رویش روان شناسی، سال ۸ ، شماره ۵ ، شماره پیاپی ۳۸ ، مرداد ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(5), 2019

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

نرگس موسی عرب
داشجوی 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.

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.

چکیده

علی رغم فرضیه قدیمی مبنی بر شیوع بیشتر اختلالات روانشناختی دراختلال بی‌اختیاری ادرار اولیه در مقایسه با بی‌اختیاری ادرار ثانویه،نتایج پژوهش ها همسان نبوده است.هدف پژوهش حاضر،مقایسه تعاملات والد-فرزند و مشکلات رفتاری بین این دو خرده تیپ اختلال بی اختیاری ادرار بوده است. طرح تحقیق حاضر از نوع مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری آن را کودکان ۱۳-۵واجد 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 ازکلینیک های کودک و نوجوان بیمارستان های خورشید و امام حسین شهر اصفهان که واجد تشخیص بی‌اختیاری ادراری اولیه(۳۰ نفر) و ثانویه(۲۹نفر) 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 برونی‌سازی و دو بعد تعامل سطح پذیرش و طرد نزدیک به تایید بوده است. نتایج نشان دهنده این بود که سطح پرخاشگری و رفتارهای برونی 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 ضعیف تر گروه بی‌اختیاری ادرار اولیه در مقایسه با ثانویه است.

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

Abstract

The results of pervious researches in comparision 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 dimentions 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 theses variables were higher other than variables. The results indicated more behavioral problems and poor parent-child interactions of primary group oin comparision of secondary.

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

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت :** اسفند ۹۶ **پذیرش:اردیبهشت ۹۷** **ویرایش نهایی** : مهر ۹۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

مقدمه

بی‌اختیاری ادرار[۱] به رها کردن ادرار بدون اراده که حداقل یک بار در هفته در کودکان ۵-۴ ساله ای که به کنترل مثانه رسیده اند،تعریف شده است(اوتو باسی،یوزه و الاریب[۲]،۲۰۱۱). بی‌اختیاری 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 استرس‌های روانی و عاطفی را برای فرد دچار بی‌اختیاری ادرار و خانواده او به همراه دارد.خصوصاً در سنین۶ یا ۷ سالگی به بعد،که مشکلات اجتماعی ناشی شب ادراری‌افزایش پیدا می‌کند (هلمر[۴]،۲۰۰۶).

یکی از تقسیم‌بندی‌های پذیرفته‌شده در مورد این اختلال،تقسیم آن به دو نوع بی‌اختیاری ادرار اولیه[۵] و ثانویه[۶] است(بروکز و توپول[۷]،۲۰۰۳).در بی اختیاری اولیه، هیچ گاه توانایی کنترل ادرار به دست نیامده است. در بی‌اختیاری ادرار ثانویه،بعد از یک دوره‌ی کنترل ادرار حداقل ۶ ماهه یا بیشتر،مجددا بی‌اختیاری ادرار اتفاق می‌افتد(سریسی و همکاران،۲۰۱۶).تفاوت‌های مهمی بین این دو نوع بی‌اختیاری گزارش شده است.۸۰ تا ۹۰ درصد موارد بی‌اختیاری ادرار به عنوان بی‌اختیاری ادرار اولیه شناسایی شده وعلت اصلی آن، عوامل زیستی معرفی شده است. از سوی دیگر بی اختیاری ادرار ثانویه،اغلب برخاسته از عوامل روانشناختی است(سریسی و همکاران،۲۰۱۶)وبیشتر بین سنین ۷-۵ سال مشاهده شده است(آکان و همکاران[۸]،۲۰۱۵).با این حال،این نتایج مورد تایید همه پژوهش‌ها نبوده است.به عنوان مثال،همراهی بی‌اختیاری 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 درونی‌سازی شده فرزندانشان روابط معناداری به دست آمده است(ونهرزل[۱۰] و همکاران،۲۰۱۵).در یافته‌های 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 بی‌اختیاری 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 معمولا در دو حوزه گسترده طبقه‌بندی می کنند: اختلال‌های برونی‌شده و اختلال‌های درونی شده[۱۳].اختلال‌های برونی شده با رفتارهایی مانند پرخاشگری،نافرمانی،بیش فعالی و تکانشگری واختلال‌های 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 بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری ادرار،احساس انزوا و فاصله بیشتری نسبت به اطرافیان خود دارند و اعتماد به نفس پایین‌تری 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

خانواده نظام پیچیده‌ای است که می تواند 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 والدـکودک عملکرد کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد(تامیس لموندا، شانون، کابرا و لمب[۲]،۲۰۰۴). مطالعات تجربی ابعاد رابطه والد ـ فرزند را شامل این موارد دانسته اند: احساس باز بودن میان والدین و فرزندان،درجه باز بودن،میزان ارتباط و بحث مشکل وتعارض درک شده میان والدین بچه ها،احساس طرد شدن به وسیله ی والدین،دشمنی و پرخاشگری میان والدین و بچه ها،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 بی اختیاری ادرار تاثیر زیادی داشته است(الزابن، سهلو، ۲۰۱۵،ون هرزل و همکاران،۲۰۱۵).افسردگی و اضطراب والدین نیز باعث تشدید درونی‌کردن مشکلات و آسیب های روانشناختی در فرزندانشان می شود(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 همکارا[۶]،۲۰۱۴). تجارب روانی شامل تجاوز و طرد و خشونت های خانوادگی توسط والدین که منجر به آسیب‌پذیری روانی کودکان می شود،در کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار شایع بوده است(ساپی وهمکاران[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 نداشته اند.در کشور ما بیشتر پژوهش‌های انجام شده در سایر جنبه های این اختلال بوده است که می توان به شناسایی مشخصات فردی،خانوادگی و اقتصادی- اجتماعی کودکان شب ادرار(ساجدی ،۱۳۷۴)و بررسی رابطه عوامل خطر با شیوع شب ادراری(اخوان کرباسی،گلستان و فلاح،۱۳۸۸)،اشاره کرد.خصوصا اینکه،مدیریت موثر بی‌اختیاری ادرار مستلزم شناسایی به موقع و علت یابی آن است و فقط یک سوم خانواده هایی که این مشکل را دارند به دنبال کمک های درمانی بر می آیند(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 بی اختیاری ادرار ثانویه بوده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ نوع طرح، مقایسه‌ای و به لحاظ شیوه ی جمع آوری داده ها در دسته ی پژوهش های کمی قرار می گیرد و جامعه پژوهش آن را،کودکان واجد تشخیص بی اختیاری ادراری اولیه و ثانویه ۱۳- ۵ ساله مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در نیمسال اول ۱۳۹۵تشکیل می‌دادند. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر(۳۰ نفر کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار اولیه و ۲۹ نفر کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه-)بودند(با توجه به اینکه آزمون مستقل برای حجم نمونه زیر ۳۰ نفر قابل استفاده است(دلاور،۱۳۹۶) لذا این حجم نمونه برای پژوهش حاضر کافی بوده است) که از تاریخ خرداد تا مرداد ماه سال ۱۳۹۵ به شیوه نمونه گیری 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 درخصوص ۴ سبک تعامل با کودک مورد ارزیابی قرار می دهد. زیرمقیاس‌های این آزمون عبارتند از: ۱- پذیرش فرزند، ۲- بیش حمایتگری، ۳- سهل گیری و ۴- طرد فرزند .این پرسشنامه،در مدت زمان ۳۰ دقیقه

---

1 .Nelson, Israeil
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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

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(ضمیری،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 ۱۸-۶ 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 کردضرایب کلی اعتبار فرم های این آزمون با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبهٔ 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[1]، ۲۰۰۷).در پژوهش مینایی (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 قرارگرفته 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 ـ 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.پرسشنامه ها در قالب یک دفترچه واحد شامل فرم های اطلاعات جمعیت شناختی،پرسشنامه مشکلات رفتاری و پرسشنامه تعاملات والد-فرزند به مادران آنها در کلینیک داده شده و از آنها خواسته می شد به پرسشنامه ها پاسخ دهند.بعد از پاسخگویی پاسخنامه‌ها کنترل می شد که در صورت پاسخ ندادن به تعدادی از سئوالات،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.

یافته ها

تعدادی از مشخصات جمعیت شناختی و بالینی نمونه پژوهش در جداول۲ و۱(با توجه به مقوله ای و فاصله‌ای بودن متغیرها) گزارش شده است.

جدول ۱: آماره‌های برخی از ویژگی‌های بالینی نمونه پژوهش

متغیر	شاخص آماری / گروه	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 آزمودنی ها	۸/۰۳	۱/۹۶	۵/۰	۱۳/۰
تعداد ماه بی‌اختیاری کودکان	بی اختیاری اولیه	۹۵/۱	۱۷۲/۱	۲۴	۱۰۸
	بی اختیاری ثانویه	۳۲/۵	۲۱/۹	۲	۷۲
	کل آزمودنی ها	۶۴/۳	۱۲۶/۶	۲	۱۰۸
دفعات بی‌اختیاری ماهیانه کودکان	بی اختیاری اولیه	۱۳/۸۰	۸/۰۰	۱	۳۲
	بی اختیاری ثانویه	۱۰/۵۹	۵/۷۵	۴	۳۰
	کل آزمودنی ها	۱۲/۲۲	۷/۱۰	۱	۳۲

[1] . Achenbach & Rescorla

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

جدول ۲: آماره‌های برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

متغیر	گروه / دسته متغیر	بی اختیاری اولیه	بی اختیاری ثانویه	کل آزمودنی ها
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	شاخص / گروه	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 آزمودنی ها	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 آزمودنی ها	۴۱/۵۸	۸/۳۷	۲۷/۰۰	۵۹/۰۰
سهل گیری 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 آزمودنی ها	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 آزمودنی ها	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 آزمودنی ها	۱۳/۶۰	۵/۲۲	۲/۰۰	۲۱/۰۰
گوشه گیری/افسردگی	بی اختیاری اولیه	۶/۶۰	۳/۰۷	۲/۰۰	۱۳/۰۰
	بی اختیاری ثانویه	۶/۱۱	۲/۳۶	۲/۰۰	۱۱/۰۰
	کل آزمودنی ها	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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

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

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 برونی‌سازی شده و حمایت بیش از حد معنادار بوده($P<0/05$) و این نمرات دارای توزیع غیر نرمال می‌باشند که برای تحلیل نهایی از تحلیل های غیرپارامتریک (مان-ویتنی) برای آنها می‌توان استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل از آزمون لوین،واریانس‌های نمرات در همه مقیاس‌ها 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

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	۳/۵۰۰۰۰	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 می‌دهد،تفاوت خرده مقیاس ها در دو گروه معنادار نیست با این حال،مشکلات رفتاری پرخاشگری و رفتارهای برونی‌سازی و دو بعد تعامل سطح پذیرش و طرد نزدیک به تایید بوده است. نتایج نشان دهنده این بود که سطح پرخاشگری و رفتارهای برونی در گروه بی اختیاری ادرار اولیه بیشتر بوده است.در سطح تعاملات والد-فرزند، سطح پذیرش از سوی مادر در گروه بی‌اختیاری 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 قانون‌شکنانه 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 برونی سازی شده)و تعاملات والد- فرزند (پذیرش، حمایت بیش از حد، سهل گیری بیش از حد، طرد) بین کودکان دچار بی‌اختیاری ادرار اولیه و بی‌اختیاری ادرار ثانویه بود.در ذیل نتایج به دست آمده،مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

در قسمت تحلیل نهایی،مشخص شدکه بین مشکلات کودکان در کودکان ۵ تا ۱۳ ساله مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد. با این حال بین سطح رفتار پرخاشگری نزدیک به معناداری می باشد وکودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه بیش از کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار ثانویه پرخاشگری دارند. بین سطح مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در کودکان ۵ تا ۱۳ ساله مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد ولی نزدیک به سطح معناداری می باشد و کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه بیشتر از کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار ثانویه مشکلات خود را برونی‌سازی می کنند.این نتایج با نتایج پژوهش آلزابن و سهلو(۲۰۱۵)و ونهرزلو همکاران(۲۰۱۵)همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت که پرخاشگری و رفتارهای برونی‌سازی نتیجه ناتوانی کودکان بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری ثانویه کمتر است. همچنین وضعیت اقتصادی کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه پایین‌تر از وضعیت اقتصادی کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه بود. این احتمال وجود دارد که فشارهای اقتصادی بر روی والدین کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار ثانویه، متعاقبا باعث آستانه تحمل پایین‌تر والدین بشود و نهایتا بر روی کودکان آن ها منجر به بروز این اختلال در کودکان شود. بر اساس میانگین تعداد ماه‌های بی-اختیاری ادرار،کودکان مبتلا به بی‌اختیاری 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

تعداد بیشتری در ماه دچار بی‌اختیاری ادرار شده اند. کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه کمتر از کودکان مبتلا به بی اختیاری ادرار ثانویه مورد پذیرش قرار می گیرند و بیشتر طرد می‌شوند که این منجر به پرخاشگری بیشتر آن ها شده و مشکلات رفتاری خود را بیشتر برون‌سازی می کنند گرچه بیشتر کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه نیز همانند کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار ثانویه و کل آزمودنی‌ها تمایل به درون‌سازی 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 بی‌اختیاری ادرار اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد ولی نزدیک به معناداری می باشد.پژوهش مشابهی در این زمینه یافت نشد. کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه کمتر از کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری ثانویه مورد پذیرش قرار می گرفتند. بین سطح طرد کودک توسط مادر در کودکان ۵ تا ۱۳ ساله مبتلا به بی اختیاری ادراری اولیه و ثانویه تفاوت معناداری وجود ندارد ولی نزدیک به سطح معناداری می باشد وکودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار اولیه بیش از کودکان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری 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 مولفه‌های جسمانی قوی آن یک احساس ناامیدی را در خانواده ایجاد کند که نهایتا به صورت عدم پذیرش و طرد خود را نشان دهد.در حالی که در بی‌اختیاری ادرار ثانویه علی رغم مشکلات مربوط به آن این باور وجود دارد که کودکشان توانایی کنترل ادرار را دارد و نهایتا آن را مجددا به دست خواهدآورد.

عدم کنترل متغیرهایی چون زمینه های خانوادگی کودکان دو گروه، از نظر شیوه‌های تربیتی و فرزندپروری ،محل سکونت و مدارس قبلی،امکانات موجود خانوادگی از قبیل وسائل سرگرمی و تفریحی در دوران کودکی و استرس‌های روانی ـ اجتماعی،خانوادگی می تواند از جمله محدودیت‌های این تحقیق بوده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های 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 بی‌اختیاری 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 مهدکودک‌های تحت نظارت سازمان بهزیستی شهرستان مشهد. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی،دانشگاه آزاد واحد رودهن*.

عربی،سمیه؛دانش،عصمت؛کاکاوند،علی رضا؛سلیمی‌نیا،علی‌رضا؛امیر غفاری،مریم. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مدیریت والدین برکاهش علائم اختلال‌های بیرونی‌شده کودکان دچار نقص توجه /بیش فعالی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*،(۳)۱۳۹-۲،۱۴۶ .

فرجی ، محمد. (۱۳۸۳). بررسی بروکسیم در کودکان۶ ـ۳ ساله. *مجله گوش و حلق و بینی ایران*.۳۱(۱۵):۵۷ ـ۵۲.

اخوان کرباسی،صدیق.،گلستان،مطهری.،فلاح،راضیه.(۱۳۸۸). شب ادراری کودکان در شش سالگی و عوامل مرتبط با آن. *افق دانش*،(۳)۱۵،۶۹ ـ ۶۳.

مینایی،اصغر.(۱۳۸۵).*کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ*.تهران:پژوهشکده کودکان استثنایی.

نلسون ،ریتا؛ایزرائل ،آلن.(۱۳۷۸). *اختلال‌های 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

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 theNational 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 emotionalproblems 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.27.1]