalence of nocturnal enuresis at 7-12 aged in urban area. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001;2(3):175.
3. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı Çeviri editörü: Köroğlu E Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013.
4. Arda E, Cakiroglu B, Thomas DT. Primary nocturnal enuresis: a review. Nephro-urology monthly. 2016;8(4).
5. Ergüven M, Çelik Y, Deveci M, Yıldız N. Primer enürezis nokturnada etiyolojik risk faktörleri. Türk Pediatri Arşivi. 2004;39(2):83-7.
6. Unalacak M, Sögüt A, Aktunç E, Demircan N, Altın R. Enuresis nocturna prevalence and risk factors among school age children in Northwest Turkey. 2004.
7. Hanafin S. Sociodemographic factors associated with nocturnal enuresis. British Journal of Nursing. 1998;7(7):403-8.
8. Mikkelsen EJ. Enuresis and encopresis: ten years of progress. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2001;40(10):1146-58.
9. Duel BP, Steinberg-Epstein R, Hill M, Lerner M. A survey of voiding dysfunction in children with attention deficit-hyperactivity disorder. The Journal of urology. 2003;170(4 Part 2):1521-4.
10. Butler RJ. Childhood nocturnal enuresis: developing a conceptual framework. Clinical Psychology Review. 2004;24(8):909-31.
11. Schober JM, Lipman R, Haltigan JD, Kuhn PJ. The impact of monosymptomatic nocturnal enuresis on attachment parameters. Scandinavian journal of urology and nephrology. 2004;38(1):47-52.
12. Butler R, Brewin C, Forsythe W. Maternal attributions and tolerance for nocturnal enuresis. Behaviour Research and Therapy. 1986;24(3):307-12.
13. Durmaz O, Kemer S, Mutluer T, Bütün E. Psychiatric dimensions in mothers of children with primary nocturnal enuresis: A controlled study. Journal of pediatric urology. 2017;13(1):62. e1-. e6.
14. Tezcan M. Eğitim sosyolojisi: Ankara; 1997.
15. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. İstanbul: Hilal Matbaacılık. 1992.
16. WECHSELBERG K, PUYN U. Anne ve Çocuk, çev. Erdoğan Kınalı-bay. 1996;7.
17. Yavuzer H. Çocuk psikolojisi (22. basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. 2003.
18. Butler RJ. Night wetting in children: Psychological aspects. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 1998;39(4):453-63.
19. Şahin O. Erzurum il merkezi ilkököl birinci sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı ve etkileyen faktörler. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi. 2000.
20. Rushton HG. Wetting and functional voiding disorders. The Urologic clinics of North America. 1995;22(1):75-93.

21. Arthur C, John E. Physiological anatomy of the bladder, micturation. Human physiology and mechanisms of the bladder, micturation human physiology and mechanisms of disease. 1997:264-5.
22. Koff SA. Estimating bladder capacity in children. *Urology*. 1983;21(3):248.
23. Barrett D, Wein A. Voiding dysfunction: diagnosis, classification and management. *Adult and pediatric urology*. 1987;1:863-962.
24. Rushton HG. Nocturnal enuresis: epidemiology, evaluation, and currently available treatment options. *The Journal of pediatrics*. 1989;114(4):691-6.
25. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of urology*. 2014;191(6):1863-5. e13.
26. Von Gontard A. Enuresis. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012.
27. Tietjen DN, Husmann DA, editors. Nocturnal enuresis: a guide to evaluation and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*; 1996: Elsevier.
28. Hoekx L, Wyndaele J-J, Vermandel A. The role of bladder biofeedback in the treatment of children with refractory nocturnal enuresis associated with idiopathic detrusor instability and small bladder capacity. *The Journal of urology*. 1998;160(3 Part 1):858-60.
29. Avanoğlu A, Baskın E, Söylemezoğlu O, Tekgül S, Ziyılan O, Zorludemir Ü. Türkiye enürezis çalışma grubu. *Türkiye Enürezis Tedavi Kılavuzu*. 2010:1-16.
30. Bower W, Swithinbank L, de Jong T, de Kort L, Marschall-Kehrel D. Assessment of non-neurogenic incontinence and lower urinary tract symptoms in adolescents and young adults. *Neurourology and urodynamics*. 2010;29(5):702-7.
31. Devlin J. Prevalence and risk factors for childhood nocturnal enuresis. *Irish Medical Journal*. 1991;84(4):118-20.
32. Feehan M, McGee R, Stanton W, Silva P. A 6 year follow-up of childhood enuresis: prevalence in adolescence and consequences for mental health. *Journal of paediatrics and child health*. 1990;26(2):75-9.
33. Butler RJ, Heron J. The prevalence of infrequent bedwetting and nocturnal enuresis in childhood: a large British cohort. *Scandinavian journal of urology and nephrology*. 2008;42(3):257-64.
34. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoğlu HR, Öztürk A, Doğruer K, Ünal S, et al. Epidemiology of enuresis in Turkish children. *Scandinavian journal of urology and nephrology*. 1997;31(6):537-9.
35. Wille S. Primary nocturnal enuresis in children. Background and treatment. *Scandinavian journal of urology and nephrology Supplementum*. 1994;156:1-48.
36. Miller K, Atkin B, Moody ML. Drug therapy for nocturnal enuresis. *Drugs*. 1992;44(1):47-56.
37. Thiedke CC. Nocturnal enuresis. *American family physician*. 2003;67(7):1499-506.
38. Nørgaard J, Djurhuus J, Watanabe H, Stenberg A, Lettgen B. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. *British journal of urology*. 1997;79(6):825-35.
39. Bader G, Nevés T, Kruse S, Sillén U. Sleep of primary enuretic children and controls. *Sleep*. 2002;25(5):573-7.

40. Von Gontard A, Eiberg H, Hollmann E, Rittig S, Lehmkuhl G. Molecular genetics of nocturnal enuresis: clinical and genetic heterogeneity. *Acta paediatrica*. 1998;87(5):571-8.
41. Eiberg H, Berendt I, Mohr J. Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis (ENUR1) to chromosome 13q. *Nature genetics*. 1995;10(3):354.
42. Ulman İ. Primer Nokturnal Enüreziste Güncel Yaklaşımlar. Er-Kim İlaç Konferansı İstanbul. 1999.
43. Goellner MH, Ziegler EE, Fomon SJ. Urination during the first three years of life. *Nephron*. 1981;28(4):174-8.
44. Williford SL, Bernstein SA. Intranasal desmopressin-induced hyponatremia. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 1996;16(1):66-74.
45. Järvelin M, Moilanen I, Kangas P, Moring K, Vikeväinen-Tervonen L, Huttunen NP, et al. Aetiological and precipitating factors for childhood enuresis. *Acta Paediatrica*. 1991;80(3):361-9.
46. Eggert P, Müller-Schlüter K, Müller D. Regulation of arginine vasopressin in enuretic children under fluid restriction. *Pediatrics*. 1999;103(2):452-5.
47. Mevorach RA, Bogaert GA, Kogan BA. Urine concentration and enuresis in healthy preschool children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1995;149(3):259-62.
48. Miller K, Klauber G. Desmopressin acetate in children with severe primary nocturnal enuresis. *Clinical therapeutics*. 1990;12(4):357-66.
49. Essen J, Peckham C. Nocturnal enuresis in childhood. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1976;18(5):577-89.
50. Fergusson D, Horwood L, Shannon F. Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: an 8-year longitudinal study. *Pediatrics*. 1986;78(5):884-90.
51. Nørgaard JP, Rittig S, Djurhuus JC. Nocturnal enuresis: an approach to treatment based on pathogenesis. *The Journal of pediatrics*. 1989;114(4):705-10.
52. Mark S, Frank J. Nocturnal enuresis. *British Journal of Urology*. 1995;75(4):427-34.
53. Rew D, Rundle J. Assessment of the Safety of Regular D DAVP Therapy in Primary Nocturnal Enuresis. *British journal of urology*. 1989;63(4):352-3.
54. Moffatt M, Harlos S, Kirshen A, Burd L. Desmopressin acetate and nocturnal enuresis: how much do we know? *Pediatrics*. 1993;92(3):420-5.
55. Nørgaard J, Pedersen EB, Djurhuus J. Diurnal anti-diuretic-hormone levels in enuretics. *The Journal of urology*. 1985;134(5):1029-31.
56. Rittig S, Knudsen UB, Norgaard J, Pedersen EB, Djurhuus JC. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *American Journal of Physiology-Renal Physiology*. 1989;256(4):F664-F71.
57. Steffens J, Netzer M, Isenberg E, Alloussi S, Ziegler M. Vasopressin deficiency in primary nocturnal enuresis. *European urology*. 1993;24:366-70.
58. Medel R, Ruarte A, Castera R, Podesta M. Primary enuresis: a urodynamic evaluation. *British journal of urology*. 1998;81:50-2.
59. Bartholomew T. Neurogenic voiding: function and dysfunction. *The Urologic clinics of North America*. 1985;12(1):67-73.
60. Nørgaard J, Hansen J, Wildschjötz G, Sørensen S, Rittig S, Djurhuus J. Sleep cystometries in children with nocturnal enuresis. *The Journal of urology*. 1989;141(5):1156-9.

61. Hägglöf B, Andren O, Bergström E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of self-esteem after treatment. *European urology*. 1998;33(Suppl. 3):16-9.
62. Wolfish NM. Sleep/arousal and enuresis subtypes. *The Journal of urology*. 2001;166(6):2444-7.
63. Gür E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Güzelöz S, et al. Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey. *Pediatrics International*. 2004;46(1):58-63.
64. Walsh T, Menvielle E. Disorders of elimination. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry 3rd ed* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2004:743-50.
65. Yörükoğlu A. Çocuk ruh sağlığı: çocuğun kişilik gelişimi, yetiştirilmesi ve ruhsal sorunları: Özgür; 1998.
66. Dolz L, Cerezo MA, Milner JS. Mother-child interactional patterns in high-and low-risk mothers. *Child abuse & neglect*. 1997;21(12):1149-58.
67. Dubowitz H, Black MM, Kerr MA, Hussey JM, Morrel TM, Everson MD, et al. Type and timing of mothers' victimization: Effects on mothers and children. *Pediatrics*. 2001;107(4):728-35.
68. Oge O, Kocak I, Gemalmaz H. Enuresis: point prevalence and associated factors among Turkish children. *The Turkish journal of pediatrics*. 2001;43(1):38-43.
69. Byrd RS, Weitzman M, Lanphear NE, Auinger P. Bed-wetting in US children: epidemiology and related behavior problems. *Pediatrics*. 1996;98(3):414-9.
70. Biederman J, Santangelo SL, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Clinical correlates of enuresis in ADHD and non-ADHD children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995;36(5):865-77.
71. Egger J, Carter C, Soothill J, Wilson J. Effect of diet treatment on enuresis in children with migraine or hyperkinetic behavior. *Clinical pediatrics*. 1992;31(5):302-7.
72. Yang T-K, Huang K-H, Chen S-C, Chang H-C, Yang H-J, Guo Y-J. Correlation between clinical manifestations of nocturnal enuresis and attentional performance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of the Formosan Medical Association*. 2013;112(1):41-7.
73. Baeyens D, Roeyers H, Hoebeke P, Antrop I, Mael R, Walle JV. The impact of attention deficit hyperactivity disorders on brainstem dysfunction in nocturnal enuresis. *The Journal of urology*. 2006;176(2):744-8.
74. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LGA, Veiga ML, Bastos Netto JM, Barroso Jr U. Constipation and lower urinary tract dysfunction in children and adolescents: a population-based study. *Frontiers in pediatrics*. 2016;4:101.
75. Garfinkel BD, Weller EB. *Psychiatric disorders in children and adolescents*: WB Saunders Company; 1990.
76. Ünal F. Enüresis Nokturna. *Katkı Pediatri Dergisi*. 1996;17(5):789-802.
77. Brading A, Turner W. The unstable bladder: towards a common mechanism. *British journal of urology*. 1994;73(1):3-8.
78. Robson WLM. Evaluation and management of enuresis. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(14):1429-36.
79. Schmitt B. *Toilet training basics. Your child healthy*. New York: Bantam Books; 1994.
80. Vande Walle JG, Bogaert GA, Mattsson S, Schurmans T, Hoebeke P, Deboe V, et al. A new fast-melting oral formulation of desmopressin: a pharmacodynamic

- study in children with primary nocturnal enuresis. *BJU international*. 2006;97(3):603-9.
81. Banerjee S, Srivastav A, Palan BM. Hypnosis and self-hypnosis in the management of nocturnal enuresis: a comparative study with imipramine therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1993;36(2):113-9.
  82. Spee-van Der Wekke J, Hirasling R, Meulmeester J, Radder J. Childhood nocturnal enuresis in The Netherlands. *Urology*. 1998;51(6):1022-6.
  83. Moffatt M. Nocturnal enuresis: a review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*. 1997;18(1):49-56.
  84. Ilyas M, Jerkins GR. Management of nocturnal childhood enuresis in managed care: A new challenge. *Pediatric annals*. 1996;25(5):258-64.
  85. Cendron M. Primary nocturnal enuresis: Current concepts. *American family physician*. 1999;59:1205-24.
  86. Butler R, Forsythe W, Robertson J. The body-worn alarm in the treatment of childhood enuresis. *The British journal of clinical practice*. 1990;44(6):237-41.
  87. Alon US. Nocturnal enuresis. *Pediatric Nephrology*. 1995;9(1):94-103.
  88. Rappaport L. Prognostic factors for alarm treatment. *Scandinavian journal of urology and nephrology Supplementum*. 1997;183:55-7; discussion 7-8.
  89. Butler RJ, Gasson SL. Enuresis alarm treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*. 2005;39(5):349-57.
  90. McLorie G, Husmann D. Incontinence and enuresis. *Pediatric Clinics of North America*. 1987;34(5):1159-74.
  91. Hansen AF, Jørgensen T. Alarm treatment: influence on functional bladder capacity. *Scandinavian journal of urology and nephrology Supplementum*. 1997;183:59-60.
  92. Carol D, Berkowitz M. Enuresis, Pediatrics: Primary Care Approach. Philadelphia WB Saunders co. 2002;33:131-4.
  93. Glazener CM, Evans JH. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002 (3).
  94. Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgöl S, et al. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. *The Journal of urology*. 2010;183(2):441-7.
  95. Gepertz S, Neveus T. Imipramine for therapy resistant enuresis: a retrospective evaluation. *The Journal of urology*. 2004;171(6):2607-10.
  96. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza L, Von Gontard A, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *The Journal of urology*. 2004;171(6 Part 2):2545-61.
  97. Nayır A. Enürezis Nokturna Tedavisinde Kullanılan İlaçların Etkinlik ve Güvenilirlikleri. *Türk Pediatri Arşivi*. 1994;29(1).
  98. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003 (3).
  99. Nevéus T, Läckgren G, Tuvemo T, Olsson U, Stenberg A. Desmopressin resistant enuresis: pathogenetic and therapeutic considerations. *The Journal of urology*. 1999;162(6):2136-40.
  100. Tahmaz L, Kibar Y, Yildirim I, Ceylan S, Dayanç M. Combination therapy of imipramine with oxybutynin in children with enuresis nocturna. *Urologia internationalis*. 2000;65(3):135-9.

101. Baeyens D, Roeyers H, Walle JV, Hoebeke P. Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature review. *European journal of pediatrics*. 2005;164(11):665-72.
102. Liu X, Sun Z, Uchiyama M, Li Y, Okawa M. Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis, and behavioral problems in Chinese children aged 6 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(12):1557-64.
103. Hollmann E, Eiberg H, Benden B, Rittig S, Lehmkuhl G. Clinical enuresis phenotypes in familial nocturnal enuresis. *Scandinavian journal of urology and nephrology Supplementum*. 1997;183:11-6.
104. von Gontard A, Mauer-Mucke K, Plück J, Berner W, Lehmkuhl G. Clinical behavioral problems in day-and night-wetting children. *Pediatric Nephrology*. 1999;13(8):662-7.
105. Van Hoecke E, Baeyens D, Walle JV, Hoebeke P, Roeyers H. Socioeconomic status as a common factor underlying the association between enuresis and psychopathology. *Journal of developmental & behavioral pediatrics*. 2003;24(2):109-14.
106. Fergusson DM, Horwood LJ. Nocturnal enuresis and behavioral problems in adolescence: a 15-year longitudinal study. *Pediatrics*. 1994;94(5):662-8.
107. Chang S, Ng C, Wong S, Group HKCES. Behavioural problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. *Acta Paediatrica*. 2002;91(4):475-9.
108. Budak S. *Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları*. Ankara; 2000.
109. Allport G. Attitudes (Murchison, C. ed. *Handbook of social psychology* Vol. 2 Clark University Press, Worcester, Mass). 1935.
110. Davidov M, Grusec J. Socialization in the family: The roles of parents. *Handbook of socialization theory and research*, New York. 2007:284-308.
111. Bandura A, Walters RH. *Social learning and personality development*. 1963.
112. Şanlı D, Öztürk C. Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları ve tutumlar üzerine kültürün etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(4).
113. Yörükoğlu A. Aile tutumları ve çocuk yetiştirme. *GATA Seminer*. 1996.
114. Yavuzer H. *Çocuk Eğitimi El Kitabı*. 3. üncü basım. İstanbul, Remzi kitabevi. 1996.
115. Mızrakçı Ş. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarına etki eden faktörler: demografik özellikleri, kendi yetiştiriliş tarzları, çocuk gelişimine ilişkin bilgi düzeyleri ve çocuğun mizacına ilişkin algıları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İzmir, Türkiye. 1994.
116. Yılmaz A. Çocuk yetiştirme tutumları: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Türk Psikoloji Yazıları*. 1999;1(3):99-118.
117. McCoby E. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*. 1983;4:1-101.
118. Kagıtcıbası C. *Family, self, and human development across cultures: Theory and applications*: Routledge; 2007.
119. Belsky J. The determinants of parenting: A process model. *Child development*. 1984:83-96.
120. Sümer N, Gündoğdu Aktürk E, Helvacı E. Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2010;13(25):42-59.



121. Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Developmental psychology*. 1971;4(1):99-102.
122. Baumrind D. New directions in socialization research. *American psychologist*. 1980;35(7):639.
123. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*. 1993;113(3):487.
124. Barber BK, Harmon EL. Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. 2002.
125. Smetana JG, Daddis C. Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child development*. 2002;73(2):563-80.
126. Sayıl M, Kındap Y. Ergenin anne-babadan algıladığı psikolojik kontrol: Psikolojik kontrol ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2010;13(25):62-71.
127. Yavuzer H. Ana baba ve çocuk: ailede çocuk eğitimi: Remzi Kitabevi; 1999.
128. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*. 1966:887-907.
129. Çocuk EA, Genç AB. Ankara. Bilgi Yayınevi. 1990:101-26.
130. Günalp A. Farklı anne baba tutumlarının okul öncesi eğitim çağındaki çocukların özgüven duygusunun gelişimine etkisi (Aksaray ili örneği): Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
131. KULAKSIZOĞLU A. Ergenlik psikolojisi. Büyük Fikir Kitapları Dizisi. 1998;100.
132. Yavuzer H. Çocuk ve suç (8. Baskı). İstanbul Remzi Kitapevi. 1996.
133. Yavuzer H. Çocuğu tanımak ve anlamak. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2003;6.
134. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı (27. baskı). İstanbul: Özgür Yayınları. 2004:29-38.
135. Şendil G. Çocuk, ergen ve anne baba. İstanbul: Çantay Yayınları. 2003.
136. Yavuzer H. Ana-Baba ve Çocuk.(18. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi. 2005.
137. Özyürek A. Kırsal bölge ve şehir merkezinde yaşayan 5-6 yaş grubu çocuğa sahip anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara. 2004.
138. Sertelin Ç. Ebeveyn tutumlarının sosyo-kültürel yapı ve aile fonksiyonları ile ilişkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. 2003.
139. Öksüz Y. Ergenin kişilik gelişiminde ebeveynin rolü. *Milli Eğitim Dergisi*. 2002;156.
140. Bilen M. Ailede kurumlarda ve toplumda sağlıklı insan ilişkileri. Ankara: Teknik Basım Sanayi Matbaası. 1983.
141. Hale R. Baumrind's parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. 2008.
142. Gander MJ, Gardiner HW, Onur B, Dönmez A. Çocuk ve ergen gelişimi: Imge kitabevi; 1993.
143. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, 10. Baskı, Remzi Kitabevi: İstanbul. 2002.
144. Nyatanga L. Identity Development, 2005. URL: <http://ibs.derby.ac.uk/steve/aevpsy2002/lecture3.shtml> Erişim Tarihi. 2005;11.
145. Aslan E. Benlik kavramı ve bireyin yaşamındaki etkileri. 1992.
146. Gander J, Gardiner VH. Çocuk ve Ergen Gelişimi (Beşinci baskı). Çeviren: Bekir Onur, İmge Yayınevi, Ankara. 2004.

147. Yılmaz Y. Anne-baba tutumları ile ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin okul başarısı ve özerkliklerinin gelişimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2007.
148. Çağdaş A, Seçer ZŞ. Anne-baba eğitimi: Eğitim Kitabevi; 2005.
149. Cüceloğlu D, Ver İDDK. Sistem Yayıncılık. İstanbul; 1993.
150. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*. 1991;11(1):56-95.
151. Yörükoğlu A. Çocuk ruh sağlığı. İstanbul: Özgür Yayıncılık. 1998.
152. Yücel Y. Ortaokul öğrencilerinin algıladıkları anne-baba tutumlarının, benlik saygısı ve öğrenilmiş çaresizlik ile ilişkisi: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
153. Öğretir A. Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeyde Altı Yaş Çocuklarının Sosyal Oyun Davranışlarıyla Ana-Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Master Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Ekonomisi Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara. 1999.
154. Gürsoy F, Coşkun T. BÜYÜK EBEVEYNLERİYLE YAŞAYAN ÇOCUKLARIN AİLE ORTAMLARINI DEĞERLENDİRMELERİ. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006;15(1):151-64.
155. Aydoğmuş K, Oktay A, Baltaş Z, Yavuzer H, Navaro L, Baltaş A, et al. Ana-baba okulu: Remzi Kitabevi; 2010.
156. Gökdağ D. Aile Psikolojisi ve Eğitimi: Anadolu Üniversitesi; 2002.
157. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.(10. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 2004:291-342.
158. Dokuyan M. 12. Sınıf Öğrencilerinde Algılanan Anne-Baba Tutumları İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2015;2(2):1-21.
159. Eldeleklioğlu J. Çocuklarda özgüven gelişimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;24(2):111-21.
160. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
161. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve gençlik Ruh sağlığı dergisi. 2004.
162. Schaefer ES, Bell RQ. Development of a parental attitude research instrument. *Child development*. 1958:339-61.
163. LeCompte G, LeCompte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. *Psikoloji dergisi*. 1978;1(1):5-9.
164. Gümnüş B, Vurgun N, Lekili M, Işcan A, Müezzinoğlu T, Büyüksu C. Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7–11 years in Turkey. *Acta paediatrica*. 1999;88(12):1369-72.
165. Ozden C, Ozdal OL, Altinova S, Oguzulgen I, Urgancioglu G, Memis A. Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children. *International braz j urol*. 2007;33(2):216-22.
166. Inan M, Tokuc B, Aydiner CY, Aksu B, Oner N, Basaran UN. Personal characteristics of enuretic children: an epidemiological study from South-East Europe. *Urologia internationalis*. 2008;81(1):47-53.

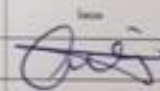
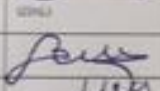
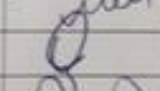
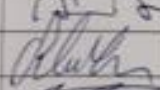
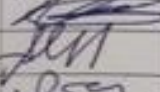
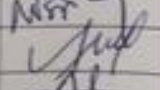
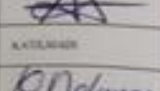
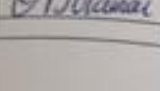







167. Loeys B, Hoebeke P, Raes A, Messiaen L, De Paepe A, Vande Walle J. Does monosymptomatic enuresis exist? A molecular genetic exploration of 32 families with enuresis/incontinence. *BJU international*. 2002;90(1):76-83.
168. Bahalı M, Tahiroğlu A, Gzel E, Avcı A, editors. Enürezisli ocukların sosyodemografik özellikleri ve tedavi yaklaşımları. *Yeni Symposium*; 2005.
169. Toros F, Avlan D, amdeviren H. Enretik ocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi/The biopsychosocial assessment in children with enuresis. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(1):38.
170. Yurtçu M, Bilban S, Dinçer ř, Bakıcı H, şahin T, Gnel E. Sağlıklı ve enretik çocuklarda idrar tutabilme yaşlarının araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2006;5(1):41-9.
171. Demirören K, zel A, Demirören S. Enürezisli ocuklarda üriner sistem anormallikleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;20(2):133-8.
172. Wille S. Comparison of desmopressin and enuresis alarm for nocturnal enuresis. *Archives of disease in childhood*. 1986;61(1):30-3.
173. Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics*. 1997;100(2):228-32.
174. Haque M, Ellerstein NS, Gundy JH, Shelov SP, Weiss JC, McIntire MS, et al. Parental perceptions of enuresis: A collaborative study. *American Journal of Diseases of Children*. 1981;135(9):809-11.
175. Warzak WJ. Psychosocial implications of nocturnal enuresis. *Clinical Pediatrics*. 1993;32(1\_suppl):38-40.
176. Butler R, Redfern E, Holland P. Children's notions about enuresis and the implications for treatment. *Scandinavian journal of urology and nephrology Supplementum*. 1994;163:39-47.
177. Hızel M. Okul ocuklarında (7-12 yaş) görülen enürezis ve enkoprezis sıklığının aile tutumu ile ilişkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 1999.
178. KARRATLI P, ADANA F. İlkokul Birinci Sınıf ğrencilerinde Enürezis Sıklığı, Anne Tutumu ve İlişkili Faktörler: Aydın rneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 8(3):123-7.
179. Sakarya B. 7-12 yaş grubu enretik olan ve enretik olmayan çocuklarda aile tutumlarının karşılaştırılması: *Yüksek Lisans Tezi, Sivas*; 2008.
180. Buluç U. "Primer ve sekonder enürezis noktornada eşlik eden psikiyatrik tanı sıklıklarının belirlenmesi ve karşılaştırılması. 2009; *Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi*. S51-58.

## 8. EKLER

### 8.1. Etik kurul onay formu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Enfrezis Tanısı Olan Çocuk Ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıkların, Anne Babalarındaki Psikiyatrik Belirtilerin Ve Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Değerlendirilmesi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	222			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRESİ	KSU Tıp Fakültesi Dekanlığı Adres: Kayseri Kahramanmaraş Yolu Üzeri Avşar Yerleşkesi 46000 K. MARAŞ		
	TELEFON	(0344)0003424		
	FAKS	(0344)0003409		
	E-POSTA	tipksek@ksu.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Hatice ALTUN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ	Yok		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCESİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TORÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözetimsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
- Anket çalışması				
-Yaygın alıkanlıklarının değerlendirilmesi ile ilgili araştırma				
- Metodolojik Yöntemsel				

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DÜĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DÜĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYÜLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
Diğer:	<input checked="" type="checkbox"/> Bayırtı Dilekçesi, Bayırtı Formu, Çılgıncılar BOPF Anketler						
KARAR BELGELERİ	Karar No: 21	Tarih: 16.05.2018	Durum: 2018/10				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dosyası ile ilgili belgeler araştırmanızı/çalışmanızı gerektirir, ancak, yaklaşımlar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi ve uygun bulunması olup araştırmanızı/çalışmanızı başvuruya dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin yazılı etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Kök Hücre, doku nakli, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve geleneksel tıp uygulamaları ve tıbbi aratır ile ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınması gerekmektedir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu						
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Can ACIPAYAM						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Emekli Akad.	Kurumu	Çinisi	Araştırma De. Duru.	Katibi *	İmza	
<b>BAŞKAN</b> Doç. Dr. Can ACIPAYAM	Ünvan Sağlığı Bilimleri	KAM Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Ahmet ÇİĞDEM AYKAN Başkan Yardımcısı Eya	Kardiyoloji	KAM Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sema KOCARILAN Eya	Yeni Patoloji	KAM Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mustafa GÜLER Eya	Üst Hemenoloji	KAM Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Güneş ÖZMEZ Eya	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KAM Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aygün ERDOĞAN Eya	İnfüzyon	KAM Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Belma YAMAN Eya	Biyofizik	KAM Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Nadir EDER Eya	Farmakoloji	KAM Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Atila DOĞANER Eya	Biyostatistik	KAM Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nurgül BİLAL Eya	Klinik Beslenme Bilimleri	KAM Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İzzet ALPİ DOKUMACI Eya	Enfermerlik	Diğer Kurumlar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Ahmet KARAYET Eya	Patoloji	KAM Patoloji (MVI)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bahar HÜRRETCİOĞLU Eya	Mikrobiyoloji	Microbiyoloji Yarıncı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Baş. Öğr. Üyesi İZZET DOKUMACI Eya	Mikrobiyoloji	Enfermerlik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
BİRDYARSA:							

\*Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Can ACIPAYAM  
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasızın yer almadığı her sayfaya İmza gerektirir.

## 8.2. Sosyodemografik Veri Formu

### SOSYODEMOGRATİF VERİ FORMU

1. Çocuğun adı soyadı:.....
2. Çocuğun yaşı:.....
3. Çocuğun cinsiyeti (a) Erkek (b) Kız .....
4. Çocuğun eğitimi (yıl-kaçıncı sınıf):.....
5. Kaç kardeşi var?..... Kaçınca çocuk:
6. Yaşadığı yer (köy, ilçe, şehir):.....
7. Annenin yaşı: ..... Babanın yaşı:
8. Annenin eğitim durumu  
(a) Okur-Yazar değil (b) Okur-Yazar (c) İlkokul mezunu  
(d) Ortaokul Mezunu (e) Lise mezunu (f) Üniversite mezunu
9. Anne mesleği  
(a)Ev hanımı (b) İşçi (c) Memur (d) Emekli (e) Esnaf (f) Serbest (g) Diğer
10. Babanın eğitim durumu  
(a) Okur-Yazar değil (b)Okur-Yazar (c)İlkokul mezunu  
(d) Ortaokul mezunu (e)Lise mezunu (f)Üniversite mezunu
11. Babanın mesleği  
(a) İşçi (b) Memur (c) Emekli (d) Esnaf (e) Serbest (f) İşsiz (g) Diğer
12. Anne baba arası akrabalık (a) Var (b) Yok
13. Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir?  
(a) 600 TL veya daha az (c)1500-2500 TL arası (e) 5000 TL üzeri  
(b) 600-1500 TL arası (d) 2500-5000 TL arası
14. Aile tipiniz nedir?  
(a) Çekirdek aile (b) Geniş aile (c) Boşanmış aile  
(d) Anne kaybı (e) Baba kaybı
15. Annede psikiyatrik hastalık var mı?  
(a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....
16. Babada psikiyatrik hastalık var mı?  
a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....
17. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki tıbbi sorunlardan birisini yaşadı mı?  
(a) Kanama (b) Enfeksiyon (c) Yüksek tansiyon  
(d) Şeker (e) Nöbet (f) Aşırı kilo alma  
(g) Yaralanma (h) Ameliyatlar (i) Diğer (belirtiniz.....)  
(j) Tıbbi bir hastalık geçirmedi



18. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki psikososyal stresörlerden birisini yaşadımı?

- (a) Ayrılık (b) Maddi Sıkıntı (c) İş sorunları  
(d) Kötü yaşam koşulları (e) Ölüm (f) Stresöre maruz kalmadı

19. Hamilelik döneminde anne sigara kullanıyor muydu?

- (a) Evet (b) Hayır

20. Hamilelik döneminde anne alkol kullanıyor muydu?

- (a) Evet (b) Hayır

21. Hamilelik döneminde anne ilaç kullanıyor muydu?

- (a) Evet (.....) (b) Hayır

22. Çocuğun doğum şekli

- (a) Normal doğum (b) Sezeryan (Neden? .....

23. Çocuğun prematür (erken) doğum öyküsü

- (a) Var (b) Yok

24. Çocuğun başka hastalık öyküsü

- (a) Var (.....) (b) Yok

25. Çocuğun uzun süreli kullandığı ilaç var mı?

- (a) Var (.....) (b) Yok

### 8.3.Güçler ve güçlükler anketi- Ebeveyn formu

#### GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 4-16

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçükler iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?



#### 8.4. Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği- (AHÇYTÖ)

#### AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun	Oldukça Uygun	Biraz Uygun	Hiç Uygun
Buluyorum	Buluyorum	Buluyorum	Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

#### AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ANKETİ

##### (KISALTILMIŞ FORMU)

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.

11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.

28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.

47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüle karşılanamaz..
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
57. 57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
58. 58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
59. 59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
60. - Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.

## 8.5. Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R)

### SCL-90-R (psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI: ..... YAŞ: ..... CİNSİYETİ(E/K): ..... MESLEĞİ: .....

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi  
tır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay  
isinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. ( 2 ) Baş ağrısı  
Çok az : 1  
Orta derecede : 2  
Oldukça fazla : 3  
İleri derecede : 4

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak



39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

## 8.6. Bilgilendirilmiş çocuk gönüllü olur formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ÇOCUK GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız**

#### 1-ARAŞTIRMANIN ADI:

ENÜREZİS TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN, ANNE BABALARINDAKİ PSİKİYATRİK BELİRTİLERİN VE AİLELERİN ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

#### 2-ÇOCUĞA UYGULANACAK İŞLEM NEDİR VE NE AMAÇLA YAPILIR?

Çocuk ve ergenlerden çalışma verilerini elde etmek için belirlenmiş olan anket formlarını eksiksiz doldurmaları istenecek.

#### 3-İŞLEM HAKKINDA ÇOCUK VE AİLESİNİ BİLGİLENDİRİCİ AÇIKLAMA

Formlardan elde edilen bilgiler gizli tutulacak herhangi bir yerde paylaşılmayacaktır.

#### 4- ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

(gözlenebilecek istenmeyen etkiler, karşılaşılabilecek sorunlar (allerji,enfeksiyon,başağrısı, bayılma, morarma vb.)

Herhangi bir risk bulunmamaktadır

#### ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

1- 4-  
2- 5-

**6-ÇOCUK GÖNÜLLÜ KATILMA KOŞULLARI VE SORUMLULUKLARI** (örn. uygulama süresi boyunca hiçbir ilaç kullanmama, uygulanan tedavi şemasına özen gösterme, araştırmacının, vb.).

Katılımcının ve ebeveynin formları eksiksiz doldurması istenmektedir.

Bu koşullara uymadığınız takdirde araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

#### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 160'dır.

#### **KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 1 aydır.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

*(örn, çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilme olasılığı, sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmeyeceği vb.)*

1

2-

3-

Gebe kalmanız

Çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

**DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?** (şimdilik uygulanmayacak olup ileride uygulanabilecek tedavi yada işlemler ve bunların riskleri)



1-

4-

2-

5-

**İLGİ MEVZUAT GEREĞİNCE GEREKİYORSA, ÇOCUK GÖNÜLLÜYE VERİLECEK TAZMİNAT VE/VEYA SAĞLANACAK TEDAVİLER, YAPILACAK ULAŞIM, YEMEK GİBİ MASRAFLARA İLİŞKİN ÖDEMELERİN MİKTARI, YÖNTEMLERİ VE ÖDEME PLANI HAKKINDAKİ BİLGİLER**

(Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil ) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir)

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için sorumlu araştırmacıya başvurabilirsiniz. .

**İSTEDİĞİM ZAMAN ARAŞTIRMADAN AYRILABİLİRMİYİM**

Araştırmaya katılımınızın isteğe bağlı olduğu ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

**ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:**

Aşağıda isimleri yazılı doktor ve ekibi tarafından hastalığım/ çocuğumun hastalığı hakkında bilgilendirildim ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Hastalığın tanısı ve etkin tedavisinin sağlanabilmesi için araştırmanın önemi anlatıldı.

İşlemin nasıl uygulanacağı, işlem sırasında yapılacak müdahaleler, işleme bağlı olarak oluşabilecek riskler ve bu riskler gelişmesi durumunda yapılabilecek ekstra müdahaleler konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Yapılacak girişimlerle ilgili soru sormak ve doktorumla sorularımı tartışmak için gerekli zaman ve fırsatım oldu ve sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Hiçbir baskı altında kalmadan ve bilincim açık olarak, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Formda bulunan bütün bilgileri anlayarak okudum ve bu formu imzaladım. Formda bulunan tüm boşluklar imzamdanda önce doldurulmuştur.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.”

TARİH :

Hasta Adı ve Soyadı:

İmza:

Vasi Adı ve Soyadı:

İmza:

Doktor Adı ve Soyadı: Osman BERTİZLİOĞLU

İmza:

Doktor Telefon : 03443003026

Çevirmen varsa Adı ve Soyadı:

İmza:

## 9. ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Kahramanmaraş'ta dünyaya geldim. İlköğretim ve lise eğitimimi Kahramanmaraş'ta tamamladım. 2008 yılında liseden mezun olup Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım ve 2014 yılında mezun oldum. İlk görev yerim olan Kahramanmaraş Pazarcık İlçe Devlet Hastanesinde 1 yıl pratisyen hekim olarak çalıştıktan sonra 2015 yılında Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım.

Evliyim ve bir çocuk babasıyım.

Yabancı dilim İngilizce'dir.

