

سبب شناسی اختلالات دفع در کودکان استثنایی

ثریا اسمعیلی^۱، الهام دولت آبادی^۲

^۱ دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور بناب.

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد شاهرود واحد علوم تحقیقات تهران، درمانگر مرکز اختلالات یادگیری مهرگان شهرستان ششتمد، مسئول فنی کلینیک سلامت روان خورشید.

نام نویسنده مسئول:

ثریا اسمعیلی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳

چکیده

اختلالات دفع^۱ شامل بی اختیاری ادرار و بی اختیاری مدفوع می شود. بی اختیاری ادرار عبارت است از دفع مکرر ادرار طی روز یا شب در لباس ها یا رختخواب بدون وجود آسیب در مجاری ادرار یا سیستم عصبی. مهم ترین ویژگی بی اختیاری مدفوع نیز دفع مکرر مدفوع در محل های نامناسب است. اختلالات دفع در کودکان ۴ سال و یا بزرگتر مشاهده شده که به صورت دفع کامل در لباس زیر و یا سایر مکان های نامتعارف مشاهده می شود. این پدیده بیشتر در کودکان پسر رخ داده که نسبت رخداد آن در کودکان پسر به دختر در حدود ۶ به ۱ می باشد. انواع مختلف اختلالات دفع بر مبنای ویژگی های پاتوفیزیولوژی، بالینی و درمانی از یکدیگر متمایز می شوند. علل متفاوتی برای اختلالات دفع مطرح شده که مهم ترین آنان علل جسمانی محیطی است. به منظور درمان اختلالات دفع، می توان از دارودرمانی و روش های رفتار درمانی مانند آموزش نظارت بر ادرار شبانه و کنترل آن بهره جست. در پژوهش حاضر ابتدا به سبب شناسی اختلال فوق پرداخته و سپس علائم ناشی از این اختلال و همچنین روش های درمانی مؤثر مورد بررسی قرار می گیرد.

واژگان کلیدی: اختلالات دفعی، بی اختیاری ادرار، بی اختیاری دفع، شب ادراری، عدم کنترل.

مقدمه

در اکثر کودکان سن شروع کنترل ادرار در شب حدود ۳ سالگی است. چنانچه پس از این سن، کودکی شب ادراری داشت، والدین باید چاره‌ای بیندیشند. بی‌اختیاری ادرار به معنی ادرار کردن غیر ارادی بدون هرگونه عضوی یکی از اختلالات شایع دوران کودکی است که می‌تواند برای کودک و خانواده او آزاردهنده باشد (تیدک، ۲۰۰۳؛ محسنی اژی و نجفی، ۱۳۹۵: ۲۹۰). عدم کنترل ادرار و مدفوع از مشکلات عمده‌ای است که با عقب ماندگی ذهنی و یا مشکلات یادگیری دیده می‌شود. حل این مشکل که منظره و نفس قضیه از نظر همه انسان‌ها مورد کراهت شدید است در جوامع اسلامی به علت اهمیت مساله اخذ طهارت و اجتناب از نجاسات که قدم اول و لازمه هر عبادت و فریضه‌ای است، اهمیتی مضاعف دارد (غفرانی، ۱۳۸۱: ۲۶). شب ادراری^۲ یا خیس کردن رختخواب به عنوان تداوم خود به خود و نامناسب ادرار در هنگام خواب پس از سنی که انتظار می‌رود تا کودک کنترل مثانه را به دست آورده باشد، تعریف شده است (گنجی، ۲۰۱۳: ۵۷۸).

در انگلستان ۳/۴ میلیون در کودکان بالای ۷ سال تخمین زده شده است و ۷/۵ میلیون کودک در آمریکا این اختلال را به نوعی تجربه کرده‌اند. البته به دلیل گوناگونی در روش‌های اندازه‌گیری، اغلب نتایج تحقیقات اپیدمیولوژیکی کشورهای مختلف قابل مقایسه نیستند. اغلب به میزان ۱ تا ۲ درصد شب ادراری تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند، اما هیچ ملاک پیش‌بینی برای تعیین اینکه کدام یک موفق به کنترل مثانه‌شان تا سن نوجوانی نمی‌شوند، وجود ندارد. شیوع در ۷ سالگی ۳/۸٪ در پسران و ۲/۹٪ در دختران با فراوانی بیشتر از یک بار در هفته مشاهده شده است و به ۱۱/۹٪ در پسران و ۷/۱٪ در دختران با فراوانی ۱ بار در ۳ ماه افزایش پیدا کرده است. شیوع همچنین تحت تأثیر عوامل فرهنگی - اجتماعی می‌باشد. نرخ شیوع بیشتر در کشورهای شرقی و مشرق دور در مقایسه با اروپا دیده می‌شود. مطالعات انجام شده عواملی مانند تفاوت در انتظارها، آداب توالیت کردن متفاوت و تغذیه از سینه مادر را در این امر مؤثر می‌دانند (محمودی قرایی، بیتا: ۱۱۷). مولدن^۳ (۲۰۰۲) شب ادراری را یک وضعیت پزشکی شایع می‌داند که تحت تأثیر وراثت قرار دارد و اظهار می‌دارد که این اختلال بر کودک و والدین او اثر می‌گذارد، می‌تواند باعث اضطراب، شرمساری و احساس حقارت در آنها گردد و اثرات مخربی بر روی اعتماد به نفس و خلق کودکان، بخصوص در کودکان و نوجوانان بالاتر از ۱۰ سال داشته باشد.

اختلالات دفعی به هرگونه مشکل در دفع ادرار و مدفوع اطلاق می‌گردد که شامل نگهداری و یا تأخیر در دفع ادرار و مدفوع می‌باشد (غفرانی، ۱۳۸۱: ۲۷). شیوع این اختلالات در مطالعات مختلف متفاوت بوده و به طور کلی ۲۱ درصد کودکان درجاتی از اختلالات دفعی را در دوران کودکی تجربه می‌کنند (محمدجعفری و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۶). هر اختلال دفعی می‌تواند نشانگر یک مشکل زمینه‌ای در سیستم‌های دفعی یا عصبی باشد. از طرفی مشکل در دفع ادرار و مدفوع همراهی مشخص و ثابت شده‌ای با اختلالات روان‌شناسی و تکاملی دارد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۶: ۱۹۸۶). آموزش توالیت رفتن نیز مانند خوردن، یکی از وظایف پدر و مادر در پرورش کودک در سال‌های اولیه زندگی وی است. شاید آموزش استفاده از توالیت از غذا خوردن سخت‌تر باشد. ترتیب معمول یادگیری آداب توالیت رفتن عبارت است از کنترل مدفوع در شب، کنترل مدفوع در روز و کنترل ادرار در شب (خدایاری فرد، ۱۳۸۵). به رغم تفاوت‌هایی که در آمادگی کودکان سنین مختلف وجود دارد، بیشتر خانواده‌های طبقه‌ی متوسط، این آموزش‌ها را بین ۱۲ تا ۱۸ ماهگی آغاز و بین ۱۹ تا ۳۰ ماهگی پایان می‌دهند (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰). مسائل دفعی کودکان یکی از مهم‌ترین مسائل دوران کودکی و از عمده‌ترین نگرانی‌های احتمالی خانواده‌ها به شمار می‌رود. اختلالات دفعی در کودکان انواع مختلف دارد:

- ۱- نگهداری مدفوع و خودداری از اجابت مزاج
- ۲- بی‌اختیاری دفع
- ۳- بی‌اختیاری ادرار

بی‌اختیاری ادرار عبارت است از دفع مکرر ادرار طی روز یا شب در لباس‌ها یا رختخواب، بدون اینکه آسیبی در مجاری ادرار وجود داشته یا علت عصب‌شناختی دیگری مطرح باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۳). دفع ادرار در اغلب موارد غیرارادی است، گاه ممکن است ارادی هم باشد. این تشخیص مستلزم آن است که دفع ادرار حداقل دوبار در هفته و به مدت سه

2 . enuresis

3 . Moulden

ماه رخ دهد و موجب اختلال در کارکردهای اجتماعی یا تحصیلی فرد شود. حداقل سن تقویمی کودک بهنجار باید ۵ سال باشد. بی‌اختیاری ادرار نباید از عوارض مستقیم مصرف دارو ناشی شود (محسنی اژی و نجفی، ۱۳۹۵: ۲۹۰). انواع فرعی بی‌اختیاری ادرار شامل نوع فقط شبانه، نوع فقط روزانه و نوع شبانه و روزانه به صورت توأم است. نوع فقط شبانه، شایع‌ترین نوع بی‌اختیاری ادرار است (گنجی، ۲۰۱۳: ۵۷۸). زمان وقوع این روایید اغلب در طی ۱/۳ نخست شب است. گاهی هم طی مرحله‌ای که خواب با حرکت سریع چشم رخ می‌دهد و کودک ممکن است رؤیایی در زمینه‌ی عمل ادرار کردن تعریف کند، اتفاق می‌افتد. در نوع فقط روزانه، بی‌اختیاری ادرار در طی ساعات روز مشاهده می‌شود. بی‌اختیاری ادرار روزانه در دختران شایع‌تر از پسران است و پس از ۹ سالگی نیز بسیار نادر است (محمودی قزایی، بیتا: ۱۱۸). این روایید اغلب در اوایل بعدازظهر بویژه در مدرسه رخ می‌دهد. گاهی بی‌اختیاری ادرار روزانه بر اثر امتناع از رفتن به دستشویی به دلیل اضطراب اجتماعی یا اشتغال به بازی و فعالیت‌های مدرسه‌ای است. در نوع شبانه و روزانه به طور توأم، ترکیبی از دو حالت مذکور مشاهده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۴-۳۹۵).

در مورد بی‌اختیاری ادرار، علل گوناگونی مطرح شده است. برخی بیماری‌های جسمانی مانند دیابت، برخی یادگیری و بعضی اختلالات هیجانی را در بروز بی‌اختیاری ادرار مؤثر دانسته‌اند. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند، مشکلات هیجانی علت بروز بی‌اختیاری ادرار نیست، بلکه مشاهدات هیجانی نتیجه بی‌اختیاری ادرار است (آزاد، ۱۳۸۶). همزمان با افزایش سن، کودکان با بی‌اختیاری ادرار با احتمال بیشتری با هم‌تایان و خانواده مشکل پیدا می‌کنند بررسی سوابق خانوادگی افراد مبتلا به بی‌اختیاری ادرار نشان می‌دهد که این اختلال در بین افراد خانواده بیشتر است. وجود این اختلال در دوقلوهای همسان بیش از خواهران و برادران معمولی مشاهده شده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۰). شواهد پژوهشی مبین وجود اختلالات ارگانیک در برخی از کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار است. افزون بر این، نگرش خانواده و روش‌های آموزش آنان در ایجاد و نگهداری بی‌اختیاری ادرار نقش دارند. از دیدگاه رفتارگرایی، بی‌اختیاری ادرار بر اثر عدم یادگیری کنترل ادرار ایجاد می‌شود. از این دیدگاه وجود نقص در آموزش توال رفتن و سایر عوامل محیطی نظیر محیط‌های پراسترس در ایجاد بی‌اختیاری ادرار نقش دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۴).

مهمترین ویژگی بی‌اختیاری مدفوع، دفع مکرر مدفوع در محل‌های نامناسب (مانند درون لباس، اتاق و غیره) است (محمودی قزایی، بیتا: ۱۱۹). این کار اغلب به صورت غیرارادی رخ می‌دهد، ولی گاه چه بسا عمدی باشد. این عمل حداقل باید به مدت سه ماه و حداقل ماهی یک بار مشاهده شود (تیدک، ۲۰۰۳). برای تشخیص این مسئله در مورد کودکان، سن تقویمی کودکان بهنجار باید حداقل چهار سال باشد. ناتوانی در کنترل دفع نباید از عوارض فیزیولوژیکی داروها یا مواد و یا بیماری جسمانی ناشی شود. در مواردی که عمل دفع غیرارادی است، اغلب یبوست وجود دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۶؛ کیانی‌فر و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۲۶). یبوست ممکن است ناشی از مسائل روان‌شناختی مانند اضطراب از دفع در مکانی خاص باشد. بی‌اختیاری مدفوع چه بسا با یبوست یا بدون آن همراه است. کودکان با بی‌اختیاری مدفوع اغلب گوشه‌گیر و خجالتی‌اند و تمایل چندانی به شرکت در موقعیت‌های اجتماعی ندارند. این کودکان به دلیل عدم پذیرش از سوی مربیان و همسالان از عزت نفس پایینی برخوردارند (کوکس و همکاران، ۲۰۰۲: ۵۸۶؛ و بننگا و همکاران، ۲۰۰۴: ۸). در مواردی که دفع به صورت عمدی رخ می‌دهد، ویژگی‌های اختلال سلوک نیز در آنان مشاهده می‌شود. بسیاری از این کودکان بی‌اختیاری ادرار نیز دارند. حدود یک درصد کودکان ۵ ساله اختلال مدفوع دارند و این اختلال در پسران شایع‌تر از دختران است (جیلی، ۱۳۷۳: ۲۵). شایان ذکر است که تا قبل از ۴ سالگی نمی‌توان تشخیص اختلال مدفوع را مطرح کرد، زیرا ممکن است بی‌اختیاری در دفع از عوامل زمینه‌سازی مانند آموزش ناکافی و ناهماهنگی آداب توال رفتن و استرس‌های روانی- اجتماعی ناشی شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۶).

اختلالات دفع در کودکانی رخ می‌دهند که برای رفتن به دستشویی مشکل دارند. (هم برای دفع مدفوع و هم برای ادرار) که این رفتار بصورت مکرر برای مدت طولانی‌تر از سه ماه به خصوص در کودکان کمتر از ۵ سال اتفاق می‌فتد، مشکل زمینه‌ای وجود دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۵).

اختلال در دفع مدفوع می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد؛ یبوست، اهمال در آموزش توال رفتن، واکنش جویی‌های کودک (می‌تواند عوامل سبب‌ساز این اختلال باشد)، مشکلات عضوی گوناگون. از دلایل دیگر آن: عدم نوشیدن آب کافی، استرس‌ها و

هیجان‌ها، ترس، آزار جنسی، رشد نکردن دستگاه عصبی، وراثت، بیماری صرع، اضطراب، درد ایجاد شده توسط زخم داخل یا نزدیک مقعد این کودکان اغلب شکم‌های باد کرده دارند و ممکن است از دردهای شکمی نیز رنج ببرند، اکثر این کودکان دچار یبوست هستند و یا گاهی بدون هیچ دلیل عضوی از رفتن به توالت و دفع مدفوع امتناع می‌ورزند (انجمن بی‌اختیاری ایران: کنترل دفع، ۱۳۸۸). کودک دچار بی‌اختیاری موضوع غالباً احساس شرم می‌کند و ممکن است خواهان اجتناب از موقعیت‌هایی باشد که ممکن است به خجالت زندگی او انجامد (لوتمن و آلو، ۲۰۰۷). میزان تخریب حاصله تابع تأثیر آن بر عزت نفس کودک، میزان طرد اجتماعی از سوی همسالان و خشم و تنبیه و طرد از سوی مراقبان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۵).

ملاک‌های تشخیصی اختلالات دفع در DSM-5

ملاک‌های تشخیصی بی‌اختیاری ادرار

(الف) تخلیه مکرر ادرار در بستر یا لباس، خواه غیرارادی یا ارادی.
(ب) این رفتار از نظر بالینی برجسته است و نمود آن یا با فراوانی دستکم دوبار در هفته به مدت ۳ ماه متوالی یا وجود ناراحتی چشمگیر یا نقص در کارکرد اجتماعی، تحصیلی (شغلی) یا دیگر حوزه‌های کارکردی مهم مشخص می‌شود (میلانی‌فر، ۱۳۷۰).

(ج) سن تقویمی دستکم ۵ سال (یا معادل سطح رشدی آن) است.
(د) این رفتار مربوط به تأثیرات فیزیولوژیک یک ماده (مانند یک داروی مسهل، یک داروی ضدروان‌پریشی) یا یک بیماری طبی دیگر (مانند دیابت، اسپاینابیفیدا، یک اختلال تشنجی) نیست. مشخص کنید اگر: فقط شبانه: تخلیه ادرار فقط در طول خواب شبانه. فقط روزانه: تخلیه ادرار در طول ساعات‌های بیداری. شبانه و روزانه: ترکیبی از دو نوع بالا (جلیلی، ۱۳۷۳: ۲۶-۲۵).

ملاک‌های تشخیصی بی‌اختیاری مدفوع

(الف) دفع مکرر مدفوع در مکان‌های نامناسب (مانند لباس، کف زمین) خواه ارادی یا غیرارادی.
(ب) این رویداد دستکم یکبار در هفته در هر ماه و به مدت دستکم سه ماه روی دهد (خدایاری فرد، ۱۳۸۵).
(ج) سن تقویمی دستکم ۴ سال (یا معادل سطح رشدی آن است)
(د) این رفتار به تأثیرات فیزیولوژیک یک ماده (مانند ملین‌ها) یا یک بیماری طبی دیگر به استثنای یک مکانیسم مرتبط با یبوست قابل اسناد نباشد.
مشخص کنید اگر: همراه با یبوست و بی‌اختیاری سرریزی: بر اساس آزمایش جسمانی یا شرح حال شواهدی از یبوست وجود دارد. بدون یبوست و بی‌اختیاری سرریزی: بر اساس آزمایش جسمانی یا شرح حال شواهدی از یبوست وجود ندارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۵).

بحث

کودک دچار بی‌اختیاری مدفوع غالباً احساس شرم می‌کند و ممکن است خواهان اجتناب از موقعیت‌هایی باشد که ممکن است به خجالت‌زدگی او انجامد (کیانی‌فر و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۲۶). میزان تخریب حاصله تابع تأثیر آن بر عزت نفس کودک، میزان طرد اجتماعی از سوی همسالان و خشم و تنبیه و طرد از سوی مراقبان است. هنگامی که بی‌اختیاری بطور آشکار عمدی باشد، ویژگی‌های اختلال نافرمانی مقابله جویانه یا اختلال سلوک هم ممکن است وجود داشته باشند. عفونت‌های مجرای ادرار می‌تواند با بی‌اختیاری مدفوع همپوشی داشته باشد و در دختران شایع‌تر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۹۶).

سبب‌شناسی

اختلالات دفع از علل متفاوتی ناشی می‌شود. در مورد علت بی‌اختیاری مدفوع، سه نظریه عمده وجود دارد: نظریه‌های پزشکی، روان‌پویشی و رفتاری (محمودی قرایی، بیتا: ۱۱۷). از دیدگاه پزشکی، بی‌اختیاری مدفوع، نتیجه‌ی نارسای رشدی در کارکرد مکانیسم‌های فیزیولوژیکی کنترل روده است. نظریه‌های روان‌پویشی، بی‌اختیاری مدفوع را نشانه تعارض‌های عمیق‌تر

می‌دانند. اغلب توجیه‌هایی که در چارچوب رون‌پویشی مطرح شده‌اند، براساس توصیف فروید از شخصیت مقعدی پایه‌گذاری شده‌اند که بیانگر مجموعه متفاوتی مانند لجاجت، خساست و یا انضباطی است. نظریه رفتارگرایی، بر نادرست بودن روند آموزش توالت رفتن تأکید می‌ورزد. بی‌اختیاری مدفوع تا حد زیادی با عدم موفقیت در به کارگیری دائمی روش‌های صحیح آموزش استفاده از توالت پیوند دارد (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰).

در بروز این اختلال نظریات مختلفی وجود دارد که ما به دو نظریه بزرگ که در این زمینه وجود دارد می‌پردازیم که: اولین آن فرضیه از دیدگاه روان‌کاوی است که فروید بنیان‌گذار آن است. از نظر روانکاوان، کودک خردسال می‌تواند از این راه پدر و مادرش را راضی نماید و توجه آنها را جلب نماید. همچنین گاهی با حفظ مدفوع می‌خواهد لذت جسمانی ببرد و یا کودک از طریق دفع موضوع احساس ترس از دست دادن چیری را دارد که در نهایت این‌گونه کودکان در بزرگسالی خویی صرفه‌جو و لجوج و منظم پیدا می‌کنند و فرضیه دوم که رویکرد رفتاری می‌باشد، افراد این گروه معتقد هستند که کودک آموزش استفاده از توالت را نیاموخته و یا غلط آموخته و یا این امر را وسیله‌ای برای برانگیختن واکنش حتی منفی والدین می‌داند و همچنین ممکن است نتیجه رفتارهای اجتنابی مانند ترس از توالت رفتن مانند درد هنگام یبوست و غیره باشد (خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

علائم بی‌اختیاری دفع

- ۱- از دست دادن اشتهای
- ۲- درد شکم
- ۳- مدفوع شل
- ۴- خاراندن یا مالیدن ناحیه مقعد به خاطر ناراحتی از مدفوع
- ۵- کاهش علاقه فعالیت فیزیکی

عوامل تشدید کننده بیماری

- بروز اخیر یک بیماری که موجب زیاد شدن توجه به کودک شود
- سوء رفتار
- استرس
- به هنگام بروز بیماری در کودک، توجه خیلی بیش از اندازه به وی نداشته باشید.
- از تأکید بیش از اندازه در مورد عادت رفتن به توالت خودداری کنید.
- به این مسأله رویکردی تدریجی و انتظاراتی واقع بینانه داشته باشید.
- در صورت وقوع تصادفی بی‌اختیاری اجابت مزاج مایه خجالت کودک خود نشوید و وی را سرزنش نکنید.
- به موقعیت‌هایی که برای کودک استرس‌زا هستند حساسیت نشان دهید و با وی در مورد احساساتش صحبت کنید.
- کودک خود را در برابر رفتار جسمی و جنسی محافظت کنید.
- به تغذیه مناسب کودک خود توجه نشان دهید.

درمان

اگر چه علت درمان اختلال‌های دفع غیرارادی هنوز روشن نیست، اما روش‌های مؤثری برای نظارت بر مثانه و کنترل آن وجود دارد. بیشتر برنامه‌ها، روش‌های مرحله‌ای رفتاری را مؤثر شناخته‌اند. بیشترین استراتژی‌هایی که توسط والدین به کار گرفته می‌شود عبارتند از: بیدار کردن بچه‌ها یا بلند کردن و به توالت بردن کودکان بدون بیدار کردن آنها و بازداری از ریزش ادرار. مطالعات کمی مؤثر بودن این روش‌ها را نشان داده‌اند. مفیدترین نوع درمان استفاده از تشک زنگ‌دار و روش‌های رفتاری (جدول رفتاری و سیستم تشویق) است. در این موارد باید به خانواده‌ها آموزش داد که کودک تعمداً این رفتار را انجام نمی‌دهد. همچنین

آموزش خانواده‌ها در مورد اجتناب از روش‌های تنبیهی و اجتناب از سرزنش یا توهین به کودک کمک کننده است. در مواردی که شدت مشکل زیاد بوده و به درمان‌های رفتاری جواب ندهد استفاده از درمان‌های دارویی با نظر روانپزشکان می‌تواند مؤثر باشد. استفاده از داروهایی چون ایمی پرامین (که معمولاً برای درمان افسردگی در بزرگسالان به کار می‌رود)، توانسته است ۸۵ درصد مبتلایان را بهبود بخشد (شافر، ۱۹۷۷). با این حال، جلوگیری کامل فقط در ۳۰ درصد مبتلایان موفق بوده است، و متأسفانه حدود ۹۵ درصد این کودکان پس از قطع دارو، دوباره به حالت اول بازگشته‌اند (دولیز^۴، ۱۹۸۳). براساس بررسی فراتحلیلی چند مطالعه، درمان معمول روانشناختی، بالاترین و بهترین درمان برای این اختلال شناخته شده است (هاوتز، برمن و أبرامسون^۵، ۱۹۹۴). درمان‌های رفتاری شب ادراری به سه دسته تقسیم می‌شوند: روش اعلام ادرار، آموزش کنترل و نگهداری ادرار، تغییر محرک یا پیامدهای عمل. شاید درمانی که از همه بیشتر مورد استفاده واقع شده، به کار بردن دستگاه خبردهنده برای نیاز به دفع ادرار باشد که گاهی «زنگ و رختخواب» نامیده می‌شود. این دستگاه میان کودک و تشک او در ساعات خواب نصب می‌شود. وقتی چند قطره از ادرار وارد دستگاه می‌شود، زنگ به صدا در می‌آید و کودک را بیدار می‌کند، کودک بر می‌خیزد و به توالت می‌رود و دوباره می‌تواند برگردد و بخوابد. دولیز (۱۹۷۷) نتایج به کارگیری این دستگاه را طی ۱۵ سال آزمایش کرد و نتیجه گرفت ۷۵ درصد از جمعیت ۶۰۰ نفری کودکان با استفاده از این دستگاه خبردهنده بهبود یافتند. طول درمان با دستگاه خبردهنده ادرار، پنج تا ۱۲ هفته است. اما بازگشت به حالت نخستین، مسئله‌ای است که هنوز حل نشده باقی مانده است. ۴۱ درصد کودکان درمان شده قادر نبودند حالت خشکی را پس از قطع درمان حفظ کنند.

آموزش برای خشک نگه داشتن تشک و رختخواب، روش‌های دیگری نیز دارد. این آموزش شامل دادن فرصت‌هایی برای تمرین مثبت، بیدار کردن کودک هنگام شب، تمرین دادن برای کنترل و نگهداری ادرار، و آموزش برای تمیز نگه داشتن کامل خود است (آزین، شید و فاکس^۶، ۱۹۷۴). در این روش، از اصول شرطی‌سازی کلاسیک استفاده می‌شود. تنش مثانه‌ی پر (محرک شرطی شده) با زنگ خطر (محرک شرطی نشده) همراه می‌شود تا کودک را بیدار کند (پاسخ شرطی شده) و ادرار متوقف می‌شود. سرانجام کودک در پاسخ به مثانه پر قبل از خیس کردن جا و خاموش کردن زنگ بیدار می‌شود. کودک برای پرهیز از صدای زنگ می‌آموزد که جلوی ادرار خود را بگیرد.

روش رفتاری آموزش کنترل ادرار بر این پایه استوار است که ظرفیت مثانه کودک مبتلا به بی‌اختیاری ادرار کوچک‌تر از کودکان دیگر است. به همین دلیل، از کودک درخواست می‌شود که در خلال روز فاصله‌های تخلیه ادرار را طولانی کند، موفقیت کودک در انجام این کار به صورتی مثبت تقویت می‌شود (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰).

در درمان‌های طبی، بر استفاده از داروهای ملین، تنقیه و عمل‌های جراحی تأکید شده است. افزون بر این، درمان‌های رفتاری مبتنی بر تقویت نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند. اغلب روش‌های درمانی از ترکیبی از درمان‌های پزشکی و مدیریت رفتار استفاده می‌کنند (هوتس، ملون و ویلان^۷، ۱۹۸۸). پس از اینکه والدین و کودکان به خوبی آموزش دیدند، اولین مرحله استفاده از تنقیه برای تخلیه روده‌هاست. در مرحله بعد، والدین باید برنامه زمانی توالت رفتن فرزند خود را مشخص کنند و براساس آن فرد را به توالت هدایت کنند. چنانچه کودک در دفع مدفوع مشکل داشت، می‌توان از شیاف داروهای ملین استفاده کرد، به طوری که در زمان تعیین شده مدفوع دفع شود. تغذیه مناسب دفع مدفوع را تسهیل می‌کند. هنگامی که برنامه دفع مدفوع منظم شد، والدین باید با دادن پاداش به کودک رفتار کودک (نظم در دفع مدفوع) را تقویت و بتدریج ملین‌ها و شیاف‌ها را حذف کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، این روش بسیار مؤثر واقع می‌شود (اوندرسما و واکر^۸، ۱۹۹۸).

نتیجه‌گیری

4. Doleys

5. Houts, Berman & Abramson

6. Azin, Sheed & Foxx

7. Houts, Mellon & Whelan

8. Ondersma & Walker

به طور کل در درمان این اختلال، مطالعات پژوهش‌های مختلف بیانگر آن هستند که درمان‌های رفتاری وسیله مطمئنی برای درمان این اختلال به شمار می‌آیند. در کودکانی که دچار یبوست هستند باید با روش‌های مختلف سعی در از بین بردن یبوست کرده می‌توان برای از بین بردن یبوست حبوبات، غلات و انواع سوپ و سبزیجات و میوه‌های تازه را در برنامه غذایی کودک افزایش داد تا یک اجابت مزاج خوب به وجود آید. تجارب مکرر بدون ناراحتی از دفع می‌تواند به کودکی که تجارب دردناکی را در گذشته تجربه کرده، کمک کند و حال کودکی که به علل اختلال عاطفی و بدون هیچ علت عضوی حالت قبض مدفوع دارد، در درمان این کودک ابتدا می‌بایست شرح حال دقیقی از وضعیت آنها به دست آورد تا بتوان علت حبس مدفوع را مشخص کرد و در صورت وجود تنش‌های خانوادگی و تعامل منفی والدین و کودک و یا وجود استرس و ترس، آنها را از بین برد. پژوهش‌هایی که عموماً از بررسی مربوط به آموزش کنترل مدفوع تشکیل می‌شود قویاً مبین آن است که آموزش توأم با سخت‌گیری و تنبیه منجر به ایجاد خصومت در کودکان می‌شود که در این مرحله باید علل لجاجت و خصومت کودک با والدین مشخص شود تا بتوان آنها را از بین برد.

همچنین عده‌ای از کودکان وجود دارند که مدفوع را جزئی از وجود خود می‌دانند که در این صورت باید والدین برای کودک بدنش را به شکل خیلی ابتدایی تشریح کنند و در مورد چگونگی به وجود آمدن و خروج مدفوع را برایش توضیح دهند تا کودک بداند که مدفوع جزئی از بدن او نیست و نیاز به خروج دارد و یا کودکانی هستند که از محیط توالت می‌ترسند و به این علت از رفتن به آنجا امتناع می‌ورزند که باید در این صورت ترس کودک را شناخت، با او به توالت رفت، محل قرار گرفتن ادرار و مدفوع را به او نشان داد و اگر از صدای سیفون می‌ترسد باید به همراه او سیفون را کشید و برایش توضیح داد که چه عملی را انجام می‌دهد و بی‌خطر می‌باشد. کودک را برای صحبت کردن در مورد ترس‌هایش تشویق کنید. کودک را به طور آزمایشی روی توالت بنشانید تا متوجه شود که به درون آن نمی‌افتد. یک اسباب بازی مخصوص که کودک دوست دارد را در توالت بگذارید که کودک تشویق شود و محیط مطبوعی برایش به وجود آید.

یکی دیگر از عواملی که باعث می‌شود کودک از رفتن به توالت خودداری کند ممکن است به این علت باشد که برخی از والدین از مکان توالت برای تنبیه کودک استفاده می‌کنند که اینکار موجب نا امن شدن محل توالت برای کودک شده و او در آنجا احساس ترس می‌کند، در نهایت والدین باید سعی کنند به دقت، کودک خود را بشناسند تا از این طریق بتوانند او را درک کنند و مسائل او را حل نمایند.

نکات مهم در آموزش توالت رفتن به کودکان

۱. آموزش توالت رفتن از دو تا دو و نیم سالگی شروع می‌شود، سعی نکنید این کار را زودتر انجام دهید. همچنین کودکان اول ادرار کردن را آموزش می‌بینند و ممکن است مدتی طولانی مجبور باشید برای مدفوع او را پوشک کنید. در این مدت باید نحوه پی پی کردن، مکان آن و... توسط خود کودک انتخاب شود و هیچ‌گونه اجبار یا توجهی نباید توسط والدین صورت بگیرد.
۲. آموزش توالت رفتن باید بدون خجالت و تنفر از ادرار و مدفوع همراه باشد. به یاد داشته باشید آموزش توالت بی‌شک شامل بهداشت آن هم می‌شود.
۳. معمولاً آموزش توالت رفتن حدود دو تا سه هفته به طول می‌انجامد.
۴. پشتکار و استمرار داشته باشید و اگر نتیجه رضایت بخش نبود ناامید نشوید، آموزش را به همان شکل ادامه دهید ولی اگر کودک مقاومت کرد باید این آموزش را به زمان دیگری موکول کنید.
۵. به نشانه‌ها و علائم نیاز کودک به دستشویی دقت کنید و در طول روز در مورد ادرار می‌توانید از او بپرسید: جیش نداری؟ ولی در مورد مدفوع به هیچ وجه چنین سئوالی از او نکنید.
۶. کودک اول به احساس بعد از دفع، سپس به احساس حین دفع و در آخر به احساس قبل از دفع دست پیدا خواهد کرد. این علائم می‌توانند به شما بگویند آیا کودک آمادگی آموزش دیدن دارد یا خیر.
۷. بهتر است از لگن مخصوص کودک استفاده کنید. اول می‌توانید آن را خارج از توالت و بعد از مدتی داخل توالت ببرید.
۸. گاهی موارد که با شکست روبرو می‌شوید نیاز است آموزش توالت رفتن را به تعویق بیندازید.

۹. اگر کودک متوجه شود که این مسئله برای شما مهم است از آن به عنوان ابزاری برای کنترل شما استفاده خواهد کرد.
۱۰. ماندن در این مرحله می‌تواند آسیب‌های شدیدی به کودک بزند بهتر است برای جلوگیری از آسیب دیدن کودک که می‌تواند در شکل‌گیری شخصیت او تاثیر بسزایی داشته باشد توسط یک متخصص آموزش ببینید.

منابع و مراجع

- [۱] انجمن روانشناسی پزشکی آمریکا (۱۳۹۳) راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو، ویرایش پنجم، تهران، انتشارات ارجمند.
- [۲] آزاد، حسین (۱۳۸۶) روان‌شناسی مرضی کودک (آسیب‌شناسی روانی کودک) به ضمیمه طبقه‌بندی بیماری‌های روانی بر اساس DSM - III - R و DSM - III - R، چاپ ششم، پازنگ، تهران.
- [۳] جلیلی، بهروز (۱۳۷۳) بررسی بی‌اختیاری ادرار در کودکان مراجعه‌کننده به مرکز روان‌پزشکی شهید اسماعیلی تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۲ و ۳، صص ۲۶-۲۱.
- [۴] خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۵) روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان، تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ اول.
- [۵] دیوید ال کی، مورین ای. مونتگمری، استفن و. مونسن (۱۳۸۶) بهداشت روانی و روانپزشکی کودک و نوجوان. ترجمه: دکتر محمد رضا اسکندری، صغری کرمی. انتشارات ارجمند، نوبت اول.
- [۶] راهنمای کشوری درمان بی‌اختیاری ادرار در زنان بالغ (۱۳۸۸) کنگره بین‌المللی اورولوژی ایران، انجمن علمی بی‌اختیاری ایران (کنترل دفع)، اردیبهشت ۸۸.
- [۷] غفرانی، محمد (۱۳۸۱) رفتار درمانی در کودکان مبتلا به اختلالات اسفنکتر دفع، بیماری‌های کودکان ایران، سال دوازدهم، شماره ۳، صص ۲۸-۲۶.
- [۸] فریک پائول جی (۱۳۸۲) اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی شدید. ترجمه: دکتر جواد علاق‌بند راد، دکتر عاطفه سلطانی فر. انتشارات سنا، نوبت اول.
- [۹] کیانی‌فر، حمیدرضا؛ کیانی، محمدعلی؛ حسینی، سیدحمید؛ جعفری، سیدعلی؛ آهنچیان، حمید و علی خاکشور (۱۳۹۵) مقایسه کیفیت زندگی و علایم روانشناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان سالم و مبتلا به یبوست، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۸، شماره ۱، صص ۱۳۴-۱۲۵.
- [۱۰] کاپلان، هارولد و سادوک بنیامن (۱۳۸۰) خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری، ترجمه: حسن رفیعی، فرزین رضائی. نشر ارجمند، نوبت اول.
- [۱۱] محسنی اژی، فاطمه و نجفی، مصطفی (۱۳۹۵) تأثیر بازی آموزشی-تفریحی (شب‌نم) بر شب‌ادراری کودکان مبتلا به اختلال شب‌ادراری، مجله تحقیقات علوم رفتاری، سال ۱۴، پیاپی ۳، صص ۲۹۵-۲۹۰.
- [۱۲] محمدجعفری، حمید؛ کرمی، حسن؛ رحیمی‌کیا، سمانه و بصیری، مجتبی (۱۳۸۷) بررسی شیوع اختلالات دفعی در کودکان دبستانی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۱۸، شماره ۶۴، صص ۵۱-۴۴.
- [۱۳] محمودی قرائی، جواد (بی‌تا) آموزش روانشناختی در اختلالات روان‌پزشکی کودک و نوجوان، تهران، اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- [۱۴] میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۰) روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، چاپ سوم، تهران، نشر قومس.
- [15] Benninga MA, Voskuil WP, Akkerhuis GW, Taminiau JA, Büller HA, Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders, Arch Dis Child 2004; 89(1):13-6.
- [16] Bongers M. E. J. van Wijk M.P. Reitsma J.B. Longterm prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. Pediatrics, 2010;126:156.2.
- [17] Cox DJ, Morris JB Jr, Borowitz SM, Sutphen JL, Psychological differences between children with and without chronic encopresis, J Pediatr Psychol 2002; 27(7):585-91.
- [18] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM

- [19] Ferry G. D. Treatment of chronic functional constipation and fecal incontinence in infants and children. *Pediatr Rev*, 2011;32:26. 7.
- [20] Ganji M. Compiler. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran, Iran: Savalan Publications; 2013. p. 578. [In Persian].
- [21] <https://ravanrahnama.ir/encopresis/> (بی‌اختیاری مدفوع بر اساس راهنمای آماری تشخیص اختلالات روانی)
- [22] Joinson C, Heron J, Von Gontard A. Psychological problems in children with daytime wetting. *Pediatrics* 2006; 118(5): 1985-1993.
- [23] Lottmann, H.B. Alova, I. (2007). Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children and adolescents. *INT J Clinpractsuppl*, 155, 8 -16.
- [24] Moulden A. Management of bedwetting. *Aust Fam Physician* 2002; 31(2): 161-3.
- [25] Nurko S. Scott S.M. Coexistence of constipation and incontinence in children and adults. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 2011; 25: 29.
- [26] Rockney R. Encopresis. In: *Developmental Behavioral Pediatrics*, 3rd ed, Levine, MD, Carey, WB, Crocker, AC (Eds), WB Saunders, Philadelphia 1999. p. 413. 9.
- [27] Schonwald A, Rappaport L. Consultation with the specialist: encopresis: assessment and management. *Pediatr Rev*, 2004; 25:278. 8.
- [28] Thiedke, C. (2003). Nocturnal enuresis. *American Family Physician*, 67, 1499 – 1506, 1509 –1510.