ENÜREZİS NOKTURNA TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ ÇOCUKLARDA DUYGU DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

İrem Erdoğan
1811041115

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji (Opsiyon: Gelişim Psikolojisi) Yüksek Lisans Programı
Danışman: Prof. Dr. H. Nermin Çelen

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2021

ENÜREZİS NOKTURNA TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ ÇOCUKLARDA DUYGU DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

İrem Erdoğan
1811041115
Orcid: 0000-0003-1589-8733

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji (Opsiyon: Gelişim Psikolojisi) Yüksek Lisans Programı
Danışman: Prof. Dr. H. Nermin Çelen

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Engin bilgi ve tecrübesini her daim öğrencileri ile paylaşan ; tez sürecim boyunca yanımda olan Tez Danışman' ım, Maltepe Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Başkan' ı Sayın Prof. Dr. Nermin Çelen' e,

Psikoloji ile beni tanıştıran, bu yolda beni cesaretlendiren ve destekleyen, bilgileri ile her zaman ufkumu genişleten sevgili annem Dr. Ayşe Erdoğan ve sevgili babam Doç.Dr. Hakan Erdoğan'a,

Eğitim hayatımın büyük bir bölümünde benimle birlikte olan, güvenini, desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim canım yol arkadaşım, eşim Kaan Darende' ye,

Eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Sonsuz teşekkür ederim.

İrem Erdoğan

Eylül, 2021

ÖZ

ENÜREZİS NOKTURNA TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ ÇOCUKLARDA DUYGU DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

İrem Erdoğan
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji (Opsiyon: Gelişim Psikolojisi) Yüksek Lisans Programı
Danışman: Prof. Dr. H. Nermin Çelen
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021

Bu tez çalışmasının amacı enürezis nokturna tanısı almış olan çocukların yaşamış oldukları ruhsal süreçlerini değerlendirmektir. Araştırmanın çalışma grupları, enürezis nokturna tanısı almış ve almamış çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Enürezis tanısı alan çalışma grubunda bulunan 6-15 yaş aralığındaki çocukların, çocuk nefroloji kliniğine başvurmuş ve tüm tahlil tetkikleri yapılmış olup; enürezis nokturna tanısı al-malarının altında herhangi bir biyolojik bulguya rastlanmamış ve çocuklar klinik içeri-sindeki Psikoloji/Psikiyatri birimine yönlendirilmiştir. Enürezis nokturna tanısı almamış çalışma grubunda bulunan çocuklar Bursa'nın Nilüfer ve Osmangazi ilçesinde bulunan öğretimine devam etmektedir. Bu çalışma grubu, enürezis tanısı almış olan çalışma grubu ile yaş ve cinsiyet olarak birbirine benzemektedir ve herhangi bir enürezis bulgusu ve yakınması yaşamamış aynı zamanda psikiyatrik bir tanı almamış 30 çocuktan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan çocukların annelerinden, Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğine bağlı, Kişisel Bilgi Formunda bulunan demogra-fik bilgi soruları ve 6-18 yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinin (ÇGDDÖ) doldurulması istenmiştir. Aynı zamanda, enürezis nokturna tanısı alan çalış-ma grubunda bulunan çocukların annelerinin Aksiyete Stres Depresyon Ölçeği olan (DASÖ 21) sorularını cevaplayarak puanlama yapmaları istenmiştir.

Araştırmanın amacı kapsamında enürezis nokturna tanısı almış çalışma grubunda bulunan çocuklar ile enürezis nokturna tanısı almamış çalışma grubunda bulu-

nan çocukların, içe yönelim ve dışa yönelim duygu davranış bozuklukları açısından karşılaş-tırılmıştır.Aynı zamanda enürezis nokturna tanısı almış olan çocukların duygu davranış bozuklukları ile ebeveynlerinin ruhsal durumları ile arasındaki ilişki incelenmiştir.Yapılan istatistiksel analizleri göstermiştir ki; enürezis tanısı alan çocuklar ile enürezis tanısı almamış çalışma gruplarında bulunan çocuklar, duygu ve davranış sorunları açısından karşılaştırılmış, anlamlı farklılıklar oluştuğu tespit edilmiştir. Enürezis nok-turna tanısı alan çocukların içe yönelim ve dışa yönelim problemleri olarak belirlenen; depresyon, anksiyete, karşıt olma, dikkat eksikliği gibi bir çok alanda zorlandıkları bul-gusuna ulaşılmıştır.Bunlara ek olarak, araştırmanın alt amacı kapsamında ebeveyn ruh sağlığının, enürezis nokturna'lı çocukların davranış problemleri ile ilişkili olmadığı bul-gusuna ulaşılmış fakat enüretik çocuğa sahip olan ebeveynlerin, orta ve ileri düzey dep-resyon, anksiyete ve depresyon içerisinde oldukları bulgusuna ulaşılmış; bu bulgular tartışma bölümünde değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Enürezis , Davranış Bozuklukları, Ebeveyn Tutumu, Ebeveyn Ruh Sağlığı.

ABSTRACT

EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEM IN CHILDREN WITH NOCTURNAL ENURESIS AND CHILDREN WITHOUT NOCTURNAL ENURESIS

İrem Erdoğan
Master Thesis
Department of Psychology
Psychology (Option: Development Psychology) Programme
Advisor: Prof. Dr. H. Nermin Çelen
Maltepe University Graduate School, 2021

The aim of this thesis is to evaluate the mental processes of children diagnosed with enuresis nocturna. The study groups of the study consisted of children and adolescents diagnosed with or without enuresis nocturna. Children aged 6-15 years in the study group diagnosed with enuresis applied to the pediatric nephrology clinic and all analysis tests were performed; No biological findings were found under the diagnosis of enuresis nocturna and the children were referred to the Psychology/Psychiatry unit within the clinic. The children in the study group who have not been diagnosed with enuresis nocturna continue their education in Nilüfer and Osmangazi districts of Bursa. This study group is similar to the study group diagnosed with enuresis in terms of age and gender, and did not experience any signs and symptoms of enuresis, but also had a psychiatric diagnosis. It consists of 30 children who did not receive it.The mothers of the children participating in the study were asked to fill in the demographic information questions in the Personal Information Form related to the Behavior Evaluation Scale for Children and Adolescents, and the Behavior Evaluation Scale for Children and Adolescents aged 6-18 (CBCL). At the same time, the mothers of the children in the study group diagnosed with enuresis nocturna were asked to score the Anxsious Stress Depression Scale (DASS 21) and the Personal Information Form assessing the child-parent relationship.

Within the scope of the study, the children in the study group diagnosed with enuresis nocturna and the children in the study group who were not diagnosed with enuresis nocturna were compared in terms of internalizing and externalizing affective behavior disorders. The relationship between their parents and their mental state was investigated.

Statistical analyzes showed that; Children diagnosed with enuresis and children in the study groups not diagnosed with enuresis were compared in terms of emotional and behavioral problems, and significant differences were found. Internalizing and externalizing problems of children diagnosed with enuresis nocturna; It was found that they had difficulties in many areas such as depression, anxiety, opposition, and attention deficit. In addition, it was found that parental mental health was not related to behavioral problems of children with enuresis nocturna, but parents with enuretic children were found to have difficulties in many areas. it was found that they were in moderate and severe depression, anxiety and depression; these findings are evaluated in the discussion section.

Keywords: Enuresis, Behavioral Disorders, Parental Attitude, Parental Mental Health.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xi
GRAFİKLER LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
ÖZGEÇMİŞ xiv
BÖLÜM 1.GİRİŞ 1
1.1.Süreğen Hastalıklar 1
1.2 Enürezis ve Enürezis'in Tanımı 2
1.2.1. Enürezisin Sınıflandırılması 4
1.2.2. Enürezis'in Etiyolojisi 4
1.2.3. Enüreziste Risk Faktörleri Nelerdir? 5
1.2.4. Enüreziste Tedavi 6
1.3. Psikanalitik Kuram ve Enürezis 6
1.3.2. Melanie Klein'a Göre 7
1.3.3. Diğer Psikanalitik Kuramcılar 7
1.4. Duygu Davranış Bozuklukları 8
1.4.1. Ebeveyn Ruh Sağlığı ve Çocuklarda Davranış Bozuklukları 8
1.4.2. Enürezis ve Duygu Davranış Bozuklukları 9
1.5. Araştırmanın Amacı 11
1.6. Araştırmanın Önemi 12
1.7. Tanımlar 12
BÖLÜM 2. YÖNTEM 13
2.1.Araştırma Modeli 13
2.2 Çalışma Grubu 13

2.3.Veri Toplama Araçları 14
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu: 14
2.3.3. DASÖ 21(Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği) 16
2.4.Verilerin Çözümlenmesi 17
2.5. İşlem 17
BÖLÜM 3. BULGULAR VE TARTIŞMA 18
3.1.Bulgular 18
3.1.1. ÇDDÖ Ölçeği'ne İlişkin Bulgular 21
3.1.3. DASÖ Ölçeği ile ÇDDÖ Ölçeğinin İlişkisine Ait Bulgular 26
BÖLÜM 4. SONUÇ 34
4. 1. Özet ve Sınırlılıklar 34
EK'LER 37
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu 37
Ek 2. 6-18 Yaş Çocuklar ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği 38
EK 3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) 39
KAYNAKÇA 40

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çalışma Grubunun Yaş Dağılımına İlişkin Betimsel İstatistikler(N=60) 18

Tablo 2. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çalışma Grubunun Cinsiyet Dağılımına İlişkin Betimsel İstatistikler(N=60) 19

Tablo 3. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çalışma Grubunun Yaş Dağılımının Karşılaştırılması (N=60) 20

Tablo 4. ÇDDÖ Ölçeği Normallik Analizi 21

Tablo 5. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ÇDDÖ Alt Ölçek Puanlarını Karşılaştırılması (N=60) 22

Tablo 6. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ÇDDÖ'ye Göre Alt Grup T Değerlerinin Karşılaştırılması (N=60) 25

Tablo 7. ÇDDÖ Ölçeğine Göre İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Toplam Problem Alt Gruplarından Klinik Düzeyde Davranış Problemi Sergileyen Çocukların Dağılımı (N=60)* 26

Tablo 8. DASÖ Ölçeği Alt Test Puanları ile ÇDDÖ Ölçeği'nin Anksiyete, Depresyon ve Sosyal İçe Dönüklük Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi 27

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Enürezis Tanısı Almış Çalışma Grubunun Ebeveyn Depresyon Düzey Oranları 28

Grafik 2. Enürezis Tanısı Almış Çalışma Grubunun Ebeveyn Anksiyete Düzey Oranları 28

Grafik 3. Enürezis Tanısı Almış Çalışma Grubunun Ebeveyn Stres Düzey Oranları 29

KISALTMALAR

DSM-V **:** Diagnostic Manual of Mental Disorders,Fifth Edition- Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Ek Kitabı, Beşinci Baskı

DSM –IV **:** Diagnostic Manual of Mental Disorders,Fourth Edition- Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Ek Kitabı, Dördüncü Baskı

DEHB **:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÇDDÖ (CBCL) **:** Çocuk ve Ergen Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği

DASÖ **:** Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

TSSB **:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZGEÇMİŞ

İrem Erdoğan

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı
2021 Y.Ls.	Maltepe Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
2018 Ls.	Özyeğin Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı (İngilizce)
2012 Lise	Özel Final Anadolu Lisesi

Tecrübe

2019-.. Doç. Dr. Hakan Erdoğan Kliniği

2020-2021 Pembe Kule Özel Montessori Anaokulu

2019-2020 Özel İrem Eğitim ve Rehabilitasyon Kurumu

2018 Özel Çekmeköy Bahçeşehir Koleji (ÇMOT- Süperviyon)

2017 Nuhun Gemisi Psikolojik Danışmanlık Merkezi (Staj)

BÖLÜM 1.GİRİŞ

1.1.Süreğen Hastalıklar

Çocukluk döneminde,uzun süre bakım gerektiren süreğen hastalık olarak tanımlanan, diyabet (şeker hastalığı), kistik fibrozis, astım, akdeniz anemisi (talassemi), kalp-damar hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları gibi hastalıklar normalden sapma ve denetim altında olma durumunda olan rahatsızlıklardır. Çeşitli doğumsal bozukluklar, tümörler ve kazalar sonucu oluşan kas ve iskelet sistemini etkileyen rahatsızlıklar(serebral palsi, spina bifida, felç) sonucu çocuğu fiziksel olarak kısıtlı bir yaşam sürmesine sebebiyet vermektedir. Fiziksel kısıtlı olan çocukların ebeveynlerine bağımlı olma durumları, kendini yetersiz hissetme durumu; çocuğun anksiyete, depresyon, mutsuzluk gibi duygular hissetmesine neden olmaktadır.

Çocuğun süreğen bir hastalığı olduğunu öğrenen aile bireyleri ilk tanı döneminde genellikle inanmama, öfke, suçluluk hissi, üzüntü duyma ve ardından olayı kabul etme dönemlerinden geçerler. Hastalığın seyrine ilişkin belirsizlik ve tedirginlik çocukların annelerinde şok etkisine neden olurken;uzun soluklu bir üzüntü duymalarına sebebiyet vermektedir (MAkavak ve Çırak, 2006). Süreğen bir hastalığa sahip olan çocuklar ve aileleri ile yapılan bir araştırma sonucunda, annelerin çocuğun akranları ile zaman geçirmesini uygun bulmadığı ve var olan bu tutumun çocukların yaşlarına uygun davranış becerilerini geliştirmelerine ket vurduğu, sosyalleşme ve içe dönüklük gibi davranış sorunları yaşadığı bulgusuna ulaşmıştır(Çavuşoğlu, 2008).Çavuşoğlu'nun çalışmasında belirttiği gibi çocukların ebeveynleri ile olan ilişkileri, çocukların, davranış sorunları yaşamalarına sebep olmaktadır.Destekleyici anne-baba-çocuk ilişkisi çocuğun gelişim döneminde daha yüksek sosyal yeterlilik ve daha az sorun davranışlarla ilişkilendirilmektedir (Marti, Bonillo, Jane, Fisher ve Duch, 2015).

Yapılan diğer çalışmalar da göstermiştir ki; olumlu anne-çocuk ilişkisine sahip çocukların girdikleri yeni ortamlarda daha az uyum sorunları ile karşılaştıkları buna ek

olarak, yaşamlarında daha az problem davranış yaşamaktadırlar (Driscoll ve Pianta, 2011).

Süreğen çocukluk dönemi hastalıklarından enürezis nokturna, günden günde tanı alma sıklığını artırmaktadır. Enürezis nokturna'nın fizyolojik ve patolojik temelleri olabileceği gibi psikolojik sebepleri de olabilmektedir.Tecrübe edilen bir travma, travma sonucu şaşkınlık, aşağılanma duygusu, olgulaşamamışlık hissi gibi faktörler çocuğun enürezis nokturna ile tanışmasına neden olmaktadır(Anon, 1987; Butler, 1987,1994).Ebeveyn kavgaları ve ebeveyn boşanmaları da çocukların enürezis yaşamalarına neden olmaktadır(Van Tijen, Messer&Namdar, 1998).Yaşanılan alt ıslatma süreci ile ev içerisinde başlayan, tanı alma dönemi ve tekniklerin doktor kontrollerinin yaşanması ile devam eden bu süreç çocuklarda kaygıyı artırmakta, aile içerisinde ilişkilerin bozulmasına sebep olmaktadır, çocuk için oldukça zorlu geçen bu durum çocuğun yaşadığı içe yönelim ve dışa yönelim duygu davranış sorunları yaşamasına sebebiyet vermektedir.

1.2 Enürezis ve Enürezis'in Tanımı

Çocukluk çağı hastalıklarından en sık karşılaşılan Enüresiz ,"Kendini ıslatmak" anlamına da gelen bu ifade, uygun olmayan idrar yapma durumlarını karşılamaktadır (Birdal & Doğangün, 2016). Uluslararası Çocuk Kontinansı Derneği, enürezisin tanımını uyku sırasında idrarını tutamama durumu olarak yapmıştır (Austin PF, Bauer SB, Bower W.,2014). M.Ö 1550 yılından beri literatürde yeri olan enürezis Yunanca "içine işemek" anlamındaki "en ourein" ifadesinden gelmektedir (Canbulat & Yıldız, 2009). Çocukluk çağında en sık karşılaşılan süreğen rahatsızlıklardan biri olan enürezis doğuştan ya da kazanılmış santral sistemi defekti olmayan 5 yaş ve üzerindeki çocukların istemsiz olarak uykuda gece altını ıslatması enürezis nokturna olarak tanımlanır. Çocukluk dönemindeki enürezisi psikolojik açıdan değerlendirdiğimizde, kişilik ve karakter özellikleri olarak sağlıklı akranlarından farklılık göstermektedir. Yüksek motor aktiviteleri, agresif olmak, düşük motivasyon ve düşük öz saygı enürezisli çocuklarda

belirgin karakter özellikleri arasında.Freud'un yapmış olduğu psikoanalitik değerlendirmelere göre Freud, enürezisi mastürbasyon ile eşdeğer olarak görmüştür.Gerard'a göre ise enürezis çocukların yaşadığı semptomları agresyon ve pasif agresyon olarak kullandıklarını ve karşı cins ebeveyni ile güçlü bir özdeşim kurulduğunu belirtmiştir(akt.Berkem,1989).Enürezis nokturnaya fizyolojik açıdan baktığımıza ise, çocuğun aşırı dolmuş mesanesi ve kasları çocuğu uyku esnasında uyandırmaya yetmemektedir (Neveus, 2011), ve bu problemin multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir.

Enürezisin prevelansı popülasyonuna göre farklılık göstermektedir. Genel olarak, 5 yaş ve civarında %15-%20 aralığında, 10 yaşında %7, 12 yaşında %3, 15 yaşında ise %1'e kadar düşmektedir. Erkeklerde 10 yaşına kadar, kızlarda görülen enürezis sıklığının 2 katı olarak görülmekle birlikte 10 yaşından sonra insidans aynı seviyeye gelmektedir (Türkiye enürezis klavuzu, 2010).

Enürezisin genellikle aileler tarafından utanılacak bir durum olarak görülmesi, ailelerin geleneksel yöntemlerle tedavi yöntemlerine başvurmasına neden olmaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışma göstermiştir ki ailelerin enürezisli aileler, çocuk yaş döneminde geleneksel tedavilere başvururken 13-19 yaşlar arasındaki adölesanlarda modern tedavi yöntemine gereksinim duymaktadırlar. Geç kalınmış bu tedaviler çocukların farklı alanlarda başarısızlıklarına sebep olmuştur.

Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci baskısına göre (DSM-5) enürezis tanı ölçütleri şunlardır:

1. Yatağa ya da giysilere, istemli ya da istemsiz olarak, tekrarlayan biçimde idrar kaçırma.

2. Bu durumun en az haftada iki kez ya da ardışık üç ay boyunca tekrar etmesi ya da klinik olarak belirgin bir sıkıntıya, ya da sosyal, akademik alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olması.

3. Kronolojik yaşın en az beş olması.

4. Alt ıslatma davranışının (diüretik, antipsikotik ya da SSRI gibi) bir maddenin fizyolojik sonucu olarak ortaya çıkmamış olması.

1.2.1. Enürezisin Sınıflandırılması

Enürezis, problemin meydana çıkma durumuna ve şekline, idrar kaçırma zamanın günün hangi döneminde gerçekleştiğine göre farklı isimler almaktadır.İdrar kontrolünün 5 yaşına kadar ve 5 yaş sonrası gelişmediği durumlara prime enürezis denmektedir. Primer enürezis tanısı alan kişilen doğumdan itibaren idrar kaçırmanın sürdüğü ve bu süre zarfı içerisinde çocuk istikrarlı olarak hiç kuru kalmamıştır.Çocuk en az altı ay boyunca kuru kalınan bir dönem yaşamış bu sürecin ardından tekrar idrar kaçırma yaşanılan durumlara ise sekonder enürezis adı verilmektedir.İdrar kaçırma problemi yalnızca gece meydana geliyorsa enürezis nokturna adını alırken yalnızca gündüz bu problemin yaşanması durumuna enürezis diurna, hem gece hem de gündüz alt kaçırma durumuna ise karma enürezis adı verilmektedir.Enürezis vakalarının %80'i enürezis nokturnadır (Gür vd.,2004).

1.2.2. Enürezis'in Etiyolojisi

Çocuk ve adölesanlarda enürezise sebep olduğu düşünülen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; emosyonel veya psikojenik, genetik, uyku bozuklukları, gelişmede gecikme, hormonal etkenler, idrar yolu enfeksiyonu, üriner sistem patolojisi (mesaneüretra fonksiyon bozuklukları) ve herhangi bir fiziksel anormallikle izah edilemeyen sebepler olabilmektedir (Taneli, 2004).

1.2.2.1. Genetik Faktörler

Enürezis'e genetik faktörler açısından bakarsak, komplike ve heterojen bir hastalık olduğunu söyleyebiliriz. Anne ve babada enürezis var ise çocukta görülme olasılığı %77, anne ya da babada enürezis varsa %44'tür.Tek yumurta ikizi kardeş enüretik ise %65-70, çift yumurta ikizi kardeş enüretik ise %31-44 oranında görülmektedir.

1.2.2.2. Uyku Bozuklukları

Enüretik çocuk sahibi ailelerin büyük bir kısmı çocuklarının derin uyuma alışkanlığına sahip olduğunu öne sürse de, yapılan çalışmalar enüretik çocukların uyku halinde çekilmiş EEG'lerinin enürezis nokturna olmayan çocuklarınk uyuma alışkanlığından farklı olmadığını tespit etmiştir (Meneses, 2001; Akman, 2012; Ertan ve Karaboğa, 2012). Norgaard ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışmanın bulgularında alt ıslatmanın çok ağır bir uyku veya uykunun herhangi bir bölümünden diğerine geçiş sırasında değil, uyku zamanında uyku halinin herhangi bir aşamasında rastlantısal bir şekilde ortaya çıktığını bildirmişlerdir.

1.2.3. Enüreziste Risk Faktörleri Nelerdir?

1.2.3.1. Ailenin Sosyo-Ekonomik Düzeyi

Ailenin içerisinde bulunduğu sosyo-ekonomik seviyenin düşük olması da enürezis için önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. (Güneş vd., 2009; Özkan vd., 2010).

Carman ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2008) farklı sosyal ekonomik seviyede bulunan çocuklar araştırmaya katılmıştır. Enürezis hastalığının oranı, düşük sosyo-ekonomik düzeyde %25.5 bulunurken, yüksek sosyal ekonomik düzeyde ise %16 olarak tespit edilmiştir.

1.2.3.2. Enüretik Ebeveyn

Enüretik bir ebeveyn ya da kardeşin olması önemli bir etken faktör olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. (Gümüş vd., 1999; Şahin vd., 2000; Wang vd.,2007; Güneş vd., 2009; Dolgun vd., 2012) Dolgun ve arkadaşları'nın İstanbul'da yapmıl olduğu çalışmada (2012) 5-13 yaş aralığında 420 çocuğun dahil edilmiştir. Bu çalışmada,enüretik çocukların %76.2'sinin annesinde ve %14.9'unun babasında enürezis saptanmıştır.

Enürezis nokturna, bu faktörlerden herhangi birinin sebebiyet vermesiyle gelişse de bu farklı nedenler çocuk ve adölasanlarda aynı sorunlara yol açmaktadır. Sosyal izolasyon, içedönüklük, düşük benlik saygısı, düşük başarısı gibi duygu davranış problemleri bunlardan bazılarıdır(Lottmann & Alova, 2007; Heap, 2004).

1.2.3.3. Tuvalet Eğitimi

Genellikle çocuğun bulunduğu yaş dönemi ile belirlenen eğitim süreci,verilen eğitimin niteliğine göre çeşitli sonuçlar doğurabilmektedir.Uygun zamanda başlanılmayan eğitim, uygun olmayan işeme tarzı, verilen motivasyonun(ödül-ceza) soncunda çocuğun mesane kontrolünü tam sağlayamaması, yaratılan kaotik ortam sonucu çocuğun tepkiselliğinin artması enürezise zemin hazırlamaktadır.

1.2.3.4. Psikososyal Etkenler

Yaşanılan bir stres durumuna, travmaya maruz kalan çocukta enürezis durumları gelişebilmektedir.4500 çocuk ile yapılan bir çalışmanın sonucunda ailenin parçalanması, ebeveynden geçici/uzun süreli ayrılık, kardeşin doğumu, kazalar ve yaşanan cerrahi müdehaleler çocuğun enürezis problemi yaşadığı bulgusuna ulaşmıştır(Garfinkel,1990) . Taneli, araştırmasında psikososyal stresler yaşayan çocuklarda enürezisin daha sık görüldüğünü belirtmiştir (Taneli 2003, Erermiş 1999) .

1.2.4. Enüreziste Tedavi

Enürezis için gelişen yakaşımların sonucu olarak başlıca iki temel tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Bunlar davranışsal tedavi ve ilaç tedavisidir (Taneli 2003). “Davranış tedavisi; tuvalet eğitimi, motivasyon tedavisi, alarm-uyarı tedavisi, akupunktur, mesane retansiyon eğitimi, hipnoterapi, refleks terapi, homeopati, biyofeedback, pelvik taban egzersizi, temiz aralıklı kateterizasyon, nöromodülasyon, karyopratik yöntemleri içerir“ (Alpay ve Bıyıklı 2003; Radmayr, Schlager, Studen ve Bartsch 2001). İlaç tedavisinde ise yaşa ve farklı durumlara göre ilaçlar değişmektedir. Davranışsal tedavinin yan etkisinin olmaması, tercih oranını artırmaktadır.

1.3. Psikanalitik Kuram ve Enürezis

1.3.1. Freud’a Göre

Freud tarafından yazılan Cinselliğin Teorisi Üzerine Üç Deneme (1905) kitabında, anal dönem olan bebekliğin erken dönemindeki cinsel uyarılmanın, ya mastürbasyonda doyum arayan bir uyaran olarak ya da öznenin herhangi bir eylemine ihtiyaç duymadan doyuma ulaşan nokturnal bir salınım süreci olarak geri döndüğünden

bahsetmiştir. Bu dönemde yaşanan mesane problemlerinin, epileptik bir nöbet olduğu düşünülmüyorsa, çocuğunun cinsel rahatsızlığına işaret ettiğini, nokturnal Enürezisin nokturnal bir emisyona karşılık geldiğini vurgulamıştır. (syf 190).

1.3.2. Melanie Klein'a Göre

Melanie Klein (1932), bilinçdışının, bedensel maddeleri bir diğeri ile eş tutan, her iki cinsiyetten çocuğun, idrarı (olumlu değerlendirildiğinde) annenin sütünün eşleniği saydığını belirtir. Enürezisin kız çocukları ve erkek çocuklarda feminen bir konumun anlamı olduğunu belirtir.Klein'a göre : "Çocuk, annesine duyduğu nefreti, idrarı ile annenin memesine zarar verme ve onu yok etme düşleminde ifade eder" (syf 290). Alt ıslatma davranışının üretral sadizmin bir sonucu olarak işleyen Klein, çocuklar ile yapmış olduğu gözlemlerinin sonucunda, çocuklardaki bazı hayallerinin (yoğun oranda idrar baskını, idrar içinde boğulmak, ıslanmak, yanmak veya zehirlenmek gibi) anneleri tarafından üretilenden mahrum bırakılmış olmak ile ilgili sadistik bir reaksiyon olduğunu ve sonucunda anne memesine yöneldiğini öne sürer.

Bir şeylerin çok büyük miktarda idrarın alt seviyesinde kalrak tahrip olması ile ilgili sanrılarının işeme işlevi ile ilgili dürtüleri gözle görünür bir şekle dönüştüğünü vurgular. Klein, çocuğun yaşamış olduğu bu şekilde sadistik saldırılarının, en başta onu hayal kırıklığına uğratan kötü memeyi hedef aldığını fakat sonrasında annenin bedeninin içine yönlendiğini öne sürmektedir (Klein, 1932, syf 186).

1.3.3. Diğer Psikanalitik Kuramcılar

Rose Palm (1953), enüresiz çocuklarla Rorchach testi uygulayarak yürüttüğü çalışmasında, enürezisin psikodinamiği incelenmiştir. Bu çalışmaya göre, enürezis tanısı alan çocukların cevaplarına göre daha çok karşılaşılan sembol kompleksleri, enürezis dinamiğinde etkili olan üç psikolojik faktörle karşılaşmıştır : kloakal (anal) birleşme düşlemleri, kastrasyon korkusu ve pubik kıllarla ilgili düşünceler.

Katan (1946), yaşanılan travma ile enürezis arasında ilişki olduğunu düşünmüştür. Enüretik olguları travmanın niteliğine göre 3 gruba ayırmıştır. Bunlardan birincisi, tuvalet eğitimini tamamlayan bir çocuğun sevdiği nesnenin kaybından sonra regresyon olarak yeniden altını ıslatmaya başlamasıdır.Bir diğer grup, kardeşin doğumuyla gerileyerek

yeniden alt ıslatmaya başlayan çocuklardır. Üçüncü grupta ise cinsiyetler arası farkın keşfedilmesi travmatik bir rol oynar.

1.4. Duygu Davranış Bozuklukları

İçsel ve dışsal davranış bozuklukları olarak ikiye ayrılan, duygusal ve davranışsal bozukluklar, çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanabilmektedir (Achenbach, 1982; Austin & Sciarra, 2012, Steinberg, 2007).

Gözlemlenmesi daha zor olan içselleştirilmiş davranış sorunları çocuğun problemi kendi içinde yaşadığı depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunlardan oluşurken, gözlemlenmesi daha kolay olan dışsallaştırılmış davranış sorunları ise saldırganlık, suç davranışları, davranım problemleri, karşı gelme bozukluğu gibi problemin dış dünyaya yansıtıldığı sorunlar olarak tanımlanır (Austin & Sciarra, 2012; Harwood, Beutler &Charvat, 2010; Steinberg, 2007).

1.4.1. Ebeveyn Ruh Sağlığı ve Çocuklarda Davranış Bozuklukları

Ebeveynlerin ruh sağlığının çocuk yetiştirmede çok önemli bir etken olduğunu birçok araştırma desteklemektedir. Özellikle de depresyonda olan bir anneye sahip olan çocuklar ve ergenler,somatik ve duygusal sorunları daha fazla sergilemenin yanısıra daha fazla davranış problemi yaşamaktadır.Buna ek olarak az seviyede sosyalleşmelerine bağlı olarak benlik saygıları da düşük olmaktadır (Downey ve Coyne, 1990; Jacob ve Johnson, 1997; Goodman ve Gotlib, 1999; Sarigiani ve ark., 2003). Depresyon tanısı almayan annelerin çocukları ile depresyon tanısı alan annelerin çocukları arasında karşılaştırma yapıldığında depresyon bozukluğu teşhisi konan annelerin çocuklarının, klinik olarak anlamlı şekilde içe yönelim ve dışa yönelim davranış sorunlarını daha oranca fazla şekilde gösterdikleri ve bu çocuklarda yaşanan depresyonun , kaygı, antisosyal davranışlar, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu seviyelerinin oldukça yoğun olduğu tespit edilmektedir (Najman ve ark., 2000). Stres ve depresyon, birbirini tetikleyen ve karşılıklı etkileşim içinde olan iki olgudur.Stres faktörü depresyonda olmayan anneler için bile sıkıntı yaratabilen bir konu olmaktadır.Annenin gün içinde yaşadığı sıkıntılar(ekonomik, ilişkisel, sosyal yetersizlikler vb.)her biri stres faktörüdür.Kronik olarak stresli bir hayatın içinde olmak ya da travmatik olaylar yaşamak, depresyona sebep olurken; depresyonda olan bir kişiye göre günlük sıkıntılar dahi yoğun stres kaynağı

olabilmektedir. Stres, depresyonu tetiklerken strese yoğun derecede maruz kalan annelerin çocukları da bu durumdan olumsuz olarak etkinlenmektedir.Aynı zamanda, kaygı bozukluğu yaşayan annelerin çocuklarında da farklı davranış bozuklukları görülmektedir. Whaley ve arkadaşlarının(1999) yaptığı bir çalışmada kaygı bozukluğu yaşayan annelerin çocukları ile olan ilişkisinin, sağlıklı annelere göre daha katı ve eleştirel olması çocuklarının daha az özerk olduğu bulgusuna ulaşmıştır.Buna ek olarak, birçok araştırma kaygı bozukluğu yaşayan çocukların annelerinin de kaygı bozukuluğu yaşayıp yaşamadığını araştırmıştır.Murray yaptığı çalışmada ebeveynleri özellikle anneleri kaygı bozukluğu yaşayan gençlerin de kaygı bozukluğu yaşama oranını yüksek bulmuştur (akt. Silverman;Field,2001,s.300).

1.4.2. Enürezis ve Duygu Davranış Bozuklukları

Enürezis ile çok sayıda davranış probleminin ilişkisine dair araştırma bulunmaktadır. (Birdal ve Doğangün 2016; Liu, Sun, Uchiyama vd. 2000; Ferguson ve Horwood 1994; Chang, Ng, ve Wong 2002; Lottenberg Semer)

Birdal ve Doğangün'ün 7 ila 11 yaşları arasında 60 çocuğun katılımıyla gerçekleşen çalışmada enürezis tanısı ve almaya olmak üzere deney ve kontrol grubu belirlenmiş iki gruba da Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ-CBCL) uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda enürezis tanısı almış olan çocukların %26,6'sı klinik düzeyde davranış problemi sergilerken, kontrol grubunda bu oran %3,3 olarak bulunmuştur. Enüretik çocukların %56,6'sında içe yönelim, %10'unda dışa yönelim puanları klinik düzeyde anlamlı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise klinik düzeyde dışa yönelim problemi saptanmazken, içe yönelim problemi %10 olarak bulunmuştur (Birdal & Doğangün, 2016).

Liu ve arkadaşları tarafından yürütülen 6 ve 16 yaş aralığında 3344 çocuğun bulunduğu çalışmada, 4 yaşından sonra tuvalet eğitimi kazanmış olmanın yüksek seviyede davranışsal, duygusal ve akademik problemler ile ilişkisini tespit etmiştir. (Liu, Sun, Uchiyama, Li, & Okawa, 2000).

Bir diğer çalışma ise, 15 yıl süren boylamsal enürezis çalışmasıdır. Alt ıslatma davranışı 10 yaşından sonra da devam eden çocukların, alt ıslatmayı beş yaşından önce bırakan çocuklara oranla daha yoğun şekilde davranışsal sorunlar yaşadığı ; diğer etki eden faktörler eşitlendiğinde bile 13 yaşında daha yüksek oranda davranış bozukluğuna

sahip oldukları ve 15 yaşında daha yoğun seviyede kaygı/içe çekilme yaşadıkları tespit edilmiştir (Ferguson & Horwood, 1994).

Hong Kong'ta Chang ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada enürezis tanısı almış 89 çocuk ve benzer yaş ve cinsiyete sahip 131 çocuk kontrol grubu olarak katılım göstermiştir. Davranış problemlerinin değerlendirildiği bu çalışmada çocuklardaki davranış problemleri (ÇDDÖ) ölçeği kullanılmış çocukların içe yönelim ve dışa yönelim puanları ile yeterlilik puanları dikkate alınmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, enüretik çocukların dikkat problemleri, saldırgan davranışlar ve genel dışa yönelim alt ölçeklerinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir. Aynı zamanda, enürezis tanısı alan çocuklar klinik davranış problemi %24,35, içe yönelim problemi %27,92, dışa yönelim problemi ise %27,92 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda bulunan çocuklar ise ölçeğin aynı alt gruplarında sırasıyla %19,5, 19,73 ve 7,94 oranlarına sahiptir (Chang, Ng, & Wong, 2002).

Coppola ve arkadaşlarının çalışmasında İtalyan örneklem ile çalışılmış, enürezis tanısı almış olan çocukların güvenli bağlanma oranlarının ve öz saygılarının kontrol grubuna göre daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir (2011).Bir diğer araştırma ise Semer ve Yazigi (2009) enüretik çocuklarla enüretik olmayan çocukların Rorschach test bulgularını karşılaştırmış, enüretik çocukların öz saygılarının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğunu ve gerçekliği değerlendirmede güçlükler yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır.

DEHB ile enürezisin ilişkisini değerlendiren Baeyens ve arkadaşlarının iki sene süren araştırmasının bulgularına göre, DEHB tanısı olan çocukların kalıcı enürezis riski altında olduklarına işaret etmişlerdir. Ertan ve arkadaşlarının da dikkatini çeken DEHB ve nokturnal enürezis ilişkisi kapsamında yapılan araştırmada, enüretik olan 57 çocuk ve 57 sağlıklı kontrol grunu ile yürüttülen araştırmada, enürezis grubunda dikkat eksikliği puanları kontrol grubundaki çocuklara oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak hiperaktivite sonuçları açısından iki grubun da karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulgusuna ulaşılmamıştır.

Türkiye'de enürezis nokturna tanısı alan çok sayıda çocuk olmasına rağmen kısıtlı sayıda ve güncel olmayan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada, enürezis nokturna tanısı alan 6-15 yaş aralığındaki çocuk ve adölasanlar, enürezis tanısı bulunmayan aynı yaş

grubundaki çocuklar ile içe yönelim ve dışa yönelim sorunları karşılaştırılmış; klinik düzeyde davranış probleminin olup olmadığı tespit edilmiştir.

Bunun yanında, enürezis nokturna'lı çocukların ebeveynlerinin ruhsal durumlarının, çocukların ruhsal durumları arasında bir ilişki var mıdır sorusuna cevap aranmıştır.

1.5. Araştırmanın Amacı

Türkiye'de çocukluk ve adölesan döneminde en çok görülen süreğen hastalıklardan biri olan enürezis, birçok aile tarafından hala yadırganmakta baskıcı ve otoriter aile tutumu olan ailelerin çocuklarında enürezis şikayetleri olmasına rağmen, hastaneye başvurmaktan kaçınmaktadır. Aynı zamanda birçok ailenin de çocuklarındaki bu şikayetleri değerlendirmek yerine öfke ve şiddete başvurdukları gözlenmektedir. Çocuk ve adölasanların, kendi vücutlarını kontrol edememe hissi, yaşadıkları utanç, onlar üzerinde yeterince baskı yaratırken, aileleri tarafından da bu tepkiler ile karşılaşmaları ya da karşılaşacaklarını düşünmeleri onlar için büyük bir travma olmaktadır. Tüm bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda; enürezis nokturnalı çocukların yaşadıkları bu rahatsızlık, onların hayat boyu içsel ve dışsallaştırılmış duygu davranış problemleri yaşamalarına sebep olduğu düşünülmektedir .Çalışmanın amacı kapsamında aşağıda bulunan soruların araştırılması amaçlanmştır.

- 6-15 yaş aralığındaki enürezis tanısı almış ve enürezisi olmayan çocuklar arasında içe yönelim problemlerini içeren; anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon ve somatik yakınmalar açısından anlamlı farklılık var mıdır?
- 6-15 yaş aralığındaki enürezis tanısı almış ve enürezisi olmayan çocuklar arasında dışa yönelim problemlerini içeren karşı gelme ve saldırgan davranışlar açısından farklılık anlamlı fark var mıdır?
- Buna ek olarak sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları açısından enüretik ve enüretik olmayan çocuklar arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 6-15 yaş aralığındaki enürezis tanısı almış ve enüretik olmayan çocukların var olan içe yönelim ve dışa yönelim sorunları klinik düzeyde midir?

- Yukarıda bulunan sorulara bağlı kalarak çalışmanın,6-15 yaş aralığında bulunan enürezis tanısı almış çocukların ebeveynlerinin ruhsal durumu ile içe yönelim ve dışa yönelim problemleri ile ilişkisi var mıdır sorusuna cevap aranacaktır.

1.6. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmanın önemi; enürezis nokturna'lı çocuk ve adölesanların yaşadıkları duygu davranış problemlerini güncel bakış açısı ile değerlendirerek, onların küçük yaşlarda yaşadıkları bu travmanın, hayatlarını nasıl etkilediğini vurgulamaktır.

1.7. Tanımlar

Enürezis nokturna:Uyku sırasında idrarını tutamama durumu(Austin, Bauer, Bower, 2014).

Depresyon: Duygulanım alanında çöküntü, ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, davranışlarda yavaşlama, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma (Küey ,1998).

Anksiyete:Genellikle öznel olarak ve tehditkar olarak görülen bir duruma aşırı tepki olarak genelleştirilmiş ve odaklanmamış bir huzursuzluk ve endişe hissidir (Bouras, Holt, 2007).

Enkoprezis :İstemsiz ya da amaçlı olarak dışkının uygunsuz yerlere yapılmasıdır. En az 3 ay süre ile ayda en az bir kez böyle bir olayın olması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği ,1994).

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1.Araştırma Modeli

Bu çalışmada, enürezis nokturna tanısı alan çocuklar ile enürezis nokturna tanısı almamış olan çocukların var olan davranış sorunları arasındaki farkı araştırmak üzere, karşılaştırma türü ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Aynı zamanda, çalışmanın araştırma sorularına bağlı kalarak, ebeveyn ruh sağlığının, enüretik çocukların davranış sorunları ile ilişkisini tespit etmek üzere oluşturulan araştırma sorularında ilişkisel araştırma modeli kullanılmıştır.

2.2 Çalışma Grubu

Çalışma evreni Özel Çocuk Nefroloji kliniğine başvuran enürezis tanısı almış, tüm tahlil ve tetkikleri yapılmış enürezis tanısının altında herhangi bir biyolojik sebep olmayan psikiyatri/psikoloji bölümüne yönlendirilen çocuklardan oluşmaktadır. Belirlenen bu çalışma evreni içerisinden, çalışma grupları:

6-15 yaş aralığında olan ve örgün eğitimine devam eden; Aralık 2019- Eylül 2020 tarihleri arasında özel çocuk nefroloji kliniğine başvuran DSM tanı kriterlerine göre enürezis tanısı alan çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır.

6-15 yaş aralığında olan Bursa Nilüfer ve Osmangazi ilçesinde bulunan okullarda öğretimine devam eden, enüretik çalışma grubu ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikte sağlıklı çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Aynı zamanda çalışmaya dahil edilecek çocukların anneleri ile ön görüşme yapılmış, daha önce enürezis yakınması ve bulgusu olmayan aynı zamanda psikiyatri kliniğine başvurmamış çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir.

2.3.Veri Toplama Araçları

Çalışmada enüretik ve enüretik olmayan çocukların duygu davranış bozukluğu puanları arasındaki farkı tespit etmek amacıyla araştırmaya katılan 60 çocuğun ebeveynlerine, CBCL ölçeği uygulanmıştır.Araştırmaya katılan enrürezis nokturna tanısı alan çalışma grubu olan 30 enüretik çocuğun ebeveynine, ebeveynin ruh sağlığı ölçeği uygulanmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından uygulanan CBCL ölçeğinin ilk sayfasında bulunan formda, araştırmaya katılan katılımcının cinsiyeti, yaşı , okuduğu sınıf bilgisine ait sorular sorulmuştur.

2.3.2. ÇDDÖ Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği(CBCL):

Achenbach ve Edelbrock tarafından 1966 yılında geliştirilmiş, son halini 2001 yılında almıştır (Arhenbach & Edelbrock, 1966). Çocuk davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan ölçüm araçları içinde en yaygın kullanılan ölçeklerden biri olan ÇDDÖ 85 dile çevrilmiştir. Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğinin 21. yüzyıl baskısı olarak bilinen 2001 baskısı 6-18 yaş aralığını kapsamaktadır. Çalışmamızda Türkçe standardizasyonu 2010 yılında Erol ve Şimşek tarafından yapılmış olan 21. yüzyıl baskısı kullanılmaktadır (Erol & Şimşek, 2010).Günümüzde birçok hastalığın, aile dinamiklerinin, bilişsel gelişim ve yetilerin, önleyici çabaların ne derecede psikopatoloji üzerinde etkili olduğunu belirlemek amacı ile ampirik temelli bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Ampirik temelli sınıflama girişimleri, çocukluk döneminde duygusal, davranışsal ve sosyal sorunların meydana getirdiği örüntülerin, DSM-I' de tanımlanmış uyum tepkisine çocukluk döneminde şizofrenik tepki gibi kategorilerin ötesinde var olup olmadığını tespit etmek amacıyla başlamıştır.Çocukların sorunlarına ilişkin araştırmalarla çocukların bilgi birikimlerine erişmek için kuramsal çerçeve ile ölçek meydana gelmiştir.Ölçeğin test tekrar test güvenirlik katsayıları, 1991 yılında 50 anneye 1 hafta ara ile iki kez uygulanarak elde edilmiş, içe yönelim sorunlarında bu kat sayı .77, dışa yönelim sorunlarında .78 toplam problemde ise .84 olarak saptanmıştır(Erol ve ark. 1995). Bu çalışmadaki ÇDDÖ ölçeğinin güvenirlik katsayısı .71 olarak

belirlenmiştir.Doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak yapılan geçerlik çalışmasında, maddelerin %99'unun ölçülmesi amaçlanan belirtileri anlamlı ($p<.01$), pozitif ve tatmin edici düzeyde ölçütünü göstermiştir (Erol ve Şimşek, 2000, Dümenci ve ark. 2004).Bu ölçek 6-18 yaşları arasındaki çocuk ve adölasanların anne-babaları ya da çocuğa bakım veren diğer bireyler tarafından yanıtlanır.

ÇDDÖ/6-18'in alt testleri Amprik Temelli Alt Testler ve DSM Yönelimli Alt testler olarak iki temel başlıkta gruplanmıştır. 2007 yılında yapılan araştırmalarla CBCL/6-18'den 2007 Alt Testleri elde edilmiştir. Bu alt test de Bunlar Obsesif-Kompulsif Problemler Alt Testi, Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Alt Testidir. (Erol ve Şimşek, 2010).

Ölçek iki bölümden oluşmaktadır.Ölçeğin "Sosyal Yeterlilik" bölümü, ölçeğin birinci ve ikinci sayfalarında çocuğun ve ebeveynin demografik bilgilerinin yanı sıra çocuğun yeterliliği ile ilgili maddeler yer almaktadır. Ölçekte ayrıca puanlamaya dahil edilmeyen çocuğa özgü açık uçlu bazı sorular bulunur.Çalışmamızda kullanılan; ölçeğin son iki sayfasında "Sorun Davranışları"bölümü bulunmaktadır.Bu bölümde; çocuk ve adölasanlarda görülen duygu ve davranış sorunlarını tanımlayan 113 madde yer almaktadır. Ebeveynler tarafından doldurulan bu ölçek, ebeveynler tarafından çocuklarının son 6 ayında görülme sıklığı göz önünde bulunularak derecelendirilmiştir. (0-Doğru Değil,-Biraz Doğru, 2-Sıklıkla Doğru).Bu çalışmada ölçeğin yalnızca "Sorun Davranışlarından" elde edilen puanlar istatistiksel değerlendirmeye alınmıştır.

Yapılan çalışmalar CBCL ölçeği ile DSM tanıları arasında önemli ilişkiler olduğu belirtilmiştir.Son değerlendirmeler sonucunda uzmanların en az %64'ünün DSM ile çok tutarlı olarak işaretlediği maddeler DSM-uyumlu ölçek maddeleri olarak gruplandırılmış ve alt test grubu olarak belirlenmiştir.Bunlar; Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt olma/Karşıt Gelme Bozukluğu ve Somatizasyon Bozukluğu'dur.

Ölçekte bulunan her bir madde İçe Yönelim ve Dışa Yönelim olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanına yönlendirmektedir.CBCL ölçeğinin "Sorun Davranışlar"bölümü; içe yönelim davranış problemleri,dışa yönelim problemleri ve iki guruba da girmeyen gruplardan oluşmaktadır.Böylece, ölçek katılımcı profilleri hakkında bilgi vermektedir.

İçe yönelim grubunu oluşturan alt faktörler ; Anksiyete /depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon ve somatik yakınmalardır.Anksiyete/depresyon alt alanı okul korkusu, sevilmeme, suçluluk, intihar gibi soru maddeleri ile eşleşmektedir.

Sosyal içe dönüklük/depresyon, konuşmama, ürkeklik, yalnızlık tercihi gibi ölçek maddeleri ile eşleşirken somatik yakınmalar, kabızlık, mide ağrısı ve kusma gibi maddeler ile belirtilmiştir.

Ölçekte bulunan Dışa yönelim problemli davranışları; kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışların belirlediği alt maddelerden oluşmaktadır.

Kurallara karşı gelme davranış probleminin alt maddeleri, zorbalık, yalan, okuldan kaçma gibi ölçek maddeleri ile eşleşirken; Saldırgan davranışlar, saldırganlık, eşyalara zarar verme, tartışma gibi ölçek maddeleri ile eşleşmektedir.

CBCL'nin bu iki gruba girmeyen problemli davranışları; sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları ölçeğin geri kalan maddelerini oluşturmaktadır.

2.3.3. DASÖ 21(Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği)

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) olarak kullanılan ve anksiyete, depresyon, stres faktörlerinin Türkçe versiyonu olarak DASÖ- 21 ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanarak çalışmalarda kullanılmaktadır(Sarıçam, 2018).Ölçeğe ait verilerin güvenilirlik katsayıları, .755 ile .822 arasındadır. Bizim ölçeğimizde bu katsayı .702 ile .754 arasındaır. Üç ayrı tahmin yöntemi kullanılarak analiz edilen verilerin sonuçlarına göre Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği'nin 21 maddelik kısa formu geçerli ve güvenilir bir yapıya sahip olduğu anlaşılmaktadır.Ölçek içerisinde 21 adet likert tipi sorular bulunmaktadır.Soruların her biri, anksiyete, depresyon ve stres alanlarındaki puanları belirlemek adına sorulmaktadır.Sorulara likert tipi cevaplar verilen bu ölçekte kişi 0 ve 3 aralığında puanlar belirlemektedir.Hiçbir zaman anlamına gelen 0 puanı, sorulan davranışı/duyguyu son bir hafta içinde hiç yaşamadığı anlamına gelmektedir.3 puanı ise bu davranış/duyguyu son bir hafta içinde her zaman yaşadığını ifade etmektedir. Anksiyete, depresyon ve stres sorularının ayrı ayrı gruplandığı bu ölçekte her bir alan; normal, hafif, orta, ileri, çok ileri olmak üzere 5 farklı grupta değerlendirilmektedir. Örneğin bir kişi anksiyete alanındaki soru cevaplarına göre,puantaj tablosunda normal düzey anksiyete bozukluğu gösterse de stres alanındaki

sorulara verdiği cevaplara göre ileri düzey stres bozukluğuna sahip olabilir. Enürezis nokturna'lı çocukların ebeveynlerine uygulanan bu ölçek ebeveynlerin var olan anksiyete, depresyon ve stres bozukluklarının varlığını ölçmek için uygulanmıştır.

2.4.Verilerin Çözümlenmesi

Araştırmada öncelikle, katılımcıların demografik özelliklerini betimleyici frekans ve yüzde dağılımları belirlenmiştir. Normallik testi sonucunda, gruplar arasında farklılık incelenirken, ikili gruplarda normal dağılım gösteren değişkenler için Bağımsız Örneklem t Testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan sürekli veriler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile incelenmiştir.Bu çalışmada elde edilen veriler, SPSS 25.0 paket programı ile değerlendirilmiş; anlamlılık seviyesi olarak .05 düzeyi belirlenmiştir.

2.5. İşlem

Çalışma grupları ile yapılan ölçek uygulamaları Özel Çocuk Nefroloji Kliniğinin Psikoloji biriminde yapılmıştır. Kliniğe gece uykuda alt ıslatma yakınması ile başvuran çocukların tüm tahlil ve tetkiklerinin temiz olmasının ardından DSM ölçütlerine göre Enürezis Nokturna tanısı almış ve almamış çocuklar araştırmanın çalışma grupları olarak belirlenmiştir. Enürezis nokturna tanısı almış çalışma grubundaki çocukların anneleri, zaman dilimi içerisinde programlanarak kliniğe davet edilmiş ve ön görüşmelerinin ardından form ve ölçek uygulamalarının sonuçlarının bir tez çalışmasında kullanılacağı bilgisi verilerek ve ebeveynlerden onay alınarak, klinik içerisinde gerekli koşulların sağlandığı sessiz bir odada,Kişisel Bilgi Formu, CBCL,DASÖ uygulanmıştır.

Enürezis nokturna tanısı almamış çalışma grubunda bulunan çocuklara devam ettiği okullarda, zaman zaman kliniğe çağrılarak, çocukların ebeveynlerine CBCL ölçeği uygulanmıştır. Enürezis tanısı almamış çocuklardan oluşan çalışma grubu belirlenirken; çocukların daha önce enürezis tanısı almamış olması ve herhangi bir alt ıslatma yakınması ya da psikiyatri/psikoloji birimine başvurmamış olması belirleyici unsurlardı. Bunlara ek olarak, çalışma grupları belirlenirken yaş ve cinsiyet özellikleri açısından benzer özellikte olmasına dikkat edilmiştir.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1.Bulgular

Bu bölümde CBCL ölçeği ve DASÖ ölçeğinden elde edilen verilerden yola çıkarak, araştırma soruları doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. Bu analizlerin sonucunda elde edilen bulgular, tablolardan yararlanarak açıklanmıştır.

Tablo 1. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çalışma Grubunun Yaş Dağılımına İlişkin Betimsel İstatistikler(N=60)

	Ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük**	**En Büyük**
Yaş	**X**	**SS**		
	7,82	2,063	6	13

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların yaş ortalaması 7,82 ± 2,063 (6 – 13) olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çalışma Grubunun Cinsiyet Dağılımına İlişkin Betimsel İstatistikler(N=60)

	Cinsiyet Değişken									
	Erkek				**Kız**				**X^2**	**p değeri**
	N	**% Cinsiyet**	**% Gruplar**	**% Total**	**N**	**% Cinsiyet**	**% Gruplar**	**% Total**		
Enürezis Tanısı Almış	19	47,5	63,3	31,7	11	55	36,7	18,3		
Enürezis Tanısı Almamış	21	52,5	70	35	9	45	30	15	0,3	0,584
Total	40	100	66,7	66,7	20	100	33,3	33,3		

Tablo 2'de görüldüğü gibi araştırmada her iki grupta 30 çocuktan bulunmaktadır. Enürezis tanısı almış çalışma grubunu oluşturan çocukların %63,3'ü (19 çocuk) erkek, %36,7'si (11 çocuk); enürezis nokturna tanısı almamış grubu oluşturan çocukların ise %70'i (21 çocuk) erkek, %30'u (9 çocuk) kızdır (X^2= 0,300; p>0,05).

Tablo 3. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çalışma Grubunun Yaş Dağılımının Karşılaştırılması (N=60)

	Gruplar	N	Ortalama X	Standart Sapma SS	U değeri	P değeri
Yaş	Enüretik	30	7,70	2,120	-0,664	0,507
	Enüretik Olmayan	30	7,93	2,033		

Mann Whitney U Testi

Tablo 3'te görüldüğü gibi enürezis tanısı almış ve almamış çalışma gruplarında yer alan çocukların yaşları karşılaştırılmış ve sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre; enürezis tanısı almış çalışma grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması 7,70 ± 2,120 , enürezis tanısı almamış çalışma grubunda yer alan çocukların ise yaş ortalaması 7,93 ± 2,033 olarak bulunmuştur. Her iki grubun katılımcılarında en küçük yaşı 6, en büyük katılımcı yaşının 13 olduğu tespit edilmiştir. Enürezis tanılı çalışma grubunda yer alan çocuklar ile enürezis tanısı almamış çalışma grubunda yer alan çocuklar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($Z=-0,664$; $p>0,05$).

3.1.1. ÇDDÖ Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan enüretik ve enüretik olmayan çocukların davranış sorunlarını araştırmak üzere uygulanan ÇDDÖ Ölçeği'ne ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4. ÇDDÖ Ölçeği Normallik Analizi

	Kolmogorov-Smirnov			**Shapiro-Wilk**		
	İstatistik	**df**	**p**	**İstatistik**	**df**	**p**
Anksiyete	0,200	30	0,003	0,938	30	0,079
Anksiyete/Depresyon	0,317	30	0,000	0,778	30	0,000
Sosyal İçe Dönüklük	0,184	30	0,011	0,919	30	0,025
Duygudurum Bozukluğu	0,218	30	0,001	0,906	30	0,012
Somatik Yakınma	0,252	30	0,000	0,869	30	0,002
Kurallara Karşı Gelme	0,211	30	0,002	0,920	30	0,027
Somatizasyon Bozukluğu	0,178	30	0,016	0,895	30	0,006
Karşıt Gelme	0,323	30	0,000	0,819	30	0,000
Saldırgan Davranışlar	0,204	30	0,003	0,916	30	0,022
Dikkat Eksikliği	0,201	30	0,003	0,906	30	0,012
Sosyal Sorunlar	0,174	30	0,022	0,923	30	0,032
Davranım Bozukluğu	0,159	30	0,052	0,926	30	0,039
Düşünce Sorunları	0,170	30	0,026	0,921	30	0,029
Dikkat Sorunu	0,210	30	0,002	0,862	30	0,001
Obsesif Kompulfis Bozukluk	0,260	30	0,000	0,868	30	0,002
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	0,165	30	0,036	0,928	30	0,043
Ağır Bilişsel Tempo	0,208	30	0,002	0,934	30	0,063

Tablo 4'te ÇDDÖ ölçeğine ait normallik analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre ölçeğe ait puanların normal dağılım göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 5. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ÇDDÖ Alt Ölçek Puanlarını Karşılaştırılması (N=60)

	Enürezis Tanılı Çocuklar		**Enürezis Tanısı Almamış Çocuklar**		**U değeri**	**P değeri**
	X	Standart Sapma **SS**	**X**	Standart Sapma **SS**		
Anksiyete	4,80	1,186	2,50	1,167	-5,466	**0,000***
Anksiyete/Depresyon	5,13	0,629	2,23	0,817	-6,760	**0,000***
Sosyal İçe Dönüklük	5,23	1,104	2,87	1,106	-5,773	**0,000***
Duygudurum Bozukluğu	4,50	1,042	2,30	0,988	-5,845	**0,000***
Somatik Yakınma	5,20	0,925	2,13	1,074	-6,353	**0,000***
Kurallara Karşı Gelme	4,67	1,184	2,07	0,907	-6,023	**0,000***
Somatizasyon Bozukluğu	3,43	1,165	1,87	0,681	-5,026	**0,000***
Karşıt Gelme	2,10	0,712	1,70	0,702	-2,034	**0,042***
Saldırgan Davranışlar	4,17	1,053	1,77	0,817	-6,224	**0,000***
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	4,47	1,074	2,87	1,042	-4,725	**0,000***
Sosyal Sorunlar	3,67	1,539	1,70	1,022	-4,610	**0,000***
Davranım Bozukluğu	6,03	1,189	3,90	0,923	-5,665	**0,000***
Düşünce Sorunları	4,20	1,126	1,73	0,828	-6,187	**0,000***
Dikkat Sorunu	5,23	1,006	2,03	0,765	-6,698	**0,000***
Obsesif Kompulfis Bozukluk	2,77	0,935	1,53	1,042	-4,155	**0,000***
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5,40	1,380	2,20	1,095	-6,222	**0,000***
Ağır Bilişsel Tempo	3,13	1,279	1,70	0,988	-4,190	**0,000***

*Mann Whitney U Testi(*p<0.05)*

Tablo 5'te görüldüğü gibi çalışmanın enürezis nokturna tanısı almış ve almamış grupları arasında Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçek puanları karşılaştırılmış ve sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre;DSM-IV kriterlerine göre yapılandırılan; anksiyete bozukluğu, duygu durum bozukluğu, somatizasyon, karşıt gelme, DEHB,davranım bozukluğu alt ölçek puanlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir bunlar;enüretik çocukların anksiyete bozukluğu puanı, enüretik olmayan çocukların anksiyete alt ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur[z=-5.466; p=.00].Alt ölçeklerden bir diğeri olan duygu durum bozukluğunda enüretik çocukların puanı ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir[z=-5.773 ; p= .00].Somatizasyon bozukluğu alt ölçeğinde enüretik çocukların aldıkları puanlar ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir[z=-5,026 ; p =.000].Enüretik çocukların aldıkları karşıt gelme alt ölçek puanları ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[z=-2,034 ; p=.042].Enüretik çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu alt testinden aldıkları puanlar ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar anlamlı derecede farklılık göstermiştir[z=-4,725 ; p=.00]. Davranım bozukluğu alt ölçeği enüretik çocukların puanları ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[z=-5,665 ; p=.00].

İçe yönelim problem davranışlarından depresyon,sosyal içe dönüklük,somatik yakınmalar alt ölçek puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir; Depresyon alt ölçeği puanlarında enüretik çocuk ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur[z=-6,760 ; p= .00].Enüretik çocukların, sosyal içe dönüklük alt ölçek puanları ile, enüretik olmayan çocukların bu alt ölçekten aldıkları puan arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[z=-5,773 ; p=.00].Somatik yakınma alt ölçeği enüretik çocukların puanları ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[z=-6,355 ; p=.00].

Dışa yönelim problem davranışlarından, kurallara karşı gelme ve saldırgan davranış alt ölçek puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir; enüretik çocukların kurallara karşı gelme alt ölçek puanları ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[z=-6,023 ; p=.000].Alt ölçeklerden bir diğeri olan saldırgan davranışlardan enüretik çocukların aldıkları puanlar ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar ile anlamlı farklılık tespit edilmiştir[z=-6,224 ; p = .00].

Her iki grupta da bulunmayan ve toplam problem grubuna dahil edilen sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir; Enüretik çocukların aldıkları sosyal sorunlar alt ölçek puanları ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur [z=-4,610 ; p=.000].Enüretik çocukların düşünce sorunları alt testinden aldıkları puanlar ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar anlamlı derecede farklılık göstermiştir[z=-6,187 ; p=.00].Dikkat sorunu alt ölçeği enüretik çocukların puanları ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[z=-6,698 ; p=.00].Alt ölçeklerden bir diğeri olan OKB enüretik çocukların aldıkları puanlar ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar ile anlamlı farklılık tespit edilmiştir[z=-4.155 ; p = .00].TSSB alt ölçeği enüretik çocukların puanları ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur[z=-6.222 ; p=.00].Ağır bilişsel tempo alt ölçeğinde enüretik çocukların aldıkları puanlar ile enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir[z=-4,190 ; p= .00].Tüm alt ölçek alanlarından alınan puanlar sonucunda enüretik çocukların problem davranışlardan aldıkları puanlar enüretik olmayan çocukların aldıkları puanlardan yüksek çıkarken, standart sapmalar da dahil edilerek tüm alt ölçek alanlarında enüretik çocukların problem davranış punalarının yüksek olduğu tespit edilmiş; alınan yüksek puanların enürezis tanısı almış ve almamış çalışma grupları arasında anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 6. Enürezis Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ÇDDÖ'ye Göre Alt Grup T Değerlerinin Karşılaştırılması (N=60)

Ölçek/Boyut	Gruplar	X	Standart Sapma SS	T değeri	P değeri
İçe Yönelim	Enüretik	78,80	14,1460	-6,680	**0,000***
	Enüretik Olmayan	29,50	13,038		
Dışa Yönelim	Enüretik	80,37	14,799	-6,632	**0,000***
	Enüretik Olmayan	31,93	15,570		
Toplam Problem Grubu	Enüretik	76,30	14,504	-6,663	**0,000***
	Enüretik Olmayan	27,00	13,633		

*T Testi (*p<0.05)*

Tablo 6'da görüldüğü gibi enürezis tanısı almış ve almamış çalışma grupları arasında İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Toplam Problem alt grupları değerlendirilmiş ve sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre; enüretik çocukların, enüretik olmayan çocuklara göre İçe Yönelim (p =.00), Dışa Yönelim(p = .00) ve Toplam Problem(p =.00) alanlarında anlamlı düzeyde problem davranış sergilediği tespit edilmiştir. (p<0,05).

Tablo 7. ÇDDÖ Ölçeğine Göre İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Toplam Problem Alt Gruplarından Klinik Düzeyde Davranış Problemi Sergileyen Çocukların Dağılımı (N=60)*

	İçe Yönelim		**Dışa Yönelim**		**Toplam Problem**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Enürezis Tanısı Almış	22	73,3	23	76,7	21	70
Enürezis Tanısı Almamış	0	0	0	0	0	0

**63 T-değeri kesme puanı olarak kabul edilmiştir.*

Tablo 7'de görüldüğü gibi enürezis tanısı almış ve almamış çalışma gruplarının davranış problem oranı klinik düzeyde olan çocukların dağılımı gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; enürezis tanılı 30 çocuktan 22'sinin İçe Yönelim, 23'ünün Dışa Yönelim ve 21'inin Toplam Problem alt grubundan klinik düzeyde puan almıştır. Enürezis tanısı almamış çalışma grubunda yer alan 30 çocuktan İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Toplam Problem alt grubunda klinik düzeyde puan almış çocuk bulunmamaktadır.

3.1.3. DASÖ Ölçeği ile ÇDDÖ Ölçeğinin İlişkisine Ait Bulgular

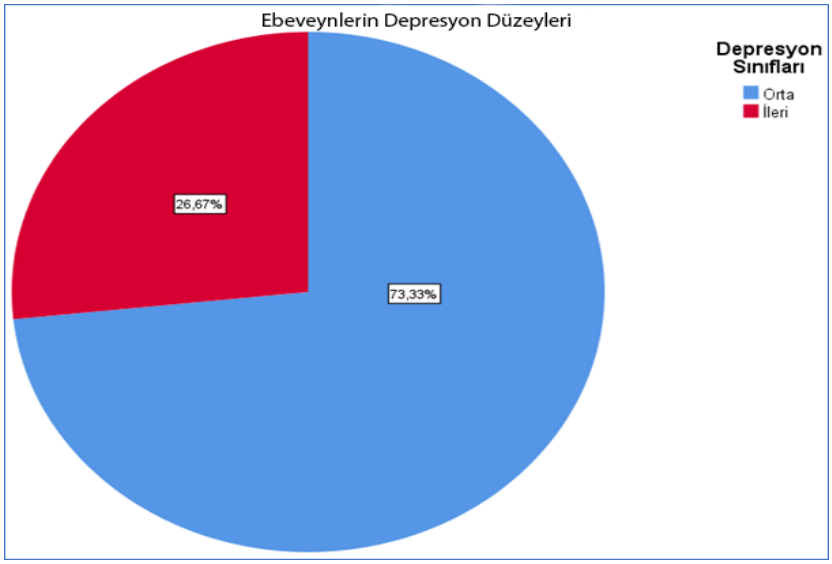
Enüretik çocuğu olan ebeveynlerin ruh sağlığını tespit etmek amacıyla uygulanan DASÖ ölçeğinin, enüretik çocukların davranış problemlerini tespit etmeyi hedefleyen ÇDDÖ'nün alt ölçekleri olan anksiyete, depresyon ve sosyal içe dönüklük ile ilişkisine ait bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 8. DASÖ Ölçeği Alt Test Puanları ile ÇDDÖ Ölçeği'nin Anksiyete, Depresyon ve Sosyal İçe Dönüklük Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

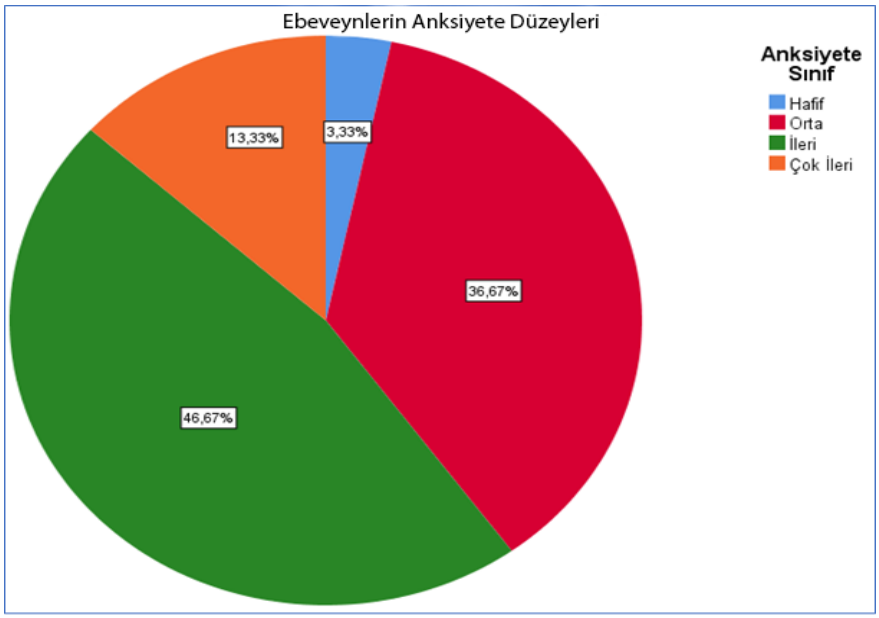
Çocukların ÇDDÖ Ölçeği Değişkenleri		**Ebeveyn Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği-21**		
		Depresyon	**Anksiyete**	**Stres**
Anksiyete	r	-0,179	-0,137	-0,219
	p	0,343	0,469	0,245
Depresyon	r	0,080	-0,055	-0,016
	p	0,674	0,773	0,931
Sosyal İçe Dönüklük	r	-0,189	0,046	-0,204
	p	0,316	0,808	0,276

Tablo 8'de görüldüğü gibi enürezis tanısı almış çalışma grubunda yer alan çocukların ÇDDÖ Ölçeği'nin Anksiyete, Depresyon ve Sosyal İçe Dönüklük alt boyutlarından aldıkları puanlar ile annelerin Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği-21'in alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; enüretik çocukların ebeveynlerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile çocukların Anksiyete, Depresyon ve Sosyal İçe Dönüklük alt testlerindeki aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

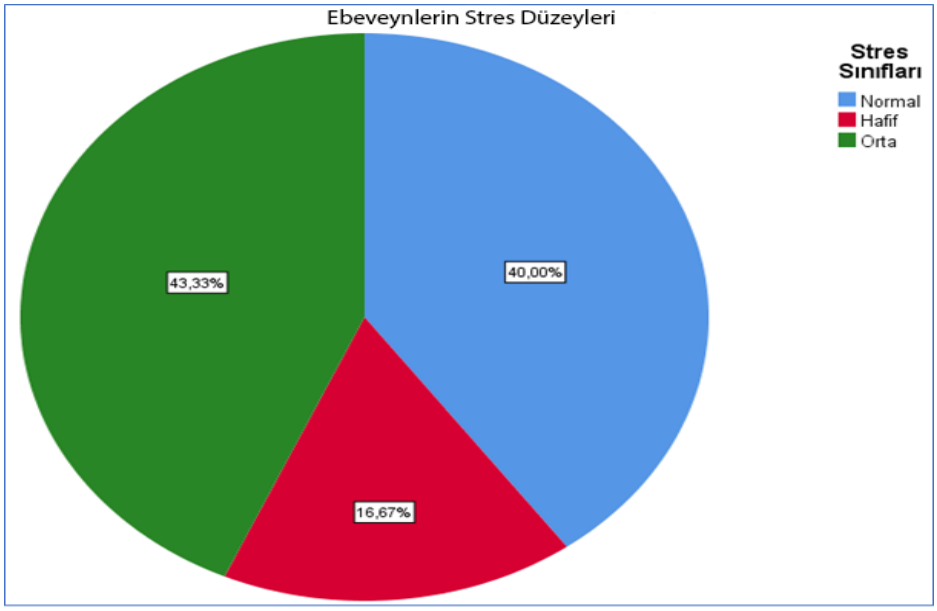
Grafik 1. Enürezis Tanısı Almış Çalışma Grubunun Ebeveyn Depresyon Düzey Oranları



Grafik 2. Enürezis Tanısı Almış Çalışma Grubunun Ebeveyn Anksiyete Düzey Oranları



Grafik 3. Enürezis Tanısı Almış Çalışma Grubunun Ebeveyn Stres Düzey Oranları



Enüretik çocukların ebeveynlerinin aldıkları puanlar sonucunda, katılım gösteren ebeveynlerin %73,3 ileri seviye,%26,67'si orta seviye depresyon ; %13,7'si çok ileri düzey , %46,7'si ileri düzey,%36,7'si orta düzey anksiyete; %40'ı normal düzey, %43,33'ünün orta düzey stres bozukluğu yaşadığı bulgusuna ulaşılmıştır(grafik 2, grafik 3, grafik 4).

3.2. Tartışma

Enürezis, günümüzde oldukça yaygın bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Fakat bu hastalık her ne kadar yaygın olsa da fizyolojik muayenede ya da klinik sonuçlarda temiz sonucu alındığında üzeri kapatılarak hiçbir problem yok gibi davranılmaktadır. Birçok çalışmada görüyoruz ki enürezisin tıbbi nedenlerinin yanında davranışsal sorunlar ve diğer psikiyatrik tanılar ile ilişkisi de mevcuttur.

Çalışmamızda enüretik çocukların anneleri ile doldurduğumuz CBCL ölçeğinde, enüreziz tanısı almış ve almamış çalışma grupları arasında değişkenlerin tümünde anlamlı fark saptanmıştır. Enüresiz nokturna'lı çocuklar ve enürezis nokturna tanısı almamış çalışma grupları grubu arasında içe yönelim problem davranışları, dışa yönelim problem davranışları ve toplam problem davranışları olarak değerlendirildiğinde ise dışa yönelim problem davranışlarının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Enürezis nokturna tanısı alan çocukların %70 i klinik düzeyde davranış problemi sergilerken enürezis nokturna almamış çocuklardan oluşan çalışma grubunda klinik düzeyde davranış problemi sergileyen çocuk bulunmamaktadır. Enüretik çocukların, %73.3'ü İçe yönelim, %76,7'si Dışa yönelim puanları klinik düzeyde anlamlı bulunmuştur. Enürezis tanısı almamış çocuklardan oluşan çalışma grubunda ise her iki alan için klinik düzeyde davranış problemi sergileyen çocuk bulunmamaktadır.

Tüm bunlara ek olarak CBCL ölçeğinde bulunan DSM-IV uyumlu alt ölçek sonuçlarında da enüretik çocukların puanları , ile enüretik olmayan çocukların puanları arasında anlamlı fark saptanmış; enürezis nokturna'lı çocukların DSM-IV uyumlu davranış problemlerini daha yüksek oranda yaşadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Davranış problemleri ile enürezisin arasındaki ilişki konusunu ele alan birçok farklı çalışma mevcuttur.Bu araştırmaların genelinde, CBCL ölçeği kullanılmıştır.Çalışmamızın bulgularını ve uyumluluğunu değerlendirmek adına var olan diğer çalışmaların bulgularını detaylı şekilde değerlendirmek anlamlı olacaktır.

Van Hocke ve arkadaşalarının (2006) ele aldığı çalışmada, içe yönelim ve dışa yönelim problemlerinin enürezis ile ilişkisini değerlendirmiş, enürezis nokturna ve diürnalı çocuklarda, içe yönelim ve dışa yönelim davranış problemleri, dikkat ve hiperaktivite bozukluğu sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

Türkiye'de yürütülen bir tez çalışmasında Buluğ(2009) enürezis nokturnada eşlik eden psikiyatrik tanı prevalansını değerlendirmiştir.Örneklem grubu 6 ve 18 yaş arasındaki 84 çocuk ve ergenden oluşmuştur. Primer ve sekonder enürezis nokturna değerlendirmesi yapan bu çalışmanın değerlendirme ölçeği olarak Okul Çağı çocuklar için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi kullanılmıştır.Bu çalışmada enürezis tanıya sahip sahip çocuklarda en sık eşlik eden tanı DEHB olarak tespit edilmiştir.DEHB'nin yanı sıra sekonder enürezisli çocuklarda %19.5 oranında depresyon,%17.02 özgül fobi tespit edilirken; primer enürezisi olan grupta %16.2 özgül fobi ve karşıt olma karşıt gelme,%10.8 oranında enkopresis, yaygın anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi ve davranım bozukluğu saptanmıştır.

Çalışmamız, CBCL ölçeğinin bulgularına göre net bir şekilde enürezis tanılı çocuklardan oluşan çalışma grubundaki çocukların enürezis tanısı almamış olan çocuklardan oluşan çalışma grubuna kıyasla daha yüksek oranda davranışsal problemler sergilediği bulgusuna ulaşmıştır. Bu bulgular gösteriyor ki literatürde bu zamana kadar yapılan çalışmalar ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Bu durumun yanı sıra çalışmamızda dışa yönelim problem davranışların içe yönelime göre daha yüksek puan alması yine Türkiye'de yapılmış olan Buluğ(2009) çalışmasında elde edilen verilere göre tezat düşmektedir. Bizim çalışmamızda 2009 yılında yapılan Buluğ'nun çalışmasına göre, çocukların dışa yönelim problem alt ölçeklerinden daha yüksek puanlar alması, 2021 yılında çocukların duygu ve davranışlarını dışa yönelterek yansıttığı bulgusuna ulaşmıştır.

Çalışmamızın enürezis tanısı almış ve almamış çalışma gruplarında bulunan çocukların, duygu davranış problemleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmenin yanı sıra, enüretik çocukların davranış problemleri ile, ebeveynlerinin ruh sağlığı arasında bir ilişki olup olmadığı ölçek ile desteklenerek tespit edilmiştir.

Enüretik çocukların ebeveynleri ile yapılan bir araştırma göstermiştir ki; ailelerin yarısından fazlası enürezisi önemli bir sağlık problemi olarak düşünmektedir (Haque,1981).

Diğer bir araştırma is Egemen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(2008). Bu çalışmada ise enüretik çocukların anneleri yüksek düzeyde depresyon belirtisi göstermiş ve daha düşük düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Redsell ve

arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada enüretik çocukların annelerinde tolerans düzeyinin daha düşük olduğu bulunurken (Redsell ve ark. 2003),diğer bir araştırma enüretik çocukların ebeveynlerinin koruyucu ve anksiyöz yapıda olduğu bulgusuna ulaşmıştır(Buttler,1998,Buttler ve ark. 1994).

Depresyonda olan anneler çocukları ile daha az sıcak ilişkiye girmekte, sohbetleri çoğunlukla tartışma ile bitmekte, ortak paylaşımları ve çocuklarının davranışları üzerinde kontrol yetileri de az olmaktadır (Wright ve ark., 2000).Jameson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, annedeki bu olumsuzluğa bağlı olarak depresyonda olan annelerin çocuklarında saldırgan davranışlar, içe yönelim ve/ya dışa yönelim sorunları daha yoğun olduğu bulgusuna ulaşılmıştır(Jameson ve ark., 1997).Yapılan bir diğer çalışma ise içe yönelim ve dışa yönelim sorunları ile annenin depresyonu ile ilişkisini incelemiştir.Bu araştırma sonucu, depresyonda olan annelerin çocukları üzerinde tutarlı bir disiplin sergileyemediği buna bağlı olarak çocukların benlik kontrolünün zayıflayarak; içe yönelim ve dışa yönelim davranış problemleri yaşadığı tespit edilmiştir(Mc Cauley-Ohannessian ve ark., 2005; Goodman ve ark., 1993).

Enüretik çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmada elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumlu sonuçlar göstermiştir.30 enüretik çocuğun ebeveynine uygulanan yapılan ruh sağlığı ölçeğinde enüretik ebeveynlerin %46,67'sinde ileri düzey,%36,67'sinde orta düzey anksiyete oranı bulunurken. Ebeveynlerin %46,6'sında orta düzey stres bozukluğu; %73,3 ileri seviye,%26,67'si orta seviye depresyon yaşadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Ebeveynlerin yüksek düzeyde anksiyete, stres ve depresyon yaşaması çocuğunun enürezis tanısı alması ile ilişkilendirilse de ebeveynin bu tanı öncesi depresyon, anksiyete ve stres bozukluğuna sahipliği bulgusuna ait bir veri olmadığı için çocuğun enürezis tanısı ile ebeveyninin ruh sağlığını yalnızca hastalık ile ilişkilendiremeyiz.

Diğer bir yandan enüretik çocukların göstermiş olduğu içe yönelim dışa yönelim duygu davranış problemleri ile ebeveynlerinin ruh sağlığı arasında bir ilişki bulunmamış olması Jameson ve arkadaşlarının yaptığı ve yapılan literatürde bulunan birçok çalışma ile tezat düşmektedir. Bu durumun sebebi olaralk, literatürdeki birçok çalışmanın sağlıklı çocukların davranış bozukluğu ile ebeveynleri arasındaki ilişkinin değerlendirmesi olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda ise bu ilişkiye enüretik çocuklar açısından

bakılmıştır. Enürezis nokturna'nın çocuklar ve davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Buna ek olarak enürezis nokturna'lı çocukların çalışmaya dahil edilmeden önceki en önemli sınırlılığı tüm kontrol, tahlil ve tetkiklerinin sonucunda herhangi bir patolojik ve fizyolojik rahatsızlığın olmaması enüretik çocukların gece altına kaçırmasındaki en büyük sebebin psikolojik bir temel olabileceğini düşündürmüştür.

BÖLÜM 4. SONUÇ

4. 1. Özet ve Sınırlılıklar

Özet olarak, çalışmamızda kullanılan CBCL ölçeğinin bulgularına göre, enürezis tanısı almış olan 6-15 yaş arasındaki çocuk ve ergen ile herhangi bir hastalığı bulunmayan ve daha önce psikiyatrik muayeneye başvurmamış olan 6-15 yaş çocuk ve ergenden oluşan enürezis tanısı almamış çalışma grubuna göre daha fazla içe yönelim, dışa yönelim ve toplam problem davranış sergiledikleri tespit edilmiştir.İçe yönelim problemleri; anksiyete /depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon ve somatik yakınmalardan oluşurken, dışa yönelim problemleri; kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlarından oluşmaktadır.Bunlara ek olarak, toplam problem davranışlar; sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları aynı zamanda 2007 yılında CBCL ölçeğine eklenen ağır bilişsel tempo, OKB ve TSB' den oluşurken, DSM-IV uyumlu alt ölçekleri olan duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, DEHB, karşıt olma ve davranım bozukluğundan oluşmaktadır.

Tüm bu problem davranışlar göz önünde bulundurulduğunda, enüretik çocukların yaşadığı içe yönelim, dışa yönelim, toplam problem, DSM-IV uyumlu problem alanlarında, enüretik olmayan çocuklara göre daha yüksek puanlar alarak, anlamlı farklılıklar meydana gelmiştir.Aynı zamanda, çalışmamıza katılan enürezis nokturna tanısı alan çocuk ve ergenlerinin oldukça yüksek oranda klinik düzeyde davranış problemi sergilediği saptanmıştır.Çalışmanın araştırma grubu olarak belirlenen, enüretik çocukların, %73.3'ü İçe yönelim,%76,7'si Dışa yönelim puanları klinik düzeyde anlamlı bulunmuştur.Enürezis nokturna tanısı almamış çocuklardan oluşan çalışma grubunda ise her iki alan için klinik düzeyde davranış problemi sergileyen çocuk bulunmamaktadır. Bu oranlar enürezisin çocukların duygu ve davranışları üzerinde oldukça önemli bir oranda etki ettiğini göstermektedir.

Çalışmamızda CBCL ölçeğine ek olarak, 6-15 yavaş aralığında 30 enüretik çocuk ve ergenin ebeveynlerine, çocukların ebeveynlerinin ruh sağlığını değerlendirmek adına DASÖ-21(depresyon, anksiyete, stres) ölçeği uygulanmıştır.DASÖ ölçeğinden elde edilen verilere göre, CBCL ölçeğine göre enüretik çocukların gösterdiği anksiyete, depresyon, içe dönüklük duygu davranış problemleri , ebeveynlerinin ruh hali olan depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkili olduğu bulgusuna ulaşılamamıştır.

Fakat bunun yanı sıra, enüretik çocukların ebeveynlerinin ,%46,67'sinde ileri düzey,%36,67'sinde orta düzey anksiyete oranı bulunurken. Ebeveynlerin %46,6'sında orta düzey stres bozukluğu yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar ile, enüretik çocukların yaşadıkları bu sağlık probleminin çocuğun alt ıslatma problemini yaşadığı ilk günden, bu hastalığın tanısını aldığı güne kadar olan tüm sürecin, katılımcı ebeveynlerin, çoğunluğunda ileri ve orta düzey anksiyete ve stres bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir.Çalışmanın enürezis tanısı almamış çalışma grubunun ebeveynlerine bu ölçek ve formun uygulanmamış olması çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

Çalışmamız, pandemi döneminde yaşanılan zor süreç dolayısıyla kısıtlı sayıda katılımcı ile oluşturulmuştur, aynı zamanda uzun süredir devam eden bu durum, katılımcı çocuk ve ebeveynlerinin ruh halini de etkilemiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Son olarak, çalışmamızın enürezis nokturna tanısı alan çocuklardan oluşan çalışma grubu daha önce bir psikiyatrik geçmişinin olup olmadığını değerlendirmeden katılım göstermiştir, bunun yanı sıra diğer çalışma grubu enüretik olmayan çocuklardan oluşan grup ise psikiyatrik başvurusu olmayan katılımcılardan oluşturulmuştur. Bu durum çalışma üzerinde etkili olabileceği düşünülmekte ve çalışmanın bir sınırlılığı olarak kabul edilmektedir. Enürezis'e dair araştırmalar fazla sayıda olsa da ruhsal sebep ya da enürezis'in ruhsal sonuçları ile ilgili çalışma sayısı bir o kadar azdır. Bu konu üzerine daha fazla araştırılması, enürezis'in tedavisine destek olacaktır.

Bu çalışma bizlere enürezis nokturna hastalığının çocuklar üzerindeki ruhsal problemlerinin varlığı üzerinde etkili olduğu bulgusuna ulaştırarak; çocuk ve ergenlerin enürezisin tedavisinde uygulanan alarm-uyarı tedavisi, alınan sıvı miktarının azaltılması, ödül ceza yönteminin uygulanmasının yanı sıra; çocuğun duygularını ön planda tutacak;

çocuk merkezli oyun terapisi(ÇMOT),sanat terapisi, duygu odaklı birey terapisi gibi çocuğun öz güven ve motivasyonunu artırarak, benlik farkındalığını ve dayanıklılığını artıracak terapiler önerilmiştir. Enürezis ile yapılacak olan çalışmalara öneri olarak; enürezis tanısının alınmasından önce çalışma gruplarının belirlenmesi ve uzun soluklu ön test-son test değerlendirmesi yapılabilecek bir araştırma yapılmasıdır.

Aynı zamanda uygulanacak tedaviler sonrası, ölçeklerin yeniden uygulanması da tedavilerin geliştirilmesi ve uygulanma sıklığının artması için yol gösterici olacaktır.

EK'LER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Bugünün Tarihi :

Formu Dolduran : ( ) Anne ( ) Baba ( ) Diğer .....

Çocuğun;		**Annenin;**		**Babanın;**	
Adı-Soyadı	:	İşi	:	İşi	:
Cinsiyeti	:	Tel No	:	Tel No	:
D. Tarihi	:	Eğitimi	:	Eğitimi	:
Sınıfı	:	Yaşı	:	Yaşı	:

Ek 2. 6-18 Yaş Çocuklar ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

KAYNAKÇA

Achenbach, T. M. (1966) The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study, *Psychological Monographs*, 80.

Achenbach, T. M. (1982). Assessment and taxonomy of children's behavior disorders.In: Lahey and A. E. Kazdin(eds) ,*Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, pp. 1–38).

Akman, R. Y. (2012). Noktürnal enürezis. *Türk Pediatri Arşivi* , 47 (2) , 78-83 .

Alpay, H., Bıyıklı, N. K. (2003). Voiding dysfunction. *Journal of the Turkish Society of Nephrology,* 12(3): 122- 126.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994), *DSM-IV Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı.* Dördüncü baskı, (çeviri editörü Köroğlu E) s:65-66 Hekimler yayın birliği, Ankara.

Anon.(1987). My enuresis . *Archives of Disease in Childhood*, 62, 866–868.

Austin, P. F., Bauer, S. B., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., Rittig, S., Vande Walle, J., von Gontard, A., Wright, A., Yang, S. S., and Nevéus, T. (2014). 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. *Journal of Urology*, 191(6), 1863.

Austin, V.L. and Sciarra D.T. (2012). *Çocuk ve ergenlerde duygusal davranışsal bozukluklar*. (M. Özekeş, Çev. Ed.). Ankara: Nobel yayıncılık.

Baeyens, D., Roeyers, H., Demeyere, I., Verte, S., Hoebeke, P., Walle, J.V. (2005) "Attention-deficit /hyperactivity disorder (ADHD) as a risk factor for persistent nocturnal enuresis in children: A two-year follow-up study", *Acta Paediatrica*, 94: 1619-1625. (1)

Baumrind, D. (1967). Child Care Practices Anteceding Three Patterns of Preschool Behavior. *Genetic Psychology Monographs,*75 (1),43-88.

Baumrind, D. (1991). Parenting Styles and Adolescent Development. R. Lerner, A. Peterson and J.Brooks-Gunn (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence,* 746-758. Newyork: Garland.

Berkem (1989).*Enüretik ve Enkopretik Çocukların Semptom Formasyonlarında Agresyonun Rolünün Karşılaştırılması*,Yan Dal Uzmanlık Tezi.

Birdal S, Dogangun B. (2016). Behavioural problems in children with enuresis. *Türk Pediatri Arşivi*.51(3):142-47.

Bouras N, Holt G. (2007). *Psychiatric and Behavioral Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities.* (2nd ed). Cambridge University Press.

Buluğ, U. (2009) *Primer ve sekonder enürezis nokturnada eşlik eden psikiyatrik tanı sıklıklarının belirlenmesi ve karşılaştırılması*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi. S51-58.

Butler, R. J. (1987). A variety of treatment approaches. *Nocturnal enuresis: Psychological perspectives.* Bristol 7 John Wright and Son.

Butler, R. J. (1994). *Nocturnal enuresis: The child's experience.* Oxford7 Butterworth Heinemann.

Butler RJ, Redfern EJ, Holland P (1994) Children's notions about enuresis: and the implication for treatment. *Scand J Urology Nephrol;*163:39-57.

Butler RJ (1998) Annotation; night wetting in children: psychological aspect. *J Child Psychology Psychiatry*, 39:453-463.

Byrd, R., Weitzman, M., Lanphear, N.E., Auinger, P. (1996).“Bed-wetting in USA children: Epidemiology and related behavior problems”, *Pediatrics*, 98 (3): 414-419.

Canbulat, N., ve Yıldız, S. (2009). Enüreziste Güncel Bilgiler. *Güncel Pediatri*, 7(3), 83–89.

Carman, K. B., Ceran, O., Kaya, C., Nuhoglu, C., ve Karaman, M. I. (2008). Nocturnal Enuresis in Turkey: Prevalence and Accompanying Factors in Different Socioeconomic Environments. *Urologia Internationalis*, 80(4), 362–366.

Çavuşoğlu, H. (2008). *Hastaneye Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerindeki Etkileri*, Genişletilmiş 9. Baskı, Sistem Ofset Basımevi, Ankara

Chang, S., Ng C.F.N., Wong S.N. (2002) “Behavioral problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong”, *Acta Pediatri,* 91: 475-479.

Coppola G.,Costantini A., Gaita M., Saraulli D. (2011) “Psychological corralate of enuresis: a case-control study on an Italian sample”, *Pediatric Nephrology*, 26:1829-1836.

Downey, G. ve Coyne. J. C. (1990) Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin,* 108 (1), 50-76.

Driscoll, K. & Pianta, R. C. (2011). Mothers and fathers perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*, 7,1-24

Dümenci L, Erol N, Achenbach TM, Simsek Z (2004) Measurement structure of the Turkish translation of the Child Behavior Checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(3): 337–342.

Egemen A, Akil I, Canda E, Ozyurt BC, Eser E.(2008). An evaluation of quality of life of mothers of children with enuresis nocturna. *Pediatr Nephrol*, 23 (1): 93-98.

Erermiş S. ve Aydın C. (1999). Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. *Ekşi* A (ed).*Ben Hasta Değilim(109-117).* Nobel Tıp Kitabevi.

Erol, N., Şimşek, Z. (2010) "Okul Çağı Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı*", Mentis Yayıncılık,* Ankara.

Erol N, Şimsek Z (2000) Mental Health of Turkish Children: Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents, Teachers and Adolescents.In N. N. Singh, (Eds.), *International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health.* Vol 1:Proceedings of the First International Conference, 223– 247.Oxford:Elsevier Science

Ertan, P., Karaboğa, B. (2012) "Monosemptomatik noktürnal enürezis", *Dicle Tıp Dergisi,* 39(1):145-152.

Ferguson, D.M., Horwood, J. (1994) "Nocturnalenuresis and behavioral problems in adolescence: A 15-year longitudinal study*" Pediatrics*, 94(5): 662-668.

Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*,The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, V. VII, 123-246.

Garfinkel BD. (1990), Elimination Disorders, In: B.D.Garfinkel,G.A Carlson, E.B Welles (ed). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. London. WB Saunders Co, 325- 336.

Goodman, S. H. ve Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3). 458-490.

Gunes, A., Gunes, G., Acik, Y., ve Akilli, A. (2009). The epidemiology and factors associated with nocturnal enuresis among boarding and daytime school children in southeast of Turkey: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 9(1).

Gurocak, S., Maral, I., Bumin, A., Ozkan, S., Durukan, E., and Iseri, E. (2010). Prevalence and risk factors of monosymptomatic nocturnal enuresis in Turkish children. *Indian Journal of Urology*, 26(2), 200.

Harwood, T. M., Beutler, L. E., and Charvat, M. (2010). Cognitive-behavioral therapy and psychotherapy integration. In K.S. Dobson (Ed.) Handbook of cognitive-behavioral therapies, (pp. 94-132).

Haque M, Ellerstein NS, Gundy JH, Shelov SP, Weiss JC, McIntire MS, et al. (1981) Parental perception of enuresis. A collaborative study. *Am J Dis Child*; 135(9): 809-811.

Karakavak, G. ve Çırak, Y. (2006). Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Duygular. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(12), 95-112.

Katan, A. (1946).Experiences with enuretics, *Pscyhoanal St Child*, 2: 241-255.

Klein, M. (1932). The psycho-analysis of children, *The International Psycho-Analytic Library*, 22:1-379.

Küey L.(1998).*Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele alma, Yönlendirme.* Psikiyatri Dünyası; 2(1):5-12

Liu, X., Sun, Z., Uchiyama, M., Li, Y., Okawa, M. "(2000). Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis and behavioral problems in Chinese children aged through 16 years", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 39 (12): 1557-1564.

Lottmann, H. B., and Alova, I. (2007). Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children and adolescents. *International Journal of Clinical Practice,* 61, 8–16.

Marti, M.,Bonillo, A., Jane, M. C., Fisher, E. M. &Duch, H. (2015). Cumulative risk, the mother–child relationship, and social-emotional competence in latino headstart children. *Early Education and Development*, 27(5), 590-622.

Mc Cauley-Ohannessian C., Hessebrock, V. M., Kramer, J. Kuperman, S., Bucholz, K. K., Schuckit, M. A. ve Nurnberger, J. I. (2005). The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: an examination of gender paterns. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13 (2), 67-76.

Meneses, R.P. (2001). Monosymptomatic nocturnal enuresis, *Journal of Pediatri*. (Rio J), 77 (3): 161-168.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. ve Cooper, P. (1997). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes. *Child Development*, 67, 2512-2526.

Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocque, R. ve Anderssen M. J. (2000). Mothers 'mental illness and child behavior problems: Cause-effect aassociation or observation bias. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (5), 592-602.

Neveus, T. (2012)"Nocturnal enuresis- theoretic background and practical guidelines", *Pediatric Nephrol*, 26(8): 1207-1214.

Norgaard,J.,Djurhuus,J.,Watanabe,H.,Stenberg,A.,and Lettegen,B.,(1997). Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. *BJU International*, 79(6), 825–835.

Palm, R. (1953). The psychodynamics of enuresis: A psychoanalytical study in Rorschach symbolism. *Am İmago*,10:167- 180.

Radmayr, C., Schlager, A., Studen M., Bartsch, G. (2001). Prospective randomized trial using laser acupuncture versus desmopressin in the treatment of nocturnal enuresis. *Eur Urol*, 40(2): 201-5.

Redsell SA, Collier J, Garrud P ve ark. (2003) Multimedia versus written information for nocturnal enuresis education: a cluster randomized controlled trial. *Child Care Health Development*, 29:121-129.

Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30.

Semer ,N.L., Yazigi, L. (2009) "The Rorschach and the body: The study of self-esteem in enuretic children", *Rorschachiana*, 30: 3-25.

Steinberg, L.D., Lamborn,S.D. ,Dornbusch,S.M. and Darling,N. (1992). Impact Of Parenting Practices On Adolescent Achievement: Authoritative Parenting, School Involment and Encouragement to Succeed. Child development,63,1266-1281.

Steinberg, L. (2007). *Ergenlikte psikososyal sorunlar*. (Çev. E.G. Kapçı) Ergenlik içinde (F. Çok, Çev. Ed.). Ankara: İmge kitapevi yayınları

Taneli, C. (2003). Cerrah gözüyle enürezis. *Klinik Çocuk Forumu Dergisi Pediatrik Cerrahi Özel Sayısı,* 3(5): 1-7.

Taneli C. (2003). Enürezise Çocuk Cerrahının Yaklaşımı. *Klinik Çocuk Forumu,* 3: 5. 55-60.

Van Hoecke, E., De Fruyt, F., De Clercq, B., Hoebeke, P., Walle, J. (2006) "Internalizing and externalizing problem behaviour in children with nocturnal and diurnal enuresis: A five-factor model perspective", *Journal of Pediatric Psychology*, 31(5):460-468.

Van Tijen, N. M., Messer, A. P., and Namdar, Z. (1998). Perceived stress of nocturnal enuresis in childhood. *British Journal of Urology*, 81(Suppl. 3), 98–99.

Yavuzer, H. (2006). *Ana-Baba Okulu*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Wright, C. A., Thomas P., G., Burke, R. Gelfand, D. M. ve Teti, D. M. (2000).Early maternal depression and children's adjustment to school. *Child Study Journal*, 30 (3). 153-169.