

Primer Enürezis Nokturnalı Hastaların ve Annelerinin Depresyon Ölçekleri ile Değerlendirilmesi

Mustafa SAHTİYANCI *, Gönül AYDOĞAN *, Alev YILMAZ **, Nilüfer ALÇALAR ***,
Erkut ÖZTÜRK *, Aysel KIYAK *, Burcu TÜRK ****, Ayşegül AKTALAY ****

* Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

*** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

**** Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikolojik Danışmanlık Bölümü

ÖZET

Amaç: Sık rastlanan çocukluk çağı hastalıklarından biri olan primer enürezis nokturna 5 yaşın üzerindeki çocuklarda gece uyurken aralıklarla oluşan idrar kaçırma davranışdır. Bu durum çocuklar ve anneleri üzerinde davranışsal sorunlara ve psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, primer enürezis nokturna tanısı alan çocuklar ve annelerinin depresif belirti şiddeti değerlendirmektir.

Yöntemler: Primer enürezis nokturna tanısı alan ve 3 aylık desmopressin tedavisine yanıt vererek enürezisi düzelen 40 çocuk ve onların anneleri çalışmaya alındı. Hastalara çocuklar için depresyon ölçeği, annelerine de Beck depresyon ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası olmak üzere iki kez verildi. Hastaların ve annelerinin tedavi öncesi depresyon puanlarıyla tedavi sonrası sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan çocukların ortalama yaşı 10.8 ± 2.2 yaş (7-15 yaş) idi ve 21'i (% 52.5) erkek, 19'u (% 47.5) kızdı. Çocukların ortalama çocuklar için depresyon ölçeği puanları tedavi öncesi 10.5 ± 6 ve tedavi sonrası 8 ± 5.5 idi. Çocukların tedavi sonrası çocuklar için depresyon ölçeği puanlarında tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir düşme saptandı ($p < 0.003$). Olguların annelerinin Beck depresyon ölçeği puanlarında tedavi öncesine göre düşme saptandı, ancak bu düşme istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0.125$).

Sonuç: Primer enürezis nokturna hem çocuk hem de anneleri üzerinde stres oluşturan ve olumsuz duyguduruma neden olan bir durumdur. Bu nedenle, çocuklar uygun tedavi yaklaşımları ile tedavi edilmeli, düzenli aralıklarla takipleri yapılmalı ve çocuk psikiyatristleri ve psikologları ile beraber çalışarak gerekli psikolojik destek verilmelidir. Hastaların annelerine de bu konuda yalnız ve çaresiz olmadıkları hissettirilmeli, anneler için de erişkin psikiyatristi ve psikolog tarafından destek hizmetleri sunulmalıdır.

Anahtar kelimeler: primer enürezis nokturna, desmopressin, depresyon, depresyon ölçeği

SUMMARY

Evaluation of Patients with Primary Nocturnal Enuresis and Their Mothers using Depression Scales

Objective: Primary nocturnal enuresis is one of the most frequently encountered condition in childhood and it is defined as intermittent bed-wetting during sleeping hours at night after 5 years of age. This condition may cause behavioral and psychiatric disturbances in children, and their mothers. The aim of this study is to evaluate depression levels of children with primary nocturnal enuresis and their mothers, as well.

Methods: Forty children diagnosed as primary nocturnal enuresis who were responsive to desmopressin treatment lasting for 3 months were enrolled in the study. For children, Depression Scale for Children, and for their mothers Beck Depression Scale was used to evaluate depression level before and after the treatment. The depression scale scores of the patients, and their mothers before and after the treatment were compared.

Results: The mean age of the children included in the study was 10.8 ± 2.2 years (7-15 years) and 21 (52.5%) of them were male, 19 (47.5%) were female. The mean score of the children as assessed with Depression Scale for Children before and after the treatment were 10.5 ± 6 and 8 ± 5.5 points respectively. In children the mean depression score after the treatment was found to be significantly decreased relative to the mean score before the treatment ($p < 0.003$). Although in children's mothers mean post-treatment Beck depression score was found to be decreased relative to the pretreatment level, this decrease was not statistically significant ($p = 0.125$).

Conclusion: Primary nocturnal enuresis cause emotional stress and negative affectivity both in children and their mothers. Therefore, children with primary nocturnal enuresis should be treated properly, followed -up regularly and given psychological support in collaboration with pediatric psychiatrists and psychologists. Supportive therapy should be given to the mothers of these patients by an adult psychiatrist and psychologist as well.

Key words: primary nocturnal enuresis, desmopressin, depression, depression scale

Alındığı tarih: 10.07.2011

Kabul tarihi: 08.09.2011

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Alev Yılmaz, Kardelen Vilları, No:26, Bahçeşehir-Başakşehir, İstanbul

e-posta: alevyy@yahoo.com

GİRİŞ

Primer enürezis noktürna (PEN) 5 yaşın üzerindeki çocuklarda gece uyurken aralıklarla oluşan idrar kaçırma davranışdır ⁽¹⁾. Çocukluk döneminde alerjik hastalıklardan sonra en sık görülen sorundur ⁽²⁾. Ülkemizde yapılan çalışmalarda % 20-30 gibi oldukça yüksek oranlarda görülme sıklığı bildirilmiştir ⁽³⁾.

Uluslararası Çocuk Kontinans Topluluğu (ICCS) 2006 yılında yayınladığı raporda primer ve sekonder enürezis kavramlarına yer vermiştir. Primer enürezis terimi, devamlı altını ıslatan ve kuru döneme sahip olmayan çocukları tanımlamak için kullanılmaktadır ⁽⁴⁾. Etiyolojisinde genetik, organik, psikososyal ve gelişimsel faktörler, uyku-uyanıklık sistemini kontrol eden kortikal merkezlerle mesane fizyolojisi arasındaki uyumsuzluklar ve hormonal faktörler yer almaktadır. Başlıca tedavi yöntemleri davranış tedavisi, alarm ile şartlandırma tedavisi, farmakolojik ya da kombine tedavilerdir ^(4,5).

Enürezisin zaman içinde çocuk ve ailesi üzerinde psikolojik sorunlara neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Enürezisli çocukların büyük bir kısmının kendini mutsuz hissettiği, bu durumdan utandıkları, daha sinirli ve huzursuz oldukları, kendilerini bebek gibi hissettikleri bildirilmiştir. Bu durumun çocuklarda davranış sorunlarına ve psikiyatrik sorunlara neden olabileceğine yönelik çalışmalar vardır ⁽⁶⁻⁹⁾.

Enürezisli çocuğu olan ailelerde çocuğun bakımından birinci derecede sorumlu olan anne en az çocuk kadar etkilenmektedir. Her gün yatakların, çarşafın, çocuğun elbiselerinin değiştirilmesi ve yıkanması anne için ek zaman ve enerji kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle anneler kendilerini çaresiz ve yalnız hissetmekte, yaşam kaliteleri düşmekte, kendilerine daha

az zaman ayırabilmekte, sosyal yaşamdan kendilerini kısıtlamak zorunda kalmaktadır. Bu durumun zamanla annelerde psikiyatrik ve depresif belirtilere yol açabildiği bildirilmiştir ^(10,11).

Bu çalışmanın amacı tedavi öncesi ve tedavi sonrası depresyon düzeylerini karşılaştırarak PEN tanısı almış çocuklar ile annelerinin depresif belirti şiddeti belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya Şubat 2009-Eylül 2009 tarihleri arasında Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Polikliniği'ne gece idrar kaçırma yakınması ile başvuran ve PEN tanısı konan 40 çocuk alındı.

Tüm olgulardan enürezisin ne zaman başladığı, idrar kaçırmalarının gündüz olup olmadığı, sıkışma, damlatma, mesaneyi yeterli boşaltıp boşaltmadığı, dışkılama alışkanlığı, kabızlık, enkoprezis varlığı, günlük idrar miktarı, işeme sıklığı gibi bilgileri içeren ayrıntılı öykü alındı. Hastalar öykü ve fizik muayeneyle mental retardasyon ve nörojen mesane açısından değerlendirildi ve mental retarde veya nörojen mesaneli hastalar çalışmaya alınmadı. Ayrıca sekonder enürezis yapabilecek idrar yolu enfeksiyonu, diyabetes mellitus, parazitoz gibi hastalık varlığı açısından da sorgulandı. Sekonder enürezisi olan hastalar çalışmaya alınmadı. Sosyo-demografik özellikler için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanıldı.

Olguların ayrıntılı fizik muayeneleri gerçekleştirildi. Yaşlarına uygun manşon ile tansiyon arteriyel ölçümleri yapıldı. Boyları ve kiloları ölçülerek yaşına uygun persantil eğrisine işaretlendi. Sırt ve gluteal bölgede dermal sinüs, kılınma, lipom gibi patolojik durumlar araştırıldı. Tüm

olgularda tam kan sayımı, biyokimyasal inceleme (üre, kreatinin, açlık kan glukozu) tam idrar tahlili, idrar kültürü çalışıldı. Ayrıca ultrasonografi ile böbrek boyutları, pelvikaliektazi, mesane morfolojisi ve postmiksyonel rezidüel idrar varlığı araştırıldı. PEN tanısı ICCS raporundaki tanıma uygun olarak kondu ⁽¹⁾.

Yapılan değerlendirmeler sonucu primer enürezis tanısı konulan 46 çocuğun anne ve babalarına çalışma hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş onam formu alındı. Desmopressin tedavisine başlamadan önce hastalara çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ), annelerine de Beck depresyon ölçeği (BDÖ) verildi. Daha sonra çocuklara desmopressin (minirin®) tablet veya nazal sprey biçimi başlandı. Tedaviye 0.1 mg ile başlanıp yanıt alınmazsa ilaç dozu 0.2 mg'a çıkarıldı. Olgular minirin® tedavisi alırken 4 haftada bir kontrole çağrılıp ilacın yan etkileri açısından klinik ve biyokimyasal (üre, kreatinin, sodyum ve potasyum) olarak takip edildi. Altı hasta takibe gelmedi. Üç aylık desmopressin kullanımı sonrası takiplerini devam ettiren ve idrar kaçırma yakınması ortadan kalkan 40 hastaya ÇDÖ ve annelerine de BDÖ tekrar edildi. ÇDÖ'ye göre 19 puan ve üzerinde olan çocuklarda ve BDÖ'ye göre 17 puan ve üzerinde olan annelerde depresyon belirti şiddetinin yüksek olduğu kabul edildi ^(12,13).

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analiz için "SPSS for Windows, Version 11,5, SPSS Inc, U.S.A" paket programı kullanıldı. Tekrarlayan ölçümlerde (bağımlı iki grup ortalamasının karşılaştırılması) "Wilcoxon işaret testi", gruplar arasındaki oranların karşılaştırılmasında "ki-kare" ve "Fisher Exact test" kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve enürezise ilişkin özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Ortalama yaş 10.8±2.2 yaş (7-15 yaş) ve 21'i (% 52.5) erkek, 19'u (% 47.5) kızdı.

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri.

	Ortalama±SD	Aralık
Yaş	18.8±2.2	7-15
	n	%
Cinsiyet		
Kız	19	47.5
Erkek	21	52.5
Baba eğitimi		
İlköğretim	29	72
Ortaöğretim	9	23
Yükseköğretim	2	5
Anne eğitimi		
Okula gitmemiş	7	17
İlköğretim	27	67
Ortaöğretim	5	13
Yükseköğretim	1	3
Kardeş sayısı		
Kardeş yok	1	2.5
1-3 kardeş	30	75
3-5 kardeş	3	7.5
5 ve yukarı kardeş	6	15
Kendine ait oda		
Var	11	27.5
Yok	29	72.5
Ailede enürezis öyküsü		
Var	24	60
Yok	16	40
Gündüz idrar kontrolü kazanma yaşı		
18-24 yaş	28	70
25-48 ay	11	27.5
49 ay ve yukarı	1	2.5

Olguların gündüz tuvalet alışkanlığı kazanma yaşı değerlendirildiğinde 6 olgunun (% 15) 1.5 yaşında, 22 olgunun (% 55) 2 yaşında, 4 olgunun (% 10) 2.5 yaşında, 7 olgunun (% 17.5) 3 yaşında, 1 olgunun (% 2.5) ise 5 yaşında bu alışkanlığı kazandığı tespit edildi. Anne ve babalar arasında akraba evliliği sorgulandığında 11 hastanın (% 27.5) anne babası arasında akrabalık olduğu saptandı. Olguların soygeçmişlerine bakıldığında, hastalardan 24'ünün (% 60) ailesinde birinci dereceden akrabalarında enürezis öyküsü tespit edildi.

Tablo 2. Çocukların ve annelerin tedavi öncesi ve sonrası depresyon ölçeği puanları.

	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		p
	*Ort.±SD	Arahk	*Ort.±SD	Arahk	
Çocuk depresyon ölçeği	10.5±6.0	(1-29)	8.0±5.5	(1-26)	0.003**
Beck depresyon ölçeği	16.0±10.0	(4-41)	14.0±8.0	(0-35)	0.125

*Ort±SD: ortalama±standart sapma; **Wilcoxon Signed Ranks Test, p<0,01

Çocukların ve annelerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası ölçek sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir. Çocukların ortalama ÇDÖ puanları tedavi öncesi 10.5±6.0 bulundu ve ölçeğin kesme puanı olan 19 puan üzerinde 4 olgu saptandı. Tedavi sonrası ortalama ÇDÖ puanı ise 8.0±5.5 idi ve yalnızca 1 çocuk kesme puanının üzerinde puan aldı. Tedavi sonrası ortalama ÇDÖ puanında tedavi öncesi puana göre anlamlı düşüş saptandı (p=0.003). Olguların tedavi ile aldıkları ÇDÖ puanlarındaki değişim değerlendirildiğinde 23 olgunun (% 57.5) ÇDÖ puanında düşme, 14 olgunun (% 35) ÇDÖ puanında yükselme saptandı; 3 olgunun (% 7.5) ÇDÖ puanında ise değişiklik saptanmadı.

Olguların annelerinin tedavi öncesi BDÖ puanlarının ortalama değeri 16±10 idi ve annelerden 17’sinin puanı (% 42.5) ölçeğin kesme puanı olan 17 puan ve üzerindedir. Annelerin tedavi sonrası ortalama BDÖ puanı 14±8 olarak saptandı ve ölçeğin kesme puanı üzerindeki anne sayısı 13 (% 32.5) idi. Bu bulgulara göre tedavi sonrası BDÖ değerlerinde düşme saptanmış olmasına karşın bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.125). Olguların tedavi sonrası BDÖ puanlarındaki değişim değerlendirildiğinde annelerden 19’unun (% 47.5) puanında düşme, 19’unun (% 47.5) puanında yükselme saptandı; 2’sinin (% 5) puanında ise değişiklik saptanmadı.

TARTIŞMA

Enürezisin etiyolojisi, fizyopatolojisi, tedavisi ve sonuçları halen tartışma konusudur. Etiyopatogenezinde çevresel faktörler, endokrinolojik, nörolojik, üriner patolojiler, ailesel predispozisyon, uyku ve uyanıklık sistemine ait patolojiler gelişim sorunları gibi birçok etkenin rol oynadığı bildirilmiştir (14).

Çalışmamızda primer enürezisli hastaların % 52.5’i erkek % 47.5’i kız olup, hasta grubumuzda cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Serel ve ark. (15) 5724 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmalarında, enürezis prevalansını erkeklerde % 14.3 ve kızlarda % 7.6 olarak saptamıştır. Gümüş ve ark.’nın (16) yaptığı çalışmada, enürezis prevalansı erkeklerde % 16.9 iken, kızlarda % 10.6; total prevalans ise % 13.7 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, Gür ve ark. (17) ise erkeklerde % 12.2; kızlarda % 12.7 olarak buldukları çalışmalarında cinsiyet ile enürezis prevalansı arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir.

Enüreziste en çok araştırılan konulardan birisi de literatürde yüksek oranda bildirilen pozitif aile öyküsüdür. Elia ve ark. (18) yaptıkları çalışmalarında, birinci derece akrabalarda pozitif aile öyküsü oranını % 73 olarak saptamıştır. Benzer bir çalışmada Gontard ve ark. (19) bu oranı % 63.2 olarak tespit etmiştir. Fergusson ve ark. (20,21) enüreziste aile öyküsünün kuruluğa erişme yaşında en önemli belirteç olduğu bildirmiş ve en az iki birinci derece akrabasında enürezis öyküsü olan çocuklarda gece mesane kontrolü gelişiminin en az 1,5 yıl geciktiğini öne sürmüşlerdir. Jarvelin ve ark.’nın (22) çalışmasında, eğer bir ebeveynde enürezis öyküsü varsa enürezis riskinin sağlıklı ailelere göre 5-7 kat arttığı, her iki ebeveynde de enürezis varsa bu riskin 11,3 kat arttığı bulunmuştur. Öge ve ark.’nın (23)

Türkiye’de yaptıkları çalışmalarında, enüretik çocukların % 40.7’sinin pozitif aile öyküsüne sahip olduğunu; enüretik olmayanlarda bu oranın % 9,5 olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda ise birinci dereceden akrabalarından birinde enürezis varlığı % 60 olarak saptanmıştır. Bu sonuç Öge ve ark. (23) çalışmasına göre yüksek olsa da genel olarak liteatürle uyumluluk göstermekteydi. Bu sonuca bizim gibi Doğu ve Ortadoğu toplumlarında sık görülen akraba evliliğinin neden olabileceği düşünülmüştür. Olgularımızın ebeveynlerinde akraba evliliği oranı % 27.5 olarak saptanmıştır.

Ayrıca ailedeki birey sayısının da enürezis ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ailedeki birey sayısı 5 ve daha az olan çocuklar ile 6 ve daha fazla olan çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada ailedeki birey sayısı 6 ve daha fazla olan grupla enürezis sıklığı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (17). Safarinejad ve ark.’nın (24) İranlı çocuklar üzerinde yaptığı bir çalışmada, ailedeki birey sayısı ile enürezis arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda olgulara ailedeki birey sayısı sorulmamıştı, ancak kardeş sayısı sorgusunda % 55 olgunun 2 ve daha fazla kardeşi olduğu saptandı. Böylelikle % 55 olgunun aile birey sayısı en az 5 olduğu varsayılarak literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Enürezisli çocuklarda idrar kontrolünü kazanma yaşı üzerinde durulan bir başka konudur. İki-4 yaş arası dönemin gece mesane kontrolünü kazanma için hassas bir dönem olduğu ve bu dönemde stres yaratan bir durumla karşılaşan çocuklarda enürezis gelişme riskinin arttığı gösterilmiştir (25). Yurtçu ve ark.’nın (26) sağlıklı ve sekonder enürezisli çocuklarda idrar tutabilme yaşlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, enüretik çocukların kontinans yaşlarını sağlıklı çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuş ve

erkek çocuklarda kontinans yaşının kızlara göre 1,2 ay daha yüksek olduğunu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır (26). Zamanında verilen tuvalet eğitiminin kontinansın sağlanmasında önemi büyüktür bu nedenle çocukların tuvalet eğitimine 22 ay civarında başlanması önerilmelidir. Yaptığımız çalışmada olguların % 70’inin gündüz idrar tutabilme yaşlarının 18 ay ile 24 ay arasında olduğu bulunmuştur ki, bu sonucun da literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Enürezis ile ruhsal durum ilişkisine bakıldığında, günümüzde artık psikolojik faktörlerin enürezis etiolojisindeki yerinden daha çok enürezisin zaman içinde çocuk ve ailesi üzerinde yarattığı psikolojik sorunlardan söz edilmektedir. Genellikle cezalandırılan bu çocuklar ciddi bir duygusal ve fiziksel istismar riski altındadır. Bu sorunun çocuklarda özgüven eksikliği, içine kapanıklılık, agresif davranışlar ya da davranış sorunlarına neden olduğunu bildiren çalışmalar vardır (6-9). Bu noktadan hareketle, çalışmamızda primer enürezis olgularımıza desmopressin tedavisi öncesi ve tedaviden yanıt alınan hastalara tedavi sonrası çocuklar için depresyon ölçeği verildi. Tedavi sonrası değerleri tedavi öncesi değerlere göre anlamlı olarak daha düşük saptandı. Yani, enürezis çocuklarda içe kapanma ve depresif duyguduruma neden olabilmekte ya da enürezisin ortadan kalkması ile depresif belirtilerde azalma olmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamız bu açıdan literatürle paralellik göstermekteydi. Hjalmas ve ark. (27) yaptıkları çalışmalarında, enüretik çocukların sağlıklı çocuklara göre daha heyecanlı, daha sabırsız, daha sinirli, daha huzursuz olduklarını bulmuştur. Joinson ve ark.’nın (28) enüretik ve sağlıklı çocukları karşılaştırdıkları çalışmalarında, sağlıklı çocuklara göre enürezisli çocuklarda psikolojik sorunların daha yüksek oranda birlikteliği saptanmıştır. Çeşitli enürezis ve üriner inkonti-

nans tipleri ile davranış sorunları ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada psikiyatrik bozukluklarla en yüksek birliktelik idrar yapmayı erteleyen çocuklarda, en düşük birliktelik ise primer enürezis nokturnal çocuklarda bulunmuştur ⁽²⁹⁾. Hagglof ve ark.'nın ⁽⁸⁾ İsveç'li çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada, enürezisli çocuklara farmakolojik tedavi uygulanmış, tedavi öncesi ve tedaviden 3 ve 6 ay sonra testler uygulanarak çocukların özgüvenleri değerlendirilmiştir. Tedaviden yarar gören çocukların hem tedavi öncesi değerlerine göre hem de tedaviden yarar görmeyen çocuklara göre özgüven değerlerinin anlamlı olarak yükseldiğini saptamışlardır.

Enürezis varlığı çocuğu olduğu kadar ailesini de olumsuz etkilemektedir. Çocukların bakımından birinci derecede sorumlu olan anneler bu sorun nedeniyle düşük yaşam kalitesi, sosyal yaşamdan soyutlanma ve psikososyal sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir. Enürezisli çocukların anneleri üzerinde yapılmış çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu konudaki ilk çalışma Haque ve ark. ⁽³⁰⁾ tarafından yapılmış; enüretik çocukların ailelerine Ailenin Enürezise Bakış Açısı Formu doldurtulmuştur. Bu çalışmada ailelerin % 61'inin enürezisi önemli bir sağlık sorunu olarak tanımladıkları bildirilmiştir. Egemen ve ark. ⁽¹⁰⁾ enürezisli ve sağlıklı çocukların annelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, enüretik çocukların annelerinin anlamlı derecede daha düşük yaşam kalitesine ve daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduklarını bulmuştur. Çalışmamızda annelerin tedavi sonrası depresif belirti şiddetinin tedavi öncesine göre daha düşük olduğunu ancak bunun istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığını saptadık. Bu sonucun annelerde depresyon oluşturabilecek diğer nedenler (ailesel sorunlar, kronik sağlık sorunları, 2 yaşın altında ya da özel bakım gerektirecek çocuğu olup olmadığı vb.) açısından irdelenmemesine

bağlı olabileceği düşünüldü. Çalışmamızın kısıtlılıkları anne ve çocuklara klinik olarak depresyon değerlendirilmesi yapılmamış olması ve hasta sayısının az olmasıdır.

Sonuç olarak, enürezis hem çocuklarda hem annelerinde psikolojik etkilere yol açabilen çocukluk çağı sorunlarından biridir. Uzun süren, aile içi dinamikleri etkileyen, çocukta benlik saygısında azalma ve depresyona yol açan durumlarda hastaların tedavileri multidisipliner bir anlayışla çocuk doktoru, çocuk psikiyatristi ve psikoloğu, ayrıca annenin tedavisi erişkin psikiyatristi ve psikoloğunun ortaklaşa çalışması ile yapılmalıdır. Bizim çalışmamızda da tedavi sonrası hem çocuklarda hem de annelerinde depresif belirti şiddetinde düşüş olması bu bilgileri destekler niteliktedir. Ancak, çalışmamızda tedaviden yarar görmeyen gruba da tedavi sonrası ölçeklerin uygulanmaması, sağlıklı çocuklardan oluşan kontrol grubunun olmaması, anne ve çocuklara klinik olarak depresyon değerlendirilmesi yapılmamış olması ve hasta sayısının az olması çalışmanın eksiklikleri arasındadır. Gelecekte bu konu ile ilgili olarak, desmopressin tedavisinden yarar gören ve görmeyen enüretik gruplar ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. **Neveus T, Von Gontard A, Hoebeke P, Hjalmas K.** The standardisation of terminology of lower urinary tract functional in children and adolescent. Report from the standardisation committee of the international children's continence society (ICSS) J Urol 2006;176:314-324.
2. **Tietjen DN, Husmann DA.** Nocturnal enüresis: A Guide to Evaluation and Treatment. Mayo Clin Proc 1996;71:857-862.
3. **Neyzi O, Ertuğrul T, Ekşi A.** Psikososyal gelişme ve sorunlar, çocuğun ruhsal gelişimi, Enürezis, Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 1420-1421.
4. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al.** The stan-

- standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization Subcommittee of the International Continence Society. *Nurourol Urodyn* 2002;21:167-168.
5. **Tekgöl S.** Enürezis nokturnaya ürolojik bir bakış açısı. *Katkı Pediatri Dergisi* 1998;19(1):50-58.
 6. **Butler RJ, Redfern EJ, Holland P.** Children's notions about enuresis and the implications for treatment. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1994;163:39-47.
 7. **Theunis M, Van Hoecke E, Paesbrugge S, Hoebek P, Vande Walle J.** Self-image and performance in children with nocturnal enuresis. *Eur Urol* 2002;41:660-667.
 8. **Hagglof B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M.** Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of self-esteem after treatment. *Eur Urol* 1998;33(suppl 3):16-19.
 9. **Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P.** Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol* 2004; 171:2545-2561.
 10. **Egemen A, Akil I, Canda E, Ozyurt BC, Eser E.** An evaluation of quality of life of mothers of children with enuresis nocturna. *Pediatr Nephrol* 2008;23:93-98.
 11. **Butler RJ, Brewin CR, Forsythe WI.** Maternal attributions and tolerance for nocturnal enuresis. *Behav Res Ther* 1986;24(3):307-312.
 12. **Öy B.** Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132-136.
 13. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
 14. **Özdirim E, Saatçi Ü, Tekgöl S, Ünal F.** Enürezis. *Hacettepe Tıp Dergisi* 1997;28(3):69-75.
 15. **Serel TA, Akhan G, Koyuncuoğlu HR, Öztürk A, Doğruer K, Ünal S.** Epidemiology of enuresis Turkish children. *Scand J Urol Nephrol* 1997;31:537-539.
 16. **Gümüş B, Vurgun N, Lekili M, Iscan A, Müezzinoğlu T, Büyüksu C.** Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 years in Turkey. *Acta Paediatr* 1999;88:1369-1372.
 17. **Gür E, Turhan P, Can G ve ark.** Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in İstanbul, Turkey. *Pediatr Int* 2004;46(1):58-63.
 18. **Elian M, Elian E, Kaushansky A.** Nocturnal enuresis: a familial condition. *J R Soc Med* 1984;77:529-530.
 19. **Von Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eiberg H, Ritting S.** The genetics of enuresis: A review. *J Urol* 2001;166:2438-2443.
 20. **Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT.** Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: An 8 year year longitudinal study. *Pediatrics* 1986;78:884-890.
 21. **Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT.** Secondary enuresis in a birth cohort of New Zealand children. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1990;4:53-63.
 22. **Jarvelin MR, Vikevainen-Tervonen I, Morlanen I, Huttunen NP.** Enuresis in seven years old children. *Acta Paediatr Scand* 1988;77:148-153.
 23. **Öge Ö, Koçak İ, Gemalmaz H.** Enuresis: point prevalence and associated factors among Turkish children. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2001;43:38-43.
 24. **Safarinejad MR.** Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated og familial factors and urinary pathology among school children in İran. *Journal of Pediatric Urology* 2007;3:443-452.
 25. **Mac-Keith R.** A frequent factor in the origins of primary nocturnal enuresis: anxiety in the third year of life. *Dev Med Child Neurol* 1968;10:465-470.
 26. **Yurtçu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin KT, Günel E.** Sağlıklı ve enüretik çocuklarda idrar tutabilme yaşlarının araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006;5:41-49.
 27. **Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P.** Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol* 2004; 171:2545-2561.
 28. **Joinson C, Heron J, Emond A, Butler R.** Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *J Paediatr Psychol* 2007;32(5):605-616.
 29. **Zink S, Freitag CM, von Gontard A.** Behavioral comorbidity differs in subtypes of enuresis and urinary incontinence. *J Urol* 2008;179(1):295-298.
 30. **Haque M, Ellerstein NS, Gundy JH, Shelov SP, Weiss JC, McIntire MS, et al.** Parental perception of enuresis. A collaborative study. *Am J Dis Child* 1981;135:809-811.