

هم‌بودی اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان مبتلا به شب‌اداری

نویسندگان: زهرا سپهرمنش^{۱*} و سیدعلیرضا مروجی^۲

- ۱- فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران
- ۲- متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران

E-mail: z.sepehrmanesh@gmail.com

* نویسنده مسئول: زهرا سپهرمنش

چکیده

مقدمه و هدف: به‌رغم مطالعات گسترده در خصوص ارتباط شب‌اداری با اختلال‌های روان‌پزشکی، همچنان میزان هم‌بودی اختلال‌های روان‌پزشکی با شب‌اداری مشخص نیست درحالی‌که آگاهی از نوع و فراوانی این اختلال‌ها برای برنامه‌های درمانی ضروری است. هدف مطالعه حاضر، تعیین شیوع و نوع اختلال‌های روان‌پزشکی همراه در کودکان مبتلا به شب‌اداری است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۰۰ کودک مبتلا به شب‌اداری مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی اطفال دانشگاه علوم پزشکی کاشان توسط روان‌پزشک اطفال، طبق چک‌لیست DSM IV مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته و اختلال‌های روان‌پزشکی همراه آنها مشخص شد. برای موارد مبتلا پرسش‌نامه‌ای شامل متغیرهای دموگرافیک و سوابق بالینی والدین و کودک تکمیل شد و اطلاعات جمع‌آوری‌شده توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های دقیق فیشتر و خی دو، مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: سن متوسط کودکان ۷/۱۴ بود که ۵۲ درصد پسر بودند. بیشترین نوع شب‌اداری اولیه (۸۲ درصد) بود، ۴۶ درصد سابقه اختلال روانی در خانواده و ۳۴ درصد سابقه شب‌اداری در خانواده داشتند. ۵۷ درصد کودکان مبتلا، فرزند اول خانواده بودند. میزان شیوع اختلال روان‌پزشکی همراه در کودکان ۸۹ درصد بود که در موارد شب‌اداری ثانویه بیش از شب‌اداری اولیه بود. بالاترین هم‌بودی به‌ترتیب به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی (۴۰ درصد) و اختلال‌های اضطرابی (۳۹ درصد) مربوط بود.

نتیجه‌گیری: براساس مطالعه حاضر، شیوع هم‌بودی سایر اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان مبتلا به شب‌اداری بسیار بالاست. وجود اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی و اختلال‌های اضطرابی در این کودکان قابل‌ملاحظه است؛ لذا بررسی وجود هم‌بودی این اختلال‌ها در کودکان مبتلا، بسیار مهم بوده، و به‌منظور درمان مؤثر، لازم است مورد توجه قرار گیرند.

واژگان کلیدی: هم‌بودی، شب‌اداری، اختلال روانی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌ویکم-شماره ۱۱۱
تیر ۱۳۹۳

دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۳۱

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۳/۰۳/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۲۴

مقدمه

شب‌اداری، شایع‌ترین اختلال اورولوژی اطفال است (۱)؛ این اختلال در فرهنگ‌های مختلف تعاریفی گوناگون دارد و درکل به بی‌اختیاری شبانه ادرار پس از سن ۵ سالگی اطلاق می‌شود به طوری که دست‌کم دو بار در هفته برای سه ماه متوالی رخ دهد. در صورتی که کودک تا سن تشخیص بیماری کنترل شبانه ادرار را تجربه نکرده باشد اختلال شب‌اداری اولیه مطرح می‌شود و در نوع ثانویه برای دست‌کم شش ماه کنترل داشته است. شیوع این اختلال با افزایش سن کودک کاهش یافته، در پسران دو برابر دختران است. احتمال ابتلای کودک به شب‌اداری در صورت سابقه شب‌اداری، یکی از والدین ۴۴ درصد و در صورت سابقه مثبت هر دو والد ۷۷ درصد است (۲). بی‌اختیاری ادرار می‌تواند مشکلات روانی و اجتماعی فراوانی برای کودک و والدین ایجاد کرده، آثاری منفی روی تصور از خود و عملکرد مدرسه و مهارت اجتماعی کودک داشته باشد به خصوص اگر والدین، کودک را مقصر دانسته، تنبیه کنند یا اینکه مشکل یاد شده، مانع از ماندن کودک نزد دوستان یا رفتن وی به تعطیلات شود (۳). عللی گوناگون برای این اختلال مطرح شده و از همین جهت درمان‌هایی گوناگون نیز برای آن در نظر گرفته شده است اما وجود هم‌زمان برخی اختلال‌های رفتاری و روان‌پزشکی با شب‌اداری کودک سبب شده بررسی‌هایی در این زمینه انجام شود. اختلال روانی همراه در ۲۰ درصد کودکان مبتلا وجود دارد (۴). برخی مطالعات، همبودی اختلال‌های روان‌پزشکی و شب‌اداری را در دختران و کودکانی که هم‌روز و هم‌شب به بی‌اختیاری دچارند و در کودکانی که نشانه‌های خود را تا سنین بالاتر حفظ می‌کنند بیشتر مطرح کرده‌اند (۵ و ۶). کودکان با شب‌اداری ثانویه بیشترین خطر را برای یک اختلال روانی همراه داشته، اختلال‌های درونی‌سازی مانند افسردگی و اضطراب نسبت به اختلال برونی‌سازی مانند بیش‌فعالی کمتر شایع است؛ به علاوه علائم رفتاری و هیجانی تحت بالینی در این بیماران

شایع است که اغلب پس از به‌دست آوردن کنترل ادرار کاهش می‌یابد (۷).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در آلمان انجام شد گزارش شده است که زیرگروه‌های مختلف کودکان دچار شب‌اداری، مشکلات رفتاری و همبودی اختلال‌های روانی مختلف نشان می‌دهند. کمترین اختلال‌ها در کودکان مبتلا به تک‌علامت شب‌اداری شبانه وجود داشته و بیشترین همبودی روانی در گروه کودکان نوع تأخیری وجود دارد (۸)؛ مطالعاتی دیگر نیز به بررسی همبودی اختلال‌های روانی گوناگون در جوامع مختلف پرداخته‌اند که به نتایجی مختلف رسیده‌اند (۹ و ۱۰)؛ در مطالعه‌ای دیگر که در آمریکا در خصوص شیوع شب‌اداری و ارتباط آن با بیش‌فعالی انجام شده، آمده است که باید کودکان مبتلا به شب‌اداری به طور روتین برای آثار این اختلال بر سلامت عاطفی کودک و خانواده مورد ارزیابی قرار گیرند. در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی نیز بایستی به طور روتین، وجود شب‌اداری مورد بررسی قرار گیرد و برعکس (۱۰).

طبق مطالعات مختلف، میزان شیوع همبودی اختلال‌های روانی در این کودکان قابل ملاحظه است که این موضوع، اهمیت بررسی اختلال روانی همراه در این کودکان را مطرح می‌سازد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی شیوع و نوع اختلال‌های روانی همراه در کودکان مبتلا به شب‌اداری است نظر به اینکه تاکنون در کشور مطالعه‌ای برای بررسی همبودی سایر اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان مبتلا به شب‌اداری صورت نگرفته است و با توجه به اهمیت درمان به‌موقع سایر اختلال‌های روانی همراه در این کودکان به منظور پاسخ بهتر به درمان و کاهش عواقب روانی اجتماعی آن در خانواده و کودک این مطالعه طراحی و اجرا شده است.

روشن کار

در این مطالعه مقطعی ۱۰۰ کودک مبتلا به شب‌اداراری مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی اطفال دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۹۰ براساس معیارهای ورود به مطالعه بررسی شدند و نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت. کودکان مبتلا به شب‌اداراری براساس معیارهای تشخیصی DSM IV توسط روان‌پزشک اطفال مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته، وجود اختلال‌های روان‌پزشکی همراه طبق چک‌لیست DSM IV تعیین شد. تمامی اطلاعات دموگرافیک اطفال مورد مطالعه، شامل «سن، جنس، مرتبه تولد، سابقه خانوادگی شب‌اداراری یا اختلال‌های روان‌پزشکی و مشکلات جسمی طفل» توسط پرسش‌نامه ثبت و تکمیل شد.

رضایت والدین برای شرکت در مطالعه و همکاری ایشان و طفل، معیار ورود به مطالعه بوده، بیماران مبتلا به دیابت شیرین یا بی‌مزه، عقب‌ماندگی ذهنی یا اختلال نورولوژیک واضح، اسپینا بیفیدا، تشنج، آنمی داسی شکل، عفونت مجاری ادراری و نارسایی مزمن کلیوی از مطالعه خارج شدند.

تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 14 با آزمون‌های آماری کای‌دو و دقیق فیشر و با در نظر گرفتن سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۰۰ کودک مبتلا به شب‌اداراری بررسی شدند که از این میان ۵۲ درصد پسر و بقیه دختر بودند. میانگین سنی کودکان مورد مطالعه ۷/۱۴ بود. بیشتر موارد شب‌اداراری (۸۲ درصد)، از نوع اولیه بود. ۴۷ درصد سابقه اختلال روانی در خانواده و ۳۴ درصد سابقه شب‌اداراری در خانواده داشتند. توصیف داده‌های دموگرافیک کودکان مورد بررسی و وجود اختلال روان‌پزشکی همراه در جدول ۱ آمده است. به‌منظور

بررسی داده‌ها، دو گروه سنی ۵ تا ۹ سال (سنین کودکی) و ۹ تا ۱۴ سال (سنین بلوغ) در نظر گرفته شد. بیشتر کودکان (۸۹ درصد) اختلال روانی همراه داشتند. فراوانی اختلال روان‌پزشکی همراه در پسرها بیشتر از دخترها بود. میزان اختلال روان‌پزشکی همراه در موارد ثانویه (۹۴/۴۴ درصد) شب‌اداراری بیش از موارد اولیه و در فرزندان وسط، بیش از سایر فرزندان بود. فراوانی اختلال‌های روان‌پزشکی همراه در کودکان خانواده‌های دارای بیش از چهار فرزند و کودکان بدون سابقه شب‌اداراری در خانواده شایع‌تر بود؛ همچنین فراوانی اختلال روانی همراه در کودکان با سابقه خانوادگی اختلال‌های روان‌پزشکی بالاتر بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ($P=0/001$) (جدول ۱).

از نظر نوع اختلال همراه شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی همراه مربوط به اختلال‌های Disruptive (۴۹ درصد) بود؛ پس از آن، اختلال‌های اضطرابی، بالاترین شیوع را در این کودکان داشت. در میان اختلال‌های Disruptive بالاترین فراوانی مربوط به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی ADHD بود به طوری که ۴۰ درصد کودکان مبتلا به شب‌اداراری هم‌زمان اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی نیز داشتند. به‌طور کلی شایع‌ترین اختلال‌های همراه در کودکان مبتلا به ترتیب، اختلال ADHD و سپس ترس مرضی (PHOBIA) بود (جدول ۲).

از نظر فراوانی نوع اختلال روان‌پزشکی همراه برحسب سن و جنس: اختلال‌های اضطرابی در دختران و کودکان ۵ تا ۹ مبتلا به شب‌اداراری نسبت به پسران و کودکان بزرگ‌تر مبتلا به شب‌اداراری، شایع‌تر بود. هم‌بودی اختلال‌های خلقی در پسران مبتلا به شب‌اداراری بیشتر از دختران مبتلا بود. هم‌بودی اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در پسران و کودکان کوچک‌تر مبتلا به شب‌اداراری، شایع‌تر بود. فراوانی اختلال‌های گفتاری و حرکات کلیشه‌ای در کودکان کم‌سن‌تر (کمتر از ۹ سال) مبتلا به شب‌اداراری بیشتر بود (جدول ۳).

جدول ۱. توزیع فراوانی اختلال‌های روان‌پزشکی همراه در کودکان مبتلا به شب‌اداری برحسب متغیرهای مورد

مطالعه (n=100)

p-value	اختلال روان‌پزشکی همراه		درصد کل (n=100)	متغیر مورد بررسی	
	ندارد (n=11) (%)	دارد (n=89) (%)			
P=0/62	۹(۱۱/۰)	۷۳(۸۹/۰)	۸۲	۹ تا ۵	سن
	۲(۱۱/۱۱)	۱۶(۸۸/۸۸)	۱۸	۱۴ تا ۹	
P=0/07	۸(۱۶/۶۷)	۴۰(۸۳/۳۳)	۴۸	دختر	جنس
	۳(۵/۷۷)	۴۹(۹۴/۲۳)	۵۲	پسر	
0/37	۱۰(۱۲/۲۰)	۷۲(۸۷/۸۰)	۸۲	اولیه	نوع شب‌اداری
	۱(۵/۵۶)	۱۷(۹۴/۴۴)	۱۸	ثانویه	
0/23	۵(۸/۷۷)	۵۲(۹۱/۲۳)	۵۷	فرزند اول	رتبه تولد
	۰	۱۰(۱۰۰)	۱۰	فرزند وسط	
	۶(۱۸/۱۹)	۲۷(۸۱/۸۱)	۳۳	فرزند آخر	
0/26	۱۰(۱۴/۲۹)	۶۰(۸۵/۷۱)	۷۰	۱-۲	تعداد فرزندان
	۱(۴)	۲۴(۹۶)	۲۵	۳-۴	
	۰	۵(۱۰۰)	۵	بیش از ۴	
P=0/001	۰	۴۷(۱۰۰)	۴۷	دارد	سابقه اختلال روانی در خانواده
	۱۱(۲۰/۷۶)	۴۲(۷۹/۲۴)	۵۳	ندارد	
P=0/11	۶(۱۷/۶۵)	۲۸(۸۲/۳۵)	۳۴	دارد	سابقه شب‌اداری در خانواده
	۵(۷/۵۸)	۶۱(۹۲/۴۲)	۶۶	ندارد	

جدول ۲. توزیع فراوانی انواع اختلال‌های روان‌پزشکی همراه در کودکان مبتلا به شب‌اداری

	زیرگروه‌های مورد بررسی تعداد (%)		نوع اختلال روان‌پزشکی همراه
%100	۱(۲/۵۶)	اختلال اضطراب منتشر	اختلال‌های اضطرابی (n=39)
	۵(۱۲/۸۲)	اختلال اضطراب جدایی	
	۲۴(۶۱/۵۴)	ترس مرضی	
	۹(۲۳/۰۸)	اختلال وسواس اجبار	
%100	۶(۷۵)	اختلال افسردگی	اختلال‌های خلقی n=8
	۲(۲۵)	اختلال دوقطبی	
%100	۴۰(۸۱/۶۳)	اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی	اختلال‌های ایذایی (Disruptive Disorder) n=49
	۲(۴/۰۸)	اختلال سلوک (Conduct)	
	۷(۱۴/۲۹)	اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (ODD)	
%100	بی‌اختیاری دفع مدفوع (Encopresis) n=2		
%100	اختلال‌های گفتاری (Speech disorder) n=6		
%100	حرکات کلیشه‌ای (Stereotype movement) n=14		
%100	سایر اختلال‌ها n=8		

جدول ۳. توزیع فراوانی اختلال‌های روانی همراه در کودکان مبتلا به شب‌اداری برحسب سن و جنس

جمع	n1469 (%)	n965 (%)	پسر n (%)	دختر n (%)	نوع اختلال روان‌پزشکی همراه
%100	(۲۰/۵۲)۸	(۷۹/۴۸)۳۱	(۴۶/۱۶)۱۸	(۵۳/۸۴)۲۱	اختلال‌های اضطرابی (n=39)
%100	(۵۰/۴)	(۵۰/۴)	(۷۵/۶)	(۲۵/۲)	اختلال‌های خلقی n=8
%100	(۱۷/۵۰)۷	(۸۲/۵۰)۳۳	(۶۰)۲۴	(۴۰)۱۶	اختلال‌های ایذایی ADHD n=40
%100	(۵۰)۱	(۵۰)۱	(۱۰۰)۲	(۰)۰	Disruptive Conduct n=2
%100	(۰)۰	(۱۰۰)۷	(۴۲/۸۶)۳	(۵۷/۱۴)۴	ODD n=7
%100	(۰)۰	(۱۰۰)۶	(۳۳/۳۴)۲	(۶۶/۶۶)۴	اختلال‌های گفتاری n=6 (Speech disorder)
%100	(۷/۱۵)۱	(۹۲/۸۵)۱۳	(۵۰)۷	(۵۰)۷	حرکات کلیشه‌ای (Stereotype movement) n=14

بحث

براساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، شیوع همبودی اختلال‌های روان‌پزشکی با شب‌اداری ثانویه بیش از نوع اولیه بود که با نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ در آلمان به انجام رسیده است همخوانی دارد (۷). در مطالعه یادشده آمده است که کودکان مبتلا به شب‌اداری ثانویه، بیش از سایر کودکان در معرض بروز اختلال‌های روانی بوده و احتمال بروز اختلال‌های برونی‌سازی همچون بیش‌فعالی در ایشان بیش از اختلال‌های درونی‌سازی مانند افسردگی است. در مطالعه حاضر نیز اختلال‌های ایذایی (disruptive) شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی همراه با شب‌اداری بوده که از میان اختلال‌ها این دسته اختلال بیش‌فعالی بیش از سایر موارد دیده شده و با بسیاری از مطالعات همخوانی دارد (۴، ۹، ۱۱ و ۱۲). در مطالعه زینک^۲ و همکارانش که به بررسی ۱۶۶ کودک ۵ تا ۱۶ ساله مبتلا به شب‌اداری پرداخته‌اند، گزارش شده است که میزان شیوع اختلال‌های برونی‌سازی، دو برابر اختلال‌های درونی‌سازی است. وی در مطالعه خود بیان کرده است که انواع گوناگون شب‌اداری با اختلال‌های روان‌پزشکی متفاوتی در ارتباط است (۸). در مطالعه‌ای که مطفری و همکاران انجام دادند در ۲۹ درصد کودکان مبتلا به خرخر، شب‌اداری گزارش شده است (۲۰).

در مطالعه غنی‌زاده که به بررسی کودکان مبتلا به همبودی بیش‌فعالی و شب‌اداری و والدین ایشان و مقایسه با کودکان بیش‌فعال پرداخته است، آمده که تنها همبودی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (ODD) عامل پیشگویی‌کننده شب‌اداری بوده و سایر اختلال‌ها نظیر اختلال سلوک، اختلال اضطرابی منتشر و اضطراب جدایی، تیک، افسردگی ماژور، وسواس، دندان‌قروچه کردن و ناخن‌جویدن در کودکان مبتلا به همبودی بیش‌فعالی و شب‌اداری، بیش از کودکان مبتلا به بیش‌فعالی نیست (۹)؛ از سوی دیگر، مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ منتشر شده، به بررسی دوازده ماهه موارد

طبق نتایج مطالعه حاضر، اختلال روان‌پزشکی همراه در ۸۹ درصد از کودکان مبتلا به شب‌اداری مشاهده شد. در مطالعه‌ای مروری که در سال ۲۰۱۱ منتشر شده است، آمده که ۲۰ تا ۳۰ درصد کودکان مبتلا به شب‌اداری، ۳۰ تا ۴۰ درصد کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار در طول روز و ۳۰ تا ۵۰ درصد کودکان مبتلا به بی‌اختیاری مدفوع، به یک اختلال روان‌پزشکی همراه نیز مبتلا هستند (۴). مطالعاتی دیگر نیز به شیوع ۲۰ تا ۴۰ درصدی همبودی شب‌اداری و اختلال‌های روان‌پزشکی اشاره کرده‌اند (۷ و ۱۱) که این میزان همبودی در مطالعه حاضر، بسیار بالاست که دلیل این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت نمونه‌گیری یا مسائل دیگر باشد. در مطالعه حاضر، میزان بروز همبودی در پسران بیشتر بود که با برخی مطالعات همخوانی دارد (۱۲ و ۱۳)؛ اما در مطالعه محمدپور و همکاران و مطالعه قطبی و همکاران، میزان شیوع همبودی در دختران بیش از پسران گزارش شده است که با نتایج مطالعه ما مخالف است (۵ و ۶).

در مطالعه ما میزان بروز شب‌اداری در کودکان با سابقه خانوادگی شب‌اداری بیشتر بود که با نتایج مطالعاتی دیگر در این حوزه مطابقت دارد (۱۴-۱۶). در مطالعه دهقانی و همکاران (۱۶)، «سابقه خانوادگی شب‌اداری، افسردگی و اضطراب، مشکلات خانوادگی» با شب‌اداری ارتباطی معنی‌دار داشته است که مؤید نتایج مطالعه حاضر است.

در مطالعه حاضر، میزان شیوع شب‌اداری در فرزندان اول، بیش از سایر فرزندان بود که با نتایج مطالعه آکیس^۱ و همکارانش مطابقت دارند. در مطالعه یادشده، ۲۷۷ کودک مبتلا به شب‌اداری با ۲۷۷ کودک بدون مشکل شب‌اداری مقایسه شده‌اند که میزان شب‌اداری در فرزندان نخست خانواده به صورتی معنی‌دار بیش از سایر فرزندان بوده (۱۷) اما مطالعاتی دیگر نیز عکس این مسئله را گزارش کرده‌اند (۱۸ و ۱۹).

² - Zink

¹ - Akis

پیش‌آگهی بد درمانی باشد (۱۰). بررسی مرتب کودکان مبتلا به بیش‌فعالی از نظر ابتلا به شب‌ادراری و برعکس توصیه شده‌است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های بالا نشان می‌دهند که شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی همراه در این کودکان مورد بررسی، بسیار بالاست به‌خصوص وجود اختلالی مانند بیش‌فعالی و اختلال‌های اضطرابی؛ لذا بررسی کودکان مبتلا به شب‌ادراری از نظر وجود هم‌بودی این اختلال‌ها بسیار مهم بوده، می‌تواند در نتایج درمان و کیفیت زندگی کودک و خانواده، مؤثر و مهم باشد.

منابع

1. Lottmann HB, Alona I. Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children and adolescents. *Int J Clin Pract Suppl.* 2007; 155: 8-16.
2. Jack S. Voiding dysfunction. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BE. *Nelson textbook of pediatrics.* 19th ed. Philadelphia; Saunders, 2011:2249.
3. Chang SS, Ng CF, Wong SN; Hong Kong Childhood Enuresis Study Group. Behavioural problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. *Acta Paediatr.* 2002; 91(4):475-9.
4. Von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E, Warzak WJ, Bachmann C. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *J Urol.* 2011; 185(4):1432-6.
5. Mohammadpour A, Basiri Moghaddam M, Jani S and Haidarpour S. Survey of enuresis frequency and its associated factors among school children. *Ofogh-e-Danesh; Journal of Gonabad University of Medical Sciences.* 2012; 18(3):1-9.
6. Ghotbi N, Kheirabadi GR. The prevalence of enuresis and associated factors among school children in Sanandaj city. *The Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences (SJKUMS).* 2000; 5(20): 30-33. [Article in Persian].
7. Von Gontard A. Psychological and psychiatric aspects of nocturnal enuresis and functional urinary incontinence. *Urologe A.* 2004; 43(7):787-94. [Article in German].
8. Zink S, Freitag CM, von Gontard A. Behavioral Comorbidity Differs in Subtypes of Enuresis and Urinary Incontinence. *The Journal of Urology.* 2008; 179(1): 295-298.
9. Ghanizadeh A. Comorbidity of Enuresis in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Published online before print April 20, 2009, doi: 10.1177/1087054709332411 *Journal of Attention Disorders.* 2010; 13(5): 464-467.
10. Baeyens D, Roeyers H, D'Haese L, Pieters F, Hoebeke P and Vande Walle J. The prevalence of ADHD in

شب‌ادراری پرداخته‌است، ارتباط قوی میان بیش‌فعالی و شب‌ادراری (odd ratio: ۲/۸۸) را بیان کرده و با توجه به تأثیرهای منفی این اختلال بر سلامت روان و کیفیت زندگی فرد، توجه به هم‌بودی این اختلال را لازم دانسته‌است (۱۲).

در مطالعه‌ای دیگر نیز که به بررسی ارتباط بیش‌فعالی و شب‌ادراری در کودکان ارجاعی به سطح سه خدمات بهداشتی پرداخته‌است، میزان شانس ابتلا به هم‌بودی بیش‌فعالی و شب‌ادراری در کودکان ارجاع‌شده به سطح سه خدمات ۳/۴ برابر بیش از کودکان مبتلا به شب‌ادراری ارجاع‌نشده است. سن بیماران ارجاع‌شده نیز بیشتر است که می‌تواند نشان‌دهنده مقاومت دارویی و

- children with enuresis: Comparison between a tertiary and non-tertiary care sample. *Acta Paediatrica.* 2006; 95: 347-352.
11. Roeyers H, Hoebeke P, Verte S, Van Hoecke E, Vande Walle J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder IN Children With Nocturnal Enuresis. *The Journal of Urology.* 2004; 171(6), Part 2: 2576-2579.
 12. He JP, Kalaydjian A, Brothers S, Ries Merikangas K. Prevalence of Enuresis and Its Association with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among U.S. Children: Results from a Nationally Representative Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2009; 48(1):35-41.
 13. Taziki MH, Tajri HR, Borghei A, Khorashadizadeh H. Factors associated with enuresis in adenotonsillar hypertrophy and effect of surgery on it. *Journal of Guilan University of Medical Sciences.* 2011; 79: 62-67.
 14. Eapen V, Mabrouk AM. Prevalence and correlates of nocturnal enuresis in the United Arab Emirates. *Saudi Med J.* 2003; 24(1): 49-51.
 15. Safarinejad MR. Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated familial factors and urinary pathology among school children in Iran. *Journal of Pediatric Urology.* 2007; 3(6): 443-452.
 16. Dehghani K, Purmovahed Z, Dehgjani H, Shakiba M, Tavangar H, Yasini Ardakani M, et al. The associated factors of enuresis in 6-12 years old children. *Medical Daneshvar J.* 1998; 16(79): 32-38.
 17. Akis N, Irgil E and Aytakin N. Enuresis and the Effective Factors. *Scandinavian Journal of Urology.* 2002; 36(3):199-203.
 18. Rawashdeh YF, Hvistendahl GM, Kamperis K, Hansen MN, Djurhuus JC. Demographics of enuresis patients attending a referral centre. *Scand J Urol Nephrol.* 2002; 36(5):348-53.
 19. Akhavan Karbasi S, Golestan M, Fallah R. Enuresis in 6 year old children and its related factors. *Ofogh-e-Danesh, GMUHS Journal.* 2009; 15(4): 63-70.
 20. Mozaafari A, Vakili Aliabadi M, Mohebi S. Evaluation of behavioral and movement disturbance in snoring children in 2011. *Medical Daneshvar J.* 2013; 20(105):1-7.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
21st Year, No.111
June- July, 2014*

Received: 20/04/2014

Last revised: 10/06/2014

Accepted: 14/06/2014

Comorbidity of psychiatric disorders in children with nocturnal enuresis

Zahra Sepehrmanesh^{1*}, Alireza Moraveji²

1. Associate Professor, Department of Psychiatry, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2. Associate Professor, Community Medicine, Truma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

E-mail: z.sepehrmanesh@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Although the relationship between enuresis and psychopathology has been studied intensively, little is known about the prevalence of specific psychiatric disorders comorbidities with enuresis, which the assessment of these disorders is necessary for preventive and therapeutic strategic implementation. The aim of present study was to investigate the prevalence of psychiatric disorders comorbidities with enuresis in children that were referred to Akhavan hospital of Kashan city.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, one hundred children with enuresis that referred to child psychiatric clinic of Kashan University of Medical Sciences were interviewed by child-psychiatrist according to DSM IV checklist and the psychiatric disorders were determined. The questionnaire included demographic variables and clinical history of patients and their parents were completed too. All gathered data were analyzed using SPSS software and descriptive tests.

Results: The mean age of children was 7.14 and 53% of them was boy. The prevalence of concurrent psychiatric disorders was 89% which in secondary enuresis was more prevalent than primary enuresis (94.45% and 82.8%, respectively). Attention deficit hyperactivity disorder was the most prevalent concurrent disorder in these children (40%) and anxiety disorders (39%) were in the second rank.

Conclusion: According to the result of the present study, the prevalence of psychiatric disorders are high in children with enuresis, especially ADHD and anxiety disorders, so attention to investigate the concurrent disorders is very important in treatment outcomes.

Keywords: Comorbidity, Enuresis, Psychiatric disorders