

بررسی شیوع بی اختیاری ادرار و عوامل همبسته با اختلال شب ادراری در کودکان پیش دبستانی

یدالله زرگر*

محمد قنوازی**

سید صابر اشرفی***

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی شیوع بی اختیاری ادرار و عوامل همبسته با شب ادراری در دانش آموزان پیش دبستانی شهر اهواز انجام گرفته است. این تحقیق از نوع توصیفی-مقطعی بوده و جامعه آماری آن کلیه دانش آموزان پیش دبستانی شهر اهواز در سال ۹۰-۸۹ بودند. برای بررسی شیوع این اختلال با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای ۹۲۰ کودک پیش دبستانی انتخاب شدند از مجموع این تعداد والدین ۸۰۷ کودک چک لیست های رفتاری فرزند خود را تکمیل نموده و به عنوان نمونه نهائی در تجزیه و تحلیل نهائی شرکت داده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز علاوه بر روش های توصیفی مانند فراوانی و درصد، از روش آمار استنباطی خبی دو استفاده گردید. بر اساس نتایج این پژوهش شیوع بی اختیاری ادرار در کودکان مورد مطالعه ۱۴/۴ درصد است. ۱۰/۸ درصد، ۲/۱ درصد، و ۱/۵ درصد از کل کودکان به ترتیب دچار شب ادراری، روز ادراری و بی اختیاری ادرار مرکب هستند. نتایج پژوهش نشان داد که شب ادراری در کودکان ارتباط معنی داری با جنسیت پسر ($p=۰/۰۲۶$)، سابقه بی اختیاری ادرار در خواهرها و یا برادرهای کودک ($p=۰/۰۰۰۱$)، سابقه بی اختیاری ادرار در والدین ($p=۰/۰۰۰۱$)، مصرف بیش از حد مایعات در طی روز ($p=۰/۰۰۰۱$)، و دفع بیش از حد روزانه ادرار ($p=۰/۰۱۳$)، داراست.

واژه های کلیدی: بی اختیاری ادرار، شب ادراری

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مدرس مدعو دانشگاه پیام نور رامشیر
*** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول)

مقدمه

دوران کودکی سر آغاز زندگی و زمان پایه ریزی شخصیت بزرگسالی است. همه مکاتب روانشناسی، بر نقش مهم و سرنوشت ساز این مرحله در شکل گیری مراحل بعدی رشد انسان تاکید کرده، و معتقدند کودک در عالیترین شرایط متولد می شود و آمادگی برای پرورش مطلوب را داراست. برای اینکه این آمادگی به ظهور برسد و کودک به بهترین شرایط رشد نائل آید، باید محیط مناسب عاطفی و روانی در دسترس او قرار گیرد. بی اختیاری ادرار^۱ به معنی ادرار کردن غیر ارادی بدون هر گونه علت عضوی یکی از اختلالات شایع دوران کودکی است که می تواند برای کودک و خانواده او آزار دهنده باشد (تیدک^۲، ۲۰۰۳). کنترل ادرار در ۳ گام متوالی، بزرگ شدن ظرفیت مثانه، کنترل ارادی عضله اسفنکتر، و در نهایت کنترل ارادی رفلکس ادرار کردن بدست می آید، و پس از آن است که توانایی نگهداری ادرار توسط کودک حاصل می شود. کنترل مدفوع در طی خواب اول از همه بدست می آید، این فرآیند معمولاً با کنترل مثانه و مدفوع در طی روز، و در نهایت کنترل مثانه در شب دنبال می شود و دخترها معمولاً به هر کدام از این مراحل زودتر از پسران دست می یابند (فریتز و راکنی^۳، ۲۰۰۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV بی اختیاری ادرار را دفع مکرر ادرار در لباس یا رختخواب که برای حداقل ۲ بار در هفته برای ۳ ماه متوالی ادامه یابد (یا از لحاظ بالینی ناراحتی یا اختلال کار کردی مهمی را ایجاد کند) و کودک حداقل ۵ سال سن را داشته باشد تعریف کرده است. این اختلال از لحاظ زمان ادرار کردن کودک به سه نوع شب ادراری^۴ (خیس کردن خود در طی خواب) روز ادراری^۵ (خیس کردن خود در طی بیداری) و نوع مرکب^۶ (شب و روز ادراری توأم) تقسیم می گردد. بی اختیاری ادرار اولیه^۷ به خیس کردن خود از ابتدای تولد بدون حداقل ۶ ماه خشکی و نوع ثانویه^۸ آن دارا بودن این اختلال با حداقل ۶ ماه خشکی بطور مداوم بیان می شود (فریتز و راکنی، ۲۰۰۴).

بیان مسئله

کودکان دچار بی اختیاری ادرار احساس انزوا و تفاوت را نسبت به اطرافیان خود دارند و بعضی از آنها اعتماد به نفس پایین تری را از خود نشان می دهند (لوتمن و آلوا^۹، ۲۰۰۷). این اختلال شیوع بالایی را در دوران کودکی داراست، و اغلب اوقات برخی استرس های روانی و عاطفی را برای فرد دچار بی اختیاری ادرار و خانواده او به همراه دارد. خصوصاً اینکه در حدود سنین ۶ یا ۷ سالگی هزینه های اجتماعی شب

1. enuresis
2. Thiedke
3. Fritz, & Rockney
4. nocturnal enuresis
5. diurnal enuresis
6. combination enuresis
7. primary enuresis
8. secondary enuresis
9. Lottman, & Alova

اداراری افزایش پیدامی کند (هلمر^۱، ۲۰۰۶). مولدن^۲ (۲۰۰۲) شب اداراری را یک وضعیت پزشکی شایع که تحت تاثیر وراثت قرار دارد می داند و اظهار می دارد، این اختلال بر کودک و والدین اثر می گذارد و می تواند باعث اضطراب، شرمساری، احساس حقارت در آنها گردد و اثرات مخربی را بر روی اعتماد به نفس و خلق کودکان خصوصاً در کودکان و نوجوانان بالاتر از ۱۰ سال داشته باشد. پژوهش ها نشان از همبستگی مشکلات رفتاری با بی اختیاری ادارار در کودکان دارند. به گفته هلمر (۲۰۰۶) این مشکلات در اکثر مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده دو تا چهار برابر بیش از جمعیت بدون این اختلال گزارش شده است. بررسی مطالعات انجام شده نشان می دهد شیوع این اختلال از ۲/۳ درصد تا ۲۵ درصد متغیر است (چپوزا و همکاران^۳، ۱۹۹۸). این امر می تواند ناشی از تنوع فرهنگ ها و خصوصیات جمعیت شناختی جوامع مختلف باشد (القمدی، قرشی، و عبدالغدی^۴، ۲۰۰۰). میزان شیوع این اختلال بسته به جمعیت مورد مطالعه و تحمل علائم در فرهنگ های مختلف و گروه های اجتماعی-اقتصادی متفاوت است (سادوک^۵ و سادوک^۶، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی^۷، ۱۳۸۷). با توجه تأثیرات مخرب این اختلال بر کودک و خانواده، بررسی شیوع این اختلال می تواند اساس برنامه ریزی های آینده برای این مشکل باشد. از سوی دیگر با توجه به متغیر بودن شیوع این اختلال در جوامع مختلف با شرایط و ویژگیهای گوناگون، و تنوع پایین در تحقیقات انجام شده در ایران، این پژوهش به بررسی شیوع بی اختیاری ادارار و عوامل همبسته با شب اداراری در میان کودکان پرداخته است.

در مطالعه کایان و همکاران^۸ (۲۰۰۱) برای بررسی میزان یبوست در کودکان دچار شب اداراری اولیه تک علامتی، از میان ۵۳۵۰ کودک ۵ تا ۱۹ ساله، بر اساس ملاک های DSM IV شب اداراری اولیه تک علامتی^۹ در ۶۷۹ نفر (۱۲/۷ درصد) از کودکان یافت شد. یبوست در شمار قابل توجهی از کودکان دچار شب اداراری اولیه، در ۴۸ کودک از ۶۷۹ نفر (۷/۰۶ درصد) یافت گردید. این میزان در ۴۶۷۱ کودک بدون شب اداراری، تنها ۶۸ نفر (۱/۴۵ درصد) بود که تفاوت میان وجود یبوست در ۲ گروه از لحاظ آماری معنی داری است.

در پژوهشی در تایوان چانگ، چن، تسای، و چپو^{۱۰} (۲۰۰۱) به مطالعه شیوع شب اداراری و عوامل همبسته با این اختلال در کودکان ۶ تا ۱۱ ساله پرداختند. از میان ۱۱۷۶ کودک، ۱۲ نفر (۱ درصد) بی اختیاری ادارار ثانویه و ۹ نفر (۱ درصد) به روز اداراری و ۱ نفر به بی اختیاری ادارار مرکب مبتلا بودند و ۹۲ نفر (۸ درصد) بر اساس ملاک های ICD-10- شب اداراری اولیه داشتند و بر طبق ملاک های DSM-IV این میزان ۱/۲ درصد بدست آمد. از بین این ۹۲ کودک، ۶۱ نفر پسر و ۳۱ نفر دختر بودند. شیوع شب اداراری با توجه به سن کاهش مداومی را داشت. بطوریکه، در سنین ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ سالگی به ترتیب ۳۱/۲۹۹، ۲۳/۱۹۰،

1. Helmer
2. Mulden
3. Chiozza & al
4. Al-ghamdy, Qureshi, & Abdelgadir
5. Sadock
6. Cayan & al
7. monosymptomatic nocturnal enuresis
8. Chang, Chen, Tsai, & Chiu

۱۸/۱۹۳، ۹/۱۶۷، ۷/۲۱۹، ۴/۱۷۸ بدست آمد. شب ادراری همبستگی معنی داری را با جنس مذکر، خواب عمیق، جدائی والدین یا خانواده های جدا از هم، و سابقه بی اختیاری ادرار در خانواده دارا بود. و وزن هنگام تولد، تاخیر رشدی، یبوست، عادت نوشیدن و ادرار کردن قبل از خواب، بی اختیاری مدفوع، شمار کودکان و وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده، همبستگی معنی داری را با شب ادراری اولیه دارا نبودند. از میان عوامل همبسته با شدت شب ادراری نیز، تنها خواب عمیق با کودکانی که بیش از ۳ شب ادراری را در هفته داشتند همبستگی داشت.

در مطالعه پیاسیل و ادوم ساپ^۱ (۲۰۰۲) که به بررسی و مقایسه ۱۷۹ بیمار شب ادرار و ۸۱۱ غیر شب ادرار با هدف بررسی شیوع، عوامل خطرزا، مشکلات یادگیری و رفتاری همبسته با بی اختیاری ادرار در کودکان ۵ تا ۱۵ ساله منطقه ای در تایلند پرداختند. شیوع بی اختیاری ادرار اولیه، ثانویه و مجموع به ترتیب ۱۵/۴ درصد، ۲/۷ درصد و ۱۷/۱ درصد گزارش شد. از میان این جمعیت، ۸۷/۵ درصد شب ادراری داشتند، ۰/۶ درصد دچار روز ادراری و ۱۰/۶ درصد دچار روز ادراری و شب ادراری مرکب گزارش شدند. عوامل خطرزایی که بطور معنی داری با بی اختیاری ادرار همبستگی داشتند شامل، سابقه شب ادراری در میان والدین و خواهرها و برادرها، و آموزش توالت رفتن متناقض بود. این پژوهش به این نتیجه دست یافت ارتباطی میان بی اختیاری ادرار با جنسیت، رتبه تولد، وزن کم هنگام تولد، وضعیت اجتماعی اقتصادی، و وضعیت تحصیلی والدین وجود ندارد.

در پژوهش به منظور بررسی شیوع بی اختیاری ادرار، یبوست و بی اختیاری ادرار همبسته با یبوست در مالاتای ترکیه، از میان ۱۳۷۷ کودک ۵ تا ۹ ساله، شیوع بی اختیاری ادرار در مجموع ۹/۵ درصد گزارش گردید. شیوع شب ادراری و روز ادراری میان تمام کودکان این مطالعه بر اساس معیار یک بار در هفته و کودکان حداقل ۴ ساله ۴/۳ درصد و ۵/۲ درصد بدست آمد. بی اختیاری ادرار بطور معنی داری در میان پسرها (۱۱/۲ درصد) بیشتر از دخترها (۷/۷ درصد) بود. در میان کودکان ۹ ساله شیوع بی اختیاری ادرار (۳/۹ درصد) بطور معنی داری پایین تر از گروه های سنی پایین تر بود و شب ادراری در سنین ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ سال به ترتیب، ۱۴/۶، ۹/۳، ۱۱/۵، ۹/۱ و ۳/۹ درصد گزارش شد. از ۱۳۱ کودک دچار بی اختیاری ادرار، ۷۲ نفر (۵۵ درصد) شب ادراری و ۵۹ نفر (۴۵ درصد) روز ادراری و بی اختیاری اولیه در ۵۷/۳ درصد از کودکان وجود داشت. تفاوت معنی داری از لحاظ وضعیت اقتصادی خانواده و سطح تحصیلات والدین در ۲ گروه وجود نداشت. شیوع شب ادراری و روز ادراری تفاوت معنی داری را با توجه به جنسیت افراد نداشت. وجود سابقه خانوادگی فراوانی بیشتری را در میان کودکان شب ادرار (۷۳/۶ درصد) نسبت به روز ادرار (۵۰/۸ درصد) دارا بود. همبستگی ۲۱/۶ درصدی میان یبوست و بی اختیاری ادرار وجود داشت و میزان همبستگی در کودکان بدون یبوست ۷/۸ درصد بود. از میان کودکان دچار یبوست، ۴ نفر آنها بی اختیاری مدفوع و ادرار را تواما دارا بودند (اگورالپ، کارااگلو، کارامن، و دمیرکان، ۲۰۰۳).

در مطالعه اوزدن و همکاران^۳ (۲۰۰۷) که در میان کودکان ابتدایی در شهر آنکارا انجام گرفت از ۱۵۰۰

1. Piyasil, Udomsup
2. Uguralph, Karaoglu, Karaman, & Demircan
3. Ozden & al

کودک ۶ تا ۱۲ ساله، شیوع شب ادراری و روز ادراری بر اساس ملاک های ICD ۱۰ به ترتیب ۲۳۴ نفر (۱۷/۵ درصد) و ۲۵ نفر (۱/۹ درصد) بدست آمد. در سنین ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ سالگی شیوع شب ادراری به ترتیب ۳۰، ۱۹، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۹ درصد بدست آمد. در این مطالعه ۳۰/۸ درصد از کودکان در سن ۶ سالگی شب ادراری داشتند، اما موردی از شب یا روز ادراری در کودکان ۱۲ ساله مشاهده نگردید. اگرچه جنس مذکر، سن پایین، سابقه بی اختیاری ادرار در میان والدین، سطح پایین تحصیلات والدین، خواب عمیق، تعداد زیاد خواهرها و برادرهای کودک، افزایش شمار افرادی که در اتاق خواب کودک می خوابیدند، سابقه بی اختیاری ادرار در میان خواهرها و برادرها، عملکرد مدرسه ضعیف و سابقه عفونت های مجاری ادرار (UTI) همبستگی معنی داری با بی اختیاری ادرار، اما نه با بی اختیاری ادرار شدید داشتند.

بر طبق مطالعه کارمن، سران، کایا، نوهوگلو، و کارامن^۲ (۲۰۰۸) که به بررسی شیوع شب ادراری و عوامل همراه با این اختلال در محیط های متفاوت اجتماعی، اقتصادی در ترکیه پرداختند. ۳۰۰۰ پرسشنامه خود گزارشی توزیع گردید که از میان این کودکان ۱۵۰۰ کودک از مدارس ابتدائی منطقه عمرانیه (از مناطق حومه شهر استانبول) در گروه ۱، و ۱۵۰۰ تن دیگر از مدارس سوادیه (یکی از مناطق توسعه یافته استانبول) در گروه ۲ حضور یافتند. از این میان ۲۵۸۹ نفر (۸۶/۳ درصد) پرسشنامه ها را پاسخ و در تحلیل نهایی شرکت داده شدند. میانگین سن کودکان در گروه ۱ و ۲، به ترتیب ۱/۴-/۸۸/۸ و ۱/۵-/۹/۸ بود. بی اختیاری ادرار در ۳۳۴ کودک (۲۵/۵ درصد) از گروه ۱ و ۲۰۵ کودک (۱۶ درصد) در گروه ۲ وجود داشت، پس بی اختیاری ادرار بطور معنی داری شیوع بیشتری را در گروه ۱ دارا بود. والدین کودکان دچار بی اختیاری ادرار از منطقه حومه شهر استانبول عقیده داشتند، این موقعیت یک مسئله طبیعی در رشد کودک است و بطور خودبخودی حل می گردد و درمان ضروری نیست. برعکس، والدین کودکان بی اختیار ادرار در منطقه بیشتر توسعه یافته شهر، عقیده داشتند که بی اختیاری ادرار یک مشکل روان شناختی است که تمرکز بر مشاوره روان شناختی برای درمان این اختلال ضروری است.

در پژوهشی میسکولین و همکاران^۳ (۲۰۱۰) به بررسی شیوع شب ادراری در کودکان مدرسه ای در شرق کرواسی پرداختند. از میان ۳۰۱۱ تن کودک ۶ تا ۷ با متوسط سن ۱/۴+/۵/۶ حاضر در این مطالعه ۵۳/۳ درصد از کودکان پسر و ۴۶/۷ درصد از کودکان دختر بودند. شیوع کلی شب ادراری بر اساس ملاک انجمن جهانی کودکان خود کنترل کننده (بی اختیاری ادرار بعد از ۵ سال به هر مقدار)، ۱/۲ درصد (۳۵ نفر) و بر اساس ملاک DSM-IV، ۰/۸ درصد گزارش گردید. همه ی این افراد به شب ادراری ثانویه مبتلا بودند. از میان کودکان دچار شب ادراری ۷۴/۳ درصد (۲۶ نفر) پسر و ۲۵/۷ درصد (۹ نفر) دختر بودند که تفاوت بین دو جنس از لحاظ آماری معنی دار بود. ۲ درصد (۶ نفر) از کودکان نیز، روز ادراری داشتند. در میان کودکان شب ادرار شرق کرواسی، ۶۸/۶ درصد (۲۴ نفر) از آنها سابقه شب ادراری در خانواده آنها وجود داشت.

1. urinary tract infection
2. Carman, Ceran, Kaya, Nuhoglu & Karaman
3. Miskulin & al

در پژوهشی سورش کومار، جونز، کالدول، و کریج^۱ (۲۰۰۹) به بررسی عوامل خطر زایا برای شب اداری در کودکان سنین مدرسه در سیدنی استرالیا پرداختند. والدین ۲۸۵۶ کودک (۳۵ درصد) پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. شیوع شب اداری بر اساس ملاک های ICD-۱۰ در ۱۸/۲ درصد از کودکان بدست آمد. ۱۲/۳ درصد آنها شب اداری ملائم (۱ تا ۶ شب در ماه)، ۲/۵ درصد شب اداری متوسط (۷ یا بیشتر شب اداری در ماه) و ۳/۶ درصد شب اداری شدید (هرشب شب اداری) را دارا بودند. روز اداری، بی اختیاری مدفوع، بدکاری مثانه، و جنس مذکر با شب اداری شدید مطابق با سن ارتباط داشتند. استرس های هیجانی و دل مشغولی های اجتماعی با شب اداری متوسط همبستگی داشتند.

در پژوهشی که به بررسی شیوع و عوامل همبسته با شب اداری در میان کودکان مدارس شبانه روزی و روزانه جنوب ترکیه پرداخت، از میان ۵۲۶ کودک در ۲ نوع مختلف مدارس شبانه و روزانه، در مجموع شیوع شب اداری ۱۴/۹ درصد بود. شیوع شب اداری با افزایش سن کاهش یافت، بطوریکه در سن ۶ سالگی ۳۳/۳ درصد خود را خیس می کردند، در حالیکه میزان شب اداری در کودکان ۱۵ ساله ۲/۶ درصد بود. تفاوت معنی داری در شیوع شب اداری میان پسران ۱۴/۳ درصد و دختران ۱۶/۸ درصد وجود نداشت. شب اداری در ۱۸/۵ درصد در میان کودکان مدارس روزانه، و ۱۱/۵ درصد کودکان مدارس شبانه گزارش شد. شیوع شب اداری در کودکانی که در روستا زندگی می کردند، با درآمد ماهیانه پایین و سابقه مثبت خانوادگی بیشتر بود. بعد از تحلیل های چند متغیری، سابقه عفونت مجرای اداری، سن، درآمد ماهیانه پایین، سابقه مثبت خانوادگی شب اداری، عواملی بودن که با شب اداری همبستگی داشتند. ۴۶/۴ درصد از والدین و ۵۷/۱ درصد از کودکان شب ادار نگرانی قابل توجهی را نسبت به اثرات شب اداری داشتند (گونش، گونش، آسیک، و آکیلی^۲، ۲۰۰۹).

یوسف، باسالم، ال سکاف^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی روز اداری در میان ۱۰۶۱ تن از کودکان مهد کودکی ۴ تا ۶ ساله عدن در کشور یمن پرداختند که در میان آنها روز اداری در ۳۴ کودک (۳/۲ درصد) از موارد یافت شد، که ۱۸ تن آنها دختر بودند. بخش اعظمی از این افراد (۸۵/۳ درصد) فرم شدید روز اداری را دارا بودند. شب اداری و بی اختیاری ادرار مرکب شیوع بیشتری را در میان پسرها داشت، در حالیکه علائم مجاری (فوریت، سوزش و قطع و وصل شدن ادرار) شیوع بیشتری را در دختران داشت. اشتغال مادر، وقایع ترسناک و استرس زای هیجانی در ۶ ماه قبل از مطالعه ارتباط معنی داری با روز اداری داشتند. اگرچه، تحصیلات والدین، تنبیه بخاطر روز اداری، سابقه بی اختیاری ادرار در خانواده همبستگی ناچیزی با این اختلال داشتند.

در پژوهش ساجدی (۱۳۷۴)، در همدان مشخصات فردی، خانوادگی و اقتصادی - اجتماعی کودکان دبستانی مبتلا به شب اداری مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ۱۶۰ کودک مبتلا به شب اداری و ۱۶۰ کودک غیر شب ادار که از نظر سن، جنس، کلاس تحصیل و منطقه تحصیلی با کودکان شب ادار همگن شده بودند انتخاب شدند، و اکثریت افراد نمونه در گروه سنی ۶ تا ۷/۹۹ سال و پسر بودند. از نظر رتبه

1. Sureshkumar, Jones, Caldwell, & Craig

2. Gunes, Acik, Akilli

3. Yousef, Basaleem, Al-sakkaf

تولد کودکان گروه دارای شب ادراری بیشتر رتبه تولد ۲-۱ را داشتند. از نظر کلاس تحصیل اکثر نمونه ها کلاس اول بودند و کودکان مبتلا به شب ادراری در سنین ۶/۹۹-۵ بیشتر از سنین دیگر به شب ادراری مبتلا گشته بودند و ۲ تا ۳ بار در هفته شب ادراری داشتند. از نظر سازگاری رفتاری، گروه شاهد از میانگین نمرات بیشتری نسبت به گروه شب ادرار بهره مند بود. از نظر خانوادگی، شب ادراری در خانواده های پرجمعیت که سابقه مثبت خانوادگی شب ادراری داشتند، بیشتر از بقیه بود. تولد نوزاد جدید و مرگ یکی از عزیزان در گروه مورد بیشتر از شاهد بود و بیشتر والدین با عصبانیت با کودک شب ادرار رفتار می نمودند. از نظر اقتصادی - اجتماعی در کودکان مبتلا به شب ادراری، خانواده ها از نظر اقتصادی - اجتماعی در سطح پایین تری نسبت به خانواده های گروه شاهد قرار داشتند.

در پژوهش صدقی و رحیمیان امام (۱۳۷۵) که به بررسی اپیدمیولوژی بی اختیاری ادرار در مراجعه کنندگان به درمانگاه های اطفال شهر پرداختند از میان ۷۰۰ نفر از مراجعه کنندگان ۵ تا ۱۵ ساله به سه درمانگاه اطفال در شهر یزد، بر اساس ملاک های ICD-۱۰، ۵/۲ درصد (۳۶ نفر) شب ادراری داشتند. از ۳۶ نفر کودک دچار شب ادراری ۳۱ نفر (۸۶/۱ درصد) دارای شب ادراری اولیه و ۵ نفر (۱۳/۹ درصد) دارای شب ادراری ثانویه بودند. تنها ۴ نفر (۱۱/۱ درصد) از مبتلایان به بی اختیاری ادرار شبانه، روز ادراری نیز داشتند. با افزایش سن در کودکان دچار شب ادراری از فراوانی افراد کاسته می شد بطوریکه، ۶/۸ درصد ۵ تا ۷ ساله ها، ۳/۷ درصد ۵ تا ۱۰ ساله ها و ۲/۲ درصد کودکان ۱۱ سال به بالا شب ادرار بودند. در این مطالعه بین شب ادراری و سابقه شب ادراری در افراد خانواده و افراد فامیل، جنسیت کودک، تعداد فرزندان خانواده، وضعیت درسی دانش آموزان، ارتباط معنی داری وجود نداشت و بین شب ادراری و رتبه تولد (۱-۲)، مشکلات روحی - روانی (مهاجرت، جابجایی، تولد فرزند جدید، نزاع های خانوادگی، مرگ و...) ارتباط معنی داری وجود داشت، ۲۷/۸ درصد (۱۰ نفر) از شب ادرار ها و ۷/۸ درصد از غیر شب ادرار ها مشکلاتی را دارا بودند. در هیچکدام از معیارهای رشد شامل زمان نشستن، راه رفتن و حرف زدن ارتباط معنی داری با شب ادراری به چشم نخورد.

در مطالعه ای تحت عنوان شیوع شب ادراری و عوامل مرتبط با آن در کودکان مدارس ابتدائی شهر سنندج در سال ۷۹، ۶۸۱ کودک از طریق نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب گردیدند. میانگین سنی این کودکان ۹/۳ سال با انحراف معیار ۹ سال بود. بر اساس نتایج بدست آمده بر اساس ملاک های ICD-۱۰، تعداد ۶۰ نفر از کودکان مورد مطالعه یعنی ۸/۸ درصد آنها مبتلا به شب ادراری بودند. ۴۳ کودک (۷۱/۶ درصد) دچار شب ادراری اولیه و ۱۷ نفر (۲۸/۳ درصد) از آنها دچار شب ادراری ثانویه بودند. ۱۴ نفر (۲۳/۳ درصد) از کودکان مبتلا به شب ادراری، روزها نیز خود را خیس می نمودند. ۴۶ کودک (۷/۲۴ درصد) از کودکانی که شب ادراری نداشتند دچار فزون ادراری شبانه بودند. شب ادراری با جنسیت دختر، خارش مقعد، سابقه شب ادراری در سایر فرزندان خانواده، سابقه عفونت ادراری، و جدایی کودک از والدین (به هر دلیل) ارتباط داشت (قطبی و خیر آبادی، ۱۳۸۰).

در پژوهشی با عنوان بررسی همه گیر شناسی بی اختیاری ادرار و عوامل موثر بر آن در دانش آموزان دبستانی شهر سمنان، از میان ۱۲۰۰ دانش آموز ۷ تا ۱۱ ساله، شیوع بی اختیاری ادرار بر اساس ملاک های DSM-IV، ۱۵/۵ بدست آمد که ۱۸/۴ درصد از پسرها، و ۱۳/۱ درصد از دخترها به این اختلال دچار

بودند. بیشترین میزان شیوع بی اختیاری ادرار در سن ۸ سالگی دیده شد که با افزایش سن از میزان آن کاسته می شد. از بین کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ۱۶/۱ درصد دچار بی اختیاری ادرار در طی خواب روز و ۲۸ درصد نیز بی اختیاری ادرار در طی بیداری داشتند. یافته ها همچنین نشان داد ۱/۶ درصد از کودکان دچار بی اختیاری ادرار، بی اختیاری مدفوع را نیز دارا بودند. در خانواده هایی که در مناطق پایین شهر زندگی می کردند و از نظر اقتصادی - اجتماعی وضعیت خوبی ندارند، و همچنین در خانواده هایی که مادر خانه دار و دارای تحصیلات پایینی است، خانواده هایی که شمار فرزندان بیشتر بود و سابقه بی اختیاری ادرار در آنها وجود داشت، میزان بی اختیاری ادرار بیشتر گزارش شد. رتبه تولد کودک در خانواده، وجود نسبت فامیلی والدین با یکدیگر، وجود اتاق خواب جداگانه برای کودک، چپ دست بودن کودک و میزان خواب کودک در شبانه روز ارتباطی با میزان شیوع بی اختیاری ادرار نداشت. تحلیل یافته ها نشان داد که، تغذیه با شیر مادر، وجود استرس در ۶ ماه اخیر، شمار دفعات ادرار کردن در روز و بیدار شدن هنگام خواب برای رفتن به دستشویی ارتباط معنی داری با میزان بروز بی اختیاری ادرار داشت (سلیمانی و صابری زفرقندی، ۱۳۸۲).

در پژوهش دهقانی و همکاران (۱۳۸۷) که به بررسی عوامل مرتبط با شب ادراری (بر اساس ملاک های DSM IV)، کودکان ۶ تا ۱۲ ساله در یزد پرداختند، ۵۰۱ کودک در ۲ گروه شامل ۱ گروه ۲۵۰ نفره از کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به شب ادراری در دسترس از مدارس و گروه شاهد شامل ۲۵۱ نفر از کودکان سالم که از نظر سن و جنس با گروه مورد همسان بودند قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که سابقه عفونت ادراری با شب ادراری کودکان ارتباط معنا داری داشته است. از متغیرهای خانوادگی بین سابقه فامیلی شب ادراری، مشکلات خانوادگی، وضعیت تحصیلی پدر و مادر کودکان، اندازه خانواده و شب ادراری کودکان ارتباط معنی دار آماری بدست آمد و از عوامل روانی نیز، بین متغیرهای اضطراب جدائی، و افسردگی و شب ادراری در کودکان ارتباط معنی داری مشاهده گردید. در مجموع ۱۳۸ کودک (۵۵/۴ درصد) کودکان دچار شب ادراری اولیه، و ۱۱۱ نفر (۴۴/۶ درصد) به شب ادراری ثانویه مبتلا بودند. ۲۱۲ نفر (۸۵/۱ درصد) از کودکان مبتلا به نوع شبانه و ۹۶ نفر (۳۸/۴ درصد) از آن ها یکبار در هفته شب ادراری داشتند، و میانگین مدت شب ادراری کودکان مبتلا ۵/۳ سال بوده است.

در پژوهشی که در ایران به بررسی شیوع شب ادراری، عوامل خطر، و عوامل خانوادگی همبسته و آسیب شناسی این اختلال در میان کودکان مدرسه ای پرداخت، ۷۵۶۲ کودک ۵ تا ۱۸ ساله، در این مطالعه شرکت داده شدند. شیوع بی اختیاری ادرار ۶/۸ درصد بود. ارتباط معنی داری میان شیوع این اختلال و سن، سطح تحصیلات والدین، شمار افراد خانواده، وجود سابقه خانوادگی بی اختیاری ادرار، شیوه های فرزند پروری، و خواب عمیق وجود داشت و عواملی همچون، وزن هنگام تولد، درآمد ماهیانه، وضعیت اشتغال والدین، تفاوت های قومیتی، تاخیرات رشدی، عادت نوشیدن و ادرار کردن پیش از خواب، و بی اختیاری مدفوع همبستگی معنی داری با بی اختیاری ادرار نداشتند. فراوانی آسیب مجاری ادراری در کودکان دچار بی اختیاری ادراری ۲/۹ درصد بود (سفری نژاد، ۲۰۰۷).

پژوهشی در یزد با عنوان شب ادراری کودکان در شش سالگی و عوامل مرتبط با آن توسط کرباسی،

گلستان، و فلاح (۱۳۸۸) انجام گردید. به این منظور ۲۰۰ دختر و ۲۰۰ پسر ۶ ساله به روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی از میان مراجعه کنندگان به پایگاه سنجش سلامتی در شهر یزد انتخاب گردیدند. در مجموع ۸/۲۵ درصد و ۱۵/۲۵ درصد کودکان به ترتیب بر اساس معیارهای DSM-IV و ICD-10 شب ادراری اولیه داشتند، و این میزان در پسران شایع تر از دختران گزارش شد. خرخر شبانه و تنفس دهانی با شب ادراری ارتباط معنی داری را دارا بود. شب ادراری اولیه با رتبه تولد، سطح سواد والدین و سابقه شب ادراری در فامیل ارتباط نداشت.

سوالات پژوهش

۱- شیوع بی اختیاری ادرار در پیش دبستانی های شهر اهواز چه میزان است؟
 ۲- آیا میان جنسیت کودک، خواب عمیق کودک، تعداد خواهرها و برادرهای کودک، ترتیب تولد کودک، تعداد افراد حاضر برای خواب در اتاق کودک، سابقه بی اختیاری ادرار در خواهرها و برادرهای کودک، سابقه بی اختیاری ادرار در والدین کودک، مصرف بیش از حد مایعات در طی روز توسط کودک، دفعات بیش از حد دفع ادرار در طی روز توسط کودک، فوت والدین کودک، شاغل بودن والدین کودک، تحصیلات والدین کودک، عفونت مجرای ادرار کودک، عفونت دستگاه تنفسی کودک، با بی اختیاری ادرار در آنها ارتباط وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بوده و جامعه آماری آن کلیه دانش آموزان پیش دبستانی شهر اهواز (با محدوده سنی ۵ تا ۶ سال) با حدود ۷۰۰۰ نفر جمعیت، در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ می باشند. حجم نمونه این پژوهش ۹۲۰ نفر بود. بدین گونه که به شکل تصادفی با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای از میان مدارس ابتدائی هر کدام از نواحی ۴ گانه اهواز ۸ کلاس پیش دبستانی انتخاب گردید و به ۲۳۰ نفر از دانش آموزان هر ناحیه پرسشنامه داده شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از چک لیست رفتاری که اعتبار علمی آن به روش اعتبار محتوا مورد بررسی قرار گرفته بود استفاده شد. بدین گونه که چک لیست توسط پژوهشگر تهیه و مورد تأیید اساتید دانشگاه شهید چمران اهواز و علوم و تحقیقات خوزستان قرار گرفت. بخش اول چک لیست رفتاری، به برخی متغیرهای جمعیت شناختی و سابقه بیماری های مرتبط شامل (جنسیت، تاریخ تولد، رتبه تولد، سابقه عفونت دستگاه مجاری ادرار، سابقه عفونت دستگاه تنفسی، دفعات دفع روزانه کودک، و میزان مصرف روزانه مایعات) و متغیرهای خانوادگی شامل (تعداد خواهرها و برادرها، تعداد افراد حاضر برای خواب در اتاق کودک، سابقه بی اختیاری ادرار در میان سایر فرزندان، سابقه بی اختیاری ادرار در میان والدین، سن پدر و مادر، فوت پدر و مادر، اشتغال پدر و مادر) پرداخته است. بخش دوم چک لیست رفتاری نیز ملاک های بی اختیاری ادرار شامل (شب ادراری در کودک و دفعات آن، روز ادراری در کودک و دفعات آن، و اولیه

و ثانویه بودن اختلال) پرداخته شده است. این پرسشنامه توسط مریبان پیش دبستانی ها به والدین دانش آموزان تحویل داده شد و پس از تکمیل در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. در ضمن برای تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد، و آزمون استنباطی خی دو استفاده گردید.

نتایج پژوهش

الف) یافته های مربوط به سوال اول پژوهش

از میان ۹۲۰ چک لیست رفتاری تحویل داده شده به والدین، تعداد ۸۰۷ عدد شامل (۴۱۰ پسر و ۳۹۷ دختر) توسط والدین پاسخ داده شد و در تحلیل نهائی شرکت داده شدند. شیوع کلی بی اختیاری ادرار در این پژوهش ۱۴/۴ درصد بدست آمد (جدول ۱) از میان این جمعیت ۱۰/۸ درصد به شب ادراری، ۲/۱ درصد به روز ادراری و ۱/۵ درصد به نوع مرکب این اختلال مبتلا بودند (جدول شماره ۲). شب ادراری در ۱۳/۲ درصد از پسران و ۸/۳ درصد از دختران مشاهده گردید و روز ادراری نیز در پسران ۲/۷ درصد در مقابل ۱/۵ درصد در دختران وجود داشت. میزان بی اختیاری ادرار مرکب نیز در دو جنس ۱/۵ درصد بدست آمد. از میان کودکان دچار بی اختیاری ادرار ۷۹/۳ درصد دچار نوع اولیه این اختلال و ۲۰/۷ درصد نیز دچار نوع ثانویه آن بودند.

جدول ۱: توزیع کودکان دچار بی اختیاری ادرار

دچار بی اختیاری ادرار		بدون بی اختیاری ادرار		کل	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۱۶	۱۴/۴	۶۹۱	۸۵/۶	۸۰۷	۱۰۰

جدول ۲: توزیع نوع بی اختیاری ادرار (از نظر زمان وقوع) در کودکان دچار بی اختیاری ادرار

شب ادرار		روز ادرار		مرکب		کل	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۸۷	۱۰/۸	۱۷	۱/۲	۱۲	۱/۵	۱۱۶	۱۴/۴

جدول ۳: توزیع نوع بی اختیاری ادرار (از نظر زمان وقوع)

با توجه به جنسیت کودکان دچار بی اختیاری ادرار

	شب ادراری		روز ادراری		مرکب		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پسر	۵۴	۱۳/۲	۱۱	۲/۷	۶	۱/۵	۷۱	۱۷/۴
دختر	۳۳	۸/۳	۶	۱/۵	۶	۱/۵	۴۵	۱۱/۳

ب) یافته های مربوط به سوال دوم پژوهش

همان گونه که جدول شماره ۴ نیز نشان می دهد، مجموعاً ۵۴ نفر (۱۳/۲ درصد) از مجموع ۴۱۰ دانش

آموز پسر دچار شب ادراری بوده و ۳۳ نفر (۸/۳ درصد) از کودکان دختر نیز دچار شب ادراری هستند، که از لحاظ آماری تفاوت این اختلال در دو جنس معنی دار بود ($p=0/026$). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که سابقه بی اختیاری ادرار در خواهر و یا برادرهای کودک ($p=0/001$)، سابقه بی اختیاری ادرار در والدین ($p=0/001$)، مصرف بیش از حد مایعات در طی روز ($p=0/001$)، و دفع بیش از حد روزانه ادرار ($p=0/013$)، با شب ادراری کودک ارتباط معنی داری دارد. میان عواملی همچون خواب عمیق کودک، تعداد خواهرها و برادرها، ترتیب تولد کودک، تعداد افراد حاضر برای خواب در اتاق کودک، سن پدر و مادر، فوت پدر و مادر، اشتغال پدر و مادر و سطح تحصیلات پدر و مادر و شب ادراری در کودکان نیز، ارتباط معنی داری بدست نیامد.

جدول ۴: بررسی برخی عوامل مرتبط با شب ادراری کودکان پیش دبستانی شهر اهواز

سطح معناداری	X ^۲	غیر شب ادرار		شب ادرار		متغیر	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
0/026	0/75/0	8/86	33	2/13	54	جنسیت	
		7/91	364	8/3	33	پسر دختر	
0/972	0/01/0	2/89	440	8/10	53	بله	
		2/89	280	8/10	34	بله خیر	
0/158	68/3	92	184	8	16	بدون خواهر و برادر	
		89/5	334	10/5	39	یک خواهر یا برادر	
		86/3	202	13/7	32	دو یا بیشتر	
0/077	12/5	91/7	365	8/3	33	اول	
		87/1	216	12/9	32	دوم	
		86/3	139	13/7	22	سوم و بالاتر	
0/342	14/2	5/92	136	5/7	11	تنها	
		9/87	204	1/12	28	یک	
		8/88	380	2/11	48	دو یا بالاتر	
<0/0001	22/31	3/68	43	7/31	20	بلی	
		91	677	9	67	بلی خیر	
<0/0001	26/34	8/93	15	2/6	1	هر دو والد	
		8/58	20	2/41	14	یکی از دو والد	
		5/90	685	5/9	72	هیچکدام	
<0/0001	68/21	3/80	159	7/19	39	بله	
		1/92	561	9/7	48	بله خیر	
0/013	22/6	9/89	679	0/1	76	حداکثر هفت بار	
		8/78	41	2/21	11	بیش از هفت بار	
0/936	0/06/0	90	9	10	1	بلی	
		2/89	711	8/10	86	بلی خیر	
0/074	197/3	7/66	4	3/33	2	بلی	
		4/89	716	6/10	85	بلی خیر	
0/107	59/2	8/89	652	2/10	74	بلی	
		84	68	16	13	بلی خیر	

ادامه جدول در صفحه بعد

۰/۱۳۷	۲۱۲/۲	۲/۹۳	۱۰۹	۸/۶	۸	بلی	شغل مادر
		۶/۸۸	۶۱۱	۴/۱۱	۷۹	خیر	
۰/۳۱۲	۳۳/۲	۴/۸۷	۲۹۷	۶/۱۲	۴۳	زیر دیپلم	تحصیلات پدر
		۹۰	۲۳۴	۱۰	۲۶	دیپلم	
		۳/۹۱	۱۸۹	۷/۸	۱۸	فوق دیپلم به بالا	
۰/۱۷۲	۵۱/۳	۸/۸۷	۳۱۶	۲/۱۲	۴۴	زیر دیپلم	تحصیلات مادر
		۸/۸۸	۲۵۳	۲/۱۱	۳۲	دیپلم	
		۲/۹۳	۱۵۱	۸/۶	۱۱	فوق دیپلم به بالا	
۰/۸۹۳	۰۱۸/۰	۸/۸۹	۴۴	۲/۱۰	۵	بلی	عفونت دستگاه مجاری ادرار
		۲/۸۹	۶۷۶	۸/۱۰	۸۲	خیر	
۰/۰۵۷	۶۱/۳	۶/۹۶	۵۷	۳/۴	۲	بلی	عفونت دستگاه تنفسی
		۶/۸۸	۶۶۳	۴/۱۱	۸۵	خیر	

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی شیوع بی اختیاری ادرار و بررسی برخی عوامل مرتبط با شب ادراری در کودکان انجام گردید. طبق نتایج این پژوهش میزان شیوع بی اختیاری ادرار در میان دانش آموزان پیش دبستانی شهر اهواز ۱۴/۴ درصد بود و میزان شب ادراری، روز ادراری و بی اختیاری مرکب نیز به ترتیب ۱۰/۸ درصد، ۱/۲ درصد، و ۱/۵ درصد بدست آمد. با مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش های انجام شده قبلی در می یابیم که در بسیاری از پژوهش ها شیوع به دست آمده برای این اختلال بسیار بالاتر و یا پایین تر از نتایج حاصله از این پژوهش است. به عنوان مثال پژوهش های پیاسیل و ادوم ساپ (۲۰۰۲) در تایلند ۱۸/۱ درصد و یا چیوزا و همکاران (۱۹۹۸) در ایتالیا ۱/۷ درصد. در بسیاری از پژوهش ها نیز نتایج تقریباً با نتیجه این پژوهش همسان است مانند پژوهش صابری زفرقندی (۱۳۸۲) در ایران ۱۵/۵ درصد. همانگونه که قبلاً نیز گفته شد تفاوت در ملاک های در نظر گرفته شده برای این اختلال، تفاوت های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف، و انجام تحقیق در نمونه هایی با سنین مختلف در نتایج پژوهش ها موثر است و ممکن است در تفاوت نتایج بدست آمده در پژوهش های مختلف موثر باشد. خصوصاً اینکه به گفته تیدک (۲۰۰۳) نرخ بهبود خود به خودی این اختلال سالانه ۱۵ درصد است.

در این پژوهش شیوع شب ادراری به طور معنی داری در میان پسران بیش از دختران بود. این یافته با نتایج اکثر پژوهش های انجام شده در این زمینه همسو می باشد (میسکولین و همکاران، ۲۰۱۰؛ ازدن و همکاران ۲۰۰۷؛ پاشاپور و همکاران ۲۰۰۷). هر چند که در برخی پژوهش ها نیز ارتباط معنی داری میان جنسیت و شب ادراری یافت نگردید (گونش و همکاران، ۲۰۰۹؛ صدقی و رحیمیان امام، ۱۳۷۵). در توجیه این یافته می توان به گفته فریتز و راکنی (۲۰۰۴) و اکثر مطالب گفته شده در زمینه تفاوت های دختران و پسران استناد کرد که در این باره اظهار می دارند، دخترها معمولاً زودتر از پسرها به هر کدام از مراحل کنترل دفع، دست می یابند. دلیل این امر را می توان در رزش دیرتر پسران نسبت به دخترها جستجو کرد، خصوصاً اینکه تکامل جسمی نقش زیادی را در دست یافتن به خشکی در کودکان ایفا می کند.

در این پژوهش تفاوتی میان میزان عمق خواب در کودکان شب ادرار و غیر شب ادرار مشاهده نگردید. اکثر پژوهش های گذشته نتیجه ای متفاوت را با این یافته بدست آورده اند (کالو و بلا، ۱۹۹۶؛ چانگ و

همکاران، ۲۰۰۱؛ ازدن و همکاران، ۲۰۰۷؛ سلیمانی و صابری زفرقندی، ۱۳۸۲؛ سفری نژاد، ۲۰۰۷). در توجیه این یافته می توان گفت: هرچند فرضیه ای وجود دارد که شب اداری کودکان ممکن است به ضعیف بودن مکانیزم برانگیختگی بدن انسان که او را در زمان نیاز به ادرار کردن بیدار می کند، مربوط باشد (هلمر، ۲۰۰۶). یافته این پژوهش می تواند نشان دهد که عمیق بودن خواب به تنهایی نمی تواند دلیل عمده ای برای شب اداری کودکان باشد و بیدار کردن کودک توسط والدین برای دفع ادرار، به دلیل کوچک بودن مثانه کودک به طور طبیعی در این سن، و از سوی دیگر شکل گیری جریان شرطی شدن برای رفتار بیدار شدن در زمان احساس نیاز به دفع، از اهمیت بالاتری برخوردار است. دلایل دیگری همچون شرایط محیطی کودک، طریقه آموزش کودک توسط والدین، و ... نیز ممکن است در این امر تعامل داشته باشند.

در این پژوهش میان تعداد خواهر و برادرها و شب اداری کودکان ارتباط معنی داری بدست نیامد. این نتیجه با اکثر پژوهش ها همخوان است (اونالاک و همکاران، ۲۰۰۷؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۱). هرچند در پژوهش های معدودی همچون ازدن و همکاران (۲۰۰۷)، نتیجه مغایری بدست آمد. در توجیه این پدیده، کاکاوند (۱۳۸۸) اظهار می دارد: فشارهای مزمن و ایسته به محیط همچون اختلافات زناشویی، مشکلات سازشی والدین، مشکلات اقتصادی و خانواده های پرجمعیت (به علت عدم آموزش مطلوب به کودک) بر ابتلای کودکان به اختلالات دفعی مؤثر است. این نتیجه می تواند نشان دهد که تعداد بیشتر افراد خانواده کودک، با اشکال قابل توجهی در روند آموزش توالیت رفتن به کودک توسط والدین همراه نیست و شلوغی و مشکلات میان کودکان ارتباط معنی داری با شب اداری در آنها ندارد و به نظر می رسد این امر در زمانی می تواند نقش عاملی داشته باشد که خانواده بیش از حد شلوغ باشد و والدین نه از زمان مناسب و نه از مهارت لازم برای آموزش کنترل ادرار به کودک خود محروم باشند و یا تنش بیش از حد در خانواده به دلیل درگیری کودکان و ناتوانی والدین در کنترل شرایط و رفتن کودک به رختخواب با اضطراب در این شرایط دخیل باشد.

در این پژوهش میان رتبه تولد کودک و شب اداری در آنها ارتباط معنی داری مشاهده نگردید. در بیشتر پژوهش های گذشته نیز ارتباطی میان این دو عامل مشاهده نشد (پیسایل و ادم ساپ، ۲۰۰۲؛ اونالاک و همکاران، ۲۰۰۴؛ همچنین سلیمانی و صابری زفرقندی، ۱۳۸۲). هرچند در برخی پژوهش ها ارتباط معنی داری میان این عامل با بدست آمد (کالو و بلا، ۱۹۹۶؛ صدقی و رحیمیان، ۱۳۷۵). اگرچه به گفته برخی منابع عواملی همچون تولد فرزند تازه ممکن است با بی اختیاری ادرار مخصوصاً نوع ثانویه آن در ارتباط باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).. با توجه به نتیجه پژوهش به نظر می رسد میان رتبه تولد و شب اداری کودکان (به دلایلی همچون حسادت نسبت به فرزند اول و یا تجربه والدین در آموزش توالیت رفتن به کودک) ارتباط معنی داری وجود ندارد.

در این پژوهش ارتباط معنی داری میان تعداد افراد حاضر برای خواب در اتاق کودک و شب اداری در او وجود ندارد. نتایج برخی پژوهش ها همچون اونالاک و همکاران (۲۰۰۴) و سلیمانی و صابری زفرقندی (۱۳۸۲) تأیید کننده این یافته است. نتیجه پژوهش ازدن (۲۰۰۷) نیز با این پژوهش همسو نیست.

در این پژوهش میان سابقه بی اختیاری ادرار در میان خواهر و برادرها و همچنین والدین و شب اداری در کودک ارتباط معنی داری بدست آمد. این یافته ها با بخش اعظمی از پژوهش های انجام شده همسو

می باشد (کالو و بلا، ۱۹۹۶؛ پیاسیل و ادم ساپ، ۲۰۰۲؛ اگورالپ و همکاران، ۲۰۰۳؛ سفری نژاد، ۲۰۰۷؛ ساجدی، ۱۳۷۴؛ دهقانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ میسکولین و همکاران، ۲۰۱۰؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۱؛ ازدن و همکاران، ۲۰۰۷؛ اونالاک و همکاران، ۲۰۰۴). از سوی دیگر پژوهش های قطبی و خیر آبادی (۱۳۸۰)، صدقی و رحیمیان امام (۱۳۷۵)، و یوسف و همکاران (۲۰۱۰) با نتیجه بدست آمده در این پژوهش همخوانی ندارند. در توجیه این یافته می توان به پژوهش امین (۲۰۰۵) استناد کرد که طبق آن شب اداری در ۴۳ درصد از کودکان دارای پدر دچار شب اداری، ۴۴ درصد از کودکان دارای مادر شب اداری، و ۷۷ درصد از کودکانی که هر دو والد سابقه شب اداری را دارا هستند، وجود دارد. نتایج این پژوهش نیز همچون اکثر پژوهش ها مبین نقش قوی عامل ژنتیک، در این اختلال است. به نظر می رسد این گرایش شدید خانوادگی در ارتباط با تاخیر تکاملی و مکانیسم های تخلیه مثانه باشد. این کودکان هنگامی که در معرض استرس قرار می گیرند حتی بعد از به دست آوردن کنترل بیشتر از کودکان دیگر مستعد بی اختیاری هستند.

در این پژوهش میان مصرف بیش از حد مایعات در طی روز و شب اداری در کودکان ارتباط معنی داری بدست آمد. پژوهشی در مورد عادات نوشیدن مایعات کودکان در طی روز بدست نیامد. اما در پژوهشی چانگ و همکاران (۲۰۰۱) به این نتیجه دست یافتند که میان عادت نوشیدن قبل از خواب با شب اداری ارتباط معنی داری وجود دارد. در مقابل سفری نژاد (۲۰۰۷) ارتباطی میان این عامل و شب اداری کودکان بدست نیاورد. رای (۲۰۱۱) عادت عطش بیش از حد را یکی از دلایل شب اداری در کودکان می داند. می توان نتیجه گرفت که مصرف بیش از حد مایعات کودک در زمان بیداری می تواند دلیل تولید بیش از حد ادرار، در زمان خواب کودک باشد. اما جدای از این فرایند طبیعی، به نظر می رسد شکل نگرفتن عادت توالت رفتن در کودک قبل یا در زمان خواب، که از آموزش والدین نشأت می گیرد نیز در این مورد از اهمیت بالایی برخوردار است.

در این پژوهش میان دفعات دفع بیش از حد ادرار در طی روز و شب اداری کودکان در طی شب ارتباط معنی داری بدست آمد. در توجیه این پدیده رای (۲۰۱۱) اظهار می دارد در صورتی که مثانه کودک کوچک باشد کودک به دفعات مکرر ادرار کردن در طی روز نیازمند است و ممکن است دفعات بیشتر شب اداری در یک شب، و ادرار کردن در چند شب متوالی را تجربه کند. همچنین رای (۲۰۰۸) اظهار می دارد کودکان دچار روز و شب اداری به احتمال بیشتری به بیش فعالی مثانه مبتلا می باشند. بنابراین شاید بتوان گفت شب اداری در برخی کودکان را به الگوی نوشیدن کودکان، کوچک بودن مثانه در آنها، و یا اختلال در عملکرد مثانه آنها نسبت داد و از آنجا که به دلایل طبیعی مثانه کودکان هنوز رشد کامل خود را ندارد، طولانی شدن دوره خواب کودک و نداشتن دفع در این دوره زمانی نیز ممکن است باعث پر شدن ظرفیت مثانه و در نهایت شب اداری در او گردد.

در این پژوهش میان فوت پدر، همچنین فوت مادر کودکان و شب اداری در آنها ارتباط معنی داری بدست نیامد. در میان پژوهش های انجام شده در گذشته اونالاک و همکاران (۲۰۰۴) و صدقی و رحیمیان امام (۱۳۷۵) میان استرس های خانوادگی (جدائی یا مرگ یک یا هر دو والد)، سورس کومار و همکاران (۲۰۰۹) میان استرس های هیجانی و دل مشغولی های اجتماعی، سلیمانی و صابری زفرقندی (۱۳۸۷) و یوسف و همکاران (۲۰۰۳) میان وقایع ترسناک و استرس زای هیجانی در شش ماه قبل از پژوهش، با بی اختیاری

ادرا را ارتباط معنی داری بدست آوردند. به گفته فریتز و راکنی (۲۰۰۴) عواملی همچون استرس، جدائی والدین و ... بابتی اختیاری ادرا را به خصوص نوع ثانویه آن ارتباط دارند. در این پژوهش می توان نتیجه گرفت که مرگ والدین با این اختلال در کودکان ارتباط معنا دار ندارد. اما عوامل استرس زای دیگر که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته است را نباید نادیده گرفت.

در این پژوهش میان شاغل بودن پدر، همچنین مادر با شب ادرا در کودکان ارتباط معنی داری بدست نیامد. این یافته ها با یافته سفری نژاد (۲۰۰۷) همسوست. اما با برخی پژوهش ها همچون اونالا کاک و همکاران (۲۰۰۴)، آگورالپ و همکاران (۲۰۰۳)، و یوسف و همکاران (۲۰۰۳) ارتباط معنی داری بین اشتغال مادر با شیوع شب ادرا در بین کودکان مشاهده کردند. به گفته چانگ و همکاران (۲۰۰۱) میان شمار کودکان و وضعیت اجتماعی-اقتصادی در خانواده ارتباط معنی داری وجود دارد. اما نباید ندیده بگیریم که اولاً شاغل بودن پدر و مادر به طور کامل مبین وضع اقتصادی خانواده نیست و از سوی دیگر بسیاری از خانواده هایی که وضع اقتصادی پایینی دارند به علت آگاهی از روش های تربیت و پرورش فرزندان می توانند فرزندان دارای مشکلات کمتری را رشد دهند و این عوامل نقش اساسی تری را نسبت به عامل اقتصادی داراست.

در این پژوهش میان سطح تحصیلات پدر، همچنین مادر کودک و شب ادرا در کودکان ارتباطی مشاهده نگردید. این یافته با برخی پژوهش ها همسوست (پیاویل و ادوم ساپ، ۲۰۰۲؛ آگورالپ و همکاران، ۲۰۰۳؛ سمولچ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سلیمانی و صابری زفرقندی، ۱۳۸۲). اما در برخی پژوهش ها این رابطه معنی دار بدست آمده است (اونالا کاک و همکاران، ۲۰۰۴، ازدن و همکاران، ۲۰۰۷؛ دهقان و همکاران، ۱۳۸۷؛ سفری نژاد، ۲۰۰۷). در تبیین این نتیجه می توان گفت عواملی همچون کم سواد بودن والدین در صورتی می تواند بر بی اختیاری ادرا در فرزندان موثر باشد که عواملی همچون آموزش توال رفتن یا برخوردهای والدین با فرزند، دچار اختلالات اساسی باشند و نقش این عوامل را باید با اهمیت تر دانست.

در این پژوهش میان عفونت مجرای ادرا با شب ادرا در کودکان ارتباط معنی داری مشاهده نگردید. که با پژوهش اونالا کاک و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارد. اما نتایج برخی پژوهش با این پژوهش همخوان نیست (کالو و بلا، ۱۹۹۶؛ ازدن و همکاران، ۲۰۰۷؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ گونش و همکاران، ۲۰۰۹). رایت (۲۰۰۸) عفونت مجرای ادرا را یکی از علت های بی اختیاری ادرا در برخی کودکان می داند. در این مطالعه میان عفونت دستگاه تنفسی فوقانی و شب ادرا در کودکان ارتباط معنی داری بدست نیامد. پژوهشی که به بررسی همبستگی این عامل با شب ادرا در کودکان پرداخته باشد یافت نگردید. اما اکثر مآخذ از جمله رابسون (۲۰۰۹) این اختلال را یکی از عوامل موثر در بی اختیاری ادرا می دانند. عواملی همچون عدم آگاهی و عدم بررسی پزشکی کودک توسط پزشک نیز ممکن است بر این نتایج تأثیر گذار باشند. یافته ها می تواند نشان دهند که با بالا رفتن استاندارد بهداشت در جامعه، اطلاع رسانی ها و آگاهی والدین در مورد مسائل بهداشتی و تحت معاینه قرار دادن مرتب فرزندان، همگی می توانند علت معنی دار نبودن این عامل قلمداد شوند.

همان گونه که نتایج این پژوهش نیز نشان می دهد، بی اختیاری ادرا یکی از اختلالات شایع در میان کودکان می باشد. بررسی این پژوهش و پژوهش های مشابه در داخل و خارج از کشور نشان می دهد که علاوه بر تفاوت شیوع این اختلال در جوامع مختلف، همبسته های بدست آمده با این اختلال نیز به طور جالبی

متغیر است. بی اختیاری ادرار می تواند اثرات سوء و نامطلوبی را در فرزندان داشته باشد از اینرو مقابله با این اختلال باید مورد توجه و تاکید والدین، معلمان و قشرهای درگیر با کودکان برای پیشگیری زود هنگام از این اختلال باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که با توجه به بالا رفتن سطح آگاهی والدین و جامعه در زمینه های آموزشی، بهداشتی، و غیره میزان این اختلال در شهر اهواز آنچنان بالا نیست. اما اقدامات پیشگیرانه بیشتر برای برخورد موثرتر با این اختلال برای پیشگیری از عوارض آن لازم و ضروری است.

این پژوهش با محدودیت هایی روبرو بود: با توجه به تأثیر شرایط مختلف بر این اختلال تعمیم نتایج این پژوهش در شهرها و جوامع دیگر، باید احتیاط صورت گیرد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر در قالب یک طرح همبستگی بود، بنابراین استنباط روابط علی بایستی با احتیاط صورت گیرد و دیگر اینکه بایستی تعمیم نتایج این پژوهش به کودکان بزرگتر از پیش دبستانی با احتیاط صورت گیرد.

از سوی دیگر پیشنهاد می گردد با توجه به تفاوت شیوع اختلال بی اختیاری ادرار در شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی مختلف، پژوهش های دیگری در شهرهای دیگر در جهت بررسی متغیرهای همبسته با این اختلال و میزان شیوع آن انجام گردد. همچنین پیشنهاد می شود مدارس، مهد کودک ها، محیط های بهداشتی و دیگر مکان های مرتبط با کودکان نسبت به تشخیص این اختلال در کودکان زیر مجموعه خود اقدام کرده و درمان زود هنگام این اختلال را مدنظر قرار دهند و با بهره گیری از نتایج این پژوهش عوامل مرتبط با این اختلال را بیشتر مورد اهتمام قرار دهند. نتایج این پژوهش می تواند مدنظر مسئولان و دست اندرکاران مرتبط با کودکان قرار گرفته و میزان این اختلال و عوامل مرتبط با وقوع آن را مدنظر قرار داده و اقدامات پیشگیرانه بعدی را در نظر گیرند.

منابع

- اخوان کرباسی، صدیقه، گلستان، مطهره و فلاح، راضیه (۱۳۸۸). شب ادراری کودکان در شش سالگی و عوامل مرتبط با آن. افق دانش: فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دوره پانزده، شماره ۳، صص ۶۹-۶۳.
- دهقانی، خدیجه، پور موحد، زهرا، دهقانی، حمیده، شکیبا، مهر داد، توانگر، حسین، یاسینی اردکانی، سید مجتبی و فلاح زاده، محمد حسین (۱۳۸۷). عوامل مرتبط با شب ادراری کودکان. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، شماره هفتاد و نه، صص ۳۸-۳۳.
- ساجدی، ژیلا (۱۳۷۴). بررسی مشخصات فردی، خانوادگی و اقتصادی-اجتماعی کودکان سنین مدرسه مبتلا به شب ادراری در دبستان های شهر همدان سال ۱۳۷۳. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.
- سلیمانی، محسن، صابری زفرقندی، محمد باقر (۱۳۸۲). همه گیر شناسی بی اختیاری ادرار در دانش آموزان ۷-۱۱ ساله ی شهر سمنان. بازیابی شده در ۲۰/۱۱/۸۹، Www.Sid.Ir.

سیف، علی اکبر (۱۳۸۴). تغییر رفتار و رفتار درمانی نظریه ها و روش ها. تهران: نشر دوران.
 صدقی، هاجر و رحیمیان امام، طلحه (۱۳۷۵). بررسی اپیدمیولوژی انورزی در مراجعه کنندگان به
 درمانگاه های اطفال در شهر یزد. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.
 قطبی، ناهید و خیر آبادی، غلامرضا (۱۳۸۰). شیوع شب ادراری و عوامل مرتبط با آن در کودکان
 مدارس ابتدائی شهر سنندج در سال ۱۳۷۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سال
 پنجم، شماره بیستم، صص ۳۳-۳۰.
 کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۸). روان شناسی مرضی کودکان. تهران: انتشارات ویرایش.

- Al-ghamdy, Y.S. Qureshi, N.A. Abdelgadir, M.H. (2000). Childhood enuresis. *Epidemiology, pathophysiology and management*. Saudi M. J, 21(2), 138 – 144.
- Amin, F.(2005). Nocturnal enuresis in children. *Medicine Today*, 3(1), 35 – 42.
- Azhir, A. frajzadegan, Z. adibi, A. hedayatpoor, B. fazel, A. divband, A. (2006). An epidemiological study of enuresis among primary school children in isfahan, iran. *Saudi M.J*, 27(10), 1572-1577.
- Butler, R.J. golding, J. northstone, K. (2005). Nocturnal enuresis at 7.5 years old: prevalence and analysis of clinical signs. *BJU*, 96(3), 404-10.
- Carman, K.B. Ceran, O. Kaya, C. Nuhoglu, C. Karaman, M.I. (2008). Nocturnal enuresis in turkey: prevalence and accompanying factors in different socioeconomic environments. *Urolint*, 80(4), 362 – 366.
- Cayan, S. Doruk, E. Bozlu, M. Nass duce, M. Ulusoy, E. Akbay, E. (2001). The assessment of constipation in monosymptomatic primary nocturnal enuresis. *International Urology and Nephrology*, 33, 513 – 516.
- Chang, P. chen, W.J. tsai, W.Y. chiu, Y.N. (2001). An epidemiological study of nocturnal enuresis in taiwanese children. *BJU International*, 87, 678-681.
- Chiozza, M.L. bernardinelli, L. caione, P. delgado, R. ferrara, P. giorgi, P.L. & et al. (1998). An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. *British Journal of Urology*, 81, 86-89.
- Fritz, G. Rockney, B.W. (2004). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 43(12), 1540-1550.
- Gumus, B. vergun, N. lekili, M. iscan, A. muezzinoglu, T. buyuksu, C. (1999). Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 years in turkey. *Actapaediatr*, 88(12), 1369-72.
- Gunes, A. Gunes, G. Acik, Y. Akilli, A. (2009). The epidemiology and factors associated with nocturnal enuresis among boarding and daytime school children in southeast of turkey: a cross sectional study. *Bmc Public Health*, 22(9), 357.
- Hazza, I. Tarawneh, H. (2002). Primary nocturnal enuresis among school children in jordan. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 13(4), 478 – 480.
- Helmer, R. (2006). *Training pediatric bed-wetting with acupuncture and Chinese medicine* (First edition.). Denver: Blue Poppy Press.
- Kalo, B. Bella, H. (1996). Enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in saudiarabia. *Actapaediatrica*, 85, 1217 – 1222.
- Lottmann, H.B. Alova, I. (2007). Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children and adolescents. *INT J Clinpractsuppl*, 155, 8 -16.

- Miskulin, M. Miskulin, I. Mujkic, A. Dumic, A. Puntaric, d. Buljan, V. & et al. (2010). Enuresis in school children from croatia. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52, 393 – 399.
- Mulden, A. (2002). Management of bedwetting. *Austfam Physician*, 31(2), 161-163.
- Ozden, C. Ozdal, O. Altinova, S. Oguzulgen, I. Urgancioglu, G. Memis, A. (2007). Prevalence and associated factors of enuresis in turkish children. *Intbraz J Urol*, 33(2), 216 – 22.
- Piyasil, V. Udomsup, J. (2002). Enuresis in children 5-15 years at queen sirikit national institute of child health. *J Med Assocthai*, 85(1), 6 – 11.
- Ray, J. (2011). Enuresis. *Al amen J Med Sci*, 4(2), 104 – 112.
- Robson, L.(2009). Evaluation and management of enuresis. *N Engl J Med*, 360, 1429 – 1436.
- Safarinejad, M.R. (2007). Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated familial factors and urinary pathology among school children in iran. *Journal of Pediatric Urology*, 3(6), 443 – 452.
- Semolic, N. Ravnikar, A. Meglic, A. Japelj, P, kenda, R.B. (2009). The occurrence of primary nocturnal enuresis and associated factors in 5-year-old outpatients in slovenia. *Actapaediatr*, 98(12), 1994 _ 1998.
- Sureshkumar, P. Jones, m. Caldwell, ph. Craig, jc. (2009). Risk factors for nocturnal enuresis in school-age children. *J Urol*. 182(6), 2893 – 2899.
- Thiedke, C. (2003). Nocturnal enuresis. *American Family Physician*, 67, 1499 – 1506, 1509 – 1510.
- Uguralp, S. Karaoglu, L. Karaman, A. demircan, M. cengiz, Y. (2003). Frequency of enuresis, constipation and enuresis association with constipation in a group of school children aged 5-9 years in malatya, turkey. *Turk J Med Sci*, 33, 315 – 320.
- Unalacak, M. Sogut, A. Aktunk, E. Demircan, N. Altin, R. (2004). Enuresis nocturna prevalence and risk factors among school age children in northwest turkey. *Eur J Gen Med*, 1(3), 21 – 25.
- Wright, A. (2008). Evidence-based assessment and management of childhood enuresis. *Paediatrics and Child Health*, 18(12), 551 – 567.
- Yousef, K. Basaleem, H. Al-sakkaf, K. (2010). Daytime urinary incontinence among kindergarten children in aden governorate. *Saudi J Kidney Distranspl*, 21(6), 1092 – 1099.