

Enürezisli Çocuğa Yaklaşım*

[Enuresis Management in Children]

ÖZET

Enürezis, çocuğun benlik saygısını ve yaşam kalitesini etkileyen ve çocukluk çağının en sık karşılaşılan psikososyal sorunlarından biridir. Uluslararası Çocuk Kontinans Cemiyeti'nin (ICCS) tanımına göre, enürezis en az 5 yaşından sonra, istemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyici, en az ardışık 3 ay süreyle gündüz ve/veya gece idrar kaçırma olarak tanımlanır. Enürezis biyolojik, sosyal ve psikolojik pek çok nedenle ortaya çıkabilir. Enürezisli çocuğun tedavisinde amaç, çocuğun benlik duygusu zedelenmeden sorunun çözümlenmesidir. Enürezisin tedavisinde en önemli görev aileye düşer. Hemşireler, sağlık bakım hizmetlerinin her aşamasında enürezisi olan çocuk ve ailesinin gereksinimlerini karşılamaktan sorumludurlar. Bu nedenle, enürezisin nedenlerini, tipini ve şiddetini doğru olarak değerlendirebilmeli, çocuk ve ailenin yaşamına etkilerini anlamalı, tedavi yöntemlerini bilmeli ve bu konuda ailelere danışmanlık hizmeti sağlamalıdır.

SUMMARY

Enuresis is the most common psychosocial problems in childhood and affects the child's self-esteem and quality of life. According to International Children's Continence Society (ICCS), enuresis is defined as after a minimum of five years, involuntary or purposeful, repetitive, at least three consecutive months of day and/or night as urinary incontinence. Enuresis can occur for many reasons; biological, psychological, social. Aim of treatment child with enuresis solve the problem without disturbing the children's self esteem. Family takes the most important role at treatment. Nurses responsible the needs of children with enuresis and their families at every stage of health care services. Therefore, nurses know the causes, type and severity of enuresis, understand the effects of child and family life, know the treatment methods and should provide counseling services to families.

Neşe Alparslan¹ Melahat Akgün Kostak²

¹Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kırklareli.
²Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Edirne.

Anahtar Kelimeler:

Çocuk, Enürezis, Hemşire, Danışmanlık.

Key Words:

Child, Enuresis, Nurse, Counseling.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Melahat Akgün Kostak
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Edirne.
akgunmel@yahoo.com

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 14.02.2012, **Kabul Tarihi/Date of Acceptance:** 02.04.2012, **DOI:**10.5455/pmb.1329213601

*53. Milli Pediatri 8. Çocuk Hemşireliği Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (21-25 Ekim 2009).

GİRİŞ

Enürezis "yatak ıslatma" insanlık tarihinde kayıtları bulunan en eski sağlık problemlerinden biridir. Milattan önce 1550 yıllarına uzanan Ebers papirüslerinde enürezis tanımına rastlanmaktadır. Tarih boyunca şiddeti de içeren birçok yöntemle tedavi edilmeye çalışılan bu probleme günümüzde de cezalandırma ile çare aranması söz konusudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde ebeveynlerin 1/3'nün enüretik çocuklarına ceza uyguladığı, ülkemizde yapılan bir çalışmada da enüretik çocukların %35'inin ağır cezaya maruz kaldıkları, başka bir çalışmada da ailelerin %62,3'ü korkutma, %19,7'si cezalandırma şeklinde olumsuz yaklaşımlar sergiledikleri bulunmuştur (1,2).

Enürezis tüm dünyada çok sık rastlanan çocukluk çağı psikososyal sorunlarından biridir (3-7). Çocuk ve ailesinde strese neden olan sosyal bir sorundur. Çocuğun özgüvenini azaltır, utanç duymasına ve psikolojik sorunlara neden olur. Ayrıca toplumun ve ailelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmayışı ve yanlış tutumları da çocuğa zarar verir (2,4-8).

Tanım ve Sınıflama

Gelişme ve olgunlaşmanın doğal bir sonucu olarak çocuklar genellikle iki yaşına kadar gündüz, dört yaşına kadar da gece kontinansı (idrar kontrolünü) kazanırlar (6,9). Uluslararası Çocuk Kontinans Cemiyeti'nin (ICCS) tanımına göre enürezis, uygunsuz olarak yapılan normal işemdir. Çocuklarda en az 5 yaşından sonra istemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyici, en az ardışık 3 ay süreyle gündüz ve/veya gece idrar kaçırma olarak da tanımlanmaktadır (7,10,11). DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) sınıflandırma sistemi içinde dışa atım bozuklukları kapsamında yer almakta ve nokturnal (gece uykuda idrar kaçırma), diurnal (gündüz idrar kaçırma) ve kontinual-hem nokturnal hem diurnal (gece ve gündüz idrar kaçırma) olarak üçe ayrılmaktadır. Ayrıca, doğumdan bu yana idrar kontrolünün hiç sağlanamamasına primer/birincil enürezis, idrar kontrolü başladıktan ve en az 6 ay (bazı yazarlara göre 1 yıl) kuru kaldıktan sonra tekrar enürezisin ortaya çıkmasına ise sekonder/ikincil enürezis denir (6,7,9,11-13).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından enürezis için önerilen tanı ölçütleri de şunlardır (11,12):

- * Herhangi bir zamanda yatağa ya da giysilere tekrarlayıcı nitelikte idrar kaçıırma olması,
- * Bu olayın ardışık olarak en az 3 ay süreyle ve haftada en az 2 kez ortaya çıkması,
- * Takvim yaşının en az 5 olması,
- * Okul ya da sosyal yaşantı ile ilgili olarak sıkıntı yaratması,
- * Bu davranışın diüretik gibi ilaçların ya da tıbbi bir hastalığın etkilerine bağlı olmamasıdır.

Epidemiyoloji

Enürezisin prevalansı; költürlere, ırklara, etnik gruplara, coğrafi bölgelere, ölkelerin gelişmişlik ve sağlık düzeylerine göre farklılık gösterir. Prevalans yaş gruplarına, enürezisin tanımına, nüfusun karakteristiklerine, yapılan araştırmaların kriterlerine ve kullanılan yöntemlere bağlı olarak da değişmektedir (7,13-16). Bu nedenle enürezis prevalansını gösteren farklı popölasyonlar ve farklı yaşlarda yapılmış çok sayıda epidemiyolojik çalışma mevcuttur (7,11,13,15,17,18).

Dünyada 50 milyonun üzerinde enürezisli çocuk olduğu tahmin edilmektedir (19). Genel olarak kabul edilen, 5 yaş civarında %15-20 oranında görüldüğüdür. Sıklık 10 yaşında %7, yaşla birlikte azalarak yetişkinlikte %1-3 oranında görülür (7,13). Çeşitli ölkelerde yapılan çalışmalarda çocuklarda enürezis sıklığı; İran'da %6,8, Hindistanda %18,6,

İtalya'da %3,8, Kore'de %9,2, Avusturalya'da %18,9, Sudan'da %13,7, Suudi Arabistan'da %15, Hollanda'da %15, Almanya'da %20, Çinde %4,07 olarak bildirilmektedir (15-17,20).

Ölkemizde ise değişik bölgelerde yapılan araştırmalara göre enürezis sıklığı 6-18 yaşta %9, 5-16 yaş erkeklerde %29,4, kızlarda %25,8 saptanmıştır (4,21). Yapılan çalışmalara göre enürezis okul çocuklarında %20-30 gibi oldukça yüksek oranda görülmektedir (6,11). Bir başka çalışmada da altına işeyen çocukların %75-90'ını birincil enürezis, %80-90'ı nokturnal enürezistir (11,18). Genel olarak da enüretik çocukların %60'ı erkek, %40'ı kızdır. Dünya genelinde de cinsiyet açısından bakıldığında enürezis sıklığı (İran, Hindistan, Suudi Arabistan, Nijerya, Çin, Mısır, Almanya, Hollanda) erkeklerde, kızlara oranla yüksektir (7,15,16,17,20). Erkeklerde nokturnal, kızlarda diürnal enürezis daha sık görülür. Enürezisli çocukların yaklaşık %10'u hem gece hem de gündüz yatak ıslatmaktadır. Tüm enürezis vakalarının %20'sini de sekonder enürezis oluşturmaktadır (22).

Etyoloji

Enürezisin etyolojisi multifaktöriyel olup tam olarak anlaşılamamıştır. Genetik, matürasyonel, ailesel, emosyonel ve psikolojik faktörler, uyku bozuklukları, cinsiyet, mesane ile ilişkili faktörler enürezis gelişiminde rol oynar (Tablo 1) (6,7,10,11,12, 21,23,24).

Tablo 1: Enüreziste etyolojik faktörler.

Genetik faktörler	Maturasyonel faktörler	Ailesel faktörler	Psikolojik faktörler
*Ailede enürezis öyküsü olması	*Düşük doğum ağırlığı *Motor gelişim geriliği	*Ailenin ekonomik durumu *Anne-babanın eğitim düzeyi	*İlgisizlik, sevgisizlik, ihmal *Yeni kardeşin doğumu
*Otozomal dominant resesif kalıtım	*Boy kısalığı	*Kalabalık aile ortamında yaşama	*Tuvalet eğitiminin verilmemesi
*İkizlerde görülme sıklığında artış	*Yürümede gecikme *Konuşmada gecikme	*Ailede hastalık-ölüm *Boşanma-parçalanma Yaşanması	*Zamanından önce veya çok baskılı tuvalet eğitimi *Annenin aşırı koruyuculuğu *Okul başarısızlığı
Uyku bozuklukları	Mesane ile ilişkili faktörler	Cinsiyet	
*Derin uyku paterni *Uyku apnesi	*Düşük mesane kapasitesi	*Erkek	

Yapılan bazı araştırmalarda 4 ay ve daha uzun süre anne sütü ile beslenmenin çocukluk çağı sırasında yatak ıslatmaya karşı koruduğu, fındık ve soya fasulyesi alerjilerinin enürezis nokturna riskini arttırdığı, ayrıca enürezis nokturna nedenleri arasında, Enterobius vermicularis'in de dikkate alınması gerektiği bildirilmektedir (25).

TEDAVİ

Enürezisli çocuğun tedavisinde amaç, çocuğun benlik duygusu zedelenmeden, sorunun erken dönemde çözümlenmesidir (3,7,26). Enürezis çocuk ve aile için önemli bir problem haline gelmişse ve çocuk 6 yaşından büyük ise tedavi edilmelidir (27). Tedavi yaşı genellikle okula başlama yaşıdır. Bu yaşta sosyal problemler çocuk ve aile için daha önemli hale gelmektedir (13).

Enürezis çok farklı nedenlerle ortaya çıkabildiği için tedavisi, hekim, hemşire, fizyoterapist, psikiyatrist, eğitimciden oluşan multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirir (3,13,26). Tedavi, çocuk ve ailenin işbirliği ve desteği ile mümkündür (13,28,29). Yapılan çalışmalar Türk ailelerin enürezis hakkında fazla endişelenmediklerini ve problemi çözmek için genellikle geleneksel yöntemleri tercih ettiklerini göstermektedir. Bu durum enürezisin kendiliğinden iyileşebilmesinden kaynaklanmaktadır. Enürezis tedavisinde kullanılan ilaçların kısırlığa yol açacağı yönündeki batıl inançlar da ailelerin tedavide geleneksel yöntemleri tercih etmelerine neden olmaktadır. Diğer kronik hastalıklarla kıyaslandığında enürezis en büyük negatif etkisini çocuğun sosyal sağlığı üzerine yapar. Enürezis kendiliğinden iyileşebilir ancak sebep olduğu sosyal ve emosyonel sorunlar nedeniyle tedavi edilmesi gereken bir durumdur (5,7,13,27,29).

Enürezisin davranış ve ilaçla olmak üzere başlıca iki tedavi yöntemi vardır. (6,7,10,13,23). Tedavi yönteminin seçiminde çocuğun yaşı, ailenin özellikleri, yaşadığı ortam ve enürezisin şiddeti gibi birçok faktör dikkate alınmalıdır (13,23,30). İlk seçilecek tedavi yöntemi davranışsal/nonfarmakolojik tedavi olmalıdır (13,30). Davranışsal tedavi yöntemleri yan etkileri ve diğer tedavi yöntemleri ile kıyaslandığında sınırlamaları olmaması nedeniyle tercih edilirken, tedaviye uyumsuzluk ve ailelerin bu yöntemlerin etkinliğine güvenmemeleri nedeniyle tercih edilmemektedir (26).

Enürezisin tedavisinde ortak görüş basamaklı tedavi modelinin uygulanmasıdır. Birinci basamakta davranış tedavisi, ikinci basamakta alarm yatağının tek başına veya davranış tedavisi ile birlikte

kullanılması ve son basamakta da ilaç tedavisi olarak desmopressinin kullanılmasıdır. Ayrıca, çocuğun işeme alışkanlıklarının gözden geçirilmesi ve doğru işeme alışkanlığı kazanmasını sağlamak önemlidir. Tüm tedavi seçeneklerinde çocuk ve ailenin tedavi sürecine aktif katılımı önemlidir (2,13,25,28).

Davranış Tedavileri

Enürezis tedavisinde kullanılan davranışsal yöntemler, motivasyon tedavisi, mesane eğitimi, alarm-uyarı tedavisi, biofeedback, akupunktur tedavisi ve hipnoterapidir (2,3,13,28).

Motivasyon Tedavisi

Tedavinin amaçları; çocuk ve aile arasında olumlu ilişki kurulmasını sağlamak, çocuğun suçluluk duygusunu ortadan kaldırmak ve duygusal destek sağlamaktır (31). Motivasyon tedavisi, çocuğun kuru kalması için motive edilmesini içerir. Çocuğun tedavide aktif rol alması için motivasyonu sağlanmalıdır. Çocuk yeterince istekli değilse, hazır oluncaya kadar tedavi ertelenmelidir. Öncelikle çocuğa ve aileye bunun hastalık olduğu, bu konuda yalnız olmadığı, çözümlenmesi olan bir sorun olduğu anlatılır (13,27,28).

Bu yöntemde çocuğun günlük işeme paterni değerlendirilir. Çocuk, sabah evden ayrılmadan, okulda ve eve dönüşte sık ve düzenli işemeye özendirilir. Çocuğun yatmadan önce mutlaka işetilmesi, gece işemesi için uykudan uyandırılması, akşam yemeği ile birlikte ve akşam yemeğinden sonra sıvı alımının, kafeinli, karbonatlı, sitrik asitli işeceklerin azaltılması, uyuduktan 1-1,5 saat içinde uyandırılarak işetilmesi sağlanır (3,19,23,26).

Motivasyon tedavisinde kayıt tutulması ve ödüllendirme tekniklerinin kullanılması, çocuğun motivasyonunun desteklenmesini, tedavide sorumluluk almasını ve tedaviye katılımını sağlaması açısından önemlidir. Çocuktan yazılı bir takvim tutması, her sabah kuru ya da ıslak kalktığını işaretlemesi istenir. Okuma yazma bilmeyen çocukların kuru kalktığı zaman güneş, ıslak kalktığı zaman bulut resmi çizmesi istenir. Bunları çocuğun kendisinin yapması sağlanmalıdır. Kuru ya da güneşli günler çoğunlukta ise, çocuğun ödüllendirilmesi tedaviyi olumlu yönde etkiler (3,25,26,28,30). Ödülün niteliği, çocuğun bireysel özelliklerine, yaşına ve sosyokültürel düzeyine uygun olmalıdır (27). Enürezisi olan çocuklara yaşına göre değişik sorumluluklar verilmesi de tedaviyi olumlu etkilemektedir. 5 yaşındaki çocuğun ıslattığı yatağı kendisinin toplaması istenebilir (28).

Davranış motivasyonu ile çocukların %25'inde tam başarı (14 gün ardışık kuru kalma) olduğu bildirilmiştir (3). Bu yöntem tek başına tedavi etmede yeterli olmamakla birlikte diğer tedavi yöntemlerinin başarı oranını arttırmada etkilidir. Alarmla tedavi ya da farmakolojik tedavi yöntemlerinden daha uzun bir iyileşme süreci gerektirmekle birlikte tekrarlama oranı diğer yöntemlerden ortalama %5 oranında daha azdır (26,31).

Alarm-Uyarı Tedavisi

Enürezisin en spesifik ve en etkin tedavi yöntemi olarak kabul edilir. Randomize klinik çalışmalarla desteklenen bir tedavi yöntemidir ve Modifiye Oxford Kriterleri'ne göre kanıt düzeyi I, öneri derecesi A olarak belirtilmektedir (13). Özellikle uyanma sorunu olan çocuklarda etkilidir. Alarm, ince, sökölüp-takılabilir, sterilize edilebilir, paslanmaz, neme duyarlı bir sensöre bağlıdır. Bu sensör, iç çamaşırın dışına yerleştirilir. İdrar geldiğinde duyarğa nemlenir, alarm çalışır ve uyarı aktive olur. Çocuğun uykusunda idrar yapmaya başlamasıyla çalan bu alarm zili aracılığı ile çocuğun her istemsiz idrar yaptığı uyanması ve sonuçta koşullu refleksin yerleşmesi sağlanır. Ayrıca alarmın çalması ve çocuğun uyanması external sfinkter kasının aniden kasılmasına neden olarak idrarın mesaneden akmasını önler (26,30). Çocuk yataktan kaldırılarak tuvalete işemeye götürülür. Çocuğun tamamen uyandırılıp işemesini tuvalette tamamlaması önemlidir (19). Alarm tedavisinin gece ve gündüz fonksiyonel mesane kapasitesini arttırdığı düşünülmektedir (26,27).

Bu tedavinin uygulanmasında ailenin ve çocuğun tam uyumu başarı şansını artırır. 7 yaşından küçük ve tek başına/özel odası olmayan çocuklarda uygulanma zorlukları, birkaç ay sürekli kullanılmasının gerekliliği, bazı aileler için alarm sesinin rahatsızlık verici olması ve alarm sesi ile uyanmayı tolere edememesi ve maliyetinin yüksek olması dezavantajlarıdır (7,26-28). Bu yöntemin uygulanmasında düzensiz ve özensiz kullanım, alarma yanıt olarak uyanamama, bir gecede birden fazla yatak ıslatma, karmaşık aile yapısı, ailede aşırı anksiyete durumu, ebeveynlerin ya da çocuğun yatağı ıslatma ile ilgili bilgi eksikliği başarısızlık nedeni olabilir (3,27,28). Ayrıca, ailelerin düşük eğitim seviyesi de tedavinin başarısını etkileyen önemli bir faktördür (3). Alarm tedavisi ile 14 gece üst üste kuru kalmayı başaran çocuklarda tedavi hemen kesilmemeli, en az 4 hafta daha alarm tedavisine devam edilmelidir (26,27). Yapılan çalışmalarda alarm tedavisi ile başarı oranlarının %60 ile %70

arasında oldukça yüksek olduğu görülmektedir (13,27,28,32). Bu yöntemin başka davranışsal tedavi yöntemleriyle, çocuğun kendine güvenini artıracak bir yaklaşımla ve ödüllere desteklenmesi başarı olasılığını artırır (27,32).

Hipnoterapi

Çocuğun hipnoza girmesi veya trans haline geçmesi durumunda uygulanan bir tedavi yöntemidir. Çocuğa hipnoz sırasında sürekli olarak gece idrar hissi olduğunda uyanacağı, sabah kalktığında yatağının kuru olacağı, gece boyunca mesanesinin daha fazla idrar alabileceği, idrarını kontrol edebileceği hakkında telkinde bulunulur (27).

Hipnoz tedavisinin etki mekanizması tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır (27,28). Yaygın olarak kullanılsa da enürezisli çocuklarda hipnoterapinin iyileşme sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur (23,27,28). Ancak enürezis tedavisinde hipnoterapinin kullanımı ile ilgili geniş çaplı, diğer tedavi yöntemleri ile karşılaştırmalı yeterli çalışma yoktur. Bu yöntem tedavi seçenekleri arasında değerlendirilirken bu konu mutlaka dikkate alınmalıdır (13,27,28). Ayrıca çocuklarda yöntemin kontrendikasyonlarını belirlemek için deneyimli terapistler gereklidir (23).

Mesane (Retansiyon) Eğitimi

Bu yöntemde amaç, çocuğun mesane kapasitesinin ve tonusunun artırılmasıdır. Enürezisli çocukların mesane kapasitelerinin normalden az olması bu tedavinin dayanağıdır. Mesane eğitimi istemli olarak miksiyon aralıklarının uzatılmasıyla mesanenin gerilip genişlemesi ve fonksiyonel kapasitenin artması esasına dayanır (26,28,31). Çocuğa gün boyunca fazla miktarda sıvı verilir ve idrarını uzun süre tutması istenir. Çocuk, gün boyu belirlenen saatlerde idrara çıkması, sıkışma hissini kontrol edebilme hassasiyetini kazanması, sadece dayanamayacak hissine kapıldığında tuvalete gitmesi konusunda cesaretlendirilir. İdrar akımının istemli durdurulması egzersizleri, mesane-kas geliştirme egzersizleri (Kegel egzersizleri) de bu yöntemde ek olarak kullanılmaktadır. Altı aylık düzenli uygulama sonrasında %35 tam kuruluk, %66 belirgin düzelme sağlanabildiği bildirilmektedir (26,31). Ancak bu tekniğin faydalarını gösteren çok az kanıt olduğundan ve çocuk için bunalıcı ve sıkıntı verici olduğundan genellikle tercih edilmemektedir (27).

Biofeedback

Görsel, duyuşsal ve taklit uyarılar ile çocuğa doğru işemenin yeniden öğretilmesidir. Çocuğun psikolojik olarak gevşeyip rahatlamayı öğrenmesine yardımcı bir tekniktir. Biofeedback enürezis tedavisinde oldukça başarılı ve kalıcı sonuçlar vermektedir. Burada amaç, çocuğa özğü fizyolojik bir süreç ile ilgili anında bilgi verilmesidir. Bu yöntemin kullanılabilmesi için çocuğun yeterli bilişsel fonksiyona erişmiş olması gerekmektedir. En pratik yöntemlerden birisi çocuğa işerken pelvik taban kaslarını nasıl gevşetmesi gerektiğini öğretmek ve idrar akım eğrisinin kullanılmasıdır (25,26).

Akupunktur Tedavisi

Son yıllarda enürezis tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır ve başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir (28,33). Diğer tedavi yöntemleri ile sonuç alınamayan durumlarda alternatif bir yöntem olarak kullanılmaktadır (13,28).

Akupunktur, cildin anatomik noktalarının somatik sensoryal olarak uyarılmasını içerir. Bu noktalar iğne ile manuel ya da elektriksel olarak uyarılır. Enürezis tedavisinde S2-S4 sakral segmentleri uyarılmaktadır. Yapılan hayvan deneylerinde akupunktur tedavisinin fonksiyonel mesane kapasitesini arttırdığı ve güçlü antienüretik etki yaptığı görülmüştür (27).

Akupunktur, enürezis tedavisinde yaygın olarak kullanılmamasına rağmen, yüksek oranda başarı ile dikkat çeken bir terapi yöntemidir. Çin'de enürezis tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta ve %98'lere varan oranlarda başarı elde edildiğı bildirilmektedir (28). Serel ve ark. da ülkemizde yaptıkları çalışmada akupunktur tedavisi ile %86 oranında tam kuruluk bildirmişlerdir (33). Bu başarılı sonuçlara rağmen çocuk hastalara iğne uygulamak konusunda yaşanan zorluklar ve literatür bilgisinin sınırlı olması, sağlam veriler olmaması nedeniyle akupunktur tedavisi çocuklarda önerilmemektedir (13,28).

Psikoterapi

Psikoterapinin amacı çocuğun öz-güven kazanmasına yardımcı olmaktır. Enürezisin psikolojik nedenlerle ortaya çıktığı durumlarda ve çocuğun benlik saygısını ve özgüvenini etkilemesi nedeniyle diğer yöntemlerle birlikte tedavide kullanılmalıdır. İyi bir iletişim tedavi sürecinin en değerli ve vazgeçilmez ögesidir. Psikoterapist, destekleyici, çocukta güven ve umut sağlayıp sürdürmede yetenekli olmalıdır.

Enürezisi olan çocuğun, tedaviye pozitif katılımı hissettirilmelidir (23).

Tedavide Medyanın Kullanılması

Kitle iletişim araçları özellikle televizyon enürezisin bir sağlık sorunu olduğunu, nedenlerini, çocuğun gelişimine etkilerini, tedavi yöntemlerini ailelere öğretilmede etkili olarak kullanılabilir. Ailelerin enürezis ve tedavisi ile ilgili yanlış inanç ve tutumları bu yolla iyileştirilebilir. İnternet ve çeşitli bilgisayar programları ile de hem çocuk hem de aile içinde enürezisin paylaşılması ve öğrenilmesi sağlanabilir. Bu amaçla oluşturulmuş bir interaktif programla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, bu yöntemin çocukların enürezisi öğrenmesini belirgin ölçüde arttırdığı saptanmıştır (23).

İlaç/Farmakolojik tedavi

İlaç tedavisi, uygulaması kolay ve kısa sürede olumlu değişiklikler gözleendiğı için en çok tercih edilen yöntemdir. Ancak tedavi sonrası relaps oranları çok yüksektir. Bu nedenle ilaçla tedavi semptomatik bir yöntem olarak değerlendirilebilir. Enürezis tedavisinde kullanılan ilaç grupları; antikolinergikler, sempatomimetikler, sedatifler, relaksanlar, antidiüretikler, antidepresanlar, amfetaminlerdir (7,23). En yaygın olarak kullanılan iki ilaç imipramin (trisiklik antidepresan) ve desmopresin asetat (antidiüretik) tir. Her iki ilacın da etkileri nedene yönelik ve tedavi edici değil, semptomatiktir (3,7,19,23,30).

Trisiklik antidepresanlar (İmipramin): Antikolinergik etkisiyle mesane kapasitesini artırarak, detrusör kasının kontraksiyonunu azaltarak antispazmodik etki gösterir. Başlangıçtaki başarı oranı %50-60 olmasına karşın, uzun dönemli düzelme oranı %25 civarındadır. Tedavi süresi genellikle 3-6 aydır. Gece yatmadan önce, tek doz olarak 25-75 mg (yaşa bağlı olarak değişir) kullanılır. Spontan remisyon olasılığı nedeniyle 3 ayda bir doz azaltılmalı, ancak sorunda bir artış olursa hemen arttırılmalıdır. Ani kesildiğinde enürezisin tekrarlama riski yüksektir (7,30,34). Kişilik değişiklikleri, baş ağrısı, anksiyete, sinirlilik, uyku bozuklukları, ağız kuruluğu, gastrointestinal bozukluklar gibi yan etkileri vardır. Fazla alım konvülsiyon, hipotansiyon, koma ve fetal aritmi ile sonuçlanır (7,30,34).

Antidiüretikler (Desmopresin asetat): Arginin vasopressinin sentetik analogudur. Böbreklerden suyun geri emilimini arttırarak, gece idrar miktarını

azaltarak etkili olur. Oral veya intranasal yolla yatmadan bir saat önce verilir. Oral 0,2mg'la başlanır, 0,4 mg'a kadar çıkılabilir (3,7,30,34). Nazal olarak başlangıç dozu 10µg'dır, 40 µg'a kadar çıkarılabilir. Sıvı alımı yatmadan 1 saat öncesinde ve ilacın alımını takiben 8 saat sonraya kadar kısıtlanmalıdır. Tedavi süresi 3-12 ay arasında değişir. İlaç yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir. İlacın kesilmesinden sonra sorunun tekrarlama riski yüksektir. İlacın etkili olduğu, ancak ilaç kesildikten sonra sorunun tekrarladığı çocuklarda, özel durumlarda (kamp, gezi, misafirlige gitme vb.) kullanımı yararlı olabilir (3,30,34).

En sık rastlanan yan etkileri, baş ağrısı, karın ağrısı, kusma, burun kanamasıdır. Ciddi yan etkisi su intoksikasyonu ve buna bağlı hiponatremik konvülsiyondur. Yan etkileri arttıran risk faktörleri; fazla sıvı alımı, önerilenden yüksek dozda ilaç alımı, küçük yaş, ilaca başlanılan ilk günler, başka ilaçlarla kullanımı (imipramin) ve eşlik eden başka hastalığının olmasıdır (ADH yetmezliği, kistik fibrozis gibi). Desmopressin güvenli bir ilaç olmasına karşın ilaç tedavisine başlanmadan önce çocuk ve ailesi sıvı kısıtlaması yaklaşımının önemi hakkında mutlaka bilgilendirilmelidir (7,19,30,34).

Enürezisli Çocuğun Tanılanması

Hemşireler sağlık bakım hizmetlerinin her aşamasında (primer, sekonder ve tersiyer), enürezisi olan çocuk ile karşılaşabilirler. Ebeveynlerin bir kısmı enürezisi çocuğun büyüme ve gelişmesinin doğal bir parçası olarak görürken, bazıları da acil çözülmesi gereken bir sağlık sorunu olarak algılayıp sağlık profesyonellerinden yardım isterler (7). Ülkemizde özellikle erkek çocuklarda, gece işemelerinin sünnetle düzeleceği inancı, temeli olmayan bir inançtır. Aksine bazen enürezis sorunu olmayan çocuklar, sünnetten sonra yataklarını ıslatmaya başlarlar (35).

Hemşire uygun terapötik teknikleri kullanarak enürezisli çocuk ve ailesinin gereksinimlerini saptamak için ayrıntılı öykü almalı, çocuğun büyüme gelişmesini değerlendirmeli, aile-çocuk iletişimi ile ilgili veriler toplamalıdır. Çocuğun aile öyküsü ve özgeçmiş sorgulanmalı ve aşağıdaki sorulara yanıt aranmalıdır (Tablo 2) (3,7,10,29). Ayrıca hemşire enürezis şiddetini, enürezisin çocuğun benlik saygısına, yaşam kalitesine olan etkilerini değerlendirmek için çocuklar için geliştirilmiş skalaları kullanabilir (14,15).

Tablo 2: Enüretik çocukta öykü.

-
- Enürezisin başlangıcı, primer –sekonder olup olmadığı
 - Enürezisin zamanı (gece, gündüz, sürekli)
 - Enürezis sıklığı ve seyri (haftalık, aylık ıslattığı gece sayısı)
 - Enürezis şekli(damlama, dizüri, sıkışma)
 - Kuru kalma periyodu
 - Gece işeme için uyanıp uyanmadığı
 - Günlük sıvı alımı
 - Çocuğun emosyonel durumu
 - Çocuğun işeme ve defekasyon öyküsü(kabızlık, enkoprezis)
 - Çocuğun uyku düzeni
 - Ailede enüretik bir başka birey olup olmadığı
 - Ailenin sosyo-ekonomik durumu
 - Herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı
 - Tuvalet eğitimine başlanma zamanı
 - Tuvalet eğitiminin nasıl verildiği
 - Enürezisin çocuk üzerine etkisi
 - Daha önce enürezis tedavisi olup olmadığı
 - Ailenin enürezis ile ilgili yanlış inanışları olup olmadığı
 - Ailenin tepkileri
-

Aile Eğitimi ve Danışmanlık

Enürezis çocuğun yaşam kalitesini etkileyen, sosyal uyumunu ve aile ilişkilerini bozabilen psikososyal bir sorundur (4,5,6,13,28). Enürezisin nedeni ne olursa olsun, enüretik çocuklarda genellikle, diğerleri tarafından fark edilme korkusu, küçük düşürülme kaygısı, sosyal çekingenlik, yalnızlık hissi, okul başarısında düşme, yüksek anksiyete, hiperaktivite, tik, kekemelik, dışkı kaçırma, tırnak yeme gibi davranış problemleri görülebilmektedir (13,24,28,35,36).

Enürezis tedavisinde en önemli görev ailenindir. Ailelerin çocuklarının öz-güven ve benlik saygıları zedelenmeden, erken dönemde bu sorunu nasıl yöneteceklerini öğrenmeleri gerekir (13,28). Bu nedenle hemşireler enürezisli çocuk ve aile ile karşılaştığı her fırsatta bu konuda aileyi bilgilendirmeli, danışmanlık yapmalı, cesaretlendirmeli ve destek olmalıdırlar. Enürezisin tedavisinde, tedavi yöntemlerinin uygulanmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Çocuğun ve anne-babanın, sorunu ve tedavi planını anlamalarına yardım edilmelidir. Ebeveynlere ayıplama, cezalandırma gibi yöntemlerin tedavide yeri olmadığı açıklanmalı, çocuğun suçluluk ve umutsuzluk duyguları ele alınmalıdır (13,29).

Aile eğitimi ve danışmanlık aşağıdaki konuları içermelidir

- Enürezisin önlenmesi
- Enürezisin nedenleri, risk faktörleri
- Aile ve çocuk üzerine etkileri
- Tedavi yöntemleri
- Tuvalet eğitimi
- Etkili tedavi yöntemleri
- Tedavide ailenin etkisi

SONUÇ

Sonuç olarak; enürezis, çocuğun yaşam kalitesini etkileyen, oldukça sık görülen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, çok çeşitli tedavi yöntemleri olan psikososyal bir sorundur. Enürezisin tedavisinde aile ve çocuğu birlikte ele almak ve işbirliği içinde olmak temel prensip olmalıdır. Tedavi yaklaşımlarında ilk olarak davranışsal tedavi yaklaşımlarının uygulanması ve ailelerin tuvalet eğitimi ile ilgili doğru yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Tedavide amaç, çocuğun özgüveninin artırılması ve benlik duygusunun korunmasıdır. Hemşireler enürezisli çocuk ve ailesinin gereksinimlerini saptamalı; çocuğun aile öyküsünü ve özgeçmişini bilmeli, büyüme gelişme düzeyini, enürezisin çocuk ve ailesinin yaşamına etkisini değerlendirebilmelidir. Çocuk ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda çocuğun yaşı, ailenin özellikleri, yaşadığı ortam dikkate alınarak eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Karaman İ. Nokturnal enürezis. Klinik Gelişim Üroloji Özel Sayısı. 2008; 21(3): 38-43.
2. Aktepe E, Altunkılıç S, Sönmez Y, Çalışkan AM. Enürezisli çocukların klinik ve sosyodemografik özellikleri. New Symposium Journal. 2010; 1(48): 166-171.
3. Dönmez O. Çocuklarda noktürnmal enürezis. Güncel Pediatri. 2004; 2: 134-136.
4. Dündar PE, Ergin D, Kurses M, et al. Manisa'da bir gecekondu bölgesinde 5-16 yaş grubunda enürezis noktürnma sıklığı ve ilişkili faktörler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 21(2): 89-95.
5. Natale N, Kuhn S, Siemer S, Stöckle M, Gontard A. Quality of life and self-esteem for children with urinary urge incontinence and voiding postponement. The Journal of Urology. 2009; 182(2): 692-698.
6. Ekşi A. Sağlıklı Çocuk ve Adölesanlarda Ruhsal Gelişim. Eds.: Neyzi O, Ertuğrul T. In: Pediatri. 4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2010, p. 1764.
7. Wright A. Evidence-based assessment and management of childhood enuresis. Paediatrics and Child Health. 2008; 18(12): 561-567.
8. Aykın S, Vehid HE, Gökçay G, Bulut A, Baysal SU. Enürezis; ilişkili faktörler ve ailelerin yaklaşımları. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 72: 5-9.
9. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. 1. Baskı. Hilal Matbaacılık, 1992, p. 240-242.
10. Bilge I. Çocuklarda enürezise yaklaşım. Çocuk Dergisi. 2002; 2(3): 214-219.
11. Yurtçu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin TK, Günel E. Sağlıklı ve enüretik çocuklarda idrar tutabilme yaşlarının araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006; 5(1): 41-49.
12. Ergüven M, Çelik Y, Deveci M, Yıldız N. Primer enürezis noktürmada etiyolojik risk faktörleri. Türk Pediatri Arşivi. 2004; 39: 83-87.
13. Türkiye Enürezis Tedavi Kılavuzu (TEK). 2010.
14. Baeyens D, Lierman A, Roeyers H, Hoebeke P, Walle JV. Adherence in children with nocturnal enuresis. Journal of Pediatric Urology. 2009; 5: 105-109.
15. Safarinejad MR. Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated familial factors and urinary pathology among school children in Iran. Journal of Pediatric Urology. 2007; 3: 443-452.
16. Stauber T, Petermann F, Bachmann H, Bachmann C, Hampel P. Cognitive-behavioral stress management training for boys with functional urinary incontinence. Journal of Pediatric Urology. 2007; (3): 276-281.
17. Wen JG, Wang OW, Chen Y, Wen JJ, Liu K. An epidemiological study of primary nocturnal enuresis in Chinese children and adolescents. European Urology. 2006; 49: 1107-1113.
18. Ünüvar T, Sönmez F, İnan G. Birincil ve ikincil uykuda altına işeyen çocuklarda tanı, sağaltım ve izlem farklılıkları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 6(1): 9-13.
19. Kefi A, Tekgül S. Nokturnal enürezis. Türk Üroloji Dergisi. 2006; 32(19): 99-105.
20. Wekke JS, Hirasıng RA, Meulmeester JF, Radder JJ. Childhood nocturnal enuresis in the Netherlands. Pediatric Urology. 1998; 51(6): 1022-1026.

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012: 11(5)

21. Görür S, İnandı T, Turhan E, Helli A, Kiper AN. Hatayda 6-18 yaş arası çocuklarda enürezis sıklığı ve risk etkenleri. *Türk Üroloji Dergisi*. 2008; 34(1): 42-50.
22. Ball JW, Bindler RC. *Pediatric Nursing Caring for Children*. Fourth Edition. Pearson Prentice Hall, 2008, p. 986-989.
23. Gökdoğan MK. Enürezis Nokturna Tedavisinde Davranış Tedavisinin Etkinliği; Davranış Tedavisine Yanıtsız Vakalarda İmipramin ve Oksibutin Tedavisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2006.
24. Toros F, Avlan D, Çamdeviren H. Enüretik çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4: 38-45.
25. Canbulat N, Yıldız S. Enüreziste güncel bilgiler. *Güncel Pediatri Dergisi*. 2009; 7: 83-89.
26. Demirgöz M, Beji KN. Enürezisi olan çocuk/adölesanların tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2009; 17(3): 203-210.
27. Bak M, Bıçılıoğlu Y, Serdaroğlu E. Monosemptomatik nokturnal enürezis ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*. 2007; 16: 104-117.
28. Atar M, Sancaktutar AA. Enürezisi nokturnanın tedavisinde ilaç dışı yaklaşımlar. *Türk Üroloji Seminerleri*. 2011; 2: 50-54.
29. Küçük L. Çocuk ve ergenlerde önemli bir sorun olan enürezisin psikososyal yönü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3(3): 68-72.
30. Kaptan B, Özkayın N. Enürezis. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2007; 16(3): 102-108.
31. Gözen G, Çağlar S. Enürezis sorunu olan çocuğu tanılamada üç sistem modeli ve davranışsal tedavi yöntemleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 127-132.
32. Kawachi A, Naitoh Y, Yoneda K, et al. Refractory enuresis related to alarm therapy. *Journal of Pediatric Urology*. 2006; 2: 579-582.
33. Serel TA, Perk H, Koyuncuoğlu HR, Kosar A, Celik K, Deniz N. Acupuncture therapy in the management of persistent primary nocturnal enuresis-preliminary results. *Scand J Urol Nephrol*. 2001; 35: 40-43.
34. Düşünsel R. Enürezis noktürnalı çocuğa yaklaşım. *Güncel Pediatri*. 2008; 6: 109-111.
35. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, 25. Baskı, Özgür Yayınları, 2002, p. 327-331.
36. Stone J, Malone PSJ, Atwill D, McGrigor V, Hill CM. Symptoms of sleep-disordered breathing in children with nocturnal enuresis. *Journal of Pediatric Urology*. 2008; 4: 197-202.