

**T.C.**  
**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**  
**HRS-2016-0003**

**İLKOKUL 1.SINIF ÖĞRENCİLERİNDE ENÜREZİS SIKLIĞI,  
ANNE TUTUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Pelin KARAATLI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA**

Bu tez Adnan Menderes Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından ASYO-15007 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN-2016**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Pelin KARAATLI tarafından hazırlanan “İlkokul 1.Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı, Anne Tutumu ve İlişkili Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/01/2016

Üye (Tez Danışmanı): Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA  
Adnan Menderes Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN  
Adnan Menderes Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK  
İstanbul Üniversitesi



### ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün .....tarih ve .....sayılı oturumunda alınan .....nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Akademik araştırma ve öğrencilik sürecimde çalışmamı destekleyip bana yol gösteren eğitimime katkı sağlayan, değerli bilgileri ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, moralimi yüksek tutmamda yardımını ve desteğini esirgemeyen, anneliğine, öğretmenliğine, disiplinine, pozitif bakış açısına hayran olduğum, bilgisi ve sevgisiyle kendisinden çok şey öğrendiğim, öğreneceğim ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum ve daima gurur duyacağım, çok değerli ve sevgili hocam tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA'ya teşekkürü bir borç bilir ve saygılarımı sunarım.

Lisans ve Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca değerli bilgi ve becerileriyle beni yönlendiren, destekleyen, eğitimime katkı sağlayan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN ve Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Hiç bir fedakarlıktan kaçınmayarak bu günlere gelmemi sağlayan, sonsuz emekleri sabırları olan, her zaman beni destekleyen, her daim bana güvenen ve her zaman daha iyisini yapacağıma inandıran, sevgilerini kelimelerle tarif edemeyeceğim, çocukları olmaktan gurur duyduğum, hayattaki en büyük servetlerim olan canımdan çok sevdiğim annem Nezahat KARAATLI'ya, gözümünden sakındığım babam Metin KARAATLI'ya ve sevgilerin en büyüğünü yaşatan, yakışıklı, bir tanecik kardeşim Yaşar KARAATLI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Her daim desteğini aldığım teyzem Nebahat UZUNLUOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimine adım atmamı sağlayan, iş hayatım ve yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman desteğini aldığım, sonsuz anlayış, güler yüz, yardımseverliğe sahip olan, her zaman yol gösteren, motivasyonum düştüğü zamanlarda tekrar motive olmamı sağlayan, hep daha iyisini gerçekleştirmem için yanımda olan canım ablam Pelin ŞAHİN'e teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmam süresince gösterdikleri anlayış ve yardımları için Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümünde çalışan hemşire arkadaşlarımdan her birine ayrı ayrı teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ .....	x
ÖZET .....	xi
ABSTRACT .....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. 6-12 Yaş Dönemi Çocukların Genel Özellikleri .....	3
2.1.1. Freud'un Psikoseksüel Gelişim Kuramı .....	3
2.1.2. Eric Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı .....	4
2.1.3. Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı .....	6
2.1.4. Sullivan'ın Kişilerarası İlişkiler Kuramı .....	7
2.1.5. Kohlberg'in Moral Gelişim Kuramı .....	7
2.1.6. Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı .....	8
2.2. Enürezis .....	9
2.2.1. Enürezis tanımı .....	9
2.2.2. DSM-5 Enürezis Tanı Kriterleri.....	10
2.2.3. Enürezisin Epidemiyolojisi .....	11
2.2.4. Enürezisin Etiyolojisi .....	12
2.2.4.1. Biyolojik etkenler .....	12
2.2.4.1.1 Ailesel Yatkınlık.....	12
2.2.4.1.2. Uyku Bozuklukları .....	13

2.2.4.1.3. Üriner Sistem ile ilgili faktörler .....	13
2.2.4.1.4. Maturasyonda Gecikme .....	14
2.2.4.1.5. Hormonal etkenler .....	15
2.2.4.1.6. Diğer Nedenler .....	15
2.2.4.2. Psikososyal Etkenler .....	15
2.2.4.2.1. Tuvalet eğitimi ile ilgili sorunlar .....	15
2.2.4.2.2. Zorlu yaşam olayları .....	17
2.2.4.2.3. Eşlik eden psikiyatrik durumlar .....	18
2.2.5. Enürezisli Çocuğun Değerlendirilmesi .....	18
2.2.6. Enürezisin Tedavisi .....	21
2.2.6.1. Farmakolojik Tedavi .....	21
2.2.6.2. Farmakolojik olmayan tedavi .....	22
2.2.6.2.1. Kayıt tutma ve kuru gecelere özendirme .....	22
2.2.6.2.2. Ödüllendirme ve cezalandırma .....	22
2.2.6.2.3. Mesane eğitimi .....	23
2.2.6.2.4. Tuvalet kaldırma ve uyku öncesi sıvı kısıtlaması: .....	23
2.2.6.2.5 Alarm- uyarı sistemi .....	23
2.2.6.2.6. Kuru yatak eğitimi .....	24
2.3. Anne Baba Tutumu .....	24
2.3.1. Baskıcı ve Otoriter Ana-Baba Tutumu .....	25
2.3.2. İlgisiz ve Kayıtsız Ana-Baba Tutumu .....	26
2.3.3. Gevşek Ana-Baba Tutumu (Çocuk Merkezci Aile) .....	27
2.3.4. Dengesiz ve Kararsız Ana-Baba Tutumu .....	27
2.3.5. Koruyucu Ana-Baba Tutumu .....	28
2.3.6. Mükemmeliyetçi Ana Baba Tutumu .....	28
2.3.7. Kabul Edici, Güven Verici ve Demokratik Anne Baba Tutumu .....	28

2.4. Okul Çağında Enürezis İle İlgili Çalışmalar.....	29
2.5. Okul Çağında Anne Baba Tutumu İle İlgili Çalışmalar.....	31
2.6. Anne Baba Tutumu Enürezis İlişkisi .....	32
2.7. Okul Sağlığı Hemşireliği.....	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	34
3.1. Araştırmanın Tipi .....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	34
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	34
3.5. Araştırma Hipotezi .....	34
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	35
3.6.1. Anket Formu.....	35
3.6.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI).....	35
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	36
3.8. Araştırmanın Uygulama Planı .....	36
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	37
3.10. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	37
3.11. Çalışma Planı .....	37
4. BULGULAR .....	38
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Tartışılması .....	48
5.2. Öğrencilerin Aile Özelliklerine İlişkin Bilgilerinin Tartışılması .....	49
5.3. Öğrencilerin Anneleri ile İlişki Durumlarının Tartışılması .....	51
5.4. Annenin Sağlık Durumuna İlişkin Bilgilerin Tartışılması .....	51
5.5. Ebeveynlerde Enürezis Hikayesinin Tartışılması.....	51
5.6. Öğrencilerin Tuvalet Eğitim Durumuna İlişkin Bilgilerin Tartışılması.....	52

5.7. Öğrencilerin Tuvalet Alışkanlığına İlişkin Bilgilerin Tartışılması.....	52
5.8. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI) Puanlarının Ortalamalarının Tartışılması.....	53
5.9. İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	54
5.10. İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Aileye İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	56
5.11. İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anneleri ile ilişki durumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	58
5.12. İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Sağlık Durumunun Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	58
5.13. İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Babalarının Enürezis Yaşama Durumunun Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	59
5.14. İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Tuvalet Eğitime İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	59
5.15. İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anne Tutumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....	61
6.1. Sonuçlar .....	61
6.2. Öneriler.....	63
KAYNAKLAR.....	64
EKLER .....	72
ÖZGEÇMİŞ.....	85

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>EN</b>	:Enürezis Nokturna
<b>ED</b>	:Enürezis Diurna
<b>PNE</b>	:Polisemptomatik Enürezis Nokturna
<b>MNE</b>	:Monosemptomatik Enürezis Nokturna
<b>ADH</b>	:Antidiüretik Hormon
<b>PARI</b>	:Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği





## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Enüretik hastaya yaklaşımda akış şeması .....	20
--	----



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler .....	38
<b>Tablo 2.</b> Öğrencilerin Aile Özelliklerine İlişkin Bilgiler.....	38
<b>Tablo 3.</b> Öğrencilerin Anneleri ile İlişki Durumları .....	39
<b>Tablo 4.</b> Annenin Sağlık Durumuna İlişkin Bilgiler.....	39
<b>Tablo 5.</b> Ebeveynlerde Enürezis Hikayesine İlişkin Bilgiler.....	40
<b>Tablo 6.</b> Öğrencilerin Tuvalet Eğitim Durumuna İlişkin Bilgiler .....	40
<b>Tablo 7.</b> Öğrencilerin Tuvalet Alışkanlığına İlişkin Bilgiler .....	40
<b>Tablo 8.</b> Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bilgiler.....	41
<b>Tablo 9.</b> İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 10.</b> İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Aileye İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 11.</b> İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anneleri ile ilişki durumlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 12.</b> İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Sağlık Durumunun Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 13.</b> İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Babalarının Enürezis Yaşama Durumunun Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 14.</b> İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Tuvalet Eğitimine İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 15.</b> İdrar Kaçırma Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anne Tutumlarının Karşılaştırılması.....	47

## EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı .....	72
Ek 2. İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı .....	73
Ek 3. Anket Formu .....	74
Ek 4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği (PARI).....	78
Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Veli).....	82



## ÖZET

### İLKOKUL 1.SINIF ÖĞRENCİLERİNDE ENÜREZİS SIKLIĞI, ANNE TUTUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

**Karaatlı P. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.**

Bu araştırma İlkokul 1.sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmada, çalışmanın evrenini 2014-2015 öğretim yılında Aydın İl Merkezinde eğitim gören; toplam 3.895 İlkokul birinci sınıf öğrencisinin annesi oluşturmuştur. G power programı ile etki büyüklüğü 0,25; anlamlılık düzeyi ( $\alpha$ ) 0,05; güç %80 kabul edildiğinde örneklem büyüklüğü 269 olarak hesaplanmış; 1,6 desen etkisi de göz önüne alındığında 430 öğrenci annesine ulaşmak hedeflenmiş araştırma kapsamında 425 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı ilde toplam 55 ilkokul bulunmaktadır. Örneklem belirleme aşamasında ilkokullar arasından kura yöntemi ile dört ilkokul seçilmiş ve anket uygulaması 2014-2015 öğretim yılında tamamlanmıştır. Uygulama öncesi etik kurul izni, veli yazılı onam formu ve kurum izni alınmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Anket Formu” ve “Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI)” kullanılmıştır. Elde edilen veriler SSPS paket programında (Version 21,00 Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Ortalama, standart sapma, frekans, yüzdeler) normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda t testi, One Way ANOVA; normal dağılım dışı karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H test, Pearson Correlation analizi kullanılmıştır.

Öğrencilerin % 54,1'i (n=230) kız, % 45,9'u (n=195) erkek olup yaş ortalaması  $6,80 \pm 0,48$ 'dir. Öğrencilerin %82,8'inin (n=352) sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur.

Yapılan analiz sonuçlarına göre; enürezis ile kardeş sayısı (kendisi dahil), son bir yılda doğan kardeş, aile tipi, anne çocuk ilişkisinde problem varlığı, anne tarafından fiziksel şiddet görme durumu, çocuğun aktivitelerinde kısıtlama, annelerinin ve babalarının enürezis hikayesi, karı-koca geçimsizliği arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tüm sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, İlkokul 1.sınıf öğrencilerinde benzer araştırmaların artırılması ve destek, eğitim ve danışmanlık sağlanması çocukluk çağında görölen önemli bir sorun olan enürezisin azaltılmasında katkı oluşturabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, Enürezis, Anne Tutumu.



## ABSTRACT

### FREQUENCY OF 1ST CLASS SCHOOL STUDENT ENURESIS IN, MOTHER OF ATTITUDE AND ASSOCIATED FACTORS

**Karaaþlı P. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences and Nursing Mental Health Program M.Sc., Aydın, 2016 .**

This research was carried out in 1st class primary school students to determine prevalence of enuresis and related factors.

The research work formed the universe 2014-2015 academic year, the mother of total 3895 first-class primary school students studying in Aydın Province. G power program with effect size 0.25; the significance level ( $\alpha$ ) 0.05; when calculated as 80% of power acceptable sample size 269; Given the impact of the 1.5 design targeted to reach 404 student mother has reached 425 people surveyed.

There are a total of 55 primary schools surveyed in the province. The sample was selected in a random drawing to determine the stage from four elementary school and the survey was completed in the 2014-2015 academic year. Before the application is received permission ethics committee, parent consent forms written permission and institutions. Data collection has been used as a tool developed by researchers in the literature according to "Questionnaire" and " Family Knowledge Form and Parent Attitude Research Instrument (PARI)". The obtained data were evaluated at the SPSS package (Version 21 o'clock, ChicagoII, USA).

Data were used for the evaluation of descriptive statistical analyzes (Mean, standard deviation, frequency, percentage), in comparison with normal distribution t test and One Way ANOVA; comparison of non-normal distribution Mann-Whitney and Kruskal-Wallis H test, the comparison of ordinal data Pearson Correlation analysis.

Students were 54,1% (n = 230) were female, 45,9% (n = 195) were men and the mean age was  $6,80 \pm 0,48$ . Students of social security that were 82,8% (n = 352).

According to the results of the analyzes; no significant difference was found between the number of siblings with enuresis (himself included), siblings born last year, family type, the presence of the mother-child relationship problems, to physical violence by her case, restrictions on children's activities, enuresis story of mother and father, husband and wife incompatibility.

When all the results are evaluated in general, mental behavior disorders in childhood which can create contribution in reducing Primary enuresis increase in 1st year students of similar research, support, training and counseling provision.

**Key Words:** Children, enuresis, maternal attitude.



# 1. GİRİŞ

Enürezis terimi, Yunanca “enourein” (idrar yapmak) sözcüğünden gelmektedir. Sözcüğün kökeninde patolojik bir anlam yoktur; ancak tıbbi terminolojide idrar kaçırmayı tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır (Bodur, 2005).

Enürezisin bazı yazarlara göre çeşitli tanımları bulunmaktadır. İşemenin kontrolü ve tuvalet eğitimi toplumlar arasında yöntem ve zamanlama olarak farklılık göstermekle birlikte 5 yaşın üzerindeki altını ıslatmalar enürezis olarak tanımlanır (Demirören K, 2006).

Amerikan Pediatri Akademisi tarafından önerilen ve genel olarak kabul edilen tanım ise gündüz ya da gece yatağını veya elbiselerini istemsiz olarak ıslatmaktır (Bosson S, 2001).

“Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği” kriterlerine göre ise; idrar kontrolünün kazanılmasının beklendiği yaşta istemsiz idrar kaçırmaya (enürezis) patolojik bir durum olarak kabul edilir (Gökdoğan M, 2006).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM V) tanı kriterlerine göre enürezis, şu şekilde tanımlanır;

- A. İstemsiz olarak ya da isteyerek, yatağa ya da giysilerine, yineleyen işeme.
- B. Bu davranış, ya ardışık en az üç ay boyunca, en az haftada iki kez olduğu için ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla (işle) ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmenin varlığı ile kendini gösterdiği için klinik açıdan önem taşır.
- C. Kronolojik yaşı en az beştir (ya da gelişimsel düzeyi buna eş değerdir) .
- D. Bu davranış bir maddenin (örneğin idrar söktürücü, antipsikotik, bir ilaç ) ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin diyabet, spina bifida ) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

Enürezis tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk çağının önemli ve sık görülen bir sağlık sorunudur (Bodur, 2005; Canbulat N, 2009). Görülme sıklığının dünyada %5-22 arasında olduğu bildirilirken, ülkemizde bu oranın %12,4-25,5 arasında olduğu saptanmıştır (Gür E, 2004; Erdoğan A, 2008; Canbulat N, 2009). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda verilen enürezis görülme sıklığı değerleri %5,5 -16,8 arasında değişmektedir



(Ünalın, 2001; Hayta, 2008). Ülkemizde ise değişik yaş gruplarında farklı olmakla birlikte enürezis sıklığının %12,4 ile %25 arasında olduğu bildirilmiştir. 5 yaş grubu çocuklarda ortalama %15-20, 10 yaş grubunda %5-6 ve 15 yaş ve üstü grupta ise %1'in altında oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (Görür ve ark, 2008; Hayta, 2008). Erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir. Çevresel, etnik ve sosyokültürel faktörlerin enürezis ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Erkek cinsiyet, ilk çocuk olma, ailede enürezis öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey ve uyanma güçlüğünün bulunması gibi faktörlerin enürezis oluşumunda önemi vurgulanmaktadır (Pashapour N, 2008; Canbulat N, 2009).

Enürezis nokturna; monosemptomatik enürezis ve polisemptomatik enürezis olarak sınıflandırılabilir. Monosemptomatik nokturnal enürezis (MNE) sadece geceleri idrarını kaçıran çocuklardaki durumdur. Polisemptomatik nokturnal enürezis (PNE) ise alt üriner sistem semptomları dediğimiz acil sıkışma hissi, artmış idrar sıklığı, idrar sıklığında azalma, idrar yaparken duraksama, idrarını tutma manevraları yapma, idrar akışında azalma, mesanesini boşalttığını hissetmeme, idrar yaptıktan sonra damlama, genital ağrı, gündüz idrar kaçırma gibi semptomların da eşlik ettiği gece idrar tutamama durumudur. Bu iki durumun birbirinden ayrılması tedavi planı açısından oldukça önemlidir. Bu semptomların birlikte gözlemlendiği olgularda durum artık MNE'den çıkıp işeme disfonksiyonunun bir parçası haline gelir.

Mesane kontrolünün kazanılmış olması gereken bir yaşta uygun olmayan yer ve zamanda istemsiz olarak idrar yapmak olarak tanımlanabilen enürezis nokturna “primer-birincil” ve sekonder-ikincil olarak iki ana gruba ayrılabilir (Çarman, 2003).

Primer Enürezis Nokturna; Aralıksız enürezis nokturnalı olan hastalardaki durum primer enürezis olarak adlandırılır (Tekgül, 2010).

Sekonder Enürezis Nokturna; Daha önceden en az 6 ay idrar kaçırmamış ve kuru kalmış fakat daha sonra gece idrar kaçırmaya devam etmiş olan durumdur (Tekgül, 2010).

Öğrencilerin iyilik hallerini geliştirme, başarılarını artırma ve bunu ömür boyu devam ettirmelerini sağlayan uygulamalarda uzmanlaşmış okul sağlığı hemşiresi enürezisli çocukları saptama, enürezisin nedenlerini araştırma ve onlara uygun girişimlerde bulunma konusunda çok önemli bir sağlık profesyonelidir.

Bu araştırmanın amacı; ilkokul 1.sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. 6-12 Yaş Dönemi Çocukların Genel Özellikleri

Okul yaş dönemi 6-12 yaş arasını kapsar. Bu dönemde ilerleyen yaşla birlikte çocuk fiziksel, bilişsel, iletişim-psikososyal alanda gelişimler gösterir. Bu dönem farklı kuramcılar tarafından farklı gelişim basamakları ile ifade edilmiştir.

#### 2.1.1. Freud'un Psikoseksüel Gelişim Kuramı

Sigmund Freud'un (1856-1939) psikoseksüel gelişim kuramında bilinçsiz motivasyon ve erken çocukluk deneyimlerinin davranışlara etkisi üzerinde durulmuştur.

Freud'a göre kişiliğin üç komponenti vardır. İd (alt bilinç), Ego (benlik) ve Süper ego (üst benlik). İd doğumda var olan ve bireyi haz almaya yönelten temel seksüel enerjidir. Ego; bebeklik döneminde gelişmeye başlar. Kişinin mantıklı ya da kontrollü kısmıdır ve gerçeklik ilkesine göre hareket eder. Süperego moral ve etik sistemidir. Süperego haz ya da mantıktan çok mükemmellik ilkesine göre çalışır. Süperego geliştikten sonra çocuk doğru ve yanlış arasındaki farkı açıklar, toplumsal olarak kabul edilebilir davranışlar geliştirir. Ego, idden gelen uyarıları çevirir ve savunma mekanizmalarını kullanarak süper egonun oluşturduğu aşırı anksiyeteden kendisini korur.

Freud'un psikoseksüel gelişim kuramına göre her çocuk libido adı verilen bir enerjiyle doğmaktadır. Libido beş evrede enerjisini farklı bölgelerde göstermektedir. Çocuğun beş dönemde edindiği yaşantılar ile libidonun hangi bölgede yoğunlaştığı birbiriyle ilişkilidir.

Freud'a göre gelişim evreleri;

- ✓ Oral dönem (0-1 yaş)
- ✓ Anal dönem (1-3yaş)
- ✓ Fallik dönem (3-6 yaş)
- ✓ Latent (gizli) dönem (6-12 yaş)
- ✓ Genital dönem (12 yaş-Erişkinlik)

Fallik dönem (3-6 yaş): Kişilik gelişiminin ilkokul öncesi döneme rastgelen yaş aralığını oluşturmaktadır. Fallik dönemde, çocuk, cinsel kimliğine bağlı davranış kalıplarını

sergilemektedir. Erkeklerde, Oedipus kompleksi, kızlarda Elektra kompleksi görülen psiko-seksüel çatışmalardır. Oedipus kompleksi, erkek çocuğun annesine karşı duyduğu ilgi ve yanlığı babasının kendisini kızacağı ve cezalandıracağı endişesi ile bastırmasıdır. Elektra kompleksi ise, kız çocuğun babasına duyduğu cinsel ilgi ve yakınlığı annesinin kendisini cezalandıracağı endişesi ile bastırmasıdır. Freud Oedipus kompleksini, kişilik gelişiminin en kritik yönü olarak görmektedir. Okul öncesi dönemi kapsayan fallik dönemde, aynı zamanda çocuğun ahlaki ilkeleri ve vicdanı anne babasıyla özdeşleştirmektedir (Tabak, 2007).

Latent (gizli) dönem (6-12 yaş); Cinsel enerjinin adölesan döneminin başlangıcına kadar bastırıldığı evredir. Çocuk bu dönemde sosyal bilişsel gelişme ile ilgili diğer aktivitelere yoğunlaşır (Büyükgönenç, 2011). Gizli dönemde cinsel rolünü benimseyen çocuk hemcinsinin özelliklerine bağlı olarak davranış kalıpları geliştirmektedirler. Fallik dönemi sağlıklı geçiren çocuğun; latent (gizli) dönemde dikkatini cinsellikten uzaklaştırırken oyuna ilgisi artmaktadır. İlgi alanları değişerek sosyal olaylara ilgisi artmaya başlayan çocuğun grup arkadaşlıkları, hem cinsleri ile arkadaşlık kurma fikri ayrı anlam ifade etmeye başlamaktadır. Kızlar ve erkekler kendi cinslerine uygun davranışları daha katı bir şekilde sergilerken, her iki cins aralarında güçlü bir rekabet ve çatışmaya girmektedirler (Tabak, 2007).

Bu dönem; başarılı ve sağlıklı geçmediğinde; çocuk dürtülerinin denetimini sağlayamayarak enerjisini yanlış yönlerde çevirmektedir. Ters durumda ise dürtülerini aşırı denetleyerek kişilik gelişimini engellemektedir.

### **2.1.2. Eric Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı**

Eric Erikson (1902- 1994) biyolojik faktörlerin gelişime katkısını kabul etmiş, ancak çevre, kültür ve toplumunda aynı derecede önemli olduğunu belirtmiştir. Psikososyal kuram, bireyin yaşamı sırasında fiziksel ve duygusal değişkenler arasındaki ilişkinin karmaşıklığını vurgular (Büyükgönenç, 2012)

Erikson'a göre, insan yaşamında belli başlı sekiz kritik dönem vardır. Her dönemde de atlatılması gereken bir kriz, bir çalışma bulunmaktadır. Bireyin bu çatışmalarla başa çıkabildiği oranda daha sağlıklı bir kişilik edinilebileceğine inanılır. Erikson, psikososyal gelişimi 8 evreye ayırır (Tabak, 2007).

- ✓ Temel Güvene Karşı Güvensizlik Duygusu (0-1 Yaş)
- ✓ Özerkliğe Karşı Kuşku ve Utanç Duygusu (1-3 Yaş)
- ✓ Girişimciliğe Karşı Suçluluk Duygusu (3-6 Yaş )
- ✓ Başarılı Olmaya Karşı Yetersizlik Duygusu (7-11 Yaş)
- ✓ Kimlik Kazanmaya Karşı Kimlik Karmaşası (11-17 Yaş)
- ✓ Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık (17-30 Yaş)
- ✓ Üretkenliğe Karşı Durgunluk (30-60 Yaş)
- ✓ Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk (60+ Yaş) (Gürses ve Kılavuz, 2011).

Girişimciliğe Karşı Suçluluk Duygusu (3-6 Yaş): Bu evrede çocuk kendi başına girişimlerde bulunur. Çocuğun bu konuda gelişebilmesi, girişimlerinin desteklenmesine ve merakının giderilmesine bağlıdır. Eğer çocuk, davranışlarından ve ilgilendiği konulardan ötürü eleştirilirse, bulunduğu girişimlerden ötürü suçlanma eğilimi gösteren bir kişilik özelliği geliştirir. Erikson'a göre çocuğun motor ve dil gelişimi, onun fiziksel ve sosyal çevresini daha fazla araştırmasına katkı sağlar. Çocukta girişkenliğin artmasıyla, problem olan davranışları da artar. Girişkenliği, ebeveyni ve öğretmenleri tarafından cezalandırılan çocuk, gerek bu dönemde gerekse hayatının gelecek dönemlerinde yaptıklarının yanlış olduğunu düşünüp suçluluk duyabilir. Ancak, çocuğun her yaptığı davranışın onaylanması da ahlak gelişimini olumsuz etkileyebilir. Bu durumda, çocuğun yapması ve yapmaması gerekenler konusunda bir denge kurularak girişkenlikleri desteklenmelidir (Gürses ve Kılavuz, 2011).

Başarılı Olmaya Karşı Yetersizlik Duygusu (7-11 Yaş): Bu dönemde çocuk, yaşantılarından bazı sonuçlar çıkarabilecek biçimde düşünmeye başlar. Bu evrenin en önemli kazanımı "çalışkanlık" duygusunun edinilmesidir. Dönemin belirgin özelliklerinden birisi, kendisini başkalarıyla kıyaslamaktan kaynaklanan yetersizlik ve aşağılık duygusudur. 157 7-11 yaş döneminde okul yaşantısı da çocuğu etkilemektedir. Anne babanın sağlayamadığı destek bazen okuldan gelebileceği gibi, evinde anne babası tarafından beceri kazanmaya teşvik edilen çocuk, okulda kendine olan saygısının azalmasına neden olabilecek öğretmen tutumlarıyla karşı karşıya kalabilir. Öğrendikleriyle, başardıklarıyla çevresinde beğeni ve takdir toplamak bu dönemde vazgeçilmez bir ihtiyaç olmuştur. Bu nedenle gerek öğretmenlerin gerekse anne babaların çocuğun başarı ihtiyacının doyurulmasında hayati önemi bulunmaktadır. Çocuğun başarılı olma isteğinin karşılanmasında, onların

yapamayacakları becerilerden ziyade, yapabilecekleri beceriler üzerinde yoğunlaşılmalıdır. Çocuktan yeteneğinin üzerinde bir başarı göstermesini bekleyerek sonuçta başarısız olarak değerlendirmek yerine, kendi gücüne uygun düşen sorumluluklar yükleyerek başarılı kılmak en doğru davranış olacaktır (Gürses ve Kılavuz, 2011).

### 2.1.3. Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı

Bilişsel gelişimin öncülerinden Piaget'e göre bütün insanlar aynı dönemlerden aynı sıra ile geçmektedir. Buna göre herhangi bir dönemi yaşamadan diğer gelişim dönemlerine geçilmemektedir. Fakat dönemden döneme geçiş süresinde bireysel farklılıklar gözlenmektedir (Tabak, 2007). Piaget'e göre dönemler ilerledikçe çocukların kavrama ve problem çözme yeteneklerinde niteliksel gelişmeler gözlenmekte ve her bir dönem, kendisinden önce gelen dönemlerin özelliklerini de içermektedir (Büyükgönenç, 2012).

Piaget çocuğun bilişsel gelişimini 4 evrede incelemiştir;

- ✓ Duyusal motor evre (doğum-2 yaş)
- ✓ İşlem öncesi evre (2-7 yaş)
- ✓ Sembolik dönem (2-4)
- ✓ Sezgisel dönem (4-7)
- ✓ Somut işlemsel evre (7-12 yaş)
- ✓ Soyut işlemsel evre (11 yaş-erişkinlik)

İşlem öncesi evre (2-7 yaş): İlkokul öncesi dönemi kapsayan işlem öncesi dönem kendi içinde 2'ye ayrılır.

Sezgisel dönem (4-7 yaş): 4-7 yaş arasında ise mantığa göre düşünme yerine sezgiye göre düşünme yerini almaktadır. Bu dönemde çocuk, işlemleri tersine çevirememektedir. Düşünmesi sadece nesnenin dikkat çeken tarafına bağlı olduğundan dolayı doğru mantık yürütememektedir. Merak ve ilgi duygusu gelişen çocuğun sürekli soru sorarak çevreyi keşfetmek istediği anlaşılmaktadır. Bu dönemin belirgin bir başka özelliği de animizmin görülmesidir. Animizm, cansız nesnelere canlılık atfetmek ve hayvanlara insansı özellikler yüklemektir.

Somut işlemsel evre (7-12 yaş): 7-12 yaş grubunu kapsayan, mantıksal düşünmenin başladığı evredir. Yedi yaşındaki bir çocuk zihinsel işlemleri kullanabilir, olaylar üzerinde

sebepler-sonuç ilişkisi kurabilir. Algılanan görüntüyü değil gerçeği anlayarak tepkide bulunurlar. Bu dönemde çocuk; somut bilgileri düzenli ve mantıklı olarak işleyebilir; somut durumların birçok yönünü görebilir; gördüğü nesne ve olaylara yorum yapabilir. Bu evrede yer, boyut, zaman, uzaklık ve hacim kavramlarını algılamaya başlamıştır. Soyut düşünme ve olayların bilimsel açıklamasını yapabilme yeteneği henüz gelişmemiştir. Bu evrenin sonuna doğru bilimsel mantığı anlamaya başlar, objeleri renklerine, sayılarına, şekillerine ve özelliklerine göre sınıflandırabilir. Kişilerarası ilişkilerde oyun ve paylaşım bu evrede önemlidir.

#### **2.1.4. Sullivan'ın Kişilerarası İlişkiler Kuramı**

Hary Stack Sullivan (1892-1949) kişiler arası ilişkilerde yoğunlaşmıştır. Kuramına göre benlik kavramı kişiliğin gelişiminde anahtardır. Sullivan çevrenin ve ev ortamının önemi üzerinde durur. Kişilik gelişiminin çocukluk deneyimlerinin, özellikle anne-çocuk ilişkisinin sonucunda ortaya çıktığına inanır. Sullivan kişiler arası gelişim yedi evresini tanımlamıştır. Bunlardan altısı spesifik olarak bebeklik-adölesan düzeylerini kapsamaktadır. Sullivan her evrenin kişiliği bir sonraki evre için hazırladığına ve evrelerde yer alan aktiviteleri, başarmadaki yetersizliklerin kişilik gelişimi ve başarılı bir yaşam sınırlandırdığına inanmaktadır (Büyükgönenç, 2012).

Sullivan'a göre gelişim evreleri;

- ✓ Bebeklik (0-18 ay)
- ✓ Erken çocukluk dönemi (18ay-6 yaş)
- ✓ Geç çocukluk Dönemi (6-9 yaş)
- ✓ Preadölesan dönem (9-12 yaş)
- ✓ Erken adölesan dönemi (12-15 yaş)
- ✓ Geç adölesan dönemi (15-19 yaş)

Geç çocukluk Dönemi (6-9 yaş): Bu evrede entelektüel beceri artar ve davranışlar üzerinde iç kontrol gelişir. Çocuk, diğer bireylerin isteklerini de önemsemeyi ve otorite figürlerini kabul etmeyi öğrenir, toplum içinde rol ve statü duyguları gelişir (Büyükgönenç, 2012).

### 2.1.5. Kohlberg'in Moral Gelişim Kuramı

Genel olarak Piaget'in kuramından esinlenen Lawrence Kohlberg (1927-1987) moral kararlar, toplumsal norm ve değerlere ilişkin düşüncelerdeki değişiklikleri tanımlayan moral gelişim kuralı oluşturulmuştur. Kuramını geliştirirken çocuklara ve yetişkinlere moral ikilemlerle ilgili bazı öyküler vererek bu ikilemleri çözümlenmelerini istemiştir. İkilemleri çözümlerken başvuru seçenekler ile bu seçeneklere ilişkin nedenleri gruplayarak ahlak gelişim evlerini geliştirmiştir.

Moral gelişim evreleri

- ✓ Gelenek öncesi düzey (7 yaş)
- ✓ Geleneksel Düzey (7-12 yaş)
- ✓ Gelenek sonrası düzey (12 yaş ve üzeri )

Gelenek öncesi düzey (7 yaş): Egosentrikliğin önem kazandığı dönemdir (Büyükgönenç, 2012) .

### 2.1.6. Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı

Albert Bandura, çocukların yetişkinler ve diğer çocuklarla sosyal etkileşim yoluyla tutumları, inançları ve değerleri öğrendiklerine inanmaktadır. Davranış değişikliklerini geçmiş deneyimler, rol modeli olarak alınan kişi ile ilişkiler ve zihin etkiler. Zihinsel durum davranışlarda önemli faktördür. Çünkü çocuk, davranışı hatırlamalı ve organize etmelidir.

Bandura model alınan davranışın cezalandırılmasına/ödüllendirilmesine bağlı olarak güçlenebileceği gibi gücünün azalabileceğine de inanmaktadır. Gözleyerek öğrenmenin davranışların öğrenilmesinde bir diğer önemli yöntem olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin; araştırmalar televizyonda şiddeti gözleyen çocukların daha agresif olduğunu göstermiştir. Bandura aynı zamanda çocukların aynı cinsiyetten yetişkinleri daha çok model aldıklarını, erkek çocukların aldıkları model davranışın kızlardan daha fazla olduğunu da belirlemiştir (Büyükgönenç, 2012).

## 2.2. Enürezis

### 2.2.1. Enürezis Tanımı

Enürezis terimi, Yunanca “enourein” (idrar yapmak) sözcüğünden gelmektedir. Sözcüğün kökeninde patolojik bir anlam yoktur; ancak tıbbi terminolojide idrar kaçırmayı tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır (Bodur, 2005).

İşemenin kontrolü ve tuvalet eğitimi toplumlar arasında yöntem ve zamanlama olarak farklılık göstermekle birlikte 5 yaşın üzerindeki altını ıslatmalar enürezis olarak tanımlanır (Demirören K, 2006).

Enürezis beş yaşından büyük çocuklarda, istemli ya da istemsiz, en az ardışık üç ay süre ile gece ve/veya gündüz giysilere ya da yatağa idrar kaçırılması olarak tanımlanır (Yurtçu M, 2006).

Amerikan Pediatri Akademisi tarafından önerilen ve genel olarak kabul edilen tanım ise gündüz ya da gece yatağını veya elbiselerini istemsiz olarak ıslatmaktır (Bosson S, 2001).

“Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği” kriterlerine göre ise; idrar kontrolünün kazanılmasının beklendiği yaşta istemsiz idrar kaçırmaya (enürezis) patolojik bir durum olarak kabul edilir (Gökdoğan M, 2006).

Enürezis tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk çağının önemli ve sık görülen bir sağlık sorunudur (Bodur, 2005; Canbulat N, 2009). Görülme sıklığının dünyada %5-22 arasında olduğu bildirilirken, ülkemizde bu oranın %12,4-25,5 arasında olduğu saptanmıştır (Gür E, 2004; Erdogan A, 2008; Canbulat N, 2009). Erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir. Çevresel, etnik ve sosyokültürel faktörlerin enürezisle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Erkek cinsiyet, ilk çocuk olma, ailede enürezis öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey ve uyanma güçlüğü gibi faktörlerin enürezis oluşumunda önemi vurgulanmaktadır (Pashapour N, 2008; Canbulat N, 2009). Enürezis nokturna monosemptomatik enürezis ve polisemptomatik enürezis olarak sınıflandırılabilir. Monosemptomatik nokturnal enürezis (MNE) sadece geceleri idrarını kaçıran çocuklardaki durumdur. Polisemptomatik nokturnal enürezis (PNE) ise alt üriner sistem semptomları dediğimiz acil sıkışma hissi, artmış idrar sıklığı, idrar sıklığında azalma, idrar yaparken duraksama, idrarını tutma manevraları yapma, idrar akışında azalma, mesanesini boşalttığını



hissetmeme, idrar yaptıktan sonra damlama, genital ağrı, gündüz idrar kaçırma gibi semptomların da eşlik ettiği gece idrar tutamama durumudur. Bu iki durumun birbirinden ayrılması tedavi planı açısından oldukça önemlidir. Bu semptomların birlikte gözlemlendiği olgularda durum artık MNE'den çıkıp işeme disfonksiyonunun bir parçası haline gelir. Enürezis nokturnalı çocukların yaklaşık olarak %80'i MNE'dir (Tekgül, 2010). Mesane kontrolünün kazanılmış olması gereken bir yaşta uygun olmayan yer ve zamanda istemsiz olarak idrar yapmak olarak tanımlanabilen enürezis nokturna “primer- birincil” ve “sekonder- ikincil” olarak iki ana gruba ayrılabilir (Çarman, 2003).

**Primer Enürezis Nokturna:** Daha önceden hep enürezis nokturnalı olan hastalardaki durum primer enürezis olarak adlandırılır (Tekgül, 2010). Vakaların %80-85'ini oluşturur (Dönmez, 2004; Yurtçu, 2006). Bu çocuklarda mesane kontrolü hiçbir zaman kazanılmamıştır. Enürezis hiç kesilmeden bebeklikten itibaren süre gelir. Primer enürezis, sinir-kas kontrolünün gelişmesindeki gecikmeden kaynaklanabileceği gibi anne babanın düzensiz ya da yetersiz tuvalet eğitiminin bir sonucu olarak da oluşabilir. Bu enüretik çocukların idrarlarını kontrol etmelerinde, anne babalarından diğer kardeşlerine oranla daha az yardım gördükleri ya da hiç yardım görmedikleri saptanmıştır. Birincil enürezis zamanla kaybolur ve yavaş gelişen bu çocuklar, tuvalet kontrolünde arkadaşlarının düzeyine ulaşırlar.

**Sekonder Enürezis Nokturna:** Daha önceden en azından 6 ay idrar kaçırmamış ve kuru kalmış fakat daha sonra gece idrar kaçırmaya devam etmiş olan durumlar da sekonder enürezis nokturnalı olarak adlandırılır (Tekgül, 2010).

En az 6 ay ile 1 yıl arasında kuru kaldıktan sonra tekrar idrar kaçırmaya başlanması durumudur. Enürezisin %20'sini oluşturur. En sık 5-8 yaşları arasında görülür. Bu tür alt ıslatma olayında tuvalet kontrolü oluştuktan sonra bir gerileme söz konusudur. İkincil enürezis, tipik olarak yeni bir kardeşin doğumu ya da yeni bir eve taşınma gibi bazı ruhsal gerginlik durumlarında ortaya çıkar. Bu etkenler çocuğun bir süre için daha olgunlaşmamış davranış biçimlerine dönmesine neden olur. Bazı uzmanlara göre, özellikle bu gerileme türü, çocuğun annesine olan öfkesinin sembolik bir ifadesi olarak yorumlanabilir (Dönmez, 2004 ).

### **2.2.2. DSM-5 Tanı Kriterleri**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM V) tanı kriterlerine göre enürezis, şu şekilde tanımlanır;

A. İstemsiz olarak ya da isteyerek, yatağa ya da giysilerine, yineleyen işeme.

B. Bu davranış, ya ardışık en az üç ay boyunca, en az haftada iki kez olduğu için ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla (işle) ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmenin varlığı ile kendini gösterdiği için klinik açıdan önem taşır.

C. Kronolojik yaşı en az beştir (ya da gelişimsel düzeyi buna eş değerdir).

D. Bu davranış bir maddenin (örneğin idrar söktürücü, antipsikotik, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin diyabet, spina bifida) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yalnızca gece (noktürnal) : Yalnızca gece uykusu sırasında idrar kaçırma

Yalnızca gündüz (diürnal) : Yalnızca uyanık olduğu saatlerde idrar kaçırma.

Gece ve gündüz (noktürnal ve diürnal) : Yukarıdaki iki alt türünün birleşimidir.

### **2.2.3. Enürezisin Epidemiyolojisi**

Enürezis prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda kültüre ve yaşa göre değişen sıklıklar bildirilmiştir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda verilen enürezis görülme sıklığı değerleri %5,5-16,8 arasında değişmektedir (Ünalın, 2001).

Ülkemizde ise değişik yaş gruplarında farklı olmakla birlikte enürezis sıklığının %12,4 ile %25 arasında olduğu bildirilmiştir. 5 yaş grubu çocuklarda ortalama %15-20, 10 yaş grubunda %5-6 ve 15 yaş ve üstü grupta ise %1'in altında oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (Görür ve ark, 2008).

Epidemiyolojik sonuçların topluca sunulduğu aşağıdaki verilerde, enürezis için 15 sayısının önemi vurgulanmıştır (Göksu, 2008).

#### **ENÜREZİSTE 15'LER**

✓ 5 yaşındaki çocukların % 15'i, 10 yaşındaki çocukların % 5'i işeme kontrolünü

kazanmamaktadır.

- ✓ 15 yaşındaki adölesanların % 1'i hala enüretiktir.
- ✓ Enüretiklerin % 15'inde enkoprezis vardır.
- ✓ Her yıl enüretiklerin % 15'i spontan olarak iyileşir.
- ✓ Enüretiklerin % 15'inde gündüz semptomları da vardır.
- ✓ Enüretiklerin % 15'i sekonderdir,
- ✓ Enüretik olmayanların % 15'inde nokturnal poliüri vardır.
- ✓ Enüretik olmayanların % 15'inde gece tuvalete kalkma öyküsü vardır.

Ortadoğu ve Balkan ülkeleri içerisinde en geniş kapsamlı çalışma Serel ve ark, tarafından Türkiye' de yapılmıştır. Bu çalışmada, Türk çocuklarında genel prevelans EN için %11,5 ve ED için %0,05 bulunmuştur. Cinsiyete göre genel dağılıma bakıldığında EN'nin erkeklerde %14,3, kızlarda %7,6; ED'nin erkeklerde %0,07 ve kızlarda %0,02 sıklıkta olduğu saptanmıştır, EN erkeklerde daha sık görülmekle birlikte ED için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yaş gruplarına göre değişen prevelans 7 yaş için %15,1; 12 yaş için %4 olarak saptanmış olup, artan yaşla birlikte enürezis sıklığı anlamlı olarak azalmıştır. Genel olarak enürezisli çocukların %60'ı erkek, %40'ı kızdır. Enürezisin erkeklerde daha sık görüldüğü yaygın olarak kabul görmekle birlikte bu durumu desteklemeyen epidemiyolojik çalışmalar vardır, ülkemizde de İstanbul'da yapılan ilçeleri de kapsayan bir çalışmada cinsiyet açısından fark bulunmamıştır (Serel ve ark, 1997; Gür ve ark, 2004).

## **2.2.4. Enürezisin Etiyolojisi**

### **2.2.4.1. Biyolojik Etkenler**

Enürezisin biyolojik etmenleri altıya ayrılır.

#### **2.2.4.1.1. Ailesel Yatkınlık**

Ailesel yatkınlık enürezise neden olan önemli faktörlerden biridir (Özkaya O, 2008). Enüretik çocukların %70-75'inin birinci derecedeki akrabalarında da enürezis görülmektedir. Tek yumurta ikizlerinde de enürezis görülme oranı daha yüksektir (Bodur ve ark, 2005). Anne

ve babanın birisinde enürezis nokturna öyküsü varsa risk %50, her iki ebeveynde de öykü varsa risk %77 ve ebeveynler enüretik değilse bu risk %15 olarak bildirilmiştir (Dönmez, 2004). Enürezisin 3 kuşaktır devam ettiği kalabalık bir ailede yapılan genetik inceleme, 22. kromozomla ilgisi olabileceğini düşündürmüştür. Von Gontard ve ark, tarafından yapılan bir çalışmada enüretik çocuklarda 8, 12 ve 13 kromozomların genetik geçiş ile ilgili olduğu saptanmış ve EN'nin genetik heterojenitesi vurgulanmıştır (İşcan B, 2010).

#### **2.2.4.1.2. Uyku Bozuklukları**

Birçok enüretik çocuğun ailesi, bu çocukların "çok derin uykucu" olduklarını ifade ederler. Zorla uyandırma gayretlerinin sonuçsuz kaldığını, çocuklarının hiçbir zaman tam uyanık hale gelemediklerini belirtirler. Wille ve ark EN'li hastaların %60'ında, kontrol grubunun %3.6'sında derin uyku problemi olduğunu bildirmişlerdir ancak enürezisin uyku bozukluğunun, bir sonucu olduğu ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Uyku evreleri ve enürezisi araştıran çalışmalarda derin uykunun enürezis etiyolojisinde rol oynadığı ileri sürülmektedir (Dönmez, 2004). Enüretik çocukların ileri derecede derin uykuları olduğuna inanılmakla birlikte, uyku elektroensefalografisi çalışmaları, bunlarda derin uykunun temel yapısı ile herhangi bir anormalliğin olmadığını göstermiştir. Ayrıca birçok araştırmacı, enürezisin gecenin ilk üçte birlik kısmında ve yavaş dalga uykusu sırasında olduğunu bildirmektedir. Enüretik çocukların uykudan uyandırmak için yapılan uyarılara, normal çocuklara göre daha az yanıt verdikleri bildirilmiştir. Bu çocukların çoğu kendiliğinden uyanamazlar, ancak yatağı ıslattıktan sonra uyanabilirler. Çoğu çocukta uyanma yeteneği santral sinir sistemi matürasyonu ile düzelir (Dönmez, 2004).

#### **2.2.4.1.3. Üriner Sistem İle İlgili Faktörler**

Enürezis etiyolojisinde mesane-üretra disfonksiyonunun rolünü araştırmak için pek çok çalışma yapılmıştır. Bunların sonuçlarına bakıldığında enürezise yol açan üç olası disfonksiyon modeli vardır.

1. Mesane kapasitesinin düşük olması
2. Gece üretilen fazla miktarda idrar ve normal hacimde bir mesanenin yetersiz kalması

### 3. Mesane kaslarının düzensiz kontraksiyonları (Turhan, 2015).

Enürezisli çocuklardaki ürodinamik çalışmalar 1980'den sonra Norgard ve ark, tarafından yoğun bir şekilde yapılmıştır. Bu çalışmalarda başlangıçta enüretik çocukların düşük mesane kapasitesine sahip olduklarına inanılmasına karşın genelde bu çocukların mesane kapasitelerinin normal sınırlar içerisinde olduğu bulunmuştur. Enürezis nokturnal çocuklar ile enüretik olmayan çocukların mesane kapasiteleri arasında fark yoktur. Ancak enürezis nokturnal çocuklarda fonksiyonel mesane kapasitesi daha düşüktür. Fonksiyonel mesane kapasitesi, mesanenin boşalma anındaki volümü olduğu için, fonksiyonel mesane kapasitesinin az olması çocuklarda gündüz sık idrara çıkma ve her gece altını ıslatma gibi semptomlara yol açar. Ayrıca internal sfinkterin tam olarak işlev görmesinin en geç 6 yaşında tamamlanmasına karşın, enüretiklerde bu sürenin uzadığı bildirilmiştir (Dönmez, 2004).

#### 2.2.4.1.4. Maturasyonda Gecikme

Primer enürezis nokturna etiolojisinde en güncel fakat herkesçe kabul edilmeyen hipotezlerden biri merkezi sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeye bağlı olarak, normal inhibitör kontrol mekanizmasının geç gelişmesidir. Bunu destekleyen birçok kanıt ileri sürülmüştür:

A. Enüretiklerin mesane kapasiteleri kontrol grubuna göre kıyasla daha düşük bulunmuştur. Ancak anestezi altında mesane hacimleri ölçüldüğünde yaşlılarıyla eşit olarak bulununca, kapasite düşüklüğünün anatomik değil fonksiyonel olduğu saptanmıştır

B. Nokturnal enüretiklerin en az beşte birinde gündüzleri frequency (sık idrar yapma), urgency (acil idrar yapma gereksinimi) şeklinde anormal mesane fizyolojisini yansıtan bulgular vardır.

C. Enüretik çocuklar yürüme, konuşma gibi becerileri yaşlılarına göre daha geç kazanmaktadır.

Bazı enürezisli çocuklar enürezisi olmayanlardan daha kısadır. Ayrıca enürezis, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde daha sık görülmektedir (Dönmez, 2004; Düşünsel, 2008).

#### **2.2.4.1.5. Hormonal Etkenler**

Sağlıklı insanlarda geceleri antidiüretik hormon (ADH) salınımının artmasına bağlı olarak idrar miktarı gündüze oranla iki-üç kat azalmaktadır. Yaşamın ilk yılında bu normal ritim henüz gelişmemiştir. ADH salınımının geceleri artması ile açıklanan bu değişim, üç yaş civarında tamamlanır. Enüretik çocuklarda bu değişim tamamlanamaz ve bu nedenle geceleri üretilen idrar miktarı azalmaz (Gökdoğan, 2006).

Sağlıklı insanlarda idrar miktarı gece ADH salgısının artmasına bağlı olarak azalmaktadır. Enürezisin, ritimdeki bu bozukluklar veya böbreğin bu ritme uygun yanıt verememesine neden olan yetersizlik nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Turhan,2015).

#### **2.2.4.1.6. Diğer Nedenler**

Mesanein yetersiz boşalması, enterobius vermicularis gibi barsak parazitleri, kronik böbrek yetmezliği, meningomyelose, spinal kord tümörleri, konvülsiyonlar, nörojen mesane gibi nörolojik bozukluklar, üst hava yolu obstrüksiyonu sekonder enürezis nokturnanın altında yatan diğer organik nedenleri olabilir. Ayrıca çocuklarda diabetes mellitus, diabetes insipidus, orak hücreli anemi, gece alkol veya kafein alınmasına bağlı olarak poliüri görülebilir. Epilepsili çocuklarda gece uykuda gelen nöbetler sırasında altını ıslatma olabilir (Zeyrek ve ark.2001; Dönmez, 2004).

#### **2.2.4.2. Psikososyal Etkenler**

Enürezisin etiolojisinde psikososyal etkenler başta gelmektedir. Bunlar tuvalet eğitimi ile ilgili sorunlar, zorlu yaşam olayları ve eşlik eden psikiyatrik durumlar olarak ele alınmıştır.

##### **2.2.4.2.1. Tuvalet Eğitimi ile İlgili Sorunlar**

Tuvalet eğitimi, çocuk ve aileler için birlikte başa çıkılması gereken durumlar arasında önemli bir kilometre taşıdır (Mota ve Barros, 2008). Anne-babalar küçük yaştan itibaren çocukların tuvalet ihtiyaçlarını kendi başlarına çözümlenmelerini beklerler. Oysa bu faaliyet

yeterli düzeyde kas kontrolü gerektirdiğinden 2-3 yaşından önce gerçekleşemez. Anne-babanın bu işlemi çocuktan çok sert bir biçimde istemesi; çocukta korku, hiddet ve endişe uyandırır ve bu konuda daha sonra ortaya çıkabilecek inatlaşmaların nedeni olabilir. Uzmanlar erken yaşta ve sert bir yaklaşımla tuvalet eğitimi vermenin zararlı olduğu konusunda birleşmektedirler. Bu tutum, çocukların duygusal dengesini bozduğu gibi yeterli olgunluğa ulaşmadan yapılan bu eğitim yok denecek kadar az fayda sağlar. Tuvalet eğitiminin ilk önemli sonucu çocuğun kendi kendine yetmeye başlamasıdır. Böylece çocuk süreç içinde otonomi kazanacaktır (Mota ve Barros, 2008). Zamanından önce veya çok baskılı tuvalet eğitimi verilmesi enürezis oluşumunda sık rastlanan bir durumdur. Aşırı temiz, titiz, düzenli annenin baskılı tuvalet eğitimine karşı enürezis, çocuğun pasif agresif bir tepkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Hiç tuvalet eğitimi verilmemesi de enürezise yol açabilir (Gökdoğan, 2006). Tuvalet eğitimi çocuk ve ebeveynler için önemli bir dönüm noktasıdır. Ebeveynler için çocuğun kirli bezleriyle ilgilenmek zorunda olmaktan kurtuluşu simgeler. Aynı zamanda bazı ebeveynler için çocuklarının gelişiminin bir başka yönünü ve erken yaşta belirli bir beceriyi yapabilmeyi gururunu temsil eder. Bu ve diğer sebepler nedeniyle belki de başka hiçbir gelişimsel dönüm noktası tuvalet eğitimi kadar çok desteklenip cesaretlendirilmez (Göv, 2009). Tuvalet eğitiminde temel ilke, çocuk hazır olmadıkça eğitime başlanmamasıdır. Çocuğun tuvalet eğitimi için, fiziksel olarak hazır hale gelmesinin ilk aşaması, yürümektir. Ancak çocuk yürümeye başladıktan iki veya üç ay sonra tuvalet eğitimine başlanabilir. Ayrıca çocukta bağırsakların veya mesanenin dolduğunun farkında olabilme, idrar ve feçesi tutabilme ve sfinkterleri uygun yer ve zamanda gevşetebilme, söylenenleri anlayabilme yeteneklerinin de kazanılmış olması gerekir. Bu yeteneklerin tamamı aynı zamanda olgunlaşmadığı için genellikle 16-18 aydan önce tuvalet eğitimine başlanmaması uygun olur (Mayes ve ark, 2002). Çocuğun tuvalet eğitimine fiziksel olarak hazır olmasının yanı sıra psikolojik olarak da hazır olması gerekir. Ailedeki veya çevredeki bazı olaylar çocuk için stresli olabilir. Ebeveynlerin hastalığı ya da yeni bir kardeşin doğması gibi stresler altında çocuktaki gelişim basamakları gerileyebilir. Çocuğun yaşamında stres kaynağı olabilecek bu gibi durumların önemli ölçüde varolması, tuvalet eğitimine başlamak için doğru zaman olmadığı anlamına gelir. Yaklaşık 16-18 aylıkta, çocuk idrarını 3 saat tutabilecek kadar mesane kontrolü kazanır. Bu yaşlarda belirli zamanlarda oturağa oturtulması denenmeli ve normal külot giydirilmeye başlanmalıdır. Çocukların çoğunluğu 2-3 yaşlarında gece de kuru kalmaya başlarlar. 2-2.5 yaşında erkek çocuklara ayakta idrar yapmaları öğretilmelidir. Çocuğun tam olarak idrar ve dışkı kontrolünü kazanması genellikle 4 yaşında gerçekleşir.

Tuvalet eğitiminin verileceği ortam ve zaman önemlidir (Göv, 2009). Tuvalet alışkanlığı telaş yaratmadan, sakin bir biçimde ve zor kullanmadan gerçekleştirildiği sürece yararlıdır. Bu alışkanlığın başlatıldığı tarih önemlidir. Bu konuda zorlama yoluna gitmek yanlıştır. Çocuk lazımlığa konduğunda ağlarsa hemen kaldırılmalıdır. İsteği dışında çocuğu lazımlığa oturtmak her zaman yanlıştır. Tuvalet eğitiminden kaynaklanan davranış sorunlarının en yaygın nedeni bu zorlamadır. Zorlama ile lazımlığa oturtulan çocuklar daha sonraki aylarda lazımlığı kullanmayı reddederler. Aynı çocuklar lazımlıktan kalkar kalkmaz idrar ya da dışkılarını külotlarına yaparlar veya dışkılarını tutarlar ve ciddi bir şekilde kabız olurlar. Genellikle çocuğu, her beslenmeden sonra birkaç dakikalığına lazımlığa oturtmak yeterlidir. Çocuklar büyüdükçe tuvaletlerinin geldiğini gösterebilirler ya da çeşitli hareketlerle anlatmaya çalışırlar. Dikkatli anneler çocuğu lazımlığa oturtarak altının ıslanmasını engelleyebilirler. Çocuk, eğitimi yapan anne veya baba için uygun olan bir zamanda değil, defekasyon veya ürinasyonun beklenebileceği saatlerde tuvalete oturtulmalıdır. Bu nedenle çocuğun tuvalet ihtiyacını belirtici davranışları anne tarafından takip edilmelidir (Göv, 2009).

#### **2.2.4.2.2. Zorlu Yaşam Olayları**

Enürezis ile çocuğun duygusal dünyası arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Enürezise, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan, aile içinde yeterli duygusal etkileşimden yoksun, nörotik ve uyumsuz çocuklarda daha sık rastlanmaktadır. Çocuğun duygusal dünyasını büyük ölçüde etkileyen ev ortamı, ölüm, ayrılık, geçimsizlik, hastalık, okul başarısızlığı, aile içi stresler ve çatışmalar, olumsuz anne-çocuk ilişkisi, çocuk ihmal ve istismarı, geniş aile yapısı, eğitim koşullarının yetersizliği, ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük olması, kurum bakımında olma, yetersiz ebeveyn-çocuk iletişimi, ebeveynlerde psikiyatrik problemlerin bulunması, etiyolojide önemli rol oynayabilen psikososyal etkenlerdir (Göv, 2009).

Kardeş doğumu ile başlayan ikincil enürezis bir regresyon belirtisi olabilmekte, bazen enürezis kardeşe duyulan saldırgan duyguların ifadesi olarak açıklanabilmektedir. Primer enürezis noktürnası olan çocukların ebeveynlerinin aşırı koruyucu, anksiyöz yapıda olduğu, bazılarının ise öfkeli ve kızgın, baş etmede daha çok ceza kullanmayı tercih eden ebeveynler olduğu belirtilmektedir (Göv, 2009).



### **2.2.4.2.3. Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar**

Enürezis tanısı alan çocukların normal kontrollere göre daha yüksek oranda davranışsal sorunlar gösterdiği bildirilmiştir. Bu çocukların benlik saygılarının ve özgüvenlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır. Enürezis ve ruhsal bozukluklar arasındaki korelasyonun, yaş ile artış gösterdiği görülmektedir. Bu ruhsal sorunlar enürezise ikincil olabileceği gibi; çoğu zaman enürezis bu davranış sorunlarına ikincildir. Ruhsal sorunlar ikincil enürezis gelişiminde daha fazla rol oynarken; mental gerilik, primer enürezis oluşumunda daha fazla yer tutmaktadır. Buna ek olarak, hem gece hem de gündüz enürezisi olan çocuklarda, ruhsal belirtilerin sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir (Abalı ve ark, 2006).

### **2.2.5. Enürezisli Çocuğun Değerlendirilmesi**

Enürezisin etiolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu nedenle başarılı bir tedavi yöntemi belirlemek için, bu problemin birçok açıdan irdelenmesi gerekir. Enürezis şikayeti ile getirilen çocuklarda öncelikle üriner enfeksiyon, diyabet ve epilepsi gibi olası fiziksel bozuklukları ortaya çıkarmak veya tetikleyici etmenleri saptamak için ayrıntılı ve titiz bir öykü alınmalı, daha sonra uygun fizik muayeneler yapılmalıdır (Abalı ve ark, 2006).

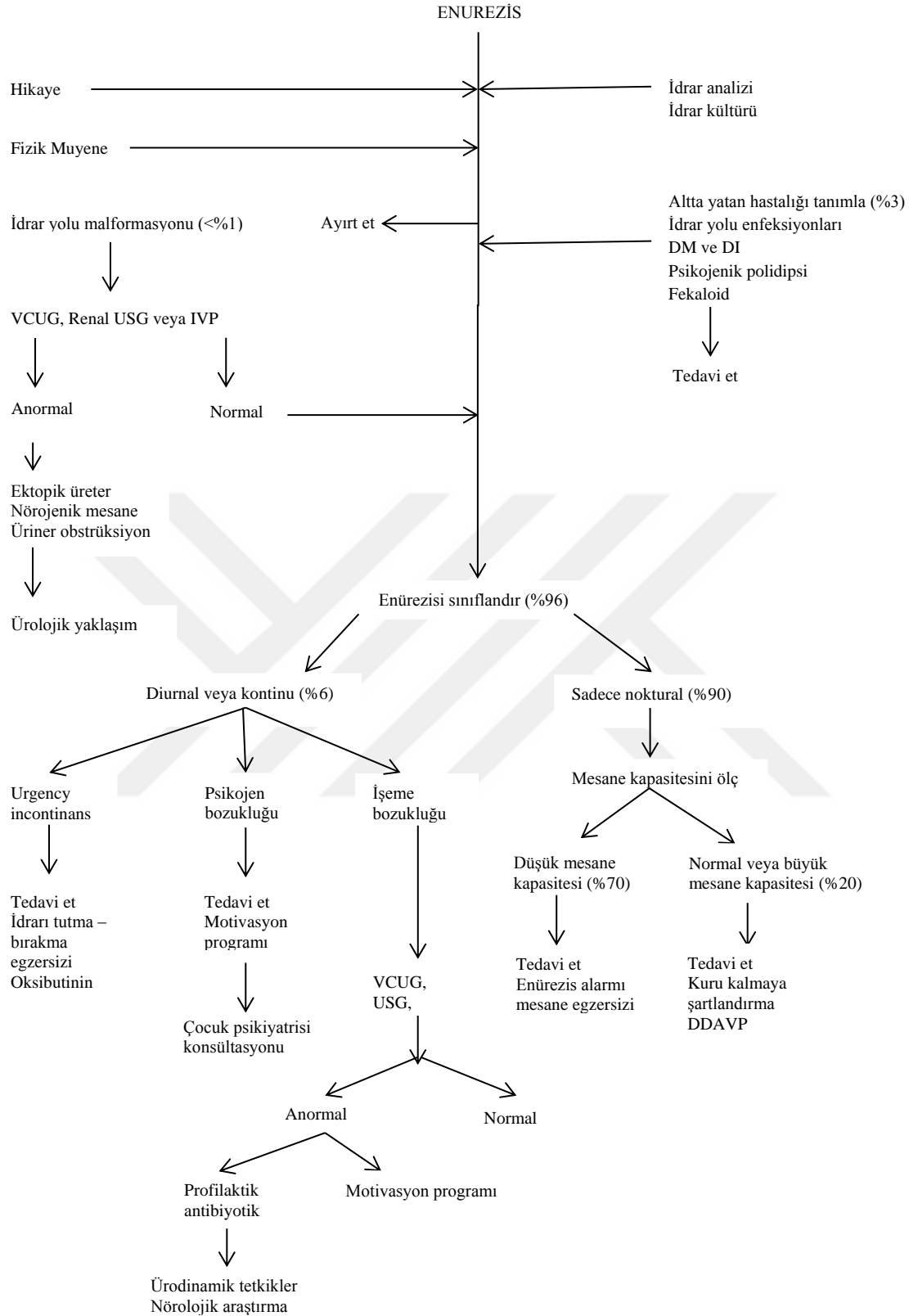
İdrar kaçırmaya yakınması ile başvuran bir çocukta değerlendirme ayrıntılı bir öykü ile başlar. Tuvalet eğitim yaşı, idrar kaçırmaya başlama zamanı, aralıklı ya da devamlı mı olduğu, işeme şekli (idrar akımı, kesintili, ıknarak, sıkışarak) işeme sıklığı ve miktarı, sıvı alım miktarı ve dışkılama alışkanlığı sorgulanmalıdır. Çocuğun ve ebeveynin dikkatlice sorgulanması ile oluşturulacak günlük, enürezisin tipini saptamada yardımcı olur (Dönmez, 2004; Canpolat ve Çalışkan, 2007).

Hastanın aile öyküsü ve kendi özgeçmişi ile ilgili ayrıntılı öyküsü alındıktan sonra fizik muayeneye geçilir. Genital bölge, mesane, gastrointestinal ve sinir sistemi dikkatlice değerlendirilmelidir. Kan basıncı ölçülmelidir. Büyüme geriliği ve/veya hipertansiyon renal hastalığı düşündürür. Enkoprezis veya konstipasyonu olan hastalarda rektal muayene yapılmalıdır. Çocuğun alt ekstremiteler kas tonusu ve derin tendon reflekslerine bakılmalıdır. Fizik muayenede özellikle dış genital bölge ve perine labiyal yapışıklık, ektopik üreter, meatal darlık ve cinsel istismar bulguları yönünden değerlendirilmelidir. Öyküde idrar akımının normal olmadığını düşündürecek bulgu varsa hastanın işemesi gözlenmelidir. Zorunlu ağız

solunumu yapan hastalarda uygulanacak adenoidektomi uyku apnesi sırasında ortaya çıkan yatak ıslatmasını önleyecektir (Canpolat ve Çalışkan, 2007).

Laboratuvar incelemeleri arasında ilk olarak idrar tetkiki yapılmalıdır. İdrar yoğunluğunun 1005'in altında olması diabetes insipidus'u, glüközürinin olması ise diabetes mellitusu düşündürür. Gündüz idrar kaçıran olgularda idrar sedimenti ile birlikte idrar kültürü de incelenmelidir. Seçilmiş olgularda idrar kalsiyum/kreatinin ve ürik asit/kreatinin oranlarının bakılması yararlı olur. Kan biyokimyasında üre, kreatinin, glüköz ve elektrolitler ölçülmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu olan hastalarda idrarın mikroskopik incelemesinde lökosit ya da bakteri, daldırma çubuğunda nitrit veya lökosit pozitifliği saptanır (Dönmez, 2004; Canpolat ve Çalışkan, 2007).

Üriner sistem enfeksiyonu hikayesi, gündüz işeme bozukluğu ve rutin idrar incelemesinde anormal bulguları olan olgular; sadece gece olan ve idrar bulguları normal olan enüretiklerden ayırt edilmeli ve gerekli görüntüleme çalışmaları ile ileri tetkikler buna göre planlanmalıdır. İdrar inkontinansı olan bir hastada mesane kapasitesi, boş mesane duvar kalınlığı ve işeme sonrası mesanede kalan idrar miktarı ultrasonografik olarak ölçülmelidir (Tekgül, 1999; Canpolat ve Çalışkan, 2007).



Turhan B. Monosemptomatik Enürezis Nokturnalı Hastalarda Uyku Bozukluklarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2015.

**Şekil 1.** Enüretik hastaya yaklaşımda akış şeması

## **2.2.6. Enürezisin Tedavisi**

Enürezis nokturnada, çok çeşitli tedavi yöntemleri denenmektedir. Spontan iyileşme oranı ortalama %15 olmakla birlikte, iyi bir tedavi bu oranı arttırabilir. Ailenin ve özellikle de çocuğun enürezisten yakınıyor olması ve kurtulmayı istemesi tedavinin başarısı için çok önemlidir.

Günümüzde nokturnal enürezis tedavisi 2 ana grupta incelenebilir:

1- Farmakolojik Tedavi

2- Farmakolojik olmayan tedavi

### **2.2.6.1. Farmakolojik Tedavi**

Primer nokturnal enürezis tedavisinde ilaç kullanımının etkisi tartışmalıdır. Aile, çocuk ve doktor tarafından arzulanan çabuk iyileşme ilk olarak ilaca başvuru oranını % 40-50 gibi yüksek düzeylerde tutmaktadır. İlaç tedavisi, enürezis için gerçek tedaviden çok bir semptomatik tedavi sayılabilir. Buna rağmen gerek hekimler gerekse hastalar tarafından en çok tercih edilen yöntemdir. Çünkü uygulaması kolaydır ve kısa sürede olumlu değişiklikler gözlenir. Ancak tedavi sonrası relaps oranları çok yüksektir. Enürezis nokturna tedavisinde; trisiklik antidepresanlar (imipramin, desipramin ve klomipramin), prostoglandin (PG) inhibitörleri (İbuprofen, diklofenak Na), antikolinerjikler (oxybutynin chloride), diüretikler (furosemid), amantadin, karbamazepin ve stimulanlar denenmiştir. Desmopressin (DDAVP) ve imipramine enürezis nokturna tedavisinde kullanılan primer ilaçlardır. Bu ilaçların genelde alarm sistemi ve davranışçı tedavilerin başarısız kaldığı takdirde kullanımı önerilmekteyse de hastaların sosyoekonomik zorlukları nedeniyle sıklıkla ilk tercih olarak kullanılmaktadır (Dönmez, 2004).

## **2.2.6.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi**

Enürezisli çocuklarda davranış geliştirmeye yönelik girişimleri ifade eder.

### **2.2.6.2.1. Kayıt Tutma ve Kuru Gecelere Özendirme**

Tedavinin prensibi, kuru kalınan zamanlar için ödüllendirilmeye, istemsiz ıslanma olduğunda çocuğun sorumluluğunu artırmaya dayanır. Çocuk ve aile ile sık görüşmeyi gerektirir. Çocuğu rahatlatmak, suçluluk duygusunu ortadan kaldırmak, doktor ile ailenin duygusal desteği tedavinin ana öğeleridir. Küçük çocuklara her kuru gece için güneş çizmesi, ıslak gece için bulut veya şemsiye çizmesi, okula giden çocukların yazılı kayıt tutmaları önerilebilir. Bu kayıt sayesinde enüretik çocuğun tedavideki gelişme ve iyileşmesini izlemek mümkündür. Bu tedavide diğer bir yaklaşım çocuğu sorumlulukla desteklemektir. İyileştirmeyi değerlendirmek için hem hasta hem doktora gerekli olan bir işlem ıslak ve kuru gecelerin kaydını tutmaktır. Küçük çocuklar, kuru geceler için takvim üzerine yıldız koymayı severler. Her yaştaki çocuğun başkalarının yardımı olmadan doldurabileceği bir şema önerilmelidir. Bu yöntem diğer tedavilerin başarısını artırır, ancak tek başına yeterli değildir. Motivasyon tedavisi genelde ilk başvuru olan yöntem olmakla beraber aynı prensipler alarm sistemi ve medikal tedavi programlarına da uyarlanabilir. Davranış motivasyonu ile hastaların %70'inde anlamlı düzelme sağlanır. Olguların %25'inde tam başarı (14 gün ardışık kuru kalma) olduğu bildirilmiştir. Motivasyon tedavisi 3-6 ay uygulandıktan sonra iyileşme sağlanamıyorsa, diğer tedavi metotları denenebilir (Dönmez, 2004).

### **2.2.6.2.2. Ödüllendirme ve Cezalandırma**

Bir çocuk öncelikle idrar kaçıırma problemini çözebilmek için kuru kalmayı istemeli ve bunun mümkün olduğunu bilmelidir. Küçük stresler bu yeteneğin kazanılmasına yardımcı olabilir, ancak ağır stresler bu olaya engel olur. Bu nedenle aşırı ödüllendirme ve cezalandırma doğru değildir. Çocukların kuru kalktıkları sabahlarda özellikle duygusal içerikli olarak ödüllendirilmeleri, ıslak kalktıklarında ise anlayışlı davranmak, iyileşme süreci üzerine etkilidir (Turhan, 2015).

### **2.2.6.2.3. Mesane Eğitimi**

Mesane egzersizi, enüretik çocuğun gündüz idrarını yaparken birkaç kez idrarını tutup bırakması ve mesanesi iyice dolduktan sonra idrar yapması şeklinde uygulanır. Çocuk idrarını yaptıktan 5 dakika sonra tekrar tuvalete gönderilip idrarın hepsini boşaltması sağlanabilir. Mesane egzersizlerinin özellikle 9 yaş ve üstündeki çocuklarda daha iyi uygulanabildiği gösterilmiştir Mesane eğitimi, istemli olarak işeme sıklığının azaltılmasıyla mesanenin gerilip genişlemesi, fonksiyonel kapasitesinin artması esasına dayanır. Bu yöntemle sık tuvalete gitme alışkanlığı kırılır. Bu çocuklar gece daha fazla süre idrar tutabilirler. Tek başına yeterli olmamakla birlikte özellikle alarm tedavisine ek olarak kullanıldığında başarı şansını artırır (İşcan, 2010).

### **2.2.6.2.4. Tuvalete Kaldırma ve Uyku Öncesi Sıvı Kısıtlaması**

Yatak ıslatma uykunun ilk saatlerinde daha siktir. Bu nedenle ebeveynler çocuklarının kuru kalması ya da daha az yataklarını ıslatmaları için kendileri yatmadan önce uyuyan çocuklarını tuvalete kaldırır. Uyandırma ve kaldırmanın çamaşır yıkama problemini azaltması d ısında enürezisin iyileşmesine etkili olduğuna dair bir (İşcan, 2010).

### **2.2.6.2.5. Alarm- Uyarı Sistemi**

Bu tedavide elektrolitik prensiplerle çalışan alarm aletleri kullanılmaktadır. "Alarm Device", "Conditioning Devices" veya "Bell-and-Pad" adları verilen bu sistem, ilk olarak 1904 'te, Alman pediatrist Pfaundler tarafından gündeme getirilmiş ve ıslak yatakların değiştirilmesi gerektiğinde, servis hemşirelerini uyarmak amacıyla kullanılmıştır. Sistem zamanla çocukların kendi kendilerine kullanabileceği şekilde değiştirilmiştir. Bu sistem, hasta yatağını ıslattığı an, bir damla idrarın çocuğun üzerinde yattığı telli pede temas etmesiyle, alarm zili veya vızıltıya benzer ses çıkaran bir aletle (buzzer), çocuğun uyandırılmasına dayanır. Daha sonraları bunların pijamaya takılmak suretiyle kullanılan şekilleri de geliştirilmiştir. Böylece işenen ilk bir kaç damla ile uyandırılıp tuvalete yetişmesine olanak sağlanmıştır. Bu kondisyon aleti hızla yatak ıslatmayı keser. Çünkü hasta, uyanıp zil veya alarmın çalmasından önce işemeyi öğrenir (Turhan, 2015).

Çoğu otorite için alarm sistemi ile tedavi hem pratiktir, hem de saygın ve insancıl şekilde uygulanabilirliği vardır. Ayrıca 4-6 aylık tedavi sonrası %60-85 başarı sağlanır. Bu olumlu özelliklere rağmen uzun sürede etkili olması ailenin diğer fertlerini rahatsız etmesi nedenleri ile doktorların yaklaşık %5'i tarafından tercih edilmemektedir (Turhan, 2015). Bu tedaviyle görülebilecek başarısızlık sebeplerinin bilincinde olmak önemlidir. Bu sebepler ebeveyn ve hasta kooperasyon bozukluğu, diurnal enürezisi de olan hastanın gecede birden fazla ve sık idrar yapması, organik etyolojileri içerir (Butler ve ark, 2005). Uyarılan çocuk alarmı kapatmalı, tuvalete gitmeli ve alarmı tekrar aktive ederek yatabilmelidir. Yalnızca işemenin geciktirilmesi ile istenen etki sağlanamaz. Tedavi boyunca 2 haftada bir doktor kontrolü devam etmeli, çıkabilecek sorunlar giderilmelidir (Turhan, 2015). Tam kuruluşun sağlanması ortalama 2 ay gerektirmektedir. Birçok yazara göre başarı birbirini takip eden 14 gün kuru kalmak şeklinde tanımlanır. Motivasyon tedavisi ve farmakoterapi ile beraber kullanılabilir (Butler ve ark, 2005).

#### **2.2.6.2.6. Kuru Yatak Eğitimi**

Bu yöntemin uygulanabilmesi için hekim, aile ve çocuğun yoğun çaba ve maksimum uyumu gerekmektedir. Bu yöntemde enüretik alarma ek olarak mesane eğitimi, uyandırma pratikleri, ödüllendirme, ıslatılan yatağın çocuk tarafından temizlenmesi gibi cezalar, psikososyal motivasyon gibi yöntemler birlikte kullanılır. Uygulama güçlüklerinden dolayı kullanımı pek yaygın değildir. Erişkinlerde aile bireylerinden yardım alınarak yapılan tedavinin etkin olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Turhan, 2015).

### **2.3. Anne Baba Tutumu**

Evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birliğe aile denir (TDK, 1932).Aile, toplumsallaşma sürecinde çocuğun kişilik özelliklerini, tutum ve davranışlarını biçimlendiren, onu toplum içinde gelecek yıllardaki rolüne hazırlayan önemli bir kurumdur (Gürsoy, 2006).

Aile çocuğun gelişiminin güçlendirilmesinde çok önemli rol üstlenir. Ebeveyn olmak, aile içinde liderlik rolünü üstlenmek demektir. Ebeveynler çocuğa toplum içinde kabul edilebilir davranışları öğrenmesinde ve toplumun sosyal yönden sorumluluk paylaşan bir

üyeyi olmasında rehberlik ederler. Çocukların yetiştirilmesinden, güvenliğinden, fiziksel ve duygusal yönden sağlıklı büyümelerinden sorumludurlar (Büyükgönenç, 2012).

Genel olarak bakıldığında, anne babalarla çocuklarının tutumları arasındaki benzerliklerin, farklılıklardan daha fazla olduğu görülmekte; bu da ailelerin çocuklarının tutum ve davranışları üzerinde önemli bir etkisi olduğuna işaret etmektedir. Anne ve babalar çocuklarına doğru ve yanlışları tutumları aracılığıyla öğretmektedirler (Seçer ve ark, 2007). Çocuğun kendi kendini yöneten, yüksek benlik saygısına sahip, doyumlu bir birey olarak gelişmesi, büyük ölçüde ona sağlanan fırsatlara ve anne-babanın yaklaşımına bağlıdır (Çerik, 2005).

Birey tutumlarının büyük bir kısmı çocukluk yaşlarında son şeklini almakta ve daha sonra çok az değişmektedir. Bu dönemde kişiliğin oluşumunu etkileyen ve aile ortamına ilişkin en önemli faktör, anne-babanın çocuk yetiştirme tutumlarıdır. Aile, bireyin kişiliğinin oluşumunda ve toplumsallaşmasında etkin bir faktör olarak, toplumun sosyo-kültürel özelliklerini bireye aktarmaktadır. Böylece aile, birey davranışlarını düzenleyici bir sosyal ortam özelliği kazanmaktadır (Çerik, 2005).

Yılmaz'a göre, anne baba tutumlarını ebeveynler arasında da farklılık gösterebilmektedir. Bir anne babanın çocuğunun nasıl hareket etmesi gerektiği ya da nasıl bir kişilik yapısına sahip olması gerektiği konusundaki tutumu çoğunlukla diğer anne babadan farklıdır. Bu bağlamda araştırmacılar anne babalar arasındaki farklı tutumların, çocuğun psikososyal ve duygusal açıdan farklı sonuçlar doğuracağını düşünmektedir.

Anne baba tutumlarını altı grup altında toplanmıştır: baskılı ve otoriter tutum, gevşek tutum (çocuk merkezci aile), dengesiz ve kararsız tutum, koruyucu tutum, ilgisiz ve kayıtsız tutum, güven verici, destekleyici ve hoşgörülü tutumdur (Kaya, 2012).

### **2.3.1. Baskıcı ve Otoriter Anne-Baba Tutumu**

Aşırı baskılı otoriter tutum; çocuğun kendine olan güvenini kaybetmesine yol açan, çocuğun kişiliğine önem vermeyen bir tutumdur. Geleneksel Türk aile yapısında bu tutuma sıkça rastlanmaktadır. Anne babanın uyguladığı katı disiplin yüzünden çocuk, her kurala uymak zorunda bırakılmaktadır. Baskı altında bırakılan bu çocuk, sessiz, uslu nazik ve dürüst olmasına karşılık silik, çekingen, başkalarından kolayca etkilenen kişiliğe sahip olmaktadır.



Böyle bir aile ortamında “zor yoluyla denetleme” ve “sevgiyi esirgeyerek denetleme” durumları hakim olmaktadır. Sürekli denetlenen çocuk hangi hareketine karşı ne tepki alacağını bilemediğinden dolayı sürekli kaygı halindedir.

Otoriter ebeveynler katı ve değişmez kural koyma eğilimindedirler. Çocuktan, koyulan kurallara sorgulamaksızın uyması beklenir. Kurallara uymadığında ceza uygulanır. Çocuğa aile içindeki kararlara katılma fırsatı verilmez. Çocuk belli kalıplarda yetiştirilmeye çalışılır. Otoriter ebeveynlerin çocukları bir davranışın neden kabul edilebilir olduğunu yada olmadığını değerlendiremez. Çekingen ve kendine güvensiz olur. Planlama gücü yoktur ve kendini ifade edemez (Büyüköneç, 2012).

Çocuğunu, kendi ideallerinde yaşattığı kalıplara uygun küçük bir yetişkin yapma çabasıyla yola çıkan ana babaların çoğunlukla katı, baskıcı ve hoşgörüsüz bir tutum içinde oldukları görülür. Otoriter tutumun egemen olduğu ailelerde ceza önde tutulur ve suçla orantısızdır. Ceza aileden aileye değişirse de amaç aynıdır. Çocuk ne pahasına olursa olsun yola getirilmelidir. Anne babanın çocuğu sürekli eleştiriyor olması çocuğu çekingen yapar. Çocuk attığı her adımda yanlış yapma korkusu içindedir. Duygu ve düşüncelerini içine atarak onları bastırır. Otoriter tutumdaki anne-babaların çocukları çekingen, başkalarının etkisinde kolayca kalabilen, aşırı hassas bir kişilik yapısına ve genellikle, isyankâr davranışlar göstererek aşağılık duygusuna sahip olmaktadır (Yörükoğlu 2002, Yavuzer 2004, Demiriz 2007).

### **2.3.2. İlgisiz ve Kayıtsız Anne-Baba Tutumu**

Ebeveynler çocukla ilgilenmezler, fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini göremezler, karşılayamazlar. Çocuklarına sınır koyamazlar ya da kontrol etmezler. Yaşamlarının çok stresli olduğunu ya da harcayarak enerjilerinin olmadığını ifade ederler. İlgisiz tutumla yetiştirilen çocuk genellikle güvensiz ve kendi başının çaresine bakmak zorunda olan çocuktur. Başkalarını sevmekte güçlük çeker. Davranış bozukluğu göstermeye eğilimlidir (Büyüköneç, 2012).

İlgisiz anne-baba çocuğun isteklerine hiç bir denetim ve sınırlama getirmeksizin kabul eden ana-babalardır. Bu tutumun sürekliliği çocuğun gereğinde duygu, istek ve dürtülerini denetleyebilme yeteneğinin gelişimini olumsuz yönde etkiler, vurucu ve kırıcı saldırgan davranışların artmasına neden olur. İlgisiz anne-baba çocuğunu ihmal hatta psikolojik

bakımdan reddeder. Çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarından habersizdir. Nerede, ne yaptığıyla fazla ilgilenmez, varlığından rahatsız olduğundan, çocuğunu çevresinden mümkün olduğu kadar uzak tutmaya çalışır, ilgisiz anne baba çocuğuna en az sevgi gösteren ve davranışlarına en az kontrol uygulayan anne babadır (Poyraz, 2007).

### **2.3.3. Gevşek Anne-Baba Tutumu (Çocuk Merkezci Aile)**

Gevşek ana baba tutumunda anne babanın çocuğa egemen olma ve onun üzerinde baskı kurma eğilimi yerine, çocuğun başına buyruk yetişmesi dilediğinde davranması ve çocuğun üzerinde aile denetiminin olmaması vardır. Böyle bir ortamda çocuk, ailede insiyatif sahibi tek kişidir ve onun isteklerine diğer aile bireyleri kayıtsız şartsız uyarlar. Çocuğun dengesiz bir ortam içinde abartılmış bir sevgi gösterisi içinde büyüyor olması, onun doyumsuz bir birey olmasına zemin hazırlar. Bu tür ailelerde yetişen çocuklar gururlu, kibirli, kendini beğenen bir kişilik özelliği de sergileyebilirler. Bu tür çocuklar sosyal ortama girdiğinde ve her dediğinin olmadığını görünce hayal kırıklığına uğrar ve kendi iç kabuğuna çekilirler ve kolay kolay uyum sağlayamazlar (Poyraz, 2007).

### **2.3.4. Dengesiz ve Kararsız Anne-Baba Tutumu**

Anne babanın dengesiz ve kararsız olması, çocuğun eğitim ve gelişimini olumsuz açıdan etkiler. Bu dengesizlik ve tutarsızlık, ana-baba arasındaki görüş ayrılığından olduğu gibi anne-babanın gösterdikleri değişken davranış biçiminde de görülebilir. Anne babanın çocuğun yanında "çocuk konusunda" birbirlerini eleştirmeleri, birinin olumlu yaklaşmasına, diğerinin olumsuz tutum ya da taraflardan birinin çocuk kayırması çok sıklıkla rastlanılan disiplin yanlışlıklarındandır (Demiriz, 2007).

Dengesiz, tutarsız ve kararsız anne baba tutumu çocuğun kişilik gelişimini etkiler. Çocuk hangi davranışın nerede ve ne zaman yapılmayacağını kestiremez. Bu şekilde yetişen çocuklar, kendini kanıtlamak ve dikkatleri üzerine çekmek için sinirli, ürkek yumuşak huylu, ılımlı, söz dinleyen bir çocuk olmak ya da kendi benliğini ve bağımsızlığını göstermek için kavgacı, asabi, çabuk kırılıp öfkelenen, tepkisel bir kişilik yapısı geliştirebilir. Çocuk kendi kişilik gelişimini sağlamak için oldukça uzun zaman ve emek harcar ama asla istenilen sonuca ulaşamaz.

### **2.3.5. Koruyucu Anne-Baba Tutumu**

Anne babanın aşırı korumaları, çocuğa gerektiğinden fazla kontrol ve özen göstermesi anlamına gelir. Aile tarafından çocuğun her çağrısına cevap verilir. Aşırı koruyucu ve abartılmış sevgi ile büyütülen çocuklar hayata ve sosyal yaşama gereğince hazırlanamazlar. Diğer kişilere karşı aşırı bağımlı güvensiz, duygusal kırıklıkları olan bir kişi olabilirler. Beceriksiz, çekingen ve sakar görünürler. Atılım ve başarma gücünden, kendilerini kabul ettirme istek ve yeteneğinden yoksundurlar. Çoğunlukla başarısız ve mutsuz olurlar(Poyraz, 2007).

### **2.3.6. Mükemmeliyetçi Anne Baba Tutumu**

Mükemmeliyetçi anne baba her şeyin en iyisini çocuğundan bekler. Kendi gerçekleştiremediği yaşantıları çocuklarının gerçekleştirmesini isterler. Mükemmeliyetçi anne baba tutumuyla yetişen çocuklar sağlıklı gelişim gösteremezler. Kişilik ve karakter yapıları genelde çok katıdır, esneklik görülmez. Onlar için bir şey ya siyahtır ya da beyazdır. Hayatlarında gri ve diğer renkler yer almaz. Çocuk daima bir çatışma içindedir. Kendi doğal içgüdüleri ve ağır kurallar arasında sıkışıp kalır. Sürekli sevgi ve nefret karışımı duyguları aynı anda yaşar. Çocuk her işte en iyisi ve en üstünü olmak ister. Fakat her işte istediği seviyeyi yakalamayınca hayal kırıklığına uğrar. Çocukta aşağılık duygusu gelişir Anne baba doyumsuz olduğu ve hep daha hep daha dediği için çocukta da doyumsuzluk duygusu yerleşir (Demiriz, 2007).

### **2.3.7. Kabul Edici, Güven Verici ve Demokratik Anne Baba Tutumu**

Demokratik tutumda ebeveynler çocuklarından olgun davranış bekler. Çocuğun uygun olmayan davranışlarını onun anlayabileceği bir dille açıklarlar. Gerekli olduğunda kurallara uymalarını isterler. Disiplin, gerekçesi açıklanarak kullanılır. Sıcak ve ilgilidirler. Sabırlı ve duyarlı bir şekilde birbirlerini dinlerler. Aile içinde verilecek kararlarda çocuklarında görüşleri alınır. Bu tür ailelerde yetişen çocuk ebeveynleri tarafından kabul edildiğini, benimsendiğini, değerli olduğunu bilir. Kendine güvenir. Atılgan, girişken, yaratıcı, liderlik özelliği taşıyan, seven sevilen bir kişilik geliştirir. Duygularını ve kendini açıklamakta kendine yetebilme özelliğini kazanır (Büyükgönenç, 2012).

Bu tür ana baba tutumlarında çocuğa karşı ebeveyn tarafından içten ve derin bir sevgi duyulur. Çocuğa karşı olumlu rol modeli oluşturan bu tür anne babalar çocuklarına sorunlarının çözümü konusunda rehberlik yaparlar. Çocuğun ilgi ve gereksinimlerine her zaman saygı gösterilir. Aile bireyi olarak çocuğun da fikri önemlidir. Anne babalar çocuğun yaşına göre bazı kararlarını kendisinin almasını sağlarlar. En sağlıklı anne baba tutumu da bu esnek yapılı ana baba tutumudur. Bu tutumu kayıtsız ve şartsız gösteren anne babaların çocukları aşağıda sayılan olumlu kişilik özelliklerine sahip olurlar. Demokratik ve güven verici bir ortamda yetişen çocuk; kendine ve çevresine saygılı ve duyarlı, kendi sınırlarını bilen, hoşgörülü, açık fikirli, irişken, yaratıcı, aktif, kendi inandıklarını sonuna kadar savunabilen, fikirlerini serbestçe söyleyebilen, başkalarının fikirlerine saygı duyan, fikirleri doğrultusunda hareket eden, kişilik yapısı ve davranışları açısından dengeli, sorumluluk duygusu gelişmiş, kurallara ve otoriteye karşı körü körüne bağlı olmayan uyumlu bir birey olarak yetişir. Dolayısıyla ancak bu esnek yaklaşım içinde bedensel, zihinsel ve sosyal açıdan sağlıklı bireyler yetişebilir (Kaya A.ve ark, 2012).

Anne baba tutumları içinde en sağlıklı ve başarılı olanı "güven verici" "kabul edici" "destekleyici" "hoşgörülü" ve "demokratik" anne baba tutumudur. Ancak bu esnek yaklaşım için de bedensel, zihinsel ve ruhsal açıdan sağlıklı bireyler yetişebilir. Ana baba tutumlarının özellikle çocukla daha uzun beraber olan anne tutumunun çocukluktan başlayarak, benlik yapısının gelişmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Demiriz, 2007).

#### **2.4. Okul Çağında Enürezis İle İlgili Çalışmalar**

Lee ve ark (2000), literatürdeki çalışmalar, enürezis prevalansının ilerleyen yaşla birlikte azalma eğiliminde olduğunu göstermiştir. Lee ve ark, 7 yaşındaki çocuklarda %20,4 olan NE prevalansının 12 yaşındaki çocuklarda %5,6'a gerilediğini bildirmişlerdir.

Ünalın ve ark (2001), yaş ile NE görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Chang ve ark (2002), NE'li çocukları okul başarıları yönünden sağlıklı çocuklarla karşılaştırmışlar ve enüretik çocukların okul başarılarının daha düşük olduğunu göstermişlerdir.

Bozlu ve ark (2002), tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise erkeklerdeki enürezis oranının kızlardan daha yüksek olduğu bildirilmesine rağmen geç adölesan dönemde erkek ve kızlar arasında fark gözlenmediği saptanmıştır.

Gür ve ark (2004), yaptıkları çalışmada enürezis sıklığı kızlarda erkeklerden daha fazla bulunmuş ve bunu Türkiye’de düşük sosyoekonomik düzeyden gelen kız çocuklarının sorumluluklarının fazla olmasıyla açıklamışlardır.

Özden ve ark (2007), çocuklarda %33,3 oranında, şiddetli olarak tanımlanan her gece kaçırma olduğunu bildirmişlerdir.

Görür ve ark (2008), Hatay’daki 6-18 yaş arası çocuklarda yaptıkları araştırmada, arkadaşlık ilişkisi kötü olan çocukların %35,3’ünde ve okul başarısı kötü olan çocukların %21,5’inde enürezis varlığını tespit etmişlerdir. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise enürezisin kötü arkadaşlık ilişkisi, orta ve kötü okul başarısı ile ilişkisi olduğunu bulmuşlardır.

Çarman ve ark (2008), yaptıkları çalışmada 6-8 yaş aralığın da %21,6; 9-11 yaş aralığında %12,3 ve 12 yaş üzerinde %10,3 oranında enürezis sıklığı saptamışlardır.

Güneş ve ark (2009), enürezis nokturna oranının %14,9 olduğu ve yaş arttıkça enürezisli çocuk sayısının azaldığı bildirilmiştir. Literatürde genel olarak erkeklerde enürezis nokturna daha fazla görüldüğü rapor edilse de bu çalışmada erkek-kız çocuk açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılığın ortaya çıkmadığı ifade edilmiştir.

Şahin ve ark (2012), yaptığı çalışmada tüm çocukların %23, 5’inde enürezis nokturna tespit edilmiş. Erkek çocuklarda prevalans kız çocuklarından daha yüksek (%24, 9 vs. %22, 1) bulunmuştur. Saptanan enürezis vakalarının %58, 1’u primer, %41, 9’u ise sekonder enürezis olup; cinsiyet, aile öyküsü, derin uyku ve kabızlık ile enürezis arasında anlamlı bağlantı bulunmuştur. Nokturnal enürezis prevalansı Türkiye’de daha önce yapılan çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur.

Bolat ve ark (2013), yaptığı çalışma sonuçlarına göre ise çocukların %42’si her gece idrarlarını kaçırmaktaydı. Bununla birlikte enüretik çocukların %62,8’inin çamaşır ve pijamalarını ıslatacak derecede kaçırmalarının olduğu gözlemlendi.

Bolat ve ark (2013), EN prevalansı erkeklerde %23, kızlarda %15,8 olarak tespit edilmiş ve erkek öğrencilerde NE riskinin kız öğrencilere kıyasla 1,75 kat daha fazla olduğu görülmüştür.

## **2.5. Okul Çağında Anne Baba Tutumu İle İlgili Çalışmalar**

Türnüklü ve Galton (2001), Türkiye ve İngiltere’de ilköğretim düzeyinde karşılaştırmalı olarak yapılan bir araştırmada ise özellikle Türkiye’deki öğretmenler, sınıfta karşılaştıkları olumsuz davranışların büyük ölçüde aile yapılarından kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Chen ve Fan (2001), yirmi beş araştırmanın meta analizini yaptıkları çalışmalarında ana-baba katılımı ve çocuklarının akademik başarıları arasında ilişki olup olmadığını incelemişler ve ana-baba katılımı ve öğrenci başarısı arasında güçlü ve olumlu bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Küçükahmet (2001), yaptığı çalışmada öğrenci ailelerinin yanlış tutumu, ilgisizliği, baskısı, sertliği, sevgisizliği ya da aşırı ilgisi gibi durumlar öğrencilerin ders çalışmaktan soğumalarına, korku ve gerginlik duymalarına neden olmaktadır.

Çelenk (2001), ilk okuma-yazma öğretiminde, evde çocuğuna eğitim yardımı sağlayan ve bu amaçla okul ile yakın işbirliğine giren ailelerin çocuklarının okuduğunu anlama başarılarının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır.

Demirel (2002), Ailesi yanında kalmayan, örneğin, yurttan ve ya yatılı okullarda kalan öğrencilerin, ailelerinin yanında kalan öğrencilere göre çok ağır sorunları olmaktadır. İletişimi kuvvetli olan aile ortamında yetişen çocukların konuşma becerilerinin; cümle uzunluğu, soru sayısı, sözcük dağarcığı bakımından daha iyi durumda oldukları saptanmıştır.

Arslan ve ark (2009), Bir diğer çalışma okul-aile ilişkileri konusunda yapılan karşılaştırmalı araştırmada, Hollandalı ailelerin öğretmenlerle daha çok çocuklarının sosyal etkinliklere katılımı ile ilgili olarak görüştikleri, Türk ailelerin ise daha çok çocuklarının akademik başarısızlıkları nedeniyle öğretmenlerle görüştikleri gözlenmiştir. Türk aileler öğretmenlere en çok çocuklarının akademik başarıları ile ilgili soru sorarlarken, Hollandalı ailelerin ise en çok çocuklarının sosyal etkinlikleri ile ilgili soru sordukları gözlenmiştir. Öte yandan, Hollandalı ailelerin dersten sonra çocukları ile en çok okulda katıldıkları sosyal

etkinliklerle ilgili olarak; Türk ailelerin ise derslerde öğrenilen yeni bilgilerle ilgili olarak konuştukları görülmüştür. Araştırmada, Hollandalı ailelerin Türk ailelere göre çocuklarının öğretmenleri ile daha sık görüşükleri gözlenmiştir.

Sezer ve ark (2013), tarafından yapılan çalışmada erkek öğrencilerin saldırganlık puan ortalamaları kız öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur Anne ve babanın kavga etme sıklığı öğrencilerin boş zaman faaliyetleri ile saldırganlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Saldırgan olma durumunun ana baba kavga etme sıklığı, anne tutumu ve baba tutumundan etkilendiği saptanmıştır. Çalışma sonuçlarında ilköğretim çağındaki öğrencilerin saldırganlık düzeylerinin düşük olduğu, saldırganlığın anne baba kavga etme sıklığı ve ana-baba tutumu gibi değişkenlerden etkilendiği saptanmıştır.

## **2.6. Anne Baba Tutumu Enürezis İlişkisi**

Toros ve ark (2003); Bodur ve ark (2005), Primer enürezis noktürnası olan çocukların ebeveynlerinin aşırı koruyucu, anksiyöz yapıda olduğu, bazılarının ise öfkeli ve kızgın, baş etmede daha çok ceza kullanmayı tercih eden ebeveynler olduğu belirtilmektedir.

Sebanjo ve ark (2007), Nijeryada enürezis ve anne-baba tutumu üzerine yapmış olduğu çalışmada çocukların kuruluk oranlarının düşük anne eğitimi ve düşük sosyal sınıfla ilişkili olduğu bulmuştur. Tüm ebeveynlerin enürezisi farkında olduklarını ama sadece% 9, 8 doğru bir sağlık sorunu olarak tanımladığını bildirmiştir.

Ünalın (2000), yaptığı çalışmada anne baba ilişki (dayak, sık tartışma) özelliklerine göre enürezis görülme sıklığı istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Problemsiz ve çocuğa zaman ayırmayan babaların çocuklarında enürezis nokturna daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Ünalın (2000), sert davranan ve değişken davranış göstermeyen babaların çocukluklarında enürezis nokturna daha yüksek bulunmuş, aradaki var istatistik açıdan anlamlı bulunmuştur.

Ünalın (2000), problemsiz, anneden ayrı kalamayan, ilişkileri bozuk olma durumu olan anne çocuk ilişkilerinde enürezis nokturna görülme durumu açısından istatistiksel açıdan

ilişki bulunmazken, anne çocuk ilişkisi değişken olan annelerin çocuklarında enürezis nokturna daha yüksek bulunmuştur.

Hashem ve ark (2013), yaptığı çalışmada ebeveynleri enürezise yeterli ilgiyi göstermediği, enürezis sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur.

## **2.7. Okul Sağlığı Hemşireliği**

Okul daha sonraki yıllarda, toplumda yerini alıp, hizmet verebilecek yeni kuşaklarla dolu bir kuruluştur. Yarının toplumunu oluşturacak bu kuşakların bedensel, toplumsal ve ruhsal sağlıkları ile bu günden ilgilenmek, mutlu ve sağlıklı bir toplumun geleceğini hazırlamak demektir. Okul sağlığı hizmetlerini yürüten ekip içinde, okul sağlığı hemşiresi öğrencilerin sağlığını korumada hayati bir rol oynamaktadır (Bahar, 2010).

Okul sağlığı hizmetleri, öğrencilerin ve okul personelinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla yapılan tüm sağlık etkinliklerini kapsamaktadır. Okul sağlığı hizmetlerinin amacı, toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak, sürdürmek ve çocukların dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (Altuntaş ve Baykal, 2012).

Okul toplumunun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi hizmetlerinde bilgi ve becerisi olan okul hemşiresinin okul sağlığı uygulamaları kapsamında yaptığı sağlık taramaları öğrencilerin ve toplumun sağlık sorunlarını belirleme ve sağlığını geliştirmede kilit rol oynamaktadır (Seçginli ve ark,2004; Altuntaş ve Baykal, 2012).



## 3. GEREÇ ve YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; İlkokul 1.Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı, Anne Tutumu ve İlişkili Faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı/kesitsel tipte bir araştırmadır.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aydın İl Merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Ekrem Çiftçi İlkokulu, Cumhuriyet İlkokulu, Yunus Emre İlkokulu, Zafer İlkokulunda yapılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 1020957 nüfuslu Aydın ilinde yapılmıştır (TUİK, 2013). Araştırmada, çalışmanın evrenini 2014-2015 öğretim yılında Aydın İl Merkezinde eğitim gören; toplam 3.895 İlkokul birinci sınıf öğrencisinin annesi oluşturmuştur. G power programı ile etki büyüklüğü 0, 25; anlamlılık düzeyi ( $\alpha$ ) 0, 05; güç %80 kabul edildiğinde örneklem büyüklüğü 269 olarak hesaplanmış; 1,6 desen etkisi de göz önüne alındığında 430 öğrenci annesine ulaşmak hedeflenmiş araştırma kapsamında 425 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı ilde toplam 55 ilkokul bulunmaktadır. Örneklem belirleme aşamasında ilkokullar arasından kura yöntemi ile dört ilkokul seçilmiş ve anket uygulaması 2014-2015 öğretim yılında seçilen okullardaki tüm birinci sınıf öğrencilerini kapsamıştır.

### 3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- Annelerin araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olmak.

### 3.5. Araştırma Hipotezi

**H<sub>0</sub>:** Anne tutumunun ilkokul 1.sınıf öğrencilerinde görülen enürezis sıklığına etkisi yoktur.

Kişisel özelliklerin ilkokul 1.sınıf öğrencilerinde görülen enürezis sıklığına etkisi yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Olumlu anne tutumu ilkokul 1.sınıf öğrencilerinde görülen enürezis sıklığını azaltır. Kişisel özellikler ilkokul 1.sınıf öğrencilerinde görülen enürezis sıklığını etkiler.

### **3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

#### **3.6.1. Anket Formu**

Anket Formu, annelerin; çocukları ve kendileri hakkında kişisel bilgi ve düşüncelerini, çocuklarının enürezis durumlarını öğrenmek amacıyla, DSM-V enürezis tanı kriterleri temel alınarak ve alan yazın çalışmaları incelenerek oluşturulmuştur (Taşpınar, 2009; Köroğlu, 2013).

Araştırmada Enürezis varlığına ilişkin değerlendirmede DSM-5 kriterleri kullanılmıştır.

#### **3.6.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI)**

Orijinal adı Parental Attitude Research Instrument (PARI) olan AHÇYTÖ, ana-babaların çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek amacıyla Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiş ve Le Compte, Le Compte ve Özer (1978) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ana-babalara, çocuk ve gençlere uygulanabilen, 60 maddeden oluşan ve zaman sınırlaması olmayan ölçek, beş alt boyut içermektedir

Bunlar;

**Aşırı Annelik Boyutu:** 16 maddeden oluşmakta ve annenin çocuğun hayatına fazla karışmasını içermektedir. Aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal ve çalışkan olmasını istemek annenin son derece fedakar olması ve çocuğun bunu anlaması gereğine inanma gibi konuları kapsamaktadır.

**Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu:** 9 maddeden oluşmakta ve çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini destekleme, onunla arkadaşlık etmek ve birçok şeyi paylaşmak gibi hususları içermektedir.

**Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Boyutu:** 13 maddeden oluşmakta ve bağımlılığı destekleme, sinirlilik, çocuklarla bir arada uzun süre kalmaktan hoşlanmama ve yeni doğan bebeğin bakımından ürkme gibi konuları kapsamaktadır.

**Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu:** 6 maddeden oluşmakta ve eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi hususları içermektedir.

**Baskı-Disiplin Boyutu:** 16 maddeden oluşmakta ve daha çok olumsuz bir çocuk yetiştirme tutumuna işaret eden, cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne-babanın mutlak hakimiyetine inanma gibi hususları içermektedir.

Ölçekte 2, 29 ve 44. maddeler tersine kodlanmaktadır. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı olumsuz anne tutumlarına işaret etmektedir. Ölçekten toplam puan elde edilememekte ancak alt ölçek puanları değerlendirilmektedir.

### **3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırma öncesi örneklem grubuna benzer özellik taşıyan bir okulda anketin ön uygulaması yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Araştırmanın anket uygulamasına gerekli görülen düzeltmeler yapıldıktan sonra geçilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Uygulama Planı**

Araştırmanın uygulaması Aralık 2014–Aralık 2015 tarihleri arasında 1 yıl sürmüştür. Araştırmada örnekleme dahil edilen şubelerdeki öğretmen ile işbirliği yapılarak annelere ulaşılmıştır. Araştırma öncesi araştırma ile ilgili bilgi verilerek ve annelerden yazılı izin alınmıştır.

1. ayda kurumdan izin alınmış, etik kurumdan izin alınmış, ön uygulama ve literatür taraması yapılmıştır. 2. ayda, öğrenci velilerinden onam alınmış, literatür taraması yapılmıştır. 3. ve 4. ayda velilere anket formu, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARİ) ölçeği uygulanmış, literatür taramaya devam edilmiştir. 5-7.ayda ayda veri girişi yapıp, literatür taramaya devam edilmiştir. 8-10.ayda ayda genel bilgiler yazılıp, literatür taraması

yapılmaya devam edilmiştir. 11-14. ayda verilerin analizi yapıp, bulgular yazılmış ve danışman incelemiştir. 15. ayda tez yazımı tamamlanmış, ilgili kurum-kuruluşlara sunumu yapılmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Aydın Milli Eğitim Müdürlüğü'nden, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan resmi izinler alınmıştır (2014/482). Anneden yazılı onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili gerekli izinler alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler, İki Örnekli T test, One Way Anova, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkeni idrar kaçırma durumu, bağımlı değişkenleri ise kişisel özellikler ve PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği puanıdır.

### 3.11. Çalışma Planı (Kasım 2015-Ocak 2016)

#### • ÇALIŞMA PLANI/TAKVİMİ: ARAŞTIRMANIN UYGULAMA PLANI (Kasım 2015 - Ocak 2016)

1.ay	Kasım	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurum İzni Alınması</li><li>• Etik Kurul İzni Alınması</li><li>• Ön Uygulama Yapılması</li><li>• Literatür Taraması</li><li>• Velilerinden onam alınması</li></ul>
2. ay	Aralık	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Taraması</li></ul>
3-4. ay	Ocak Şubat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Velilere, Anket Formu,</li><li>• Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI) ölçeği uygulaması</li><li>• Literatür Taraması</li><li>• Veri Girişi Yapılması</li><li>• Literatür Taraması</li></ul>
5-7.ay	Mart Nisan Mayıs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genel Bilgilerin Yazılması</li><li>• Literatür Tarama</li></ul>
8-10.ay	Haziran Temmuz Ağustos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verilerin analizi</li><li>• Bulguların yazılması</li><li>• Danışman incelemesi</li><li>• Literatür Taraması</li></ul>
11-14.ay	Eylül Ekim Kasım Aralık	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tez yazımı ve basımı, ilgili kurum-kuruluşlara sunulma</li></ul>
15. ay	Ocak	

## 4. BULGULAR

**Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler**

		N	%
Cinsiyet	Kız	230	54,1
	Erkek	195	45,9
Yaş	Ranj		
	(Min-Max) 2,00-6,00	(X±SS) 6,80±0,48	
		N	%
Okul	Ekrem Çiftçi İlkokulu	178	41,9
	Cumhuriyet İlkokulu	160	37,6
	Yunus Emre İlkokulu	68	16
	Zafer İlkokulu	19	4,5
Sosyal Güvence	Yok	73	17,2
	Var	352	82,8

Öğrencilerin %54,1'i (n=230) kız, %45,9'u (n=195) erkek olup yaş ortalaması 6,80±0,48'dir. Öğrencilerin %41,9'unun (n=178) Ekrem Çiftçi İlkokulu'nda, %37,6'nın (n=160) Cumhuriyet İlkokulu'nda, %16'sı (n=68) Yunus Emre İlkokulu'nda, %4,5'i (n=19) Zafer İlkokulu'nda eğitim gördüğü saptanmıştır. Öğrencilerin %82,8'inin (n=352) sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur.

**Tablo 2. Öğrencilerin Aile Özelliklerine İlişkin Bilgiler**

		N	%
Aile Tipi	Çekirdek aile	305	71,8
	Tek ebeveynli	15	3,5
	Geniş aile	84	19,8
	Birleşik aile	21	4,9
Ailenin Ekonomik Düzeyi	Gelir giderden az	132	31,1
	Gelir gidere denk	256	60,2
	Gelir giderden fazla	37	8,7
Son Bir Yılda Doğum	Yok	363	85,4
	Var	62	14,6
Annenin Eğitim Durumu	Okumaz yazmaz	32	7,5
	Okuryazar	17	4,0
	İlkokul	123	28,9
	Ortaokul	51	12,0
	Lise	114	26,8
	Üniversite ve üstü	88	20,7
Annenin Çalışma Durumu	Çalışmıyor	266	62,6
	Çalışıyor	159	37,4

Öğrencilerin %71,8'inin (n=305) çekirdek aile, %64,2'sinin (n=273) koruyucu aile yapısına sahip olduğu, %60,2'sinde (n=256) gelirin gidere denk olduğu, %85,4'ünde (n=363) ailede yenidoğan olmadığı, %28,9'unda (n=123) annesinin ilkökul mezunu olduğu, %62,6'sında (n=266) annesinin çalışmadığı, %86,8'inin (n=369) babasının çalıştığı saptanmıştır.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Anneleriyle İlişki Durumları

		N	%
İstlenen bir bebek olma durumu	Hayır	104	24,5
	Evet	321	75,5
İlgi ve Yakınlık Düzeyi	Kötü	0	0
	Orta	33	7,8
	İyi	392	92,2
Problem Varlığı	Yok	157	36,9
	Var	21	4,9
	Bazen	247	58,1
Fiziksel Şiddet Uygulama	Hayır	405	95,3
	Evet	20	4,7

Annelere göre öğrencilerin anneleri ile ilgili ilişki durumları incelendiğinde; 75,5'inin (n=321) ailede istlenen bebek olduğu, %92,2'sinin (n=392) ilgi ve yakınlık düzeyinin iyi olduğu, %58,1'inin (n=247) anne-çocuk ilişkisinde bazen problem olduğu, %95,3'ünün (n=405) çocuğuna fiziksel şiddet uygulamadığı bulunmuştur.

**Tablo 4.** Annenin Sağlık Durumuna İlişkin Bilgiler

		N	%
Sağlık Sorunu	Yok	377	88,7
	Var	48	11,3
Genel Sağlık Durumunu Değerlendirme	Kötü	8	1,9
	Orta	128	30,1
	İyi	289	68,0
Ruh Sağlığını Değerlendirme	Kötü	11	2,6
	Orta	111	26,1
	İyi	303	71,3

Öğrencilerin, annelerinin %88,7'sinin (n=377) sağlık sorununun olmadığı, % 68,0'inin genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği, %71,3'ünün ruh sağlığını iyi olarak değerlendirdiği bulunmuştur.

**Tablo 5.** Ebeveynlerde Enürezis Hikayesi

		N	%
Annenin Çocukluğunda Enürezis Hikayesi	Yok	370	87,1
	Var	55	12,9
Babanın çocukluğunda Enürezis hikayesi	Yok	380	89,4
	Evet	45	10,6

Öğrencilerin annelerinin %87,1'inin (n=370) enürezis hikayesi olmadığı % 12,9'unda enürezis hikayesi olduğu, babalarının % 89,4'ünün (n=380) enürezis hikayesi olmadığı % 10,6'sının enürezis hikayesi olduğu bulunmuştur.

**Tablo 6.** Öğrencilerin Tuvalet Eğitim Durumuna İlişkin Bilgiler

		N	%
Tuvalet Eğitimi Verilme Durumu	Hayır	15	3,5
	Evet	410	96,5
Tuvalet Eğitimine Başlama Zamanı	24 ay ve altı	241	60,2
	25-36 ay	142	33,4
	37 ay ve üzeri	27	6,4

Öğrencinin tuvalet eğitimine ilişkin bilgiler incelendiğinde; %96,5'inin (n=410) ailesi tarafından tuvalet eğitimi verildiği, %60,2'sinin (n=241) tuvalet eğitimine 24 ay ve altı zamanda başladığı bulunmuştur.

**Tablo 7.** Öğrencilerin Tuvalet Alışkanlığına İlişkin Bilgiler

		N	%
Enürezis (DSM-5 kriterlerine göre)	Yok	317	74,6
	Var	108	25,4
Gündüzleri altına idrar kaçırma	Yok	85	79,4
	Var	22	20,6
Geceleri altına idrar kaçırma	Yok	11	10,2
	Var	97	89,8
Altını ıslatmadığı dönem	Yok	21	21,0
	Var	79	79,0



Öğrencilerin %74,6'sının (n=317) Enürezis (DSM-5 kriterlerine göre) sorunu olmadığı, **%25,4'ünün (n=108) olduğu**, idrar kaçıranların; %79,4'ünün (n=85) gündüzleri altını ıslatmadığı, %20,6'sının (n=22)gündüzleri altını ıslattığı; %89,8'inin (n=97) geceleri altını ıslattığı, %10,2'sinin (n=11) geceleri altını ıslatmadığı dönemler olduğu belirtilmiştir.

**Tablo 8.** PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

	<b>Ranj (Min-Max)</b>	<b>AO±SS</b>
Aşırı Koruyucu Annelik Boyutu	44,00 (20,00-64,00)	45,05±9,04
Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma Boyutu	18,00 (18,00-36,00)	28,08±3,65
Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu	36,00 (13, 00-49,00)	28,48±6,66
Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu	18,00 (6, 00-24,00)	13,87±4,23
Baskı ve Disiplin Boyutu	46,00 (18, 00-64,00)	39,99±8,88

Annelerin PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Alt Boyutu puan ortalaması 45,05±9,04; Demokratik Davranma Ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu puan ortalaması 28,08±3,65, Ev Kadınlığını Reddetme Alt Boyutu puan ortalaması 28,48±6,66, Karı-Koca Geçimsizliği Alt Boyutu puan ortalaması 13,87±4,23, Baskı ve Disiplin Alt Boyutu puan ortalaması 39,99±8,88 bulunmuştur.

**Tablo 9.** Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Sosyodemografik Özellikler / Enürezis Durumu	EnürezisYok		Enürezis Var		X <sup>2</sup> , P
Cinsiyet	Kız	72	4,3	8	3,7	0,1; 1,00
	Erkek	45	5,7	0	6,3	
Okul	Cumhuriyet İlkokulu	22	8,5	8	5,2	3,090; 0,378
	Ekremçifçi İlkokulu	36	2,9	2	8,9	
	Yunus Emre İlkokulu	5	4,2	3	1,3	
	Zafer İlkokulu	4	,4		,6	
Sosyal Güvence	Yok	0	5,8	3	1,3	1,728; 0,187
	Var	67	4,2	5	8,7	
Kardeş Sayısı (Kendisi Dahil)	Tek Çocuk	9	8,1	8	6,7	9,399; 0,024
	İki Kardeş	40	4,2	6	1,9	
	Üç Kardeş	3	6,7	4	3,0	
	Dört ve Üzeri	4	1,0	0	8,5	
Kaçınıcı Çocuk Olduğu	1.Çocuk	58	9,8	3	9,1	1,092; 0,779
	2.Çocuk	9	1,2	2	9,6	
	3.Çocuk	0	2,6	3	2,0	
	4.Çocuk ve Üzeri	0	,3	0	,3	

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında enürezis problemi olan çocukların daha çok iki kardeşe sahip oldukları (9,399; 0,024) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında cinsiyet, okul, sosyal güvence, doğum sırası değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

**Tablo 10.** Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Aileye İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Aileye İlişkin Özellikler/ Enürezis Durumu	Enürezis Yok		Enürezis Var		X <sup>2</sup> , P
		N	%	N	%	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	238	75,1	67	62,0	9,394; 0,024
	Tek Ebeveynli	11	3,5	4	3,7	
	Geniş Aile	57	18,0	27	25,0	
	Birleşik Aile	11	3,5	10	9,3	
Ailenin Ekonomik Düzeyi	Gelir Giderden Az	93	29,	39	36,1	3,489; 0,175
	Gelir Gidere Denk	199	62,8	57	52,8	
	Gelir Giderden Fazla	25	7,9	12	11,1	
Son Bir Yılda Doğan Kardeş	Yok	280	88,3	83	76,9	8,515; 0,007
	Var	37	11,7	25	23,1	
Annenin Eğitim Durumu	İlkokul Altı	123	38,8	49	45,4	1,443; 0,257
	İlkokul Ve Üstü	194	61,2	59	54,6	
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul Altı	119	37,5	46	42,6	0,866; 0,362
	İlkokul Ve Üstü	198	62,5	62	57,4	
Annenin Çalışma Durumu	Çalışmıyor	195	61,5	71	65,7	0,615; 0,490
	Çalışıyor	122	38,5	37	34,3	
Babanın Çalışma Durumu	Çalışmıyor	42	13,2	14	13,0	0,06; 1,000
	Çalışıyor	275	86,8	94	87,0	
Evde Üvey Aile Üyesi Varlığı	Yok	305	96,2	102	94,4	0,622; 0,416
	Var	12	3,8	6	5,6	

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların aileye ilişkin özelliklerinin karşılaştırıldığında enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre daha çok geniş ve birleşik aileye sahip oldukları (9,394; 0,024) ve son bir yılda doğan bir kardeşe sahip oldukları (8,515; 0,007) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında aile tipi, ailenin ekonomik düzeyi, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu evde üvey aile üyesi varlığı değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

**Tablo 11.** Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anneleri ile İlişki durumlarının Karşılaştırılması

	Öğrencilerin Anneleri ile İlişki Durumları/Enürezis Durumu	Enürezis Yok		Enürezis Var		X <sup>2</sup> , P
		N	%	N	%	
Çocuğun İstenen Bir Bebek Olma Durumu	Hayır	82	25,9	22	20,4	1,317; 0,300
	Evet	235	74,1	86	79,6	
Anne İle Çocuk Arasındaki İlgisi Ve Yakınlık Düzeyi	Orta	24	7,6	9	8,3	0,065; 0,836
	İyi	293	92,4	99	91,7	
Çocuk-Anne İlişkisinde Problem Varlığı	Yok	129	40,7	28	25,9	8,359; 0,015
	Var	13	4,1	8	7,4	
	Bazen	175	55,2	72	66,7	
Çocuğun Anne Tarafından Fiziksel Şiddet Görme Durumu	Hayır	308	97,2	97	89,8	9,694; 0,006
	Evet	9	2,8	11	10,2	
Çocuğun Aktivitelerinde Kısıtlama	Yok	226	71,3	65	60,2	4,604; 0,041
	Var	91	28,7	43	39,8	

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların anneleri ile ilişki durumlarının karşılaştırıldığında enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre daha çok anne çocuk ilişkisinde problem yaşadığı (8,359; 0,015), çocuğun anne tarafından fiziksel şiddet gördüğü (9,694; 0,006)ve çocuğun aktivitelerinde kısıtlama olduğu (4,604; 0,041) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında çocuğun istenen bir bebek olma durumu, anne ile çocuk arasındaki ilgi ve yakınlık düzeyi değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

**Tablo 12.** Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Sağlık Durumunun Karşılaştırılması

	Annenin Sağlık Durumu/ Enürezis Durumu	Enürezis Yok		Enürezis Var		X <sup>2</sup> , P
		N	%	N	%	
Sağlık Sorunu	Yok	279	88,0	98	90,7	0,598; 0,487
	Var	38	12,0	10	9,3	
Genel Sağlığı Algılama Durumu	Kötü	5	1,6	3	2,8	1,249; 0,535
	Orta	99	31,2	29	26,9	
	İyi	213	67,2	76	70,4	
Ruh Sağlığını Algılama Durumu	Kötü	8	2,5	3	2,8	3,066-0,216
	Orta	76	24,0	35	32,4	
	İyi	233	73,5	70	64,8	
Çocukluğunda Enürezis (İdrar Kaçırma) Hikayesi	Yok	302	95,3	68	63,0	74,619; 0,000
	Var	15	4,7	40	37,0	

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların annelerinin sağlık durumunun karşılaştırıldığında enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre annelerinin çocukluğunda daha fazla enürezis hikayesi olduğu (74,619; 0,000) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında sağlık sorunu, genel sağlığı ve ruh sağlığını algılama durumu değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

**Tablo 13.** Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Babalarının Enürezis Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

	Babanın Enürezis Hikayesi /Çocuğun Enürezis Durumu	Enürezis Yok		Enürezis Var		X <sup>2</sup> ,P
		N	%	N	%	
Babanın Çocukluğunda Enürezis Hikayesi	Yok	301	95,0	79	73,1	74,619; 0,000
	Var	16	5,0	29	26,9	

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların babalarının da enürezis yaşama durumunun karşılaştırıldığında enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre babalarının çocukluğunda daha fazla enürezis sorunu yaşadığı (74,619; 0,000) bulunmuştur.

**Tablo 14.** Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Tuvalet Eğitime İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması

	Çocuğun Tuvalet Eğitime İlişkin Bilgiler / Enürezis Durumu	Enürezis Yok		Enürezis Var		X <sup>2</sup> , P
		N	%	N	%	
Tuvalet Eğitimi Verilme Durumu	Hayır	13	4,1	2	1,9	1,197; 0,374
	Evet	304	95,6	106	98,1	
Tuvalet Eğitime Başlama Zamanı	24 Ay ve Altı	176	57,9	65	61,3	1,876; 0,391
	25-36 Ay	105	34,5	37	34,9	
	37 Ay ve Üzeri	23	7,6	4	3,8	

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların tuvalet eğitime ilişkin bilgilerinin karşılaştırıldığında enürezis problemi olan ve olmayan çocukların tuvalet eğitimi verilme durumu, tuvalet eğitime başlama zamanı değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

**Tablo 15.** Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anne Tutumlarının Karşılaştırılması

<b>PARI/Enürezis DURUMU</b>	<b>Enürezis Yok</b>	<b>Enürezis Var</b>	<b>X<sup>2</sup>, P</b>
	X±SS	X±SS	
Aşırı koruyucu annelik boyutu	44,91-9,06	45,44-8,99	-0,522-0,602
Demokratik davranma ve eşitlik tanıma boyutu	28,28-3,54	27,52-3,93	0,089-0,064
Ev kadınlığını reddetme boyutu	28,24-6,1	29,19-6,49	0,725-0,200
Karı-koca geçimsizliği boyutu	13,56-4,22	14,78-4,12	0,657-0,009
Baskı ve disiplin boyutu	39,65-8,71	41,00-9,33	0,203-0,175

Enürezis problemi olan çocukların annelerinin olmayan çocukların annelerine göre Karı-koca geçimsizliği boyutu (0,657-0,009) puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Enürezis problemi yaşayan çocukların kişisel ve aile özelliklerinin bilinmesi hem enürezisin nedenini açıklama hem de olası girişimleri oluşturma açısından önem taşır. Bu çalışmanın amacı İlkokul 1.sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı, anne tutumu ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

### 5.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Tartışılması

Öğrencilerin % 54,1'i (n=230) kız, % 45,9'u (n=195) erkek olup yaş ortalaması  $6,80 \pm 0,48$ 'dir. Öğrencilerin %41,9'unun (n=178) Ekrem Çiftçi İlkokulu'nda, %37,6'sının (n=160) Cumhuriyet İlkokulu'nda, %16'sının (n=68) Yunus Emre İlkokulu'nda, %4,5'inin (n=19) Zafer İlkokulu'nda eğitim gördüğü saptanmıştır. Öğrencilerin %82,8'inin (n=352) sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur.

Top ve Alemdar (2014) 7-11 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Risk Faktörleri araştırmasında öğrencilerin %50,9'unun kız, %49'unun erkek; Penbegül ve ark (2013) Diyarbakır İli Bir Grup Okul Çağı Çocuğunda Enürezis Nokturna Prevalansı araştırmasında çocukların %47,8'inin kız, %52,2'sinin erkek; Özgürhan ve ark (2013) Enürezis Tanısı Alan Çocuklarda Sosyodemografik Faktörlerin Değerlendirilmesi araştırmasında çocukların %34,4'ünün kız, %65,6'sının erkek; Aktepe ve ark (2013) Enürezisli Çocukların Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri araştırmasında %42,6'sının kız, %57,4'ünün erkek; Boybeyi ve ark (2013) Yeni Açılan Enürezis Polikliniğinden Ön Çalışma Sonuçları araştırmasında erkek/kız oranınının 44/15 (2.9/1) olduğunu bulmuştur.

Bolat ve ark'ın (2013) Denizli İlinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Nokturnal Enürezis Prevalansı ve Risk Faktörleri araştırmasında öğrencilerin %52,1'inin kız, %47,9'unun erkek; Sahtiyancı ve ark'ın (2011) Primer Enürezis Nokturnalı Hastaların ve Annelerinin Depresyon Ölçekleri ile Değerlendirilmesi araştırmasında çocukların % 47,5'inin kız, % 52,5'inin erkek; Dallar ve ark'ın (2009) Çocukluk Çağında Görülen Enürezis Nokturnanın Sosyodemografik Özellikleri araştırmasında çalışmaya dahil edilen çocukların %47'sinin kız, %53'ünün erkek olduğu saptanmıştır.



Varol'un (2009) Samsun'da İlköğretim Çağı Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Enürezisi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi çalışmasında %49'unun kız, %51'inin erkek ; Taşpınar'ın (2009) İlköğretim Öğrencilerinde Enürezis Nokturna Sıklığı ve Predispozan Faktörler çalışmasında enüretik çocukların % 47,2' sinin kız, % 52,8'inin erkek; Göv'ün (2009) Enürezisi Olan Okul Yaş Dönemindeki Çocuklarda Endişe Kaynakları Ölçeğinin Geliştirilmesi çalışmasında %47,5'inin kız, %52,5'inin erkek; Göksu ve ark'ın (2008) Elazığ Bölgesinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda (7-12 Yaş) Enürezis Sıklığı ve Eşlik Eden Ürolojik Patolojilerin Araştırılması araştırmasında % 49,9'unun kız, % 50,1'inin erkek olduğu bulunmuştur.

Top ve Alemdar'ın (2014) araştırmasında öğrencilerin yaş ortalaması  $9,15 \pm 1,46$ ; Topaloğlu ve ark'ın (2014) araştırmasında  $9,4 \pm 2,52$ ; Aksoy ve ark'ın (2014) Monosemptomatik Enürezis Nokturna Etiyolojisinde Obezitenin Rolü Araştırmasında  $9,9 \pm 2,5$ ; Penbegül ve ark'ın (2013) araştırmasında  $8,66 \pm 1,61$ ; Boybeyi ve ark'ın (2013) araştırmasında  $8,59 \pm 2,53$ ; Bolat ve ark'ın (2013) araştırmasında 10.1 (7-14 yaş aralığında, median 10) bulunmuştur.

Sahtiyancı ve ark'ın (2011) araştırmasında ortalama yaş  $10,8 \pm 2,2$ ; Penbegül ve ark'ın (2013) araştırmasında  $8,66 \pm 1,61$ ; Varol'un (2009) araştırmasında  $8,76 \pm 1,58$  ; Dallar ve ark'ın (2009) araştırmasında ise  $8 \pm 2,5$  yıl olarak izlenmiştir.

Çalışma bulgularımız kız-erkek sıklığı açısından alanyazın bulgularını destekler nitelik taşımaktadır. Ancak öğrencilerin yaş ortalamasına bakıldığında alanyazınla arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Farklılığın örneklemelerin farklı evren gruplarını temsil etmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin sosyal güvence durumlarına ilişkin alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

## **5.2. Öğrencilerin Aile Özelliklerine İlişkin Bilgilerinin Tartışılması**

Öğrencilerin %71, 8'inin (n=305) çekirdek aile, %64,2'sinin (n=273) koruyucu aile yapısına sahip olduğu, %60,2'sinde (n=256) gelirin gidere denk olduğu, %85,4'ünde (n=363) ailede yenidoğan olmadığı, %28,9'unda (n=123) annenin ilkokul mezunu olduğu, %62,6'sında (n=266) annenin çalışmadığı, %86,8'inin (n=369) babanın çalıştığı saptanmıştır.

Aktepe ve ark'ın (2013) araştırmasında çocukların %75,4'ü; Göv'ün (2009) araştırmasında %80,8'i Göksu ve ark'ın (2008) çalışmasında yaklaşık olarak %75'i çekirdek aileye sahiptir.

Top ve Alemdar'ın (2014) araştırmasında öğrencilerin %51,6'sının gelir durumunun kötü; Penbegül ve ark'ın (2013) araştırmasında yatak ısıtılan grupta ailenin gelir durumunun düşük; Özgürhan ve ark'ın (2013) araştırmasında çocukların %62,6'sı asgari ücret ile geçinen işçi ailelerinin çocukları; Dallar ve ark'ın (2009) araştırmasında ailelerin %67'si düşük; Göksu ve ark'ın (2008) çalışmasında çocukların ailelerinin aylık gelirinin yaklaşık olarak %75'i asgari ücretin altında olduğu bulunmuştur.

Göksu ve ark'ın (2008) araştırmasında çocukların yaklaşık olarak %14'ünün; Dallar ve ark'ın (2009) araştırmasında çocukların %6 'sının yeni kardeşe sahip olduğu bulunmuştur.

Aktepe ve ark'ın (2013) araştırma sonuçlarına göre annelerin %54,1'i ilkokul; Göv'ün (2009) araştırma sonuçlarına göre %54,2'si ilkokul; Varol'un (2009) araştırma sonuçlarına göre %39,5'i ilkokul; Göksu ve ark'ın (2008) araştırma sonuçlarına göre yaklaşık olarak %52'si ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Varol'un (2009) çalışmasında annelerinin %25'i; Göv'ün (2009) araştırmasında annelerin %16,7'si; Aktepe ve ark'ın (2013) araştırmasında annelerin %73,8'i çalışmakta; Göksu'nun (2008) araştırmasında annelerin yaklaşık olarak %89,3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Varol'un (2009) çalışmasında babaların %96'sı çalışmakta; Göv'ün (2009) araştırmasında babaların %92,5'inin çalıştığı bulunmuştur.

Alanyazın bulguları aile yapısı, ailede yenidoğan varlığı, annelerin çalışma durumu, babaların çalışma durumu açısından bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bununla birlikte araştırma yaptığımız grubun gelir düzeyi, annenin eğitimi diğer araştırma örneklemelerine göre belirgin derecede yüksektir. Bunun araştırmanın il merkezinde ve ülkemizin gelir düzeyinin yüksek olduğu illerden birinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Annelerin çalışma durumuna ilişkin bulgumuzun Varol'un araştırması ile çelişmesinin nedeninin Varol'un bir üniversite hastanesine başvuran gruba yönelik yapmasına rağmen, bizim çalışmamızın okul temelli yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **5.3. Öğrencilerin Anneleri ile İlişki Durumlarının Tartışılması**

Annelere göre öğrencilerin anneleri ile ilgili ilişki durumları incelendiğinde; 75,5'inin (n=321) ailede istenen bebek olduğu, %92,2'sinin (n=392) ilgi ve yakınlık düzeyinin iyi olduğu, %58,1'inin (n=247) anne-çocuk ilişkisinde bazen problem olduğu, %95,3'ünün (n=405) çocuğuna fiziksel şiddet uygulamadığı bulunmuştur.

Alanyazın taramasında çalışma bulgularımıza ilişkin bulguya rastlanmamıştır.

### **5.4. Annenin Sağlık Durumuna İlişkin Bilgilerin Tartışılması**

Öğrencilerin annelerinin %88,7'sinin (n=377) sağlık sorununun olmadığı, % 68,0'inin genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği, %71,3'ünün ruh sağlığını iyi olarak değerlendirdiği bulunmuştur.

Göksu ve ark'ın (2008) çalışmasında annelerin yaklaşık olarak % 13'ünde diyabet, %4'ünde epilepsi varlığı saptanmış, Aktepe ve ark'ın (2013) araştırmasında ise annelerin %29,5'i psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmuştur.

Annelerin genel sağlık durumuna ilişkin bulguya rastlanmamıştır.

### **5.5. Ebeveynlerde Enürezis Hikayesinin Tartışılması**

Öğrencilerin annelerinin %87, 1'inin (n=370) enürezis hikayesi olmadığı % 12,9'unda enürezis hikayesi olduğu, babalarının % 89, 4'ünün (n=380) enürezis hikayesi olmadığı % 10,6'sının enürezis hikayesi olduğu bulunmuştur.

Özgürhan ve ark'ın (2013) araştırmasında aile bireylerinde enürezis öyküsü değerlendirildiğinde %11,3'ünün sadece annesinde, %32,2'sinin sadece babasında enürezis olduğu; Aktepe ve ark'ın (2013) araştırmasında annelerin %19,7'sinde, babaların %36,2'inde enürezis olduğu bulunmuştur.

Bolat ve ark'ın (2013) araştırmasında enüretik çocukların %54,3'ünün ebeveynlerinden en az birinde; Sahtiyancı ve ark'ın (2011) araştırmasında çocuklardan % 60'ının ailesinde birinci dereceden akrabalarında; Aksoy ve ark'ın (2014) araştırmasında ailelerin %64'ünde; Dallar ve ark'ın (2009) araştırmasında çocukların %60,5'inin ailesinde; Varol'un (2009) çalışmasında enüretik çocukların %24,5'inin babalarında, %19,2'inin annelerinde; Taşpınar'ın (2009) araştırmasında % 26,3'ünün annesinde, % 27,3'ünün babasında;

Göksu'nun (2008) araştırmasında ebeveynlerin %14'ünde; Azhir ve ark.'nın (2006) ilkökul çocuklarında enürezis sıklığı araştırmasında %51'inin babasında, %39'unun annesinde enürezis öyküsü olduğu saptanmıştır.

Çalışma bulgularımız alanyazın bulguları ile paralellik göstermemektedir. Bizim çalışmamızda anne-babada enürezis hikayesinin daha az bulunmasının nedeni genel okul popülasyonunu yansıtmamızdan kaynaklanıyor olabilir.

### **5.6. Öğrencilerin Tuvalet Eğitim Durumuna İlişkin Bilgilerin Tartışılması**

Öğrencinin tuvalet eğitimine ilişkin bilgiler incelendiğinde; %96,5'inin (n=410) ailesi tarafından tuvalet eğitimi verildiği, %60,2'sinin (n=241) tuvalet eğitimine 24 ay ve altı zamanda başladığı bulunmuştur.

Taşpınar (2009) araştırmasında ailelerin % 85,6' sının; Göksu'nun (2008) araştırmasında annelerin yaklaşık olarak %94,2'sinin çocuklarına tuvalet eğitimi verdiği tespit edilmiştir. Dallar ve ark'ın (2009) araştırmasında tuvalet eğitimini vermeye %53,2'sinin iki yaşında; Göksu (2008) araştırmasında yaklaşık olarak %31'inin 13-18 ay arası tuvalet eğitimine başladığı bulunmuştur

Alanyazın bulguları tuvalet eğitimi verilme durumu açısından bulgularımızla uyum göstermektedir.

### **5.7. Öğrencilerin Tuvalet Alışkanlığına İlişkin Bilgilerinin Tartışılması**

Öğrencilerin %74,6'sının (n=317) istemsiz olarak yada isteyerek, yatağa yada giysilerine idrarını kaçırmama sorunu olmadığı, %25,4'ünün (n=108) istemsiz olarak yada isteyerek, yatağa yada giysilerine idrarını kaçırmakta olup, idrar kaçıranların; %79,4'ünün (n=85) gündüzleri altını ıslatmadığı, %20,6'sının (n=22)gündüzleri altını ıslattığı; %89,8'inin (n=97) geceleri altını ıslattığı, %10,2'sinin (n=11) geceleri altını ıslatmadığı dönemler olduğu belirtilmiştir.

Penbegül ve ark'ın (2013) araştırmasında çocukların %25,9'unda; Ünalın'ın (2000) araştırmasında çocukların %20,8'inde; Göksu'nun (2008) araştırmasında %18,6'sında enürezis nokturna olduğu bulunmuştur.

Penbegül ve ark'ın (2013) araştırmasında enürezis nokturnalı çocukların %92,3 nün sadece gece, %8,7 sinin ise hem gece hem de gündüz idrar kaçırdığı; Varol'un (2009) çalışmasında enüretik çocukların yaklaşık %50 'sinde gündüz altını ıslattığı bulunmuştur.

Aktepe ve ark'ın (2013) araştırmasında vakaların %50.8'i her gece; Göv'ün (2009) araştırmasında çocukların %76,7'sinin gece, %14,2'sinin ise her iki zaman diliminde de altını ıslattığı bulunmuştur.

Alanyazın bulguları tuvalet alışkanlığı açısından bulgularımızla uyum göstermektedir.

### **5.8. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI) Puanlarının Ortalamalarının Tartışılması**

Annelerin PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Alt Boyutu puan ortalaması 45,05±9,04; Demokratik Davranma Ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu puan ortalaması 28,08±3,65; Ev Kadınlığını Reddetme Alt Boyutu puan ortalaması 28,48±6,66; Karı-Koca Geçimsizliği Alt Boyutu puan ortalaması 13,87±4,23; Baskı ve Disiplin Alt Boyutu puan ortalaması 39,99±8,88 bulunmuştur.

Karakoç ve ark'ın (2012) Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem davranış sorunları ile ilişkisi araştırmasında ölçek ortalamaları ; Annelerin PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Alt Boyutu puan ortalaması 42,72±11,04; Demokratik Davranma Ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu puan ortalaması 25,15±4,05; Ev Kadınlığını Reddetme Alt Boyutu puan ortalaması 29,94±7,77; Karı-Koca Geçimsizliği Alt Boyutu puan ortalaması 14,32±4,87; Baskı ve Disiplin Alt Boyutu puan ortalaması 37,89±9,56 bulunmuştur.

Ayyıldız ve ark'ın (2006) araştırmasında ölçek ortalamaları; Annelerin PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Alt Boyutu puan ortalaması 49,35 ±9,06; Demokratik Davranma Ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu puan ortalaması 25,39 ±3,14; Ev Kadınlığını Reddetme Alt Boyutu puan ortalaması 32,87 ±8,19; Karı-Koca Geçimsizliği Alt Boyutu puan ortalaması 15,82 ±4,69; Baskı ve Disiplin Alt Boyutu puan ortalaması 40,38±9,81 bulunmuştur.

Adana ve ark'ın (2009) Anne-Baba Tutumlarının Adölesanların Kendilik Kavramı Üzerine Etkisi araştırmasında ölçek ortalamaları; Annelerin PARI Aile Hayatı ve Çocuk

Yetiştirme Tutum Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Alt Boyutu puan ortalaması 49,51±8,42; Demokratik Davranma Ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu puan ortalaması 26,97±4,05; Ev Kadınlığını Reddetme Alt Boyutu puan ortalaması 32,64±6,72; Karı-Koca Geçimsizliği Alt Boyutu puan ortalaması 16,02±3,75; Baskı ve Disiplin Alt Boyutu puan ortalaması 43,04±9,04 bulunmuştur.

Alanyazın bulguları tuvalet alışkanlığı açısından bulgularımızla uyum göstermektedir.

### **5.9. Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması**

İdrar kaçırma problemi olan ve olmayan çocukların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında idrar kaçırma problemi olan çocukların daha çok iki kardeşe sahip oldukları (9,399; 0,024) ve en uzun Ege bölgesi dışında yaşadıkları (0,851; 0,048) bulunmuştur.

Çocuklar arasında cinsiyet, okul, sosyal güvence, kardeş sayısı değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Üstüner ve ark'ın (2014) 7-11 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Risk Faktörleri; Abuhandan ve ark'ın (2014) Primer Enürezis Nokturnal Çocuk ve Ergen Hastalarda Oksidatif Durumun Değerlendirilmesi; Keten ve ark'ın (2014) Primer Enürezis Nokturna Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete ve Depresyon Belirti Şiddetinin Değerlendirilmesi; Çivilibal'ın (2013) Monosemptomatik Enürezis Nokturnal Çocuklarda Hiperkalsüri ; Gücük ve ark'ın (2011) Çocuklarda Gece İdrar Kaçırma Sıklığı ve İlişkili Etkenler: Ankete Dayalı Kesitsel Bir Çalışma ; Bakır ve ark'ın (2011) Ankara'da Kreş çocuklarında enürezis sıklığı ve risk faktörleri ; Ünalın'ın (2000) Kayseri Kentsel Kesimde 7-12 Yaş Grubu Çocuklarda Enürezis Nokturna, Kekemelik ve Tik Görülme Sıklığı çalışmasında cinsiyet ile enürezis görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Şahin ve ark 'ın (2012) Bursa İli İlköğretim Çocuklarında Nokturnal Enürezis Prevalansı; Çelik'in (2011) Diyarbakır İli Bir Grup Okul Çağı Çocuğunda Enürezis Nokturna Prevalansının Araştırılması; Varol'un (2009) Samsun'da İlköğretim Çağı Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Enürezisi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi; Taşpınar (2009) İlköğretim Öğrencilerinde Enürezis Nokturna Sıklığı ve Predispozan Faktörler; Görür ve

ark'ın (2008) Hatay'da 6-18 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Risk Etkenleri; Akbaba ve ark'ın (2008) Bir Yatılı Bölge Okulunda Enürezis Nokturna Prevalansı ve Nedenleri çalışmasında Enürezis nokturna prevalans; Göksu ve ark'ın (2008) Elazığ Bölgesinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda (7-12 Yaş) Enürezis Sıklığı ve Eşlik Eden Ürolojik Patolojilerin Araştırılması; Abalı ve ark'ın (2006) İlköğretim çağı Çocuklarında Görülen Enürezis Nokturna ve Sosyodemografik Verilere Göre Değerlendirilmesi; Şahin ve ark'ın (2001) Erzurum İli İlköğretim Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı ve Etkileyen Faktörler çalışmasında erkek çocuklarda prevalans kız çocuklarından daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan alanyazın taramasında herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ailelerin çocuklarında sosyal güvencesi bulunan ailelerin çocuklarına oranla NE prevalansı daha yüksek bulunmuştur (Bolat ve ark' 2013; Varol2009).

Enüretik Çocukların Biyopsikososyal Değerlendirilmesi çalışmasında yapılan alanyazın taramasında kardeş sayısı ile enürezis sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Keten ve ark 2014; Çivilibal'ın 2013 çalışmasında; Bolat ve ark2013; Görür ve ark 2008; Toros ve ark'ın 2003).

Çelik'in (2011) çalışmasında İdrar kaçırın çocukların ortalama kardeş sayısının kaçırmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Göv'ün (2009) Enürezisi Olan Okul Yaş Dönemindeki Çocuklarda Endişe Kaynakları Ölçeğinin Geliştirilmesi çalışmasında üç kardeşe sahip olan çocuklarda enürezis sıklığı daha fazla bulunmuştur.

Taşpınar (2009) çalışmasında; Toros ve ark'ın (2003) çalışmasında; Ünalın'ın (2000) çalışmasında ailede kaçırın çocuk olduğu ile enürezis varlığı arasında anlamlı fark yoktur.

Göv'ün (2009) çalışmasında ilk sırada olan çocuklarda; Şahin ve ark'ın (2001) çalışmasında ise 4.cü çocuk ve üzeri olanlarda enürezis sıklığı daha fazla bulunmuştur.

Keten ve ark'ın (2014) çalışmasında; Bolat ve ark'ın (2013) çalışmasında yerleşim yeri ve enürezis arasında anlamlı fark yoktur.

Çalışma bulgularımız alan yazın bulgularının çoğunluğu ile benzer özellik taşımakla birlikte bazıları ile çelişmektedir. Bunun sebebi çalışmamızın farklı bir coğrafik bölgede yapılmış olmasından olabilir.

Çalışmamızda idrar kaçırma problemi olan çocukların daha çok iki kardeşe sahip oldukları bulunmuş ve kendinden sonra doğan çocuğa tepkinin enürezis sıklığını artırabileceği düşünülmüştür. Ayrıca en uzun Ege bölgesi dışında yaşayan çocukların daha fazla enürezis problemi yaşamasının nedeni olarak da göç etmenin çocuk üzerine travmatik etkisi olabilir.

#### **5.10. Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Aileye İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların aileye ilişkin özelliklerinin karşılaştırıldığında idrar kaçırma problemi olmayan çocukların olanlara göre daha çok çekirdek aileye sahip oldukları (9, 394; 0, 024); enürezis problemi olan çocukların daha fazla son bir yılda doğan kardeşe sahip oldukları (8, 515; 0, 007) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında ailenin ekonomik düzeyi, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu evde üvey aile üyesi varlığı değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Keten ve ark'ın (2014); Üstüner ve ark'ın (2014) ; Top ve Alemdar'ın (2014) ; Varol'un (2009) ; Göksu ve ark'ın (2008) ; Ünalın'ın (2000) çalışmasında aile tipi ile enürezis arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Toros ve ark'ın (2003); Şahin ve ark'ın (2001) çalışmalarında ise parçalanmış aile yapısına sahip olan çocuklarda enürezis daha yüksek oranda görülmüştür.

Keten ve ark'ın (2014); Şahin ve ark 'ın (2012); Abalı ve ark'ın (2006) çalışmalarında enürezis sıklığı ile ailenin ekonomik durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Üstüner ve ark'ın (2014); Bolat ve ark'ın (2013); Çelik'in (2011); Göksu ve ark'ın (2008) çalışmalarında ailenin ekonomik düzeyi ile enürezis sıklığı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur.

Göksu ve ark'ın (2008); Şahin ve ark'ın (2001) çalışmasında yeni doğan olan ailelerin çocuklarında enürezis görülme durumu daha fazla bulunmuştur.

Üstüner ve ark'ın (2014); Keten ve ark'ın (2014) ; Top ve Alemdar'ın (2014) ; Şahin ve ark 'ın (2012); Bakır ve ark'ın (2011); Gücük ve ark'ın (2011); Göksu ve ark'ın (2008); Abalı



ve ark'ın (2006); Toros ve ark'ın (2003); Şahin ve ark'ın (2001) çalışmasında anne eğitim durumu ile enürezis sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bolat ve ark'ın (2013); Varol'un (2009); Göv'ün (2009); Taşpınar (2009) Mohammad R. ve ark'ın (2007) Ünalın'ın (2000) çalışmalarında annelerin eğitim durumu ile enürezis sıklığı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur.

Üstüner ve ark'ın (2014); Keten ve ark'ın (2014); Top ve Alemdar'ın (2014); Bakır ve ark'ın (2011); Varol'un (2009); Taşpınar (2009); Göksu ve ark'ın (2008); Abalı ve ark'ın (2006); Toros ve ark'ın (2003); Şahin ve ark'ın (2001); Ünalın'ın (2000) çalışmasında babanın eğitim düzeyi ile enürezis görülme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bolat ve ark'ın (2013); Göv'ün (2009); Mohammad R. ve ark'ın (2007) çalışmasında babanın eğitim durumu ile enürezis sıklığı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur.

Bolat ve ark'ın (2013); Göksu ve ark'ın (2008); Toros ve ark'ın (2003); Ünalın'ın (2000) çalışmasında annenin çalışma durumu ile enürezis arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Varol'un (2009) çalışmasında annenin çalışma durumu ile çocuğun enürezis olma durumu arasında anlamlı bir fark vardır. Bakır ve ark'ın (2011) ve Göv'ün (2009) çalışmasında çalışmayan annelerin çocuklarında enürezis oranı daha fazladır

Varol'un (2009); Göksu ve ark'ın (2008); Toros ve ark'ın (2003) çalışmasında babanın çalışma durumu ile çocuğun enürezis olma durumu arasında anlamlı bir fark yoktur.

Bolat ve ark (2013), Göv (2009) çalışan babaların çocuklarında enürezis oranının daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Çalışma bulgularımız aileye ilişkin özellikleri açısından alanyazın bulgularının önemi bir kısmıyla paralel özellik taşımaktadır. Ancak evde üvey aile üyesi varlığı ile enürezis sıklığını karşılaştıran alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

Çalışmamızda çekirdek aileye sahip çocukların daha az enürezis sıklığı göstermesinin nedeni olarak çekirdek ailelerin daha az geleneksel ve daha fazla bilimsel tutum sergilemesi ve çocuğa yönelik aile ilgisinin daha fazla olması görülmektedir. Ayrıca aileye yeni doğanın katılımının çocuğun tuvalet eğitiminin olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

### **5.11. Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anneleri ile İlişki Durumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre daha çok anne çocuk ilişkisinde problem yaşadığı (8, 359; 0, 015), anne tarafından fiziksel şiddet gördüğü (9, 694; 0, 006)ve çocuğun aktivitelerinde kısıtlama olduğu (4, 604; 0, 041) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında çocuğun istenen bir bebek olma durumu, anne ile çocuk arasındaki ilgi ve yakınlık düzeyi değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Gücük ve ark'ın (2011) ve Toros ve ark'ın (2003) araştırmasında şiddete maruz kalma ile enürezis sıklığı arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Alanyazın taramasında enürezis tanısı alan çocuklar doğum zamanı ve doğum şekli, bakım veren kişi, anne ayrılığı açısından enürezisi olmayanlarla karşılaştırılmış ancak aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Taşpınar, 2009; Şahin ve ark, 2001) .

Çocukta idrar kaçırma probleminin anne çocuk ilişkisinde probleme neden olabileceği ya da anne çocuk ilişkisinde problemin ve şiddetin idrar kaçırma problemini artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca enürezis sorunun sosyal boyutu nedeniyle çocuğun aktivitesini kısıtlaması beklenen bir durumdur.

### **5.12. Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Sağlık Durumunun Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Enürezis problemi olan çocukların annelerinin olmayanlara göre çocukluğunda daha fazla enürezis hikayesi olduğu (74, 619; 0, 000) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında sağlık sorunu, genel sağlık durumunu değerlendirme, ruh sağlığını değerlendirme değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Üstüner ve ark'ın (2014); Top ve Alemdar'ın (2014) ; Bolat ve ark'ın (2013); Penbegül ve ark'ın (2013) ; Şahin ve ark 'ın (2012); Varol'un (2009); Taşpınar (2009); Görür ve ark'ın (2008); Göksu ve ark'ın (2008); Mohammad R. ve ark'ın (2007); Şahin ve ark'ın (2001);

Ünalın'ın (2000) çalışmasında annede enürezis öyküsü olan çocukların enürezis görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur.

Göksu ve ark (2008), Şahin ve ark (2001) çalışmalarında annede epilepsi varlığı ile çocuklardaki enüresiz görülme sıklığı arasında anlamlı fark bildirmiştir. Toros ve ark'ın (2003) çalışmasında da annelerde görülen fiziksel hastalık ve ruhsal hastalık ile enürezis arasında anlamlı düzeyde farklılık bildirilmemiştir.

Çalışma bulgularımız annenin enürezis hikayesi, genel sağlık durumu ve ruh sağlığı açısından alanyazın bulgularını destekler nitelik taşımaktadır. Enürezisin kalıtımsal geçişi nedeniyle enürezisli ebeveynlerin çocuklarında enürezisin daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

### **5.13. Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Babalarının Enürezis Yaşama Durumunun Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların babalarının enürezis yaşama durumunun karşılaştırıldığında idrar kaçırma problemi olan çocukların olmayanlara göre babalarının çocukluğunda daha fazla enürezis sorunu yaşadığı (74, 619; 0, 000) bulunmuştur.

Üstüner ve ark'ın (2014); Bolat ve ark'ın (2013); Şahin ve ark 'ın (2012); Çelik'in (2011); Varol'un (2009); Taşpınar (2009); Görür ve ark'ın (2008); Mohammad R. ve ark'ın (2007); Şahin ve ark'ın (2001); Ünalın'ın (2000) enürezisi olan çocukların babalarında daha fazla enüresiz öyküsü saptanmıştır.

Çalışma bulgularımız babanın enürezis öyküsü açısından alanyazın bulgularına paralel özellik taşımaktadır. Enürezisin kalıtımsal geçişi nedeniyle enürezisli ebeveynlerin çocuklarında enürezisin daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

### **5.14. Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Tuvalet Eğitime İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların tuvalet eğitimi verilme durumu, tuvalet eğitimine başlama zamanı değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Taşpınar'ın (2009); Göksu ve ark'ın (2008); Şahin ve ark'ın (2001) çalışmasında tuvalet eğitimi verilme durumu açısından; Çivilibal'ın (2013); Taşpınar'ın (2009); Göksu ve ark'ın (2008); Şahin ve ark'ın (2001); Ünalın'ın (2000) çalışmalarında tuvalet eğitimine başlama zamanı açısından çocuklarda enürezis durumu karşılaştırılmış ancak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışma bulgularımız tuvalet eğitimi verilme durumu ve tuvalet eğitimine başlama zamanı açısından alanyazın bulgularını destekler nitelik taşımaktadır.

#### **5.15. Enürezis Problemi Olan ve Olmayan Çocukların Anne Tutumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Enürezis problemi olan çocukların annelerinin olmayan çocukların annelerine göre Karı-koca geçimsizliği boyutu (0, 657-0, 009) puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Hızel M.'nin (1999) yaptığı Okul Çocuklarında (7-12 yaş) görülen enürezis ve enkoprezis sıklığının aile tutumu ile ilişkisi tez çalışmasında Annelerin PARI boyutlardan aşırı koruyuculuk ve baskı-disiplin boyutlarının diğer boyutlara göre daha çok benimsediklerine rastlanmıştır.

Yapılan alanyazın taramasında anne tutumu ile enürezis sıklığını karşılaştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Öğrencilerin % 54, 1'i (n=230) kız, % 45, 9'u (n=195) erkek olup yaş ortalaması 6, 80±0, 48'dir. Öğrencilerin %41, 9'unun (n=178) Ekrem Çiftçi İlkokulu'nda, %37, 6'nın (n=160) Cumhuriyet İlkokulu'nda, %16'sı (n=68) Yunus Emre İlkokulu'nda, %4, 5'i (n=19) Zafer İlkokulu'nda eğitim gördüğü saptanmıştır. Öğrencilerin %82, 8'inin (n=352) sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin %71, 8'inin (n=305) çekirdek aile, %64, 2'sinin (n=273) koruyucu aile yapısına sahip olduğu, %60, 2'sinde (n=256) gelirin gidere denk olduğu, %85, 4'ünde (n=363) ailede yenidoğan olmadığı, %28, 9'unda (n=123) annesinin ilkokul mezunu olduğu, %62, 6'sında (n=266) annesinin çalışmadığı, %86, 8'inin (n=369) babasının çalıştığı saptanmıştır.

Annelere göre öğrencilerin anneleri ile ilgili ilişki durumları incelendiğinde; 75, 5'inin (n=321) ailede istenen bebek olduğu, %92, 2'sinin (n=392) ilgi ve yakınlık düzeyinin iyi olduğu, %58, 1'inin (n=247) anne-çocuk ilişkisinde bazen problem olduğu, %95, 3'ünün (n=405) çocuğuna fiziksel şiddet uygulamadığı bulunmuştur.

Öğrencilerin, annelerinin %88, 7'sinin (n=377) sağlık sorununun olmadığı, % 68, 0'inin genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği, %71, 3'ünün ruh sağlığını iyi olarak değerlendirdiği bulunmuştur.

Öğrencilerin annelerinin %87, 1'inin (n=370) enürezis hikayesi olmadığı, % 12, 9'unda enürezis hikayesi olduğu, babalarının % 89, 4'ünün (n=380) enürezis hikayesi olmadığı % 10, 6'sının enürezis hikayesi olduğu bulunmuştur.

Öğrencinin tuvalet eğitimine ilişkin bilgiler incelendiğinde; %96, 5'inin (n=410) ailesi tarafından tuvalet eğitimi verildiği, %60, 2'sinin (n=241) tuvalet eğitimine 24 ay ve altı zamanda başladığı bulunmuştur.

Öğrencilerin %74, 6'sının (n=317) istemsiz olarak yada isteyerek, yatağa yada giysilerine idrarını kaçırma sorunu olmadığı, %25, 4'ünün (n=108) istemsiz olarak yada isteyerek, yatağa yada giysilerine idrarını kaçırmakta olup, idrar kaçıranların; %79.4'ünün

(n=85) gündüzleri altını ıslatmadığı, %20.6'sının (n=22)gündüzleri altını ıslattığı; %89.8'inin (n=97) geceleri altını ıslattığı, %10.2'sinin (n=11) geceleri altını ıslatmadığı dönemler olduğu belirtilmiştir.

Annelerin PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Alt Boyutu puan ortalaması 45, 05±9, 04; Demokratik Davranma Ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu puan ortalaması 28, 08±3, 65, Ev Kadınlığını Reddetme Alt Boyutu puan ortalaması 28, 48±6, 66, Karı-Koca Geçimsizliği Alt Boyutu puan ortalaması 13, 87±4, 23, Baskı ve Disiplin Alt Boyutu puan ortalaması 39, 99±8, 88 bulunmuştur.

Enürezis problemi olan çocukların daha çok iki kardeşe sahip oldukları (9, 399; 0, 024) ve en uzun Ege bölgesi dışında yaşadıkları (0, 851; 0, 048) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında cinsiyet, okul, sosyal güvence, doğum sırası değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Enürezis problemi olmayan çocukların olanlara göre daha çok çekirdek aileye sahip oldukları (9, 394; 0, 024); idrar kaçırma problemi olan çocukların daha fazla son bir yılda doğan kardeşe sahip oldukları (8, 515; 0, 007) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında aile tipi, ailenin ekonomik düzeyi, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu evde üvey aile üyesi varlığı değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre daha çok anne çocuk ilişkisinde problem yaşadığı (8, 359; 0, 015), çocuğun anne tarafından fiziksel şiddet gördüğü (9, 694; 0, 006)ve çocuğun aktivitelerinde kısıtlama olduğu (4, 604; 0, 041) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında çocuğun istenen bir bebek olma durumu, anne ile çocuk arasındaki ilgi ve yakınlık düzeyi değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre annelerinin çocukluğunda daha fazla enürezis hikayesi olduğu (74, 619; 0, 000) bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların arasında sağlık sorunu, genel sağlık durumunu değerlendirme, ruh sağlığını nasıl değerlendirme değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

Enürezis problemi olan çocukların olmayanlara göre babalarının çocukluğunda daha fazla enürezis sorunu yaşadığı (74, 619; 0, 000), bulunmuştur.

Enürezis problemi olan ve olmayan çocukların tuvalet eğitimi verilme durumu, tuvalet eğitimine başlama zamanı değişkenleri açısından fark bulunmamıştır.

## 6.2. Öneriler

Bu bölümde, araştırmanın genel bir değerlendirilmesi yapılmış ve bu değerlendirme sonucunda bazı önerilerde bulunulmuştur.

- Enürezisle ilgili daha geniş örneklem gruplarında çalışmalar yapılabilir.
- Çalışma farklı örneklem gruplarında tekrarlanarak, buradan elde edilecek sonuçlar üzerinden karşılaştırmalar yapılabilir.
- Bu araştırma bulguları daha sonraki araştırmalar ile de sınanıp doğrulanırsa, çocukluk çağında görülen ruhsal davranış bozukluğu olan enürezisin aileler tarafından bilinmesi, olağan bir durum gibi karşılanmaması, önlenmesi, tedavisinin bilinmesi koruyucu ruh sağlığı açısından çok önemli olacaktır.
- Okul hemşireliği uygulamaları kapsamında okul yönetimi, öğretmenler ve ailelere yönelik olarak enürezis hakkında bilgilendirme yapılabilir.
- Enürezis varlığı tespit edilen öğrencilerin izlemleri okul hemşireleri tarafından yapılabilir.

## KAYNAKLAR

- Abalı O, Onur M, Gürkan K, Çelik Ö, Tüzün DÜ.** İlköğretim çağı Çocuklarında Görülen Enürezis Nokturna ve Sosyodemografik Verilere Göre Değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2006, 13 (2).
- Abuhandan M, Kandemir H, Geter S, Karababa F.** Primer enürezis nokturnalı çocuk ve ergen hastalarda oksidatif durumun değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2014, 41 (1): 123-12.
- Adana F, Kutlu Y.** Anne Baba Tutumlarının Adölesanların Kendilik Kavramı Üzerine Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2. 2009.
- Ağır M.** “Bedensel ve Devimsel Gelişim”, Gelişim ve Öğrenme, Editör Betül AYDIN, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2005.
- Akbaba M, Kis S, Sütöruk Z, Demirhindi H, Özdener OE, Kis C.** Bir Yatılı Bölge Okulunda Enürezis Nokturna Prevalansı ve Nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7 (3), 213-216.
- Aksoy EE, Budak S, Yıldız Y, Yücel M, Düz F, Sopalı B.** Monosemptomatik enürezis nokturna etiyoijisinde obezitenin rolü. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 2014, 4 (2), 97-102.
- Aktepe E, Altıncılıç S, Sönmez Y, Çalışkan AM.** Enürezisli Çocukların Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri, 13. Ergen Günleri, Cilt 48, Sayı 3 (13-15 Kasım 2008, Kuşadası-Aydın .
- Altuntaş S, Baykal Ü.** Okul Hemşirelerinin İş, İş Ortamı, Rol ve Sorumluluklarına Yönelik Görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9 (1), 43-50.
- Ay F,** Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar, MedikalYayıncılık, İstanbul, 2008.
- Azhir A, Frajjadegan Z, Adibi A, Hedayatpoor B, Fazel A, Divband A.** An epidemiological study of enuresis among primary school children in Isfahan, Iran. *Saudi Med J. Oct 2006, 27 (10), 1572-1577.*
- Bahar Z.** Okul sağlığı Hemşireliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2010, 3 (4), 195-200.



**Bakır B, İstanbulluoğlu H, Araz RE, Vurucu S, Yaren H.** Investigating the Prevalence and Risk Factors of Nocturnal Enuresis among Children attending a Kindergarten in Ankara. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011, 18 (2), 54-59.

**Bodur Ş. Soysal Ş.** Enürezis nokturna yalnızca bir tuvalet eğitimi sorunu mu? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005, 14 (7): 165-1681.

**Bolat D, Bolat E, SancakE.Başer A, ZencirM, Sınık Z.** Denizli ilinde ilköğretim çağındaki çocuklarda nokturnal enürezis prevalansı ve risk faktörleri Prevalence and risk factors of enuresis nocturna in primary school children in Denizli. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2013; 6 (2):82-90.

**Bosson S, Lyth N.** Nocturnal enuresis. *Clinical Evidence* 2001; 5:268-73.

**Boybeyi Ö, Soyer T, Özmen İ, Dere Günel Y, Aslan MK.** Yeni Açılan Enürezis Polikliniğinden Ön Çalışma Sonuçları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi Turkish Journal of Pediatric Disease*, 2014, 1, 7-11.

**Bozlu M, Çayan S, Doruk E, Canpolat B, Akbay E.** The epidemiology of nocturnal and diurnal enuresis in childhood and adolescence. *Türk Üroloji Derg*, 2002; 28: 70-75.

**Butler RJ, Gasson SL.** Enuresis alarm treatment. *Scand J Urol Nephrol* 2005; 39:349-357.

**Büyükgönenç L, Törüner EK.** Çocuk Sağlığı, Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Amasya, 2012.

**Canbulat N, Yıldız S.** Enüreziste güncel bilgiler. *Güncel Pediatri Dergisi* 2009; 7 (2):83-90.

**Carol D. Berkowitz, M.D.** Enuresis, Pediatrics: Primary Care Approach. Philadelphia: WB Saunders co, 2002; 33: 131- 134.

**Chang SS, Ng CF, Wong SN:** Hong Kong Childhood Enuresis Study Group. Behavioral problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. *Acta Paediatr* 2002; 91: 475-479.

**Çarman K.B, Nuhoğlu Ç, Ceran Ö.** İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bir grup okul çocuğunda enürezis nokturna prevalansı. *Türk Pediatri Arşivi*, 2003; 38: s.153-159.

**Çelenk S.** Okul Başarısının Ön Koşulu: Okul Aile Dayanışması , The Prerequisite for School Success: Home-School Cooperation, *İlköğretim-Online* 2 (2), 2003, sf.28-34.

**Çelik H**, Diyarbakır ili bir grup okul çağı çocuğunda enürezis nokturna prevelansının araştırılması, Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2011.

**Çerik Ş**, Ailelerin Gençlere Karşı Tutumları ve Gençlerin Ailelerinin Tutumlarını Algılayışlarına Yönelik Üniversite Gençliği Üzerinde Bir Araştırma. *Y.T.Ü İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Dergisi*. 2005.

**Çivilibal M, Sarılar Ö, Toptaş M**. Monosemptomatik Enürezis Nokturnalı Çocuklarda Hiperkalsüri. *Haseki Tıp Bülteni Dergisi*, 2013.

**Dallar Y, Çelikel Acar B, Kahvecioğlu D, Arıkan Fİ**. Çocukluk Çağında Görülen Enürezis Nokturnanın Sosyodemografik Özellikleri. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2009, 5, 92-95.

**Demiriz S, Öğretir A**. Alt ve Üst Sosyoekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2007, 15 (1): 105–122.

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

**Denise M. Motaa, Aluisio J.D. Barrosa, Alicia Matijasevicha, b, Iná S. Santosa**. Prevalence of enürezis and urinary symptoms at age 7 years in the 2004 birth cohort from Pelotas, Brazil. *J Pediatr (Rio J)*, 2015, 91, (1), 52-58.

**Deniz S**, 9-12 Yaş Çocuklarının Benlik Kavramı İle Ana-Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997.

**Dönmez O**. Çocuklarda Nokturnal Enürezis. *Güncel Pediatri Dergisi*. 2004 ; 2 : 134-136.

**Dündar P, Ergin D, Kurses M, Hekimoğlu C, Nebi S, Buğa Ş, Kaysudu A**. Manisa’da Bir Gecekondu Bölgesinde 5-16 Yaş Grubunda Enürezis Nokturna Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 21, 89-95.

**Düşünsel R**. Enürezis Nokturnalı Çocuğa Yaklaşım. *Güncel Pediatri Dergisi*. 2008; 6.

**Erdogan A, Akkurt H, Boettjer NK, Yurtseven E, Can G, Kiran S**. Prevalence and behavioural correlates of enuresis in young children. *J Paediatr Child Health*, 2008; 44 (5):297-301.

**Gökdoğan Keskin M**. Enürezis Nokturna Tedavisinde Davranış Tedavisinin Etkinliği; Davranış Tedavisine Yanıtsız Vakalarda İmipramin Ve Oksibutininin Tedavisi, Uzmanlık Tezi İstanbul 2006, 87.

**Göksu M.** Elazığ Bölgesinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda (7-12 Yaş) Enürezis Sıklığı ve Eşlik Eden Ürolojik Patolojilerin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Elazığ 2008, 103.

**Görür S, İnandı T, Turhan E, Helli A, Kiper AN.** Hatay'da 6-18 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı Ve Risk Etkenleri. *Türk Üroloji Dergisi* 2008, 34 (1): 42-50.

**Göv.** Enürezisi Olan Okul Yaş Dönemindeki Çocuklarda Endişe Kaynakları Ölçeğinin Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2009, 97.

**Gunes A, Gunes G, Acik Y, Akilli A.** The epidemiology and factors associated with nocturnal enürezis among boarding and daytime school children in southeast of Turkey. A cross sectional study. *BMC Public Health*. 2009; 9:357.

**Gücük1 S, Edirne T, Günher Arıca S, Edirne Y, Arıca V, Alkan S.** Çocuklarda gece idrar kaçırma sıklığı ve ilişkili etkenler: Ankete dayalı kesitsel bir çalışma. *Türk Aile Hekimi Dergisi* 2011, 15 (2), 48-52.

**Gür E, Turhan P, Can G.** Enuresis: Prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in İstanbul, Turkey. *PedInt* 2004, 46, 58-63.

**Gürpınar Akan A,** 7-12 Yaş Çocuklarında Görülen Uyum ve Davranış Bozuklukları ve Benlik Saygısı İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2001, 206.

**Gürses İ, Kılavuz M.** Erikson'un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi Ve İletişiminin Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2011, 20(2), 153-166.

**Gürsoy F, Çoşkun T.** Büyük Ebeveynleriyle Yaşayan Çocukların Aile Ortamlarını Değerlendirmeleri. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2006, 15(1), 151-164.

**Hashem M, Morteza A, Mohammad K, Ahmad-Ali N.** Prevalence of Nocturnal Enuresis in School Aged Children The Role of Personal and Parents Related Socio-Economic and Educational Factors. *Iran J Pediatr*, Feb 2013, 23 (1), 59-64.

**Hayta S.** Ameliyat Nedeniyle Hastaneye Yatan Adölesanların Ameliyat Olma ve Hastaneye Yatma Durumunda Endişe Kaynakları Ölçeğinin Geliştirilmesi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2008, 80.

**Hızel M.** Okul Çocuklarında (7-12 yaş)görülen enürezis ve enkoprezis sıklığının aile tutumu ile ilişkisi, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1999, 48.

**İşcan B.** Enürezisi Olan Çocuklarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2010, 111.

**Kalo BB, Bella H.** Enuresis: prevalence and associated factors among primary schoolchildren in Saudi Arabia. *Acta Paediatrica* 1996, 85 (10), 1217-22.

**Karakoç Demirkaya S, Abalı O.** Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem davranış sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012, 13, 67-74.

**Kaya A, Bozaslan H, Genç G.** Üniversite Öğrencilerinin Anne-Baba Tutumlarının Problem Çözme Becerilerine, Sosyal Kaygı Düzeylerine ve Akademik Başarılarına Etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012, 208-225.

**Keten HS, Ölmez S, Gençoğlu S, Demircioğlu Kılıç B, Ölmez C.** Primer Enürezis Noktürna Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete ve Depresyon Belirti Şiddetinin Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2014, 14 (3), 85 – 90.

**Köroğlu E.** Dsm-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı. *Amerikan Psikiyatri Birliği*, İstanbul, 2013.

**Lee SD, Sohn DW, Lee JZ, Park NC, Chung MK.** An epidemiological study of enuresis in Korean children. *BJU International*, 2000, 85, 869-873.

**Leebeek-Groenewegen A, Blom J, Sukhai R, Van Der Heijden B.** Efficacy of desmopressin combined with alarm therapy for monosymptomatic nocturnal enuresis. *J Urol*, 2001, 166, 2456-2458.

**Mayes L, Cohen D.** Çocuğunuzu anlama rehberi. Yale Üniversitesi Çocuk Araştırma Merkezi, Beyaz Balina Yayınları, 2002.

**Mohammad R, Safarinejad.** Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated familial factors and urinary pathology among school children in Iran. *Journal of Pediatric Urology* 2007, 3, 443-452.

**Mota DM, Barros AJ.** Toilet Training: Methods, Parental Expectations And Associated Dysfunctions. *J Pediatr (Rio J)*, 2008, 84(1), 9-17.

**Öner N.** Piers Harris'in Öz Kavramı Ölçeği Kitabı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1994.

**Özcan YZ.** Primer enürezis nokturnalı çocukların depresyon, özbenlik saygısı ve davranış bozuklukları açısından normal çocuklarla karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2000.

**Özdemir O, Özdemir P, Kadak M, Nasıroğlu S.** Kişilik Gelişimi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4(4), 566-589.

**Özgürhan G, Sezgin B, Benzer M, Ünver Korğalı E, Samancı N.** Enürezis Tanısı Alan Çocuklarda Sosyo-demografik Faktörlerin Değerlendirilmesi. *J Kartal TR* 2013, 24 (2), 93-96.

**Özkaya O.** Enürezis. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2008, 4 (1):106-110.

**Özyurt S, Girgin N.** Gelişim Süreçleri, Değişim Yayıncılık, Adapazarı, 2000.

**Pashapour N, Golmahammadlou S, Mahmoodzadeh H.** Nocturnal enuresis and its treatment among primary-school children in Oromieh, Islamic Republic of Iran. *East MediterrHealth J*, 2008, 14 (2), 376-80.

**Poyraz M,** Babaların Babalık Rolünü Algılamalarıyla Kendi Ebeveynlerinin Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Ana Bilim Dalı, Ankara 2007, 116.

**Sahtiyancı M, Aydoğan G, Yılmaz A, Alçalar N, Öztürk E, Kıyak A, Türk B, Aktalay A.** Primer Enürezis Nokturnalı Hastaların ve Annelerinin Depresyon Ölçekleri ile Değerlendirilmesi, *JOPP Dergisi*, 2011, 3 (3), 122-128.

**Sebanjo IO, Oshikoya KA, Njokanma OF.** Micturitiona ldryness and attitude of parents towards enuresis in children attending out patient unit of a tertiary hospital in Abeokuta, Southwest Nigeria, *Africa Health Sciences*, 2011, (2), 244-51.

**Seçer Z, Sarı H, Olcay O,** Anne Tutumlarına Göre Okulöncesi Dönemdeki Çocukların Ahlaki ve Sosyal Kural Bilgilerinin İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, 15 (1), 105-122.

**Seçginli S, Erdoğan S, Demirezen E.** Okul sağlığı tarama programı: bir pilot çalışma örneği. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2004, 13(12), 462-465.

**Senemoğlu N.** Gelişim Öğrenme ve Öğretim (21.baskı), Pegem Akademi Yayınevi, Ankara, 2004, 35.

**Şahin C, Şahin O, Güraksın A.** Erzurum İli İlköğretim Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi* 2001, 27 (4), 447-455.

**Şahin AH, Hatice H, Üstündağ Budak Y, Sancar S, Tatar H.** Bursa İli İlköğrenim Çocuklarında Nokturnal Enürezis Prevalansı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012, 11 (2), 139-144.

**Tabak N.** İlköğretim 1.Kademede Davranış Sorunları Olan Çocukların Anne-Baba Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon, 2007, 112.

**Taşpınar O.** İlköğretim Öğrencilerinde Enürezis Nokturna Sıklığı ve Predispozan Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak 2009,85.

**Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz H, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman JM, Radmayr Chr, Stein R.** Guidelines on Pediatric Urology. *Paediatric Urology*, 2010, 339-351.

**Top Ü, Alemdar K.** 7-11 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2014, 3 (4).

**Topaloğlu N, Alan C, Ersay AR, Eren AE, Baştürk G, Alan H.** Enürezis Nokturna Tedavisinde Biofeedback Alternatif Bir Tedavi Yöntemi Olabilir Mi? *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2014.

**Toros F, Avlan D, Çamdeviren H.** Enüretik çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4, 38-45.

**Toros F, Tot Ş, Bozlu M, Okyay Y, Çamdeviren H.** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve primer enürezis nokturnalı çocukların annelerindeki psikiyatrik belirtiler ve yetiyitimi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2003, 6, 135-140.

**Turhan B.** Monosemptomatik Enürezis Nokturnalı Hastalarda Uyku Bozukluklarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2015.

**Türkiye Enürezis Klavuzu (TEK), 2010.**

**Ünal F.** Enürezis Nokturna. *Katkı Pediatri Dergisi* 1996; 17 (5): 789- 802.

**Ünalın D, Çetinkaya F, Baştürk M.** Kentsel kesimde 7-12 yaş grubunda enürezis nokturna prevalansı ve özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001, 2 (3), 175-182.

**Ünalın D.** Kayseri Kentsel Kesimde 7-12 Yaş Grubu Çocuklarda Enürezis Nokturna, Kekemelik ve Tik Görülme Sıklığı, Yüksek Lisans Tezi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri 2000, 64.

**Varol S.** Samsun'da İlköğretim Çağı Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Enürezisi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun 2009,119.

**Yapıcı Ş, Yapıcı M.** Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi, Anı Yayıncılık, Ankara, 2005.

**Yavuzer H.** Ana-Baba Ve Çocuk, Remzi Kitapevi, İstanbul 2005,264.

**Yılmaz A.** “Çocuk Yetiştirme Tutumları”, *Türk Psikoloji Yazıları*, 1999, Sayı 1.

**Yurtçu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin TK, Günel E.** Sağlıklı ve enüretik çocuklarda idrar tutabilme yaşlarının araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2006, 5(1).

# EKLER

## Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.  
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04- 302  
Konu : Çalışmanız hk.

28.11.2014  
AYDIN

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Filiz ADANA  
Aydın Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.11.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.  
Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KİYİOĞLU  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

### KARAR 1

Protokol No : 2014/482  
Sorumlu Yürütücü: Yrd.Doç.Dr. Filiz ADANA  
Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Hemsş. Böl.

ADÜ/Aydın Sağlık Yüksekokulu- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Filiz ADANA'nın "İlkokul 1. sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı, anne tutumu ve ilişkili faktörler" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda;

- Çalışmanın başlığının örneklemin toplanacağı ili temsilen "Aydın il merkezinde ilkokul 1. sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı, anne tutumu ve ilişkili faktörler" olarak belirlenmesi uygun olacaktır. Bu nedenle ilgili belgelerin yeniden düzenlenmesi gereklidir.
- Bu çalışma için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formuna gerek yoktur. Bunun yerine yapılacak anket formunun üst kısmına; çalışma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra aşağıda belirtilen ifadelere benzer ifadelerin eklenmesi uygun olacaktır.

"Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten (adı, soyadı, iletişim bilgileri –tel, e-posta) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla sorabilirsiniz."

Bu nedenle yukarıdaki düzeltmelerin yapıpı dosyaya konulmak üzere dilekçe ekinde gönderilmesi şartıyla çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesi ile ADÜBAP başvurusu bütçe onayının (hizmet sözleşmesinin) dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN  
Tel: 256- 225 31 66  
Faks : 256-212 31 69  
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>  
e-posta: [goetik@adu.edu.tr](mailto:goetik@adu.edu.tr)



## Ek 2. İl Millî Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.  
AYDIN VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 66329276/605/5903110  
Konu: Araştırma İzni.

01/12/2014

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
AYDIN

İlgi : 18/11/2014 tarih ve 7192 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Pelin KARAATLI tarafından İlimiz İlkokullarda eğitim gören 1.sınıf öğrenci ve anneleriyle "İlkokul 1. Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı, Anne Tutumu ve İlişkili Faktörler" adlı tez çalışması kapsamında uygulama yapma isteği, Millî Eğitim Bakanlığı 2012/13 sayılı genelgesi doğrultusunda incelenmiştir.

2014-2015 eğitim öğretim yılında İlimiz İlkokul birinci sınıf öğrenci ve annelerine, uygulama yapılmadan önce etik kurulu raporunun alınması, ebeveynlere uygulama için gönüllülük esas şartı ile Veri Toplama Araçlarının uygulanması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Pervin TÖRE  
Millî Eğitim Müdürü

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı ile aynıdır

01.12.2014

Aygun TOKMAK  
Şef

Meşrutiyet Mah.Kültür Cad. No:20 AYDIN İrtibat :Md.Yrd. Y.YILMAZ  
E-posta : aydinmem@meb.gov.tr Telefon :0-256-2151028  
Web : http://aydin.meb.gov.tr Faks :0-256-2251268

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 8ef3-a4fe-3cbd-96d4-66d7 kodu ile teyit edilebilir.

### Ek 3. Anket Formu

YÖNERGE: Bu araştırma, “*İlkokul 1.sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı, anne tutumu ve ilişkili faktörler*”i belirlemek amacıyla planlanmıştır. Aşağıda anneleri, öğrencileri tanımak amaçlı hazırlanmış sorular bulunmaktadır. Tüm soruları eksiksiz olarak cevaplamanız rica olunur. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

*Katılımınız için teşekkürler.*

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı Hastalıkları ve  
Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Pelin KARAATLI

### ANNEYE YÖNELİK SORULAR

**1. Annenin yaşı.....**

**2. Annenin eğitim durumu?**

a)Okumaz yazmaz

b)Okuryazar

c)İlkokul

d)Ortaokul

e)Lise

f)Üniversite ve üstü

**3. Babanın eğitim durumu?**

a)Okumaz yazmaz

b)Okuryazar

c)İlkokul

d)Ortaokul

e)Lise

f)Üniversite ve üstü

**4. Annenin çalışma durumu?**

a)Çalışmıyor

b)Çalışıyor (işinizi belirtiniz).....

**5. Babanın çalışma durumu?**

- a)Çalışmıyor
- b)Çalışıyor (işinizi belirtiniz).....

**6.Aile tipiniz hangisidir?**

- a)Çekirdek aile
- b)Tek ebeveynli
- c)Geniş aile
- d)Birleşik aile
- e)Diğer (Belirtiniz):....

**7.Sizce ailenizin ekonomik düzeyi nasıldır?**

- a)Gelir giderden az
- b)Gelir gidere denk
- c)Gelir giderden fazla

**8.Evde üvey aile üyesi var mı?**

- a) Yok
- b)Var

**9.Annenin çocuğuna ilgi ve yakınlık düzeyi ?**

- a)Kötü
- b)Orta
- c) iyi

**10.Annenin çocuğunuza fiziksel şiddet uygulama durumu?**

- a)Hayır
- b)Evet

**11.Annenin çocuğunun aktivitelerinde kısıtlama yapar mı?**

- a)Hayır
- b)Evet

**12.Sosyal güvenceniz var mı?**

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

**13.Annenin herhangi bir sağlık sorununuz (engeliniz) var mı?**

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

**14. Annenin sağlık durumunu nasıl değerlendirir?**

- a)Kötü
- b)Orta
- c)İyi

**15. Anneni ruh sağlığını nasıl durumu?**

- a)Kötü
- b)Orta
- c)İyi

**16. Annenin çocukluğunuzda Enürezis (idrar kaçıırma) hikayesi var mıydı?**

- a)Hayır
- b)Evet

**17. Eşinizin çocukluğunda Enürezis (idrar kaçıırma) hikayesi var mıydı?**

- a)Hayır
- b)Evet

### **ÇOCUĞUNUZA YÖNELİK SORULAR**

**1.Okulu:** .....

**2.Yaşı :** .....

**3.Cinsiyeti**

- a) Kız
- b) Erkek

**4.Kaç kardeş?.....**

**5.Kaçıncı çocuk?.....**

**6.Ailede yenidoğan var mı?**

- a)Hayır
- b)Evet

**7.Çocuğunuz planlı gebelik sonucu mu doğdu?**

- a)Hayır
- b)Evet

**8.Şimdiye kadar en uzun .....bölgesi.....ilinde yaşıadı.**

**9.Tuvalet eğitimi verdiniz mi?**

- a)Hayır
- b)Evet

**12. (Evet ise )Tuvalet eğitimine ne zaman başıladınız?**

- a)24 ay ve altı
- b)25-36 ay
- c)37 ay ve üzeri

**13.İstemsiz olarak yada isteyerek, yatağa yada giysilerine idrarını kaçırır mı?**

- a)Hayır
- b)Evet

**Eğer 13.soruya yanıtınız hayırsa aşağıdaki soruları yanıtlamayınız.**

**1.Çocuğunuz gündüzleri altına idrar kaçırır mı?**

- a)Hayır
- b)Evet

**2.Çocuğunuz geceleri altına idrar kaçırır mı?**

- a)Hayır
- b)Evet

**3.Altına kaçırmadığı dönem oldu mu?**

- a)Hayır
- b)Evet

#### Ek 4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parı)

Size uygun olan şıkkın altındaki kutucuğu işaretleyiniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

	<b>1</b> <b>Hiç uygun</b> <b>bulmuyorum</b>	<b>2</b> <b>Biraz</b> <b>uygun</b> <b>buluyorum</b>	<b>3</b> <b>Oldukça</b> <b>uygun</b> <b>buluyorum</b>	<b>4</b> <b>Çok uygun</b> <b>buluyorum</b>
1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.				
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.				
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.				
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.				
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.				
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.				
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.				
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.				
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.				
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.				
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.				
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.				

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

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



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

## Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)**

#### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!**

Velisi olduğunuz ..... isimli öğrenci çalışmaya katılmak üzere davet edilmiştir. Bu çalışmada yer almasını kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteviniz.

#### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Bu çalışma; İlkokul 1.Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı, Anne Tutumu ve İlişkili Faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır

#### **KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Araştırma Aydın İl Merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı dört ilkokulun 1.sınıfta öğrenim gören çocukların annelerinin gönüllük esasına dayanarak anket uygulaması yapılmıştır.

#### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Araştırma Aydın İl Merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı dört ilkokulun 1.sınıfta öğrenim gören çocukların annelerine Anket Formu, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI) uygulanmıştır.

#### **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

#### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı araştırmanın yapılacağı okulda ulaşabildiğimiz ilkokul 1.sınıf annelerinin sayısıdır.

#### **ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre 12 ay'dır.

#### **GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırmada öngörülen zaman 30 dk'dır.

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

Enürezis çocuğun yaşamını olumsuz etkileyen çocukluk çağında görülen ruhsal sorunlardan biridir.Yapılan çalışmalarda görülmüştür ki enüretik çocukların okul başarısının

düşük olduğu, sosyoekonomik düzeyi düşük aileden gelen çocuklarda enürezis sıklığının daha fazla görüldüğü, ebeveynlerin çocuklara karşı aşırı tutumu, ceza vermeleri enürezisi tetiklediği görülmüştür.

Bizim çalışmamızdan beklentimiz aydın ilinde görülen enürezisin hangi faktörlerle ilişkili olduğu bu faktörlere nasıl çözümler üretilebileceği, annelerin enürezis hakkında ne kadar bilgiye sahip oldukları, enürezisi ne kadar önemsedikleri, enürezise yaklaşımlarının nasıl olduğu, çocuklarına karşı tutumlarının nasıl olduğuna değinebilmektir. Enürezisin okul sağlığı toplum ruh sağlığı, çocuğun ve annenin ruh sağlığı açısından önemini vurgulamaktır.

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

Gözlenebilecek istenmeyen etkiler yoktur.

### **ÖĞRENCİ HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİR?**

Annenin kendi isteğiyle verilen anket formunu doldurmaması durumunda çalışmadan çıkarılabilir.

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

Uygulama süresi boyunca, sorularınız için araştırmacımız Pelin KARAATLI'ya başvurabilirsiniz. İletişim numarası: 0541 741 76 08

### **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

### **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**

### **ÇALIŞMAYA KATILMA NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle öğrencinize ve size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

### **ANNENİN ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMESİ VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAK İSTEMESİ DURUMUNDA NE YAPMASI GEREKİR?**

Annenin bu çalışmaya katılması gönüllü olmasına bağlıdır. Bu çalışmada hiçbir şekilde öğrencinin-annenin adı anılmayacak, belirtilmeyecektir. Anketleri sadece araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacak, öğrencinin ve sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır. Annenin araştırmadan ayrılması durumunda araştırmacıya bilgi vermesi ve anketinin değerlendirme kapsamına alınmamasını bildirmesi yeterlidir.

## ARAŞTIRMAYA KATILMASINA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Öğrenciye ve aileye ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilere ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, öğrencime ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

**Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.**

VELİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

## ÖZGEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** :KARAATLI, Pelin  
**Uyruk** : T.C.  
**Doğum yeri ve tarihi** : Aydın, 17.11.1989  
**Telefon** : 05417417608  
**E-mail** : plnkaraatli@hotmail.com  
**Yabancı Dil** : İngilizce

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	.....
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2013

### İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2013-.....	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

### AKADEMİK YAYINLAR

#### BİLDİRİLER

**1. Karaatlı P., Çunkuş N., Adana F., Arslantaş (2015) Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Depresif Belirtiler Ve Umutsuzluk Düzeyi İle İlişkili Faktörler (.Uluslararası 7.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi-Hacettepe Üniversitesi-Ankara)**