

37698

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DOĞANKENT SAĞLIK OCAĞI KIRSAL BÖLGESİNDE  
5-14 YAŞ GRUBUNDA  
ENUREZİS PREVALANS HIZI ARAŞTIRMASI  
1989

Dr.Önder KARAÖMERLİOĞLU

TÜRKİYE  
BİLİMSEL VE TEKNİK  
ARAŞTIRMA KURUMU  
KÜTÜPHANESİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

## İÇİNDEKİLER:

|                                       | <u>Sayfa</u> |
|---------------------------------------|--------------|
| Giriş.....                            | 1-4          |
| Amaç.....                             | 4-5          |
| Materyel ve Metod.....                | 5            |
| Çalışma Yeri.....                     | 5-6          |
| Metod Seçimi.....                     | 6-8          |
| Tanımlar.....                         | 8-12         |
| Bulgular.....                         | 12-35        |
| Tartışma.....                         | 36-49        |
| Sonuç.....                            | 50-52        |
| Toplum Sağlığı Yönünden Enurezis..... | 53-54        |
| Öneriler.....                         | 54-56        |
| Tedavi.....                           | 56-64        |
| Özet.....                             | 65-66        |
| Kaynaklar.....                        | 67-69        |
| Anket Formu.....                      | 70-73        |
| Fizik Muayene Formu.....              | 74           |

TABLolar:

|   | <u>Sayfa</u> |
|---|--------------|
| Tablo 1 : Köylere göre araştırmaya katılan ve katılmayan çocukların dağılımı  | 13           |
| Tablo 2 : Köylere göre araştırılan deneklerin cinslere dağılımları  | 13           |
| Tablo 3 : Araştırılan deneklerin yaş grupları ve cinse göre dağılımları   | 14           |
| Tablo 4 : Köylere göre saptanan enurezis sayısı ve hızı dağılımı  | 14           |
| Tablo 5 : Yaş gruplarına göre enurezis sayısı ve prevalans dağılımı   | 15           |
| Tablo 6 : Okul durumuna göre enüretik çocukların sayısı ve prevalans hızı dağılımı                                    | 15           |
| Tablo 7 : Cinslere göre enüretik çocukların sayıları ve pre-16 valans hızı.   | 16           |
| Grafik 1: Araştırmaya katılan popülasyonun cins ve yaşa göre dağılımı   | 16           |
| Grafik 2: Saptanan enurezislerin yaş gruplarına göre dağılımı (Histogramı, Sütun grafiği)                             | 17           |
| Grafik 3: Araştırılan köylerde enurezis vakalarının cinse ve yaş gruplarına göre dağılımı (Histogramı, Sütun grafiği) | 17           |
| Grafik 4: Araştırılan köylerde enurezis hızlarının yaş gruplarına ve cinse göre grafiği                               | 17           |
| Tablo 8 : Aile tiplerine göre enüretik ve kontrollerin dağılımı   | 18           |
| Tablo 9 : Okul durumuna göre enüretik ve kontrol grubundaki çocukların dağılımı                                       | 18           |
| Tablo 10: Babaların eğitim durumuna göre enüretik ve kontrol çocukların dağılımı                                      | 19           |

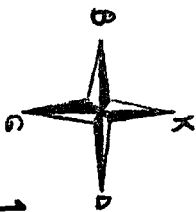
|  |    |
|--|----|
| Tablo 11: Annelerin eğitim durumuna göre enüretik ve kontrol çocukların dağılımı                   | 20 |
| Tablo 12: Ebeveynlerin ekonomik durumuna göre enüretik ve kontrollerin dağılımı                    | 20 |
| Tablo 13: Baba mesleğine göre enüretik ve kontrol çocukların dağılımı                              | 21 |
| Tablo 14: Babanın öyküsünde enurezis olma durumuna göre enüretik olan ve kontrol grubunun dağılımı | 21 |
| Tablo 15: Annenin öyküsünde enurezis olma durumuna göre enüretik olan ve kontrol grubunun dağılımı | 22 |
| Tablo 16: Kardeş sayısına göre enüretik ve kontrol grubu çocukların dağılımı                       | 22 |
| Tablo 17: Tuvalet eğitimi görme zamanına göre enüretik ve kontrollerin dağılımı                    | 23 |
| Tablo 18: Kaçınıcı çocuk olduklarına göre enüretik ve kontrol olan çocukların dağılımı             | 23 |
| Tablo 19: Son 5 yılda kardeşi ölen ve ölmeyenlerin enüretik ve kontrollere göre dağılımı           | 24 |
| Tablo 20: Anne-Baba ilişkilerine göre enüretik olan ve olmayanların (kontrol) dağılımı             | 24 |
| Tablo 21: Baba-çocuk ilişkilerine göre enüretik ve kontrol grubu çocukların dağılımı               | 25 |
| Tablo 22: Anne-çocuk ilişkilerine göre enüretik ve kontrol grubu çocukların dağılımı               | 25 |
| Tablo 23: Anne-Baba dışındakilerin enüretik olan ve olmayanlara (kontrol) göre dağılımı            | 26 |
| Tablo 24: Annesi ölen çocukların enüretik olan ve olmayanlara göre dağılımı                        | 27 |
| Tablo 25: Helanın içerde ve dışarda oluşuna göre enüretik olan ve kontrol grubunun dağılımı        | 27 |

|   | <u>Sayfa</u> |
|---|--------------|
| Tablo 26: Tuvalet eğitim şekline göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı                    | 28           |
| Tablo 27: Kıskaçlık durumuna göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı                        | 29           |
| Tablo 28: Malnütrisyon durumuna göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı                     | 29           |
| Tablo 29: Ailede diğer kardeşte enurezis olma durumu ile enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı | 30           |
| Tablo 30: Uyku durumuna göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı                             | 31           |
| Tablo 31: Ağır enfeksiyon durumuna göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı                  | 31           |
| Tablo 32: Yaş gruplarına göre enüretik ve kontrollerde sünnet durumunun dağılımı                      | 32           |
| Tablo 33: Pollaküri yakınmalarının enüretiklerde ve kontrollerde dağılımı                             | 32           |
| Tablo 34 A: Saptanan parazit çeşitlerinin enüretik olan ve kontrol çocuklarda dağılımı                | 33           |
| Tablo 34 B: Parazit pozitifliğinin enüretik ve kontrollerdeki dağılımı                                | 34           |

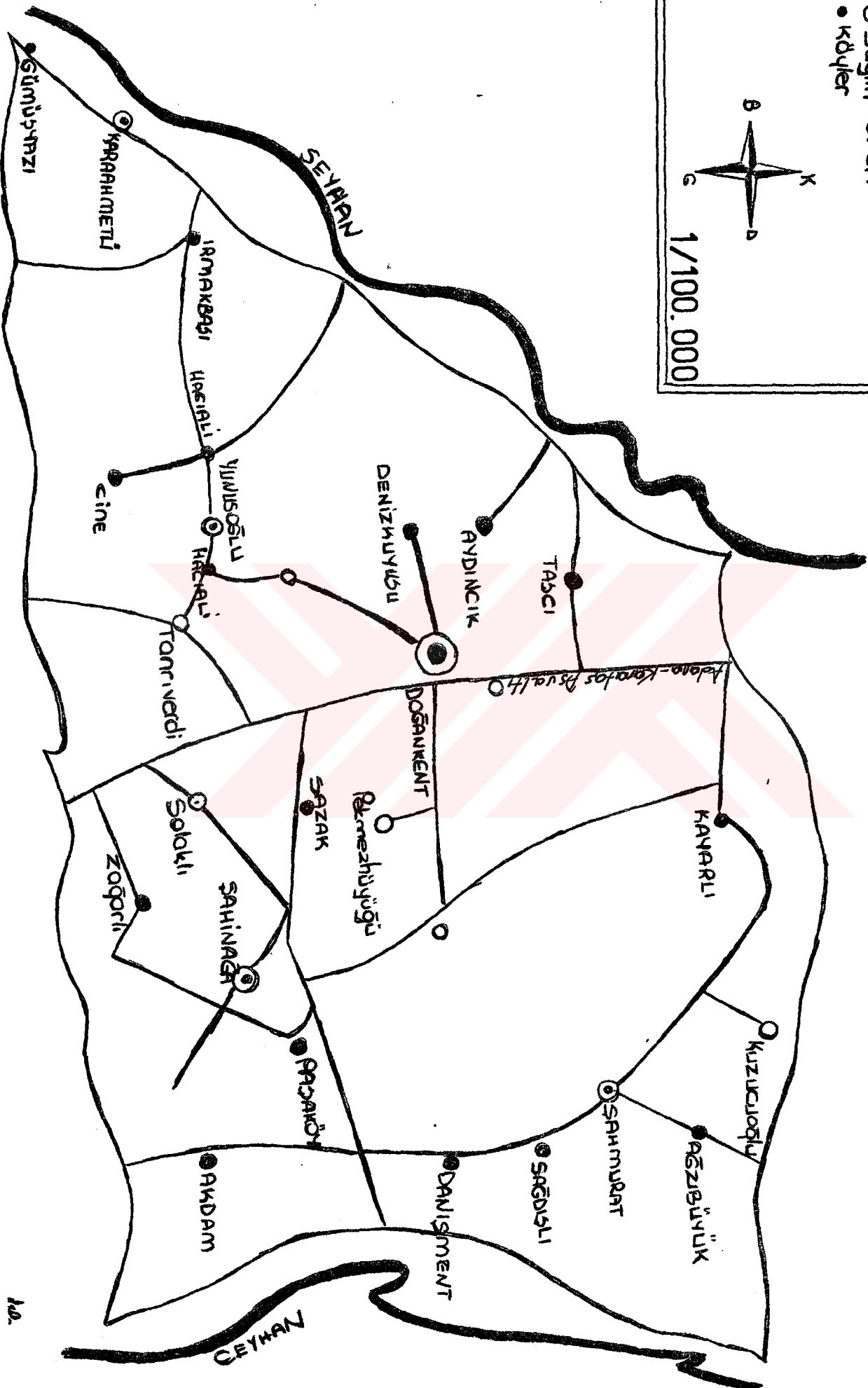
DOĞANKENT

SAGLIKOCASINA BAĞLI KÖYLER

- Sağık evleri
- Köyler



1/100.000



## TEŐEKKÜR

Araştırmanın her safhasında değerli fikirlerinden istifade ettiğim ve emeğini hiç bir Şekilde esirgemeyen danışmanın Sayın hocam Prof.Dr.Ahmet TUNCER'e her zaman istatistik ve diğer konularda bana yardımcı olan Doę.Dr.Refik BURGUT'a, Uzman Dr.Nazan ALPARSLAN'a .Ü.Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerine, araştırmada yakın ilgi ve yardımlarını gördüğüm Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Sağlık Grubu Başkanı Sayın Doę. Dr.Muhsin AKBABA'ya köysel bölgede araştırmama hizmetleri geçen Doğankent Sağlık Ocağı ve Sağlık evleri yardımcı personellerine candan teőekkür etmeyi bir borę bilirim.

Dr.Önder KARAÖMERLİÖĞLU

DOĞANKENT S.E.A. BÖLGESİ DOĞANKENT VE YUNUSOĞLU KÖYLERİNDE  
5-14 YAŞ GRUBU ENUREZİS PREVALANS  
HIZI ARAŞTIRMASI (x)

Dr.Önder KARAÖMERLİOĞLU (xx)

GİRİŞ:

Enurezis halkın,hatta sağlık personelinin fazla önemsemediği,üzerinde durmadığı bir konudur. Dünya literatürlerinde enurezis hakkında pek çok araştırmalar yapılmasına rağmen,enurezis prevalans hızı özellikle kırsal alandaki prevalans hızı çalışmaları yok denecek kadar azdır.

Toplumumuzda anne ve babaların çoğu enurezisi hastalık kabul etmezler,bazıları ise saklamaya özen gösterirler. Enurezis anne ve babalar için önemli bir sağlık sorunudur,dolayısıyla doktorların daha dikkatli olmaları ve konuya önemle eğilmeleri gerekmektedir. Bugüne kadar elimize geçen yerli ve yabancı literatürlerde,köysel bölgede enurezis prevalans çalışmalarına,diğer hastalıklardaki kadar rastlanmadı. Bu husustaki çalışmalar çok azdır. Fakat son zamanlarda enurezisin toplumun gizli bir derdi olarak ortaya çıkması,çalışmaları bu yönde arttırmaya başlamıştır. Enurezis üzerine araştırmalar daha çok hastaneye başvuranlara veya toplu olarak yetiştirme yurtları,kreş v.b.gibi yerlerde yaşayanlarla ilkokullarda okuyan çocuklara (v.b.gibi) uygulanmaktadır.

Enurezis prevalans hızı üzerindeki araştırmalarda,yalnız hastanelere müracaat eden veya yatanları içine alması nedeni ile bu tip araştırmalar hiç bir zaman toplumu temsil edemez. Enurezise hassas popülasyondaki öğrencilerde yapılan araştırmalar ise,ancak o öğrenci popülas-

(x) Ç.Ü.Tıp Fakültesi Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi  
(xx) Ç.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi



yonunu temsil edebilir. Enurezisler ilk defa karşılaştığı anketçiye veya doktora sır gibi sakladığı derdini söyleyemez. Bu nedenle bu araştırmalarda, enurezis prevalans hızı, doğru olarak saptanamaz.

Enurezis önemli bir çocuk sağlığı sorunudur, çocuğu ve tüm aileyi etkilemesinin yanısıra aile-çocuk ilişkileri ile çocuk ve sosyal çevre ilişkilerini de etkiler. Çocukta ve sosyal çevresinde bazı psikolojik sorunlar yaratır.

Bu yoldan hareket ederek araştırmaya başlamadan önce "Toplum hekimliğinin amaçlarından biri olan aile hekimliğinin canlandırılması ve aileye itimat telkin ederek, onlara teşhir edilmeyeceklerini söyleyerek, ikna ederek enurezis prevalans çalışması yapılırsa, doğru sonuç alınabileceğini tahmin ederek" yola çıktık (1).

Enurezis prevalansı için yapılan çalışmalar esnasında, "karşılaşılan bazı durumlar, problemin özelliği ve genişliği hakkında bize önemli bilgiler verdi. Enurezis prevalans hızının normalde beklenenin çok üstünde olduğu görüldü". Araştırmaya katılan anne ve babaların en büyük korkusu, enurezisli olan çocuklarının teşhir edilmesiydi. Hâttâ bazı anneler oğlu ve kızlarının bu durumu duyulursa, toplumdaki soyutlanacağını, hâttâ evlenemeyeceklerinden korkuyorlardı. Bazı anne ve babalar bu problemde o kadar etkilenmişlerdi ki, "çocuğumuzu bu dertten kurtar ne isterseniz yaparız" diyerek hislerini samimiyetle ifade ediyorlardı. Çocuk sürekli altını ıslatmakla, söylemediği bir sorununu ifade etmektedir. Ör: Küçük kardeşini kıskanma hali, onun gibi bebek olma isteği, yemek yemeyi ve büyümeyi reddetme eğilimi, yada eve geç gelen annenin eksikliği, çok az görebildiği ancak hafta sonları karşılaştığı babasının yokluğu gibi. Bütün bunlar bilinçsiz yapılır; enurezisi ile, yürümeyen yolunda gitmeyen şeylere, çevrenin dikkati çekmek istenir. Bu durum evdekiler için, özellikle çalışan anne için, can sıkı-

cı bir durumdur. Çünkü bazı anneler (enüretik çocuğu olan) çevresinden utanıyorlardı. Hâttâ bir anne, çocuklarından ikisinin enüretik olduğunu, devamlı yatak ve yorganı ıslattığını ve bunları hergün yıkamaktan, asmaktan bıktığını, komşularından utandığını söylemişti.

Enurezisten yalnız anne ve babalar şikayet etmiyorlardı. Okul çağındaki enüretik çocuklara arkadaşları, "sidikli" diye alay ediyorlar, bu durum çocuğun ruhsal yapısını etkiliyor ve derslerinde başarısız oluyorlardı. Yatağını ıslatan çocuklar bu durumdan çok etkileniyorlardı ve sabahleyin yataklarından çıkmak istemiyorlardı, kahvaltıya gelmiyorlar, hâttâ evdeki diğer kardeşleri tarafından "yinemi altını ıslattın" diye alay ediyorlardı. Bu durum anneleri çok üzüyordu. Çocuğun bu durumunu bilen anne için, akşam yatılı gezmeleri bir azap oluyor, bazende çeşitli sebepler uydurarak, yatılı gezmelere gitmiyor, çocukları için eve kapanıyorlardı.

Bazı anne ve babalar enurezisi bir hastalık, bir problem olarak kabul etmiyorlar, normal bir hadise gibi görüyorlar, "büyüyünce geçer" diyerek aldırıyorlardı. Fakat yine de enurezisli çocukların teşhir edilmesinden korkuyorlardı. Daha çok anneler, kız çocukları için endişe duyuyorlardı ve bize "doktor bey kızımın bu derdini kimse bilmesin aramızda kalsın" diye rica üstüne, rica ediyorlardı. İşte tüm bunlara dayanarak, araştırma ilginç bir hale bürünüyordu. Araştırmamızda doğru sonuç almamız için, önce yaygın ve yoğun bir sağlık eğitimine ihtiyaç vardı.

Bu konuda bir araştırma yapılacak topluma, sağlık eğitimi yapmadan, onları ikna etmeden işe başlanırsa, çoğunun enurezis olduğunu inkâr edeceği ve sonuçta hayli hatalar olacağı açıktı. Onun için işe, ocakta çalışan yardımcı sağlık personeli ile başlandı. Enurezis hakkında her şey onlara anlatıldı. Yardımcı sağlık personeline, anne ve babaları na-

sıl eğitecekleri, nasıl ikna edecekleri, araştırmanın amaçları, plânı, neler yapılacağı, bütün ayrıntılarıyla anlatıldı. Araştırma plân safhasındayken, çalışma yapılacak sahada, yoğun yaygın bir sağlık eğitimine başlandı. Normal poliklinik ve diğer sağlık hizmetleri yanında, enurezis eğitimine geniş yer verildi. Sağlık ocağında, poliklinikte hasta muayenesi yapılırken evlerde hasta ziyareti yapılırken, gebe ve çocuk izlemeleri amacı ile ev ziyaretleri yapılırken, köylere yapılan gezilerde ve kontrollerde, her yerde, enurezis eğitimi yapılmaya başlandı. Anne ve babalara neler yapılacağı, enurezisin nedeni tesbit olursa, tedavi edilecekleri, hiç bir şekilde teşhir edilmeyecekleri, doktor ve hasta arasında "bir sır" olarak kalacağı söylendi. Bu işler yapılırken anket ve fizik muayene formları hazırlandı.

Yaptığımız bu eğitimlerden sonra, annelerin dikkati enurezis üzerine çekilmiş oldu. "Yatak ıslatma büyüyünce geçer" diyen, çocukların yatakları ıslatmasına kızmayan anneler bile, araştırmanın bir an önce başlamasını ve çocuklarının bu deritten bir an önce kurtulmasını istiyorlardı. Ortam böylece hazırlandıktan sonra, araştırmaya başlandı.

#### AMAÇ:

Bu araştırmanın temel amacı, daha çok okul çağındaki çocuklarda problem olan enurezisin, Doğan kent ve Yunusoğlu köylerindeki görülme sıklığı ve nedenlerinin incelenmesidir. Ayrıca bilinen etiyolojik faktörler dışında görülen etkenlerin rolünü bulmak için, çalışmaları başlatmak, ayrıca anne ve babaları çok üzen, çocuk psikolojisinde menfi olarak etki yapan, çocukta aşağılık duygusu meydana getirerek, başarısızlığına sebep olan, aile ve çocuğu ruhsal yönden etkileyen, bu gizli derdi ortaya çıkarmaktır.

Bunun için mevcut imkanlar ve sağlık eğitimi ile toplumun derdelerine, bir parça olsun çare bulmak, tüm dikkatleri enurezis üzerine çekerek,

endüretik çocukları ve nedenlerini saptayarak tedavi etmek,ileri tetkik ve tedavi isteyenleri hastaneye göndermek, bu arada annelere tuvalet eğitimi hakkında da bilgi vermek amacıyla,bu araştırma planlandı.

**MATERYEL VE METOD:**

**ÇALIŞMA YERİ:**

Enurezis prevalansı araştırması Ç.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Grup Başkanlığına bağlı iki büyük köy olan Doğankent ve Yunusoğlu köylerinde 5-14 yaş grubunda olan çocuklarda yapılması planlandı.

Araştırma yapılan iki köyümüzün toplam nüfusu 7132 idi. 5-14 yaş grubunda bulunan 2280 çocuğun araştırması kararlaştırıldı. Araştırmaya 2171 çocuk katıldı. Katılma hızı %95.2 idi.

Doğankent köyü: Adana Karataş asfaltı üzerinde 15 km. de,Yunusoğlu köyü ise Adana Tuzla yolu üzerinde,Tanrıverdi köyünden 5 km. mesafede, Adana'dan 28 km.uzaklıkta olan bir muhtarlıktı. (Bakınız ek Harita). Doğankent ve Yunusoğlu köyleri,düz ve sulak arazi üzerinde kurulmuşlardır. Halkın çoğu işçi (%46.1) i, bir kısmı çiftçi (%16.0), diğer meslek grubundandı (%37.9). Her iki köy kültürel ve ekonomik yönden birbirine benzemektedir. Çünkü bölge halkının %80.0 inden fazlası Güney ve Güneydoğu illerinden gelip yerleşen halktır. Bölgede çekirdek aile tipi hakimdir (%86.2). Her iki köyümüzde de ilkokul,ortaokul ve cami mevcuttur. Bölge halkının sosyo-ekonomik durumu iyi değildir. Araştırma yapılan Doğankent ve Yunusoğlu köylerinde,halkımızın eğitim düzeyide düşüktür. Okur-yazarlık oranı erkeklerde %56.0,kadınlarda %32.0 dır. Köylerde evlerin %31.0 ı beton, %32.0 ı kerpiç, %32.0 si taş, %5.0 i diğer şekillerde yapılmışlardır. Halkın çoğunluğu (%95.0) i, kendi evlerinde oturmaktadır. Fizik çevre yurdumuzun diğer kırsal bölgeleri gibidir.(%80.0

tek çukurlu hela, %18,0 inde forseptik hela, %2,0 sinde ise hela yoktur veya çukursuz hela vardır) (2).

Bölgede aydınlatma elektrikle olmaktadır. Isıtmada sıra ile: Pamuk çubuğu, odun, mısır sömeği ve az olaraktan kömür kullanılmaktadır. Yurtdışında bahsettiğimiz gibi halkın %20,0 si yerli, %80,0 i ise Güney ve Güneydoğu Anadolu'dan gelen halktan oluşmaktadır.

#### METOD SEÇİMİ:

Araştırma için Doğan kent Sağlık Ocağında bulunan, 1987 yılı ev halkı tesbit fişlerinden yararlanarak, 4 yaşını bitirmiş olan ve 5 yaşından gün almış olanlarla, yaş (14 dahil) grubunda çocuğu olan aileler ayrıldı (Tablo 1, Sayfa 13). Kayıtların doğruluk derecesini kontrol, gerekli düzeltmeleri yapmak ve araştırmanın amaçlarına bütün bölgeye duyurmak için, bölgede çalışan yardımcı sağlık personeli yardımı ile, bölge tarandı. Taramada yalnız hassas grupta çocuğu olan evler değil, bütün haneler teker teker ziyaret edildi. Dikkati çekmemek için her hanede: Bu sene kızamık geçiren oldu mu?-doğum oldu mu?-ölen oldu mu?-göç eden veya yeni gelen oldu mu? gibi sorular soruldu. Enuresis hassas çocuğu olan evlerde, çocukların ismi, teker teker okunarak ve bizzat görülerek, mevcudiyetleri ve yaşları kontrol edildi. Gerekli eğitim tekrarlanarak, hiç bir şekilde teşhir edilmeyecekleri söylenerek, ikna edildiğine kanaat getirdikten sonra, çocuklarından yatağı ıslatan olup olmadığı soruldu; böylece enüretik olanlar tesbit edildi.

Bütün hazırlıklar ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, enüretik çocuğu olan aileler, yeniden ziyaret edilerek, gerekli bilgiler tekrar tazelenildi ve ankete hazırlandı. Anket için anneler konuşmak için tercih edildi. Anneleri bulunmayanların, en yakın büyüğü ile konuşuldu. Ziyaretlerde, hastaların teşhir edilmemesine azami dikkat edildi. Anne ile

anket formu hakkında konuşmaya başlamadan önce, enüretik çocuk dışarıya çıkarıldı. Anket formu anneye okundu, gerekli açıklamalar yapıldı, araştırmamızın amaçları tekrar izah edildi. Sorularımıza verilen cevaplar, anket formuna işlendi. Önceden hazırlanmış, üzerine etiket yapıştırılmış şişelere, çocuğun adı, soyadı ve köyü yazılarak, annelere verildi. İdrar ve gaitalar, bu şekilde toplandı ve çocuklarda aynı gün ocağa gelerek hem sistematik muayeneleri yapıldı, hemde lâboratuvar tetkikleri yapıldı.

Anket formu, özel olarak annelere sorulduğundan, bilhassa geniş ailelerde görülen geçimsizlikler, çekinmeden söyleniyordu. Bazı aileler hâlâ kocasının yatağını ıslattığını söylüyordu. Bu şekilde yapılan araştırmadan en iyi şekilde sonuç alınacağı kanısındayız.

Lâboratuvar muayenesi olarak tam idrar tahlili ve gaitada parazit araştırması yapıldı.

İdrarda Protit: 5-10 cc idrar tüpe kondu. Tüp üst tarafından ısıtıldı, üzerine %3 lük Tricler asetik asitten bir kaç damla damlatılıp, bulanıklığın meydana gelip gelmediğine bakıldı.

İdrarda Şeker Aranması: 4 cc benedik miyarı, tüpe kondu. Üzerine 8 damla idrar ilave edilerek kaynatıldı. Meydana gelen renk değişikliğine göre değerlendirildi.

İdrarda idrar sedimentine ışık mikroskobu ile bakıldı. Bulgulara göre üriner enfeksiyon durumu tesbit edildi (idrar kültürü yapma mümkün olamadı).

Gaita Muayenesi: Gaitada parazit direkt yayma usulü ile arandı. Mercimek büyüklüğünde gaita parçası öze, onu bulamadığımız zaman kibrit çöpü ile alındı, lamın üzerine 2-3 damla serum fizyolojik veya çeşme suyu kondu. Gaita homojen hale gelinceye kadar, öze veya kibrit çöpü ile ezildi. Üzerine lamel konarak mikroskopta bakıldı. Öze muayeneden önce ve sonra kor haline gelinceye kadar yakıldı, kibrit çöpleri ise atıldı.

**Ağırlık Ölçülmesi:** Ağırlık, üzerinde ağır giysiler var ise çıkartılarak yalnız don-gömlek bırakılıp, 150 kg. kadar tartan baskül ile tartıldı.

**Boy Ölçülmesi:** Baskül üzerinde bulunan uzunluk ölçüsü ile ölçüm yapıldı. Tarama usulü ile yapılan araştırmamız özet olarak şu safhalardan geçti:

- 1- Planlama, çalışma yerinin saptanması ve anket formlarının hazırlanması.
- 2- Sağlık Eğitimi: a) Personelin eğitimi b) Anne ve babaların eğitilmesi.
- 3- 5-14 yaş grubunun ocak kayıtlarından çıkarılması ve doğruluk derecesinin kontrolü.
- 4- Enurezise hassas popülasyonun taranması ve enüretiklerin tesbiti.
- 5- Enüretik çocuğu olan aileleri ziyaret ve enüretiklerin fizik muayenesi ile anket formlarının doldurulması.
- 6- Lâboratuvar muayenesi (İdrar, gaita, da parazit).
- 7- Lâboratuvar neticelerine göre enfestasyon ve üro-genital sisteme ait patolojik bulguları olanlara gerekli reçetelerin yazılması, tedavisi.
- 8- Patolojik bulgu tesbit edilmeyenlerde psikoterapi, sağlık eğitimi ve gerekli önerilerin yapılması.

#### TANIMLAR:

#### ENUREZİS:

Enurezis bir hastalık değil, bir çok faktörlerin etkisi ile meydana gelen, bir semptomdur ve pek çok araştırmacı tarafından çeşitli şekilde tanımlanmaktadır. Kelime manası ile eski yunanca "enurin" kelime-

sinden gelir, yatak ıslatma anlamındadır (3). Bir tanıma göre enurezis: 5 veya 6 yaşından yukarı çocuklarda haftada 2 veya daha fazla altını ıslatma durumudur (4). Bir başka tanıma göre, enurezis; kontrol edilebilmesi gereken bir yaşta, uygunsuz yada istek dışı idrar boşaltma veya kaçırma durumudur (5).

Enurezis; "Kısa bir süre içinde olsa, idrarını tutmayı başarabilen, mesane fonksiyonunu kontrol edebilen, çocuk veya yetişkinin, uygun olmayan durumlarda idrarını bırakması" diye tanımlanabilir (6).

Enurezis başlama yaşı hakkında literatürde değişik yaşlar vardır. Ör: Campbell'e göre 5 yaş üstü (4), 5-6 yaş üstü (7), yerli yayınlarından 3-4 yaş üstü (9), 4-5 yaş üstü (10) v.b. gibi.

Araştırmamızda yabancı ve yerli literatür ile bölgenin durumu dikkate alınarak, enurezis başlama yaşı olarak: 4 yaşını bitirmiş, 5 yaşından gün almış olması ile 14 yaş arasını kabul ettik. Böylece 5-14 yaş grubu tarandı. 15 yaş ve üzerindeki gruptaki popülasyonu değişik nedenlerle (işçi olarak başka yere gitmek, evlenmek v.b. gibi), bölgeyi terk ettiklerinden, araştırma bu yaş grubuna uygulanmadı.

"Haftada enaz bir veya daha fazla sürekli olarak yatak ıslatanlar enüretik olarak kabul edildi. Arada sırada yatak ıslatanlar enüretik kabul edilmedi" (1).

"Enurezis nokturna (nokturnal enurezis): Gündüz ve gece mesane kontrol kabiliyeti kazanma yaşından sonra, idrarın yalnız, gece ve uyku da istem dışı yapılmasıdır (gece işemesidir)" (1).

"Enurezis Diurna: Gündüz ve gece mesane kontrol kabiliyeti kazandıktan sonra, idrarın istem dışı gündüz kaçırılması enurezis diurna diye adlandırılır" (1).

"Enurezis Kontinua: Mesane kontrolü kazanma yaşından sonra, idrar kaçırma hem gündüz hemde gece oluyorsa, bu da enurezis kontinua diye adlandırılmaktadır" (11,12,1).



**AİLE TİPİ:**

Çekirdek aile (Anne,baba ve çocuklardan oluşan), Geniş aile (Anne,baba,çocuklar ile beraber oturan ailenin anneanneleri veya babaanneleri,anne veya babanın yanında kalan kardeşleri gibi), Parçalanmış aile (Anne,veya babanın biri ayrılmış veya çocuklar ayrılmış).

Annenin Mesleği: Ev kadını,memur,serbest meslek ve diğer mesleklerden oluşu,

Anne ve Babanın Eğitim Durumu:Okur-yazar değil,okur-yazar,ilk-  
okul,ortaokul,lise ve üstü okul mezunu olması ve enurezis arasındaki ilişki,

Kaçıncı Çocuk Olduğu:İlk,ara,son çocuk ile enurezis ilişkisi

Olumsuz İlişkiler:

a) "Anne-Baba İlişkileri: Anne ve babaların çocuklar önünde kavga etmeleri, anne-babanın ayrı oturması,boşanmaları" (1).

b) "Anne-Çocuk ve Baba-Çocuk İlişkileri: Anne veya babanın çocuğu çok dövmeleri,azarlamaları,korkutmaları,kışkandırmaları,başkasına evlâtlık olarak veya besleme olarak vermeleri,anne ve babanın üvey oluşları" (1).

c) "Anne-Baba Dışındakilerin Çocukla İlişkisi: Geniş aile tiplerinde anne-babadan gayri,aynı çatı altında oturan,büyükanne,büyükbaba,teyze,hala ve bunun gibi fertlerin bir veya birkaçının çocuğu aşırı azarlaması,dövmesi,hiç sevmemesi,kışkandırması,korkutması,v.b. olumsuz ilişki olarak kabul edildi" (1).

"Olumlu İlişkiler: Sosyal çevrede bulunan kişilerin enüretik çocuğa ilgi ve şefkat göstermesi,kışkandırmaması,dövmemesi olumlu ilişki olarak kabul edildi" (1).

Anne ve Babanın Ekonomik Durumu: Enüretik çocuğa olan ailelerde kişi başına düşen yıllık gelir ortalaması 0-199000 ₺,olanlar "Eko-

nomik durumu kötü" 200000 ₺,-499000 ₺.olanlar "orta",500000 ₺.'den fazla olanlar "ekonomik durumu iyi olarak kabul edildi.

"Ekonomik durumu hesap edilirken,ailenin evi kendisine mi ait, gayri menkulü varmı, traktörü varmı, borç durumu,evinde kıymetli eşya olup olmadığı, soruldu. Başka kazancı olup olmadığı soruldu. Verilen bu cevapların doğru olup olmadığı hakkında köy muhtarı, öğretmenlere, köy ebesi ve köyün ileri gelenlerinin fikirlerine müracaat edildi" (1).

Zor Doğum: Hastanede makadi geliş,yan geliş,kordon sarkması, kol sarkması ve sezeryanla doğumlar zor doğum olarak kabul edildi"(1).

Köyde kendi kendine,komşu yardımı ile,diplomalı ve diplomasız köy ebesi yardımı ile olan doğumlar normal kabul edildi" (1).

"Prematüre Doğum: Hastane ve diplomalı ebelerce yedi aylık ve 2500 gramdan aşağı doğduğu ifade edilenler prematüre sayıldı" küçük doğdu" denilen fakat kilosu bilinmeyenler normal sayıldı" (1).

"Ameliyat Geçirip Geçirmediği: Fizik muayene esnasında ameliyat skatrisi görülenler,ameliyat geçirmiş olarak kabul edildi" (1).

"Ağır Enfeksiyon: Hastanelerde konan teşhisler dikkate alınarak, klinik semptomları iyice tarif edilebilen ağır enfeksiyonlar işaretlendi" (1).

İdrar Yolu Enfeksiyonu: "Yalnız hastanelerde konulan tanılar işaretlendi" (1).

"Tuvalet Eğitimi: Bu konudaki soru anneye veya ankete cevap veren kişiye yöneltilmeden önce iyice açıklandı. Tuvalet eğitimi yapıp, yapmadığı,yapıyorsa hangi şekilde uyguladığı ve tuvalet eğitiminde ceza tatbik edip etmediği soruldu" (1).

Çocuğun Atik Oluşu: Çocuk girişken,sorulara cevap veren, açık ve serbest karakterlerde ise "atik",

**Çocuğun Çekingen Oluşu:** Çocuk hemen ağlayan, içe kapanık, pısrık ve sorularına hiç cevap vermiyorsa "çekingen",

**"Anne Babaya Aşırı Düşkün:** Anneye, babaya veya her ikisine birden aşırı bağlı, onlarsız bir yere gitmeyen, anne ve babasının bir yere gitmesine tahammül etmeyen, ayrılık hallerinde günlerce yas tutan çocuklara anne ve babaya aşırı düşkün" (1).

**"Anne-Babaya Aşırı Düşkün Değil:** Anne ve babaya hiç aldırmayan ayrılmaları halinde üzülmeyenlere "anne-babaya düşkün değil" (1).

**Kıskanç:** Kardeşlerinden her şeyi esirgeyen, oyuncaklarını ellerinden almaya çalışan, geçimsiz, kardeşleri ile sebepsiz yere döğüşen, onları hırpalayanlara "kıskanç",

**Kıskanç Değil:** Kardeşleri ve arkadaşları ile iyi geçinen, kavga etmeyen, oyuncaklarını onlarla paylaşanlara "kıskanç değil",

**Uykusu Ağır Olanlar:** Gece çok zar uyandırılabilenlere "uykusu ağır",

**Uykusu Hafif Olanlar:** Gece hemen uyandırılabilenlere "uykusu hafif",

**Gece Karanlıktan Korkan:** Güneş batar batmaz, hiç bir şekilde yalnız dışarı çıkamayanlara, aşırı korkak olanlara, ışıksız yatamayanlara "korkak" dendi.

**Mental Durum:** Zeka testi yapılmadan İ.Q=25 den aşağı olanlara bariz mental retardasyon; diğerlerine normal zekalı dendi (1).

Anket formu son şeklini aldıktan sonra, kapı kapı dolaşarak sorular önce açıklanarak, iyice anlaşıldığına kanaat getirdikten sonra, anketçi tarafından dolduruldu.

#### BULGULAR:

Araştırmamız Doğan kent Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Doğan kent Sağlık Ocağına bağlı Doğan kent ve Yunusoğlu köylerinde yaşa-

yan 5-14 yaş grubu popülasyonda yapıldı.

1- Araştırılan Popülasyon:

Araştırma Doğan kent ve Yunusoğlu köylerinde yaşayan 5-14 yaş grubu tüm çocuklarda (2280 çocukta) yapılması planlandı. Değişik nedenlerle araştırmaya 2171 çocuk katıldı. Katılma hızı %95,2 idi (Tablo 1).

Tablo 1: Köylere göre araştırmaya katılan ve katılmayan çocukların dağılımı.

| Köyler     | Katılanlar |      | Katılmayanlar |      | Total |       |
|------------|------------|------|---------------|------|-------|-------|
|            | Sayı       | %(x) | Sayı          | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Doğan kent | 1302       | 95,2 | 66            | 4,8  | 1368  | 100,0 |
| Yunusoğlu  | 869        | 95,3 | 43            | 4,7  | 912   | 100,0 |
| Total      | 2171       | 95,2 | 109           | 4,8  | 2280  | 100,0 |

(X): Satır %

(XX): Kolon %

2- Araştırılanların Cinsi:

Araştırılanların %52 si erkek, %48 i kadın idi. Araştırılanların %60 Doğan kent, %40 Yunusoğlu köyündendi (Tablo 2).

Tablo 2: Köylere göre araştırılan deneklerin cinslere dağılımları.

| Köyler     | Erkek |      | Kadın |      | Total |       |
|------------|-------|------|-------|------|-------|-------|
|            | Sayı  | %(x) | Sayı  | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Doğan kent | 673   | 51,7 | 629   | 48,3 | 1302  | 60,0  |
| Yunusoğlu  | 455   | 52,4 | 414   | 47,6 | 869   | 40,0  |
| Total      | 1128  | 52,0 | 1043  | 48,0 | 2171  | 100,0 |

(X): Satır %

(XX): Kolon %

3- Araştırılan çocukların yaş grupları ve cinse göre dağılımı:

Araştırılan çocukların %52,0 si erkek, %48,0 i kadın idi.

Araştırılan çocukların %22,0 i (5-6) yaş, %21,8 i (7-8) yaş, %21,8 i (9-10) yaş, %17,3 ü (11-12) yaş ve %17,1 i (13-14) yaşta idi (Tablo 3).

Tablo 3: Araştırılan deneklerin yaş grupları ve cinse göre dağılımları.

| Yaş Grupları | Erkek |         | Kadın |         | Total |       |
|--------------|-------|---------|-------|---------|-------|-------|
|              | Sayı  | %(xx)   | Sayı  | %(xx)   | Sayı  | %(xx) |
| 5-6          | 243   | 21,5    | 235   | 22,6    | 478   | 22,0  |
| 7-8          | 254   | 22,5    | 219   | 21,0    | 473   | 21,8  |
| 9-10         | 249   | 22,1    | 225   | 21,6    | 474   | 21,8  |
| 11-12        | 194   | 17,2    | 181   | 17,3    | 375   | 17,3  |
| 13-14        | 188   | 16,7    | 183   | 17,5    | 371   | 17,1  |
| Total        | 1128  | 52,0(x) | 1043  | 48,0(x) | 2171  | 100,0 |

(X): Satır %

(XX): Kolon %

4- Saptanan Enurezislerin köylere göre dağılımları:

Doğankent'te 1302 çocuk taranmış 136 enüretik çocuk (prevalans hızı %10,44), Yunusoğlu köyünde 869 çocuk taranmış ve 103 enüretik çocuk (prevalans hızı %11,85) bulunmuş, köyler arasında prevalans hızının farklı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Köylere göre saptanan enurezis sayısı ve hızı dağılımı.

| Köyler    | Hassas Popülasyon | Enurezis Sayısı | % Prevalans |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|
| Doğankent | 1302              | 136             | 10,44       |
| Yunusoğlu | 869               | 103             | 11,85       |
| Total     | 2171              | 239             | 11,01       |

$$X^2 = 2,082$$

SD: 1

$P > 0,05$  fark önemsiz

5- Enurezislerin yaşlara göre dağılımı:

Saptanan enüretik çocukların %18,20 si (5-6) yaş, %13,1 i (7-8) yaş, %11,39 u (9-10) yaş, %5,60 ı (11-12) yaş, %4,4 ü (13-14) yaş, araştırılan popülasyonda (5-14 yaş grubunda) enurezis prevalans hızı %11,01 olduğu saptandı. Yaşlar arasında enurezis prevalans hızı küçük yaşlarda yüksek yaş ilerledikçe özellikle 10 yaştan sonra prevalans hızının düştüğü ve arada önemli fark olduğu saptandı (Table 5).

Tablo 5: Yaş gruplarına göre enurezis sayısı ve prevalans dağılımı.

| Yaş Grubu | Hassas Popülasyon | Enurezis Sayı | Prevalans % |
|-----------|-------------------|---------------|-------------|
| 5-6       | 478               | 87            | 18,20       |
| 7-8       | 473               | 62            | 13,11       |
| 9-10      | 474               | 54            | 11,39       |
| 11-12     | 375               | 21            | 5,60        |
| 13-14     | 371               | 15            | 4,04        |
| Total     | 2171              | 239           | 11,01       |

(5-6, 7-12 ve 13-14 yaşlar birleştirilerek yapılan önemlilik testinde  $X^2 = 48,23$  SD=2 P < 0,01 fark çok önemli)

6- Okul durumuna göre enurezis dağılımı:

Okul öncesi 478 çocukta %18,20, ilkökul çağında 1322 çocukta, %10,36, ortaokul çağında 371 çocukta %4,04 hızında enüretik çocuk vardı ve aradaki fark istatistik bakımından çok önemli idi (Table 6).

Tablo 6: Okul durumuna göre enüretik çocukların sayısı ve prevalans hızı dağılımı.

| Dağılımlar              | Hassas Popülasyon | Enurezis Sayısı | Prevalans hızı % |
|-------------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| İlkökul öncesi(5-6 yaş) | 478               | 87              | 18,20            |
| İlkökul (7-12 yaş)      | 1322              | 137             | 10,36            |
| Ortaokul (13-14 yaş)    | 371               | 15              | 4,04             |
| Total                   | 2171              | 239             | 11,01            |

$X^2 = 48,23$  SD: 2 P < 0,01 fark çok önemli

7- Saptanan enüretiklerin cinslere göre dağılımı:

Erkeklerde enurezis prevalans hızı %11.88, kadınlarda ise %10.0

idi. İstatistik bakımından cinsler arası fark önemsizdi (Tablo 7).

Tablo 7: Cinslere göre enüretik çocukların sayıları ve prevalans hızı:

| Cins  | Hassas Popülasyon | Enurezis Sayı | Prevalans % |
|-------|-------------------|---------------|-------------|
| Erkek | 1128              | 134           | 11,88       |
| Kadın | 1043              | 105           | 10,07       |
| Total | 2171              | 239           | 11,01       |

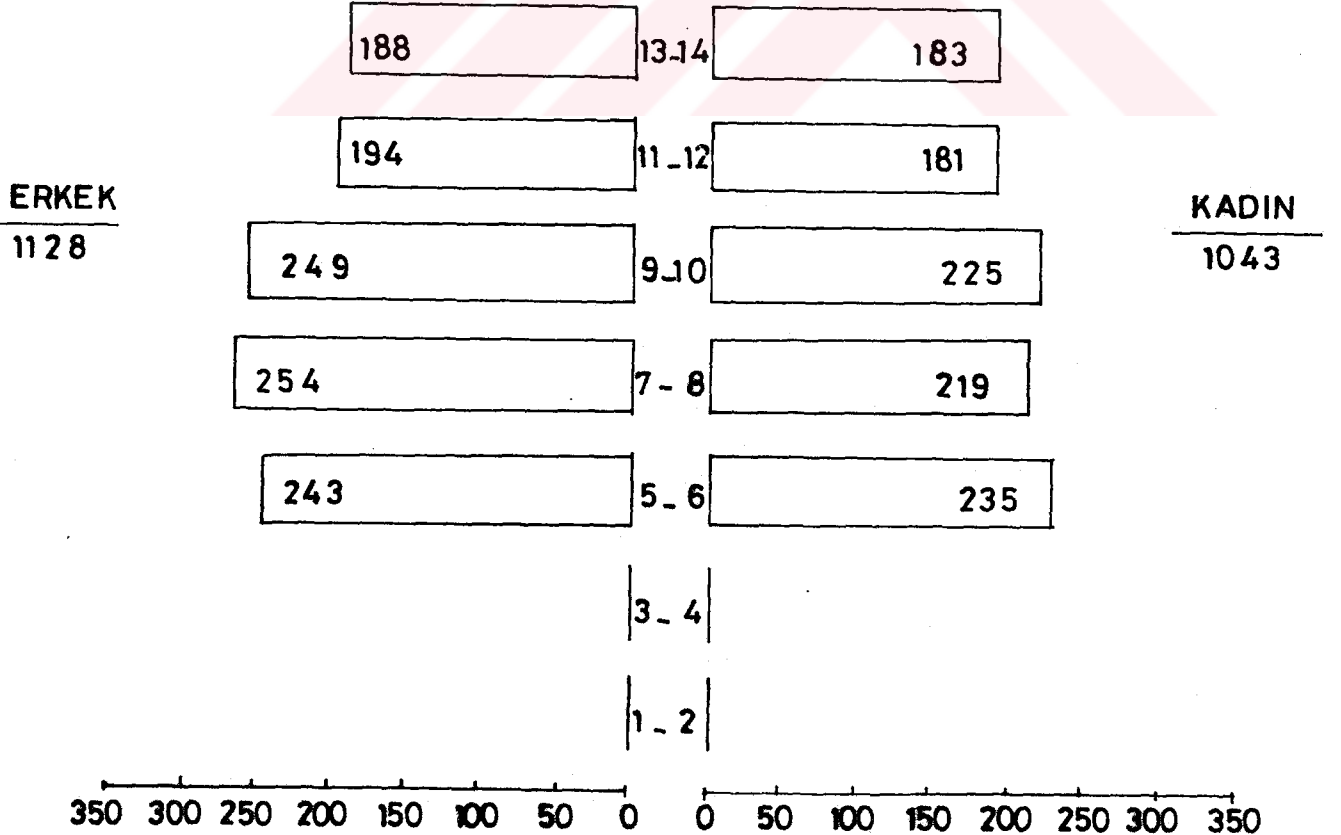
$$\chi^2 = 2,082$$

SD: 1

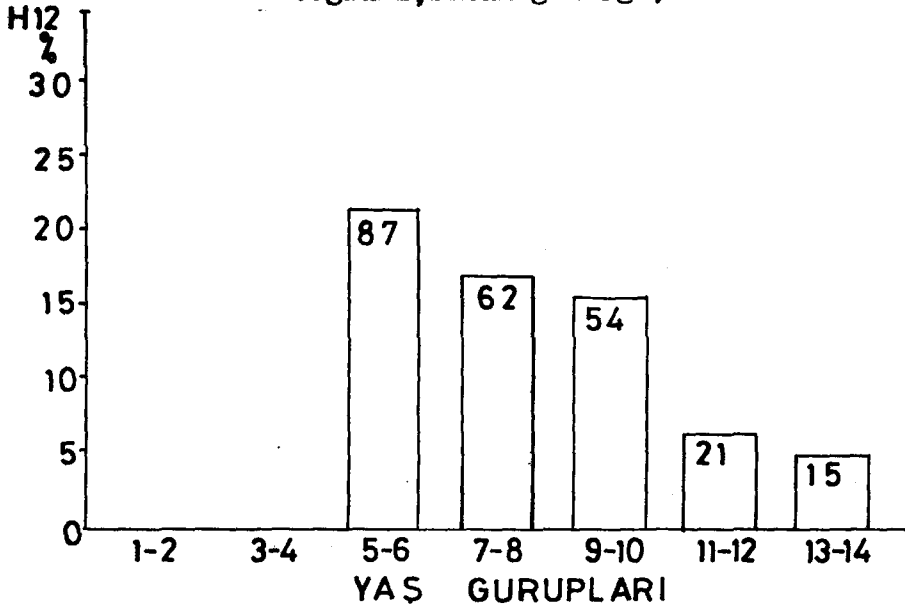
$P > 0,05$  fark önemsiz

GRAFİKLER:

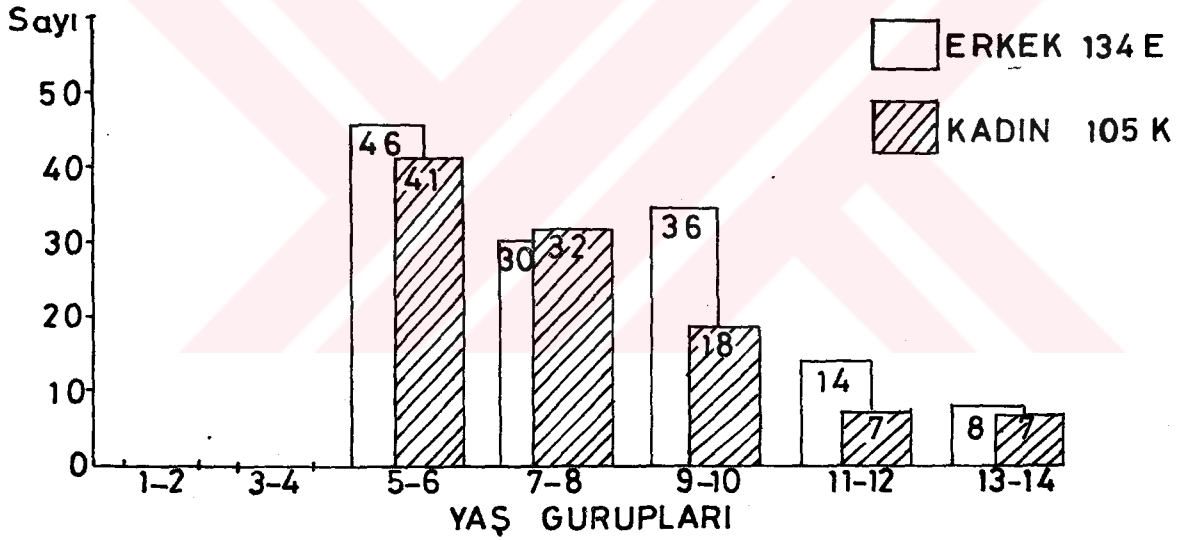
Grafik 1: Araştırmaya katılan popülasyonun cins ve yaşa göre dağılımı.



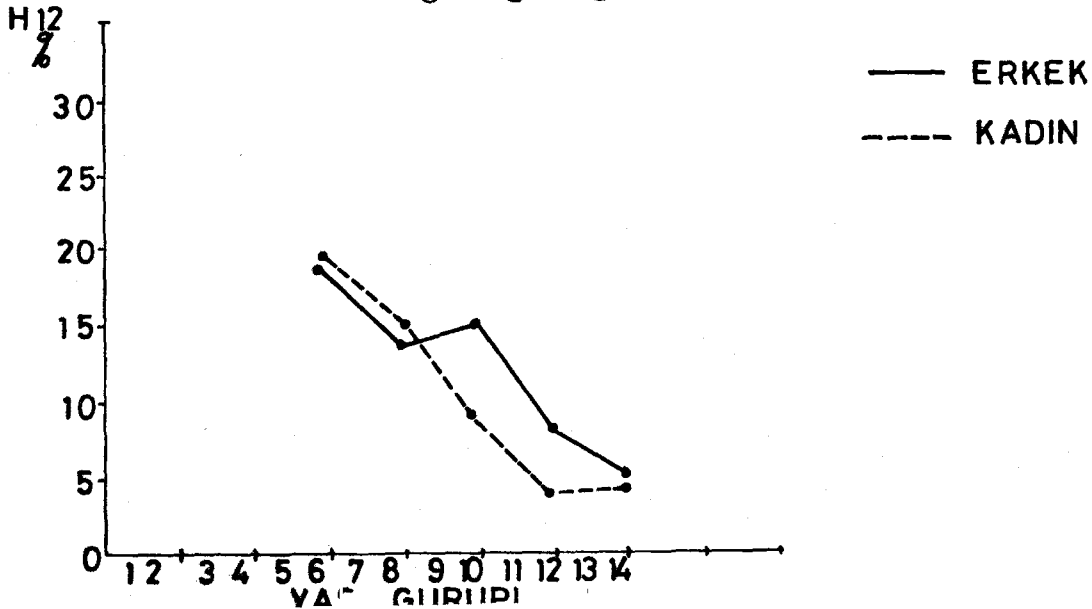
Grafik 2: Saptanan Enurezislerin, yaş gruplarına göre dağılımı (Histogramı, Sütun grafiği)



Grafik 3: Araştırılan köylerde enurezis vakalarının cinse ve yaş gruplarına göre dağılımı (Histogramı, Sütun grafiği)



Grafik 4: Araştırılan köylerde enurezis hızlarının yaş gruplarına ve cinse göre grafiği





8- Aile tipine göre enurezis prevalansı:

Yaptığımız kontrollü çalışmada enurezis prevalans hızı çekirdek ailelerde %51.12, geniş ailelerde %61.36, parçalanmış ailelerde ise %54.54 idi. Geniş ailelerde prevalans hızı en yüksek görünüyor ise de arada istatistik bakımından fark yoktu (Tablo 8).

Tablo 8: Aile tiplerine göre enüretik ve kontrollerin dağılımı.

| Aile Tipi        | Enüretikler |       | Kontrol grubu |       | Total |        |
|------------------|-------------|-------|---------------|-------|-------|--------|
|                  | Sayı        | %(x)  | Sayı          | %(x)  | Sayı  | %(xx)  |
| Çekirdek Aile    | 206         | 51,12 | 197           | 48,88 | 403   | 87,79  |
| Geniş Aile       | 27          | 61,36 | 17            | 36,64 | 44    | 9,61   |
| Parçalanmış Aile | 6           | 54,54 | 5             | 45,46 | 11    | 2,40   |
| Total            | 239         | 52,18 | 219           | 47,82 | 458   | 100,00 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 1,6$  SD: 2 P > 0,05 fark önemsiz

(XX): Kolon %

9- Öğrenim durumuna göre enüretik ve kontrollerin dağılımı:

Okul öncesi çağındaki çocuklarda kontrol grubuna göre %60, ilkökullük çağında %49,10 u, ortaokul çağında ise %44,12 çocuğun enüretik olduğu ve arada önemli fark olduğu saptandı (Tablo 9).

Tablo 9: Okul durumuna göre enüretik ve kontrol grubundaki çocukların dağılımı.

| Öğrenim Durumu | Enüretikler |       | Kontrol grubu |       | Total |       |
|----------------|-------------|-------|---------------|-------|-------|-------|
|                | Sayı        | %(x)  | Sayı          | %(x)  | Sayı  | %(xx) |
| İlkokul öncesi | 87          | 60,0  | 58            | 40,0  | 145   | 31,7  |
| İlkokul        | 137         | 49,10 | 142           | 50,90 | 279   | 60,9  |
| Ortaokul       | 15          | 44,12 | 19            | 55,88 | 34    | 7,4   |
| Total          | 239         | 52,18 | 219           | 47,82 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 48,23$  SD: 2 P < 0,01 fark çok önemli

(XX): Kolon %

10- Annenin üvey oluşuna göre enurezis hızı:

Araştırmamızda enüretik çocuklardan 3 tanesinin (%1,3) ü, kontrol grubundan 3 tanesinin (%1,4) annelerinin üvey olduğu arada önemli fark bulunmadığı saptandı ( $X^2= 0,9$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

11- Babanın eğitim durumu ile çocuktaki enurezis ilişkisi:

Kontrollarla yaptığımız karşılaştırmada enüretik çocukların babalarının eğitim durumu ile enurezis prevalansı arasında önemli fark saptanamamıştır (Table 10).

Table 10: Babaların eğitim durumuna göre enüretik ve kontrol çocukların dağılımı.

| Babanın Eğitim Durumu | Enüretik |       | Kontrol grubu |       | Total |       |
|-----------------------|----------|-------|---------------|-------|-------|-------|
|                       | Sayı     | %(x)  | Sayı          | %(x)  | Sayı  | %(xx) |
| Okuryazar değil       | 80       | 59,26 | 55            | 40,74 | 135   | 29,5  |
| Okuryazar             | 50       | 43,86 | 64            | 56,14 | 114   | 24,9  |
| İlkokul mezunu        | 93       | 50,27 | 92            | 49,73 | 185   | 40,4  |
| Ortaokul              | 12       | 63,16 | 7             | 36,84 | 19    | 4,1   |
| Lise + Üstü           | 4        | 80,00 | 1             | 20,00 | 5     | 1,1   |
| Total                 | 239      | 52,20 | 219           | 47,80 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %       $X^2= 8,6$       SD: 4       $P > 0,05$       fark önemsiz

(XX): Kolon %

12- Annenin eğitim durumu ile çocuktaki enurezis ilişkisi:

Annenin eğitim durumu yükseldikçe çocuklarda enurezis prevalans hızının kontrol grubuna göre arttığı ve aradaki farkın istatistik bakımından önemli olduğu saptandı (Tablo 11).

Tablo 11: Annelerin eğitim durumuna göre enüretik ve kontrol çocukların dağılımı.

| Annenin Eğitim Durumu | Enüretiklerde |      | Kontrol |      | Total |       |
|-----------------------|---------------|------|---------|------|-------|-------|
|                       | Sayı          | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Okuryazar değil       | 185           | 48,8 | 194     | 51,2 | 379   | 82,8  |
| Okuryazar             | 12            | 52,2 | 11      | 47,8 | 23    | 5,0   |
| İlkokul               | 35            | 79,5 | 9       | 20,5 | 44    | 9,6   |
| Ortaokul              | 2             | 50,0 | 2       | 50,0 | 4     | 0,9   |
| Lise ve Üstü          | 5             | 62,5 | 3       | 37,5 | 8     | 1,7   |
| Total                 | 239           | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 15,2$  SD: 4 P < 0,05 fark önemli  
(XX): Kolon %

13- Anne-Babanın ekonomik durumu ile enurezis arasındaki ilişki:

Ekonomik durumu kötü olan ailede %57,2, orta olanlarda %48.2, iyi olanlarda %55,1 inde enüretik çocuk vardı. Aradaki fark istatistik bakımından önemli idi (Tablo 12).

Tablo 12: Ebeveynlerin ekonomik durumuna göre enüretik ve kontrollerin dağılımı.

| Ebeveyn Ekonomik Durumu | Enüretikler |      | Kontrol |      | Total |       |
|-------------------------|-------------|------|---------|------|-------|-------|
|                         | Sayı        | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| İyi                     | 54          | 55,1 | 44      | 44,9 | 98    | 21,4  |
| Orta                    | 144         | 48,2 | 155     | 51,8 | 299   | 65,3  |
| Kötü                    | 41          | 67,2 | 20      | 32,8 | 61    | 13,3  |
| Total                   | 239         | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 7,7$  SD: 2 P < 0,05 fark önemli  
(XX): Kolon %

14- Babanın meslek durumu ile enurezis ilişkisi:

Enüretik çocuğu olan ve olmayan 458 babanın %4.1 i memur, %14 ü çiftçi, %45.6 sı işçi, %24.7 si serbest meslek, %11.6 sı diğer mesleklerdendi. Kontrollü çalışmamızda babanın mesleği ile enurezis arasında ilişki kurulamadı (Tablo 13).

Tablo 13: Baba mesleğine göre enüretik ve kontrol çocukların dağılımı:

| Baba Mesleği   | Enüretikler |      | Kontrol |      | Total |       |
|----------------|-------------|------|---------|------|-------|-------|
|                | Sayı        | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Memur          | 11          | 57,9 | 8       | 42,1 | 19    | 4,1   |
| Çiftçi         | 29          | 45,3 | 35      | 54,7 | 64    | 14,0  |
| İşçi           | 108         | 51,7 | 101     | 48,3 | 209   | 45,6  |
| Serbest Meslek | 60          | 53,1 | 53      | 46,9 | 113   | 24,7  |
| Diğer          | 31          | 58,5 | 22      | 41,5 | 53    | 11,6  |
| Total          | 239         | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 2,36$  SD: 4  $P > 0,05$  fark:önemsiz  
(XX): Kolon %

15- Öyküde babada enurezis olması ile çocuğunda enurezis olması arasındaki ilişki:

Araştırmamızda 8 babanın öyküsünde enurezis vardı ve tümünün çocuğunda enurezis olduğu saptandı. Kontrol grubundaki babaların öyküsünde enurezis yoktu. Aradaki fark istatistik bakımdan çok önemli idi (Tablo 14)  
Tablo 14: Babanın öyküsünde enurezis olma durumuna göre enüretik olan ve kontrol grubunun dağılımı.

| Babada Enurezis | Enüretik olanlar |       | Kontrol |      | Total |       |
|-----------------|------------------|-------|---------|------|-------|-------|
|                 | Sayı             | %(x)  | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Var             | 8                | 100,0 | -       | -    | 8     | 1,7   |
| Yok             | 231              | 51,3  | 219     | 48,7 | 450   | 98,3  |
| Total           | 239              | 52,2  | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 7,4$  SD: 1  $P < 0,01$  fark:çok önemli  
(XX): Kolon %

16- Öyküde annede enurezis olması ile çocuğunda enurezis olması arasındaki ilişki:

Enurezis grubundaki annelerin 2 sinde, kontrol grubundaki çocukların annelerinin 3 ünde öyküde enurezis vardı. Annenin öyküsünde enurezis bulunması ile çocukta enurezis bulunması arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 15).

Table 15: Annenin öyküsünde enurezis olma durumuna göre enüretik olan ve kontrol grubunun dağılımı.

| Annenin Öyküsü | Enüretik Çocukta |      | Kontrol |      | Total |       |
|----------------|------------------|------|---------|------|-------|-------|
|                | Sayı             | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Enurezis var   | 2                | 40,0 | 3       | 60,0 | 5     | 1,1   |
| Yok            | 237              | 52,3 | 216     | 47,7 | 453   | 98,9  |
| Total          | 239              | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 0,3$  SD: 1  $P > 0,05$  fark önemsiz

(XX): Kolon %

17- Yaşayan kardeş sayısı ile enurezis arasındaki ilişki:

Enüretik çocuğu olan ve olmayan 458 aileden 60 çocuğun (%13,1) 1-2 kardeşi, 209 çocuğun (%45,7) 3-4 kardeşi, 131 çocuğun 5-6 kardeşi (%28,4) ve 58 çocuğun 7 ve üstü (%12,7) kardeşi vardı. Çocuk sayısı ve enurezis arasında ilişki saptanamadı (Tablo 16).

Table 16: Kardeş sayısına göre enüretik ve kontrol grubu çocukların dağılımı:

| Kardeş Sayısı | Enüretik |      | Kontrol |      | Total |       |
|---------------|----------|------|---------|------|-------|-------|
|               | Sayı     | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| 1-2           | 32       | 53,3 | 28      | 46,7 | 60    | 13,1  |
| 3-4           | 116      | 55,5 | 93      | 44,5 | 209   | 45,7  |
| 5-6           | 62       | 47,3 | 69      | 52,7 | 131   | 28,4  |
| 7 +           | 29       | 50,0 | 29      | 50,0 | 58    | 12,7  |
| Total         | 239      | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 2,1$  SD: 3  $P > 0,05$  fark önemsiz

(XX): Kolon %

18- Tuvalet eğitimine başlama zamanı ile enurezis arasındaki ilişki:

458 Enüretik ve kontrol çocukların %60,5 i 0-6 aylıkta, %34,9 u 7-12 aylıkta, %2,2 si 13-18 aylıkta, %2,4 ü 19 ve üstü aylıkta tuvalet eğitimi gördüğü tuvalet eğitimi geç görenlerde enurezisin fazla olduğu ve arada önemli fark olduğu saptandı (Tablo 17).

Tablo 17: Tuvalet eğitimi görme zamanına göre ve enüretik ve kontrollerin dağılımı.

| Tuvalet Eğitim Zamanı | Enüretikler |      | Kontrol |      | Total |       |
|-----------------------|-------------|------|---------|------|-------|-------|
|                       | Sayı        | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| 0-6 ay                | 129         | 46,6 | 148     | 53,4 | 277   | 60,5  |
| 7-12 ay               | 95          | 59,4 | 65      | 40,6 | 160   | 34,9  |
| 13-18 ay              | 8           | 80,0 | 2       | 20,0 | 10    | 2,2   |
| 19- + ay              | 7           | 63,6 | 4       | 36,4 | 11    | 2,4   |
| Total                 | 239         | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 10,4$  SD: 3 P < 0,05 fark önemli  
(XX): Kolon %

19- Enüretik çocuğun kaçınıcı olduğu ile enurezis arasındaki ilişki:

Ailede son çocuk olanlarda enurezis hızının ilk ve ara çocuklara göre daha yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 18).

Tablo 18: Kaçınıcı çocuk olduklarına göre enüretik ve kontrol olan çocukların dağılımı.

| Kaçınıcı Çocuk | Enüretik |      | Kontrol |      | Total |       |
|----------------|----------|------|---------|------|-------|-------|
|                | Sayı     | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| İlk            | 56       | 54,4 | 47      | 45,6 | 103   | 22,5  |
| Ara            | 154      | 49,0 | 160     | 51,0 | 314   | 68,5  |
| Son            | 29       | 70,7 | 12      | 29,3 | 41    | 9,0   |
| Total          | 239      | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 7$  SD: 2 P < 0,05 fark önemli  
(XX): Kolon %

20- Son 5 yılda ölen kardeş sayısı ile enurezis ilişkisi:

Son beş yılda enüretiklilerde 24 çocuğun (%82,8), kontrollerde 5 çocuğun (%17,2) total 29 çocuğun son beş yılda kardeşinin öldüğü, son beş yılda kardeşi ölenlerde enurezis prevalansının yüksek olduğu ve arada çok önemli fark olduğu saptandı (Tablo 19).

Tablo 19: Son beş yılda kardeşi ölen ve ölmeyenlerin enüretik ve kontrollere göre dağılımı.

| Son 5 yılda Kardeşi ölen | Enüretiklerde |      | Kontrollerde |      | Total |       |
|--------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|-------|
|                          | Sayı          | %(x) | Sayı         | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Var                      | 24            | 82,8 | 5            | 17,2 | 29    | 6,3   |
| Yok                      | 215           | 50,1 | 214          | 49,9 | 429   | 93,7  |
| Total                    | 239           | 52,2 | 219          | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 11,5$  SD: 1  $P < 0,01$  fark: çok önemli  
(XX): Kolon %

21- Anne-Babanın ilişkileri ile enurezisin prevalans arasındaki ilişki:

Anne-baba ilişkileri olumsuz olan 30 ailenin 18 inde (%60 enurezis vardı) 12 sinde (%40) enurezis yoktu. Anne-baba ilişkileri olumsuz olanlarda enurezis hızı yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistik bakımdan önemli değildi (Tablo 20).

Tablo 20: Anne-baba ilişkilerine göre enüretik olan ve olmayanların (kontrol) dağılımı.

| Anne-Baba İlişkileri | Enüretikler |      | Kontroller |      | Total |       |
|----------------------|-------------|------|------------|------|-------|-------|
|                      | Sayı        | %(x) | Sayı       | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Olumlu               | 221         | 51,6 | 207        | 48,4 | 428   | 93,4  |
| Olumsuz              | 18          | 60,0 | 12         | 40,0 | 30    | 6,6   |
| Total                | 239         | 52,2 | 219        | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 0,8$  SD: 1  $P > 0,05$  fark: önemsiz  
(XX): Kolon %

22- Baba-Çocuk ilişkileri ile enurezis hızı arasındaki ilişki:

Baba-çocuk ilişkileri olumsuz olan ailelerde enurezis hızının yüksek olduğu (%69,6), kontrallerde ise düşük olduğu (%30,4) fakat aradaki farkın istatistik bakımından önemliye yakın ( $X^2=2,9$ ) fakat önemsiz olduğu saptandı (Tablo 21).

Tablo 21: Baba-çocuk ilişkilerine göre enüretik ve kontrol grubu çocukların dağılımı.

| Baba-Çocuk İlişkileri | Enüretik |      | Kontrol |      | Total |       |
|-----------------------|----------|------|---------|------|-------|-------|
|                       | Sayı     | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Olumlu                | 223      | 51,3 | 212     | 48,7 | 435   | 95,00 |
| Olumsuz               | 16       | 69,6 | 7       | 30,4 | 23    | 5,0   |
| Total                 | 239      | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 2,9$  SD: 1  $P > 0,05$  fark:önemsiz  
(XX): Kolon %

23- Anne-Çocuk ilişkileri ile enurezis hızı arasındaki ilişki:

Anne-çocuk ilişkileri olumsuz olan ailelerin %80 nin çocuğunda enurezis saptandı, %20 sinde enurezis yoktu. Anne çocuk ilişkisi olumsuz olan ailelerde enurezis hızı, anne-çocuk ilişkileri olumlu olan ailelerden yüksek ve aradaki fark önemli bulundu (Tablo 22).

Tablo 22: Anne-Çocuk ilişkilerine göre enüretik ve kontrol grubu çocukların dağılımı.

| Anne-Çocuk İlişkileri | Enüretik |      | Kontrol |      | Total |       |
|-----------------------|----------|------|---------|------|-------|-------|
|                       | Sayı     | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Olumlu                | 223      | 50,9 | 215     | 49,1 | 438   | 95,6  |
| Olumsuz               | 16       | 80,0 | 4       | 20,0 | 20    | 4,4   |
| Total                 | 239      | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 6,5$  SD: 1  $P < 0,05$  fark:önemli  
(XX): Kolon %



24- Anne-Baba dışındakilerin çocukla ilişkilerinin enurezise etkisi:

Aynı sosyal çevrede yaşayan anne-baba dışındaki kişilerin, çocukla ilişkileri olumsuz olunca, enurezis hızının arttığı ve arada olumlu ilişkilere göre istatistik bakımından önemli fark olduğu saptandı (Tablo 23).

Tablo 23: Anne-baba dışındakilerin enüretik olan ve olmayanlara(kontrol) göre dağılımı.

| Anne-Baba Dışındakiler | Enüretiklerde |      | Kontrollerde |      | Total |       |
|------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|-------|
|                        | Sayı          | %(x) | Sayı         | %(x) | Sayı  | %(x)  |
| Olumlu                 | 225           | 51,0 | 216          | 49,0 | 441   | 96,3  |
| Olumsuz                | 14            | 82,4 | 3            | 17,6 | 17    | 3,7   |
| Total                  | 239           | 52,2 | 219          | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 6,4$  SD: 1 P < 0,05 fark: önemli

(XX): Kolon %

25- Kardeş ölümü ile enurezis hızı arasındaki ilişki:

11 Enüretik çocuğun (%5,0) ve 11 kontrol grubundaki çocukların (%4,6) nın kardeşlerinin öldüğü ve arada önemli bir fark olmadığı ( $\chi^2=0,04$  SD: 1 P > 0,05) olduğu saptandı.

26- Anne ölümü ile enurezis arasındaki ilişki:

Enüretiklerden 4 çocuğun (%80), kontrollerden 1 çocuğun (%20) sinin annelerinin öldüğü (total 5 çocuğun), fakat istatistik bakımından önemli fark olmadığı saptandı (Tablo 24).

Tablo 24: Annesi ölen çocukların enüretik olan ve olmayanlara göre dağılımı.

| Annesi Ölen | Enüretikler |      | Kontroller |      | Total |       |
|-------------|-------------|------|------------|------|-------|-------|
|             | Sayı        | %(x) | Sayı       | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Evet        | 4           | 80,0 | 1          | 20,0 | 5     | 1,1   |
| Hayır       | 235         | 51,9 | 218        | 48,1 | 453   | 98,9  |
| Total       | 239         | 52,2 | 219        | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 1,5$  SD: 1  $P > 0,05$  fark önemsiz

(XX): Kolon %

27- Ailede babanın ayrılması ile enurezis arasındaki ilişki:

Babası ayrılan 14 kişiden 7 tanesi enüretik çocuğu olan (%2,9), 7 tanesi de kontrol grubunda idi (%3,2). Ailede babanın ayrılması enurezis prevalans hızı ile arasında ilişki saptanamadı ( $X^2 = 0,3$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

28- Helanın bina içinde veya dışarda olması ile enurezis arasındaki ilişki:

Helası dışarda olan 435 aileden 225 inde (%51,7) enurezis vardı, 210 unda (%48,3) enurezis yoktu. Helanın içerde ve dışarda oluşu ile enurezis prevalans hızı arasında önemli ilişki saptanamadı. ( $X^2 = 0,7$  SD: 1  $P > 0,05$ ) (Tablo 25).

Tablo 25: Helanın içerde veya dışarda oluşuna göre enüretik olan ve kontrol grubunun dağılımı.

| Hela Tipi | Enüretiklerde |      | Kontrollerde |      | Total |       |
|-----------|---------------|------|--------------|------|-------|-------|
|           | Sayı          | %(x) | Sayı         | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| İçerde    | 14            | 60,9 | 9            | 39,1 | 23    | 5,0   |
| Dışarda   | 225           | 51,7 | 210          | 48,3 | 435   | 95,0  |
| Total     | 239           | 52,2 | 219          | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 0,7$  SD: 1  $P > 0,05$

(XX): Kolon %

29- Doğumun oluş şekli ile enurezis hızı arasındaki ilişki:

51 Zor doğumdan 26 sının enüretik (%10,9), 25 inin enüretik olmadığı (%11,4) ve arada istatistik bakımdan fark olmadığı saptandı.

$$(X^2 = 0,03 \quad SD: 1 \quad P > 0,05)$$

30- Tuvalet eğitim şekli ile enurezis hızı arasındaki ilişki:

Oturarak tuvalet eğitimi yapan 53 aileden 36 sının (%67,9) çocuğunun enüretik olduğu, 17 çocuğun (%32,1) enüretik olmadığı dolayısıyla en fazla enurezisin oturarak tuvalet eğitimi yapan ailelerin çocuklarında görüldüğü ve arada önemli fark bulunduğu saptandı (Tablo 26).  
Tablo 26: Tuvalet eğitim şekline göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı.

| Tuvalet Eğitim Şekli | Enüretikler |       | Kontroller |       | Total |       |
|----------------------|-------------|-------|------------|-------|-------|-------|
|                      | Sayı        | %(x)  | Sayı       | %(x)  | Sayı  | %(xx) |
| Tutarak              | 181         | 51,6  | 170        | 48,4  | 351   | 76,6  |
| Oturarak             | 36          | 67,9  | 17         | 32,1  | 53    | 11,6  |
| Cezalandırarak       | -           | -     | 2          | 100,0 | 2     | 0,4   |
| Eğitim yok           | 19          | 38,8  | 30         | 61,2  | 49    | 10,7  |
| Diğer                | 3           | 100,0 | -          | -     | 3     | 0,7   |
| Total                | 239         | 52,2  | 219        | 47,8  | 458   | 100,0 |

$$(X): \text{Satır } \% \quad X^2 = 13,7 \quad SD: 4 \quad P < 0,05 \quad \text{fark: önemli}$$

(XX): Kolon %

31- Çocukların anne ve babaya bağlılık durumu ile enurezis arasındaki ilişki:

Anne-babaya aşırı düşkün 286 çocuktan 155 inde (%64,9) enurezis vardı, 131 çocukta (%59,8) enurezis yoktu ve arada istatistik bakımından önemli fark bulunamadı. ( $X^2 = 1,24 \quad SD: 1 \quad P > 0,05$ ).

32- Gece karanlıktan korkma durumu ile enurezis arasındaki ilişki:

232 Gece karanlıktan korkan çocuğun 124 ünde (%53,4) enurezis vardı, 108 inde (%46,6) enurezis yoktu. Gece karanlıktan korkma ile enurezis prevalansı arasında ilişki kurulamadı. ( $X^2 = 0,30$  SD: 1 P > 0,05)

33- Kıskançlık durumu ile enurezis arasındaki ilişki:

102 Aşırı kıskanç çocuktan 65 i (%63,7) enüretik idi, 37 si ise (%36,3) enüretik değildi. Aşırı kıskanç olan çocuklarda enurezis hızı kıskanç olmayanlara göre yüksek ve aradaki fark çok önemli idi (Tablo 27).  
Tablo 27: Kıskançlık durumuna göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı.

| Kıskançlık Durumu | Enüretiklerde |      | Kontrollerde |      | Total |       |
|-------------------|---------------|------|--------------|------|-------|-------|
|                   | Sayı          | %(x) | Sayı         | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Aşırı kıskanç     | 65            | 63,7 | 37           | 36,3 | 102   | 22,3  |
| Kıskanç değil     | 174           | 48,9 | 182          | 51,1 | 356   | 77,7  |
| Total             | 239           | 52,2 | 219          | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 7,0$  SD: 1 P < 0,01 fark: çok önemli

(XX): Kolon %

34- Malnütrisyon durumu ile enurezis arasındaki ilişki:

Malnütrisyonlu olan 12 çocuktan 8 i (%66,7) si enüretik idi, 4 ü (%33,3) ü enüretik değildi. Malnütrisyon olan çocuklarda enurezis hızı, Malnütrisyonlu olmayanlardan bir miktar fazla isede aradaki fark istatistik bakımdan önemli değildi (Tablo 28).

Tablo 28: Malnütrisyon durumuna göre enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı.

| Malnütrisyon | Enüretik |      | Kontrol |      | Total |       |
|--------------|----------|------|---------|------|-------|-------|
|              | Sayı     | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Var          | 8        | 66,7 | 4       | 33,3 | 12    | 2,6   |
| Yok          | 231      | 51,8 | 215     | 48,2 | 446   | 97,4  |
| Total        | 239      | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $X^2 = 1,5$  SD: 1 P > 0,05 fark: önemsiz

(XX): Kolon %

35- Ailede başka kardeşte enurezis olması ile enurezis hızı arasındaki ilişki:

38 Ailede diğer kardeşlerinde enurezis vardı, bunlardan 35 i (%92,1) enurezis vardı. 3 tanesinde (%7,9) enurezis yoktu. Bu duruma göre ailede diğer kardeşlerde enurezis varsa bu ailede enurezis olma durumu daha fazla ve arada istatistik bakımdan çok önemli fark vardı (Tablo 29).  
Tablo 29: Ailede diğer kardeşte enurezis olma durumu ile enüretik olan ve olmayan çocukların dağılımı.

| Ailede Enurezis | Enüretikler |      | Kontroller |      | Total |       |
|-----------------|-------------|------|------------|------|-------|-------|
|                 | Sayı        | %(x) | Sayı       | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Var             | 35          | 92,1 | 3          | 7,9  | 38    | 8,3   |
| Yok             | 204         | 48,6 | 216        | 51,4 | 420   | 91,7  |
| Total           | 239         | 52,2 | 219        | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 26,5$  SD: 1 P < 0,01 fark: çok önemli  
(XX): Kolon %

36- Çocuğun atik veya çekingen oluşuna göre enurezis hızı arasındaki ilişki:

172 Çekingen karakterde olan çocuktan 95 tanesinde (%55,2) enurezis vardı, 77 (%44,8) enurezis yoktu. Çekingen olan çocuklarda enurezis hızı atik olan çocuklardan bir miktar yüksek bulunmuş isede istatistik bakımdan aradaki fark önemsizdi. ( $\chi^2 = 1,03$  SD: 1 P > 0,05)

37- Çocuklarda uyku durumu ile enurezis hızı arasındaki ilişki:

Uykusu ağır 219 çocuktan 124 ünde (%56,6) enurezis vardı, 95 inde (%43,4) enurezis yoktu. Uykusu ağır olanlarda enurezis hızı bir miktar hafif olanlara göre bir miktar yüksek isede arada istatistik bakımdan önemli fark saptanamadı (Tablo 30).

Tablo 30: Uyku durumuna göre enüretik olan ve olmayan (kontrol) çocukların dağılımı.

| Uyku Durumu  | Enüretikler |       | Kontroller |      | Total |       |
|--------------|-------------|-------|------------|------|-------|-------|
|              | Sayı        | %(x)  | Sayı       | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Ağır         | 124         | 56,6  | 95         | 43,4 | 219   | 47,8  |
| Hafif        | 114         | 47,9  | 124        | 52,1 | 238   | 52,0  |
| Uykuda gezer | 1           | 100,0 | -          | -    | 1     | 0,2   |
| Total        | 239         | 52,2  | 219        | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 4,4$  SD: 2  $P > 0,05$   
(XX): Kolon %

38- Ağır enfeksiyon geçirme ile enurezis arasındaki ilişki:

Öyküde 14 çocuğun ağır enfeksiyon geçirdiği bunlardan 12 sinin (%85,7) enüretik, 2 tanesinin (%14,3) enüretik olmadığı saptandı. Ağır enfeksiyon geçirenlerde enurezis hızının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 31).

Tablo 31: Ağır enfeksiyon durumuna göre enüretik olan ve olmayan (kontrol) çocukların dağılımı.

| Ağır Enfeksiyon | Enüretik |      | Kontrol |      | Total |       |
|-----------------|----------|------|---------|------|-------|-------|
|                 | Sayı     | %(x) | Sayı    | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Var             | 12       | 85,7 | 2       | 14,3 | 14    | 3,1   |
| Yok             | 227      | 51,1 | 217     | 48,9 | 444   | 96,9  |
| Total           | 239      | 52,2 | 219     | 47,8 | 458   | 100,0 |

(X): Satır %  $\chi^2 = 10,7$  SD: 1  $P < 0,05$  fark:önemli  
(XX): Kolon %

39- Sünnet durumu ile enurezis arasındaki ilişki:

134 Enüretik erkek çocukta 85 (%63,4) sünnetsiz, 101 kontrol erkek çocukta 59 (%58,4), sünnetsiz olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede enüretik ve kontrol grubu arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı (Tablo 32).

Tablo 32: Yaş gruplarına göre enüretik ve kontrollerde sünnet durumunun dağılımı.

| Yaş Grupları | Enüretikler   |            |                |             | Kontroller    |            |                |             |
|--------------|---------------|------------|----------------|-------------|---------------|------------|----------------|-------------|
|              | Sünnetli Sayı | Sünnetli % | Sünnetsiz Sayı | Sünnetsiz % | Sünnetli Sayı | Sünnetli % | Sünnetsiz Sayı | Sünnetsiz % |
| 5-6          | 9             | 18,36      | 37             | 43,52       | 7             | 16,66      | 16             | 27,11       |
| 7-8          | 8             | 16,32      | 22             | 28,88       | 15            | 35,71      | 22             | 37,28       |
| 9-10         | 16            | 36,65      | 20             | 23,52       | 10            | 23,80      | 11             | 18,64       |
| 11-12        | 10            | 20,40      | 4              | 4,70        | 6             | 14,28      | 4              | 6,77        |
| 13-14        | 6             | 12,24      | 2              | 2,35        | 4             | 9,52       | 6              | 10,16       |
| Total        | 49            | 100,0      | 85             | 100,0       | 42            | 100,0      | 59             | 100,0       |

$$\chi^2 = 0,6 \quad SD: 1 \quad P > 0,05$$

(Sünnetli ve sünnetsiz durumuna göre  $\chi^2$  hesaplandığından SD: 1 idi).

40- Pollaküri öyküsü ile enurezis arasındaki ilişki:

30 Pollaküri yakınması olan çocukta 24 ü (%80) enüretik, 6 sı (%20) enüretik değildi. Enüretiklerde pollaküri yakınması kontrollerden fazla ve arasındaki fark önemli idi (Tablo 33).

Tablo 33: Pollaküri yakınmalarının enüretiklerde ve kontrollerde dağılımı

| Pollaküri | Enüretiklerde |      | Kontrollerde |      | Total |       |
|-----------|---------------|------|--------------|------|-------|-------|
|           | Sayı          | %(x) | Sayı         | %(x) | Sayı  | %(xx) |
| Var       | 24            | 80,0 | 6            | 20,0 | 30    | 6,6   |
| Yok       | 215           | 50,2 | 213          | 49,8 | 428   | 93,4  |
| Total     | 219           | 52,2 | 219          | 47,8 | 458   | 100,0 |

$$(X): \text{Satır } \% \quad \chi^2 = 9,9 \quad SD: 1 \quad P < 0,01 \quad \text{fark: önemli}$$

(XX): Kolen %

41- Araştırılan laboratuvar bulguları ile enurezis prevalansı arasındaki ilişki:

41.A.: İdrar bulguları ile enurezis arasındaki ilişki:

Kontrol ve enüretik olan çocukların tümünde tam idrar tahlili yapılmış 53 tanesinde patolojik bulgu saptanmıştır. Patolojik bulgu saptanan 53 çocuğun 32 sinde enurezis (%60,4) vardı, 21 tanesinde (%39,6) enurezis yoktu. Kontrollere göre patolojik idrar enüretiklilerde bir miktar fazla bulunmuş isede istatistik bakımdan aradaki fark önemli değildi. ( $X^2 = 1,61$  SD: 1 P > 0,05)

41.B.: Dışkıda parazit ile enurezis arasındaki ilişki:

Kontrol ve enüretik olan total 458 çocukta yapılan parazit araştırmasında %52,2 (239) çocukta parazit müsbet bulunmuş, parazit müsbet olanlarda %34,3'ünde (157 vaka) Ascaris, %14,4 (66 vaka)'da H.nana, %1,5 (7 vaka)'da Tenya saginata, %1,5 (7 vakada) Oksiyur, (oksiyurda direk yayma yöntemiyle bakılmıştır, izole bant ile oksiyur taraması değişik nedenlerle yapılamamıştır.) ve %0,4 (2 vakada) Trichurus trichura bulunmuştur (Tablo 34).

Tablo 34 A: Saptanan parazit çeşitlerinin enüretik olan ve kontrol çocuklarda dağılımı.

| Gaitada Parazit    | Enüretiklerde |       | Kontrollerde |       | Total |       |
|--------------------|---------------|-------|--------------|-------|-------|-------|
|                    | Sayı          | %     | Sayı         | %     | Sayı  | %     |
| Yok                | 112           | 46,9  | 107          | 48,9  | 219   | 47,8  |
| Askariasis         | 82            | 34,3  | 75           | 34,2  | 157   | 34,3  |
| H.Nana             | 36            | 15,1  | 30           | 13,7  | 66    | 14,4  |
| Oksiyur            | 4             | 1,7   | 3            | 1,4   | 7     | 1,5   |
| Tenya Saginata     | 4             | 1,7   | 3            | 1,4   | 7     | 1,5   |
| Trichurus Trichura | 1             | 0,4   | 1            | 0,5   | 2     | 0,4   |
| Total              | 239           | 100,0 | 219          | 100,0 | 458   | 100,0 |



Parazit müsbet olarak bulunan 239 çocuktan 127'si enüretik (%53,1), 112'si (%46,9) kontrol grublarındandı. Parazit görülme sıklığı ile enurezis arasında ilişki yoktu (Tablo 34 B).

Tablo 34 B: Parazit pozitifliğinin enüretik ve kontrollardaki dağılımı.

| Parazit | Enüretiklerde |       | Kontrollerde |       | Total |       |
|---------|---------------|-------|--------------|-------|-------|-------|
|         | Sayı          | %     | Sayı         | %     | Sayı  | %     |
| Var     | 127           | 53,1  | 112          | 51,1  | 239   | 52,2  |
| Yok     | 112           | 46,9  | 107          | 48,9  | 219   | 47,8  |
| Total   | 239           | 100,0 | 219          | 100,0 | 458   | 100,0 |

$$\chi^2 = 0,4 \quad SD: 5 \quad P > 0,05 \text{ fark önemsiz}$$

42- Fizik muayene bulguları ile enurezis arasındaki ilişki:

42.A.: Ektopik testis ile enurezis arasındaki ilişki:

Total 4 erkek çocukta ektopik testis saptanmış bunlardan 3 tanesi (%75,0) Enüretik, 1 tanesi (%25,0) Çocuk kontrol grubundandı. Ektopik testisle enurezis arasında ilişki kurulamadı.

42.B.: Kronik rinit ile enurezis arasındaki ilişki:

109 Çocukta kronik rinit saptanmış, bunlardan 62 tanesi (%56,9) enüretik, 47 tanesi (%43,1) kontrol grubundandı, aradaki fark önemli değildi. ( $\chi^2 = 1,26$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

42.C.: Hipertrofik tonsil ile enurezis arasındaki ilişki:

Total 92 çocukta hipertrofik tonsil saptanmış, bunlardan 50 tanesi (%54,3) enüretik, 42 tanesi (%45,7) kontrol grubundandı. Hipertrofik tonsil ile enurezis hızı arasında ilişki yoktu ( $\chi^2 = 0,22$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

42.D.: Mental Retardasyon ile enurezis arasındaki ilişki:

Total 1 tek mental retarde çocuk saptandı. Bu çocukta enurezis mevcut idi. Kontrol grubunda mental retarde çocuk yoktu. Sayılar çok küçük olduğundan mental retardasyon ile enurezis arasında ilişki kurulamadı. ( $\chi^2 = 0,92$  SD: 1  $P > 0,05$ )

42.E.: Otitis media ile enurezis arasındaki ilişki:

Total 19 çocukta otitis media saptandı, bunlardan 13 tanesi (%68,4) enüretik, 6 tanesi ise (%31,6) kontrol gruplarındandı. Enüretiklerde otitis media hızı kontrollerden bir miktar yüksek çıkmış isede istatistik bakımdan aradaki fark önemsizdi. ( $\chi^2 = 2,9$  SD: 1  $P > 0,05$ )

42.F.: Buşon ile enurezis arasındaki ilişki:

Total 63 çocukta buşon saptandı. Bunlardan 38 tanesi (%60,3) enüretik, 25 tanesi (%39,7) kontrol gruplarındandı, aradaki fark önemli değildi. ( $\chi^2 = 1,94$  SD: 1  $P > 0,05$ )

42.G.: Adenoid vegetasyon ile enurezis arasındaki ilişki:

Total 19 çocukta adenoid vegetasyon saptandı. Bunlardan 11 tanesi (%57,9) enüretik, 8 tanesi (%42,1) kontrol grubundandı. Aradaki fark istatistik bakımından önemli değildi.

42.H.: Alt ve üst solunum yolları enfeksiyonları ile enurezis arasındaki ilişki:

Total 38 çocukta alt ve üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE, Pnömoni, Bronşit) hastalığı saptandı. Bunlardan 22 tanesi (%57,9) enüretik, 16 tanesi (%41,1) kontrol gruplarındandı, aradaki fark istatistik bakımdan önemli değildi.

### TARTIŞMA:

Araştırma Doğan kent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesine bağlı, Doğan kent ve Yunusoğlu köylerinde 5-14 yaş grubundaki 2280 çocuğa uygulanması planlandı. Değişik nedenlerle 109 kişi (%4,8) araştırmaya katılmadı. Böylece araştırma, 2171 kişiye uygulandı ve katılma oranı %95,2 oldu. Kontrol grubu olarak, yaklaşık enurezisli sayısı kadar (5-14 yaş grubundan 240 çocuk) alındı. Değişik nedenlerle 21 çocuk (%8,7) araştırmaya katılmadı. Kontrol grubunda 219 kişi çalışıldı. Ve katılma oranı %91,3 oldu.

Yerli ve yabancı literatürlerde, kırsal bölgede tarama usulü ile enurezis prevalans hızı araştırmasına pek az rastladık (1). Şimdiye dek genel olarak yapılan araştırmaların çoğu toplu halde yaşayanlara, hastane polikliniğine başvuranlara ve öğrencilere uygulanmıştır. Araştırmamızda 5-14 yaş grubunda enurezis prevalans hızını %11,01 bulduk. Yabancı literatürlerde (13) 5 yaş çocuklarda %5,0 - 20,0, (14,10). İlkokul çocuklarında %10,0 - 15,0 enurezis hızları buldular, ortalama enurezis hızı %5,0 - 20,0 arasındadır. Bulgularımız da bunlara uymaktadır.

Yerli literatürde: (1) Yenikent Sağlık Ocağı kırsal bölgesinde yaptığı araştırmada %12,0, aynı yörede bulunan "Yenikaya Yetiştirme Yurdu" öğrencileri arasında %19,75 buldu ve bu hız ise, araştırmamızdaki hızdan biraz yüksektir. Yine yerli literatürde (15) "Eskişehir Erkek Yetiştirme Yurdunda" yaptığı araştırmada enurezis prevalans hızını %11,9 bulmuşlardır. Bu araştırmamız bulguları, bu araştırmalara çok benzemektedir. Araştırmamızla karşılaştırılınca arada önemli bir farkın olmadığını gördük. Çünkü; Yenikent Sağlık Ocağının bir çok koşulları,

Özellikleri araştırma yaptığımız köylerimize benzemektedir. Bu da bize kırsal bölgelerdeki enurezis prevalans hızlarını genellikle birbirine yakın olabileceğini göstermektedir. Yapılan başka bir araştırmada ise (Ankara içi ve köylerinde, ilkokullarda) Enurezis Prevalans hızı %7,7-12,3 arasında bulunmuştur (16). Araştırmamız bulguları, bu araştırmaya da uymaktadır.

Yaptığımız araştırmada iki köy arasında enurezis prevalans hızı farklı gibi görünüyorsa da arada istatistiksel önemli bir fark bulunamamıştır (Tablo 4). Her yönü ile birbirine benzeyen (Sosyo-ekonomik, kültürel ve fiziki çevre) köylerde enurezis prevalans hızının farklı olamayacağı aşikârdır.

Araştırmamızda kırsal bölgede tesbit olunan enüretiklerin yaş gruplarına dağılışı incelendiğinde, 10 yaştan sonra enurezis hızının süratle düştüğü yaş ilerledikçe enurezis hızının azaldığı saptandı (Tablo 5). Yerli literatürde ( Tunçer, A:1969) yaptığı araştırmaya, bizim araştırmamız uymaktadır. Bunu çocuğun ruhsal, gelişme dönemleri incelenerek izah edilebileceği kanısındayız.

a) "Oral Dönem: Bu dönemde çocuk, tamamen anneye bağlıdır. Tam alıcı karakterdedir. Ne verilirse ağzına götürür. Yoksulluk ve aşırı beslenme, çocuğun oral dönemde saptanmasına ve ilerde obur, şişman, içkiye ve uyuşturucu maddelere düşkün olmasına, ruhsal çöküntü ve depresyona sebep olabilir (10). Bu dönemde yapılacak erken tuvalet eğitimi, çocuk anne çatışmasına ve neticede çocuğun enüretik olmasına neden olabilir" (1).

b) Anal Dönem (1-3 yaş): "Anal dönemde çocuğun dikkati, idrar ve gaitası üzerinde toplanmaya başlar. Çocuk nazarında idrar ve gaita vücudun bir parçasıdır. Onlarla oynamayı sever. Onları istediği zaman

ve istediklerine verir. İsteddiği zaman tutar,istediği zaman salıverir. Anne ile çatışma halinde olan çocuklarda,uzun boylu idrar ve gaita tutulur. Bu yüzden kabızlık olabilir. Yanlış tuvalet eğitimi yine anne çocuk çatışmasına ve dolayısıyla enurezise sebep olabilir" (1).

c) Fallik Dönem (3-6 yaş): "Psiko seksüel gelişmenin 3. devri olan fallik dönemde, çocuğun dikkati genital organları üzerine yönelir. Haz verici yer,yalnız ağız olmaktan çıkmış,erkeklerde penis,kadınlarda klitoris haz verici yer olduğu keşfedilmiştir. Penis ve klitorisle oynamaktan zevk alan çocuk,genital organlarını teşhir eder,onları arkadaşlarınıninki ile karşılaştırırlar. Erkek çocuk,kız arkadaşlarında penis olmadığını fark eder ve primitif bir düşünce ile kızların penisinin kesildiğini fark eder. İftihar ettiği,haz duyduğu penisinin bir gün kızlarıinki gibi kesileceğini zanneder ve kastrasyon korkusuna kapılır. Toplumumuzdaki olumsuz tutumlar bu yanlış düşünceyi kamçılar. Büyüklelerin şaka olsun diye (Tutun şunu çükünü keselim sözleri) çocuğun korkusunu dahada kamçılar,aşırı korkuya kapılan çocuk,gece rüyasında penisinin kesildiğini görür,çok defa ağlıyarak uyanır. Erkeklerde enurezis prevalans hızının kadınlardan fazla oluş nedenlerinin en önemlisi belkide bu kastrasyon korkusudur. Fallik dönemde,kızlarda haz verici yer olarak klitorisi keşfetmişlerdir. Onunla oynamayı sever. Oda genital organlarını arkadaşlarına gösterir. Kendi genital organlarını arkadaşları ile karşılaştırınca,penisinin olmadığını fark eder. Bunun ya kesildiğini veya birgün klitorisunun büyüyerek penis olacağını,veyahut annesinin kendisine bir penis vermediğini zanneder. Bu düşüncelerle çocuk anneye düşman olur. Negativist olur. Anne ne derse tam tersini yapmaya çalışır. Çocuk kişiliğinin ana kalıpları teşekkül ettiği bu dönemde böylece ruhi çöküntü meydana gelir. Ve bu nedenle çocuk

enüretik olabilir. Penis yokluğu kız çocuklarda bir eksiklik kompleksi doğurabilir. Ebeveyni tarafından hiç sevilmediğini, birgün terkedileceğini zanneder. Ve bu korku nedeni ile çocuk yine enüretik olabilir (1).

Fallik dönemde ebeveynin yanlış tutumlarından dolayı çocuklarda "Odiplus kompleksi" meydana gelebilir. Bu aynı cinse aşırı düşmanlık, farklı cinse aşırı sevgi gösterisidir. Anneye aşırı bağlanan ve onu aşırı seven erkek çocuk toplumsal nedenlerle bu sevgisini gösteremez. Fakat,annesine beslediği hislerin büyük bir suç olduğunu ve bunları düşünmekle,büyük günah işlediğini zanneder. Seksüel suçluluk hislerine kapılır. Bu hislerin tesiri altında da yine çocuk enüretik olabilir.

Kızlarda meydana gelen odipus kompleksinde,kız çocuk babaya aşırı bağlılık ve sevgi gösterir. Babası ile evlenmeye kalkanlara bile rastlanır. Bu tiplerde tedavi edilmezse yine emasyonel nedenlere bağlı olarak enüretik olabilir (1).

Fallik dönemde penis ve klitorisu ile fazla oynayan hatta masturbasyon yapan çocuklara sık rastlanır. Bunlardan uretrada ödem meydana gelebilir ve bu nedenle çocuk enüretik olabilir (1).

Fallik döneminde aşırı titiz olan anneler,çocuklarında aşırı titizlik isterler. Çişini söylemeyen veya kazara altına kaçıran çocuğu fazla döver,azarlar veya yakarsa,bu yanlış terbiye usulü ile de çocuk yinede enüretik olabilir (1).

d) Latens Dönem (7-11 yaş): Bu dönem çocukların sukünet devridir. Anne-baba şefkatine,ilgiye ve sevilmeye muhtaçtır. Okula yeni başlayan çocuk,gerekli ilgiyi görmezse okuldaki strese bağlı olarak yine enüretik olabilir (1).

e) Adolesan Dönem (12-21 yaş): Adolesan dönemde artık çocuk kişi-

liğini kazanmaya başlar. Ve emasyonel nedenlerden kendini az çok kurtarabilir. İşte bu nedenle enüretiklerden bir kısmı spontan olarak iyileşir. Böylece 10 yaş üzerinde enurezis prevalans hızı süratle azalır. 10 yaş üzerinde enurezis hızının süratle azalmasında başka etkenlerde arandı isede, kayda değer birşey tesbit edilemedi (1).

10 Yaş üstündekilerde emasyonel nedenler tamamen ortadan kalkmış değildir. Bunun en güzel örnekleri büyükler bile aşırı heyecan durumlarında (sınav öncesi) sıkışmaları, ruhsal durumla enüretik arasındaki ilişkiyi gösterir. İkinci Dünya Savaşı sırasında bombalanan Avrupa kentlerinde, çocuk ve büyüklerin çok sıklıkla enüretik oldukları gözlenmiştir. Bunlar hiç bir patoloji olmadan emasyonel nedenlere bağlı olan enüretiklerdir (1,10).

Yaptığımız araştırmalarda ilkökul öncesi (5-6 yaş) ta enurezis prevalans hızı %18,20, ilkökul çağında (7-12 yaş) ta %10,36, ortaokul çağında (13-14 yaş) ta %4,04 bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak çok önemli bulundu (Tablo 6). Yabancı ve yerli literatürde yapılan araştırmalarda ; (13) yaptığı araştırmada 5 yaş çocuklarında enurezis prevalans hızı %5,0 - 20,0, ilkökul çağındaki çocuklarda ise %10,0 - 15,0 olarak bulunmuştur (14,10). Diğer bir araştırmada ise (1) 5-6 yaş grubunda %19,0- 7-12 yaş grubunda ise %8,3 ve 13-14 yaş grubunda %5,3 bulunmuştur. Bulduğumuz sonuçlar literatürdeki sonuçlara uymaktadır.

Araştırmamızda enurezis prevalans hızı erkeklerde (%11,88), kadınlarda (%10,07) daha fazla bulundu isede arada önemli fark bulunamadı. Araştırma genişletilirse, o zaman belkide enurezis prevalans hızı erkeklerde daha fazla çıkması beklenebilir (Tablo 7).

Araştırmamızda ailelerin tiplerine göre enurezis prevalansını

inceledik. Yaptığımız kontrollü çalışmalarda enurezis prevalans hızı çekirdek ailelerde %51,2, geniş ailelerde %61,36, parçalanmış ailelerde ise %54,54 idi. Geniş ailelerde prevalans hızı bir miktar yüksek bulunmuş isede arada istatistik bakımdan önemli fark yoktu (Tablo 8). Yapılan bir araştırmada ise (1) çekirdek ailelerde %44,0 geniş ailelerde %56,0 bulunmuştur. Bizim bulduğumuz sonuçlar bu bulgulara yakındır.

Araştırmamızda annenin üvey oluşu ile enurezis ilgisi araştırıldı. Yaptığımız kontrollü çalışmada annenin üvey oluşu ile enurezis arasında ilgi bulunamadı ve aradaki fark önemli değildi ( $X^2=0,9$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

Bebanın eğitim durumu ile çocuktaki enurezis ilişkisi araştırıldı. Yaptığımız kontrollü çalışmada enüretik çocukların babalarının eğitim durumu ile enurezis prevalansı arasında önemli fark bulunamadı ( $X^2=8,6$  SD: 4  $P > 0,05$ , Tablo 10).

Araştırmamızda annenin eğitim durumu yükseldikçe çocuklarda enurezis prevalans hızının (%62,5) kontrol grubuna göre arttığı ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu (Tablo 11). Literatürde yapılan araştırmalarda ise (1,17) eğitim düzeyi yükseldikçe enurezis hızının düştüğünü bulmuşlardır. Bizim bulduğumuz bu araştırmaların tersi olmuştur. Çünkü 239 enüretik çocuğun 185 (%77,4) tanesinin annesi okur-yazar değildi. Ve enurezisin ne olduğunu bilmiyordu. Öğrenim durumu yüksek olan anneler, enurezisin ne olduğunu biliyorlar ve açıklıyorlardı. Eğitim durumu yüksek olan annelerin büyük bir kısmı çocuklarını başkalarına bırakarak, Adana'ya çalışmaya gitmeleri çocukların yabancı elinde bakılması, enurezis prevalans hızını yükseltebileceğine kanlıyız. Bundan dolayı bizim bölgemizde eğitim düzeyi arttıkça enurezis prevalans hızı yüksek bulundu.



Araştırmamızda ebeveynlerin ekonomik durumu kötü olanlarda enurezis prevalans hızı en yüksek (%67,2) idi orta ve iyi olanlardan daha yüksekti ve arada istatikselsel bakımdan önemli fark var idi ( $X^2=7,7$  SD: 2  $P < 0,05$ , Tablo 12). Ekonomik durumu iyi olmayanların, ailelerinin büyük bir çoğunluğunun, yılın büyük bir kısmında tarlada çalışması, çocuklarını rasgele kişilere bırakması, tarlaya götürmesi nedeni ile enurezis hızı yüksek çıktığı kanısındayız.

Araştırmamızda babanın meslek durumu ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı. Yaptığımız kontrollü çalışmada babanın mesleği ile enurezis arasında ilişki kuramadık ( $X^2= 2,36$  SD: 4  $P > 0,05$ ).

Öyküde babada enurezis olması ile çocuğunda enurezis olması arasındaki ilişki araştırıldı. Araştırmamızda bulunan 8 babanın öyküsünde enurezis vardı ve tümünün çocuğunda enurezis olduğu saptandı. Kontrol grubundaki babaların öyküsünde enurezis yoktu ( $X^2= 7,4$  SD: 1  $P < 0,01$ ). Literatürde yapılan bir araştırmada (17) babada enurezis olanlarda, çocuklarında da enurezis olduğunu bulmuştur. Bunlar bize enurezisin kalıtımla ilgili olabileceğini göstermektedir ve babada enurezis olan çocuklarda enurezis prevalans hızının daha yüksek olabileceğini doğrulamaktadır.

Araştırmamızda annenin öyküsünde enurezis bulunması ile çocukta enurezis bulunması arasında ilişki bulunamamıştır ( $X^2= 0,3$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

Araştırmamızda yaşayan kardeş sayısı ile enurezis arasında ilişki bulunamamıştır ( $X^2= 2,1$  SD: 3  $P > 0,05$ ). Bu konuda (1) araştırmada çocuk sayısı arttıkça enurezis hızının arttığını saptadı. Bu konuda kesin karar verebilmek için daha geniş araştırmaların yapılması gerektiği kanısındayız.

Araştırmamızda tuvalet eğitimine başlama zamanı ve kullanılan yöntemlerin enurezisle ilişkisi araştırıldı. Tuvalet eğitimine başlama zamanı ile kullanılan yöntemlerin çocukta enurezis etiyojisinde rol oynayabileceği pek çok çalışmada belirtilmiştir (1,4,18,8,19). Araştırmamızda ise tuvalet eğitimi geç görenlerde enurezisin fazla aradaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 17). Bazı araştırmacılar (1,17) tuvalet eğitimine erken başlayanlarda enurezis prevalans hızını yüksek bulmuşlardı. Bizim araştırmamızda ise geç başlayanlarda yüksek çıktı, biz bunu köysel bölgedeki sosyo-ekonomik ve kültürel durum, annelerin eğitimsiz ve ilgisiz oluşuna bağladık.

Tuvalet eğitim şeklinde enurezis etiyojisinde rol oynayabileceğini düşündük. Kırsal bölgede maddi imkansızlık ve kültürel noksanlık nedeni ile tuvalet eğitimi tutarak ve oturtarak uygulanması yaygın haldedir. Araştırmamızda oturtarak tuvalet eğitimi yapan 53 aileden 36 sınıfın (%67,9) çocuğunun enüretik olduğu, 17 çocuğun (%32,1) enüretik olmadığı, dolayısıyla en fazla enurezisinin oturtarak tuvalet eğitimi yapan ailelerin çocuklarında görüldüğü ve aradaki farkın önemli bulunduğu saptandı ( $X^2 = 13,7$  SD: 4 P < 0,05) Tablo 26).

Biz bunu çocuğun saatlerce oturmakta oturtarak, tuvalet eğitimi uygulamasının enurezis etiyojisinde rol oynayabileceğini düşündük. Çünkü anne işini başlayacağı zaman çocuğu oturtur, zaten çocuk sayıları fazla olduğundan anne yeteri kadar da ilgilenemez, oturmakta çocuk saatlerce oturur veya uyuya kalabilir, yine çocuk-anne çatışması olabilir. Izdırıp kaynağı olan oturağa çocuk oturmak istemez (1,20). Oturtulması için oturağa çişini yapmaz; altı bağlanır bağlanmaz çişini salıverir. Buna sinirlenen anne çocuğu döver ve bu nedenle çocukta yine enurezis olabilir (1).

Araştırmamızda ailede son çocuk olanlarda enurezis hızının ilk ve ara çocuklara göre daha yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 18). Bir başka araştırmada ise (1) enurezis hızını ara çocuklarda daha fazla bulunmuştu. Bizim araştırmada son çocukta enurezis prevalans hızının yüksek oluşunu çocuk sayısının fazla olması ve anne ilgisinin giderek azalmış olmasından enurezis hızının yüksek olabileceğini düşündük.

Enurezis etiyojisinde rol oynayabileceği düşünülen son 5 yılda ölen kardeş sayısı ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı. Son 5 yılda kardeşi ölenlerde enurezis prevalansının yüksek olduğu ve arada çok önemli fark olduğu saptandı (Tablo 19) ve enurezisle ilişki kuruldu. (1) Yaptığı araştırmada kardeşi ölenlerde enurezis hızının yüksek olduğunu buldu. Bulgularımız bu araştırmaya aynen uymaktadır.

Araştırmamızda Anne-baba ilişkileri ve Baba-çocuk ilişkileri ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı ve ilişkileri olumsuz olanlarda enurezis prevalans hızı bir miktar yüksek olmasına rağmen, arada istatistiksel önemli fark bulunamadı (Tablo 20-21). (1) Araştırmasında evde çocukla birden fazla kişinin olumsuz ilişkisi durumunda, enurezis hızının yüksek olabileceğini saptamış. Araştırmamızda bunlar teker teker incelendiğinden aradaki fark önemli bulunamamıştır.

Anne-çocuk ilişkileri ile enurezis hızı arasındaki ilişki araştırıldı. Anne-çocuk ilişkileri olumsuz olan ailelerin %80,0 inin çocuğunda enurezis saptandı, %20,0 sinde enurezis yoktu. Anne-çocuk ilişkisi olumsuz olan ailelerde enurezis hızı, anne-çocuk ilişkileri olumlu olan ailelerden yüksek ve aradaki fark önemli bulundu (Tablo 22,  $X^2 = 6,6$  SD: 1  $P < 0,05$ ). Bu bulgumuz (1) bulgusuna uymaktadır.

Anne-baba dışındakilerle, çocuk arasındaki ilişkiler "Olumsuz" ise enurezis hızı yüksek (%82,4) ve aradaki fark istatikselsel olarak önemli bulundu ( Tablo 23). Bu da yapılan araştırmalara uymaktadır. (1) %80,0 bulmuştur.

Enüretik çocuğun yaşantısında değişiklik oluşu, enurezise zemin hazırlayabileceği kanısındayız. Araştırmamızda enüretik çocuğun %5,0 inin kardeşi, %1,1 annesi ölmüş, %2,9 unun babası ayrılmıştır (Tablo 24). Yapılan çalışmalarda çocukların yaşantılarındaki psikolojik değişikliklerin enurezis görülmesinde önemli rol oynadığı ve %85,0 oranında nedenlerin, psikolojik kökenli olduğu belirtilmiştir (10,21,22). Bu ve bunlara benzer yukarıda bahsettiğimiz yaşantıdaki değişiklik çocuk üzerinde menfi tesir yaratabileceği ve sonuçta çocuğun enüretik olabileceği kanısındayız. Araştırmamızda sayılar küçük olduğundan enurezisle istatikselsel olarak ilişki bulunamadı ise de daha çok denek ile yapılacak araştırmada bu farkın görülebileceği kanısındayız.

Enurezis etiyojisinde fizik çevreden helanın bina içinde veya dışında oluşunun etkili, olup olmadığı araştırıldı. Helanın içerde veya dışarda oluşu ile enurezis prevalans hızı arasında önemli ilişki saptanamadı (Tablo 25). Bir başka araştırmada ise helası dışarda olan ailelerin çocuklarında enurezis hızının yüksek olduğu bulundu ise de, araştırmamızda yapılan soruşturmada enüretiklerin gece tuvalet için dışarı çıkmadıkları, içeride oturarak kullandıkları öğrenildi. Bu nedenle helanın içerde veya dışarda oluşu ile enurezis hızı arasında ilişki kurulamadı ( $X^2 = 0,7$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

Doğumun oluş şekli ile enurezis arasında ilişki saptanamadı ( $X^2 = 0,03$ ). Araştırmasında benzer bulgular vardı (1).

Çocukların anne ve babaya bağıllık durumu ile enurezis prevalans hızı arasındaki ilişki saptanamadı ( $X^2 = 1,24$  SD: 1  $P > 0,05$ ).

Gece karanlıktan korkma durumu ile enurezis arasındaki ilişki saptanamadı ( $X^2 = 0,30$  SD: 0,2  $P > 0,05$ ). Yaptığımız literatür taramamızda bu konuda kontrollü bir çalışmaya rastlayamadık ve bulgumuzu başka bir araştırma ile karşılaştıramadık. Gece karanlıktan korkanlarda enurezis hızının yüksek çıkması beklenebilir, fakat araştırdığımız köylerde helası dışarda olan ailelerin geceleri oturak kullandıkları ve bu nedenle gece karanlıktan korkan çocukların enurezis hızının yüksek çıkmadığı kanısındayız.

Araştırmamızda kıskançlık durumu ile enurezis arasında ilişki bulundu. Aşırı kıskanç olan çocuklarda, enurezis hızı kıskanç olmayanlara göre yüksek ve aradaki fark çok önemli idi (Tablo 27). Bulgularımız literatüre (1,17) aynen uymaktadır.

Enurezis etiyojisinde rol oynayabileceğini düşündüğümüz malnütrisyon ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı. Malnütrisyonlularda enurezis hızının bir miktar yüksek bulunmasına rağmen arada önemli fark bulunmamıştır. Bu konuda da taradığımız literatürlerde benzer araştırmaya rastlayamadık ve bulgularımızı karşılaştıramadık ( $X^2 = 1,5$  SD: 1  $P > 0,05$ , Tablo 28).

Ailede başka kardeşte enurezis olması ile enurezis hızı arasında ilişki araştırıldı. Ailesinde başka enüretik çocuk olan kişilerde enurezis hızının yüksek ve arada çok önemli fark bulunduğu saptandı ( $X^2 = 26,5$  SD: 1  $P < 0,01$ , Tablo 29). Babası enüretik olan çocuklarda da enurezis hızının yüksek olması kardeşinin veya sosyal çevrenin enurezis prevalans hızı üzerinde etkili olabileceği kanısındayız. Bu bulgumuz yapılan araştırmalara da uymaktadır (1).

Çocuğun atik ve çekingen oluşuna göre enurezis hızı arasında ilişki saptanamadı ( $X^2 = 1,03$ ). Araştırmamızda çekingen karakterde olan çocuklarda enurezis prevalans hızı bir miktar yüksek olması, yapılan diğer bir araştırmaya da uymaktadır (1).

Uyku durumunun enurezis etiolojisinde predispojen faktör olarak rol oynayabileceği düşünülerek araştırıldı. Uykusu ağır olanlarda, enurezis hızının bir miktar yüksek olduğu fakat aradaki farkın önemsiz olduğu saptandı. Yapılan bir araştırmada ise (1) uykusu ağır olan çocuklarda, enüretik hızın yüksek olduğu saptandı. Daha geniş bir araştırma yapılırsa buna benzer bulgu çıkabileceği kanısındayız ( $X^2 = 4,4$  SD: 2 P > 0,05).

Ağır enfeksiyon geçirenler ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı. Öyküde ağır enfeksiyon geçiren çocuklarda, enurezis hızının yüksek ve farkın önemli olduğu saptandı. Çocuklarda ağır enfeksiyon durumlarında (Bronko Pnömoni, Menenjit, Sepsis v.b. gibi) enfeksiyonlarda mesane kontrolünün azalabileceği ve enurezisin açığa çıkabileceği kanısındayız. (1) Araştırmamızda benzer bulgular vardır, bulgular bu araştırmaya aynen uymaktadır ( $X^2 = 10,7$  SD: 1 P < 0,05, Tablo 31).

Sünnet durumu ile enurezis arasında ilişki araştırıldı. 134 enüretik erkek çocuktan 85 (%63,4) i, sünnetsiz, 101 kontrol erkek çocuktan 59 (%58,4) u sünnetsiz olduğu yapılan istatistiksel değerlendirmede enüretik ve kontrol grubu arasında aradaki farkın önemli olmadığı saptandı ( $X^2 = 0,6$  SD: 1 P > 0,05). Bazı araştırmalarda sünnetsiz çocuklarda enurezis hızı yüksek bulundu (1). Araştırmamız bulgularında aynen uymaktadır.

Pollaküri öyküsü ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı. Yaptığımız kontrollü çalışmada 30 pollaküri yakınması olan çocuktan 24 ü (%80,0) enüretik, 6 sı (%20,0) enüretik değildi. Enüretik olan çocuklar mesane kontrolü tam olarak gelişmediğinden, sık sık idrar yapma ihtiyacını hissediyorlardı. Bu nedenle enüretiklerde pollaküri yakınması kontrollerden fazla ve aradaki fark önemli idi ( $X^2 = 9,9$  SD: 1  $P < 0,01$ , Tablo 33). Pollaküri yakınması olan çocuklarda enurezis hızının yüksek olması beklenebilir bir bulgu olabilirdi.

Araştırmamızda laboratuvar bulguları ile enurezis prevalansı arasındaki ilişki araştırıldı :

İdrar bulguları ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı. Araştırma yaptığımız köysel bölgemizde, patolojik bulgu saptanan 53 çocuğun 32 sinde enurezis (%60,4) vardı, 21 tanesinde (%39,6) enurezis yoktu. Kontrollere göre patolojik idrar enüretiklerde bir miktar fazla ve enurezis etiyojisinde rol oynayabileceği düşünülürse de aradaki fark istatistiksel olarak önemli değildi ( $X^2 = 1,61$  SD: 1  $P > 0,05$ ). Diğer bazı araştırmalarda ise (1) idrarda patolojik bulgu olan çocuklarda, enurezis hızı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda araştırılan denek sayısı bir miktar az olduğundan, bulgularımız bu araştırmalara uymuyor ise de idrar yolu enfeksiyonu olan çocuklarda, enurezis hızının yüksek olacağı kanısındayız ve daha geniş araştırma yapılırsa bunun kanıtlanabileceğine inanıyoruz.

Enurezis hızı ile enfestasyon arasındaki ilişki araştırıldı. Sağlık ocağı koşullarında dışkıda parazit araması yalnız direkt metotla yapıldığından, özellikle, oksiyur araştırması yapılamadığından enfestasyon hızı ile enurezis prevalansı arasında ilişki kurulamadı

(Tablo 34 B). Bizden önce yapılan bazı araştırmalarda (1) benzer bulgular vardı. Kız çocuklarında oksiyur iritasyonla enurezise neden olabilir ise de selobantla araştırma yapamadığımızdan bu konuda kesin sonuca varamadık.

Enurezis etiyolojisinde rol oynayabilecek fizik muayene bulguları ile enurezis arasındaki ilişki araştırıldı.

Fizik muayene bulgularından ektopik testis, enüretik çocuklarda fazla çıkmasına rağmen kontrollere göre aradaki fark önemli bulunmadı. Bunun olgu sayısının çok az olmasından (4 vaka) olabileceği kanısındayız.

Diğer sistem muayenelerinde saptadığımız patolojik bulgular (Kronik rinit, Hipertrofik tonsil, Ektopik testis, Mental retardasyon, Otitis media, Buşon, Adenoid vegetasyon, Alt ve üst solunum yolları enfeksiyonu) enüretik vakalarda birbirine yakın ve arada önemli fark yoktu. Bulgularımız (1) yaptığı araştırma bulgularına aynen uymaktadır.

Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinde, Doğankent Sağlık Ocağına bağlı, Doğankent ve Yunusoğlu köylerinde yaptığımız enurezis prevalans hızı %11,01 bulundu. Yoğun bir çalışma ve sağlık eğitiminin sonra tarama usulü ile yapılan bu araştırmadan bulunan sonuçların gerçeğe en yakın sonuç olduğunu tahmin ediyoruz.



SONUÇ:

1. Doğankent Sağlık Ocağına bağlı, Doğankent ve Yunusoğlu köylerinde 5-14 yaşta olan total 2280 çocuğun, enurezis prevalans hızı yönünden taranması planlandı. Taramaya 2171 çocuk katıldı. Katılma hızı %95,2 idi. Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesine bağlı olan, Doğankent köyünde 5-14 yaş grubunda, enurezis prevalans hızı %10,44, Yunusoğlu köyünde enurezis prevalans hızı %11,85 bulundu.

Doğankent ve Yunusoğlu köyleri, enurezis prevalans hızı arasında önemli bir fark olmadığı,

2. İlkokul öncesi ve ilkokul çağında yüksek olan enurezis prevalans hızı, yaş ilerledikçe azaldığı, 10 yaş üzerinde prevalans hızının süratle düştüğü ve aradaki farkın önemli olduğu,

3. Araştırma yapılan kırsal bölgemizde enurezis prevalans hızının erkeklerde kadınlardan bir miktar yüksek çıkmasına rağmen arada önemli fark olmadığı,

4. Geniş ailelerde enurezis prevalans hızı bir miktar yüksek olmasına rağmen arasındaki farkın önemli olmadığı,

5. Annenin eğitim durumu yükseldikçe çocuklarda enurezis prevalans hızının arttığını ve aradaki farkın istatistik yönden önemli olduğu,

6. Ebeveynlerin ekonomik durumu kötü olanlarda enurezis prevalans hızının yüksek bulunduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu,

7. Öyküde babasında enurezis olan çocuklarda enurezis prevalans hızı yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

8. Tuvalet eğitimine 13 aylıktan sonra başlıyanlarda enurezis prevalans hızının yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

9. Son çocuklarda enurezis prevalans hızı, ilk ve ara çocuklardan yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

10. Son beş yılda kardeşi ölenlerde, kardeşi ölmeyenlere göre enurezis prevalans hızının yüksek olduğu ve arada çok önemli fark olduğu,

11. Anne-baba ve Baba-çocuk ilişkileri olumsuz olan ailelerde enurezis hızının bir miktar yüksek olduğu, fakat aradaki farkın önemsiz olduğu,

12. Anne-çocuk ilişkileri olumsuz ailelerde ise enurezis prevalans hızı yüksek ve aradaki fark önemli olduğu,

13. Anne-baba dışındakilerin çocukla ilişkileri olumsuz olanlarda enurezis hızı yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

14. Helanın içerde ve dışarda oluşunun enurezisi etkilemediği ve arada fark olmadığı,

15. Oturtarak tuvalet eğitimi yapan ailelerin çocuklarında, enurezis prevalans hızı yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

16. Aşırı kıskanç olan çocuklarda enurezis prevalans hızı yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

17. Ailede ve diğer kardeşlerinde enurezis olanlarda, enurezis prevalans hızı yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

18. Çekingen, uykusu ağır ve ebeveyne aşırı düşkün çocuklarda, enurezis hızı bir miktar yüksek bulundu ve farkın önemliye yakın olduğu,

19. Ağır enfeksiyon geçirenlerde enurezis prevalans hızının yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

20. Sünnetsizlerde enurezis prevalans hızınının bir miktar yüksek fakat aradaki farkın önemli olmadığı,

21. Öyküde pollaküri yakınması olan çocuklarda, enurezis prevalans hızı yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu,

22. İdrarında patolojik bulgu saptanan çocuklarda, enurezis prevalans hızı bir miktar fazla bulunmuş ise de, farkın önemli olmadığı,

23. Araştırma yaptığımız iki köyde, paraziti müsbet olanlarda, enurezis prevalans hızı, bir miktar daha yüksek ise de arada istatistiksel önemli bir farkın olmadığı,

24. Enurezis etiyojisinde rol oynayabileceği düşünülen fizik muayene bulgularından ektopik testis, enüretiklerde fazla olmasına rağmen aradaki farkın önemli olmadığı,

25. Diğer sistem muayenelerinde Enüretik olan ve olmayan çocuklarda (Kronik rinit, hipertrofik tonsil, mental retardasyon, otitis media, buşon, adenoid vegetasyon, alt ve üst solunum yolları enfeksiyonu) bulguları, birbirine yakın, aradaki farkın önemli olmadığı saptandı.

### TOPLUM SAĞLIĞI YÖNÜNDEN ENUREZİS:

Toplumumuzun gizli derdi olan, çocuk psikolojisinde kötü tesirler yapan, çocukta aşağılık duygusu meydana getirerek, çocuğun başarısız, çekingen, pısrık olmasına neden olan, bir çok aile geçimsizliğinin ve boşanmaların sebebi olan, ısrar etmeden söylenmeyen, herkesce bir sır gibi saklanan enurezisin toplumumuzda önemli bir sorun olduğu gözlenmektedir.

Bütün popülasyonun %3 ve fazlasını ilgilendirdiği tahmin edilen, enurezis problemi hastalar ve hasta sahipleri tarafından gizlendiğinden, bugüne kadar doktorların dikkatini az çekti. Dış ülkelerde son zamanlarda bu konuda çalışmalara hız verilmiştir. Ülkemizde bu konudaki çalışmalar, son zamanlarda artmıştır. Bu konuda özellikle kırsal kesimde ve şehirsal kesimde yapılan araştırmalar mevcuttur. Enurezisli hastaların doktora başvurmaları çok azdır ve buna göre sonuç vermek yanıltıcı sonuçlar verir. Araştırma yaptığımız toplumda %11-12 enurezis bulduğumuz halde doktora başvurma oranı %2'yi geçmemiştir. Bütün bunlar enurezisin ne kadar gizlendiğini bütün açıklığıyla göstermektedir. Enurezisin gerçek hızı, ailelerle güzel ilişki kurarak ve onları ikna ederek yapılacak taramalarla ortaya çıkarılabilir. Hastane ve sağlık ocağı polikliniklerine başvuranlarla, sonuca gitmek yanlış olur. Kırsal bölgede tuvalet eğitimi hakkında bilginin az oluşu, sosyal çevrenin olumsuz nedenleri, enurezisin fazla oluşunun belli başlı bir sebebi gibi görülmektedir. Taramalarda bulunan enüretiklerin çok kez basit bir psiko terapi ve sağlık eğitimi ile düzeldiklerini gördük. Hatta yoğun sağlık eğitimi ile toplumumuzun tuvalet eğitimi zamanı ve şeklini değiştirerek, enurezis prevalans hızını düşürmek mümkün olacağı kanısındayız.

Tuvalet eğitiminde uygulanan yanlış tutumlara yol göstermek, yanlış olanları düzeltmek, herkesden önce aile hekiminin görevidir. Çocukluk dev-

relerinin ilk yıllarında, anne ve babaların yanlış tutum ve davranışları ilerde çocukta, yalnız enurezis değil, sigara içmek, alkolizm, oburluk ve kendine güvensizlik gibi, toplum için bir problem olan kötü karakterlerin meydana çıktığı düşünülürse, sağlık eğitiminin önemi bir kat daha ortaya çıkar. Yıllardır yerleşmiş, kökleşmiş bazı yanlış bilgi, tutum ve davranışları eğitimle hemen söküp atmak mümkün değildir. Fakat bir toplum hekimi veya aile hekimi olarak, yılmadan, usanmadan ve bıkmadan, anne ve babaları, eğitmek, en kutsal görevimizdir. Tedavisi zor gibi görünen ve uzun zaman alacağı sanılan enurezis, çoğu zaman basit bir sağlık eğitimi ve psikoterapi ile tedavi edildiğinin unutulmaması gerekir.

Enüretik çocuğu olan bazı aileler, yıllarca doktor, doktor gezmişler, çocuklarına şifa aramışlar, fakat deva bulamamışlardır. Aynı annelerle yapılan söyleşilerden sonra, çocukta herhangi bir patoloji bulunamayan çocukların annelerine nasıl davranılacağı öğretildi. Kısa zaman sonra çocuğa karşı tutum davranışı değişince, enurezisin iyileştiği görüldü. Emosyonel menşeli enurezisin ve bir çok psişik hastalıklarda, sağlık eğitimi ve telkinin yeri büyüktür. Koruyucu hekimlikte sağlık eğitiminin faydaları sayılmakla bitmez. Onun için bıkmadan, usanmadan, sağlık eğitimine devam etmek lazımdır.

Yetişen yeni neslimizi sağlık eğitimi ile donatarak yetiştirirsek hiç bir madde imkanla yapılmayacak en büyük ve en köklü yatırımı yapmış olacağımız kanısındayız.

#### ÖNERİLER:

"1- Sağlık ocaklarında yapılacak araştırmalara daha geniş zaman ayırmak gereklidir. Ocak hizmetleri, intörn doktor eğitimi ve buna benzer hizmetler yanında, araştırma yapmak zor ve yıpratıcıdır" (1).

2- Kırsal alanda özellikle köylerde doğru sonuç alınabilmesi için tarama usulü ile araştırma yapılmalıdır. Fakat bazı ulaşım güçlüğü, köylerin dağınık olması ve büyük olması nedeni ile örnekleme usulü kullanılmalıdır. Köylerde tarama usulünü uygulamak zordur.

3- Enurezis prevalans hızının şehirsal bölgelerdeki durumunu öğrenmek için aynı, konuda araştırmalar yapılması uygundur.

4-"Enurezis prevalans hızı, değişik okullarda araştırılmalı, okullar arasında fark olup olmadığına bakılmalı, fark varsa nedenleri araştırılmalıdır. Okul sağlığı çalışmalarında, enurezis prevalans hızına da yer verilmelidir. Bilhassa okullarda başarısız çocuklarda, görme ve işitme muayeneleri yanında enurezis araştırılmalıdır" (1).

Enüretik çocuklarda aşağılık duygusu nedeniyle başarısızlık olabileceği unutulmamalıdır. Okula yeni gelen öğrenciler yeni sosyal çevrenin stresine bağlı olarak enüretik olabilirler. Bütün bunları düşünerek öğretmen ve çocuk velileri ile bu tip çocuklara yol gösterilmelidir.

5- Enfestasyonların enurezis etiyolojisinde fazla etkili olmamasına rağmen, kırsal bölgede fazla görüldüğünden, çocuklarda yaygın olduğundan enfestasyonla mücadele gereklidir.

6- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, enurezis prevalans hızı taraması yapılmalıdır. Böyle bir araştırma ile bölgede bazı bilgiler toplamak mümkündür. Bölgelerin sağlık sorunları daha iyi ortaya çıkmaktadır.

7- Sağlık ve yardımcı sağlık personeli enurezis hakkında eğitilmeli, tuvalet eğitimi, çocuğun psiko seksüel gelişmesi, ebeveyn çocuk, sosyal çevre ilişkileri, personele öğretilmelidir. Ferdive grüp eğitimleri ile personel de toplumu eğitmelidirler. Her anne ve baba çocuğa nasıl davranılacağını, ne zaman tuvalet eğitimine başlanacağını, tuvalet eği-

timinde hangi şeklin uygulanacağı, bu eğitimde cezanın, tehdidin, utandırmanın hiç bir fayda vermeyeceğini bilmelidir.

8- Enüretik çocuğu olan annelere çocuğun durumuna göre yapılacak öneriler şunlardır :

"a) Tuvalet eğitimine en az bir yaştan başlanması, 15 aya kadar çocuğun fizyolojik olarak eğitime hazır olmadığı, tuvalet eğitimi uygulanmasında: Ceza, utandırma ve yakmanın faydasız olduğu, tuvalet eğitiminde özel yumuşak sandalyelerin kullanılması, tutarak tuvalet eğitim yapmaması en iyi tuvalet eğitim zamanının çocuğun ayakta durmaya yürümeye başladığı zaman olduğu" (1),

b) Enüretik olan çocuğa gerekli şefkat gösterilmesi, cezalandırılmaması, teşhir edilmemesi,

c) Akşama doğru çay, portakal, kakao, karpuz, kavun ve bira gibi sulu gıdaların verilmemesi (diüretiklerin kısıtlanması),

d) Uykusu ağır enüretik çocuklar, mümkün olursa öğle uykusuna yatırılmalı ve öğleden sonra vücudu yoracak oyun ve çalışmalardan uzak durmalıdır,

e) Gece yatmadan önce enüretik çocuklar, mutlaka çiş tutulmalıdır. Gecede muayyen saat aralıkları ile iyice uyandırılarak çiş tutulmalıdır,

f) Patolojik bulgu tesbit edilemeyen enüretik çocuklar, bu önerilerden sonrada iyileşmiyorlarsa, ileri tetkik için doktora ve hastaneye götürülmesi önerilmelidir.

## 9. TEDAVİ:

Enurezisin önemli bir problem olarak görülmemesi, ayıp diye gizlenmesi, doktora başvurmaması veya kendiliğinden geçer diye beklenilmesi gibi

etkenler enurezis tedavisindeki başarı yüzdesini düşürmektedir.

Enurezisin, atalarımız elbise giymeye başladıktan, ev içinde uymaya karar verdikten ve yatak kullandıklarından bu yana aileler için bir sorun olmuştur (5).

Enureziste semptomatik tedaviden çok emasyonel olacağı düşünülerek, tedavi çocuğun çevresine yöneltilmelidir. Psikoterapiye üç ay cevap vermeyen enüretikliler mutlaka ileri tetkikler yaptırmalıdır.

#### TEDAVİ YÖNTEMLERİ:

Enurezis sorun olmaya başladığından bu yana çok çeşitli tedavi yöntemleri bulunmuştur.

1. Dikkatlice kaydedilen bir hikaye, fiziksel inceleme, idrar analizi ve idrar kültürü, enüretik çocukların %90'ından fazlasında ayrıntılı incelemeye gitmeyi önleyecektir. Geri kalan %10 grup için, antibiyotik tedavisi veya intravenöz pyelogram yada sistoretrogram boğalımında dahil olmak üzere daha fazla ürolojik bir inceleme gerekebilir (23). Bazılarına ameliyat bazılarına ise sistoskopi gerekebilir. Bütün genito üriner işlemlerin, psikolojik dezavantajları olduğu öne sürülmektedir. Son verilere göre genito üriner işlemler ile, daha sonraki duygusal bozukluklar arasında önemli ilişki bulunmuştur. Ayrıca psikiyatrik değerlendirmeler için incelenen bir grup çocukta, diğer iki kontrol grubundakilerden daha çok genito üriner ameliyat vakası olduğu belirtilmiştir (8).

2. Şartlandırma Yöntemi: Diğer bir yöntemde budur. Şartlandırma yöntemlerinin nokturnal enurezisin tedavisinde başarı etkileri olduğu gözlenmiştir. Hatta en etkin tedavi yöntemlerinden biri olduğu savunulmaktadır (13,14,24). Bu yaklaşımlar yeni değildir. İlk defa bu yüzyılın



başlarında P.faudler tarafından tanımlanmış olup, öncelikle İngiliz ve Avusturyalı araştırmacılar tarafından kullanılmıştır (5).

Şartlandırma yöntemi kısaca şöyledir: Çocuğun yatağına sistem hazırlanır alarm düğmesi çevrilir. Çocuk yatmadan önce idrarını yapmalı ve yatarken belden aşağısına hiç bir şey giymemelidir. Gece ıslatma olduğunda zil çalacaktır. Zil çalar çalmaz çocuk uyandırılmalı, alarm kapatılarak çocuğun tuvalete gitmesi sağlanmalıdır. Sonra yatak ebeveyn ile yeniden düzenlenir, alarm kurulur. Çocuk yatağını tekrar ıslatacak olursa işlem tekrarlanır. Yönteme devam edildiği sürece ıslatmada azalma görülür. Bir süre sonraki bu süre her çocuk arasında farklılık gösterir, çocuk mesanesini boşaltmak için kendiliğinden uyanır ya da bütün gece uyanmadan sabah kuru kalkar. Çocukların az bir kısmında gece kuru kalacağına inanana kadar, uyanmaya devam eder. Üç hafta boyunca çocuk hiç altını ıslatmazsa, tedavi kesilir, fakat ikinci üç haftada kuru kalana kadar alarm kesilmez. Çocukların çok azı alarm kesildikten sonra, tekrar altını ıslatmaya başlarlar ve bu çocuklar kısa bir süre daha tedaviye devam ederler. Ebeveyn, kayıt kartı üzerinde her gece kaç defa alarm çaldığını ve çaldığı saati kaydeder. Aynı zamanda yataktaki ıslaklığın ölçüsü istenir. Zil çaldığında, ebeveynin çocuğu uyandırdığı düşünülerek, bu lekenin, fincan tabağından büyük olmaması gerektiği vurgulanmaktadır. Yataktaki ıslaklık ölçüsü kontrol edilerek, zil çaldıktan sonra ebeveynin çocuğu ne süratle uyandırdığı izlenir (24).

Werry, elektrik zilinin çok değerli bir alet olduğunu ve ilaçların yerini alabileceğini vurgulamaktadır. Çocuklar 7 yaşına gelmeden önce zilin kullanılması önerilmez. Çünkü büyük çocuklarda daha etkilidir. Küçük yaşta öğrenme güdüsü olmayabilir ve çocuk zili aşırı cezalandırıcı bir araç görebilir (6).

Alarm sistemi üzerinde pek çok çalışma yapılmıştır. İngiltere'de de 9 değişik tip alarm sisteminin etkisi araştırılmış ve yöntemler arasında pek farklılık olmamasına rağmen Uni-alarm sistemi malzemesi açısından (naylon bezleri ve dayanıklılığı) tercih edilmiştir (25).

Pek çok klinikci elektrik zilini ilaç ve psikolojik tedaviden (psiko farmakolojik yaklaşım) önce kullanılır. Bu tedavi türü basit ve daha ucuzdur doğru kullanıldığında zararsızdır (23). Yapılan çalışmalarda tedavi oranı %65'ten %100 kadar çıkmış ortalama %85 olarak kabul edilmiştir. Tekrarlama oranı %8 ile %52 arasında değişmiştir. Tedavi için genellikle 16-17 hafta yeterli görülmüştür. %10-20 arasında ise uyumsuzluk görülmüştür (5). Uygulama sırasında tüm özelliklere dikkat edildiğinde, bir haftadan 6 aya kadar devam eden ortalama 3,5-4 aylık süreç içinde, enüretik vakaların %80 ininde iyileşme gözlenir (14,26, 27).

3. Ameliyat dışı birçok etkili tedavi yolundan biride töröpatik yaklaşımdır. Burada savunulan görüş, genito üriner işlemlerin psikolojik dezavantajları olması nedeniyle, öncelikle töröpatik bir denemenin uygulanmasıdır. Töröpatik denemenin, teşhis için önemli bir araç olduğu savunulmaktadır. Yöntem, çocuklara toplu halde veya klinik vaka şeklinde uygulanabilir olup, kısaca şudur: Çocuklara gündüz ve gece alacakları sıvı miktarı ve gerekli sınırlamalar, idrarı tutma konusunda açıklamalar yapılır. Çocuğun verilen yönergeleri uygulaması ve bu işleri başarması ona güven verecektir. Bununla birlikte; anne-baba ve çocuğun bir kayıt kartı tutmaları, önemli derecede yararlı olabilir. Bu karta çocuğun altını ıslatmadan geçirdiği hergün için bir işaret konularak, hafta sonunda bir ödül verilir. Ödülde çocuğun seçimi önemlidir. Anne ve baba, çocuk altını ıslattığında giysilerini değiştirmeli, ıslak çamaşırlarını ve pijamalarını yıkamada çocuğun yardımını almalıdır. 5 Ya-

şındaki bir çocuk bile bu programa katılabilir ve bir sorumluluk kazanabilir. Ailelerin bu programı düzenli bir şekilde yürütmeye yardımcı oluşu ile, birkaç haftada ilerleme kaydedilebilir. Anne-babaların cezalandırıcı ve fazla eleştirici olmamaları hatırlatılmalıdır. Bu tedavi yöntemine devam ederken, yapısal faktörler, iç çatışmalar, dış gerilimler, aile problemleri ve ebeveynlerin yanlış uygulamaları da değerlendirilebilir. Aile yardımcı olur, çocukta gelişme görülür, fakat yine altını ıslatırsa (Örneğin haftada iki kez) kuru kalmasına yardımcı olacak bir tablet verilebilir. İmipramine oldukça etkilidir ve tanımlanan program başlatıldıktan sonra, özellikle yararlı olabilir. Literatürde, yalnız imipraminle %60-70 lik bir gelişmeden söz edilmektedir. Böyle bir program uygulanan çocukta gelişme görülürse, ürolojik bir inceleme gereksiz olur.

Tedaviden Sonra İzleme: Önemli problemleri bulunmayan, bu programla altını ıslatmaya bırakan çocukların izlenmeye pek gereksinimleri yoktur. Bunun dışında iki grup çocuğun izlenmesi gerekmektedir. Birinci grupta daha kapsamlı problemlerin ve daha bozuk aile düzenleri olduğundan psikiyatrik konsültasyon ve izleme gereği olan çocuklar, ikinci grupta ise düzelmeleri genito üriner işleme gerek gösteren ve bunun sonucu yüksek duygusal rahatsızlığı olan çocuklar bulunmaktadır. Bu çocukların psikolojik uyumuna dikkat edilerek, psikiyatrik yönden düzenli olarak izlenmesi gerekir (23).

4. Kuru Yatak Metodu: Davranışsal bir metod olup, daha çok alarm sistemine karşı çıkan ailelerin tercih ettiği bir sistemdir. Bu sistem beş bölümden oluşmaktadır.

a) Olumlu Yaklaşım: Çocukla problemi hakkında konuşma, sevgi ve anlayışla yaklaşma ve altını ıslattığında cezalandırmama gibi olumlu

anne-çocuk ilişkisini kapsamaktadır (19).

b) Uyandırma: Çocuğu sık sık uyandırıp tuvalete götürmektir. Anne belirli zaman aralıklarında çocuğunu uyandırarak tuvalete götürür. Çocuk mutlaka tam olarak uyanmalıdır (20).

c) İdrar Tutma Kontrolü: Çocuk yatmadan önce idrarını boşaltır ve akşam yatmadan 3-4 saat önce sulu yiyecekleri azaltır veya tamamen kesilir.

d) Temizlik Eğitimi: Çocuk altını ıslattığında hemen üstü değiştirilerek çocuğa temiz giysiler giydiriler ve pijamaları, yatak çarşaf-ları yıkanırken çocuktan yardım alınır.

e) Alarm: En son diğer 4 çalışmanın yanısıra istenirse alarm sis-temi de kullanılır (4,8,9).

5. İlaç Tedavisi: Bugün organik bozukluğa bağlı olmayan gece işe-meleri için çok etkili ilaçlar vardır. Uyku derinliğini azaltan ve me-saneyi büzücü etki yapan bu ilaçların, 4-6 hafta boyunca uygulanması gece işemelerinin %70 ila %80 inde etkili olmaktadır. İlaç bırakıldıktan sonrada kazanılan alışkanlık bozulmamaktadır. Halk arasında yaygın olan bir kanının tersine bu ilaçlar kısırlık yapmadığı gibi, sakıncalı yan etkileri de azdır (10).

İmipramine enurezis tedavisinde kullanılan ilaçların en çok ter-cih edilenidir. Antidepressant ve antikolinerjik etkisi vardır ve anti-kolinerjik etkisi daha fazladır. Parasempatik detrusünde, postganlionik blokajla mesane duvarının tonusunda bir azalmaya, mesane kapasitesinin artmasına, uykunun hafiflemesine ve ruhi durumun düzelmesine yardım ede-rek ürinasyona mani olduğu savunulmaktadır, fakat gerçek etki mekanizma-sı tam olarak bilinmemektedir (28,29).

İmipraminle en iyi sonuçlar bilhassa her zaman kuruluk görülmesi,

normal mesaneli çocuklarda olmaktadır.En kötü sonuçlar ise,küçük mesaneli çocuklarda ve adolesan çağını geçmiş çocuklarda bildirilmiştir. Bu sebepten tedaviye alınan çocuğun yatmadan evvel mesanesini boşaltması,sulu gıdaları az alması,gündüz miksiyon aralıklarının açılması başarıda rolü olan faktörlerdendir (27,29).

İmipramine ve türevleri yaşa göre ayarlanan dozlarda verilmelidir. Bu dozlar 5-8 yaş arasında 25 mgr, 8-12 yaş arasında 50 mgr ve 12 yaş üzerinde 75 mgr.dır. Bu tür Tricyclic ilaçlar dört yaş altında öldürücü zehirlenmelere neden olduğundan kesinlikle verilmez (28,12).

İmipramine'nin Komplikasyonları: Tedavi sırasında ağız kuruluğu, hızlı nabız,baş dönmesi ve terleme gibi bulgular başlangıçta görülebilirse de bunlar, sonra kendiliğinden geçer ve önemsizdir. Allerjik deri döküntüleri,solunum depresyonu ve kardiyak düzensizlikler,diastolik basınçta düşme gibi istenmeyen etkiler önemli komplikasyonlardır. Bu durumda tedaviye son vermek gerekir (22,29).

İmipramine,enüretiklerin yaklaşık %85'inde işeme sıklığını azaltır,yaklaşık %30'unda da tamamen keser. İlaçla tedaviyi kestikten sonra 3 ay içinde belirti geri dönebilir. İlaç kesme tekniğinin yenileme oranını etkilediği görülmemiştir (12). Ayrıca,imipramine,hortriptyline ve diğer tricyclic antidepresanlarla yapılan tedavi denemelerinin önemli ve kalıcı tedavi oranları ortaya çıkaramadığı vurgulanmaktadır (29).

6. Spontan Düzelmeler: Hiç bir tıbbi ve psikolojik yardım gereksiz enurezisin kendiliğinden düzelmeleridir. Bu konuda Forsythe ve Redmond çok önemli çalışmalar yapmışlardır. Nokturnal enurezisliler çocukların uzun süreli izlenmeleri sonucunda, 5-9 yaşındaki çocuklarda %14, 10-14 yaşlarındaki çocuklarda %16,15-19 yaş grubunda %16 spontan tedavi oranları ortaya konmuştur. Çalışmada 1129 hastadan 32'sinin,20 ya-

şından sonrada altını ıslattığı gözlenmiştir (5). Bir başka çalışmada spontan düzelmenin genelde %15,7 yaşında ise %50'ye yaklaştığı belirtilmiştir (8). Barbour ve arkadaşları, bir enüretik grubunda, çeşitli yaşlarda yapılan tedaviye bağlı olmadan kendi kendine iyileşme olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna bağlı olarak, organik bozukluğu olmayan enüretiklerin yaklaşık 15 yaşında iken gece işemesi ortadan kalkmaktadır (6).

7. Sıvı Alınmasının Sınırlandırılması Tedavisi: Çocuğun yatmadan önce sıvı besinleri fazla alması, mesane kontrol gücünü zorlayabilir. Bu sebeble belirli bir sınırlandırma yararlı olabilir (30). Başka bir görüşte ise akşamları sulu besinlerin kesilmesinin sık denenen, fakat sonuç vermeyen bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmektedir (10).

#### 8. Diğer Yöntemler:

a) Gece Çocuğu Uyandırmak: Annelerin en çok kullandıkları bir yöntemdir. Bazı görüşlere göre bu yöntem sadece çamaşır sayısını azaltabilir, idrar kontrolünün kazanılmasını hızlandıramaz denmiştir (6). Küçük fonksiyonel mesane kapasitesinin etiyolojik olarak önemli olduğuna inanan araştırmacılar tarafından ise, gece tuvalete kaldırma ve su kısıtlaması idrar kontrolünü olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (12).

b) Ödül ve Cezalar: Bir ebeveyn çocuğun kuru olarak yataktan kalkmasının zevkini paylaşabilir. Ancak ödül ve cezalar gerekli ve etkili değildir. Abartılmış ödül ve cezalar semptom üzerine çok fazla ilgi çeker (6).

c) Gündüz Eğitimi: Gündüz altını ıslatan çocukların, altını ıslatmasını önleyecek kadar kısa aralıklarla idrarını yapması ve araların giderek arttırılması yararlı olabilir (5).

Erkek çocuklarda gece işemelerinin sünnetle düzeleceği inancı temeli olmayan bir inanış olduğu iddia edilmektedir. Bazı durumlarda işemeyen çocuklar sünnetten yada fıtık ameliyatlarından sonra yataklarını geçici olarak ıslatmaya başlarlar. Bu kastrasyon korkusu neden olur (10).

Günümüzde psikiyatrik görüş, genito üriner işleminden önce, töröpatik denemeyi uygun görmektedir. Töröpatik yöntem enüretik çocukların çoğunda da etkili görülmüştür, etkili olmayan çocuklarda ise, daha fazla psikiyatrik ve ürolojik değerlendirmelere gereksinim vardır (23). Bir başka görüşe göre ise tüm tedavi yöntemleri arasında tavsiye edilecek olan ebeveynlere tam ve yeterli fizyolojik açıklamalarla güven vermek, danışmanlık yapmak veya şartlandırma yöntemi programı uygulamaktır (5).

Bu tedavi şekillerinden köysel bölgede en ucuz ve en pratik olanı gereklidir. Köysel bölgede ilaçlar yanında, öncelikle eğitime yer verilmelidir.

ÖZET:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Doğan kent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinde bulunan, Doğan kent ve Yunusoğlu köylerinde 5-14 yaş grubunda bulunan 2171 kişi enurezis prevalans hızı bakımından kapı, kapı dolaşarak tarandı. Doğan kent köyünde enurezis prevalans hızı %10,44, Yunusoğlu köyünde %11,85 bulundu. İki köy arasında istatistik bakımdan önemli bir fark bulunamadı.

Enurezis prevalans hızı erkeklerde (%11,88), kadınlarda (%10,07) idi. Erkeklerde prevalans hızı bir miktar yüksek isede, iki cins arasında önemli bir fark bulunamadı.

İlkokul öncesi ve ilkokul çağında yüksek olan enurezis prevalans hızının, yaş ilerledikçe azaldığı, 10 yaş üzerinde enurezis prevalans hızının süratle düştüğü ve aradaki farkın çok önemli olduğu, saptandı.

Öyküde babasında enurezis olan, tuvalet eğitimine 13 aylıkta başlayanlarda, son 5 yılda kardeşi ölenlerde, kardeşi ölmeyenlere göre, aşırı kıskançlarda, ailede ve diğer kardeşlerinde enurezis olanlarda, ağır enfeksiyon geçiren ve öyküde pollaküri yakınması olan çocuklarda, enuresis prevalans hızının yüksek ve aradaki farkın çok önemli olduğu bulundu.

Annenin eğitim durumu yükseldikçe, ebeveynin ekonomik durumu kötü olanlarda, oturtarak tuvalet eğitimi yapan ailelerin çocuklarında, son çocuklarda, anne-çocuk ilişkileri, anne-baba dışındakilerin çocukla ilişkileri olumsuz olanlarda, enurezis prevalans hızı yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu saptandı.

Geniş ailelerde, çekingen, uykusu ağır ve ebeveyne aşırı düşkün ve buna benzer gibi özelliği olan çocuklarda enurezis hızı bir miktar yüksek ise de farkın önemliye yakın olduğu bulundu.



Sünnetsizlerde enurezis prevalans hızı bir miktar yüksek ise de aradaki farkın önemli olmadığı saptandı.

Anne-baba ve baba-çocuk ilişkileri olumsuz olan ailelerde, helanın içerde veya dışarda oluşu, idrarında patolojik bulgu saptanan çocuklarda ve enfestasyon hızının enüretik çocuklarda bir miktar fazla bulunmuş ise de aradaki farkın önemli olmadığı saptandı.

Enurezis etiyojisinde rol oynayabileceği düşünülen fizik muayene bulgularından ektopik testis, enüretiklerde fazla olmasına rağmen, aradaki farkın önemli olmadığı bulundu.

Diğer sistem muayenelerinde enüretik olan ve olmayan çocuklarda (Kr. Rinit, Hipertrofik tonsil, Mental retardasyon, otitis media, Buşon, Adenoid vegetasyon, Alt ve üst solunum yolları enfeksiyonları) bulgular birbirine yakın ve aradaki farkın önemli olmadığı saptandı.

Enurezis prevalans hızını düşürmek için, sağlık personelinin eğitimi ve bunların da halkı eğitmesi, sağlık ocağı bölgesinde enurezis araştırmalarına da ağırlık verilmesi önerildi.

Bu arada yabancı ve yerli literatür gözden geçirilerek, araştırmamızda bulduğumuz bulgularla, uygunluk ve ayrılıklar incelendi, gerekli tartışmalar yapıldı.

KAYNAKLAR:

1. Tuncer,Ahmet.: "Yenikent Sağlık Ocağı" Köysel Bölgesinde 5-14 Yaş Grubunda Enurezis Prevalans Hızı Araştırması. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi,Tıp Fakültesi Ankara, 1969.
2. Akbaba,M.,Aytaç,N.: Doğankent S.F.A.Bölgesi 1986 Yılı Çalışmaları, Mimograf, Adana, 1987.
3. Mikkelsen,Ej.,et al.: "Childhood Enurezis: Sleep Patterns and Phychopathology". Arch Gen Phychiatry. Oct. 37 (10): 1139-1944, 1980.
4. Feldman,W.: "Nokturnal Enurezis" Can.Med.Assoc J,Jan. 128 (15): 114-116, 1983.
5. Burke,Ec.,et. al.: "Enurezis-Is it Being Overtreated?" Mayo Clin Proc. Feb. 55 (2): 116-119, 1980.
6. Apley,John.,MacKeith,Ronald.: The Child and His Syntoms. Blackwell Scientific Publications. London, 1968.
7. Dische,Sylvia.: "Childhood Nocturnal Enurezis: Factors Associated With Dutcame of Treatment With an Enurezis Alarm" Developmed. Child Neural 25: 67-80, 1983.
8. Yourng,David.: "Nokturnal Enurezis: A Review of Treatment Approaches" Britich Med.J. 31 (3): 102-105, 1985.
9. Guçef,John W.: Çocuk Hastalıklarında Tedavi El Kitabı. Çev.ed. Dr.Fsat Yılgör, İstanbul, S: 194, 1983.
10. Yörükoğlu,A.: Çocuk Ruh Sağlığı. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, S: 247-250, 1980.
11. Bilir,Şule.: Ana ve Çocuk Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, A-14, Ankara, 1975.
12. Öztürk,M.Orhan. ed.: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Meteksan Ltd. Ankara, 1981.
13. Jensen,G.D.: The Well Child's Problems. Year Book Medical Publishers. Inc. New York, 1962.

14. Herbert, Martin.: Emotional Problems of Development in Children. Academic Press. London, New York, 1974.
15. Ergin, S., Özgür, S.: Eskişehir Erkek Yetiştirme Yurdunda Enurezis Nokturna Görülme Sıklığı Taraması. Anadolu Tıp Dergisi 1: 60-66, 1979.
16. Çakırdoğan, E.: İlkokul Çocuklarında Enurezis Mevzuunda Bir Araştırma, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. Ekim, 4 (4): 20-24, Ankara, 1962.
17. Eraslan, S.: Nokturnal Enurezisin (Gece İşemesi), görülme sıklığı ve nedenlerinin, anne eğitim düzeylerine göre incelenmesi (Yayınlanmış, Yüksek Lisans Tezi). Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 1987.
18. Weider, J., Dudley.: "Nokturnal Enurezis in Children With Upper Airway Obstruction". Int. Journal of Pediatric Otorhinolarygology. 9: 173-182, 1985.
19. Cohen-Solal Juhen. Yeni Çocuk Bakımı. Çev. Hamdi Uçar, Sander Yayınları, İstanbul, S: 390-392, 1980.
20. Pernaud, L. Çocuğumu Büyütüyorum. Çev. Koray Deniz Yaran. E Yayınları, İstanbul, S: 46-47, 1975.
21. Miller, K. M.D.: "Desmopressin Response of Enuretic Children". Am. J. Dis. Child. Oct. 237, 1983.
22. Wagner, G. William. ve Geffken Gary.: "Enüretik Children: How They View Their Wetting Behavior". Child Study Journal. 16 (1): 13-19, 1986.
23. Blotcky, M.J. et al.: "Childhood Enuresis: A Psychologic Perspective". Southern Medical Journal. Oct. 71 (10): 1203, 1205, 1978.
24. Meadow, R.: "How to Use Buzzer Alarms To Cure Bed Wetting" British Medical Journal. 2: 1073-1075, 1977.
25. Goel. K.M.: "Evaluation of Nine Different Types of Enuresis Alarms". Arch. of Disease in Childhood. 59: 748-753, 1984.
26. Smith, Anthony.: The Body. Penfuin Books Ltd. London, 1976.

27. Dische, Sylvia.: "Childhood Enuresis- A Family Problem". The Practitioner. Sep. 221: 323-330, 1978.
28. Aleksanyan, V.: Teşhisten Tedaviye. Formül Matbaası, İstanbul, S: 691-692, 1981.
29. Ak, Mehmet Erol.: Enüretik Vakalarda İmipramine ve Akapunktur Tedavi Sonuçları. Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Erzurum, 1984.
30. Waldo, E. Nelson. ed.: Textbook of Pediatrics. W.B. Saunders Company. London and Philadelphia, 1964.



DOĞANKENT SAĞLIK OCAĞI ENUREZİS ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

DENEK NO:

OCAĞI :

SOYADI :

SAĞLIK EVİ:

ADI :

KÖYÜ :

YAŞI :

CİNSİYETİ: E ( ) K ( )

ÖĞRENİM DURUMU: İLK ( ) ORTA ( ) LİSE ( )

I. ANNE VE BABANIN SOSYAL DURUMU

1. Aile Tipi

- a) Çekirdek aile ( )  
b) Geniş aile ( )  
c) Parçalanmış aile ( )

2. Anne ÖZ ( ) ÜVEY ( )

3. Annenin mesleği

- a) Ev kadını ( )  
b) Memur ( )  
c) Serbest meslek ( )  
d) Diğer ( )

4. Annenin eğitim durumu

- a) Okuryazar değil ( )  
b) Okuryazar ( )  
c) İlkokul ( )  
d) Ortaokul ( )  
e) Lise ( )  
f) Yüksek okul ( )

5. Baba ÖZ ( ) ÜVEY ( )

6. Babanın mesleği

- a) Memur ( )  
b) Çiftçi ( )  
c) İşçi ( )  
d) Serbest meslek ( )  
e) Diğer ( )

7. Babanın eğitim durumu

- a) Okuryazar değil ( )  
b) Okuryazar ( )  
c) İlkokul ( )  
d) Ortaokul ( )  
e) Lise ( )  
f) Yüksek okul ( )

8. Kaçınca çocuk olduğu

- a) İlk çocuk ( )  
b) Ara çocuk ( )  
c) Son çocuk ( )

9. Son 5 yılda ölen kardeş sayısı I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )

10. Yaşayan kardeş sayısı

| Cinsiyeti | 0 - 4 | 5 - 9 | 10 - 14 | 15 + |
|-----------|-------|-------|---------|------|
| Erkek     |       |       |         |      |
| Kız       |       |       |         |      |
| TOPLAM    |       |       |         |      |

11. Anne baba ilişkileri

- a) Olumlu ( )  
b) Olumsuz ( )

12. Baba çocuk ilişkileri

- a) Olumlu ( )  
b) Olumsuz ( )

13. Anne çocuk ilişkileri

- a) Olumlu ( )  
b) Olumsuz ( )

14. Anne-Baba dışındakilerin çocuğa etkileri

- a) Olumlu ( )  
b) Olumsuz ( )

15. Yaşantıda değişiklik

- a) Üzerine kardeş geldi ( )  
b) Kardeşi öldü ( )  
c) Kardeşi ayrıldı ( )  
d) Kendisi evden ayrıldı ( )  
e) Annesi öldü ( )  
f) Annesi ayrıldı ( )  
g) Üvey annesi geldi ( )  
h) Babası öldü ( )  
i) Babası ayrıldı ( )  
j) Üvey baba geldi ( )  
k) Diğerleri ( )

16.Hela tipi

- a) İçeride ( )  
b) Dışarıda ( )

II.ANNE VE BABANIN EKONOMİK DURUMU

- a) İyi ( )  
b) Orta ( )  
c) Kötü ( )

III.ÖZGEÇMİŞİ

- a) Normal doğum ( )  
b) Zor doğum ( )  
c) Sezeryanla doğum ( )  
d) Prematüre doğum ( )  
e) Ameliyat geçirdi ( )  
f) Sünnet 0-3 yaş ( ) 4-6 yaş ( ) 7-14 yaş  
g) Ağır enfeksiyon ( )  
h) İdrar yolu enfeksiyonu ( )  
i) Sünnetsiz ( )  
j) Diğer ( )

IV.AİLEDE İRSİ, KRONİK SOSYAL HASTALIK DURUMU

|                           | Annede | Babada | Kardeşte | Ailede |
|---------------------------|--------|--------|----------|--------|
| a)Enurezis                |        |        |          |        |
| b)Zeka geriliği           |        |        |          |        |
| c)Akıl hastalığı          |        |        |          |        |
| d)Böbrek hastalığı        |        |        |          |        |
| e)Ürogenital malformasyon |        |        |          |        |
| f)T.B.C.                  |        |        |          |        |

V.TUVALET EĞİTİMİ

- a) Kaç aylık başladı  
b) Tuvalet eğitimi tutarak  
c) Tuvalet eğitimi oturarak  
d) Tuvalet eğitimi cezalandırarak  
e) Hiç eğitim yapmadan  
f) Diğer

VI.ENUREZİS ŞEKLİ VE SAYISI

| Enurezis Cinsi | Günde bir | Günde birkaç | Haftada bir | Haftada birkaç |
|----------------|-----------|--------------|-------------|----------------|
| a) .Nokturna   |           |              |             |                |
| b)E.Diurna     |           |              |             |                |
| c)E.Continua   |           |              |             |                |

VII.ÇOCUĞUN KİŞİLİĞİ İLE İLGİLİ KAREKTERLERİ

1.Genel tutumu

- a) Atik ( )  
b) Çekingen ( )

2.Anne ve babaya bağlılık durumu

- a) Anne ve babaya aşırı düşük ( )  
b) Anne ve babaya düşük değil ( )

3.Kıskançlık durumu

- a) Aşırı kıskanç ( )  
b) Kıskanç değil ( )

VIII.TEDAVİ İÇİN KİME BAŞVURDU

- a) Doktora ( )  
b) Doktor harici kimselere ( )  
c) Hiç kimseye ( )  
d) Hasta değil ( )  
e) Diğer ( )

ANKETİ DOLDURAN :.....

ANKETE CEVAP VEREN:.....

ANKETİ CEVAPLANDIRANIN HASTA İLE İLİŞKİSİ:.....



DOĞANKENT SAĞLIK OCAĞI ENUREZİSİ ARAŞTIRMASI FİZİK MUAYENE

SOYADI : OCAĞI :  
ADI : SAĞLIK EVİ :  
YAŞI : KÖYÜ :  
CİNSİYETİ : E ( ) K ( )  
AĞIRLIK :  
BOY :  
MALNÜTRİSYON: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) YOK ( )  
KULAK MUAYENESİ:.....  
BURUN MUAYENESİ:..  
a) Kr.Rinit var ( ) yok ( )  
b) Deviasyon ( ) ( )  
c) Normal ( )  
d) Diğer ( ) .....  
BOĞAZ MUAYENESİ :  
a) Hipertrofik tonsil var ( ) yok ( )  
b) Adenoid ( ) ( )  
c) Normal ( )  
d) Diğer ( ) .....  
DOLAŞIM SİSTEMİ :.....  
BATIN MUAYENESİ :.....  
GECE KARANLIKTAN KORKAR ( ) KORKMAZ ( )  
MENTAL DURUMU : M.RETARDASYON var ( ) yok ( )  
UYKU DURUMU :  
a) Ağır ( )  
b) Hafif-Normal ( )  
c) Uykuda gezer ( )  
ÜROGENİTAL SİSTEM:  
a) Pollaküri var ( ) yok ( )  
b) Disüri ( ) ( )  
c) Poliüri ( ) ( )  
d) Ectopia testis ( ) ( )  
e) Hipospadia ( ) ( )  
f) Epispadia ( ) ( )  
g) Fimosis ( ) ( )  
h) Balanit ( ) ( )  
k) Diğerleri ( ) ( )  
İDRAR BULGULARI : .....  
GAİTA BULGULARI : .....