



## ARAŞTIRMA

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.  
2010; 24 (3): 155 - 159  
http://www.fusabil.org

### Elazığ İlinde Enurezis Nokturnalı Erkek Çocuklarda Ailelerin Tedavi ile İlgili Yanlış İnanışları ve Düzeltme Beklentileri

**Mehmet Sezai OĞRAŞ**

Çağrı Tıp Merkezi  
Üroloji Kliniği,  
Elazığ, TÜRKİYE

**Amaç:** Enurezis nokturna çocukların sosyal yaşantısını, psikolojik gelişimini olumsuz etkilemesine rağmen, aileler tarafından tedavi ettirilmemektedir. Çalışmamızda Elazığ ilinde erkek çocuklarda, ailelerin tedaviyi istememelerinde hangi nedenlerin etkili olduğunu araştırdık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya üroloji kliniğimize Haziran 2008- Aralık 2009 tarihleri arasında Elazığ ilinin kentsel ve kırsal bölgelerinden sünnet amacıyla getirilen 1134 çocuktan, enurezis nokturnası olup tedavi ettirilmeyen 94 çocuk dahil edildi. Ailelerine çocuklarını neden tedavi ettirmedikleri soruldu. Sonuçlar yüzde olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Kırsal kesimden gelen 50 hastadan 24'ünde (% 48) ilaçların kısırlık yaptığı inancının etkili olduğu, 17'sinde (% 34) sünnet olduktan sonra düzeltme görüleceği beklentisinin, 9 hastada ise (% 18) kendiliğinden düzeltme görüleceği beklentisinin etkili olduğu tespit edildi. Kentsel kesimden gelen 44 hastanın 17'sinde (% 38,6) kendiliğinden düzeltme beklentisinin, 14'ünde (% 31,8) sünnet olduktan sonra düzeltme görüleceği beklentisinin, 13'ünde ise (% 29,6) ilaçların kısırlık yaptığı inancının etkili olduğu tespit edildi.

**Sonuç:** Enürezis nokturnası olan erkek çocuklar aileleri tarafından, kendiliğinden veya sünnet olduktan sonra düzelir beklentisi ve de tedavinin kısırlık yaptığı inancıyla tedavi ettirilmemektedir. Bu da çocukların sosyal yaşantısı ve psikolojik gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle toplumun enurezis nokturna ve tedavisi hakkında mutlaka bilgilendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Enurezis nokturna, beklentiler, inanışlar.

#### Wrong Beliefs and Recovery Expectations of Parents of Male Children with Nocturnal Enuresis In Elazig

**Objective:** Nocturnal enuresis is not treated by families despite the negative effects on sociological life and psychological development of children. In our study we investigated the cause of parents why they don't treat their sons in the Elazığ.

**Materials and Methods:** 94 out of 1134 children who applied to our urology department between June 2008 and December 2009 for circumcision who were not treated because of nocturnal enuresis were included to study. The family who have son were questioned why they didn't get their sons to treat. Results were determined as a percent.

**Results:** Belief in infertility effects of drugs was determined in 24 (34%) out of 50 patients from rural areas, improvement hope after circumcision in 17( 34%) patients and spontaneous improvement expectations were determined in 9 (18%) patients. In urban areas spontaneous improvements expectations were determined in 17 (38,6%) of 44 patients, improvement hope after circumcision 14 (31,8%) and belief in infertility effect of drugs in 13 (29,6%) patients.

**Conclusion:** Male children with nocturnal enuresis are not treated by the parents because of belief in spontaneous improvement or recovery by circumcision and confidence of infertility of the drugs. This effect the sociological life and psychological development of children negatively. Therefore, society must absolutely be informed about nocturnal enuresis and therapy modalities.

**Key Words:** Nocturnal enuresis, beliefs, expectations.

**Geliş Tarihi :** 17.03.2010

**Kabul Tarihi :** 06.10.2010

**Yazışma Adresi  
Correspondence**

**Mehmet Sezai OĞRAŞ**  
Çağrı Tıp Merkezi  
Üroloji Bölümü,  
Elazığ-TÜRKİYE

**sezaiogras@mynet.com**

#### Giriş

Enurezis, genel bir ifadeyle nokturnal enurezis yaşı ve nörolojik gelişimi itibarı ile kuru olması gereken bir çocuğun uykuda yatağını ıslatması olarak tanımlanabilir (1, 2). Enurezis tedavisinde ilk ve en önemli adım çocuğun ve ailenin tedaviye motive edilmesidir. Bunu sağlamak içinde çocuklarla sıcak bir ilişki kurmak ailenin anlayış ve desteğini sağlamak, problemin çözüleceğine dair güven vermek ve çocuktaki suçluluk duygusunu gidermek gereklidir (3). Tedaviye başlamak için ailelerin çocuklarını sağlık kuruluşlarına getirmeleri sağlanmalıdır.

Tedavide en sık kullanılan yöntemler enuretik alarm, davranışsal girişimler, mesane germe egzersizleri gibi non farmakolojik tedavilerin yanı sıra, triksiklik antidepressanlar, desmopressin, antikolinerjikler ve düz kas gevşeticileri, semptomimetikler ve prostoglandin sentez inhibitörleri gibi farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (4). Son zamanlarda transkutaneoz parasakral elektriksel sinir stümlasyonunda tedavide kullanılmaktadır (5).

Enürezis nokturnalı çocukların bir kısmında azalmış özgüven, okulda ve arkadaşları arasında sosyal uyumda sorunlar yaşama, davranış problemleri bildirilmiştir (6, 7). Enüretik çocuklar genellikle diğerleri tarafından fark edilme korkusu, sosyal dışlanma, küçük düşürülme, arkadaşının veya bir yakınının evinde uyuma kaygısı, arkadaşlarından farklı olduklarını hissetme gibi enürezisin sosyal ve psikolojik sonuçları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (8, 9). Enüretik çocuklarda suboptimal uykuya bağlı olarak kavrama ve algılama problemleri oluşmaktadır (10). Bu problemleri aile içinde de yaşamakta ailelerine ekonomik olarak yük olmakta ve aile içi şiddete maruz kalmaktadırlar (11). Toplumumuzda yeterince önemsenmeyen, tedavi edilmesi gerektiğine inanılmayan enürezis nokturna konusunda ülkemizde karşılaştığımız bize özgü sorunlarda vardır. Bu sorunlar kullanılan tedavi yöntemleri ve ilaçlar hakkındaki gerçek dışı inanışlar, kendiliğinden düzelmeye beklentisi ve erkek çocuklarda sünnet olduktan sonra düzelmeye olur beklentisidir. Çalışmamızda Elazığ ilinde erkek çocuklarda, ailelerin tedaviyi istememelerinde hangi inanışların daha etkili olduğunu araştırdık.

### Gereç ve Yöntem

Çalışmaya üroloji kliniğimize Haziran 2008- Aralık 2009 tarihleri arasında Elazığ ilinin kentsel ve kırsal bölgelerinden sünnet amacıyla getirilen, 6-12 yaş arasındaki 594'ü (% 52,3) kentsel kesimden, 540'ı (% 47,7) kırsal kesimden toplam 1134 erkek çocuğun aileleri ile görüşülerek ayda en az 1 defa enurezis nokturnası olan 146 çocuktan, hiç tedavi görmemiş 94 çocuk dahil edildi. Çocuklar, kentsel ve kırsal bölgeden gelenler diye 2 gruba ayrıldı. Ailelerine çocuklarını neden tedavi ettirmedikleri soruldu. Sonuçlar kentsel veya kırsal bölgelerden gelmelerine göre ayrı ayrı değerlendirildi. Kentsel kesim olarak il merkezi ve ilçe merkezleri kırsal kesim olarak; il merkezine ve ilçelere bağlı köyler kabul edildi. Sonuçlar yüzde olarak değerlendirildi.

**Tablo 1.** Çocukların kentsel ve kırsal bölgelere göre dağılımları.

	Çocuk Sayısı			
	Toplam n=1134	Enurezis Nokturnası Olan n=146	Tedavi Görmüş n=52	Tedavi Görmemiş n=94
Kentsel Kesim	594 (% 52,3)	76 (% 52)	32 (% 61,5)	44 (% 46,9)
Kırsal Kesim	540 (% 47,7)	70 (% 48)	20 (% 38,5)	50 (% 53,1)

**Tablo 2.** Kırsal ve kentsel tıbbi yardım almama nedenleri.

	Kendiliğinden Düzelmeye Beklentisi	İlaçların Kısırlık Yaptığı İnancı	Sünnet Olduktan Sonra Düzelmeye Beklentisi
Kırsal Kesim n=50	9 (% 18)	24 (% 48)	17 (% 34)
Kentsel Kesim n=44	17 (% 38,6)	13 (% 29,6)	14 (% 31,8)

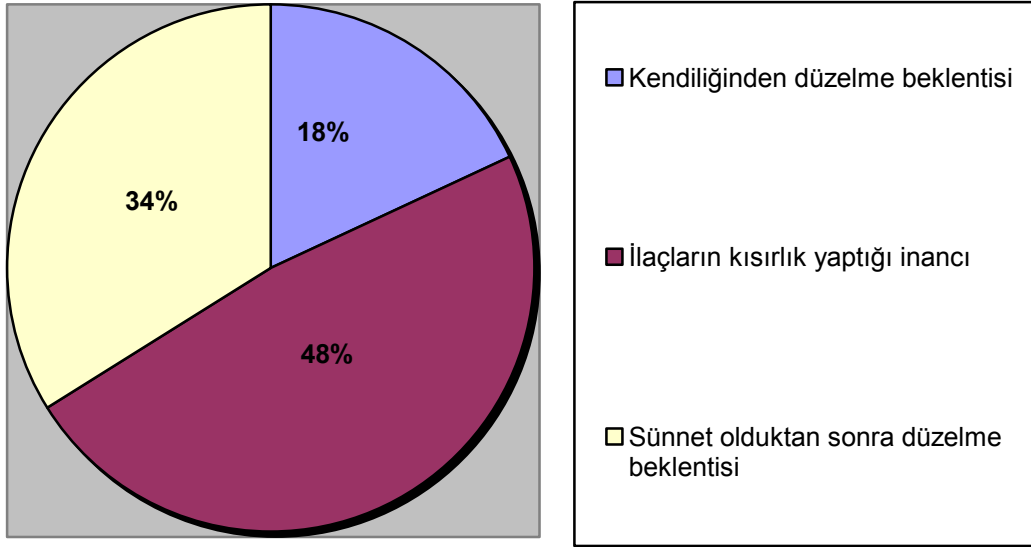
### Bulgular

Erkek çocuklarda enurezis nokturna görülme oranı ortalama % 12,8 bulundu. Enurezis nokturnası olan 146 çocuktan 52'si (%35,6) tedavi görmüş, 94'ü (%64,4) enurezis nokturna nedeniyle her hangi bir sağlık kuruluşuna götürülmemişti. Tedavi olanlardan 32'si (% 61,5) kentsel kesimden, 20'si (% 38,5) kırsal kesimden. Kentsel kesimde tedavi alma oranı daha yüksekti. Enurezis nokturnası olup hiç tedavi görmeyen 94 çocuktan 50'si (% 53,1) kırsal kesimden, 44'ü (% 46,9) kentsel kesimden. (Tablo 1)

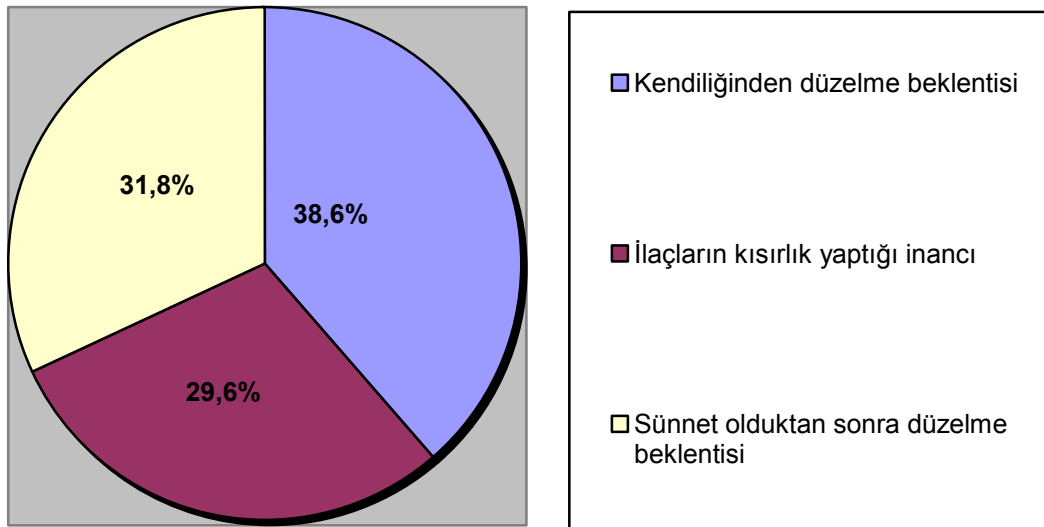
Ailelere tedaviden neden uzak durdukları sorulduğunda 26'sında (% 26,7) çocuğun yaşının büyüdükçe kendiliğinden düzelmeye olacağı beklentisinin, 37'sinde (% 39,4) tedavide kullanılan ilaçların kısırlık yaptığı inancının, 31'inde (% 32,9) erkek çocuklarda sünnet olduktan sonra düzelmeye olacağı beklentisinin etkili olduğu görüldü.

Kırsal kesimden gelen 50 hastadan 24'ünde (% 48) ilaçların kısırlık yaptığı inancının etkili olduğu, 17'sinde (% 34) sünnet olduktan sonra düzelmeye görüleceği beklentisinin, 9 hastada ise (% 18) kendiliğinden düzelmeye görüleceği beklentisinin etkili olduğu görüldü. (Tablo 2, Şekil 1)

Kentsel kesimden gelen 44 hastanın 17'sinde (% 38,6) kendiliğinden düzelmeye beklentisinin, 14'ünde (% 31,8) sünnet olduktan sonra düzelmeye görüleceği beklentisinin, 13'ünde ise (% 29,6) ilaçların kısırlık yaptığı inancının etkili olduğu görüldü. (Tablo 2, Şekil 2) Sonuçlara bakıldığında kırsal kesimlerde ilaçların kısırlık yaptığı inancının, kentsel kesimlerde ise kendiliğinden düzelmeye beklentilerinin daha etkili olduğu görüldü. Kırsal ve kentsel kesimlerde sünnetten sonra düzelmeye beklentisi oranları arasında önemli bir fark bulunmadı.



Şekil 1. Kırsal kesimde tıbbi yardım almama nedenleri



Şekil 2. Kentsel kesimde tıbbi yardım almama nedenleri

### Tartışma

Yatak ıslatma tüm dünyada sık bir problemdir. Enurezis nokturna okul öncesi çağda çok yüksek bir prevalansa sahip olmasına karşın, çocukluk çağı boyunca bu prevalans gittikçe düşer ve erişkinlerin ancak % 1-2'sinde görülür (12, 13). Her yıl enüretiklerin %15'inin kendiliğinden düzelmesine karşın; 5 yaşında %15-20, 10 yaşında %5, 10-17 yaş arasında %2-3, 17 yaş üzerinde %1-2 oranında görülür (14). Erkeklerde kız çocuklarına göre 1,5 kat daha fazla görülür.

Çalışmamızda enürezis prevalansını ortalama % 12,8 bulduk. Avrupa ve Kuzey Amerika kaynaklı epidemiyolojik çalışmalarda 5-12 yaş aralığındaki enürezis nokturna prevalansı herhangi bir yaşta %1,4 ile %28 olarak bildirilmiştir (15). Isparta'da 7-12 yaş aralığında yapılan bir çalışmada tüm ortalama %11,5 oranında prevalans bildirilmiştir (16). Manisa' da yapılan bir çalışmada ise 7-11 yaş aralığında enürezis nokturna prevalansı %13,7 olarak bulunmuştur (17).

Enurezis prevalansı yüksek olmasına rağmen ailelerin tıbbi yardım almak için doktora başvurmadıkları görülmektedir. Çalışmamızda bu oranı % 64,4 bulduk. Enurezis nokturnası olup hiç tedavi görmeme oranı kırsal kesimde daha yüksek çıktı. Bu oran kırsal kesimde % 53,1 kentsel kesimde % 46,9 idi. Ailelerin tıbbi yardım almak için doktora başvurmamaların nedeni kendiliğinden düzeleceği inancı, tedavide kullanılan ilaçların kısırlık yaptığı inancı ve erkek çocuklarda sünnnet olduktan sonra düzelmeye görüleceği beklentisidir. Enurezisin kendiliğinden düzeleceğine inanan ailelerin oranını % 26,7 olarak bulduk. Bu oran kentsel bölgelerden gelenlerde % 38,6 kırsal bölgelerden gelenlerde % 18 bulundu. Kentsel ve kırsal bölgeler arasında önemli bir fark vardı. Bu konuda İstanbul ili Ümraniye ilçesinde yapılan bir çalışmada ailelerin %79,2'sinin enurezis ile ilgili olarak tıbbi yardım için doktora başvurmadıklarını, % 41'inin ise yatak ıslatma sorununun tedavi gerektirmediğine ve kendiliğinden düzeleceğine inandıklarını bildirilmiştir (18). Serel ve ark. (16) yaptığı bir çalışmada tıbbi yardım almak için doktora başvurmama oranını % 28, enurezisin kendiliğinden iyileşeceğine inanan ailelerin oranını % 44,7 olarak bildirilmişlerdir.

Enuresiste sık kullanılan tedavi yöntemlerinin kendine özgü yan etkileri vardır. Enurezis nokturnada en sık kullanılan tedavi yöntemleri enuretik alarm, desmopressin tedavisi, imipramin tedavisi ve antikolinergik tedavidir. Enuretik alarm tedavisindeki dezavantaj hasta uyumunun zor olmasıdır (19). Tofranilin dezavantajı kesilince relapsın yüksek olması ve yüksek dozlarda kardiyotoksikite oluşturmasıdır (20). Antikolinergik olarak sık kullanılan ilaç oksibutinindir. Antikolinergik ilaçların ağız kuruluğu, çarpıntı, yüzde kızarıklık, görme bozukluğu gibi önemli yan etkileri vardır (21). Desmopressin tedavisi sıvı alımı kontrollü olgularda güvenli, yan etkileri nadir olan bir tedavidir. En önemli yan etkisi su zehirlenmesidir (22). Literatürde enurezis nokturnada kullanılan tedavi yöntemlerinin infertilite

yaptığı ile ilgili bir bulguya rastlamadık. Tedavinin kısırlığa yol açtığı tamamen yanlış bir inanıştır. Çalışmamızda ailelerin % 39,4'ünde tedavide kullanılan ilaçların kısırlık yaptığı inancının etkili olduğunu tespit ettik. Kentsel bölgeden gelen ailelerde bu oran % 29,6 kırsal bölgelerden gelen ailelerde ise % 48 idi. Kentsel ve kırsal bölgeler arasında önemli bir fark vardı. Şahin ve ark. (23) yaptıkları bir çalışmada okuryazar olan ya da olmayan ailelerin %2,6'sının ilaçların kısırlık yaptığına inanırken, ortaokul ve lise mezunlarının hiçbiri ilaçların kısırlık yaptığına inanmadıklarını tespit etmişlerdir.

Yapılan bazı çalışmalarda sünnnet olan erkek çocuklarda enürezis görülme oranının daha az olduğu bildirilmiştir. Şahin ve ark. (23) yaptığı bir çalışmada sünnnet olan çocuklarda bu oranı % 16,7 olduğu sünnnet olmayanlarda ise % 23,7 olarak bildirmişlerdir. Fakat aynı çalışmalarında hastaları sünnnet olma yaşlarına göre gruplara ayırmışlar erken yaşta olanlarla geç yaşta olanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulmamışlardır. Çalışmamızda sünnnet olduktan sonra enürezisin düzeleceği beklentisi oranını % 32,9 bulduk. Kentsel bölgelerden gelen ailelerde bu oran % 31,8 iken kırsal bölgelerden gelen ailelerde % 34 idi. Aralarında önemli bir fark yoktu. Sünnnet edilen erkek çocuklarda üriner enfeksiyon yaşıtalarına göre daha az görülmektedir. Fakat literatürde sünnnetten sonra enurezis nokturnanın düzeldiğine dair bir bulguya rastlamadık. Bu halk arasında yanlış bir beklentidir. Bazı ailelerde sünnnetten sonra enureziste düzelmeye olmamış ise sünnnetin yanlış yapıldığı düşüncesi bile oluşmaktadır.

Sonuç olarak enurezis nokturnanın, çocuğun sosyal yaşantısı ve psikolojik gelişimine olumsuz etkisi olduğu halde, birçoğu aileleri tarafından tedavi ettirilmemektedir. Bunun en önemli nedenleri; Elazığ ilinde ilaçların kısırlık yaptığı inancının, kendiliğinden düzelmeye beklentisinin ve sünnnetten sonra düzelmeye beklentisinin etkili olduğu görülmektedir. Ailelerin bu olumsuz düşüncelerini yıkmak için, toplumun enürezis nokturna ve tedavisi hakkında mutlaka bilgilendirilmesi gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Kefi A, Tekgül S. Nokturnal Enuresis. Türk Üroloji Dergisi 2006; 32: 99-105.
2. Haque M, Ellerstein NS, Grundy JH, et al. Parental perceptions of enuresis: A collaborative study. Am J Dis Child 1981; 135: 809-811.
3. Neveus T, Lackgren G, Tuvemo T et al. Enuresis-Background and treatment. Scand J Urol Nephrol 2000; 206: 1-44.
4. Skoog SJ, Scherz HC. Office pediatric urology. In: Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards SS, Mitchel ME (Editors). Adult and Pediatric Urology, 4 st Edition. Philadelphia; Lippincott Williams&Wilkins, 2002: 2671-2717.
5. Lordelo P, Benevides I, Kerner EG et al. Treatment of non-monosymptomatic nocturnal enuresis by transcutaneous parasacral electrical nevre stimulation. J Pediatr Urol 2010; 6: 486-489.
6. Butler RJ, Redfern EJ, Holland P. Children's notions about enuresis: and the implication for treatment. Scand J Urol Nephrol 1994; 163: 39-57.
7. Byrd RS, Weitzman M, Lanphear NE, Auinger P. Bedwetting in US children: epidemiology and related behaviour problems. Pediatrics 1996; 98: 414-419
8. Butler RJ Annotation; night wetting in children: psychological aspect. J Child Psychol Psychiatry 1998; 39: 453-463.
9. Hagglof B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1997; 31: 79-82.
10. Neveus T. Diagnosis and management of nocturnal enuresis. Current Opin Pediatr 2009; 21: 199-202.
11. Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG, Damiao R, Silva EA. Assesment of domestic violence against children and

- adolescents with enuresis. *J Pediatr (Rio J)* 2009; 85: 433-437.
12. Bakker E, Van Sprundel M, Van Der Auwera JC, Van Gool JD, Wyndaele JJ. Voiding habits and wetting in a population of 4332 Belgian schoolchildren aged between 10 and 14 years. *Scand J Urol Nephrol* 2002; 36: 354-362.
  13. Butler RJ, Heron J. The prevalence of infrequent bed-wetting and nocturnal enuresis in childhood: a large British cohort. *Scan J Urol Nephrol* 2007; 42: 1-8.
  14. Alon U. Nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol* 1995; 9: 94-103.
  15. Bower WF, Moore KH, Shepherd RB, Adams RD. The epidemiology of childhood enuresis in Australia. *British J Urol* 1996; 78: 602-606.
  16. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoğlu HR, et al. Epidemiology of Enuresis in Turkish Children. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31: 537-539.
  17. Gümüş B, Vurgun N, Lekili M, et al. Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 years in Turkey. *Acta Paediatr* 1999; 88: 1369-1372.
  18. Çaman KB, Nuhoğlu Ç, Ceran Ö. İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bir grup okul çocuğunda enurezis nokturna prevalansı. *Türk Pediatri Arşivi* 2003; 38: 153-159
  19. Johnson M. Nocturnal enuresis. *Urol Nurs.* 1998; 18: 259-275.
  20. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol* 2004; 171: 2545-61.
  21. Caione P, Arena F, Biraghi M, Cigna RM, et al. Nocturnal enuresis and daytime wetting: A multicentric trial with oxybutynin and desmopressin. *Eur Urol.* 1997; 31: 459-463.
  22. Johnson M. Nocturnal enuresis. *Urol Nurs.* 1998; 18: 259-275.
  23. Şahin C, Şahin O, Güraksın A. Erzurum ili ilköğretim okulları birinci sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı ve etkileyen faktörler. *Türk Üroloji Dergisi* 2001; 27: 447-455.