

ENÜREZİSTE YÖNETİM

Mehmet Can SEZİŞLİ^{a,*} | Evrim KIZILER^a

^aAnkara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, Türkiye.

*Sorumlu Yazar; Mehmet Can SEZİŞLİ, E-Posta: mcansezisl@gmail.com

ÖZET

Enürezis çocuk ve ailesi için sosyal, duygusal, psikolojik riskler oluşturan yaygın bir çocukluk çağı hastalığıdır. Her yaş grubunda görülebilen enürezisin genel prevalansı %2,3 ile %25 arasında değişmektedir. Araştırma sonuçları enürezisli çocukların yaşam kalitesinde, benlik saygısında düşüşler olduğunu; sosyal yaşamlarının kısıtlandığını ve ruh sağlığı sorunlarının diğer çocuklara oranla 2-6 kat daha sık görüldüğünü göstermiştir. Ayrıca ebeveynlerde, stres, endişe ve öfkeye sebep olduğu; bu nedenle çocukların ruhsal travma yaşayabilecekleri vurgulanmıştır. Yapılan diğer kanıt temelli çalışmalar, hemşirelerin multidisipliner olarak uygulayacakları bakım ve tedavinin tüm olumsuzlukları giderebileceğini göstermektedir. Ancak günümüzde çocuklarda enürezis yönetimi ile ilgili birçok yanlış algıya rastlanmaktadır. Etkin bir enürezis yönetimi için öncelikle okul çağı çocuğu olan ailelerin hemşireler ve diğer sağlık personelleri aracılığıyla bilgi eksiklikleri giderilmeli ve enürezisin tedavisine ilişkin farkındalıkları artırılmalıdır. Bu derlemenin amacı enürezisin aile-çocuk üzerine etkisini incelemek, hastalığın yönetimi ve hemşirelik bakımı ile ilgili kapsamlı bir genel bakış sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler

- Enürezis,
- Hemşirelik,
- Çocuk.

Makale Hakkında

Derleme Makale

Gönderim Tarihi

15.01.2023

Kabul Tarihi

02.07.2024

MANAGEMENT of ENURESIS

Mehmet Can SEZİŞLİ^{a,*} | Evrim KIZILER^a

^aAnkara Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Türkiye.

* Corresponding Author; Mehmet Can SEZİŞLİ, E-Posta: mcansezisli@gmail.com

ABSTRACT

Enuresis is a common childhood disease that poses social, emotional and psychological risks for the child and his/her family. The general prevalence of enuresis, which can be seen in all age groups, varies between 2.3% and 25%. Research results have shown that children with enuresis have decreases in their quality of life and self-esteem, their social lives are restricted, and mental health problems are 2-6 times more common than other children. It also causes stress, anxiety and anger in parents; therefore, it was emphasized that children may experience psychological trauma. Other evidence-based studies show that multidisciplinary care and treatment by nurses can eliminate all negativities. However, today there are many misconceptions about the management of enuresis in children. For effective enuresis management, first of all, the knowledge gaps of families with school-age children should be eliminated through nurses and other health staff and their awareness of the treatment of enuresis should be increased. The aim of this review is to examine the impact of enuresis on the family and child and to provide a comprehensive overview of the management of the disease and nursing care.

Keywords

- Enuresis,
- Nursing,
- Child.

Article Info

Review article

Received

15.01.2023

Accepted

02.07.2024

GİRİŞ

İstem dışı idrar kaçırmaya anlamına gelen enürezis günümüzde en sık rastlanan çocukluk çağı hastalıklarından biridir. Fizyolojik bir rahatsızlık olmasının yanı sıra uygun şekilde yönetilmediği takdirde çocuklarda psikososyal problemlere neden olmaktadır. Çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu sosyal problem çocuğun benlik saygısı ve özgüveninde azalmaya, utanç duymasına ve birçok alanda davranışsal ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (1).

Fizyolojik ve psikososyal birçok nedenle ortaya çıkabilen enürezisin tedavisinde amaç çocuğun benlik duygusunun zedelenmeden sorunun çözülmesidir. Bu amaçla sıvı kısıtlama yöntemleri, alarmlı uyarı sistemleri, mesane eğitimi, biofeedback, psikoterapiler, davranışçı yaklaşımlar ve farmakolojik yöntemler gibi çok boyutlu ve aşamalı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Multidisipliner yaklaşım gerektiren enürezisin yönetimi ve tedavisinde en önemli görev ebeveynlere düşmektedir. Ancak ebeveynlerin enürezis ve yönetimine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaması sıklıkla çocuğa suçlayıcı davranmalarına, cezalandırma ve hatta şiddete varan yanlış tutumlar göstermelerine neden olmaktadır. Araştırma sonuçları enürezis durumunda ebeveynlerin yarısından fazlasının çocuğu korkutma, 1/3'ünün ise çocuğu cezalandırma gibi olumsuz tutumlarda bulduklarını göstermektedir (2-8). Bu aşamada çocuğun bakımını yöneten pediatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle, hemşireler enürezisin nedenlerini, tipini ve şiddetini doğru olarak değerlendirebilmeli, çocuk ve ailenin yaşamına etkilerini anlamalı, tedavi yöntemlerini bilmeli ve bu konuda ailelere danışmanlık hizmeti sağlamalıdır.

Enürezis Tanımı ve Sınıflandırılması

Sağlıklı bir gelişme sürecinde çocukların genellikle iki-üç yaşlarında gündüz, dört yaşına kadar da gece idrar kontrolünü kazanmış olması beklenir (6,9). Beş yaşına gelmiş olan çocukların en az üç ay süre ile istemsiz ya da amaçlı olarak, gece ve/veya gündüz idrar kaçırmaya ise enürezis olarak tanımlanmaktadır (1,7,10,11). Altını ıslatma davranışı sadece uykuda meydana geliyorsa enürezis nokturna, sadece gündüz meydana geliyorsa enürezis diurna hem gece hem gündüz meydana geliyorsa karma enürezis adını alır. Ayrıca çocukta doğumdan-beş yaşına kadar hiç idrar kontrolünün sağlanamamış olması primer enürezis, idrar kontrolü sağlandıktan sonra istemsiz ya da amaçlı idrar kaçırmaların tekrar başlaması durumu ise sekonder enürezis olarak adlandırılmaktadır. Toplam vakaların %20'sini oluşturan sekonder enürezis daha çok organik veya psikolojik problemlerle ilişkilidir (5,6). Tanı konulmadan önce sinir sisteminde veya idrar yollarında doğuştan ya da sonradan kazanılmış kusurların dışlanması, enürezis tipinin belirlenmesi önemlidir (4). Enürezisin tanılanmasında Amerikan Psikiyatri Birliğinin tanı ölçütleri (DSM-V) kullanılmaktadır. Bu tanı ölçütleri (3);

- Yatak, giysi vb. üzerine tekrarlayıcı olarak istemli veya istemsiz idrar kaçırmaya,
- En az ardışık üç ay boyunca, haftada iki kez ortaya çıkması,
- İdrar kaçırmaya davranışının okul, ya da diğer sosyal alanlarda sıkıntı yaratması,
- Hastanın kronolojik yaşının en az beş olması,
- Altını ıslatma ya da idrar kaçırmaya davranışının bir madde (ilaç vb.) ya da genel tıbbi durumun etkilerine bağlı olmamasıdır.

Epidemiyolojisi

Enürezis genetik, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin bir arada bulunduğu karmaşık bir durumdur. Genel prevalans %2,3 ile %25 arasında değişmekte ve genellikle yaşla birlikte azalmaktadır (10). Erken okul yıllarında erkeklerde kızlara oranla daha sık görülmektedir. Ülkemizde enürezis prevalansı %10,5-17,5 olarak saptanmıştır (11). Birleşik Devletler’ de toplamda 5-7 milyon enürezisli çocuk olduğu düşünülmekteyken, İran’da %10,2, Suudi Arabistan’da %15 ve Çin’de bölgelere göre değişmekte olup %4,07- %10,3 arasındadır (2,5,12). Avrupa ve Afrika ülkelerindeki yaygınlık oranları ise İtalya %3, Burkina Faso %13, Mısır %10,1, Nijerya %23,2 olarak bildirilmiştir. Bölgeler ve ülkeler arasındaki sonuç farklılıklarında kültür ve coğrafi farklılıkların etkisi olduğu düşünülmektedir (2,5).

Etiyolojisi

Hastalığın etiyojisi tam olarak bilinmese de birçok çocukta ileri yaşlarda bu durumun ortadan kalkması, idrar kontrol merkezlerinin gelişimindeki gecikmelerin enürezisin sorumlusu olabileceğini düşündürmektedir. Son araştırmalar, çocukluk çağı enürezisinin çoğunlukla beynin mesanenin dolu olduğuna dair sinyaline yanıt vermemesi nedeniyle oluştuğunu göstermiştir. Yatak ıslatmanın, beynin mesaneyi görmezden gelmesini sağlayan tek kullanımlık çocuk bezleriyle yıllarca uyuma alışkanlığından kaynaklanabileceği ve ıslaklık hissini ortadan kaldırarak mesane-beyin bağlantılarını etkileyebileceği düşünülmektedir (10).

Enüretik çocukların anatomik mesane kapasitesinde herhangi bir anormallik olmadığı kabul edilse de hastalığın etiyojisinde mesane disfonksiyonları rol oynayabilmektedir. Çoğu çocuk enürezise ek olarak davranışsal veya psikiyatrik bir bozukluktan muzdariptir. Hastalığa sıklıkla anksiyete, depresyon ve aşağılık duyguları eşlik eder ve yapılan araştırmalarda nöropsikolojik bozuklukların enürezisin şiddetini artırabildiği ortaya konmuştur (13).

Sınıflara göre ayrıldığında primer enürezisin aşırı idrar üretimi, küçük mesane kapasitesi veya detrusor kasının aşırı aktivitesinden ve tüm uyaranlara rağmen uykudan uyanamamaktan kaynaklandığı belirtilmektedir. Sekonder nokturnal enürezis ise obstrüktif uyku apnesi, diabetes insipidus, diabetes mellitus, hipotiroidizm ve böbrek hastalığı gibi yeni bir tıbbi durumun başlamasından ya da yeni bir psikolojik streten kaynaklanır (1,5).

Son on yılda, çok sayıda çalışma enürezisin etiyojisinde kalıtsal faktörlerin rolünü araştırmıştır (1,2,5,7,13). Araştırmalar nokturnal enürezisin otozomal dominant kalıtsal olduğunu ve penetrasyon oranının %90 olduğunu göstermiştir. Enürezisin meydana gelmesindeki en büyük etken olarak kalıtsal faktörler düşünülse de somatik ve psikososyal çevresel özellikler de önemli etkiye sahiptir (1,2,5,13). Çocuklarda enürezis görülme sıklığı ebeveynlerden biri çocukluğunda enürezis geçirmişse %44 iken, her iki ebeveynde de geçmişte enürezis öyküsü mevcutsa %77’ye yükselmektedir. Ebeveynlerde enürezis öyküsü bulunmaması halinde insidans %15’e kadar düşmektedir (5).

Risk Faktörleri

Enürezise zemin hazırlayan etmenler arasında genetik faktörler, ADH (Antidiüretik Hormon) salgılama ritmindeki değişiklikler, uyku bozuklukları, gecikmiş mesane gelişimi, yetersiz sinir gelişimi, psikoloji ve çevre sayılabilir (2,14,15). Şekerli içecek tüketimi (idrar söktürücü etki), sade su alımının olmaması ve günlük yaşam alışkanlıkları da enürezis ile yakından ilişkilidir. Enüreziste uyku bozukluklarının rolü tartışmalıdır. Yapılan bir araştırmada enürezisli çocukların %60'ının derin uyku problemi yaşadıkları ve nokturnal enürezisli çocukların %75'inin uyanmakta güçlük çektikleri belirlenmiştir (11). Uyku kalitesi düşük olan çocukların yatmadan önce oyun oynaması, yorgunluklarını şiddetlendirebilir ve uyanmakta güçlük yaşamalarına sebep olabilir (16).

Pek çok çalışmada enüretik çocukların ailelerinde yüksek oranda enürezis öyküsü olduğu saptanmıştır. Aile öyküsünün varlığı, ebeveynlerin soruna alıştıkları ve göz ardı edebildikleri şeklinde yorumlanabilir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında diğer çocuklara oranla 4,27 kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir (11). Ayrıca annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması veya çocuğun tek ebeveynli olması da enürezis görülme sıklığını artırmaktadır. Bunlara ek olarak araştırmalar sonucunda idrar yolu enfeksiyonu, kabızlık, cerrahi işlem, kronik hastalık, psikolojik bozukluk öyküsü olan veya kendine ait bir odası olmayan çocukların diğer çocuklara kıyasla enürezise daha yatkın olduğu; aynı odada uyuyan kişi sayısı arttıkça enürezis prevalansının da arttığı belirtilmiştir (11,17).

Mesane gelişimi henüz tamamlanmadan veya tamamlandıktan çok sonra tuvalet eğitimine başlanması enürezis için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca tuvalet eğitimi sırasında ailenin çocuğa verdiği desteğin niteliği de alt ıslatma bozukluğuna zemin hazırlayabilir (10). Amerikan Pediatri Akademisi geçtiğimiz yıllarda çocuklarda tuvalet eğitimi için bir rehber yayınlayarak tuvalet eğitimine başlama yaşının 18-24 ay arasında ve çocukların fiziksel ve duygusal olarak hazır olduğu bir dönemde başlatılmasını tavsiye etmiştir (18).

Mesane eğitimi sırasında anne babanın sert davranması, çocuğun korkmasına, öfke duymasına, endişelenmesine ve yetişkinlik döneminde kişiliğini etkileyerek, uyum ve davranış sorunları yaşamasına sebep olabilir. Bazı toplumlarda altını ıslatan çocuğu dövmek, cezalandırmak gibi uygunsuz davranışlar ve zararlı tedavi uygulamalarının günümüzde de devam ettiği bilinmektedir (2,19). Türkiye'de ve Brezilya'da yapılan araştırmalarda, cezanın yaygın olduğu ve bazen de aile içi şiddetin meydana geldiği bildirilmiştir. Türkiye'de 2004 yılında yapılan, annelerin çocuklarının yatak ıslatma davranışlarına karşı tepkilerinin sorulduğu ve 154 annenin katıldığı bir araştırmada 133 (%86,4) çocuğun çeşitli türde istismara uğradığı saptanmıştır (20). Brezilya'da 6-18 yaş arası enürezis tanısı almış 149 çocuk arasında yapılan çalışmada ise 132 çocuğun idrar kaçırma davranışının ardından çeşitli istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (21). Travmatik deneyimlerin enürezis ile olan ilişkisi, çalışmaların azlığı nedeniyle belirsizliğini sürdürse de uzun süredir çocuk istismarı (özellikle cinsel istismar) ile alt ıslatma arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (19).

ÇOCUK VE EBEVEYN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Enürezisin çocuk ve ailesi üzerinde birçok psikolojik ve sosyal etkisi vardır. Ailelerin yaşam kaliteleri ve psikososyal refahları olumsuz etkilenir. Tanının konulmasıyla birlikte aileyi, öncekinden daha büyük, uzun soluklu bir yük beklemektedir (22-24).

Hastalığın patogenezinin karmaşıklığı, uzun/belirsiz seyri, tekrar nüks etme ihtimali, bakım yükü, yarattığı psikolojik baskı, hastalık hakkındaki bilgi eksiklikleri ebeveynlerde yoğun stres ve kaygıya sebep olur. Bu da ebeveynlerin çocukları hakkında olumsuz duygular beslemesine neden olabilmektedir. Genellikle endişeli ve kızgın hisseden ebeveynler, bu bozukluğun farkında olmadıkları için çocukları suçlayabilir, cezalandırabilir, küçük düşürebilir, ciddi ruhsal travmalar oluşturabilirler (15). Enürezisin çocuğun suçu olmadığını anlaşılır biçimde açıklamak ve enüretik çocuğu savunmak, ebeveynlere yüklenebilecek yükü takdir etmek önemlidir (25). Hastalığın seyri ebeveynlerin hastalığa karşı tutumlarıyla yakın ilişkilidir. Ebeveynlerdeki olumlu beklentiler daha iyi sağlık sonuçları yaratacaktır (15).

Yapılan çalışmalarda enüretik çocuklar yatak ıslatma korkusu nedeniyle uyuyamadıklarını; ıslandıkları günlerde arkadaşlarının ya da akrabalarının bunu öğrenmesinin kendilerini “kötü” hissettirdiğini belirtmişlerdir. Bu çocukların yaşam kalitesi azalır, sosyal aktiviteleri kısıtlanır ve benlik saygılarında azalma meydana gelir. Ayrıca diğer çocuklara oranla 2 ila 6 kat daha sık ruh sağlığı sorunları yaşamaktadırlar (2,12,22). Sınıf arkadaşları tarafından alay konusu olabilir ve damgalanabilirler. Bu durum da özgüven eksikliği yaşamalarına, düşük okul performansına ve iletişim becerilerinin kısıtlanmasına neden olur (11, 15).

Kamp yapmak, arkadaşının evinde kalmak gibi sosyal etkinliklere katılamayan çocukların akranları ile ilişkileri etkilenir. Enürezisli çocukların üzüntü, utanma, aşağılanma gibi duygular yaşadığı ve ayrıca hastalığa eşlik eden psikopatolojilerin yaygın olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalığa sahip çocukların sağlıklı çocuklara göre daha yüksek anksiyeteye ve depresyon sıklığına sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak başarılı tedavi yöntemleri veya çeşitli ile bu olumsuzlukların giderilebileceği de belirtilmektedir (26-28). Hastalık ile ilgili çocuklara verilen eğitimlerin ve izletilen mesane eğitim videolarının yaşam kalitesini olumlu etkilediği gözlenmiştir (22).

TANI VE TEDAVİ SÜRECİ

Hastalığın tanı ve tedavi süreci, bir dizi tanısal soru sorularak ayrıntılı öykü alınması ile başlar. Nihai hedef, çocuklarda sosyal-fonksiyonel sonuçları önlemek ve bozukluklarını tedavi ederek özgüvenlerini artırmak, fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarını geliştirmektir. Mesane disfonksiyonunu taramak için alt üriner sistem semptomları (Gündüz idrar kaçırma, idrar sıklığında artış, ani ve acil idrara çıkma ihtiyacı, seyrek idrara çıkma, tutma manevraları, idrar yapmak için itme ihtiyacı ve idrar akışının kesilmesi vb.) sorgulanmalıdır. İdrar yolu enfeksiyonu öyküsü, böbrek ve/veya omurilikte malformasyon, kabızlık, barsak alışkanlıkları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar gözden geçirilmelidir. Diabetes insipidus, diabetes mellitus, nefrotik sendrom ve üriner sistem enfeksiyonu gibi altta yatan bozuklukları dışlamak için idrar tahlili gerekir. Nadir de olsa anatomik veya nörolojik altta yatan nedenleri belirlemek için ilgili bölgelerin fizik muayenesi yapılmalıdır (2,7,9,29).

Hasta muayene edilirken vücut ağırlığı ve boy göz önünde bulundurulmalıdır. Genital bölge muayenesi, rektal muayene, sol alt kadran palpasyonu, nörolojik muayene, lumbosakral omurga muayenesi tanı sürecini kolaylaştıracaktır (9,29,30). Mesane ve böbrek ultrasonografisi, hidronefroz, hidroüreter, üreterosel ve artmış mesane duvar kalınlığı gibi altta yatan nedenleri saptamada yardımcı olabilir. Şiddetli gece enürezisi olan çocuklarda mesane duvar kalınlığının ultrasonla ölçümünün mesane fonksiyonu ile iyi bir korelasyon gösterdiği ve tedavi sonucu için öngörücü bir faktör olabileceği belirtilmiştir. Kabızlık sorunu olan çocuklarda şişmiş rektum mesaneye bası yapabilir ve mesane kapasitesini azaltabilir. Bu durum enürezis için risk faktörü oluşturur (29,30).

Enürezisin önerilen birinci basamak tedavisi, desmopressin veya farmakolojik olmayan enürezis alarm tedavisini içerir. Desmopressin, antidiüretik hormon vazopressinin sentetik bir analogudur. İdrar üretimini azaltarak çalıştığından, gece poliürisi olan çocukların tedaviye yanıt verme olasılığı daha yüksektir (5,7).

Buna karşılık, normal idrar çıkışı olan çocuklar desmopressine dirençli olabilir ve alarm tedavisine daha iyi yanıt verebilir. Bir enürezis alarmı takılır ve gece giysiler ıslandığında bir ses çıkarır. Alarm çaldığında, henüz uyandırılmamışsa çocuğu uyandırmak ve tuvalete götürmek için ebeveyn yardımı gerekebilir. Alarm, tekrarlanan alarm tetiklemelerinin ve uyumun izlenmesinin neden olduğu yük nedeniyle yalnızca motive olmuş ve destekleyici ailelerde kullanılmalıdır. Ebeveynlerin alarm kullanımı konusunda hemşireler veya diğer sağlık hizmeti sunucularından eğitim alması gerekir (5,29,31,32).

Ayrıca 2022 yılında yapılan bir çalışmada enüretik çocuğa her gece bir defa suprapubik, sakral ve yan bölgelere topikal olarak altı damla hindistan cevizi ve parafin yağı uygulamanın semptomları iyileştirmede etkili olduğu bildirilmiştir (33).

YÖNETİM VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Herhangi bir tedavi yöntemini uygulamadan önce, ailenin beklentisini belirlemek, aileyi ve çocuğu eğitmek, enürezisin patofizyolojisini aydınlatmak ve her türlü suçluluk duygusunu ortadan kaldırmak önemlidir (30). Tedavi süresince çocuğun özgüveni ve benlik saygısı korunmalıdır. Sinha ve arkadaşları (2016), hastalığın yönetiminde “suçluluğu azaltmak, umudu teşvik etmek, cezalandırıcı bir tepkiden kaçınmak, çocukta farkındalık yaratmak, gece idrar üretimini azaltmak için çocukla iş birliği içinde olmak” adımlarından oluşan bir yaklaşım önermiştir (34). Başarılı bir yönetim için “çocuk odaklı yaklaşım” önemlidir ve çocuklara tedavi süreçlerinde aktif bir rol verilmelidir (35).

Tanı konulduktan sonra çocuklara ve ailelerine çözüm için gerekli olan temel yaşam tarzı ve bazı davranış değişiklikleri hakkında tavsiyeler sunulmalıdır (29):

- Akşamları sıvı alımı kısıtlanmalı ve kafeinli içecekler tüketilmemelidir.
- Gün içinde düzenli aralıklarla ve yatmadan hemen önce ihtiyacın giderilmesi teşvik edilmelidir.
- Kabızlık sorunu olan çocuklarda kabızlığı tedavi etmek enürezisi ortadan kaldırabilir.

- Kabızlık belirtisi varsa, dışkı yumuşatıcı yiyeceklerin seçilmesi ya da dışkı yumuşatıcı ilaçların kullanılması bağırsakların boşaltılmasını sağlayacaktır.
- Çocuğu ihtiyacını karşılamak için gece uykusundan uyandırmak kalıcı bir çözüm olmayacaktır.
- Çocukların ıslak ve kuru gecelerini birkaç hafta boyunca takip etmek ve kuru geceleri ödüllendirmenin yatak ıslatma sıklığını azalttığı gözlenmiştir.

Bu öneriler toleranslı, destekleyici ebeveynleri olan motive, uyumlu çocuklar için daha somut sonuç verecektir. Davranış değişiklikleri, tedavi türü her ne olursa olsun devam etmelidir (25).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri bakım verici, eğitici, lider, danışman gibi roller üstlenir. Çocuğun ve ailesinin sağlığını korumada kilit rol oynayan hemşireler, enüretik çocuk ve ailesine durumun yaygın olduğu; çocuklarını ya da kendilerini suçlamalarının yanlış olacağı konusunda bilgilendirme yapmalıdır. Ailenin hastalığı ve uygulanacak tedavi yöntemlerini anlaması sağlanmalı; sert/agresif tepki göstermenin, ceza vermenin, ayıplamanın ya da şiddet uygulamanın enürezisi iyileştirmeyeceği; aksine çocuğu korkutacağı ve küçük düşüreceği açıklanmalıdır. Bunlara ek olarak ebeveynlere hastalığı destekleyici tutumların (bez kullanımı vb.) da yanlış olduğu bilgisi verilmelidir.

Enürezisin doğru kavranmasını sağlamak, bilgi eksikliğini gidermek tedavinin başarı şansını artıracaktır. Yapılan araştırmalarda enüretik çocuklara ve ailelerine verilen eğitimlerin, çocukların tedaviye uyumunu kolaylaştırdığı, hastalığın tekrarlama sıklığını azalttığı saptanmıştır. Başarılı bir eğitim için hemşirelerin hastalarla aynı dili konuşması gerekir. Okul çağındaki çocukların öğrenme ve anlama yeteneği, somut düşünce süreçlerine dayanmaktadır. Eğitimin içeriği, öğretim stratejileri ve materyalleri; çocukların gelişim dönemleri, bilişsel ve psikososyal özellikleri dikkate alınarak planlanmalıdır. Ayrıca hasta eğitiminde akran gruplarının kullanılması ile çocukların ıslanma sorunları yaşayan diğer çocuklarla kaynaşmasının tedavi sürecini olumlu etkilediği gözlenmiştir (22,36).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bütün kademelerinde görev alabilen hemşireler, etkin terapötik yöntemler kullanarak çocuk ve ailesinin ihtiyaçlarını belirleyebilmelidir. Derinlemesine bir fizik muayene ve öykü alınmalı, çocuğun normal gelişim dönemine uygunluğu değerlendirilmelidir. Özgeçmiş alırken bazı soruların sorulması ve gözlenmesi, tanı tedavi sürecini hızlandıracaktır:

- Alt ıslatma davranışı ne zamandan beri mevcut?
- Enürezisin tipi nedir? (Nokturna, primer, sekonder, karma..)
- Kuru kalma süresi nedir?
- Günlük tüketilen sıvı türü ve miktarı nedir? (Kafeinli, gazlı içecekler vb.)
- Gece uykusunun süresi ne kadardır?
- Gece uykusundan uyanma durumu nedir?
- Ailede enürezis geçmişi var mı?
- Kabızlık ya da enkoprezis var mevcut mu?
- Eşlik eden hastalıklar var mı?
- Çocuk daha önce enürezis oldu mu?
- Olduysa hangi tedavi yöntemleri uygunlandı? Başarılı/başarısız olan nonfarmakolojik

yöntemler ve tedaviler neler?

- Ailenin hastalığa ve çocuğa yönelik düşünceleri nasıl?
- Tuvalet eğitimin ne zaman ve nasıl verildiği, ailenin çocuğa olan desteğinin niteliği sorgulanmalıdır.
- Çocuğun ve ailesinin ruhsal durumu nasıl?
- Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyi nedir?
- Çocukta travmatik yaşam öykülerinin varlığı sorgulanmalıdır.(Kayıp, ameliyat, istismar, ihmal...)
- Hastalığın çocuk ve aile üzerine etkileri nelerdir?

Enüretik çocuğu içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal ortam içerisinde ele almak önemlidir, bu sebeple hemşireler iyi bir gözlem yeteneğine de sahip olabilmeli süreci iyi yönetebilmelidir. Hemşireler çocuğun iş birliğini ve ailenin çocuğa desteğini sağlayabilmek için onlara duygusal destek ve güvence sağlamalı; uygun eğitim materyalleri ile bilinçlendirme çalışmaları yaparak konuyu açıkça tartışmaya cesaretlendirmelidir (22).

Hemşireler tarafından aileye ve topluma aşağıdaki konularda bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir:

- Enürezis nedir, nedenleri ve risk faktörleri nelerdir?
- Hastalığın aile ve çocuk üzerindeki olası etkileri nelerdir?
- Nonfarmakolojik, farmakolojik ve diğer çeşitli tedavi çeşitleri nelerdir?
- Tedavide kullanılacak ilaçların yan etkileri
- Basit yaşam değişiklikleri (Sıvı alımı kısıtlaması, yatmadan önce ihtiyacın giderilmesi vb.)
- Tuvalet eğitimi (Başlanması için uygun yaş, ailenin tutumu vb.)
- Tedavide sürecinde ailenin rolü

SONUÇ

Enürezisin çocuklar arasında yaygın ve tedavi edilebilir bir sağlık sorunu olduğu konusunda çocuklara ve ailelere bilgi verilmesi önemlidir. Tanı konulan çocukların tedaviye erken dönemde başlayabilmesi ve sürece uyumunu hızlandırmak için eğitime erken başlanmalıdır. Pediatri hemşireleri, çocuk taramaları, bilinçlendirme ve farkındalık çalışmaları, çocuklarda görülen ruhsal bozukluklara yönelik çeşitli araştırmalar yaparak literatürü güncel tutmalıdır. Ülkemizde çocukların alt üriner sistem hastalıkları ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Bu bozukluğun oluşumunda çeşitli faktörlerin rol oynadığı düşünüldüğünde, ailelere ve çocuklara danışmanlık hizmeti verilmesi, okullarda çocuklara yönelik psikolojik danışma merkezlerinin kurulması, ebeveynlere çocuklarda görülen ruh sağlığı sorunlarının tanıtılması ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca ebeveynlerin enüretik çocuklarını nasıl destekleyecekleri ve inkontinansı nasıl çözümleyecekleri konusunda güncel bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Gomez Rincon M, Leslie SW, Lotfollahzadeh S. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Dec 3, 2022. Nocturnal Enuresis.
2. Mohammadi M, VaisiRaiegani AA, Jalali R, Ghobadi A, Salari N. The Prevalence of Nocturnal Enuresis among Iranian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Urol J.* 2019; 16:427-432.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. yay. yön. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014; 479.
4. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the standardization Committee of the International Children's continence society. *Neurourol Urodyn.* 2016; 35(4):471-481
5. Walker RA. Nocturnal Enuresis. *Prim Care.* 2019 Jun; 46(2):243-248.
6. Richardson D. Assessment and treatment of nocturnal enuresis in children and young people. *Nurs Child Young People* 2018; 30:40-47.
7. Chan IH, Wong KK. Common urological problems in children: primary nocturnal enuresis. *Hong Kong Med J* 2019; 25:305-311.
8. Kuwertz-Bröking E, von Gontard A. Clinical management of nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol.* 2018; 33:1145-1154.
9. Nevés T, Fonseca E, Franco I, Kawauchi A, Kovacevic L, Nieuwhof-Leppink A, et al. Management and treatment of nocturnal enuresis-an updated standardization document from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol* 2020; 16:10-19.
10. Li X, Wen JG, Shen T, Yang XQ, Peng SX, Wang XZ, et al. Disposable diaper overuse is associated with primary enuresis in children. *Sci Rep.* 2020; 10:14407.
11. Savaser S, Kizilkaya Beji N, Aslan E, Gozen D. The Prevalence of Diurnal Urinary Incontinence and Enuresis and Quality of Life: Sample of School. *Urol J.* 2018; 15:173-179.
12. Huang WJ, Liang YY, Yang Q, Ma X. Nocturnal enuresis in children: Parents' perspectives. *Nursing open.* 2022; 9(5): 2335-2341.
13. Dang J, Tang Z. Pathogenesis and brain functional imaging in nocturnal enuresis: a review. *Exp Biol Med.* 2021; 246:1483-1490.
14. Hamed A, Yousf F, Hussein MM. Prevalence of nocturnal enuresis and related risk factors in school-age children in Egypt: an epidemiological study. *World J Urol.* 2017; 35(3):459-65.
15. Sarici H, Telli O, Ozgur BC, Demirbas A, Ozgur S, Karagoz MA. Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. *J Pediatr Urol.* 2016; 12(3):159.e1-6.
16. Huang HM, Wei J, Sharma S, Bao Y, Li F, Song JW, Wu HB, Sun HL, Li ZJ, Liu HN, Wu Q, Jiang HL. Prevalence and risk factors of nocturnal enuresis among children ages 5-12 years in Xi'an, China: a cross-sectional study. *BMC pediatrics.* 2020; 20(1):305.
17. Tokar B, Baskaya M, Celik O, Cemrek F, Acikgoz A. Application of Machine Learning Techniques for Enuresis Prediction in Children. *Eur J Pediatr Surg.* 2021; 31:414-419.
18. American Academy of Pediatrics. How to tell when your child is ready, 2nd edn. In *Guide to Toilet Training, Vol. 1*(ed. Wolraich, M L.) 19-40. (Bantam Dell, Ebook ISBN 9780425285817, 2016)
19. Dayan J, Creveuil C, Bapt-Cazalets N. Enuresis and encopresis: Association with child abuse and neglect. *L'Encephale.* 2022; 48 (1): 30-33.
20. Can G, Topbas M, Okten A, Kizil M. Child abuse as a result of enuresis. *Pediatrics International.* 2004;46(1):64-66.
21. Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG, Damião R, Silva EA. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(5):433-437.

22. Yılmaz EŞ, Büyük ET. Effect of education given to children with enuresis on quality of life. *Journal of pediatric urology*. 2021; 17(5):648.e1–648.e7.
23. Ring IJ, Neveus T, Markström A, Amrup K, Bazargani F. Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships. *Acta Paediatrica*. 2017; 106(5):806-811.
24. Iscan B, Ozkayın N. Evaluation of health-related quality of life and affecting factors in child with enuresis. *Journal of pediatric urology*. 2021; 16(2):195.e1–195.e7.
25. Wright AJ. Nocturnal enuresis: a comorbid condition. *Jornal de pediatria*. 2020; 96(3):276-278.
26. Gulisano M, Domini C, Capelli M, Pellico A, Rizzo R. Importance of neuropsychiatric evaluation in children with primary monosymptomatic enuresis. *J Pediatr Urol* 2017;13:36.e1–6
27. Peck B, Peck B, Harvey J, Green A, Svedas K, Whitaker S, et al. Body worn versus bell-and-pad alarm device for the management of monosymptomatic nocturnal enuresis in children a randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2020; 47:507-12.
28. Sousa e Silvaa GJ, Sammour SNF, Ferraroa AA, Kalika Koch VH. Study of the profile of behavioral problems and quality of life indexes in a pediatric cohort of monosymptomatic enuresis. *J. An Pediatr*. 2019; 95(2):188-193.
29. Wang TM, Yang SS, Tsai JD, Yu MC, Chiou YH, Chen KL, et al. Management of nocturnal enuresis in Taiwan: Consensus statements of the Taiwan enuresis expert committee. *J Formosan Med Assoc*. 2019; 118:965-972.
30. Bogaert G, Stein R, Undre S, Nijman R, Quadackers J, 't Hoen L, Kocvara R, Silay S, Tekgul S, Radmayr C, Dogan HS. Practical recommendations of the EAU-ESPU guidelines committee for monosymptomatic enuresis-Bedwetting. *Neurourology and urodynamics*. 2020; 39(2):489-497.
31. Larsson J, Borgström M, Karanikas B, Nevéus T. Can enuresis alarm therapy be managed by the families without the support of a nurse? A prospective study of a real-world sample. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2022 Dec.
32. Alqannad EM, Alharbi AS, Almansour RA, Alghamdi MS. Alarm Therapy in the Treatment of Enuresis in Children: Types and Efficacy Review. *Cureus*. 2021; 13(8):e17358.
33. Dehghanpour A, Seyedhashemi M, Zare Bidaki A, Mousavi Z, Emtiazy M, Shakiba M. Coconut oil rubbing as an easy and safe way to improve symptoms in primary nocturnal enuresis: A randomized double-blinded placebo-controlled clinical trial. *Avicenna journal of phytomedicine*. 2022; 12(5), 449-456.
34. Sinha R, Raut S. Management of nocturnal enuresis – myths and facts. *World J Nephrol*. 2016; 5:328-338.
35. Haid B, Tekgül S. Primary and Secondary Enuresis: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Eur Urol Focus*. 2017 Apr;3(2-3):198-206.
36. Saarikoski A, Koppeli R, Salanterä S, et al. Voiding school as a treatment of daytime incontinence or enuresis: Children's experiences of the intervention. *J Pediatr Urol* 2018;14:56.e156.e7