

مقایسه میزان شب ادراری در کودکان عادی و کودکان دارای اضطراب

غزال رضائی^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف: شب ادراری به حالات مختلف از عدم کنترل ادرار و دفع ناگهانی و بی اختیاری آن گفته می شود که می تواند منشأ اثرات مختلف مضر مانند اختلالات روانی، آشفتگی، اعتماد به نفس پایین و ... برای کودک باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه میزان شب ادراری در کودکان عادی و کودکان دارای اضطراب بود. روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان عادی و کودکان مبتلا به شب ادراری مراجعه کننده به کلینیک های درمانی کودکان و یا متخصصین ارولوژی منطقه ۳ شهر تهران در فاصله زمانی دی الی اسفند ۱۳۹۹ بود که از میان آنها به صورت در دسترس، ۸۰ نفر (۴۰ کودک شب ادرار و ۴۰ کودک عادی) به عنوان نمونه در نظر گرفته شد. جهت بررسی از مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان استفاده شد. نتایج: یافته ها نشان داد تفاوت معناداری در میزان اضطراب در کودکان شب ادرار و کودکان عادی وجود دارد. همچنین میان میزان اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی / حساسیت و نگرانی های اجتماعی / تمرکز گروه ها تفاوت وجود دارد و با مقایسه میانگین ها مشخص شد که کودکان شب ادرار از اضطراب بیشتری نسبت به کودکان عادی برخوردارند.

واژه های کلیدی: شب ادراری، اضطراب، کودکان

مقدمه

شب ادراری^۱ یکی از شایع ترین مشکلات دوران کودکی است [۱]. این اختلال با دفع غیرارادی ادرار در هنگام خواب شناخته می شود. به طور معمول در سنینی اتفاق می افتد که انتظار می رود کودک به طور طبیعی کنترل مثانه خود را به دست آورده باشد. تشخیص شب ادراری وقتی مسجل می شود که دفع غیرارادی ادرار حداقل دو بار در هفته برای سه ماه متوالی بوده و سن تقویمی کودک حداقل پنج سال باشد [۲]. در واقع کودکان از ۵ سالگی باید بتوانند بر ادرار خود کنترل داشته باشند [۳].

شیوع شب ادراری حدوداً در ۱۰ درصد کودکان ۵ ساله، ۴ درصد در ۸ ساله ها و ۱ درصد در ۱۴ ساله ها دیده می شود که در جوامع مختلف بر حسب نژاد و فرهنگ متفاوت است [۴]. شیوع شب ادراری در پسرها دو برابر دخترها است. در ۵ سالگی حدود ۷ درصد پسرها و ۳ درصد دخترها مبتلا به شب ادراری هستند و با افزایش سن شیوع آن کمتر می شود، به طوری که در ۱۰ سالگی این وضع بین ۳ درصد از دخترها و ۲ درصد از پسرها شایع است و در ۱۸ سالگی تنها یک درصد از پسرها و کمتر از یک درصد دخترها به شب ادراری مبتلا هستند. در موارد استرس خانوادگی مستمر همزمان پیش آگهی بدتر است. بی اختیاری ادراری روزانه میزان شیوع کمتری دارد. ۲ درصد تمام کودکان ۵ ساله از بی اختیاری روزانه رنج می برند و دختر بچه ها بیشتر مبتلا می گردند و به ندرت پس از ۹ سالگی دیده می شود [۵]. شب ادراری به دو دسته عمده اولیه و ثانویه تقسیم می شود. در نوع اولیه یا مداوم، کودک هرگز تجربه خشک شدن به مدت ۶ ماه را نداشته و در نوع ثانویه (عودکننده) به مدت ۶ ماه یا بیشتر سالم بوده و مجدداً دچار شب ادراری می گردد [۶، ۷].

عوامل متعددی در بروز شب ادراری نقش دارد، از جمله پلی اوری شبانه^۲ ظرفیت عملکردی کم مثانه، خواب عمیق، سابقه خانوادگی مثبت، یبوست، نارسایی مزمن کلیه، پرکاری تیروئید، عفونت ادراری، عفونت انگلی، لوزه سوم، تنفس دهانی عاداتی، گرفتگی شیپور استنشاق^۳، دیابت، بیماری سیکل سل، استرس های ناشی از حوادث ناگوار زندگی، ژنتیک و جنس مذکر مؤثر هستند [۸، ۱]. اما اختلال در خواب، پر ادراری شبانه و داشتن مثانه ای که در مقایسه با سایر کودکان مقدار کمتری ادرار را در خود جای می دهد، به عنوان سه علت عمده در شب ادراری ذکر شده است [۹].

اضطراب واکنشی طبیعی در مقابل خطر است و در سیر تحول کودکان، بخشی از تحول بهنجار به شمار می آید، اما زمانی که سطح آشفتگی برانگیخته شده نسبت به همسالان کودک بیشتر باشد و سبب پریشانی غیرقابل مهار در او گردد، نابهنجار تلقی شده و با عنوان اختلال اضطراب شناخته می شود [۱۰، ۱۱].

نشانه های اضطراب در کودکان و بزرگسالان تقریباً یکسان است؛ اما تظاهرات آن در سنین مختلف متفاوت می باشد [۱۲]. اهمیت موضوع اضطراب کودکان از آن جهت است که اختلالات اضطرابی در کودکی پیش بینی کننده طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی در دوران نوجوانی است. اغلب اختلالات و ناسازگاری های رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی (خصوصاً از بدو تولد تا ۵ سالگی) و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد عاطفی، اجتماعی و تحصیلی برای کودک می شود [۱۳].

بین ۱۰ تا ۲۲ درصد کودکان ممکن است انواع اختلالات اضطرابی را با شدت مختلف تجربه کنند و این مشکلات اغلب از سنین پیش دبستانی شروع و در دبستان، نمود رفتاری پیدا می کند [۱۴، ۱۵]. گزارش پژوهشی بارت و فارل [۱۶] نیز بیانگر آن بود که از هر پنج کودک یکی اضطراب را تجربه می کند، اما اکثریت آنها برای درمان به متخصصان سلامت روانی ارجاع نمی شوند.

^۱Enuresis^۲Nocturnal polyuria^۳Eustachian tube

شب‌اداری در هنگام خواب اتفاق افتاده و کودک هیچ دخالتی در آن ندارد، لذا تنبیه و تحقیر طفل و یا مسخره کردن او نه تنها هیچ تأثیری در بهبودی آن ندارد، بلکه با ایجاد فشار روحی، وضع کودک را به مراتب بدتر می‌کند. بر این اساس و با توجه به مباحث بیان شده، سؤال اصلی پژوهش حاضر چنین طرح شده است که آیا میزان اضطراب در کودکان شب‌ادار و کودکان عادی متفاوت می‌باشد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان عادی و کودکان مبتلا به شب‌اداری مراجعه کننده به کلینیک های درمانی کودکان و یا متخصصین ارولوزی منطقه ۳ شهر تهران در فاصله زمانی دی الی اسفند ۱۳۹۹ بود که از میان آنها به صورت در دسترس، ۸۰ نفر (۴۰ کودک شب‌ادار و ۴۰ کودک عادی) به عنوان نمونه در نظر گرفته شد. جهت بررسی از مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS) استفاده شد.

مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS): این مقیاس توسط رینولدز و ریچموند (Reynolds & Richmond, 1978) برای ارزیابی و تشخیص علایم اضطراب عمومی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۹ ساله ساخته شده و از چهار زیرمقیاس اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی/حساسیت، نگرانی‌های اجتماعی/تمرکز و دروغ‌سنج تشکیل شده است. این مقیاس دارای ۳۷ گویه است که ۲۸ گویه آن مربوط به شاخص های سه گانه اضطراب است و نه گویه باقی مانده یک مقیاس دروغ سنج را می سازند. رینولدز و ریچموند (۱۹۸۵) ثبات درونی سه زیرمقیاس آن را از ۰/۵۶ تا ۰/۸۰ و ثبات درونی کل مقیاس را ۰/۸۰ گزارش کردند. استوار و رضویه (۱۳۸۱) ساختار چهارعاملی این مقیاس را روی نمونه ای از نوجوانان ایرانی تأیید نموده، پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک تا چهار هفته ۰/۸۹ گزارش کردند. میزان همسانی درونی این مقیاس به بهره‌گیری از روش کدور-ریچاردسون برای زیرمقیاس های اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی و تمرکز به ترتیب برابر ۰/۶۵، ۰/۶۴ و ۰/۶۰ گزارش شده است. در این مقیاس بیشتر بودن پاسخ بلی، بیانگر میزان اضطراب بیشتر آزمودنی است. بدین ترتیب نمره های اضطراب در این مقیاس بین صفر تا ۲۸ می تواند در نوسان باشد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: اطلاعات توصیفی مرتبط با اضطراب به تفکیک کودکان شب‌ادار و کودکان عادی

متغیرها	کودکان شب‌ادار		کودکان عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب فیزیولوژیک	۳/۲۳	۱/۶۳	۲/۲۹	۱/۶۶
نگرانی / حساسیت	۵/۸۵	۱/۹۷	۵/۴۲	۱/۵۳
نگرانی های اجتماعی / تمرکز	۳/۴۷	۲/۳۸	۲/۲۶	۱/۶۶
مجموع	۱۲/۵۷	۴/۷۲	۹/۹۱	۱/۲۱

میزان اضطراب و زیرمقیاس های آن (اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی / حساسیت، نگرانی‌های اجتماعی / تمرکز) در کودکان شب‌ادار بالاتر از کودکان عادی می‌باشد. همچنین از میان زیرمقیاس‌های اضطراب، نگرانی / حساسیت دارای بالاترین میانگین است.

^۱Revised Children's Manifest Anxiety Scale

جدول شماره ۲: نتایج مقایسه اضطراب در کودکان شب ادرار و کودکان عادی

گروه	F	sig	t	درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین تفاوت	خطای استاندارد تفاوت ها
واریانس های برابر	۳/۶۳۹	۰/۰۵۹	۰/۶۷۶	۷۸	۰/۰۴۹	۱/۲۱	۱/۹۴۷
واریانس های نابرابر	.	.	۰/۶۷۶	۷۷/۷۶	۰/۰۴۹	۱/۲۱	۱/۹۴۷

بر طبق نتایج جدول، تفاوت معناداری در میزان اضطراب در کودکان شب ادرار و کودکان عادی وجود دارد ($t = ۰/۶۷۶$ و $p = ۰/۰۴۹$).

جدول شماره ۳: نتایج مقایسه زیرمقیاس های اضطراب در کودکان شب ادرار و کودکان عادی

متغیر	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	درجه F	سطح معناداری
اضطراب فیزیولوژیک	۰/۰۴۷	۱	۰/۰۴۷	۰/۰۷۸	۰/۰۰۰
	۲۲/۸۰	۳۸	۰/۶۰۰		
	۲۲/۸۵	۳۹			
نگرانی / حساسیت	۰/۰۲۰	۱	۰/۰۲۰	۰/۰۲۷	۰/۰۱۵
	۲۸/۷۸	۳۸	۰/۷۵۷		
	۲۸/۷۷	۳۹			
نگرانی های اجتماعی / تمرکز	۳/۳۴۷	۱	۳/۳۴۷	۴/۹۹	۰/۰۳۱
	۲۵/۴۳۸	۳۸	۰/۶۶۹		
	۲۸/۷۸۴	۳۹			

میان میزان اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی / حساسیت و نگرانی های اجتماعی / تمرکز گروه ها تفاوت وجود دارد. با توجه به بررسی میانگین ها، به وضوح می توان بیان داشت که در میان گروه ها، کودکان شب ادرار از اضطراب بیشتری نسبت به کودکان عادی برخوردارند.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد تفاوت معناداری در میزان اضطراب در کودکان شب ادرار و کودکان عادی وجود دارد. همچنین میان میزان اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی / حساسیت و نگرانی های اجتماعی / تمرکز گروه ها تفاوت وجود دارد و با مقایسه میانگین ها مشخص شد که کودکان شب ادرار از اضطراب بیشتری نسبت به کودکان عادی برخوردارند.

شب ادراری یکی از اختلالات رفتاری در کودکان است و می توان این پدیده را به عنوان یک معضل با ابعاد فردی، خانوادگی، اجتماعی، عاطفی در نظر گرفت. شب ادراری سبب شرمساری کودکان و مانع از روابط اجتماعی آن ها می شود. این کودکان تحت اضطراب بوده و شست و شوی هرشب، والدین و خود آن ها را خسته می کند. شب ادراری بر احساسات و شخصیت کودک اثر گذاشته و سبب اختلال در تعادل خواب می شود. چون بروز شب ادراری در سال هایی از زندگی که

شخصیت فرد در حال شکل گیری است، اتفاق می افتد، می تواند باعث بروز عوارض دیررس به صورت تکرر شبانه ی ادرار در افراد بزرگسال و در شرایط استرس زا هم بشود [۱۷].

علاوه بر این، دستگاه ادراری انسان، توسط سیستم عصبی هدایت می شود. این عضو ارتباط نزدیکی با سیستم اعصاب خودکار یا همان سمپاتیک و پاراسمپاتیک دارد. بنابراین طبیعی است که بگوئیم کودکانی که دچار یکی از حالت های هیجانی می شوند یا بیماری جسمی دارند که مشکل روان پزشکی مانند افسردگی یا اضطراب ایجاد می کند، ممکن است عملکرد سیستم عصبی خودکار ادراری شان تغییر کند و علائم ادراری پیدا می کنند. اضطراب و تنش های روانی، سیستم عصبی خودکار را فعال و باعث ایجاد احساس دفع ادرار در فرد می شود.

تجربه های اولیه و رفتار والدین در رشد شیوه های تفکر، عامل تعیین کننده ای هستند. اطلاعات و تجربه های جدید بر اساس این باورهای اصلی ارزشیابی می شوند و اطلاعاتی که آنها را تقویت و حفظ می کنند، انتخاب و جذب می شوند. باورهای اساسی، توسط حوادث مهم فعال و راه اندازی شده و منجر به ایجاد مفروضاتی می شوند. این امر منتج به شکل گیری جریانی از افکار خودکار می شود که مربوط به خود شخص، عملکرد او و آینده هستند و به عنوان سه جنبه ی شناخت، معروف می باشند. این افکار خودکار نیز منجر به تغییرات هیجانی، رفتاری و جسمی می شوند. کودکان مبتلا به اضطراب، اتفاقات مبهم را به عنوان رویدادهایی تهدیدکننده درک می کنند [۱۸].

با توجه به مطالب بیان شده، انتظار می رود که به دنبال افزایش اطلاعات و آگاهی مادران در خصوص اختلال شب ادراری، در نگرش و متعاقباً رفتار آن ها با کودکان تغییراتی ایجاد شود. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود که نتایج چنین پژوهش هایی که با محوریت کودکان صورت می گیرد، در اختیار سازمان های مسئول و مرتبط قرار بگیرد. همچنین برگزاری دوره های آموزشی توسط متخصصان، مادران را با نقش اضطراب بر شب ادراری کودکان آشنا ساخته و می تواند مؤثر باشد. تدابیر بهداشتی، آگاهی و مشاوره خانواده می تواند از پی آمدهای اجتماعی - عملکردی و عاطفی پیشگیری نماید و با درمان، این کودکان اعتماد به نفس بیشتری پیدا نمایند و از نظر سلامت جسمی - روانی بهبود یابند.

منابع و مراجع

۱. Cobussen-Boekhorst HJ, van Genugten LJ, Postma J, Feitz WF, Kortmann BB. (2013). Treatment response of an outpatient training for children with enuresis in a tertiary health care setting. *J Pediatr Urol*; 9(4):516-20.
۲. Alkot M, Deeb M. (2012). Nocturnal enuresis among school children in Menofia Governorate, Egypt; a hidden problem. *J Am Sci*; 8(1):327-34
۳. Jeyakumar A, Rahman SI, Armbrrecht ES and Mitchell R. (2012). The association between sleep disordered breathing and enuresis in children. *Laryngoscope*; 122 (8): 1873-7.
۴. قهرمانی، م؛ بصیری مقدم، م و قهرمانی، ا (۱۳۸۷). انورزیس شبانه و تأثیر آن بر رشد، مجله بیماری های کودکان ایران، دوره ۱۸، شماره ۲، ۱۷۰-۱۶۷
۵. محمدپور، ع؛ بصیری مقدم، م؛ جانی، س و حیدرپور، ش (۱۳۹۱). شب ادراری و عوامل مرتبط با آن در کودکان دبستانی، افق دانش، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دوره ۱۸، شماره ۲، ۴۵-۳۷
۶. Yousef K, Basaleem HF, Yahya MT. (2011). Epidemiology of nocturnal enuresis in basic schoolchildren in Aden Governorate, Yemen. *saudi j kidney dis transplant*; 22(1):167-73
۷. Suresh Kumar P, Jones M, Caldwell PH, Craig JC. (2009). Risk Factors for Nocturnal Enuresis in School-Age Children. *The Journal of Urology*. 182(6):2893-9.
۸. Zivkovic V, Lazovic M, Vlajkovic M, Slavkovic A, Dimitrijevic L, Stankovic I, et al. (2012). Diaphragmatic breathing exercises and pelvic floor retraining in children with dysfunctional voiding. *European journal of physical and rehabilitation medicine*; 48(3):413-21.

۹. حکیم، ا؛ کمپانی، ف و بهادر، م (۱۳۹۴). عوامل مستعدکننده شب ادراری در کودکان سنین مدرسه، مجله دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۷۳، شماره ۱، ۶۴-۶۰

۱۰. Mor, N., & Meijers, J. (2009). Cognitive Behavioral Therapy in Childhood Anxiety. *Journal Psychiatry Relate Science*, 46 (4): 282-289.
۱۱. Martin, A., & Volkmar, F. R. (2007). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Fourth Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
۱۲. GinsburgGS, Becker KD, Drazdowski TK, Tein JY. (2012). Treating anxiety disorders in inner city schools: results from a pilot randomized controlled trial comparing CBT and usual care. *J Child Youth Care Forum*; 41, 1-19.
۱۳. JaniclcMasi R, Vick J. (2009). social emotional development in early childhood national center for children in poverty. *Columbia University*; 1-16.
۱۴. Barret PM. (2007). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *CliniPsychol Rev*; 2000: 20(4), 479-494
۱۵. Bienvenu OJ, Ginsburg GS. (2007). Prevention of anxiety disorders. *Int Rev Psychiatry*; 19(6):647-654.
۱۶. Barret P, Farrel L. (2007). Behavioral family intervention for childhood anxiety. In *Handbook of parent training:helping parents prevent and solve problem behaviors*. 3 th , Canada. John Wiley Publication; 156-163.
۱۷. Tanagho EA. (2004). Disorders of the bladder & prostate. In: Tanagho EA, Meaninch JW, editors. *Smith's general urology*. 16th edition. Newyork: McGraw-Hil;; 576-591.
۱۸. Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47: 987-993