

284537

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NOKTURNAL ENÜREZİSİN (GECE İŞEMESİ)
BEŞ İLDE GÖRÜLME SIKLIĞININ İNCELENMESİ

Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programı
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Necate BAYKOÇ

ANKARA - 1982

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NOKTURAL ENÜREZİSİN (GECE İŞEMESİ)
BEŞ İLDE GÖRÜLME SIKLIĞININ İNCELENMESİ

Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programı
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Necate BAYKOÇ

Rehber Öğretim Üyesi
Doç. Dr. MEZİYET ARI

ANKARA - 1982

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Şule Bilir'e, danışman hocam Sayın Doç. Dr. Meziyet Arı'ya, ayrıca Sayın Dr. Duyan Mağden'e, istatistik yöntemlerin kullanılması konusunda büyük yardımları olan Sayın Doç. Dr. Ali Arseven'e ve Sayın Dr. Mümtaz Peker'e ayrıca istatistik işlemlerin kullanılması ve yürütülmesinde büyük desteği olan Sayın Saim Yaloğlu'na, şekillerin çizimini yapan Sayın Mehmet Ögeç'e ve verilerin değerlendirilmesini sonuçlandıran Bilgi İşlem Merkezi Müdürlüğüne en derin teşekkürlerimi bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER VE İLGİLİ LİTERATÜR.....	3
Enürezisin Tanımı.....	5
Enürezisin Sınıflandırılması.....	6
Enürezisin Cinsiyete Bağlı Görülme Sıklığı..	8
Enürezisin Yaşa Bağlı Görülme Sıklığı.....	8
Enürezisin Bölgeler ve Sosyo Ekonomik Du- ruma Bağlı Görülme Sıklığı.....	11
Nokturnal Enürezis (Gece İşemesi).....	11
Enürezisin Nedenleri.....	15
Enürezisin Tedavisi.....	26
ARAŞTIRMANIN AMACI.....	39
ARAŞTIRMA YÖNTEM VE ARAÇLARI.....	41
Araştırma Evreni ve Örneklem.....	41
Veri Toplama Yöntemi.....	42
Verilerin Analizi.....	42
BULGULAR.....	43
TARTIŞMA.....	77
SONUÇ VE ÖNERİLER	93
ÖZET.....	98
KAYNAKLAR.....	101
EK	105

TABLOLARIN DİZİNİ

TABLO 1 :	Toplam Denek Sayısı ve Nokturnal Enürezis , Sayısının Beş ilde Dağılımı.....	42
TABLO 2 :	Nokturnal Enürezisin A ve B Bölgelerinde Dağılımı.....	45
TABLO 3 :	Nokturnal Enürezisin Beş ilde Dağılımı..	46
TABLO 4 :	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığına (Seyrek, Sık, Çok sık) Göre, A ve B Bölgelerinde Dağılımı.....	48
TABLO 5 :	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığına (Seyrek, Sık, Çok sık) Göre, Beş ilde Dağılımı.....	50
TABLO 6 :	Nokturnal Enürezisin Toplam Denek Sayısına Göre, A ve B Bölgelerinde, Yaşa Bağlı Olarak Dağılımı.....	52
TABLO 7 :	Nokturnal Enürezisin Yaş Gruplarına Göre, A ve B Bölgelerinde Dağılımı.....	54
TABLO 8 :	Nokturnal Enürezisin Toplam Denek Sayısına Göre, Beş İlde, Yaşa Bağlı Olarak Dağılımı.....	55

TABLO 9 :	Nokturnal Enürezisin, Yaş Gruplarına Göre Beş İlde Dağılımı.....	57
TABLO 10:	Nokturnal Enürezisin Toplam Denek Sa- yısına Göre, A ve B Bölgelerinde Cinsiyete Bağlı Olarak Dağılımı.....	58
TABLO 11:	Nokturnal Enürezisin Cinsiyete Göre A ve B Bölgelerinde Dağılımı.....	59
TABLO 12:	Nokturnal Enürezisin Toplam Denek Sayı- sına Göre, Beş İlde Cinsiyete Bağlı Olarak Dağılımı.....	60
TABLO 13:	Nokturnal Enürezisin Cinsiyete Göre Beş İlde Dağılımı.....	62
TABLO 14:	Nokturnal Enürezisin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	63
TABLO 15:	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığı (Seyrek, Sık, Çok sık) ve Yaş Grupla- rına Göre Dağılımı.....	64
TABLO 16:	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığı (Seyrek, Sık, Çok sık) ve Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımı.....	65
TABLO 17:	Nokturnal Enürezisin Anne Yaşına Göre Beş İlde Dağılımı.....	66

TABLO 18:	Nokturnal Enürezisin Annenin Eğitime Göre, Beş İlde Dağılımı.....	67
TABLO 19:	Nokturnal Enürezisin Annelerin Yaşı ve Eğitimlerine Göre Dağılımı.....	68
TABLO 20:	Nokturnal Enürezisin, A ve B Bölgelerinde Semptom Yoğunluğuna Göre Dağılımı.....	69
TABLO 21:	Nokturnal Enürezisin Semptom Yoğunluğuna Göre Beş İlde Dağılımı.....	70
TABLO 22:	Nokturnal Enürezisin Semptom Yoğunluğuna Göre Yaş Gruplarına Dağılımı.....	71
TABLO 23:	Nokturnal Enürezisin Cinsiyet ve Semptom Yoğunluğuna Göre Dağılımı.....	72
TABLO 24:	Nokturnal Enürezisin Ailedeki Çocuk Sayısına Göre, Beş İlde Dağılımı.....	73
TABLO 25:	Nokturnal Enürezisin Aile Tipine Göre Beş İlde Dağılımı.....	74
TABLO 26:	Nokturnal Enürezisli Çocuklarda, Diğer Semptomların Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımı.....	76
TABLO I:	Çocukların Barsak ve Mesane Kontrolü Kazanma Yaşı.....	3
TABLO II:	Yaş Gruplarına Göre Diurnal ve Nokturnal Enürezis Oranları.....	10
TABLO III:	6 Yaş Çocuklarında Diurnal ve Nokturnal Enürezis Oranları.....	10
TABLO IV:	Duygusal Uyum Sınıflamasına Göre Enürezisin Görülme Sıklığı.....	21

ŞEKİLLERİN DİZİNİ

ŞEKİL 1 :	Nokturnal Enürezisin Beş İlde Dağılımı.....	47
ŞEKİL 2 :	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığına (Seyrek, Sık, Çok sık) Göre, A ve B Bölgelerinde Dağılımı.....	49
ŞEKİL 3 :	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığına (Seyrek, Sık, Çok sık) Göre, Beş ilde Dağılımı.....	51
ŞEKİL 4 :	Nokturnal Enürezisin Toplam Denek Sayısına (TDS) Göre, A ve B Bölgelerinde Yaşa Bağlı Olarak Dağılımı.....	53
ŞEKİL 5 :	Nokturnal Enürezisin Toplam Denek Sayısına (TDS) Göre, Beş İlde Yaşa Bağlı Olarak Dağılımı.....	56
ŞEKİL 6 :	Nokturnal enürezisin Toplam Denek Sayısına (TDS) Göre, Beş İlde Cinsiyete Bağlı Olarak Dağılımı.....	61

GİRİŞ

İnsanoğlu, yaşamını sürdürebilmek için; soluk alma, beslenme, boşaltım, üreme gibi temel gereksinimlerini karşılamak zorundadır.

Yaşam gereksinimlerinden biri olan boşaltım da; soluk alma, beslenme gibi tüm canlılarda yaşama başlayış ile ortaya çıkan ve yaşam sonuna dek devam eden bir doğa olayıdır.

Başlangıçta bu süreç kontrollü değildir. Yeni doğan bebek, olgunlaşma düzeyine erişene kadar, idrar ve gaitasını kontrol edemez, bilinçli bir şekilde bu süreçleri işletebilecek gücü yoktur. Bu nedenle idrar kesesini ve barsaklarını serbestçe boşaltır. Önceleri düzensiz olan boşaltım süreci, ileriki dönemlerde olgunlaşma ile düzene girer. Olgunlaşma; organizmanın temelindeki potansiyel güçlerin, göreve hazır bir duruma ulaşmalarıdır (1). Boşaltım sürecinde olgunlaşma da; boşaltım organlarına ait kas ve sinirlerin fizyolojik açıdan yeterli bir olgunluğa erişmesidir.

İdrar ve gaita kontrolü kazanmada olgunlaşma ile birlikte, eğitim gereklidir. İdrar kontrolü, gaita kontrolünden daha sonra başlar. Çocukların büyük bir kısmı 15-18. aylarda gündüz idrar kontrolü kazanabilir. Gece kontrolü ise 2 hatta 3 yaşa kadar devam edebilir. Çocuk-

ların çoğunun 3 yaşında gece kontrolü kazandıkları kabul edilmektedir. Bazı görüşlere göre ise, 4 ve 5 yaşlarına kadar devam etmesi normaldir. Ancak bu yaşlardan sonra devam etmesi bir sorun olarak kabul edilmektedir. Kontrol gereken bir yaşta idrarı kontrol edememe durumu "enürezis" olarak tanımlanır.

Bu soruna ilişkin pekçok çalışma yapılmış olup, bu araştırmada da; daha çok, gece altını ıslatma şeklinde görülen enürezisin görülme sıklığında, değişik illerde farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

GENEL BİLGİLER VE İLGİLİ LİTERATÜR

İdrar ve gaita kontrolünün istemli olarak sağlanması için, olgunlaşma ve bununla birlikte öğrenme gereklidir. Olgunlaşma düzeyine ulaşmış çocuk, idrar ve gaitasını istemli olarak kontrol edebilir. Fakat düzenli işeme ve dışkılama alışkanlığı, bir yandan çocuğun kas ve sinirlerinin olgunlaşması, öte yandan uygun zamanda başlatılıp sürdürülen eğitimle kazanılır (1, 2). Mc Graw (1943), çocukların idrar kontrolünü başarabilmeleri için nöral olgunlaşma ve eğitim programı arasında bir ilişki olması gerektiğini vurgulamaktadır (3).

İdrar kontrolü gaita kontrolünden daha sonra başlar (1, 4, 5). Bir çocuk sağlığı merkezinden rasgele seçilmiş 102 çocuk üzerinde yapılan çalışmada, çocukların, barsak kontrolü kazandıktan ortalama iki ay sonra mesane kontrolü kazandıkları bulunmuştur.

TABLO I: ÇOCUKLARIN BARSAK VE MESANE KONTROLÜ KAZANMA YAŞI

Cinsiyet	Çocuk Sayısı	Barsak Kontrolü	Mesane Kontrolü	
			Gündüz	Gece
Erkek	40	22.6 ay	24.0 ay	29.4 ay
Kız	62	20.0 ay	21.5 ay	25.6 ay

Gece kontrolü ise, gündüz kontrolü kazandıktan üç ay sonra olmaktadır. Her durumda, kızlar erkeklerden ortalama iki ay önce kontrol kazanmaktadırlar (6).

Nöropatolojik araştırmalar, spinal kordun, yaşamın ilk yılından önce yeteri kadar gelişmediğini göstermiştir. Retansiyon (idrar tutma) ve eliminasyon (idrar bırakma) işlemleri için, sinir sisteminin olgunlaşması gerekir. Merkezi sinir sisteminin sakral segmenti gelişmeden sfingter kontrolü gerçekleşmez. Merkezi sinir sisteminin sakral segmenti ise, 18. aydan sonra gelişir ve böylece sfingter kontrolü başlar (7).

Gesell ve Ilg, idrar ve gaita kontrolü ile, diğer hareketlerin bilinçli kontrol süreçleri arasında bir paralellik kurmaktadır. Çocuğun, elindeki bir nesneyi istemli bırakma gücünün, çok yavaş bir Şekilde geliştiğini belirtmişlerdir. Bebek elindeki bir nesneyi istediği anda elini gevşetip bırakamaz. Bunun gibi, boşaltım kaslarının olgunlaşma düzeyine erişmeden, idrar ve gaita kontrolü sağlanması gttr (8).

Bir teoride, idrar kontrolünün karın kaslarının istemli kontrolünden sonra başladığı savunulur. Bu kontrolü başarma, aynı zamanda çevresel, duygusal ve öğrenme faktörleri ile de ilişkilidir. Diğer Őartlar her ocuk için aynıdır. Hiçbir ocuk barsak kontrolü kazanmadan mesane kontrolü kazanamaz (6).

Genellikle ocuklar 2. yaş sonunda dışkılarını, 3. yaş sonunda da idrarlarını tutmayı öğrenirler (1, 9). Ancak 4, 5 yaşına gelinceye dek, arasına gündüzleri, daha sık olarak da geceleri altlarını ıslatırlar (1).

Çocuklarda idrarı kontrol etme yaşı üzerinde birçok araştırmalar yapılmıştır. Bunlardan Gesel'e göre, 3 yaş çocuğun gündüz kontrolü kazanması için en uygun yaştır.

Anderson'a göre, çocuklar 21.4 aylık iken gündüz, 27.3 aylıkken de gece kontrolü kazanabilmektedirler. Buna göre, ortalama takvim yaşı 23 aydır ki, bu 2ci yaşın sonu sayılır. Genellikle, çocukta idrarı kontrol edecek kasların olgunlaşması, çocuk sekiz aylıkken başlar ve 24 aylıkken sona erer. Fakat, olgunlaşma seyri yavaş olan bazı çocuklarda, bu 36 aylıkken sona erer. Buna göre, çocukların çoğunda, 36 aylıkken idrar kontrolleri tam bir olgunluğa erişebilir. Bundan sonra çocukların hem gece hem gündüz idrar kontrolleri sağlanmış olur (10).

Nokturnal kontrol ise, 2 hatta 3 yaşına kadar devam eder. Hatta bazı çocuklar; 4, 6 yaşlarına kadar da gece kontrolü kazanamazlar (2, 11, 12).

Çocuklar, olgunlaşma düzeylerine ve aldıkları eğitime göre, değişen farklı kontrol yaşları göstermektedirler. Bazıları 3, 4 hatta 5 yaşına kadar tam bir idrar kontrolü sağlayamaz (4, 8). Ancak, bu yaşlardan sonra devam etmesi, bir sorun olarak kabul edilmektedir (13).

Enürezisin Tanımı

Kontrol bulunması gereken bir yaşta uygunsuz ya da istek dışı idrar boşaltımı, "enürezis" olarak tanımlanmaktadır (14). Enürezis, Yunanca "idrar boşaltmak" anlamındaki "enourein" sözünden gelmektedir (15).

Başka bir tanımla enürezis; kısa bir süre için de olsa idrarını tutmayı başarabilen, mesane fonksiyonunu kontrol edebilen çocuk veya yetişkinin, uygun olmayan durumlarda idrarını bırakmasıdır (16).

Enürezisin Sınıflandırılması

1. Enürezis, gece ve gündüz meydana gelişine bağlı olarak sınıflandırılmaktadır. İdrarın istem dışı yapılması gece uykuda oluyorsa, "enürezis nokturna" (nokturnal enürezis), gündüz oluyorsa "enürezis diurna" (diurnal enürezis), hem gündüz hem gece oluyorsa, "enürezis kontinua" (kontinual enürezis) denir (4, 10, 13).

Enürezis daha çok gece işemesi (nokturnal enürezis) şeklinde görülmektedir. Kanner'e göre, enürezis nokturna % 63, enürezis diurna % 7 ve enürezis kontinua % 30 oranındadır. Hacettepe Hastanesinde 252 enüretik çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada da bu oranlar; enürezis nokturna % 88, enürezis diurna % 3.1, enürezis kontinua % 8.9 şeklinde bulunmuştur (13). Bir başka çalışmaya göre de, enüretik çocukların % 85'i gece altını ıslatmaktadır. Çocukların % 60'ı nokturnal enürezis devam ederken gündüz altını ıslatmayı bırakır, % 25 i gece ve gündüz altını ıslatmayı aynı anda bırakır, % 13 ü ise nokturnal enürezis kesildikten sonra gündüz altını ıslatmaktan vazgeçerler (14).

2. Enürezis, başlama şekline göre de sınıflandırılmaktadır.

Çocukların % 85 gibi büyük çoğunluğunda, enürezis hiç kesilmeden bebeklikten süre gelir. Buna "primer enürezis" denir (13).

Bir başka deyişle, primer (birincil) enürezis, idrar kontrolünü hiç kazanamamış , idrarını tutmasını hiç beceremeyen çocuklardaki altını ıslatma olarak açıklanabilir (5, 14, 15).

Çocukların % 15 gibi az bir kısmında tuvalet eğitimi tamamlanıp, kontrol sağlandıktan sonra işeme başlar. Bu durum "sekonder enürezis" olarak tanınır (13).

Diğer görüşlere göre, sekonder (ikincil) enürezis, en az altı ay idrar kontrolünü devam ettiren, fakat sonra bu yeteneğini kaybederek altını ıslatmaya başlayan çocuklarda görülmektedir (5, 15, 17). Sekonder enürezis, daha çok 5, 6 yaşlarında görülür. Erkek çocuklarda ise, 7 yaşlarında çok sık rastlanır (15).

3. Enürezisin rastlanan bir şekli de, gülmeye bağlı idrarını tutamama halidir (giggle incontinence). Gülmeden ileri gelen, istekdışı, kontrol edilemeyen bir boşalmadır. Gülmeye bağlı idrar kaçırma; dürtü türündedir, gülme akut bir sıkıştırmaya yol açar, bu da mesane boşalınca kadar kontrol edilemeyen altını ıslatma ile sonuçlanır. Bu durum çoğu zaman ailevi olabilir. Her iki cinste de rastlanmakla birlikte, kız çocuklarında çok daha fazla görülür. Okul yaşlarında çok yaygındır, artan yaşla birlikte artar veya kaybolur. Kendiliğinden iyileşme eğilimi, töropatik çaba-

ların sonucunu gölgelemektedir, fakat inandırıcı bir tedaviden de sözedilmemiştir. Bazı yazarlara göre, bu durum, merkezi sinir sisteminde bilinmeyen bir bozukluktan ileri gelen, belli bir rahatsızlık olarak görülmektedir. Ürolojik bulgular gibi, nörolojik inceleme ve elektroensefolografinin sonuçları normaldir. Bu hastalarda mesane istikrarsızlığını ortaya çıkarmak için yapılan ayrıntılı ürodinamik araştırmalar bile olumsuz sonuç vermiştir.

(T. Warwick, 1973) (18).

4. Ayrıca kardeş doğumu, korkular, üşüme gibi nedenlere bağlı olarak da geçici olarak altını ıslatma görülebilir.

Enürezisin Cinsiyete Bağlı Görülme Sıklığı

Enürezise erkek çocuklarda kızlardan daha fazla rastlanmaktadır (5, 9, 13, 20). Erkek çocukların yatağa işeme oranı kızlara göre bir iki kat yüksektir (1). Bu oran üçe, iki olarak da belirlenebilir (14). Bir görüşe göre de dörtte bir oranında olduğu söylenmektedir (6).

Enürezisin Yaşa Bağlı Görülme Sıklığı

Enürezisin yaşa bağlı görülme sıklığı 5 yaşlarında % 14-20, 10 yaşlarında % 5, 18 yaşlarında % 2 oranlarındadır (9, 14).

İlkokul çağında, çocukların % 10-15 inde gece işemesi vardır. Bu oran yaş ilerledikçe düşer, ergenlik çağında % 2 ye iner (1, 5). 12-14 yaşlarında toplam vaka

% 2 ye düşerse de yetişkinlerin % 1 inden çoğu enüretiktir. (Taylor Turner, 1973) (17).

Michales ve Goodman yaptıkları araştırmada, 475 çocuk kullanmışlar ve 7 yaşından yukarı çocukların % 25 inde nokturnal enürezis vakası görüldüğü sonucunu çıkarılmışlardır (10, 21). Allen ve Hoznik de çalışmalarında 5 yaşından büyük çocukların % 16-17 sinde enürezis görüldüğünü saptamışlardır (10).

Bir çalışmada da nokturnal enürezisin 5 yaşında görülme oranının % 5-20 arasında olduğu belirtilmektedir (6).

Bakwin-Bakwin, 4-12 yaşlar arasındaki rasgele seçilmiş 1000 çocukta, diurnal ve nokturnal enürezis vakası yüzdesini % 26 olarak bulmuşlardır (2, 21).

Newcastle'da, 1000 ailede yapılan bir araştırmada (Miller ve arkadaşları, 1960) 5 yaşındaki çocukların % 9 unda gece işemesi bulmuşlardır ve bu çocukların yarısından çoğunda, 9 yaşına geldikleri halde hala gece işemesi görülmektedir; 5 yaşında olup gece altını ıslatmayan çocukların % 4 ünde ise, daha sonraki çocukluk döneminde nokturnal enürezis ortaya çıkmıştır (Miller, 1967) (16).

Bir başka çalışmada da, değişik yaşlardaki 252 normal çocukta, diurnal ve nokturnal enürezisin görülme sıklığı incelenmiş ve aşağıdaki dağılımlar gözlenmiştir. Çalışma, Macfarlane ve arkadaşları (1954) tarafından yapılmış olup, 21 ay-14 yaş arasındaki normal çocuklardaki davranış problemleri üzerinde gelişimsel bir araştırmadır.

TABLO II: YAŞ GRUPLARINA GÖRE DİURNAL VE NOKTURNAL ENÜREZİS ORANLARI

YAŞ	DİURNAL ENÜREZİS %	NOKTURNAL ENÜREZİS %
21 Ay	52	74
3 Yaş	4	24
5 Yaş	2	10
14 Yaş	0	6

Tablo, hem kız hem erkek çocuklarını içermektedir. 21 aylık çocuklarda, diurnal enürezis vakası erkeklerde daha fazla olarak bulunmuştur. 3 yaşta, nokturnal enürezis vakası kızlarda, erkeklerden daha fazla görülmüştür (21).

Blomfield ve Douglas 5386 çocuk üzerinde yaptıkları bir araştırmada, aşağıdaki sonuçları bulmuşlardır.
TABLO III: 6 YAŞ ÇOCUKLARINDA DİURNAL VE NOKTURNAL ENÜREZİS ORANLARI

YAŞ	CİNSİYET	Diurnal Enürezis %	Nokturnal Enürezis %
6 Yaş	Erkek	1.8	11.9
6 Yaş	Kız	4.1	8.4

12 yaş altındaki çocuklarda ise, nokturnal enürezis yüzde oranı, erkeklerde 8, kızlarda 6.4 olarak bulunmuştur (22).

Enürezisin, ilk çocuklarda daha fazla görüldüğüne dair bazı vakalar da vardır. Buna neden olarak da, ebeveynlerin, çocuklarını kitaplardaki bilgilere uygun yetiştirebilmek için yaptıkları mücadelede, tüm baskıları ilk çocuk üzerinde yoğunlaştırmaları gösterilmektedir (16).

Enürezisin, Bölgeler ve Sosyo Ekonomik Duruma
Bağlı Görülme Sıklığı

Enürezisin görülme sıklığı, bütün ırk ve kültürlerde aşağı yukarı aynı ağırlıktadır (14). Buna rağmen, sadece çeşitli ülkeler arasında değil, aynı ülkede farklı kesimler arasında bile çok farklı oranlar olduğu görülmüştür. Bu farklılığın örneklem seçimi, veri toplama biçimi gibi araştırma yöntemlerinden kaynaklanabileceği söylenmektedir (13).

Sosyo ekonomik yönden düşük ve parçalanmış ailelerde, enürezisin görülme sıklığı daha yüksektir (2, 12, 14).

Köylerde, gecekondualarda, öksüz yuvalarında ve yetiştirme yurtlarında, gece işemeleri % 20 ve daha yüksek oranlarda görülmektedir. Bu çevrelerdeki görülme sıklığının yüksek oluşu yetersiz ve düzensiz tuvalet eğitimiyle bağlıdır (1).

Yapılan bir çalışmada (Ankara, 1974), çocuk yuvasında ve koruyucu aile yanında bulunan 3-8 yaşlar arasındaki 316 çocuk üzerinde, enürezisin görülme sıklığı incelenmiş ve her 3 çocuktan birinin enüretik olduğu bulunmuştur (19).

Nokturnal Enürezis

Nokturnal enürezis, en çok görülen enürezis tipidir. Çocukların % 90 ı, 3 yaş civarında kalıcı olarak gece

idrar kontrolünü öğrenirler. Bu bakımdan 3 yaş, gece idrar kontrolünü öğrenme açısından "Duyarlı bir dönem" olarak görülmektedir. Kontrol, bu normal yaşta öğrenilemezse, genellikle uzun süre öğrenilemez; bu çocuklarda idrar kontrolünün gelişimi, normalden farklı bir "gelişim kanalına" aktarılır. Bu değişik gelişim kanalında olan çocuklar, birincil gece işemesi olan çocuklardır.

Birincil gece işemesi olan çocukların, hayat hikâyeleri ayrıntılı olarak incelendiğinde; genellikle 3 yaş dolaylarında hastalık, ev değiştirme, hastaneye yatma ya da bir kardeşin doğması gibi kaygı veren bir olayın meydana geldiği görülmüştür. Birincil gece işemelerinin kaynağının, "duyarlı dönemde", endişe veren bir olayın ortaya çıkması olabileceği öne sürülmüştür (Mac Keith, 1964).

Bu görüş, Young'un (1965), altını ıslatan 320 çocuktan 275 inin, yaşamlarının ilk üç yılında endişe verici durumlarla karşılaştıklarına ilişkin raporuyla da desteklenmektedir. Cust'ın (1958), altını ıslatan ve normal çocuklarda yaptığı gözlemlerde bu görüş desteklenmektedir. Douglas (1967), 4.5 yaşındaki yatağını ıslatan pekçok çocuk üzerinde yaptığı araştırmada, bu çocukların altını ıslatma durumu ile, 2 veya 3 yaşlarında iken meydana gelen gerginlik yaratıcı olayların (hastalık, ameliyat, hastaneye yatma, ev ve akrabalarından ayrılma) sayısı arasında bir ilişki olduğunu bulmuştur.

Bu devredeki duygusal gerilim, bu yeni becerinin öğrenilmesini engellemektedir. Miller ve arkadaşları (1960), 5 yaşındaki çocuklarda altını ıslatma ile bozuk aile ilişkileri ve anne-baba yoksunluğu- yani çocukta duygusal bozukluklara yol açması olası durumlar- arasında dikkate değer bir ilişkiyi belirlemişlerdir.

Duyarlı bir dönemde öğrenmenin engellenmesi; kalıtsal olarak belirlenen bozuk bir idrar yapma mekanizması, yetersiz ve aşırı üzerinde durulan eğitim, bozuk ve rahatsız edici aile ilişkileri, gibi faktörlerden ileri gelebilir.

Tıbbi açıklamalara göre; gelişimi normal bir çocuktan, birinci yılın sonunda ya da birkaç ay sonra, mesane kontrolü beklenebilir. Bazılarında daha erken, bazılarında da daha geç olabilir. Ancak, 2 yaşından sonra altını ıslatma kazaları seyrek olmalıdır. 2 ya da 3 yaşındaki bir çocuk kuru kalmayı başaramazsa, ebeveynler kendilerini başarısız görebilirler, endişeye düşerler. Çocuk "yaramaz", anne "beceriksiz" olarak adlandırılır. Anne kendini kanıtlamak için baskıyı artırır. 3, 4 yaşlarında bu türden bir baskı, bazen bu öğrenmeyi tamamen engeller.

İdrar Kontrolümü Öğrenmeyi Geciktiren

Nedenler : Birincil ya da başlangıç halindeki altını ıslatmalara yol açan bozukluklar, genellikle geçicidir.

Yeni becerinin kazanılması gecikmiştir, fakat çocuk hazır olduğunda ve koşullar uygun olduğunda, bu beceriyi kaza-

nacaktır. Çocuk olgunlaşma süresini tamamladığında, aile yumuşak, özendirici bir tavır almalı ve çocuk hazır olduğunda, aile çocuğun idrar kontrolünü öğrenmesini engelleyecek birşey yapmaktan kaçınmalıdır. Fakat yine de, yeni gerginlikler ortaya çıkabilir veya gerginliği yaratan çevre koşulları devam edebilir ve her ikisi de bu becerinin öğrenimini engelleyebilir.

Gece işemeleri, nedenleri değişse bile şekli değişmeyen semptomlardan biridir. Aynı çocukta, altını ıslatma; 3 yaşında geç olgunlaşma veya aile gerginliğinden, 4 yaşında öğrenmeyi engelleyen bir endişeden, 5 yaşında geçici bir endişe sona erdiğinde bu becerinin duyarlı dönemde öğrenme fırsatının kaçırılmasından, 6 ya da 8 yaşlarında öğrenme sürecini engelleyen- altını ıslatmaya ilişkin- endişeden ileri gelebilir.

Gece işemeleri nasıl birbirini tamamlayan birkaç nedenin toplanmasıyla başlıyorsa, sürmesi de birçok faktöre bağlı olabilir. Tuvalet uzak ve soğuk olabilir, oysa yatak sıcaktır, aritmetik dersi veya aritmetik öğretmeni nedeniyle çocuğun okuldaki yaşamı gergin olabilir, altını ıslatmaması için aşırı baskı yapabilir, baba uzun süre evden uzak olabilir.

Gece işemeleri bir düşmanlık ifadesi de olabilir. Fakat bu daha az yaygın şeklidir. Yatağını ıslatmak- bir çocuğun bilinçsiz ya da nadiren bilinçli olarak- anne, baba ve okula karşı saldırgan duygularını açığa vurabileceği tek yol olabilir.

Nokturnal enürezisin, tek başına çocuğun duygusal bir bozukluğu olduğunu göstermek için, yeterli olduğu söylenemez. Duygusal bozukluk ve enürezisin her ikisi de yaygındır ve bazen çocukta her ikisi de birlikte görülebilir. Ancak bu ilişki enürezisin duygusal bir bozukluktan ileri geldiğini kanıtlamaz. Bazı durumlarda, birincil (primer) ya da başlangıç halindeki nokturnal enürezisin, aslında geçici olan bir duygusal bozukluktan ileri geldiği düşünülebilir. Bakwin-Bakwin (1965) ortaya koyduğu sonuca göre; enüretik çocuklarda tam olarak belirlenen bir davranış bozukluğu bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda açıklanan küçük vakalar ise, semptomun çocuğun davranışı üzerindeki etkisiyle açıklanabilir.

Buna dayanarak, nokturnal enürezisin, sürekli bozukluk bulunan ailelerde bulunduğu (Miller ve ark. 1960, Stein ve ark. 1965) ve azçok ikincil derecedeki endişe ile ilişkili olduğu söylenebilir (16).

Enürezisin Nedenleri

1. Kalıtım :

Genetik faktörler, enürezisin aile bireyleri arasında sık görülmesi bakımından önemlidir. Anne ve babanın her ikisinin de enüretik olduğu durumlarda; çocukların % 77 si enüretik olmakta, ebeveynlerden yalnız biri enüretikse; çocuklarda bulunma oranı % 44 tür. Ebeveynlerin hiçbiri enüretik değilse, okula başladıktan sonra ilk üç yılda enürezis görülme oranı % 15 tir (14). Breger'in

bulgusuna göre ise ebeveynlerden biri enüretikse çocuklarda bulunma oranı % 47, kardeşlerden biri enüretikse % 35 dir (22).

Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre; ana-baba, kardeş ve soyunda enüretik olma olasılığı, yakınlarında enürezis olmayan çocuklardan daha fazladır. Çeşitli araştırmalarda, ailede enürezis öyküsü % 30-56 arasında değişen oranlarda saptanmıştır. Tüm enüretiklerin yaklaşık % 70 inin, birinci dereceden akrabalarında enürezis vardır veya olmuştur (13). Yatağını ıslatan çocukların aileleri ve akrabalarının yarıya yakın bölümünde, çocukluk yaşlarında aynı durumun bulunduğu saptanmıştır (1, 4, 12).

Genetik çalışmacılar enürezis için monozigotik ikizlerde daha sık rastlanan aile koşullarını ortaya atmaktadırlar (14). İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda; enürezisin görölme oranınınin tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerinden önemli olarak daha fazla olduğunu gösterir (13). Bu oran monozigotik ikizlerde % 68 dizigotik ikizlerde % 36 dir.

Enürezis bir hastalık değil, bir semptomdur. Bu konuda en popüler varsayım, enürezisin gelişmede ya da mesanenin nöro-muskular olgunlaşmasında kalıtsal bir gecikmeyi belirlediğini öne sürmektedir (14).

Birçok enüretiğin, yapısal, ailesel, fizyolojik ve ruhsal özellikleri ile mesane kontrolunda olgunlaşma geriliğinin belirlendiği konusunda giderek artan bir görüşbirliği vardır (12, 33).

2. Organik Nedenler :

Enüretik çocukların % 5 inden daha az bir kısmında önemli anatomik kusurlar bulunduğu dair görüşler vardır (23). Bir görüşe göre, çocukluktaki enüretik problemlerin % 10 u üriner sistemdeki organik bir bozukluktan kaynaklanmaktadır (5).

Enürezisin organik etyolojisinde, öncelikle üriner yolun bozukluğu düşünülmelidir. Enürezis mesane fonksiyonu ve yapısındaki anormalliklerle ilgili olabilir. Mesane boynu veya üretra darlığı, mesane duvarının harabiyeti, mesane kas yapısının kalınlaşması enürezise yol açabilir. Yine organik etyoloji yönünden, böbrek ve idrar yollarının malformasyonları ve enfeksiyonlarının enürezise neden oldukları kabul edilebilir. Dikkatli bir tarama yöntemi kullanarak incelenen enüretiklerde, % 5 oranında üriner enfeksiyon bulunmuştur. Enüretikli kız çocuklarında üriner enfeksiyonun beraberliği daha olasıdır (12, 13, 21).

Birçok araştırmacı engelleyici olmayan bir mesane, zayıf kas koordinasyonu ve küçük mesane kapasitesi de dahil olmak üzere (4), fizyolojik ve anatomik bir hastalık üzerinde durmaktadır. Son çalışmalar, enüretik çocukların (hem gündüz hem gece), enüretik olmayanlara göre

daha küçük mesane kapasiteleri olduğunu göstermektedir (4, 23).

Spina Bifida bazı yazarlarca enürezise neden olarak gösterilmişse de, bugünkü görüşlere göre tartışmalıdır (13, 22). Bu bozukluk bulunan her çocukta gece işemesi görülmez. Bu oran % 1-2 dir.

Organik nedenler arasında, çok az da olsa epilepsi nöbetleri gece işemelerinin nedeni olabilir (1).

Adenoid vejetasyonun enürezise neden olduğunu ileri süren yazarlardan bazıları, adenoid vejetasyonun solunum güçlüğüne ve kanda karbondioksit düzeyinin yükselmesine yol açarak uykuyu derinleştirdiğini, böylece mesaneyi boşaltmak gereksiniminin farkına varılmadığını savunmuşlardır. Bir kısım yazarlar ise, bunu nazofarinksden mesane merkezlerinin refleksi olarak uyarılmasına bağlamışlardır. Fakat bu açıklamalar ispatlanmamıştır (13).

Diabetes mellitus ve diabetes insipidus ve kanda asit ürik artması, enürezis nedenleri arasında sayılmaktadır (3, 11, 12, 13).

Öne sürülen diğer etyolojiler, merkezi sinir sistemindeki olgunlaşmamayı ve mesane fizyolojisini de içermektedir. Epidomolojik veriler, enürezisi, geciken konuşma, kısa boyluluk ve geciken buluş ile ilişkili bulmuştur ki, bunlar temelde genel bir olgunlaşma gecikmesini ifade etmektedir (15).

3. Uyku Derinliği:

Enüretik çocukların ana babaları çocuğun uykusunun derin olduğunu ve zor uyandırıldığını belirtirler. Bu çocukların yarıdan çoğunda uyku derindir (1, 5, 13, 20). Enürezis olayının uyku ile ilişkisini birçoğ araştırıcılar inceleyerek, ıslatmanın çoğ sıklıkla, uykunun üçüncü ve dördüncü basamağında ve ender olarak REM uykusu sırasında meydana geldiğini bulmuşlardır. İşemenin, uykunun tüm basamaklarında olabileceği ve birey için tutarlı bir biçim olmadığı da belirtilmiştir (13).

Birçoğ incelemede, uyku ile ilgili elde edilen kayıtlardan, ilk çalışmalar, enüretik olayların "derin uykuda" meydana geldiğini göstermiştir. Enüretik olaylar tüm uyku dönemleri için incelenmiş fakat en yaygın delta ya da kısa dalga (3. ve 4. devreler) uykularındadır.

Nokturnal enürezisli çocuklarda işeme zamanı ve işemenin uyku sırasındaki sıklığı, oldukça çeşitlidir. Bazı çocuklar uyku zamanından biraz sonra, diğerleri sabah erken saatlerde idrar kaçıırırlar. Kaçıırma sıklığı, gecede bir, üç veya dört defa arasında değişebilir. Kaçıırma sıklıkla veya geceden geceye olabilir (6).

4. Psikolojik-Psikiyatrik Nedenler :

Yapılan çalışmalar, enürezisin görölme sıklığında ruhsal etkenlerin önemli payı olduğunu ortaya koymuştur.

Rutter ve arkadaşları, enüretik ve enüretik olmayanlarda psikiyatrik bozuklukları karşılaştırmışlar ve enüretiklerde sapma oranının, enüretik olmayan çocuklardan önemli olarak daha fazla olduğunu bulmuşlardır (9, 13).

Sekonder enürezisi olan çocukların, psikiyatrik bozukluklarının özellikle daha çok olduğu düşünülür.

Rutter ve arkadaşları, ruhsal bozukluğun gece olduğu kadar, gündüz işemesi olan çocuklarda da görüldüğünü ortaya koymuşlardır.

Birçok psikiyatrist, enürezisin altta yatan duygusal bozukluğun veya çatışmanın ortaya konuş biçimi olduğunu belirtir ve şu hipotezleri ortaya atarlar ;

1. İşeme, benliği doyurmanın (self-gratification) immatür bir biçimidir.
2. İşeme, anksiyetenin bir ortaya konuş biçimidir.
3. Saldırganlığı açık biçimde göstermekte güçlüğü olan çocuğun, bu duygusunun bir ifade biçimidir.

Adler ekolüne göre, aşağılık duygusunun varlığında, enürezis çeşitli amaçları gerçekleştirmek için seçilmiş belirtidir. Çocuk enürezisde hoşlanmadığı sorumluluklarından kurtulma yolu bulabilir (13).

Ruhsal nedenlerin önemli etkisi olmakla birlikte gece işemesi olan çocukların hepsi uyumsuz çocuklar sayılmazlar. Başka bir deyişle tek başına yatağa işeme ruh-

sal uyumsuzluğun kanıtı değildir. Bu çocuklar içinde ağır davranış bozukluğu gösterenler olduğu gibi, çok uyumlu olanlar da vardır (1). Bu sebeple ilkökul çağında görülen gece işemelerinde, öncelikle organik nedenlerin ele alınması, daha sonra psikiyatrik etkenlerin araştırılması yerinde olur (1, 5, 12).

Yapılan bir çalışmada, enürezis vakasının, duygusal problemlili çocuklarda olduğu kadar, normal çocuklarda da eşit oranlarda görülebileceği ortaya konmuştur. Üçüncü sınıfa giden, 800 çocuğun duygusal uyumu (emotional adjustment) üzerinde yapılan çalışmada, öğretmenlerle görüşme ve çocuğun ailesine anket verme şeklinde değerlendirme yapılmıştır. Elde edilen bilgilere göre, her çocuk aşağıdaki dört gruptan birine dahil oluyordu :

1. İyi uyumlu
2. Önemli problemi olmayan
3. Büyük bir problemi olan
4. Klinik problemi olan

Aşağıdaki tabloda her uyum sınıfında rastlanan enürezis vakası görülmektedir.

TABLO IV: DUYGUSAL UYUM SINIFLAMASINA GÖRE ENÜREZİSİN GÖRÜLME SIKLIĞI

DENEKLER	UYUM SINIFLAMASI				TOPLAM
	1	2	3	4	
Toplam Denek	167	425	164	68	824
Enüretik Vaka (Frekans)	18	36	22	7	83
Enüretik Vaka (Yüzde)	10.8	8.5	13.4	10.3	10.1

Duygusal problemi olan çocuklar üzerindeki bu araştırma, enürezis vaka yüzdesinin uyumlu çocuklarla, problemlı çocuklar arasında büyük farklılıklar göstermediğini ortaya koymaktadır. Enürezis vakasına duygusal problemlı ve normal çocuklarda aynı sıklıkla rastlanabilir (21).

Bazı araştırmacılara göre, enüretik çocukların ana babalarının, aile hayatı, para kazanma, çocuklarının be-densel ve ruhsal sağlığı ile daha az ilgilenmeleri, onlara gereken önemi vermemeleri durumunda; çocuk, enürezis yolu ile ana-babasının sevgisini uzatmayı ve gece saatlerinde kendisi ile birlikte olmalarını istemektedir. Çocuk ile ana-baba arasındaki ilişkilerin sağlıksız, olumsuz olması, çocukta bazı çatışmalara sebep olmakta ve çocuk olumsuz duygularını enürezis ile ortaya koymakta, anne babanın tutumlarını protesto için altını ıslatma yolunu seçmektedir (4, 10, 13, 20, 21).

Bu semptom, daha çok çevresel ve duygusal değişikliklere tepki olarak görülür veya kaybolur. Örneğın, hiçbir zorluk çıkarmadan, erken tuvalet eğitimi almış 14 yaşındaki bir kız çocuğuna, babası erkek arkadaşı ile görüşmesini yasakladığında, aniden nokturnal enürezis ortaya çıkmıştır. Çocuk ailesi ile birlikteyken her gece görülen enürezis, çok sevdiği teyzesinin evinde kaldığında, bazı geceler görülmüştür. Dört seanslık bir psikoterapi ile semptom tamamen kaybolmuştur. Bu, çocuğın babasına karşı duyduğu saldırganlık ve kızgınlığın bir tepkisi olarak ortaya çıkmaktadır (21).

Enürezisin ruhsal nedenlerinden bir diğeri ise, kardeş doğumu, kardeş kıskançlığıdır. Tuvalet eğitimini almış bir çocuk, kardeşinin doğumundan kısa bir süre sonra gündüz ve gece altını ıslatmaya başlar. Bu, bebek gibi sevilme ve ilgi çekme amacına yönelik bir geriye dönüşür. Genellikle kısa sürüp düzelen bu durum, çocuğun gerçekten itildiği ve sevgiden yoksun kaldığı durumlarda devam eder (1, 8, 10).

Enürezise neden olan bir başka durum da korkulardır. Korkutucu durumlarda, küçük çocukların altlarına kaçırmaları çok sık görülür. Örneğin kalabalıkta annesini yitiren bir çocuğun ilk yaptığı şey, korkudan ağlama ve altını ıslatmaktır. Yetişkinlerin bile aşırı heyecan durumlarında sıkışmaları, ruhsal durumla işeme arasındaki ilişkiyi gösteren bir örnektir. İkinci Dünya Savaşı sırasında, bombalanan Avrupa kentlerinde, çocukların çok sıklıkla yataklarını ıslattığı gözlenmiştir (1).

Dayak ve cezalar da enürezise yol açmaktadır.

Enürezisin en önemli nedenlerinden biri de zamanından önce ve baskılı tuvalet eğitimi olup, çok sık rastlanan bir durumdur. Eğitimin erken ve baskılı olması kadar, eğitim eksikliği de önemlidir. Eğitim eksikliği çoğu kez annenin aşırı koruyucu tutumunun bir sonucudur. Çocuğun eğitilemeyecek kadar küçük, narin güçsüz olduğu düşünülür. Bu mantığa bürünmenin ötesinde, annede çocuğu uzun süre kendine bağımlı

tutmak arzusu da olabilir. Bu koşullar altında tüm yönlerde bebeksi kalması zorunlu olan çocuk, işeme kontrolünde da bebeksi kalır (1, 10, 13, 21, 23).

Psikoanalitik kurama göre, dışkı dönemi çocuğun kendi varlığıyla çevrenin varlığı arasında bir güç savaşıdır. Çevrenin denetim ve yetkilerini bu dönemde ilk olarak çocuklarına tanıtmaya uğraşan ana babaları uyarmak yararlı olabilir. Küçük çocuğun eğitimi özellikle annenin yüklendiği bir görev olduğu için, tuvalet eğitiminde takındığı tutum ve uyguladığı yöntemler önemlidir. Bazı anneler evlatlarının bir an önce bu görevi becermelerini isterler. Kaslarını denetlemek gibi zor bir işe bedensel açıdan hazırlıklı olmayan altı aylık bebeği oturağa oturturlar. Daha ileride çözümlenmesi gereken bir gelişme göreviyle başbaşa bırakılan aciz bebek, beceremeyeceği bir işi başarmak zorunda kalır. Çoğunlukla kendini yönetmeyen, dizginleri çevresindeki nesnelere eline bırakan pasif bir kişilik ortaya çıkar (24).

Anne babalara, çocukları daha bir yaşına gelmeden önce tuvalet eğitimine karşı tutumları ve çocuklarına nasıl yardımcı olacakları konusunda bilgi vermenin, büyük yararı vardır. Brazeltan, 18 aydan önce kazanılan mesane kontrolünün, bu yaştan sonra kazanılan kontrole göre daha sık bozulduğunu söylemektedir. İkinci yılın ilk yarısında, çocuğun, yürüme ve konuşma becerileriyle uğraştığını; çocuğun anne-babayla ilişkilerinde kendini güvenli hisset-

tiği ve onları memnun etmek istediği zaman kaka ve iş kontrolunu öğrenmesinin daha olası olduğunu düşünmektedir. Bu bakımdan ocuk, ikinci yılın sonuna doğru, kendini güvenli hissettiğinde, çevresindeki yetişkinleri taklit etmek istediğinde, kendine hakimiyet ve bir ölçüde özerklik geliştirme isteği olduğunda, mesane kontrolunu öğrenmeye hazır olacaktır. Kısacası, 2 yaş dolaylarında, eğitim en başarılı biçimde başlayabilir. Bu arada, anne-babayla yapılan görüşmeler, onların tutumlarını yönlendirecektir.

Bu yaşta çocuğun lazımlıkla bir sandalyeye oturulması, eğitim açısından destekleyicidir.

Çocuğun ihtiyaç duyduğunda veya gitmesi hatırlatıldığında, lazımlığı kullanması sağlanır. Daha sonra pantolonunu kullanmayı öğrenir. ocuk gündüz temiz ve kuru kalcaya kadar gece eğitimine başlanmamalıdır. Bu arada "kaza" yapan çocuğa olumlu davranmalıdır.

Eğitim sırasında çocuğun kuru kalması gerektiğini sık sık vurgulamak, amacı başarısızlığa götürebilir (16).

Ebeveynlerde genetik olarak belirlenen geç "olgunlaşma" olasılığı varsa, çocukta da gecikme beklemek doğaldır. Duyarlı ğrenim döneminde, kaygı yaratan gerilimlerin etkisi, dolayısıyla üçüncü yıl beklenebilir (9, 16).

Bir alışmada (Ankara, 1979) üç farklı sosyo ekonomik bölgeden 7-11 yaşlar arasında ilkokula giden 150 ocuk üzerinde, enürezisin görölme sıklığı incelenmiş,

enüretik vaka % 13 olarak bulunmuştur. Enürezisin görülmesinde; ailelerin tuvalet eğitimi konusunda aşırı baskılı ve aşırı serbest tutumlarının, kardeş kıskançlığının etkin rol oynadığı belirtilmiştir (25).

Gece işemesiyle birlikte en sık rastlanan davranış bozuklukları; kekemelik, tikler, uyku bozuklukları, öfkelenme, tırnak yeme ve enkoprezistir (1, 10, 13, 21, 23).

Bu nedenlere ek olarak; yetersiz anne baba eğitimi, erken yaşta geçirilen önemli travmalar, ciddi bir hastalık, hastaneye yatma, kaza ve ameliyat yaşantıları, ev değiştirme, aile geçimsizlikleri, ebeveyn ölümü, ölüm ve boşanma ile ailenin parçalanması, anne babadan ayrılma gibi durumlar da enürezisin ortaya çıkmasına yol açabilir (1, 9, 10, 13, 23).

Bazı görüşler enürezisi intrafizik, nörotik çatışmalara, özellikle masturbasyonu çevreleyen çatışmalara bağlamaktadır. Öğrenme kuramcıları, enürezisi hatalı öğrenme örüntüleri biçiminde tanımlamaktadırlar (23).

Enürezisin Tedavisi :

Enürezis, atalarımız elbise giymeye başladıktan, ev içinde uyumaya karar verdikten ve yatak kullandıklarından bu yana aileler için bir sorun olmuştur (14). Yüzyıllardır doktorları ilgilendirmektedir. Kayıtlarda bulunan ilk tedavi yaklaşımı M.Ö 1550 yıllarındadır (15):

Bilimsel temelden yoksun, yeterli sonuç vermeyen, inanılmaz derecede çeşitli tedavilere girişilmiştir. Sorun, çocukları olduğu kadar, anne-babaları, çocuklarla anne-babalar arasındaki ilişkileri ve ailelerin sosyal çevresini de etkilemektedir (14).

Araştırmalara göre, çocuklar 3 yaşlarına geldiklerinde, idrar kontrolleri tam bir olgunluğa erişebilir. Ancak 4-5 yaşına gelinceye dek, arasıra gündüzleri, daha sık olarak da geceleri altlarını ıslatabilirler. Ancak bu yaşlardan sonra devam etmesi sorun olarak kabul edilmekte olup, böyle bir durumda öncelikle tıbbi kontrolden geçip, organik bir bozukluk olup olmadığı araştırılmalıdır (1, 10, 13).

Üriner organlarda enfeksiyon ihtimaline karşı, her enüretik çocuğun idrarı incelenmelidir. Diabetes insipidus ya da mellitus ve kronik böbrek yetmezliği, poliüriden dolayı enürezise yol açar. Mesane boynu tıkanıklığı da göz önüne alınmalıdır. Fakat çocuk bazı geceler altını ıslatmıyorsa, mesane kontrol sistemi normal demektir.

Üroloji operatörleri hemen yoğun bir araştırmaya girmeyi önermezler. İki, üç aylık tıbbi tedavi sonucunda vakanın değerlendirilmesini isterler. Bu değerlendirme sonunda, gerekiyorsa daha başka ürolojik incelemeler yapılır. Önce nedenin organik olup olmadığı araştırılmalıdır. Çünkü organik neden kolayca tedavi edilebilir. Bu yaklaşım sonuç vermezse, o zaman nedenin duygusal bir bozukluktan kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Organik bir hastalık, mutlaka bir davranış bozukluğu yaratmayacağı gibi, duygusal bir bozukluğun bulunması da organik bir bozukluğun bulunacağını belirtmez.

Bu tip çocuklarda, bir kaygı durumu olup olmadığı da araştırılmalıdır. Kaygı durumu, enürezisin nedeni ya da destekleyicisi olduğu için çok önemlidir. Bu kaygı, çocuğun duyarlı dönemde, öğrenmenin başarısızlığından kaynaklanan sürekli bir kaygı olabilir. Veya okulda öğrenme ya da uyum güçlüklerinden ileri gelen yeni bir kaygı olabilir. Kaygının tedavisiyle, enürezisten bağımsız veya onun ikincil ürünü de olsa yatağını ıslatmanın ortadan kalktığı görülebilir (16).

Enüretik çocukların değerlendirilmesinde aile faktörü önemlidir. Aile yaşamının psiko sosyal yanları da gözden geçirilmelidir (14).

Tedavi Yöntemleri :

1. Daha sonra teşhis için; dikkatlice kaydedilen bir hikâye, fiziksel inceleme, ürinanalizi ve ürinkültürü, enüretik çocukların % 90 ından fazlasında ayrıntılı incelemeye gitmeyi önleyecektir. Geri kalan çocuklar için (% 10) antibiyotik tedavisi veya intravenöz pyelogram ya da sistoretrogram boşalımı da dahil olmak üzere daha fazla ürolojik bir inceleme gerekebilir.

Bazılarına sistoskopi gerekli olabilir, bazıları için de ameliyat gerekebilir. Bu tür genitouriner (GU)

işlemlerin, psikolojik dezavantajları olduğu öne sürülmektedir. Son verilere göre, genitouriner işlemler ile, daha sonraki duygusal bozukluklar arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada, psikiyatrik değerlendirmeler için incelenen bir grup çocukta, diğer iki kontrol grubundakilerden daha çok genitouriner ameliyat vakası olduğu gözlenmiştir. Verilerde nedenleri açıklanmıyorsa da, klinikte çalışan kimse, teşhisde bu bakımdan dikkatli olmalıdır. Çünkü ortaya çıkacak duygusal bir sorun, anatomik anormalliklerden daha çok problem yaratabilir.

Werry açıklamasında; 'Pekçok durumda enürezis görülebilir patolojik veya psikopatolojik bir durumla birlikte bulunmaz ve tedaviye karşı çok dirençlidir. Doktorlar aşırı inceleme, aşırı tedavi, ebeveynlere karşı sert tutum, aşırı somatik veya psikolojik tutum ya da pratik olmayan tedavi şekilleri önermekten kaçınmalıdır. Etiyolojik ve töröpatik yetersizlikleri kabullenerek işe başlamalıdır,' diyerek pekçok enüretik çocuğun, artan bir psikopatoloji göstermediğini ve genellikle psikoterapiye ihtiyaç duyulmadığını söylemektedir.

2. Töröpatik Tedavi: Ameliyat dışı birçok etkili tedavi yolu tanımlanmıştır, Burada savunulan görüş, genitouriner işlemlerin psikolojik dezavantajları olması nedeniyle, öncelikle töröpatik bir denemenin uygulanmasıdır. Töröpatik denemenin, teşhis için önemli bir araç olduğu vurgulanmaktadır.

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 her gün 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 da yardımını almalıdır. 5 yaşındaki 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 arasına altını ıslatırsa (örneğin haftada iki kez), kuru kalmasına yardımcı olacak bir tablet verilebilir. Imipramine açıkça etkilidir ve tanımlanan program başlatıldıktan sonra, özellikle yararlı olabilir. Literatürde, yalnız imipraminle % 60-70 lik bir gelişmeden söz edilmektedir. Böyle bir program uygula-

nan çocukta gelişme görülürse, ürolojik bir inceleme gereksiz olur.

Tedaviden Sonra İzleme: Çok önemli problemleri bulunmayan, bu programla altını ıslatmayı bırakan çocukların izlenmeye pek gereksinimleri yoktur. Bunun dışında iki grup çocuğun izlenmesi gereklidir. Birinci grupta; daha kapsamlı problemleri ve daha bozuk aile düzenleri olduğundan, psikiyatrik konsültasyon ve izlenme gereği olan çocuklar, ikinci grupta ise; düzelmeleri genitouriner (GU) işleme gerek gösteren ve bunun sonucu yüksek duygusal rahatsızlığı olan çocuklar bulunmaktadır. Bu çocukların psikolojik uyumuna dikkat edilerek, pediatrik yönden düzenli olarak izlenmeleri gerekir (23).

3. İlaç Tedavisi: Bugün, organik bozukluğa bağlı olmayan gece işemeleri için çok etkili ilaçlar vardır. Uyku derinliğini azaltan ve mesaneyi büzücü etki yapan bu ilaçların, dört ile altı hafta boyunca uygulanması, gece işemelerinin % 70-80 inde etkili olmaktadır. İlaç bırakıldıktan sonra da kazanılan alışkanlık bozulmamaktadır. Halk arasında yaygın olan bir kanının tersine, bu ilaçlar kısırlık yapmadığı gibi, sakıncalı yan etkileri de azdır (1).

Tedavide, amfetamineler ve antikolinergik ilaçlar denenmiştir. İşemeyi ortadan kaldırmakta tricyclic antidepressiflerden imipraminenin etkinliği gösterilmiştir.

Imipramine, amitryptilline ve nortryptilline arasında karşılaştırmalı çalışmalar, tümünün antienüretik etkisi olduğunu gösterir. Çalışmaların tümü, maksimal etkinin tedaviye başlanan ilk hafta içinde görülebildiğini göstermiştir. Imipramine, enüretiklerin yaklaşık % 85 inde işeme sıklığını azaltır ve yaklaşık % 30 unda tamamen keser. İlaçla tedaviyi kestikten sonra üç ay içinde belirti geri dönebilir. İlaç kesme tekniğinin yineleme oranını etkilediği görülmez. Tedavi dozlarında kullanılan tricyclic bileşiklerin yan etkileri arasında, en sık başdönmesi, başağrısı ve kabızlık görülebilir. Tricyclic ilaçlar dört yaş altında önerilmez (13).

Bir başka çalışmada da; ilaç tedavisinde, atropine ve türevleri, bafbituratlar, propantheline ve tranquilizerlerin kullanıldığı, bazı hastalarda bu ilaçları alırken enürezisin görülmesinin azaldığı, fakat önemli kalıcı sonuçlar elde edilemediği söylenmektedir. Yine aynı çalışmada, imipramine nin (tofranil) çok sık kullanılan bir ilaç olduğu, pekçok incelemede bu ilacı alan hastalarda nokturnal enüreziste azalma gözleendiği, fakat kalıcı bir sonuç alınmadığı belirtilmektedir. Ayrıca imipramine'nin yan etkilerinden de bahsedilmekte, 35 mg/kg ve daha fazla dozlarda alınırca, P-R aralığını uzatabileceği ve karditoksik etkileri olabileceği açıklanmaktadır. Imipramine, nortriptyline ve diğer tricyclic antidepresanlarla yapılan tedavi denemelerinin önemli ve kalıcı tedavi oranları ortaya çıkaramadığı vurgulanmaktadır (14).

4. Şartlandırma Yöntemi: Şartlandırma yöntemlerinin noktural enürezis tedavisinde başarılı etkileri görülmüştür, hatta en etkin tedavi yolu olduğu çok yaygındır (5, 9, 14, 26). Bu yaklaşımlar yeni değildir. İlk defa, bu yüzyılın başlarında, Pfaundler tarafından tanımlanmış olup, öncelikle İngiliz ve Avusturyalı araştırmacılar tarafından kullanılmıştır (14).

İşlem kısaca şöyledir: Çocuğun yatağına sistem hazırlanır, alarm düğmesi çevrilir. Çocuk yatmadan önce idrarını yapmalı ve yatarken belden aşağısına hiçbirşey giymemelidir. Gece ıslatma olduğunda zil çalacaktır. Zil çalar çalmaz çocuk uyandırılmalı, alarm kapatılarak çocuk idrarını boşaltmak için tuvalete gitmelidir. Sonra yatak ebeveyn ile birlikte yeniden düzenlenir. Alarm kurulur. Çocuk yatağını tekrar ıslatacak olursa işlem tekrarlanır. Yönteme devam edildiği sürece ıslatmada azalma görülür. Bir süre sonra- ki, bu süre her çocuk arasında farklılık gösterir- çocuk mesanesini boşaltmak için kendiliğinden uyanır ya da bütün gece uyanmadan sabah kuru kalkar. Çocukların az bir kısmı da gece kuru uyandığında inanana kadar, uyanmaya devam eder. Üç hafta boyunca çocuk altını hiç ıslatmazsa, tedavi kesilir fakat ikinci üç hafta da kuru kalana kadar alarm kesilmez.

Çocukların çok azı alarm kesildikten sonra, tekrar altını ıslatmaya başlarlar ve bu çocuklar kısa bir süre daha tedavi gerektirir.

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 (26).

Werry (1966), elektrik zilinin çok değerli bir alet olduğunu ve ilaçların yerini alabileceğini vurgulamaktadır. Çocuklar 7 yaşına gelmeden zilin kullanılması önerilemez. Çünkü büyük çocuklarda daha etkilidir. Küçük yaşta öğrenme güdüsü olmayabilir ve çocuk zili aşırı cezalandırıcı bir araç olarak görülebilir (16).

Yapılan çalışmalarda tedavi oranı % 65 ten % 100'e kadar çıkmış ortalama % 85 kabul edilmiştir. Tekrarlama oranı % 8 ile % 52 arasında değişmiştir. Tedavi için genellikle 16-17 hafta yeterli görülmüştür, % 10-20 arasında ise uyumsuzluk olmuştur (14).

Pekçok klinikçi elektrik zilini ilaç ve psikolojik tedaviden (psikofarmolojik yaklaşım) önce kullanırlar. Basit ve daha ucuzdur ve doğru kullanıldığında zararsızdır (23).

Uygulama sırasında tüm özelliklere dikkat edildiğinde, bir haftadan altı aya kadar devam eden ortalama 3.5-4 aylık süreç içerisinde, enüretik vakaların % 80'inde iyileşme gözlenir (5, 9, 12, 23, 26).

5. Spontan Tedavi: Enürezis konusunda Forsythe ve Redmond tarafından çok önemli çalışmalar yapılmıştır. Nokturnal enürezisli çocukların uzun süre izlenmeleri sonucunda, 5-9 yaşındaki çocuklarda % 14, 10-14 yaşındaki çocuklarda % 16, 15-19 yaş grubunda % 16 spontan tedavi oranları ortaya konmuştur. Çalışmada, 1129 hastadan 32 sinin, 20 yaşından sonra da altını ıslattığı gözlenmiştir (14).

Bir başka çalışmada da, enürezisin kendiliğinden azalma oranının, 7 yaşında % 50 ye yaklaştığı belirtilmektedir (23).

Barbour ve arkadaşları (1963), bir enüretikler grubunda, çeşitli yaşlarda yapılan tedaviye bağlı olmadan, kendi kendine iyileşme olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna bağlı olarak yaklaşık 15 yaşında bütün çocuklarda gece işemesi ortadan kalkmaktadır (16).

6. Ödül ve Cezalar: Bir ebeveyn çocuğun kuru olarak yataktan kalkmasının zevkini paylaşabilir, ancak ödül ve cezalar gerekli ve etkili değildir. Sempton üzerine çok fazla ilgi çeker (16).

7. Gündüz Eğitimi: Gündüz altını ıslatan çocukların, altını ıslatmasını önleyecek kadar kısa aralıklarla idrarını yapması ve araların giderek artırılması yararlı olabilir (13, 16).

8. Sıvı Alınmasının Sınırlandırılması: Çocuğun yatmadan önce sıvı besinleri fazla alması mesane kontrol gücünü zorlayabilir. Bu sebeple, belirli bir sınırlandırma yararlı olabilir (11, 16). Başka bir görüşte ise, akşamları sulu besinlerin kesilmesi sık denenen fakat sonuç vermeyen bir önlem olduğu belirtilmektedir (1, 10, 14).

9. Gece Çocuğu Uyandırmak: Çocukların gece tuvalet için uyandırılmaları, çamaşır sayısını azaltabilir, fakat idrar kontrolünün kazanılmasını hızlandırdığı söylenemez (16).

Küçük fonksiyonel mesane kapasitenin etyolojik olarak önemli olduğuna inanan araştırmacılar tarafından ise, gece tuvalete kaldırma ve su kısıtlaması önerilmiştir (13).

Erkek çocuklarda gece işemelerinin sünnetle düzeleceği inancı, temeli olmayan bir inançtır. Tam tersine, bazı durumlarda işemeyen çocuklar, sünnetten ya da fitik ameliyatlarından sonra yataklarını ıslatmaya başlarlar. Buna, kastrasyon korkusu neden olur (13).

Günümüzdeki psikiyatrik görüş genitouriner (GU) işleminden önce, töröpatik denemeyi uygun görmektedir. Bu yöntem enüretik çocukların çoğunda etkili görülmüştür. Faydalı olmayan çocuklarda ise, daha fazla psikiyatrik ve ürolojik değerlendirmeye gereksinim vardır (23).

Bir görüşe göre, tüm tedavi yöntemleri arasında tavsiye edilebilecek olanı; ebeveynlere tam ve yeterli

fizyolojik açıklamalarla güven vermek veya şartlandırma yöntemi programı uygulamaktır (14).

Tedavi Yöntemlerine İlişkin Yapılan Çalışmalar

Bir çalışmada, enüretik olmanın yanısıra başka davranış problemlerine de sahip 22 çocuğun yatak ıslatmaları (nokturnal enürezis), eğitim yöntemleri ile tedavi edilmiştir. 22 çocuktan 18'i (% 81.8), ortalama 57.5 günde başarı kriterine ulaşmışlardır. Bu 18 çocuktan 10'u (% 55.6) tekrar gece işemeye başlamaları yüzünden yeniden eğitime alınmışlardır. Bunların 9'u eğitimde başarı göstermişler, bir tanesinde ise kendiliğinden düzelme olmuştur. Gerileme gösteren bu 10 çocuğun, yüksek oranda diğer semptomlara sahip oldukları görülmüştür. Sonuçlara göre, davranış bozukluğu ile birlikte görülen enürezis vakalarının tedavisinde, eğitimsel yaklaşım etkilidir fakat çok problemli olanların gerileme (yeniden altını ıslatma) olasılığı daha yüksektir (27).

Başka bir çalışmada, gerileme (tekrar yatak ıslatmaya başlama) ve enürezisin şartlanma tedavisinde, işitsel alarm uyarıcısına cevap verme konusunda son araştırmalar incelenmiştir. Gerileme oranının azalmasında iki yöntemin etkili olduğu görülmüştür. Bunlardan aralıklı ödüllendirme % 25, aşırı öğrenme (overlearning) % 12.8 oranında etkilidir.

Bu konuda diğer yayınların sonuçlarına göre de, aşırı öğrenme, gerilemeyi engellemede en etkin yöntem olduğu görüüne varılmıştır (28).

Operant şartlanmaya dayalı yapılan bir çalışma, anne ve çocuğun eğitime alınmaları şeklinde değerlendirilmiştir. Ebeveynler profesyonel yardım olmaksızın, metodu tanımlayan bir el kitabından yararlanmışlardır. Eğitim öncesi % 68 oranında görülen noktural enürezis ilk haftada % 27 ye, 3. ayda % 10'a ve 6. ayda % 7 ye düşmüştür (29).

Yapılan bir araştırmada, yalnız gece işemesi olan (noktural enürezisli) 45 çocuk ve hem gece hem gündüz işemesi olan (kontinual enürezisli) 30 çocuk random yoluyla seçilerek iki eğitim grubuna ayrılmışlardır. Birincisi dört hafta süren idrar kontrolü eğitimi, ikincisi ise elektrik alarmıdır. Kontinual enürezisli çocuklardan, noktural enürezisli çocuklara göre daha azı kuru kalmış ve kontinual enürezisli bu çocukların eğitimi tekrarlamaları gerekmiştir. Her iki enüretik grupta da gece işemelerinin azalmasında elektrik alarm yöntemi, idrar kontrolü eğitiminden daha etkili bulunmuştur. Bu eğitim aynı zamanda hem gece hem gündüz işemesi olan (kontinual enürezisli) çocuklarda gündüz işemesini de azaltmıştır (30).

ARASTIRMANIN AMACI

Pekçok çalışmacı, enürezisin genellikle erkek çocuklarında daha sık görüldüğü, sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerde, köylerde, gecekondualarda yaşayan ailelerde, öksüz yuvalarında daha sık raslandığı konusunda görüşbirliğine varmışlardır.

Enürezisin, yaşa bağlı görülme sıklığında da birbiriyle ilişkili oranlar kaydedilmiş olup, nedenlerine ilişkin yapılan çalışmalar da birbirini desteklemektedir.

Enürezisin tedavisi konusunda ise, çoğunluğu birbirini destekleyen yöntemler kullanılmakla birlikte, bazı yöntemlerin daha etkin olduğunu savunan değişik görüşler de vardır.

Enürezisin görülme sıklığı bütün ırk ve kültürlerde yaklaşık oranlarda söylenmekte ise de, aynı ülkede farklı kesimler arasında bile çok değişen oranlar kaydedilmiştir. Bu farklılığın örneklem seçimi, veri toplama biçimi gibi araştırma yöntemlerinden kaynaklanabileceği öne sürülmekte ise de, aynı ülkenin farklı kesimlerinde çok değişen oranlar elde edilmesinin nedenine ilişkin kesin bir bulgu ortaya konmamıştır.

Bu bilgilere dayanarak plânlanan, bu araştırmanın temel amacı, daha çok gece işemesi (nokturnal enürezis)

şeklinde görülen enürezisin, ülkemizin beş ilinde, farklı oranlar gösterip göstermeyeceğinin incelenmesidir.

Temel Problem :

Nokturnal enürezisin görülme sıklığı, beş ilde farklılık göstermekte midir ?

Alt Problemler :

1. Bu farklılık yaş grupları ile ilişkili midir ?
2. Bu farklılık cinsiyet grupları ile ilişkili midir ?
3. Bu farklılık anne yaşı ile ilişkili midir ?
4. Bu farklılık anne eğitimi ile ilişkili midir ?
5. Bu farklılık ailedeki çocuk sayısı ile ilişkili midir ?
6. Bu farklılık aile tipi ile ilişkili midir ?
7. Bu farklılık semptom yoğunluğu ile ilişkili midir ?
8. Bu farklılık semptom tipi ile ilişkili midir ?

ARASTIRMA YÖNTEM VE ARAÇLARI

Önceki bölümde açıklandığı gibi araştırmanın amacı; nokturnal enürezisin ülkemizin beş ilinde görülme farklılığının incelenmesidir.

Araştırmada betimsel yöntem kullanılmıştır.

Araştırmanın evreni; Giresun, Rize, Nevşehir ve Malatya illerinin, il merkezi, ilçe ve köylerinden alınan 4-12 yaşlar arasındaki kız ve erkek çocuklardan oluşmaktadır.

Ankara ilinde ise, yalnız gecekondu bölgesindeki ailelerle, alt sosyo ekonomik düzeydeki ailelerin 4-12 yaşlar arasındaki kız ve erkek çocukları araştırmaya alınmıştır.

Araştırmanın örneklemini random yoluyla seçilmiş 12345 çocuk oluşturmaktadır. Bu çocuklardan 3500'inde nokturnal enürezis (gece işemesi) vakası görülmüştür.

Toplam denek sayısı (TDS) ve nokturnal enürezis sayısının (NES) beş ilde dağılımı TABLO-1 de görülmektedir.

TABLO.1 : TOPLAM DENEK SAYISI (TDS) VE NOKTURNAL ENÜREZİS SAYISININ (NES) BEŞ İLDE DAĞILIMI

İLLER	TDS	NES
GİRESUN	2780	770
RİZE	2615	965
NEVŞEHİR	2800	830
MALATYA	3150	630
ANKARA	1000	305
TOPLAM	12345	3500

Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanması; beş ilde Ana ve Çocuk Sağlık-larına gelen annelerle görüşme şeklinde sağlanmıştır. Bu annelerin 4-12 yaşlar arasındaki kız ve erkek çocukları araştırmaya alınarak, konu ile ilgili bilgiler anket formuna kaydedilmiştir.

Anket formuna kaydedilen bilgiler çocuğun yaşını, cinsiyetini, annenin ve babanın yaşları ve eğitim durumlarını, ailedeki çocuk sayısını, aile tipini ve çocukta görülen semptom tipini kapsamaktadır.

Verilerin Analizi

Toplanan verilerin istatistiksel analizinde, yüzde (%), ve khi kare (χ^2) testi teknikleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Bu araştırmanın amacı; nokturnal enürezisin beş ilde, 4-12 yaş grubu çocuklarında görölme sıklığının incelenmesidir.

Bu amacı gerçekleştirmek üzere, araştırma ile ilgili toplanan verilerin, istatistiksel analizleri yapılarak, temel ve alt problemlere ilişkin elde edilen bulgular, betimsel nitelikte ve bunların test edilmesi şeklinde verilmiştir.

Değerlendirmeler sonucu, iller arasındaki farklılıklar TABLO- 3, 5, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 21, 24, 25 de verilmiştir.

Ayrıca, buldukları yerleşim yeri bakımından birbirine yakın olan ve aynı iklim özelliğini taşıyan illere ait veriler birleştirilerek A ve B bölgesi şeklinde değerlendirme yapılmıştır.

A Bölgesinde, Türkiye'nin Karadeniz kesimindeki Giresun ve Rize illeri, B Bölgesinde ise Türkiye'nin i kesimindeki Nevşehir ve Malatya illeri bulunmaktadır.

Ankara ili ise, kozmopolit özelliği, denek sayısının diğer illere göre daha düşük olması ve deneklerin sadece gecekodu bölgesi ile sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerden alınması nedeniyle A ve B bölgeleri dışında

tutulmuştur. Böylece, bölgelerarası incelemelerde, Ankara ilindeki vaka sayısı dışında (3500-305: 3195) değerlendirme yapılmıştır (TABLO - 2, 4, 6, 7, 10, 11, 20).

Ayrıca yaş, cinsiyet, anne yaşı, anne eğitimi, semptom yoğunluğu değişkenleri ile ilgili yapılan değerlendirmeler de diğer tablolarda verilmektedir.

Şekiller, ilişkili olduğu tablonun arkasında verilmiştir.

NOT :

(1) Nokturnal enürezisin görülme sıklığının seyrek olması haftada bir, sık olması haftada iki veya üç, çok sık olması da haftada dört ve daha fazla olarak belirlenmiştir (TABLO - 4, 5, 15, 16) (14, 22, 26).

(2) Semptom tipinin sayısı ve sıklığına göre beş semptom yoğunluğu grubu belirlenmiştir (TABLO - 20, 21, 22, 23) (31).

- a. Yalnız nokturnal enürezis görülmesi
- b. Hafif; Bir-iki "seyrek" görülen semptom veya bir "sık" görülen semptom.
- c. Orta; Beş- altı "seyrek" görülen semptom veya iki-üç "sık" görülen semptom.
- d. Ağır; Birkaç "çok sık" görülen semptom, birçok "seyrek" ve "sık" görülen semptom.
- e. Çok ağır; Birçok "çok sık" görülen semptom.

TABLO-2: NOKTURNAL ENÜREZİSİN A VE B BÖLGELERİNDE
DAĞILIMI

Bölgeler	Nokturnal Enürezis				Toplam
	Olan	* %	Olmayan	%	
A Bölgesi	1735	32.2	3660	67.8	5395
B Bölgesi	1460	24.5	4490	75.5	5950
Toplam	3195	28.2	8150	71.8	11345

χ^2 : 81.241 P < 0.005 Önemli

Nokturnal enürezisin görülmesi bakımından, A ve B Bölgeleri arasındaki farklılık önemli bulunmuştur

(χ^2 : 81.241, P < 0.005).

TABLO-3: NOKTURAL ENÜREZİSİN BEŞ İLDE DAĞILIMI

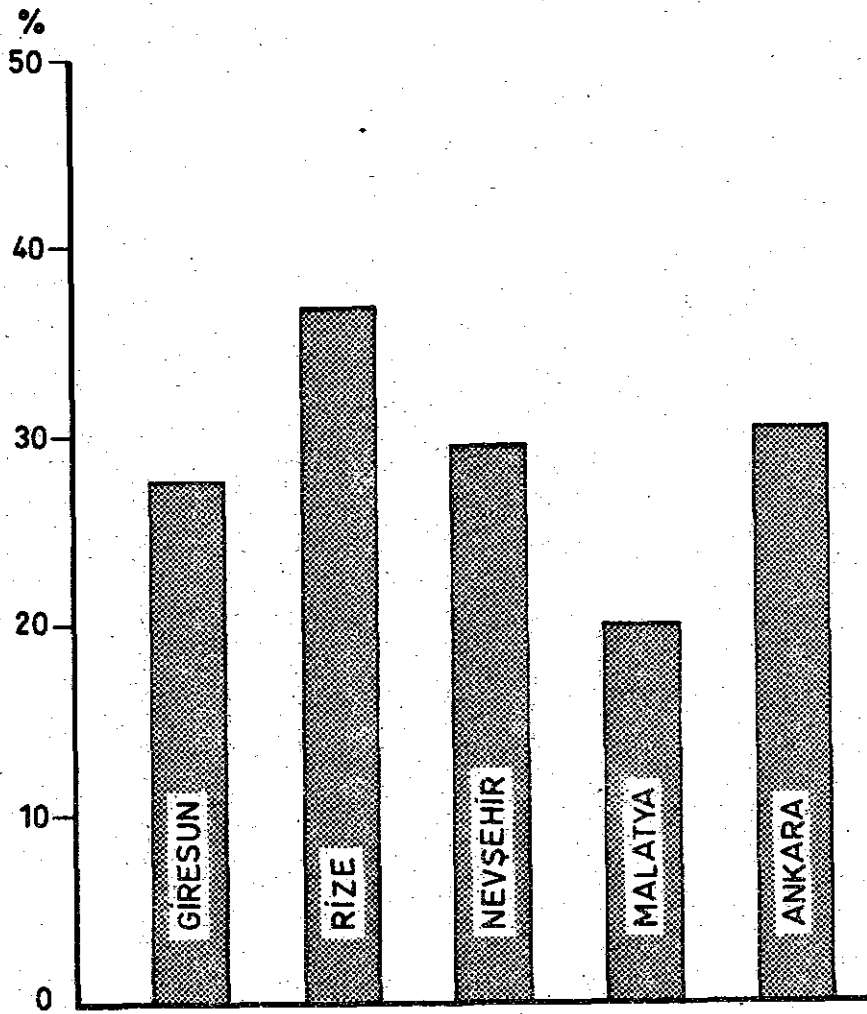
İller	Nokturnal Enürezis				Toplam
	Olan	%	Olmayan	%	
Giresun	770	27.7	2010	72.3	2780
Rize	965	36.9	1650	63.1	2615
Nevşehir	830	29.6	1970	70.4	2800
Malatya	630	20.0	2520	80.0	3150
Ankara	305	30.5	695	69.5	1000
Toplam	3500	28.4	8845	71.6	12345

$$\chi^2 = 207.440 \quad P < 0.05 \quad \text{Önemli}$$

Nokturnal enürezisin görülmesi bakımından, Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illeri arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesine göre, önemlilik ilk adımda Malatya bölgesinden ileri gelmektedir (χ^2 : 207.44, $P < 0.05$). Malatya bölgesi analiz dışı bırakıldığında, bu defa farklılığı Rize bölgesi yaratmaktadır (χ^2 : 58.876, $P < 0.05$). Rize bölgesi de analiz dışı bırakıldığında, diğer iller arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür (χ^2 : 3.94, $P > 0.05$).

Malatya, nokturnal enürezisin görülme yüzdesi en düşük (% 20.0), Rize ise en yüksek (% 36.90) olduğu illerdir.



ŞEKİL 1: NOKTURNAL ENÜREZİSİN BEŞ İLDE DAĞILIMI

TABLO-4: NOKTURNAL ENÜREZİSİN GÖRÜLME SIKLIĞINA (SEYREK-SIK-ÇOK SIK) GÖRE, A VE B BÖLGELERİNDE DAĞILIMI.

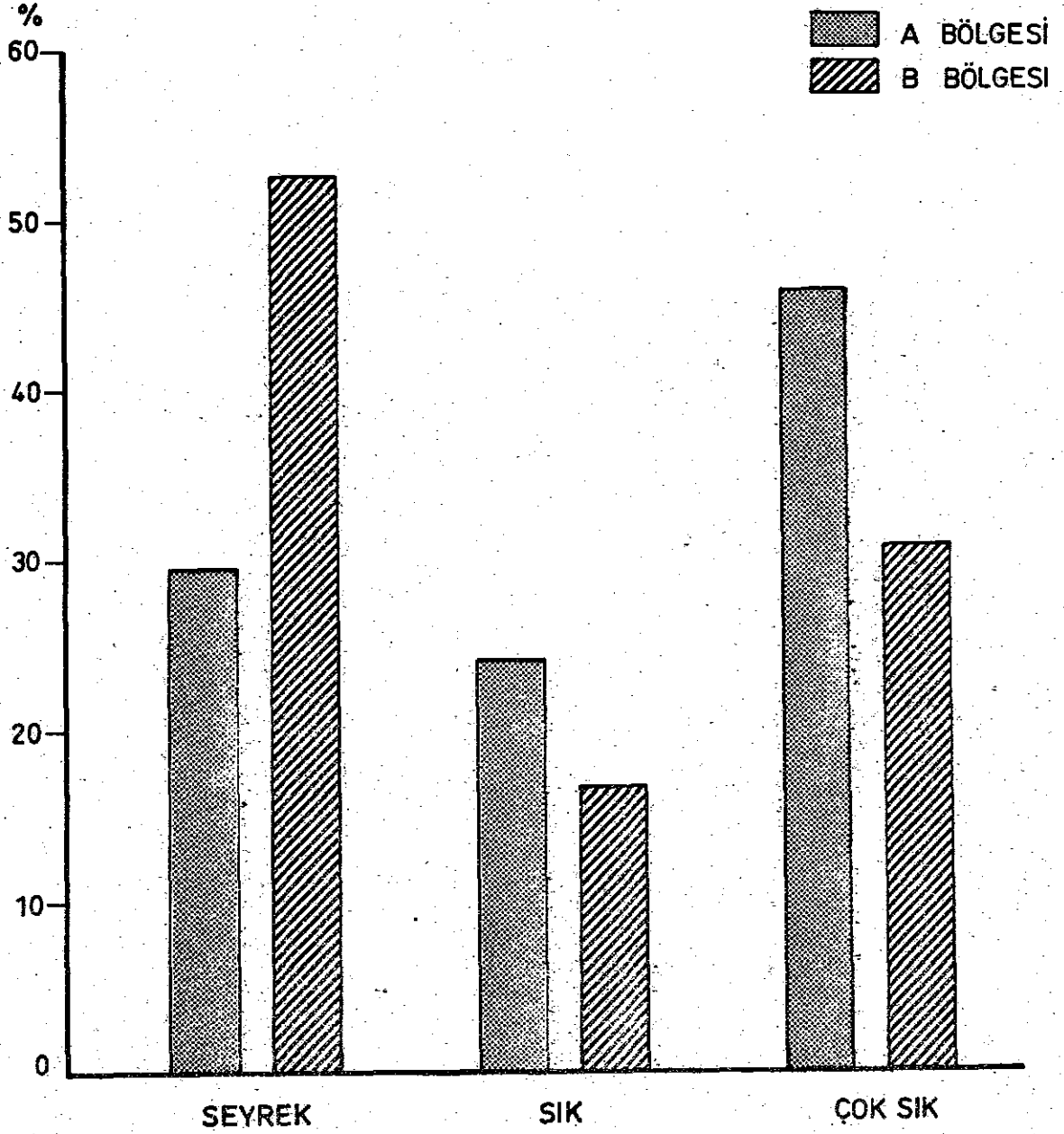
Bölgeler	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığı							
	Seyrek Sayı	%	Sık Sayı	%	Çok Sık Sayı	%	Toplam Sayı	%
A Bölgesi	515	29.6 *	423	24.4	797	46.0	1735	100.0
		40.2 **		63.4		63.9		54.3
B Bölgesi	765	52.7	244	16.7	451	30.6	1460	100.0
		59.8		36.6		36.1		45.7
Toplam	1280	40.0	667	20.9	1248	39.1	3195	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 170.384 P < 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülme sıklığı (Seyrek-sık-çok sık) yönünden A ve B bölgesi arasındaki farklılık önemli bulunmuştur (χ^2 : 170.384, P < 0.05).



ŞEKİL 2 : NOKTURAL ENÜREZİSİN GÖRÜLME SIKLIĞINA (SEYREK-SIK-ÇOK SIK) GÖRE, A VE B BÖLGELERİNDE DAĞILIMI

TABLO-5: NOKTURAL ENÜREZİSİN GÖRÜLME SIKLIĞINA (SEYREK-SIK-ÇOK SIK) GÖRE, BEŞ İLDE DAĞILIMI.

İller	Seyrek		Sık		Çok Sık		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Giresun	205	26.5 *	195	25.3	370	48.2	770	100.0
		14.4 **		26.9		27.6		22.0
Rize	310	32.3	228	23.4	427	44.3	965	100.0
		21.9		31.2		31.6		27.6
Nevşehir	475	57.3	140	16.9	215	25.8	830	100.0
		33.4		19.3		15.9		23.7
Malatya	290	46.0	104	16.6	236	37.4	630	100.0
		20.4		14.5		17.3		18.0
Ankara	140	45.9	63	20.6	102	33.5	305	100.0
		9.9		8.1		7.6		8.7
Toplam	1420	40.5	730	20.7	1350	38.4	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0

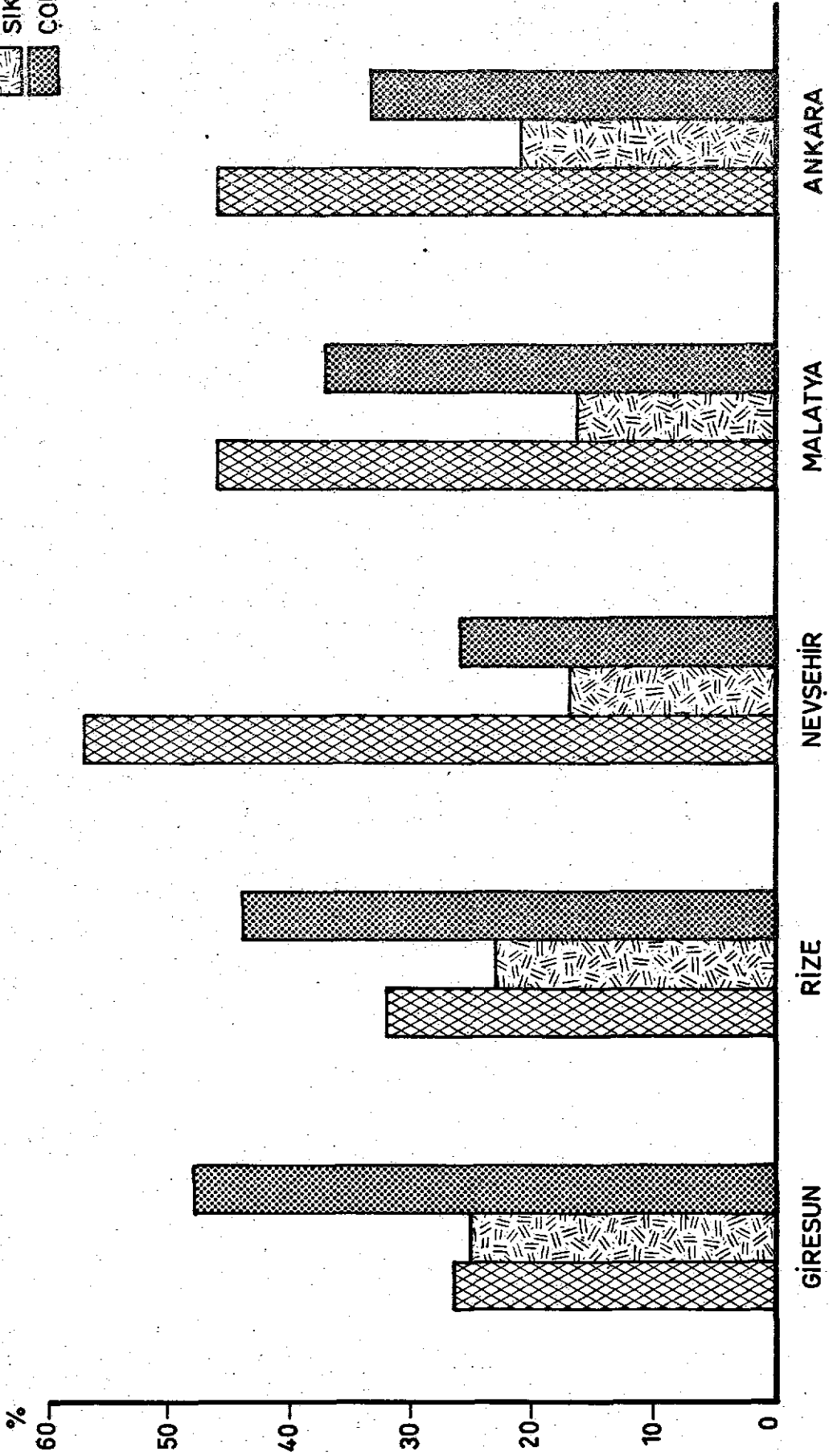
χ^2 : 203.216 P < 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi
** Sütun yüzdesi

Noktural enürezisin görülme sıklığı (seyrek-sık-çok sık) bakımından, Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illeri arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesine göre, farklılık ilk adımda Nevşehir bölgesinden ileri gelmektedir (χ^2 : 203.216, P < 0.05). Nevşehir bölgesi analiz dışı bırakıldığına, bu defa farklılığı Malatya bölgesi yaratmaktadır (χ^2 : 79.079, P < 0.05). Malatya bölgesi analiz dışı bırakıldığına ise farklılık Ankara bölgesinden meydana gelmektedir (χ^2 : 37.91, P < 0.05). Ankara bölgesi de analiz dışı bırakıldığına Giresun ve Rize illeri arasında da farklılık olduğu bulunmuştur (χ^2 : 6.22, P < 0.05).

SEYREK
SİK
ÇOK SİK



ŞEKİL 3: NOKTURNAL ENÜREZİSİN GÖRÜLME SIKLIĞINA (SEYREK - SİK - ÇOK SİK) GÖRE, BEŞ İLDE DAĞILIMI

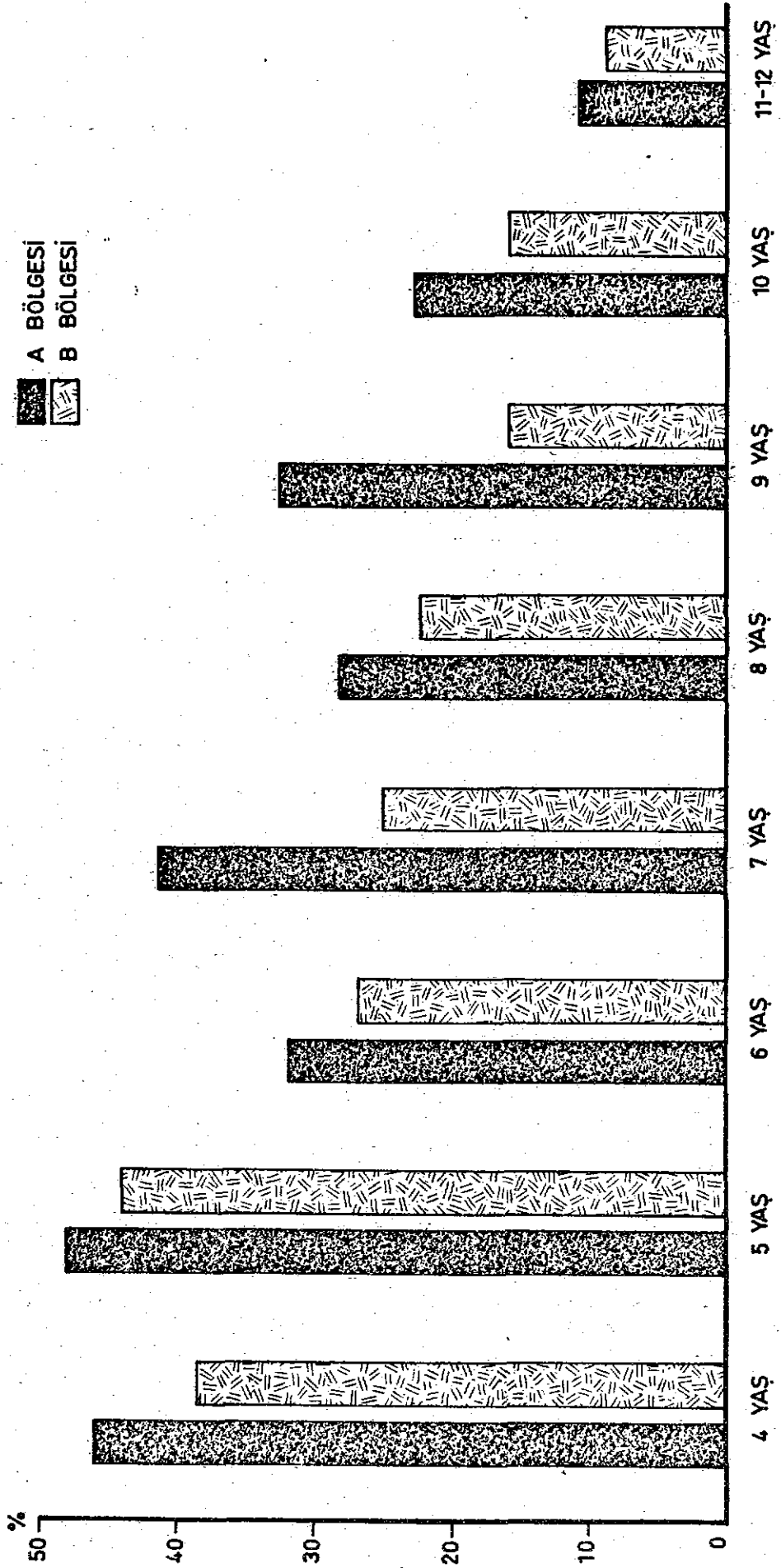
TABLO-6: NOKTURNAL ENÜREZİSİN TOPLAM DENEK SAYISINA GÖRE,
A VE B BÖLGELERİNDE, YAŞA BAĞLI OLARAK DAĞILIMI.

Yaş	A Bölgesi			B Bölgesi		
	TSD	NES	%	TSD	NES	%
4	829	382	46.0	886	341	38.5
5	682	329	48.2	731	321	43.9
6	732	234	31.9	766	206	26.9
7	572	237	41.4	674	171	25.4
8	573	163	28.4	616	138	22.4
9	491	161	32.8	625	101	16.2
10	504	118	23.4	562	91	16.2
11-12	1012	111	10.9	1096	97	8.9
Toplam	5395	1735	32.2	5950	1460	24.5

* TSD: Toplam denek sayısı

* NES: Nokturnal enürezis sayısı

Tablo 6 da; A ve B bölgelerinde her yaş grubunda bulunan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise raslandığı görülmektedir.



ŞEKİL 4: NOKTURNAL ENÜREZİSİN TOPLAM DENEK SAYISINA (TDS) GÖRE, A VE B BÖLGELERİNDE, YAŞA BAĞLI OLARAK DAĞILIMI

TABLO-7: NOKTURNAL ENÜREZİSİN YAŞ GRUPLARINA GÖRE, A VE B BÖLGELERİNDE DAĞILIMI.

Yaş	A Bölgesi		B Bölgesi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4	382	52.8 *	341	47.2	723	100.0
		22.0 **		23.4		22.6
5	329	50.6	321	49.4	650	100.0
		18.9		21.9		20.3
6	234	53.2	206	46.8	440	100.0
		13.5		14.1		13.7
7	237	58.1	171	41.9	408	100.0
		13.6		11.7		12.7
8	163	54.2	138	45.8	301	100.0
		9.4		9.4		9.4
9	161	61.5	101	38.5	262	100.0
		9.3		6.9		8.2
10	118	56.5	91	43.5	209	100.0
		6.8		6.2		6.5
11-12	111	53.4	97	46.6	208	100.0
		6.4		6.6		6.5
Toplam	1735	54.3	1460	45.7	3195	100.0
		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 12.612 P > 0.05 Önemsiz

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülmesinde, yaş grupları yönünden, A ve B bölgeleri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 12.612, P > 0.05).

TABLO-8: NOKTURNAL ENÜREZİSİN TOPLAM DENEK SAYISINA GÖRE, BEŞ İLDE YAŞA BAĞLI OLARAK DAĞILIMI.

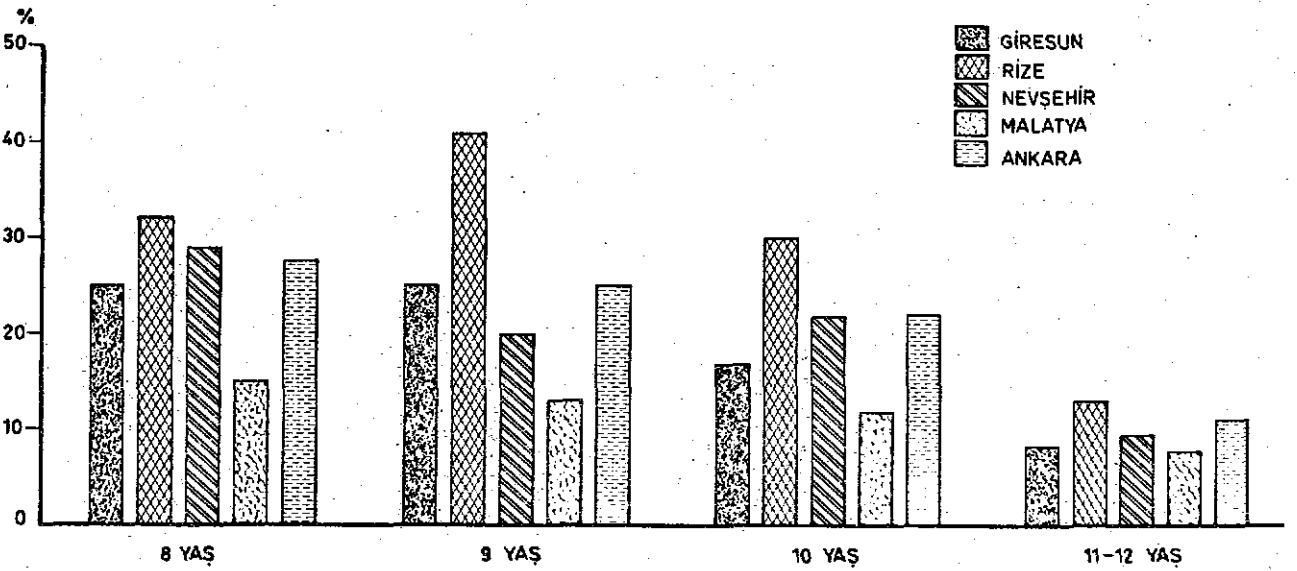
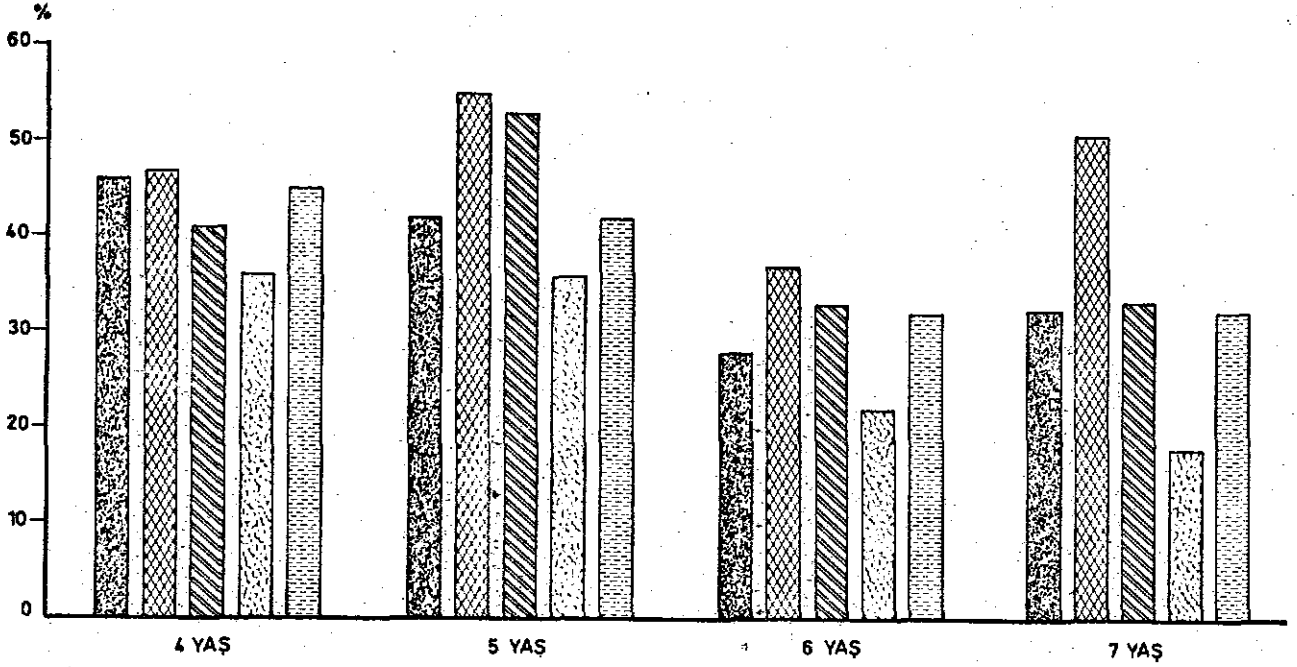
İller	4 Yaş		5 Yaş		6 Yaş		7 Yaş					
	TSD	NES %	TSD	NES %	TSD	NES %	TSD	NES %				
Giresun	414	45.2	358	151	42.2	382	106	27.7	298	97	32.5	
Rize	415	46.9	324	178	54.9	350	128	36.6	274	140	51.1	
Nevşehir	439	40.7	345	184	53.3	359	118	32.9	310	105	33.9	
Malatya	447	36.2	386	137	35.5	407	88	21.6	364	66	18.1	
Ankara	136	61	44.8	191	80	41.9	126	40	31.7	108	35	32.5
Toplam	1851	784	42.4	1604	730	45.5	1624	480	29.5	1354	443	32.7

TSD: Toplam denek sayısı

NES: Nokturnal enürezis sayısı

İller	8 Yaş		9 Yaş		10 Yaş		11-12 Yaş					
	TSD	NES %	TSD	NES %	TSD	NES %	TSD	NES %				
Giresun	307	77	25.1	254	64	25.2	260	44	16.9	507	44	8.7
Rize	266	86	32.3	237	97	40.9	244	74	30.3	505	67	13.3
Nevşehir	286	82	28.7	278	56	20.1	240	53	22.1	543	53	9.7
Malatya	330	50	15.2	347	45	12.9	322	38	11.8	547	44	8.0
Ankara	101	28	27.7	92	23	25.0	96	21	21.9	150	17	11.3
Toplam	1290	323	25.0	1208	285	23.6	1162	230	19.8	2252	225	9.9

Tablo - 8'de, Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya, ve Ankara illerinde, her yaş grubunda alınan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise rastlandığı görülmektedir.



ŞEKİL 5: NOKTURNAL ENÜREZİSİN TOPLAM DENEK SAYISINA (TDS) GÖRE, BEŞ İLDE YAŞA BAĞLI OLARAK DAĞILIMI

TABLO-9: NOKTURAL ENÜREZİSİN, YAŞ GRUPLARINA GÖRE BEŞ İLDE DAĞILIMI.

İller	4 Yaş		5 Yaş		6 Yaş		7 Yaş		8 Yaş		9 Yaş		10 Yaş		11-12 Yaş		Toplam	
	Sayl	%	Sayl	%	Sayl	%	Sayl	%	Sayl	%	Sayl	%	Sayl	%	Sayl	%	Sayl	%
Giresun	187	24.3 *	151	19.6	106	13.7	97	12.6	78	10.1	64	8.3	44	5.7	44	5.7	770	100.0
		23.9 **		20.7		22.1		21.9		24.1		22.4		19.2		19.6		22.0
Rize	194	20.1	178	18.5	128	13.3	140	14.5	86	8.9	97	10.1	74	7.7	67	7.0	965	100.0
		24.8		24.4		26.7		31.7		26.5		33.9		32.3		29.8		27.6
Nevşehir	179	21.6	184	22.2	118	14.2	104	12.5	82	9.9	56	6.8	53	6.4	53	6.4	830	100.0
		22.9		25.2		24.6		23.5		25.3		19.6		23.1		23.6		23.7
Malatya	162	25.7	137	21.7	88	13.9	66	10.5	50	7.9	46	7.3	38	6.0	44	7.0	630	100.0
		20.7		18.8		18.3		14.9		15.4		16.1		16.6		19.6		18.0
Ankara	61	20.0	80	26.2	40	13.1	35	11.5	28	9.2	23	7.5	21	6.6	17	5.6	305	100.0
		7.8		11.0		8.3		7.9		8.6		8.0		8.7		7.6		8.7
Toplam	784	22.4	730	20.9	480	13.7	443	12.6	323	9.3	285	8.2	230	6.5	225	6.4	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 35.653

P > 0.05

Önemsiz

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Noktural enürezisin görülmesinde, yaş grupları yönünden, Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illeri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 35.653, P > 0.05).

TABLO-10: NOKTURNAL ENÜREZİSİN TOPLAM DENEK SAYISINA GÖRE
A VE B BÖLGELERİNDE CİNSİYETE BAĞLI OLARAK
DAĞILIMI.

Bölgeler	Kız			Erkek		
	TDS	NES	%	TDS	NES	%
A Bölgesi	2665	807	30.3	2730	928	33.9
B Bölgesi	3106	691	22.2	2844	769	27.0
Toplam	5771	1498	25.9	5574	1677	30.1

TSD: Toplam denek sayısı

NES: Nokturnal enürezis sayısı

Tablo-10'da, A ve B bölgelerinde, cinsiyet gruplarında alınan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise raslandığı görülmektedir.

TABLO-11: NOKTURNAL ENÜREZİSİN CİNSİYETE GÖRE A VE B BÖLGELERİNDE DAĞILIMI.

Bölgeler	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
A Bölgesi	807	46.5 *	928	53.5	1735	100.0
		53.8 **		54.2		54.3
B Bölgesi	691	47.3	769	52.7	1460	100.0
		46.2		45.8		45.7

χ^2 : 0.211 P > 0.05 Önemsiz

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülmesinde, cinsiyet grupları yönünden, A ve B bölgeleri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 0.211, P > 0.05).

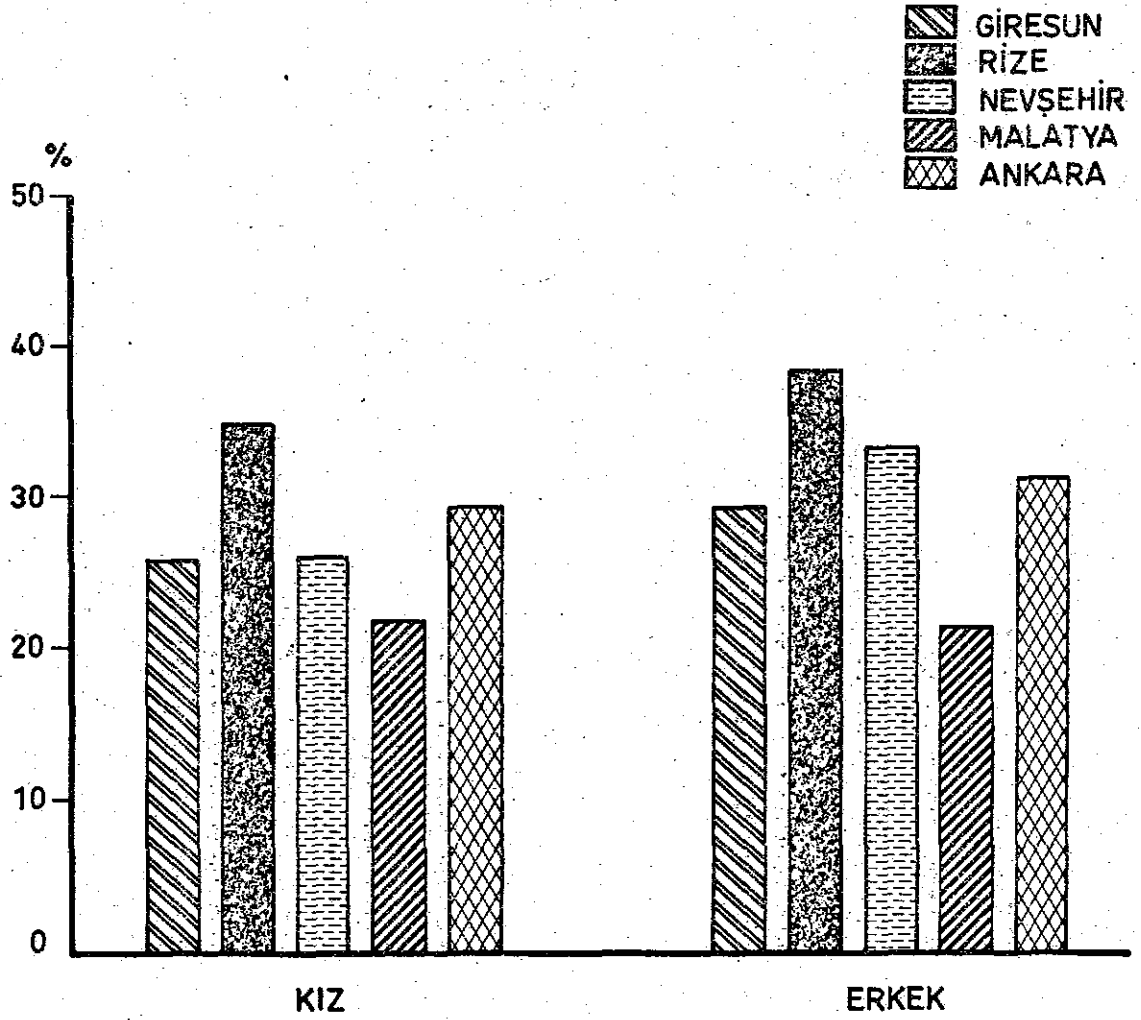
TABLO-12: NOKTURNAL ENÜREZİSİN TOPLAM DENEK SAYISINA GÖRE BEŞ İLDE CİNSİYETE BAĞLI OLARAK DAĞILIMI.

İller	Kız			Erkek		
	TSD	NES	%	TSD	NES	%
Giresun	1363	350	25.7	1417	420	29.6
Rize	1302	457	35.1	1313	508	38.7
Nevşehir	1526	401	26.3	1274	429	33.7
Malatya	1302	290	22.3	1570	340	21.6
Ankara	522	154	29.5	478	151	31.6
Toplam	6015	1652	27.5	6052	1848	30.5

TDS: Toplam denek sayısı

NES: Nokturnal enürezis sayısı

Tablo-12'de Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illerinde, cinsiyet gruplarında alınan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise raslandığı görülmektedir.



ŞEKİL 6 : NOKTURNAL ENÜREZİSİN TOPLAM DENEK SAYISINA (TDS) GÖRE, BEŞ İLDE CİNSİYETE BAĞLI OLARAK DAĞILIMI

TABLO-13: NOKTURNAL ENÜREZİSİN CİNSİYETE GÖRE BEŞ İLDE DAĞILIMI.

İller	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Giresun	350	45.5*	420	54.5	770	100.0
		21.1**		22.8		22.0
Rize	457	47.2	508	52.8	965	100.0
		27.6		27.5		27.6
Nevşehir	401	48.3	429	51.7	830	100.0
		24.3		23.2		23.7
Malatya	290	46.0	340	54.0	630	100.0
		17.6		18.4		18.0
Ankara	154	50.2	151	49.8	305	100.0
		9.3		8.2		8.7
Toplam	1652	47.2	1848	52.8	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 3.034 P > 0.05 Önemsiz

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülmesinde, cinsiyet grupları yönünden, Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illeri arasında farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 3.034, P > 0.05).

TABLO-14: NOKTURNAL ENÜREZİSİN, CİNSİYET VE YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI.

Yaş	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4	390	49.7 *	394	50.3	784	100.0
		23.5 **		21.3		22.4
5	345	47.1	385	52.9	730	100.0
		20.9		20.8		20.8
6	225	46.9	255	53.1	480	100.0
		13.7		13.8		13.7
7	217	48.9	266	51.1	443	100.0
		13.1		12.2		12.6
8	148	45.7	175	54.3	323	100.0
		9.0		9.5		9.2
9	132	46.2	153	53.8	285	100.0
		8.0		8.3		8.1
10	102	44.5	128	55.5	230	100.0
		6.2		6.9		6.6
11-12	93	40.9	132	59.1	225	100.0
		5.6		7.2		6.4
Toplam	1652	47.2	1848	52.8	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 7.297 P > 0.05 Önemsiz

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülmesinde, cinsiyet yönünden, yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 7.297, P > 0.05).

TABLO-15: NOKTURNAL ENÜREZİSİN GÖRÜLME SIKLIĞI (SEYREK-SIK-ÇOK SIK) VE YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI.

Yaş Grubu	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığı						Toplam	
	Seyrek		Sık		Çok Sık		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4	305	38.9 *	150	19.2	328	41.8	784	100.0
		21.4 **		20.7		24.2		22.4
5	296	40.4	164	22.4	270	37.0	730	100.0
		20.8		22.4		20.1		20.8
6	198	41.3	88	18.3	194	40.2	480	100.0
		14.0		12.1		14.4		13.7
7	187	42.3	96	21.7	159	36.0	443	100.0
		13.2		13.2		11.8		12.6
8	134	41.0	72	21.9	118	36.1	323	100.0
		9.4		9.8		8.7		9.2
9	110	38.1	64	22.4	112	39.2	285	100.0
		7.7		8.8		8.3		8.1
10	88	38.4	50	21.8	91	39.3	230	100.0
		6.2		6.9		6.7		6.6
11-12	106	46.2	47	20.8	80	35.5	225	100.0
		7.3		6.4		5.9		6.4
Toplam	1420	40.6	730	20.8	1350	39.6	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 12.770 P > 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülme sıklığı yönünden yaş grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (χ^2 : 12.770, P > 0.05).

TABLO-16: NOKTURNAL ENÜREZİSİN GÖRÜLME SIKLIĞI (SEYREK-SIK-ÇOKSİK) VE CİNSİYET GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI.

Cinsiyet Grupları	Nokturnal Enürezisin Görülme Sıklığı						Toplam	
	Seyrek		Sık		Çok sık		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kız	667	40.3 *	343	20.8	642	38.9	1652	100.0
		46.9 **		46.9		47.5		47.2
Erkek	753	40.7	387	20.9	708	38.4	1848	100.0
		53.1		53.1		52.5		52.8
Toplam	1420	40.6	730	20.8	1350	38.6	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 0.111 P > 0.05 Önemsiz

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülme sıklığı (seyrek-sık-çok sık) yönünden, kız ve erkek çocukları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 0.111, P > 0.05).

TABLO-17: NOKTURNAL ENÜREZİSİN ANNE YAŞINA GÖRE BEŞ İLDE DAĞILIMI.

İller	Anne Yaşı						Toplam		
	20		21-30		31-40			41	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%
Giresun	4	17.3**	493	23.1	227	20.6	46	13.4	770
Rize	8	34.7	477	22.3	360	32.7	120	35.0	965
Nevşehir	5	21.7	572	26.8	217	19.8	36	10.5	830
Malatya	5	21.7	388	18.2	209	19.0	28	8.1	630
Ankara	1	4.6	205	9.6	87	7.9	12	3.5	305
Toplam	23	100.0	2135	100.0	1100	100.0	342	100.0	3500

χ^2 : 115.50 P < 0.05 Önemli

**Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin iller yönünden, annelerin yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesine göre, farklılık ilk adımda 41 yaş üstündeki gruptan ileri gelmektedir (χ^2 : 115.50, P < 0.05). Bu yaş grubu analiz dışı bırakıldığına, bu defa farklılığı 31-40 yaş grubu yaratmaktadır (χ^2 : 51.302, P < 0.05). Bu yaş grubu da analize alınmadığında, diğer yaş grupları arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür (χ^2 : 2.92, P > 0.05).

NOT: χ^2 analizi için 41-50 ve 50+ yaş grupları birleştirilmiştir.

TABLO-18: NOKTURNAL ENÜREZİSİN ANNENİN EĞİTİMİNE GÖRE, BEŞ İLDE DAĞILIMI.

İller	Annenin Eğitim Durumu								Toplam	
	Eğitimi Yok		İlkokul ve Terk		Orta - Lise		Yüksek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Giresun	332	43.1*	355	46.2	70	9.0	13	1.6	770	100.0
		22.7**		24.2		23.1		54.2		22.0
Rize	454	47.0	429	44.5	79	8.1	3	0.4	965	100.0
		30.9		25.1		26.1		12.5		27.6
Nevşehir	250	30.1	491	59.2	87	10.5	2	0.2	830	100.0
		17.1		28.7		28.7		8.3		23.7
Malatya	365	57.9	227	36.0	37	5.9	1	0.2	630	100.0
		24.9		13.3		12.2		4.2		18.0
Ankara	64	21.0	206	67.5	30	9.8	5	1.7	305	100.0
		4.3		12.1		9.9		20.8		8.7
Toplam	1465	41.8	1708	48.8	303	8.2	24	0.2	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 202.59 P < 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi
** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin iller yönünden, annelerin eğitim durumları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesine göre, farklılık ilk adımda hiç eğitim olmayan anne grubundan ileri gelmektedir (χ^2 : 202.59, P < 0.05). Bu eğitim grubu analiz dışı bırakıldığında, bu defa farklılığı eğitim durumu yüksek olan grup yaratmıştır (χ^2 : 22.127, P < 0.05). Bu eğitim grubu da analiz dışı bırakıldığında ise diğer eğitim grupları arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür (χ^2 : 1.99, P < 0.05).

TABLO-19: NOKTURNAL ENÜREZİSİN ANNELERİN YAŞI VE EĞİTİMLERİNE GÖRE DAĞILIMI.

Annenin Eğitim Durumu	Anne Yaşı								Toplam	
	20		21-30		31-40		41-50			50
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Eğitimi yok	2	50.6 *	740	36.8	539	12.6	174	76.0	10	1465
İlkokul ve Terk	18	34.5 **	1166	27.6	471	3.1	49	21.9	4	1708
Orta-Lise	3	72.9	218	25.5	77	1.6	5	2.1	-	303
Yüksek	-	10.3	11	7.1	13	-	-	-	-	24
Toplam	23		2135		1100		228		14	3500

χ^2 : 191.031 P < 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi
** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülmesinde, anne yaşı yönünden annelerin eğitim durumları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesine göre, farklılığı hiç eğitimi olmayan anne grubu meydana getirmektedir (χ^2 : 191.031, P < 0.05). Bu grup analiz dışı bırakıldığına ise anne yaşı yönünden, diğer eğitim durumları arasındaki farklılık önemli bulunmamıştır (χ^2 : 2.807, P > 0.05).

NOT : χ^2 analizi için 20 ve 21-30 ile 41-50 ve 50 yaş grupları birleştirilmiştir. Yüksek eğitim grubu ise analize alınmamıştır.

TABLO-20: NOKTURNAL ENÜREZİSİN, A VE B BÖLGELERİNDE SEMPTOM YOĞUNLUĞUNA GÖRE DAĞILIMI.

Semptom Yoğunluğu	A Bölgesi		B Bölgesi		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
Yalnız NE	50	71.4 *	20	28.6	70
Hafif	95	62.1	58	37.9	153
Orta	793	53.5	690	46.5	1483
Ağır	581	55.0	475	45.0	1056
Çok Ağır	216	49.9	217	50.1	433
Toplam	1735	54.3	1460	45.7	3195

χ^2 : 16.050 P < 0.05 Önemli * Satır yüzdesi

Nokturnal enürezisin bölgeler arasında semptom yoğunluğu bakımından saptanan farklılığı önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesine göre, farklılık ilk adımda birinci semptom grubundan (yalnız nokturnal enürezis görülmesi) ileri gelmiştir (χ^2 : 16.050, P < 0.05). Bu grup analiz dışı bırakıldığında ise, diğer gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 7.58, P > 0.05).

TABLO-21: NOKTURNAL ENÜREZİSİN SEMPTOM YOĞUNLUÇUNA GÖRE BEŞ İLDE DAĞILIMI

İller	Semptom Yoğunluğu										Toplam	
	Yalnız NE		Hafif		Orta		Ağır		Çok Ağır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Giresun	28	3.6*	60	7.8	346	44.9	248	32.2	88	11.4	770	100.0
		36.8**		34.3		21.5		21.4		18.3		22.0
Rize	22	2.3	35	3.6	477	49.4	333	34.5	128	13.2	965	100.0
		27.6		19.7		27.8		28.7		26.7		27.6
Nevşehir	8	0.9	38	4.5	413	49.7	256	30.8	115	13.8	830	100.0
		10.5		21.3		25.7		22.1		24.0		23.7
Malatya	12	1.9	20	3.1	277	43.9	219	34.7	102	16.2	630	100.0
		17.1		11.2		17.2		18.9		21.3		18.0
Ankara	6	1.9	24	7.8	124	40.6	104	34.1	47	15.4	305	1000.0
		7.9		13.5		7.7		9.0		9.8		9.7
Toplam	76	2.1	177	5.1	1607	45.8	1160	33.2	480	13.7	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

$\chi^2 = 38.982$ P < 0.05 Önemli

Nokturnal enürezisin semptom yoğunluğu bakımından, Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illeri arasındaki farklılığı önemli bulunmuştur.

İstatistiksel analizde ilk adımda farklılığı Rize bölgesi meydana getirmiştir (χ^2 : 38.982, P < 0.05). Rize bölgesi analiz dışı bırakıldığında, bu defa farklılığı Giresun bölgesi yaratmıştır (χ^2 : 44.656, P < 0.05). Giresun bölgesi analiz dışı bırakıldığında ise farklılık Ankara bölgesinden kaynaklanmıştır (χ^2 : 20.737, P < 0.05). Ankara bölgesi de analize alınmadığında, Malatya ve Nevşehir bölgeleri arasında da farklılığın önemli olduğu bulunmuştur (χ^2 : 9.636, P < 0.05).

TABLO-22: NOKTURNAL ENÜREZİSİN, SEMPTOM YOĞUNLUĞUNA GÖRE YAŞ GRUPLARINA DAĞILIMI.

Yaş Grupları	Semptom Yoğunluğu										Toplam
	Yalnız NE		Hafif		Orta		Ağır		Çok Ağır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
4	19	2.4 *	32	4.1	335	42.7	285	36.4	113	14.4	784
5	10	1.4	34	4.7	311	42.6	247	33.8	128	17.5	730
6	11	2.3	30	6.3	226	47.1	156	32.5	57	11.9	480
7	9	2.0	25	5.7	213	48.2	149	33.7	46	10.4	443
8	9	2.8	18	5.6	163	50.3	88	27.2	46	14.2	323
9	7	2.4	15	5.2	138	48.3	96	33.6	30	10.5	285
10	5	2.2	14	6.1	110	48.0	79	34.5	21	9.2	230
11-12	6	2.7	9	4.0	111	49.3	60	26.7	39	17.3	225
Toplam	76	2.2	177	5.1	1607	45.9	1160	33.1	480	13.7	3500

χ^2 : 44.37 P < 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi

Nokturnal enürezisin semptom yoğunluğu yönünden yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesinde, farklılığı 5 yaş grubu meydana getirmiştir (χ^2 : 44.37, $P < 0.05$). Bu yaş grubu analiz dışı tutulduğunda, diğer yaş gruplarında semptom yoğunluğu yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 29.923, $P > 0.05$).

TABLO-23: NOKTURAL ENÜREZİSİN CİNSİYET VE SEMPTOM YOĞUNLUĞUNA GÖRE DAĞILIMI.

Semptom Yoğunluğu	Cinsiyet Grupları				Toplam
	Kız		Erkek		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yalnız NE	35	46.1 *	41	53.9	76
Hafif	76	42.9	101	57.1	177
Orta	724	45.1	883	54.9	1607
Ağır	564	48.6	596	51.7	1160
Çok Ağır	253	52.7	227	47.3	480
Toplam	1652	47.2	1848	52.8	3500

$$\chi^2 = 11.086 \quad P < 0.05 \quad \text{Önemli}$$

* Satır yüzdesi

Noktural enürezisin cinsiyet ve semptom yoğunluğu bakımından saptanan farklılığı önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesinde, "çok ağır" semptom yoğunluğu farklılık yaratmıştır (χ^2 : 11.036, $P < 0.05$). Bu grup analiz dışı bırakıldığında ise, diğer gruplar arasında, cinsiyet yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 4.323, $P > 0.05$).

TABLO-24: NOKTURNAL ENÜREZİSİN AİLEDEKİ ÇOCUK SAYISINA GÖRE, BEŞ İLDE DAĞILIMI.

İller	Ailedeki Çocuk Sayısı												
	1	2	3	4	5	Toplam							
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	%	%	%	%	Sayı	%	
Giresun	25	207	214	154	170	770	3.2*	26.8	27.6	20.0	22.2	22.0	100.0
Rize	27	170	218	183	367	965	20.0**	24.8	22.0	22.4	19.5	19.5	22.0
Nevşehir	32	249	297	142	110	830	2.8	17.6	22.6	19.0	38.0	41.8	100.0
Malatya	17	115	141	161	196	630	21.6	20.3	22.5	26.6	13.1	12.5	23.7
Ankara	24	97	101	48	35	305	3.9	30.0	35.8	17.1	30.7	22.2	100.0
							25.6	29.8	30.6	20.6	11.5	4.0	18.0
							13.6	18.2	22.3	25.5	15.7	7.0	100.0
							19.2	11.6	10.4	15.7	11.5	4.0	8.7
Toplam	125	838	971	688	878	3500	3.6	23.9	27.7	19.6	25.1	100.0	100.0
							100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

χ^2 : 267.207 P < 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi
** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülmesinde, yerleşim bölgeleri yönünden, ailedeki çocuk sayısı arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Khi kare çözümlemesine göre, ilk adımda farklılığı 5 çocuklu aileler yaratmıştır (χ^2 : 267.207, P < 0.05). Bu grup analiz dışı bırakıldığında bu defa 4 çocuklu aileler farklılığı neden olmuştur (χ^2 : 70.622, P < 0.05). 4 çocuklu aile grubu da analiz dışı bırakılınca, diğer gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 11.55, P > 0.05).

TABLO-25: NOKTURNAL ENÜREZİSİN, AİLE TIPINE GÖRE BEŞ İLDE DAĞILIMI

İller	Aile Tipi				Toplam	
	Çekirdek		Geniş			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Giresun	617	80.0*	153	20.0	770	100.0
		24.6**		15.6		22.0
Rize	582	60.4	383	39.5	965	100.0
		23.2		38.5		27.6
Nevşehir	599	72.1	231	27.7	830	100.0
		23.9		23.3		23.7
Malatya	490	77.7	140	22.0	630	100.0
		19.6		14.1		18.0
Ankara	220	71.8	85	27.9	305	100.0
		8.7		8.6		8.7
Toplam	2508	171.6	992	28.4	3500	100.0
		100.0		100.0		100.0

χ^2 : 100.146 P < 0.05 Önemli

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Nokturnal enürezisin görülmesinde, aile tipi yönünden, Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara bölgeleri arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

İstatistiksel analizde, farklılık ilk adımda Rize bölgesinden ileri gelmiştir (χ^2 : 100.146, P < 0.05). Rize bölgesi analiz dışı bırakıldığında, bu defa farklılık Giresun bölgesinden ortaya çıkmıştır (χ^2 : 17.46, P < 0.05). Bu bölge analiz dışı tutulduğunda ise, farklılığı Malatya bölgesi meydana getirmiştir (χ^2 : 6.67, P < 0.05). Malatya

bölgesi analize alınmadığında ise Ankara ve Nevşehir bölgeleri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 0.00015, $P > 0.05$).

TABLO-26: NOKTURNAL ENÜREZİSLİ ÇOCUKLARDA, DİĞER SEMPTOMLARIN CİNSİYET GRUPLARINA CÖRE DAĞILIMI.

Semptom Tipi	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tırnak yeme	204	54.8	168	45.2	372	10.6
Parmak emme	96	60.7	62	39.3	158	4.5
Öfkelenme	1080	48.1	1165	51.9	2245	64.2
Saldırgeanlık	498	41.4	704	58.6	1202	34.3
Çekingenlik	594	49.8	597	50.2	1191	34.0
Uykusuzluk	75	45.5	90	54.5	165	4.7
Uykuda Konuşma	390	45.1	474	54.9	864	24.7
Kabuslar	310	48.0	340	52.0	650	18.6
Tikler	80	51.6	75	48.4	155	4.4
Gerçek Dışı Korkular	356	52.3	324	47.7	680	19.4
Yalnız Kalma Korkusu	750	51.2	715	48.8	1465	41.8
Okul Korkusu	80	42.1	110	57.9	190	5.4
Hayvan Korkusu	630	56.3	490	43.7	1120	32.0
Hastane-Tedavi kor.	744	48.3	796	51.7	1540	44.0
Karanlık Korkusu	874	51.4	826	48.6	1700	48.6
Dayak Korkusu	1040	49.4	1067	50.6	2107	60.2
Kekemelik	103	42.0	142	58.0	245	7.0
Diğer Konuşma Güçlükleri	98	37.0	167	63.0	265	7.6
İşitme Güçlüğü	58	51.3	55	48.7	113	3.2
Epilepsi	35	46.0	41	54.0	76	2.2

NOT: ^{Toplam}Yüzde (%) oranları semptom tipi sayısının 3500'e bölümü ile elde edilmiştir.

TARTISMA

Daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi, araştırmanın temel amacı; nokturnal enürezisin görülmesinde, ülkemizin beş ilinde farklılık olup olmadığının incelenmesidir.

Nokturnal enürezisin, illerde gösterdiği farklılık, ayrıca yaş, cinsiyet, anne yaşı, annenin eğitimi, ailedeki çocuk sayısı, aile tipi, semptom yoğunluğu ve semptom tipi değişkenlerine göre de incelenmiştir. Değerlendirmeler, random yoluyla seçilmiş 12345 çocuktan, nokturnal enürezisli 3500 çocuk üzerinde yapılmıştır.

TABLO-2'de Nokturnal Enürezisin bölgelerdeki dağılımı görülmektedir. Nokturnal enürezisin A bölgesinde (Giresun-Rize) görülme oranı % 32.2 , B bölgesinde (Nevşehir-Malatya) ise % 24.5 tür. Hesaplanan khi kare (χ^2) değeri 81.241 olup, iki bölge arasındaki farklılık 0.005 olasılık düzeyinde önemlidir.

İkinci aşamada bu farklılığın iller arasındaki durumu gözlenmiş olup (TABLO-3), khi kare analizine göre farklılığı ilk adımda Malatya bölgesi yaratmıştır (χ^2 : 207.44, $P < 0.05$). Malatya ili, nokturnal enürezisin görülme oranının en düşük olduğu (% 20) bölgedir. İkinci adımda farklılık Rize bölgesinden ileri gelmiştir (χ^2 : 58.876, $P < 0.05$). Rize ili ise, nokturnal enürezisin

görülme oranının en yüksek (% 36.9) olduğu bölgedir. Bu iki bölge analiz dışı bırakıldığında, diğer iller arasındaki farklılığın önemsiz olduğu görülmüştür. Bu bölgelerde nokturnal enürezisin görülme oranı; Giresun da % 27.7 , Nevşehir'de % 29.6 , Ankara'da ise % 30.5 dir. Bu oranlar birbirine yakın olup nokturnal enürezisin görülmesinde bu iller arasındaki farklılık önemli değildir. Ankara'da görülme oranının yüksek oluşu, bu bölgeden örnekleme alınan çocukların gecekondu bölgesindeki ailelerle, sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerden gelmesi ile ilgili olabilir. Rize'de oranın yüksek bulunması, bu bölgede kırsal kesimden alınan denek sayısının diğer illere göre biraz daha yüksek oluşuna bağlanabilir.

Ancak hem bölgelerarası, hem de iller arasında görülen bu farklılığın tesadüfi olup olmadığını ortaya koymak ve anlamlılığını vurgulamak üzere, nokturnal enürezisin görülme sıklığı (seyrek-sık-çok sık) incelenmiştir. TABLO-4'de nokturnal enürezisin A bölgesinde (Giresun-Rize) "seyrek" görülme oranı % 29.6 , "sık" % 24.4 , "çok sık" görülme oranı ise % 46.0'dur . B bölgesinde (Nevşehir-Malatya) ise, bu durumun tam tersi görülmekte olup; "seyrek" görülme oranı % 52.7 iken, "sık" % 16.7 , "çok sık" görülmesi ise % 30.6'dur . Yapılan khi kare çözümlenmesinde de, nokturnal enürezisin görülme sıklığı (seyrek-sık-çok sık) yönünden, bölgeler arası farklılık önemli bulunmuştur (χ^2 : 170.384, $P < 0.05$). Yani A bölgesinde (Giresun-Rize) nokturnal enürezisin "seyrek" gö-

rülme oranı düşükken, "sık" ve "çok sık" görülme oranları daha yüksektir. B bölgesinde (Nevşehir-Malatya) ise, tam aksine "seyrek" görülme oranı yüksek olup, "sık" ve "çok sık" görülme oranları düşüktür. Tabloda verilen kolon yüzdeleriyle de bu fark belirginleşmektedir. Görüldüğü gibi, bu aşamada da önceki bulguları destekleyici, hatta kuvvetlendirici sonuçlar elde edilmiş ve nokturnal enürezisin A bölgesinde (Giresun-Rize) daha yoğun görülmesinin tesadüfi olmadığı bulunmuştur. Yine bu bulgularla ilgili olarak TABLO-5'de A bölgesi kapsamında bulunan Giresun ve Rize illerinde nokturnal enürezisin "seyrek" görülme oranı düşük iken, "sık" ve "çok sık" görülme oranları yüksektir. B bölgesi kapsamındaki Malatya ve Nevşehir illerinde ise, "seyrek" görülme oranı yüksek olup, "sık" ve "çok sık" görülmesi ise düşük bulunmuştur. Khi kare analizi ile de bu farklılığın önemli olduğu ortaya konmuştur. Bu farklılığın nedenine ilişkin bir çalışma yoktur. Dolayısıyla nokturnal enürezise A bölgesinde (Giresun-Rize) daha yoğun raslanması belirli bir nedene dayandırılmaz. Ancak bazı nedenlerin olasılığının daha kuvvetli olabileceği düşünülebilir.

Karadeniz yöresi kapsamındaki Giresun ve Rize illerinde verilerin toplanması süresince, annelerden alınan bilgilere göre, nokturnal enürezisli bu çocukların büyük çoğunluğunda, anne veya baba tarafında çocukken nokturnal enürezis durumu görüldüğü kaydedilmiştir. Annelerin birçoğu da bu durumu olağan karşılamakta, büyüklerinden ve

çevresinden edindiği bilgilere dayanarak çocuğun adolesan çağına geldiğinde noktural enürezisin doğal olarak geçeceğini beklemektedirler. Bazı anneler, kendilerinin veya eşlerinin ya da aile bireylerinden birinin de bu durumu yaşadığını ve sonunda düzeldiğini savunmaktadırlar.

Durum: olağan karşılamalarından başka, çocuğun tıbbi kontrolden geçmesine karşı çıkmakta ve doktora götürmekten kaçınmaktadırlar. 6, 7 yaşında olup, noktural enürezis ile ilgili olarak doktora götürülmemiş pekçok çocuğa rastlanmıştır. Bundan başka, sağlık konularında bölgeye has pekçok inanışla birlikte, enürezisi önleyici olarak verilen tabletlerin de kısırlık yaptığı inancı çok yaygındır ve aileler bu ilaçları kullanmaktan kaçınmaktadırlar.

Görüşmeler sırasında edinilen bilgilere göre, dikkate alınacak diğer bir özellik de, çocukların büyük çoğunluğunda enürezisin primer tipine rastlanmış olmasıdır.

Bu bilgilere dayanarak, noktural enürezisin A bölgesinde (Giresun-Rize), diğer illere göre çok daha yoğun görülmesi- akraba evliliklerinin de fazlalığı dolayısıyla kalıtımsal bir organik bozukluğun varlığını düşündürebilir. Ya da kalıtımsal olmaksızın; anne veya baba tarafında görülüp sonradan düzelme oluşu, noktural enürezisi bir sorun olmaktan çıkartmış ve olağan bir durum olduğu konusunda bölgede bir inanış yaygınlaşmış olabilir. Böylece

de tuvalet eğitimi konusunda aileler halen süregelen bir yetersizlik içinde olabilirler.

Ancak bu durum bir başka yönden ele alındığında farklılık göstermektedir. Şöyle ki, nedenin kalıtımsal olduğu varsayılırsa, Giresun, Nevşehir ve Ankara'daki nokturnal enürezis oranları, birbirine yakın olup, Nevşehir ve Ankara'da da Giresun ve Rize'deki gibi kalıtımsal durumun yaygın olması gerekliliği düşünülebilir. Fakat Giresun ve Rize'de nokturnal enürezisin "sık" ve "çok sık" görülme oranları yüksekken, Malatya, Nevşehir ve Ankara'da da "seyrek" görülme oranı yüksek bulunmuştur. Buna göre, her durumda nokturnal enürezisin, Karadeniz yöresi kapsamındaki bu iki ilde niçin daha yoğun görüldüğü sorusu ortaya çıkmaktadır. Acaba Karadeniz yöresine has özel bir neden var mıdır ? Bölgenin iklim yapısı, Türkiye'nin en yüksek nem oranına sahip bölge oluşu, birbirine bağımlı bazı nedenler doğurmakta mıdır ? Nokturnal enürezisin bu illerde yoğun görülmesi nem oranı ile ilişkili olabilir mi ? Nem oranı ve uyku derinliği arasında bir bağıntı var mıdır ?

Bu konuya ilişkin yapılmış bir çalışma yoktur. Yorum, tamamen varsayımlar niteliğindedir. Fakat, ortada nokturnal enürezisin Karadeniz yöresinde bulunan Giresun ve Rize illerinde, Malatya, Nevşehir ve Ankara'dan çok daha yoğun görüldüğüne dair belirgin bir bulgu vardır.

Ancak bu bölgeye has veya bölgelerarası, nokturnal enürezisin nedenine ilişkin derinlemesine yapılacak bir araştırma, belirli bir neden ortaya koyabilir ve bu nedene ilişkin soruna kesin bir çözüm getirebilir.

TABLO-6'da A (Giresun-Rize) ve B (Nevşehir-Malatya) bölgelerinde, her yaş grubunda bulunan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise rastlandığı görülmektedir. Tablo-7'de, TABLO-6'ya bağlı olarak nokturnal enürezisli çocukların yaş gruplarına göre bölgelere dağılımı görülmektedir. Khi kare çözümlemesine göre, yaş grupları yönünden A (Giresun-Rize) ve B (Nevşehir-Malatya) bölgeleri arasındaki farklılık önemli bulunmamıştır (χ^2 : 12.612, $P > 0.05$). Ancak yaş gruplarında her iki bölgedeki yüzde oranlarına dikkat edilirse, her yaş grubunda A bölgesindeki (Giresun-Rize) oranlar, B bölgesine (Nevşehir-Malatya) göre daha yüksektir. Özellikle 4, 6, 7, 9 ve 10 yaş gruplarında iki bölge arasındaki bu farklılık daha artmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, 5 yaş çocuklarında nokturnal enürezisin görülme oranı % 5-20 (6), ilkokul çocuklarında % 10-15 olarak açıklanmıştır (1, 5). Michales ve Goodman 7 yaşından büyük 475 çocuk üzerinde yaptıkları araştırmada, çocukların % 25'inde nokturnal enürezis görüldüğünü belirtmektedir (10, 21). Bakwin-Bakwin 4-12 yaşlar arasındaki 1000 çocukta yaptıkları araştırmada, diurnal ve nokturnal enürezisin görülme oranını % 26 olarak bulmuşlardır (2, 21). Kontrol kazanmanın 5 yaşına kadar devam ettiği dikkate alınarak, 4 ve 5 yaş

grupları inceleme dışı tutulursa; nokturnal enürezisin görülme oranları A bölgesinde (Giresun-Rize); 6 yaşta % 31.9 , 7 yaşta % 41.4 , 8 yaşta % 28.4 , 9 yaşta % 32.8 10 yaşta % 23.4 ve 11-12 yaşlarda % 10.9 dır. B bölgesinde (Nevşehir-Malatya) ise; 6 yaşta görülme oranı % 26.9 7 yaşta % 25.4 , 8 yaşta % 22.4 , 9 yaşta % 16.2 , 10 yaşta % 16.2 ve 11-12 yaşlarda % 8.9 olarak bulunmuştur. Bu bulgulara göre B bölgesinde (Nevşehir - Malatya) elde edilen oranlar literatür bilgilerine uygundur. Fakat A bölgesindeki (Giresun - Rize .) nokturnal enürezis oranları, literatürde belirtilen oranlardan daha yüksek bulunmuştur. Özellikle 7 ve 9 yaş gruplarında bu oranlar daha da artmaktadır. Bu sonuçlara göre de, önceki bulgularda olduğu gibi nokturnal enürezisin görülme oranının A bölgesinde (Giresun-Rize) daha fazla olduğu ortaya konmuştur. TABLO-7 de kolon yüzdelerinden elde edilen diğer bir bulgu da, her iki bölgede de çocukların yaşları büyüdükçe, nokturnal enürezisin görülme oranının azalmasıdır.

TABLO-8'de; Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illerinde, her yaş grubunda bulunan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise raslandığı görülmektedir. TABLO-9'da da TABLO-8'e bağlı olarak nokturnal enürezisli çocukların bu illerde yaş gruplarına dağılımı verilmektedir. Bu tablolardaki değerlere göre hesaplanan khikare (χ^2) değeri 35.653 olup, aradaki fark önemsiz bulunmuştur ($P > 0.05$). Ancak TABLO-8'deki yüzde oranları bu iller arasındaki farklılığı

belirginleştirmektedir. Bu oranlara göre, her yaş grubunda nokturnal enürezisin görülmesi yönünden Malatya bölgesinde en düşük, Rize bölgesinde en yüksek oranlar elde edilmiştir. Ayrıca yine burada da yaş büyüdükçe nokturnal enürezisin görülme oranı azalmaktadır. Diğer bir bulgu da 7, 9 ve 10 yaş gruplarında Rize ilinde nokturnal enürezisin görülme oranı diğer illere göre daha yüksektir. Rize'de deneklerin çoğunluğunun kırsal bölgeden alındığı dikkate alınır, kırsal bölgede, küçük yaşlarda olduğu gibi, büyük yaşlarda da nokturnal enürezisin görülme oranının yüksek olabileceği düşünülebilir.

TABLO-10'da A (Giresun-Rize) ve B (Nevşehir-Malatya) bölgelerinde, cinsiyet gruplarında bulunan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise rastlandığı görülmektedir. TABLO-11'de de TABLO-10'a ilişkin olarak, nokturnal enürezisli çocukların cinsiyet gruplarına göre bölgelere dağılımı görülmektedir. Bu tablo ile ilgili olarak hesaplanan khikare değerine göre, cinsiyet yönünden A (Giresun-Rize) ve B (Nevşehir-Malatya) bölgeleri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 0.211, $P > 0.05$). Ancak TABLO-10 ve TABLO-11'de nokturnal enürezisin cinsiyete göre her iki bölgede görülme oranlarına dikkat edildiğinde; hem kız hem erkek çocuklarında A bölgesinde (Giresun-Rize) görülme oranı daha yüksek olup, bu bulgu da önceki bulguları desteklemektedir. Ayrıca elde edilen diğer bir bulgu da; her iki

bölgede de nokturnal enürezisin, görülme oranının erkek çocuklarında daha yüksek olduğudur. Bu da literatürdeki bilgileri destekleyicidir.

TABLO-12'de Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illerinde cinsiyet gruplarında bulunan toplam çocuk sayısı ve bu çocuklardan kaç tanesinde nokturnal enürezise rastlandığı görülmektedir. TABLO-13'de de TABLO-12 ile ilişkili olarak nokturnal enürezisli çocukların cinsiyet gruplarına göre bu illerde dağılımı verilmektedir. Bu tablodaki verilerle ilgili olarak hesaplanan khi-kare değerine göre, cinsiyet yönünden şehirler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 3.034, $P > 0.05$). Ancak TABLO-12 ve TABLO-13'de nokturnal enürezisin kız ve erkek çocukları arasındaki oranları karşılaştırıldığında, her ilde nokturnal enürezisin görülme oranı erkek çocuklarında daha fazladır.

TABLO-14'de nokturnal enürezisin, cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Khi-kare çözümlemesine göre, cinsiyet ile yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 7.297, $P > 0.05$). Ancak sıra yüzde oranları dikkate alındığında, her yaş grubunda nokturnal enürezisin görülme oranı, erkek çocuklarında daha yüksek bulunmuştur. 4 yaş grubunda her iki grupta oranların dağılımı birbirine yakındır. Beş ve altı yaş gruplarında, görülme oranı erkek çocuklarında kızlardan % 6 oranında daha fazladır. Bu oran farklılığı 7 yaş

grubunda % 2 ye düşmekte, 8 ve 9 yaş grubunda ise % 8'e yükselmektedir. On yaş grubunda % 11, 11-12 yaşlarda ise % 18 oran farkıyla erkek çocuklarında daha fazla görülmektedir. Bu bulgulara göre, küçük yaş gruplarında nokturnal enürezisin kız ve erkeklerde görülme oranları birbirine daha yakinken, yaş büyüdükçe, özellikle 10, 11 ve 12 yaşlarda bu farklılık artmakta, erkek çocuklarda daha yoğun görülmektedir. Kolon yüzdelerine bakıldığında ise; hem kızlarda hem erkeklerde yaş büyüdükçe nokturnal enürezisin görülme oranı düşmektedir.

TABLO-15'de nokturnal enürezisin görülme sıklığı (seyrek-sık-çok sık) ve yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Yapılan khi kare analizinde görülme sıklığı yönünden yaş grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 12.770, $P > 0.05$). Ancak sıra yüzdelerine bakılırsa; tüm yaş gruplarında, seyrek ve çok sık görülme oranlarının dağılımı birbirine yakın olup, sık görülme oranına göre daha yüksektir. Ancak 11 ve 12 yaş gruplarında seyrek görülme oranı sık ve çok sık görülme oranına göre daha yüksektir (% 46.2). Buna göre büyük yaş gruplarında nokturnal enürezisin "seyrek" görülme oranı daha yüksektir. Kolon yüzdelerine bakıldığında ise, yaş büyüdükçe nokturnal enürezisin görülme oranı düşmektedir. Bu bulguda da çocuklarda yaş büyüdükçe, nokturnal enürezis oranının azaldığı ve daha seyrek görüldüğü bulunmuştur.

TABLO-16'da nokturnal enürezisin görülme sıklığı (seyrek-sık-çok sık) ve cinsiyete göre dağılımı görülmektedir. Khi kare analizine göre görülme sıklığı yönünden cinsiyet grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 0.111, $P > 0.05$). Sıra yüzdelerine bakıldığında da hem kızlarda hem erkeklerde seyrek, sık ve çok sık görülme oranları birbirine benzerdir. Kolon yüzdeleri dikkate alındığında ise, seyrek, sık ve çok sık görülme oranları erkeklerde kızlardan daha yüksektir.

TABLO-17'de nokturnal enürezisin anne yaşına göre, illere dağılımı görülmekte olup, yaş grupları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. İlk adımda farklılık 40 yaş üzerindeki anne grubundan ileri gelmiştir (χ^2 : 115.50, $P < 0.05$). Çünkü bu yaş grubunda, nokturnal enürezisli çocukların anne yaşına göre illere dağılımı, diğer yaş gruplarına göre daha çok farklılık göstermektedir. İkinci adımda aynı nedenle farklılığı 31-40 yaş grubu yaratmaktadır (χ^2 : 51.302, $P < 0.05$). Yüzde oranlarına bakıldığında, 20, 31-40 ve 40 yaş gruplarında nokturnal enürezisin görülme oranının en yüksek olduğu bölge Rize'dir. Rize bölgesinde, kırsal kesimden araştırmaya alınan çocuk sayısının diğer bölgelere göre daha fazla olması bu sonucu doğuran bir etken olarak düşünülebilir. Bu da kırsal kesimde 20 yaşından küçük ve 30 yaşından büyük anne sayısının daha fazla olup, bu annelerin çocuklarında nokturnal enürezisin daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır.

TABLO-18'de noktural enürezisin annelerin eğitime göre, illerde dağılımı görülmekte olup, eğitim grupları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Farklılık, hiç eğitimi olmayan (χ^2 : 202.59, $P < 0.05$) ve yüksek eğitimi olan gruptan (χ^2 : 22.127, $P < 0.05$) gelmiştir. Sıra yüzdelerine bakılırsa, Giresun'da eğitimi olmayan (% 43.1) ve ilkokul eğitimi görmüş (% 46.1) annelerin grubuna düşen noktural enürezisli çocuk oranı daha fazladır. Rize'de de eğitimi olmayan (% 47.0) ve ilkokul eğitimi almış (% 44.5) anne oranı yüksektir. Nevşehir (% 59.2) ve Ankara'da (% 67.5) ilkokul eğitimi olan, Malatya'da ise hiç eğitimi olmayan (% 57.9) annelerin grubunda yoğunluk görülmektedir. Kolon yüzdelerine göre de, eğitimi olmayan grupta en yüksek oran Rize (% 30.9 ilkokul ve ortaokul eğitim gruplarında ise Nevşehir grubundaki oranlar yüksek bulunmuştur. TABLO-18 ile ilgili ikinci bulgu TABLO-19'da görülmektedir. Noktural enürezisin, anne yaşına göre, annelerin eğitim gruplarına dağılımlarında, khi kare analizine göre farklılık bulunmuş ve farklılık, hiç eğitimi olmayan anne grubundan ileri gelmiştir (χ^2 : 191.031, $P < 0.05$). Bu grup analiz dışı bırakıldığında ise diğer eğitim grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 2.807, $P > 0.05$). Buna göre noktural enürezisin hiç eğitimi olmayan anne grubunda yoğun olma olasılığı daha fazladır.

TABLO-20'de nokturnal enürezisin, bölgelere göre bazı semptom gruplarına dağılımı görülmekte olup, farklılık önemli bulunmuştur. Khi kare analizinde farklılığı yalnız nokturnal enürezisli çocukların olduğu grup meydana getirmiştir (χ^2 : 16.050, $P < 0.05$). Yalnız nokturnal enürezisin görülmesi, A bölgesinde (Giresun-Rize) % 71.4 B bölgesinde (Nevşehir-Malatya) % 28.6 oranındadır. Diğer semptom grupları arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (χ^2 : 7.58, $P > 0.05$). Her iki bölgedeki yüzde oranlarına bakılırsa, tüm semptom gruplarında, A bölgesinde (Giresun-Rize) elde edilen oranlar daha yüksektir. A bölgesinde (Giresun-Rize) semptom yoğunluğunun yüksek oranda görülmesi, nokturnal enürezisin bu bölgede daha yoğun görülmesiyle ilişkili olabilir. Şöyle ki, nokturnal enürezisli bu çocuklar da en yoğun görülen semptomlar öfkelenme ve dayak korkusudur. Nokturnal enürezisin ortaya çıkışı ile ebeveynlerin sert bir tutum geliştirmeleri, çocuklarda dayak korkusunu, öfkelenmeyi ve diğer semptom tiplerini ortaya çıkartmış olabilir. Literatürdeki bilgilere göre enürezisle birlikte kekemelik, tikler, uyku bozuklukları, öfkelenme gibi semptomlara sık rastlanmaktadır. Dolayısıyla nokturnal enürezisin daha yoğun görüldüğü bu illerde, semptom yoğunluğunun da daha yüksek oranda oluşu olağan bir beklentidir.

Yine bu bulguya paralel olarak TABLO-21'de nokturnal enürezisin, semptom yoğunluğuna göre illere dağılımı görülmekte olup, tüm iller arasındaki farklılık, khi kare

çözümlemesine göre önemli bulunmuştur. Sıra yüzdelerine dikkat edilirse; her şehirde, nokturnal enürezisli çocukların orta ve ağır yoğunlukta semptomu bulunduğu, bu gruplardaki oranların daha yüksek olduğu görülmektedir. Kolon yüzdelerine bakıldığında, yalnız nokturnal enürezisin görülme oranı, Giresun ve Rize'de diğer illere göre büyük bir farklılık göstermektedir (% 36.8 ve % 27.6). Bu oran Nevşehir'de % 10.5, Malatya'da % 17.1, Ankara'da % 7.9 dur. Bu bulgu, nokturnal enürezisin A bölgesine ait Giresun ve Rize illerinde, diğer illerden çok farklı olarak, oranın yüksek olması bakımından önemlidir ve önceki bulguları destekleyicidir.

TABLO-22'de nokturnal enürezisin semptom yoğunluğu ve yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Khi kare çözümlemesine göre, semptom yoğunluğu yönünden yaş grupları arasındaki farklılık önemli olup, bu farklılık 5 yaş grubundan ileri gelmektedir (χ^2 : 44.37, $P < 0.05$). Bu yaş grubunda yalnız nokturnal enürezis vakasının görülme oranı, diğer yaş gruplarına göre düşük (% 1.4), çok ağır semptom yoğunluğu grubunda ise yüksek (% 17.5) orandadır.

TABLO-23'de nokturnal enürezisin cinsiyete ve semptom yoğunluğuna göre dağılımı görülmektedir. Khi kare analizinde cinsiyet yönünden, semptom grupları arasındaki farklılık önemli olup, farklılığı "çok ağır" grubu meydana getirmiştir (χ^2 : 11.086, $P < 0.05$). Yüzde oranlarına bakıldığında; ilk dört grupta oranlar kızlarda daha düşük

erkeklerde daha yüksekken, "çok ağır" semptom yoğunluğu grubunda oran, kızlarda daha yüksek olup, erkeklerde düşmektedir. "Çok ağır" semptom yoğunluğunun kız çocuklarında daha sık rastlandığı görülmüştür.

TABLO-24'de nokturnal enürezisin ailedeki çocuk sayısına ve illere göre dağılımı görülmektedir. Khi kare çözümlemesine göre, iller yönünden ailedeki çocuk sayısı arasındaki farklılık önemli olup, bu farklılığı 5 çocuklu aile grubu yaratmıştır (χ^2 : 267.207, $P < 0.05$). Bu grup analiz dışı tutulduğunda bu defa farklılığı 4 çocuklu aile grubu meydana getirmiştir (χ^2 : 70.622, $P < 0.05$). Bu grup da analiz dışı bırakıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($P > 0.05$). Giresun, Rize ve Malatya'da 4 ve 5 çocuklu aile oranı daha fazladır. Ayrıca Rize ve Malatya'da nokturnal enürezisin en yoğun olduğu grup 4 ve 5 çocuklu ailelerdir. Burada da nokturnal enürezisin çok çocuklu ailelerde daha yoğun görüldüğü bulunmuştur.

TABLO-25'de nokturnal enürezisin, aile tipine göre illere dağılımı görülmektedir. Yapılan khi kare analizine göre, aile tipi yönünden iller arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Farklılık önce Rize (χ^2 : 100.146, $P < 0.05$), sonra Giresun (χ^2 : 17.46, $P < 0.05$) daha sonra da Malatya bölgesinden ileri gelmiştir (χ^2 : 6.67, $P < 0.05$). Nokturnal enürezisin, Rize'de geniş ailede görülmesi, diğer illerden daha fazladır. Giresun ve Malatya'da ise çekirdek ailede oranlar daha yüksek bulunmuştur.

TABLO-26'da nokturnal enürezisli çocuklarda semptom tipinin cinsiyet gruplarına dağılımı görülmektedir. Yüzde oranları dikkate alındığında, en sık rastlanan semptom tipinin öfkelenme (% 64.2) ve dayak korkusu (% 60.2) olduğu görülmektedir. Bundan başka en çok rastlanan semptomlar; karanlık korkusu (% 48.6), hastane ve tedavi korkusu (% 44.0), yalnız kalma korkusu (% 41.8), saldırganlık (% 34.3), çekingenlik (% 34.0), hayvan korkusu (% 32.0), gerçek dışı korkular (% 19.4), kabuslardır (% 18.6). Tırnak yeme (% 10.6), konuşma güçlükleri (% 7.6), kekemelik (% 7.0) ve diğer semptom tipleri daha düşük oranlarda görülmektedir.

Semptom tipinin kız ve erkeklerde görülme oranları dikkate alınır; tırnak yeme, parmak emme, hayvanlardan korkma semptomlarının kız çocuklarında daha fazla görülmektedir. Saldırganlık, uykusuzluk, uykuda konuşma, okul korkusu, konuşma güçlükleri ve epilepsinin ise erkek çocuklarında daha sık rastlandığı bulunmuştur.

Literatürde, enürezis ile birlikte kekemelik, tırnak yeme, öfkelenme, tikler, uyku bozuklukları semptomlarının sık görüldüğü söylenmektedir. Bu bulgular da literatürü destekleyici olmakla birlikte, bu çalışma semptom tipine yönelik detaylı bir incelemeyi kapsamamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Nokturnal enürezisin görülmesinde beş ildeki farklılıığı incelenmek üzere; 12 345 çocuk arasından 3 500 nokturnal enürezisli çocuk araştırma kapsamına alınarak değerlendirme yapılmıştır.

Bu değerlendirmelere göre en önemli bulgu olarak nokturnal enürezisin görülme oranının, A bölgesinde (Giresun - Rize), B bölgesinden (Nevşehir - Malatya) belirgin olarak daha yüksek oluşu dikkati çekmektedir.

Beş ilin ayrı ayrı değerlendirmesi yapıldığında; nokturnal enürezisin görülme oranının en yüksek olduğu ilin Rize (% 39.9), en düşük olduğu ilin ise Malatya (% 20) olduğu bulunmuştur. Giresun (% 27.7), Nevşehir (% 29.6) ve Ankara'da (% 30.5) ise oranlar birbirine yakın olup, yüksek bulunmuştur. Vakaların görülmesi bakımından, Rize'nin en yoğun bölge olmasının nedeni, bu bölgede kırsal kesimden örnekleme alınan çocuk sayısının, diğer bölgelere göre daha fazla olması ile ilgili olabilir. Vaka oranının en düşük görüldüğü ilin Malatya olmasını açıklayıcı ek çalışmalara gerek vardır. Ankara'da yoğun görülmesi ise örnekleme alınan çocukların, yalnız gecekondu bölgesindeki ailelerle sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerden gelmesine bağlanabilir. Giresun ve Nevşehir'de de oranlar yüksek

ve birbirine yakındır, Ancak bu bulgunun "görülme sıklığına" göre değerlendirilmesinde, Giresun ve Nevşehir arasında da büyük farklılık bulunmuş ve vakanın A bölgesinde (Giresun - Rize) yoğunlaştığı ortaya konmuştur.

Buna göre, birinci bulguyu destekleyici ve daha açıklayıcı bir değerlendirme yapmak üzere, nokturnal enürezis, görülme sıklığına göre incelenmiştir. Bu bulgulara göre nokturnal enürezisin Giresun ve Rize'de "seyrek" görülme oranı düşükken, "sık" ve "çok sık" görülme oranı yüksektir. Nevşehir, Malatya ve Ankara'da ise, enürezisin "seyrek" görülme oranı yüksek iken, "sık" ve "çok sık" görülme oranı büyük farklılıkla daha düşüktür.

Bu iki bulguda görülen farklılığın nedenine ilişkin bir çalışma yoktur. Dolayısıyla nokturnal enürezise A bölgesinde (Giresun-Rize) daha yoğun rastlanmasını belirli bir nedene dayandırmak oldukça güçtür. Ancak bazı etkenlerin rolü düşünülebilir. Bununla beraber, nedene ilişkin yapılacak bir çalışma, kesin bulguların elde edilmesini sağlayabilir.

Nokturnal enürezisin bölgelerde yaş gruplarına dağılımı değerlendirildiğinde; B bölgesindeki (Nevşehir-Malatya) oranlar literatür bilgisine uygunken, A bölgesindekiler (Giresun - Rize) literatürdeki oranlardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, her iki bölgede de yaş büyüdükçe nokturnal enürezisin görülme oranının azaldığı görülmüştür.

Nokturnal enürezisin cinsiyet gruplarına göre bölgelere dağılımı değerlendirildiğinde; hem kız hem erkek çocuklarında vakanın A bölgesinde (Giresun - Rize) görülme oranları, B bölgesindeki (Nevşehir - Malatya) oranlardan daha yüksektir, Ayrıca, başka bir bulgu da nokturnal enürezisin her iki bölgede de erkek çocuklarında daha yoğun görülmesidir.

Nokturnal enürezisin cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, her yaş grubunda vakanın erkek çocuklarında görülme oranı, literatüre uygun olarak daha yüksektir. Bununla birlikte küçük yaş gruplarında nokturnal enürezisin kız ve erkeklerde görülme oranları birbirine daha yakinken, yaş büyüdükçe, özellikle 10, 11 ve 12 yaşlarında bu farklılık artmakta, yani erkek çocuklarında vaka daha yoğun görülmektedir.

Nokturnal enürezisin küçük yaşlarda "seyrek" "sık" ve "çok sık" görülme oranları birbirine yakinken, büyük yaş gruplarında "seyrek" görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Nokturnal enürezisin 30 yaş üzerinde olan ve hiç eğitim görmemiş annelerin çocuklarında görülmesi daha yoğun olarak bulunmuştur.

Nokturnal enürezisin illerde semptom yoğunluğuna göre dağılımı incelendiğinde, yalnız nokturnal enürezisin görülmesi A bölgesinde (Giresun - Rize) yüksek oranda bulunmuştur.

Ayrıca çok çocuklu ailelerde görülmesi önemli bulunmuştur.

Nokturnal enürezis ile birlikte en sık görülen semptomların öfkelenme, dayak korkusu, korkular, saldırganlık, çekingenlik, uyku bozuklukları, kabuslar, tırnak yeme ve konuşma güçlükleri olduğu görülmüştür. Kız çocuklarında tırnak yeme, parmak emme, hayvanlardan korkma daha fazla görülürken, erkeklerde ise saldırganlık, uykusuzluk, uykuda konuşma, okul korkusu, konuşma güçlükleri ve epilepsinin daha yoğun olduğu bulunmuştur.

Bu araştırmada elde edilen bulgulardan en önemlisi olan, nokturnal enürezisin Karadeniz bölgesindeki Giresun ve Rize illerinde, Nevşehir, Malatya ve Ankara'ya göre daha yoğun görülmesi, bu bölgeye has bir neden olup olmayacağı konusunda ikinci bir araştırmayı gerektirebilir. Bu araştırma nedene ilişkin olarak, bölgelerarasında karşılaştırmalı şekilde değerlendirilebilir.

Nedenin kalıtımsal bir organik bozukluk veya durumun olağan karşılanması doğan, çok önceden süregelen

bir eğitim yetersizliği ya da bölgenin iklim özelliği nem oranının çok yüksek oluşu- ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca çocuklarda nokturnal enürezis ile birlikte yoğun bir şekilde dayak korkusu ve öfkelenme semptomlarına rastlanması da ilişkili nedenler olabilir.

Ancak, varsayımlar niteliğindeki bu yorumlar, nokturnal enürezisin A bölgesinde (Giresun - Rize) sık görülmesinin nedenine ilişkin yapılacak detaylı bir çalışma ile ortaya konulabilir.

ÖZET

Araştırmanın amacı, nokturnal enürezisin (gece işemesi) ülkemizin beş ayrı ilinde görülme sıklığının incelenmesi ve buna bağlı olarak yaş, cinsiyet, anne yaşı, anne eğitimi, semptom yoğunluğu, ailedeki çocuk sayısı ve aile tipi değişkenlerine göre değerlendirilmesidir.

Araştırmada betimsel yöntem kullanılmıştır. Araştırma; Giresun, Rize, Nevşehir ve Malatya illerinin; İl merkezi, ilçe ve köylerinden; Ankara ilinin ise gecekondu bölgesi ile sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerinden 4-12 yaşlar arasında, random yoluyla seçilmiş 12 345 çocuk üzerinde yapılmış olup, bunlardan nokturnal enürezisi olan 3 500 çocuk üzerinde değerlendirme olmuştur. Verilerin toplanması, beş ilde ; Ana ve Çocuk Sağlıklarına gelen annelerle görüşme şeklinde yapılmış, bilgiler anket formuna kaydedilmiştir. Toplanan verilerin istatistiksel analizinde ise yüzde (%) ve Khikare (χ^2) testi teknikleri kullanılmıştır.

Elde Edilen Bulgulara Göre :

-Nokturnal enürezisin görülme sıklığı Giresun ve Rize illerinde, Nevşehir, Malatya ve Ankara illerine göre belirgin şekilde daha yükündür.

- Giresun ve Rize'de nokturnal enürezisin "Sık" ve "çok sık" görülme oranları yüksek iken, "seyrek" görülme oranı düşük, Nevşehir, Malatya ve Ankara'da ise tam aksine "seyrek" görülme oranı yüksek iken, "sık" ve "çok sık" görülme oranları düşüktür.

- Nokturnal enürezisin bölgelerde yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, B bölgesindeki (Nevşehir - Malatya) oranlar literatür bilgisine uygunken, A bölgesindeki oranlar (Giresun - Rize) daha yüksek bulunmuştur.

- Nokturnal enürezisin hem kız hem erkek çocuklarında A bölgesindeki (Giresun - Rize) oranları, B bölgesindeki (Nevşehir - Malatya) oranlardan daha yüksek bulunmuştur.

- Nokturnal enürezisin yaş ve cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde, her yaş grubunda erkek çocuklarında görülme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hem kız hem erkeklerde yaş büyüdükçe, nokturnal enürezisin görülme oranı azalmaktadır.

- Nokturnal enürezisin görülme sıklığı (Seyrek, Sık, Çok sık) da yaş büyüdükçe azalmakta, daha seyrek görülmektedir.

- Nokturnal enürezisin 30 yaş üzerinde olan ve hiç eğitim görmemiş annelerin çocuklarında görülmesinin daha önemli olduğu bulunmuştur. Ayrıca çok çocuklu ailelerde de görülmesi de önemlidir.

- Nokturnal enürezisin semptom yoğunluğu ile ilişkisi incelendiğinde, A bölgesinde (Giresun - Rize) semptomların daha yoğun olduğu görülmüştür.

- Nokturnal enürezisin birlikte görüldüğü en sık semptomlar, öfkelenme, dayak korkusu, korkular, saldırganlık, çekingenlik, uyku bozuklukları ve kabuslar olduğu bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Yörükoğlu, Atalay. Çocuk Ruh Sağlığı. Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1978.
2. Bakwin, H ve Bakwin, R. Clinical Development Disorder. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1976.
3. Higgins, T. Twistington. The Urology of Childhood. London, Butterworth and Co. Ltd., 1951.
4. Bilir, Şule. Ana ve Çocuk Sağlığı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları A-14, 1975.
5. Herbert, Martin. Emotional Problems of Development in Children. London, New York, Academic Press, 1974.
6. Jensen, G.D. The Well Child's Problems. New York, Year Book Medical Publishers. Inc., 1962.
7. Sedeman, A. William. Pathologic Physiology. Philadelphia and London, W.B. Saunders Company, 1977.
8. Jersild, Arthur T. Çocuk Psikolojisi. çev: Gülseren Günçe. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1979.
9. Dische, Sylvia. "Childhood Enürezis- A Family Problem" The Practitioner. 1978 Sep; 221: 323-330.
10. Çağlar, Doğan. Uyumsuz Çocuklar ve Eğitimi. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1974.

11. Waldo, E. Nelson. ed., Textbook of Pediatrics. London and Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1964.
12. Smith, Anthony. The Body. London, Penguin Books Ltd., 1976.
13. Öztürk, M. Orhan, ed., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara, Meteksan Ltd., 1981.
14. Burke, Ec., et. al., "Enürezis- Is it Being Overtreated?" Mayo Clin Proc. 1980 Feb; 55(2): 118-119.
15. Mikkelsen, Ej, et al., "Childhood Enüresis: Sleep Patterns and Phychopathology" Arch Gen Phychiatry. 1980. Oct; 37(10): 1139-44.
16. Apley, John; Mac Keith, Ronald. The Child and His Syntoms. London, Blackwell Scientific Publications, 1968.
17. Barker, Philip. "Nocturnal Enüresis : an Experimental Study Involving Two Behavioural Approaches" Int. J. Nurs. Study. 1979; 16(4): 319-327.
18. Glahn, Be. "Giggle Incontinence (Enüresis Risoira). A Study and an Aetiological Hypothesis" British Journal of Urology. 1979 Oct; 51(5): 363-366.
19. Koca, Sebahat. "Keçiören Atatürk Çocuk Yuvasındaki Enüretik Çocuklarla İlgili Bir Araştırma" (Yayınlanmamış mezuniyet tezi. Hacettepe Üniversitesi, 1974).

20. Snodgrass, Grame. Çocuk Bakımı. çev.: Reha Pınar.
Ankara, Remzi Kitabevi, 1980.
21. Show, Charles R. ve Lucas, Alexander R. The Psychiatric Disorders of Childhood. New York, Appleton-Century Crofts, 1970.
22. Innes, D. Williams. ed., Pediatric Urology. London, Butterworths, 1968.
23. Blotcky, MJ. et al. "Childhood Enürezis: A Psychologic Perspective" Southern Medical Journal. 1978, Oct; 71(10): 1203-1205.
24. Cansever, Gökçe. İçimdeki Ben- Freud Görüşünün Açıklanması. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, Çağlayan Basımevi, 1976.
25. Şanlı, Hilâl. "İlkokul'a Giden Çocuklarda Enürezisin Görülme Sıklığının Saptanması" (Yayınlanmamış mezuniyet tezi, Hacettepe Üniversitesi, 1979).
26. Meadow, Roy. "How to use buzzer alarms to cure bedwetting" British Medical Journal. 1970; 2, 1073-1075.
27. Sacks, Stanley. "Training the Disburted Enüretic" Behav. Res. Therapy. 1978; 16(4): 296-299.
28. Morgan, R.T.T. "Relapse and Therapeutic Response in the Conditioning Treatment of Enürezis: A Review of Recent Findings on Intermittent Reinforcement, Overlearning and Stimulus Intensity" Behav. Res. Therapy. 1978; 16(4): 273-279.

29. Azrin, N.H. "Evaluation of Patent's Manual for Training Enüretic Children" Behav. Res. Therapy. 1980; 18(4): 358-360.
30. Fielding, Dorothy. "The Response of Day and Night Wetting Children and Children who Wet only at Night to Retention Control Training and the Enürezis Alarm" Behav. Res. Therapy. 1980; 18(4): 305-317.
31. Özdoğan, Berka. "Dokuz Yaş Çocuklarında Davranış Bozukluklarının Çevresel Nedenleri".
Doçentlik tezi, Eğitim Fakültesi, 1981.
32. Kaptan, Saim. Bilimsel Araştırma Teknikleri. Ankara, Tekişik Matbaası, 1977.
33. Kutsal, Alâattin ve Muluk, F. Zehra. Uygulamalı Temel İstatistik. Hacettepe Üniversitesi Yayınları A-2, 1971.
34. Sümbüloğlu, Kadir. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik. Ankara, Çağ Matbaası, 1978.

ANKET FORMU

1. Çocuğun Yaşı :
 2. Annenin Yaşı-Eğitim Durumu :
 3. Babanın Yaşı-Eğitim Durumu :
 4. Ailede Çocuk Sayısı :
 5. Aile Tipi :

SEMPATOM TİPİ	GÖRÜLME DERECEŚİ			
	YOK	SEYREK Bazen-Az Aradabir	SIK (Sıklıkla-Çok)	ÇOK SIK Herzaman (Çok fazla)
. Gece İşemesi				
. Tırnak Yeme				
. Parmak Emme				
. Öfkelenme				
. Saldırganlık				
. Çekingenlik				
. Uykusuzluk				
. Uykuda Konuşma				
. Kabuslar				
. Tikler				
. Gerçek Dışı Korkular				
. Yalnız Kalma Kor.				
. Okul Korkusu				
. Hayvan Korkusu				
. Hastane-Tedavi Kor.				
. Karanlık Korkusu				
. Dayak Korkusu				
. Kekemelik				
. Diğer Konuşma Güç.				
. İşitme Güçlüğü				
. Epilepsi				
. Diğer				

