

**T.C.**  
**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE AİLE  
TUTUMLARI İLE İŞEME BOZUKLUKLARI  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**NAZİFE OKUR**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR - 2019**

**TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2009970091**

**T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE AİLE  
TUTUMLARI İLE İŞEME BOZUKLUKLARI  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

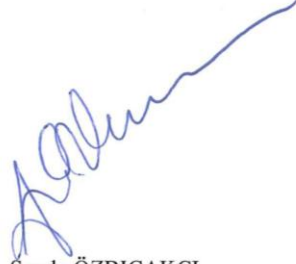
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Nazife OKUR**

Danışman: Doç. Dr. F. Şeyda ÖZBIÇAKÇI

**TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2009970091**

Dokuz-Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Nazife OKUR'un "İlköğretim Öğrencilerinde Aile Tutumları İle İşeme Bozuklukları İlişkisinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezini 03.09.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. F. Şeyda ÖZBIÇAKÇI

BAŞKAN

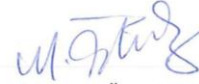
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Şafak DAGHAN

ÜYE

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Meryem Öztürk HANEY

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi

Doç. Dr. Gülendaml KARADAĞ

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Güleğül Mermer

YEDEK ÜYE

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR .....	vii
TEŞEKKÜR .....	viii
ÖZET .....	1
ABSTRACT .....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. İşeme Bozukluğu .....	9
2.1.1. İşeme Bozukluğu Semptomları .....	9
2.2. İşeme Bozukluğu Sınıflaması .....	12
2.2.1. Dolum Evresi Bozuklukları.....	12
2.2.2. Boşaltım Evresi Bozuklukları .....	12
2.2.3. Sınıflandırılmayan Durumlar.....	13
2.3. Enürezis .....	14
2.4. Anne Baba Tutumu .....	17
2.4.1. Anne Baba İlişkisi .....	18
2.4.2. Anne Baba Tutumları .....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20

3. 1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Çalışma Materyali.....	21
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.6. Veri Toplama Araçları .....	21
3.6.1.Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu .....	21
3.6.2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Belirleme (İBSS) Ölçeği (Ek 2).....	22
3.6.3. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARİ) (Ek 3).....	23
3.7. Araştırmanın Zaman Planı .....	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
3.10. Etik Kurul Onayı.....	25
4. BULGULAR .....	27
4.1. Öğrenci ve Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri.....	27
4.1.2. Öğrenci ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular .....	29
4.2. IBSS Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular .....	30
4.3. PARİ Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları.....	35
4.4. IBSS Ölçeği ile PARİ Alt Boyutlarının İlişkisi .....	36
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. Riski Olan Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	39
5.2. Öğrencilerin İşeme Bozukluğu Semptom Sıklığının İncelenmesi.....	40
5.3. Öğrencilerin İşeme Bozukluğu Semptom Skorundan Elde Edilen Bulguların İncelenmesi .....	42
5.4. Öğrencilerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi .....	42

6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	45
6.1. Sonuçlar .....	45
6.2. Öneriler .....	46
7. KAYNAKLAR.....	47
8. EKLER .....	53
8.1. İşeme Bozukluğu Olan Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerini Belirleme Anketi (Ek 1) .....	53
8.2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Belirleme (İBSS) Ölçeği (Ek 2) .....	55
8.3. Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) (Ek 3).....	57
8.4. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 4).....	61
8.5. İzmir İl Milli Eğitim İzni (Ek 5) .....	63
8.6. Araştırma Değerlendirme Formu (Ek 6).....	64
8.7. Etik Kurul Kararı (Ek 7) .....	65
8.8. Arbis Özgeçmiş Formu (Ek 8).....	66

## TABLULAR DİZİNİ

### Sayfa No

Tablo 3.3.1.Öğrencilerin Ankete Yanıt Veren Annelerinin Sınıflara Göre Dağılımı .....	21
Tablo 3.6.2.1. İBSS Belirme Ölçeğinden Elde Edilen Odds Oranları .....	22
Tablo 3.6.2.1. İBSS Belirme Ölçeğinden Elde Edilen Odds Oranları (devam) .....	23
Tablo 4.1.1. Öğrencilerin ve Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı(n =470)..	28
Tablo 4.1.1.Öğrencilerin ve Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n =470) (Devam).....	29
Tablo 4.1.2. Öğrencilerin ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=470) .....	29
Tablo 4.1.2. Öğrencilerin ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=470) (devam).....	30
Tablo 4.2.1.İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) Belirleme Ölçeğinden Elde Edilen BulgularınDağılımı (n=470).....	31
Tablo 4.2.1.İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) Belirleme Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Dağılımı (n=470) (Devam).....	32
Tablo 4.2.2. IBSS Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre Enürezis Dağılımı (n=470) .....	32
Tablo 4.2.3. IBSS Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre Öğrencilerinİşeme Bozukluğu Risk Durumlarına Göre Dağılımı (n=470).....	33
Tablo 4.2.3.1. İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin ve Ailelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=40).....	33
Tablo 4.2.3.1. İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin ve Ailelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=40) (Devam).....	34
Tablo 4.2.3.2. İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=40).....	35
Tablo 4.3.1. Ailelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin (PARİ) Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=470) .....	35
Tablo 4.4.1. Öğrencilerin İşeme Bozuklukları Semptom Skorundan Aldıkları Puan (İBSS) ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARİ) Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı (n:470) .....	36

Tablo 4.4.2. Diurnal ve Nokturnal Enürezisli Öğrencilerin Aldıkları Puanlar ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı (n:470) .....	37
Tablo 4.4.3.İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin PARI Alt Boyutları İle İlişkisinin Dağılımı (n=40).....	37
Tablo 4.4.4. Risksiz Olan Öğrencilerin PARI Alt Boyutları İle İlişkisinin Dağılımı (n=430)	38



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.7.1. Araştırma Zaman Planı.....	25
---	----



## KISALTMALAR

**TC**.....Türkiye Cumhuriyeti

**AEM**.....Aşırı Etkin Mesane

**DE**.....Diurnal Enurezis

**ESPU**.....Avrupa Çocuk Üroloji Topluluğu

**ICSS**.....Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği

**IBSS**.....İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Belirleme Ölçeği

**NE**.....Nokturnal Enurezis

**PARI**.....Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin her aşamasında bana yol gösteren, ümidimin kırıldığı anlarda bana cesaret veren, engin bilgi ve birikimini benden esirgemeyen, her zaman rahatlıkla ulaşabildiğim, sesini duyduğumda mutlu olduğum, bazen anne bazen arkadaş gibi hissettiğim, yıllarca yanımda duran, çok değerli danışman hocam

Doç. Dr. F. Şeyda ÖZBIÇAKÇI'ya

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gelecekte sağlıklı ve başarılı bir hayat sürmesini dilediğim, tez yazma süresince beni sabırsızlıkla bekleyen biricik oğlum Hilmi Mert'ime, her zaman yanımda olan desteğini esirgemeyen minnettar olduğum canım anneme ve sevgili eşime, arkadaşlarıma ve akrabalarıma desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

**NAZİFE OKUR**

# İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE AİLE TUTUMLARI İLE İŞEME BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

**Nazife OKUR,**

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

İnciraltı/İZMİR

nazifeokur35@gmail.com

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma ilköğretim 7-10 yaş grubu öğrencilerde işeme bozukluğu olan çocukları saptamak ve anne-baba tutumları ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın tipi tanımlayıcı, korelasyonel bir çalışmadır. Örneklemi 470 öğrencinin anneleri oluşturmaktadır. Çalışmamızda İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (IBSS) Ölçeği ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Değişkenler arası ilişkilerde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamızda öğrencilerin %8,5'inde işeme bozuklukları semptomlarının olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte öğrencilerin %11,4'ünde diüurnal enürezis, %14,9'unda nokturnal enürezis saptanmıştır. Annelerin gösterdikleri demokratik ve anne rolünü reddetme tutumu ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Hem riskli olan hem de risksiz olan öğrencilerin annelerin gösterdikleri sıkı disiplin tutumu ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Sıkı disiplin uygulamaları arttıkça işeme bozuklukları riski artmaktadır.

**Sonuç:** Okul sağlığı hemşireleri; öğretmenler ve öğrencilerin aileleri ile işbirliği içinde olarak bu konuda farkındalık eğitimleri planlamalı ve girişimlerde bulunmaları önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** İşeme Bozuklukları, Anne Baba Tutumu, İlköğretim Öğrencileri, Okul Hemşiresi

**INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY ATTITUDES  
AND VOIDING DYSFUNCTIONS IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS**

**Nazife OKUR,**

**Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences Department of Nursing**

**İnciraltı / İZMİR**

**nazifeokur35@gmail.com**

**ABSTRACT**

**Aim:** This study was planned to determine the children with voiding dysfunctions in primary school students aged 7-10 and to investigate the relationship between parental attitudes.

**Method:** The type of the study is a descriptive, correlational study. The sample consisted of 470 students's mothers. In our study, Voiding Dysfunctions Symptom Score (IBSS) and Parent Attitude Research Instrument(PARI) were used. The data obtained from the research are presented with number percent, average and standard deviation values. Pearson correlation analysis was used for the relationships between variables.

**Results:** In our study, 8,5% of the children had symptoms of voiding disorders. However, 11,4% of students had diurnal enuresis and 14,9% had nocturnal enuresis. A negative correlation was found between the mothers' democratic and rejection of the role of the mother and their scores on IBSS ( $p<0.05$ ). It was found that there was a positive relationship between mothers' strict discipline attitude and IBSS scores of students with and without voiding problems ( $p<0.05$ ).As strict discipline practices increase, the risk of voiding disorders increase.

**Conclusion:** It is recommended that School Health Nurses, teachers and students' parents should plan awareness trainings and take initiatives in cooperation with their families.

**Key words:** Voiding dysfunctions, Parental Attitudes, Primary School Students, School Nurse

## **1. GİRİŞ VE AMAC**

### **1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

Uluslararası Çocuk Kontinans Topluluğu (ICCS) tarafından işeme bozukluğu teriminin organik nedenler dışlandıktan sonra çocuklardaki işlevsel idrar kaçırma problemlerini bir araya toplamak için kullanılması önerilmektedir. Bu durum sıkışma, damlatma, kaçırma, zayıf ve kararsız akım, idrar yolu enfeksiyonu gibi bulgularla ortaya çıkar (Neveus ve ark, 2006).

Enürezis; mesane kontrolünün sağlanabildiği gelişimsel bir yaştan sonra istemli ya da istemsiz olarak tekrarlayan idrar boşaltımının kıyafetlere ya da yatağa yapılması şeklinde tanımlanır (Boris, Dalton, 2004; DSM IV-TR,1998; ICCS, 2009). Enürezis tanısını kesinleştirmek için idrar yapma ard arda en az 3 ay süre ile haftada en az iki kez ortaya çıkmalı veya gerek klinik açıdan, gerekse toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer alanlarda belirgin bozulmalara ve sıkıntılara yol açmaktadır (DSM IV-TR,1998).

Enurezise eşlik eden özellikler ve bozukluklar çocuğun toplumsal etkinliklerindeki sınırlı işlevine bağlıdır. Ayrıca çocuğun özgüveni, arkadaşları tarafından toplumdan dışlanması, ailede bakım verenin öfkesi, cezalandırması ve reddi de bozulmanın şiddetini belirler (DSM-IV-TR, Glazener, 2004). Enüretik çocukların sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak daha düşük benlik saygısına sahip olduğu bulunmuştur (Schulpen,1997).

Nöktürnal enürezis (NE); çocuğun uyku sırasında çişini yapmasıdır ve çocuklarda çok sık görülür (DSM IV-TR,1998; ICCS, 2009).Her ne kadar iyileşme oranı yüksek olsa da emosyonel, sosyal ve psikolojik maliyeti yüksektir (Glazener, 2004).

Diürnal enürezis (DE); çocuğun uyanık olduğu saatlerde idrarını tutamamasına denir.Çocuk idrarını okulda öğleden sonra ilk saatlere kadar tutar. Toplu kullanılan tuvaletleri kullanamama ya da okul uğraşlarının ve oyuna kaptırmanın bir sonucu olabilir (DSM IV-TR,1998; ICCS, 2009).

Zamanından önce ya da baskılı tuvalet eğitimi verilmesi enürezis oluşumunda sık görülen bir olaydır. Aşırı temiz, titiz, düzenli annenin baskılı tuvalet eğitimine karşı enürezis, pasif agresif bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Annenin aşırı koruyuculuğu, çocuğunu kendisine

bağımlı tutmak istemesi çocukta bebek davranışları sergilemesine yol açar. Ailede ölüm, ayrılık, geçimsizlik, okul başarısızlığı gibi yaşam olayları sonucu ortaya çıkan duygu durum değişiklikleri çocukların davranışına enurezis şeklinde yansiyabilir (Olcaý, Ertuđrul, 1993).

Ülkemizde Hızel'in (1999) işeme bozuklukları prevalansına ilişkin İstanbul'da üç farklı ilköğretim okulunda enürezis ve enkoprezis sıklığını PARİ ölçeğini kullanarak aralarındaki ilişkiyi incelediği çalışma da çocukların %9,6'sında enürezis saptanmıştır. Enürezisli çocukların %66,7'si 7-9 yaşlarında olduğu, %61,1'inin erkek olduğu, aile tutum ölçeğinin puan ortalaması açısından enurezisli çocukların annelerinde aşırı koruyuculuk, sıkı disiplin boyutlarının yüksek çıktığı saptanmıştır (Hızel, 1999).

Kefi ve ark. (2006) Narlıdere'de iki farklı ilkokul örnekleminde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %31'inin altını ıslatma sorunu olduğu belirtilmiştir.

Erdoğan ve ark.'nın (2007) İstanbul'da 5-7 yaş grubu çocuklarda yaptıkları çalışmada çocukların %15'inde enürezis saptanmıştır. Enürezis erkeklerde, düşük sosyoekonomik durumdaki ailelerde, işsiz ve düşük eğitim seviyeli ailelerin çocuklarında daha çok görülmüştür.

Adana ili Karataş ilçesinde bulunan bir yatılı bölge okulunda yapılan çalışmada NE prevalansı %15,4 olarak bulunmuştur. Bu oranın diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasındaki en büyük neden bu okulda öğrenim alan çocukların ailelerinin mevsimlik tarım işçisi olarak çalışan ve sosyo ekonomik durumu zayıf ailelerin çocukları olmasıdır (Akbaba, Kis, Sütölk, Demirhindi ve ark, 2008).

Literatürde farklı ülkelerin enürezis prevalans çalışmaları incelendiğinde Hindistan'ın Mumbai kentinde bir hemşire araştırmacısının yürüttüğü çalışmada 7-10 yaşlarındaki (1473) çocuklarda enürezis prevalansı %7,61 olup erkeklerde kızlara nazaran daha yüksek oranda bulunmuştur. Her gece yatağını ıslatanların oranı %36,61, haftada üç-beş kere ıslatanların oranı %20,51, kardeşlerinde görölme oranı %28,57, ailelerinde ve akrabalarındaki oran %19,64, altı aydan fazla kuru kalanların oranı ise %8,04 olduğu belirtilmiştir. %70,54 enürezisli çocuğun düşük okul başarısına sahip olduğu, %43,7'sinin düşük gelirli ailesinin

olduğu, %52,68'nin annesinin, %45,53'ünün de babasının eğitim seviyesinin düşük olduğu saptanmıştır (De Sousa ve ark., 2007 ).

Tayvan'da 6-11 yaş okul çocuğunun incelendiği çalışmada çocukların %9 NE'li olduğu saptanmıştır. Erkeklerde NE görölme oranı %10 iken kızlarda %5,7'dir. Babası NE olanların sayısı %38,8 iken annesi NE olanların sayısı %20,6, anne ve babası ayrılan çocuklarda ise NE görölme oranı %21, çocuğun uykusunun derin olması durumunda NE görölme oranı %15, gelir durumunun düşük olduğu ailelerde bu oran %11,2, orta gelirli ailelerde %8,1, yüksek gelirli ailelerde %6,9 dur (Chang, Chen, TSAI ve ark., 2001).

Kore'de 7-12 yaş grubu arasında yapılan prevalans sonuçları noktural enürezis için %9,2 iken diurnal enürezis için oran %2,2, her iki durumunda beraber olduğu oran (Miks enuresis) %1,4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada erkek ve kızlarda enürezis görölme sıklığı açısından bir fark bulunmamıştır. Noktural enürezis en çok 7 yaşında (%13,7) en az ise 12 yaşında (%3,9) görüldüğu saptanmıştır. Enüretik çocukların %55,6'sı, ailelerinin ise %57'sinin enürezisten dolayı streslidir (Lee, Sohn, Park, Chung ve ark., 2000).

Avustralya'da DE görölme oranı %5,5 iken NE oranı %18,9 olarak bulunmuştur. Hem NE hemde DE görölme oranı %4'tür. Erkeklerde NE görölme sıklığı %11,3, kızlarda %7,6 dır. DE açısından ise kızlarda görölme sıklığı %2,8, erkeklerde %2,7'dir. Her gece altını ıslatanların oranı %2,4, haftada iki ve daha fazla yapanların oranı %2,7, kardeşlerinde NE görölme oranı % 6,3, annelerinde %7,7, babalarında %7,5 olarak saptanmıştır (Bower, Moore, Shepherd ve ark., 1996).

Ailelerin çoğunluğu özellikle duygusal ve sosyal olarak çocukları üzerindeki enürezisin etkisiyle ilgilidirler. Altını ıslatmayı kontrol dışı olarak derin uyku durumunun neden olduğuna inandıkları faktörlere bağlarlar. Ailelerin ilgileri daha kişisel hale gelir (ekstra yıkama, odayı kokudan arındırma ve finansal maddi sorumluluk) ve alt ıslatmanın nedenlerini can sıkıcı duygularla ve baş etme stratejileriyle ilgili kontrol edilebilir faktörlere (özellikle çocuğun davranışları) bağlamaya çalışırlar. Ailevi tahammülsüzlük okulu bırakmaya ya da tedavi ve müdahalelerin etkili olmamasına neden olur (Butler, 2004).

Anne - baba – çocuk ilişkisinin sağlıklı olduğu ailelerde çocuk ailenin ilgisini çekmek için veya onları kendince cezalandırmak için de enüretik olabilir (Haktanır, 1993). Bu bağlamda ailelerin işeme bozukluklarına yaklaşımları ve bu konuda çocuklarına gösterdikleri tutumları bilmemiz gerekmektedir.

Ülkemizde aile tutumlarının değerlendirilmesine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde geçerlilik ve güvenilirliği Le Compte, Özer (1978) tarafından yapılan Schaefer ve Bell'in (1958) geliştirdiği Parenteral Attitude Research Instrument (PARİ) ölçeğinin kullanıldığı farklı yaş gruplarına ait (okul öncesi, ilkokul) birçok çalışma vardır. Okul öncesi çocuklarda; Öztürk ve Şanlı (2007) PARİ ölçeğini kullanarak anne tutumlarını değerlendirdiği çalışmada; annenin eğitim durumunun yükselmesi ile birlikte çocuk yetiştirme tutumlarına daha az önem verdikleri, annelerin yaşlarının küçüldükçe aşırı koruyucu ve sıkı disipline yöneldiği, çalışan annelerin aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutumlarının azaldığı, bu konuda eğitim alan annelerin demokratik tutumlarının arttığı, babaların eğitim durumları yükseldikçe demokratik tutumun arttığı diğer tutumların azaldığı saptanmıştır.

Haktanır ve ark.'nın (1999) sosyo-demografik özelliklerle anne baba tutumlarını inceledikleri çalışmada; sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde cezalandırma, kısıtlama, istismar ve ihmale kadar uzanan olumsuz tutumlar tespit edilmiştir. Ekonomik durumları yükseldikçe olumsuz davranışların azaldığı ve demokratik tutumların öne çıktığı, ailelerin eğitim düzeyleri arttıkça demokratik tutum ve sevgisinde artma olurken cezalandırma, baskı, reddetme, ilgisizlik, şiddet ve karı-koca geçimsizliğinde azalma olduğu saptanmıştır.

Hong Kong'da yapılan bir başka aile tutum araştırmasında 7-15 yaşları arasında hastane ve öğrenci sağlık merkezlerinden deney (NE'li çocuklar) ve kontrol grubu olmak üzere çocuklarla yapılan çalışmada; ailelerine çocuk davranış indeksi ve aile stres indeksi verilmiştir. Bunun sonucu olarak deney grubundaki ailelerin çocuk davranış indeksinin problem ve beceri skalasında daha kötü puanlar aldıkları ve kontrol grubuna kıyasla daha fazla dikkat sorunu ve saldırgan davranışlar ve daha az sosyal beceri, okul başarısı gösterdikleri saptanmıştır. Aileleri ise yüksek oranda yetiştirme stresi yaşamakta oldukları belirtilmiştir (Chang, 2002).

Yeni Zellanda’da bir hemşire araştırmacısının yürüttüğü girişimsel çalışmada nokturnal enüretik çocukları koşullandırarak eğitmek, mesanenin tam dolu olduğunun farkına vardırıp tuvalete gitmesini sağlamak, bu konuda danışmanlık yaparak ve ilerleyen haftalarda alarm tedavisi ile de destekleyerek, tedavi programını tamamlayan çocukların durum notlarını yüz yüze görüşerek kaydetmişlerdir. Bu görüşmeler sırasında çocuklarda gözlemlenen düşük benlik saygısı, içe kapanıklık, utanma, huzursuzluk, iletişim eksikliği gibi durumlar tedavi sonlarına doğru artış gösterdiği saptanmıştır (Heap, 2004).

Bu konu okul sağlığı hemşirelik hizmetlerinin içeriğinde yer almalı ve uygun tanılama, amaca yönelik girişimleri ve değerlendirmeyi kapsamalıdır. Ailelere ve öğretmenlere destek olabilecekleri farkındalık oluşturmayı sağlayacaktır. Bu çalışma, bu boyutu ile okul hemşireliği hizmetlerinin geliştirmesine katkı sağlayacaktır.

Okul çağı çocuklarının işeme bozuklukları ilgili yaşadıkları sorunların içeriği bilirse çözümü için uygun çözüm yolları bulunabilir ve geliştirilebilir. Çocukların, ailelerin ve eğitimcilerin işeme bozuklukları konusunda farkındalıkları artırılabilir. Ailelerinin bu konudaki tutumlarını değiştirmeleri konusunda yol gösterici çalışmalar başlatılabilir.

Bu araştırma okul hemşireliğinde önemli olan epidemiyolojik çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülerek, ilkokul öğrencilerinde aile tutumları ile işeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu konuda okul sağlığı hemşireleri yürütecekleri çalışmalarla konuya ışık tutacaklardır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma; ilköğretim 7-10 yaş grubu öğrencilerde işeme bozukluğu olan çocukları saptamak ve aile tutumları ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

### 1.3. Araştırma Soruları

1. Öğrencilerin işeme bozukluğu semptomsıklığı puanları nedir?
2. Öğrencilerin aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçęi puanları nedir?
3. Öğrencilerin işeme bozukluğu semptom skoru ile aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçęi arasında bir ilişki var mıdır?



## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İşeme Bozukluğu**

Uluslararası Çocuk Kontinans Topluluğu (ICCS) tarafından işeme bozukluğu teriminin organik nedenler dışlandıktan sonra çocuklardaki işlevsel idrar kaçırma problemleridir.

#### ***2.1.1. İşeme Bozukluğu Semptomları***

İşeme bozukluğu içerisinde sıkışma hissi, damlatma, kaçırma, zayıf ve kararsız akım, idrar yolu enfeksiyonlarından biri/birileri ile ortaya çıkar. Bu durumlar depolama ve işeme fazı semptomları olmak üzere ikiye ayrılmıştır (Neveus ve ark, 2006).

##### ***2.1.1.1. Depolama Fazı Semptomları***

Azalmış veya Artmış İşeme Sıklığı: Günlük işeme sayısı 5-7 arasındadır. Çocuğun tekrarlayan, günde sekiz ve üstü sayıda işemesi artmış işeme sıklığı, dört veya daha az sayıda işemesi azalmış işeme sıklığı olarak tanımlanır (Jansson ve ark, 2000).

İdrar kaçırma (İnkontinans): İdrar tutma yetisinin kaybolmasıdır. Devamlı veya aralıklı olabilir (Akbal ve ark., 2005; Alpay, Bıyıklı, 2003). İnkontinans nedenleri 3 başlık altında toplanabilir:

- a. Nöropatik detrüör-sfinkter işlev bozukluğu,
- b. Nöropatik olmayan detrüör-sfinkter işlev bozukluğu
- c. Yapısal inkontinans (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

##### **a. Nöropatik Detrüör-Sfinkter İşlev Bozukluğu**

Santral sinir sisteminin doğumsal ve edinsel malformasyonları, doğumsal düz kas bozuklukları, doğumsal çizgili kas bozukluklarını içerir (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

## b.Nöropatik Olmayan Detrüsör-Sfinkter İşlev Bozukluğu

Fonksiyonel inkontinans olarak da bilinen aşırı etkin detrüsör aktivitesi yanında mesanenin depolama yeteneğindeki ve/veya sfinkterin işleyiş yetersizliğinden meydana gelir (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

## c. Yapısal İnkontinans

Konjenital yapısal veya anatomik bozukluklar kendilerini çok nadiren sadece inkontinansla belli ederler (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Urge sendromu(Urgency, Aciliyet): Sık gelen ve zorunlu işeme hissi veren ataklarla idrar kaçırmadır (Alpay, Bıyıklı, 2003). Sıkışma inkontinansının belirtileri her çocukta aynı değildir. Bunlar ayak ucunda yükselmek, bacakları çaprazlama, televizyon seyrederken yerde poposunu oynatma, yumruklarını sıkma veya çocuğun idrar kaçıracığını anlamasıyla hemen tuvalete koşturması olabilir. Tipik olarak kız çocuklarında görülen sıkışma inkontinansında çocuk çok sık aralıklarla işeme ihtiyacı duyar ve bu ihtiyacını baskılamak amacıyla bacaklarını çapraz yapar, çömelir, topuğuyla sfinktere baskı yapar. Erkek çocukları da pipilerini tutarlar. Çocukların çoğu bu tür hareketlerle idrarını kontrol edebilmeyi başarır. Yani her zaman idrar kaçıırılması şart değildir. Kaçıırıldığı zamanlarda da idrarın miktarı çok azdır sadece külotu kısmen ıslatacak kadar. Bir süre sonra detrüsör kontraksiyonlarının şiddeti azalır ve çocuk o sırada ne yapmakta ise ona devam eder. Durumu fark eden annenin çişinin gelip gelmediği sorusunun yanıtı olumsuz olur (Bower ve ark, 2005, Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Gece İdrar Yapma (Noktüri):Çocuğun işeme hissi ile uyanmasına denir (Bower ve ark, 2005). Nokturnal enurezis ve noktüri aynı patofizyolojik olayların farklı sonuçlarıdır. İkisinde de çocuk uyurken mesane kapasitesinin sınırlarına kadar dolmakta ve doğal olarak boşaltılması gerekmektedir. Çocuk çişinin gelmesiyle uyanarak tuvalete gidiyorsa buna noktüri denir. Çocuk sosyal açıdan yapması gerekeni yapmaktadır ve dolayısı ile kimse bundan rahatsızlık duymamaktadır. Çocuk uyanmayıp yatağına çişini yapıyorsa bu nokturnal enürezistir (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

### 2.1.1.2. İşeme Fazı Semptomları

Kesik kesik işeme: İdrarın sürekli değil aralıklı yapılmasıdır. İşemedetrüsör kontraksiyonuna rağmen düzenli bir idrar akımı olmaz, çocuk idrarını peşpeşe küçük hacimler halinde fişkırtarak yapar. Bunun nedeni işeme sırasında pelvik taban kas aktivitesinin ani ve periodik iniş çıkışlar göstermesidir. Bu işeme paterni nedeni ile çocuğun işeme süresi normalden uzun sürer, mesane genellikle tümüyle boşaltılamaz ve rezidü idrar tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına yol açar (Bower ve ark, 2005, Avanoğlu, Başaklar, 2006, Neveus ve ark, 2006).

İkınma: Çocuğun karın içi basıncını arttırması şeklinde ifade edilir (Neveus ve ark, 2006).

Zayıf akım: İdrarın zayıf bir akımla yapılmasıdır (Neveus ve ark, 2006).

Hesitensi: Çocuklarda idrarını yapmada zorluk veya işeme yapmadan önce beklemedir (Bower ve ark, 2005).

### 2.1.1.3. Diğer Semptomlar

Tam olarak boşalmama hissi / inkomplet boşalma hissi: İdrarın yetersiz boşaltılması durumudur. Çocuklar hem normalden daha seyrek idrara çıkarlar hemde detrüsör inaktivitesi nedeniyle mesanelerini tam olarak boşaltamazlar. Zayıf detrüsör aktivitesine katkıda bulunmak amacıyla çocuk ıkınarak çiş yapar ama yine de mesanesini tümüyle boşaltmadığından rezidü idrar kalır. Mesane kapasiteleri yaşlarına göre yüksektir (Bower ve ark, 2005, Avanoğlu, Başaklar, 2006, Neveus ve ark, 2006).

İşeme sonrası damlama: İşeme bittikten sonra idrarın istemsiz bir şekilde damlamasıdır (Bower ve ark, 2005, Neveus ve ark, 2006).

Alt üriner sistem ağrısı: Çocuklar bu ağrıların tam olarak nerede olduklarını (lokalizasyon) ifade edemedikleri için hasta tarafından tanımlaması zordur (Bower ve ark, 2005, Neveus ve ark, 2006).

## **2.2. İşeme Bozukluğu Sınıflaması**

Avrupa Çocuk Ürolojisi Topluluğu (ESPU) kılavuzuna göre işeme bozukluğu; dolun ve boşaltım evresi bozuklukları şeklinde ikiye ayrılır (Tekgöl ve ark, 2011).

### **2.2.1. Dolun Evresi Bozuklukları**

Aşırı Etkin Mesane (AEM):Çocuklarda sık ve ani idrar yapma hissinin varlığı, pelvik taban kaslarının kasılması ve tutma manevraları ile fark edilir. Aşırı etkin mesanede görülen semptomlar mesane dolun fazında ani detrüör kasılması, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve vezikoüretal reflü ile birlikte görülür. (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Az etkin mesane sendromu (Tembel mesane):İşeme işlev bozukluğunun uzun sürmesiyle sistemin artık dekompanse olduğu son durumu tanımlar.Çocuk detrüör aktivitesine katkıda bulunmak amacıyla ıkınarak çiş yapar (Valsalva manevrası) ama yine de mesanesini tümüyle boşaltamadığından mesane içinde sürekli biçimde rezidü idrar kalır. Çocuk sıkıştığını da hissetmez ve idrara çıkma aralıkları 8-10 saati bulabilir, hatta çişini gün boyu tutabilir. Mesane kapasitesi çocuğun yaşına göre büyüktür, dolma fazında hiç kontraksiyon yoktur. Zamanla taşma inkontinansı da gelişebilir. Az etkin mesaneli çocuklar valsalva manevrasından yararlanmalarına rağmen mesanelerini tam boşaltamadıklarından idrar yolu riski altındadırlar (Neveus ve ark, 2005, Avanoğlu, Başaklar, 2006).

### **2.2.2. Boşaltım Evresi Bozuklukları**

Disfonksiyonel İşeme: Mesanenin boşalma fazı ile (işeme sırasındaki) ilgili bir mesane-sfinkter işlev bozukluğudur. Pelvik taban kaslarının işeme sırasında tam olarak gevşememesi veya aşırı aktivite göstermesiyle karakterizedir. En önemli belirtileri kaçırmamak için gösterilen çabalara rağmen külotun ıslanması, çocuğun aniden çişinin gelmesi, ıkınarak çiş yapılması, kesik kesik idrar yapması ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarıdır (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

### 2.2.3. Sınıflandırılmayan Durumlar

Giggle inkontinansı (Kıkırdama sırasında idrar kaçırılması):Uyanıkken ve sadece gülme sırasında idrar kaçırılması veya enüresis risoria olarak bilinir “ altıma işeyene kadar güldüm”. Bu durum gece ve gündüz idrar kontrolünde hiçbir sorunu olmayan erişkin ve çocuklarda görülür. Çocuk kahkahayla gülerken mesanesi aniden istemsiz olarak ve tümüyle boşalır. Bu durum sıkışma inkontinansına sahip bir çocuğun aşırı etkin mesanenin bir sonucu olarak gülerken bir miktar idrar kaçırılmasıdır. Stres inkontinansı ile kıkırdama sırasında idrar kaçırılması arasındaki en önemli fark kıkırdama sırasında mesanenin tümüne yakınının boşaltılmasına karşılık ilk iki durumda kaçırılan idrar miktarının oldukça az olmasıdır (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Stres İnkontinansı:Farklı sebeplerle artmış karın içi basıncı ile az miktarda idrar kaçırır. İşemeyi geciktiren, tuvalete zamanında gitmeyen ve AEM’li çocuklardaki inkontinans ile karıştırılmamalıdır (Neveus ve ark, 2006, Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Vezikoüreteral reflü: Nöropatik olmayan mesane sfinkter işlev bozukluğuna sıklıkla eşlik eden klinik durumlardır.Vezikoüreteral reflü ve tekrarlayan üriner enfeksiyonlar özellikle okul çağındaki çocukların ve daha çokta kız çocuklarında idrar kaçırmanın nedeni olabilmektedir. Reflünün nedeni artan mesane içi basıncının, üreter basıncını yenerek idrarın gerisin geriye yukarıya kaçmasına neden olmasıdır. Sistite bağlı sık idrara çıkma ve sürekli idrarı varmış duygusu çocuğun idrarını kontrol edememesine yol açabilmektedir (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Vaginal Reflü İnkontinansı: Kız çocuklarında ergenlik dönemine girmeden önce normal işemeden sonra orta miktarda idrar kaçırmanın görülmesi durumudur. Alt üriner sistem semptomları ile bir ilişkisi yoktur (Schulman, 2004, Neveus ve ark, 2006).

Hinman - Allen Sendromu:Nöropatik olmayan nörojenik mesane, subklinik nöropatik mesanedir. Bir nörojenik veya anatomik neden yoktur.Aşırı etkin mesanenin çok ileri bir formu olduğu söylenir. Hinman ve Allen’e göre sendrom idrarın istemli olarak eksternal sfinkterin kontraksiyonuyla kontrol edildiği bu geçici dönemin kalıcı hale gelmesi sonucu ortaya çıkmaktadır.Genellikle alkolizm, dayak, cinsel taciz, boşanma gibi aile içi sorunlar

nedenleri sonucunda görülebilir. Çocuğun bu işeme paterni anne baba tarafından kasıtlı veya isyankar bir davranış olarak nitelendirildiğinden cezalandırılmış olduğu öğrenilebilir. Cezalandırılma korkusu çocuğun eksternal sfinkterini kullanarak idrarını daha fazla tutmaya çalışmasına neden olur (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

**Ochoa Sendromu:** Hinman sendromunun otozomal resesif geçişli genetik bir formudur. Bu sendroma sahip çocuklarda işeme işlev bozukluğu, inkontinans, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, kabızlık, vezikoureteral reflü, üst sistem harabiyeti gibi bütün karakteristikleri yanında gülümseme sırasında belirginleşen acı çeken veya ağlamaklı tuhaf bir yüz ifadeleri vardır. İşeme bozukluğu ile böyle bir yüz ifadesinin olmasının nedeni yüz kaslarını kontrol eden nöral ganglionların pontin işeme merkezine çok yakın bir konumda yerleşmiş olmasındandır. Sendromla ilgili gen 10. kromozom üzerindedir ve otozomal resesif olarak aktarılır (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

### **2.3. Enürezis**

Mesane kontrolünün sağlanabildiği gelişimsel bir yaştan sonra istemli ya da istemsiz olarak tekrarlayan idrar boşaltımının kıyafetlere ya da yatağa yapılması şeklinde tanımlanır (Boris, Dalton, 2004; DSM IV-TR,1998; ICCS, 2009).

Enürezis tanısını kesinleştirmek için haftada en az 2 kere en az da 3 ay sürmesi koşulu ile belirir. (DSM IV-TR,1998). Birey kontrolün beklendiği yaşa erişmiş olmalıdır (yani çocuğun takvim yaşı en az 5 olmalı ya da gelişimsel gecikmeleri olan çocuklarda mental yaşı en az 5 olmalıdır) (DSM IV-TR,1998).

Nörojenik mesane varlığında ya da poliüri ya da acilen tuvalete gitmeyi gerektiren genel tıbbi durumların varlığında ya da akut idrar yolu enfeksiyonlarında enürezis tanısı konmaz. Tıbbi durumun gelişmesinden önce bozukluk varsa ve tıbbi durumun tedavi edildikten sonra da sürüyorsa enürezis tanısı konabilir (DSM IV-TR,1998).

Enürezis için tanı kriterleri:

- Yatağa ya da kıyafetlere tekrarlayan bir şekilde idrar kaçırma (istemsiz ya da amaçlı olarak).
- Ard arda en az 3 ay, haftada iki kere olmakla seyreden, toplumda, okulda sıkıntıya yol açan bu davranış tıbbi açıdan önem taşır.
- Çocuğun en az 5 yaşında olmasıdır (DSM IV-TR,1998).

Noktürnal enürezis (NE); çocuğun uyku sırasında çişini yapmasıdır. Çok sık görülür. İdrar kaçırma tipik olarak uykunun ilk 1/3'lük bölümünde nadiren uykunun hızlı göz hareketleri (REM) döneminde olabilir ve çocuk idrar yapma eylemini içeren rüyasını hatırlayabilir (DSM IV-TR,1998; ICCS, 2009). Gündüze göre gece idrar volümünde artma, dolu mesaneye rağmen uyanamama, psikolojik faktörler, genetik ve ailesel faktörler, matürasyon gecikmesi, nokturnal poliüri, idrar yolu enfeksiyonları, mesane disfonksiyonu düşündürülen gündüz semptomlarının varlığı NE'nin geniş spektrumunun sonucudur (Avanoğlu, Başaklar, 2006; Kefi, Tekgül, 2006). Etiyolojisinde genetik, psikolojik, gelişimsel, uyku bozuklukları gibi faktörler yer alan NE'de pozitif aile öyküsü olanlar, derin uykulu çocuklar, mesane problemleri, travma, boşanma, ikinci bir çocuğun olması gibi durumlar etkilidir. Derin uykuda mesanenin sfinkter kasları gevşemekte veya içten gelen işeme uyarılması, çocuğu uyandırmada yetersiz kalmaktadır (Yörükoğlu, 2008).

Diürnal enürezis (DE); kişinin uyanık olduğu saatlerde idrarını tutamamasına denir. Kızlarda erkeklere göre daha sık rastlanır. 9 yaşından sonra azalır. Çocuk idrarını okulda öğleden sonra ilk saatlere kadar tutar. Toplu kullanılan tuvaletleri kullanamama ya da okul uğraşlarının ve oyuna kaptırmanın bir sonucu olabilir (DSM IV-TR,1998; ICCS, 2009).

Noktürnal ve diürnal enürezis; her iki durumun (Miks-Kombine enürezis-Enürezis Continua) birlikte görülmesidir (DSM IV-TR, 1998).

Primer enürezis;hayatı boyunca (doğumdan itibaren) hiç kuru kalamamış, sekonder enürezis ise en az 6 ay boyunca kuru kalmış enüretikleri tanımlar. Sekonder enürezis, çocuğun bebeklik dönemine geri dönmesi, gerilemesidir (Olçay, Ertuğrul, 1993).

Sadece geceleri altını ıslatanlar monosemptomatik NE (MNE); gece altını ıslatmanın yanı sıra gündüz de sıkışma, sık idrar yapma ve kaçırma gibi aşırı aktif mesane semptomları olanlar ise polisemptomatik NE olarak tanımlanır (Kefi, Tekgöl, 2006).

Enürezis, çoğunlukla tik, kekemelik, tırnak yeme gibi davranışlarıyla birlikte görülür. Özellikle sekonder enürezis psikolojik bozukluğu düşündürür (Olcaý, Ertuğrul, 1993).

Enürezise bağlı olarak gelişen toplumsal bozukluğun oranı, çocuğun toplumsal etkinliklerindeki sınırlı işlevine bağlıdır. Ayrıca çocuğun özgüveni, arkadaşları tarafından toplumdaki dışlanması, bakımverenin öfkesi cezalandırması ve reddi de bozulmanın şiddetini belirler (DSM IV-TR,1998). Enüretik çocukların çoğunda eşlik eden başka bir mental bozukluk olmamasına karşın diğer mental ve gelişimsel bozukluklar genel toplumdakinden daha fazladır. Enkoprezis, uyurgezerlik bozukluğu ve uykuda korku bozukluğu olabilir. Enürezisi olan çocuklarda özellikle diürnal tipte, idrar yolu enfeksiyonları diğerlerine göre daha siktir (DSM IV-TR,1998). Gecikmiş ve gevşek tuvalet eğitimi, psikososyal stresler (okula başlama, ortam değiştirme, anne babanın ayrılması) idrarı yoğunlaştırma yeteneğindeki bozukluk, düşük mesane volüm eşiğini de içeren birçok etken düşünölmüştür (DSM IV-TR,1998; Edelman, Madle, 1998). Şehir yaşamının sonucu olarak ortaya çıkan stres faktörleri, boşanmış ya da tek aileli, ailelerinden uzakta olan çocuklarda daha sıklıkla enürezis görölmektedir (Gümüş, Vurgun, Lekili ve ark., 1999).

İşemeişlev bozukluğunun tedavisinde ilk prensip çocuğun çişini yaparken kendini rahat hissetmesi ve bu işe daha fazla zaman ayırması gerektiği konusunda cesaretlendirmesi ve psikolojik destek verilmesidir. İkincisi rezidü idrar miktarını azaltmak için sık ve programlı şekilde tuvalete gitmesini sağlamaktır. Bu çocukların aynı zamanda kabızlıkları da olduğunda diyet ve laksatiflerle dışkılamanın düzenlenmesi işeme biçiminde de düzelme sağlayacaktır (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Kız çocuklarında yaşı uygunsa adet düzeni de sorgulanmalıdır. Önemli konulardan birisi de cinsel istismarlardır. Bu gibi durumlarda çocuğun ilk tepkilerinden birisi sıklıkla idrar kaçırma şeklindedir (Avanoğlu, Başaklar, 2006).

Enürezis tedavisi, aileye danışmanlık, davranış tedavisi ve psikoterapi şeklinde planlanır.

Aileye danışmanlık, davranış tedavisi; gece çocuğun uyandırılarak kaldırılması, akşamları sıvı alımının kısıtlanması gibi önlemlerde bazı çocuklarda sonuç verdiği saptanmıştır (Olçay, Ertuğrul, 1993). Kuru yatak eğitimi ana baba ve çocuk ile birlikte olur. Çocuğun akşam yemeğinden sonra fazlaca sıvı almasına kısıtlanır; çocuk yatmadan önce tuvaletini yapar; daha sonra ana ve baba nöbetleşerek dört ay gibi uzun bir süre çocuğu gece boyunca tuvalete kaldırır (Avanoğlu, Başaklar, 2006). Ailelersıvı almasında azalmaya, idrarını yapması için gece uyandırma, telkin, ödül verme, bitkisel tedavi yolları, akupunktur, hipnoz, bilim dışı muska, kurşun döktürme, hocaya okutma ve enüretik alarm gibi tedavi yollarına başvurmaktadırlar.

Çocuğun işeme problemine karşı ailenin duygu, düşünce ve davranışları incelenir. Aileler çocuklarına kızar, ceza verir, kardeşleriyle karşılaştırır ve çocuklarından utanabilirler. Kimi ailede çocuğuna bez bağlayarak çocuğun bu durumunu normalleştirir bezini değiştirirken sevecen davranış göstermesi de bu konuda faydalı bir hareket değildir. Çocuk yetiştirmeye ilişkin genel kurallar aileye anlatılmalıdır. Tedavi genellikle çok uzun süreceğinden (altı ay – birkaç yıl) bu konu çok önemlidir (Avanoğlu, Başaklar, 2006, Olçay, Ertuğrul, 1993).

#### **2.4. Anne Baba Tutumu**

Tutum; bir sorunu ele alış biçimi, bir kimsenin bir sorun karşısında aldığı durum, tutulan yol, davranıştır. Bir tutum bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç farklı gruptan oluşur (Özalp, 2004). Anne baba tutumu; anne baba ve çocuk arasındaki etkileşimin türüdür. Ailelerin ve ailedeki diğer bireylerinin çocukla olan iletişimi, çocuğun ileride nasıl bir birey olacağı konusunda öncülük eder (Yavuzer, 2005).

Anne ve babanın, çocuklarına gösterdikleri tutumların sağlıklı olması, büyük oranda onların kendi içlerinde barışık, dengeli, huzurlu ve birbirlerine karşı sevgi ve saygılı olmalarına bağlıdır. Bu ortamı olumsuz açıdan etkileyen faktörler arasında; ana babanın kendi çocukluk yıllarında baskılı veya aşırı gevşek bir eğitim içinde büyümeleri, bugünkü yaşamlarında eşleriyle iletişim kuran mutlu bir yaşantıya sahip bir birey olmamaları, genç yaşta çocuk

sahibi olmaları ve ailenin sosyo ekonomik koşullarının iyi olmaması sebepleri sayılabilir (Yavuzer, 2005).

#### **2.4.1. Anne Baba İlişkisi**

Çocuğun kişiliğinin oluşumu, karakterinin biçimlenmesi ve benlik saygısının gelişimi, ana babanın kişilik yapılarına ilişkilidir. Özgüveni güçlü olan anne ve baba bu özgüvenlerini çocuklarına da yansıtırlar. Huzursuz ve dağılmış aile ortamı, kavga ve gergin bir ortam çocuğun olumsuz etkilenmesine neden olur bu da davranış bozukluklarına yol açar. Aile üyelerinin birbirlerini sevmeleri ve saymaları, güven duymaları, desteklemeleri, birbirlerinin düşüncelerini hoşgörü ile karşılamaları çok önemlidir (Yavuzer, 2005).

#### **2.4.2. Anne Baba Tutumları**

Baskılı ve otoriter tutum:Çocuğun özgüvenini ortadan kaldıran kişiliğini yok sayan bir tutumdur. Suçlayan, cezalandıran ve sürekli karışan anne babaların çocuklarının kolayca ağladığı, uyumsuz davranış gösteren çocuklar olduğu görülür (Haktanır, 1993, Yavuzer, 2005). Çocuklarda aşağılık duygusu oluşur. Ailenin sert ve utandırıcı davranışları çocuğu saldırgan davranışlara yöneltir(Haktanır 1993; Yörükoğlu, 2008). Çocuk ailelerinin kendilerinden istediği davranışları yapmadığı halde cezalandırılır. (Yavuzer, 2005).

Gevşek tutum (Çocuk merkezci aile):Çocuk ailede istediğini yaptırabilir. Aile çocuğun isteklerine kayıtsız kalmaz. Bunun sonucu çocuk doyumsuz bir kişilik yapısına sahip olmaya başlar. Çocuklar, anne ve babalarına her istediklerini yaptırabildikleri için onlara saygılı davranışlar göstermeyebilirler (Yavuzer, 2005).

Gevşek tutum sergileyen bir ailede çocuğun sosyal duyarlılık düzeyi düşüktür. Dürtüsel davranış ve saldırganlığı yüksektir. İstedini elde etmek için bekleme, düşleme, merak ve coşku yaşamaz. Bu nedenle sürekli yeni ve yapay coşkular oluşturma gereksinimi vardır. Doyumsuz bir yetişkin olur (Yavuzer, 2005; Yörükoğlu, 2008).

Dengesiz ve kararsız tutum:Bu tutum çocuğun gelişimini olumsuz etkiler. Dengesizlik ve tutarsızlık, ana baba arasındaki fikir ayrılığı ya da ailelerin kendi arasındagösterdikleri farklı davranış şekilleri ile meydana gelir. Tutarsız anne baba davranışları çocuğun gelecek

yıllarda hayatından bir doyum alamamasına yol açar. Bu yüzden başarı ölçütü çocukta oluşmamıştır. Çocuk başarı ve doğru kavramlarının içeriği hakkında net bir fikre sahip değildir(Yavuzer, 2005).

Koruyucu tutum: Ailelerin çocuğa gerektiğinden fazla kontrol ve özen göstermeleridir. Çocuk diğer kimselere bağımlı, güvensiz, duygusal kırıkları olan bir kişi olabilir. Çocuk bağımlılık duygusu yüzünden psikososyal olgunlaşması engellenmiş olur (Yavuzer, 2005).

Çocuğun kendini güdülemek, korumak ve geliştirmek için enerjisi azdır. Problemlerle baş etmede güçlük yaşar. Duygularından kaçır ve duygularını bastırmaya çalışır. Çocuk, çekinik, inatçı, yersiz kavga eden, mutsuz, bağımlı bir kişilik yapısına sahip olur (Yavuzer, 2005; Yörükoğlu, 2008).

İlgisiz ve Kayıtsız Tutum:Ailelerin çocuğu bir birey olarak dışlaması, yalnız bırakması, yok saymasıdır.Bu tutum duygusal istismara yol açar. Bunun sonucu çocuklarda olumsuz davranışlar gözlemlenir ve çocuk saldırgan, özgüveni düşük, iletişim problemleri yaşayan, kendini topluma ve çevreye kanıtlamaya çalışan bir birey olur. (Yavuzer, 2005).

Güven Verici, Destekleyici, Hoşgörülü ve Demokratik Tutum:Ailelerin çocuklarının düşüncelerine saygı duyduğu, hoşgörü ile davrandığı, belirli kısıtlamalar dışında onların özgüvenlerini arttırmaya yönelik destek oldukları bir tutumdur. Çocuk bu tutumda özgürdür (Yavuzer, 2005).

Enürezisin çocuğun istemi dışında bir olay olduğu ve mutlaka anne babaya yönelik duygusal bir tepki şeklinde algılanmaması gerektiği, ailelerin çocuğu utandırma, azarlama, korkutma ve cezalandırmanın olumsuz etkileri konusunda bilgilendirilmelidir. Çocuk sorununun çözümünde kendi çabasının önemli olduğuna inanmalıdır (Avanoğlu, Başaklar, 2006, Olcay, Ertuğrul, 1993).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3. 1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma; tanımlayıcı, korelasyonel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışma Ocak, 2009 tarihinde literatür tarama ile başlamış olup, Haziran, 2019 tez savunma sınavı ile sona ermiştir. Bu çalışma, İzmir ili Ödemiş ilçesinde bulunan Ödemiş İlköğretim Okulu'nda yapılmıştır. Ödemiş İlköğretim Okulu 64 anasınıfı öğrencisi, 151 birinci sınıf, 167 ikinci sınıf, 155 üçüncü sınıf, 195 dördüncü sınıf, 204 beşinci sınıf, 203 altıncı sınıf, 223 yedinci sınıf, 212 sekizinci sınıf öğrencisi olmak üzere toplam 1574 öğrenci ile köy, kasaba ve ilçe merkezinden gelen öğrencilere eğitim vermektedir. Üç anasınıfı, 31 birinci kademe ve 24 ikinci kademe şubesi vardır. Çalışmalar Nisan 2010 - Mayıs 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Öğrencilere annelerine ulaştırmaları amacıyla her sınıf için ayrı bir ders saatinde araştırma konusunda gerekli açıklamaların yapıldığı ve doldurmaları istenen iki form kapalı bir zarf içine konulup verilmiştir. Anneler formları doldurduktan sonra yine formlar kapalı zarf içine konulup, çocukları ile okula göndermeleri istenmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Örneklemin belirlenmesinde hesaplanacak etki büyüklüğünü belirlemek amacıyla  $r$ 'nin alabileceği en düşük korelasyon katsayısı öngörülerek  $r$ : 0,20, alfa: 0,05 ve beta: 0,20 kabul edildiğinde örnekleme alınması gereken en düşük veli sayısı 287 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamıza amaca uygun örneklem yöntemi ile yaşları 7-10 olan birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf 668 öğrencinin annelerinin tümü (olası kayıplarda düşünülerek) araştırmanın örneklemine alınmıştır.

**Tablo 3.3.1.Öğrencilerin Ankete Yanıt Veren Annelerinin Sınıflara Göre Dağılımı**

Sınıf	Sayı	Örnekleme Alınan
1	176	89
2	154	118
3	172	131
4	166	132
Toplam	668	470

Öğrencilerin annelerine (668) dağıtılan anketlerin geri dönüşüm oranı %70'dir.

### **3.4. Çalışma Materyali**

Çalışma materyali olarak veri toplama formları kullanılmıştır.

1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (Ek-1),
2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Ölçeği (IBSS) (Ek-2),
3. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI)'dir(Ek-3).

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

**3.5.1.Bağımlı Değişken:** Öğrencilerin İşeme Bozuklukları Semptom Skorundan (IBSS) aldıkları puanlar.

**3.5.2.Bağımsız Değişken:** Öğrencilerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği'nin (PARI) alt boyutlarından aldıkları puanlar, sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim v.b.)

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

#### **3.6.1.Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu**

Literatürden yararlanılarak geliştirilmiş, araştırmacı tarafından oluşturulmuş öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren bir anket kullanılmıştır (Ek 1). Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, yaş, sınıf, anne-baba eğitim durumu, anne-baba mesleği, kardeş sayısı, anne baba birliktelik durumu, anne babanın hayatta olma durumu gibi sorularla birlikte ailenin ve öğrencinin işeme problemini ilgilendiren sorular yer almaktadır.

### 3.6.2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Belirleme (İBSS) Ölçeği (Ek 2)

Van Gool ve ark., (1992) International Reflux Study in Children çalışmasında kullandıkları ölçekten uyarlanan sorulardan oluşturulan İBSS ölçeği deneysel olarak yapılan bir çalışmayla ülkemizde test edilmiş ve geçerlilik sonuçları yayınlanmıştır (Akbal ve ark., 2005).

İBSS ölçeği toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Sorular gündüz, gece işeme, işeme alışkanlıkları, barsak alışkanlıklarına ilişkin semptomları içeren 13 semptom sorusu ile yaşam kalitesi alt boyutuna ait bir soru içermektedir. İlk iki soru Diurnal enrezise, 3-4. sorularda Nokturnal enrezise ilişkin sorular içermektedir. İlk 2 sorunun semptom puanlaması  $\geq 2$  olduğunda ocuk “Diurnal Enüretik”, 3. ve 4. sorunun semptom puanlaması  $\geq 2$  olduğunda ocuk “ Nokturnal Enüretik” tir. İlk 4 soruda semptom puanı yükseldikçe mix tanıya doğru kaymaktadır. Diğer sorular ise işeme bozuklukları etyolojinde rol alan diğer semptomlara ilişkin sorulardır.

Ölçeğin kesme noktası ROC eğrisinde 8,5 (%90 duyarlılık ve %90 seçicilikte) olarak bulunmuştur (yaşam kalitesi skoru puanı hariç). 8 puan üzerinde alanların işeme sorunu olduğunu belirleyen bir ölçektir, puan arttika semptomların arttığı ortaya çıkmaktadır. İBSS ölçeğinden min: 0, max: 38 puan alınabilir. Her bir soru için Odds değeri hesaplanmış böylece formun sağlıklı kontrol grubundan hasta grubu ayırabilirliği belirlenmiştir. Odds oranına bağlı olarak bazı sorular çıkarılmış böylece ölçek son şeklini almıştır. Odds sonuçlarına göre 13 soru için toplam skorun 35 ve bir yaşam kalitesi sorusunun eklenerek toplam 38 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3.6.2.1. İBSS Belirme Ölçeğinden Elde Edilen Odds Oranları**

Sorular	Odds Oranları
1	>100
2	>100
3	79,84
4	46,309
5	3,81

**Tablo 3.6.2.1. İBSS Belirme Ölçeğinden Elde Edilen Odds Oranları (devam)**

Sorular	Odds Oranları
6	49,50
7	7,34
8	18,75
9	12,68
10	4,07
11	14,19
12	19,17
13	2,11

### **3.6.3. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) (Ek 3)**

Parental Attitude Research Instrument (PARI) Schaefer ve Bell (1958) tarafından Amerika’da geliştirilmiştir. Aslı 115 maddeden oluşan PARI’nin 23 alt ölçeği bulunmaktadır. PARI’nin Türkçe’ye çevirisi ve uyarlanması Güney ve Ayhan Le Compte-Serap Özer (1978) tarafından yapılmıştır. Ölçek boyutlarındaki maddeler karışık olarak verilir. Maddeler soru şeklinde olmayıp olumlu veya olumsuz ifadeler şeklindedir. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Her ifade için “Çok uygun buluyorum” (4), “Oldukça uygun buluyorum” (3), “Biraz uygun buluyorum” (2), “Hiç uygun bulmuyorum” (1) seçeneklerinden biri işaretlenir (Schaefer, Bell, 1958). Ölçeğin içerdiği soruların birbirleriyle kavramsal gruplaşmalarını incelemek amacıyla yapılan faktör analizinde, 5 alt boyut saptanmış ve bu alt boyutlarda ağırlıkla yer alan maddeler seçilip diğerleri elenerek ölçek 60 soruya indirilmiştir. Bunlar; aşırı annelik (aşırı koruyuculuk), demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, geçimsizlik ve artık boyut (sıkı disiplin)’tur. Test tekrar test güvenilirliğinde Sperman korelasyon katsayısı 0.58-0.88 bulunmuştur. Düşük korelasyon katsayısı olan alt boyutlar çıkarılmamış, daha büyük bir örnekleme uygulanarak madde analizi yapılmıştır. Ölçeğin aslında bulunan 115 maddeden, geçerlik ve güvenilirliği yüksek 60 madde seçilmiştir (Öner, 2006). Çalışmamızda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .911 olarak bulunmuştur.

### **3.6.3.1. PARI Ölçeğinin Alt Boyutları**

Aşırı Annelik (Aşırı Koruyuculuk) Alt Boyutu:Aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan çalışkan ve bağımlı olmasını isteme, annenin fedakarlığı ve çocuğun bunu anlaması gerektiğine inanmasını ölçer, 16 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 1, 3, 4, 7, 11,12, 14, 26, 27, 28, 32, 34, 36, 46, 51, 57. En düşük puan 16, en yüksek puan 64'tür. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu:Çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini destekleme, onunla arkadaşlık etme, birçok konuları paylaşma, anne babanın cesaret verici yaklaşımlarını ölçer, 9 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 2, 13,18, 22, 29, 37, 44, 45, 59. En düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır. Yüksek puan alınması olumlu olarak değerlendirilir.

Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Alt Boyutu:Evde sessiz olan kadının mutsuzluk durumunu, ev işleri ve çocuk bakımı ile ilgili doyumusuzluğunu ölçer. 13 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 6, 9, 16, 17, 21, 23, 31, 38, 41, 42, 49, 52, 55. En düşük puan 13, en yüksek puan 52'dir. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

Geçimsizlik (Aile İçi Çatışma) Alt Boyutu:Eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, eşin anneye yardımcı olmayışı ve düşüncesizliğidir. 6 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 8, 19, 33, 40, 48, 54. En düşük puan 6, en yüksek puan 24'tür. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

Sıkı Disiplin Alt Boyutu (Artık Boyut):Cezalandırma, zorlama, sıkı disiplin, cinsel ve saldırgan davranışları bastırma, anne babanın mutlak hâkimiyetine inanma durumlarını kapsar. 16 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 5, 10, 15, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 43, 47, 50, 53, 56, 58, 60. En düşük puan 16, en yüksek puan 64'tür. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

### **3.7. Araştırmanın Zaman Planı**

Araştırma Ocak 2009 tarihinde literatür tarama ile başlamış olup Eylül 2019 tarihinde tez savunma ile sonlanmıştır. Tez ile ilgili veri toplama Nisan-Mayıs 2010 tarihleri arasında

2009-2010 eğitim öğretim yılında İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü' ne bağlı Ödemiş ilçesindeki Ödemiş İlköğretim Okulu'nda öğrenim gören öğrencilerin annelerine uygulanan anket yöntemi ile yapılmıştır.



**Şekil 3.7.1. Araştırma Zaman Planı**

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. İBSS ile PARİ ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puanlar arasında ilişki aramak için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi  $p < .05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma Ödemiş İlköğretim Okul'unda öğrenim gören öğrencileri ile çalışılmıştır. Sonuçlar bu okuldaki öğrenci anneleri için geçerlidir.

### **3.10. Etik Kurul Onayı**

Çalışmanın yürütülebilmesi için, İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (Ek-5, Ek-6) ve

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Ek-7) alınmıştır (11.06.2009/762). Sınıfta öğrencilere çalışma kapsamında bilgi verilmiş gönüllü olan öğrencilerin annelerinin yazılı onamları (Ek-4) alınmış ve ölçekleri doldurmaları istenmiştir.



## **4. BULGULAR**

Bu bölümde 7-10 yaş grubu öğrencilerin işeme bozukluğu semptomlarına etki eden sosyo-demografik özellikler ve anne baba tutumları gibi faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular şu başlıklar altında verilmiştir.

- 4.1. Öğrencilere ve ailelerine ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı,
- 4.2. Öğrencilerin İBBS ölçeğinden elde edilen bulgular,
- 4.3. Öğrencilerin PARI ölçeğinden elde edilen bulgular,
- 4.4. Öğrencilerin işeme bozukluğu semptom skorundan aldıkları puan ile PARI ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin korelasyon analiziyle değerlendirilmesi.

### **4.1. Öğrenci ve Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri**

Araştırma örneklemine katılan öğrencilerin %50'si (235) erkek, %50'si (235) kızdır. 7 yaş grubu %19,8 (93), 8 yaş grubu %27,9 (131), 9 yaş grubu %28,9 (136), 10 yaş grubu %23,4 (110) öğrenciden oluşmaktadır.

Öğrencilerin %18,9'u (89) birinci sınıfa, %25,'i (118) ikinci sınıfa, %27,9'u (131) üçüncü sınıfa, %28,1'i (132) dördüncü sınıfa gitmektedir.

Öğrencilerin kardeş sayısı incelendiğinde %16,4'ünün (77) tek çocuk olduğu, %57,7'sinin (271) bir kardeşe, %17,2'sinin (81) iki kardeşe, %8,7'sinin (41) üç ve üzeri kardeşe sahip olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin hepsinin anneleri sağ olmakla birlikte sadece %0,4'ünün (2) babası vefat etmiştir. Anne babası ayrılmış %3,8 (18) öğrenci ailesi belirlenmiştir.

Öğrencilerin anne eğitim düzeyleri incelendiğinde okuryazar olmayan %0,6 (3), sadece okuryazar %7 (33), ilkokul/ortaokul mezunu %61,8 (290), lise mezunu %20,6 (97), üniversite mezunu %10 (47) olduğu saptanmıştır. Baba eğitim düzeyleri incelendiğinde okuryazar olmayan %0,4 (2), sadece okuryazar %5,7 (27), ilkokul/ortaokul mezunu %55,9 (262), lise mezunu %18 (34), üniversite mezunu %20,2 (95) olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin annelerinin %76,2'sinin(358) çalışmadığı, babalarının ise %94,3'ünün (443) bir işte çalıştığına ilişkin veriler Tablo 4.1.1'de sunulmuştur.

**Tablo 4.1.1. Öğrencilerin ve Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı(n =470)**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kız	235	50,0
Erkek	235	50,0
<b><u>Yaş</u></b>		
7	93	19,8
8	131	27,9
9	136	28,9
10	110	23,4
<b><u>Sınıf</u></b>		
1	89	18,9
2	118	25,1
3	131	27,9
4	132	28,1
<b><u>Kardeş Sayısı</u></b>		
Yok	77	16,4
1	271	57,7
2	81	17,2
3 ve üzeri	41	8,7
<b><u>Anne Hayatta Olma</u></b>		
Sağ	470	100,0
<b><u>Baba Hayatta Olma</u></b>		
Sağ	468	99,6
Ölü	2	0,4
<b><u>Anne Eğitim Düzeyi</u></b>		
Okuryazar değil	3	0,6
Okuryazar	33	7,0
İlkokul/Ortaokul	290	61,8
Lise	97	20,6
Üniversite	47	10,0
<b><u>Baba Eğitim Düzeyi</u></b>		
Okuryazar değil	2	0,4
Okuryazar	27	5,8
İlkokul/Ortaokul	262	55,8
Lise	84	17,8
Üniversite	95	20,2
<b><u>Anne Baba Birlikte Olma</u></b>		
Anne baba beraber	452	96,2
Anne baba ayrılmış	18	3,8

**Tablo 4.1.1.Öğrencilerin ve Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n =470) (Devam)**

<b><u>Annelerinin Çalışma Durumu</u></b>		
Evet	112	23,8
Hayır	358	76,2
<b><u>Babalarının Çalışma Durumu</u></b>		
Evet	443	94,3
Hayır	27	5,7
<b>Toplam</b>	470	100,0

#### **4.1.2. Öğrenci ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde öğrenci ve ailelerinin uyku alışkanlıkları, enfeksiyona dayalı hastalıkları, anne-babanın ve kardeşin işeme problemi öyküsü ve işeme problemine yönelik tedavisine ilişkin bulgular Tablo 4.1.2’de sunulmuştur.

Çocukların işeme alışkanlıklarını incelediğimizde %41,9’unun (197) derin uykuya sahip olduğunu, %80’inin (376) altını ıslattığında uyandığı, %6,9 (32)’unun daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği ve %7,5 (35)’inin kardeşlerinin de altını ıslattığını belirtmişlerdir.

Aile üyelerinin işeme alışkanlığı incelendiğinde geçmişte ailelerden birinin altını ıslatması %6 (29), her ikisinin altını ıslatması %2 (8), %92 (433)’ünün altını ıslatma gibi bir problemi olmadığı saptanmıştır.

Yatak ıslatma nedeniyle tedavi görenlerin sayısı %6 (28)’dir. Bu konuda tıbbi destek alanlar %3,2 (15), işemek için uyandıranlar %4,4 (21), büyümesi için bekleyen %91 (427), yatmadan önce sıvı kısıtlaması yapanlar %1,4 (7)’tir.

**Tablo 4.1.2. Öğrencilerin ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=470)**

<b>İşeme Alışkanlıkları</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><u>Çocuğun Uyku Derinliği</u></b>		
Evet	197	41,9
Hayır	273	58,1

**Tablo 4.1.2. Öğrencilerin ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=470) (devam)**

<b><u>Cocuğun Altını Islattığında Uyanması</u></b>		
Evet	376	80,0
Hayır	94	20,0
<b><u>Cocuğun İdrar yolu Enfeksiyonu Geçirmesi</u></b>		
Evet	32	6,9
Hayır	438	93,1
<b><u>Kardeşinin Altını İslatması</u></b>		
Evet	35	7,5
Hayır	435	92,5
<b><u>Aile Üyelerinin Altını İslatması</u></b>		
Anne ya da baba altını ıslatırdı	29	6,0
Anne ve baba altını ıslatırdı	8	2,0
Anne ve baba altını ıslatmazdı	433	92,0
<b><u>Yatak İslatması Nedeniyle Tedavi Görmesi</u></b>		
Evet	28	6,0
Hayır	442	94,0
<b><u>Tedavi Çeşidi</u></b>		
Tıbbi Tedavi	15	3,2
İşemek İçin Uyandırma	21	4,4
Büyümesi İçin Bekleme	427	91,0
Sıvı Kısıtlaması	7	1,4
<b>Toplam</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>

#### **4.2. IBSS Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular**

Bu bölümde İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) Belirleme ölçeğinde yer alan sorulara yönelik elde edilen bulgular Tablo 4.2.1’de sunulmuştur. Öğrencilerin %88,6’sının gündüz, %85,1’inin de gece idrar kaçırma öyküleri yoktur. Bununla birlikte öğrencilerin %11,4’ünün diüurnal enürezis olduğu, %14,9’unun da nokturnal enürezis olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2).

Öğrencilerin tuvalete gitme sıklığına bakıldığında günde yediden fazla gidenlerin sayısı %11,3’tür. Öğrencilerin %1,9’unun işerken ikındığı, %3,2’sinin işerken ağrı şikâyetine sahip olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %4,3’ününçişini bir başlayıp sonra durarak yaptığı saptanmıştır.

Çişini yapmasına rağmen tekrar tuvalete giderken öğrenci sayısı %1,9 iken %40,4'ünün tuvalete hızla koştuğu görülmektedir.

Bir kenarda dizüstü çöküp idrarını yapan öğrencilerin sayısı %11,5 iken tuvalete yetişmeden altına kaçırma problemi olan öğrencilerin sayısı %6,8'dir. Öğrencilerin %8,3'ünde kabızlık şikâyetinin mevcut olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin bu problemleri sonucundaki yaşam kalitesi incelendiğinde %1'inin ciddi etkilendiği, %90,6'sının etkilenmediği görülmüştür.

**Tablo 4.2.1.İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) Belirleme Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Dağılımı (n=470)**

<b>Semptomlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><u>Gündüz İdrar Kaçırması</u></b>		
Hayır kaçırılmaz	415	88,6
Bazen	50	10,6
Günde 1-2 kez	2	0,4
Her zaman	2	0,4
<b><u>Şiddeti</u></b>		
Damla damla	28	6,2
Sadece külot ıslak	25	5,3
Pantolon tamamen ıslak	1	0,2
Sorunu olmayan	415	88,3
<b><u>Gece İdrar Kaçırması</u></b>		
Hayır kaçırılmaz	400	85,1
Haftada 1-2 gece	45	9,6
Haftada 3-5 gece	11	2,4
Haftada 6-7 gece	14	2,9
<b><u>Şiddeti</u></b>		
Çamaşırı veya pijaması ıslanır	30	6,4
Yatak ıslanır	40	8,5
Sorunu olmayan	400	85,1
<b><u>Tuvalete Gitme Sıklığı</u></b>		
7 den az	417	88,7
7 den fazla	53	11,3
<b><u>İşerken İkinması</u></b>		
Evet	9	1,9
Hayır	461	98,1
<b><u>İşerken Ağrısının Olması</u></b>		
Evet	15	3,2
Hayır	455	96,8

**Tablo 4.2.1.İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) Belirleme Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Dağılımı (n=470) (Devam)**

<b><u>Bir Başlayıp Bir Durarak Çişini Yapması</u></b>	20	4,3
Evet	450	95,7
Hayır		
<b><u>Çişini Yapmasına Rağmen Tekrar Tuvalete Gitmesi</u></b>	9	1,9
Evet	461	98,1
Hayır		
<b><u>Hızla Tuvalete Koşması</u></b>		
Evet	190	40,4
Hayır	280	59,6
<b><u>Bir Kenarda Diz Üstü Çöküp İdrarını Tutması</u></b>		
Evet	54	11,5
Hayır	416	88,5
<b><u>Tuvalete Yetişmeden Altına Kaçırması</u></b>		
Evet	32	6,8
Hayır	438	93,2
<b><u>Kabızlığı</u></b>		
Evet	39	8,3
Hayır	431	91,7
<b><u>Hayat Kalitesi</u></b>		
Hayır Etkilemiyor	426	90,6
Az Etkiliyor	34	7,2
Etkiliyor	6	1,2
Ciddi Etkiliyor	4	1,0
<b>Toplam</b>	470	100,0

Çalışmamızda öğrencilerin enürezis dağılımı incelendiğinde %11,4'ünde(54) diürenal, %14,9'unda (70) nokturnal enürezis olduğu Tablo 4.2.2'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.2. IBSS Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre Enürezis Dağılımı (n=470)**

<b>Enürezis</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Diurnal Enürezis	54	11,4
Nokturnal Enürezis	70	14,9
<b>Toplam</b>	124	26,4

Çalışmamızda IBSS ölçeğinden puan ortalamaları sekiz ve üzerinde olan öğrenciler işeme bozukluğu “Riskli Olan”, puan ortalamaları sekizden küçük olanlar “Riskli Olmayan”

olarak tanımlanmıştır. Öğrencilerin %8,5'inin (40) IBSS ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre işeme bozukluğuna sahip olduğu Tablo 4.2.3'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.3. IBSS Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre Öğrencilerin İşeme Bozukluğu Risk Durumlarına Göre Dağılımı (n=470)**

<b>IBSS Puan Ortalaması</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Riski Olan Öğrenciler	40	8,5
Risksiz Olan Öğrenciler	430	91,5
<b>Toplam</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>

İşeme bozukluğu riski olan öğrencilerin cinsiyetleri eşit dağılım göstermiştir. %47,5'i (19) sekiz yaş grubundadır. Anne ve babaları hayattadır. %5'i (2) boşanmış aileye sahiptir. Annelerinin %72,5'i, babalarının ise %60'ı ilkokul/ortaokul mezunudur. Riski olan çocukların %77,5'inin annesinin çalışmadığı Tablo 4.2.3.1'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.3.1. İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin ve Ailelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=40)**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kız	20	50,0
Erkek	20	50,0
<b><u>Yaş</u></b>		
7	8	20,0
8	19	47,5
9	8	20,0
10	5	12,5
<b><u>Sınıf</u></b>		
1	8	20,0
2	16	40,0
3	10	25,0
4	6	15,0
<b><u>Kardeş Sayısı</u></b>		
Yok	4	10,0
1	21	52,5
2	10	25,0
3 ve üzeri	5	12,5

**Tablo 4.2.3.1. İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin ve Ailelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=40) (Devam)**

<b><u>Anne Hayatta Olma</u></b>		
Sağ	40	100,0
<b><u>Anne Eğitim Düzeyi</u></b>		
Okuryazar	2	5,0
İlkokul/Ortaokul	29	72,5
Lise	9	22,5
<b><u>Baba Eğitim Düzeyi</u></b>		
Okuryazar	3	7,5
İlkokul/Ortaokul	24	60,0
Lise	8	20,0
Üniversite	5	12,5
<b><u>Anne Baba Birlikte Olma</u></b>		
Anne baba beraber	38	95,0
Anne baba ayrılmış	2	5,0
<b><u>Annelerinin Çalışma Durumu</u></b>		
Evet	9	22,5
Hayır	31	77,5
<b><u>Babalarının Çalışma Durumu</u></b>		
Evet	37	92,5
Hayır	3	7,5
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Öğrencilerin %72,5'inde derin uyku, %57,5'inde de altını ıslattıktan sonra uyandığı bulgusu elde edilirken %82,5'inin de idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği saptanmıştır. İşeme bozukluğu riski olan öğrencilerin kardeşlerinin %20s'inin altını ıslattığı saptanmıştır. Ailelerinin işeme öyküsü değerlendirildiğinde; hem anne hem de baba işeme öyküsü olanların sayısı %7,5 iken anne ya da babasının işeme öyküsü olanların sayısının da %22,5 olduğu saptanmıştır.

İşeme bozukluğu riski olan öğrencilerin %75'i tedavi görmemiştir. Ailelerin tedavi olarak algıladıkları %70 ile büyümesi için beklemedir. %15'i işeme için uyandırmayı tercih ettiği tablo 4.2.3.2'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.3.2. İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin ve Ailelerinin İşeme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=40)**

<b>İşeme Alışkanlıkları</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><u>Cocuğun İdrar volu Enfeksiyonu Geçirmesi</u></b>		
Evet	7	17,5
Hayır	33	82,5
<b><u>Kardeşinin Altını Islatması</u></b>		
Evet	8	20,0
Hayır	32	80,0
<b><u>Aile Üyelerinin Altını Islatması</u></b>		
Anne ya da baba altını ıslatırdı	9	22,5
Anne ve baba altını ıslatırdı	3	7,5
Anne ve baba altını ıslatmazdı	28	70,0
<b><u>Yatak Islatması Nedeniyle Tedavi Görmesi</u></b>		
Evet	10	25,0
Hayır	30	75,0
<b><u>Tedavi Çeşidi</u></b>		
Tıbbi Tedavi	3	7,5
İşemek İçin Uyandırma	6	15,0
Büyümesi İçin Bekleme	28	70,0
Sıvı Kısıtlaması	3	7,5
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

### 4.3. PARİ Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları

Aşırı annelik (Aşırı koruyuculuk), demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, geçimsizlik ve sıkı disiplin olmak üzere beş alt boyuttan oluşan Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden (PARİ) elde edilen en yüksek ve en düşük puanlar toplamının aritmetik ortalaması ve standart sapmaları Tablo 4.3.1’de sunulmuştur.

**Tablo 4.3.1. Ailelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin (PARİ) Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=470)**

<b><u>Alt Boyut</u></b>	<b>Ölçeğin En Yüksek ve En Düşük Puanları</b>	<b>Alınan En Yüksek ve En Düşük Puanları</b>	<b>Alınan Puanlar <math>\bar{x} \pm SS</math></b>
Aşırı Annelik (Koruyucu) Tutumu	16-64	24-64	49,56 $\pm$ 8,64
Demokratik Tutum	9-36	15-36	28,03 $\pm$ 3,44
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Tutumu	13-52	13-52	29,28 $\pm$ 7,96
Geçimsizlik Tutumu	6-24	6-24	14,53 $\pm$ 4,49
Sıkı Disiplin Tutumu	16-64	21-64	39,97 $\pm$ 8,76

Ailelerin aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeğinin (PARİ) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; aşırı annelik  $49,56 \pm 8,64$ , demokratik tutum ve eşitlik tanıma  $28,03 \pm 3,44$ , ev kadınlığı rolünü reddetme  $29,28 \pm 7,96$ , geçimsizlik  $14,53 \pm 4,49$ , sıkı disiplin alt boyutu  $39,97 \pm 8,76$  olarak bulunmuştur.

#### 4.4. IBSS Ölçeği ile PARİ Alt Boyutlarının İlişkisi

IBSS ölçeğinden alınan puanlar toplamı ile PARİ alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaların ilişkisi Tablo 4.4.1’de sunulmuştur.

**Tablo 4.4.1. Öğrencilerin İşeme Bozuklukları Semptom Skorundan Aldıkları Puan (İBSS) ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARİ) Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı (n:470)**

PARİ Alt Boyutları	IBSS	
	r	p
Aşırı Annelik Tutumu	-0,074	0,108
Demokratik Tutum	-0,012	0,795
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Tutumu	0,002	0,960
Geçimsizlik Tutumu	-0,026	0,581
Sıkı Disiplin Tutumu	0,096	0,038*

$p < 0,05$

Öğrencilerin sıkı disiplin tutumundan aldıkları toplam puan ile IBSS’den aldıkları puanlar arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Aşırı annelik tutumu, demokratik tutum, ev kadınlığını reddetme tutumu ve geçimsizlik tutumu ile IBSS ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.4.2. Diurnal ve Nokturnal Enürezisli Öğrencilerin Aldıkları Puanlar ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARİ) Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı (n:470)**

PARİ Alt Boyutları	Diurnal Enurezis		Nokturnal Enurezis	
	r	p	r	p
Aşırı Annelik Tutumu	-0,055	0,234	- 0,055	0,230
Demokratik Tutum	-0,028	0,550	0,018	0,700
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Tutumu	- 0,004	0,937	- 0,026	0,578
Geçimsizlik Tutumu	0,004	0,928	- 0,040	0,390
Sıkı Disiplin Tutumu	0,022	0,631	0,073	0,113

p<0,05

Diurnal ve Nokturnal Enurezisli öğrencilerle PARİ alt boyutlarından alınan puanların arasında bir korelasyon olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Tablo 4.4.3.İşeme Bozukluğu Riski Olan Öğrencilerin PARİ Alt Boyutları İle İlişkinin Dağılımı (n=40)**

PARİ Alt Boyutları	IBSS	
	r	p
Aşırı Annelik	-0,139	0,392
Demokratik	-0,384*	0,014*
Ev Kadınlığı Rolünü Red	-0,315*	0,048*
Geçimsizlik	-0,006	0,968
Sıkı Disiplin	0,379*	0,016*

p<0,05

İşeme Bozukluğu riski olan öğrencilerin demokratik tutumdan aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (p<0,05).

Öğrencilerin annelerinin ev kadınlığı rolünü reddetme tutumundan aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Sıkı disiplin tutumu gösteren annelerin aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.4.4. Risksiz Olan Öğrencilerin PARİ Alt Boyutları İle İlişkisinin Dağılımı (n=430)**

PARİ Alt Boyutları	IBSS	
	r	p
Aşırı Annelik Tutumu	0,016	0,736
Demokratik Tutum	-0,031	0,526
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	0,104*	0,030*
Geçimsizlik Tutumu	0,047	0,331
Sıkı Disiplin Tutumu	0,032	0,514

\* $p<0,05$

Risksiz olan öğrencilerin annelerinin ev kadınlığı rolünü reddetme tutumundan aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

## **5. TARTIŞMA**

Bu bölümde öğrencilerin aile tutumları ile işeme bozuklukları ilişkisinin incelenmesi ile elde edilen bulgular literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

### **5.1. Riski Olan Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi**

Çalışmamızın bu bölümünde riski olan öğrencilerin ve ailelerinin sosyo-demografik özelliklerinin işeme bozuklukları üzerindeki etkileri tartışılacaktır.

Riski olan öğrencilerin cinsiyetlerini incelediğimizde kız öğrenciler %50, erkek öğrencilerin de %50 oranında eşit dağılım gösterdiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sakarya ili genelinde 6-15 yaş aralığındaki ilköğretim çocuklarında işeme bozukluklarının çeşitliliğini belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada riski olan erkek öğrencilerin sayısı %32,4, kız öğrencilerin sayısı %27,7 olduğu belirtilmiştir (Sonbahar ve ark, 2013).

Gür ve ark.'nın (2004) İstanbul'da okul çocukları arasında yapmış oldukları çalışmada anne ve baba eğitiminin beş yıldan az olmasının NE görülme oranını arttırdığı belirtilmiştir. Çalışmamızda annelerin %72,5'inin, babalarının %60'ının en yüksek oranda ilkokul/ortaokul mezunu olması nedeniyle bir enürezis durumunda ayırıcı bir kriter değildir. Uğuralp ve ark.'nın (2003) çalışmasında da bizim çalışmamızla benzerlikte enürezisin cinsiyet, anne eğitimi ile ilgili olmadığı saptanmıştır.

Düzce'de ilköğretim öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yaş arttıkça enürezis görülme oranının azaldığı; 6 yaş grubunda %37, 9 yaş grubunda %24, 12 yaş grubunda da %10 olduğu belirtilirken kardeşlerinde görülmesi %40, ebeveynlerinde pozitif aile öyküsü olma oranı da %54 olarak belirtilmiştir. NE'li çocukların %12'sinde bir üriner sistem hastalığının görüldüğü belirtilmiştir (Akman, Çam, Şenel ve ark., 2001). Isparta'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin kardeşlerinde enürezis görülme oranının %30 olduğu belirtilmiştir (Serel ve ark., 1997). Bakker ve ark. (2002) Belçika'da NE'li çocukların aile üyelerinde %41 gece işemesi olduğu belirtilmiştir. De Sousa ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada da kardeşlerinde görülme oranı %28,57, anne baba ve akrabalarında görülme oranı %19,64 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yaş gruplarının dağılımı değişkenlik göstermektedir. 7 yaş grubunda %20, 8 yaş

grubunda %47,5, 9 yaş grubunda %20, 10 yaş grubunda %12,5 olarak bulunmuştur. Kardeşlerinin %20'sinin, ailelerinin ise %30'unun alt ıslatma öyküsünün olduğu, %17,5'inde de idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği bulunmuştur. Diğer çalışma ile aramızdaki fark örneklem büyüklüğüyle ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Esposito ve ark.'nın (2013) yapmış oldukları çalışmada primer nokturnal enürezisli çocukların %58,95'i sekiz saatten az uyumakta, %12,10'u her gece ikiden fazla uyanmakta, %8,42'si uyandıktan sonra zor uykuya dalmakta olduğu belirtilmiştir. Esposito ve ark.'nın çalışmalarından farklı olarak bizim çalışmamızda öğrencilerin %72,5'inin uykularının derin olduğu Özden ve ark.'nın (2007) çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

Özden ve ark.'nın (2007) Ankara'da yaptığı çalışmada enüretik çocukların uykularının derin olduğunu belirtmişlerdir. Enürezisli çocukların %59,5'i ilaç tedavisi, %26,2 işlemek için uyandırma, %7,1'i büyümesini bekleme, %4,8'i sıvı kısıtlaması ve %2,4'ü alarma tedavisini uyguladığı saptanmıştır. Koca ve arkadaşlarının (2012) kliniklerine enürezisnokturnaşikayeti ile başvuran kişiler değerlendirildiğinde %90,7'si enürezisnokturna nedeni ile herhangi bir ilaç dışı tedavi metoduna başvurdıkları, anne babalarının uyguladıkları ilaç dışı tedavi yöntemleri arasında %51'i sıvı kısıtlaması, %87'si çişe kaldırma, %71'i telkin, %40'ı ödüllendirme, %7'si bitkisel ilaç, %22'si akupunktur, %3'ü enüretik alarm, %3'ü muska, %0,4'ü hipnoz, %2'si kurşun döktürme ve %4'ünün de hocaya okutma olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda riski olan çocukların %15'i ise çocuklarını işlemesi için uyandırdığı, %75'i tedavi görmemiştir. Diğer çalışmalardan farklı olarak aileler (%70) tedavi olarak çocuklarının büyümesini beklemeyi tercih etmişlerdir.

## **5.2. Öğrencilerin İşeme Bozukluğu Semptom Sıklığının İncelenmesi**

Çalışmamızda öğrencilerin %11,4'ünde diurnal enürezis, %14,9'unda nokturnal enürezis olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Sakarya'da 6-15 yaş aralığındaki ilköğretim çocuklarında işeme bozukluklarının çeşitliliğini belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada çocukların %15'inde işeme bozukluğu saptanmış ve fonksiyonel işeme bozuklukları prevalansı %11,2, enürezisnokturna prevalansı %8,6, diurnal enürezis prevalansı %1 olduğu bulunmuştur. (Sonbahar ve ark, 2013). Hızel'in (1999) İstanbul'da üç farklı ilköğretim okulunda enürezis ve enkoprezis sıklığını PARİ ölçeğini kullanılarak aile tutumu ile ilişkisinin incelendiği

çalışmada çocukların %9,6'sında enürezis saptanmıştır. Isparta'da 7-12 yaşlarındaki çocuklarla yapılan enürezis çalışmasında nokturalenürezisprevalansı %11,5, diürnal enüreziste ise bu oran %0,5 olarak bulunmuştur (Serel ve ark., 1997). Bozlu ve ark. (2002), Dalgıç ve Yıldız'ın Ankara'da 6-12 yaşlarındaki çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada diürnal enürezis oranını ise %6,8 olarak belirtilmiştir. Özden ve ark.'nın (2007) Ankara'da beş ayrı ilköğretim okulunda yapmış oldukları çalışmada NE prevalansını %17,5, DE prevalansını %1,9 olarak bulmuşlardır. Malatya'daki çalışmada 5-9 yaşlarındaki çocuklarda DE görülme oranı %4,3 iken NE görülme oranı %5,2 olarak belirtilmiştir (Uğuralp, Karaoğlu, Karaman, Demircan, Yakıncı, 2003). Düzce'de ilköğretim öğrencilerinde bir diğer NE prevalansı %25 saptanmıştır. (Akman, Çam, Şenel ve ark., 2001). Gümüş ve ark.'nın (1999) Manisa'da farklı iki sosyoekonomik düzeydeki bölge okullarındaki öğrencilerle yaptıkları araştırmada %13,7 çocuk NE'lidir. Toktamış ve ark.'nın (2008) Sivas ve Kahramanmaraş'ta 5-15 yaşlarındaki çocuklar arasında diürnal enürezis prevalansını %4,2 saptamışlardır.

Adana ili Karataş ilçesinde bulunan bir yatılı bölge okulunda yapılan çalışmada NE prevalansı %15,4 olarak bulunmuştur. Bu oranın diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasındaki en büyük neden bu okulda öğrenim alan çocukların ailelerinin mevsimlik tarım işçisi olarak çalışan ve sosyoekonomik düzeyleri olan düşük ailelerin çocukları olmasıdır (Akbaba, Kis, Sütölk, Demirhindi ve ark., 2008). Bizim çalışmamızda da okulun sosyokültürel durumu bu durumla ilgilidir. NE prevalansı yaklaşık çıkmıştır.

Esposito ve ark.'nın (2013) yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin %19,8'i primernokturnalenürezislidir. Bakker ve ark. (2002) Belçika'da okul çocuklarının %11,7'sinde NE, %4'ünde DE saptanmıştır. Lottmann (1999) Fransa'da öğrencilerin NE prevalansını %9,2 olarak bulunmuştur. Hindistan'ın Mumbai kentinde yapılan bir çalışmada enürezis prevalansı %7,61 bulunmuştur (De Sousa ve ark., 2007). Tayvan'da öğrencilerin %9'unda NE olduğu belirtilmiştir (Chang ve ark., 2001). Kore'de 7-12 yaş grubu öğrencilere yapılan çalışmada noktural enürezis oranı %9,2 iken diürnal enürezis için oran %2'dir (Lee, Sohn, Park, Chung ve ark., 2000). Avustralya'da DE görülme oranı %5,5 iken NE oranı %18,9 olarak bulunmuştur (Bower, Moore, Shepherd ve ark., 1996).

### **5.3. Öğrencilerin İşeme Bozukluğu Semptom Skorundan Elde Edilen Bulguların İncelenmesi**

Çalışmamızda öğrencilerin tuvalete gitme sıklığı günde yedi kereden az olanların sayısı %88,7, yediden fazla gidenlerin sayısı %11,3 olduğu saptanmıştır. Gümüş ve ark.'nın (1999) yaptıkları araştırmada çocukların %16,7'si her gece, %83,3'ü ise haftada en fazla iki kere altını ıslattığı saptanmıştır. Toktamış ve ark.'nın (2008) enüretik çocukların %63,9'unun her gün altını ıslattığı belirtilmiştir. Enürezisli çocukların %26'sı her gece, %36,2'si haftada birkaç kere yataklarını ıslattığı (Serel ve ark., 1997), Özden ve ark.'nın (2007) enürezisli çocukların %33,3'ü her gece yatağını ıslattığı, De Sousa ve ark.'nın (2007) öğrencilerin %36,61'inin her gece altını ıslattığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda oranın düşük çıkması diğer çalışmalara göre sadece bir ilçede yapılmış olması, örneklem büyüklüğü ve riskli olan öğrenci sayısının diğer çalışmalara nazaran düşük çıkması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

### **5.4. Öğrencilerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Çalışmamızda işeme problemi riski olan öğrencilerin annelerinin demokratik tutum, ev kadınlığı rolünü reddetme tutumlarından aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Annelerin sergiledikleri bu tutumlar çocukta işeme bozukluğu semptomlarının azalmasında etkili olmaktadır. Demiriz ve Öğretir'in (2007) PARİ'yi kullanarak Kastamonu'da alt ve üst sosyo ekonomik düzeyde bulunan 10 yaşındaki çocukların anne tutumlarını inceledikleri çalışmada alt sosyo ekonomik düzeydeki annelerin daha koruyucu, annelik rolünü daha fazla reddeden, aile içinde daha geçimsiz ve daha sıkı disiplin uyguladıkları saptanmıştır.

Jones ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada DE'li çocukların ailelerine çocuk davranış envanterini uygulamışlar ve aileler çocukları ile ilgili ciddi öğrenme ve okul problemleri olduğunu, inatçı ve ketum olmakla birlikte isteklerini daha çok geri çevirdiklerini, dikkat eksikliğinin de çok fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum bizim çalışmamızda da annelerin sıkı disiplin tutumu gösterdikleri için öğrencilerde risk düzeyi artış göstermekte işeme bozukluklarına yol açmaktadır.

Durmuş (2006) da 3-6 yaş arası çocuğu olan annelerin kişilik özellikleri ile anne baba tutumlarının bazı değişkenlere göre incelediği çalışmasında ilköğretim mezunu ailelerin daha çok aşırı koruyucu ve baskı disiplin içeren anne baba tutumu sergiledikleri anne ve babaların eğitim düzeyleri arttıa tutumlarında pozitif bir değişme olduğu, anne ve babaların çocuklarına karşı daha demokratik, eşitlikçi ve paylaşımcı davrandıklarını saptamışlardır. Çalışmamızda işeme problemi olmayan çocukların annelerinin ev kadınlığını reddetme tutumu ile IBSS leğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde, zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Işeme problemi olmasa da annelerin çocuğa bakmak istememe, sorumluluklarını yapmama isteğinin olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda anne ve babaların yüksek oranda ilkokul/ortaokul mezunu olması Durmuş'un (2006) alışmasıyla uyum göstermektedir.

Arı ve Seçer'in (2003) PARİ leğini kullanarak ortaöğretim öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise annelerin farklı düzeylerdeki aşırı koruyucu tutumu çocukların psikososyal temelli problem çözme becerilerini etkilemektedir. Tam demokratik olan ailelerin çocuklarının psikososyal temelli problem çözme becerisi puan ortalamalarının, orta düzeyde demokratik olan ve demokratik olmayan ailelerin çocuklarına göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bizim alışmamızda da demokratik tutumlu annelerin çocuklarında işeme bozukluklarının görülmemesinde etkili olduğu saptanmıştır.

PARİ leğini kullanarak İstanbul'da yapılan bir çalışmada enurezisli çocukların annelerinde aşırı koruyuculuk, baskı ve disiplin boyutlarının yüksek çıktığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızla da benzer sonuç olduğu saptanmıştır (Hızel, 1999).

Haktanır ve ark.'nın (1999) sosyo-demografik özelliklerle anne baba tutumlarını (PARİ) inceledikleri çalışmada sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerde cezalandırıcı, kısıtlayıcı, istismar ve ihmale varan olumsuz tutumlar saptarken; sosyo ekonomik düzey arttıa olumsuz yaklaşımların azaldığı ve demokratik tutumların ne çıktığı, ailelerin eğitim düzeyleri ykseldie demokratik tutumlarda ve sevgi gösterisinde artış belirlenirken cezalandırma, baskı, reddetme, ilgisizlik, şiddet ve karı-koca geimsizliğinde azalma görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmamızda eğitim durumu ile tutumlar arasında bir korelasyon aranmamasına rağmen öğrencilerin annelerinin gösterdiği demokratik tutum olumlu yönde riskin azalmasında etkilidir.

Hong Kong’da yapılan bir araştırmada PARI ölçeği kullanılarak 7-15 yaşları arasında hastane ve öğrenci sağlık merkezlerinden deney (NE’li çocuklar) ve kontrol grubu olmak üzere çocuklarla yapılan araştırmada; ailelerine çocuk davranış indeksi ve aile stres indeksi verilmiştir. Bunun sonucu olarak deney grubundaki ailelerin çocuk davranış indeksinin problem ve beceri skalasında daha kötü puanlar aldıkları ve kontrol gurubuna kıyasla daha fazla dikkat sorunu ve saldırgan davranışlar ve daha az sosyal beceri, okul başarısu gösterdikleri saptanmıştır. Aileleri ise yüksek oranda yetiştirme stresi yaşamakta oldukları belirtilmiştir (Chang, 2002).Bizim bulgularımızdan farklı olarak bu çalışmada çocuklarda oluşan sorunları ortaya çıkarması yönünden önem taşır.



## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1. Sonuçlar**

İlköğretim öğrencilerinde aile tutumları ile işeme bozuklukları ilişkisini incelediğimiz bu çalışmamızda sonuçlar şöyledir:

\*Çalışmamızda çocukların %8,5'inde (40)işeme bozukluğunun mevcut olduğu saptanmıştır.

\*Çalışmamızda çocukların %11,4'ünde (54) diüurnal enürezis, %14,9'unda (70) nokturnal enürezis olduğu saptanmıştır.

\*Ailelerin çocuklarının uyku derinliğine verdikleri cevaplarda çocukların işeme bozuklukları riskli olanlarının daha derin uykuya sahip olduğu saptanmıştır.

\*Sıkı disiplin tutumundan aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Sıkı disiplin uygulamaları arttıkça işeme bozuklukları riski artmaktadır.

\*İşeme problemi olan riskli öğrencilerin demokratik tutumdan aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Annelerin demokratik tutumları arttıkça çocuklardaki işeme bozuklukları semptomları azalmaktadır.

\*Öğrencilerin annelerinin ev kadınlığı rolünü reddetme tutumundan aldıkları toplam puan ile IBSS'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Annelerin ev kadınlığı reddetmeleri çocuklarda işeme bozuklukları riskinin artmasına neden olabilir.

## 6.2. Öneriler

- ✓ Ailelere bu duruma yol açan nedenler konusunda bilgi verilmelidir.
- ✓ Çocuklara baskıcı ve yanlış tuvalet eğitimi verilmemelidir. Bu durum çocukta tepki olarak işeme bozuklukları görülmesinde etkili olmaktadır.
- ✓ Aileler çocuğu utandırma, azarlama, korkutma ve cezalandırmanın olumsuz etkileri konusunda uyarılmalıdır
- ✓ Sorunun çözümünde çocuğun özgüvenini artırması desteklenmelidir. Okul sağlığı hemşireleri çocuğun ailesi ve öğretmeni ile bu konuda bilgi alışverişinde bulunmalı gerekirse konu hakkında eğitim vermelidirler.
- ✓ Aynı zamanda okul sağlığı hemşireleri sınıf öğretmenleri, okul aile birliği üyelerini de katarak etkili anne baba davranışlarına yönelik grup eğitimleri organize edebilir ve işeme bozukluklarının etkisine ilişkin sonuçları izlemede yol gösterici role sahip olabilirler.
- ✓ İşeme bozukluğu olan öğrencilerin aile tutumlarının ve çocuk yetiştirme tarzlarındaki eksikliklerinin ortaya çıkarılmasıyla belirlenen ailelere bu konuda destek verilerek aile farkındalık programları oluşturulabilir.
- ✓ Bu konuda hemşire araştırmacılarının girişimsel çalışmalarına yönelik (hemşire okul aile işbirliği) araştırmalar yapmaları önerilir.

## **7. KAYNAKLAR**

- Akbaba M, Kis S, Sütölk Z, Demirhindi H, Özdener O, Kis C. Bir Yatılı Bölge Okulunda Enürezis Nokturna Prevalansı ve Nedenleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008;7(3): 213-16.
- Akbal C, Genç Y, Burgu B, Özden E, Tekgöl S. Dysfunctional Voiding and Incontinence Scoring System: Quantitative Evaluation of Incontinence Symptoms in Pediatric Population. The Journal of Urology, 2005; 173: 969-73.
- Akman Y, Çam K, Şenel F, Erol A. Düzce’de İlkokul Çağı Çocuklarda Enürezis Nokturna Prevalansı. Türk Üroloji Dergisi, 2001; 27(2):179-183.
- Alpay H, Bıyıklı N. İşeme Bozuklukları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2003; 12(3):122-126.
- Arı R, Seçer Z. Farklı Ana Baba Tutumlarının Çocukların Psikososyal Temelli Problem Çözme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2003; 10:451-64.
- Avanoğlu A, Başaklar CA. Olmayan Detrüsör-Sfinkter İşlev Bozuklukları ve Nokturnal Enürezis. In: Puri P, Hölwarth M, editors. Çocuk Cerrahisi. Ankara: Palme Yayıncılık;2006. s. 1435-54.
- Bakker E, Sprundel M, Auwera J.C, Gool J.D, Wyndaele J.J. Voiding Habits and Wetting in Population of 4332 Belgian Schoolchildren Aged Between 10 and 14 Years. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 2002; 36 (5): 354-62
- Boris N, Dalton R. Enuresis (Bed-wetting). Nelson Textbook of Pediatrics. Editors: Behrman, Kliegman, Jenson. International Edition, 17th Edition, 2004: 74-75.

- Bozlu M, Çayan S, Doruk E, Canpolat B, Akbay E. Çocukluk Çağı ve Adolesan Yaş Grubunda Nokturnal ve Diurnal Enürezis Epidemiyolojisi. Türk Üroloji Dergisi, 2002; 28 (1): 70-75
- Bower W.F, Moore K.H, Shepherd R.B, Adams R.D. The Epidemiology of Childhood Enuresis in Australia. British Journal of Urology, 1996; 78:602-6.
- Bower WF, Yip SK, Yeung CK. Dysfunctional elimination symptoms in childhood and adulthood. J Urol. 2005; 174: 1623–1628.
- Butler R. Childhood Nocturnal Enuresis: Developing a Conceptual Framework. Clinical Psychology Review, 2004; 24: 909–31.
- Chang SSY. Behavioural Problems in Children And Parenting Stress Associated With Primary Nocturnal Enuresis in Hong Kong. Acta Paediatr, 2002; 91:475-79.
- Chang P, Chen W.J, TSAI W.-Y, CHIU Y.-N. An Epidemiological Study of NokturnalEnuresis in Taiwanese Children. BJU International, 2001; 87:678-81.
- Dalgıç N, Yıldız A. Keçiören İlçesi Çizmeci İlköğretim Okulunda Enürezis Sıklığı ve EtkiliFaktörlerin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1998; 51(2):83-84)
- De Sousa A, Kapoor H, Jagtap J, Sen M. Prevalence And Factors Affecting EnuresisAmongst Primary School Children. Indian Journal of Urology, 2007; 23:354-57.
- Demiriz S, Öğretir A. Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2007; 15 (1):105-122.
- DSM-IV. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Çeviri Editörü: Köroğlu, E. Amerikan Psikiyatri Birliği Hekimler Yayın Birliği, 1998; 131-133.

- Durmuş R. 3-6 Yaş Çocuğu Olan Ailelerin Kişilik Özellikleri İle Anne Baba Tutumlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2006. İstanbul.
- Erdoğan A, Akkurt H, Boettjer N, Yurtseven E. ve ark. Prevalence And Behavioural Correlates of Enuresis in Young Children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2008; 44:297–301.
- Esposito M, Gallai B, Parici L, Roccella M, Marotta R, Lavano MS, Mazzotta G, Carotenuto M. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013; 9:437-443.
- Glazener CMA, Evans JHC. Simple Behavioural And Physical Interventions For Nocturnal Enuresis in Children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004.
- Gümüş B, Vurgun N, Lekili M, İşcan A, Müezzinoğlu T, Büyüksu C. Prevalence of Nocturnal Enuresis And Accompanying Factors in Children Aged 7-11 Years in Turkey. *ACTA Paediatrica*, 1999; 88(12): 1369-72.
- Gür E, Turhan P, Can G, Akkuş S. ve ark. Enuresis: Prevalence, Risk Factors And Urinary Pathology Among School Children in İstanbul, Turkey. *Pediatrics International*, 2004; 46:58-63.
- Haktanır G., Çocuğun Tuvalet Eğitimi Kazanmasında Ailenin Rolü. 1. Ulusal We Sempozyumu Bildiri Kitabı: 50-59, 1993, Ankara.
- Haktanır G, Aral N, Alisinanoğlu F, Baran G ve ark. Türkiye’de Anne Baba Tutumu Araştırmalarına Genel Bakış. Onur B, ed. *Cumhuriyet ve Çocuk*. Ankara. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, 1999; 331-44
- Heap J. Enuresis in Children and Young People: a Public Health Nurse Approach in New Zealand. *J Child Health Care*, 2004; 8(2) :92–101

Hızel M. Okul Çocuklarında (7-12 Yaş) Görülen Enürezis ve enkoprezis Sıklığının Aile Tutumu İle İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 1999. İstanbul.

International Children's Continence Society; ICCS, Terminology Document, <http://www.i-c-c-s.org/StandardizationArticle.pdf>, Erişim Tarihi: 10.01.2009

Jones-Kodman C, Hawkins L, Schulman S. Behavioral Characteristics of Children With Daytime Wetting. *The Journal of Urology*, 2001; 166(6): 2392-95

Jansson UB, Hanson M, Hanson E Hellström AL, Sillén U. Voiding pattern in healthy children 0 to 3 years old: a longitudinal study. *J Urol*. 2000; 164: 205

Kefi A, İrer B, Sıçramaz H, Ertan B. ve ark. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda İşeme Bozukluklarının Sorgulaması. 2006 Üroloji Kongre Kitabı, 2006. Antalya

Kefi A, Tekgül S. Nokturnal Enürezis. *Türk Üroloji Dergisi*, 2006; 32(1): 99-105

Koca O, Öztürk M, Küçük E, Akyüz M, Karaman M. Türkiye'de Ailelerin Enüretik Çocuklarına Uyguladıkları İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri ve Oranları. *Yeni Üroloji Dergisi* 2012;7 (2):16-19.

Lee S, Sohn D, Lee J, Park N, Chung M. An Epidemiological Study of Enuresis in Korean Children. *BJU International*, 2000; 85: 869-73

Lottmann H. Enuresis Treatment in France. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1999; 33(1): 33-34.

Neveus T, Gontard A, Hoebeke P. The standartization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the standartization committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*. 2006; 176: 314-324.

Olçay N, Ertuğrul YT. *Pediatric 2. Cilt 2*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1993; 742-743,

- Öner N. Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler. İkinci Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 2006;1018-1019.
- Öztürk C, Şanlı D. Annelerin Eğitim Durumunun Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. Ege Pediatri Bülteni, 2007; 14(3):145-150.
- Özden C, Özdal L, Altinova S, Oğuzulgen İ. ve ark. Prevalence and Associated Factors of Enüresis in Turkish Children. International Braz J Urol., 2007;33(2):216-22.
- Özkalp E, Arıcı H, Bayraktar H, Aydın O. ve ark. Giriş ve Tutum Kavramı. Davranış Bilimlerine Giriş. Özalp E. ed. Açıköğretim Fakültesi Yayını No:722, 2004; 281. Eskişehir.
- Schaefer E, Bell R. Development Of A Parental Attitude Research Instrument. Child Development, 1958; 29(3):339-61
- Schulman SL. Voiding dysfunction in children. Urol Clin N Am. 2004; 31: 481–490.
- Schulpen TWJ. The Burden of Nocturnal Enuresis. Acta Pediatr, 1997; 86:981-84.
- Serel A, Akhan G, Koyuncuoğlu H, Öztürk A. ve ark. Epidemiology of Enuresis in Turkish Children. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 1997; 31:537-39.
- Sonbahar AE, Budak S, Sağlam HS, Köse O, Kumsar Ş, Adsan Ö. Evaluation of School Children's Voiding Problems in Sakarya Region. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2013;1-3.
- Tekgöl S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, Radmayr Chr, Stein R. Guidelines on Paediatric Urology European Society for Paediatric Urology. 2011; 10: 26-28.

Toktamış A, Demirel Y, Özkan K, Garipardıç M ve ark. Prevalence and Associated Factors of Day Wetting and Combined Day and Night Wetting. Urol Int, 2008; 1:54–59

Uğuralp S, Karaoğlu L, Karaman A, Demircan C, Yakıncı C. Frequency of Enuresis, Constipation and Enuresis Association with Constipation in a Group of School Children Aged 5-9 Years in Malatya, Turkey. Turk J Med Sci, 2003;33: 315-20.

Yavuzer H. Ana-Baba ve Çocuk. Farklı Ana-Baba Tutumları. Onsekizinci Basım. Remzi Kitabevi, 2005; 26-34.

Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. 29. Basım. Özgür Yayınları, ,2008; 327-31.

## **8. EKLER**

### **8.1. İşeme Bozukluğu Olan Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerini Belirleme Anketi (Ek 1)**

1. Çocuğunuzun cinsiyeti
  - a.Kız
  - b. Erkek
2. Yaşı.....
3. Kardeş sayısı
  - a.Yok
  - b. 1
  - c. 2 ve daha fazla
4. Anne sağ mı?
  - a. Evet
  - b. Hayır
5. Baba sağ mı?
  - a. Evet
  - b. Hayır
6. Anne baba birliktelik durumu nedir?
  - a. Anne baba beraber
  - b. Anne baba ayrılmış
7. Annenizin eğitim durumu nedir?
  - a. Okur yazar değil
  - b. Okur yazar
  - c. İlkokul/Ortaokul
  - d. Lise

- e. Üniversite
8. Babanızın eğitim durumu nedir?
- Okur yazar değil
  - Okur yazar
  - İlkokul/Ortaokul
  - Lise
  - Üniversite
9. Anne çalışıyor mu?
- Evet
  - Hayır
10. Baba çalışıyor mu?
- Evet
  - Hayır
- 11.Çocuğunuzun uykusu derin midir?
- Evet
  - Hayır
12. Çocuğunuz gece boyunca altını ıslatır mı?
- Evet
  - Hayır
- 13.Çocuğunuz altını ıslattıktan sonra uyanır mı?
- Evet
  - Hayır
14. Çocuğunuzun tekrarlayan boşaltım sistemi (idrar yolu) enfeksiyonu oluyor mu?
- Evet
  - Hayır
15. Kardeş/ kardeşlerinden altını ıslatan var mı?
- Evet
  - Hayır
16. Aile büyüklerinde altını ıslatan var mıydı?
- Anne ya da baba altını ıslatırdı
  - Anne ve baba altını ıslatırdı
  - Anne ve baba altını ıslatmaz
17. Yatak ıslatması nedeniyle tedavi gördü mü ?
- Evet
  - Hayır
18. Çocuğunuz ne çeşit bir tedavi aldı?
- Tıbbi tedavi
  - İşemek için uyandırma
  - Alarm tedavisi
  - Büyümesi için bekleme
  - Sıvı kısıtlaması

## 8.2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Belirleme (İBSS) Ölçeği (Ek 2)

Çocuğunuz gündüz idrar kaçırmıyor mu?	Hayır kaçırmaz	Bazen	Günde 1-2 kez	Her zaman
	0	1	3	5
Çocuğunuz gündüz idrar kaçıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor?	Damla damla	Sadece külot ıslak	Pantolon tamamen ıslak	
	1	3	5	
Çocuğunuz gece idrar kaçırmıyor mu?	Hayır kaçırmaz	Haftada 1-2 gece	Haftada 3-5 gece	Haftada 6-7 gece
	0	1	3	5
Çocuğunuz gece idrar kaçıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor?	Çamaşırı veya pijaması ıslanır	Yatak ıslanır		
	1	4		
Çocuğunuz günde kaç kere tuvalete çiş yapmaya gider?	7 den az	7 den fazla		
	0	1		
Çocuğunuz işerken ıknır mı?	Hayır	Evet		
	0	4		
7. Çocuğunuz işerken ağrısı olduğunu söyler mi?	Hayır	Evet		
	0	1		
8. Çocuğunuz işerken bir başlayıp birdurarak çişini yapar mı?	Hayır	Evet		
	0	2		
9. Çocuğunuz çışı bitince tekrar tuvalete gidip çişini yapar mı?	Hayır	Evet		
	0	2		
10. Çocuğunuz aniden çişinin geldiğini söyleyip hızla tuvalete koşuyor mu?	Hayır	Evet		
	0	1		
11. Çocuğunuz oyun sırasında bir	Hayır	Evet		

kenara diz üstü çöküp idrarını tutmaya çalışıyor mu?	0	2		
12. Çocuğunuz çışı geldiğinde tuvalete yetişemeden çışini altına kaçırıyor mu?	Hayır	Evet		
	0	2		
13. Çocuğunuzun kabızlığı var mı?	Hayır	Evet		
	0	1		
<b>HAYAT KALİTESİ</b>				
Çocuğunuzda yukarıda sayılan şikâyetlerden bir veya birkaçı varsa bu aile, okul ve sosyal yaşantısını ne kadar etkiliyor?	Hayır Etkilemiyor	Evet az etkiliyor	Evet etkiliyor	Evet ciddi etkiliyor
	0	1	2	3

### 8.3. Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) (Ek 3)

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup şu şekilde değerlendiriniz.

4	3	2	1
Çok uygun buluyorum	Oldukça uygun buluyorum	Biraz uygun buluyorum	Hiç uygun bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur. Sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekir. Bütün soruların cevaplandırılması gerekmektedir. Bu yüzden bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa cevaplandırmanızı rica ederiz.

1-Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.	4	3	2	1
2-Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen bunların onlara açılmamasını anlayamazlar.	4	3	2	1
3-Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse o kadar iyi olur.	4	3	2	1
4-Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.	4	3	2	1
5-Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir	4	3	2	1
6-Çocuk yetiştirmek sinir bozucu yıpratıcı bir iştir.	4	3	2	1
7-Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki zamanını boşa geçirmesi affedilemez.	4	3	2	1
8-Babalar, biraz daha şefkatli olsalar anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler	4	3	2	1
9-Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır.	4	3	2	1
10- Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11- Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini Bilmelidir	4	3	2	1
12-Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi Olacaktır	4	3	2	1

13-Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.	4 3 2 1
14-Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek bir annenin görevidir.	4 3 2 1
15-Anne babalar çocuklarına sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını Öğretmelidirler	4 3 2 1
16-Bütün genç anneler bebek bakımında beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4 3 2 1
17-Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa; hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4 3 2 1
18-Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	4 3 2 1
19-Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi babalarının daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.	4 3 2 1
20-Bir çocuğa ne olursa olsun dövüşmekten kaçınması öğretilmelidir.	4 3 2 1
21-Çocuklar bencil olduklarında annelerinin tepesinin atması normaldir.	4 3 2 1
22-Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4 3 2 1
23-Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna Kapılırlar.	4 3 2 1
24-Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4 3 2 1
25-Küçük bir çocuk cinsiyet konusundan sakınmalıdır.	4 3 2 1
26-Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.	4 3 2 1
27-Uyanık bir anne baba çocuğunun bütün düşüncelerini öğrenmelidir.	4 3 2 1
28-Çocuklar anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler	4 3 2 1
29-Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikâyetçi Olurlar.	4 3 2 1
30-Sert terbiye sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4 3 2 1
31-Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.	4 3 2 1
32-Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	4 3 2 1
33-Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevleri yerine getirirler.	4 3 2 1

34-İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4 3 2 1
35-Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4 3 2 1
36-Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	4 3 2 1
37-Çocuklardan sık sık ödün vermeleri anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4 3 2 1
38-Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerden korkarlar.	4 3 2 1
39-Bir çocuğa başı derde girdiğinde dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.	4 3 2 1
40-Anne baba arasındaki tartışmalar hafif bir şekilde geçiştirilemez.	4 3 2 1
41-Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.	4 3 2 1
42-Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemeli.	4 3 2 1
43-Oğlan ve kız çocuklarının soyunurken birbirlerini görmemeleri gerekir.	4 3 2 1
44- Çocukların sorunlarına eğilerseniz sizi oyalamak için bir çok masal uydururlar.	4 3 2 1
45-Eğer anne babalar çocuklarıyla daha çok ilgilenirler şakalaşırlarsa çocuklar onların öğütlerini daha çok dinlerler.	4 3 2 1
46-Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4 3 2 1
47-Bir çocuk eninde sonunda anne babasının sahip olduğundan daha fazla akla sahip olamayacağını anlar.	4 3 2 1
48- Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de bu babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur	4 3 2 1
49-Genç bir anne için bebeğin bakımında yalnız kalmak kadar kötü bir şey olamaz.	4 3 2 1
50-Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoş karşılanamaz.	4 3 2 1
51-Aileler çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemelerini öğretmelidirler.	4 3 2 1
52-Akıllı bir kadın bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	4 3 2 1
53-Evde olup biteni sadece anne bildiği için ev hayatını o planlamalıdır.	4 3 2 1
54-Kendi haklarına sahip olabilmesi için bazen bir kadının kocasını terslemesi	

gerekebilir.	4 3 2 1
55-Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek bir kadına kanadı kopmuş kuş hissi verir.	4 3 2 1
56-Eğer anne bütün sorumluluğu üzerine alırsa aile rahatlar.	4 3 2 1
57-Anne babalar çocuklarını güç işlerden sakınmalıdırlar.	4 3 2 1
58-Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4 3 2 1
59-Çocuklarının toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlıklarıyla ve eğlenceleri ile ilgilenen anne-babalar onların daha iyi yetişmelerini sağlarlar	4 3 2 1
60-Anne babaya sadakat her şeyden önce gelir.	4 3 2 1

#### 8.4. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 4)

Sayın Katılımcı.....

Bu araştırmada Ödemiş İlköğretim Okulu'nda okuyan İlköğretim 7-10 yaş grubu öğrencilerde işeme bozukluğu olan çocukları saptamak ve aile tutumları ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Bunun için öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren bir veri toplama formu, İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Belirleme (İBSS) ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) kullanılacaktır. Bu çalışmada verdiğiniz tüm bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Alınan veriler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Sorulara doğru cevap vermeniz gelecekte size verilecek hizmetlerin planlanmasında bize yol gösterici olacaktır.

Katılımlarınız için teşekkür ederim.

Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı (İsteğe Bağlı): .....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı Soyadı: NAZİFE OKUR

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....



## 8.5. İzmir İl Millî Eğitim İzni (Ek 5)

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

09 Aralık 2009

Sayı : B.08.4.MEM.4.35.00.03.1/87759  
Konu : Nazife SOYER'un  
Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA  
İZMİR

İlgi: a) 28/02/2007 tarihli ve B.08.4.EDG.0.33.03.311/1084 sayılı Makam Onayı.  
b) Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 02/12/2009 tarihli ve B.30.2.DEÜ.0.42.72.00/3602 sayılı yazısı.

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nazife SOYER'in "**İlköğretim Öğrencilerinde Aile Tutumları İle İşeme Bozuklukları İlişkisinin İncelenmesi**" konulu tez çalışması için kullanacağı anketleri, Ödemiş İlköğretim Okulu 1.Kademe öğrencilerinden 668 öğrencinin annelerinde uygulamak istediği belirtilmektedir.

Söz konusu anketin uygulamasının, yukarıda belirtilen ilköğretim kurumunda, 2009-2010 eğitim-öğretim yılında, eğitim öğretimi aksatmadan yapılması, araştırma sonucunun bir örneğinin Müdürlüğümüze verilmesi kaydıyla uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınızı arz ederim.

  
Süleyman ÖZDURAN  
Müdür V.

OLUR

08/12/2009  
Sait TOPOĞLU  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK: Form (1 Sayfa)



35268 Konak / izmir  
Telefon : (0 232) 4410332/208  
Faks : (0 232) 4893069  
E-Posta : [argo35@meb.gov.tr](mailto:argo35@meb.gov.tr)  
http://izmir.meb.gov.tr



## 8.6. Araştırma Değerlendirme Formu (Ek 6)

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

### ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Nazife SOYER
Kurumu / Üniversitesi	Dokuz Eylül Üniversitesi
Araştırma yapılacak iller	İzmir
Araştırma yapılacak eğitim kurumu ve kademesi	Ödemiş İlköğretim Okulu 1. Kademe öğrencilerinden 668 öğrencinin anneleri
Araştırmanın konusu	İlköğretim Öğrencilerinde Aile Tutumları İle İşeme Bozuklukları İlişkisinin İncelenmesi
Üniversite / Kurum onayı	Var
Araştırma/proje/ödev/tez önerisi	İlköğretim Öğrencilerinde Aile Tutumları İle İşeme Bozuklukları İlişkisinin İncelenmesi
Veri toplama araçları	İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Belirleme (İBSS) Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI), İşeme Bozukluğu Olan Çocukların Sosyodemografik Özelliklerini Belirleme Anketi
Görüş istenilecek Birim/Birimler	-----
<b>KOMİSYON GÖRÜŞÜ</b>	
İlgi: Millî Eğitim Bakanlığı'nun 28/02/2007 tarihli ve 1084 sayılı Millî Eğitim Bakanlığı'na Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi. Yönergenin 5. maddesi gereğince; araştırma başvurusu olması gereken nitelikler açısından incelenmiş olup, araştırmanın 2009-2010 öğretim yılında eğitim öğretimi aksatmayacak şekilde yapılmasına oybirliği ile karar verilmiştir.	
Komisyon kararı	Oybirliği ile alınmıştır.
Muhalif üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi; -----


9.7.12/2009  
  
Komisyon Başkanı  
Zahide MUTLUKAN  
Şube Müdürü

**KOMİSYON**  
  
Üye  
Dr. Sevtap YAZAR  
Öğretmen

  
Üye  
Dr. Saliha KUTLUER  
Öğretmen

## 8.7. Etik Kurul Kararı (Ek 7)



<b>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI</b>	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/762	Tarih: 11/06/2009
<p><b><u>Etik Kurul Üyeleri</u></b> Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan) Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(Başkan Yrd.) Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye) Yard.Doç.Dr.Hatice MERT (üye)</p> <p><b><u>Etik Kurul Sekreteri</u></b> Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK</p>	<p><b>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE</b></p> <p>Etik Kurulumuzun 11 Haziran 2009 tarih ve 50/2/09 sayılı toplantısında, 654 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Yard.Doç.Dr.Şeyda ÖZBIÇAKCI'nın danışmanlığını yaptığı Yüksek Lisans Öğrencisi Nazife SOYER'in "İlköğretim Öğrencilerinde Aile Tutumları ile İşeme Bozuklukları İlişkisinin İncelenmesi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof.Dr.Zühal BAHAR Etik Kurul Başkanı</p>

## 8.8. Arbis Özgeçmiş Formu (Ek 8)



**NAZİFE OKUR**

### Kişisel Bilgiler

#### İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	47860328042
Doğum Tarihi	05/02/1985
İletişim Adresi	Zafer Mahallesi, Ortaç Sok. No:10
Telefon	(544) 732 40 01
E-posta	nazifeokur35@gmail.com
Web Adresi	

#### Eğitim Bilgileri

16 Eylül 2009 - Şu Anda (9 yıl 9 ay)  
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)  
Diploma Numarası: -  
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.67 / 4.0

#### Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Temmuz 2008 - Şu Anda (11 yıl) (Tam Zamanlı)  
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZMİR ÖDEMiŞ DEVLET HASTANESİ

#### Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: Orta)

