

مقایسه مشکلات رفتاری و تعاملات والد-فرزند بین کودکان واجد

تشخیص بی‌اختیاری ادرار اولیه و ثانویه

Comparison of Parent-Child Interactions and the Behavioral Problems Between Primary and Secondary Enuresis

Narges Moosaarab

M.A Student of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Sayed Abbas Haghayegh *

Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

نرگس موسی عرب

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد

اسلامی، نجف آباد، ایران

سید عباس حقایق (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Abstract

The results of pervious researches in comparison psychological problems among primary and secondary enuresis has been controversial. The aim of the present study was to compare the parent-child interactions and the behavioral problems between these two subtypes of enuresis. The present research design was of comparative type and its statistical population consisted of 5-13 years old children with primary and secondary enuresis diagnosis in Isfahan province who was referred to the medical centers of this province in the first half of 1395. Sixty children aged 5-13 from the hospitals and clinics of Isfahan having primary and the secondary enuresis (30 children with primary and 29 with secondary) were chosen by accessible sampling as the sample. Then, CBCL(1991) questionnaire and parent-child interactions dimensions (1961) were completed by the parents of these two groups. SPSS software, Independent t tests and U Mann-Whitney were used to analyze the data of the study. There was not observed significant difference between two groups, but, aggressive and externalizing behaviors and the acceptance and rejection dimensions of parent-child interactions were near to significant level and were higher in primary enuresis. The interaction acceptance level was lower in primary enuresis. The Cohen effect sizes these variables were higher other than variables. The results indicated more behavioral problems and poor parent-child interactions of primary group in comparison of secondary.

Key words: Behavioral problems; Parent-child interactions; Primary enuresis; Secondary enuresis.

چکیده

علی‌رغم فرضیه قدیمی مبنی بر شیوع بیشتر اختلالات روانشناختی در اختلال بی‌اختیاری ادرار اولیه در مقایسه با بی‌اختیاری ادرار ثانویه، نتایج پژوهش‌ها همسان نبوده است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه تعاملات والد-فرزند و مشکلات رفتاری بین این دو خرده تیپ اختلال بی‌اختیاری ادرار بوده است. طرح تحقیق حاضر از نوع مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری آن را کودکان ۱۳-۵ ساله واجد تشخیص بی‌اختیاری ادراری اولیه و ثانویه استان اصفهان تشکیل می‌دادند که در نیمسال اول سال ۱۳۹۵ به مراکز درمانی این استان مراجعه کرده بودند. ۶۰ نفر از کودکان رده سنی ۵ تا ۱۳ سال از کلینیک‌های کودک و نوجوان بیمارستان‌های خورشید و امام حسین شهر اصفهان که واجد تشخیص بی‌اختیاری ادراری اولیه (۳۰ نفر) و ثانویه (۲۹ نفر) بودند، به صورت در دسترس-انتخاب شدند و از مادران آنها خواسته شد به پرسشنامه‌های مشکلات رفتاری کودک (CBCL) و ابعاد تعاملات والد-فرزند (MCRES)، پاسخ دهند. داده‌های جمع‌آوری شده با نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری t مستقل و یو-من-ویتنی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. اگر چه بین متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد، ولی مشکلات رفتاری پرخاشگری و رفتارهای برون‌ساز و دو بعد تعامل سطح پذیرش و طرد نزدیک به تایید بوده است. نتایج نشان دهنده این بود که سطح پرخاشگری و رفتارهای برون‌ساز در گروه بی‌اختیاری ادرار اولیه بیشتر بوده است. در سطح تعاملات والد-فرزند، سطح پذیرش از سوی مادر در گروه بی‌اختیاری ادرار اولیه پایین‌تر و سطح طردشدگی از سوی مادر بیشتر از بی‌اختیاری ادرار ثانویه بوده است. اندازه شاخص اثر کوهن این متغیرها و رفتار قانون شکنانه بیشتر از سایر متغیرها به دست آمد. نتایج نشان‌دهنده مشکلات رفتاری بیشتر و تعاملات والد-فرزند ضعیف‌تر گروه بی‌اختیاری ادرار اولیه در مقایسه با ثانویه است.

واژگان کلیدی: مشکلات رفتاری، تعاملات والد-فرزند، بی‌اختیاری ادرار اولیه، بی-اختیاری ادرار ثانویه.

مقدمه

بی اختیاری ادرار^۱ به رها کردن ادرار بدون اراده که حداقل یک بار در هفته در کودکان ۴-۵ ساله ای که به کنترل مثانه رسیده اند، تعریف شده است (اوتو باسی، یوزه و الاریب^۲، ۲۰۱۱). بی اختیاری ادرار یک مشکل شایع در کودکان است و شیوع آن در پسران سه برابر بیشتر از دختران گزارش شده است (سریسی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) و این اختلال در اغلب اوقات برخی استرس های روانی و عاطفی را برای فرد دچار بی اختیاری ادرار و خانواده او به همراه دارد. خصوصاً در سنین ۶ یا ۷ سالگی به بعد، که مشکلات اجتماعی ناشی شب ادراری افزایش پیدا می کند (هلمر^۴، ۲۰۰۶).

یکی از تقسیم بندی های پذیرفته شده در مورد این اختلال، تقسیم آن به دو نوع بی اختیاری ادرار اولیه^۵ و ثانویه^۶ است (بروکرز و توپول^۷، ۲۰۰۳). در بی اختیاری اولیه، هیچ گاه توانایی کنترل ادرار به دست نیامده است. در بی اختیاری ادرار ثانویه، بعد از یک دوره ی کنترل ادرار حداقل ۶ ماهه یا بیشتر، مجدداً بی اختیاری ادرار اتفاق می افتد (سریسی و همکاران، ۲۰۱۶). تفاوت های مهمی بین این دو نوع بی اختیاری گزارش شده است. ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد بی اختیاری ادرار به عنوان بی اختیاری ادرار اولیه شناسایی شده و علت اصلی آن، عوامل زیستی معرفی شده است. از سوی دیگر بی اختیاری ادرار ثانویه، اغلب برخاسته از عوامل روانشناختی است (سریسی و همکاران، ۲۰۱۶) و بیشتر بین سنین ۵-۷ سال مشاهده شده است (آکان و همکاران^۸، ۲۰۱۵). با این حال، این نتایج مورد تایید همه پژوهش ها نبوده است. به عنوان مثال، همراهی بی اختیاری ادرار اولیه با مشکلات روانشناختی مانند افسردگی بالا گزارش شده است (آلزابن و سهلو^۹، ۲۰۱۵) و بین اضطراب و افسردگی والدین آنها با مشکلات درونی سازی شده فرزندانشان روابط معناداری به دست آمده است (ونهرزل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵). در یافته های ناهمخوان با این نتایج، برخی از پژوهش ها تفاوتی بین شیوع اختلال کم توجهی/ بیش فعالی و بسیاری از شاخص های جسمانی را در بین این دو نوع بی اختیاری ادرار گزارش نکرده اند (رابسون، لئونگ و ون هاول^{۱۱}، ۲۰۰۵). در ذیل دو متغیر مشکلات رفتاری و ابعاد تعاملات والد-فرزند در این بیماران بررسی می شوند.

کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری^{۱۲}، کودکانی هستند که به شدت و به شکل بارزی دچار واکنش های نامناسبی هستند که از لحاظ فردی و اجتماعی قابل قبول نیست (آقائی، ۱۳۹۰). مشکلات رفتاری دوره کودکی را معمولاً در دو حوزه گسترده طبقه بندی می کنند: اختلال های برونی شده و اختلال های درونی شده^{۱۳}. اختلال های برونی شده با رفتارهایی مانند پرخاشگری، نافرمانی، بیش فعالی و تکانشگری و اختلال های درونی شده با تجارب و رفتارهایی مانند افسردگی، کناره گیری اجتماعی و اضطراب مشخص می شوند (عربی و همکاران، ۱۳۹۲). کودکان با مشکلات رفتاری مستعد بروز افسردگی هستند (روزا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۳) و احتمال ابتلا رفتارهای پرخطر که سلامت آنها را تهدید کند، بیشتر است (فانتی و هنری^{۱۲}، ۲۰۱۰). مشکلات مرتبط مشکلات روانشناختی یکی از عوامل مهم در بی اختیاری ادرار شبانه گزارش شده است (وندوال و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۲). آلزابن و سهلو (۲۰۱۵)، شیوع اختلالات افسردگی و کم توجهی/ بیش فعالی را در اختلال بی اختیاری ادرار اولیه شبانه، بیشتر از جمعیت عمومی گزارش کرده اند. در یک بررسی مشخص شد، کودکانی که دچار یکی از انواع مشکلات رفتاری بوده اند، شب ادراری نیز داشته اند (فرجی، ۱۳۸۳). کودکان دچار بی اختیاری ادرار، احساس انزوا و فاصله بیشتری نسبت به اطرافیان خود دارند و اعتماد به نفس پایین تری دارند (لوتمن و آلوا^{۱۴}، ۲۰۰۷).

1. Enuresis
2. Otu-Bassey , Useh & Alaribe
3. Sarici
4. Helmer
5. Primary enuresis
6. Secondary enuresis
7. Brooks& Topol
8. Akan et all
9. Al-Zaben & Sehlo
10. Van Herzeele
11. Robson, Leung & Van Howel
12. Behavioral problems
13. Internalizing&externalizing
- 11 . Rosa et al.
- 12 . Fanti & Henrich
- 13 . Vande Walle
- 14 . Lottmann & Alova

خانواده نظام پیچیده‌ای است که می‌تواند به کودک، هویت یک بیمار را بدهد و برای درمان کودک نیز باید به خانواده و شیوه‌های ارتباطی بین اعضاء و سازمان خانواده توجه شود (نلسون و ایزرائل^۱، ۱۹۸۴، ترجمه طوسی، ۱۳۷۸). کیفیت ارتباط دو طرفه ی والد-کودک عملکرد کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (تامیس لموندا، شانون، کابرا و لمب^۲، ۲۰۰۴). مطالعات تجربی ابعاد رابطه والد - فرزند را شامل این موارد دانسته اند: احساس باز بودن میان والدین و فرزندان، درجه باز بودن، میزان ارتباط و بحث مشکل و تعارض درک شده میان والدین بچه‌ها، احساس طرد شدن به وسیله ی والدین، دشمنی و پرخاشگری میان والدین و بچه‌ها، رضایت در رابطه میان والدین و فرزندان، درجه عاطفه نشان داده شده به وسیله والدین و زمان صرف شده با والدین (لی^۳، ۲۰۰۸). عوامل والدینی شامل نحوه برخورد و رفتارهای انضباطی مانند تنبیه بر کیفیت زندگی کودک مبتلا به بی‌اختیاری ادرار تاثیر زیادی داشته است (الزاین، سهلو، ۲۰۱۵، ون هرزل و همکاران، ۲۰۱۵). افسردگی و اضطراب والدین نیز باعث تشدید درونی کردن مشکلات و آسیب‌های روانشناختی در فرزندان می‌شود (ریزین، کریمرز، جانسن و اسکلت^۴، ۲۰۱۵). افزایش سطح اضطراب و افسردگی به علت مشکلات روابط زناشویی، ر والدین کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار گزارش شده است (میدان و همکاران^۵، ۲۰۱۲، تنریوردی و همکاران^۶، ۲۰۱۴). تجارب روانی شامل تجاوز و طرد و خشونت‌های خانوادگی توسط والدین که منجر به آسیب‌پذیری روانی کودکان می‌شود، در کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار شایع بوده است (سایپ و همکاران^۷، ۲۰۰۹، کن، تاپباس، اکتن و کیزیل^۸، ۲۰۰۴).

همانطور که در ابتدای مقدمه اشاره شد، پژوهش‌های انجام شده در زمینه مقایسه شیوع مشکلات رفتاری و ابعاد تعاملات والد-فرزند نتایج مشابهی نداشته‌اند. در کشور ما بیشتر پژوهش‌های انجام شده در سایر جنبه‌های این اختلال بوده است که می‌توان به شناسایی مشخصات فردی، خانوادگی و اقتصادی - اجتماعی کودکان شب‌ادرار (ساجدی، ۱۳۷۴) و بررسی رابطه عوامل خطر با شیوع شب‌ادراری (اخوان کرباسی، گلستان و فلاح، ۱۳۸۸)، اشاره کرد. خصوصاً اینکه، مدیریت موثر بی‌اختیاری ادرار مستلزم شناسایی به موقع و علت‌یابی آن است و فقط یک سوم خانواده‌هایی که این مشکل را دارند به دنبال کمک‌های درمانی بر می‌آیند (اوتو باسی، یوزه و الاریب، ۲۰۱۱). با توجه به مطالب فوق و اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه موضوع حاضر انجام شده است، هدف پژوهش حاضر مقایسه مشکلات رفتاری و ابعاد تعاملات والد-فرزندی بین کودکان واجد تشخیص بی‌اختیاری ادرار اولیه و بی‌اختیاری ادرار ثانویه بوده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ نوع طرح، مقایسه‌ای و به لحاظ شیوه ی جمع‌آوری داده‌ها در دسته ی پژوهش‌های کمی قرار می‌گیرد و جامعه پژوهش آن، راه‌کودکان واجد تشخیص بی‌اختیاری ادراری اولیه و ثانویه ۱۳-۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در نیمسال اول ۱۳۹۵ تشکیل می‌داند. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه و ۲۹ نفر کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار ثانویه) بودند (با توجه به اینکه آزمون مستقل برای حجم نمونه زیر ۳۰ نفر قابل استفاده است (دلور، ۱۳۹۶)) لذا این حجم نمونه برای پژوهش حاضر کافی بوده است) که از تاریخ خرداد تا مرداد ماه سال ۱۳۹۵ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک کودک و نوجوان بیمارستان خورشید و بیمارستان امام حسین شهر اصفهان انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک (MCRES): مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک توسط راس در سال ۱۹۶۱ منتشر یافته است. این آزمون یک مقیاس نگرش‌سنج است که نقطه نظر مادران را در خصوص ۴ سبک تعامل با کودک مورد ارزیابی قرار می‌دهد. زیرمقیاس‌های این آزمون عبارتند از: ۱- پذیرش فرزند، ۲- بیش حمایتگری، ۳- سهل‌گیری و ۴- طرد فرزند. این پرسشنامه، در مدت زمان ۳۰ دقیقه

1. Nelson, Israel
2. Tomis, Shanon, Cabra & Lamb
3. Lee
4. Rasing, Creemers, Janssens & Scholte
5. Meeden et al.
6. Tanriverdi et al
7. Sapi et al
8. Can, Topbas, Okten & Kizil

قابل اجراء و نمره گذاری است. اعتبار این آزمون در سال ۱۳۸۴ از طریق آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از افراد محاسبه و مورد تایید قرار گرفته است و روایی محتوایی آن نیز توسط چند استاد با تجربه مورد تایید قرار گرفته است (ضمیمه، ۱۳۸۴).

سیاهه‌ی مشکلات رفتاری کودک (CBCL): سیاهه‌ی مشکلات رفتاری کودک در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ ساخته شده است که مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینائی، ۱۳۸۴). سیاهه‌ی رفتاری کودکان، ابزاری است که توسط یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکلات رفتاری کودک به خوبی آشناست تکمیل می‌گردد. این ابزار را هم می‌توان به صورت خودگزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد ضرایب کلی اعتبار فرم‌های این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطبق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه‌ی روان پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا^۱، ۲۰۰۷). در پژوهش مینائی (۱۳۸۵)، دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است و نسخه ایرانی این آزمون، در مجموع از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است.

روش اجرا. برای اجرای این پژوهش به ۶۰ کودک ۱۳-۵ ساله مبتلا به بی اختیاری ادراری اولیه و ثانویه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک کودک و نوجوان بیمارستان خورشید و بیمارستان امام حسین اصفهان از تاریخ خرداد تا مرداد ماه سال ۱۳۹۵ (بر اساس تشخیص متخصص اورولوژی) انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها در قالب یک دفترچه واحد شامل فرم‌های اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه مشکلات رفتاری و پرسشنامه تعاملات والد-فرزند به مادران آنها در کلینیک داده شده و از آنها خواسته می‌شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعد از پاسخگویی پاسخنامه‌ها کنترل می‌شد که در صورت پاسخ ندادن به تعدادی از سؤالات، آنها را تکمیل کنند. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از نسخه 22 نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از آماره‌های گرایش مرکزی و پراکندگی شامل میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و در بخش استنباطی پژوهش پس از بررسی پیش فرض‌های آماری، از روش آماری t مستقل و آزمون یو-مان-ویتنی (در مواردی که پیش فرض‌های آماری تایید نشد) استفاده شد.

یافته‌ها

تعدادی از مشخصات جمعیت شناختی و بالینی نمونه پژوهش در جداول ۱ و ۲ (با توجه به مقوله ای و فاصله‌ای بودن متغیرها) گزارش شده است.

جدول ۱: آماره‌های برخی از ویژگی‌های بالینی نمونه پژوهش

متغیر	گروه	شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سن کودکان	بی اختیاری اولیه	۷/۵۳	۱/۷۵	۵/۰	۱۱/۰	
	بی اختیاری ثانویه	۸/۵۵	۲/۰۶	۵/۰	۱۳/۰	
	کل آزمودنی‌ها	۸/۰۳	۱/۹۶	۵/۰	۱۳/۰	
تعداد ماه بی اختیاری کودکان	بی اختیاری اولیه	۹۵/۱	۱۷۲/۱	۲۴	۱۰۸	
	بی اختیاری ثانویه	۳۲/۵	۲۱/۹	۲	۷۲	
دفعات بی اختیاری ماهیانه کودکان	کل آزمودنی‌ها	۶۴/۳	۱۲۶/۶	۲	۱۰۸	
	بی اختیاری اولیه	۱۳/۸۰	۸/۰۰	۱	۳۲	
	بی اختیاری ثانویه	۱۰/۵۹	۵/۷۵	۴	۳۰	
	کل آزمودنی‌ها	۱۲/۲۲	۷/۱۰	۱	۳۲	

1. Achenbach & Rescorla

جدول ۲: آماره‌های برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

متغیر	دسته متغیر	گروه	بی اختیاری اولیه	بی اختیاری ثانویه	کل آزمودنی‌ها
جنسیت		دختر	۲۲/۰۳	۲۳/۷۳	۴۵/۷۶
		پسر	۲۸/۸۲	۲۵/۴۲	۵۴/۲۴
		بیکار	۱/۷	۱/۷	۳/۴
اشتغال والدین		آزاد	۳۰/۵	۲۳/۷	۵۴/۲
		دولتی	۱۳/۵	۱۸/۷	۳۲/۲
		خصوصی	۵/۱	۵/۱	۱۰/۲
وضعیت اقتصادی		بالا	۱۵/۳	۲۳/۷	۳۹/۰
		متوسط	۲۷/۱	۴۵/۷	۴۵/۸
		پایین	۸/۵	۶/۷	۱۵/۲
بی اختیاری ادراری در خواهران و برادران		بلی	۱۷/۰	۲۰/۳	۳۷/۳
		خیر	۳۳/۹	۲۸/۸	۶۲/۷

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات تعاملات مادر-کودک و مشکلات کودکان بی اختیاری ادراری اولیه و ثانویه

متغیر	گروه	شاخص	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
پذیرش		بی اختیاری اولیه	۳۵/۷۸	۶/۱۱	۲۰/۰۰	۴۶/۰۰
		بی اختیاری ثانویه	۳۸/۷۱	۵/۹۵	۲۵/۰۰	۴۹/۰۰
		کل آزمودنی‌ها	۳۷/۲۷	۶/۱۵	۲۰/۰۰	۴۹/۰۰
حمایت بیش از حد		بی اختیاری اولیه	۴۳/۰۷	۸/۱۹	۲۸/۰۰	۵۹/۰۰
		بی اختیاری ثانویه	۴۰/۱۴	۸/۴۵	۲۷/۰۰	۵۵/۰۰
		کل آزمودنی‌ها	۴۱/۵۸	۸/۳۷	۲۷/۰۰	۵۹/۰۰
سهل‌گیری بیش از حد		بی اختیاری اولیه	۴۱/۵۹	۶/۸۴	۳۰/۰۰	۵۵/۰۰
		بی اختیاری ثانویه	۴۰/۵۴	۵/۷۹	۳۱/۰۰	۵۲/۰۰
		کل آزمودنی‌ها	۴۱/۰۷	۶/۳۱	۳۰/۰۰	۵۵/۰۰
طرد		بی اختیاری اولیه	۴۱/۵۹	۴/۷۴	۳۴/۰۰	۵۰/۰۰
		بی اختیاری ثانویه	۳۸/۹۶	۵/۵۱	۳۰/۰۰	۵۲/۰۰
		کل آزمودنی‌ها	۴۰/۳۲	۵/۲۵	۳۰/۰۰	۵۲/۰۰
اضطراب/افسردگی		بی اختیاری اولیه	۱۳/۹۶	۵/۵۷	۳/۰۰	۲۱/۰۰
		بی اختیاری ثانویه	۱۳/۲۴	۴/۹۳	۲/۰۰	۲۱/۰۰
		کل آزمودنی‌ها	۱۳/۶۰	۵/۲۲	۲/۰۰	۲۱/۰۰
گوشه‌گیری/افسردگی		بی اختیاری اولیه	۶/۶۰	۳/۰۷	۲/۰۰	۱۳/۰۰
		بی اختیاری ثانویه	۶/۱۱	۲/۳۶	۲/۰۰	۱۱/۰۰
		کل آزمودنی‌ها	۶/۳۷	۲/۷۴	۲/۰۰	۱۳/۰۰
شکایات جسمانی		بی اختیاری اولیه	۷/۷۶	۴/۸۴	۰/۰۰	۲۰/۰۰
		بی اختیاری ثانویه	۶/۹۳	۴/۵۶	۰/۰۰	۱۷/۰۰

مقایسه مشکلات رفتاری و تعاملات والد-فرزند بین کودکان واجد تشخیص بی اختیاری ادرار اولیه و ثانویه
 Comparision of Parent-Child Interactions and the Behavioral Problems Between Primary and Secondary Enuresis

۲۰/۰۰	۰/۰۰	۴/۶۸	۷/۳۴	کل آزمودنی ها	
۱۵/۰۰	۱/۰۰	۳/۷۲	۸/۹۷	بی اختیاری اولیه	
۱۵/۰۰	۲/۰۰	۲/۹۲	۸/۵۷	بی اختیاری ثانویه	مشکلات اجتماعی
۱۵/۰۰	۱/۰۰	۳/۳۴	۸/۷۸	کل آزمودنی ها	
۲۶/۰۰	۱/۰۰	۵/۵۰	۷/۲۱	بی اختیاری اولیه	
۱۴/۰۰	۲/۰۰	۳/۲۳	۶/۴۲	بی اختیاری ثانویه	مشکلات تفکر
۲۶/۰۰	۱/۰۰	۴/۵۵	۶/۸۴	کل آزمودنی ها	
۱۷/۰۰	۱/۰۰	۴/۷۰	۹/۹۳	بی اختیاری اولیه	
۱۹/۰۰	۲/۰۰	۳/۲۹	۹/۲۸	بی اختیاری ثانویه	مشکلات توجه
۱۹/۰۰	۱/۰۰	۴/۰۵	۹/۶۱	کل آزمودنی ها	
۱۹/۰۰	۲/۰۰	۴/۶۱	۸/۱۳	بی اختیاری اولیه	
۱۷/۰۰	۰/۰۰	۴/۵۳	۶/۱۹	بی اختیاری ثانویه	رفتار قانون شکنی
۱۹/۰۰	۰/۰۰	۴/۶۴	۷/۲۳	کل آزمودنی ها	
۲۹/۰۰	۴/۰۰	۷/۶۵	۱۶/۶۱	بی اختیاری اولیه	
۲۴/۰۰	۲/۰۰	۶/۸۱	۱۳/۱۱	بی اختیاری ثانویه	رفتار پرخاشگری
۲۹/۰۰	۲/۰۰	۷/۳۹	۱۴/۸۶	کل آزمودنی ها	
۱۳۱/۰۰	۲۴/۰۰	۳۰/۵۸	۷۸/۸۴	بی اختیاری اولیه	
۱۰۵/۰۰	۲۴/۰۰	۲۴/۱۲	۶۹/۷۳	بی اختیاری ثانویه	نمره کل مشکلات کودکان
۱۳۱/۰۰	۲۴/۰۰	۲۷/۸۳	۷۴/۵۷	کل آزمودنی ها	
۵۰/۰۰	۷/۰۰	۱۲/۶۸	۲۸/۳۹	بی اختیاری اولیه	
۴۱/۰۰	۶/۰۰	۱۰/۰۰	۲۶/۴۴	بی اختیاری ثانویه	مشکلات درونی سازی شده
۵۰/۰۰	۶/۰۰	۱۱/۳۸	۲۷/۴۴	کل آزمودنی ها	
۴۵/۰۰	۷/۰۰	۱۱/۵۴	۲۵/۱۱	بی اختیاری اولیه	
۳۵/۰۰	۴/۰۰	۱۰/۳۰	۱۹/۲۰	بی اختیاری ثانویه	مشکلات برونی سازی شده
۴۵/۰۰	۴/۰۰	۱۱/۲۷	۲۲/۳۲	کل آزمودنی ها	

در این تحقیق دو پیش فرض آماری را بررسی کردیم. از آزمون t مستقل و آزمون یو-مان-ویتنی برای بررسی نرمال بودن و از آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس ها استفاده کردیم. آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای نمرات اضطراب-افسردگی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، مشکلات رفتاری برونی سازی شده و حمایت بیش از حد معنادار بوده ($P < 0/05$) و این نمرات دارای توزیع غیر نرمال می باشند که برای تحلیل نهایی از تحلیل های غیرپارامتریک (مان-ویتنی) برای آنها می توان استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل از آزمون لوین، واریانس های نمرات در همه مقیاس ها به غیر از مشکلات توجه، تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

جدول ۴: نتایج آزمون یو-مان-ویتنی نمرات تعاملات مادر-کودک و مشکلات کودکان و زیر مقیاس های آن

متغیر	مقدار U مان-ویتنی	مقدار W ویلکاکسون	Z	مقدار احتمال (P)	اندازه اثر کوهن
اضطراب/افسردگی	۳۴۹/۰۰۰	۷۸۴/۰۰۰	-۰/۹۱۳	۰/۳۶۱	۰/۱۳
مشکلات تفکر	۳۵۸/۰۰۰	۷۰۹/۰۰۰	-۰/۳۲۲	۰/۷۴۸	۰/۱۷
رفتار قانون شکنی	۳۰۱/۵۰۰	۶۵۲/۵۰۰	-۱/۴۶۰	۰/۱۴۴	۰/۴۳
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	۲۴۱/۵۰۰	۵۶۶/۵۰۰	-۱/۹۳۵	۰/۰۵۳	۰/۵۴
حمایت بیش از حد	۲۹۰/۰۰۰	۶۹۶/۰۰۰	-۱/۴۸۳	۰/۱۳۸	۰/۳۵

جدول ۵: نتایج آزمون تی نمرات تعاملات مادر-کودک و مشکلات کودکان و زیر مقیاس های آن

آزمون تی برابری میانگین ها				
متغیر	تفاوت میانگین	مقدار احتمال (P)	آماره آزمون (t)	اندازه اثر کوهن
مشکلات کودکان	۹/۱۱۲۷۳	۰/۲۶۷	۱/۱۲۳	۰/۳۳
گوشه گیری	۰/۴۸۸۸۹	۰/۵۰۷	۰/۶۶۹	۰/۱۸
شکایات جسمانی	۰/۸۲۷۵۹	۰/۵۰۵	۰/۶۷۰	۰/۱۷
مشکلات اجتماعی	۰/۳۹۵۲۴	۰/۶۵۶	۰/۴۴۸	۰/۱۱
مشکلات توجه	۰/۶۵۷۴۷	۰/۵۳۵	۰/۶۲۴	۰/۱۶
پرخاشگری	۳/۵۰۰۰	۰/۰۷۶	۱/۸۰۸	۰/۴۹
رفتار درون سازی	۱/۹۴۸۴۱	۰/۵۳۱	۰/۶۳۱	۰/۱۷
پذیرش کودک توسط مادر	-۲/۹۳۶۵۱	۰/۰۷۷	-۱/۸۰۶	۰/۴۹
سهل گیری بیش از حد مادر	۱/۰۵۰۴۹	۰/۵۳۵	۰/۶۲۵	۰/۱۶
طرد کودک توسط مادر	۲/۶۲۳۲۴	۰/۰۶۱	۱/۹۱۴	۰/۵۲

همان طور که نتایج جداول ۴ و ۵ نشان می دهد، تفاوت خرده مقیاس ها در دو گروه معنادار نیست با این حال، مشکلات رفتاری پرخاشگری و رفتارهای برون سازی و دو بعد تعامل سطح پذیرش و طرد نزدیک به تایید بوده است. نتایج نشان دهنده این بود که سطح پرخاشگری و رفتارهای برون در گروه بی اختیاری ادرار اولیه بیشتر بوده است. در سطح تعاملات والد-فرزند، سطح پذیرش از سوی مادر در گروه بی اختیاری ادرار اولیه پایین تر و سطح طردشدگی از سوی مادر بیشتر از بی اختیاری ادرار ثانویه بوده است. اندازه شاخص اثر کوهن این متغیرها و رفتار قانون شکنانه بیشتر از سایر متغیرها به دست آمد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش مقایسه مشکلات رفتاری (اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگری، مشکلات درونی سازی شده، مشکلات برون سازی شده) و تعاملات والد- فرزند (پذیرش، حمایت بیش از حد، سهل گیری بیش از حد، طرد) بین کودکان دچار بی اختیاری ادرار اولیه و بی اختیاری ادرار ثانویه بود. در ذیل نتایج به دست آمده، مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

در قسمت تحلیل نهایی، مشخص شد که بین مشکلات کودکان در کودکان ۵ تا ۱۳ ساله مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد. با این حال بین سطح رفتار پرخاشگری نزدیک به معناداری می باشد و کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه بیش از کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه پرخاشگری دارند. بین سطح مشکلات رفتاری برون سازی شده در کودکان ۵ تا ۱۳ ساله مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد ولی نزدیک به سطح معناداری می باشد و کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه بیشتر از کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه مشکلات خود را برون سازی می کنند. این نتایج با نتایج پژوهش آلزابن و سهیلو (۲۰۱۵) و ونهرزلو همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت که پرخاشگری و رفتارهای برون سازی نتیجه ناتوانی کودکان بی اختیاری اولیه در کنترل ادرار خود است که هیچگاه موفق به آن نشده اند و بازخوردهای منفی والدین ممکن است بر عزت نفس آنها تاثیر منفی زیادی گذاشته باشد ولی این تاثیر منفی در کودکان بی اختیاری ثانویه کمتر است. همچنین وضعیت اقتصادی کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه پایین تر از وضعیت اقتصادی کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه بود. این احتمال وجود دارد که فشارهای اقتصادی بر روی والدین کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه، متعاقباً باعث آستانه تحمل پایین تر والدین بشود و نهایتاً بر روی کودکان آن ها منجر به بروز این اختلال در کودکان شود. بر اساس میانگین تعداد ماه های بی-اختیاری ادرار، کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه مدت زمان بیشتری را نسبت به کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه به شب ادراری مبتلا بوده اند و بر اساس میانگین دفعات بی اختیاری ادرار ماهیانه، کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه نسبت به کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه به

تعداد بیشتری در ماه دچار بی اختیاری ادرار شده اند. کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه کمتر از کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه مورد پذیرش قرار می گیرند و بیشتر طرد می شوند که این منجر به پرخاشگری بیشتر آن ها شده و مشکلات رفتاری خود را بیشتر برون سازی می کنند گرچه بیشتر کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه نیز همانند کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه و کل آزمودنی ها تمایل به درون سازی مشکلاتشان دارند اما تعداد نفراتی از آنها که مشکلات خود را برون سازی می کنند بیشتر از تعداد نفرات در گروه کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه است که مشکلات خود را برون سازی می کنند

در بررسی نتایج تعاملات والد-کودک، مشخص شد بین سطح پذیرش کودک توسط مادر در کودکان ۵ تا ۱۳ ساله مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد ولی نزدیک به معناداری می باشد. پژوهش مشابهی در این زمینه یافت نشد. کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه کمتر از کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه و ثانویه مورد پذیرش قرار می گرفتند. بین سطح طرد کودک توسط مادر در کودکان ۵ تا ۱۳ ساله مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد ولی نزدیک به سطح معناداری می باشد و کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه بیش از کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه طرد می شدند. که می تواند به این معنا باشد هم شب ادراری می تواند موجب طرد کودک توسط دیگران به خصوص والدین شود و هم طرد کودک از طرف والدین می تواند منجر به شب ادراری شود. در تبیین این نتایج می توان گفت عدم یادگیری و توانایی کودک در کنترل ادرار در بی اختیاری ادرار اولیه می تواند یک استرس شدید خانوادگی به حساب آید که به دلیل مولفه های جسمانی قوی آن یک احساس ناامیدی را در خانواده ایجاد کند که نهایتاً به صورت عدم پذیرش و طرد خود را نشان دهد. در حالی که در بی اختیاری ادرار ثانویه علی رغم مشکلات مربوط به آن این باور وجود دارد که کودکان توانایی کنترل ادرار را دارد و نهایتاً آن را مجدداً به دست خواهد آورد.

عدم کنترل متغیرهایی چون زمینه های خانوادگی کودکان دو گروه، از نظر شیوه های تربیتی و فرزندپروری، محل سکونت و مدارس قبلی، امکانات موجود خانوادگی از قبیل وسائل سرگرمی و تفریحی در دوران کودکی و استرس های روانی - اجتماعی، خانوادگی می تواند از جمله محدودیت های این تحقیق بوده است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، حجم نمونه بزرگ تری انتخاب شود تا امکان کنترل این متغیرها به روش تحلیل کوواریانس امکان پذیر شود. با توجه به نتایج به دست آمده همچنین پیشنهاد می شود که به منظور کاهش پیامدهای روانی برای کودکان دچار اختلال بی اختیاری ادرار اولیه، برنامه های آموزشی برای والدین این کودکان در نظر گرفته شود.

منابع

- آقائی، الهام. (۱۳۹۰). اثر بخشی آموزش رفتاری مادران بر مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش دبستانی محروم از پدر، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- دلاور، علی. (۱۳۹۶). احتمالات و آمار کاربردی در روان شناسی و علوم تربیتی (با تجدیدنظر و اضافات). تهران: انتشارات رشد.
- ساجدی، ژاله. (۱۳۷۴). بررسی مشخصات فردی، خانوادگی و اقتصادی - اجتماعی کودکان سنین مدرسه مبتلا به شب ادراری در دبستان های شهر همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- ضمیری، رضا. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین نوع زایمان و رابطه عاطفی کودک و مادر در دختران مقطع پیش دبستانی مهدکودک های تحت نظارت سازمان بهزیستی شهرستان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد رودهن.
- عربی، سمیه؛ دانش، عصمت؛ کاکاوند، علی رضا؛ سلیمی، نیا؛ علی رضا؛ امیر غفاری، مریم. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه / بیش فعالی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، (۳)، ۱۳۹-۱۴۶.
- فرجی، محمد. (۱۳۸۳). بررسی بروکسیم در کودکان ۶-۳ ساله. مجله گوش و حلق و بینی ایران، ۳۱(۱۵): ۵۷-۵۲.
- اخوان کرباسی، صدیق، گلستان، مطهری، فلاح، راضیه. (۱۳۸۸). شب ادراری کودکان در شش سالگی و عوامل مرتبط با آن. افق دانش، (۳)، ۱۵، ۶۹-۶۳.
- مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). کتابچه راهنمای فرم های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنهاخ. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- نلسون، ریتا؛ ایزرائل، آلن. (۱۳۷۸). اختلال های رفتاری کودکان، ترجمه تقی منشی طوسی، مشهد: معاونت فرهنگی آستان قدس رضوی.

Achenbach TM. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Akan, S. Ürkmez, A. Yildirim, C. Sahin, A. Yüksel, O.H. Verit, A. (2015). *Late-onset secondary nocturnal enuresis in adolescents associated with post-traumatic stress disorder developed after a traffic accident*. Fatih Sultan Mehmet Research & Training Hospital, Dept. of Urology, Istanbul, Turkey.

- Al-Zaben FN, Sehlo MG.(2015). Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. *Child Abuse Negl*;43:22e9.
- Brooks LJ, Topol HI.(2003). Enuresis in children with sleep apnea. *J Pediatr*;142:515e8.
- Can G, Topbas M, Okten A, Kizil M.(2004). Child abuse as a result of enuresis. *Pediatr Int*;46:64e6.
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, 46(5), 1159.
- Helmer, R. (2006). *Training pediatric bed-wetting with acupuncture and Chinese medicine (First edition.)*. Denver: Blue Poppy Press.
- Lee SJ, Guterman NB, Lee Y. Risk factors for paternal physical child abuse.(2008). *Child Abuse Negl*. 32(9): 846-58.
- Robson WL1, Leung AK, Van Howe R.(2005). Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation. *Pediatrics*. ;115(4):956-9.
- Lottmann, H.B. Alova, I. (2007). Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children and adolescents. *INT J Clinpractsuppl*, 155, 8 -16.
- Meydan EA, Civilibal M, Elevli M, Duru NS, Civilibal N.(2012). The quality of life of mothers of children with monosymptomatic enuresis nocturna. *Int Urol Nephrol*;44:655e9.
- Otu-Bassey, I.B , Useh, M.F , Alaribe, A.A.(2011). The post-treatment effects of enterobiasis on the occurrence of enuresis among children in Calabar, Nigeria. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, Volume 4, Issue 4, Pages 315-319.
- Rasing SP, Creemers DH, Janssens JM, Scholte RH.(2015). The association between perceived maternal and paternal psychopathology and depression and anxiety symptoms in adolescent girls. *Front Psychol*;6:963.
- Robert,M.Roth.(1961).*Manual the Mother-Child Relationship Evaluation*.Published By A Division of Manson Western Corporation.
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-Year follow-Up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160(12),2116–2121.
- Safarinejad, M.R. (2007). Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated familial factors and urinarp pathology among school children in iran. *Journal of Pediatric Urology*, 3(6), 443 – 452.
- Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG, Damiao R, Silva EA.(2009). Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr (Rio J)*;85:433e7.
- Sarici, H. Telli, O. Ozgur, B.C. Demirbas, A. Ozgur, S. Karagoz, M.A.(2016). Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. *Journal of Pediatric Urology* 12, 159.e1e159.e6.
- Tamis-LeMonda, C. S., Briggs, R. D., McClowry, S. G. & Snow, D. L. (2009).Maternal control and sensitivity, child gender, and maternal education in relation to children's behavioral outcomes in African American families. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 321–331.
- Tanriverdi MH, Palanci Y, Yilmaz A, Penbegul N, Bez Y, Daggulli M.(2014). Effects of enuresis nocturna on parents of affected children: case-control study. *Pediatr Int*;56:254e7.
- Van Herzeele C, Dhondt K, Roels SP, Raes A, Groen LA, Hoebeke P, et al.(2015). Neuropsychological functioning related to specific characteristics of nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol* ;11. 208 e1e6.
- Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marschall-Kehrel D,Tekgul S.(2012). Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr*;171:971e83.

