

PAPER DETAILS

TITLE: ENÜREZİS NOKTURNA VE HEMSİRELİK YAKLASIMLARI

AUTHORS: Bengü ÇETINKAYA,İlgün Özen ÇINAR

PAGES: 155-165

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/836134>

ENÜREZİS NOKTURNA VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

NOCTURNAL ENURESIS AND NURSING INTERVENTIONS

Bengü ÇETİNKAYA İlğün ÖZEN ÇINAR

Pamukkale Üniversitesi Çivril Kadir Kameroğlu Sağlık Yüksekokulu

Anahtar Sözcükler: Enürezis nokturna, çocuk, hemşirelik yaklaşımları

Key Words: Nocturnal enuresis, children, nursing interventions

ÖZET

Enürezis nokturna çocuklar ve aileleri için sıkıntı verici yaygın bir problemdir. Etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal etkenler rol oynamaktadır. Enürezis tedavisinde çocuğun aile ile birlikte ele alınması önemlidir. Tedavi edilmediği durumlarda çocuk ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Ayrıca enürezisin davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu gelişimi açısından da risk faktörü olduğu düşünülecek olursa erken dönemde tedavi edilmesinin önemi ve gerekliliği anlaşılabılır.

SUMMARY

Nocturnal enuresis is a widespread problem that causes distress for children and their families. Both biological and psychological factors play a role in its etiology. In the treatment of enuresis it is important for the child to be accepted by the family. The untreated children and their families have poor quality of lives. In addition when the behavior disorder enuresis is considered as a risk factor for the development of anxiety disorder, the importance and necessity of early treatment can be understood.

GİRİŞ

TANIM VE SINIFLANDIRMA

Çocuklar, mesane kontrolü gerçekleşinceye kadar, ortalama olarak 2-3 yaşına kadar altlarını ıslatırlar. Çocuklarda mesane kontrolü gündüz yaklaşık 2 yaş civarında, gece ise 3,5 - 4,5 yaşları arasında kazanılır. Bu nedenle çocuklar, 5 yaşına gelene kadar enüretik olarak tanımlanmazlar. Çocukların, idrar ve dışkı kontrolünü kazandıkları 5

yaşından sonra idrar kaçırmanın hala devam etmesi "**enürezis**" olarak adlandırılır (Yavuzer 2001). Mental geriliği olan çocuklar, enüretik olarak adlandırılmadan önce 4 yaşına gelmiş olmalıdır (Thiedke 2003).

Gece uykuda işeme durumu enürezis nokturna, gündüz uyanırken işeme durumu ise enürezis diurna olarak isimlendirilmektedir. Gece veya gündüz yalnızca uykuda işeyen çocuklarda, bundan başka bir yakınma yoksa, bu durum tek semptomlu uykuda işeme (monosemptomatik enürezis nokturna) olarak adlandırılmaktadır (Taneli 2003).

Onalan'ın belirttiğine göre Shaffer, Enürezis Nokturnayı 5 yaş üzerindeki çocuklarda herhangi bir fiziksel anormallik ile açıklanamayan, uykuda ortaya çıkan, tekrarlayıcı icrar kaçırma olayı olarak tanımlamıştır (Onalan 2001).

Enürezis nokturna, kendi içinde bir diğer sınıflandırma ile birin-cil (primer) ve ikinci (sekonder) olarak da sınıflandırılmaktadır. İdrar kaçırmaların bebeklik döneminden beri kesintisiz olarak sürdüğü, uzun süreli kuru kalma dönemlerinin olmadığı klinik tip. "primer enürezis", en az bir yıllık bir idrar kontrolü döneminden sonra idrar kaçırmalarının başladığı klinik tip ise, "sekonder enürezis" olarak adlandırılmaktadır. Sekonder enürezis tanısı alabilmesi için idrar kontrolü dönemini altı ay olarak kabul eden bazı görüşler de bulunmak-tadır (Ekşi 1999, Onalan 2001, www.enuresis.org.uk/)

TANI

Günümüzde kabul edilen sınıflama sistemlerinde enürezis tanısı konulabilmesi için tanımlanan durumun en az ardışık üç ay, haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkta olması ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntı doğurması, gerek toplum içinde, gerekse diğer işlevsellik alanlarında bozulmalara yol açması öngörülmektedir. Ayrıca bu durumun, diüretik gibi bir ilaç ya da başka bir maddenin kullanımına yada diyabet, konvülzyon gibi tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmaması gerekmektedir (Erermiş 1999). Enürezis Nokturnanın tanısı için 5-6 yaşındaki çocuklar her ay iki ya da daha fazla kez yatağını ıslatmış olmalı, çocuk 6 yaşından büyükse ayda bir ya da daha fazla kez yatağını ıslatmış olmalıdır (Thiedke 2003).

Enürezis nokturna tanısı koyup, daha ciddi işeme bozukluklarından (üriner enfeksiyonlar, üriner traktüse ait enfeksiyonlar, epileptik bozukluklar, bazı metabolik hastalıklar vb.) ayırt etmek için konunun uzmanı bir ürolog tarafından;

- Ayrıntılı hastalık öyküsü alınarak sorgulama yapılması,
- İdrar yapma - dışkılama çizelgesi tutulması,
- Genişletilmiş fizik muayene ve
- Tam idrar tahlili yapılması genellikle yeterlidir. Bu basamaklardan sonra tedavi aşamasına geçilir (Erermiş 1999).

EPİDEMİYOLOJİ

Enürezis hem gelişmiş hem de ilkel toplumlarda oldukça yaygın bir sorundur. Ancak, psikososyal açıdan uygun olmayan koşullarda yaşayan çocuklarda görülme sıklığının daha fazla olduğuna ilişkin veriler bulunmaktadır (Ereniş 1999). Enürezis nokturna diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye'de de yaygın görülen bir rahatsızlıktır. Bu konuda çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda verilen enürezis görülme sıklığı değerleri %5.5-16.8 arasında değişmekte iken, ülkemizde sınırlı sayıda yapılan çalışmalarda %11.9-19.3 arasında değişen sıklık değerleri bildirilmiştir (Nalan 2001).

Enüretik çocuklara hiçbir tedavi uygulanmasa da her yıl yaklaşık %15'i kendiliğinden iyileşir ve kuru kalır. 18-64 yaş arası sağlıklı erişkinlerin %0.5'i düzenli olarak yataklarını ıslatırlar. Dolayısıyla enürezis, sınırlı ölçüde de olsa erişkin popülasyonunu da ilgilendiren bir sağlık problemi, aynı zamanda bir toplumsal problemdir (Cossio 2002).

Çocuklarda alt ıslatmaların yaklaşık %80'i gece (enürezis nokturna), %20'si gündüz (enürezis diurna) görülmektedir. Bu oran okul çağına bir miktar azalmakla birlikte sorunun çocukluk ortalarına, hatta erginliğe kadar devam ettiği görülür. Ortalama 4-5 yaş çocuklarının tümünün %15 kadarı enüretiktir. (Yavuzer 2001). 5 yaşını geçtikçe oran hızla azalır. 10 yaşında bu oran %5'e, 15 yaşında ise %1'e düşer. Araştırmalarda, enüretik çocukların çoğunun 5-7 yaş arasında olduğu, görülme sıklığının yaşla azaldığı belirtilmiştir (Erer-miş 1999). Gece işemelerinin küçük bir bölümü (%5) bedensel hasta-lıklar (organik nedenler) sonucu ortaya çıkmaktadır (Yörükoğlu 2000).

Primer enürezis, yatak ıslatma sorununun hemen hemen %75- 80'ini oluşturur. Geri kalan %20-25 oranındaki enürezis, sekonder enürezis olarak görülür (Yavuzer 2001. Cossio 2002).

Her yaş için enürezis erkeklerde kızlara oranla iki kat daha fazladır (Yavuzer 2001, Yörükoğlu 2000). Güncel Psikiyatrik Bozukluklar sınıflaması DSM-IV'e (Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) göre: 5 yaşındaki erkek çocukların %07'sinde, kız çocuklarının ise %3'ünde enürezis bulunmaktadır (Erermiş 1999).

Ailede alt ıslatan kişilerin bulunması oldukça yüksek orandadır. Anne babanın her ikisinde de çocukluk dönemlerinde alt ıslatma varsa, çocuklarında %70 oranında görülmektedir. Anne ya da babada sadece birinde varsa bu oran %40'a düşmektedir. Ailesinde idrar kaçırma sorunu olmayanlarda %15 oranında görülür (Thiedke 2003).

Ayrıca köylerde, gecekonduarda, çocuk yuvalarında ve yetiştirme yurtlarında enürezis nokturna %20 ve daha yüksek oranlarda görülmektedir (Yörükoğlu 2000).

ETİYOLOJİ

Primer enürezis nokturnanın etiyojisi geniş olarak tartışılmaktadır, fakat henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Durum multifaktoriyel sebeplerle ilişkili bulunmuştur. Bunların %97-98'i organik olmayan karakterlidir (Cossio 2002). Psikososyal özelliklerin yalnızca sekonder enürezis etiolojisinde rol oynamadığı, aynı zamanda primer enürezis belirtilerinin sürmesine katkıda bulunduğu bilinmektedir (Erermiş 1999).

Cossio'nun belirttiğine göre; bir çalışmada enüretik aile öyküsü bulunan çocukların %65-85'inde nokturnal enürezis saptanmıştır. Baba enüretikse çocuğun enürezisli olma riski 7: 1, anne enüretikse bu risk 5: 2 olarak saptanmıştır (Thiedke 2003).

Enürezis çoğunlukla, tik bozukluğu, depresyon, davranım bozukluğu, mental retardasyon gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebilmektedir (komorbid bozukluklar). Enüretiklerde psikiyatrik bozukluk görülme oranının, normal popülasyona oranla 4-6 kat fazla olduğu: kızlarda ruhsal sorunların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Erermiş 1999). Yapılan incelemeler, alt ıslatma sorunu ile çocuğun duygusal dünyası arasında yakın bir ilişkinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu gerileme davranışı tırnak yeme, parmak emme gibi birtakım başka gerileme davranışlarıyla, bebeksi hareketleri ya da konuşmaları da beraberinde getirebilmektedir (Yavuzer 2001).

Etiyolojide biyolojik ve psikososyal etkenlerden söz edilmektedir (Erermiş 1999, Cinalan 2001).

A- BİYOLOJİK ETKENLER

1. Ailesel Etkenler

Enürezisli çocukların aileleri ve akrabalarının yarıya yakın bir bölümünde çocukluk yaşlarında aynı durumun bulunduğu saptanmıştır. Bu bulgu bir çok etken arasında ailesel bir yatkınlığın varlığını

göstermektedir (Yörükoğlu 2000). Öyküde, birinci derecede akrabaların bulunması enürezis eğilimini arttırmaktadır (Kavaklı 1992).

2. Hormonal Etkenler

Enürezis nokturna etiolojisinde antidiüretik hormonun (ADH) salınımının nokturnal eksikliğinin rolü olduğu düşünülmektedir. Erişkinler geceleri 2-3 kat daha az idrar üretirler. Bu durum ADH düzeylerinin geceleri artan salınımı ile ilişkilidir. Yenidoğanda tespit edilemeyen bu farklılık 3 yaş civarında gösterilebilmiştir. Uykuda işeyen çocuklarda bu değişimin tamamlanmadığı düşünülmektedir. Enüretik çocuklarda nokturnal ADH düzeylerinin, belirgin olarak daha düşük olduğu ayrıca gece idrar ozmolaritesinin düşük ve miktarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Böylece gece uykusunda üretilen bu seyreltik ve fazla miktardaki idrarın mesane kapasitesini aştığı ve uykuda işemeye neden olduğu düşünülmektedir (Taneli 2003).

3. Mesane Fonksiyonu ve Yapısındaki Anormallikleri, Mesane Hastalıkları

Enürezis mesane kapasitesinin küçük olması ile ilgili olabilir. işlevsel mesane kapasitesinin enüretiklerde daha düşük olduğu ileri sürülmüştür. (Erermiş 1999. Thiedke 2003).

İdrar yolu enfeksiyonu tedavisinden sonra hastaların üçte birinde uykuda işeme yakınması kaybolmuştur. Enürezis diurna ve sekonder enürezisli hastalarda da idrar yolu enfeksiyonu sık görülmektedir (Taneli 2003). Enüretiklerde geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu sıklığının %5 olduğu, idrar yolu enfeksiyonu öyküsünün kızlarda beş kez daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Erermiş 1999).

4. Nörolojik Sorunlar

Enüretiklerde nadiren silik nörolojik belirtilere rastlansa da bunun gelişimsel süreçle ilgili, olduğu düşünülmektedir. Enürezisin sıklığı epileptik ve epileptik olmayanlarda eşit bulunmuştur. Gece uykuda gelen nöbetlerde altını ıslatma olabilir (Erermiş 1999).

Uykuda işeyen çocuklarda hem motor, hem de dil gelişiminde gecikme vardır. Enüretik çocuklarda kronolojik yaşa göre kemik yaşında gecikme saptanmıştır. Uykuda işeyen hastalarda barsak kontrolü, yürüme ve konuşma gibi bazı gelişme parametrelerinin hatta pubertenin de geciktiği bildirilmiştir (Taneli 2003).

5. Spina Bifida

Enüretiklerde sık görüldüğüne ilişkin yayınlar bulunmaktadır. Ancak son on yıl içinde yapılan çalışmalarda, bu sıklığın normal popülasyondan farklı olmadığı gösterilmiştir (Erermiş 1999). Bu sorunun olduğu her çocukta gece işemesi görülmez (Yörükoğlu 2000).

6. Diğer Nedenler

Primer nokturnal enürezise neden olan organik faktörler iki başlık altında toplanmıştır. Bunlardan biri de cerrahi tedavi gerektiren nedenlerdir. Bu nedenler içinde: ektopik mesane, alt üriner sistem enfeksiyonu, nörojenik mesane, adenoid genişlemesine bağlı uyku apnesi yer almaktadır (Cossio 2002).

B- PSİKOSOSYAL ETKENLER

1. Tuvalet Eğitimi

Anne babalar, küçük yaştan itibaren çocuklarının tuvalet gereksinimlerini kendilerinin gidermesini beklerler. Çocukta nöromüsküler, zihinsel gelişme olmadıkça çocuk temiz ve kuru kalmayı bilemez ve bilinçli kontrol yapamaz. Anal ve üretral sfinkterin istemli kontrolünün yapılabilmesi 18-24 ay arasındaki dönemde gerçekleşir. Tuvalet eğitimi başarılı bir şekilde 2-2,5 yaşları arasında uygulanabilir. Eğitime başlayacak kişi çocuğun fizik, mental, emosyonel yapısını ve gelişmesini dikkate almalı ve zamanı çocuğa bırakmalıdır. Bugün en etkili yöntem zamana uyan eğitimidir (Kavaklı 1992). Tuvalet eğitimine başlama yaşı yükseldikçe, enürezis görülme oranının arttığı belirtilmiştir (ünalan 2001)

Uygun olmayan tuvalet eğitiminin enürezise zemin hazırlayabileceği ileri sürülmektedir. Tuvalet eğitimine erken başlanması nedeniyle yaşanan güçlükler ve bunun sonucunda ortaya çıkan inatlaşmaların; tuvalet eğitimine geç başlanıp, uygun tuvalet alışkanlığının öğretilmemesi ve böylece davranış paternini pekiştirmenin enürezise neden olabileceği düşünülmektedir (Erermiş 1999). Enürezisin köylerde, gecekondularda, çocuk yuvalarında, yetiştirme yurtlarında daha yüksek görülme sıklığı yetersiz ve düzensiz tuvalet eğitimine bağlıdır (Yörükoğlu 2000).

2. Yaşam Olayları

Aile düzenindeki önemli değişiklikler, kayıplar gibi zorlu yaşam olayları, özellikle sekonder enüreziste önem taşımaktadır. Yaşam olay-

ları ile çocukta enürezisin ortaya çıkması arasında nedensel ilişkiler çeşitli şekillerde yorumlanmıştır. Ailede ölüm, ayrılık, geçimsizlik, hastalık, okul başarısızlığı gibi olaylar sonucu yaşanan anksiyete enürezis ile ifade edilebilir. Kardeş doğumu ile başlayan enürezis regresyon ya da kardeşe duyulan agresyonun göstergesi olarak ortaya çıkabilir. Ailenin aşırı koruyucu ya da hoşgörülü tutumu nedeniyle, çocukta bebeksi kalma eğilimi. enürezis belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Sosyal açıdan uygunsuz koşullarda bulunanlarla, onlarla yeterince ilgilenmeyen ailelerin çocuklarında, göç ya da benzer psikososyal stresler yaşayanlarda enürezis daha sık görülmektedir (Taneli 2003, Erermiş 1999).

Korkulardan, örseleyici yaşantılardan, ameliyatlardan sonra da enürezis görülebilir (Yörüköğlu 2000).

Annenin, temizliğe gereğinden fazla değer verdiği durumlarda. geceleyin çocuğun altını ıslatmama konusunda çok titiz olduğu ve sıkıntıya girdiği durumlarda özellikle enürezis görülür (Adler 2000).

3. Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar

Enürezis ve ruhsal bozukluklar arasındaki korelasyonun yaş ile artış gösterdiği görülmektedir. Bu ruhsal sorunlar enürezise ikincil olabileceği gibi genellikle enürezis bu davranış sorunlarına ikincildir. Ruhsal sorunlar sekonder enürezis gelişiminde daha fazla rol oynarken, mental gerilik primer enürezis oluşumunda daha fazla yer tutmaktadır (Erermiş 1999).

TEDAVİ VE HEMESRELİK YAKLAŞIMLARI

Enürezis tedavisindeki yaklaşımlar, davranışsal ve f̃makololik olmak üzere iki ana gruba ayrılarak incelenebilir (Erermiş 1999, www.enurezis.org.uk/).

1. Davranışsal Yaklaşım

Davranışsal yaklaşım: davranışçı terapi, aileye danışmanlık veya aile terapisi ve psikoterapiyi kapsamaktadır.

Davranışçı Terapi: Davranışçı terapi enürezis tedavisinde % 75 oranında başarı sağlayabilmektedir.

Kayıt Tutma ve ödüllendirme: Motivasyon tekniğinde çocukta bir takvim tutması, her güne kuru ya da ıslak kalktığına ilişkin işaret koyması istenir. Yöntem, çocuğun tedaviye katılması ve sorumluluk

alması açısından faydalıdır. Haftalık kontrollerde kuru gün sayısı çok ise çocuk ödüllendirilir. Ödülün niteliği çocuğun bireysel özelliklerine, yaşına, sosyokültürel düzeyine uygun olmalıdır. Duygusal içeriği olan ödüller daha etkili bulunmuştur (Taneli 2003, Erermiş 1999).

Hemşirelik yaklaşımında, gelişmelerin kaydını tutmak için çocuğun ilgisi çekilmeli, kuru geçen günler ve geceler vurgulanmalı, çocuk ıslak kalkmış ise bunun niçin olduğu konusundaki düşüncelerini açıklaması ya da yazması için çocuk cesaretlendirilmelidir (Erdemir 1999).

Sıvı Kısıtlaması ve Gece Uyarıdırma: Akşam yemeklerinin çocuğu susatmayacak nitelikte olması ve yemekten sonra sıvı kısıtlaması uykudaki idrar miktarını azaltabilir. Bu konuda çocukla anlaşmak, işbirliği yapmak ve bu durumu yeni bir inatlaşma odağı haline getirmemek önemlidir. Çocuk uyuduktan 1-1,5 saat sonra uyandırılıp tualete götürülürse sıvı kısıtlamasının başarısı artabilir. Çocuğu çok sık uyandırma uyku sağlığına zarar vermektedir.

Hemşirelik yaklaşımında çocuk ve aileye şu konularda eğitim yapılmalıdır:

- Çocuk sıvı içtikten sonra, mesaneyi güçlendirmeye yardım etmek için, işemeyi ertelemeye cesaretlendirme,
- Yatmadan önce idrarını yapmasını sağlama,
- Yatmaya yakın zamanlarda sıvı alımının kısıtlanması,
- Çocuk geç saatlerde uyandırılıyorsa tam olarak uyanmasını sağlayacak olumlu bir ödül ya da pekiştireç verilmesi (Erdemir 1999).

Mesane Egzersizi: Mesane kapasitesini ve tonusunu arttırmak için çocuğun mesanesi iyice dolduktan sonra tualete gitmesi, gündüz idrarını yaparken birkaç kez sfinkter kaslarını kasıp gevşetmesinin yararlı olduğu ileri sürülmüştür. Bu egzersizi 9 yaşından büyük çocuklar daha rahat uygulayabilmektedir. Ancak bu yöntem davranış terapileri içinde en az yarar sağlayan yöntemdir (Taneli 2003, Erermiş 1999).

Alarm Cihazı: Zil ve ped ile koşulama yöntemidir. Çocuk uykusunda işediğinde elektrotları ıslanan ve devresi kapanan bir zil sisteminin çalmaya başlaması ve çocuğu uyandırması temeline dayanır. Başlangıçta hasta mesane tamamen boşaldıktan sonra uyanır. Bir süre sonra daha erken uyanmaya ve ortalama 3-4 hafta sonra alarm zili çalmadan uyanmaya başlar. Tedavi sonunda hastalar çoğu zaman bütün geceyi uyanmadan ve işmeden tamamlarlar. Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Alarm tedavisinin gece ve gündüz

fonksiyonel mesane kapasitesini arttırdığı düşünülmektedir. Alarm tedavisinin 7 yaşından küçük çocuklarda, tek başına uyuduğu özel odası olmayan çocuklarda uygulama zorlukları vardır. Tek semp-tomlu uykuda İşemede ilk seçilmesi gereken tedavi yöntemidir (Taneli 2003).

Enürezis nokturnanın çözümlenebilmesi için alarmın 15 haftadan daha uzun süre kullanımına ihtiyaç vardır. Alarmla tedavi yöntemini bırakma oranı %10-30 arasındadır. Alarmla tedavi yönteminden geç cevap alınmasında bazı faktörler etkili olabilir. Bunlar, stabil olmayan ya da kaotik aile durumları çocukta davranış bozuklukları, annede yüksek düzeyde anksiyete ve ebeveynlerde ve çocukta yatak ıslatmaya karşı ilgi eksikliği gibi durumlardır. Ailenin eğitim düzeyinin düşük olması ve yüksek sosyoekonomik düzey de cevabın yetersiz olması için belirleyici olabilir (Thiedke 2003).

Aileye Danışmanlık ve Aile Terapisi: Evde enüretik bir çocukla yaşamak bütün aile için oldukça güç bir durumdur. Çocuğun işemesine karşı ailenin duygu, düşünce ve davranışları incelenmelidir. Aile öfke, utanç, usanç duyabilir, çocuğu cezalandırabilir, utandıra-bilir, kardeşleri ve arkadaşları ile kıyaslayabilir. Bazı aileler de çocuğa bez bağlayarak enürezisi destekler bir tutum sergileyebilirler. Cezalandırıcı ya da destekleyici tutumlar hatalı olup, ailelere her iki tutumun da doğru olmadığı anlatılmalıdır. Aile içi ilişkiler çerçevesinde enürezise çözüm yolu aramak diğer tedavi yöntemlerinin etkisini pekiştirebilir (Erermiş 1999). Aile öyküsü bulunması çocukta, uykuda işemenin kendiliğinden geçmesi veya tedaviye cevap verme/vermeme durumunu etkilememektedir. Ailede uykuda işeme öyküsü varsa, çocuklardaki uykuda işeme önemsenmemekte ve başvuru yaşı gecikebilmektedir (Taneli 2003).

Hemşirelik yaklaşımında: enürezisin doğası çocuğa ve aileye açıklanmalı, ebeveynlere hoşnutsuzluk göstermenin (ayıplama, cezalandırma) enürezisi durdurmayacağı, sadece çocuğu utandıracağı, mahçup edeceği ve korkutacağı anlatılmalıdır. Çocuğa, kötü ya da günahkar olmadığı, başka çocukların da geceleri yataklarını ıslatabildikleri anlatılmalıdır. Çocuk ve aileye enürezisin yan etkilerini kontrol etme teknikleri öğretilmelidir (örneğin; yatak koruyucular kullanma, geceyi başka bir yerde geçirecekleri zaman çocuğun kendi uyku tutumunu kullanma). Enürezis ve inkontinans konusunda topluma öğretim yapma fırsatların' (örneğin: okul ve ebeveynlerin oluşturduğu organizasyonlar, kendi kendine yardım grupları) araştırılmalıdır (Erdemir 1999).

Psikoterapi: Davranış bozukluklarının eşlik ettiği enürezisin tedavisinde yardımcı olabilir. Ancak primer enüreziste etkisi sınırlıdır.

Ebeveyn kaybı ya da başka bir travmatik olay sonrası gelişen sekonder enürezis durumunda daha yararlı olduğu ileri sürülmektedir (Erermiş 1999).

2. Farmakolojik Yaklaşım: Genellikle davranışçı tedavinin başarısız yada yetersiz olduğu durumlarda: çocukta komorbid bir ruhsal bozukluk tanısı ya da psikososyal bir stres etkeni söz konusu olduğunda farmakolojik tedaviye başlanabilir. Davranışçı terapiye ek olarak farmakolojik ajan uygulamalarında başarı oranının arttığı görülmektedir. Tedavide genel olarak kullanılan iki ana ilaç grubu "Imipramin" ve "desmopressin" dir (Erermiş 1999, Thiedke 2003). Farmakolojik tedavi 6 yaşın altındaki çocuklarda önerilmemektedir (Thiedke 2003).

Imipiramine tedavisinde hemşirenin sorumlulukları:

- İlacın kullanımının açıklanması,
- Gastrointestinal sistem sorunları varsa, ilacın yiyeceklerle alınması konusunda aileye öneride bulunulması,
- Aileye ilacın etkisinin 2 hafta içinde başlayacağı konusunda **bilgi** verilmesi,
- Ağız kuruluğu oluşursa çocuğa şekersiz sakız önerilmesi,
- Ailenin ilaçların bırakılmaması konusunda uyarılması,
- Ailenin çocuğu, güneş altında uzun süre bırakmaması ve koruyucu krem kullanmaları konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır (Pillitteri 1999).

PROGNOZ

Enürezis çoğunlukla zaman içinde kendi kendini sınırlayan bir bozukluktur. Enürezis tanısı alan çocukların spontan remisyon oranları yılda % 5-10 civarında bulunmuştur. Kendiliğinden düzelme 7-12 yaştan sonra sık görülür. 7 yaştan sonra kendiliğinden düzelme oranı %10-15 olarak bildirilmiştir. Enürezisin 10 yaşından sonra davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu gelişimi açısından risk faktörü olduğu düşünülecek olursa erken dönemlerde tedavi edilmesinin gerekliliği ve önemi daha iyi anlaşılabilir (Erermiş 1999).

KAYNAKLAR

1. Adler A (2000). Eğitimi Zor Çocukların Psikolojisi. Çev. Ed: Fatma Can Akbaş. 1. Baskı. İstanbul. Kariyer Yayıncılık. 233-245
2. Carpenito L (1999). Hemşirelik Tatlıları El Kitabı. Çev: Firdevs Erdemir. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 363-364
3. Cossio S (2002). Enuresis. Southern Medical Journal. 95: 2. 183-187
4. Erermiş S. Aydın C (1999). Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Ekşi A (ed). Ben Hasta Değilim. Nobel Tıp Kitabevi. 109-117
5. Kavaklı A (1992). Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. İstanbul. Hilal Matbaacılık. 240-242
6. Taneli C (2003). Enürezise Çocuk Cerrahisinin Yaklaşımı. (inik Çocuk Forumu. 3: 5. 55-60.
7. Pillitter A (1999). Child Health Nursing. Lippincott. 788-789.
8. Thiedke C (2003). Nocturnal Enuresis. American Family Physician. 67: 7. 1499-1506
9. Onalan D. Çetinkaya F. Baştürk M (2001). Kentsel Kesimde 7-12 Yaş Grubunda Enürezis Nokturna Prevelansı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2: 3. 175-182
10. Yavuzer H (2001). Çocuk Psikolojisi. 21. Baskı. İstanbul. Remzi Kitabevi. 234-241
11. Yörükoğlu A (2000). Çocuk Ruh Sağlığı. 24. Baskı. İstanbul. Özgür Yayınları. 327-333
12. <http://www.enuresis.org.uk> bedwetting (nocturnal enuresis) published by BUPA. Further information can be found at: <http://hcd2.bupa.co.uk/sept-sheets/pdfs/bedwetting.pdf>. erişim tarihi: Şubat 2003