

عوامل مرتبط با شب ادراری کودکان ۱۲-۶ ساله

نویسندگان: خدیجه دهقانی*، زهرا پورموحد، حمیده دهقانی^۱، دکتر مهرداد شکیبا^۲، حسین توانگر^۱، دکتر سیدمجتبی یاسینی اردکانی^۳ و دکتر محمدحسین فلاحزاده^۴

۱. مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۲. استادیار گروه پزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۳. استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۴. استادیار گروه آمار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

E-mail: khadi20y@yahoo.com

نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: شب ادراری بعد از بیماری‌های آلرژیک یکی از شایع‌ترین بیماری‌های اطفال است. این اختلال یک مشکل بهداشت بین‌المللی است و باید به‌طور جدی با آن برخورد شود. گرچه عوامل متعددی در بروز این عارضه نقش دارند ولی هنوز علت واضحی برای آن مشخص نگردیده‌است. نتایج بعضی مطالعات نشان داده‌است که شب ادراری با اختلالات رفتاری و عوارض روانی متعددی بروز می‌کند و به‌عنوان یک معضل برای خانواده مطرح می‌گردد. بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با شب ادراری می‌تواند راهگشایی برای وضع تدابیر بهداشتی-درمانی جهت حل این معضل باشد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با شب ادراری کودکان ۱۲-۶ ساله شهر یزد انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع مورد-شاهدی بر روی ۵۰۱ نفر در دو گروه مورد و شاهد انجام گردید. نمونه‌ها پس از انتخاب تصادفی مدارس ابتدایی شهر یزد شامل ۲۵۰ نفر از کودکان ۱۲-۶ ساله مبتلا به شب ادراری در دسترس از مدارس و نمونه گروه شاهد شامل ۲۵۱ نفر از کودکان سالم که از نظر سن و جنس با گروه مورد همسان بودند، انتخاب گردیدند. اطلاعات از طریق مصاحبه با والدین توسط پرسشنامه‌ای شامل مشخصات فردی، خانوادگی، اضطراب و افسردگی کودکان بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد بین متغیرهای سابقه خانوادگی مثبت ($p < 0/001$)، سابقه عفونت ادراری ($p < 0/001$)، افسردگی و اضطراب جدایی ($p < 0/001$)، مشکلات خانوادگی ($p < 0/001$)، اندازه خانواده ($p < 0/049$)، سطح تحصیلات پدر و مادر ($p < 0/001$) و شب ادراری کودکان ارتباط معنادار آماری وجود دارد. همچنین ۱۳۸ نفر (۱۰/۸) درصد از خانواده‌های کودکان گروه مورد جهت درمان با کسی مشورت نکردند.

نتیجه‌گیری: کنترل عوامل مرتبط با شب ادراری به‌وسیله تدابیر بهداشتی-درمانی، آگاهی و مشاوره خانواده‌ها می‌تواند در پیشگیری از این عارضه مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: شب ادراری، کودکان مدرسه‌ای

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم - شماره ۷۹
اسفند ۱۳۸۷

وصول: ۸۶/۵/۱۶

ارسال اصلاحات: ۸۶/۱۱/۱

دریافت اصلاحات: ۸۷/۲/۲۷

پذیرش: ۸۷/۷/۱۵

مقدمه

شب اداری اختلالی است که به عنوان دفع ادرار مکرر در لباس یا بستر روز یا شب در کودکانی که باید از نظر سنی به طور طبیعی کنترل مثانه را به دست آورده باشند، تعریف می‌گردد. بسیاری از کودکان تا ۵ سالگی کنترل مثانه را در روز و شب به دست آورده‌اند. تشخیص شب اداری وقتی است که ادرار ۲ بار در هفته برای حداقل ۳ ماه متوالی رخ دهد. شب اداری ممکن است پایدار (اولیه) باشد که در آن کودک هرگز تجربه خشک شدن نداشته‌است. در نوع ثانویه (عودکننده) کودک پس از یک مدت طولانی ۶ ماه یا بیش‌تر سالم بوده و مجدداً دچار شب اداری می‌گردد [۱]. شیوع شب اداری در مناطق مختلف بر حسب نژاد و فرهنگ متفاوت است. شیوع شب اداری اولیه معمولاً با سن تغییر می‌کند. به طوری که در ۷ سالگی حدود ۱۰-۵ درصد کودکان در آمریکا دچار شب اداری هستند. در حالی که در ۱۰ سالگی این مقدار به کم‌تر از ۵ درصد می‌رسد. در بعضی موارد شیوع شب اداری ثانویه با افزایش سن بیش‌تر می‌شود و حدود ۱۵ درصد موارد در هر سال حداکثر تا پایان سنین نوجوانی بهبودی خودبخودی ایجاد می‌شود [۲]. بی‌اختیاری شبانه، شایع‌ترین مشکل بی‌اختیاری است و بی‌اختیاری در طی روز در سنین ۶-۱۲ سالگی شیوعی حدود ۱ درصد را دارد که در دو جنس به یک میزان دیده می‌شود. ۹۰ درصد موارد شب اداری را شب اداری اولیه تشکیل می‌دهد. شب اداری اولیه در پسران شایع‌تر بوده و حدود ۶۰ درصد آن‌ها را مبتلا می‌کند [۱].

اگرچه علت واضحی برای شب اداری تعیین نگردیده است ولی طبق گزارشات متعدد عوامل مساعدکننده‌ای چون عوامل ژنتیکی، فامیلی، اختلالات تکاملی، خواب، مشکلات عاطفی- روانی و اجتماعی و اختلالات اورولوژیک و نورولوژیک در بروز آن دخالت دارند [۳].

علت تقریباً اکثر موارد شب اداری اولیه تأخیر در تکامل و عملکرد مثانه‌است، نوع ثانویه با حوادث استرس‌زای زندگی می‌تواند مرتبط باشد. با توجه به تفاوت میزان شب اداری در فرهنگ‌های مختلف، نقش تربیت کودک نیز اهمیت دارد [۱].

طبق منابع علمی مختلف از علائم بالینی اضطراب جدایی و افسردگی و استرس در کودکان می‌تواند شب اداری باشد [۴]. تحقیقات نظرات متعددی درباره عوامل روانی- اجتماعی بیان می‌کند. بسیاری مسائل روانی- اجتماعی را از عوامل ایجادکننده شب اداری برمی‌شمرند و بعضی دیگر معتقدند این مشکلات به دنبال ابتلاء به شب اداری ایجاد می‌شود. البته در شب اداری اولیه مشکلات روانی- اجتماعی در بیش‌تر موارد به دنبال بیماری ایجاد می‌شود ولی در نوع ثانویه، اغلب علت احتمالی بیماری هستند ولی آنچه مسلم است مشکلات همزمان روانی- رفتاری در کودکان مبتلا به شب اداری حدود ۴-۲ برابر کودکان سالم است [۵ و ۲].

شب اداری اثرات منفی روی تصور از خود و عملکرد مدرسه و مهارت اجتماعی کودکان مبتلا دارد [۶ و ۷]. با وجود ایجاد مشکل برای خانواده‌ها، نتایج مطالعات نشان می‌دهد متأسفانه خانواده‌ها تمایلی برای دریافت کمک‌های پزشکی نداشته‌اند این موضوع می‌تواند بیانگر عدم آگاهی خانواده نسبت به این مشکل و عواقب آن باشد [۸ و ۹].

محققان بیان می‌کنند شب اداری در کودکان یک مشکل شایع در کودکان است که می‌تواند منجر به اختلالات مهم روانی- اجتماعی گردد و اولین قدم شناسایی کودکان در معرض خطر قبل از هر گونه اقدام درمانی فردی است [۳]. بنابراین بررسی کودکان مبتلا از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به وسعت و تفاوت مشخصات اجتماعی فرهنگی مناطق مختلف و نظر به عدم انجام این پژوهش در شهر یزد، پژوهشگران بر آن شدند تا با بررسی عوامل مرتبط با شب اداری کودکان ۶-۱۲ ساله شهر یزد، راهگشایی جهت وضع تدابیر بهداشتی- اجتماعی به منظور حل این معضل باشند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مورد - شاهدهی است که به روش مقطعی (Cross-Sectional) در طی سال ۸۵-۸۴ در مدارس ابتدایی شهر یزد انجام شد. پس از انتخاب مدارس ابتدایی به صورت خوشه‌ای تصادفی نمونه‌های گروه مورد شامل ۲۵۰ نفر کودکان ۶-۱۲ ساله مبتلا به شب اداری در دسترس از مدارس ابتدایی و نمونه‌های گروه شاهد شامل

شامل یکی از موارد ۱-۳ و ۴ مورد از موارد ۴-۱۰ مشخص کننده افسردگی کودکان بوده است.

داده‌های به دست آمده پس از کدگذاری با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی (فراوانی نسبی، میانگین) و استنباطی (Logistic regression Analysis, Chi-Square) بر اساس اهداف پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مورد و شاهد از آزمون Chi-Square و جهت تعیین عوامل مؤثر در شب‌اداری و نسبت شانس هر یک از عوامل، از مدل رگرسیون چندمتغیره (Multivariate regression model) استفاده گردیده است.

نتایج

گروه کنترل و مورد از نظر سن و جنس همسان بوده‌اند. تعداد ۱۳۲ نفر (۵۲/۶ درصد) و ۱۳۲ نفر (۵۲/۸ درصد) از کودکان گروه شاهد و مورد را دختران و ۱۱۹ نفر (۴۷/۴ درصد) و ۱۱۸ نفر (۴۷/۲ درصد) از کودکان گروه شاهد و مورد را پسران تشکیل داده‌اند. میانگین سنی کودکان گروه مورد $۸/۵۳ \pm ۱/۵۴$ و گروه کنترل $۸/۴۶ \pm ۱/۵۴$ بوده است. نتایج نشان داد سابقه عفونت ادراری با شب‌اداری کودکان ارتباط معنادار آماری داشته است ($p < ۰/۰۰۱$) (جدول ۱). از متغیرهای خانوادگی بین سابقه فامیلی مثبت شب‌اداری ($p < ۰/۰۰۱$)، مشکلات خانوادگی ($p < ۰/۰۰۱$)، وضعیت تحصیلی پدر و مادر کودکان ($p < ۰/۰۰۱$)، اندازه خانواده ($p < ۰/۰۴۹$) و شب‌اداری کودکان ارتباط معنادار آماری به دست آمد.

از عوامل روانی بین متغیرهای اضطراب جدایی ($p < ۰/۰۰۱$) و افسردگی ($p < ۰/۰۰۱$) و شب‌اداری کودکان ارتباط معنادار مشاهده گردید (جدول ۳ و ۲).

۲۵۱ نفر از کودکان سالم که از نظر سن و جنس با گروه مورد همسان بودند (همکلاسی‌ها) انتخاب گردیدند.

اطلاعات پژوهش به وسیله پرسشنامه شامل مشخصات فردی کودکان (سن، جنس، رتبه تولد، سابقه عفونت ادراری، عادت توالت رفتن)، مشخصات خانوادگی (وضع شغل و تحصیلات والدین، اندازه خانواده، سابقه فامیلی و مشکلات خانوادگی) به وسیله مصاحبه با والدین در دو گروه مورد و شاهد جمع‌آوری و تکمیل گردید. منظور از مشکلات خانوادگی وجود یکی از موارد فوت یکی از والدین، طلاق، وجود نامادری یا ناپدری، اعتیاد، مصرف قرص‌های آرام‌بخش و اعصاب در یکی از والدین، اختلافات زناشویی، تولد نوزاد جدید است که در پرسشنامه به آن پرداخته شده است. قسمت دیگر پرسشنامه مختص کودکان گروه مورد، مربوط به اطلاعات نوع، مدت و تکرار دفعات بی‌اختیاری ادرار و اقدامات والدین برای حل مشکل کودک مبتلا و قسمت آخر از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI4) ترجمه و تطبیق دکتر امیر هوشنگ مهریار بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV برای تعیین اضطراب منتشر، اضطراب جدایی و افسردگی کودکان گروه مورد استفاده شده است. اعتبار محتوی و اعتماد علمی پرسشنامه از طریق متخصصین مربوطه و تحقیقات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است. جهت تعیین اضطراب منتشر و جدایی هر یک به‌طور جداگانه ۸ مورد با معیار درجه‌بندی «هرگز»، «گاهی»، «اغلب»، «بیش‌تر اوقات» مورد سنجش قرار گرفته است. وجود سه مورد شامل موارد ۱ و ۲ و یکی از موارد ۳-۸ مشخص‌کننده اضطراب منتشر و وجود سه مورد از موارد ۸-۱۱ مشخص‌کننده اضطراب جدایی کودکان بوده است. جهت تعیین افسردگی کودکان ۶ سؤال با معیار «هرگز»، «گاهی»، «اغلب»، «بیش‌تر اوقات» و ۴ سؤال با معیار «بلی-خیر» مورد سنجش قرار گرفت. وجود ۵ مورد

جدول ۱. توزیع فراوانی سابقه عفونت ادراری کودکان گروه مورد و شاهد و ارتباط آن با شب‌اداری کودکان

| جمع | | شاهد | | مورد | | گروه |
|------|-----|-------|------|-------|------|--------------------|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| ۱۱/۴ | ۵۷ | ۴ | ۱۰ | ۱۸/۸ | ۴۷ | سابقه عفونت ادراری |
| ۸۸/۶ | ۴۴۴ | ۹۶ | ۲۴۱ | ۸۱/۲ | ۲۰۳ | بلی |
| ۱۰۰ | ۵۰۰ | ۱۰۰ | ۲۵۰ | ۱۰۰ | ۲۵۰ | خیر |
| | | | | | | جمع |

df=۱ و $p=۰/۰۰۱$

جدول ۲. توزیع فراوانی اضطراب جدایی کودکان گروه مورد و شاهد و ارتباط آن با شب اداری کودکان

| گروه | | مورد | | شاهد | | جمع | |
|--------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| اضطراب جدایی | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد |
| دارد | ۸۸ | ۳۵/۲ | ۴۷ | ۱۸/۷ | ۱۳۵ | ۲۶/۹ | |
| ندارد | ۱۶۲ | ۶۴/۸ | ۲۰۴ | ۸۱/۳ | ۳۶۶ | ۷۳/۱ | |
| جمع | ۲۵۰ | ۱۰۰ | ۲۵۱ | ۱۰۰ | ۵۰۱ | ۱۰۰ | |

df=۱ و $p=۰/۰۰۱$

جدول ۳. توزیع فراوانی افسردگی کودکان گروه مورد و شاهد و ارتباط آن با شب اداری کودکان

| گروه | | مورد | | شاهد | | جمع | |
|---------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| افسردگی | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد |
| دارد | ۲۵ | ۱۰ | ۵ | ۲ | ۳۰ | ۶ | |
| ندارد | ۲۲۵ | ۹۰ | ۲۴۶ | ۹۸ | ۴۷۱ | ۹۴ | |
| جمع | ۲۵۰ | ۱۰۰ | ۲۵۱ | ۱۰۰ | ۵۰۱ | ۱۰۰ | |

df=۱ و $p=۰/۰۰۱$

مبتلا مخصوصاً در سنین بالاتر آزمایشات روتین جهت رد عفونت‌های اداری انجام شود [۱۰] آموزش به خانواده‌ها نسبت به پیشگیری، بررسی و درمان کودکان مبتلا به عفونت اداری جهت کنترل این عارضه لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج پژوهش‌های مختلف نیز همانند تحقیق حاضر نشان می‌دهد سابقه مثبت فامیلی با شب اداری ارتباط دارد [۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷].

سابقه شب اداری در والدین و خواهر و برادران و یا بستگان کودکان مبتلا و همزمانی ابتلاء بالا در دوقلوهای مونوزیگوت احتمال ارثی بودن این عارضه را مشخص می‌کند. مطالعات متعدد در این زمینه نشان داد، هر چه ارتباط نزدیک‌تر باشد بروز شب اداری بیش‌تر است [۴]. به طوری که اگر یک والد مبتلا به شب اداری باشد شانس ابتلاء کودک حداقل ۴۴ درصد و اگر هر دو والد مبتلا باشند شانس ابتلاء کودک به ۷۷ درصد می‌رسد [۱]. به نظر می‌رسد این گرایش شدید خانوادگی در ارتباط با تأخیر تکاملی و مکانیسم‌های تنظیم تخلیه مثانه باشد. این کودکان هنگامی که در معرض استرس قرار گیرند حتی بعد از به دست آوردن کنترل بیش‌تر از کودکان دیگر مستعد بی‌اختیاری هستند [۴].

همان‌گونه که در این تحقیق مشخص شد محققان در بسیاری از مطالعات بیان می‌کنند که پایداری و ثبات خانواده از بروز بی‌اختیاری ادرار محافظت می‌کند و خانواده‌های با

در مجموع ۱۳۸ نفر (۵۵/۴ درصد) کودکان دچار شب‌اداری اولیه ۱۱۱ نفر (۴۴/۶ درصد) آن‌ها به نوع شب‌اداری ثانویه مبتلا بودند. و ۲۱۲ نفر (۸۵/۱ درصد) از کودکان مبتلا به نوع شبانه و ۹۶ نفر از آن‌ها (۳۸/۴ درصد) یکبار در هفته شب‌اداری داشته‌اند و میانگین مدت شب‌اداری کودکان مبتلا ۵/۳±۲/۹ سال بوده‌است. اکثر خانواده‌ها ۱۵۲ نفر (۶۰/۸ درصد) هیچ اقدامی نکرده و با کسی مشورت نداشته‌اند. جهت تعیین عوامل مؤثر بر شب اداری کودکان نتایج تحلیل رگرسیون لژیستیک (Logistic regression Analysis) نشان داده‌است متغیرهای سابقه مثبت فامیلی ($p<۰/۰۰۱$) ۳/۳۳ و سابقه عفونت اداری ($p<۰/۰۰۱$) ۳/۶۹، مشکلات خانوادگی ($p<۰/۰۰۱$) ۲/۴۸، اضطراب جدایی ($p<۰/۰۳۷$) ۱/۶۸ و وضعیت تحصیلات مادر ($p<۰/۰۴$) ۳/۴۱ برابر شانس ابتلا به شب اداری کودکان را افزایش می‌دهند.

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه عوامل مختلف فردی خانوادگی و روانی با شب اداری کودکان ارتباط دارند. کودکان گروه مورد بیش از ۳ برابر گروه شاهد سابقه عفونت اداری مثبت داشته‌اند. مطالعات دیگر نیز در این رابطه بیان می‌کنند که عفونت‌های مکرر دستگاه اداری می‌تواند منجر به اختلال عملکرد اسفنکتر مثانه و بی‌اختیاری ادرار کودکان گردد [۱۰، ۱۱، ۱۲]. بنابراین لازم است در کودکان

فرزندان اول خانواده بیش تر است [۹] در حالی که در یک بررسی دیگر بیان شده فرزندان اول خانواده کمتر در معرض خطر ابتلاء به شب ادراری هستند [۱۶] در بچه‌هایی که رفتارهای عقب‌گرا بعد از تولد فرزند دیگر در خانواده نشان می‌دهند شب ادرار بیش تر است اما این موضوع می‌تواند تحت تأثیر سن شروع آموزش توالت و مسائل عاطفی حاکم بر آن و وابستگی عاطفی بیش از حد به مادر قرار گیرد [۴]. توصیه می‌شود تحقیقات دیگری نیز با کنترل متغیرها در این رابطه انجام گیرد.

اکثر خانواده‌ها (۶۰/۸ درصد) با کسی درباره مشکل کودک مشورت نداشته‌اند. مطالعات متعدد دیگر نیز این مطلب را تأیید می‌کند. این موضوع لازم است مورد توجه پزشکان اطفال قرار گیرد [۱۲ و ۲۴]. در واقع بعضی از والدین این مشکل را موقتی می‌دانند بنابراین هیچ تلاشی برای حل آن نمی‌کنند بدین سبب تیم بهداشتی درمانی باید والدین را درباره اثرات منفی این عارضه آگاه کنند [۹] در واقع والدین کودک مبتلا استرس بیش تری نسبت به دیگران دارند و پیامدهای عاطفی - اجتماعی ناشی از بیماری ممکن است موجب تشدید این عارضه گردد. بنابراین برای درمان هر کودک باید خانواده‌ها نیز مورد توجه قرار گیرند [۲۵].

شب ادراری اکثر کودکان در این مطالعه از نوع اولیه و شبانه به ترتیب (۵۵/۴، ۸۵/۴) درصد بوده است و با بسیاری از منابع علمی هماهنگ است [۶، ۱۰، ۱۳ و ۲۶] لیکن با توجه به بالا بودن میزان شب ادراری از نوع ثانویه (۴۴/۶ درصد) در این مطالعه می‌توان گفت عواملی چون مشکلات خانوادگی، روانی، عفونت ادراری در این ارتباط مؤثر بوده است. مطالعات نشان داده است درصد بالاتری از عوامل روانی، استرس‌ها و حوادث در کودکان مبتلا به شب ادراری ثانویه نسبت به اولیه وجود دارد [۲۷].

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

بر اساس نتایج مطالعه به نظر می‌رسد جهت پیشگیری از عارضه شب ادراری کودکان باید نسبت به وضع و اجرای تدابیر بهداشتی - درمانی و کنترل عوامل مؤثر در بروز این مشکل شامل عفونت ادراری، مشکلات خانوادگی، افسردگی و اضطراب جدایی کودکان اقدامات مؤثری را

مشکلات روانی - اجتماعی بیش تر در معرض خطرند [۲]. بنابراین کودکان و خانواده آن‌ها از بعد روانی - اجتماعی و مشکلات مربوطه باید مورد توجه و بررسی قرار گیرند [۱۲]. مشکلات خانوادگی بر توقف اولیه، عود مجدد، میزان موفقیت طولانی مدت درمان تأثیر دارد [۴].

بیش تر مطالعات بیانگر آن هستند که هر چه اندازه خانواده بیش تر باشد، بروز شب ادراری نیز افزایش می‌یابد [۱۰، ۱۴، ۱۸ و ۱۹]. که با تحقیق حاضر هماهنگی دارد. شاید بتوان گفت با افزایش اندازه خانواده، مشکلات خانوادگی و به دنبال آن اختلالات رفتاری از جمله شب ادراری افزایش پیدا می‌کند.

بر اساس این مطالعه مشخص شد درصد بیش تری از پدران و مادران کودکان گروه مورد نسبت به گروه شاهد در سطح بی‌سواد و زیردیپلم قرار دارند.

منابع علمی اعلام کرده‌اند که شب ادراری در خانواده‌های با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین تر و با والدین و به‌ویژه مادران دارای سطح سواد و فرهنگ پایین تر بیش تر ایجاد می‌شود [۱، ۴، ۹، ۱۵، ۱۷، ۱۸ و ۲۰] که با نتیجه تحقیق حاضر هماهنگی دارد. شاید سطح تحصیلات و فرهنگ والدین در نحوه آموزش توالت و رعایت مسائل بهداشتی کودک و هم چنین اداره کردن مشکلات خانواده، و در نتیجه کنترل شب ادراری نقش داشته باشند.

بر طبق نتایج این تحقیق و بسیاری از مطالعات وجود تعدادی از اختلالات روانی در کودکان مبتلا به شب ادراری به‌ویژه افسردگی و مشکلات رفتاری ارتباط این دو را مشخص می‌کند گرچه ممکن است در نتیجه آن ایجاد شود و یا این‌که خود منجر به شب ادراری گردد [۲۱، ۲۲ و ۲۳]. بنابراین کودکان مدرسه‌ای و خانواده آن‌ها باید مورد مشاوره و حمایت قرار گیرند. کودکان مدرسه‌ای معمولاً به راهنمایی و حمایت والدین احتیاج دارند و برای رسیدن به استقلال و بیان احساسات و نگرانی‌ها باید با آن‌ها ارتباط مؤثر داشته باشند [۴].

در خصوص ارتباط رتبه تولد و شب ادراری کودکان منابع مختلف نتایج متعددی بیان کردند که بعضی دلالت بر عدم ارتباط این دو متغیر بوده است و با تحقیق حاضر هماهنگی دارد [۱۵]. لکن تحقیقات دیگری نیز نشان داده‌اند بین رتبه تولد و شب ادراری ارتباط وجود دارد [۱۷ و ۱۸]. در یک مطالعه گزارش شده است بی‌اختیاری ادرار در

7. Chang ss, Wong sn. Hong Kong childhood enuresis study group behavioral problems in children with enuresis in Hongkong. Acta paediatrica. 2002, 91(4): 475-9.
8. Baker H. Practical solutions to help parents deal with childhood bed wetting, professional Nurse. 2001, 17(2): 133-6.
9. Akis, N and et al. Enuresis and effective factors, a case-control study. Scand Journal Urology, Nephrology. 2002, 36(3): 199-203.
10. Oge O, Kocak I, Gemalmaz it. Enuresis point prevalence and associated factors among Turkish children. Turk Journal pediatric. 2001; 43(1): 38-43.
11. Kalo B, Bella H. Enuresis: Prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. Acta paediatr. 1996; 85(10): 1217-22.
12. Bakker E et al. Voiding habits and wetting in a population of 4, 332 Belgian school children aged between 10 and 14 years. Scand J Urol Nephrol. 2002; 36(5): 354-62.
13. Kanaheswari Y. Epidemiology of childhood nocturnal enuresis Malaysia. Pediatr child health. 2003; 39(2): 118-23.
14. Eapen V, Mabrouk AM. Prevalence and correlates of nocturnal enuresis in united Arab Emirates. Saudi Me J. 2003; 24(1): 49-51.
15. Gumus B and et al. Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 years in turkey. Acta paediatrica. 1999; 88(12): 1369-72.
16. Rawashoeh YF and et al. Demographic of enuresis patients attending a referral center. Scand J Urol Nephrol. 2002; 36(5): 348-53.
17. Rodriguez fFernandez LM. Et al. Epidemiological study of nocturnal enuresis: analysis of associated factors. Anales Espanoles de pediatria. 1997; 46(3): 252-8.
18. Cher, TW and et al. Prevalence of nocturnal enuresis and associated familial factors in primary school children in Taiwan. Journal urology. 2002; 166(3): 1142-6.
19. Hanafin S. Sociodemographic factors associated with nocturnal enuresis. Br J Nurs. 1998, 7(7): 403-8.
20. Hackett R, Hackett L, Bhakta P, Gowers S. Enuresis and encopresis in a south Indian population of children. Child: Care, Health & derelopment. 2001; 27(1): 35-46.
21. William D. Steers & Kju- sung lee. Depression and incontinence. World Journal of urology. 2001; 19(5): 351-7.
22. Yeung CK, Sihoe YD, Sit FK, Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults. Byu int. 2004; 93(3): 34-5.
23. Ozkan Ku, et al. Enuresis prevalence and accompanying factors in school children. Urol int. 2004; 73(2): 149-55.
24. Lee SD et al, An epidemiological study of enuresis in Korean. Bju int, 2000; 85(7): 869-73.
25. Marison MJ. Tappin D. Staines H. Parents and young people's control beliefs about bedwetting and the implications for practice. Journal of advanced Nursing. 2000; 31(5): 1216-27.
26. Devlin JB. Prevalence and risk factors for childhood nocturnal enuresis. Irish Medical Journal. 1992; 84(4): 118-20.
27. Van Gontard A, Mauer- Mucke K, Pluck J, et al. Clinical behavioral problems in day- and night- wetting children. Pediatr Nephrol. 1999; 13(8): 662-7.

انجام داد. هم چنین با آموزش و مشاوره خانواده‌ها در مدارس آن‌ها را در حل این معضل کمک و حمایت کرد.

در مطالعه حاضر بررسی آزمایشگاهی جهت تشخیص علت شب ادراری انجام نشده است. هم چنین علایم پلی سمپتوماتیک (روز) تقسیم‌بندی نشده است. از طرفی دیگر عوامل روانی اجتماعی بر اساس نوع شب ادراری تعیین نگردیده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود:

۱. در تحقیقات بعدی تفاوت بین انواع شب ادراری (اولیه و ثانویه) با وضعیت اضطراب و افسردگی و عوامل سایکوسوشیال مشخص شود.
۲. چند علامتی‌ها مشخص گردند.
۳. به نظر می‌رسد شب ادراری علی‌رغم شیوع بالا به اندازه کافی تحت پیگیری قرار نمی‌گیرد. لازم است با مشاوره والدین و معلمین تشخیص عوارض روانی اجتماعی به‌ویژه اضطراب و افسردگی کودکان و شب ادراری آن‌ها به منظور ارتقاء سطح روانی کودکان و خانواده‌ها صورت گیرد.

قدردانی

از همکاری بسیار ارزشمند مسئولین و کارشناسان بهداشت آموزش و پرورش شهر یزد به‌ویژه جناب آقایان رکوعی و شرافت در این تحقیق سپاسگزاریم.

منابع

1. Behrman E.R, Kliegman M.R, Jenson, B.H, Nelson textbook of pediatrics. 18th Edition, Saunders: Philidelphia, 2007, pp: 113, 2249.
2. Wm Lane M Robson. Enuresis. www. Emedicine.com/ped/Topic 689/htm/Dec 7, 2007.
3. Gur E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Guzeloz S, Citcili S, Arvas A, Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among children in Istanbul Turkey. Pediatr int, 2004; 46(1): pp: 58-63.
4. Hockenberry. J. Marilyn. Wilson, David. Wong's care of infants and children, 8th edition, Canada: Elsevier, 2007, pp:793.
5. قطبی ناهید، خیرآبادی غلامرضا. شیوع شب ادراری و عوامل مرتبط با آن در کودکان مدارس ابتدایی شهر سنندج در سال ۱۳۷۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سال پنجم، شماره ۲۰. تابستان ۸۰. صفحات ۳۰-۳۴.
6. Theunis m, and et al. self image and performance in children with nocturnal enuresis, European urology, 2002, 4(6): 660-7.