

## بررسی نتایج مداخلات درمانی در وضعیت شب ادراری دانش آموزان دبستانهای شهر تهران

منصوره سعید الذاکرین<sup>\*</sup>، دکتر فروغ شفیعی<sup>\*\*</sup>، دکتر علیرضا حیدر نیا<sup>\*\*\*</sup>، دکتر انوشیروان کاظم نژاد<sup>\*\*\*\*</sup>

\* 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 شب ادراری 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 شب ادراری ۹۴ نفر از دانش آموزان شب ادرار در دبستانهای شهر تهران انجام شد.

مواد و روشها: جمعیت هدف در این مطالعه تجربی، دانش آموزان دبستانی منطقه ۱۱ و ۱۲ شهر تهران بودند که در فاصله مهرماه ۱۳۷۷ تا اردیبهشت ماه ۱۳۷۸ مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتدا نمونه‌های موردنظر 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 موردنظر (HBM) (تهیه گردید و سپس نمونه‌ها براساس نمونه‌گیری تصادفی به ۳ گروه آموزشی، داروئی 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 ثانیویه (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٪ افراد اعلام نموده‌اند که پس از مداخلات انجام گرفته وضعیت ادرار آنان غیرارادی و ۴۷٪ 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 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 شب ادراری در پسران و اثرات مفید روش‌های درمانی در مهار شب ادراری را در دانش آموزان تهرانی نشان می‌دهد.

وازگان کلیدی: شب ادراری، روش‌های درمانی، رفتار درمانی، تغییر رفتار.

### مقدمه

بزرگسالان از آشکار شدن موضوع می‌ترسند و از ارتباط با مردم می‌پرهیزنند. 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 شب ادراری رنج می‌برند که از این تعداد کمتر از ۵٪ 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 نمونه‌گیری تصادفی و تعیین حجم نمونه، تعداد افراد در ۳ گروه مورد نظر تعیین گردید. نمونه‌ها از طریق پروندهای 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 (۲). 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 عنوان متغیر واپسی مورد مطالعه قرار گرفت. همچنین مشکلات خانوادگی، جدایی والدین، مرگ والدین، تولد فرزند جدید، تغییر محل سکونت، طلاق، زندانی بودن والدین، حاملگی مادر و اختطراب به عنوان متغیرهای مداخله گر مدنظر قرار گرفت.

در گرددآوری 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 درخصوص تهیه محتوای آموزشی براساس الگوی موردنظر (HBM=Health Belief Model) و از پرسشنامه Rutter-Bilin gez 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 موردنظر، در مجموع دفع ادراری غیررادی در ۴۹ نفر (۵۲٪) 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 بد و تولد تا پایان ۱۳-۱۴ 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 دلائل متعددی دارد و بمنظور ارزشیابی و مقایسه کفايت 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 استانداردی 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 (۳/۴۷) 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	۲	*۱۴ (۱۷)
آموزش ارائه شده	۱	۱۰	۶	(۲۰) ۱۷
دارو	۱۴	—	۱	(۱۸) ۱۵
تلفیقی از روشها	۱۱	۱۰	۱۶	(۴۵) ۳۷

\* 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 می‌باشد. 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 افشاء شب ادراری فرزند پسر خود اگراه کمتری دارند، در حالیکه در مورد فرزند دختر خود می‌کوشند 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 مریبان به مدد کار اجتماعی، مری، روانشناس، پزشک اطفال و یا روانپزشک ارجاع داده می‌شوند، در نتیجه عارضه آنها آشکار می‌گردد و چه بسا این عده همان کسانی باشند که شب ادراری آنها از سنین پایین تر شروع شده است. در مطالعه حاضر ۵۲٪ افراد پس از درمان هنوز وضعیت دفع ادرار خود را غیرارادی و ۴۷٪ آن را ارادی گزارش نموده‌اند. از آنجایی 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 متواتی در نظر گرفته شده بود، نتایج بدست آمده را نمی‌توان بطور یقین همسو با این معیارها دانست. از طرفی یافته‌ها نشان می‌دهد که ۶۷٪ افراد به مداخلات درمانی جواب مثبت داده‌اند، 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 مداخلات درمانی

وضعیت اخیر دفع ادرار	گروه درمانی			جمع
	دارو درمانی	آموزش	توأم	
غیرارادی	۲۲ (۲۴)	۱۵ (۳۱)	۲ (۴۵)	۴۹
ارادی	۱۲ (۲۷)	۱۸ (۴۰)	۱۵ (۳۳)	۴۵

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

پس از اعمال مداخلات موردنظر، ۶۳ دانش‌آموز (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 مداخلات درمانی

کنترل ادرار	گروه درمانی			جمع
	دارو درمانی	آموزش	توأم	
بنی	۲۲ (۲۵)	۲ (۳۲)	۲۱ (۲۲)	۶۳
خیر	۱۲ (۳۹)	۱۵ (۴۲)	۶ (۱۹)	۳۱

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

احساس پری 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 می‌شود 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 انجام مداخلات درمانی

آگاهی به خشکی بستر	گروه درمانی			جمع
	دارو درمانی	آموزش	توأم	
بنی	۲۸ (۳۰)	۲ (۴۱)	۲۰ (۲۹)	۶۹
خیر	۱۳ (۵۲)	۱۲ (۴۲)	۵ (۲۰)	۲۵

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

در مجموع ۸۳ بیمار (۸۸٪) مداخلات درمانی را در کنترل بیماری خود مؤثر دانسته‌اند 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 دانسته‌اند. (جدول ۴)

کودکان مورد نظر آنان در اثر تأثیر آموزش، خشکی بستر داشتند (۵). این مسئله 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 بدبناول 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 موردنظر حجم و افزایش ادرار می‌باشد. نتایج بررسی کنونی میین این است که ۶۵٪ و ۸۴٪ از این افراد به ترتیب در مورد حجم و افزایش ادرار تغییر 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 ایمی‌پرامین بر روی حجم ادرار شبانه بیماران متبلا 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 ایمی‌پرامین در صورتیکه افزایش ادرار شبانه وجود داشته باشد، دارای اثرات ضدبورتیک 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 پروزه احمد. شب ادراری کودکان. مجله پیوند ۱۳۷۰؛ صفحات ۱۴۰ تا ۱۴۲.
- ۲- Dgurhuus J, Norgaard J, et al. What is an acceptable treatment outcome? Scan J Urol Nephrol (Suppl) 1997;51 of 183.
- ۳- نیکخو محمد رضا، آزادیس یانس هاما یاک (مؤلفین). راهنمای تشخیص آماری اختلالهای روانی. چاپ دوم؛ ۱۳۷۵ صفحات ۱۷۰ تا ۲۱۳.
- ۴- Riley K. Evaluation and management of primary nocturnal enuresis. Acad Nurse Pract 1997; 624-9.
- ۵- 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 Geneeskd 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، ۱۳۷۹، صفحات ۲۹۱ و ۱۳۰ تا ۱۳۲.
- ۷- پارسا محمد (مؤلف). روانشناسی یادگیری. تهران، انتشارات بعثت، ۱۳۷۰، صفحات ۱۷۱ و ۴۲۱.
- ۸- 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.