

## Enüretik çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi

Fevziye TOROS,<sup>1</sup> Dinçer AVLAN,<sup>2</sup> Handan ÇAMDEVİREN<sup>3</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada enürezis tanısı konan çocukların biyopsikososyal özelliklerinin, fiziksel şiddet sıklığının, ruhsal bozukluklarının, enürezisin organik nedenlerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışmaya yaşları 6-15 arasında olan 131 çocuk ile ebeveynleri alınmıştır. Çalışmada enürezis nokturna tanısı olan çocuk ve ebeveynleri (çalışma grubu 1), enürezis diurna+nokturna tanısı olan çocuklar ve ebeveynleri (çalışma grubu 2), enürezis olmayan kontrol grubundaki çocuklar ve ebeveynleri (çalışma grubu 3) olmak üzere üç grup vardı. Sosyodemografik veriler standart sosyodemografik veri toplama formu ile elde edildi. Çocuklardaki ve ebeveynlerdeki ruhsal bozuklukların tanısı için DSM-IV tanı ölçütleri kullanıldı. Ayrıca annelere çocukların davranış sorunları ile ilgili sorular soruldu. Çalışma grubu 1 ve 2'deki tüm çocukların çocuk cerrahisi bölümünde de değerlendirilmesi yapıldı. **Sonuçlar:** Çocukların eğitim düzeyi ve yaşı çalışma grubu 1'de, çalışma grubu 2 ve kontrol grubuna göre daha düşük düzeydeydi. Enürezis nokturna ve dayak sıklığı çalışma grubu 2'de diğer gruplara göre daha yüksekti. Çalışma grubu 1'deki çocukların 40'ında en az bir ruhsal bozukluk vardı ve en sık görülen ruhsal bozukluk dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuydu. Ebeveynlerin boşanması veya ailede parçalanma en sık çalışma grubu 2'deydi. **Tartışma:** Bu çalışmanın sonuçları enürezis olan çocukların strese daha çok maruz kaldığını, duygusal ve fiziksel istismara daha çok maruz kaldığını düşündürmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:38-45*)

**Anahtar sözcükler:** Enürezis, çocuk ve ergen, sosyodemografik özellikler

## The biopsychosocial assessment in children with enuresis

### SUMMARY

**Objectives:** The aims of this study were to determine biopsychosocial characteristics, frequency of beating and psychiatric disorder and problems in children with and without enuresis. **Methods:** 131 children and adolescents aged between 6-15 (53 girls, 78 boys) and their parents participated in this study. Participants were divided to three groups: Parents and children with nocturnal enuresis (study group 1), parents and children with nocturnal+diurnal enuresis (study group 2), parents and children without enuresis (control group). Sociodemographic characteristics were gathered using standart sociodemographic form. Both the enuresis and the associated psychiatric disorders were diagnosed according to the DSM-IV criteria, and parents also asked about additional behavioural problems. Children in Group 1 and 2 were also assessed in department of pediatric surgery. **Results:** The education level and age in study group 1 was lower than group 2 and 3. There was positive relationship between frequency of nocturnal enuresis and in study group 2. 40 of children in study group 1 had at least one psychiatric disorder or problems and the most common psychiatric disorder was attention deficit hyperactivity disorder. The ratio of divorced or separated family was higher in study group 2 than others. **Conclusions:** In this study showed that children with enuresis who appear more vulnerable to emotional distress, with an increased risk of emotional or physical abuse. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4:38-45*)

**Key words:** Enuresis, child and adolescent, sociodemographic characteristics

### GİRİŞ

Toplumlarda eski çağlardan beri oldukça sık görülen enürezis, günümüzde çocuk psikiyatrisi, çocuk cerrahisi, çocuk hastalıkları ve üroloji kliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biri olmaya devam etmekte-

dir.<sup>1-3</sup> Enürezis, çocuklarda en az 5 yaşından sonra istemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyici, gündüz ve/veya gece idrar kaçırma olarak tanımlanır ve en az ardışık 3 ay, haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkta olması gerekir. Enürezis sadece noctürnal,

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD; <sup>2</sup> Yrd.Doç.Dr., Çocuk Cerrahisi ABD, <sup>3</sup> Yrd.Doç.Dr., Biyoistatistik ABD  
Dr. Fevziye TOROS, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 33079 MERSİN  
e-posta: fevziyet@mersin.edu.tr

sadece diurnal veya nocturnal+diurnal olabilir.<sup>4</sup> Nocturnal enurezis olan çocukların yaklaşık olarak %15'i her gece altını ıslatmaktadır<sup>5</sup> ve nocturnal enürezisi olanların %10-28'inde gündüz altını ıslatma da vardır.<sup>6</sup>

Enürezisin 5 yaşında genel olarak %15-30 oranında görüldüğü, yaş ilerledikçe görülme oranının azaldığı bildirilmektedir.<sup>7</sup>

Enürezis biyolojik, sosyal ve psikolojik sebeplerle ortaya çıkabilir.<sup>8</sup> Düşük doğum ağırlığı, motor gelişim geriliği, kısa boy gibi hafif maturasyon gecikmeler,<sup>6</sup> erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık aile ortamında yaşama, ailede boşanma veya parçalanma yaşanması, ailede enürezis öyküsünün olması, derin uyku, zayıf tuvalet alışkanlığı enürezis için risk faktörleri olarak bildirilmektedir.<sup>5,6,7,9,10</sup>

Enüretik çocuklarda genellikle diğerleri tarafından fark edilme korkusu ve küçük düşürülme kaygısı, sosyal çekingenlik, yüksek anksiyete düzeyi ve davranış problemleri görülebilmektedir.<sup>6,11,12</sup>

Rey ve ark. (1995) nocturnal enürezisi olan çocuklar ve hiperaktivite arasında pozitif bir ilişki bulmuşlar,<sup>13</sup> Fergusson ve Horwood (1994) nocturnal enürezisi olan 10 yaşından büyük çocuklarda daha çok davranış problemleri yaşandığını bildirmiş,<sup>14</sup> Liu ve ark. da (2000) enüretik çocuklarda davranış, emotional ve akademik başarı sorunlarının daha çok yaşandığı, ayrıca bu sorunların yaş ile birlikte arttığını belirtmişlerdir.<sup>8</sup> Bazı araştırmalarda da enüretik çocukların psikolojik ve fiziksel istismara daha çok maruz kaldıkları ve daha sık cezalandırıldıkları,<sup>6,16</sup> enüretik çocuklar ile ebeveynlerin iletişim sorunları yaşamasının çocuklarda gelişebilecek psikolojik sorunları daha çok arttırdığı bildirilmiştir.<sup>6,15</sup>

Bu çalışmanın amaçları:

1. Enürezis tanısı konan çocukların sosyodemografik özelliklerinin araştırılması,
2. Enürezis tanısı konan çocuklardaki ruhsal bozuklukların ve sorunların belirlenmesi,
3. Enürezis tanısı konan çocukların evde uğradığı fiziksel şiddet (dayak) sıklığının ve enürezis ile fiziksel şiddet arasındaki ilişkinin araştırılması,
4. Tüm sonuçların enürezis öyküsü olmayan kontrol grubundaki çocukların özellikleri ile karşılaştırılmasıdır.

## YÖNTEM VE GEREÇLER

Araştırmaya çalışma grubu olarak Aralık 2001 - Ocak 2003 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran enürezis nokturna (çalışma grubu 1), ve enürezis nokturna+diurna tanısı konan (çalışma grubu 2), 6-15 yaşlarındaki tüm çocuklar alınmıştır. Kontrol grubu enürezis öyküsü olmayan, 6-15 yaşlarındaki çocuk ve

ergenlerden seçilmiştir (kontrol grubu).

### Veri toplama araçları

1. Psikiyatrik görüşme ve öykü alma.
2. Biyopsikososyal Veri Toplama Formu: Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran tüm çocuk ve ergenler için kullanılan biyopsikososyal veri toplama formu her üç gruptaki tüm çocuklar için uygulandı.
3. Çocuk cerrahisi polikliniğinde enürezis nokturna ve diurnası olan hastaların fizik muayeneleri, tam idrar tetkikleri, idrar kültürleri, ultrasonografik, ürodinamik, ve iki yönlü lumbosakral grafi incelemeleri yapıldı.
4. Her üç gruptaki çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların tanısı DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak belirlendi.

### İstatistiksel analiz

Yaş, kardeş sayısı, çocuk eğitimi (yıl), anne eğitimi (yıl), anne yaşı, baba eğitimi (yıl), baba yaşı, yürümeye, cümle kurmaya başlama ve kaka eğitimini tamamlama yaşı, dayak ve enürezis sıklığı değişkenleri bakımından üç grubun karşılaştırılmasında varyans analizi kullanıldı. Varyans analizi sonucunda farklı bulunan gruplar Student- Newman-Keuls testi ile belirlendi.

Cinsiyet, çocuk sırası, annenin varlığı, annenin çalışma durumu, annede ruhsal ve kronik hastalık varlığı, baba varlığı, babanın çalışma durumu, babada ruhsal ve kronik fiziksel hastalık varlığı, aile durumu (anne-baba birlikte, boşanmış, parçalanmış), akrabalarda ruhsal hastalık varlığı, anne-baba arasında akrabalık, aile yapısı (çekirdek, geniş, anne ile, kurumda kalma gibi), çocuğun yaşadığı konut, göç, gebelik seyri, doğum süresi, doğum biçimi, doğum komplikasyonu, çocukta kronik ve ruhsal hastalık, havale öyküsü, dayak varlığı, akrabalarda enürezis öyküsü varlığı ve tanı arasındaki ilişkiler ki-kare testi kullanılarak belirlendi.

Çalışma grubu 1 ve 2'de enürezis sıklığı ile numerik değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Çalışma grubu 1 ve 2'de enürezis sıklığı ile cinsiyet, annenin çalışma durumu, annede ruhsal ve kronik hastalık varlığı, babanın çalışma durumu, babada ruhsal ve kronik fiziksel hastalık varlığı, dayak, havale, çocukta kronik ve ruhsal hastalık, doğum komplikasyonu varlığının karşılaştırılmasında independent t-testi, enürezis sıklığı ile doğum biçiminin, aile durumunun karşılaştırılmasında ANOVA testi, enürezis sıklığı ile çocuk sırası arasındaki farklılıkları belirlemede varyans analizi kullanıldı.

Çalışma grubu 1 ve 2'de yaş ve enürezis sıklığı bakımından ruhsal hastalığı olan ve olmayanların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

Her 3 grupta cinsiyet ile ruhsal hastalık arasındaki ilişki logistic regresyon analizi ile belirlendi.

## 40 Enüretik çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi

Her üç grupta birden fazla ruhsal tanısı olanlar bir grup olarak, geriye kalanlar da diğer bir grup olarak ele alınmış, tanı grupları ile birden fazla ruhsal hastalık görülme arasındaki ilişki logistik regresyon analizi ile belirlenmiştir.

Gruplarda DEHB olanlar ile birlikte görülen ikinci bir ruhsal hastalık DEHB olmayanlarda görülen ikincil bir ruhsal hastalık varlığındaki iki yüzde oranları farka ait t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

### SONUÇLAR

Çalışma grubu 1'de 67, çalışma grubu 2'de 22, kontrol grubunda ise 42 çocuk ve ailesi çalışma kapsamına alındı.

#### Çocuğa ait özellikler

Gruplar arasında çocukların ortalama yaşları ( $p=0.049$ ) ve ortalama eğitim süreleri ( $p=0.030$ )

açısından anlamlı düzeyde bir fark vardı. Cinsiyetler açısından ise, çalışma grubu 1'de erkekler daha çoğunlukta olmasına karşın, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanamadı ( $p=0.188$ ) (Tablo 1).

Gruplar arasında kardeş sayısı ( $p=0.366$ ), kardeş sırası ( $p=0.708$ ) açısından fark yoktu. Her üç grupta da iki çocuklu aileler ve ilk çocuk olma çoğunlukta idi. Gebelik seyri sırasında ilaç kullanımı, sistemik hastalık, düşük tehdidi, TORCH gibi tıbbi sorunlar yaşama ( $p=0.152$ ), doğum biçimi ( $p=0.245$ ), gebelik süresi ( $p=0.466$ ), doğumda komplikasyon varlığı ( $p=0.097$ ) açısından gruplar arası farklılık yoktu. Desteksiz yürümeye başlama zamanı ( $p=0.292$ ), cümle kurmaya başlama yaşı ( $p=0.558$ ), kaka eğitimini tamamlama zamanı ( $p=0.467$ ), çocuklarda kronik fiziksel hastalık görülme sıklığı ( $p=0.349$ ) açısından da gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanamadı. Gruplar arasında çocuğa atılan dayanın varlığı açısından anlamlı düzeyde farklılık yokken ( $p=0.109$ ), haftada

Tablo 1. Çalışma grupları ve kontrol grubundaki çocukların biyopsikososyal özellikleri

Özellikler	Çalışma grubu 1 (n=67)	Çalışma grubu 2 (n=22)	Kontrol grubu (n=42)
Cinsiyet	22 kız (%32.8) 45 erkek (%67.2)	11 kız (%50) 11 erkek (%50)	20 kız (%47.6) 22 erkek (%52.4)
Ortalama yaş***	9.23 ± 2.64	7.63 ± 2.03	8.42 ± 3.23
Eğitim süresi (yıl)***	3.62 ± 2.89	1.90 ± 1.82	2.73 ± 2.94
Ortalama kardeş sayısı	1.32 ± 1.15	1.00 ± 0.69	1.09 ± 1.16
Yürümeye baş. Ayı	13.38 ± 4.35	13.81 ± 5.87	12.30 ± 2.44
Cümle kurma yaşı	22.70 ± 7.57	21.22 ± 8.28	21.19 ± 8.25
Kaka eğitim tamamlama yaşı	26.68 ± 7.73	23.81 ± 11.59	25.69 ± 10.68
Doğum süresi			
Zamanında	62 (%92.5)	20 (%90.9)	35 (%83.3)
Erken	3 (%4.5)	2 (%9.1)	4 (%9.5)
Geç	2 (%3)		3 (%7.1)
Doğum şekli (n,%)			
NVY	53 (%79.1)	13 (%59.1)	29 (%69)
Alet yardımıyla	2 (%2.9)		2 (%4.8)
Sezaryen	12 (%17.91)	9 (%40.9)	10 (%23.8)
Doğum komplik. Varlığı	8 (%11.9)	4 (%18.2)	1 (%2.4)
Havale varlığı	7 (%10.4)	2 (%9.1)	1 (%2.4)
Dayak varlığı	29 (%43.3)	9 (%40.9)	10 (%23.8)
Dayak sıklığı (haftada)***	0.97 ± 1.62	1.86 ± 2.62	0.66 ± 1.61
Enürezis nok. Sıklığı***	3.73 ± 1.82	5.36 ± 1.73	

NVY: Normal vaginal yol

\*\*\*  $p<0.05$

ortalama çocuğa atılan dayak sıklığı çalışma grubu 2'de en yüksek düzeydeydi ( $p=0.045$ ).

Gece altını ıslatma sıklığı çalışma grubu 2'de çalışma grubu 1'e göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı ( $p=0.004$ ) (Tablo 1).

#### **Ailenin tanıtıcı özellikleri**

Ortalama anne yaşı ( $p=0.569$ ), ortalama anne eğitim düzeyi ( $p=0.964$ ), annelerin çalışma oranı ( $p=0.094$ ), annelerde görülen ruhsal hastalık sıklığı ( $p=0.641$ ) ve annelerde görülen fiziksel hastalık sıklığı ( $p=0.682$ ) açısından gruplar arası anlamlı düzeyde farklılık saptanamadı (Tablo 2).

Ortalama baba yaşı ( $p=0.780$ ), ortalama baba eğitim düzeyi ( $p=0.289$ ), babaların çalışma oranı ( $p=0.672$ ), babalarda görülen ruhsal hastalık sıklığı ( $p=0.413$ ), babada görülen fiziksel hastalık sıklığı ( $p=0.325$ ) açısından gruplar arası anlamlı düzeyde farklılık saptanamadı (Tablo 2).

Gruplar arasında aile durumu (anne-babanın birlikte yaşaması, ailede boşanma veya parçalanma) açısından ( $p=0.021$ ) ve çocukların yaşadıkları aile yapısı açısından gruplar arası fark saptandı ( $p=0.07$ ). Anne-baba arasında akrabalık olup olmaması ( $p=0.125$ ),

çocukların yaşadıkları konut şekli ( $p=0.440$ ) açısından ise gruplar arası herhangi bir fark saptanamadı (Tablo 2).

Çalışma grubu 1'de anne eğitim düzeyi ile çocuğa atılan dayak sıklığı arasında pozitif ilişki vardı ( $r=0.245$ ,  $p=0.046$ ). Çalışma grubu 2'de çalışan annelerde çocuğa atılan dayak sıklığı daha fazlaydı ( $p=0.016$ ). Kontrol grubunda anne yaşı ile çocuğa atılan dayak sıklığı arasında negatif bir ilişki vardı ( $r=-0.426$ ,  $p=0.005$ ) (Tablo 2).

Çalışma grubu 1 ve 2'de yaş ve enürezis sıklığı bakımından ruhsal hastalığı olan ve olmayanların karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak çalışma grubu 1'de ruhsal hastalık görülme sıklığı 10 yaşından sonra artış göstermekteydi.

Grupların her birinde cinsiyet ve çocuklarda görülen ruhsal hastalık sıklığı arasında herhangi bir ilişki bulunamadı. Çalışma grubu 1 ve 2'de enürezis sıklığı erkeklerde daha fazla olmasına rağmen logistik regresyonda enürezis sıklığı açısından cinsiyetler arası fark bulunamadı. Çalışma grubu 1 ve 2'de enürezis sıklığı ile numerik değişkenler arasında herhangi bir ilişki saptanamadı.

Tablo 2. Her üç gruptaki anne-babaların biyopsikososyal ve ailesel özellikleri

Özellikler	Çalışma grubu 1 (n=67)	Çalışma grubu 2 (n=22)	Kontrol grubu (n=42)
<b>ANNE</b>			
Ort. anne yaşı	35.53±5.36	34.40±5.37	36.14±7.64
Ort. anne eğitim (yıl)	10.10±7.20	10.40±4.19	9.97±4.95
Ruhsal hastalık varlığı	10 (%4.9)	5 (%22.7)	6 (%14.2)
İş durumu	25 var (%37.3)	10 var (%45.4)	23 var (%54.7)
Fiziksel hastalık varlığı	8 (11.9)	2 (%9.1)	5 (%11.9)
<b>BABA</b>			
Ort. baba yaşı	40.20±6.07	39.04±6.04	39.95±7.90
Ort. baba eğitim (yıl)	10.46±4.27	11.90±3.67	11.35±4.13
İş durumu	62 (%92.5)	22 (%100)	40 (%95.2)
Ruhsal has. Varlığı	8 (%11.9)	4 (%18.2)	3 (%7.1)
Fiziksel has. varlığı	7 (%10.4)	5 (%22.7)	7 (%16.7)
<b>AİLE DURUMU***</b>			
Anne-baba birlikte	66 (%98.5)	16 (%72.7)	41 (%97.6)
Anne-baba boşanmış	1 (%1.4)	4 (%18.1)	
Parçalanmış aile		2 (%9.0)	1 (%2.3)
<b>AİLE YAPISI</b>			
Çekirdek aile	63 (%94)	18 (%81.8)	40 (%95.2)
Geniş aile	1 (%1.5)		2 (%4.8)
Anne ile	2 (%3)	4 (%18.2)	
Kurumda kalıyor	1 (%1.5)		
<b>AKRABALIK</b>	14 (%20.9)	5 (%22.7)	3 (%7.1)

\*\*\*  $p<0.05$

## 42 Enüretik çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi

İki veya daha fazla ruhsal hastalığı olanların hepsi çalışma grubu 1'deydi ve toplam 13 çocukta ikinci bir ruhsal hastalık tanısı vardı. Bu 13 çocuğun 8'inde (%61.54) görülen ruhsal hastalıklardan birisi DEHB'ydu. 5'inde (%38.46) ise DEHB dışında ikiden fazla ruhsal hastalık vardı. Çalışma grubu 1'de DEHB olanlarda olmayanlara göre ikinci bir ruhsal hastalık görülme oranı daha fazla değildi.

### Ruhsal muayene

Çalışma grubu 1'de çocukların 40'ında (%59.7), çalışma grubu 2'de 10'unda (%45.5), kontrol grubunda 7'sinde (%16.7) en az bir ruhsal bozukluk ve/veya sorun vardı. Gruplar arasında çocuklarda görülen ruhsal bozukluk ve/veya sorun sıklığı açısından anlamlı düzeyde fark vardı ( $p=0.0001$ ,  $X^2=19.493$ ) (Tablo 3).

Tablo 3. Üç grupta belirlenen ruhsal bozukluklar ve ruhsal sorunlar

	Çalışma grubu 1 (n=67)		Çalışma grubu 2 (n=22)		Kontrol grubu (n=42)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>RUHSAL BOZUKLUKLAR</b>						
DEHB	20	29.8	1	4.5	1	2.3
Enkoprezis	4	5.9	6	27.2		
Depresyon	3	4.4	1	2.3		
Kekemelik	7	10.4	1	2.3		
Tik bozuklukları						
Kr. motor tik bozukluğu	1	1.4				
GTS			1	1.4		
MMR	1	1.4				
Anksiyete bozuklukları						
OKB	2	2.9			1	2.3
Korkular	1	1.4				
Ayrılık kaygısı					1	2.3
Selektif mutizm	1	1.4				
Davranım bozukluğu	2	2.9				
Konversiyon bozukluğu			1	2.3		
Psikotik bozukluklar			1	2.3		
<b>RUHSAL SORUNLAR</b>						
Parmak emme			2	9.0		
Tırnak yeme	2	2.9	2	9.0		
Kardeş kıskançlığı	6	8.9	3	13.6	4	9.5

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu.

GTS: Gilles de la Tourette Sendromu

MMR: Mental motor retardasyon

### Fiziksel ve organik inceleme sonuçları

Çalışma grubu 1'de 7 (%10.44) çocukta tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, 29'unda (%43.28) spina bifida vardı. Ultrasonografik, ürodinamik değerlendirmede ve fizik muayenede herhangi bir patolojik

bulgu saptanamadı.

Çalışma grubu 2'de; 5 hastada (%22.72) tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, fizik muayenede hastaların 1'inde (%4.5) labial füzyon, 1'inde (%4.5) de sakral bölgede kıllanmada artış bulundu. Sekiz hastada

(%36.36) spina bifida, 5'inde (%22.72) ürodinamik testte patoloji vardı. Ultrasonografik değerlendirmede sadece 1 (%4.5) hastada renal kortikal basit kist saptanamadı. Hastaların 2'sinde (%9.09) urgency semptomları vardı.

## TARTIŞMA

Çalışmamıza alınan üç gruptaki çocukların değerlendirilmesinde; enürezis nokturnası olan çocuklarda ruhsal bozukluk ve sorun görülme oranı diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. Enürezis nokturna erkeklerde daha sık görülmekteydi ve enürezis nokturna+diurna olanlara atılan dayak diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha sıkı.

Enürezis nokturna grubundaki yaş ortalaması diğer çalışmalarda çocukların yaş ortalamalarına benzerlik göstermekteydi.<sup>3,17</sup> Ancak çalışmamıza alınan çocuklarda gruplar arasında anlamlı düzeyde yaş farkı bulunmaktaydı. Bunun nedeni ailelerin sadece enürezis nokturna olduğu zaman durumu daha iyi tolere edebilmeleri ve daha az yardım alma ihtiyacı duymaları olabilir. Çünkü enürezis diurna; çocuk-anne arasında daha çok iletişim sorunları yaşanmasına, annelerde daha çok tükenmişlik duygusuna sebep olabilmekte, bu nedenle de daha erken yaşta yardım alma ihtiyacını doğurabilmektedir.<sup>6</sup>

Erkek çocuklarda olgunlaşmanın daha geç olması, gelişme geriliklerine daha sık rastlanması ve erkek çocukların tuvalet eğitimine daha zor uyum göstermesi gibi nedenlerden dolayı erkek çocuklarda enürezisin daha sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>3,6,8</sup>

Enürezisin nedenleri olarak bazı araştırmalarda motor gelişim geriliği (konuşma ve yürümede gecikme gibi), doğum komplikasyonunun varlığı olduğu bildirilse de bizim çalışmamızda çocukların konuşma, yürüme gibi gelişimleri açısından gruplar arası anlamlı düzeyde farklılık saptanamadı. Bu konuda daha geniş örneklem grupları ile detaylı yapılacak nörolojik incelemeler sonucu yorum yapmanın daha doğru olacağı kanaatindeyiz.<sup>7</sup>

Bizim çalışmamızda sadece enürezis nokturnası olanlardan 11 çocuk (%16.41), nokturnal+diurnal enürezisi olanlardan ise 9 çocuk (%40.9) haftada her gece altını ıslatmaktaydı. Enürezis nokturnası olan çocuklarda yapılan bir çalışmada da yaklaşık olarak çocukların %15'inin her gece altını ıslattığı bildirilmiştir. Ayrıca nokturnal+diurnal enürezisi olan çocuklarda fiziksel bir nedenin daha sık olabileceği ve bunun sonucunda da enürezisin daha sık görülebileceği de belirtilmektedir.<sup>5,11</sup>

Bazı araştırmalar sonucunda enüretik çocukların psikolojik ve fiziksel istismara daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır.<sup>6,16</sup> Ayrıca ebeveynlerin 1/3'ünün çocuklarını altına ıslattıkları için cezalandırabildiği bildirilmiştir.<sup>6,18</sup> Tolerans düzeyi düşük ebeveynler, enürezis diurnası olan çocuklar için istismar açısından

daha büyük risk oluşturabilmektedir.<sup>6</sup> Çocuğa uygulanan fiziksel istismar, çocuğu ebeveyn arasında iletişim sorunları yaşanması, çocuğu suçlamaya eğilimli tutum gösteren ebeveynler, çocuğun sorunları ile baş edebilmede yetersiz olan ebeveynlerde daha sık görülebilmektedir.<sup>15</sup> Bizim çalışmanın sonuçları da bu çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermekteydi. Gruplar arasında çocuğa atılan dayak arasında fark olamamasına rağmen çocuğa atılan dayak sıklığı açısından anlamlı düzeyde fark vardı ve dayak sıklığı en fazla çalışma grubu 2'deydi. Fiziksel istismara uğrayan çocukların duygusal istismara da uğradığı düşünülürse, duygusal istismarın da çalışma grubu 2'de daha sık görülebileceği tahmin edilebilir. Bununla birlikte duygusal istismarın fiziksel istismar olmadan da olabileceği bilinmektedir. Ancak bizim çalışmamızda çocukların yaşlarının küçük olması nedeniyle fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın ölçekler yardımı ile daha detaylı değerlendirilememiş olması bir eksiklik olarak düşünülmekte, bunun daha geniş çalışma grupları ile yeniden değerlendirilmesi gerektiğine inanılmaktadır.

Dayağın daha çok düşük sosyoekonomik (SED) ve düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu bildirilmesine rağmen bizim çalışmamızda çalışma grubu 1'de anne eğitim düzeyi ile çocuğa atılan dayak sıklığı arasında, çalışma grubu 2'de çalışan annelerle atılan dayak sıklığı arasında pozitif ilişki, kontrol grubunda anne yaşı ile dayak sıklığı arasında negatif ilişki saptandı. Whipple ve ark. da yaptıkları çalışmada çocuğa karşı uygulanan fiziksel istismarda anne yaşının genç olması da risk faktörü olarak bildirmişlerdir.<sup>19</sup> Genç yaşta anne olmada sorunları çözebilme kapasitesi ve güçlüklerle başa çıkabilme stratejilerindeki yetersizlikler daha sık ortaya çıkabilmekte, bunun sonucunda da şiddete daha çok baş vurulabilmektedir. Yapılan başka bir araştırmada da çocuklarına şiddet uygulayan annelerde stres düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stres düzeyi yüksek olan anneler çocuklarının altını ıslatmasına aşırı tepki verebilir, ayrıca bu anneler çocukları ile yeterli iletişim kurmakta zorlanır, dolayısıyla çocuğa karşı daha sık şiddet uygulayabilirler.<sup>20,21</sup>

Yapılan çeşitli araştırmalarda enürezisin; düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık aile ortamında yaşama, düşük eğitim düzeyi, ailede boşanma ya da parçalanma olmasının enürezis için psikososyal risk oluşturabileceği bildirmiştir.<sup>5-7,9,10</sup> Boşanma ya da parçalanma sonucu çocukların yaşadıkları sorunlar; ayrıldıktan sonra daha düşük sosyal imkanlarla yaşama, kardeşlerinden ayrılma, yeni aile yapısına uyum, üvey ebeveyn ile yaşama zorunda kalmak olabilmekte ve bu nedenlerle anksiyete düzeyleri daha yüksek olabilmektedir. Çocuklarda artmış anksiyete düzeyi de stabil olmayan detrusor aktivitesine muskuler cevabın daha yetersiz olmasına yol açabilmekte ve böylece enürezis daha sık görülmesine katkıda bulunabilmektedir.<sup>6</sup> Çalışmamızda annelerin boşanma veya ailede parçalanma oranının

nocturnal+diurnal enürezisi olanlarda daha yüksek oranlarda olması bu sonucu destekler nitelikteydi.

Bazı araştırmalarda enürezis olan çocuklarda azalmış özgüven, okulda ve arkadaşları arasında sosyal uyumda sorunlar yaşama, davranış problemleri bildirilmiştir.<sup>6,7,11,12</sup> 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.<sup>6,11</sup>

Rey ve ark. (1995) enüretik çocuklarda nocturnal enürezis ve hiperaktivite arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.<sup>13</sup> Byrd ve ark. (1996) da nocturnal enürezisde davranış problemlerinin daha sık yaşandığını bildirmişlerdir.<sup>7</sup> 6-16 yaşlarında, 3600 Çinli çocuk üzerinde yapılan araştırmada logistik regresyona göre enüretik çocuklarda çekingenlik, bedensel yakınmalar, anksiyete, depresyon düzeyi, sosyal problemler, dikkat problemleri, yıkıcı ve saldırgan davranışların 2-4 kat arasında değişen oranlarda daha sık görüldüğünü saptamışlardır.<sup>8</sup>

Biederman ve ark. (1995) enürezis ile DEHB'nun yaklaşık olarak %30-45 oranlarında birlikte görülebileceğini, ayrıca DEHB olan enüretiklerin diğer ruhsal hastalıklar için daha riskli olmadığını bildirmişler-

dir.<sup>23,24</sup> Bizim çalışmamızda da çalışma grubu 1'de ruhsal bozukluk diğer iki gruba göre daha sıkı ve en sık saptanan ruhsal bozukluk DEHB idi. Ancak çocukta DEHB'nun bulunması diğer bir ruhsal bozukluk bulunma sıklığını arttırmıyordu. Diğer önemli bir bulgu 10 yaşından sonra çalışma grubu 1'de çocuklarda görülen ruhsal bozukluk sıklığının artmasıydı. Ferguson ve Horwood (1994) yapıları çalışmada enüretik çocuklarda 10 yaşından sonra davranış problemlerinin ve dikkat eksikliğinin, anksiyete düzeyinin ve çekingenliğin artış gösterdiğini bildirmişlerdir.<sup>14</sup>

#### SONUÇ

Polikliniğe başvuran ve enürezisi olan çocuk ve ergenin psikiyatrik değerlendirilmesinin yapılması, takip ve tedavide multidisipliner yaklaşım sağlanması, ve erken tedavi yaklaşımları ile çocukların özellikle kendilerine olan özgüvenlerinin artırılması daha ileriki yıllarda yaşanacak ruhsal sorun sıklığını azaltacağını düşünmekteyiz. Ayrıca, enürezisli çocuğa sahip anne ve babalarla etkileşim grupları kurularak duygusal paylaşımlar sağlanması, gerektiğinde psikotrop ilaçlar ile de yeterli destek verilmesi çocuk-ebeyerin ilişkisinde olumlu gelişmelere yol açabilecek ve çocuğun ruhsal açıdan daha sağlıklı olmasına önemli katkılarda bulunabilecektir.

#### KAYNAKLAR

1. Cengizler E, Avcı A, Uğuz Ş: Enüretik çocuk ve ailesi: Ruhsal ve organik değerlendirme. 3P Dergisi 1996; 4:21-27.
2. Houts AC, Berman JS, Abramson H: Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. J Consult Clin Psychol 1994; 62:737-745.
3. Avcı A: AÜTF Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastaların Belirti Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, AÜTF, 1992.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), E Köroğlu (Çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
5. Foxman B, Burciaga Valdez, RB, Brook RJ: Childhood enuresis: Prevalence, perceived impact and prescribed treatments. Paediatrics 1986; 77:482-487.
6. Butler RJ: Annotation; night wetting in children: psychological aspect. J Clin Psychol Psychiatry 1998; 39:453-463.
7. Byrd RS, Weitzman M, Lanphear NE ve ark: Bed-wetting in US children: epidemiology and related behaviour problems. Pediatrics 1996; 98:414-419.
8. Lie X, Sun Z, Uchiyama M ve ark: Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis, and behavioural problems in Chinese children aged 6 through 16 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:1557-1564.
9. Gümüş B, Vurgun N, Lekili M ve ark: Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 in Turkey. Acta Paediatr 1999; 88:1369-1372.
10. Oge O, Kocak I, Gemalmaz H: Enuresis: point prevalence and associated factors among Turkish children. Turk J Pediatr 2001; 43:38-43.
11. Butler RJ, Redfern EJ, Holland P: Children's notions about enuresis: and the implication for treatment. Scand J Urol Nephrol 1994; 163:39-57.
12. Hagglof B, Andren O, Bergstrom E ve ark: Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:79-82.
13. Rey JM, Bird KD, Hensley VR: Bedwetting and psychopathology in adolescents. J Paediatr Child Health 1995; 31:508-512.
14. Fergusson DM, Horwood LJ: Nocturnal enuresis and behavioral problems in adolescence: a 15-year longitudinal study. Pediatrics 1994; 94: 662-668.
15. Larrence DT, Twentyman CT: Maternal attributions and child abuse. J Abnorm Psychol 1983; 92:449-457.
16. Warzak WJ: Psychosocial implications of nocturnal enuresis. Special edition: treatment of childhood enuresis. Clin Pediatrics 1993; 38-40.
17. Çetin M, Ak I, Sürmeli A: Enürezisli çocukların sosyodemografik özellikleri ve primer enüretiklerde organizite araştırılması. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Tam Metin Kitabı, 1990, s.63-64, İzmir.

18. Butler RJ, Redfern EJ, Forsythe I: *The maternal tolerance scale and nocturnal enuresis. Behav Res Ther* 1993; 31:433-436.
19. Whipple EE, Webster-Stratton C: *The role of parental stress in physically abusive families. Child Abuse Negl* 1991; 15:279-291.
20. Dolz L, Cerezo MA, Milner JS: *Mother-child interactional patterns in high- and low-risk-mothers. Child Abuse Negl* 1997; 21:1149-1158.
21. Dubowitz H, Black MM, Kerr MA ve ark: *Type and timing of mothers' victimization: effect on mothers and children. Pediatrics* 2001; 107:330-338.
22. Potter DC, Wogoman HA, Nietch P: *Understanding nocturnal enuresis and its treatments. J Pract Nurs* 1999; 49:16-21.
23. Biederman J, Santangelo SL, Faraone SV: *Clinical correlates of enuresis in ADHD and non-ADHD children. J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36:865-877.
24. Mikkelsen EJ: *Enuresis and Encopresis: ten years of progress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1146-1158.