

بررسی نتایج مداخلات درمانی در وضعیت شب‌اداری دانش‌آموزان دبستانهای شهر تهران

منصوره سعید الذاکرین^{*}، دکتر فروغ شفیعی^{**}، دکتر علیرضا حیدرنیا^{***}، دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد^{****}

* دانشجوی دکتری رشته آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس

** دانشیار، گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس

**** استادیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت شب‌اداری در کودکان و نوجوانان و عدم وجود اطلاعات کافی در مورد اثرات روش‌های درمانی، این پژوهش به منظور بررسی اثر مداخلات درمانی بر روی وضعیت شب‌اداری ۹۴ نفر از دانش‌آموزان شب‌ادار در دبستانهای شهر تهران انجام شد.

مواد و روشها: جمعیت هدف در این مطالعه تجربی، دانش‌آموزان دبستانی منطقه ۱۱ و ۱۲ شهر تهران بودند که در فاصله مهرماه ۱۳۷۷ لغایت اردیبهشت ماه ۱۳۷۸ مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتدا نمونه‌های مورد نظر براساس شرط ورود به مطالعه و با توجه به معیار تشخیصی DSM-IV انتخاب و براساس میزان اطلاعات کسب شده از آگاهی والدین، محتوای الگوی آموزشی براساس الگوی مورد نظر (HBM) تهیه گردید و سپس نمونه‌ها براساس نمونه‌گیری تصادفی به ۳ گروه آموزشی، دارویی و توأم تقسیم شدند. در این پژوهش گروه شاهد و آزمون یکی بوده و واحدهای مورد پژوهش در ۲ مرحله زمانی بصورت بررسی اولیه (قبل از مداخله) و بررسی ثانویه (پس از مداخله) مورد مطالعه قرار گرفتند. طول مدت زمان مداخله برای ۳ گروه یکسان بود.

یافته‌ها: پسران بیش از دختران از این مسأله شکایت داشتند. ۵۲/۷٪ افراد اعلام نموده‌اند که پس از مداخلات انجام گرفته وضعیت ادرار آنان غیرارادی و ۴۷/۳٪ ارادی بوده است. با توجه به معیار در نظر گرفته شده، در مجموع ۶۷٪ به مداخلات درمانی جواب داده‌اند که از این تعداد ۳۵٪ به گروه دارو درمانی، ۳۳٪ به گروه توأم و ۳۲٪ به گروه آموزشی اختصاص داشتند. تغییر در حجم ادرار در این نمونه‌ها گزارش نگردید. احساس پری در مثانه ۴۷٪ افراد گزارش شده است. مداخلات درمانی در بعد آموزشی نشان داد که ۷۳٪ افراد آگاهی خوبی نسبت به خشکی بستر پیدا کرده بودند که از این تعداد ۴۱٪ در گروه آموزشی قرار داشتند.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: یافته‌های این بررسی شیوع بیشتر شب‌اداری در پسران و اثرات مفید روشهای درمانی در مهار شب‌اداری را در دانش‌آموزان تهرانی نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: شب‌اداری، روشهای درمانی، رفتار درمانی، تغییر رفتار.

مقدمه

بزرگسالان از آشکار شدن موضوع می‌ترسند و از ارتباط با مردم می‌پرهیزند. والدین احساس گناه کرده و فکر می‌کنند در حق بچه‌هایشان قصور کرده‌اند. برآورد گردیده است که این عارضه برای خانواده بچه‌ای که ۳ بار در هفته

حدود یک میلیون نفر از شب‌اداری رنج می‌برند که از این تعداد کمتر از ۵۰٪ را بچه‌ها و نوجوانان تشکیل می‌دهند (۱). این بچه‌ها و نوجوانان از ضعف اعتماد بنفس رنج می‌برند و احساس ناپاکی و کثیف بودن دارند.

نظر مشخص و با استفاده از نمونه گیری تصادفی و تعیین حجم نمونه، تعداد افراد در ۳ گروه مورد نظر تعیین گردید. نمونه‌ها از طریق پرونده‌های بهداشتی دانش‌آموزان، حضور در جلسات انجمن اولیاء و مربیان و مشاورین مدرسه و مشاوره و مذاکره با معلمین دانش‌آموزان انتخاب شده و کودکان شب ادرار در سه گروه آموزش، دارو درمانی و روش توأم (آموزش + دارو) به صورت تصادفی تقسیم شدند. در پایان ارزشیابی پرسشنامه نهایی که براساس معیارهای DSM-IV تهیه شده بود از والدین کودک بعمل آمده و پس از بررسی مراحل مختلف درمان، معیارهای مندرج در آن پیگیری و ضبط گردید (۳). در این پژوهش، برنامه آموزش و درمان دارویی متغیرهای اصلی بوده و آگاهی مادر و تغییرات پیش آمده در مشکلات و وضعیت شب ادراری کودک برای خود و خانواده به عنوان متغیر وابسته مورد مطالعه قرار گرفت. همچنین مشکلات خانوادگی، جدایی والدین، مرگ والدین، تولد فرزند جدید، تغییر محل سکونت، طلاق، زندانی بودن والدین، حاملگی مادر و اضطراب به عنوان متغیرهای مداخله‌گر مدنظر قرار گرفت.

در گردآوری اطلاعات از مدارک تشخیصی DSM-IV برای تعیین وضعیت شب ادراری کودکان، از فرم مصاحبه GHQ (General Health Question) به منظور اطمینان از سلامت عمومی مادر جهت دریافت آموزشهای ارائه شده از سوی محقق، از پرسشنامه‌ای در خصوص تهیه محتوای آموزشی براساس الگوی مورد نظر (HBM=Health Belief Model) و از پرسشنامه Rutter-Bilingez به منظور بررسی رفتارهای عمومی و اختصاصی در ۲ بعد برای والدین و کودکان استفاده شد (۳-۷).

یافته‌ها

۲۱ دانش‌آموز دختر و ۷۳ دانش‌آموز پسر دبستانی در این مطالعه وارد شدند. در گروه‌های درمانی سه گانه دارو درمانی، آموزش و توأم به ترتیب ۱۵، ۳ و ۳ دختر و ۱۹، ۳۰ و ۲۴ پسر قرار داشتند. پس از اعمال مداخلات مورد نظر، در مجموع دفع ادراری غیرارادی در ۴۹ نفر (۵۲/۷٪) و

رختخوابش را خیس می‌کند بیشتر از ۱۵۰۰۰ دلار در سال هزینه برمی‌دارد.

شب ادراری به دو دسته مهم تقسیم می‌شود:

شب ادراری اولیه یا مداوم: این نوع شب ادراری از بدو تولد تا پایان ۱۴-۱۳ سالگی دیده می‌شود که اغلب ناشی از عوامل جسمانی است.

شب ادراری ثانویه: در این نوع شب ادراری کودکان مبتلا مدتی از نظر کنترل دفع ادرار طبیعی هستند و ناگهان به این عارضه و یا تغییر رفتار دچار می‌شوند. این حالت بیشتر بعد از ۴ سالگی رخ می‌دهد و عوامل محیطی و روانی در ایجاد آن نقش دارند (۱).

Dgurhuus معتقد است شب ادراری دلایل متعددی دارد و بمنظور ارزشیابی و مقایسه کفایت درمانهای متفاوت در بیماران با پاتوفیزیولوژی اختصاصی، باید ویژگیهای گروه بیمار تحت مطالعه را در نظر داشت و تشریح نمود (۲).

بسیاری از تحقیقات انجام شده از سنجش‌های مختلفی برای این کار بهره گرفته‌اند بدین ترتیب مقایسه آنها مشکل به نظر می‌رسد، این در حالیست که این سنجش‌ها باید، پیامد استاندارد را توصیف نموده و دارای کاربرد جهانی باشند تا بتوان تأثیر درمان را ارزیابی نموده و نقش آن را بر اقتصاد خانواده، عزت نفس و چگونگی زندگی فرد مشخص نمود. از آنجا که اطلاعات مفیدی در مورد نتایج مداخلات درمانی در درمان شب ادراری دانش‌آموزان تهرانی وجود ندارد، این بررسی روی دانش‌آموزان دبستانی شهر تهران صورت گرفت.

مواد و روشها

تحقیق به روش تجربی - مداخله‌ای از مهر ۱۳۷۷ تا اردیبهشت ۱۳۷۸، بر روی ۹۴ نفر از دانش‌آموزان شب ادرار پسر و دختر دبستانی در مناطق ۱۱ و ۱۲ آموزش و پرورش شهر تهران انجام گرفت. این دانش‌آموزان مشخصات و ویژگیهای تعریف شده برای کودکان شب ادرار را طبق معیارهای DSM-IV دارا بودند.

برای نمونه‌گیری، ابتدا با در نظر داشتن شیوع شب ادراری در گروه سنی مورد نظر در پسران و دختران، نسبت کل دانش‌آموزان تعیین و سهم هر کدام از آنان در مناطق مورد

دفع ادراری ارادی در ۴۵ (۴۷/۳٪) افراد گزارش شد.
(جدول ۱)

جدول ۴: تأثیر روشهای مختلف در بهبود وضعیت شب ادراری در گروهها

روشهای کنترل	گروه درمانی			جمع
	دارو درمانی	آموزش	توأم	
رفتار والدین	۳	۹	۳	۱۴ (۱۷)*
آموزش ارائه شده	۱	۱۰	۶	۱۷ (۲۰)
دارو	۱۴	-	۱	۱۵ (۱۸)
تلفیقی از روشها	۱۱	۱۰	۱۶	۳۷ (۴۵)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

تغییر در حجم ادرار متعاقب مداخلات صورت گرفته در ۳۵٪ افراد و افزایش حجم ادرار در ۱۶٪ آنها گزارش شد. لازم بذکر است افزایش حجم ادرار در ۵۷٪ موارد در گروه آموزش، در ۱۴٪ موارد در گروه دارو درمانی و در ۲۹٪ موارد در گروه توأم رخ داده بود.

بحث

تحقیق نشان داد شیوع شب ادراری در پسران بیشتر از دختران می باشد. در سایر تحقیقات نیز شب ادراری در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است. این اختلاف ممکن است از آنجا ناشی شود که والدین در افزایش شب ادراری فرزند پسر خود اکراه کمتری دارند، در حالیکه در مورد فرزند دختر خود می کوشند تا این عارضه را پنهان نمایند (۱). از سوی دیگر لازم به یادآوری است که در سنین یاد شده کودکان شب ادرار توسط والدین و مربیان به مددکار اجتماعی، مربی، روانشناس، پزشک اطفال و یا روانپزشک ارجاع داده می شوند، در نتیجه عارضه آنها آشکار می گردد و چه بسا این عده همان کسانی باشند که شب ادراری آنها از سنین پایین تر شروع شده است. در مطالعه حاضر ۵۲/۷٪ افراد پس از درمان هنوز وضعیت دفع ادرار خود را غیرارادی و ۴۷/۳٪ آن را ارادی گزارش نموده اند. از آنجائی که معیارهای تعیین شده در این تحقیق دفع مکرر ادرار در طول روز و بالاخص در شب بصورت غیرارادی و ارادی حداقل ۲ بار در هفته و به مدت ۲ ماه متوالی در نظر گرفته شده بود، نتایج بدست آمده را نمی توان بطور یقین همسو با این معیارها دانست. از طرفی یافته ها نشان می دهد که ۶۷٪ افراد به مداخلات درمانی جواب مثبت داده اند، پس مداخلات درمانی تأثیر مثبتی بر روی معیارهای تعیین شده داشته است.

جدول ۱: توزیع وضعیت دفع ادرار در گروههای سه گانه پس از انجام

وضعیت اخیر دفع ادرار	گروه درمانی			جمع
	دارو درمانی	آموزش	توأم	
غیرارادی	۲۲ (۴۵)*	۱۵ (۳۱)	۱۱ (۲۴)	۴۹
ارادی	۱۲ (۲۷)	۱۸ (۴۰)	۱۵ (۳۳)	۴۵

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

پس از اعمال مداخلات موردنظر، ۶۳ دانش آموز (۶۷٪) قادر به کنترل ادرار خود بودند که در این بین ۲۲ نفر (۳۵٪) به گروه دارو درمانی، ۲۰ نفر (۳۲٪) به گروه آموزش و ۲۱ نفر (۳۳٪) به گروه توأم تعلق داشتند. (جدول ۲)

جدول ۲: توزیع کنترل ادرار در گروههای آموزشی سه گانه پس از انجام

کنترل ادرار	گروه درمانی			جمع
	دارو درمانی	آموزش	توأم	
بنی	۲۲ (۳۵)*	۲۰ (۳۲)	۲۱ (۳۳)	۶۳
خیر	۱۲ (۳۹)	۱۳ (۴۲)	۱۶ (۴۹)	۴۱

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

احساس پیری در مثانه در ۴۷٪ افراد متعاقب مداخلات درمانی دیده شد، حال آنکه ۵۳٪ چنین احساسی نداشتند. وضعیت آگاهی نسبت به خشکی در بستر در جدول شماره ۳ آورده شده است. همانطور که ملاحظه می شود در ۶۹ بیمار (۷۳٪) این آگاهی وجود داشته است که بیشترین موارد در گروه آموزشی (۴۱٪) دیده شد.

جدول ۳: توزیع وضعیت آگاهی به خشکی بستر در گروههای سه گانه پس از

آگاهی به خشکی بستر	گروه درمانی			جمع
	دارو درمانی	آموزش	توأم	
بنی	۲۱ (۳۰)*	۲۸ (۴۱)	۲۰ (۲۹)	۶۹
خیر	۱۳ (۵۲)	۵ (۲۰)	۷ (۲۸)	۲۵

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

در مجموع ۸۳ بیمار (۸۸٪) مداخلات درمانی را در کنترل بیماری خود مؤثر دانسته اند که از این تعداد ۴۵٪ تلفیق اقدامات درمانی، ۲۰٪ آموزشهای ارائه شده، ۱۸٪ داروهای تجویز شده و ۱۷٪ رفتار والدین را در بهبود وضعیت خود مؤثر دانسته اند. (جدول ۴)

کودکان مورد نظر آنان در اثر تأثیر آموزش، خشکی بستر داشتند (۵). این مسأله با یافته‌های این تحقیق همسوئی دارد. در زمینه آگاهی نسبت به خشکی بستر یافته‌های بدست آمده نشان داد که ۷۳٪ بیماران به دنبال مداخلات درمانی صورت گرفته، واجد آگاهی در این زمینه شده‌اند. نتایج این تحقیق را می‌توان با دیگر نظرات ارائه شده که آموزش را جزء یکی از روشهای درمانی در نظر می‌گیرند مشروط بر اینکه در زمان انجام رفتار صحیح از سوی کودکان به آنان پاداش و جایزه تعلق گیرد، مقایسه کرد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییر رفتار در کودکان شب ادرار بدنبال درمان رفتاری شب ادراری حاصل خواهد شد.

با توجه به یافته‌های این تحقیق بنظر می‌رسد استراتژیهای در نظر گرفته شده در مداخلات درمانی به فاکتورهای متعددی از جمله محیط، موقعیت خانواده‌ها، توانایی رفتاری، تکنیکهای آموزشی، مسائل فرهنگی و اعتقادی، یادگیری مشاهده‌ای، تعداد نمونه‌ها و دیگر عوامل بستگی دارد.

یکی دیگر از فاکتورهای مورد نظر حجم و افزایش ادرار می‌باشد. نتایج بررسی کنونی مبین این است که ۶۵٪ و ۸۴٪ از این افراد به ترتیب در مورد حجم و افزایش ادرار تغییری را پس از درمان گزارش ننموده‌اند که این نتیجه با نظریه هانسبل و همکاران در خصوص درمان در بعد داروئی همخوانی دارد (۸). آنها در خصوص تأثیر داروی ایمپرامین بر روی حجم ادرار شبانه بیماران مبتلا به شب ادراری مطالعه‌ای انجام داده که نتایج نشان داده است این دارو در ۶ بیمار شب ادرار که پرادراری نیز داشته‌اند، تأثیر چشمگیری داشته است. آنها معتقد هستند ایمپرامین در صورتیکه افزایش ادرار شبانه وجود داشته باشد، دارای اثرات ضد دیورتیک است.

از طرفی تحقیقات دیگران نشان داده است که بسیاری از کودکان شب ادرار با ظرفیت و حجم مثانه کم، غالباً دارای افزایش مقدار ادرار می‌باشند (۲).

Hopstaken و همکاران تأکید کردند اصلاح شب ادراری کودکان براساس فرهنگهای مختلف متفاوت بوده و ۷۰٪

REFERENCES

- ۱- به پروژه احمد. شب ادراری کودکان. مجله پیوند ۱۳۷۰؛ صفحات ۱۴۰ تا ۱۴۲.
- 2- Dgurhuus J, Norgaard J, et al. What is an acceptable treatment outcome? Scan J Urol Nephrol (Suppl) 1997;51 of 183.
- ۳- نیکخو محمدرضا، آوادیس یانس هامایاک (مؤلفین). راهنمای تشخیص آماری اختلالهای روانی. چاپ دوم ۱۳۷۵؛ صفحات ۱۷۰ تا ۲۱۳.
- 4- Riley K. Evaluation and management of primary nocturnal enuresis. Acad Nurse Pract 1997; 624-9.
- 5- Hopstaken NS, Visser AE, Schulpen TW, et al. Treatment of persistent nocturnal enuresis in children of Turkish and Moroccan migrants requires extra attention for the family. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138(27): 1369-73 (Dutch).
- ۶- پودات نسرین، سیف علی اکبر و همکاران (مؤلفین). رفتار درمانی، کاربرد و بازده. چاپ دوم، تهران. انتشارات فردوس، ۱۳۷۶، صفحات ۲۹۱ و ۱۳۰ تا ۱۳۲.
- ۷- پارسا محمد (مؤلف). روانشناسی یادگیری. تهران، انتشارات بعثت، ۱۳۷۰، صفحات ۱۷۱ و ۴۲۱.
- 8- Hunsballe J, Rittig S, et al. Single dose imipramine reduces nocturnal urine out put in patients with nocturnal enuresis and nocturnal polyuria. J Urol 1997;77-8.