



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**7-12 YAŞ GRUBU ENÜRETİK OLAN VE ENÜRETİK OLMAYAN
ÇOCUKLARDA AİLE TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Birgül SAKARYA

Danışman Öğretim Üyesi
Yrd. Doç.Dr. Emine ALTUN

Sivas
2008

Bu Tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2007 Tarih ve 26653
No'lu Kararı İle Kabul Edilen "Tez Yazma Yönergesi"ne Göre Hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	III
SUMMARY	V
TEŞEKKÜR.....	VII
I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI	5
III. GENEL BİLGİLER	6
3. 1. Entürezis	6
3.1. 1.Tanım	6
3.1. 2.Tarihçe.....	7
3.1. 3.Epidemiyoloji	8
3.1. 4.Etiyoloji ve Patagonez.....	9
3.1. 5.Tanı ve Klinik Değerlendirme	12
3.1. 6.Entüreziste Tedavi.....	14
3.1. 7. Entüreziste Hemşirelik Yaklaşımı	18
3. 2. OKUL ÇOCUKLUĞU DÖNEMİ	22
3. 3. Aile Tutumları	25
3.3.1. Baskılı ve Otoriter Ana-Baba Tutumu	26
3.3.2.İlgisiz ve Kayıtsız Ana-Baba Tutumu.....	27
3.3.3.Gevşek Ana-Baba Tutumu (Çocuk Merkezci Aile).....	27
3.3.4.Dengesiz ve Kararsız Ana-Baba Tutumu	27
3.3.5.Koruyucu Ana-Baba Tutumu	28
3.3.6.Mükemmeliyetçi Ana Baba Tutumu.....	28
3.3.7.Kabul Edici, Güven Verici ve Demokratik Anne Baba Tutumu	29
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	31
4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	31
4.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	31

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	31
4.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	32
4.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	32
4.6. VERİ TOPLAMA FORMLARI.....	32
4.6.1 Aile Bilgi Formu (Ek-1).....	32
4.6.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARİ) (EK-2).....	31
4. 7. UYGULAMA.....	35
4. 8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	36
V. BULGULAR	37
VI. TARTIŞMA	61
VII. SONUÇLAR.....	70
VIII. ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	90
EK.1. Aile Bilgi Formu.....	94
EK.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği.....	98

ÖZET

7–12 YAŞ GRUBU ENÜRETİK OLAN VE ENÜRETİK OLMAYAN ÇOCUKLARDA AİLE TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Birgül SAKARYA

Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Hastalıkları ve Hemşireliği
Ana Bilim Dalı

Danışman Öğretim Üyesi Yrd. Doç.Dr. Emine ALTUN

2008, 109 sayfa

Bu çalışmada Tokat İl merkezindeki 7–12 yaşlarında enüretik olan çocuklarla enüretik olmayan çocukların aile tutumlarının karşılaştırılması konu edilmektedir.

Araştırmada veriler, çocuk ve ailenin tanıtıcı özelliklerini içeren “Aile Bilgi Formu” ve Ailelerin çocuk yetiştirme tutumunu belirleyen “Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği” aracılığıyla toplandı. Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS paket programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov varyans analizi, ki-kare, Mann Whitney U testi kullanıldı.

Çalışmaya 140 enüretik (68 kız ve 72 erkek) ve 140 enüretik olmayan (68 kız ile 72 erkek) olmak üzere toplam 280 öğrenci annesi alındı. Kızlarda enüretik olanın %48.6, erkeklerde %51.4 olduğu belirlendi. Annelerin %33.9’unun 30 yaş ve altında olduğu, babaların %32.5’inin 36–40 yaşlarında olduğu, annelerin %94.6’sının çalışmadığı, babaların %43.6’sının serbest çalıştığı, annelerin %72.9’unun ve babaların (%80–78.6) ilköğretim mezunu oldukları, çoğunluğunun çekirdek aile (%64.3) ve %63.9’unun ekonomik durumlarının orta seviyede olduğu belirlenmiştir.

Enüretik olan ve olmayan gruplar arasında geçimsizlik boyutu yönünden anlamlı fark bulunmuş olup enüretik olan çocuklarda olmayan çocuklara göre daha yüksek olduğu, annelerin çoğunluğunun kız çocuklara erkek çocuklardan daha fazla aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumu uyguladıkları saptanmıştır. Enüretik olan ve olmayan grupta anne ve babanın yaşına, öğrenim durumuna, annenin çalışma

durumuna, aile tipine, ekonomik durumuna, alt ıslatma yaşına göre aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutuna sahip oldukları belirlenmiştir.

Enüretik olan grupta annelerin çalışma durumuna göre geçimsizlik tutum uyguladıkları, altını ıslatma yaşına göre rolünü reddetmesi tutumu, annelerinin çocuklarına davranışlarında koruyucu tutum, ailenin çocuklarına tepkisine bakıldığında demokratik ve reddedici tutumu benimsedikleri belirlenmiştir.

Enüretik olmayan grupta cinsiyete göre aşırı koruyuculuk ve rolünü reddetmesi boyutunda istatistiksel olarak fark olduğu ve bu grupta da kız çocuklara annelerin aşırı koruyucu ve sıkı disipline dayanan tutum uyguladıkları belirlenmiştir. Çocuğun yaş gruplarına göre aşırı koruyuculuk, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve 7 yaşındaki çocuklarda bu tutumların diğer yaşlara göre daha yüksek olduğu, annenin çocuk sayısına göre demokratik tutumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu, anne ve babanın öğrenim durumuna göre rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Annenin çalışma durumu ve aile tiplerine göre geçimsizlik ve sıkı disiplin tutum yönünden anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Enüretik olan ve olmayan grupta anne ve babanın yaşına, öğrenim durumuna, annenin çalışma durumuna, aile tipine, ekonomik durumuna, alt ıslatma yaşı ve ailelerin altını ıslatan çocuklara davranışına göre aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutuna sahip oldukları saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: enürezis, aile tutumları.

SUMMARY

THE FAMILIES' BEHAVIORS OF THE ENURETIC CHILDREN AND THE CHILDREN WHO ARE NOT ENURETIC WHO STUDY IN PRIMARY SCHOOL DEGREE BETWEEN 7-12 AGES GROUP

Birgöl SAKARYA

Master of Science Thesis, Department of Nursing

Supervisor: Yrd.Doç.Dr. Emine ALTUN

2008, 109 pages

This study was carried out in order to compare the families' behaviors of the enuretic children and the children who are not enuretic who study in primary school degree between 7-12 ages group.

The data in the search were collected by 'family inquiry form' which involve the individual characteristics of the child and the family and 'family life and child growing attitude measurement' which determines the families' attitude about growing the child. The data obtained from the search were evaluated in SPSS packet program. When evaluating the data; Kolmogorov-Smirnov varyans analysis ki-kare ,Mann Whitney U test was used.

140 students (68 girls and 72 boys) with enuresis and 140 students (68 girls and 72 boys) without enuresis in total 280 students families were taken into the study. It was determined that girls have 48.6% enuresis and boys have 51.4% enuresis. It was determined that 33.9% mothers are 30 and under 30 years old, 32.5 fathers are 36-40 years old, 94.6% mothers do not work, 43.6% fathers self-employed, 72.9% mothers and (80%-78.6) fathers are graduated from primary school, most of them nuclear family (64.3%) and 63.9% have middle economic level.

A meaningful difference was found out about incompatibility between enuretic groups and the groups without enuretic ,it was found out that it is high in enuretic children when compared to the children who are not enuretic ,most of the

mothers behave disciplined strictly protectingly for the their daughters more than their sons. It was found out that mothers and fathers have much protective condition and discipline for the group who are not enuretic when compared to their working condition, family type, economic condition, making bed wet age.

It was found out that when considering the mothers working condition enuretic group behave incompatible, when considering father's working condition they reject the role and behave incompatible, when considering income condition; they have strict discipline behavior, when considering making bed wet age; they reject the role, the families behave protective for their children, when considering reaction of the families for their children; it was found out that they have democratic and rejecting behavior.

It was found out that there is a statically difference in the dimension of protectiveness when considering the sex and rejecting his/her role in the group who are not enuretic and it was found out that mothers behave much disciplined for their daughters. According to the child's age group there is a meaningful difference in much protectiveness, rejecting the role and strict discipline dimension statically and the children at the age of 7 have these behaviors more than the other ages, the mother's democratic behavior is statically more meaningful according to the children numbers, mother reject the academic background role, incompatibility, about strict discipline behavior there is a meaningful difference statically. It was found out that there is a difference about father to reject his role according to academic background, incompatibility and strict discipline. It was found out that when considering the mother's working condition; there is a meaningful difference with father's working condition. It was found out that there is a meaningful difference about incompatibility and strict discipline according to the family types.

It was found out that in the group who do not have enuretic mothers and fathers have more protective behavior and strict discipline level for the children when considering the ages, academic background, mothers working condition, family type, economical condition, making bed wet ages .

Key words: Enuresis, family, attitude

TEŐEKKÖR

Araştırmanın her aşamasında, benden değerli vaktini ve bilgilerini esirgemeyen, tez danışmanım; Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN'a, tezimi hazırlarken benden, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen eşime, aileme, arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Enürezis , çocukluk çağında sık karşılaşılan, çocuğu olduğu kadar ailesini ve çocuğun çevresini de etkileyen önemli bir sorundur. Enürezis, mesane kontrolünün kazanılması gereken yaşta, istemsiz olarak idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (Hockenbery 2003). Dünyada yapılan çalışmalar enürezisin ilkökul çağında % 15.5, ergenlik çağında %2 oranında olduğunu göstermektedir (Cendron ve ark. 1998, Butler ve ark. 2005). Ülkemizde yapılan çalışmalarda okul çağı çocuklarının % 10-15'inin enürezisten etkilendiği belirtilmektedir (Ünalın 2000, Çarman ve ark. 2003, Dönmez 2004).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar enürezisin pek çok farklı nedene bağılı olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Bu nedenler: üriner sistem anomalileri (Demirören ve ark.2006), üriner sistem enfeksiyonları (Zeyrek 2001), uyku faktörleri (Ergüven ve ark. 2004), düşük sosyokültürel düzey (Özer ve ark 1995, Wen ve ark 2005), çevresel faktörler, yetersiz tuvalet eğitimi (Bahtiyar 1993, Ünalın 2000, Taneli 2003, Dönmez 2004, Yurtçu ve ark. 2006,) genetik nedenler ve psikososyal faktörlerdir (Keskinöglü 1990, Hollmann ve ark. 1998, Taneli 2003, Bahalı ve ark. 2005). Psikososyal faktörler arasında yeni bir kardeş doğumu, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, okula başlama, okul değıştirme ve aile tutumları yer almaktadır (Ünalın ve ark. 2005).

Enürezise yol açan psikososyal faktörlerden aile tutumları, ailenin çocuğu algılamasına, geçmişteki deneyim ve bilgilerine ve kendi isteklerine göre farklılık göstermektedir. Anne-baba tutumları, çocuk eğitimi üzerinde oldukça büyük bir öneme sahiptir (Aydoğmuş ve ark 2004). Yavuzer (2001) baskılı ve otoriter tutum, gevşek tutum, dengesiz ve kararsız tutum, koruyucu tutum, ilgisiz ve kayıtsız tutum ve destekleyici ve hoşgörölü tutum olmak üzere 6 farklı anne-baba tutumu tanımlamıştır. Anne babalar, çocuğun yeni şeyler öğrenmesinde bilişsel, psiko-motor, dil, sosyal ve duygusal özelliklerinin gelişmesi açısından çocuklarının ilk eğitimcilerdir. Çocuğun duygusal ve sosyal yönden sağlıklı olması onun doğuştan getirdiği yetenekleri ile anne-baba tutumları ve çevre arasındaki etkileşiminin uyumuna bağılıdır (Ersoy ve Şahin 1999, Çetinkaya ve Başbakkal 2005). Anne-

babanın çocuğundan istediği ilk uyum davranışı çocuğun tuvalet eğitimini kazanmasıdır (Genç 1994, Hızel 1999). Aile için zorlu, sıkıntılı olabilen bu alışkanlığı kazandırma, sağlıklı bir çocukta 20. aydan başlayıp 3–5 yaşlarına kadar sürebilmektedir (Hockenbery 2003, Yurtçu ve ark. 2006). Sosyal uyum ile ilgili yapılan çalışmalar, ailenin çocuk üzerindeki etkilerinin ve aile tutumlarının önemli olduğunu göstermiştir (Genç 1994, Buldukoğlu 1993, Hızel 1999, Gülsün ve ark.2006). Aile tutumlarına bakıldığında Türk toplumunda annelerin aşırı kontrolcü annelik modelini daha çok kullandıkları görülmüştür (Güven 1990, Hızel 1990, Buldukoğlu 1993, Genç 1994). Enürezisi olan çocukların ailelerinde yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin aşırı koruyucu, anksiyeteli yapıda olabileceği, bazılarının ise öfkeli ve kızgın, baş etmede daha çok ceza kullanmayı tercih eden ebeveynler olduğu belirtilmiştir (Butler 1998).

Şahin'in (2000) yaptığı çalışmada, enüreziste aile tutumlarına bakılmış ve ailelerin % 51.6'sının çocuğa kızdığı, % 9.7'sinin cezalandırdığı , % 29'unun görmezlikten geldiği, % 9.7'sinin ise ikaz yoluna gittiği belirtilmiştir. Bu çalışmada çocuklara ceza uygulanması ve kırıcı, utandırıcı davranışlarda bulunulmasının ilerde çocukta daha büyük sorunlara neden olabileceği de belirtilmiştir. Çelenk'in (2003) yaptığı çalışmada, çocuklarda ruh sağlığı sorunları olmasının en fazla anne ve babanın tutumları ve çocuk eğitimindeki hatalarından meydana geldiği görülmüştür. Özellikle hatalı tutumlar, enüretik sorunu olan çocukların duygusal-sosyal ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Demiriz (1997) 9–12 yaşları arasındaki çocukların benlik kavramları ile anne baba tutumlarını algılamaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çocukların ana-baba tutumlarını algılamalarında belirgin fark olduğu, bunun da; annenin koruyucu olma, cezalandırıcı tutumlarının yanı sıra benlik kavramı ile ilişkili olduğu ve anne baba tutumlarının çocukların benlik kavramını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür.

6–12 yaşlarını kapsayan okul çocukluğu, çocuğun aileden çıkıp dış dünyaya açıldığı ve ana- babaya bağımlılığın azaldığı bir dönemdir (Yörükoğlu 2002). Bu dönemde, enürezisin çocuğun sosyal ilişkilerini, okul başarısını, benlik saygısını olumsuz etkilediği ve aynı zamanda ebeveyn-çocuk ilişkisini gerginleştirdiği belirtilmiştir (Ünalın 2000, Dönmez 2004). Chang ve ark. (2002) yaptıkları

çalışmada enürezisli çocukların okul başarısının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Anne-baba ve çocuk için çok güç bir durum olan enürezis; utangançlık, düş kırıklığı, anksiyete, benlik saygısında düşme ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna neden olabilmektedir (Tijen 1998, Redsell ve Collier 2000, Toros ve ark 2003). Çocuklarda idrar kaçırmının dinamik açıdan regresyon, saldırgan duygular, pasif-agresif davranışlar ve anksiyetenin dışa vuruş şekli gibi sonuçları olabileceği düşünülmektedir (Özer ve ark 1995, Wen ve ark 2006, Lottmann 2007). Çin'de yapılan ve yaşları 6–16 arasında değişen 3600 çocukta yürütülen bir çalışmada, enüretik çocuklarda çekingenlik, bedensel yakınmalar, anksiyete, depresyon, sosyal problemler, dikkat problemleri, yıkıcı ve saldırgan davranışların 2-4 kat arasında değişen oranlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (Lie ve ark. 2000). Ünal ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada, enürezisi olan çocuklarda tik bozukluğu (% 0.6), kekemelik (%1.4) görülmüştür. Akdağ ve arkadaşları (1991) yaptıkları çalışmalarında, çocukların sinirli, kıskanç, inatçı, çekingen, utangaç ve içe dönük olduklarını belirtmektedirler. Enüretik çocuklar genellikle diğerleri tarafından fark edilme korkusu, sosyal dışlanma, küçük düşürülme, arkadaşın evinde uyuma kaygısı, arkadaşlarından farklı olduklarını hissetme gibi enürezisin sosyal ve psikolojik sonuçları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Butler ve ark. 1994, Butler 1998). Çocuğun ailesi veya arkadaşları tarafından sorununa yönelik sürekli konuşulması, ayıplanması, alay edilmesi, yetersiz ilgi gösterilmesi, cezalandırılması gibi hatalı tutumlar, çocuğun çevresi ile ilişkilerini bozmakta, çoğu kez geçici olan bu durumun kalıcı hale gelmesine neden olmaktadır (Ünal ve ark 2000). Kısaca enürezis çocuğun sosyal uyumunu, aile içi ilişkilerini, bütünüyle ruh sağlığını etkileyen bir sorun olduğu söylenebilir.

Günümüzde enürezis'in tedavisinde tıbbi tedavi yöntemleri ve davranış değiştirme yöntemleri kullanılmaktadır. Tıbbi tedavide çoğunlukla desmopresin ve imipramin preparatları kullanılmakta; davranış değiştirmeye yönelik tedavide ise folklorik uygulamalar, alarm sistem uygulamaları, psikoterapi ve destekleyici tedaviler kullanılmaktadır. Enürezis tedavisinde birkaç yöntemin birden kullanıldığı durumlarda başarı oranının arttığı belirtilmektedir (Ocakçı 1997, Kavaklı 1990, Örmeci ve ark. 2003). Enürezis tedavi edilmediği takdirde ergenlik yaşlarına hatta

erişkin çağa kadar devam edebilmektedir. Bu nedenle psikososyal sorunları önlemek amacıyla enürezisin erken dönemde tedavi edilmesi gerekmektedir (Tijen 1998, Toros ve ark. 2003, Güner ve ark. 2005, Yaluğ ve ark. 2006). Enürezisin erken dönemde saptanmasında hemşirenin önemli bir rolü vardır.

Hemşire, ailenin ve çocuğun desteklenmesinde ve onlara danışmanlık yapılmasında yaşamsal bir rol oynamakla birlikte çoğu kez hemşireler bu rollerini yeterince yerine getirememektedirler. Ebeveynlere ve çocuklara yetersiz yaklaşımlar ise var olan soruna bağlı ortaya çıkabilecek farklı sorunların göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Oysa hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefleyen bir meslektir (Karadağ 2006). Günümüz anlayışına göre hemşirelik uygulama alanı genişlemiş ve yeni boyutlar kazanarak değişmiştir. Bu değişim ve gelişim hemşirenin yeni rollere yönelmesine yol açmıştır. Ebeveyn ve çocuk sorunları için yeterli hemşirelik desteği aldıklarında daha fazla işbirliği içine girebilmektedir. Hemşireler bu nedenle sorun daha geniş boyutlar kazanmadan soruna neden olan gereksinim ve duyguların fark edilmesini sağlayarak ebeveyn ve çocuğa temel yardımı sağlamalıdır.

Yurt dışında ve özellikle ülkemizde enürezisle ilgili yapılan araştırmalarda enüreziste sıklık belirleme, tedavi seçeneklerini karşılaştırma, etiyojoloji gibi amaçlara yoğunlaşmış olup, sağlık hizmet sistemi içinde hemşirenin enüretik çocuk ve aileye yaklaşımlarını belirleyici ve geliştirici bir çalışmaya rastlanmamıştır (Keskinoğlu 1990, Özer ve ark 1995, Hollmann ve ark. 1998, Ünalın 2000, Zeyrek 2001, Taneli 2003, Çarman ve ark. 2003, Ergüven ve ark. 2004, Dönmez 2004, Bahalı ve ark. 2005, Wen ve ark 2005, Demirören ve ark.2006). Bu nedenle çocuklar ve aileleri için önemli bir sorun olması nedeniyle enürezisi olan çocuklarda aile tutumlarının etkisinin ortaya konulmasının enürezisli çocukların tedavisinde yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma enürezis sorunu olan çocuklara ve ailelerine katkı sağlayacağı düşünüldüğü için yapılmıştır.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı; 7–12 yaş grubundaki enüretik olan çocuklar ile enüretik olmayan çocuklarda aile tutumlarının karşılaŐtırılmasıdır.

III. GENEL BİLGİLER

3. 1. Enürezis

3.1. 1.Tanım

Enürezis, çocuklarda mesane kontrolünün kazanılmış olması gereken bir yaşta istemsiz olarak idrar kaçırılmasıdır. Çocuğu, ailesini ve çevresini etkileyen önemli bir problemdir. Enürezis, çocuğun kendine güvenini azaltır, psikolojik sorunlara neden olabilir (Dönmez 2004). DSM IV enürezisi (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition) “Boşaltım Bozuklukları “ sınıflaması içinde tartışmaktadır. Boşaltım bozukluğu çeşitli nedenlerle mesane ve barsak işlevlerinin normal gelişiminin aksamasıdır. Çocuklar yaşamın ikinci ya da üçüncü yılında gündüz mesane ve barsak kontrolünü sağlarlar. Gece kontrolü ise üçüncü ya da dördüncü yılda tamamlanmaktadır (Ünalın ve ark. 2001).

DSM IV Ruhsal Bozukluklar tanı sınıflama sistemine göre (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition) enürezis şu şekilde tanımlanmaktadır:

1-Yatağa ve giysilere tekrarlayan bir biçimde idrar kaçırma (istemsiz ya da amaçlı olarak),

2-İdrar kaçırmanın en az ardışık üç ay, haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkta olması ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntı doğurması ya da okul gibi toplumsal alanlarında veya önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açması,

3-Çocuğun takvim yaşının en az 5 olması,

4-Bu davranışın bir ilacın (diüretik gibi) veya genel tıbbi bir durumun (diabet, spina bifida, konvülzyon bozukluğu) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamasıdır.

Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği'ne (ICCS) göre enürezis, 5 yaşından sonra sosyal olarak uygunsuz yer ve zamanda normal işeme olarak tanımlanmaktadır (Kefi ve ark. 2006). Çocuk ve ergenlerdeki ürolojik terimler en son 2006 yılında

International Children Continence Society (ICCS) tarafından geliştirilmiştir. Buna göre enürezis idrar inkontinansı ve istemsiz idrar kaçırma şeklinde tanımlanmaktadır (Görür ve ark. 2008). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından, gündüz ya da gece yatağını veya elbiselerini istemsiz olarak ıslatmak “enürezis “ olarak tanımlamaktadır (Serel ve ark 1994, Özer ve ark 1995, Thiedke 2003, Örmeci ve ark 2003).

Enürezis, daha çok enürezis nokturna yani gece altını ıslatma olarak görülmektedir. Enürezis sınıflandırılması iki şekilde yapılmaktadır. Birincisi enürezis ve uyku ilişkisine göre öğle şekerlemesi de dâhil olmak üzere sadece uyku sırasında , diurnal enürezis çocuk uyanırken de ortaya çıkmaktadır. İkincisi ise en az altı ay boyunca ayda bir kez veya daha fazla sayıda istemsiz olarak uykuda idrar kaçırmadır (Özer ve ark.1995, Abalı ve ark. 2006).

3. 1. 2.Tarihçe

Enüresiz terimi, Yunanca idrar yapmak anlamına gelen “enourein” sözcüğünden türemiştir. Tıbbi terminolojide idrar kaçırmayı tanımlamak için kullanılmıştır. Tarihsel açıdan bakıldığında, konu ile ilgili ilk bilgilere M.Ö. 1550 yılına ait Eber papiruslarında rastlanır ve konunun oldukça sadistik tedavi yaklaşımları ile ele alındığı görülür. Geçmişte enürezis nokturna tedavisinde çeşitli hayvan organları ve bitkilerden elde edilen iksirlerin kullanıldığı bilinmektedir. On sekizinci yüzyılın başında enürezis nokturnal çocukların yataklarına kurutulmuş horozibiği sermek şeklindeki tedavi uygulamalarına rastlanmaktadır (Wille 1994, Ünal 1996, Johnson 1998). Bazı toplumlarda halen uygulanmakta olan tedavi yöntemleri arasında kaynatılmış tavuk kursağı, beyaz kasımpatı çayı, içinde 24 saat yabani tavşan testisi bekletilmiş bir bardak kırmızı şarap ya da tavuklardan çıkarılan mide mukozasının süt içine katılarak içirilmesi sayılabilir (Wille 1994, Ünal 1996, Johnson 1998, Vella 2006).

Tarih boyunca enürezis’in tedavisinde en sık karşılaşılan yöntemlerin başında cezalandırma ve toplum içinde küçük düşürmeye yönelik davranış modelleri gelmektedir. Bir araştırmada enürezisli çocuğu olan Amerikalı ailelerin üçte birinin cezalandırıcı davranış sergilediği vurgulanmaktadır (Byrd 1996, Hjalmas 1999).

Bugün için gelinen noktada cezalandırmanın yanlış olduğu ve ödüllendirmenin daha doğru bir yaklaşım olacağı belirtilmektedir. Ayrıca enürezis nokturnanın etiopatogenezi hakkındaki bilgileri arttıkça, gerek davranışçı yöntemler gerekse ilaçla tedavi yöntemleri ve henüz çalışma aşamasında olan hipnoterapi benzeri yöntemler gün geçtikçe önem kazanmaktadır (Devlin 1990, Byrd 1996, Hjalmas 1999).

3.1. 3.Epidemiyoloji

Tüm dünyada 50 milyonun üzerinde enürezisli çocuk olduğu tahmin edilmektedir (Kefi ve ark. 2006). Yaşlara göre enürezis görülme yüzdeleri sırasıyla 5 yaşında % 15-20 , 10 yaşında % 5 , 10-17 yaş arası % 2-3 ve 17 yaş üzerinde ise %1'dir. Erkeklerde kız çocuklarına göre 1.5 kat fazla görülmektedir (Kajiwara 2006, Kefi ve ark. 2006, Akbaba ve ark. 2008). Primer enürezis, enüretiklerin çoğunluğunu oluşturur ve % 74-94 arasında değişmektedir. Sekonder enürezis ise %10–25'ini oluşturmaktadır. Enürezisi olan çocukların ailelerinde de enürezis olduğu belirlenmiştir (Abalı ve ark. 2006). Anne ve babada nokturnal enürezis öyküsü varsa çocukta görülme olasılığı % 77, ikisinden birinde nokturnal enürezis varsa % 44 olduğu bulunmuştur (Thiedke 2003, Kefi ve ark. 2006).

Hollanda'da Wekkenin (1998) yaptığı çalışmada enürezisin 5–6 yaş arası çocuklarda %6-15 arasında olduğu bulunmuştur. Avusturalya'da Bower'ın (1996) yaptığı çalışmada enürezis prevalansının %18.9 olduğunu, Taiwan'da Tai (2006) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada enürezisin %6.9 olduğu, İtalya'da Chiozza ve arkadaşları (1998) enürezisin prevalansının %3.8 olduğunu belirlemişlerdir. Korede Lee'nin (2000) yaptığı çalışmada enürezisin prevalansı %5.6, Malasya'da Kanaheswari'nin (2003) yaptığı çalışmada enürezis prevalansını %8, Hong Kong'da Chang ve arkadaşları (2002) enürezis prevalansını %3.5 , Japonya'da Kajiwara ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada enürezis yaygınlığını %5.9 bulmuşlardır. Amerika'da son değerlendirmelerde, 5–7 milyon çocuğun düzenli olarak nokturnal enürezis yaşadığı belirlenmiştir (Vella 2006).

Ülkemizde de yaygın görülen rahatsızlıklardan biri olan enürezis sıklığının % 11.9 – 19.3 arasında olduğu bildirilmektedir (Keskinoglu 1990, Ünal ve ark.

2001, Gür ve ark. 2004). Ünalın (2001) Kayseri’de yaptığı çalışmada enürezis prevalansını %20.8, Görür ve arkadaşları (2008) Hatay’da yaptıkları çalışmada enürezis sıklığını %12.4, Saygun ve arkadaşları (2006) Kırıkkale’de enürezis sıklığını %7.4, Güven ve arkadaşları İstanbul’da (2006) enürezis sıklığını %6.75, Akman ve arkadaşları (2001) Düzce’de enürezis sıklığını %25, Bozlu ve arkadaşları (2002) Mersin’de enürezis sıklığını %12.6, Kızıl (2002) Trabzon’da yaptığı çalışmada enürezis prevalansını %22.2, Toktamış (2005) Sivas’ta yaptığı çalışmada enürezis sıklığını %17.4 olarak bulmuştur. Enürezisin sıklığı, Görür’ün (2008) Hatay’da yaptığı çalışmada kızlarda %7.4 ve erkeklerde %10.7 olduğu görölmektedir. Yıldız ve arkadaşlarının (1997) Malatya’da yaptığı çalışmada enürezis tanısı konan çocukların %60.3’ü erkek, %39.7’si kız, yaş ortalamasının 8.78 olduğunu belirlemişlerdir. şahin ve arkadaşlarının (2001) Erzurum’da yaptığı çalışmada enürezis sıklığı erkek çocuklarda %20.6, kız çocuklarında %8.7 oranında bulunmuştur. Bunlardan enüretik çocukların %83.9’u primer, %16.1’i ise sekonderdir. Diürnal enürezis sıklığı kızlarda %44.4, erkeklerde ise %18.2 oranında bulunmuştur. Enüretik ocukların %32.3’ünün her gece, %19.3’ünün ayda 2-3 kez altını ıslattıkları tespit edilmiştir. Enürezis sıklığının, ailenin 4. ve daha sonraki çocuklarında anlamlı derecede arttığı ve %27.9’a kadar çıktığı görölmüştür. Enürezis sıklığı kardeşlerinde enürezis olan çocuklarda %25.4, geçmişte anne ve babasında enürezis olan çocuklarda %37.5, yakın akrabalarında enürezis olan çocuklarda ise %27.5 oranında bulunmuştur.

3. 1. 4.Etiyoloji ve Patagonez

Çocuklarda genel olarak daha fazla görölen Nokturnal Enürezisin etyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır.

a-)Primer Nokturnal Enürezis Nedenleri

1-Genetik ve ailesel faktörler: Nokturnal Enürezisli ocukların % 65- 85 ‘inde pozitif aile öyküsü olduğu saptanmıştır. Anne-babanın birisinde Nokturnal Enürezis öyküsü varsa risk %50, her iki ebeveynde öyküde varsa risk %77 ve ebeveynler enüretik değilse bu risk %15 olarak bildirilmektedir. Babada enürezis öyküsü varsa, çocukta görölme olasılığının 7.1 olduğu, annede enürezis öyküsü

alınmış ise olasılığın 5.2 olduğu bildirilmiştir (Dönmez 2004, Kasım ve ark. 2004, Güner ve ark. 2005, Gülsün ve ark. 2006). İkiz çalışmalarında, enürezisin monozigot ikizlerden erkeklerde %70, kızlarda %65 oranında, dizigot ikizlerde ise erkeklerde %31, kızlarda %44 görülmektedir (Taneli 2003). 5, 8, 11, 12 ve 13. kromozomlar ve primer gece ıslatması arasında da ilişki bulunmuştur (Hollmann 1998, Johnsan 1998, Hararı 2000, Bahalı ve ark. 2005, Kefi 2006).

2-Psikolojik faktörler: Enürezisin önceleri psikolojik bir hastalık olduğu ama son zamanlarda psikolojik sorunların tek bir neden olmaktan çok, sonuç olduğu üzerinde durulmaktadır (Tijen ve ark.1998, Goin 1998, Dönmez 2004).

3-Uyku bozukluklar: Nokturnal Enürezisli çocuklarda önemli problemlerden biri uykuda mesane dolgunluğunun hissedilmemesi ve tuvalete gitmek için uyanılamamasıdır (Dönmez 2004). Bu alanda yapılan bütün çalışmalarda anormal uyku şekli ile yatak ıslatma arasında düzenli bir bağ olmadığı ortaya çıkmıştır. Çalışmalarda, nokturnal enurezisi olan çocukların uyanma zorluğu çektiği gösterilmektedir. Eski çalışmalar yavaş dalga derin uyku döneminde yatak ıslatmanın oluştuğunu öne sürmektedir; son çalışmalar, yatak ıslatmanın uyku döneminin farklı evrelerinde olabileceğini ileri sürmektedirler. DSM-4’de, uykunun REM evresinde idrar boşaltımının en fazla olduğu belirtilmektedir. Enurezis gerçeklik ve düşlem (uykuluyken birini uyanık olarak düşünmek), derin uyku ya da kolayca uyanma yetersizliği ve kâbuslar ve tekrarlanan hayallerle bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır (Gözmen 2006, Soygür 2007). Bir araştırmaya göre altını ıslatan çocukların %80’inden fazlasını uykuda altını ıslatanlar oluşturmuştur (Johnson 1998, Hararı 2000, Ünüvar ve ark. 2005).

4-Matürasyon gecikmesi: Nokturnal enürezis vakalarının hemen tamamının izlemde spontan olarak düzeldiği ve gecikmiş motor fonksiyon ve geç konuşma sıklığının artmış olduğu bildirilmiştir (Johnson 1998, Taneli 2003, Dönmez 2004).

5-Mesane ile ilişkili faktörler: Nokturnal enurezis olan çocukların azında, mesane kapasitesinin geceleri gündüzlerden daha kolay genişlediği belirtilmektedir. Nokturnal enürezis olgularında yapılan ürodinamik çalışmalar sonucunda bu çocuklarda önemli bir mesane-işeme fonksiyon bozukluğu olmadığı gösterilmiştir

(Harrari 2000). Mesanenin inhibe edilemeyen kontraksiyonları uykuda ıslatan çocukların önemli bir kısmında görülmektedir. Unalacak ve arkadaşları'nın (2004) yaptığı çalışmada alt idrar yolu işlev bozukluğu olan çocuklarda detrusor tabakasına ait ön ve arka duvar kalınlıklarının işeme bozukluğu olmayan çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uyku sırasında detrusor kasının inhibe edilemeyen kontraksiyonları ve gevşeyememesi nedeniyle mesane kapasitesi normal gevşemiş mesaneninkinden daha düşük bulunmaktadır (Yeung 2002, Taneli 2003, Gontard 2006, Kajiwara 2006). Yakıncı ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada sempatik sinir sistemi fonksiyonlarının normal fakat parasempatik sinir sistemi fonksiyonlarının enüretik çocuklarda hiperaktif olduğu görülmüştür. Bundan dolayı ürodinamik çalışmalar nokturnal enürezisin etiyolojisinde mesane kapasitesinin önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Canpolat ve ark. 2007).

6-Nokturnal Poliüri: Nokturnal Enürezisli çocuğun gece yatmadan önce sıvı alması, yemek yemesi, antidiüretik hormonun (ADH) anormal sirkadiyan ritim göstermesi ve nokturnal solüt atılımındaki artış, çocukta nokturnal poliüriye neden olmaktadır. Mesane distansiyonu ADH'nın nokturnal salınımını etkilediği öne sürülmektedir. Bazı çalışmalarda, ADH sekresyonunun mesane distansiyonuna yanıt olarak arttığı ve mesanenin boşalmasıyla azaldığı gösterilmiştir. Mesane boşalması ile ADH sekresyonu azaldığında, düşük nokturnal ADH seviyesi nokturnal enürezisin sebebi olmaktan daha çok bir sonucu olduğu bildirilmektedir (Hararı ve Moulden 2000, Butler 2001, Dönmez 2004).

b-)Sekonder Enürezis Nedenleri

Yatağını ıslatan çocukların %15- 25'ini sekonder nokturnal enürezis oluşturmaktadır.

1-Mesanenin yetersiz boşalması: Mesanenin tam olarak boşalmaması sık idrar yapmaya yol açmaktadır. Alt üriner sistem obstrüksiyonu, nörojenik mesane ve disfonksiyonel işeme en önemli nedenlerdir. Disfonksiyonel işeme, reflüye ve böbreklerde zedelenmeye yol açabilmektedir (Canpolat ve ark. 2007).

2-Poliüri: Aşırı idrar yapımı sonucu gece idrar yapma ihtiyacı da artar. Diabetes mellitus, diabetes insipidus, orak hücreli anemi, alkol ve kafein gece alındıklarında polidipsi ve poliüriye neden olmaktadır (Swithinbank ve ark. 1998).

3-Parazitler: Oksiyuriasis üretrada iritasyona yol açarak enürezise neden olmaktadır (Zeyrek ve ark. 2001).

4-İdrar yolu enfeksiyonları: Mesane mukozasını irrite ederek sıkışma hissine neden olmaktadır ve enürezisin yaklaşık %30'undan idrar yolu enfeksiyonları sorumludur (Çetin ve ark. 2004, Akbaba ve ark. 2008). Canpolat ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada işeme bozukluklarının en önemli iki klinik bulgusu; idrar yolu enfeksiyonu ve idrar kaçırmadır. İdrar yolu enfeksiyonu sıklığı kızlarda %34, erkeklerde %5,4 bulunmuştur. Kalan (rezidüel) idrarın en önemli risk etmeni, az aktif mesanesi olan kız çocukların en riskli grup (%53) olarak bulunduğu çalışmada, sıkışma sendromu olan kız çocukların detrusor sfinkter uyumsuzluğu olanlara göre daha fazla idrar yolu enfeksiyonu riski taşıdığı saptanmıştır.

5-Kronik böbrek yetmezliği: Solüt diürezine yol açarak enürezis oluşturmaktadır (Alpay 2003, Dönmez 2004).

6-Nörolojik bozukluklar: Meningomiyolozel, spinal kord tümörleri, konvülsiyonlar, nörojenik mesane enürezise neden olmaktadır (Dönmez 2004, Gontard 2006).

7-Üst hava yolu obstrüksiyonu: Adenoid hipertrofisi uyku apnesine ve bu da geçici sfinkter tonüs kaybına yol açmaktadır (Dönmez 2004, Gontard 2006).

3.1. 5.Tanı ve Klinik Değerlendirme

Enürezisli çocuklar sağlıklı görünümlü çocuklardır. Çocukların değerlendirilmesinde ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene ile enüretik çocuk hakkında birçok bilgi edinilmektedir (Kelleher 1997, Gontard 1998, Butler ve ark.2005).

Enüretik çocukların tanısında yapılması gerekli olan rutin incelemeler şunlardır:

1-Ayrıntılı görüşme ve öykü

2-Fizik muayene

3-İdrar tahlili

4-Ultrasonografik değerlendirme

1-Öykü

Enürezisin tipinin ve şiddetinin belirlenmesi (primer, sekonder), işeme bozuklukları semptom skoru formunun doldurulması (tuvalet alışkanlıkları, altını ıslatma episodları, ıslatma şiddetinin sorgulandığı), almış olduğu ilaç tedavisi (tedaviye dirençli enüretiklerin belirlenmesi) hakkında ayrıntılı bilgi alınmaktadır.

2-Fizik muayene

a)Abdomenin ve genital bölgenin inspeksiyonu: Karın muayenesinde genitoüriner sistemde kitle, büyümüş böbrekler, büyümüş mesane, şiddetli konstipasyon bulgularına dikkat edilmektedir. Dış genital incelenir ve inkontinansa yol açabilecek anatomik yapılar ekarte edilir. Özellikle obez kızlarda görülen posterior labial frenilumun öne doğru yer değiştirmesi, üretrovajinal reflüye ve işeme sonrasında idrar kaçağına neden olabilmektedir. Hastanın sırt bölgesi sakral gamze, kıllı deri kıvrımları, sakral agenezi veya benzeri bir orta hat defekti açısından mutlaka incelenmelidir (Dönmez 2004, Kefi 2006).

b)Nörolojik değerlendirme: Nörolojik muayenede periferel refleksler, anal sfinkter tonusu ve bulbokavernöz refleks kontrol edilmektedir. Özellikle L5-S3 arasındaki motor ve duyu sinirlerinin muayenesi lumbar ve sakral alanların inspeksiyonu, alt ekstremitte kas tonusu ve duyu reflekslerinin gözden geçirilmesi, kas-iskelet sisteminde spinal anormallikler, hemanjiomlar, kitleler, skolyoz, tonus veya yürüyüş bozuklukları gibi alt ekstremitte anormallikleri yönünden araştırılır (Kefi 2006).

3-İdrar tahlili

İki basamakta ele alınır. Birinci basamakta incelemeler tam idrar tahlili, idrar kültürü, serum üre, kreatin, elektrolitler, glukoz, üriner ultrasonografi, tüm enüretik çocuklarda değerlendirilmektedir. Bu testler idrar yolu enfeksiyonu, kronik böbrek yetersizliği, diabetes insipitus ayırıcı tanısında yardımcı olmaktadır. Renal ve mesane

ultrasonografilerinde alt ve üst sistemin non invaziv olarak değerlendirilmesine, post miksiyonel rezidü varlığının incelenmesine olanak sağlamaktadır. İkinci basamak incelemelerde voiding sistoüretrografi, spinal MR, ürodinami ise çocuğun klinik durumuna göre yapılmaktadır (Kanbur 2000, Alpaylı ve ark. 2003, Taneli 2003, Ünüvar 2005, Kefi ve ark. 2006).

4-Ultrasonografik değerlendirme

Ultrasonografik değerlendirme enürezis ayırıcı tanısında en faydalı yöntemlerden birisidir. Ultrason böbreğin sayısız yapısal anomalilerini, artmış ekojeniteyi, taş varlığını, renal kistleri, pelvis ve üreterlerin dilatasyonunu göstermektedir (Koçtürk 2001, Dönmez 2004).

3.1. 6.Enüreziste Tedavi

Tedaviye başlama zamanı için ideal zamanlama çocuğun enürezisten rahatsız olmaya başladığı zamandır ve ortalama 5 yaşdır. Enürezis bir aile sorunudur ve enüretik çocuk ailesi ile birlikte ele alınmalıdır (Ocakçı 1997). Enürezisin tedavisinde başarılı olmak için sağlık personeli, hasta ve ailesinin birlikte çalışması ve uyumu çok önemlidir.

Başlıca iki grup tedavi yöntemi uygulanır:

1-Davranış modifikasyon (motivasyon tedavisi, kondüsyon alarm tedavisi)

2-İlaç tedavisi (antikolinerjikler, trisiklik antidepresanlar, desmopresin) dir (Lackgren 1999, Cendron 2000) .

1-Davranış Modifikasyon Tedavisi

Motivasyon Tedavisi

Çocuğun tedaviye katılımı ve sorumluluk verilmesi tedavinin başarı şansını artırması nedeniyle önemlidir. Bu tedavide sık kullanılan yöntem kayıt tutmadır. Enürezisli çocuklar için hazırlanmış takvimler bulunmaktadır. Bu takvimde kuru günler için çocuk tarafından güneş, yağ günler için yağmur çizilmesi istenir ve takvimdeki boşlukların çocuk tarafından doldurulması sağlanır. Takvimdeki kuru günlerin sayısı için bir hedef belirlenerek bu hedefe ulaştığında çocuk ödüllendirilir.

Duygusal içerikli ödüllerin somut ödüllere (para, hediye vs.) göre daha etkili olduğu bulunmuştur. Bu yöntemin tek başına kullanılması yerine diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanıldığında başarıyı artırdığı belirtilmektedir (Johnson 1998, Hirasig ve ark. 2002, Taneli 2003, Butler 2005).

Kondüsyon –alarm tedavisi

“Alarm Device”, “Conditioning Devices “ veya “Bell-and-Pad “ adları verilen bu sistem ilk defa 1904 yılında Alman Pediatri Pfaundler tarafından gündeme getirilmiştir. Çocuk uykusunda işediğinde elektrotları ıslanan ve devresi kapanan bir zil sisteminin çalmaya başlaması ve çocuğu uyandırması ilkesine dayanmaktadır. Başlangıçta çocuk mesane tamamen boşaldıktan sonra uyanır (Garfinkel 1990, Shaffer 1994, Gordon ve ark. 1997, Bloom ve ark. 1998, Thiedke 2003). Bir süre sonra daha erken uyanmaya ve ortalama 3–4 hafta sonra uykusunda çışı geldiğinde alarm zili çalmadan uyanmaya başlar. Tedavinin sonunda çocuklar çoğu zaman bütün geceyi uyanmadan ve işemedi tamamlarlar.

Kondüsyon-alarm tedavisinin etki mekanizması tam olarak belirtilmemekle birlikte serebral korteksteki inhibitör merkezlerin maturasyonunu sağlayarak mesane kapasitesini artırdığı düşünülmektedir (Norgaard 1989, Shaffer 1994, Butler 2001). Alarm tedavisinin gece ve gündüz mesane kapasitesini artırdığı belirtilmiştir. Bu yöntemle en yüksek başarı %65–100 ve en düşük başarı %20–30 elde edilmiştir. Tek semptomlu uykuda işemede ilk seçilmesi gereken tedavi yöntemidir. Önceden 6 haftalık tedavi süresi yeterli iken şimdi 2–3 aylık sürelerle tedavide kullanılmaktadır (Lakgren ve ark. 1999, Taneli 2003, Naitoh ve ark. 2005).

2-İlaç tedavisi

İlaç tedavisi uygulama kolaylığı nedeniyle hem hastalar hem de doktorlar tarafından öncelikli tercih edilen bir yöntemdir.

Üç grup ilaç kullanılmaktadır:

1-Uyku paternine etkili ilaçlar (Trisiklik antidepresanlar)

2-İdrar çıkışını azaltan ilaçlar (Desmopresin)

3-Mesane üzerine etkili ilaçlar (Antikolinergikler) (Cendron 2000, Gökdoğan 2006, Kefi 2006)

1-Trisiklik antidepresanlar

En yaygın kullanılan ilaçlardır. Uyku ve uyanma paterni üzerine etkilidir. Ayrıca antidepresan etkisi dışında antikolinergik –antispazmodik etkisi ve hatta antidiüretik etkisi olduğu belirtilmektedir. Bu grup içinde en etkili ilaç imipramin (tofranil) dir. Yatmadan 1–2 saat önce 25 mg tek doz olarak verilir. Önemli bir yan etkisi olmadığı belirtilmektedir. Tedaviye 3–6 ay devam edilir ve azaltılarak kesilir. Sekonder enürezis nokturnada daha etkili olduğu bulunmuştur (Tullus ve ark. 1999, Kruse 2001).

2-Desmopressin

Sentetik bir antidiüretik hormon türevidir. İlk kez 1967 yılında Çekoslovakya Bilimler Akademisinde Zaoral ve arkadaşları tarafından vazopresin moleküler yapısında iki kimyasal modifikasyon yapılarak sentezlenmiştir (Kayaalp 1990, Lackgren ve ark. 1999, Özcan 2000, Thiedke 2003). Etki mekanizması gece idrar çıkışını fonksiyonel mesane kapasitesinin altında bir hacme düşürmesidir (Lackgren ve ark. 1998, Reitelman 2004). Desmopressin etkinliğini değerlendirmek için birçok çalışma yapılmıştır. İsviçre'deki 24 merkezde ortak olarak yürütülen ve 24 ay süreyle devam eden bu araştırmada etkinliğin ve hasta uyumunun çok yüksek olduğu bulunmuştur (Hjalmas K 1994, Koff 1996).

Desmopressinin (minirin) nazal sprey ve oral formu bulunmaktadır. Başlangıç dozu 20 mikrogramdır. İlaç kesildikten sonra diğer ilaçlara oranla enürezisin tekrarlama oranı yüksektir (Lackgren 1999, Tullus 1999, Neveus ve ark 2002, Taneli 2003, Dönmez 2004, Johanson GJ ve ark. 2005, Kefi 2006). Bradbury ve arkadaşlarının (1997) 76 çocuk üzerinde yaptıkları bir çalışmada tek başına alarm %46 başarı (relaps %19) sağlarken, DDAVP ile kombine edilen grupta %76 başarı (relaps %15) elde edilmiştir.

3-Antikolinergik İlaçlar

İşeme bozukluğu ve mesane instabilitesi olan komplike enürezis vakalarının tedavisinde kullanılmaktadır. Etki mekanizmaları mesane kapasitesini artırmak ve detrusor kasının istenmeyen kasılmalarını azaltmaktır. Gündüz idrar kaçırması olanlarda kullanıldığında daha iyi sonuç alınmaktadır. Kullanılan ilaçlar Oksibutin hidroklorürdür (üropan), Trospiyum klorür (spasmex), Tolteradine (detrustol) dır (Canpolat ve ark.2007). Tedavi süresi 6 aydır. Dirençli vakalarda 1 yıla kadar tedavi süresi uzayabilmektedir (Taneli 2003, Dönmez 2004). Primer enürezis nokturnal çocuğun tedavisinde davranış, alarm yatağı ve desmopresin tedavilerinin etkinliklerini karşılaştırmak amacıyla Beysun'un (2000) Ispartada 98 enürezisli çocuk üzerinde yaptığı araştırmada desmopresin kullanımı ile %66.6 başarı, alarm yatağı kullanımı ile %64.7 başarı ve davranış tedavisi ile %29 tam düzelme sağlandığı belirtilmiştir (Cendron ve ark. 1998, Naitoh ve ark. 2005).

Diğer Tedavi Yöntemleri;

Psikoterapi

Enürezis nokturnanın tedavisinde psikoterapi önemli bir yer tutmaktadır. Psikiyatrisin destekleyici, çocukta güven ve umut sağlayıp sürdürmede yetenekli olması önemlidir. Ana-baba tedavinin bir parçası olmaktadır. Enürezisli olan çocuğun, tedaviye pozitif katılımı hissettirilmelidir (Ary ve ark.1999, Soygür 2007).

Diyet tedavisi

Bazı vakalarda başarılı olduğu bildirilmektedir. Çay, kahve, çikolata, kola, meyve suları gibi gıdaların sırayla öğünden çıkarılmasıyla iyileşme sağladığı belirtilmektedir. Ancak bu bulguları destekleyecek yeterli çalışma bulunmamaktadır (Bloom 1998).

Sıvı kısıtlaması

Sıvı kısıtlamasının etkili olduğu kanıtlanamamıştır. Gece idrar çıkışının azaltılması tedavide dikkati çekmiştir. Scott ve Marrison'un 1980'de yaptıkları bir araştırmada; geceleri dehidratasyon yaratmak için sıvı kısıtlaması veya gündüz

diüretik kullanımı uygulandıysa da bunların enürezisi önlemede düşünöldüğü kadar etkili olmadığı bulunmuştur (Koff 1990, Soygür 2007).

Hipnoz

Avrupada ve ABD 'de enürezisin tedavisinde hipnoz kullanılmaktadır. Bu yöntemin kullanımı ile ilgili olumlu ve olumsuz görüşler bildirilmektedir. Hem çocuk hemde diğer erişkinlerde terapistin tecrübeli olması gerekmektedir (Johnson 1998, Al harbi 2004,).

Elektro-akapunktur tedavisi

Dünya literatüründe kullanılmasıyla ilgili çok az çalışma vardır. Honjo ve arkadaşları (2002)'de Japonya'da monosemptomatik nokturnal enürezisli 15 hasta üzerinde yapılan araştırmanın sonucunda, akapunkturun nokturnal enürezis tedavisinde nokturnal mesane kapasitesini artırarak yararlı olabileceğini belirtmişlerdir. Serel ve arkadaşları (1995) enürezisin tedavisinde imipramin ile elektro-akapunktur tedavi yöntemlerini karşılaştırmışlar ve elektro-akapunktur tedavisi başlangıçta daha etkili gibi gözökmüş ancak uzun dönemde kullanımında önemli bir fark görölmemiştir. Bu nedenle elektro-akapunktur tedavisinin imipraminle birlikte ve diğer tedavi yöntemiyle sonuç alınamayan durumlarda alternatif olarak kullanılmaktadır (Serel ve ark. 2001, Düşünsel 2007).

3.1. 7. Enüreziste Hemşirelik Yaklaşımı

Enüretik bir çocuğa sahip olma ebeveynler için zor ve engelleyici bir durumdur. Çocuğunda duygusal ya da fiziksel bir yetmezlik olabileceği düşüncesinin yarattığı kaygı ve gerginliğin yanı sıra, her gün sürekli ıslak ve kokulu çarşafların, pijamaların getirdiği yükü baş etmek zorunda kalan ebeveynler, bu sorunun kendi tutumları nedeniyle ortaya çıktığını düşünmektedir. Bu nedenle suçluluk duymakta ve utanarak bu sorundan kaçmakta ya da inkâr etmekte olabilirler (Ocakçı 1997). Ailelerin enürezise ve çocuğa karşı olan tutumları çocuğun durumu kabullenmesi ve başa çıkabilmesi açısından belirleyici bir faktör olma yönü ile büyük bir önem taşımaktadır (Moffat 1994, Alpay 2003).

Enürezis temelde baş edilemez bir problem olmamakla beraber önemsenmediği ve ele alınmadığında çocukta önemli sorunlara neden olmaktadır. Özcan'ın (2000) yaptığı çalışmada enüretiklerin % 67.7'sinde düşük özgüven, %51'inde suçluluk duygusu olduğu, % 27.3 'ünde kendini anormal ve yardıma muhtaç hissetme duygusu yaşadıkları belirtilmiştir. Aileler ise aynı çocukların sadece % 22'sinin özgüveninin düşük olduğunu, % 28.5'inin bundan utanç duyduklarını, % 14.5'inin kendini yardıma muhtaç hissettiklerini, çocukların % 32'sinin aslında diğer çocuklardan farkı olmadığını % 11'inin ise bu durumu sekonder kazanç için kullandığı belirtilmektedir. Çocukların üçte biri bundan “endişe duyduğunu”, üçte biri “çok kötü olduğunu”, % 40'ı ise bunun “korkunç” olduğunu ifade etmişlerdir.

Sağlık alanındaki gelişmelerin sonucu olarak, inkontinans ile ilgili hizmet sunan birimlerde yüksek standartta kaliteli tıbbi bakım, bakımın sürekliliğini sağlama ve bireye özgü bakım üzerinde odaklanılmaktadır. Son 10 yıl içinde kontinans hemşireliği (The Nurse Continence Advisor/Continence Nurse Specialist) kavramı gelişmiş ve rolü giderek genişleyerek; aile ve çocuğun sağlığını korumada inkontinans sorununun çözümünde, evde bakım uygulamalarında, maliyetin azaltılmasına ve bakımın kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır.

ABD'de Kontinansla ilgili ünitelerde çalışan hemşirelerin işlevleri üriner inkontinansın belirlenmesi (temel tanılama işlemlerini yapma anamnez, mental, fonksiyonel ve çevresel tanılama, fizik muayene), ürodinami uygulama ve verilerin yorumlanması, hasta ve ailesinin eğitimi, mesane eğitimi (davranışsal tedavi uygulama, pelvik kas rehabilitasyonu, biofeedback, nöromüsküler pelvik kas stimülasyonu), ilaçların reçetelenmesi, inkontinans araç ve ürünlerinin kullanımı, çalışanların denetimi, sağlığı koruyucu stratejilerin uygulanmasıdır (Gallo 2001, Wells 2000).

Kanada'da ise Kontinans hemşireliği Nurse continence advisor rolü ilk olarak 1995–1996 yılında gelişmiştir. Hemşirelerin eğitimleri ise Ontario Sağlık Bakanlığı tarafından bir pilot proje olarak başlatılmıştır. Küçük gruplar ve probleme dayalı öğrenme yaklaşımı ile 37 hemşire eğitilmiş ve uzaktan eğitim programına ilk olarak 1997 de başlanmıştır (Diplomalı ve deneyimli hemşirelere). Urology Wellness Clinic (Kanada, St. Joseph's Hospital) 2000'de kurulmuş ve 2 hemşire (kontinans advisor)

ürolog, pediatrist ve jinekologların sevk ettikleri hastaları değerlendirmişlerdir. Enüreziste hemşirelik uygulamaları ise biofeedback ve stimülasyon terapisi, noktürnal enüretik klinik (5 yaş üstü çocuklar), inkontinans klinik, prostat klinik (Radikal prostatektomi yapılan/yapılacak olan hastalar), eğitim hizmetleridir (Bates 2002).

Ülkemizde ise 1995 yılında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Birimi kurulmuştur. Enürezis'te hemşirelik uygulamaları olarak ürodinamik çalışmalar, sıvı / diyet ile ilgili değişiklikler, mesane eğitimi / tuvalete gitme programları, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, elektriksel stimülasyon, elektromanyetik sandalye, tibial sinir uyarısı ve nöromodülasyondur (Kızılkaya 2002, Kandemir 2007). İstanbul sağlık müdürlüğünde enürezis'te hemşirelik uygulamaları ile ilgili çalışmalar ülkemizde yeni birimler kurularak devam etmektedir (Kızılkaya 2002, Kandemir 2007).

Enürezisin Tanı /Tedavi Aşamasında Hemşirenin İşlevleri

1-Tanılama Aşaması

Hemşire veri toplama ile çocuğun ve ailenin öyküsünü alır. Öyküde çocuğun ve ailenin sorunu nasıl algıladığı, sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi, çocuğun mental durumu, fonksiyonel yetenekleri, sorunun ne zaman başladığı, ne sıklıkta sorun yaşadığı gündüz-gece kaçırma gibi durumlar belirlenir. Ayrıca idrar sıklığı, tutma manevralarını kullanma, işeme sırasında ağrı, idrar akımının niteliği, işemenin nerede olduğu gibi işeme öyküsü alınır. Çocuğun direktiflere uyumu, işemektен rahatsız olma durumu, altını ıslattığı zaman üzerini değiştirmeye karşı tutumu, barsak alışkanlığı gibi motivasyon uyumu hakkında bilgi edinilir. Tanılama aşamasında hemşirenin rolü tanıya yardımcı testleri uygulama, bilgi verme, uygun terminoloji kullanarak açık, anlaşılır ifadelerle sorunu açıklama ve yazılı materyal vermektir (Kızılkaya 2002, Berry 2006, Kandemir 2007).

2-Tedavi Aşaması

İşeme fonksiyon bozukluğu olan çocuklara öncelikle iyi bir tuvalet eğitiminin verilmesi, çocuğa nerede, ne zaman ve nasıl işemesi gerektiğinin anlatılması, akşam

yemeğinden sonra çay, kola, karpuz alımının kısıtlanması ve bu konuda sorumluluğun çocuğa verilmesi, konunun yeni bir inatlaşma odağı haline gelmesinin engellenmesi, çocuk yatarken mutlaka tuvalete gitmesi ve yattığında tuvalet için kalkma konusunda kendini koşullandırması ve aileye çocuğu motive edici girişimlerde bulunması önerilmelidir (Soygür 2007).

Davranışsal tedavi yöntemlerinde işeme tekniği ve mesane eğitimleri kullanılmaktadır. Çocuğa işerken pelvik tabanı rahatlatıcı en uygun pozisyon, işerken gevşeme ve çocuğun işerken kendini rahat bırakmasının önemi anlatılır. Gevşeme için sayı sayması ya da şarkı söylemesi öğretilir. İşeme bittikten sonra gevşemeye devam etme ve böylece geri kalan idrarın boşaltılması açısından önem taşıdığından sıklıkla önerilmektedir.

Çocuk ve Ailenin Eğitimi;

Aile enürezis hakkında bilgilendirilir, mesaneyi etkin şekilde boşaltabilmesi için uygulanan Kegel egzersizleri öğretilir ve düzenli aralıklarla uygulaması sağlanır. Evde de boşaltım programına uyması gerektiği çocuk/aileye anlatılır ve yaş olarak uygunsuzsa çocuktan boşaltım zamanlarını kaydetmesi istenir. Tuvalet oturuşuna mutlaka dikkat ettirilerek asla acele işlememesi ve işedikten sonra temizliğini kendisinin yapması öğretilir. Öz bakımını mümkün olduğunca kendisinin yapması için cesaretlendirilir, evde uygulayacağı egzersiz programı anlatılarak yazılı olarak verilir. Günlük sıvı türü ve miktarı, kaçırma ataklarını idrar günlüğüne kaydı istenir. Aileye düzenli olarak randevulara ve kontrollere getirilmesinin önemi anlatılır. Sormak istedikleri konularda danışabileceği ve ulaşabileceği birimler ve telefonlarla ilgili bilgi verilir (Kızılkaya 2002, Berry 2006, Vella 2006,).

Çocuklarda enürezis sorununun çözümünde alanında uzman hemşirenin önemli rol ve sorumluluk üstlendiği bilinmektedir. İdrar yapma sorununda etkili olan fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin kapsamlı ve multidisipliner olarak tanılanması gereklidir. Hemşirelik tanılarında, enürezis “Boşaltımda değişiklik” olarak ele alınmış ve hemşirelik bakımında gece tuvalete kaldırma, sıvı kısıtlaması, mesane egzersizi, ıslak çamaşır değişimini çocuktan isteme, hipnoz yöntemleri kullanılmıştır (Teet 1992, Jacobson ve ark. 1999, Lemmey 2001, Amanda 2006,).

Buldukoğlu'nun (1993) enürezisle ilgili hemşirelik tanılarında “boşaltım düzeninde değişiklik”, “benlik saygısında azalma”, “ebeveyn rolünde değişim” tanıları bulunmaktadır. Ocakçı'nın (1997) hemşirelik yaklaşımında Kegel egzersizleri olarak bilinen mesane- kas geliştirme egzersizleri, ev ziyaretleriyle vakaların belirlenmesi evde bu yöntemin öğretilmesi, ailelere tuvalet eğitimi hakkında danışmanlık yapılması, aile-hekim-hemşire işbirliğinin sağlanması bulunmaktadır.

3. 2. OKUL ÇOCUKLUĞU DÖNEMİ

Çocuklar ve gençler bir toplumun temel taşlarıdır. Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden bir insanın gelişimi, çocukluk yıllarında şekillenmeye başlar. Çocukluk dönemi doğumdan itibaren büyüme ve gelişmenin tamamlandığı yaşa kadar olan dönem olarak kabul edilmektedir (Işık ve ark. 2000). İlk olarak Erikson tarafından tanımlanan ve Piaget'in bilişsel gelişim kuramında da vurgulanan epigenetik kurala göre, gelişimin sağlıklı olarak sürebilmesi için her dönemin kendi içinde gereksinim, sorun ve görevler yönünden uygun zamanda tamamlanması gerekmektedir (Şener ve ark.1995). Bu nedenle okul dönemi geleceğin sağlıklı toplumlarını oluşturma bakımından çok önemli bir dönemdir (Güler 2005).

Okul çağı dönemi 6–12 yaşları arasındadır (Erden ve ark.1997, Tan 1989, Kılıçlı 2006, Yeşilyaprak 2002). Psiko-analitik görüşe göre 6–12 yaş dönemi, çocuğun psiko seksüel gelişimi esas alınarak gizil dönem olarak nitelendirilmektedir. Sullivan ise bu dönemi ikinci çocukluk (juvenile) dönemi olarak almakta, bu dönemin sonu ile erinlik arasında kalan 1–1.5 yılı ergenlik öncesi (preadölesan) dönem olarak ayırmaktadır (Erden ve ark. 1997, Yeşilyaprak 2002, Kılıçlı 2006).

İlköğretimin ilk üç sınıfında çocukların büyümesinde gittikçe artan bir yavaşlamanın olmasına karşın 9–10 yaşlarında kız ve erkek çocukların vücut kimyası değişmekte, kızlarda ilköğretimin dördüncü ve beşinci sınıflarında ani bir boy artışı yanında ikincil seks özelliklerinin belirmeye başladığı görülmektedir. Erkek çocukların doğuştan itibaren çok az da olsa kızlardan biraz daha irice olan beden yapıları ilköğretim yılları boyunca gittikçe hızını kaybeden bir büyüme içine girmektedir. Buna karşın erkek çocuklar bütün ilköğretim yılları boyunca kızlardan daha hareketli ve kendi bedensel gücüne daha güvenli olarak iddialı ve zorlamalı bir

fiziksel aktivite içindedirler. Bu dönem çocuğu okul öncesi çocuğu kadar öğrenmeye heveslidir. Konuşmaktan ve sorulara cevap vermekten hoşlanmaktadırlar (Erden ve ark.1997, Yeşilyaprak 2002, Kılıçlı 2006).

Okula yeni başlayan çocuk ana-baba otoritesi yanında yeni bir otorite olan öğretmenle tanışarak, onun isteklerine uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. Bu dönemde çocuk evde ana-babanın, okulda öğretmenin beğenisini kazanmak ve bu beğeniye kaybetmemek için elinden geldiği kadar evdeki ve okuldaki kurallara uymaya ve yetişkin beklentilerini yerine getirmeye çalışmaktadır. 6–8 yaş çocuğu için öğretmen beğenisi önemli bir ihtiyaç haline gelmekte ve bu beğeni ona güven sağlamaktadır. Okuldaki arkadaşlarıyla birçok şeyleri paylaşmanın gereğini kavrayarak ve onlarla yarışmanın anlamını öğrenmektedir. Benlik sisteminde bir kontrol örüntüsü geliştirmekte ve ev dışındaki kimselerin yaşam tarzlarına uyum göstererek daha bir geleneksel davranışları benimsediği görülmektedir. Bu yıllarda arkadaş beğenisi de önem kazanmaya başlamakta ve 9–10 yaşlarında bu beğeni güçlü bir ihtiyaca dönüşmektedir (Yeşilyaprak 2002, Kılıçlı 2006.).

Okul çağı, çocuğun aile yuvasından çıkıp, dış dünyaya açıldığı ve toplumsal çevreye katıldığı dönemdir (Yörükoğlu 2002). Bu dönem çocukların sağlık ve eğitim yönünden gelişimlerinin önemli bir aşamasını oluşturur ve bu iki gelişim arasında çok yakın bir etkileşim söz konusudur (Öztürk 2000). Okul çağı çocuklarının toplumda önemli bir risk grubu oluşturdukları görülmektedir (Güler ve ark. 2004). Bu yaş döneminde aileler tarafından çoğunlukla önemsenmeyen enürezis, çocuğun okula başlaması ile birlikte, çocuk üzerinde yaratmış olduğu olumsuz psikososyal etkilerden dolayı önemli bir sorun haline gelmektedir. Bu sebepten dolayı aileler genellikle çocuğun okula başlaması ile birlikte bir tedavi veya çözüm arayışına girmektedirler. Okul dönemi çocuğun sağlığı ve eğitimi için çok önemli olduğundan; aile, öğretmenler, okul yöneticileri ve sağlık personelinin işbirliği güçlendirilerek, çocuğun bedensel ve ruhsal sorunlarına vaktinde çözüm bulunmaya çalışılmalıdır (Öztürk 2000).

Enürezis'li çocukların bir kısmında azalmış özgüven, okulda ve arkadaşları arasında sosyal uyumda sorunlar yaşama, davranış problemleri bildirilmektedir (Butler ve ark. 1994, Çelik 1995, Byrd ve ark. 1996, Hagglof ve ark. 1997, Butler

1998). Chang (2002) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilköğretim çocuklarında dikkat problemi, saldırganlık, sosyal beceri ve okul performansının düşük olduğu bulunmuştur. Kubilay ve arkadaşlarının (2002) yaptığı ilköğretim çocuklarındaki ruhsal durumu inceleyen çalışma bulgularına göre bu çocukların %15.9'unda sorun olduğu ve bu sorunların % 8.5'inin enürezis , %3.6'sının tırnak yeme, tik, içe kapanıklık olduğu, Doğan ve arkadaşlarının (2008) çocukluk çağı ruhsal uyum sorunları ile ilgili çalışmalarında çocukların % 2,3'ünde kekemelik, % 3,1'inde tik bozukluğu, % 7'sinde parmak emme, % 1.9'unda enkoprezis, % 9'unda enürezis ve % 19,6'sında okul başarısızlığı, Kaya ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ise en sık görülen ruhsal uyum sorunu okul başarısızlığı (% 19.6) bunu enürezis (% 9.0) ve parmak emme (% 7.05) izlemektedir.

Okul çağı çocuklarındaki depresyon, kendini geri çekme, okulda akran ilişkilerinde bozulma, akademik başarısızlıklar, ilgi ve etkinliklerde azalma, dikkatini toplayamama şeklinde de görülebilmektedir (Gontard 1998). Görker ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran çocuklarda okul başarısızlığı (% 40.7), sinirlilik (% 33.5), tırnak yeme (%15.8), hareketlilik (%12.5), içe kapanıklık (% 16.7), dikkat dağınıklığı (%11.1), sıkıntı hissi (%10.9), kardeş kıskançlığı (%10.3) ve enürezis nokturna (%10) sorunları saptanmıştır. Abalı ve arkadaşları (2006) Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine ailelerin 12'sinin (%22.2) davranış problemi, 11'inin (%20.4) anksiyete, 9'unun (%16.7) okul sorunu nedeniyle çocukların 11'inin (%20.4) depresif uyum güçlüğü, 9'unun (%16.7) dikkat eksikliği ve hiperaktivite, 5'inin (%9.2) enürezis ya da enkoprezis sorunları nedeni ile başvurduklarını belirlemişlerdir. Enürezis, enkoprezis gibi bozukluklar, baş ve karın ağrıları gibi somatik yakınmalar da yine bu dönem depresif belirtileri arasında sayılmaktadır (Tamar ve ark. 2004).

Okul sağlığı hizmetleri, birey, aile, toplum ve sağlık profesyonelinin işbirliğini gerektiren halk sağlığı hizmetleridir ve bu hizmetlerde başarı ekip çalışması ile olanaklıdır. Okul sağlığı ekibinde okul hekimi, okul hemşiresi, öğretmen, okul yöneticileri, ebeveynler, sosyal hizmet görevlisi, okul psikologu, diş hekimi ve odiyolog yer almaktadır. Okul hemşiresi ekip üyeleri ile işbirliği içinde

çalışarak hizmetin eş güdümünü sağlar. Amerika, Kanada, İsveç, Norveç gibi sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerde, okul hemşiresi okul sağlığı hizmetlerinde önemli rol üstlenir ve nitelikleri, görevleri ve eğitimleri yasal olarak belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 50 bin lisanslı okul hemşiresi vardır. Ülkemizin sağlık politikası temel sağlık hizmetini benimsemiş, ancak diğer alanlarda olduğu gibi okul hemşireliği uygulamaları temel sağlık hizmeti ilkeleri üzerine oturtulamamıştır. Bugün, içinde okul hemşiresinin de yer aldığı okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi usul ve esasları hakkındaki yönerge taslağı üzerinde çalışılmaktadır (Seçginli 2004) . Ayrıca sağlığı koruyan ve geliştiren uygulamalar, hemşirelik felsefesi, eğitimi ve uygulamalarının temel hedefidir. Okul sağlığı hizmetlerinde iyi yetişmiş okul hemşirelerinin hizmet etmesi daha sağlıklı bireyler ve toplumlar oluşturmada katkı sağlayacaktır (Bulduk 2005).

3. 3. Aile Tutumları

Aile, toplumsallaşma sürecinde çocuğun kişilik özelliklerini, tutum ve davranışlarını biçimlendiren, onu toplum içinde gelecek yıllardaki rolüne hazırlayan önemli bir kurumdur (Mızrakçı 1994, Gürsoy 2006). Toplumlar sanayileşme ve kentleşme ile birlikte, çok hızlı bir sosyal değişim geçirmektedirler. Bu süreçte en fazla değişim geçiren kurum, hiç şüphesiz “aile” olmuştur. Değişimlerin yanı sıra dünya genelindeki hızlı kültür değişimleri, aile anlayış ve tutumlarında büyük farklılıklar yaratmıştır. Bu farklılıklar, genel zihniyet değişimi, geleneksel değerlere bakış, sorumluluk anlayışı gibi konularda yoğunlaşmaktadır. Genel olarak bakıldığında, ana-babalarla çocuklarının tutumları arasındaki benzerliklerin, farklılıklardan daha fazla olduğu görülmekte; bu da ailelerin çocuklarının tutum ve davranışları üzerinde önemli etkisi olduğuna işaret etmektedir. Ana 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) .

Newcomb ve Svehla (1937) yaptıkları çalışmada, anne-babalarla çocuk yetiştirme tutumları ile çocukların kişilikleri arasında yüksek bir korelasyon

bulunmuştur. Bireylerin tutumları, kültür ve bağlı oldukları büyük topluluklar ve birincil gruplar tarafından etkilenmektedir. En önemli birincil grup ailedir. Aileye kültür aktarma aracı olarak da bakılmakta ve tutumların da bireye aile kanalıyla aktarıldığı belirtilmektedir. 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).

Anne-baba tutumlarına ilişkin literatürde çeşitli sınıflandırmalar bulunmaktadır. Yavuzer (2004) anne-baba tutumlarını altı grup altında toplamıştır: 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. Bir başka sınıflandırmada anne-baba tutumları, yetkili (authoritative), yetkeci (authoritarian) ve serbest bırakan (permissive) olarak gösterilmektedir (Santock 1989).

3.3.1. Baskılı ve Otoriter Ana-Baba Tutumu

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).

3.3.2.İlgisiz ve Kayıtsız Ana-Baba Tutumu

İlgisiz ana-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 ana-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 ana-baba çocuğuna en az sevgi gösteren ve davranışlarına en az kontrol uygulayan ana-babadır (Yavuzer 2004, Poyraz 2007).

İlgisiz bir ailede büyüyen çocuğun tek amacı birazcık şefkat alabilmek dikkat çekmek ve varlığını ispatlayabilmektir. Daha ileriki yıllarda ev ortamında bulamadığı ilgi ve sevgiyi dışarıda arayacaktır. Çocuk büyüdükçe aile ile çatışmaları artacak, aileden intikam alma yollarını arayacaktır (Yavuzer 2004).

3.3.3.Gevşek Ana-Baba Tutumu (Çocuk Merkezci Aile)

Gevşek ana baba tutumunda ana 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).

3.3.4.Dengesiz ve Kararsız Ana-Baba Tutumu

Ana-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

görülebilmektedir. 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 (Yavuzer 2004).

3.3.5.Koruyucu Ana-Baba Tutumu

Ana-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 başarıya gücünden, kendilerini kabul ettirme istek ve yeteneğinden yoksundurlar. Çoğunlukla başarısız ve mutsuz olurlar. Toplumsal yaşam bir kavga ve bir güç yarışıdır (Yavuzer 2004). Aydın (2003)'a göre aşırı koruyucu anne tutumu çocuğa büyük bir sevgi ile bağlanmış, çok kollayıcı olan anne baba tutumudur. Aşırı koruyucu yaklaşıma sahip ailede yetişen çocuk bağımlı, kendine güveni olmayan, duygusal sorunları olan bir kişi olmaktadır.

3.3.6.Mükemmeliyetçi Ana 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 (Altınköprü 1999, Demiriz 2007).

3.3.7.Kabul Edici, Güven Verici ve Demokratik Anne Baba Tutumu

Demokratik ana-baba, çocuğa içten ve derin bir sevgi duyar ve bunu şartsız olarak gösterir. Çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarına duyarlıdır. Davranışlarını ilgi ve anlayışla izler. Otonom benlik iradesine ve sağlıklı uyuma değer verir. Yaşına göre kendisiyle ilgili bazı kararları almaya çocuğu teşvik eder; önemli konularda alınan kararların nedenlerini çocukla tartışır, onun görüşlerine değer verir; sözel alışverişlere olanak sağlar. Bu ana-babalar, engelleyici davranmamakta, çocuklarına makul sınırlar içinde özgürlük tanımaktadırlar (Altınköprü 1999, Yavuzer 2004).

Demokratik ve güven verici bir ortam da yetişen çocuk, kendine ve çevresine saygılı, sınırlarını bilen, yaratıcı, yaratıcı ilişkiler kurabilen, kendine karşı fikirlere saygı duyar. Atılgan, fikirlerini serbestçe söyleyebilen, kişilik ve davranışları açısından dengeli sorumluluk duyguları gelişmiş, kurallara ve otoriteye karşı körü körüne bağlı olmayan, hoşgörülü, açık fikirli, anlaşılır, toplumsal ve uyumlu bir birey olarak yetişirler (Türkel 1992, Sarı 2007).

1984'de yapılan bir araştırmada, demokratik ve otoriter olarak algılanan anne-baba tutumlarının, gençlerin uyum düzeylerine etkisi incelenmiş; otoriter ortamda yetişen gençlerin uyum düzeylerinin daha düşük, demokratik ortamda yetişen gençlerin ise bireysel ve sosyal uyumlarının yüksek olduğu görülmüştür (Akbağ 1994). Özellikle babanın olumlu ilgisi ve sevgisi ile liderlik ve uyum yeteneği arasında da ilişki bulunmaktadır (Ekşi 1990). Otoriter, demokratik ve serbest bırakıcı (ilgisiz) olarak algılanan anne-baba tutumlarının, bireylerin kendilerini gerçekleştirmeleri üzerinde etkisi bulunmaktadır. Demokratik tutumun kendini gerçekleştirme üzerinde olumlu etkisi olurken, otoriter tutum kendini gerçekleştirmeyi olumsuz olarak etkilemektedir (Kuzgun 1997).

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 (Altınköprü 1999, Yavuzer 2004,). Ana baba tutumlarının özellikle çocukla daha uzun beraber olan anne tutumunun çocukluktan başlayarak, benlik yapısının gelişmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Demiriz 2007). Hızel (1999)'in enürezis çocuklarla yaptığı çalışmada annelerin aşırı koruyuculuk, baskı ve disiplin boyutunu daha fazla benimsedikleri belirtilmektedir. Abalı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada aile bireylerinin, çocukları etkileme düzeyine bakıldığında %9.2'sinde enüresiz-enkoprezis , %20'sinde uyum güçlüğü, dikkat eksikliği ve %16.7'sinde hiperaktivite bozukluğu, %9.2'sinde depresyon olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak çocuklar ilk etkileşimlerini içinde bulunduğu aileden, özellikle de anne ve babasının davranışlarından elde ederler. İyi bir evlilik ilişkisi ve ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumları, çocuğun sosyal ilişkilerini ve arkadaşlık ilişkilerindeki kaliteyi de etkilemektedir. Yani ebeveynler kendi ilişkileriyle, çocuklarına olumlu davranış modeli oluşturabilmektedirler. Daha sonra çocukların bu yakın çevresindeki etkileşimlerine okul çevresindeki öğretmenleri ve arkadaşları da dahil olurlar. Çocuğun okulda ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve ruhsal sorunlarının giderilmesi için, temel sağlık hizmetleri ile okul sağlığı hizmetlerini yürüten disiplinler arasında iletişim ve işbirliği sağlanmalı, toplum ruh sağlığı hemşireliğine de yer verilmelidir. Türkiye'de toplum ruh sağlığı hemşireliği kapsamında "okul sağlığı hemşiresi" kavramının yerleşmesi ve işlerlik kazandırılması sağlanmalıdır.

IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma Tokat Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı ilköğretim kurumlarının birinci kademesinde öğrenim gören 7–12 yaş grubunda enüretik olan çocuklarla, enüretik olmayan çocukların aile tutumlarının belirlenmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı (vaka-kontrol) olarak yapılmıştır.

4.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Tokat il merkezindeki Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı tüm ilköğretim okullarında 7–12 yaşları arasındaki çocukların anneleri ile yapılmıştır. İl merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 28 ilkokulda toplam 11306 öğrenci öğrenim görmektedir. Araştırmaya alınan okullarda okul hemşiresi bulunmamakta ve tüm okulların içinde sadece 6 okulda rehber öğretmenleri bulunmaktadır.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; 1 Şubat - 15 Haziran 2006 tarihleri arasında Tokat il merkezindeki Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı ilköğretim okullarında öğrenim gören 7–12 yaş grubu çocukların bulunduğu ilköğretim okullarına devam etmekte olan öğrenciler ve anneleri oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise enürezis sorunu olan 140 öğrenci annesi, özellikleri açısından(yaş, cinsiyet, sınıf) karşılaştırma yapılması amacıyla yine aynı gruptan, kontrol grubu olarak seçilen enürezisi olmayan 140 öğrenci annesinden oluşan toplam 280 öğrenci (140 deney ve 140 kontrol) oluşturmuştur.

Örneklem Seçim Kriterleri:

- Çocukların 7–12 yaş grubu arasında olması,
- En az altı aydır istemli veya istemsiz yatağına veya altına kaçırmaması,
- Altını ıslatmanın en az ardışık üç ay, haftada iki kez ortaya çıkması,
- Altını ıslatmanın herhangi bir hastalığa ve ilaç kullanımına bağlı olmaması,
- Çocuğun ve ailenin Tokat il merkezinde yaşıyor olması.

4.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

I. Çocukta enürezis gelişmesi ile aile tutumları arasında ilişki vardır.

II. Çocukta enürezis gelişmesi ile aile tutumları arasında ilişki yoktur.

III.Enürezisi olan ve olmayan çocuklar arasında aile tutumları arasında fark vardır.

IV. Enürezisi olan ve olmayan çocuklar arasında aile tutumları arasında fark yoktur.

4.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından hazırlanan Aile Bilgi Formu ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARİ) kullanılarak toplanmıştır.

4.6. VERİ TOPLAMA FORMLARI

4.6.1 Aile Bilgi Formu (Ek-1)

Bu form, çocukların ve ailelerin sosyodemografik özelliklerini, enürezise ilişkin bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Kaya 2006, Ünal ark. 2001, Dönmez 2004, Hararı ve ark. 2000, Örmeci 2003, Butler 2005, Lackgren 1999, Kajiwara 2006, Özden ve ark. 2007). Form, çocukların yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, sosyal güvence, çocuk sayısı, aile yapısı, ekonomik durumu, çocuğun sırası gibi sosyodemografik özellikleri (14 soru), altını ıslatma sorunu olup olmadığı, altını ıslatmaya kaç yaşında başladığı, ne kadar süredir altını ıslattığı, altını ıslatma sıklığı, hangi durumlarda altını ıslattığı, altını ıslatma sorununun çözümünde neler yaptığı, çocuğa ailenin nasıl davrandığı, bu çocuklarda hastalık durumunun olup olmadığı, çocuğun sürekli kullandığı bir ilaç olup olmadığı, çocuğun korkularının olup olmadığı (10 soru) olmak üzere toplam 24 sorudan oluşmuştur.

4.6.2.Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARI) (EK-2).

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu ölçeği, ana-babaların çocuk yetiştirme tutumlarını ölçmek amacıyla Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması G. Le Compte, A.Le Compte ve Serap Özer tarafından yapılmıştır (Öner 1997). Ölçek aile tutumlarının değerlendirilmesinde farklı araştırmalarda kullanılmıştır (Akbağ 1994, Berber 1990, Çerik 2005, Dabakoğlu 2004, Demiriz 2007, Genç 1994, Güven 1990, Hızel 1999, Keskin 2004, Kuzgun 1973, Mızrakçı 1994, Ocakçı ve ark. 1997, Poyraz 2007, Sarı 2007, Seçer ve ark. 2007, Sipahoğlu , Tapçan 2002, Yurtbay ve ark. 2004).

Ölçeğin güvenirliği: İki hafta ara ile yinelenen uygulama sonucu Pearson Momentler Çarpımı korelasyonları 0.58 ile 0.88 arasında bulunmuştur (Öner 1997). Ailelere, çocuk ve gençlere uygulanan ve bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir ölçektir.

Ölçeğin geçerliliği: Le Compte ve arkadaşları 1978 yılında üç farklı sosyoekonomik gruptan 179 anneye ölçeği uygulanarak faktör analizi yapılmıştır bunun sonucunda beş faktör ortaya çıkmıştır. Bunlar aşırı annelik, demokratik tutum, ev kadınlığı rolünü reddetme, geçimsizlik ve artık boyut olan sıkı disiplindir. 1987 yılında ise küçük, orta sosyoekonomik sınıftan 160 öğrenci annelerine (N=152) ve babalarına (N=138) ölçek uygulanarak çeşitli değişkenlerle ilişkisine bakılmıştır (Öner 1997).

Ölçeğin 60 maddesi ve 5 boyutu vardır. Her boyutun toplam puanlarının yüksekliği, o boyutun içerdiği özelliklerin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte maddeler soru şeklinde olmayıp olumlu veya olumsuz yönde ifadelerden oluşmuştur. Denekler, dört basamaklı bir değerlendirme sistemi içinde seçimlerini yaparlar. Ölçekte her madde için “hiç uygun bulmuyorum”, “biraz uygun buluyorum”, “oldukça uygun buluyorum”, “çok uygun buluyorum” seçeneklerinden en az birinin cevaplanması gerekmektedir. Puanlama ise “hiç uygun bulmuyorum” 1, “biraz uygun buluyorum” 2, “oldukça uygun buluyorum” 3 ve “çok uygun buluyorum” seçeneğine 4 puan verilerek gerçekleştirilir. Ancak 2, 29 ve 44. maddelere verilen yanıtlar

tersine puanlanır, yani 1 puanlık yanıtta “4” puan, 2 puanlık yanıtta “3” puan, 3 puanlık yanıtta “2” puan “4” puanlık yanıtta “1” puan verilir. Her alt boyuttan alınan toplam puanın yüksekliği, o boyutun ifade ettiği tutumun yüksekliğini ortaya koymaktadır (Öner 1997).

Faktör analizi sonucu PARİ testinde ortaya çıktığı kabul edilen boyutlar şöyle tanımlanmaktadır.

I- Boyut –Aşırı Annelik, Aşırı Koruyuculuk Tutumu (16 madde); Aşırı

kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal çalışkan olmasını isteme, annenin son derece fedakâr olması ve çocuğunda bunu anlaması gerektiğine inanma gibi konuları kapsar. Bu boyutta 1–3–4–7–11–12–14–26–27–28–32–34–36–46–51–57 maddeleri bulunmaktadır. Aşırı annelik boyutundan maksimum 64, minimum 16 puan alınmaktadır.

II- Boyut-Demokratik Tutum Ve Eşitlik Tanıma Boyutu (9 madde);

Çocuğa eşit haklar tanımak, fikirlerini açıkça belirtmesini desteklemek, onunla arkadaşlık etmek ve birçok şeyi paylaşmak gibi konuları kapsar. Bu boyutta 2–13–18–22–29–37–44–45–59 maddeleri bulunmaktadır. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutundan maksimum 36, minimum 9 puan alınmaktadır

III- Boyut-Annenin Ev Kadınlığı Rolünü Reddetmesi Tutumu (13 madde);

Kadının kendi annesi ya da başkalarına bağımlılığını desteklemek, sinirlilik, çocuklarla bir arada uzun süre kalmaktan hoşlanmamak ve yeni doğan bebeğin bakımından ürkemek gibi konuları kapsar. Bu boyutta 6–9–16–17–21–23–31–41–42–49–52–55 maddeleri bulunmaktadır. Ev kadınlığı rolünü reddetme boyutundan maksimum 52, minimum 13 puan alınmaktadır.

IV- Boyut-Karı-Koca Geçimsizliği (Çatışması) Tutumu (6 madde); Eşler

arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi konuları kapsar. Bu boyutta 8–19–33–40–43–54 maddeleri bulunmaktadır. Karı-koca geçimsizliği boyutundan maksimum 24, minimum 6 puan alınmaktadır.

V- Boyut-Baskı ve Disiplin Tutumu (16 madde); Daha çok olumsuz bir

çocuk yetiştirme tutumuna işaret eden, cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı

bastırma, sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne babanın mutlak hâkimiyetine inanma gibi konuları kapsar. Bu boyutta 5–10–15–20–24–25–30–35–39–43–47–50–53–56–58–60 maddeleri bulunmaktadır. Baskı ve disiplin boyutundan maksimum 64, minimum 16 puan alınmaktadır.

Cevaplar döküme göre yapılır. Tutumlardan alınan puanlar ve boyuttaki tutum sayısı toplanır (her boyut için). Daha sonra her boyut için ortalama hesaplanır ya da yüzdeleri bulunur. En yüksek çıkan boyut deneğin çocuklarına karşı takındığı tavırlarda benimsediği tutumdur.

4. 7. UYGULAMA

Araştırmaya başlamadan önce Tokat Milli Eğitim Müdürlüğünden yazılı izin alınmış; daha sonra il merkezinde bulunan 28 okulun okul müdürlüklerine gidilerek, araştırmanın amacı ile ilgili açıklamalar yapıp formlar tanıtılmış ve araştırmanın nasıl yapılacağı ile ilgili bilgiler verilmiştir. Sınıf öğretmenleri ve rehberlik öğretmenleri ile görüşülerek sınıflarında enürezisi olan çocukları belirlemek amacıyla birinci sınıftan beşinci sınıfa kadar tüm öğrencilere kapalı zarflarda Aile Bilgi formu dağıtılmış ve formları ailelerin doldurması gerektiği mesajı, sınıf öğretmenleri ve rehberlik öğretmenleri aracılığıyla duyurulmuştur. Ailelerin bu formu doldurmaları sağlandıktan sonra enürezisi olan çocuklar saptanmıştır. Enürezisi tespit edilen çocuklar vaka grubu olarak araştırmaya alınmış, daha sonra bu sınıflarda her bir enürezisli vakasına karşılık yaş ve cinsiyet olarak aynı özelliklere sahip enürezisi olmayan çocuklarda kontrol grubuna alınmıştır. Enürezisi olan ve olmayan çocukların annelerine okula gelmeleri için görüşme gün ve saati sınıf öğretmenleri aracılığıyla, çocukların defterlerine, ailelerine iletmek üzere not yazılarak ya da diğer veliler ile iletilmiştir. Okula gelen ailelere araştırmanın amacı anlatılarak araştırmaya katılmak isteyip istemediği sorulmuş ve ailelerin onamları alındıktan sonra görüşme gün, saati belirlenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerle yüzyüze görüşülerek toplantı odasında “PARI” (Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği) uygulanmış. Okula gelemeyen annelerin çocuklarının sınıf öğretmenleri ile görüşülerek ev telefonu ve adresleri alınmış ve ailelerle önce telefonda görüşülerek araştırmanın amacı anlatılıp araştırmaya katılmak istedikleri

belirlendikten sonra evlerinde ziyaret edilerek görüşme yapılmış ve formlar uygulanmıştır. Annelerin formları cevaplamaları 25 dakika sürmüştür.

4. 8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI)'nin değerlendirilmesinde faktör analizi yapılmıştır. Elde edilen boyutlar geçerlilik ve güvenilirlik yönünden incelenmiş ve boyutların toplanabilirlik özelliklerinin de mevcut olduğu görülmüştür.

Faktör puanları Kolmogorov-Smirnov normallik testine göre incelenmiş ve tüm boyutların normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Çocuklardan elde edilen demografik özellikler arasında PARI faktörlerinin ortalama puanları yönünden yapılan karşılaştırmalarda grup sayısı 2 olan değişkenler için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (çalışan anne sayısı az olduğundan dolayı anne çalışma durumu yönünden yapılan karşılaştırmada Mann-Whitney U testi), grup sayısı 3 ve daha fazla olan değişkenler için ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. ANOVA sonuçlarına göre önemli fark bulunması durumunda gruplar arasında ikili karşılaştırmalar yapıldı. İkili karşılaştırmalarda Levene Varyans Homojenliği testine göre Sheffe veya Tamhane T^2 testleri kullanıldı. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) puanları ile enüretik çocukların özellikleri arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında Ki-Kare Testleri kullanıldı.

Sürekli değişkenler Aritmetik Ortalama (Ort.) ve Standart Sapma (SS) ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile ifade edildi. Tüm hipotezlerde p değeri 0.05'in altında hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Hesaplamalar istatistiksel paket program yardımı ile yapıldı (SPSS inc, Chicago, IL).

V. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya alınan 280 enüretik olan (140) ve enüretik olmayan (140) çocuk ve onların annelerine ilişkin tanıtıcı özellikleri, hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin özellikler ile annelerin çocuklarına uyguladıkları tutumların etkisini ortaya koyan bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Enüretik Olan ve Olmayan Çocuklara Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (n=280)

Tanıtıcı Özellikler		Enüretik Olan (n=140)		Enüretik Olmayan (n=140)		Test* χ^2	p
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kız	68	48.6	68	48.6	0.000	1.000
	Erkek	72	51.4	72	51.4		
Yaş	7 yaş	38	27.1	38	27.1	0.413	0.995
	8 yaş	30	21.4	30	21.4		
	9 yaş	28	20.0	26	18.6		
	10 yaş	21	15.0	22	15.7		
	11-12 yaş	23	16.4	24	17.1		
Çocuğun Sırası	1. çocuk	51	36.4	38	27.1	2.958	0.228
	2. çocuk	55	39.3	60	42.9		
	3 ve üstü çocuk	34	24.3	42	30.0		
Çocuk Sayısı	1-2 çocuk	60	42.9	57	40.7	0.492	0.782
	3 çocuk	49	35.0	47	33.6		
	4 ve üstü çocuk	31	22.1	36	25.7		

*: Ki-Kare Testi

Tablo 1 'de enüretik olan ve enüretik olmayan çocuklara ait tanıtıcı özellikler verilmiştir.

Enüretik olan çocukların %51.4'ünün erkek, %48.6'sının kız olduğu, çocukların %27.1'inin 7 yaşında olduğu, %42.9'unun 1-2 çocuklu aile oldukları ve çocukların %39.3'ünün 2. çocuk olduğu belirlenmiştir.

Enüretik olmayan çocukların ise %51.4'ü erkek, %48.6'sının kız olduğu, çocukların %27.1'inin 7 yaşında olduğu, %40.7 sinin 1–2 çocuklu aile oldukları, %42.9 'unun ailede 2. çocuk olduğu saptanmıştır.

Enüretik olan ve enüretik olmayan çocuklar arasında cinsiyet, yaş, çocuğun sırası, çocuk sayısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 2. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Ailelerine Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (n=280)

Tanıtıcı Özellikler		Enüretik Olan (n=140)		Enüretik Olmayan (n=140)		Test* χ^2	p
		n	%	n	%		
Anne Yaşı	30 yaş altı	51	36.4	44	31.4	1.847	0.605
	31–35 yaş	47	33.6	46	32.9		
	36–40 yaş	27	19.3	36	25.7		
	41 yaş ve üstü	15	10.7	14	10.0		
Baba Yaşı	30 yaş altı	17	12.1	12	8.6	4.027	0.259
	31–35 yaş	43	30.7	41	29.3		
	36–40 yaş	49	35.0	42	30.0		
	41 yaş ve üstü	31	22.1	45	32.1		
Annenin Eğitim Durumu	Okuryazar	15	10.7	16	11.4	0.087	0.957
	İlköğretim	112	80.0	110	78.6		
	Lise ve üstü	13	9.3	14	10.0		
Babanın Eğitim Durumu	Okuryazar	7	5	10	7.1	2.704	0.259
	İlköğretim	110	78.6	98	70.0		
	Lise ve üstü	23	16.4	32	22.9		
Annenin Çalışma Durumu	Çalışmıyor	132	94.3	133	95.0	0.000	1.000
	Çalışıyor	8	5.7	7	5.0		
Babanın Çalışma Durumu	Memur	17	12.1	18	12.9	2.791	0.425
	İşçi	47	33.6	42	30.0		
	Serbest	56	40.0	67	47.9		
	Esnaf	20	14.3	13	9.3		
Aile yapısı	Çekirdek aile	88	62.9	92	65.7	2.023	0.364
	Geniş aile	43	30.7	44	31.4		
	Tek ebeveynlik	9	6.4	4	2.9		
Ekonomik Durum	Düşük	43	30.7	28	20.5	4.275	0.118
	Orta	78	55.7	89	63.9		
	İyi	19	13.6	23	16.4		

*Ki-kare testi

Tablo 2’de enüretik olan ve olmayan çocukların ailelerine ait tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Enüretik olan çocukların annelerinin %36.4'ünün 30 yaş altında ve babalarının %35'inin 36-40 yaş arasında oldukları, annelerin %80'inin ve babaların %78.6'sının ilköğretim mezunu olduğu, annelerin %94.3'ünün çalışmadığı ve babaların ise %40'ının serbest çalıştığı, %62.9'unun çekirdek aile olduğu, %55.7'sinin orta sosyoekonomik düzeyde oldukları saptanmıştır.

Enüretik olmayan çocukların annelerinin %32.9'unun 31-35 yaş arasında olduğu ve babaların %32.1'inin 42 yaş ve üstünde oldukları, annelerin %78.6'sı ve babaların %70'inin ilköğretim mezunu olduğu, annelerin %95'inin çalışmadığı ve babaların %47.9'unun serbest çalıştığı, %65.7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %63.9'unun orta sosyoekonomik düzeyde olduğu saptanmıştır.

Enüretik olan ve enüretik olmayan çocuklar arasında anne yaşı, baba yaşı, annenin ve babanın eğitim durumu, annenin ve babanın çalışma durumu, aile yapısı, ekonomik durum değişkenleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 3. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Ailelerinin PARİ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARİ) Boyutları	Boyutların Minimum ve Maximum Puanların	Enüretik Olan (n=140)	Enüretik Olmayan (n=140)	Test* t	p
		Ort±SS	Ort±SS		
Aşırı Koruyuculuk	16-64	53.54±7.15	52.50±7.59	1.174	0.241
Demokratik	9-36	30.24±3.79	30.39±4.08	-0.318	0.750
Rolünü Reddetmesi	13-52	27.38±5.78	26.14±6.41	1.702	0.090
Geçimsizlik	6-24	12.82±2.97	11.95±3.60	2.204	0.028
Sıkı Disiplin	16-64	43.32±7.51	42.84±9.08	0.480	0.632

*: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Tablo 3'de enüretik olan ve olmayan çocukların Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARİ) Puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik olan ve enüretik olmayan grupta annelerin aşırı koruyuculuk boyutundan ve sıkı disiplin boyutundan aldıkları puanların ortalaması diğer boyutlara göre daha yüksek olduğundan, enüretik olan ve olmayan çocukların annelerinin çocuklarına aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları belirlenmiştir. Enüretik olan ve olmayan çocuklar arasında aşırı koruyuculuk, demokratik, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin puanları yönünden anlamlı fark olmadığı; ancak, geçimsizlik boyutu yönünden enüretik olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark olduğu enüretik olan çocuklarda olmayan çocuklara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0.028$).

Tablo 4. Enüretik Olan Çocuklara Ait Özelliklerin Dağılımı.

Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Alt ıslatma yaşı	Doğduğundan bu yana	81	28.0
	1-6 yas	27	9.3
	6 yas ve üstü	32	11.1
Alt ıslatma sıklığı	Her gün her gece	57	40.7
	Haftada 1-2 kez	53	37.9
	Ayda 1 kez	16	11.4
	2-3 ayda 1 kez	14	10.0
Hangi durumlarda altını ıslattığı	Korku-heyecan	20	14.3
	Hastalık	21	15.0
	Nedensiz	85	60.7
	Diğer	14	10.0
Ailelerin davranışı	Hekim yardımı alma	50	35.7
	Gece tuvalete kaldırma	65	46.4
	Aksamları az su içirme	10	7.1
	Hepsi	15	10.7
Ebeveynlerin çocuklara tepkisi	İyi davranma	89	63.6
	Kızma-dövme	30	21.4
	Konuşma-anlatma	21	15.0
Hastalık olup olmaması	Hastalık var	16	11.4
	Hastalık yok	124	88.6
Sürekli kullanılan ilaç olup olmaması	Kullandığı ilaç var	3	2.1
	Kullandığı ilaç yok	137	97.9
Toplam		140	100.0

Tablo 4’de görüldüğü gibi enüretik olan çocuklara ait özelliklerin dağılımı verilmiştir.

Enüretik çocukların % 28’inin doğduğundan bu yana altını ıslattığı, %40.7’sinin her gün her gece altını ıslattığı, %60.7’sinin nedensiz altını ıslattığı, çocukların %46.4’ünün ailesi tarafından her gece tuvalete kaldırıldığı, %35.7’sinin hekim yardımı aldığı, %63.6’sına altını ıslattığı zaman ailesi tarafından iyi

davranıldığı, %88.6 'sında herhangi bir hastalık olmadığı, %97.9'unun sürekli kullandığı bir ilacının olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Cinsiyetlere Göre Annelerin PARİ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARİ) Boyutları	Enüretik Olan (n=140)		Test* t	p
	Kız (n=68)	Erkek (n=72)		
	Ort±SS	Ort±SS		
Aşırı Koruyuculuk	54.25±7.50	52.87±6.79	1.137	0.257
Demokratik	30.48±4.20	30.01±3.37	0.733	0.465
Rolünü Reddetmesi	28.00±5.32	26.80±6.17	1.223	0.224
Geçimsizlik	13.14±2.94	12.51±2.99	1.260	0.210
Sıkı Disiplin	43.66±6.99	43.00±8.01	0.519	0.210
(PARİ) Boyutları	Enüretik Olmayan (n=140)		Test* t	p
	Kız (n=68)	Erkek (n=72)		
	Ort±SS	Ort±SS		
Aşırı Koruyuculuk	53.77±7.31	51.30±7.71	1.945	0.054
Demokratik	30.69±4.30	30.11±3.86	0.840	0.403
Rolünü Reddetmesi	26.14±7.15	26.13±5.68	0.994	0.008
Geçimsizlik	12.10±3.73	11.80±3.50	0.486	0.628
Sıkı Disiplin	43.26±9.01	42.44±9.20	0.532	0.595

*: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Tablo 5'de enüretik olan ve olmayan çocukların cinsiyetlerine göre annelerinin PARİ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik olan gruptaki annelerin aşırı koruyuculuk boyutundan alınan puan ortalaması kızlarda 54.25±7.50, erkeklerde 52.87±6.79 dur. Sıkı disiplin boyutundan alınan puan ortalaması kız annelerinde 43.66±6.99, erkek annelerinde 43.00±8.01 dir. Enüretik olmayan grupta aşırı koruyuculuk boyutundan alınan puan ortalaması kız annelerinde 53.77 ± 7.31 , erkek annelerinde 51.30 ± 7.71 ve sıkı disiplin boyutundan alınan puan ortalaması kızlarda 43.26±9.01, erkeklerde 42.44±9.20 dir. Enüretik olan ve enüretik olmayan grupta cinsiyetle aşırı koruyuculuk, demokratik, rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin puanları yönünden anlamlı fark olmadığı

belirlenmiştir. Annelerin aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutundan aldıkları puan ortalamasının diğer boyutlara göre daha yüksek olduğu, enüretik çocuğu olan ve olmayan grupta annelerin çocuklarına aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları ve kız çocuklarda bu tutumların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Enüretik olmayan grupta rolünü reddetmesi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 6. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Yaşlarına Göre Annelerin PARI Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

(PARI) Boyutlar	Yaşlar	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	7 yaş	53.94±6.30	0.759	0.554	54.02±7.25	5.064	0.001
	8 yaş	53.43±6.60			51.83±8.09		
	9 yaş	53.03±8.21			47.38±7.70		
	10 yaş	55.47±7.00			55.81±5.74		
	11 yaş +	51.86±8.04			53.45±6.41		
Demokratik	7 yaş	30.78±4.17	0.896	0.469	29.44±4.27	1.189	0.318
	8 yaş	30.26±3.12			31.20±4.30		
	9 yaş	30.28±3.80			30.42±3.67		
	10 yaş	30.57±3.51			31.36±4.46		
	11 yaş +	28.95±4.16			29.95±3.40		
Rolünü Reddetmesi	7 yaş	26.63±6.10	1.907	0.113	26.07±7.10	3.448	0.010
	8 yaş	27.16±4.41			25.20±4.88		
	9 yaş	27.96±6.17			23.11±5.97		
	10 yaş	30.09±5.12			28.18±5.28		
	11 yaş +	25.73±6.42			28.83±7.06		
Geçimsizlik	7 yaş	12.60±2.86	0.892	0.471	11.42±3.68	1.254	0.291
	8 yaş	13.26±2.77			12.10±3.67		
	9 yaş	12.03±2.88			11.11±3.52		
	10 yaş	13.28±3.03			12.40±2.92		
	11 yaş +	13.13±3.46			13.08±3.96		
Sıkı Disiplin	7 yaş	42.42±6.15	1.073	0.372	44.34±9.49	4.841	0.001
	8 yaş	42.93±7.31			41.33±8.23		
	9 yaş	43.82±8.58			37.15±8.60		
	10 yaş	46.14±6.33			44.81±6.76		
	11 yaş +	42.13±9.21			46.70±9.13		

*: ANOVA

Tablo 6'ya göre enüretik olan ve enüretik olmayan çocuklarda aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutundan annelerin aldıkları puan ortalamasının diğer

boyutlara göre yüksek olduğu, enüretik çocuğu olan ve olmayan annelerin çocuklarına aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları ve 7 yaşındaki çocuklarda bu tutumların diğer yaşlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Enüretik olmayan grupta aşırı koruyuculuk, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 7. Enüretik Olan ve Olmayan Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Annelerin PARI Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARI) Boyutlar	Çocuk Sayısı	Enüretik olan			Enüretik olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	1-2 çocuk	53.20±6.85	0.246	0.782	52.82±7.34	1.038	0.357
	3 çocuk	54.12±7.77			51.91±7.88		
	4 çocuk +	53.29±6.88			52.77±7.77		
Demokratik	1-2 çocuk	29.98±3.98	0.531	0.590	29.80±3.77	0.056	0.945
	3 çocuk	30.69±3.87			30.91±3.83		
	4 çocuk +	30.03±3.30			30.63±4.79		
Rolünü Reddetmesi	1-2 çocuk	26.61±5.63	2.504	0.085	26.22±6.73	0.403	0.669
	3 çocuk	28.10±5.54			26.27±6.03		
	4 çocuk +	27.74±6.43			25.83±6.55		
Geçimsizlik	1-2 çocuk	12.18±2.67	0.145	0.865	11.77±3.69	0.403	0.665
	3 çocuk	13.22±3.19			11.80±3.43		
	4 çocuk +	13.41±3.05			12.41±3.74		
Sıkı Disiplin	1-2 çocuk	43.15±7.18	0.213	0.808	43.05±9.24	1.055	0.351
	3 çocuk	43.12±7.72			41.44±9.26		
	4 çocuk +	43.96±8.01			44.33±8.56		

*: ANOVA

Tablo 7’de enüretik olan ve olmayan ailede bulunan çocuk sayısına göre PARI ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik çocuğu olan ve olmayan grupta annelerin çocuk sayısına göre tutumların alt ölçekleri kendi içinde ve ikili grup arasında karşılaştırıldığında her iki grupta puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu, çocuk sayısına göre tutum alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Enüretik olan ve olmayan grupta annelerin aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutundan aldıkları puanların ortalamasının diğer boyutlara göre yüksek bulunması annelerin çocuklarına aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutum uyguladıklarını göstermektedir.

Tablo 8. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin PARI Ortalama Puanlarının Çocuk Sırasına Göre Karşılaştırılması.

(PARI) Boyutlar	Çocuk Sırası	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	1. çocuk	54.05±5.34	0.640	0.529	53.36±8.16	1.174	0.312
	2. çocuk	52.69±8.57			53.00±7.21		
	3 çocuk +	54.14±7.07			51.02±7.57		
Demokratik	1. çocuk	30.31±4.37	1.234	0.294	30.86±4.25	0.473	0.624
	2. çocuk	29.70±3.60			30.83±3.72		
	3 çocuk +	31.00±3.04			29.97±4.44		
Rolünü Reddetmesi	1. çocuk	27.13±5.57	0.946	0.391	27.28±7.46	0.944	0.392
	2 çocuk	26.89±5.78			25.96±6.07		
	3 çocuk +	28.55±6.10			25.35±5.85		
Geçimsizlik	1.çocuk	12.70±2.85	1.011	0.367	12.34±4.12	0.410	0.665
	2.çocuk	12.54±2.96			11.66±3.38		
	3çocuk +	13.44±3.18			12.00±3.47		
Sıkı Disiplin	1.çocuk	43.68±6.20	0.738	0.480	43.81±9.87	0.298	0.743
	2.çocuk	42.40±7.93			42.43±8.50		
	3 çocuk +	44.26±8.61			42.54±9.29		

*: ANOVA

Tablo 8’de enüretik olan ve olmayan çocukların annelerinin PARI puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik çocuğu olan annelerin aşırı koruyuculuk boyutundaki puan ortalaması tek çocukta 54.05±5.34 , 2. çocukta 52.69±8.57 , 3 ve üstü çocukta 54.14±7.07 ve sıkı disiplin boyutundaki annelerin puan ortalaması tek çocukta 43.68±6.20 , 2 çocukta 42.40±7.93 , 3 ve üstü çocukta 44.26±8.61 dir.

Enüretik olmayan grupta annelerin aşırı koruyuculuk boyutundaki puan ortalaması tek çocukta 53.36±8.16, 2. çocukta 53.00±7.21 , 3 ve üstü çocukta 51.02 ± 7.57 ve sıkı disiplin boyutundaki annelerin puan ortalaması tek çocukta 43.81±9.87 , 2. çocukta 42.43±8.50 , 3 ve üstü çocukta 42.54±9.29 dir. Enüretik olan ve olmayan

grupta annelerin aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutumlarından aldıkları puanların ortalamasının diğer tutum puan ortalamalarından yüksek olduğu annelerin çocuklarına aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları belirlenmiştir. Çocuk sırasına göre aşırı koruyuculuk, demokratik, ailenin rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin faktör puanları yönünden anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 9. Enüretik Olan ve Enüretik Olmayan Çocukların Annelerinin Yaşlarına Göre PARI Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARI) Boyutlar	Annenin Yaşı	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	30 yaş ve altı	51.82±6.34	2.044	0.111	52.75±7.10	1.003	0.394
	31-35 yaş	54.76±7.07			53.71±7.70		
	36-40 yaş	55.18±8.25			51.52±8.28		
	41 yaş+	52.60±7.17			50.28±6.79		
Demokratik	30 yaş ve altı	30.70±4.17	0.424	0.736	30.79±3.61	0.789	0.502
	31-35 yaş	29.87±3.87			30.67±4.39		
	36-40 yaş	30.03±2.83			29.50±4.46		
	41 yaş+	30.20±3.89			30.50±3.34		
Rolünü Reddetmesi	30 yaş ve altı	26.70±5.74	0.906	0.440	26.13±5.86	0.088	0.967
	31-35 yaş	28.48±6.23			26.45±7.41		
	36-40 yaş	27.18±5.48			26.00±5.39		
	41 yaş+	26.60±4.95			25.50±7.55		
Geçimsizlik	30 yaş ve altı	12.68±2.90	0.883	0.452	12.36±3.61	0.294	0.830
	31-35 yaş	13.17±3.05			11.84±3.82		
	36-40 yaş	13.03±2.94			11.66±3.19		
	41 yaş+	11.80±3.09			11.71±4.12		
Sıkı Disiplin	30 yaş ve altı	41.29±5.37	2.102	0.103	43.36±8.11	0.596	0.619
	31-35 yaş	44.80±7.81			43.76±9.22		
	36-40 yaş	44.44±9.24			41.86±9.31		
	41 yaş+	43.53±8.60			40.71±11.20		

*: ANOVA

Tablo 9’da enüretik olan ve enüretik olmayan çocukların annelerinin yaşlarına göre PARI ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Enüretik olan ve olmayan grupta annelerin yaşlarına göre tutumların alt ölçekleri kendi içinde ve ikili gruplar arasında karşılaştırıldığında her iki grupta alınan puan ortalamasının

benzer olduğu ve annelerin yaşlarına göre çocuklarına aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutum puanlarının ortalamasının diğer ölçeklere göre daha yüksek olduğu, tutumlar arasında enüretik olan ve olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 10. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Babalarının Yaşlarına Göre PARİ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARİ) Boyutlar	Babanın Yaşı	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	30 yaş ve altı	52.17 ± 4.08	0.775	0.510	54.16 ± 8.32	0.812	0.489
	31–35 yaş	54.69 ± 5.92			53.41 ± 8.20		
	36–40 yaş	52.79 ± 8.77			52.52 ± 7.27		
	41 yaş+	53.87 ± 7.23			51.22 ± 7.15		
Demokratik	30 yaş ve altı	30.11 ± 4.78	0.102	0.959	30.41 ± 3.20	0.412	0.744
	31–35 yaş	30.48 ± 3.99			30.97 ± 3.96		
	36–40 yaş	30.06 ± 3.68			30.16 ± 4.65		
	41 yaş+	30.25 ± 3.21			30.06 ± 3.88		
Rolünü Reddetmesi	30 yaş ve altı	26.29 ± 5.59	0.458	0.712	25.83 ± 8.76	0.827	0.481
	31–35 yaş	27.90 ± 5.90			27.46 ± 6.72		
	36–40 yaş	27.00 ± 6.11			25.47 ± 5.65		
	41 yaş+	27.87 ± 5.32			25.64 ± 6.13		
Geçimsizlik	30 yaş ve altı	11.82 ± 3.04	0.742	0.529	12.66 ± 4.36	2.207	0.090
	31–35 yaş	13.04 ± 2.85			13.09 ± 3.47		
	36–40 yaş	12.93 ± 2.97			11.50 ± 3.69		
	41 yaş+	12.87 ± 3.14			11.26 ± 3.28		
Sıkı Disiplin	30 yaş ve altı	41.47 ± 3.60	0.546	0.652	42.66 ± 10.33	0.816	0.487
	31–35 yaş	43.93 ± 6.58			44.60 ± 9.36		
	36–40 yaş	43.00 ± 8.69			42.50 ± 8.19		
	41 yaş+	44.00 ± 8.39			41.60 ± 9.34		

F: ANOVA

Tablo 10’da enüretik olan ve olmayan çocukların babalarının yaşına göre PARİ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik olan ve enüretik olmayan grupta babaların yaşlarına göre aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutum boyutundan alınan puanların ortalamasının diğer boyutlardan daha yüksek olduğu ve babaların yaş gruplarına göre çocuklarına aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutumu uyguladıkları belirlenmiştir. Babanın yaşına göre aşırı koruyuculuk, demokratik, rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin tutum puanları yönünden anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 11. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Öğrenim Durumuna Göre PARİ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARİ) Boyutlar	Annenin Öğrenim Durumu	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	Okuryazar	55.86±7.87	3.796	0.025	52.62±9.35	2.929	0.057
	İlköğretim	53.77±6.70			53.07±7.21		
	Lise ve üstü	48.84±8.57			47.92±7.33		
Demokratik	Okuryazar	30.93±3.30	1.370	0.257	30.56±3.40	0.139	0.870
	İlköğretim	30.24±3.95			30.43±4.08		
	Lise ve üstü	28.69±2.49			29.85±4.92		
Rolünü Reddetmesi	Okuryazar	28.60±5.64	1.182	0.310	28.75±6.68	5.640	0.004
	İlköğretim	27.46±5.66			26.37±6.35		
	Lise ve üstü	25.30±6.48			21.35±4.01		
Geçimsizlik	Okuryazar	13.60±3.15	1.461	0.235	12.68±3.53	4.856	0.009
	İlköğretim	12.84±2.96			12.19±3.57		
	Lise ve üstü	11.69±2.75			9.21±2.91		
Sıkı Disiplin	Okuryazar	47.40±7.71	7.334	0.001	46.31±7.86	8.141	0.001
	İlköğretim	43.50±7.07			43.40±8.92		
	Lise ve üstü	37.07±7.65			34.42±7.07		

F: ANOVA

Tablo 11'e göre enüretik olan ve olmayan çocukların annelerinin öğrenim durumuna göre PARİ ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik olan ve olmayan grupta annelerin öğrenim durumuna göre tutumların alt ölçekleri kendi içinde ve ikili grup arasında karşılaştırıldığında her iki karşılaştırmada da puan ortalamaları aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutunda yüksek olduğu annelerin eğitim düzeyi azaldıkça aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları görülmektedir. Enüretik olan grupta annenin öğrenim durumuna göre aşırı koruyuculuk, sıkı disiplin tutum yönünden farkın anlamlı olduğu, enüretik olmayan grupta ise annenin rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.005$).

Tablo 12. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Babalarının Öğrenim Durumuna Göre PARİ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARİ) Boyutlar	Babanın Öğrenim Durumu	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	Okuryazar	56.00±8.96	0.477	0.622	53.70±9.52	1.680	0.190
	İlköğretim	53.50±7.25			53.08±7.45		
	Lise ve üstü	53.00±6.22			50.37±7.22		
Demokratik	Okuryazar	31.28±2.75	0.469	0.627	31.60±3.89	1.108	0.333
	İlköğretim	30.28±4.02			30.53±4.22		
	Lise ve üstü	29.73±2.86			29.59±3.65		
Rolünü Reddetmesi	Okuryazar	30.85±4.41	3.459	0.034	27.50±7.24	1.141	0.322
	İlköğretim	27.66±5.69			26.46±6.52		
	Lise ve üstü	25.00±5.95			24.71±5.74		
Geçimsizlik	Okuryazar	13.42±4.03	9.583	0.001	12.30±4.32	2.337	0.100
	İlköğretim	13.27±2.72			12.30±3.61		
	Lise ve üstü	10.47±2.81			10.75±3.17		
Sıkı Disiplin	Okuryazar	48.28±7.49	2.536	0.083	44.70±9.42	8.845	0.001
	İlköğretim	43.45±7.65			44.48±8.70		
	Lise ve üstü	41.17±6.22			37.21±8.07		

F: ANOVA

Tablo 12’de enüretik olan ve olmayan çocukların babalarının öğrenim durumuna göre PARI ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik olan ve olmayan çocukların babalarının öğrenim durumuna göre tutumların alt ölçekleri kendi içinde ve ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutum puanlarının yüksek olduğu, babaların eğitim durumu azaldıkça aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları belirlendi. Babaların öğrenim durumlarına göre enüretik olan grupta rolünü reddetmesi ve geçimsizlik boyutu yönünden, enüretik olmayan grupta ise sıkı disiplin tutum yönünden anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 13. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre PARI Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARI) Boyutlar	Annenin Çalışma Durumu	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test * U	p	Ort±SS	Test * U	p
Aşırı Koruyuculuk	Çalışmayan	53.68±7.13	426.5	0.361	52.73±7.62	283.0	0.081
	Çalışan	51.12±7.51			48.14±5.75		
Demokratik	Çalışmayan	30.30±3.84	434.0	0.397	30.48±4.09	331.5	0.198
	Çalışan	29.25±2.81			28.71±3.77		
Rolünü Reddetmesi	Çalışmayan	27.41±5.69	523.5	0.968	26.24±6.42	363.0	0.326
	Çalışan	26.87±7.58			24.14±6.36		
Geçimsizlik	Çalışmayan	12.96±2.98	234.5	0.008	12.09±3.59	239.5	0.030
	Çalışan	10.37±1.40			9.14±2.67		
Sıkı Disiplin	Çalışmayan	43.57±7.41	399.0	0.246	43.27±8.88	226.5	0.022
	Çalışan	39.12±8.44			34.57±9.62		

U: Mann-Whitney U Testi

Tablo 13’te enüretik olan ve olmayan çocukların annelerinin çalışma durumuna göre PARI ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Enüretik olan ve olmayan grupta çalışmayan annelerin çalışan annelere göre aşırı koruyucu, sıkı disiplin tutum boyutundan aldıkları puanların ortalamasının diğer tutumlara göre yüksek olduğu, çalışmayan annelerin çocuklarına karşı daha koruyucu

ve sıkı disiplin uyguladıkları görülmektedir. Annelerin çalışma durumuna göre tutum ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında enüretik olan grupta annelerin çalışma durumuna göre geçimsizlik boyutu yönünden anlamlı fark olduğu, enüretik olmayan grupta ise geçimsizlik ve sıkı disiplin tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 14. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Aile Tiplerine Göre Annelerin PARİ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARİ) Boyutlar	Aile Tipi	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	Çekirdek Aile	53.82±6.95	0.281	0.755	51.69±7.48	1.544	0.217
	Geniş Aile	52.86±7.73			54.04±7.80		
	Tek Ebeveynlik	54.00±6.87			54.25±6.50		
Demokratik	Çekirdek Aile	29.97±3.91	0.643	0.527	30.29±4.47	0.168	0.845
	Geniş Aile	30.60±3.75			30.65±3.09		
	Tek Ebeveynlik	31.11±2.71			29.75±5.12		
Rolünü Reddetmesi	Çekirdek Aile	26.75±5.81	1.487	0.230	25.41±5.85	1.790	0.171
	Geniş Aile	28.34±5.63			27.61±7.04		
	Tek Ebeveynlik	29.00±5.91			26.75±10.34		
Geçimsizlik	Çekirdek Aile	12.64±3.17	0.429	0.652	11.39±3.38	4.071	0.019
	Geniş Aile	13.06±2.69			13.20±3.84		
	Tek Ebeveynlik	13.33±2.29			11.00±3.16		
Sıkı Disiplin	Çekirdek Aile	43.70±7.79	1.455	0.237	41.55±8.21	3.496	0.033
	Geniş Aile	41.95±6.97			45.77±10.38		
	Tek Ebeveynlik	46.11±6.79			40.25±6.99		

*: ANOVA

Tabloda görüldüğü gibi enüretik olan ve olmayan grupta aile tiplerine göre aile tutum ölçeği alt boyutları puan ortalamasında aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutlarından yüksek puanlar alındığı belirlenmiştir. Enüretik olmayan grupta ise aile tipine göre alt boyutlar kendi aralarında ve ikili karşılaştırmalarda geçimsizlik ve sıkı disiplin yönünden anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 15. Enüretik Olan ve Olmayan Çocukların Sosyoekonomik Durumlarına Göre PARI Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.

(PARI) Boyutlar	Sosyo-Ekonomik Durum	Enüretik Olan			Enüretik Olmayan		
		Ort±SS	Test* F	p	Ort±SS	Test* F	p
Aşırı Koruyuculuk	Düşük	53.90±5.93	0.966	0.383	52.14±7.79	0.678	0.509
	Orta	53.85±7.58			53.01±7.12		
	İyi	51.42±7.86			51.00±9.14		
Demokratik	Düşük	30.34±4.36	0.282	0.754	30.92±4.65	1.695	0.187
	Orta	30.33±3.41			30.58±3.87		
	İyi	29.63±4.05			29.00±4.02		
Rolünü Reddetmesi	Düşük	26.90±5.07	0.655	0.521	26.25±7.67	0.127	0.880
	Orta	27.87±6.29			26.26±6.05		
	İyi	26.47±5.14			25.52±6.38		
Geçimsizlik	Düşük	13.02±2.56	0.176	0.839	12.67±3.71	0.951	0.389
	Orta	12.69±2.95			11.87±3.65		
	İyi	12.89±3.94			11.30±3.28		
Sıkı Disiplin	Düşük	43.23±6.02	1.225	0.297	42.92±9.03	0.065	0.937
	Orta	43.94±8.07			42.97±9.28		
	İyi	40.94±8.06			42.21±8.74		

*: ANOVA

Tablo 15'te enüretik olan ve olmayan gruptaki annelerin sosyoekonomik durumlarına göre annelerin boyutlardan aldıkları puan ortalamasına bakıldığında, aşırı koruyucu ve sıkı disiplin boyutundan alınan puan ortalamalarının yüksek olduğu, düşük ve orta ekonomik seviyede olan annelerin çocuklarına daha koruyucu ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları belirlenmiştir. Enüretik olan ve olmayan grupta ailelerin sosyoekonomik durumlarına göre boyutlar kendi içinde ve ikili karşılaştırmalarda aşırı koruyuculuk, demokratik, ev kadınlığı rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin faktör puanları yönünden anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 16. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) Puanlarının Çocukların Altını İslatma Yaşlarına Göre Karşılaştırılması.

(PARI) Boyutlar	Altını İslatma Yaşı	n (140)	Ort± SS	Test * F	p
Aşırı Koruyuculuk	Doğduğundan bu yana	81	54.16±7.15	0.550	0.578
	1-6 yaş	28	52.57±7.59		
	6 yaş ve üstü	31	53.32±6.97		
Demokratik	Doğduğundan bu yana	81	30.44±3.92	0.412	0.663
	1-6 yaş	28	29.92±3.91		
	6 yaş ve üstü	32	29.81±3.23		
Rolünü Reddetmesi	Doğduğundan bu yana	81	27.30±6.03	0.014	0.986
	1-6 yaş	28	27.50±5.21		
	6 yaş ve üstü	32	27.41±5.88		
Geçimsizlik	Doğduğundan bu yana	81	12.67±2.99	0.193	0.825
	1-6 yaş	28	13.07±3.05		
	6 yaş ve üstü	32	12.84±3.12		
Sıkı Disiplin	Doğduğundan bu yana	81	43.01±8.01	0.153	0.859
	1-6 yaş	28	43.68±7.70		
	6 yaş ve üstü	32	43.78±6.79		

*: ANOVA

Tablo 16'da Çocukların altını ıslatma yaşlarına göre PARI puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Çocukların alt ıslatma yaşlarına göre annelerin aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutundan alınan puan ortalamasının diğer boyutlara göre yüksek olması nedeniyle ailelerin alt ıslatma yaşlarına göre çocuklarına karşı aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutumu uyguladıkları görülmüştür. Enüretik çocukların altını ıslatma yaşına göre rolünü reddetmesi tutumu yönünden anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Enüretik Çocukların PARI Ortalama Puanlarının Ailelerinin Yaklaşımlarına Göre Karşılaştırılması.

(PARI) Boyutlar	Aile Yaklaşımları	n (140)	Ort± SS	Test * F	p
Aşırı Koruyuculuk	Hekim yardımı alma	50	53.64±8.03	0.013	0.998
	Gece tuvalete kaldırma	65	53.66±6.67		
	Aksamaları az su içirme	9	53.89±8.77		
	Hepsi	15	53.33±6.13		
Demokratik	Hekim yardımı alma	50	30.52±4.29	0.738	0.531
	Gece tuvalete kaldırma	65	29.72±3.35		
	Aksamaları az su içirme	10	31.20±3.43		
	Hepsi	15	30.53±3.91		
Rolünü Reddetmesi	Hekim yardımı alma	50	28.00±5.28	1.359	0.258
	Gece tuvalete kaldırma	65	27.43±5.87		
	Aksamaları az su içirme	10	28.20±7.27		
	Hepsi	15	24.67±6.03		
Geçimsizlik	Hekim yardımı alma	50	12.80±2.94	0.144	0.933
	Gece tuvalete kaldırma	65	12.91±3.18		
	Aksamaları az su içirme	10	12.80±3.08		
	Hepsi	15	12.33±2.74		
Sıkı Disiplin	Hekim yardımı alma	50	42.32±6.89	0.864	0.462
	Gece tuvalete kaldırma	65	44.45±7.49		
	Aksamaları az su içirme	10	42.90±11.02		
	Hepsi	15	42.20±8.55		

*: ANOVA

Tablo 17’de çocukların ailelerinin yaklaşımlarına göre PARI puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Aşırı koruyuculuk boyutundan alınan puan ortalaması hekim yardımı alma 53.64±8.02, gece tuvalete kaldırma 53.66±6.67, akşamları az su içirme 53.88±8.76 ve hepsi 53.33±6.12’dir. Sıkı disiplin boyutundan alınan puan ortalaması hekim yardımı alma 42.32±6.89, gece tuvalete kaldırma 44.45±7.49, akşamları az su içirme 42.90±11.02 ve hepsi 42.20±8.55’tir. Enüretik çocukların ailelerinin çocuklara yaklaşımlarına göre tutumlar karşılaştırıldığında aşırı koruyuculuk tutum yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 18. PARİ Puanlarının Ebeveynlerin Enüretik Çocuklara Gösterdiği Tepkiye Göre Karşılaştırılması.

(PARİ) Boyutlar	Çocuklara Gösterilen Tepki	n (140)	Ort± SS	Test * F	p
Aşırı Koruyuculuk	İyi davranma	87	53.59±6.70	1.626	0.201
	Kızma-dövme	30	55.00±6.49		
	Konuşma-anlatma	21	51.33±9.54		
Demokratik	İyi davranma	89	29.71±34.01	3.709	0.027
	Kızma-dövme	30	31.83±2.78		
	Konuşma-anlatma	21	29.90±3.59		
Rolünü Reddetmesi	İyi davranma	89	26.82±5.61	5.867	0.004
	Kızma-dövme	30	30.33±6.03		
	Konuşma-anlatma	21	25.42±4.83		
Geçimsizlik	İyi davranma	89	12.36±3.04	2.847	0.062
	Kızma-dövme	30	13.66±2.61		
	Konuşma-anlatma	21	13.52±3.01		
Sıkı Disiplin	İyi davranma	89	43.37±7.54	1.269	0.284
	Kızma-dövme	30	44.60±7.36		
	Konuşma-anlatma	21	41.19±7.83		

*: ANOVA

Tablo 18’de görüldüğü gibi ebeveynlerin enüretik çocuklara gösterdiği tepkiye göre PARİ puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Aşırı koruyuculuk boyutundan alınan puanların ortalaması iyi davranım 53.59±6.70, kızarım-döverim 55.00±6.49, konuşur-anlatırım 51.33±9.54’tür. Sıkı disiplin boyutundan alınan puan ortalaması iyi davranım 43.37±7.54, kızarım-döverim 44.60±7.36, konuşur-anlatırım 41.19±7.83’tür. Ailenin enüretik çocuklarına tepkisine bakıldığında demokratik ve rolünü reddetmesi tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0.05).

VI. TARTIŞMA

Çocukların kişiliğinin gelişmesinde ve olumlu davranışların öğrenilmesinde anne- baba tutumları önemli bir faktördür. Anne babanın çocuk yetiştirme tutumlarına bağlı olarak çocukta problemlerli davranışlar görülebilmektedir. Bunlardan biriside enürezistir. Enürezisi olan çocukların anne- baba tutumlarının aşırı koruyucu, anksiyeteli yapıda olabileceği, öfkeli ve cezayı kullanmayı tercih edebilen bireyler olabileceği bilinmektedir (Butler 1998).

Araştırmamıza yaşları 7–12 arasında değişen 140 enüretik olan (68 kız ve 72 erkek) ve 140 enüretik olmayan (68 kız ile 72 erkek) öğrenci annesi katılmıştır. Elde edilen bulgulara göre kızlarda enürezisin %48.6 oranında, erkeklerde %51.4 oranında olduğu ve her iki grubun yaş ortalamasının 7 olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1). Hazza ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada enürezisin erkeklerde %33.7, kızlarda %15.7, İngiltere’de Swithinbank (1994)’in yaptığı çalışmada erkeklerde %6 kızlarda %4, Japonya’da Watanabe (1995)’in yaptığı çalışmada erkeklerde %10, kızlarda %8 oranında enürezis olduğu bulunmuştur. Ülkemizde de yaygın görülen rahatsızlıklardan biri olan enürezisin sıklığı % 11.9-19.3 arasında değişen değerlerde gösterilmiştir (Keskinoglu 1990, Hastürk 2006, Toktamış 2005, Özden 2007). Gümüş (1999) enürezis sıklığını %17 erkeklerde, %11 kızlarda, Serel (1997) %14 erkeklerde, %8 kızlarda, Uğuralp (2003) erkeklerde %11, kızlarda %7 olarak bulmuştur. Yıldız ve arkadaşlarının(1997) Malatya’da yaptığı araştırmada enürezis tanısı konan çocukların %60.3’ ünün erkek, %39.7’sinin kız olduğu ve yaş ortalamasının 8.78 olduğu görülmüştür. Yaşayan’ın İstanbul’da (2006) yaptığı çalışmada enürezis prevalansının %6.75 olduğu ve erkeklerde daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının (2008) Sivas’ta bir ilköğretim okulunda yaptığı çalışmada ise kız çocuklarında enürezisin daha az görülme nedeni, geleneksel aile yapısı içinde kız çocuğa yüklenen rollere ve kız çocuğunun pasif anne figürü ile özdeşimine ve boyun eğici davranış göstermesine bağlanmıştır. Sonuç olarak erkeklerde daha fazla görülen bu bozukluk, ailesel ve genetik geçişin temel olduğu biyolojik-gelişimsel bir boşaltım bozukluğu olarak görülmektedir (Keskinoglu 1990, Aydın 1990, Haj-Muhammed 1996, Koçtürk 2001).

Çalışmamızda enüretik çocukların annelerinin yaş sınırının %36.4'ünün 30 yaş altı, babaların %35'inin 36- 40 yaş arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Hızel'in (1999) çalışmasında annelerin %44.4'ünün 30 yaş üstü oldukları, Şahin'in (2000) Erzurum' da yaptığı çalışmada enüretik çocukların annelerinin %70.6 'sının yaş ortalamasının 33.3 +/- 5.4 olduğu belirtilmiştir (Nadir 2003).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre enüretik çocuğu olan annelerin %80'inin ve enüretik çocuğu olmayan annelerin %78.6'sının, enüretik çocuğu olan babaların %78.6'sının ve enüretik çocuğu olmayan babaların %70'inin ilköğretim mezunu oldukları bulunmuştur (Tablo 2). Hızel (1999)'in çalışmasında annelerin eğitim durumlarının %15.9'unun ilkokul mezunu olduğu, Kızıl'ın (2002) Trabzon'da yaptığı çalışmada enüretik çocukların annelerinin %21.5'inin, Haj-Muhammed (1996)'da yaptığı çalışmada annelerin %62'sinin ilkokul mezunu oldukları belirtilmiştir.

Çalışmamızda enüretik olan ve olmayan çocukların annelerinin çoğunluğunun çalışmadıkları, ev hanımı oldukları bulunmuştur (Tablo 2). Kızıl'ın (2002) Trabzon'da yaptığı çalışmada enüretik çocukların annelerinin %23.3'ünün, Şahin (2000)'in yaptığı çalışmada annelerin %86.3'ünün ev hanımı oldukları belirtilmektedir. Bizim çalışmada ve bu iki çalışma sonucu çalışmayan annelerin çocuklarında enürezis sorununun daha çok yaşandığını göstermektedir. Çalışmayan annelerin çocuklarında enürezisin fazla olması annelerin daha çok ev işlerine zaman ayırmaları çocukları ile yeterince ilgilenmemeleri şeklinde düşünülebilir.

Bu çalışmada enüretik olan ve olmayan çocukların çoğunluğunun çekirdek aile yapısında (%62.9-%65.7) olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Yörükoğlu (2002) Türk aile yapısının çekirdek aile yapısına kaydığını, fakat kırsal kesimlerde geniş aile yapısının halen devam ettiğini vurgulamaktadır. Bahtiyar'ın (1993) yaptığı çalışmada enürezisin %77.3'ünün, Ünal ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada enürezisin %21'inin çekirdek ailelerde görüldüğü saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da parçalanmış veya geniş ailede yaşayan çocukların çekirdek ailede yaşayan çocuklara göre enüretik olma riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Genç 1994). Şahin ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada enürezisin çekirdek ailede %15.5, geniş ailede %9.4, parçalanmış ailede %25 oranında bulmuşlardır. Bizim

çalışmamızda aile yapısı ile enürezis nokturna arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olmakla beraber, çekirdek ailede yaşayan çocuklarda enürezis görülme oranı fazla olarak belirlenmiştir ($p<0.005$). Bunun nedeni çalışmanın yalnızca Tokat il merkezinde yapılması çalışmanın kırsal kesimdeki geniş aileyi içermemesi olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda her iki grubunda ekonomik durumları orta sosyoekonomik (%55.7- %63.9) düzeyde oldukları belirlenmiştir (Tablo 2). Ev ortamındaki uyaranların yetersizliği, ihmalkâr anne-baba tutumları ve kronik şiddete maruz kalma ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ile yakından ilişkili olup çocuğun mental ve ruhsal gelişimini etkileyebilir (Aber 2000). Sosyoekonomik koşullar ailenin çocuğa yaklaşımı ve anne-çocuk ilişkisi ile de bağlantılıdır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerde sorunların fazla olmasının, çocukların hem fiziksel hem de psikolojik gereksinimlerinin farkına varılmamasına ve bu sorunla yeterince ilgilenilmemesine neden olabileceği düşünülebilir.

Enüretik olan ve olmayan çocuklar arasında cinsiyet, çocuk sayısı, çocuğun sırası, anne yaşı, baba yaşı, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu, aile yapısı, ekonomik durum değişkenleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 1 ve 2).

Enüretik olan ve olmayan çocuklar arasında aşırı koruyuculuk, demokratik, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin puanları yönünden anlamlı fark olmadığı, ancak, geçimsizlik boyutu yönünden enüretik olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark olduğu enüretik olan çocuklarda olmayan çocuklara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.028$) (Tablo 3). Aile ortamında eşler arasında yaşanan olumsuzluklar kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmaması çocukların etkilenmesine ve psikolojik olarak farklı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sorunlardan biriside enürezistir. Geçimsizlik boyutunun enüretik olan çocuklarda yüksek çıkması bu nedenden dolayı olabilir. Büküşoğlu ve arkadaşlarının (2001)'de yaptığı çalışmada anne baba arasındaki geçimsizliğin aile fonksiyonlarına yansmasıyla birlikte annelerin ruhsal belirtileri ve çocukların problem davranışlarının arttığı saptanmıştır. Hızel (1999) ve Güven (1990) yaptıkları

çalışmada ailelerin aşırı koruyucu ve baskılı disiplin tutumlarını kullandıkları görülmüş fakat enüretiklerle enüretik olmayanlar arasında aile tutum ölçeğinin karşılaştırılmasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir.

Enüretik çocuklarda % 28'inin doğduğundan beri altını ıslattığı, %40.7'sinin her gün her gece altını ıslattığı, %60'ının herhangi bir neden olmadan altını ıslattığı, %35.7'sinin hekim yardımını aldığı, %63.6'sının çocuk sabah altını ıslatmış olarak kalktığında iyi davrandığı, %88.6 'sının başka bir hastalığı olmadığı, %97.9'unun sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı bulunmuştur. (Tablo 4). Şahin ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada 31 enüretik olan çocuğun %32.3'ünün her gece altını ıslattığı, %16.2'sinin on beş günde 2-3 kez, %19.3'ünün ayda 1-2 kez altını ıslattıkları belirtilmektedir. Bozlu ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada olguların %37.2'sinin haftada birkaç gün, %13'ünün ise ayda birkaç gün altını ıslattığı, %33'ünün enürezisle ilgili hiçbir tedavi almadığı, %67'sinin aldığı tedaviden başarı sağlanamadığını belirtmişlerdir.

Enüretik çocuğu olan ve olmayan grupta annelerin çoğunluğunun kız çocuklara erkek çocuklardan daha fazla aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumu uyguladıkları bulunmuştur. Enüretik olmayan grupta ise aşırı koruyuculuk ve rolünü reddetmesi boyutunda istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo5). Tapçan (2002) yaptığı çalışmada aşırı annelik boyutu ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı fark bulmuştur. Kız çocuklarına annelerin daha koruyucu, kollayıcı, aşırı disipline etme konusunda tutumların olması annelerin kız çocuklarını daha korunmaya muhtaç, çaresiz oldukları ve annelerinin kendilerine davrandığı gibi disipline etmeye çalıştıkları düşünülebilir. Kız çocuk erken çocukluk döneminden başlayarak toplumsal rolüne hazırlanmaktadır. Kız çocuğunun eğitimi, temelde kadınlık/annelik rolüne hazırlık taşıdığından, kız çocuğu daha yaşamın ilk yıllarında buna yönlendirilmektedir (Gönenç ve ark. 2002).

Enüretik çocuğu olan ve olmayan annelerin çocuğun yaşına göre aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları ve 7 yaşındaki çocuklarda bu tutumların diğer yaşlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Enüretik olmayan grupta aşırı koruyuculuk, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.005$) (Tablo 6). Annelerin 7 yaşındaki

çocuklara özellikle daha koruyucu ve sıkı disiplin tutum uyguladıkları, çocuğun yeni okula başlaması evden farklı bir yerde olması ve annenin çocuktan ayrılması nedeni ile kendi başının çaresine bakamayacağı düşüncesi annelerin bu yaş grubuna daha fazla ilgi göstermesine neden olabilmektedir. Keskin (2004) yaptığı çalışmada annenin aşırı koruyucu tutum göstermesini annenin çocuğunu kaybetme kaygısı başlığı altında toplamıştır.

Enüretik olan ve olmayan grupta annelerin çocuk sayısına, çocuk sırasına, annelerin ve babaların yaşlarına, öğrenim durumlarına, annelerin çalışma durumuna, aile tipine, ekonomik durumuna, alt ıslatma yaşına göre aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin boyutuna sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Aşırı koruyucu anneler, çocuğun davranışlarını kısıtlayan, başına bir şey gelir kaygısıyla çocuğu hiç yalnız bırakmayan denetleyici bir tutum içerisindedir. Çocuğun anneye bağımlı olmasına, kendi başına hareket edememesine, ürkek, kaygılı yetişmesine yol açmaktadır. Annenin koruyucu davranması ise çocukta temel güven duygusunun gelişmesini etkilemektedir. Temel güven duygusunu kazanan çocuk ise kendi başına kararlar alabilen bir birey haline gelmektedir. Yavuzer’de (2004) orta yaş üzeri olan ailelerin çocuklarına aşırı koruyucu ya da aşırı gevşek bir tutum uyguladıklarını belirtmektedir. Araştırmamızda enüretik olan ve olmayan grupta aşırı koruyucu tutumun olması annelerin çoğunluğunun orta yaşta olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Enüretik olmayan çocukların ailelerindeki çocuk sayısına göre annenin demokratik tutum boyutu yönünden istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Bizim çalışmamızda 2. çocukta enürezis sorunu daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni ise enüretik olan ve enüretik olmayan grupların sosyodemografik bulgularının benzer olmasından kaynaklanabilir. Çocuk sayısı arttıkça anne yeterince çocuklarla ilgilenemeyeceği için enürezis sorununun daha fazla görülmesine neden olabilir. Annelerin çoğunluğunun ilkokul mezunu ve çalışmıyor olması çocukla ilgilenebilme açısından olumlu bir yön olsa da annelerin eğitim durumunun düşük olması çocuğa daha baskıcı, koruyucu, sıkı disiplin uygulanması gerektiğini düşünmelerine neden olabilir. Bunun nedeni de annelerin çocuk yetiştirme konusunda bilgilerinin olmaması kendi annelerinin yaklaşımlarını kullanma ve bu yaklaşımında doğru olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Yavuzer (2004)'e göre koruyucu, sıkı disiplinle büyütülen çocuklar diğer insanlara aşırı bağımlı, duygusal kırıklıkları olan bir birey olabilir. Çocuğun bağımlılığı yaşamı boyunca sürebilir ve aynı koruyucu tutumu eşinden bekleyebilir. Daha çok anne-çocuk ilişkisinde ortaya çıkan bu aşırı koruyuculuğun ardında, annenin duygusal yalnızlığı da yatmaktadır.

Enüretik grupta annenin öğrenim durumuna göre aşırı koruyuculuk, sıkı disiplin tutum yönünden, enüretik olmayan grupta ise annenin rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin tutum yönünden istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.005$) (Tablo 11). Ulusoy ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada yetkin-tatlı sert annelerin %38.1'inin orta öğretim mezunu, baskıcı - otoriter annelerin %44.6'sının ilköğretim mezunu, izin verici-hoşgörülü annelerin %45.2'sinin fakülte ve üzeri okul mezunu oldukları görülmüştür. İzin verici-ilgisiz annelerin ise %68.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Böylelikle baskıcı-otoriter ve izin verici-ilgisiz annelerin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Arı ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada ev kadınlığı rolünü reddetmeyen annelerin çocukları ile ev kadınlığı rolünü reddeden annelerin çocuklarının problem çözme becerileri puan ortalamaları arasında ev kadınlığı rolünü reddetmeyen annelerin çocukların lehine olan sonuçlar elde edilmiştir. Aşırı koruyucu yaklaşıma sahip ailede yetişen çocuk bağımlı, kendine güveni olmayan, duygusal sorunları olan bir birey olmaktadır. Oysaki çocuk kendi yaşamını ailenin sorumluluğu altında tümüyle yaşayabilmelidir. Araştırmamızda da eğitim düzeyi azaldıkça sıkı disiplin, koruyucu tutumlar artmaktadır, diğer çalışmalar bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda enüretik olan grupta babanın öğrenim durumuna göre rolünü reddetmesi ve geçimsizlik yönünden, enüretik olmayan grupta ise sıkı disiplin yönünden fark olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Ulusoy ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada yetkin-tatlı sert babaların %55.3'ünün, baskıcı -otoriter babaların %35.1'inin, izin verici-hoşgörülü babaların %58.5'inin, izin verici-ilgisiz babaların ise sadece %28'inin fakülte ve üzeri okul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar baskıcı-otoriter ve izin verici-ilgisiz babaların yüksek okuldaki mezun olma oranının düşük olduğunu göstermektedir. Babanın kendi çocukluk yıllarındaki

deneyimleri çocuğa karşı tutumlarında etkili olabilir. Çocukluk yıllarında kendi anne babasıyla sağlıklı bir etkileşim kuramayan, çocukluk yıllarında yeterli sevgi göremeyen, aşırı baskı altında büyümüş bir baba, bu deneyimler nedeniyle çocuğuna karşı daha olumsuz olabilir.

Enüretik grupta annelerin çalışma durumuna göre geçimsizlik tutumu yönünden, enüretik olmayan grupta ise geçimsizlik ve sıkı disiplin tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13). Çalışmayan annelerin, çalışan annelere göre çocuklarının fiziksel bakımına ve disiplinlerine daha fazla zaman ve enerji harcamaları ve bütün gün evde çocuğu ile birlikte olmaları bu ailelerde anne-çocuk ilişkisinin daha fazla yıpranmasına neden olabileceği düşünülebilir. Ayrıca çalışmayan annelerin ekonomik sıkıntıları da bazı problemlerin ortaya çıkmasına neden olmakta ve bu durum anne-çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir (Aktaş 1994).

Enüretik olmayan grupta aile tiplerine göre geçimsizlik ve sıkı disiplin tutumları yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14). Çocuğun bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimi sevgi dolu sıcak bir ortamda yetişmesine bağlıdır. Anne ve baba arasında anlaşmazlık ve sıkı disiplinle çocuğa bunun yansıtılması çocukta ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Böyle yetiştirilen çocuklarda saldırgan ve anti sosyal davranışlara eğilim artabilir.

Enüretik olan ve olmayan grupta sosyoekonomik durumla aşırı koruyuculuk, demokratik, ev kadınlığı rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin puanları yönünden anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15). Araştırmamızda alt ve orta sosyoekonomik düzeydeki anneler çocuklarına koruyucu ve baskıcı bir tutum sergilerken, üst sosyoekonomik düzeydeki annelerin daha demokratik bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Erkan ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada alt sosyoekonomik gruptaki annelerin çocuklarına karşı ev kadınlığını red ve kabul sürecini etkilediğini belirtmişlerdir. Yapılan araştırmalarda da aynı yönde bir ilişki görülmektedir. Berber (1990) ve Sipahioğlu (1990) yaptıkları araştırmada sosyoekonomik düzey yükseldikçe anne babaların daha demokratik tutum sergilediklerini, alt sosyoekonomik düzeydeki annelerin ise daha koruyucu ve baskıcı bir tutum sergilediklerini belirlemişlerdir. Hemen her anne ve baba, çocuklarını yetiştirme

hususunda en iyisini yapmak ister, onları ihmal etmek veya incitmek istemezler. Anne -baba için ebeveynlik, günlük işlerinin arasında geri sıralarda kalır ve çocuktan yaşının üzerinde olgunluk beklenir, böyle bir düzende çocuğun aile ile ilişkisi hep gerginlik içerir. Bu da disiplin eğitiminde yapılan yanlışlardandır. Anne-babalar çoğunlukla problemler ortaya çıktığında çocukla ilgilenmeye başlarlar. Demiriz'in (1997) yaptığı çalışmada 9–12 yaş çocuklarının annenin koruyuculuğunu algılamalarını, alt sosyoekonomik düzeyde ağlayınca döven koruyucu anne, üst sosyoekonomik düzeyde koruyucu anne olduğu belirtilmektedir. Demiriz ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada alt sosyoekonomik düzeydeki annelerin daha koruyucu, annelik rolünü daha fazla rededen, aile içinde daha geçimsiz ve daha sıkı disiplin uyguladıkları görülmüştür. Bu bulgular araştırmamızla paralellik göstermektedir. Kaya ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada sosyoekonomik durumu düşük okullarda enürezis sorunu %9.1, dışkı kaçırma %1.6, tik bozukluğu %6 ve okul başarısızlığı %18.2 olarak bulunmuştur.

Enüretik çocukların altını ıslatma yaşına göre rolünü reddetmesi tutumu yönünden ($p>0.05$)(Tablo 16), enüretik çocuklara ailelerinin davranışları yönünden aşırı koruyuculuk tutumu yönünden (Tablo 17), ailenin enüretik çocuklarına tepkisine baktığımızda demokratik ve rolünü reddetmesi tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18). Annelerde rolünü reddetmenin daha fazla benimsenmesi annelerin çocuklarının bakımını üstlenmekten duyduğu endişeyi, kendi annelerine veya başkalarına bağımlı olmalarını, çocukları ile uzun süre bir arada olmaktan hoşlanmamalarını akla getirmektedir (Yurtbay 2004).

Çarman ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada enürezisli çocukların %90.8'inin sadece gece, %9.2'sinin hem gece hem gündüz altını ıslattığı, altını ıslatan çocukların %79.2'sinin hiç doktora gösterilmediği, doktora götürülen çocuklarda tedaviye başlanmadığı, ebeveynlerin %41'inin kendiliğinden geçen bir olay olarak gördükleri, %32.2'sinin tedavi gereken bir idrar yolu enfeksiyonu olarak gördükleri, %16.3'ünün psikolojik olduğunu ve psikologa gitmek gerektiğini düşündükleri belirtilmiştir. Bizim çalışmada çocuğun sürekli ilaç kullanımı arttıkça ailenin rolünü reddetmesi azalmaktadır, alt ıslatma sıklığı arttıkça ailenin rolünü

reddetmesi tutumunun arttığı, ebeveynlerin çocuklara tepkisi arttıkça geçimsizlik tutumu da artmaktadır (Tablo 17).

VII. SONUÇLAR

Yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

Bu bulgulara göre kızlarda enürezis grlme oranı %48.6, erkeklerde %51.4 idi. Enüretik olan ve enüretik olmayan çocukların çoğunluğunun 7 yaşında oldukları bulunmuştur. Araştırmaya katılan annelerin %36.4'ünün 30 yaş ve altı, babaların %35'inin 36–40 yaş arası, annelerin çoğunluğun her iki grupta ev hanımı, babaların ise serbest çalıştığı, annelerin %80 'inin ve babaların %55.7'sinin ilkokul mezunu oldukları, her iki grupta çoğunluğun çekirdek aile tipinde olduğu ve ekonomik durumun orta seviyede olduğu belirlenmiştir.

Enüretik olan ve olmayan gruplar arasında aile tutumları karşılaştırıldığında geçimsizlik boyutu yönünden anlamlı fark bulunmuş olup, enüretik olan çocukların ailelerinde enüretik olmayan çocukların annelerine göre daha yüksek puanlarının olduğu belirlenmiştir. Enüretik olan ve olmayan grupta anne ve babanın yaşına, anne ve babanın öğrenim durumuna, annenin çalışma durumuna, ekonomik durumuna, aile tipine, alt ıslatma yaşına göre aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumuna sahip oldukları grlmştir.

Enüretik olan grupta annelerin çalışma durumuna göre geçimsizlik tutum uyguladıkları, gelir durumuna göre sıkı disiplin tutumu, altını ıslatma yaşına göre rolünü reddetmesi tutumu, annelerin çocuklarına davranışlarında koruyucu tutum, ailenin çocuklarına tepkisine bakıldığında demokratik ve reddedici tutum boyutu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Enüretik olmayan grupta çocukların cinsiyetine göre aşırı koruyuculuk ve rolünü reddetmesi boyutunda istatistiksel olarak fark olduğu ve bu grupta da kız çocuklara annelerin aşırı koruyucu ve sıkı disipline dayanan tutum uyguladıkları bulunmuştur. Çocukların yaşlarına göre aşırı koruyuculuk, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve 7 yaşındaki çocuklarda bu tutumların diğer yaşlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Annenin ocuk sayısına göre demokratik tutumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu, annenin ve babanın öğrenim durumuna göre rolünü reddetmesi, geçimsizlik, sıkı disiplin tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Annenin alışma

durumuna, aile tiplerine göre geçimsizlik ve sıkı disiplin tutum yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Enüretik çocuklarda % 28'inin doğduğundan beri altını ıslattığı, %40.7'sinin her gün her gece altını ıslattığı, %60'ının herhangi bir neden olmadan altını ıslattığı, %35.7'sinin hekim yardımı aldığı, %63.6'sının çocuk sabah altını ıslatmış olarak kalktığında annelerinin iyi davrandığını, %88.6 'sının başka bir hastalığının olmadığı, %97.9'unun sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı bulunmuştur.

VIII. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirildi.

- Bu araştırma sonuçlarının Milli Eğitim Müdürlüğü ile paylaşarak yapılan işbirliği sonucunda, okullarda araştırmacı tarafından anne- babalara, çocukların gelişim dönemleri, iletişim teknikleri ve aile tutumları konusunda tekrarlı seminerler verilmesi,
- Tokat ilinde yapılan bu çalışmanın daha kesin sonuçlara ulaşması için, enürezise neden olabileceği düşünülen aile tutumlarının farklı bölgelerde tekrar çalışılması,
- Aile tutumları dışında enürezisi etkileyebileceği düşünülen sosyoekonomik ve kültürel diğer faktörlerinde araştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Abalı O, Durukan M, Güdek K, Tüzün Ü.D (2006) Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) Çocuk Psikiyatrisi'ndeki Uygulaması ve Değerlendirilmesi, Türk Aile Hekimliği Dergisi 10(3): 108-110.
2. Abalı O, Onur M, Gürkan K, Çelik Ö, Tüzün DÜ (2006) İlköğretim Çağı Çocuklarında Görülen Enürezis Nokturna ve Sosyodemografik Verilere Göre Değerlendirilmesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 13(2): 49-53.
3. Aber JI, Jones S, Cohen S (2000) The Impact of Poverty on the Mental Health and Development of Very Young Children, Ch Zeanah (Ed), Handbook Of Infant Mental Health, New York, Guildford Pres P,113-125.
4. Akbaba M, Uludağ S, Sütoluk Z, Demirhindi, Özdener O, Kis C (2008) Bir Yatılı Bölge Okulunda Enürezis Nokturna Prevalansı ve Nedenleri, Taf Preventive Medicine Bulletin 7(3): 213-216.
5. Akbağ M (1994) Liseli Ergenlerin Anne- Baba Tutumlarını Algılamaları İle Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, M.Ü. S.B.E. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
6. Akdağ R, Aşkın R, Sungur N.F, Kalaycı G, Örs R (1991)Erzurum'da Enürezis Yaygınlığı, Kültürel ve davranışsal Özellikler, Karedeniz Tıp dergisi, 4-5:126-129.
7. Akhan G, Koyu A, Karaca H, Çetin H (1996) İlköğretim Çağı Çocuklarında Enürezis İle El Tercihi Arasındaki İlişki, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 3(1):17-21.
8. Akduman G.G, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ (2005) Çocuk ve Cinsel İstismar , Adli Psikiyatri Dergisi 3(1):9-14.
9. Akman R.Y, Çam H.K, Şenel F, Erol A (2001) Düzce'de İlkokul Çağı Çocuklarda Enuresis Nokturna Prevalansı, Türk Üroloji Dergisi, 27(2):179-183.
10. Aktaş Y (1994) Çalışan Anne ve Çocuğu, Yaşadıkça Eğitim, 36: 7-11.

11. Amanda B (2006) Mother's Perspectives of effects on Their Children, Lippincott Williams, 106(8):56-63.
12. Alpaylı, Bıyıklı N K. (2003) İşeme Bozuklukları, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12(3):122–126.
13. Altinköprü T (1999) Çocuğun Başarısı Nasıl Sağlanır, Hayat Yayınları, İstanbul.
14. Arı R, Seçer Z.Ş (2003) Farklı Ana Baba Tutumlarının Çocukların Psikososyal Temelli Problem Çözme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 451-464
15. Ary D.Y, Duncan T.E, Duncan S, Haps H (1999) Adolescent Problem Behavior: The Influence of Parents and Peers. Behav Res Ther, 37: 217- 230.
16. Aydın M.Z (2003) Ailede Ahlak Eğitimi, C.Ü İlahiyat Fakültesi Dergisi, 7(2) :125–158.
17. Aydoğmuş K, Baltaş A, Baltaş Z, Davaslıgil Ü, Güngörmüş O, Konuk E, Korkmazlar Ü, Köknel Ö, Navaro L, Oktay A, Razon N, Yavuzer H (2004) Ana-Baba Okulu, Remzi Kitabevi, İstanbul, S: 115–201.
18. Bahalı M K, Tahiroğlu Ay, Güzel E, Avcı A (2005) Enürezisli Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Yaklaşımları, Yeni Symposium, 43(3): 97–100.
19. Bahtiyar S (1993) İstanbul Şişli İlçesi 1992 Yılı İlk-Orta Öğrenim Okullarında, 6–12 Yaş Grubu Çocuklarda Enürezis Prevalansı ve Nedenlerinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul.
20. Bates F, Porter G (2002) The Role of The Nurse Continence Advisor in a Urology Wellness Clinic, Urologic Nursing, February, 22(1): 23–26.
21. Berber S (1990) Sosyo-Ekonomik Faktörlerin ve Ana-Baba Tutumlarının Okul Başarısına Etkisi, Gazi Üniversitesi Toplumsal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

22. Berry A (2006) Helping Children With Nocturnal Enuresis: The Wait –and-See Approach May Not Be in Anyone’s Best Interest, *American Journal of Nursing*, 106(8): 56–63.
23. Bloom D, Park J, Koc H (1998) Comments On Pediatric Elimination Dysfunction: The Wharf Hypothesis. The Elimination Interview, The Guarding Reflex and Nocturnal Enuresis, *Eur Urol*, 33(3): 20- 24.
24. Bodur Ş, Soysal Ş (2005) Enürezis Nokturna Yalnızca Bir Tuvalet Eğitimi Sorunu Mu, *Sted*, 14(7):165–168.
25. Bozlu M, Çayan S, Doruk E, Canpolat B, Akbay E (2002) Çocukluk Çağı ve Adölesan Yaş Grubunda Nokturnal ve Diurnal Enürezis Epidemiyolojisi, *Türk Üroloji Dergisi*, 28(1):70-75.
26. Bower W.F, Moore K.H, Shepherd R.B, Adams R.D (1996) The Epidemiology of Childhood Enuresis in Australia, *British Journal Urology*, 78: 602–606.
27. Bulduk S, Pek H (2005) İstanbul’da Özel İlköğretim Okullarında Çalışan Hemşirelerin Rol ve İşlevlerinin İncelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2): 40–48.
28. Buldukoğlu K (1993) Enürezisli Çocukların İyileştirilmelerinde Aile Merkezli Yaklaşım, *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
29. Butler R, Stenberg A (2001) Treatment of Childhood Nocturnal Enuresis An Examination of Clinically Relevant Principles, *BJI International*, 88: 563–571.
30. Butler R (1998) Annotation; Night Wetting in Children: Psychological Aspect. *J Child Psychol Psychiatry*, 39, 453–463.
31. Butler R, Redfern E, Holland P (1994) Children's Notions About Enuresis: and the Implication for Treatment, *Scand J. Urol. Nephrol*, (Suppl),163:39-57.

- 32.** Butler R.J, Golding J, Northstone K (2005) The Alpac Study Team Nocturnal Enuresis At 7 ½ Years: Prevalence and Analysis of Clinical Signs, *BJI International* 96: 404-410.
- 33.** Büküşoğlu N, Aysan F, Eremiş S (2001) Okul Fobisi Olan Çocukların Davranışsal Özellikleri, Annelerinin Ruhsal Belirti Düzeyleri ve Aile Fonksiyonlarının İncelenmesi, *Ege Tıp Dergisi* 40 (2): 99 – 104.
- 34.** Bradbury M, Meadow S (1997) Combined Treatment With Enuresis Alarm and Desmopressin For Nocturnal Enuresis, *Acta Paediatrica* , 84:1014-1018.
- 35.** Byrd Rs, Weitzman M, Lanphear Ne, Aunger P (1996) Bed-Wetting in Children *Epidemiology and Related Behavior Problems. Pediatrics*, 98(3): 414- 9.
- 36.** Canpolat N, Çalışkan S (2007) Çocuklarda İdrar Enkontinansı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye.
- 37.** Cendron M (1998) Pharmacological Treatment of Nocturnal Enuresis, Associate Professor of Surgery, Children’s Hospital, Boston.
- 38.** Cendron M, Klauber G (1998) Combination Therapy in the Treatment of Persistent Nocturnal Enuresis, *British Journal of Urology* 81, Suppl,3: 26–28.
- 39.** Chang Ssy, Ng Cfn. ,Wong Sn. (2002) Behavioral Problems in Children and Parenting Stres Associated With Primary Nocturnal Enuresis İn Hong Kong, *Acta Paediatrica*, 91: 475–479.
- 40.** Chang P, Chen W.J, Tsai W.Y, Chu N (2001) An Epidemiological Study of Nocturnal Enuresis in Taiwanese Children, *BJI International*, 87: 678-681.
- 41.** Chiozza M. L, Bernardelli, Capone P, Gado R. D, Ferrara P, Giorgi P.L (1998) An Italian Epidemiological Multicentre Study of Nocturnal Enuresis, Italian Club Of Nocturnal Enuresis, *British Journal of Urology*,3: 86-89
- 42.** Cutting D.A, Pallant J.F, Cutting F.M (2007) Nocturnal Enuresis: Application of Evidence- Based Medicine in Community Practice, *Journal Pediatrics and Child Health* 43:167-172.

43. Çarman K.B, Nuhoglu Ç, Ceran Ö (2003) İstanbul İli Ümraniye İlçesinde Bir Grup Okul Çocuğunda Enürezis Nokturna Prevelansı, Türk Pediatri Arşivi, 38:153–159.
44. Çetin N.G, Tomruk Ö, Beydilli H, Serel T.A (2004) Acil Servise Ürogenital Sistem Şikayetleri İle Başvuran Çocuk Hastaların Retrospektif İncelenmesi, S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3):16-18.
45. Çetinkaya B, Başbakkal Z (2005) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeylerinin ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21(2): 47–57.
46. Çelenk S (2003) Okul Başarısının Ön Koşulu Okul- Aile Dayanışması, İlköğretim Online Dergisi, 2(2) : 28–34.
47. Çelik A (1995) SSK Ankara Hastanesi Çocuk Psikiyatri Servisine Başvuran 9–14 Yaş Arasındaki Çocukların Benlik Kavramlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Kriz Dergisi 2(1): 240–246.
48. Çerik Ş (2005) 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. eab.ege.edu.tr/pdf/.
49. Dabakoğlu F.N (2004) Okul Öncesi Eğitime Devam Eden ve Etmeyen İlköğretim Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Öz Kavramlarının ve Anne –Baba Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
50. Demiriz S, Öğretir A.D (2007) Alt ve Üst Sosyoekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi 15(1): 105–122
51. Demirören K, Özel A, Demirören S (2006) Enürezisli Çocuklarda Üriner Sistem Anormallikleri, F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(2):133–138.
52. Devlin JB, O’cothain C (1990) Predicting Outcome in Nocturnal Enuresis, Arch Dis Child, 65: 1158- 116.

- 53.** Doğan S, Kelleci M, Sabancioğulları S, Aydın (2008) Bir İlköğretim Okulunda Öğrenim Gören Çocuklarda Ruhsal Uyum Sorunları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1):47–52.
- 54.** Dönmez O (2004) Çocuklarda Nokturnal Enürezis, Güncel Pediatri Dergisi, 2: 134–136.
- 55.** Du Moulin, Hamers J, Paulus A, Berendsen C, Halfens R (2005) The Role of the Nurse in Community Continence Care: A Systematic Review, International Journal of Nursing Studies, 42: 472–492.
- 56.** Düşünsel R (2008) Enürezis Nokturnalı Çocuğa Yaklaşım, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Güncel Pediatri Dergisi, 109-111.
- 57.** Ekşi A (1990) Çocuk, Genç, Ana Babalar, İstanbul: Bilgi Yayınevi.
- 58.** Erden G (2000) 6 Yaş Okul Çağı, Okula Başlamaya Hazır Oluş ve Gelişim Özellikleri Doğru Okulu Seçme, Anne-Baba Eğitimi El Kitabı, Akyan Yayınevi, Ankara.
- 59.** Ergüven M, Çelik Y, Deveci M, Yıldız N (2004) Primer Enürezis Nokturnada Etiyolojik Risk Faktörleri, Türk Pediatri Arşivi, 39:83–87.
- 60.** Ersoy Ö, Şahin F (1999) 0–6 Yaş Döneminde Anne-Baba Eğitiminin Önemi, Mesleki Eğitim Dergisi, 1(1):58–62.
- 61.** Erkan S, Toran M (2004) Alt Sosyoekonomik Düzey annelerin Çocuklarını Kabul ve Reddetme Davranışlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 27:91-97.
- 62.** Gallo M (2001) The Evolution Of Continence Nurse Specialists, Textbook Of Female Urology and Uorgynaecology, Isis Medici Media LTD, London, 65-80,
- 63.** Garfinkel B.D (1990) Psychiatric Disorders In Children and Adolescents, London, 325- 336.

64. Genç H (1994) Psikik Enürezisli Çocuklarda Ailenin Yapı Tutum Davranış Ve Yaklaşımlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
65. Geçtan E (1993) Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Remzi Kitabevi, İstanbul, 294 .
66. Gordon A, Larie N (1987) In Continnence and Enuresis, Pediatric Clinics of North America, 34(5):1155–1172.
67. Gönenç M, Ayhan N, Bakır A (2002) Kız Çocuklarının Eğitiminin Engellenmesi ve Ev işlerinde Çalıştırılması Türkiye’de Çalışan Çocuklar Semineri, DİE Yayın, Ankara, 257–276,
68. Gontard A.V (1998) Annotation Day and Night Wetting in Children – A Paediatric and Child Psychiatric Perspective, J. Child Psychol, 39(4):439–451.
69. Gontard A, Freitag C.M, Seifen S, Pukrop R, Röhling D (2006) Neuromotor Development in Nocturnal Enuresis, Developmental Medicine Child Neurology , 48:744-750.
70. Gontard V, Laufersweiler-Plass, Backes M, Zerres K (2001) Enuresis and Urinary Incontinence in Children and Adolescents with Spinal Muscular Atrophy, BJI International, 88:409–413.
71. Gökduman M.K (2006) Enürezis Nokturnanın Tedavisinde Davranışın Etkinliği; Davranış Tedavisine Yanıtsız Vakalarda İmipramin ve Oksbutin Tedavisi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Kartal Eğitim Hastanesi, İstanbul.
72. Görker I, Korkmazlar Ü , Durukan M, Aydoğdu A (2004) Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Klinik Psikiyatri, 7:103-110.
73. Görür S, İnandı T, Turhan E, Helli A, Kiper A.N (2008) Hatay’da 6–18 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Risk Etkenleri, Türk Üroloji Dergisi, 34(1): 42-50.

74. Güler G, Kubilay G (2004) Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26(2):60–65.
75. Güler G, Kubilay G (2005) Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Çözülmesinde Toplum Sağlığı Hemşiresinin Etkinliği, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1):15–23
76. Gülsün M, Doruk A, Evrensel A, Baykız A (2006) Erişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Enürezis Nokturna Öyküsü ve Disosiyasyon Düzeylerinin Araştırılması, Anadolu Psikiyatri Dergisi,
77. Gümüş B, Vurgun N, Lekili M, Işcan A, Müezzinoğlu T, Büyüksu C (1999) Prevalence of Nocturnal Enuresis and Accompanying Factors in Children Aged 7-11 Years In Turkey, Acta Paediatr, 88:1369-72.
78. Güner E, Tuğcu V, Kemahlı E, Taşçı A.İ, Seymen T, Dinçer M, Baş M (2005) Primer Enürezis Nokturnal Adölesan ve Yetişkin Hastalarda Ürodinamik Bulgular, Bakırköy Tıp Dergisi, 1(1):29-32.
79. Gür E, Turhan P, Can G, Akkuş S, Güzelöz S, Çıfçılı S, Arvas A (2004) Enuresis: Prevalence, Risk Factors and Urinary Pathology Among School Children in Istanbul, Turkey ,Departments of Pediatrics and Public Health, Cerrahpasa Medical School, University of Istanbul and Ayhan Sahenk Foundation, Istanbul, 58–63.
80. Gürsoy F (2006) Büyük Ebeveynleriyle Yaşayan Çocukların Aile Ortamlarını Değerlendirmeleri, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15(1):151–164
81. Güven A (1990) Primer Enürezis Nokturnal Çocukların Annelerinin Kişilik Yapıları, Aile İçi Tutumları ve Heredite, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul.
82. Güven Ş, Yaşayan N, Celayir A.C, Erdoğan M, Akova S (2006) Enürezis Prevalans ve Eşlik Eden Üriner Anomaliler, Zeynep Kamil Bülteni, (4).

- 83.** Hagglof B, Andren O, Bergstrom E (1997) Self-Esteem Before and After Treatment in Children with Nocturnal Enuresis and Urinary Incontinence. *Scand J Urol Nephrol*, 31:79–82.
- 84.** Hararı M.D, Moulden (2000) Personal Practice Nocturnal Enuresis :What Is Happening , *J. Paediatr Child Health* , 36:78-81.
- 85.** Hastürk Z (2006) Kahramanmaraş İl Merkezinde 10–14 Yaş Grubunda Enürezis Nokturna Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Dergisi, Kahramanmaraş.
- 86.** Hazza I, Tarawneh H (2002) Primary Nocturnal Enuresis Among School Children in Jordan, *Saudi J Kidney Dis Transplant*, 13(4):478-480.
- 87.** Haj-Muhammed Y (1996) Enürezis ve Enkopretik Çocuklarda İq, E, Heredite, Ebeveynin Eğitim Düzeyleri ve Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- 88.** Hjalmas K (1999) What’s New in Nocturnal Enuresis? Old Concepts And New Knowledge, In: Kennedy Te (Ed). *Uemo Urology*, London: Kensington Company, 248- 260.
- 89.** Hızel M (1999) Okul Çocuklarında (7–12 Yaş) Görülen Enürezis ve Enkoprezis Sıklığının Aile Tutumu İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 90.** Hockenbery W, Winkestine K (2003) *Nursing Care of Infants and Children*, Mosby, 783.
- 91.** Hollmanne, Gontard V, Elberg H, Rittig S, Lehmkuhı (1998) Molecular Genetic, Clinical and Psychiatric Associations in Nocturnal Enuresis, *British Journal of Urology*, 81(3): 37-39.
- 92.** Honjo H, Kawauchi A, Ukimuro O, Soh J, Mizutani Y, Miki T (2002) Treatment of Monosymptomatic Nocturnal Enuresis By Acupuncture, A Preliminary Study, *International Journal of Urology*, 9: 672-676.
- 93.** Johnson M (1998) Nocturnal Enuresis, *Urol Nurs*, 18(4): 259- 275.

- 94.** Kajiwara M, Inoue K, Kato M, Usui A, Kurihara And Usui T (2006) Nocturnal Enuresis and Overactive Bladder in Childeren : An Epidemiological Study, International Journal of Urology , 13: 36-41.
- 95.** Kanbur Ö (2000) Enürezis Nokturna, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adolesan Ünitesi Dergisi, 201-210.
- 96.** Kandemir A (2007) 1. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi, Kontinans,Webcasetleri Com.
- 97.** Karadağ G, Uçan Ö (2006) Hemşirelik Eğitimi ve Kalite, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3): 42-51.
- 98.** Kaya M, Özcan Ö.Ö, Kaya B (2006) Malatya İl Merkezinde Farklı Sosyoekonomik Koşullardaki İki İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Ruhsal Uyum Taraması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:157–161.
- 99.** Kayaalp O (1990) Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmokoloji, Taşevi Kitabevi, Cilt 2, 5.Baskı, Ankara.
- 100.** Kefi A, Tekgül S (2006) Nocturnal Enuresis, Türk Üroloji Dergisi, 32 (1): 99–105.
- 101.** Keskin S (2004) Çocuğun Yaş, Cinsiyet, Bilişsel Yetenek ve Anaokuluna Gitmesinin Annenin Ev Kadınlığı Tutumuna Etkisi, Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 35(4). 181–187.
- 102.** Keskinoğlu A (1990) Çocukluk Çağı Enürezisine Yaklaşım, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir.
- 103.** Kılıçcı Y (2006) Okulda Ruh Sağlığı, Anı Yayıncılık, 5.Baskı, Ankara.
- 104.** Kızıl M (2002) Trabzon İl Merkezinde Enürezis Prevelansı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

- 105.** Kızılkaya B (2002) Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, İstanbul Üniversitesi Yayınları Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın Emek Matbaacılık, İstanbul, No.5, S.51–60.
- 106.** Koçtürk F (2001) Primer Enürezis Nokturnalı Olgularda Elektrofizyolojik Çalışma, Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Bilim Dalı, Van.
- 107.** Koff S (1996) Why Is Desmopressin Sometimes Ineffective at Curing Bedwetting, *Pediatr Nephrol*,10(5): 667- 70.
- 108.** Kubilay G, Emiroğlu O.N, Baybuğa M, Yılmaz M.C, Örsal Ö, Duygulu S, Tokur M, Gülmez G (2002) Bir İlköğretim Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2): 60-65.
- 109.** Kuzgun Y (1973) “Ana-Baba Tutumlarının Bireyin Kendini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi”, *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 5(1)
- 110.** Lackgren G, Hjalmas K, Gool J.V, Gontard A.V, Gennaro M., Lottmann, Terho P (1999) Nocturnal Enuresis :A Suggestion For a European Treatment Strategy , *Acta Paediatr*, 88: 679-690.
- 111.** Lee S.D, Sohn D.W, Lee J.Z, Park N.C., Chung M.K (2000) An Epidemiological Study of Enuresis in Korean Children, *BJU International*, 85: 869–873.
- 112.** Lemmey D, Mcfarlane J (2001) Enuresis, *Lippincott Williams*, 26(2): 98-103.
- 113.** Lie X, Sun Z, Uchiyama M (2000) Attaining Nocturnal Urinary Control, Nocturnal Enuresis, and Behavioral Problems in Chinese Children Aged 6 Throuth 16 Years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:1557–1564.
- 114.** Mızrakçı Ş (1994) Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etki Eden Faktörler: Demografik Özellikleri, Kendi Yetiştiriliş Tarzları, Çocuk Gelişimine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Çocuğun Mizacına İlişkin Algıları, Ege Üniversitesi

Toplumsal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

115. Moffatt M.E.K (1994) Nocturnal Enuresis is There a Rationale For Treatment, Scand J Urol Nephrol, 163: 55–56.

116. Nadir S (2003) Enürezis; Okul, Aile ve Sağlık Hizmetleri, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

117. Naitoh Y, Kawauchi A, Yamao Y, Seki H, Soh J, Yoneda K, Mizutani Y, Miki T (2005) Combination Therapy With Alarm and Drugs for Monosymptomatic Nocturnal Enuresis Not Superior to Alarm Monotherapy, Pediatric Urology, 66(3).

118. Neveus T, Bader G, Sillen U (2002) Enuresis, Sleep And Desmopressin Treatment, Acta Paediatrica, 91: 1121- 1125.

119. Norgaard J, Hansen J, Wildschlotz G, Sorenson S, Ritting S, Djurhuus J (1989) Sleep Cystometries in Children With Nocturnal Enuresis. Journal of Urology; 141(5): 1156- 1159.

120. Ocakçı A (1997) Enüretik Çocuklarda Kas Geliştirme Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):16–28.

121. Öner N (1997) Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Boğaziçi Üniversitesi Matbası, İstanbul.

122. Örmeci A.R, İstanbullu B, Çomak E, Altın H (2003) Primer Enürezis Nokturna Tedavisinde Davranış, Alarm Yatağı ve Desmopressin Tedavilerinin Etkilerinin Karşılaştırılması, 3(2):119–123.

123. Özer M, Kural N, Aydoğdu D (1995) Enürezisli Çocukların Etiyolojik Yönden Değerlendirilmesi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı; 1: 54–57.

124. Özcan Y (2000) Primer Enürezis Nokturnalı Çocukların Depresyon, Özbenlik Saygısı ve Davranış Bozuklukları Açısından Normal Çocuklarla Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.

125. Özden C, Özdal O.L, Altinova S, Oğuzülgen I, Urgancıoğlu G, Memis A (2007) Prevalence and Associated Factors Of Enuresis in Turkish Children, Pediatric Urology Enuresis in Turkish Children, International Braz J Urol., 33 (2): 216 -222.

126. Öztürk Y (2000)7–12 Yaş Çocukların Sağlık Sorunları, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Erciyes.Edu.Tr/ Dersnotları /Dahilitip /Halksagligi.

127. Poyraz M (2007) 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.

128. Santrock J.W, Steve R.Y (1989) Child Development, an Introduction, Fourth Edition, Dubuque, Iowa, Wm. C. Brown Publishers.

129. Sarı E (2007) Anasınıfına Devam Eden 5–6 Yaş Grubu Çocukların, Annelerinin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının, Çocuğun Sosyal Uyum ve Becerilerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Okul Öncesi Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara

130. Saygun M, Çakmak A, Başar H, Bademci G, Köse SK, Başar M, Batislam E (2003) Kırıkkale İlinde Enürezis Nokturna Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, XI. Halk Sağlığı Kongresi, 3.

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

132. Seçginli S, Erdoğan S, Demirezen E (2004) Okul Sağlığı Tarama Programı Bir Pilot Çalışma Örneği, 13(12): 462–465.

133. Serel A, Tunç B, Doğru H, Gedikli O, Doğruer K (1994) Enürezis Etiyolojisinde İg E 'nin Yeri, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 1(1): 30–32.

134. Shaffer D (1994) Enuresis Child and Adolescent Psychiatry, London, Blackwell Science, 505- 519.

- 135.** Sipahioğlu Ő Ana-Baba Tutumları ile çocuklardaki Problem Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 136.** Swithinbank LV, Brookes ST, Shepherd A.M (1998) The Natural History of Urinary Symptoms During Adolescence, Br J Urol. Suppl. 81(3): 90-93,
- 137.** Soygür T (2007) ocuklarda Nörojenik ve Non-Nörojenik İşeme Bozuklukları, FTR Bil Der J PMR Sci, 1: 31–42.
- 138.** Şahin O (2000) Erzurum İl Merkezi İlkokul Birinci Sınıf ğrencilerinde Enürezis Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- 139.** Uğuralp S, Karaoğlu L, Karaman A, Demircan M, Yakıncı C (2003) Frequency Of Enuresis, Constipation and Enuresis Association with Constipation in a Group of School Children Aged 5-9 Years İn Malatya İn Turkey, Turk J Med Sci , 33: 315-320.
- 140.** Ulusoy M.D, Demir N.Ö, Baran A.G (2005) Ebeveynin ocuk Yetiştirme Biçimi ve Ergen Problemleri Ankara İli rneği, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, Ankara
- 141.** Unalacak M, Söğüt A, Aktunç E, Demircan N, Altın R (2004) Enuresis Nocturna Prevalence and Risk Factors Among School Age Children In Northwest Turkey, EUR J Gen. Med.,1(3): 21-25.
- 142.** nal F (1996) Enürezis Nocturna. Katkı Pediatri Dergisi, 17(5): 789-802.
- 143.** Ünalın D (2000) Kayseri Kentsel Kesimde 7–12 Yaş Grubu ocukların Enürezis Nocturna, Kekemelik ve Tik Grlme Sıklığı, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- 144.** Ünalın D, etinkaya F, Baştürk M (2001) Kentsel Kesimde 7–12 Yaş Grubunda Enürezis Nocturna Prevelansı ve zellikleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(3):175–182.

- 145.** Ünüvar T, Sönmez F, İnan G (2005) Birincil Ve İkincil Uykuda Altına İşeyen Çocuklarda Tanı Sağaltım ve İzlem Farklılıkları, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 6(1): 9–13.
- 146.** Tai H.L, Chang Y.L, Chang S.C.C, Chen G.D, Chang C.P, Chou M.C (2007) The Epidemiology and Factors Associated with Nocturnal Enuresis and Its Severity Primary School Children in Taiwan, Acta Paediatrica , 96: 242-245.
- 147.** Tamar M, Özbaran B (2004) Çocuk ve Ergenlerde Depresyon, Klinik Psikiyatri dergisi, 2:84-92.
- 148.** Tan H (1989) Psikolojik Danışma ve Rehberlik, İstanbul.
- 149.** Taneli C (2003) Enürezis, Klinik Çocuk Forumu Dergisi Pediatrik Cerrahi Özel Sayısı: 3(5).
- 150.** Tapçan K.T (2002) Ebeveyn Tutumları İle İlköğretim 6-7 Sınıf ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Denetim Odağı İlişkisi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
- 151.** Teets J.M (1992) Enuresis Nursing Diagnoses and Treatment , Journal of Community Health Nursing , 9(2): 95-101.
- 152.** Tezel A (2004) Aile İçi İletişim, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1–6.
- 153.** Thiedke CC (2003) Nocturnal enuresis, Am Fam Physician, 67: 1499–1506.
- 154.** Tijen V, Messer A, Namdar Z (1998) Perceived Stres of Nocturnal Enuresis in Childhood, British Journal Of Urology, 81(3): 98–99.
- 155.** Toktamış A (2005) Nokturnal Enürezis Sıklığı ve Eşlik Eden Faktörler, Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas.
- 156.** Toros F, Tot Ş, Bozlu M, Okyay Y, Çamdeviren H (2003) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Primer Enürezis Nokturnal Çocukların Annelerindeki Psikiyatrik Belirtiler ve Yeti Yitimi, Klinik Psikiyatri; 6:135-140

- 157.** Türkel A (1992) İşletme Yöneticilerinin Davranışlarına Yön Veren Hâkim Kişilik Faktörleri İle Yönetmel Davranış Arasındaki İlişkiler ve Uygulama, M.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Yayını, 394.
- 158.** Vella M, Robinson D, Cardozo L (2006) Nocturnal Enuresis, Urological Disease.
- 159.** Watanabe H, Kawauchi A (1994) Social Aspects and Treatment Perspectives in Japan, Scand J Urol Nephrol (Suppl) 163: 29-38.
- 160.** Wells M(2000) The role of the nurse in urinary incontinence, Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 14: 2335–2353.
- 161.** Wen J.G, Wang W.Q, Chen Y, Wen J.J, Liu K (2006) An Epidemiological Study Of Primary Nocturnal Enuresis İn Chinese Children and Adolescents, European Urology, 49:1107–1113
- 162.** Wille S (1994) Primary Nocturnal Enuresis in Children, Background and Treatment, Scand J Urol Nephrol; 156: 1- 48.
- 163.** Yaluğ İ, Ünsalan N, Özten E, Öztep Kuruoğlu S, Tufan A.E (2006) Erişkinde İkincil Enürezis Nokturna: Bir Olgu Sunumu, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:185- 190.
- 164.** Yavuzer H (2001) Çocuk ve Suç, Remzi Kitabevi, İstanbul, 125–162.
- 165.** Yavuzer H (2004) Çocuk Eğitimi El Kitabı, Remzi Kitabevi, İstanbul, S.39–86
- 166.** Yavuzer H (2004) Ana-Baba ve Çocuk, Remzi Kitabevi, İstanbul, S.13–33.
- 167.** Yeşilyaprak B (2002) Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi Pegama Yayıncılık, Ankara,
- 168.** Yıldız M, Yakıncı C, Boztepe V, Ekmekçi H (1997) Malatya İlinde Çocukların Demografik Özellikleri ve Ailesel Geçiş, İnönü Üniversitesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı,2(4): 92–96

- 169.** Yörükoğlu A (2002) Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, İstanbul, s:195–230.
- 170.** Yutbay T, Görker I (2004) Çocukluk Masturbasyonu Olgularının Duygusal ve Davranış Sorunları ile Annelerin Tutum ve Ruhsal Belirtileri Arasındaki İlişki, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 11(2): 65–74.
- 171.** Yurtçu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin T K, Günel E (2006) Sağlıklı Enüretik Çocuklarda İdrar Tutabilme Yaşlarının Araştırılması, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5 (1):41–49
- 172.** Zeyrek D, Zeyrek F.Y (2001) Enürezis Nokturna Şikayeti ile Başvuran Çocuklarda Enterobius Vermicularis Sıklığı, Dicle Tıp Dergisi, 28 (1):162–165.

ÖZGEÇMİŞ

<u>Kişisel bilgiler</u>	
Adı Soyadı	Birgül VURAL (SAKARYA)
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 12/07/1973
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ,Sivas
E-posta Adresi	bsakarya @gop.edu.tr

<u>Eğitim ve Akademik Durumu</u>	
Lise	Hacı Mehmet Sabancı Lisesi, 1991
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 1995
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2008

<u>İş Tecrübesi</u>	
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Öğretim görevlisi, 1995–2008

EKLER

AİLE BİLGİ FORMU

Bu araştırma aile tutumlarının çocuk üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma sağlık personeli tarafından verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Teşekkürler.

BİRGÜL VURAL

Adres: Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tokat Sağlık Yüksekokulu
Tokat 60100

ANKET NO:

OKUL ADI:

SINIF ŞUBESİ:

1)Çocuğun Adı- soyadı

2)Çocuğun yaşı

3)Çocuğun cinsiyeti

4)Annenin yaşı

5)Babanın yaşı

6)Ailenin eğitim düzeyi

Anne

Baba

1)Okur-Yazar Değil

()

()

2)Okur-Yazar

()

()

3)İlkokul mezunu

()

()

4)Ortaokul mezunu

()

()

5)Lise mezunu

()

()

6)Üniversite mezunu

()

()

7)Annenin mesleği

1)Ev hanımı

2)İşçi

3)Memur

4)Diğer(yazınız).....

8)Babanın mesleği

1)Memur

- 2)İşçi
3)Serbest
4)Esnaf
5)Asker – Polis
6)Diğer (yazınız).....
- 9)Sosyal güvence
1)Var 2)Yok
- 10)Ailenin aylık ortalama geliri nedir?
1)Asgari ücret
2)Asgari ücret altı
3)Asgari ücretin üstü
4)Diğer
- 11)Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız.
1) Düşük 2)Orta 3) İyi
- 12)Kaç çocuğunuz var?
1)1 2) 2 3) 3 4) 4 ve üstü
- 13) Aile tipi
1)Çekirdek aile
2)Geniş aile
3)Tek ebeveynli aileler
4)Diğer (yazınız).....
- 14)Anketi getiren çocuğunuzun doğum sırası
1)1. çocuk
2)2. çocuk
3)3. çocuk
4)Diğer (yazınız).....
- 15) Çocuğunuzun gece altını ıslatma sorunu var mı?
1) EVET 2)HAYIR
- CEVABINIZ HAYIR İSE DİĞER SORULARI BOŞ BIRAKINIZ.**
- 16)Çocuğunuz altını ıslatmaya kaç yaşında iken başladı?
- 17)Ne kadar süredir altını ıslatma devam ediyor?
1)Doğduğundan beri
2)1–3 ay dır.
3)4–6 ay dır.
4)7–9 ay dır.
5)10–12 ay dır.
6)1–3 yıl dır.
7)4–6 yıl ve üzeri

- 18)Çocuğunuzun altını ıslatma sıklığı nedir?
1)Her gün her gece
2)Gün aşırı
3)Haftada 1–2 kez
4)Ayda 1 kez
5)2–3 ayda bir kez
6)Diğer (yazınız).....
- 19)Çocuğunuz hangi durumlarda altını ıslatıyor?
1)Korktuğunda
2)Heyecanlandığında
3)Hasta olduğunda
4)Oyuna daldığında
5)Başka çocukla ilgilenildiğinde
6)Bir neden olmaksızın
7)Diğer.....
- 20)Bu sorunu çözmek için neler yaptınız.
1)Doktora götürdüm
2)İlaç kullandım
3)Gece tuvalete kaldırdım
4)Akşamları az su içirdim
5)Diğer (yazınız).....
- 21)Çocuğunuz altını ıslattığı zaman ona nasıl davranırsınız?
- 22)Çocuğunuzda sürekli her hangi bir hastalık durumu var mı?
1)EVET Belirtiniz
2)HAYIR
- 23)Çocuğunuzun sürekli kullandığı bir ilacı var mı?
1)EVET Belirtiniz
2)HAYIR
- 24)Çocuğunuzun korkuları var mı?
1)EVET Belirtiniz
2)HAYIR

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden hangisine katılıyorsunuz 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.

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

	4.Çok Uygun Buluyorum	3.Oldukça Uygun Buluyorum	2.Biraz Uygun buluyorum	1.Hiç Uygun Bulmuyorum
1-Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.	4	3	2	1
2-Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.	4	3	2	1
3-Çocuk boşa geçen dakikaları bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.	4	3	2	1
4-Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğraması için elinden geleni yapmalıdır.	4	3	2	1
5-Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir.	4	3	2	1
6-Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.	4	3	2	1
7-Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanını boşa geçirmesi affedilmez.	4	3	2	1
8-Babalar biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.	4	3	2	1
9-Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmasıdır.	4	3	2	1
10-Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11-Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12-Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.	4	3	2	1
13-Büyükler çocuklarının şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.	4	3	2	1
14-Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15-Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidir.	4	3	2	1
16-Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1
17-Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4	3	2	1

	4.Çok Uygun Buluyorum	3.Oldukça Uygun Buluyorum	2.Biraz Uygun buluyorum	1.Hiç Uygun Bulmuyorum
18-Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	4	3	2	1
19-Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.	4	3	2	1
20-Bir çocuğa ne olursa olsun döğüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.	4	3	2	1
21-Çocuklar bencil olduklarında ve hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.	4	3	2	1
22-Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4	3	2	1
23-Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	4	3	2	1
24-Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4	3	2	1
25-Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.	4	3	2	1
26-Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.	4	3	2	1
27-Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	4	3	2	1
28-Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	4	3	2	1
29-Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün şikayetçi olurlar.	4	3	2	1
30-Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4	3	2	1
31-Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.	4	3	2	1
32-Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	4	3	2	1
33-Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.	4	3	2	1
34-İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4	3	2	1

	4.Çok Uygun Buluyorum	3.Oldukça Uygun Buluyorum	2.Biraz Uygun buluyorum	1.Hiç Uygun Bulmuyorum
35-Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4	3	2	1
36-Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	4	3	2	1
37-Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4	3	2	1
38-Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	4	3	2	1
39-Bir çocuğa başı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.	4	3	2	1
40-Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.	4	3	2	1
41-Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklamış gibi hissetmesidir.	4	3	2	1
42-Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	4	3	2	1
43-Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.	4	3	2	1
44-Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.	4	3	2	1
45-Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.	4	3	2	1
46-Annenleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4	3	2	1
47-Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.	4	3	2	1
48-Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	4	3	2	1
49-Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz	4	3	2	1
50-Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz.	4	3	2	1
51-Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.	4	3	2	1

	4.Çok Uygun Buluyorum	3.Oldukça Uygun Buluyorum	2.Biraz Uygun buluyorum	1.Hiç Uygun Bulmuyorum
52-Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar	4	3	2	1
53-Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.	4	3	2	1
54-Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.	4	3	2	1
55-Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.	4	3	2	1
56-Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	4	3	2	1
57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.	4	3	2	1
58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4	3	2	1
59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.	4	3	2	1
60- Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir	4	3	2	1

