

ENÜREZİS NOKTURNA'DA "RANDEVU ALMANIN" TEDAVİ EDİCİ ROLÜ*

Fatih Ünal**, Berna Pehlivantürk***, Z. Bengi Baysal**,
İsmail Yavaş****, Birsen Sonuvar*****

ÖZET

Tedaviye dirençli küçük bir grup dışında enürezis nokturna nedeniyle başvuran çocukların tedavisinde kullanılan birçok yöntem ile oldukça başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Ancak bu yöntemlerin tedavi edici etkinlikleri araştırılırken genellikle tedavi öncesi döneme ilişkin değişkenler değerlendirme dışında bırakılmaktadır. Klinik uygulamamızda birçok hastanın yakınmalarının daha ilk görüşmeye geldiklerinde, eskisine göre azaldığına ilişkin gözlemlerimiz, bizi "randevu almanın" tedavide oynadığı rolü araştırmaya yöneltmiştir.

Bu amaçla 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne enürezis nokturna nedeniyle ilk kez başvuran çocuklar ileriye dönük bir araştırma deseninde incelenmiştir. Veriler, ıslatma sayısının randevu alınan günden görüşme tarihine kadar geçen 1 aylık süre içinde herhangi bir tedavi girişimi olmaksızın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın ailesinde enürezis nokturna öyküsü olmayan çocuklarda daha fazla olduğu dikkati çekmiştir.

Anahtar sözcükler : Enürezis, tedavi.

SUMMARY : THERAPEUTIC VALUE OF "GETTING AN APPOINTMENT" IN ENURESIS NOCTURNA

Except a small treatment-refractory group, successful results have been reported in the treatment of enuretic children with multiple treatment modalities. While studying the efficacy of these methods, some variables about the pre-treatment phase were not taken into consideration. In our clinical practice; after observing a decrease in the symptoms of many patients even at the first interview, it was decided to study the therapeutic value of "getting an appointment" in enuresis nocturna. For this reason, the enuretic children who were referred to the Department of Child Psychiatry of Hacettepe University in 1994 were investigated in a prospective study. The findings of this study indicated that the number of dry nights increased significantly without any treatment attempts within a period of one month from getting an appointment to the first interview. This increase was observed more frequently in children without history of enuresis nocturna in their family.

Key words : Enuresis, treatment

GİRİŞ

Enürezis Nokturna (EN), 5 yaşından büyük çocuklarda uyku sırasında, tekrarlayıcı nitelikte ve istem dışı idrar yapılması olarak tanımlanmaktadır (Schaffer 1994). Bu durum sorunun başlangıç biçimi ve seyrine göre birincil EN (primer) ve ikincil EN (sekonder) olarak iki gruba ayrılmaktadır. Birincil EN'da sorun bebeklikten beri süregelenmektedir. Tüm enüretiklerin % 80-90'ını oluşturan bu grupta daha çok genetik yatkınlık, biyolojik ve gelişimsel etmenler sorumlu tutulmaktadır (Scharf ve ark. 1987, Novello ve Novello 1987, Schaffer 1994, Willie ve Anveden 1995). En az 1 yıllık mesane kontrolü öyküsü olan ikincil EN'da ise daha çok medikal ve psikolojik etmenlerin sorunu başlattığı ileri sürülmektedir (Hinman 1974, Scharf ve ark. 1987, Novello ve Novello 1987). EN hem gelişmiş hem de ilkel

toplumlarda oldukça yaygın bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Schmitt 1982). Değişik yayınlarda 5 yaşındaki çocukların %10-20'sinin enüretik olduğu, 15 yaşında ise bu oranın ancak % 1-2'ye düştüğü söylenmektedir (Novello ve Novello 1987, Schmitt 1982). Bu sorun ülkemizde de çocuk psikiyatrisi kliniklerine yapılan başvuruların en sık nedenleri arasında yer almaktadır. 1993 yılında Bölümümüzde görülen çocukların %18'ini bu grup oluşturmuştur (Baysal ve ark. 1995). Sık rastlanmasına karşın, EN'nin nedenleri, etkileri ve özellikle de tedavi yöntemleri ile ilgili yapılan çalışmaların yeterli olduğu söylenebilir. Davranışçı yöntemlerden cerrahi girişimlere kadar uzanan birçok tedavi seçeneği arasında henüz en uygun tedavi modelinin ne olduğu konusunda anlaşmaya varılamamıştır (Schmitt 1982, Schaffer 1994). Tek başına uygulandığında %25-80 arasında değişen düzelme oranları bildirilen çeşitli tedavi yöntemleri ile ilgili sonuçlar, yıllık %15 olan spontan düzelme oranı ile kıyaslandığında başarılı olarak değerlendirilebilir (Schmitt 1982, Forsythe ve Butler 1989, Miller ve Klauber 1990, Mikkelsen 1991). Ancak EN nede-

* Bu araştırma, 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde serbest bildiri olarak sunulmuştur.

** Uzm. Dr., Arş. Gör., Hacettepe Üniv. Tıp. Fak. Çocuk Ruh Sağlığı Bl., Ankara.

*** Dr., Arş. Gör., Trakya Üniv., Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bl. Edirne.

**** Uzm. Dr., G.A.T.A. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.

***** Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı Bl., Ankara.

niyle hastaneye getirilen bir çocuğun tedavisinde uygulanan bir yöntemin başarısının başka değişkenlerle de karşılaştırılması gerekebilir. Klinik uygulamalarımız sırasındaki basit bir gözlem tedavi için başvurma sürecini de dikkate almamız gerektiğini düşündürmüştür. Birçok ailenin, çocuklarının sorunundan söz ederken randevu aldıktan sonra yakınmanın azaldığına ya da tamamen ortadan kalktığına değinmesi, bölümümüzde EN tedavisi ile ilgili yürütülmekte olan geniş kapsamlı bir araştırmanın ilk basamağı olarak, bu sürecin de incelenmesini gündeme getirmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın örneklemini Eylül 1994–Ocak 1995 tarihleri arasında H.Ü.T.F. Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü'ne EN nedeniyle ilk kez başvurmuş ve 5 yaşından büyük olan çocuklar oluşturmuştur. Tüm çocuklar önce Çocuk Hastalıkları bölümünde değerlendirilmiş, etyolojisinde organik etmenlerin dışlanabildiği tüm başvurular çalışmaya alınmıştır. Aileler bölümümüze randevu almak için başvurduklarında sadece çocuğun adres veya telefon numarası, yaşı, daha önce herhangi bir tedavi görüp görmediği ve son 1 ay içinde kaç gece yatağını ıslattığı öğrenilmiş, 1 ay sonraya randevu verilmiş, bu randevu tarihinden çocuğun da haberdar olması sağlanmıştır. Randevu alınmasından ilk görüşme tarihine kadar geçen bu 1 ay içindeki ıslak gecelerin ana baba tarafından takvime işaretlenmesi istenmiştir. Bu kapsam dışındaki sorular "ilk görüşmede ayrıntılı olarak konuşulacağı" söylenerek yanıt-sız bırakılmıştır. İlk görüşmeye gelindiğinde diğer sosyodemografik ve soruna ilişkin verilerin yanında takvimdeki ıslak gece sayısı da ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Bu aşamada randevu alınırken aktarılan ıslak gece sayısının geçerli olup olmadığını anlayabilmek amacıyla randevudan önceki 1 ay içindeki ıslak gece sayısı tekrar sorgulanmıştır. Ayrıca ailenin daha önceki çabaları, randevudan bugüne kadar nelerin değiştiği ve bu değişikliğin nedenleri, yarı yapılandırılmış bir görüşme yardımıyla irdelenmiştir. 28 maddeden oluşan bu görüşme formunda ilk 18 madde sosyodemografik ve klinik bilgileri, son 10 madde ise ailenin randevu alınmadan önce ve sonraki sorunla baş etme yolları, alınan önlemler, çocuğa gösterilen tepkiler gibi değişkenleri öğrenebilmek için hazırlanmıştır. Son 10 maddedeki konular açık uçlu sorularla

ele alınmış ve sonradan yazarlar tarafından sınıflandırılmıştır. Randevuya gelmeyenler, randevu günü telefon ile aranılıp aynı görüşme yapılmıştır. Veriler t-testi ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

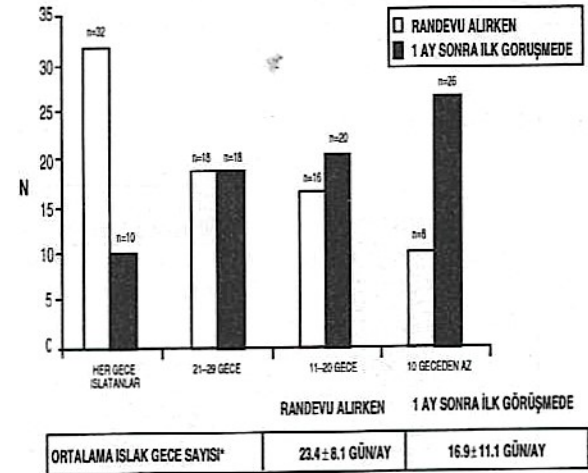
BULGULAR

Çalışma kapsamındaki 74 çocuğun yaş ortalaması 100 ay (100.27 ± 25.89) yani yaklaşık 8 yaş 4 ay olarak saptanmıştır. Bu çocukların %63.5'inin erkek ($n = 47$), % 36.5'inin kız ($n = 27$) olduğu, % 83.8'inin birincil EN ($n = 62$), % 16.2'sinin ikincil EN tanısı aldıkları anlaşılmıştır. Randevusuna getirilmeyen 13 çocuğun (%17.6) hepsine telefon ile ulaşılmış ve gerekli bilgiler tamamlanmıştır.

İlk görüşmede, randevudan önceki 1 ay içindeki ıslak gece sayısı geriye dönük olarak tekrar sorgulandığında sadece 7 (%9.5) çocuğun ailesi randevu alırken bildirdiği sayıyı değiştirmiştir. Bu değişiklik 2 çocuk dışında 1–2 gün gibi ihmal edilebilecek düzeyde kalmıştır. Bu 2 (% 2.7) çocuk için son bildiren sayı esas alınmıştır.

Randevu alırken belirtilen ıslak gece sayısının görüşmeye gelindiğinde ortalama % 27 oranında azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Şekil -1).

Şekil-1: Randevu Öncesi Ve Sonrası Islak Gece Sayısı / Ay



t = 4.06 * p < 0.001

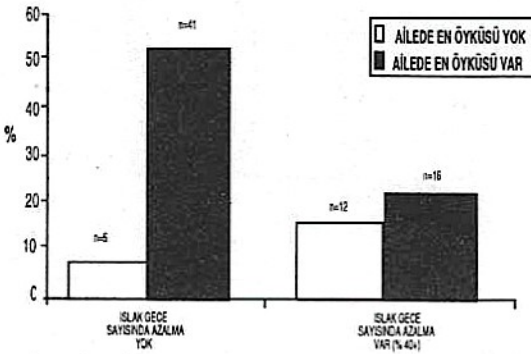
Çocukların yarısından fazlasında randevu alındıktan sonra ıslak gece sayısında değişik oranlarda azalma olduğu görülmüştür. Hatta küçük

bir grupta sorunun tamamen ortadan kalktığı anlaşılmıştır (% 10,8, n = 8). Randevu alırken belirtilen ıslak gece sayısı ortalama 23.4 ± 8.1 gün/ay, 1 ay sonrasındaki ilk görüşmede ise ortalama 16.9 ± 18.1 gün/ay olarak saptanmıştır. Islak gece sayısındaki bu azalmanın ortalama % 27 oranında olmasına karşın, daha da güvenilir bir kıyaslama yapabilmek amacıyla daha yüksek bir oranın kesim noktası olarak kabul edilmesi düşünülmüştür. Bu oran belirlenirken ortalama düzelme oranının yaklaşık 1.5 katı olan % 40 oranı tümüyle yapay olarak seçilmiş ve sonuçta "ıslak gece sayısında % 40 oranında azalma" kesim noktası olarak değerlendirilmiştir. Islak gece sayısında bu oranun üzerinde azalma gözlenenler (% 37,9, n=28) ayrı bir grup olarak kabul edilmiş ve "ıslak gece sayısında azalma görülenler" olarak adlandırılmıştır. Randevu alındıktan ilk görüşme tarihine kadar geçen 1 ay içinde ıslak gece sayısında % 40'dan az oranda azalma gözlenen çocuklar (% 62,1, n=46) ise "ıslak gece sayısında azalma görülmeyenler" şeklinde isimlendirilmiştir. Bu iki grup sosyodemografik değişkenler ve bu azalmayı etkileyebileceğini varsaydığımız bazı değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

Islak gece sayısında azalma görülen ve görülmeyen çocuklar; yaş, cinsiyet, aile yapısı, kardeş sayısı ve sırası, ana babanın yaşı, eğitimi ve mesleği gibi sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırıldıklarında bu iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir sonuç elde edilmemiştir.

Ailede EN öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ailesinde EN öyküsü olanlarda "ıslak gece sayısında azalma görülmeyenlerin" daha yüksek oranda olduğu anlaşılmıştır (Şekil-2).

Şekil-1 : Ailede En Öyküsü

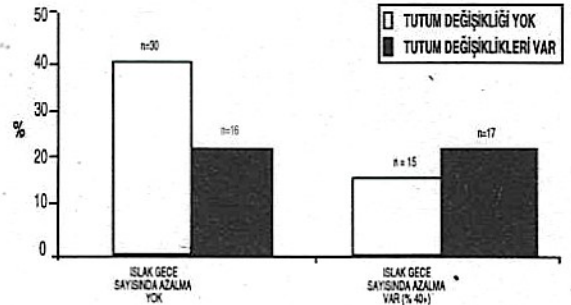


$$\chi^2 = 8.33 \quad p < 0.005$$

EN tipi (birincil-ikincil) açısından bu iki grup arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Bu bulguya paralel olarak her iki gruptaki aileler, sorunu başlatan bir neden gösterebilmek ve gösterememek yönünden de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir. Hastaneye başvurudan önce herhangi bir önlem (örn : gece kaldırma) alınması ve alınmaması açısından da iki grup arasında fark olmadığı anlaşılmıştır. Islak gece sayısındaki azalmanın nedenleri araştırıldığında ailenin randevu aldıktan sonra kendilerinde farkettileri tutum değişikliklerinin ön planda olduğu görülmüştür (Şekil-3). Birçok ailenin bu konuda bizden hiçbir yardım almadığı halde soruna daha dikkatle eğildiği ve daha önceki uygunsuz tutumlarını azalttıkları anlaşılmıştır. Örneğin hastaneye başvurmadan önce altını ıslattığı için çocuğunu dövüklerini söyleyen bazı aileler, ilk görüşme tarihine kadar geçen 1 ay içinde bu tutumlarında değişiklik olduğunu, bu değişikliğin sorunu azalttığını aktarmışlardır.

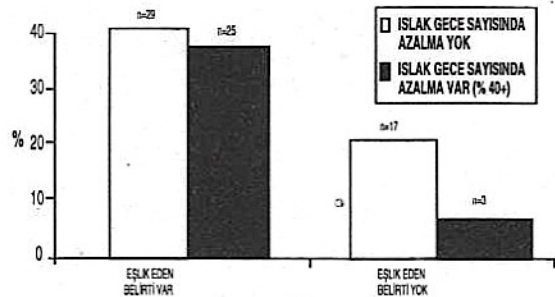
Şekil-3: Ailede Tutum Değişiklikleri



$$\chi^2 = 6.63 \quad p < 0.05$$

Bir başka değişken olan EN'ya eşlik eden belirtiler (en sık olarak kekemelik, parmak emme, tırnak yeme, tik, masturbasyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) açısından da her iki grup arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Islak gece sayısında azalma görülen çocuklar arasında, EN'ya eşlik eden belirtileri olanların daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Şekil-4).

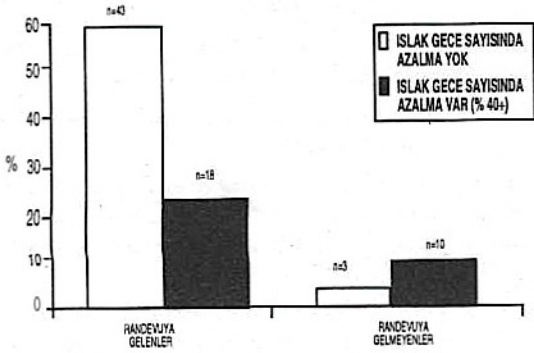
Şekil-4 : Eşlik Eden Belirtiler



$$\chi^2 = 4.81 \quad p < 0.05$$

Randevuya gelmeyenler telefon ile arandığında ıslak gece sayısındaki azalma oranı % 40'in üzerinde olanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır (Şekil 5).

Şekil-5 : Randevuya Gelmeyenler



$$\chi^2 = 8.32 \quad p < 0.005$$

TARTIŞMA

Bugüne kadar literatürde EN'da tedavi edici etmenleri inceleyen çok sayıda yayın bulunmaktadır. Bu araştırmaların deseninde mesane kapasitesinden, gece salınan Anti Diüretik Hormon düzeylerine kadar birçok değişkenin kontrol edilmesine karşın (Schaffer 1994); psikolojik yönleri olan değişkenler, belki de kontrol edilmelerindeki güçlüklerden dolayı kapsamlı olarak ele alınmamışlardır. EN'da tedavi için başvurma sürecinin etkisi, bizim bildiğimiz kadarıyla ilk kez bu çalışmada sosyodemografik ve klinik değişkenleri içerecek bir araştırma deseninde ele alınmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları, bizi, EN nedeniyle başvuran ailenin bu sorunu düzeltmek yolundaki motivasyonu üzerinde düşünmeye yöneltmiştir. Randevu alınan gün, gündemdeki bu sorunun çözümü için bir dönüm noktası olabilir. Randevu alındıktan sonra ana babadaki tutum değişiklikleri, bu görüşü destekler niteliktedir. Hastaneye başvurmaya karar vermek bile başlı başına tedavinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilebilir. Bir başka tedavi edici değişken aileye verilen "ev ödevi" olabilir. Her sabah takvime işaret koymak, ana babanın soruna ilgisini arttırabilir. Devlin ve O'Cathain (1990) alarm tedavisini değerlendirdikleri kapsamlı bir çalışmada sadece takvime ıslak gecelerin işaretlenmesi ile örneklemin % 17'sinde belirgin oranda düzelme görüldüğünden söz etmişlerdir. Ancak Devlin ve O'Cathain'in bu çalışmasında takvimin işaretlenmesi, araştırmacıların çocukla iliş-

kiyi başlattıkları ayrıntılı bir görüşmeden sonra önerildiği için tek etken olarak görülmemelidir. Bizim incelediğimiz yayınlar arasında tedavi öncesi dönemin sonuçlarından söz eden tek yazı olan bu çalışmada ne yazık ki bu bulgu derinlemesine irdelenmemiştir.

Bu çalışmada randevu öncesi ıslak gece sayısında azalma görülen ve görülmeyen gruplar arasında sosyodemografik değişkenlerle ilgili anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum her iki grup için birçok alanda kendiliğinden ortaya çıkan bir eşleştirme anlamına geldiği için diğer bulguların daha da ayrıntılı incelenmesi uygun olabilir.

Islak gece sayısındaki azalmaya ilişkin belirleyicilerin daha çok aile ile ilgili yönleri göze çarpmıştır. Ailesinde EN öyküsü olanlarda ıslak gece sayısında azalma görülmeyenlerin daha yüksek oranda olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgunun hem genetik etkinin gücü hem de durumun evde kabullenilmesi ve düzelme motivasyonunu azaltması açısından tartışılması gerektiği düşünülmüştür. Etiyolojik açıdan genetik ve biyolojik etmenlerin ön planda olduğu ileri sürülen birincil EN ve daha çok çevresel etkenlerin sorumlu tutulduğu ikincil EN açısından bizim çalışmamızda istatistiksel olarak herhangi bir farkın gözlenmemesi, düzelme motivasyonu üzerinde daha çok durulması gerektiğini düşündürmüştür.

EN'ya eşlik eden başka belirtileri olan çocuklarda saptanan ıslak gece sayısındaki azalmanın, sadece EN'sı olanlara göre daha yüksek oranda görülmesini yorumlamak oldukça güç olmuştur. Yazarlar bu bulguyu irdelerken "EN ile ilgili düzelme olurken eşlik eden belirtilerin şiddetlenmesi" doğrultusundaki daha önceki ampirik gözlemlerinden yararlanmışlardır. Bir başka deyişle, ıslak gece sayısı tedavi öncesinde azalan çocuklarda eşlik eden psikiyatrik belirtilerin beklenenden daha fazla olması, çocuğun bir semptomundan vazgeçip diğerine kayması olasılığını akla getirmiştir. Bu çocuklar ailenin daha çok üzerinde durduğu semptomu bırakıp, sorunlarını dışavurabilecekleri başka bir semptom seçiyor olabilirler. Aynı varsayım doğrultusunda bu çocuklar için EN açısından biyolojik etkenlerin daha az etkili olduğu ve böylece semptomların kolaylıkla çeşitlenebildiği ileri sürülebilir. Ancak bu varsayım ve gözlemler çalışmanın deseni nedeniyle aynı örneklem ile yinelenemediği için yapılan yorum tartışmaya açıktır.

Randevuya gelmeyen 13 çocuktan 10'unun, ıslak gece sayısında belirgin azalma olduğu için has-

taneye getirilmediği anlaşılmıştır. Bu aileler için sorunun çözülmesi için atılan ilk adımın yeterli olduğu ileri sürülebilir. Bu çocukların izlenerek ıslak gece sayısındaki azalmanın kalıcılığı hakkında bilgi alınması planlanmıştır.

Bu çalışma EN'da tedavi öncesine ilişkin değişkenleri ayrıntılı olarak ele alan ilk araştırma olmasına karşın, yöntemi ile ilgili bazı sorunları barındırmaktadır. Bu sorunlardan en önemlisi randevu öncesindeki bir aylık ıslak gece sayısının teknik olarak kaydedilmesinin olanak dışı olmasıdır. Her ne kadar bu sayı ilk görüşmede ayrıntılı olarak ele alınsa ve farklı bilgiler ihmal edilebilecek oranlarda olsa da, karşılaştırılan iki değer değişik yollardan elde edilmesi nedeniyle bulguların dikkatle değerlendirilmesi gereklidir. Ancak "her gece altını ıslatan" çocuklarda böyle bir yanılma payı saptanmaması, ıslak gece sayısındaki azalmanın en yüksek oranda bu çocuklarda gözlenmesi (Şekil-1) ve sonuç olarak randevu alındıktan sonra ortalama ıslak gece sayısında istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş gözlenmesi yine de bu araştırmanın sonuçlarının dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Bu bulgunun nedenlerini daha ayrıntılı olarak ele almak için yapılacak çalışmalar, EN tedavisinde ailenin ve çocuğun düzelme motivasyonunu nasıl değerlendirebileceğimiz ve nasıl kullanabileceğimize ilişkin bilgiyi arttırabilir.

KAYNAKLAR

- Baysal B, Öktem F, Ünal F ve ark. (1995) Son on yılda çocuk psikiyatrisine yapılan başvuru tanı, dağılım ve tedavi yöntemlerindeki değişim 5. Çocuk ve Ergen psikiyatrisi kongresinde sunulan serbest bildiri.
- Devlin JB, O' Cathain C (1990) Predicting outcome in nocturnal enuresis. *Arch Dis Child* 65 : 1158-1161.
- Forsythe WI, Butler RJ (1989) Fifty years of enuretic alarms. *Arch Dis Child* 64 : 879-885.
- Hinman F (1994) Urinary tract damage in children who wet. *Pediatrics* 54 : 142-150.
- Mikkelsen EJ (1991) Modern approaches to enuresis and encopresis. *Child and Adolescent Psychiatry içinde, M Lewis (ed). Williams and Williams, Baltimore, s : 583-591.*
- Miller K, Klauber GT (1990) Desmopressin acetate in children with severe primary nocturnal enuresis. *Clin Therap* 12 : 357-366.
- Novello CA, Novello RJ (1987) Enuresis. *Pediatric Clin North America* 34 : 719-733.
- Schaffer D (1994) Enuresis. *Child and Adolescent Psychiatry içinde, M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed). Blackwell Science, London, s : 505-519.*
- Scharf MB, Pravda MF, Jennings SW ve ark. (1987) Childhood enuresis : a comprehensive treatment program. *Psychiatric Clin North America* 10 :655-666.
- Schmitt BD (1982) Nocturnal enuresis : an update on treatment. *Pediatric Clin North America* 29 : 21-33.
- Willie S, Anveden I (1995) Social and behavioral perspectives in enuretics, former enuretics and non-enuretic controls. *Acta Paediatr* 84 : 37-40.