

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLKOKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA
İŞEME DİSFONKSİYONLARI İLE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Huri YOĞURTÇU

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR

2015

DEU.HSI.MSc-2011970140

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLKOKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA
İŞEME DİSFONKSİYONLARI İLE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HURİ YOĞURTÇU

Yrd. Doç. Dr. FATMA ŞEYDA ÖZBIÇAKCI

DEU.HSI.MSc-2011970140

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TABLO DİZİNİ.....	1
ŞEKİL DİZİNİ.....	11
KISALTMALAR.....	111
TEŞEKKÜR.....	1V
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Alt Problemleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Normal İşeme Fizyolojisi.....	6
2.2. İşeme Bozuklukları.....	7
2.3. Dünyada Ve Ülkemizde İşeme Bozukluğu Prevelansı	11
2.4. İşeme bozukluğunun psikososyal etkileri ve sonuçları.....	13
2.5 İşeme Bozukluğu Olan Çocuğa Hemşirelik Yaklaşım.....	14
2.6. İşeme Bozukluklarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın tipi	18
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	18
3.3. Araştırmanın evreni ve örneklemi	13
3.4. Araştırmaya Katılan Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler.....	19
3.5.Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler.....	20
3.6. Araştırmaya Katılan İlkokullara İlişkin Veriler	21
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.8. Veri Toplama Araçları.....	21
3.9. Verilerin Toplanması.....	23
3.10. Araştırma Planı ve Takvimi.....	23
3.11.Verilerin Değerlendirilmesi.....	24

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.13. Etik Kurul Onayı.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1.Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılım.....	26
4.2. İBSS Puanı Değerlendirmesi ve Ortalamasının dağılımı	27
4.3. İşeme Disfonksiyonlarına Göre Semptomların Dağılımı.....	28
4.4.Öğrencilerin İBSS Ölçeğine Göre İşeme Disfonksiyonuna İlişkin Veriler.....	29
4.5.(Kid KINDL) Toplam Puanı ile (İBSS) İşeme Puanı arasındaki ilişki	30
4.6.(Kid KIDL) Ölçeğinin Alt boyutlarına Göre İşeme Puanı İlişkisi	31
4.7. Kid KNIDL Toplam Puanı ile Ebeveyn yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki.....	32
4.8.İşeme Bozukluğu Olan Öğrencilerle Olmayan Öğrencilerin Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Toplam Puanı ile Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Alt Boyutları Toplam Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi.....	33
5. TARTIŞMA.....	34
5.1.Öğrencilerin Kid KNIDL Toplam Puan Ortalaması Değerlendirilmesi.....	33
5.2. Ebeveyn İBSS Puanı Değerlendirmesi ve Ortalamasının Dağılımı.....	35
5.3. İşeme Disfonksiyonlarına Göre Semptomların Dağılımı.....	36
5.4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin İBSS Ölçeğine Göre İşeme Disfonksiyonuna İlişkin Veriler	37
5.5. (Kid KINDL) Toplam puanı ve hayat kalitesi puanı ile (İBSS) işeme skoru arasındaki ilişki.....	40
5.6. (Kid KIDL) Ölçeğinin Alt boyutlarına göre işeme skoru ilişkisi	41
5.7. Kid KINDL Toplam Puanı ile Ebeveynlerin değerlendirdikleri yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki.....	42
5.8. İşeme Bozukluğu Olan Öğrencilerle Olmayan Öğrencilerin Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Toplam Puanı ile Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Alt Boyutları Toplam Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
6.1 Sonuç	45
6.2 Öneriler.....	46
7. KAYNAKLAR.....	48

8. EKLER..... 56

Ek 1. Veri Toplama Aracı (Sosyodemografik veri formu)

Ek 2. Veri Toplama Aracı (İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Anket Formu)

Ek 3. Veri Toplama Aracı Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği 7-13 Yaş (Kid KIDL)

Ek 4. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği 7-13 Yaş (Kid KIDL) kullanım izni

Ek 5. Uygulama İzni Formu

Ek 6. Etik Kurul Kararı

9. ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	19
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	20
Tablo 3. Araştırmaya Katılan İlkokulların Dağılımı	21
Tablo 4. Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
Tablo 5. Ebeveyn İBSS Puan Değerlendirilmesi ve ortalamaları.....	27
Tablo 6. İşeme Disfonksiyonlarına Göre Semptomların Dağılımı	28
Tablo 7. Öğrencilerin İBSS Ölçeğine Göre İşeme Disfonksiyonu Dağılımı	29
Tablo 8. Kind KINDL Toplam Puanı İle (İBSS) İşeme Toplam Puanı Arasındaki İlişki.....	30
Tablo 9. Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Alt boyutlarına göre işeme Puanı ilişkisi	31
Tablo 10. Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ile Ebeveyn Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	32
Tablo 11. İşeme Bozukluğu Olan Öğrencilerle Olmayan Öğrencilerin Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Toplam Puanı ile Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Alt Boyut Toplam Puanı Arasındaki Farkın Dağılımı.....	33

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No

Şekli 1. Merkezi Sinir Sistemi – Parasempatik Sinir Sistemi - Mesane İlişkisi	7
---	---

KISALTMALAR

İB..... İşeme Bozukluğu

İBSS..... İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Anket Formu

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında, tez çalışmamın planlanması, hazırlanması ve sonuçlanması sırasında bana rehberlik eden değerli katkı ve yardımlarından dolayı danışman hocam öğretim üyesi sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma Şeyda Özbıçakcı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, çalışmamın yürütülmesi için izin veren İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne, çalışmamı yürüttüğüm Murat Reis, Özel Çamlaraltı Koleji, Tuğsavul İlkokulu çalışanları ve öğretmenlerine, sınırsız sevgi ile eğitime devam etmem için bütün imkanları sağlayan çok değerli eşime, bana desteğini esirgemeyen Berat Serdar Akdeniz, Ali Karagöz, Fatih Vural ve tüm arkadaşlarıma katkılarından dolayı sonsuz teşekkür ederim.

İLKOKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA İŞEME DİSFONKSİYONLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

HURİ YOĞURTÇU

DEU SAĞLIK BİLİMLERİ ENST

E posta: melis-huri@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, İlkokul öğrencilerinde işeme bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma basit rasgele örneklem yöntemi ile seçilen üç ilkokulda yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında (kid-KINDL) Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (7-13 yaş) ve İşeme Bozuklukları Semptom Skoru ve ailelere ait sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows 15,0 kullanılarak bilgisayarda değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özellikler için sayı ve yüzde, veriler arasındaki ilişkiyi ortaya koymada pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Çocukların kid KINDL yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (77.51 ± 12.40)'dur. Çocuklar ailelerine ilişkin yaşam kalitesini en üst düzeyde (82.8 ± 16.60), kendilerini algılamalarına ilişkin özsaygı puanlarını en alt düzeyde değerlendirmişlerdir (67.73 ± 24.28). Öğrencilerin % 12' sinde işeme disfonksiyonu tespit edildi. En sık görülen semptomlar gündüz (% 16) ve gece (% 14.1) kaçırmadır. Öğrencinin kendi değerlendirdiği yaşam kalitesi puanı ile işeme skorları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0.092$) ($p<0.005$).

Sonuç: Aileler Sınıf öğretmenleri ile öğrencilerin işeme sorunlarını paylaşmak konusunda açık değildirler. Öğrencilere göre işeme disfonksiyonları yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemektedir fakat ebeveynler yaşam kalitesini etkilemediğini düşünmektedir. Ailelerin ve öğretmenlerin işeme disfonksiyonlarına ilişkin farkındalıkları arttırılmalıdır. Bu konuda eğitimler ve tedavi konusunda girişim çalışmaları önerilir.

Anahtar Kelimeler: İşeme bozukluğu, Yaşam Kalitesi, Okul Hemşiresi, Enüresis

EVALUATING OF RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND VOIDING DYSFUNCTION IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

HURİ YOĞURTÇU

DEÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENST

E posta: melis-huri@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: Purpose of this study was to examine the relationship between voiding dysfunctions and health-related quality of life of primary school students.

Material And Methods: Research was executed at three primary school selected by simple random sampling. Data from subjects was collected through the use of “General Purpose Health-related Quality of Life Questionnaire for Children (kid-KINDLE)” (7-13 years), “Voiding Dysfunctions Symptom Score”, and “Socio-demographic Information Form” for families. SPSS for Windows 15.0 was used in the analysis of data. Socio-demographic variables were defined and analysed as numbers and percentages, and pearson correlation analysis was applied for the relation between collected data.

Findings: Average of kid-KINDLE health-related quality of life total score is (77.51 ± 12.40) . Kids evaluated quality of life relating to family maximize (82.87 ± 16.60) and self-esteem scores relating to perceptions of themselves minimal (67.63 ± 24.28) . Voiding dysfunction detected % 12 percent of students. The most common symptoms are enuresis in day (%16) and night (%14,1). Significant negative correlation were determined between self-esteem quality of life score and voiding dysfunction ($p < 0,005$). Significant difference were determined between voiding dysfunction scores and number of sibling. ($p < 0.05$)

Result: The families are not clear about to share the voiding dysfunction problems of their children with their teachers. According to students, voiding dysfunctions affect their health-related quality of life negatively. But the parents consider that voiding dysfunctions has no effect on health-related quality of life. The awareness of the families and the teachers about voiding dysfunctions should be improved. Those are offered to plan education programmes and to attempt the treatment studies about this matter.

Keywords: Voiding dysfunction, quality of life , school nurse, enuresis

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Giriş:

İşeme disfonksiyonları (bozukluğu) (İB) çocukluk çağında sık olarak karşılaşılan bir problemdir (Paul, Alikor, Anochie 2013; Von Gontard ve ark. 2010; Alpay ve Karaaslan Bıyıklı, 2003). İB içinde enürezis, allerjik hastalıklardan sonra çocukluk çağının en yaygın ikinci kronik rahatsızlığıdır (Bolat ve ark.2013; Bilgilisoy, 2009; Keskin Gökdoğan, 2006; Morrison, 2000). Okul öncesi dönemde genellikle aileler tarafından önemsenmez, çocuğun okula başlaması ile beraber; sebep olduğu negatif psikososyal etkilerinden dolayı önemli bir sağlık sorunu olmaktadır (Penbegül ve ark. 2013; Amin, Abou-Khadra, Ahmed, 2011; Rivers, 2010; Özçetin ve ark. 2010; Sureshkumar ve ark.2000).

İşeme disfonksiyonları DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) sınıflandırma sistemi içerisinde dışa atım bozuklukları kapsamında yer almakta ve nokturnal (gece uykuda idrar kaçırma), diurnal (gündüz idrara kaçırma) ve hem nokturnal hem de diurnal olarak üçe ayrılmaktadır. Enürezis; Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği'ne (ICCS) (2006) göre, gün içinde veya geceleri ortaya çıkan idrar kaçırma ve en az 5 yaşındaki çocuklar için kullanılan bir terimdir. Türkiye Enüresiz Klavuzu'na (TEK) (2010) göre, Monosemptomatik enürezis (MNE) ve polisemptomatik enürezis (PNE) olarak iki alt sınıfa ayrılmıştır. MNE üriner sistemde herhangi bir patolojisi olmayan çocuklarda sadece geceleri idrar kaçırma durumudur, PNE ise gece altını ıslatmanın yanı sıra gündüz semptomlarını (ani sıkışma, idrar kaçırma, sık idrar yapma, gündüz idrar kaçırma, kronik kabızlık, gaita kaçırma) bir arada gösterir (McGuinness ve Ellington, 2012; Ertan ve Karaboğa, 2012; Kefi ve Tekgül, 2006; Tanagho ve McAninch, 2004; Alpay ve Bıyıklı, 2003; Neveus ve ark. 1999; Norgaard ve ark. 1997; Guyton 1996).

Günümüzde modern yaşam tarzı ve bunların getirdiği yeni yaşam biçimleri sonucu ortaya çıkan tuvalet alışkanlıklarında ve eğitiminde meydana gelen değişimler sebebiyle işeme fizyolojisi etkilenebilir (Çolpan Yurdakul, 2012; Özçetin ve ark. 2010; Van Dommelen ve ark.2009). İB böbrek hasarı, veziko-üreteral reflü ve üriner sistem enfeksiyonuna yol açabilmektedir (Vaz ve ark. 2012; Kistner, 2009; Sureshkumar, 2009; Soygür, 2008; Berry, 2005; Kanitkar ve ark. 2004). Bozukluğun problem olarak algılandığı dönem genelde okul çağıdır, bu dönem öğrencilerin sağlıklarının şekillendirilmesinde önemli rol oynar (Aljefri ve

ark. 2013; Boisclair-Fahey, 2009; Berry, 2005). Dünyada 50 milyonun üzerinde enürezisli çocuk olduğu tahmin edilmektedir (Paul, Alikor, Anochie, 2013; Alpaslan ve Akgün Kostak, 2012; Kefi ve Tekgül, 2006). Enürezisli çocukların yaklaşık olarak % 80-85'i monosemptomatiktir (Akman, 2012; Bilgilişoy, 2009; Kefi ve Tekgül, 2006).

Dünyada İB prevalansını belirlemek için yapılan çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Brezilya'da sağlıklı okul çocuklarında yapılmış bir çalışmada İB sıklığı % 21,8 (Vaz ve ark. 2012), Karnicnik ve arkadaşları (2012) 6-15 yaş Sloven çocuklarda enüresiz nokturna prevalansını % 12,4, Mahmoodzadeh ve arkadaşları (2013) İran'da 7-11 yaş grubunda enürezis nokturna prevalansını % 18,7, gündüz inkontinans prevalansını % 5,5, Sureshkumar ve arkadaşları (2000) Avustralya'da ilkokul çocuklarında gündüz ve gece idrar kaçırma prevalansını % 19,2, (2009) yılında yinelediği çalışmada prevalansı % 16,9 olarak tespit etmiştir (Sureshkumar ve ark. 2009). Kajiwara ve arkadaşları (2004) Japonya'da 7-12 yaş grubunda gündüz idrar kaçırma prevalansını % 6,3 saptamıştır.

Ülkemizde Sonbahar ve arkadaşları (2013) Sakarya ilinde 6-15 yaş grubunda % 15 İB prevalansını, sıklık sırasına göre fonksiyonel İB prevalansı % 11,2, nokturi % 8,7, enürezis nokturna % 8,6, diüurnal enürezis % 1 olarak saptamıştır. Çolpan Yurdakul (2012) Denizli ilinde 6-12 yaş grubunda İB'nun en çok 6 yaşında (% 23,1), 10 yaşında (% 7,9), 14 yaşında (% 4,9) azalarak gerilediğini ve yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı oranda azaldığını belirtmiştir. Oğraş (2010) Elazığ ilinin kentsel ve kırsal bölgelerinden sünnet amacıyla getirilen 6-12 yaş grubundaki erkek çocuklarında kentserde % 52, kırsalda % 48 enürezis nokturna tespit etmiştir. Gücük ve arkadaşları (2011) 6-16 yaş grubunda Van ilinde erkek çocukların % 52,3'ünde, kızların ise % 47,7'sinde toplamda % 26,5 enürezis nokturna saptamışlardır. Bolat ve arkadaşları (2013) Denizli ilinde 7-14 yaş grubu çocukların % 19,2'sinde nokturnal, % 6,3'ünde diüurnal ve nokturnal enüresis, Şahin, Budak, Sancar, Tatar (2012) Bursa ilinde 6-14 yaş grubunda % 23,5, Toktamış ve arkadaşları (2008) Sivas ve Kahramanmaraş ilinde 5-15 yaş grubunda % 4,6 enüretik olgu bildirmiştir. Soyer ve arkadaşları (2011) enürezis nokturnalı olgularda disfonksiyonel işeme yakınmalarının, olmayan çocuklara göre daha sık olduğunu tespit etmiştir.

Enürezis çocuklarda ve ailelerinde sosyal, duygusal travmaya ve strese neden olan sosyal bir problemdir (McGuinness ve Ellington, 2012; Karnicnik, 2012; Van Dommelen ve ark. 2009; Chang ve ark. 2002). Çocuklar bu durumu ebeveynlerinin ölümü veya boşanmasından sonra, yaşamlarındaki en stresli yaşam olayları arasında sekizinci olarak

sınıflandırmışlardır (Atar ve Sancaktutar, 2011; Von Gontard, 2010). Benlik saygısını negatif etkileyen (Deshpande ve ark. 2011; Von Gontard ve ark. 2010) ikincil psikolojik problemlere neden olabilen bir rahatsızlık olması nedeniyle tedavi edilmelidir (Mahmoodzadeh ve ark.2013; Aljefri ve ark. 2013; McGuinness ve Ellington, 2012; Altıncılıç, Sönmez, Çalışkan, 2010; Von Gontard ve ark.2010; Rivers, 2010;Bower, 2008; Natale ve ark.2009; Sureshkumar ve ark. 2009; Thibodeau, 2009; Collier ve ark. 2002). Benlik saygısı okul çağındaki çocukların öğrenme, optimal sağlık ve üretici davranış geliştirmeleri için önemlidir (Boisclair-Fahey, 2009).

Düşük sosyoekonomik düzey, eğitim koşullarının yetersizliği, anne-babanın eğitim düzeyinin düşüklüğü, öğrenme güçlüğü, hatalı tuvalet eğitimi, okul tuvaleti sayısı ve hijyen yetersizliği İB riskini arttırdığı ileri sürülmüştür (Özgürhan ve ark. 2013; Vaz ve ark. 2012; Gücük ve ark. 2011; Dirim ve ark. 2011; Von Gontard ve ark. 2010; işcan, 2010; Bilgilişoy, 2009; Görür ve ark. 2008; Keskin ve Gökdoğan, 2006; Yurtçu ve ark. 2006; Temel ve ark. 2006; Vernon ve ark. 2003; Sureshkumar ve ark. 2000). İB olan çocuklarda genellikle, yalnızlık hissi, okul başarısında düşme, yüksek anksiyete ve depresyon, idrar ve fekal inkontinans, saldırgan davranış (Amin ve ark. 2011; Suluhan, 2010; Natale ve ark. 2009; Sureshkumar, 2009; Küçük, 2009; Özden ve ark. 2007), hiperaktivite, kekemelik ve tırnak yeme gibi davranış problemleri görülebilir (Alpaslan ve Akgün Kostak, 2012; Karnicnik ve ark. 2012; Özgürhan ve ark. 2012).

Natale ve arkadaşları (2009) alt üriner sistem şikayetleri gibi pek çok kronik durumun kişilerde benlik saygısının düşük olmasına, depresyon, anksiyete ve sosyal dışlanma gibi psikiyatrik bozukluklara neden olarak yaşam kalitesini azalttığını bulmuştur. Buna ek olarak İB semptomlarına bağlı olarak kişide meydana gelen günlük aktivitelerini gerçekleştirememesi, isteksizlik ve sosyal izolasyona neden olarak yaşam kalitesinin bozulacağı düşünülebilir (Thibodeau, 2013; Karaman ve ark. 2013; Çolpan Yurdakul, 2012; Türkcan Aydın, 2012; Bower, 2008). Özçetin ve arkadaşları (2010) alt üriner sistem şikayetlerini inceledikleri bir çalışmada idrar kaçırma şikayeti olan çocukların yaşam kalitesinin olmayan çocuklara göre 12.05 kat daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Akbal ve arkadaşları (2005) İB olan öğrencilerin yaşam kalitesi bozulma oranını % 63.2, olmayanlar da bu oran % 9.1 olarak saptamıştır.

Erişkinlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik çalışmalar son yıllarda hızla artmış olmasına rağmen, çocuklarda daha yeni bir alandır (Ertan ve ark. 2008; Erbay Dünder ve ark. 2007; Sieberer, 2004). Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi erişkinlere

göre bir takım farklılıklar içermektedir. Çocukların gelişim düzeylerine bağlı olarak verebilecekleri yanıtların farklı olması, yaş gruplarına göre değişen ölçeğin olması ve çocukların kendi değerlendirmelerini yapmalarının zorluğu nedeniyle özel çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur (Bekir, Şahin, Aydın, 2013; Eser ve ark. 2008; Eiser 1997). İdrar kaçırma şikayeti olan çocukların ailelerinin de yaşam kalitesinin etkilendiği görülmektedir. Ülkemizde Egemen ve arkadaşları (2008) İB olan çocukların annelerinin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, annelerin vücut ağrısı (% 24.5) ve duygusal rollerini (% 44.6) gösteren yaşam kalitesi skorlarını düşük bulmuştur.

Ailelerin, okul sağlığı yönünden öğretmenlerin İB'nun hastalık olduğu konusunda bilgilendirilmesi, saklı kalan vakaların ortaya çıkarılması için saha ve okul taramalarının yapılması ve erken tedavisi önemlidir (Erbay Dünder ve ark. 2007; Aktepe ve ark. 2010; Alpaslan, Akgün Kostak, 2012; McGuinness ve Ellington, 2012; Özgürhan ve ark. 2013; Oğraş ve ark.2013).

Primer sağlık hizmeti veren okul hemşireleri, İB problemi olan çocuklarda aileye, okula ulaşma ve aile-çocuk-okul arasındaki işbirliğine dayanan programlarda tanılama ve yönetmede ideal bir konumdadırlar (Turan, 2013; Alpaslan ve Akgün Kostak,2012; McGuinness ve Ellington, 2012; Gözen ve Çağlar, 2011; Kaplan ve Demirci, 2010; Aykın ve ark.2009; Ertem, 2009; Berry, 2005; Boyt, 2005; Heap, 2004). Eğitimin ayrılmaz bir parçası olarak öğretmenler, aile ve çocuk arasındaki iletişimi geliştirirler. Okul hemşiresi, öğretmen, aile ve çocuk yeterli iletişim ve bilgiye sahip olursa bireysel sağlık planı oluşturabilir (Rivers, 2010). Boisclair-Fahey (2009) okul hemşirelerinin bireysel sağlık planı oluşturduğu ve aile katılımının sağlanması ile anlamlı derecede düzelme olduğunu kanıtlamıştır.

Ülkemizde okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinde İB' da uygun tanılamalar ve girişimler için hemşirelerin ailelere ve öğretmenlere destek olabilecekleri yeterli bilinç oluşturulmamıştır. Çalışmamız, bu boyutu ile okul hemşireliği hizmetlerinin geliştirmesine katkı sağlayacaktır.

Okul çağı çocuklarının işeme bozuklukları ile ilgili yaşadıkları problemler, tuvalet alışkanlıkları sorunlarının yaşam kaliteleri üzerindeki etkisi ve sorunun boyutları bilinirse çözümü için uygun stratejiler geliştirilebilir. Çocukların, ailelerin ve eğitimcilerin işeme bozuklukları konusunda farkındalıkları artırılabilir. Onların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik çalışmalar başlatılabilir. Okul hemşirelerinin konuya ilişkin eğitimleri sağlanabilir.

Bu araştırma geleceğin sağlıklı bireylerini oluşturmak açısından okul hemşireliğinde önemli olan epidemiyolojik çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülerek, İlkokul öğrencilerinde İB ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, İlkokul öğrencilerinde işeme bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3 Araştırmanın Alt Problemleri

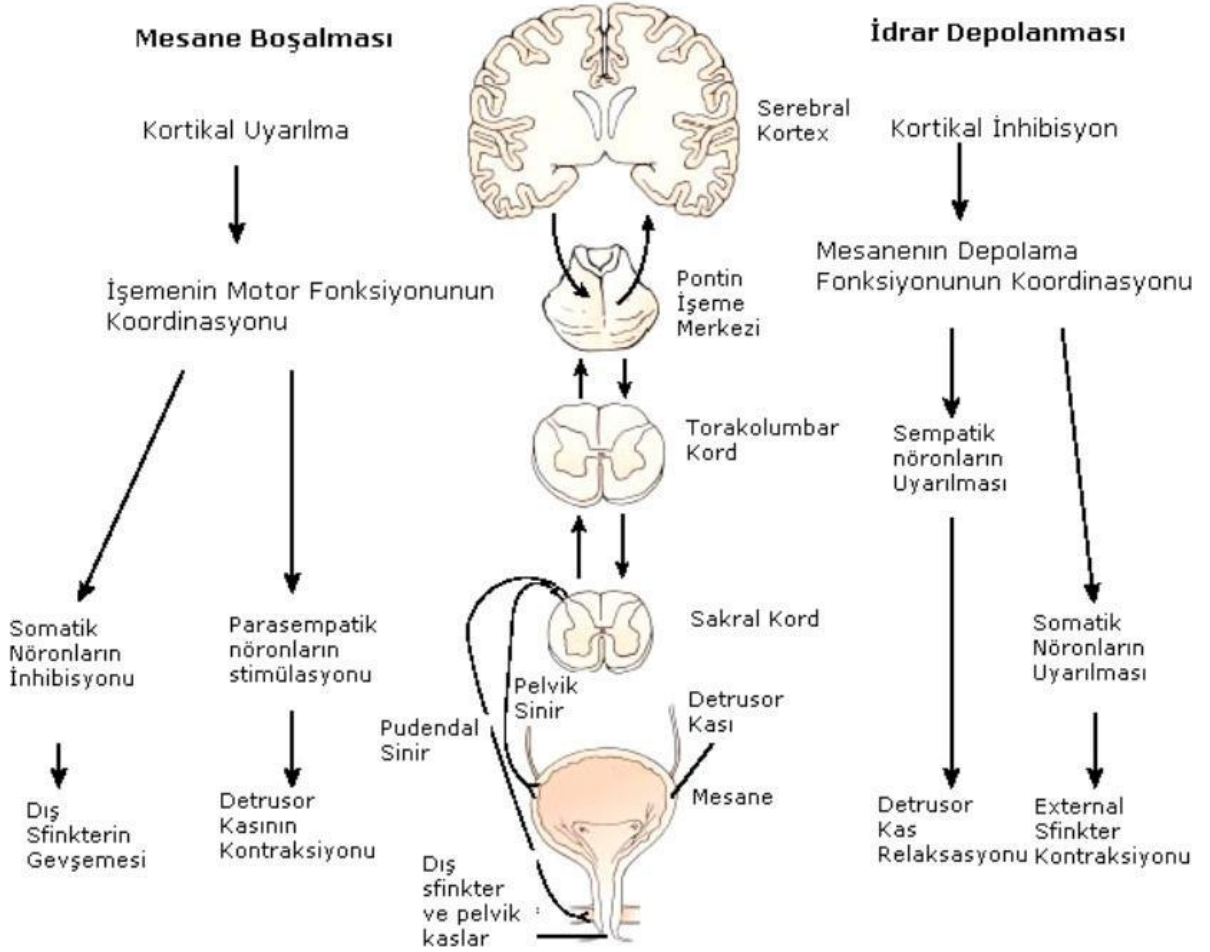
1. İlkokul öğrencilerinin İşeme Bozukluğu Semptom skorları nedir?
2. İlkokul öğrencilerinin gece ile gündüz idrar kaçırmaları arasında fark var mıdır?
3. İlkokul öğrencilerinin İşeme Bozukluğu Semptom skorları ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
4. İşeme bozukluğu durumuna göre öğrencinin yaşam kalitesi puan ortalaması arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. NORMAL İŞEME FİZYOLOJİSİ

Normal işeme fonksiyonu spinal kanal işeme merkezi, beyin sapı, orta beyin ve yüksek kortikal merkezlerin görev aldığı kompleks bir işlemdir (Alpay ve Karaaslan Bıyıklı, 2003).

Normal mesane fonksiyonu için merkezi ve periferik sinir sistemlerinin tam bir uyumu gerekmektedir. Normal işeme siklusu; düşük basınçlı ve yeterli mesane dolum hacmini takiben mesanenin tam boşaltılmasıyla sonuçlanan iki farklı işlemde oluşmaktadır. Mesane doldukça bir çok işeme kontraksiyonu meydana gelir. Bunlar kese duvarındaki yüksek kese içi basınçlarında, idrar dolmaya başladığı zaman posteriyor üretra bölgesindeki reseptörlerin başlattığı gerilme refleksi sonucudur. Kese gerilme reseptörlerinden başlayan duysal sinyaller pelvik sinirlerle spinal kord sakral segmentine iletilirler ve refleks olarak aynı sinirler içindeki parasempatik sinir lifleriyle tekrar geri keseye iletilirler. Kese kısmen dolduğunda işeme kontraksiyonları daha kısa bir sürede kendiliğinden gevşer, detrusor kası kontraksiyonu durdurur ve basınç tekrar bazal seviyeye düşer. Kesenin dolması devam ettikçe işeme refleksi daha da artarak detrusor kasının daha fazla kontraksiyonunu neden olur. İşeme refleksi bir kez başladığında “kendi kendini uyarıcıdır.” Kesenin başlangıçtaki kontraksiyonu gerilim reseptörlerini aktive eder ve keseye ve posteriyor üretraya duysal uyarımları arttırarak kesedeki refleks kontraksiyonların sürmesine neden olur. Bu durum kesenin güçlü bir kontraksiyon düzeyine ulaşmaya kadar devam eder. Bir süre sonra kendi- kendini uyarıcı refleks zayıflamaya başlar ve tekraralama döngüsü biter ve kesenin gevşemesine neden olur (Sivrioğlu, 2005; Kanitkar ve ark. 2004; Tanagho ve McAninch, 2004; Guyton, 1996).



Şekil 1. Merkezi Sinir Sistemi – Parasempatik Sinir Sistemi - Mesane İlişkisi
(Türkcan aydın, 2012)

2.2. İŞEME BOZUKLUKLARI

İşeme disfonksiyonu, çocuklarda belirli miktarda idrar kaçırma söz konusudur. Normal işeme gerçekleşmemektedir. İşeme ile ilgili şikayetler (sıkışma, sık ya da seyrek işeme, erteleme) işeme disfonksiyonunu düşündürmektedir (Soygür, 2008; Sonbahar ve ark. 2013; Rivers, 2010). İşeme bozukluğu mesanenin boşaltma ya da depolama fazındaki anormalliklerden kaynaklanmaktadır ve aynı zamanda idrar yolu enfeksiyonu, sık sık idrara çıkma, ani idrar yapma isteği ile ilişkilidir (Soygür, 2008; Berry, 2005).

Uluslararası Çocuk Kontinans Topluluğu (ICCS, 2006) işeme bozukluğu teriminin organik nedenler dışlandıktan sonra çocuklardaki işlevsel idrar kaçırma problemlerini bir

araya toplamak için kullanılmasını önermektedir. Bu kılavuza göre aralıklı inkontinans, en az 5 yaşındaki çocuklar için kullanılabilen gün içinde veya geceleri ortaya çıkan idrar kaçırma terimidir. Gece uykuda olan inkontinansa **enürezis**, gün içinde uygun olmayan yer ya da zamanda ortaya çıkan istemsiz idrar kaçırmaya ise **diüurnal enürezis** denir. **Primer noktural enürezis** doğumdan itibaren yaşamı boyunca hiç kuru kalmamış ve mesane kontrolü hiçbir zaman kazanılmamıştır. Çocuk tuvalet eğitimini tamamlanamamıştır. Vakaların % 80'ni oluşturur. Genelde sadece gece görülür ve çoğunlukla tek başına bulunur. Bu grupta daha çok genetik yatkınlık, biyolojik ve gelişimsel etkenler sorumlu tutulmuştur.

Sekonder enürezis ise en az 6 ay boyunca kuru kaldıktan sonra tekrar idrara kaçırmaya başlanması durumudur. Yalnızca gece idrar kaçırma şikayeti olup, gündüz idrar kaçırma şikayeti olmayan ayrıca işeme bozukluğu olarak tanımlanan semptomlara (noktüri hariç) sahip değildir. Çocuk tuvalet eğitimini tamamlamıştır. Enürezisin % 20'sini oluşturur. Daha çok 5-8 yaşlarında görülür. Sekonder enürezisten genellikle organik ve psikolojik nedenler sorumludur. Aile düzenindeki önemli değişiklikler ve kayıplar gibi zorlu yaşam olayları, özellikle Sekonder enürezisde nedensel açıdan önem taşır.

Monosemptomatik nocturnal enüresiz (MNE) Mesane semptomlarının eşlik etmediği, yalnız uykuda yatağın ıslanmasına neden olan idrar kaçırmadır. Gece altını ıslatmanın yanında, gündüz de sıkışma, sık idrar yapma ve idrar kaçırma gibi aşırı aktif mesane semptomları olanlar ise **polisemptomatik nocturnal enüresiz (PNE)** olarak tanımlanmaktadır (Tek, 2010; Soygür, 2008; Kefi ve Tekgül, 2006; ICCS, 2006; Alpay ve Karaaslan Bıyıklı, 2003).

2.2.1.İŞEME SEMPTOMLARI

İB semptomları esas olarak mesanenin iki ayrı fonksiyonunu yerine getirmesi sırasında (mesanenin dolma ve boşalma fonksiyonu) ortaya çıkan fonksiyonel bozukluklarıdır (Çolpan Yurdakul, 2012; Kistner, 2009; Berry, 2005; Alpay ve Karaaslan Bıyıklı, 2003).

2.2.1.1. Depolama Fazı Semptomları

İdrar Kaçırma (İnkontinans): Kontrol edilemeyen idrar kaçağı mevcuttur. Sürekli ya da aralıklı idrar kaçırma olmak üzere ikiye ayrılır. Devamlı idrar kaçırma, sürekli idrar kaçağıdır ve neredeyse her zaman, ektopik üreter gibi konjenital malformasyonlarla ya da eksternal üretral sfinkterin iyatrojenik hasarıyla birlikte olan bir durum olarak tanımlanır. Bu terim total idrar kaçırma teriminin yerini almıştır ve tüm yaş grubundaki çocuklarda geçerlidir.

Aralıklı idrar kaçırma, farklı miktar ve zamanlarda idrar kaçağıdır. Gündüz idrar kaçırma ve gece idrar kaçırma olarak ikiye ayrılır. Beş yaşından büyük çocuklar için kullanılır.

Gündüz idrar kaçırma, gece idrar kaçırma olsun ya da olmasın, ayda bir defadan daha fazla istemsiz idrar kaçırmadır.

Gece idrar kaçırma (enürezis noktürna), uyku sırasındaki idrar kaçırma olarak tanımlanır.

Artmış ya da Azalmış İşeme Sıklığı: İşeme sıklığının değerlendirilmesi mesane kontrolünün tamamen kazanılmasından sonra yapılır (5 yaş ve sonrası). Sürekli olarak günde 8 ya da daha fazla işeme, artmış gündüz işeme sıklığı olarak ifade edilirken, günde 3 veya daha az işeme ise azalmış gündüz işeme sıklığı olarak tanımlanmaktadır.

Aciliyet Hissi (Urgency): Gün içerisinde ani olarak ortaya çıkan işeme ihtiyacı ile karakterizedir. Mesane kontrolünü sağlamış veya 5 yaş üzerindeki çocuklar için bu tanım kullanılır. Sıkışma tipi idrar kaçırmanın (urge inkontinans) basit tanımı idrar kaçırmaya sıkışmanın eşlik etmesidir.

Noktüri (Gece İşemesi)

Çocuğun gece işemek için uyanmasına denir. Bu durum 5 yaşından büyük çocuklarda görülür. Noktüri okul çocukları arasında oldukça yaygındır.

2.2.1.2. Boşaltım Fazı Semptomları

İşemeye Geç Başlama, Zorluk Çekme (Hesitancy): İşemeyi başlatmada güçlük çekme veya çocuğun işemeye başlamadan önce dikkat çekici bir süre beklemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu terim mesane kontrolünün var olduğu durumlarda veya 5 yaşından büyük çocuklar için kullanılabilir.

İkınarak İşeme (Straining): Çocuğun işemeye başlaması ve sürdürmesi sırasında karın içi basıncının arttırmasına, yani işerken çocuğun ıkınmasına denir. Bu semptom tüm yaş gruplarında görülebilir.

Zayıf Akımlı İşeme: İdrarın zayıf akımla fışkırmasının gözlemlenmesidir. İnfant döneminden itibaren tüm yaş gruplarında belirti olarak ortaya çıkabilir.

Aralıklı İşeme: Bu işemede idrar akışı devamlı akımla gerçekleşmez, işeme esnasında tekli fışkırmalar olur. Bu semptom tüm yaş gruplarında görülebilmektedir. Fakat çocukluk çağında

3 yaşa kadar ıkınma ile birlikte değilse fizyolojik olarak kabul edilmektedir (Soygür, 2008; ICCS, 2006).

2.2.2. İŞEME BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ

İB serebral palsy, meningomyelose, gergin kord, spinal tümör, transvers myelit, spinal travma gibi nedenlerle ilişkili nörojenik ya da nonnörojenik (fonksiyonel) olabilir. Fonksiyonel tipintanısı için tüm nörojenik nedenlerin ekarte edilmesi gerekmektedir (Rivers, 2010; Bilgilişoy, 2009; Alpay ve Karaaslan Bıyıklı, 2003). Vakaların % 97-98' inde organik bir neden yoktur. Ancak % 2-3 gibi bir oranda organik bozukluklar rol oynar (Tek, 2010). Fonksiyonel işeme bozukluklarının varlığında normal alt üriner sistem dinamikleri bozulmakta ve buna ek olarak sekonder üriner sistem enfeksiyon görülme oranı artmaktadır. Benzer şekilde tedaviye cevap vermeyen bakteriyel persistanslarda ya da rekürren üriner sistem enfeksiyonu gelişiminde de altta yatan işeme bozuklukları önemli bir yer tutmaktadır (Soygür, 2007).

İB'nda bir çok faktör araştırılmış ve çeşitli varsayımlar öne sürülmüştür. Genetik faktörler, uyanma bozuklukları, hormonal faktörler, mesane ile ilişkili faktörler İB neden olabilir. (Akman, 2012; Alparslan ve Akgün Kostak, 2012; Soyer ve ark. 2011; Gözen ve Çağlar, 2011; Tek, 2010).

2.2.2.1. Genetik Faktörler

Fonksiyonel işeme bozukluğu etyolojisinde genetik faktörler önemli yere sahiptirler aynı zamanda somatik, psikososyal ve çevresel faktörler nedeni ile de meydana gelebilirler (Görür ve ark. 2008; Norgaard ve ark. 1997). Kalıtım şekli genellikle otozomal dominant olup bununla birlikte olguların üçte biri sporadik geçişlidir. Anne ve babada İB öyküsü varsa çocukta görülme olasılığı % 65-85, ikisinden birinde İB öyküsü varsa % 46, aile öyküsü olmayanlarda % 15 oranında görülmektedir. Baba ve erkek kardeşte % 30, anne ve kız kardeşte % 20 görülme şansı vardır. Monozigotik ikizlerde insidans dizigot ikizlere göre iki kat daha fazladır (Norgaard ve ark. 1997; Saatçi ve Tokel, 2004). Genetik çalışmalara göre 10'nun üzerinde kromozom İB ile ilgilidir. Kromozom 5, 11, 12, 13 ve son zamanlarda kromozom 22 enüretik gen ailesini oluşturmaktadır (Ertan ve Karaboğa, 2012; Tek, 2010; Kefi ve Tekgül, 2006). Von Gontard ve arkadaşları (1998) enüretik çocuklarda 8, 12 ve 13 kromozomların genetik geçiş ile ilgili olduğunu saptamışlar ve enüresiz nokturnanın genetik heterojenitesi vurgulamışlardır.

Gökdoğan (2006) yaptığı çalışmasında İB olan çocukların aile hikayelerinin % 38.3 vakada babanın; % 20.1 vakada annenin İB hikayesinin pozitif olduğunu tespit etmiştir.

Serel ve arkadaşları (1997) 7-12 yaş grubu çocuklarda yaptıkları çalışmalarında ise pozitif aile öyküsünün özellikle babada ve baba tarafından akrabalarda daha yüksek oranda olduğunu belirtmiştir.

2.2.2.2. Uyanma Bozuklukları

Uyku derinliğinin bazı çocuklarda bir risk faktörü olabileceği belirtilse de son yıllarda yapılan çalışmalarda İB olan çocuklar ile İB olmayan çocuklar arasında fark olmadığı gösterilmiştir (Ertan ve Karaboğa, 2012; Saatçi ve Tokel, 2004; Norgaard ve ark. 1997). Neveus ve ark. (1999) İB olan çocukların uykularının İB olmayan çocukların uykularından daha derin olmadığını, idrar kaçırmanın uykunun derinliğine ya da uykunun bir evresinden diğer evresine geçişine bağımlı olmadığını, uykunun herhangi bir evresinde ortaya çıktığını saptamıştır. İB olan çocukları uyandırmak için yapılan uyarılara İB olmayan çocuklara göre daha az yanıt verirler, derin uykunun neden olduğu bir durum olmayıp uykunun herhangi bir evresinde ortaya çıkabilir (Küçük, 2009; Ertan ve Karaboğa, 2012). Bu çocukların geneli kendiliğinden uyanamazlar yatakları ıslandıktan sonra uyanırlar (Tek, 2010). İB'nun genellikle non-REM fazından uyanırken (genellikle dördüncü dönem) oluştuğu, en az REM fazında ortaya çıktığı belirtilmiştir (Neveus ve ark. 1999).

2.2.2.3. Düşük Mesane Kapasitesi

Yapılan birçok çalışmada İB olan hastaların büyük çoğunluğunda gece mesane kapasitesinin azaldığı gösterilmiştir. Mesane kapasitesinin azalması anatomik olmaktan çok dolmadan kasılmaya başlamasına bağlıdır (Akman, 2012; Tek, 2010; Keskin Gökdoğan, 2006). Bu çocukların gün içinde sık sık idrar yaptığı (7 den fazla/gün), idrar yoğunluğunun az olduğu, altına kaçırma miktarında değişiklikler olduğu, sıkışma hissiyle acil tuvalete yetişme davranışı gözlemlendiği ve ıslanma anında ya da hemen sonrasında uyandıkları belirtilmektedir (Alpay ve Bıyıklı, 2003).

2.3. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE İŞEME BOZUKLUĞU PREVELANSI

Dünyada İB okul çağı çocuklarında en sık rastlanan ürolojik bir problemdir (Aljefri ve ark. 2013; Yurtçu ve ark. 2006; Kefi ve Tekgül, 2006). Yatak ıslatma sıklığı 5 yaşına kadar her iki cins için eşittir. 5 yaştan sonra erkeklerdeki oran artar. Çocuklar 11 yaşına geldiği

zaman erkeklerdeki oran kızların iki katına çıkar. Bunun olası nedeni erkek çocuklardaki spontan iyileşme oranının düşük olmasıdır (Keskin Gökdoğan, 2006).

Aljefri ve arkadaşları (2013) Yemen’de ilköğretim çağındaki çocuklarda yaptıkları çalışmada nokturnal enüresiz prevalansını % 28.6, Brezilya’da sağlıklı okul çocuklarında yapılmış bir çalışmada İB sıklığı % 21.8 olarak bulunmuştur (Vaz ve ark. 2012). Karnicnik ve arkadaşları (2012) 6-15 yaş arası Sloven çocuklar arasındaki enüresiz nokturna prevalansını % 12.4 olarak bulmuştur. Mahmoodzadeh ve arkadaşları (2013) İran’da 7-11 yaş grubu çocuklardaki enürezis nokturna prevalansını % 18.7, gündüz inkontinans prevalansını % 5.5 olarak tespit etmişlerdir. Sureshkumar ve arkadaşları (2000) Avustralya’da ilköğretim çocuklarında yaptıkları çalışmada gündüz ve gece idrar kaçırma prevalansını % 19.2 olarak bulmuştur. Sureshkumar ve arkadaşları (2009) Avustralya’da 6-12 yaş arası çocuklarda gündüz idrar kaçırma prevalansını % 16.9 olarak tespit etmişler ve yapılan her iki çalışmada da gündüz idrar kaçırmanın kız çocuklarında istatistiksel olarak anlamlı oranda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Kajiwara ve arkadaşları (2004) Japonya’da 7-12 yaş grubu çocuklar ile yaptıkları çalışmada gündüz idrar kaçırma prevalansını % 6.3 saptamıştır.

Ülkemizde Enürezisin yaşa bağlı prevalansını ve genel epidemiyolojik özelliklerini ortaya koyan en kapsamlı çalışma Serel ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. İlköğretim çağındaki (7-12 yaş) 5724 çocuğu içeren çalışmada prevalans enürezis nokturna için % 11.5 ve enürezis diurna için % 0.5 olarak bulunmuşlardır. Sonbahar ve arkadaşları (2013) Sakarya ilinde 6-15 yaş grubu öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada % 15 İB saptamışlardır. Öğrencilerde sıklık sırasına göre fonksiyonel İB prevalansı % 11.2, nokturi prevalansı % 8.7, enürezis nokturna prevalansı % 8.6, diurnal enürezis prevalansı % 1 olarak saptanmıştır. Çolpan Yurdakul (2012) Denizli ilinde 6-12 yaş grubu çocuklarda yaptığı çalışmasında İB’nun en çok 6 yaşında (% 23.1), 10 yaşında (% 7.9), 14 yaşında (% 4.9) azalarak gerilediğini ve yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı oranda azaldığını belirtmiştir. Oğraş (2010) Elazığ ilinin kentsel ve kırsal bölgelerinden sünnet amacıyla getirilen, 6–12 yaş arasındaki erkek çocuğun aileleri ile görüşülerek yaptığı çalışmasında kentsel kesimden gelen çocukların % 52’ sinde, kırsal kesimden gelen çocukların % 48’inde enürezis nokturna şikayeti tespit etmiştir. Dirim ve arkadaşları (2011) gündüz idrar kaçırma sıklığını % 7.2 bulmuşlardır. Gücük ve arkadaşları (2011) 6-16 yaş grubu çocuklarla Van ilinde yaptıkları çalışmada erkek çocukların % 52.3’ü, kız çocuklarını ise % 47.7’si toplamda ise çocukların % 26.5’ inde enürezis nokturna saptamışlardır. Bolat ve arkadaşları (2013) Denizli ilinde 7-14 yaş grubu çocukların % 19.2’si yalnızca geceleri, % 6.3’ü hem geceleri hem de gündüzleri

idrar kaçırdığını tespit etmişlerdir. Şahin, Budak, Sancar, Tatar (2012) Bursa ilinde 6-14 yaş grubu tüm çocuklarda % 23.5'i enürezis nokturna tespit edilmiştir. Soyer ve arkadaşları (2011) enürezis nokturnalı olgularda disfonksiyonel işeme yakınmalarının, enürezis nokturnalı olmayan çocuklara göre daha sık olduğunu tespit etmiştir. Toktamış ve arkadaşları (2008) Sivas ve Kahramanmaraş ilinde 5-15 yaş grubu çocuklarla yaptıkları çalışmalarında diurnal enuresisi % 2.6 hem gece hem de gündüz idrar kaçırmaya % 1.6 saptamışlardır.

2.4. İŞEME BOZUKLUĞUNUN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ VE SONUÇLARI

İB ilişkin semptomlar ülkemizde çocuk ruh sağlığı birimlerine en çok başvuru nedenleri arasındadır (Suluhan 2010), çocuğun psikolojik, sosyal gelişimini ve okul başarı durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (McGuinness ve Ellington, 2012; Karnicnik, 2012; Çolpan Yurdakul, 2012; Türkcan Aydın, 2012; Rivers, 2010; Van Dommelen ve ark. 2009).

Bolat ve arkadaşları (2013) Denizli ilinde 7-14 yaş grubu çocuklarda İB ile okul başarısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada okul başarısı düşük olan çocuklarda İB prevalansı % 29,5 iken okul başarısı iyi olan çocuklarda bu oran % 18,8 olarak tespit etmişlerdir. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Okul başarısı yüksek çocuklar, başarısız olanlara göre daha üretken ve sağlıklı yetişkinler olmaya daha yatkındırlar (Boisclair-Fahey, 2009)

Literatürde İB olan çocukların; genellikle arkadaşları tarafından fark edilme korkusu, sosyal dışlanma, benlik saygısında düşme, arkadaşının evinde kalmayı istememe ve arkadaşlarından farklı olduğunu hissetme, hayal kırıklığı, utanç gibi psikolojik sonuçları ortaya çıkabilmektedir (Özgürhan ve ark. 2013; Aljefri ve ark. 2013; Ertan ve Karaboğa, 2012; Rivers, 2010; Suluhan, 2010; Aktepe ve ark. 2010; Kefi ve Tekgül, 2006; Norgaard ve ark. 1997). Ayrıca İB, aile ve çocuk için psikolojik açıdan bir sıkıntı olmasının yanında çocuk ve aile üzerindeki baskının psikolojik ve sosyal etkileri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Thibodeau, 2013; Natale ve ark. 2009; Thibodeau, 2009; Çolpan Yurdakul, 2012; Türkcan Aydın, 2012; Bower, 2008). İB olan çocuklara sahip ailelerin daha fazla enerji harcadıkları ve ekonomik açıdan daha çok zarar gördükleri belirlenmiştir (Egemen ve ark. 2008; Norgaad ve ark. 1997).

İB olan çocuklarda genellikle, yalnızlık hissi, okul başarısında düşme, yüksek anksiyete ve depresyon, idrar ve fekal inkontinans, saldırgan davranış (Natale ve ark. 2009; Sureshkumar, 2009) hiperaktivite, kekemelik ve tırnak yeme gibi davranış problemleri

görülebilir (Alparslan ve Akgün Kostak, 2012; Karnicnik ve ark. 2012;Özgürhan ve ark. 2012). Amin ve arkadaşları (2011) enüresiz nocturnalı çocuklarda kurallara uymama ve agresif davranış gösterme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır.

İB'nun kendisinden çok ailelerin ve toplumun yanlış tutumları çocuklara zarar verebilmektedir (Küçük, 2009, Aykın ve ark. 2009). Karaman ve arkadaşları (2013) 5-18yaş grubu 501 çocuk ile yapılan bir çalışmada ailelerin çocuklarına uyguladıkları ceza yöntemlerini % 51.3 kınama, % 23.9 çocukları (sevdiği şeylerden) mahrum bırakmak, % 22.6 küçük düşürmek, utandırmak, % 40.5 korkutma, azarlama, olarak bulmuşlardır. Ailelerin daha az cezalandırıcı olmaları ve çocukların hayal kırıklıklarını daha iyi anlayabilmeleri çocuğun benlik saygısında yükselmeye neden olabilmektedir (McGuinness ve Ellington, 2012) bu konuda ailenin bilgilendirmesi çok önemlidir. Anne baba tarafından çocuklara uygulanan cezalar çocukların üzerinde etkisi ömür boyu sürecektir negatif izler bırakabilmektedir (Özgürhan ve ark. 2013; Alparslan Akgün Kostak, 2012; Küçük, 2009). Bu sebeplerden dolayı İB olan çocuğa yaklaşımın temeli çocuğun benlik duygusuna zarar vermeden bu sorunun çözülmesi ile planlanmalıdır (McGuinness ve Ellington, 2012, Küçük, 2009).

2.5. İŞEME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Günümüzde hemşirelik hizmetlerinin geniş bir tabana yayılması hemşireliğe yeni roller kazandırmıştır (Kaplan ve Demirci, 2010). Hemşireler terapötik teknikleri kullanarak İB olan çocuğun ve ailesinin ihtiyaçlarını belirlemek için ayrıntılı öykü almalı, aile- çocuk iletişimi ile ilgili veriler toplamalıdır ayrıca öğretmen veli grupları oluşturarak çocuklara ilişkin kısa bilgi oturumları düzenlemelidirler (Alparslan ve Akgün Kostak, 2012; Rivers, 2010; Suluhan 2010, Boyt, 2005). Çocuğun aile öyküsü ve özgeçmişi sorgulanmalıdır. İB olan çocukların bakımında bütünsel bir yaklaşıma sahip olmamız önemlidir (Thibodeau, 2009; Küçük, 2009).Okul hemşireleri, öğrencilerin sağlık taramalarında ve idrar kaçırın çocukların tanılanmasında ve izleminde önemli bir role sahiptirler (Rivers, 2010; Boisclair-Fahey, 2009; Berry, 2005)

Tanılama aşamasında hemşirenin rolleri ; İB'nun erken tanılanmasında okul hemşiresi uygulamaları (Kistner, 2009; Boyt, 2005).

Okul hemşireleri öğrencilerde İB'nun varlığını tespit etmek için tanılamada bu iki soruyu kullanabilirler:

- 1- Hiç istemsiz bir şekilde idrar kaçırdığınız oluyor mu?
- 2- Tuvalete giderken idrar kaçırdığınız oluyor mu? (Rivers, 2010)

Tanıya yardımcı testleri uygulama;

- a- sabah ilk idrar tahlilinde çocuğun hiç bir şey yemeden içmeden idrar analizinin yapılması,
- b- idrar kültür testi: temiz idrar örneğinin alınmasının sağlanması için ailenin bilgilendirilmesi,
- c- kateterizasyon için çocuğun ve ailenin hazırlanması,
- d- ürodinamik çalışmalar için çocuğun hazırlanması, çocuğun sakin ve stressiz olmasının sağlanması, kateterizasyondan sonra proflaksi için 2-3 gün süre ile antibiyotik kullanılmasının önerilmesi.

Diğer rolleri, bilgi verme, uygun terapötik teknikleri kullanarak net ve anlaşılır ifadelerle sorunu açıklama ve aileye konuyla ilgili gerekli eğitim vermek, broşürler hazırlamak (Turan, 2013; Alparslan ve Akgün Kostak, 2012; Küçük, 2009, Berry, 2005). Bunların yanında okul hemşireleri İB olan çocukların aileleri ve öğretmenlerini konu hakkında bilgilendirmeli, danışmanlık yapmalı, cesaretlendirmeli ve onlara destek olmalıdırlar (Alparslan ve Akgün Kostak, 2012; Boisclair- Fahey, 2009; Boyt, 2005).

Tedavi aşamasında hemşirenin rolleri; ailelere tuvalet eğitimi ile ilgili danışmanlık yapılması, sıvı alımının planlanması, aile- hekim hemşire işbirliğinin sağlanması, aileye çocuğu motive edici girişimlerde destek sağlanmasının önerilmesi, çocuğu uygun işeme pozisyonunun öğretilmesi, sağlıklı mesane alışkanlıklarının geliştirilmesi, doğru perine temizliğinin öğretilmesi, çocuğa işeme esnasında gevşemenin öneminin anlatılması ve olumsuz durumları yönetmek üzere stratejilerin geliştirilmesi için danışmanlığa gereksinim duyulur (Turan, 2013; Küçük, 2009; Boyt, 2005). Hemşireler aynı zamanda ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel durumunu, stres kaynaklarını, İB neden olabilecek risk faktörlerini değerlendirmeleri nedeniyle ailelere en yakın sağlık üyeleridir (Gözen ve Çağlar, 2011,Heap, 2004).

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde toplum Sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Rivers, 2010).

Bu görevlerin başında bireylere sağlıklı ve konforlu bir yaşam tarzı talep etmeyi öğretme gelmektedir (Ertem, 2009). Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, okul sağlığı hizmetleri bünyesinde okul sağlığı hemşiresi bu problemi tespit etmede ve İB olan çocuklara ve ailelerine destek sağlamada önemli bir role sahiptir (Turan, 2013; Aykın ve ark.2009). Bunlara ek olarak okuldaki yaklaşımlar (çocuğu zamanında tuvalete gönderme, tuvaletlerin temiz ve hijyenik olmasına özen gösterme gibi) ve öğretmenlerin bu hakkındaki yeterli bilgiye sahip olmaları çocukların İB ile baş etmelerini kolaylaştırmaktadır (Rivers, 2010; Berry, 2005).

2.6. İŞEME BOZUKLUKLARININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Yaşam kalitesi, son yıllarda çok sayıda çalışmanın yapıldığı bir alan olarak öne çıkmaktadır (İşcan, 2010). Dünya Sağlık Örgütü (1995) Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; ‘Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlamaktadır.

İB çocuk ve ailesi için yaşam kalitesini etkilediği düşünülen bir problemidir. Ancak Türkiye’de ve dünyada bu konuda yapılmış yeterli sayıda çalışma mevcut değildir (Thibodeau, 2009; Erbay Dünder ve ark. 2007).

Karnicnik ve arkadaşları (2012) primer nocturnal enüresiz çocukların arkadaş ilişkilerini negatif etkilemesine rağmen büyük bir kısmın yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilemediğini tespit etmiştir.

Von Gontard ve arkadaşları (2010) gündüz ve gece idrar kaçırma gibi kronik durumun kişilerde benlik saygısının düşük olmasına, depresyon, anksiyete ve sosyal dışlanma gibi psikiyatrik bozukluklara neden olarak yaşam kalitesini azalttığı belirtmiştir.

Natale ve arkadaşları (2009) 6-13 yaş grubu çocuklarla yaptıkları çalışmada idrarını erteleyen çocuklarda dışa vurum davranış bozukluğu(idrarını kaçırma, dışkı kaçırma) oranlarının yüksek olması ve kendini beğenme, benlik saygılarındaki düşüklük nedeniyle yaşam kalitelerinin negatif etkilendiği saptamıştır.

Özçetin ve arkadaşları (2010) alt üriner sistem şikayetleri içerisinde idrar kaçırma şikayeti olan çocuklardaki yaşam kalitesinde bozulma vakaların % 64.5 tespit edilirken, bu oranın idrar kaçırma şikayeti olmayan çocuklarda % 15.2 olduğu ortaya konulmuştur. Buna göre

idrar kaçırma Şikayeti olan çocukların yaşam kalitesinin idrar kaçırma Şikayeti olmayan çocuklara göre 12.05 kat daha kötü olduğunu tespit etmişlerdir.

Erbay Dündar ve arkadaşları (2007) 8-16 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi alanlarından sadece zsayĐı bölümünde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde daha çok yaşam kalitesini benlik sayĐısının düşük olması ve psikolojik problemlerin etkilediği belirtilmiştir (Deshpande ve ark. 2011; Von Gontard ve ark. 2010; Natale ve ark. 2009, Bower, 2008).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı korelasyonel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma verileri 2013-2014 Eğitim-Öğretim yılı bahar döneminde, İzmir ili Hatay ilçesinde bulunan Murat Reis İlkokulu, İzmir Özel Çamlaraltı Koleji ve İzmir ili Buca ilçesinde bulunan Tuğsavul İlkokulu'nda toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen üç ilkokulda yürütülen araştırmanın örneklemi belirlemede Özkan ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki % 9,5 ve % 13,7 arasında değişen prevalans kullanılarak GPOWER istatistik programında Tip I hata 0.05 ve Tip II hata 0.20 (% 80 güç) baz alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğü 465'dir. Veri kaybı göz önüne alınarak örnekleme 500 öğrenci alınmıştır. Bu yaş grubundaki evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Tuğsavul İlkokulu (N: 599), Murat Reis İlkokulu (N: 248) ve İzmir Özel Çamlaraltı Koleji İlkokulunda (N:76) öğrenim gören (2-3-4) sınıf öğrencileri ve bu öğrencilerin ebeveynleri araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Okulların tüm evreni temsil etmesi ve homojenliğin sağlanabilmesi için alt, orta ve üst sosyoekonomik düzeyi temsil edebilecek okullardan basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. İzmir Özel Çamlaraltı Koleji'nin ilkokul bölümünde 5 şubede toplam 76 öğrenci, 5 derslik bulunmakta ve tam gün eğitim verilmektedir. Okulda sağlık hizmetinden sorumlu hemşire bulunmaktadır. Murat Reis İlkokulu'nun 12 şubesi, 248 öğrencisi, 12 dersliği bulunmakta olup İkili öğretim vermektedir. Okulda sağlık hizmetinden sorumlu hemşire yoktur. Tuğsavul İlkokulu'nun 20 şubede, 599 öğrencisi, 20 dersliği bulunmakta ve İkili öğretim vermektedir. Okulda sağlık hizmetinden sorumlu hemşire yoktur. Tüm okullarda birinci sınıf öğrencileri okuma ve anlama zorlukları nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır.

3.4.Araştırmaya Katılan Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler

Araştırmaya katılan ailelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler Tablo1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=498)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde(%)
Yaş		
20-29	17	3.4
30-39	330	66
40-49	143	29
50-59	6	1.2
60-69	2	0.4
TOPLAM	498	100
Cinsiyet		
Erkek	81	16.3
Kadın	417	83.7
TOPLAM	498	100
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar- okuryazar değil	0	0
İlkokul Mezunu	102	20.5
Ortaokul Mezunu	52	10.4
Lise Mezunu	195	39.2
Meslek Yüksek Okulu Mezunu(Ön lisans)	46	9.2
Üniversite Mezunu(Lisans)	103	20.7
TOPLAM	498	100
Meslek Grubu		
Ev hanımı	243	48.8
İşsiz	19	3.8
Çalışıyor	236	47.4
TOPLAM	498	100
Sosyal güvence Durumu		
Var	467	93.8
Yok	31	6.2
TOPLAM	498	100
Aylık Gelir Durumu		
846 altı	55	11
847-1100	97	19.5
1101-1500	117	23.5
1501 ve üzeri	229	46
TOPLAM	498	100

Araştırmaya katılan ebeveynlerin % 66'sı (n:330) 30-39 yaş, % 0.4'ü (n:2) 60-69 yaş arasındadır. Ebeveynlerin cinsiyeti incelendiğinde % 83.7'sinin (n: 417) kadın ve % 16.3'ünün (n:81) erkek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde % 39.2'sinin (n:195) lise mezunu ve % 9.2'sinin (n:46) meslek yüksekokul (ön lisans) mezunu olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin % 48.8'inin (n:243) ev hanımı, % 3.8'inin (n:19) işsiz olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin % 56.2'si (n:280) 2 çocuk sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Sosyal güvenceleri incelendiğinde % 93.8'inin (n:467) olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin aylık gelir durumlarına bakıldığında % 46'sının (n:229) 1501TL üzeri, % 11'inin (n:55) 846TL altı gelirleri vardır (Tablo 1).

3.5 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler

Araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler Tablo2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=498)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyeti		
Erkek	274	55
Kız	224	45
TOPLAM	498	100
Yaş		
7	29	5.8
8	184	36.9
9	128	25.7
10	140	28.1
11	17	3.5
TOPLAM	498	100
Kardeş Sayısı		
0	143	28.8
1	271	54.4
2	53	10.6
3	20	4.0
4	4	0.8
5	5	1.0
6	2	0.4
TOPLAM	498	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 55'i (n:274) erkek, % 45'i (n:224) kızdır. Öğrencilerin % 36.9'u (n:184) 8, % 3.5'ü (n:17) 11 yaşındadır, % 54.4'ü (n:271) bir kardeşi vardır.

3.6. Araştırmaya Katılan İlkokullara İlişkin Veriler

Araştırmaya katılan ilkokullara ilişkin veriler Tablo3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan İlkokulların Dağılımı(n:498)

Okul ismi	Sayı	Yüzde
Çamlaraltı Koleji	31	6.2
Tuğsavul İlkokul	334	67.1
Murat Reis İlkokulu	133	26.7
TOPLAM	498	100

Araştırmaya katılan ilkokulların % 67.1'i (n:334) Tuğsavul İlkokulu, % 26.7'si (n:133) Murat Reis İlkokulu, % 6.2'si (n:31) Çamlaraltı Koleji'nden oluşmaktadır (Tablo 3).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Yaşam kalitesi değerlendirme puanları

Bağımsız Değişken: Öğrencilerin işeme bozuklukları semptom skor puanları.

3.8. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Eser ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçeye uyarlanan (kid-KINDL) Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (7-13 yaş) ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi Ünitesi'nden Akbal ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen İşeme Bozuklukları Semptom Skoru ve ailelere ait sosyodemografik veri formu kullanılmıştır

3.8.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-1)

Sosyodemografik aile özelliklerine ilişkin veriler (yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, çocuk sayısı, ekonomik düzey, sosyal güvencesi) elde edilmiştir.

3.8.2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru Anket Formu(Ek-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi'nden Akbal ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan işeme bozukluğu semptom skoru sorgulama (İBSS) formudur. Bu form toplam 14 sorudan oluşmakta, ilk 13 soru çocuğun idrar ve dışkılama alışkanlıklarını, gece ve/veya gündüz idrar kaçırma durumunu ve işeme fonksiyonlarını; 14. soru ise ebeveynlerin çocuğun genel yaşam kalitesini değerlendirme amaçlıdır. Semptom skoru sorgulama formunun değerlendirilmesinde ilk 3 soru 9'ar; 4. soru 5; 5, 8, 9,11, 12, 13. sorular 2; 6. soru 3; 7. ve 10. soru 1; yaşam kalitesi 6 puan üzerinden değerlendirilmek üzere minimum 0, maksimum 35 puan elde edilebilmektedir. Akbal ve arkadaşları (2005), yaşam kalitesi sorusu skorumanın dışında tutulduğunda, 8.5 ve üzerinde puan alanlarda skorumanın özgüllüğü ve duyarlılığını % 90 olarak saptamışlardır.

3.8.3. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği 7-13 Yaş (Kid KIDL) (Ek-3)

1998 yılında Ravens- Sieberer ve Bullinger tarafından geliştirilen KINDL (KINDER Lebensqualitätsfragebogen: Children Quality of Life-Questionnaire) çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm aracıdır. KINDL Almanca geliştirilmiş ve 14 dile çevrilmiştir. Ülkemizdeki uyarlaması Eser ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Çocukların yanıtladığı Kid-KINDL anketi beş noktalı sıralı yanıt seçeneği içeren 24 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul (günlük faaliyetlerin yapıldığı okul ya da anaokulu/kreş) olmak üzere altı boyutu vardır. Her bir boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Boyutlara ait puanlar bağımsız olarak hesaplanırken ayrıca bu altı boyutun bileşiminden oluşan toplam sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanı da elde edilmektedir. KINDL hem klinik hem de klinik dışı alanda gerek sağlıklı çocuklarda gerekse süregelen hastalığı olan çocuklarda kullanılabilir. Kid-KINDL maddeleri 1'den (asla) 5'e (daima) doğru sıralanmış Likert tipi ölçüm aracıdır. Sorunun yazım biçimine göre olumsuz yönelimli maddeler (1, 2, 3, 6, 7, 8, 15, 16, 20 ve 24. sorular) tersine çevrilerek puanlanmıştır. Her bir boyut için maddelere verilen puanların sayılması, 0-100 arasında ölçeklendirilecek şekilde dönüştürülmesi ve özetlenmesi ile puan hesabı yapılır. Ölçeğin kesme noktası yoktur.

Orijinal ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0.95, benzer kavramları ölçen araçlar ile korelasyon katsayısı 0.70, test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.80 olarak

bulunmuştur (Ravens-Sieberer ve Bullinger 1998). Bir başka çalışmada test tekrar test için ölçeğin sınıf-içi korelasyon katsayısı 0.71-0.85 ($p<0.01$) arasındadır (Ravens-Sieberer 2002). Türkiye’de ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Eser ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış, ölçeğin iç tutarlılık değerlendirmesi için kullanılan doğrulayıcı testte ölçeğin toplamı için Cronbach Alfa katsayısı 0.78 bulunmuştur. Alt boyutlar için alfa değeri özellikle arkadaş boyutu için düzeltilmiş sürümde (küçük grup verisinde) oldukça iyi düzeyde geliştirilmiştir (0.50’nin üzerinde). Her bir boyutun toplam yaşam kalitesi ile örtüşmeye göre düzeltilmiş korelasyon katsayısı 0.33 ile 0.51 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi sonucu “yaklaşıklık hataları kareleri ortalamasının karekökü, YHKOK” (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) = 0.077, düzeltme sonrası YHKOK = 0.059 bulunmuştur (Eser ve ark. 2007). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.79’ dur.

3.9. Verilerin Toplanması

Bilgilendirilmiş onam için araştırma konusunda gerekli açıklamaların yapıldığı form ile doldurmaları istenen IBSS formu kapalı bir zarf içine konulup çocuklar aracılığı ile ebeveynlere ulaştırılmıştır. Ebeveynler tarafından doldurulan formların tekrar zarfa konarak okula öğrenciler tarafından getirilmesi istenmiştir. Geri gelen zarflardaki formların bazıları hiç doldurulmamış, bazıları ise eksik doldurulmuştur. Doldurulmamış ve eksik doldurulmuş formlar araştırma dışı bırakılmıştır. Kid-KINDL değerlendirme ölçeği çocuklara sınıflarda açıklama yapılarak dağıtılıp doldurmaları beklendikten sonra toplanmıştır. Formun doldurulması ortalama (10-15dk) zaman almıştır. Sınıfların bir şubesi (25) araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmada 923 öğrenciye (kid-KINDL) Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (7-13 yaş) uygulanmış olup öğrencilerin ailelerine İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (IBSS) ölçeği gönderilmiştir. Ölçeği tam dolduran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 498 öğrenci ve ailesi araştırma örnekleminde yer almıştır.

3.10. Araştırma Planı ve Takvimi

Etik kurul onayı: 27.02. 2014

Verilerin toplanması: Mayıs- Haziran 2014

Verilerin değerlendirilmesi: Haziran-Eylül 2014

Araştırma raporunun yazılması: Eylül 2014- Aralık 2014

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows 16,0 kullanılarak bilgisayarda değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine (cinsiyet, yaş, kardeş sayısı) ilişkin veriler ve ailelerin sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek grubu, çocuk sayısı, sosyal güvence, aylık gelir durumu) ilişkin veriler, frekans dağılımları, sayı ve yüzde tablolar kullanılarak sunulmuştur.

İşeme Bozukluğu Semptom Skoru (İBSS)'e göre öğrencilerde görülen semptomlar ve idrar kaçırma durumuna ilişkin veriler frekans dağılımları, sayı ve yüzde tablolar kullanılarak sunulmuştur.

Kid KINDL sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ile İBSS ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi, yaşam kalitesi (ebeveynin değerlendirdiği çocuk yaşam kalitesi) toplam puan ile İBSS ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek için spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Kid KINDL sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puanı ile İBSS ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Kid KINDL sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ile yaşam kalitesi (ebeveynin değerlendirdiği çocuk yaşam kalitesi) toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek için spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

İşeme bozukluğu olan öğrencilerle olmayan öğrencilerin kid KINDL yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile alt boyutlar toplam puan ortalamaları arasındaki farkı karşılaştırmak için t testi uygulanmıştır.

3.12. Araştırmanın sınırlılıkları:

Araştırma İzmir ili Hatay ilçesinde bulunan Murat Reis İlkokulu, İzmir Özel Çamlaraltı Koleji ve İzmir ili Buca ilçesinde bulunan ve ulaşılabilen Tuğsavul İlkokulu 2-3-4 sınıf öğrencileri ve onların ebeveynleri ile sınırlıdır. Birinci sınıf öğrencileri çalışma dışında bırakılmıştır.

3.13. Etik Kurul Onayı

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (**Ek 6**) (27.02.2014 tarihinde 2014/08-16 karar numarası). İzmir Milli Eğitim Müdürlüğü aracılığıyla verilerin toplanacağı kurumdan gerekli izinler alınmıştır (**Ek 5**).

4. BULGULAR

Bu bölümde ilkökul çağındaki çocuklarda işeme disfonksiyonları ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırma sonuçları sunulmuştur.

4.1. Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kid KNIDL sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamalarına ilişkin veriler Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı(n:498)

ÖLÇEK PUANLARI	$\bar{X} \pm SS$	Min-max puan
KINDL Toplam Puanı	77.51 $\pm$ 12.40	22.9-100
Kid KINDL Alt Boyutları		
Bedensel İyilik Puanı	76.52 $\pm$ 19.48	0-100
Duygusal İyilik Puanı	80.13 $\pm$ 16.72	18.7-100
Özsaygı Puanı	67.73 $\pm$ 24.28	0-100
Aile Puanı	82.87 $\pm$ 16.60	25-100
Sosyal İlişkiler Puanı	82.19 $\pm$ 18.52	0-100
Okul Puanı	75.61 $\pm$ 18.56	0-100

Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid KINDL) en yüksek alt boyut puanı ‘aile puanı’ (82.87 $\pm$ 16.60), en düşük olduğu alt boyut ‘Özsaygı puanı’ (67.73 $\pm$ 24.28) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin Kind KINDL toplam puan ortalaması ise (77.51 $\pm$ 12.40)’dir (Tablo4).

4.2.Ebeveyn İBSS Puan Değerlendirmesi ve Ortalamasının dağılımı

Ebeveyn İBSS Puan Değerlendirmesi ve Ortalamasına ilişkin veriler Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Ebeveyn İBSS Puan Değerlendirilmesi ve ortalamaları

ortalama		Min-max
2.51+4.32		0-24
İBSS Puanı	Sayı	Yüzde (%)
0-8.4 (İB olmayanlar)	438	88
8.5-24 (İB olanlar)	60	12
TOPLAM	498	100

Ebeveyn İBSS puanı (0-8.4) arasında olan öğrenci sayısı 438 (% 87.8), (8.5-24) arasında olanlar 60 (% 12) bulunmuştur (Tablo 5). Öğrencilerin % 12’nde işeme bozukluğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin değerlendirdiği İBSS ölçeği toplam puanı en büyük değer 24.00 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

4.3. İşeme Disfonksiyonlarına Göre Semptomların Dağılımı

İşeme Disfonksiyonlarına Göre Semptomların dağılımına ilişkin elde edilen veriler Tablo 6’de sunulmuştur.

Tablo 6. İşeme Disfonksiyonlarına Göre Semptomların Dağılımı(n:498)

SEMPТОMLAR	SIKLIK	Sayı	Yüzde (%)	TOPLAM
Gündüz	Hayır	422	84.7	498
	Bazen	54	10.9	
	1-2 Kez	20	4.0	
	Her zaman	2	0.4	
Gündüz Şiddet	Hayır	421	84.5	498
	Damla Damla	49	9.9	
	Külot Islak	23	4.6	
	Pantın Islak	5	1.0	
Gece	Hayır	427	85.7	498
	Hafta 1 - 2	47	9.4	
	Hafta 3 - 4	16	3.3	
	Hafta 6 - 7	8	1.6	
Gece Şiddet	Hayır	428	86.0	498
	Çamaşır Islak	38	7.6	
	Yatak Islak	32	6.4	
Günlük İdrar Sıklığı	<7	405	81.3	498
	>7	93	18.7	
İkinma	H	489	98.2	498
	E	9	1.8	
Ağrı	H	484	97.2	498
	E	14	2.8	
Kesik Kesik İşeme	H	488	98.0	498
	E	10	2.0	
Aralıklı İşeme	H	480	96.4	498
	E	18	3.6	
Aciliyet Hissi	H	324	65.1	498
	E	174	34.9	
Tutma Manevrası	H	436	87.6	498
	E	62	12.4	
İdrar Kaçırma (Şıkışma)	H	443	89	498
	E	55	11	
Kabızlık	H	425	85.3	498
	E	73	14.7	

İşeme Bozuklukları Semptom skoru (İBSS)’e göre öğrencilerde görülen semptomlar incelendiğinde; gündüz idrar kaçırmayan 422 (% 84.7), kaçıran 76 (% 15.3), gece idrar kaçırmayan 421 (% 84.5), kaçıran 71 (% 14.3), günlük idrar sıklığı 7’den az 405 (% 81.3), 7 ‘den çok 93 (% 18.7), işeme sırasında ıkınmanın olmaması 489 (% 98.2), olanlar 9 (% 1.8),

işeme sırasında ağrının olmaması 484 (% 97.2), olanlar 14 (% 2.8), kesik kesik işemesi olmayanlar 488 (% 98), olanlar 10 (% 2), aralıklı işemesi olmayanlar 480 (% 96.4), olanlar 18 (% 3.6), acil idrar yapma isteği olmayanlar 324 (% 65.1), olanlar 174 (% 34.9), idrara sıkıştığında idrar tutma manevraları yapmayan 436 (% 87.6), yapan 62 (% 12.4), idrara kaçırma(sıkışma) olmayanlar 443 (% 89), olanlar 55 (% 11), kabızlığı olmayanlar 425 (% 85.3), 73 (% 14.7) öğrencide kabızlık olduğunu saptanmıştır (Tablo 6).

İBSS ölçeğinde ebeveynler nokturnal ve diurnal enuresis yok diye belirttikleri halde diğer disfonksiyona ilişkin semptomları evet var şeklinde belirttiklerinden bu tablodaki semptomların sayıları ile Tablo 7'deki veriler birbiriyle uyumlu değildir.

4.4.Öğrencilerin İBSS Ölçeğine Göre İşeme Disfonksiyonuna İlişkin Veriler

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveyn değerlendirmelerinden İBSS Ölçeğine Göre İşeme Disfonksiyonuna ilişkin elde edilen veriler Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Öğrencilerin İBSS Ölçeğine Göre İşeme Disfonksiyonu Dağılımı (n:498)

İdrar kaçırma durumu	Sayı	Yüzde(%)
Yalnız gündüz idrar kaçıranlar	38	7.6
Yalnız gece idrar kaçıranlar	33	6.6
Hem gece hem gündüz idrar kaçıranlar	39	7.8
İdrar kaçırmayanlar	388	78
Toplam	498	100

Öğrencilerin gece ve gündüz idrar kaçırma durumları incelendiğinde % 7.6'sının (n:38) yalnız gündüz, % 6.6'sının (n:33) yalnız gece, % 7.8'inin hem gece hem gündüz idrar kaçırdığı, % 77.9'unun (n:388) idrar kaçırmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

4.5. (Kid KINDL) Toplam Puanı ile (İBSS) İşeme Puanı arasındaki ilişki

Kid KINDL sağlıkla ilgili yaşam kalitesi toplam puanı ile (İBSS) işeme puanı arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik veriler Tablo 8’de sunulmuştur

Tablo 8. Kind KINDL Toplam Puanı İle (İBSS) İşeme Toplam Puanı Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi	İşeme Puanı Toplam	
	r	p
Kid KINDL Toplam Puanı (çocuk yaşam kalitesi)	-0.092*	0.039
Yaşam Kalitesi (ebeveynlerin değerlendirdiği yaşam kalitesi)	0.665**	<0.001

*p<0,05

*Pearson korelasyonu

**Spearman korelasyonu

Öğrencilerin kendileri için verdiği kid KINDL toplam puanı ile işeme toplam puanı arasındaki ilişki **Pearson korelasyon analizi** ile incelendiğinde; kid KINDL toplam puanı ile İBSS işeme toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0.092) (p<0.05). Kid KINDL toplam puanı azaldıkça işeme toplam puanı artmaktadır (Tablo 8).

Öğrencilerin ebeveynlerin değerlendirdiği yaşam kalitesi toplam puanı ile işeme toplam puanı arasındaki ilişki **Spearman korelasyon analizi** ile incelendiğinde; pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (r= 0.665) (p<0.05). Ebeveynlere göre yaşam kalitesi toplam puanı arttıkça işeme toplam puanı artmaktadır (Tablo 8).

4.6. (Kid KINDL) Ölçeğinin Alt boyutlarına Göre İşeme Puanı İlişkisi

Kid KNIDL sağlıkla ilgili yaşam kalitesi alt boyutlarına göre işeme puanı ilişkisini gösteren veriler Tablo 9’de sunulmuştur.

Tablo 9. Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Alt boyutlarına göre işeme Puanı ilişkisi (n:498)

Kid KINDL Alt Boyutları	İşeme puanı	
	r	p
Bedensel İyilik Puanı	-0.043	0.342
Duygusal İyilik Puanı	-0.098*	0.028*
Özsaygı Puanı	-0.028	0.534
Aile Puanı	-0.104*	0.021*
Sosyal ilişkiler Puanı	-0.052	0.243
Okul Puanı	-0.055	0.217

*p<0.05

* Pearson korelasyon

Kid KINDLsağlıkla ilgili yaşam kalitesi alt boyutlarına göre işeme puanı ilişki **Pearson korelasyon analizi** ile incelendiğinde; öğrencilerin işeme puanı ile Kid KINDL alt boyutlarından “Duygusal İyilik puanı” ve “Aile Puanı” arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r= -0.098; r= -0.104) (p<0.05). Öğrencilerin işeme puanı artarken KINDL alt boyutlarından “Duygusal İyilik puanı” ve “Aile Puanı” azalmaktadır (Tablo 9).

4.7. Kid KNIDL Toplam Puanı ile Ebeveyn yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki

Kid KNIDL Toplam Puanı ile ebeveyn yaşam kalitesi arasındaki ilişki Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Kid KNIDL Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ile Ebeveyn Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi	Korelasyon katsayıları (r)	
	Kid KINDL Toplam Puanı(Çocuğun değerlendirdiği yaşam Kalitesi)	
	r	p
Yaşam Kalitesi (Ebeveynin değerlendirdiği çocuk yaşam Kalitesi)	-0.103*	0.022*

*p<0,05

*Spearman korelasyonu

Öğrencilerin kind KINDL toplam puanı ile ebeveynler tarafından değerlendirilen yaşam kalitesi toplam puanı arasındaki ilişki **Spearman korelasyon analizi** ile incelendiğinde; kind KINDL toplam puanı ile ebeveynlerin değerlendirdiği yaşam kalitesi toplam puanı arasında negatif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (r= -0.103) (p<0.05). Öğrencilerin kind KINDL toplam puanı artarken ebeveyn yaşam kalitesi toplam puanı azalmaktadır (Tablo 10).

4.8. İşeme Bozukluğu Olan Öğrencilerle Olmayan Öğrencilerin Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Toplam Puanı ile Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Alt Boyutları Toplam Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi

İşeme bozukluğu olan öğrencilerle olmayan öğrencilerin kid KINDL (çocuk yaşam kalitesi) toplam puanı ile kid KINDL (çocuk yaşam kalitesi) alt boyutları toplam puanı arasındaki farkı gösteren veriler Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. İşeme Bozukluğu Olan Öğrencilerle Olmayan Öğrencilerin Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Toplam Puanı ile Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Alt Boyut Toplam Puanı Arasındaki Farkın Dağılımı

İşeme Bozukluğu Olma Durumu	Toplam kid KINDL puanı $\bar{X} \pm SS$	Bedensel İyilik Puanı $\bar{X} \pm SS$	Duygusal İyilik Puanı $\bar{X} \pm SS$	Özsaygı Puanı $\bar{X} \pm SS$	Aile Puanı $\bar{X} \pm SS$	Sosyal İlişkiler Puanı $\bar{X} \pm SS$	Okul Puanı $\bar{X} \pm SS$
İB olan	76.24±12,95	75.13±20.19	78.43±17.63	66.62±25.47	81.38±16.94	80.71±19.79	75.18±19.4
İB olmayan	78.73±11.75	77.85±18.72	81.77±15.65	68.8±23.07	84.3±16.18	83.61±17.12	76.03±17.75
t	-2.25	-1.563	-2.234	-1.00	-1.970	-1.751	-0.513
p	0.025*	0.119	0.026*	0.318	0.049*	0.081	0.608

P<0.05

İşeme bozukluğu olan öğrencilerle olmayan öğrencilerin kid KINDL (çocuk yaşam kalitesi) toplam puanı ile kid KINDL alt boyutlarından olan ‘**Duygusal İyilik puanı** (t =-2.234), **Aile puanı** (t=-1.970) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı bulundu (p<0.05) (Tablo 11). Diğer alt boyut puanları açısından işeme bozukluğu olan ve olmayan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 11).

İşeme bozukluğu olmayan öğrencilerin kid KINDL toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının (78.73 ± 11.75) işeme bozukluğu olan öğrencilere (76.24 ± 12.95) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

5.TARTIŞMA

İzmir ilindeki üç ilkokulda öğrencilerin işeme disfonksiyonları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi inceleme ile ilgili sonuçlar değerlendirilmiştir.

5.1. Öğrencilerin Kind KINDL Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirmesi

İlkokul öğrencilerinde 7-14 yas grubunda yaşam kalitesi değerlendirmelerine göre ölçek toplam puan ortalaması diğer çalışmalara göre yüksek düzeyde saptanmıştır (77.51 ± 12.40)' dur (Tablo 4). Almanya'da benzer olarak Natale ve arkadaşları (2008) aynı yaş grubunda kid KINDL yaşam kalitesi toplam puan ortalamasını (76 ± 12.7), ülkemizde Erbay Dünder (2007) Manisa'da kind KINDL puan ortalamasını (73.4), Ertan ve ark. (2008) Manisa'da enüresizli çocukların toplam puan ortalamalarını (65.1 ± 11.0) bulurken kontrol grubu çocukların puan ortalamalarını (67.4 ± 13.7), İşcan (2010) Edirne'de (63.14 ± 21.98) olarak saptamıştır. İlkokul öğrencilerinden yaşam kalitelerini Kind KINDL ölçeği ile değerlendirmeleri istendiğinde birbirine yakın değerler elde edilmektedir.

Kid KINDL alt boyutlarında çocuklar ailelerine ilişkin yaşam kalitesini en üst düzeyde (82.87 ± 16.60), kendilerini algılamalarına ilişkin özsaygı puanlarını en alt düzeyde değerlendirmişlerdir (67.73 ± 24.28) (Tablo 4). Öğrenciler aile ilişkilerinden memnun fakat öz değerlendirmelerinden memnuniyetsizdirler.

Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak ülkemizde Ertan ve arkadaşları (2008) kid KINDL alt boyutunda özsaygı puanını en düşük (53.8 ± 23.6), aile puanını ise en yüksek (74.3 ± 19.8) saptamıştır . Aileleri pozitif davranan enüretik çocukların da aynı şekilde benlik saygısı alt boyut puanları düşüktür. Collier ve arkadaşları (2002) İB olan çocukların benlik saygısı ve benlik imajı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, çocukların özsaygılarının azaldığını tespit etmiştir.

Literatürde bulgularımızın aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Erbay, Dünder ve arkadaşları (2007) enüretik çocuklarda yaşam kalitesi alt boyutundan özsaygı puanlarını yüksek bulmuştur. Bu çalışmada enürezisin çocukların yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir.

Çalışmamızda işeme disfonksiyonu olan öğrencilerin düşük özsaygı puanlarına sahip olmalarının, arkadaşları arasında küçük düşürülme, dışlanma, utanma, içe kapanma, tekrar tekrar idrar kaçırma ve alay edilme korkusu gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir

(Tablo 4). Alerjik hastalıklardan sonra çocukluk çağında en sık karşılaşılan kronik bir durum olarak tanımlanan İB çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesini ve özsaygısını ciddi olarak azaltan bir problem olarak tanımlanmaktadır (Egemen ve ark, 2008; Morrison 2000).

5.2.Ebeveyn İBSS Toplam Puan Değerlendirmesi ve Ortalamalarının Dağılımı

Çalışmamızda Akbal ve arkadaşlarının (2005) valide ettiği bir skorum sistemi kullanılmıştır. İBSS' da 8,5 puandan büyük olan olgular disfonksiyonel işeme açısından anlamlı kabul edilmektedir. Buna bağlı olarak öğrencilerin İBSS toplam puan ortalaması (2.51 ± 4.32), min- max puanı 0-24, 60 öğrencide (% 12) İBSS skoru 8.5 in üzerinde belirlenmiştir (Tablo 5). Sonuç olarak İzmir ilindeki örnekleme üç okulda disfonksiyonel işeme prevalansı % 12 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Vaz ve arkadaşları (2011) Brezilya'da 739 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 21.8'inde disfonksiyonel işeme semptomlarının var olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde de Sonbahar ve arkadaşları (2013) Sakarya ilinde 3246 öğrenci ile yaptıkları çalışmada bu prevalans % 15 bulunmuştur.

Farhat ve arkadaşları (2000) Kanada'da yapılan çalışmada İBSS'nun min-max puanını bizim çalışmamıza benzer olarak 3-24 aralığında saptamıştır. Thibodeau (2009, 2013) Kanada'da yaptığı çalışmasında çocukların İBSS' u ortalamasını (12.7 ± 3.4) min- max puanı 6-19 arasında bulmuşken, İBSS ortalamasını ($12,8 \pm 4.0$) min- max puanı 3-20 arasında olduğunu belirtmiştir. Bu farklılığın örneklem grupları arasındaki sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir. Bizim çalışmamızda ailelerin ölçeklere çocuklarının işeme disfonksiyonlarını doğru olarak yansıtmadıkları ve bu sorunu gizleme eğiliminde oldukları düşünülmektedir. Sınıf öğretmenleri gelen formlar üzerinden incelediklerinde şaşırdıklarını öğrencilerin işeme sorunlarını bilmediklerini bu konuda ailelerin açık olmadığını belirtmişlerdir.

Ülkemizde aynı ölçekle yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Ankara'da Türkcan Aydın (2012) tarafından İBSS min- max puanı 0- 29 tespit edilmiş, 8.5'in üzerinde olan 86 öğrenci (% 43) saptanmıştır. Soyer ve arkadaşları (2011) Kırıkkale'de 1500 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencileri anket yanıtlarına (İB olan, olmayan ve geçmişte İB olan şuanda olmayan) göre üç gruba ayırarak min- max puanı grup 1 (1-28), grup 2 ile grup 3'te (1-16) arasında saptamıştır. Aynı çalışmada Grup 1'de % 45.2, Grup 2'de % 4.5 öğrencide ve grup 3'de % 1.6 öğrencinin İBSS'nu 8.5'in üzerinde bulmuştur. Akbal ve

arkadaşları (2005) Ankara’da İBSS ortalamasını 18.56 ile 2.88 arasında saptamıştır. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

5.3.İşeme Disfonksiyonlarına Göre Semptomların Dağılımı

İşeme Bozuklukları Semptom skoru (İBSS)’e göre öğrencilerde en sık görülen semptomlar günlük idrar sıklığı sayısı 7’den az % 81.3, acil idrar yapma isteği olanlar % 34.9, gündüz kaçırma % 16, kabızlığı olanlar % 14.7, gece kaçırma % 14.1, idrar tutma manevraları yapan % 12.4, idrar kaçırma (sıkışma inkontinansı) olanlar % 11, aralıklı işemesi olanlar % 3.6 olduğu görüldü (Tablo 6).

Bizim çalışmamıza benzer şekilde Thibodeau’da (2013) çalışmada çocukların % 87’nin hem gece hem gündüz idrar kaçırdığını, % 89’nun acil idrar yapma isteğinin olduğunu tespit etmiştir. Vaz ve arkadaşları Brezilya’ da (2012) yaptığı çalışmada öğrencilerde gündüz kaçırma %30.7, kabızlığı olanlar %30.7, idrar tutma manevraları yapan %19.1, idrar kaçırma (sıkışma inkontinansı) olanlar %13.7, günlük idrar sıklığı sayısı 7’den az %10.7 olarak belirtmiştir.

Chung ve arkadaşları Kore’ de (2010) 19.240 öğrenci ile yaptıkları çalışmada İBSS’nun en sık görülen belirtilerini sırasıyla idrar tutma manevrası veya işemeyi erteleme % 23.5, sıkışma inkontinansı % 16.8, acil idrara gitme %16.6, gündüz idrar kaçırma % 11.2, işeme sıklığında azalma % 4.4, işeme sıklığı artışı % 2.5 bulmuştur. Aynı çalışmada nokturnal enüresiz (gece işemesi) % 5.6 olarak saptamıştır.

Kajiwara ve arkadaşları Japonya’da (2004) 5280 çocukla yaptıkları çalışmada idrar kaçırma (sıkışma inkontinansı) % 94.6, nokturnal enüresiz (gece işemesi) % 26.2, gündüz idrar kaçırma %14.6 tespit etmiştir.

Ülkemizde Bolat ve arkadaşları (2013) Denizli ilinde 7-14 yaş grubu 2353 çocuk ile yaptıkları çalışmada en sık görülen belirtileri gece kaçırma % 55.2, kesik kesik işeme % 49.3, aralıklı işeme % 48.8, idrar tutma manevraları % 45.8, idrar kaçırma (sıkışma inkontinansı) % 41.9, kabızlık % 30.5 gündüz kaçırma % 22.4 saptamıştır.

Çolpan Yurdakul (2012) Denizli ilinde 6-15 yaş grubu 4600 çocuk ile yaptığı çalışmasında öğrencilerde en sık görülen semptomları günlük idrar sıklığı sayısı 7’den az % 95.3, gece kaçırma % 49.8, acil idrar yapma isteği % 39, idrar tutma manevraları % 17.5, aralıklı işeme % 5.5 olarak belirtmiştir.

Türkcan Aydın (2012) Ankara ili 4-18 yaş grubu en az bir kez idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş 200 çocuk ile yaptığı çalışmada aciliyet hissi % 93, gündüz kaçırma % 89, idrar kaçırma(sıkışma inkontinansı) % 86, gece kaçırma % 73, idrar tutma manevraları % 66 olarak belirtmiştir. Bizim yaş grubumuzu da içeren bu çalışma geniş yaş aralığından dolayı yüksek bulunmuştur.

Literatürde okul tuvaletlerindeki hijyenik koşulların yetersiz olmasının çocuklarda işeme sıklığında azalmaya neden olabileceği vurgulanmaktadır (Vaz ve ark.2012). Gün içerisinde işeme sorunlarında mesane kapasitesi, işemenin kolaylıkla başlatılması ve sonlandırılması için çizgili pelvik taban kaslarının istemli kontrolü artırılmalı, merkezi sinir sisteminin gelişimi yeteri kadar tamamlanmış olmalıdır (Saatçi ve Tokel, 2004; Guyton, 1996).

Vernon ve arkadaşları (2003) Güney İsveç ve Kuzey İngiltere’de yaptıkları karşılaştırmalı çalışmalarında her iki ülkedeki çocukların okul tuvaletlerini rahatsız edici, kirli, kötü kokulu ve korkutucu bulduklarını ve çocukların okul tuvaletini kullanmak istemediklerini bildirilmiştir. Bu durum çocuklardaki tutma manevralarındaki yüksekliği ve gün içinde idrar yapma sıklığındaki azalmayı bize göstermektedir. Ülkemizde Temel ve arkadaşları (2006) bir ilkokulu çevre sağlığı yönünden değerlendirdikleri çalışmada okul tuvaletlerinin fiziki ve hijyen koşulların uygun olmadığını ve sayılarının yetersiz olduğunu belirtmiştir. Okul tuvaleti sayısı ve hijyenin yetersiz olması gün içinde idrar yapma sıklığını azaltabilir. Bu durum öğrencilerde İB görülme oranını etkileyebilir (Tablo 6).

5.4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin İBSS Ölçeğine Göre İşeme Disfonksiyonuna İlişkin Veriler

5.4.1. Bu çalışmada yalnız gündüz idrar kaçıran öğrencilerin prevalansı % 7.6 olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Bizim bulgumuzdan farklı olarak (Brezilyada) Vaz ve arkadaşları (2012) alt üriner sistem semptomlarını incelediği çalışmalarında yalnız gündüz idrar kaçıran öğrencileri % 30.7 olarak yüksek bulmuştur.

Kore’de Chung ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada çocukların % 11.2 (n=1854)’sinin yalnız gündüz idrar kaçırdığını saptamışlardır.

Avustralya ‘da Sureshkumar ve arkadaşları 2000 ve 2009 yıllarında yaptıkları çalışmalarında, çocukların gündüz idrar kaçırma oranlarını sırasıyla; % 19.2 ve % 10 olarak bulmuşlardır.

Gündüz idrar kaçırma oranlarını Mahmoodzadeh ve arkadaşları (2013) İran’da % 5.5, Paul NI ve arkadaşları (2011) Nigeria’da % 0.9, Kajiwara ve arkadaşları (2004) Japonya’da % 6.3 olarak saptamıştır.

Ülkemizde gündüz idrar kaçırma prevalansını Sonbahar ve arkadaşları (2013) Sakarya ilinde % 1, Çolpan Yurdakul (2012) Denizli ilinde % 25.4 olarak belirtmiştir. Görür ve arkadaşları (2008) Hatay ilinde % 1.6, Akbal ve arkadaşları (2005) Ankara ilinde % 52.6, Yurtçu ve arkadaşları (2006) Konya ilinde % 18.4, Toktamış ve arkadaşları (2006) Kahramanmaraş ve Sivas ilinde % 2.6 saptamıştır.

Dirim ve arkadaşları (2011) Ankara ili merkezinde yaptıkları çalışmada gündüz alt üriner sistem semptom bozukluğunu inceledikleri çalışmalarında bizim bulgumuza benzer şekilde gündüz idrar kaçırma oranını %7.2 olarak tespit etmiştir.

Farhat’ın (2000) çalışmasında belirttiği gibi Yang ve Mayo (1997), Hagglof ve arkadaşları (1998) ‘ nun kohort çalışmasında gün içindeki inkontinansın çocuklar için stres yaratan bir durum olduğunu, benlik saygısında düşmeye ve sosyal izolasyona, utanmaya yol açtığını, tedaviden sonra da özsaygının yükseldiğini belirtmektedir.

Literatürde ayrıca gündüz idrar kaçırmanın çocuklarda davranış bozukluğuna ve psikolojik problemlere sebep olduğu da belirtilmiştir (Vaz ve ark. 2012; İşcan, 2010; Bilgilişoy, 2009). Amin ve arkadaşları (2011) on yaş üzeri gündüz idrar kaçıran çocuklarda kurallara uymama, agresif davranışlar, depresyon ve anksiyete görülme oranlarının yüksek ve anlamlı olduğunu bildirmiştir.

Yalnız gündüz idrar kaçırma oranı araştırma örnekleminin büyüklüğü, ekonomik düzey ve yerleşim yeri, kültürel özellikler ve genetik faktörlerden etkilenebileceği unutulmamalıdır. Bizim çalışmamızda örnekleme alınan okullar şehir merkezindedir. Farklılıkların nedenlerinden biri de çocukların ve ailelerin bu durumu gizleme eğiliminde olmaları ile ilişkili olabilir.

5.4.2 Bu çalışmada yalnız geceleri idrar kaçıran öğrencilerin prevalansı % 6.6 olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Dünyada yapılan çalışmalarda yalnız idrar kaçırmaya prevalansı % 5.6 ile % 92 arasında değiştiği saptanmıştır (Mahmoodzadeh ve ark. 2013; Aljefri ve ark. 2013; Paul ve ark. 2011; Chung ve ark. 2010; Sureskumar ve ark. 2000; . Sureskumar ve ark. 2009).

Ülkemizde ise bu oran farklı çalışmalarda % 7.4 ile % 25.9 oranında değiştiği belirlenmiştir (Bolat ve ark. 2013; Sonbahar ve ark. 2013; Çolpan Yurdakul, 2012; Soyer ve ark 2011; Penbegül ve ark. 2012; Görür ve ark. 2008).

Akbal ve arkadaşları (2005) Ankara’da çocukların % 47.5 oranında, haftada 6-7 gece idrar kaçırdığını ifade etmişlerdir.

Hem dünyada, hem ülkemizde hem de bu çalışmada farklılıklar çalışmalarda örneklem farklılıklarından, ebeveynlerin bunu gizli tutmalarından, çocukların utanmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

5.4.3 Öğrencilerin %7.8’ i hem gece hem gündüz idrar kaçırmaktadır (Tablo 7).

Paul NI v arkadaşları (2011) % 7.0, Sureshkumar ve arkadaşları (2000, 2009) % 4.3 , % 6.5 olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Bolat ve arkadaşları (2013) % 6.8, Sonbahar ve arkadaşları (2013) % 8.6, Penbegül ve arkadaşları (2012) % 8.9 saptamıştır. Bu bulgular çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bizim çalışmamızdan farklı olarak Yurtçu ve arkadaşları (2006) da farklı bir anketle topladıkları verilerde hem gece hem gündüz idrar kaçırmaya oranını % 20.7 (18 kişi) olarak saptamıştır. Bu farklılığın sebebi çocukların ve ailelerinin hem gece hem de gündüz idrar kaçırmayı ayırt etmeden tümüne gece işemesi ifadesi kullanmalarıdır.

5.4.4 Öğrencilerin % 78’inin idrar kaçırmaya şikayetinin olmadığı çalışmamızda tespit edilmiştir (Tablo 7).

Öğrencilerdeki idrar kaçırmaya şikayetlerini; Sureshkumar ve arkadaşları (2000) % 73, Sureshkumar ve arkadaşları (2009) % 83, Mahmoodzadeh ve arkadaşları (2013) % 81, Vaz ve arkadaşları (2012) ise % 73 oranında bularak, çalışmamıza benzer bulgu elde etmişlerdir.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu oranlar, Bolat ve arkadaşları (2013), Soyer ve arkadaşları (2011), Sonbahar ve arkadaşları (2013) tarafından sırasıyla; % 87.5, % 51.1 ve % 85 olarak ifade edilmiştir. Akbal ve arkadaşları (2005) ise bu oranı % 13 olarak tespit etmişlerdir.

Çalışmalarda saptanan İB görülme sıklığındaki farklılıkların ülkemizde bölgesel farklılıklar, çevre koşulları ve diğer ülkelerin sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızdaki idrar kaçırma oranlarının literatüre göre genel olarak düşük olmasını, ebeveynlerin çocuklarının idrar kaçırma problemini doğal ve bu yaşa özgü olarak görmeleri, çocuklarının okulda arkadaşları tarafından dışlanma korkularının olması ve bu problemi öğretmenlerinden gizlemeleri gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

5.5. (Kid KINDL) Toplam puanı ve yaşam kalitesi puanı ile (İBSS) işeme skoru arasındaki ilişki

5.5.1 Çocuk yaşam kalitesi değerlendirmesi

Öğrencilerin Kid KINDL yaşam kalitesi puanları arttıkça İBSS semptomlarına ilişkin puanları azalmaktadır. Öğrencinin kendi değerlendirdiği yaşam kalitesi puanı ile işeme skorları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,005$) (Tablo 8). Literatür incelendiğinde; Slovenya’da Karnicnik ve arkadaşları (2012) işeme problemine sahip olan bazı çocuklarda, bu durumun gelecek kaygısına ve okul performansının düşmesine neden olduğunu belirtmişlerdir. Almanya’da Natale ve arkadaşları (2009) İB yakınması olan çocukların yaşam kalitelerinin olmayanlara göre oldukça düşük olduğunu saptamışlardır. Yine aynı çalışmada İB olan çocuklarda dışa vurum problemi (davranış bozukluğu) görülme oranının oldukça yüksek olduğunu vurgulamıştır.

Hongkong’da Chang ve arkadaşları (2002) enüresizli çocuklarda agresif davranışlar ve dışa vurum bozukluklarının yüksek oranda görüldüğünü ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Çocuklarda İB’na bağlı olarak görülen davranış bozukluğunun aynı zamanda yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir.

Ülkemizde İşcan (2010) her gün veya iki günde bir ve daha fazla idrar kaçırması olan çocukların yaşam kalitesi düzeylerini haftada bir gün ve daha az idrar kaçırması olan çocuklardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulmuştur.

Ertan ve arkadaşları (2008), Erbay Dündar ve arkadaşları (2007) (kid KINDL) yaşam kalitesi ile İB arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptamıştır ve çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Egemen ve arkadaşları (2008) da İB sahip olan çocukların ebeveynlerinin de yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde Literatürde dünyada İB' nin yaşamı tehdit eden bir durum olmamasına rağmen ebeveyn ve çocukta fiziksel ve psikolojik etkiye ve aynı zamanda mali yüke sebep olması nedeniyle yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Thibodeau, 2013; Egemen ve ark. 2008; Morrison, 2000). Utanma kaygı ve yaşanan stres nedeniyle çocukların yaşam kalitelerinin bozulduğu düşünülmektedir.

5.5.2 Ebeveynlerin değerlendirdiği yaşam kalitesi puanları

Ebeveynlerin değerlendirdiği **yaşam kalitesi** puanına göre aileler çocukların İB' nun yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi ile işeme skoru puanı arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 8).

Özçetin ve arkadaşları (2010) İB olan öğrencilerin % 64.5'nin, İB olmayanların % 15.2'nin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini tespit etmiştir.

Akbal ve arkadaşları (2005) öğrencilerin alt üriner sistem şikayetlerini inceledikleri bir çalışmada İB olan öğrencilerin yaşam kalitesi bozulma oranını % 63.2 olarak bulunmuştur, bu oran kontrol grubunda sadece % 9.1 olarak saptanmıştır.

Çolpan Yurdakul (2012) okul çocuklarında işeme bozukluğu prevalansı ve eşlik eden faktörleri incelediği çalışmada gündüz idrar kaçırmanın çocuğun yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı ölçüde olumsuz etkilediği belirlenmiştir

Türkcan Aydın (2012) İB olanların yaşam kalitesinde hafif ya da ciddi etkilenme oranı % 81.4, İB olmayanlarda bu oran % 15 olarak bulmuştur. Bu bulgu bize İB çocukların yaşam kalitesini belirgin bir şekilde etkilendiğini göstermektedir.

Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızın bulgusu ile ters düşmektedir, bu durum ebeveynlerin İB'nu çocuklarda bu yaş döneminde olağan bir durum olarak görmeleri ve onların yaşam kalitelerinin etkilenmediğini düşündükleri şeklinde açıklanabilir.

5.6. (Kid KINDL) Ölçeğinin Alt boyutlarına göre işeme skoru ilişkisi

İBSS’u arttıkça öğrencilerin **Kid KINDL alt boyutlarından** “Duygusal İyilik puanı” ve “Aile Puanı” azalmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 9). İşeme disfonksiyonu olan çocuklarda duygusal sorunlar ve aile sorunları olduğunu göstermektedir.

Natale ve arkadaşları (2009) duygusal iyilik puanı ve aile puanları ile işeme bozukluğu yakınması arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. İşcan’ da ülkemizde (2010) kid KINDL yaşam kalitesi alt boyutları ile İB arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirtmiştir. Elde edilen bu bulgular bizim bulgularımızla örtüşmektedir.

Bizim bulgumuzun aksine çalışmalar da bulunmaktadır. Erbay Dünder ve arkadaşları (2007), Ertan ve arkadaşları (2008) İB olan çocukların kid KINDL yaşam kalitesi alt boyutlarından olan özsayıgı puanında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak Bower (2008) farklı bir ölçekle topladığı verilerde İB olan çocukların özsayıgı puanı ve duygusal iyilik puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Çalışmaların aksine bizim çalışmamızın örnekleminde öğrencilerin İBSS ile özsayıgıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak çalışmamızda öğrenci özsayıgı puan ortalaması düşük bulunmuştur (Tablo 4). Bu durum bize öğrencilerin daha çok duygusal olarak etkilendiklerini aynı zamanda özsayıgılarının da olumsuz etkilendiğinin bir göstergesi olabilir.

Karnicnik ve arkadaşları (2012) % 56.9 çocuğun boş zamanlarını evde geçirdiklerini belirtmişlerdir. Çocuklar evlerinde kendilerini güvende ve kabul edilmiş hissederler (Karnicnik ve ark. 2012). Yine aynı çalışmada işeme bozukluğu sorunu olmasına rağmen çocukların aileleri ile iyi geçindiklerini vurgulamıştır.

Bu değerlendirmenin sonucunda işeme bozukluğu olan öğrencilerde en çok “Duygusal İyilik” alt boyutu etkilenmektedir ($p<0.05$) (Tablo 9).

5.7. Kid KINDL Toplam Puanı ile Ebeveyn değerlendirdikleri yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki

Çocukların değerlendirdikleri yaşam kalitesi puanları artarken ebeveynlerin değerlendirdiği yaşam kalitesi puanı azalmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 10). Çalışmamızda kind

KINDL toplam puanı ile ebeveyn yaşam kalitesi toplam puanı arasında ters yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

İB çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini etkilediği düşünülen bir problemdir (Egemen ve ark. 2008; Erbay Dünder ve ark. 2007; Morrison 200). Özellikle gündüz altını ıslatma; utanma ve akranları tarafından alay edilme gibi nedenlerle yaşam kalitesi, okul başarısı ve sosyal iletişimi negatif yönde etkilenebilir (Aljefri ve ark. 2013; Çolpan Yurdakul, 2012; Türkcan Aydın, 2012; McGuinness ve Ellington ,2012; Karnicnik ve ark. 2012; Von Gontard ve ark. 2010). İşcan (2010) ebeveyn ve çocuk yaşam kalitesi formlarını eş zamanlı olarak değerlendirmiştir. Buna bağlı olarak çocukların İB'nu ebeveynlerinden farklı olarak algıladıkları ve kendi yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir.

Natale ve arkadaşlarının(2009) çalışmasında, İB olan çocukların yaşam kalitelerini değerlendirmelerinde kendilerine ailelerden daha düşük puan verdikleri ve genel yaşam kalitelerinin düşük olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada dışsallaştırma semptomları hakkında aile olumlu düşünürken çocuğun duygularının görmezden geldiği saptanmıştır.

Literatürde yaşam kalitesini daha çok benlik saygısının düşük olması ve psikolojik problemlerin olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Deshpande ve ark. 2011; Von Gontard ve ark. 2010; Natale ve ark. 2009, Bower, 2008).

İB olan çocuklara aileleri tarafından çeşitli cezalar uygulanmaktadır. Uygulanan bu cezalar çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Karaman ve ark. 2013).

Bizim çalışmamızda çocukların işeme bozukluklarını ebeveynlerinden farklı algıladıklarını ve ebeveynlerin işeme bozukluklarına daha iyimser veya yaşa özgü bir durum olarak baktıklarını düşünebiliriz.

5.8. İşeme Bozukluğu Olan Öğrencilerle Olmayan Öğrencilerin Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Toplam Puanı ile Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) Alt Boyutları Toplam Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi

Çalışmamızda İB olan öğrencilerle olmayan öğrencilerin Kid KINDL (Çocuk Yaşam Kalitesi) toplam puanı ile alt boyutlardan olan 'Duygusal İyilik Puanı' ve 'Aile Puanı' arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11). İB olmayan çocuklar

duygusal ve aile ilişkileri bakımından daha pozitifler. Kid KINDL toplam yaşam kalitesi puan ortalaması İB olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Natale ve arkadaşları (2009) İB'nun her yaş grubu çocuklarda görülebilirken, özellikle duygusal stres altında riskin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamıza benzer biçimde Ertan ve arkadaşları (2008) enüresizli çocukların kid KINDL toplam puan ortalamasını (65.1 ± 11.0) enüresizi olmayan çocuklardan (67.4 ± 13.7) daha düşük saptamıştır.

Erbay Dünder ve arkadaşlarının (2007) Manisa ilinde 8-16 yaş grubu çocuklarda yaptıkları çalışmada, İB olan çocukların kid KINDL toplam puan ortalaması (73.4), İB olmayan çocukların (73.7) olarak belirtilmiştir. Yine aynı çalışma da bizim bulgumuzdan farklı olarak İB olan ve olmayan çocukların kid KINDL alt boyutlarından olan 'özsaygı Puanı ' arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Diğer alt boyutlarında fark saptanmamıştır. Özsaygı puanındaki farklılığın çocukların duygusal durumunu etkilediği düşünülmektedir.

işcan (2010), Natale ve arkadaşları (2009) İB olan çocukların olmayanlara göre daha çok duygusal stres yaşadığını ve aileleri ile ilişkilerinde olumsuzluk yaşadıklarını saptamıştır.

Bizim çalışmamızdan farklı olarak Karnicnik ve arkadaşlarının (2012) farklı bir anketle topladıkları verilerde, İB'nun çocukların yaşam kalitesini negatif etkilediği, bazılarının bu sorunla kolay yüzleştiği bazılarının ise duygusal problemler yaşadıkları tespit edilmiştir.

Yine bizim çalışmamızdan farklı olarak Thibodeau (2013) farklı bir ölçekle topladığı verilerde çocukların ölçek alt boyut ağırlıklı ortalama skorlarını; benlik saygısı, duygu durumu, sosyal etkileşim, aile puanı ve bağımsızlık için sırasıyla; % 54.2, % 48.4, % 44.8, % 35.7, % 34.4 olarak tespit etmiştir. Skorların yüksek çıkması yaşam kalitesindeki bozukluğu gösterir. Aynı çalışmada İB ile özsaygı puanı arasında anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızdaki bulguyu destekler niteliktedir.

İB olan çocukların özsaygılarının negatif etkilenmesine bağlı olarak duygusal stres yaşadıkları, bu sorunu kolay kabullenmeleri ve üstesinden gelebilmeleri için ailelerinin desteğine ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu çocukların duygu durumlarının değerlendirilmesi ve desteklenmesi için önlemlerin alınması çocukların yaşam kalitelerinin artmasına yardımcı olabileceği kanısındayız.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

İzmir ili örneklemindeki ilkokul çocuklarında işeme disfonksiyonları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar;

- kid KINDL yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının (77.51 ± 12.40) yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu,
- İB olan öğrencilerin düşük özsaygı puanlarına sahip oldukları,
- Her on öğrenciden birinde işeme bozukluğu olduğu,
- Aynı çocukların idrar tutma manevrası yaptıkları ve kabızlık sorunları olduğu,
- Öğrencilerde gündüz ve gece idrar kaçırmanın en sık görüldüğü,
- Aileler Sınıf öğretmenleri ile öğrencilerin işeme sorunlarını paylaşmak konusunda açık olmadıkları,
- Öğrencilere göre işeme disfonksiyonları yaşam kalitelerini negatif yönde etkilediği fakat ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitesini etkilemediğini düşündüğü,
- İşeme bozukluğu olan çocuklarda duygusal problemlerin sıklıkla görüldüğü aynı zamanda aile ilişkileri de bu durumdan olumsuz etkilendiği;
- İşeme bozukluğu olan ve olmayan öğrencilerin kid KINDL yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Düzenli olarak okullarda okul hemşiresi tarafından İB taramasının yapılması
- Özellikle okul çağı çocuğunun önemli bir sorunu olan İB'nun özsaygı düzeylerini etkilediğinden bu çocukların ele alınarak tedavilerinin sağlanması önemlidir. Tedavi edilen çocukların özsaygı düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir. Okulda varsa okul hemşiresi bu çocukların ve ailelerinin ele alınması konusunda girişimde bulunmalı, eğitimcilerle ve tedavi merkezleriyle etkileşim başlatılmalıdır. Aynı zamanda bu çocuklarda psikososyal davranış bozuklukları, depresyon ve anksiyete de eşlik edebilir. Bu konularda da çocuklar incelenmelidir.
- İB içinde en çok gündüz idrar kaçırma ve hem gece hem gündüz idrar kaçırma olarak saptanmıştır. Gündüz idrar kaçırmayı önlemede çocukların gün içinde işemeyi ertelememelerini sağlamak için okul tuvaletlerinin düzenlenmesi ve teneffüslerde tuvaletleri kullanmaları sağlanmalıdır.
- Okul hemşireleri tuvaletlerin yönetilmesinde okul yöneticilerine önerilerde bulunarak öğrenciler tarafından kullanımını kolaylaştırmalı ve temizliğini izlemeli.
- Okul hemşiresi öğretmenleri ve aileleri İB hakkında bilgilendirmeli ve bu konuda onların daha duyarlı ve paylaşımcı olabilmeleri ve diğer ailelerle bu konudaki sorunlarını tartışarak olası çözümlere ilişkin deneyimlerini paylaşabilmeleri sağlanmalıdır.
- Okul hemşireleri İşeme disfonksiyonlarında danışmanlık konusunda eğitilmiş olmalı,
- Sertifika programlarına katılmalı.
- Bu konuda çalışan merkezlerle işbirliği halinde olmalı.
- Araştırma sonuçlarını ve yeni bilgileri aile ve öğretmenlerle paylaşmalı.

Araştırmacılara Öneriler

Ailelerin ve öğretmenlerin işeme disfonksiyonlarına ilişkin farkındalıkları arttırılmalıdır. Bu konuda eğitimlere ilişkin girişimsel çalışmalar önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akbal C, Genç Y, Burgu B, Ozden E, Tekgöl S. Dysfunctional Voiding And Incontinence Scoring System:Quantitative Evaluation Of Incontinence Symptoms Inpediatric Population. The Journal Of Urology, 2005;173:969-973
2. Akman RY, Noktürnal Enürezis. Turk Ped Arfl, 2012; 47: 78-83
3. Aktepe E, Altinkılıç S, Sönmez Y, Çalışkan AM. Enürezisli Çocukların Klinik ve Sosyodemografik özellikleri. New Symposium journal, 2010;48(3):166-171
4. Aljefri HM, Basurreh OA, Yunus F, Bawazir AA. Nokturnal Enuresis among Primary School Children. Saudi J Kidney Dis Transplantasyon, 2013;24(6):1233-1241
5. Alpaslan N, Akgün Kostak M.Enürezisli Çocuğa Yaklaşım. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012;11(5):639-646
6. Alpay H, Karaaslan Bıyıklı N. (2003), Voiding Dysfunction,. Journal of the Turkish Society of Nephrology, 2003;12(39):122-126
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders . 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1996: 108–10.
8. Amin OR, Abou-Khadra MK, Ahmed D. Behavioral Problems Among Egyptian Children With Enuresis. Egypt J Neurol Psychiat Neurosurg, 2011;48(4):319-323
9. Atar M, Sancaktutar AA. (2011), Enürezis Nokturnanın Tedavisinde İlaç Dışı Yaklaşımlar Türk Üroloji Seminerleri, 2011; 2:50-54
10. Aykın S, Ertem Vehid H, Gökçay G, Bulut A, Uğur baysal S. Enuresis; Risk Factors And Family Responses. J Ist Faculty Med, 2009;72:5-9
11. Aykın S, Vehid HE, Gökçay G, Bulut A, Baysal SU. Enuresis; Risk Factors and Family Responses. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2009;7(1):5-9
12. Berry A. Helping Children With Dysfunctional Voiding, Urologic Nursing, 2005;25(3):193-201
13. Bekir H, Şahin H, Aydın R. 4-7 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Ebeveyn Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, 2013; 5 (3): 7-19
14. Bilgilişoy TU. Ankara İl Merkezinde Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerde İşeme Disfonksiyonu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. 2009. Ankara

15. Boisciair- Fahey A. (2009), Can Individualized Health Plans Help Increase Continence in Children With Dysfunctional Elimination Syndrome, *The Journal of School Nursing*, 2009;25(5): 333-341)
16. Bolat D, Bolat E, Sancak EB, Başer A, Zincir M, Sınık Z. Denizli ilinde ilköğretim çağındaki çocuklarda nokturnal enürezis prevalansı ve risk faktörleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2013;6(2):82-90
17. Bower WP. Self-Reported Effect of Childhood Incontinence on Quality of Life. *Ostomy and Continence Nurses Society*, 2008;35(6):617-621
18. Boyt MA. Teachers' Knowledge of Normal and Abnormal Elimination Patterns in Elementary School Children. *The Journal of School Nursing*, 2005;21(6):346-349
19. Chang SSY, Ng CFN, Wong SN. Behavioural problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. *Acta Pñ diatr*, 2002; 91: 475-479
20. Chung JM, Lee SD, Kang D, Kwon DD, Kim KS, Kim SY, Kim HG, Moon DG, Park KH, Park YH, Pai KS, Suh HJ, Lee JW, Cho WY, Ha TS, Han SW;for The Korean Enuresis Association *Urology*, 2010;76(1):215-219
21. Collier J, Butler RJ, Redsell SA, Evans JHC. An Investigation of the Impact of Nocturnal Enuresis on Children's Self-Concept. *Scand J Urol Nephrol*, 2002; 36: 204-208
22. Çolpan Yurdakul A. Denizli İlinde 6-15 Yaş Arası Okul Çocuklarında İşeme Bozukluğu Prevelansı Ve Eşlik Eden Faktörler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. 2012. Denizli
23. Deshpande AV, Craig JC, Smith GHH, Caldwell PHY. Factors Influencing Quality of Life in Children With Urinary Incontinence. *The Journal Of Urology*, 2011; 186: 1048-1052
24. Dirim A, Aygün YC, Bilgilişoy UT, Durukan E. Prevalence and Associated Factors of Daytime Lower Urinary Tract Dysfunction in Students of Two Primary Schools of Turkey with Different Socioeconomic Status. *Türkiye Klinikleri J Urology*, 2011;2(1): 1-6
25. Egemen A, Akil İ, Canda E, Cengiz Özyurt B, Eser E. An evaluation of quality of life of mothers of children with enuresis nokturna. *Pediatr Nephrol*, 2008;23:93-98
26. Eiser C, Morse R. Quality of Life Measures in Chronic Disease of Childhood. *Health Technology Assessment*, 2001; 5: 1-156

27. Ellington EE, McGuinness. Mental Health Consideration in Pediatric Enuresisi. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2012;50(4):42-45
28. Erbay Dünder P, Ergin D, Kurses M, Hekimoğlu CH, Nebi S, Buğa Ş, Kaysudu A. Manisa’da Bir Gecekondu Bölgesinde 5-16 Yaş Grubunda Enürezis Nokturna Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. *DEÜ Tıp Fak. Derg.* 2007;21(2):89-95
29. Ertan P, Karaboğa B. Monosemptomatik Noktürnal Enürezis. *Dicle Tıp Dergisi*, 2012;39(1):145-152
30. Ertan P, Yilmaz O, Çağlayan M, Söğüt A, Aslan S, Yüksel H. Relationship Of Sleep Quality And Quality Of Life İn Children With Monosymptomatic Enuresis. *Child Care Health & Development*, 2008 ;35 (4): 469-474
31. Ertem G. Üriner İnkontinanslı Hastaların Hastalığıyla Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009; 6(1): 177-187
32. Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatli G, Cengiz Özyurt B, Özcan C, Sieberers RU. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008;19(4):409-417
33. Farhat W, DARIUS J. BAGLI, Capolicchio G, O’reilly S,PAUL AM, Khoury A, Mclorie GA. The Dysfunctional Voiding Scoring System: Quantitative Standardization Of Dysfunctional Voiding Symptoms In Children. *The Journal Of Urology*, 2000;164, 1011–1015.
34. Görür S, İnandı T, Turhan E, Helli A, Kiper AN. Hatay’da 6-18 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı Ve Risk Etkenleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 2008; 34 (1): 42-50
35. Gözen D, Çağlar S. Enürezis Sorunu Olan Çocuğu Tanılamada Üç Sistem Modeli ve Davranışsal Tedavi Yöntemleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011;4(19): 128-132
36. Guyton AC, Hall JE. *Medical Physiology Tıbbi Fizyoloji*. 9. Baskı. İstanbul, Alemdar Ofset, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 1996; 405-410
37. Gücük S, Edirne T, Arıca SG, Edirne Y, Arıca V, Alkan S. Çocuklarda Gece İdrar Kaçırma Sıklığı Ve İlişkili Etkenler: Ankete Dayalı Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Aile Hekimi Dergisi*, 2011;15(2): 48-52
38. Heap JM .Enuresis in children and young people: a public health nurse approach in New Zealand. *JCHC*, 2004; 8 (2): 92-101.)

39. İşcan B. Enürezisi Olan Çocuklarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. 2010 Edirne
40. Kajiwara M, Inoue K, Usui A, Kurihara M, Usui T. The Micturition Habits And Prevalence Of Daytime Urinary Incontinence In Japanese Primary School Children. The Journal Of Urology, 2004; 171, 403–407
41. Kanitkar M, Joshi DP, Chander V, Puri B. Functional Voiding Disorders In Children. MJAFI 2004; 60 : 367-371
42. Kaplan S, Demirci N. Üriner _İnkontinanstaki Konservatif Tedavi Metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010; 5 (13) : 1-12
43. Karaman Mİ, Koca O, Küçük EV, Öztürk Mİ, Akyüz M. Methods and Rares of Punishment Implemented by Families to Enuretik Children in Turkey. Int Braz J Urol, 2013;39(3):402-407
44. Karnicnik K, Koren A, Kos N, Varda NM. Prevalence and Quality of Life of Slovenian Children with Primary Nokturnal Enuresis. International Journal of Nephrology, 2012;6:1-6
45. Kefi A, Tekgül S. Nokturnal Enürezis. Çocuk Ürolojisi, 2006;32(1): 99-105
46. Keskin Gökdoğan M. Enürezis Nokturna Tedavisinde Davranış Tedavisinin Etkinliği; Davranış Tedavisine Yanıtsız Vakalarda İmipramin Ve Oksibutin Tedavisi. T.C.Sağlık Bakanlığı Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi. 2006. İstanbul
47. Kistner M. Dysfunctional Elimination Behaviors and Associated Complications in School-Age Children. The Journal Of School Nursing, 2009;25(2):108-116
48. Küçük L. Çocuk ve Ergenlerde Önemli Bir Sorun Olan Enürezisin Psikososyal Yönü. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3(3): 68-72
49. Mahmoodzadeh H, Amestejani M, Karamyar M, Nikibakhsh AA. (2013), Prevalence of Nokturnal Enuresis in School Aged Children The Role of Personal and Parents Related Socio-Economic and Educational Factors. Iran J. Pediatr. 2013;23(1):59-64
50. Morison MJ. Living With A Young Person Who Wets The Bed: The Families' Experience. British Journal of Nursing, 2000; 9(9): 572- 588
51. Natale N, Kuhn S, Siemer S, Stöckle M, Von Gontard A. Quality of Life and Self-Esteem for Children With Urinary Urge Incontinence and Voiding Postponement. The Journal Of Urology, 2009;182:692-698

52. Neveus T, Stenberg A, Lackgren G, Tuvemo T, Hetta J. Sleep of Children With Enuresis: A Polysomnographic Study. *Pediatrics*, 1999; 103: 1193-1197
53. Neveus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjalmas K, Bauer S, Bower W, Jorgens TM, Ritting S, Vande Walle J, Yeung CK, Djurhuus C. The Standardization Of Terminology Of Lower Urinary Tract Function In Children And Adolescents: Report From The Standardisation Committee Of The International Children's Continence Society. *The Journal Urol*, 2006;176(1): 314-324
54. Norgaard J.P, Djurhuus J.C, Watanabe H, Stenberg A, Lettgen B. Experience And Current Status Of Research Into The Pathophysiology Of Nocturnal Enuresis. *British Journal of Urology*, 1997;79:825-835
55. Oğraş MS, Ağlamış E, Yücel MÖ, Taşdemir C, Selçuk EB. Monosemtomatik Enürezis Nokturnalı Hastalarda Tedavi ve Takip Sonuçlarımız. *Dicle Tıp Dergisi*, 2013;40(3): 410-413
56. Oğraş MS. Elazığ İlinde Nokturnalı Erkek Çocuklarda Ailelerin Tedavi İle İlgili Yanlış İnanışları ve Düzeltme Beklentileri. *F. Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.* 2010; 24 (3): 155 - 159
57. Özçetin M, Uluocak N, Yılmaz R, Atılğan D, Erdemir F, Karaaslan E. Okul Öncesi Çocuklarda İdrar Kaçırmanın Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 2010;9(2): 75-81
58. Özden C, Özdal ÖL, Altinova S, Oguzulgen İ, Urgancioğlu G, Memiş A. Prevalence and Associated Factors of Enuresis in Turkish Children. *International Braz J Urol*, 2007; 33 (2): 216-222
59. Özgürhan G, Sezgin B, Benzer M, Ünver Korğalı E, Samancı N. Enürezis Tanısı Alan Çocuklarda Sosyodemografik Faktörlerin Değerlendirilmesi. *J Kartal TR*, 2012;24(2): 93-96
60. Özkan S, Durukan E, İşeri E, Gürocak S, Maral I, Bumin MA. Prevalence and risk factors of monosymptomatic nokturnal enuresis in Turkish children. *Indian of Journal*, 2010;26(2): 200-205
61. Paul NI, Alikor EAD, Anochie IC. Prevalence of enuresis among primary school children in Port Harcourt. *Nigerian Journal of Paediatrics*, 2013;39(1): 18-21
62. Penbegül N, Çelik H, Palancı Y, Yıldırım K, Atar M, Hatipoğlu NK, Bodakçı MN. Prevalence of enuresis nokturna among primary school children living in Diyarbakır. *Turkish Journal of Urology*, 2013;39(2):101-105

63. Rivers CL. School Nurse Interventions in Managing Functional Urinary Incontinence in School –Age Children. The Journal of School Nursing, 2010;26(2):115-120
64. Saatçi Ü, Tokel K. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarına Yaklaşım. Başkent Üniversitesi yayınları, Ankara.2004; 295-299
65. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoğlu HR, Öztürk A, Doğruer K, Ünal S, Çelik K.Epidemiology of Enuresis in Turkish Children. Scand J Urol Nephrol, 1997;31: 537-539
66. Sivrioğlu K. Mesane Anatomisi ve İşeme Fizyolojisi. Türk Fiz Tıp Rehab. Derg. 2005; 51 (Özel Ek A): A16-A18
67. Sonbahar AM, 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
68. Soyer T, Boybeyi Ö, Aslan MK, Durmuş G, Çakmak ZA, Ensari C. Kırıkkale İli Altı-On Yaş İlköğretim Öğrencileri Arasında Enürezis Nokturna Sıklığı. Çocuk Cerrahisi Dergisi, 2011;25(2-3):51-55
69. Soygür T. Temel Üroloji Cep Kitabı. Ankara, Öncü Basımevi, Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 2008; 303-306
70. Suluhan D. Ebeveyn Eğitiminin Disfonksiyonel Eliminasyon Sendromlu çocuklarda İşeme Bozukluğu Üzerine Etkisi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yüksek Lisans Tezi. 2010. Ankara.
71. Sureshkumar P, Craig JC, Roy LP,Knight JF. Daytime urinary incontinence in primary school children: A population-based survey. The Journal Of Pediatrics, 2000;137(6):814-818
72. Sureshkumar P, Jones M, Cumming R, Craig J. A Population Based Study Of 2,856 School-Age Children With Urinary İncontinence. The Journal of Urology, 2009;181:808-816
73. Sieberers RU. The Challenge Of Assessing The Health Related Quality Of Life Of Children. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 17-18, 2004, İzmir
74. Şahin AH, Şahin H, Budak YU, Sancar S, Tatar H. Bursa İli İlköğretim Çocuklarında Nokturnal Enürezis Prevalansı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012;11(2):139-144
75. Tanagho EA, McAninch JW. Smith Genel Üroloji. Onaltıncı Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.2004; 467-488

76. Temel F, Akın L, Acar Vaizoğlu S, Kara Ö, Kara A, Halas AM, Gurunaidu SS, Güler Ç. Altındağ İlçesindeki Bir İlköğretim Okulunun Çevre Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006;32 (1): 1-8
77. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 1995; 41(10):1403-9.
78. Thibodeau AB, Metcalfe P, Koop P, Moore K. Urinary İncontinence and Quality of Life in Children. *The Journal of Pediatric Urology*, 2013;9:78-83
79. Thibodeau AB. Voiding Dysfunction and Quality of Life in Children, Master of Nursing, University of Alberta. 2009. Kanada
80. Toktamis A, Demirel Y, Ozkan KU, Garip AM, Gözü Küçük A, Nur N. Prevalence and associated factors of day wetting and combined day and nightwetting. *Urol Int*, 2008; 81: 54-9
81. Turan T. Çocuklarda İşeme Bozuklukları Ve Hemşirenin Rolü, 2013;5:28-30
82. Türkcan Aydın G. İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocukların İşeme Bozukluğu Semptom Skorlaması İle Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp FakültesiUzmanlık Tezi. 2012. Ankara
83. Türkiye Enürezis Tedavi Kılavuzu (TEK). 2010;3
84. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. 2004;19-25
85. Van Dommelen P, Kamphuis M, Van Leerdam FJM, Wilde JA, Rijpsstra AB, Campagne AE, Verkerk PH. The Short and Long-Term Effects of Simple Behavioral Interventions for Nocturnal Enuresis in Young Children: A Randomized Control Trial. *The Journal of Pediatrics*, 2009;154: 662-666
86. Vaz GT, Vasconcelos MM, Oliveira EA, Ferreira AL, Magalhaes G, Silva FM, Lima EM. Prevalence of lower urinary tract symptoms in school-age children. *Pediatr Nephrol*, 2012;27:597-603
87. Vernon S, Lundblad B, Hellstrom AL. Children's experiences of school toilets present a risk to their physical and psychological health. *Child Care Health & Development*, 2003;29(1):47-53
88. Von Gontard A, Eiberg H, Hollmann E, Rittig S, Lehmkuhl G. Molecular genetics of nocturnal enuresis: clinical and genetic heterogeneity. *Acta Pædiatr*, 1998; 87:571-578

89. Yurtçu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin TK, Günel E.Sağlıklı Ve Enüretik Çocuklarda İdrar Tutabilme Yaşlarının Araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006; 5 (1): 41-49

8. EKLER

Ek 1.

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU (Ek 1)

Her bir soruya en doğru kolonu işaretleme suretiyle cevap veriniz. Her bir soruyu sizin durumunuza en uygun olan şekilde cevaplandırınız.(Size uygun kolona ‘X’ işareti koymanız yeterlidir.) Boş soru bırakmamaya özen gösteriniz.

Katkılarınız İçin Teşekkürler.

Huri YOĞURTCU

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon:05070064824

1) Yaş:-----

2) Cinsiyet:-----

3) Eğitim durumunuz:

1.Okur yazar /okur yazar değil	
2. İlkokul mezunu	
3. Ortaokul mezunu	
4. Lise mezunu	
5. Yüksek okul mezunu	
6. Üniversite mezunu	

4) Mesleğiniz:

1. Ev hanımı	
2. İşsiz	
3. Çalışıyor	

5) Çocuk Sayısı

yok	
1	
2	
3	
4 ve üzeri	

6) Ailenin Sosyal Güvencesi

1. Var	
2. Yok	

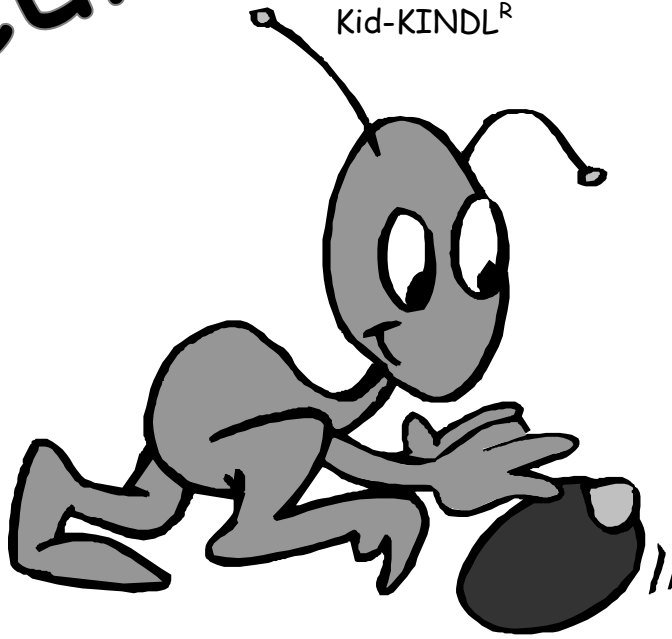
7) Ailenin Aylık Geliri

< 846 TL	
847-1100 TL	
1101-1500 TL	
>1501 TL	

İşeme Bozuklukları Semptom skoru (İBSS)

1. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırmıyor mu ?	Hayır Kaçırılmaz 0	Bazen 1	Günde 1-2 kez 3	Her zaman 5
2. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırmıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor ?	Damla-damla 1	Sadece külot ıslak 3	Pantolon tamamen ıslak 5	
3. Çocuğunuz gece idrar kaçırmıyor mu ?	Hayır Kaçırılmaz 0	Haftada 1-2 gece 1	Haftada 3-5 gece 3	Haftada 6-7 gece 5
4. Çocuğunuz gece idrar kaçırmıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor ?	Çamaşırı veya Pijaması ıslanır 1		Yatak ıslanır 4	
5. Çocuğunuz günde kaç kere tualete çış yapmaya gider?	7 den az 0		7 den fazla 1	
6. Çocuğunuz işerken ıknır mı ?	Hayır 0		Evet 4	
7. Çocuğunuz işerken ağrısı olduğunu söyler mi ?	Hayır 0		Evet 1	
8. Çocuğunuz işerken bir başlayıp bir durarak çışini yapar mı?	Hayır 0		Evet 2	
9. Çocuğunuz çışi bitince tekrar tualete gidip çışini yapar mı?	Hayır 0		Evet 2	
10. Çocuğunuz aniden çışinin geldiğini söyleyip hızla tualete koşuyor mu?	Hayır 0		Evet 1	
11. Çocuğunuz oyun sırasında bir kenara diz üstü çöküp idrarını tutmaya çalışıyor mu?	Hayır 0		Evet 2	
12. Çocuğunuz çışi geldiğinde tualete yetişemeden çışini altına kaçırmıyor mu?	Hayır 0		Evet 2	
13. Çocuğunuzun kabızlığı var mı?	Hayır 0		Evet 1	
HAYAT KALİTESİ				
Çocuğunuzda yukarıda sayılan şikayetlerden bir veya birkaçı varsa bu aile, okul ve sosyal yaşantısını ne kadar etkiliyor?	Hayır Etkilemiyor 0	Evet az etkiliyor 1	Evet etkiliyor 2	Evet ciddi etkiliyor 3

Çocukların Anketi.



Merhaba!

Senden geçen hafta boyunca neler hissettiğini öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlamanı istediğimiz bir kaç soru hazırladık.

- ⇒ Lütfen her bir soruyu dikkatle oku.
- ⇒ Geçen hafta boyunca seninle ilgili olan şeyleri düşün.
- ⇒ Her satırda sana en uygun gelen yanıtı seç ve altındaki kutucuğa çarpı işareti koy.

Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Sadece senin ne düşündüğün önemli.

<u>Örneğin:</u> 	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
Geçtiğimiz hafta boyunca canım müzik dinlemek istedi.	☐	☐	☐	☒	☐

Doldurma tarihi:

(Gün / Ay / Yıl)

Lütfen bize biraz kendinden söz et.

Ben bir: ☐ kızım ☐ oğlanım

Yaşım: _____

Kaç kardeşin var? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 5 den fazla

Hangi okula gidiyorsun? _____



1. Öncelikle bedensel sağlığınla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimi hasta hissettim	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Baş ağrım veya karın ağrım oldu	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Yorgun ve bitkindim	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	☐	☐	☐	☐	☐

2. ... ve genel olarak neler hissettiğin hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Eğlendim ve çok güldüm	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Canım sıkıldı	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Kendimi yalnız hissettim	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Korktum	☐	☐	☐	☐	☐

3. ...ve kendin hakkındaki duyguların...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı	☐	☐	☐	☐	☐

4. Aşağıdaki sorular ailen ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Evde tartıştık	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Annem babam bazı şeyleri yapmamı engellediler	☐	☐	☐	☐	☐

5. ... ve arkadaşların hakkında...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Arkadaşlarımla oynadım	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Diğer çocuklar benden hoşlandılar	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Kendimi diğer çocuklardan farklı veya önemsiz hissettim	☐	☐	☐	☐	☐

6. Şimdi, ana okulu/kreş hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyorum.

Okulda olduğum geçtiğimiz hafta...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Okul ödevimi yapmak kolaydı	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Derslerden hoşlandım	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Önümüzdeki haftaların gelmesini dört gözle bekledim	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Zayıf notlar almaktan korktum	☐	☐	☐	☐	☐

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

☐ Evet ise

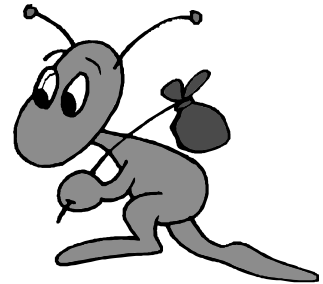
☐ Hayır ise

Lütfen aşağıdaki 6 soruyu
yanıtlarla

anket bitmiştir

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Hastalığımın kötüleşmesinden korktum	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Hastalığım nedeniyle üzuldüm	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	☐	☐	☐	☐	☐
5. ... Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	☐	☐	☐	☐	☐
6. ... Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	☐	☐	☐	☐	☐

Bize yardım ettiğin için teşekkür ederiz !



EK 4. Kullanma İzni

• Kindl Yaşam Kalitesi Ölçeği

hakan baydur (hakan.baydur@gmail.com)

[Kişilere ekle](#)

18.02.2014

Kime: huri yoğurtcu



Kimden: **hakan baydur** (hakan.baydur@gmail.com)

Gönderme tarihi: 18 Şubat 2014 Salı 15:51:08

Kime: huri yoğurtcu (melis-huri@hotmail.com)

Güvenliğiniz için bu iletinin bazı kısımları engellendi.

[İçeriği göster](#) | [hakan.baydur@gmail.com](#) adresine güveniyorum. [İçeriği her zaman göster.](#)

Sayın Huri YOĞURTÇU

Çocuk ve ergenler için genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği "kindl" 4-17 yaş arası için geliştirilmiştir. Ölçek yaş gruplarına özel (4-6 yaş kiddy, 7-13 yaş kid, 14-17 yaş kiddo) 1 adet görüşmecî aracılığıyla uygulanan form [4-6 yaş kiddy], 2 adet öz bildirim dayalı çocuğun [7-13 yaş kid] ya da gencin [14-17 yaş kiddo] kendisinin yanıtladığı form, 2 adet ebeveynin çocuk adına yanıtladığı (4-6 yaş çocuklar için ya da 7-17 yaş çocuklar için geliştirilmiş) formdan oluşmaktadır. Formlardan bir ya da birkaçını bir arada uygulayabilirsiniz.

Ölçeğin Türkçe formlarını derseniz www.kindl.org sitesinden de indirebilirsiniz. Formları akademik araştırmalarınızda ücret ödemeden kullanım hakkına sahipsiniz. Ticari amaçla yapılacak çalışmalarda kullanım için ölçeğin üreticilerine ücret ödemek zorundasınız. Ücret ve kullanım şartları ile ilgili ayrıntılı açıklamayı <http://kindl.org/english/terms-of-usage/> adresinde bulabilirsiniz.

Kaynak konusunda "Türk psikiyatri dergisi"nde kindl geçerlilik makalesi yer almaktadır. Bunun dışında ölçeğin diğer yaş grupları için olan sürümlerinin ön geçerlilik çalışmalarına www.saykad.net sitesinde yer alan kongre kitaplarından erişebilirsiniz. Ayrıca diğer bildirilere siteden erişebilirsiniz.

Başkaca sorunuz olur ise lütfen bana yazın.

Saygılarımla.

--

Hakan Baydur. MPH, PhD.

Celal Bayar Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Manisa

Ek 5. Uygulama İzin Formu



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 12018877/604.01.02/1217086

24/03/2014

Konu: Huri YOĞURTÇU

Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

İlgi:a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 07/03/2012 tarihli ve

B.08.0.YET.00.20.00.0/3616 sayılı yazısı (Genelge 2012/13)

b) Huri YOĞURTÇU'nun 12/03/2014 tarihli dilekçesi

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Huri YOĞURTÇU'nun "İlkokul Çağındaki Çocuklarda İşeme Disfonksiyonları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması için kullanacağı ölçekleri, Müdürlüğümüz Buca İlçesi, Tuğsavul İlkokulu ,Konak ilçesi Murat Reis İlkokulu, Özel Çamlaraltı İlkokulu'nda öğrenim gören 2-3-ve 4. sınıf öğrencilerine uygulamak istediği ilgi (b) yazı ile belirtilmektedir.

Söz konusu ölçeklerin uygulanmasının, yukarıda adı geçen İlçelerin okulunda, 2013-2014 öğretim yılında eğitim öğretimi aksatmayacak şekilde yapılmasına oybirliği ile karar verilmiştir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınızı arz ederim.

Vefa BARDAKCI
Müdür

OLUR
24/03/2014
Mustafa ERDOĞAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Güvenli Elektronik İmza
Açılı ile Aynıdır.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Hükümet Konağı C Blok Strateji Geliştirme Hizmetleri 1 Bölümü Konak/İZMİR
Elektronik Ağ: izmir.meb.gov.tr
e-posta: strateji35_1@meb.gov.tr

Tel: (0 232) 477 21 38
Faks: (0 312) 477 21 07

Ek 6. Etik Kurul Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

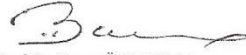
onu: Karar hk.- 149

03.03.2014

Sayın Yard.Doç.Dr.Şeyda ÖZBİÇAKÇI.

Kurulumuz tarafından 27.02.2014 tarih ve 1390-GOA protokol numaralı 2014/08-16 karar numarası ile görüşülen “İlkokul Çağındaki Çocuklarda İşeme Disfonksiyonları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1390-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İlkokul Çağındaki Çocuklarda İşeme Disfonksiyonları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Şeyda ÖZBİÇAKÇI Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/08-16	Tarih: 27.02.2014
	Yrd.Doç.Dr.Şeyda ÖZBİÇAKÇI'nın sorumlusu olduğu "İlkokul Çağındaki Çocuklarda İşeme Disfonksiyonları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI : HURİ YOĞURTCU

TC Kimlik No / Pasaport No:	20744740536
Doğum Yılı:	1978
Yazışma Adresi :	Hürriyet Mah. Namık Kemal Cad. No:70/2 Şirinyer/Buca/İzmir
Telefon :	0.507.0064824
Faks :	
e-posta :	melis-huri@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Tr	GATA	Sağlık Meslek Y.O.	Hemşirelik	80	1997
Tr	SDÜ	Burdur Sağlık Y.O.	Hemşirelik	77,41	2005

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Asker Hastanesi	Tr	Diyarbakır	Cerrahi Yoğun Bakım	Hemşire	1997/2002
Asker Hastanesi	Tr	Isparta	Acil Servis	Hemşire	2002/2007
Asker Hastanesi	Tr	İzmir	Göğüs Hastalıkları	Hemşire	2007/2015

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı			
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans		
	Doktora		
	Uzmanlık		
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)			

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
☐			

YAYINLARI**SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler**

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar
