

بررسی فراوانی اختلالات روانی در کودکان مبتلا به شب‌اداری در مقایسه با کودکان سالم

چکیده

دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۲۱ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۸ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۵ آنلاین: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

زمینه و هدف: شب‌اداری یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که می‌تواند با اختلالات روانی همراه باشد. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه شیوع اختلالات روانی در کودکان مبتلا به شب‌اداری اولیه و کودکان سالم انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مورد-شاهدی بود که در شهر سنج از مهر ماه ۱۴۰۳ تا فروردین ۱۴۰۴ در کودکان پنج تا ۱۲ سال مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شد. ۱۰۸ کودک مبتلا به شب‌اداری اولیه و ۱۲۰ کودک سالم با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، فرم والدین، جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شیوع اختلالات نقص توجه، بیش‌فعالی، نقص توجه-بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای، اضطراب فراگیر و تیک عصبی در کودکان مبتلا به شب‌اداری به طور معناداری بالاتر از گروه سالم بود ($P < 0.05$). در مقابل، شیوع فوبیا و اختلال وسواس فکری-عملی در گروه کنترل بالاتر گزارش شد. تفاوت معناداری در شیوع اختلال استرس پس از سانحه بین دو گروه مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که شب‌اداری اولیه با افزایش خطر ابتلا به برخی اختلالات روانی همراه است. این نتایج ضرورت ارزیابی جامع روان‌شناختی و مداخلات روان‌پزشکی را در کودکان مبتلا به شب‌اداری برجسته می‌کند.

کلمات کلیدی: اختلالات اضطرابی، اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی، مطالعات مورد-شاهدی، کودک، شب‌اداری شبانه / اولیه، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلالات تیک.

علیرضا اسکندری^۱، زهرا

طاهرخانی^{۱*}، سلیمان محمدزاده^۲، رامنا

نقشی‌زادیان^۲، خالد رحمانی^۳

۱- گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنج، ایران.

۲- مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنج، ایران.

۳- گروه اطفال، بیمارستان بعثت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنج، ایران.

۴- مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنج، ایران.

* نویسنده مسئول: سنج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پزشکی، گروه اطفال.

تلفن: ۰۲۸-۳۵۳۳۹۳۶۶

E-mail: taherkhani.daroo@gmail.com

مقدمه

می‌شود. در شب‌اداری اولیه، کودک از ابتدای تولد کنترل شبانه ادرار را به دست نیاورده است، درحالی‌که در نوع ثانویه، کودک پس از یک دوره کنترل طبیعی، مجدداً دچار بی‌اختیاری شبانه می‌شود.^۱ نشان داده شده است که کودکان مبتلا به شب‌اداری در مقایسه با همسالان سالم خود، بیشتر در معرض ابتلا به مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، اختلالات رفتاری و

شب‌اداری یکی از شایع‌ترین مشکلات دوران کودکی است که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی کودک و خانواده تأثیر بگذارد. این اختلال که به‌عنوان عدم کنترل ادرار در هنگام خواب پس از سن پنج سالگی تعریف می‌شود، به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم

پس از دریافت کد اخلاق (IR.MUK.REC.1403.262) از دانشگاه علوم پزشکی کردستان و با حفظ محرمانگی، داده‌ها جمع‌آوری می‌شود. تشخیص شب‌ادراری براساس نوع اولیه یا ثانویه، علائم بالینی، سابقه خانوادگی و آزمایش‌های تکمیلی انجام شد. گروه شاهد شامل کودکان هم‌سن و هم‌جنس بدون شب‌ادراری از همان مکان بود. داده‌های دموگرافیک و اختلالات رفتاری-روانی در دو گروه بررسی شد. برای سنجش اختلالات، از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) فرم والدین استفاده شد که دارای پایایی و روایی مناسب است. این پرسشنامه ۱۱۰ سوال دارد و برای غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان پنج تا ۱۲ ساله طراحی شده است. نتایج مطالعات پیشین نیز اعتبار و دقت بالای این ابزار را تایید کرده‌اند.^{۴۵}

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، در این مطالعه، ابتدا داده‌ها وارد SPSS software, version 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) خواهد شد. داده‌ها ابتدا با استفاده از شاخص‌های توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، فراوانی، فراوانی نسبی و نمودارهای مرتبط خلاصه سازی می‌شود.

برای بررسی ارتباط بین متغیرها هم از آزمون‌های Independent T-test, One-Way ANOVA, Pearson correlation coefficient و Chi-square test استفاده می‌شود.

در صورت عدم برقراری فرض‌های آزمون‌های پارامتریک برای آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه از آزمون‌های معادل ناپارامتریک آنها به ترتیب Mann-Whitney U test و Kruskal-Wallis استفاده می‌شود. در صورت نیاز داده‌ها با استفاده از روش‌های رگرسیونی مدل‌سازی می‌شود. سطح معناداری آزمون‌ها هم ۰/۰۵ در نظر گرفته می‌شود.

یافته‌ها

در این مطالعه، نتایج بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان مبتلا به شب‌ادراری و گروه کنترل به شرح زیر است: شیوع اختلال نقص توجه (Attention deficit disorder, ADD) برابر با ۶/۹٪ بود. آزمون کای‌اسکوئر تفاوت معناداری بین گروه‌ها نشان داد ($P=0/006$)، به‌طوری که ۱۴/۸٪ از کودکان مبتلا به

مشکلات اجتماعی قرار دارند.^۲ با این حال، پرسشی که همچنان نیاز به بررسی دارد این است که آیا اختلالات روانی علت شب‌ادراری هستند یا این که خود شب‌ادراری زمینه‌ساز مشکلات روان‌شناختی در کودکان می‌شود. اهمیت این موضوع زمانی دو چندان می‌شود که بدانیم شب‌ادراری می‌تواند تأثیرات بلندمدتی بر سلامت روانی و اجتماعی کودکان داشته باشد. کودکی که دچار شب‌ادراری است، ممکن است از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی مانند اردوها، مهمانی‌های شبانه و تعاملات گروهی خودداری کند که این امر می‌تواند به تدریج موجب انزوای اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس او شود.^۳ در این پژوهش، با استفاده از ابزارهای ارزیابی استاندارد، فراوانی اختلالات روانی در کودکان مبتلا به شب‌ادراری بررسی شده و با گروهی از کودکان سالم مقایسه خواهد شد. نتایج این مطالعه می‌تواند به‌عنوان یک منبع علمی معتبر، در راستای تدوین راهکارهای درمانی و برنامه‌های پیشگیری از مشکلات روانی ناشی از شب‌ادراری در کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه به اینکه شب‌ادراری و اختلالات رفتاری ارتباط متقابل دارند، بررسی دقیق این ارتباط و شناسایی راهکارهای مناسب برای کاهش پیامدهای آن‌ها ضروری است. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مداخلات زودهنگام می‌توانند به کاهش مشکلات رفتاری و بهبود کیفیت زندگی کودکان کمک کنند.

هدف این پژوهش بررسی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به شب‌ادراری و مقایسه آن با کودکان سالم است.

روش بررسی

مطالعه از نظر هدف یک مطالعه کاربردی و از نظر روش، یک مطالعه مورد شاهدهی می‌باشد. جامعه مورد بررسی شامل کلیه کودکان عادی و کودکان مبتلا به شب ادراری مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی کودکان و یا متخصصین نفرولوژی در سنندج می‌باشند (در سال ۱۴۰۳). معیار ورود کودکان ۵-۱۲ ساله که دارای شب ادراری اولیه می‌باشند. همچنین بدون بیماری‌های متابولیک، بدون بیماری مزمن قلبی-عروقی و بدون هیچ گونه سابقه بیماری مزمن کلیوی (هر گونه اختلال کلیوی که از نظر عملکردی و یا آناتومیکی بیشتر از سه ماه طول بکشد) می‌باشد.

شباب‌داری و ۳/۳٪ از گروه کنترل مبتلا به ADD بودند. نسبت شانس (Odds Ratio) ابتلا به ADD در گروه کیس ۵/۰۴ برابر گروه کنترل بود. شیوع اختلال بیش‌فعالی (Hyperactivity disorder, HD) معادل ۱۱/۸٪ گزارش شد. ۳۱/۵٪ از کودکان گروه کیس و ۱۱/۷٪ از گروه کنترل مبتلا به HD بودند. نسبت شانس ابتلا به HD در گروه کیس ۳/۴۷ برابر گروه کنترل بود ($P=۰/۰۰۲$) (جدول ۱).

شیوع اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) چهار درصد برآورد شد. ۹/۳٪ از کودکان مبتلا به شبا‌داری و ۱/۷٪ از کودکان گروه کنترل دارای ADHD بودند. نسبت شانس ابتلا به ADHD در گروه کیس ۶/۰۲ برابر گروه کنترل بود ($P=۰/۰۱۸$). شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional defiant disorder, ODD) برابر با ۲۴/۷٪ بود. در گروه کودکان مبتلا به شبا‌داری ۳۸/۹٪ و در گروه کنترل ۱۸/۳٪ ODD مشاهده شد. نسبت شانس ODD در گروه کیس نسبت به گروه کنترل ۲/۸۴ محاسبه گردید ($P=۰/۰۰۴$) (جدول ۱).

شیوع اختلال سلوک (Conduct disorder, CD) معادل ۱۲/۱٪ گزارش شد. با این حال، نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که تفاوت معناداری از نظر شیوع CD بین گروه‌ها وجود نداشت ($P=۰/۲۱۲$) (جدول ۲). شیوع اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder, GAD) برابر با ۱۴/۴٪ بود. ۲۷/۸٪ از کودکان مبتلا به شبا‌داری و ۸/۳٪ از گروه کنترل به GAD مبتلا بودند. نسبت شانس ابتلا به GAD در گروه کیس ۴/۲۳ برابر گروه کنترل بود ($P=۰/۰۰۱$) (جدول ۱).

شیوع فوبیا ۶۵/۵٪ گزارش شد. در گروه کودکان مبتلا به شبا‌داری ۵۹/۳٪ و در گروه کنترل ۶۸/۳٪ موارد فوبیا مشاهده شد. نسبت شانس ابتلا به فوبیا در گروه کیس ۰/۶۷۴ بود که نشان‌دهنده شیوع کمتر فوبیا در گروه کیس نسبت به کنترل است ($P=۰/۰۰۱$).

شیوع اختلال وسواس فکری-عملی (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) معادل ۵۱/۱٪ بود. در گروه کیس ۳۵/۲٪ و در گروه کنترل ۵۸/۳٪ موارد OCD مشاهده شد. نسبت شانس ابتلا به OCD در گروه کیس ۰/۳۸۸ محاسبه گردید، که نشان‌دهنده شیوع کمتر OCD در گروه کودکان مبتلا به شبا‌داری نسبت به کنترل است ($P=۰/۰۰۵$) (جدول ۱). شیوع اختلال استرس پس از سانحه

نتایج نشان داد شیوع ADHD در کودکان مبتلا به شبا‌داری ۹/۳٪ و در کودکان سالم ۱/۷٪ است، این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=۰/۰۱۸$) و نسبت شانس ۶/۰۲ محاسبه شد. یعنی احتمال ADHD در کودکان دارای شبا‌داری حدود شش برابر بیشتر است. این همبودی می‌تواند ناشی از نقص در تنظیم عصبی مرکزی یا رفتارهای تکانشی و ناتوانی در کنترل هیجانات باشد. یافته‌های این پژوهش با مطالعاتی مانند Sepehrmanesh و همکاران، Mota و همکاران، Fergusson و همکاران و Joinson و همکاران همخوانی دارد.^{۶-۹} که همگی رابطه‌ی معناداری بین شبا‌داری و اختلالات روانی از جمله ADHD گزارش کرده‌اند. بنابراین، ارزیابی روان‌پزشکی دقیق کودکان مبتلا به شبا‌داری برای تشخیص و درمان همزمان ADHD توصیه می‌شود.

بحث

نتایج آزمون کای‌اسکوئر تفاوت معناداری از نظر شیوع PTSD بین گروه‌ها نشان نداد ($P=۰/۳۹۶$) (جدول ۲). شیوع تیک (Tic) معادل ۲۹/۳٪ گزارش شد. ۴۶/۳٪ از کودکان مبتلا به شبا‌داری و ۲۱/۷٪ از گروه کنترل دارای تیک بودند.

نسبت شانس ابتلا به تیک در گروه کیس ۳/۱۱۷ برابر گروه کنترل بود ($P=۰/۰۰۵$). نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع برخی اختلالات روان‌پزشکی در کودکان مبتلا به شبا‌داری به طور معناداری بیشتر از کودکان گروه کنترل است. به طور خاص، اختلالات ADD، HD، ADHD، ODD، GAD و Tic در گروه مبتلا به شبا‌داری با شیوع بالاتری مشاهده شد (جدول ۱). نسبت شانس این اختلالات در گروه کیس نسبت به گروه کنترل به طور قابل توجهی افزایش یافته بود. از سوی دیگر، اختلالات فوبیا و OCD در گروه کنترل شیوع بیشتری داشتند.

برای اختلالات CD و PTSD تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (جدول ۲). این یافته‌ها بر اهمیت ارزیابی جامع روان‌پزشکی در کودکان مبتلا به شبا‌داری تاکید دارد و لزوم غربالگری و مداخلات درمانی به موقع برای پیشگیری از تشدید مشکلات روانی در این گروه از بیماران را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که تفاوت معناداری از نظر شیوع CD بین گروه‌ها وجود نداشت ($P=۰/۲۱۲$) (جدول ۲). شیوع اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder, GAD) برابر با ۱۴/۴٪ بود. ۲۷/۸٪ از کودکان مبتلا به شبا‌داری و ۸/۳٪ از گروه کنترل به GAD مبتلا بودند. نسبت شانس ابتلا به GAD در گروه کیس ۴/۲۳ برابر گروه کنترل بود ($P=۰/۰۰۱$) (جدول ۱).

شیوع فوبیا ۶۵/۵٪ گزارش شد. در گروه کودکان مبتلا به شبا‌داری ۵۹/۳٪ و در گروه کنترل ۶۸/۳٪ موارد فوبیا مشاهده شد. نسبت شانس ابتلا به فوبیا در گروه کیس ۰/۶۷۴ بود که نشان‌دهنده شیوع کمتر فوبیا در گروه کیس نسبت به کنترل است ($P=۰/۰۰۱$). شیوع اختلال وسواس فکری-عملی (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) معادل ۵۱/۱٪ بود. در گروه کیس ۳۵/۲٪ و در گروه کنترل ۵۸/۳٪ موارد OCD مشاهده شد. نسبت شانس ابتلا به OCD در گروه کیس ۰/۳۸۸ محاسبه گردید، که نشان‌دهنده شیوع کمتر OCD در گروه کودکان مبتلا به شبا‌داری نسبت به کنترل است ($P=۰/۰۰۵$) (جدول ۱). شیوع اختلال استرس پس از سانحه

جدول ۱: توزیع فراوانی به تفکیک گروه های مورد مطالعه

اختلال	گروه	بله (درصد)	خیر (درصد)	P
ADD	کنترل	۳/۳	۹۶/۷	۰/۰۰۶
	کیس	۱۴/۸	۸۵/۲	
HD	کنترل	۱۱/۷	۸۸/۳	۰/۰۰۲
	کیس	۳۱/۵	۶۸/۵	
ADHD	کنترل	۱/۷	۹۸/۳	۰/۰۱۸
	کیس	۹/۳	۹۰/۷	
ODD	کنترل	۱۸/۳	۸۱/۷	۰/۰۰۴
	کیس	۳۸/۹	۶۱/۱	
MDD	کنترل	۱/۷	۹۸/۳	۰/۰۱۸
	کیس	۸/۳	۹۱/۷	
GAD	کنترل	۸/۳	۹۱/۷	۰/۰۰۱
	کیس	۲۷/۸	۷۲/۲	
فوبیا	کنترل	۶۸/۳	۳۱/۷	۰/۰۰۱
	کیس	۵۹/۳	۴۰/۷	
OCD	کنترل	۵۸/۳	۴۱/۷	۰/۰۰۵
	کیس	۳۵/۲	۶۴/۸	
SAD	کنترل	۳۰	۷۰	۰/۰۲۱
	کیس	۴۸/۳	۵۱/۷	
Tic	کنترل	۲۱/۷	۷۸/۳	۰/۰۰۵
	کیس	۴۶/۳	۵۳/۷	

آزمون آماری: One-way analysis of variance (ANOVA). سطح معناداری ($P < ۰/۰۰۵$)

جدول ۲: توزیع فراوانی به تفکیک گروه های مورد مطالعه

اختلال	گروه	بله (درصد)	خیر (درصد)	P
اسکیزوفرنی	کنترل	۱/۷	۹۸/۳	۰/۹۳۱
	کیس	۱/۷	۹۸/۳	
اوتیسم	کنترل	۱/۷	۹۸/۳	۰/۰۷۷
	کیس	۹۳/۳	۶/۷	
PTSD	کنترل	۲۶/۷	۷۳/۳	۰/۳۶۹
	کیس	۳۳/۳	۶۶/۷	
CD	کنترل	۱۰	۹۰	۰/۲۱۲
	کیس	۱۶/۷	۸۳/۳	

آزمون آماری: One-way analysis of variance (ANOVA). سطح معناداری ($P < ۰/۰۰۵$)

($P=0/001$) و نسبت شانس $4/23$ محاسبه شد. یعنی کودکان شبادار بیش از چهار برابر بیشتر در معرض GAD قرار دارند. اضطراب می‌تواند با اختلال در خواب و پاسخ به احساس پر بودن مثانه، شباداری را تشدید کند و خود شباداری نیز اضطراب کودک را افزایش دهد. پژوهش‌های Joinson, Fergusson و Von Gontard این ارتباط دوطرفه را تایید کرده‌اند.^{۱۱و۹} بنابراین، درمان شباداری باید همراه با ارزیابی و مداخلات روان‌شناختی صورت گیرد، به‌ویژه در موارد مقاوم به درمان.

یافته‌ها نشان داد که شیوع افسردگی اساسی در کودکان مبتلابه شباداری $9/3\%$ و در گروه کنترل $1/7\%$ بود، این تفاوت معنادار بود ($P=0/018$) و نسبت شانس $6/02$ محاسبه شد. یعنی کودکان شبادار حدود شش برابر بیشتر در معرض ابتلابه افسردگی قرار دارند. عوامل مانند خجالت، طرد اجتماعی، تنبیه والدین و اختلال خواب می‌توانند نقش مهمی در این همبودی ایفا کنند. مطالعات Hagglof, Joinson و Fergusson این ارتباط را تایید کرده‌اند.^{۱۲و۹} بنابراین درمان شباداری باید همراه با ارزیابی و مداخلات روان‌شناختی انجام گیرد تا از مزمن شدن اختلال و بروز مشکلات ثانویه پیشگیری شود.

براساس یافته‌ها، شیوع تیک عصبی در کودکان مبتلابه شباداری $46/3\%$ و در گروه کنترل $21/7\%$ بود، این تفاوت معنادار بود ($P=0/005$) و نسبت شانس $3/117$ به دست آمد، یعنی کودکان شبادار بیش از سه برابر بیشتر در معرض ابتلابه تیک هستند. تیک‌های عصبی که شامل حرکات یا صداها ناگهانی و غیرارادی‌اند، در شرایط استرس تشدید می‌شوند. همپوشانی نورویولوژیکی در مغز (مانند اختلال در عقده‌های قاعده‌ای و سیستم دوپامینرژیک) می‌تواند علت این همبودی باشد. استرس ناشی از شباداری نیز عامل تشدیدکننده است. یافته‌های Sharif, Joinson و Von Gontard این ارتباط را تایید می‌کنند.^{۱۱و۹} بنابراین، درمان شباداری باید همراه با ارزیابی و مدیریت اختلالات هیجانی و عصبی از جمله تیک‌ها انجام گیرد.

نتایج پژوهش نشان داد شیوع اختلال اضطراب جدایی در کودکان مبتلابه شباداری $48/1\%$ و در گروه کنترل 30% بود. این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=0/021$) و نسبت شانس $2/17$ محاسبه شد، به این معنا که کودکان شبادار بیش از دو برابر بیشتر در معرض

در یک تحلیل آماری، شیوع اختلال نقص توجه در کودکان مبتلابه شباداری $14/8\%$ و در گروه کنترل $3/3\%$ گزارش شد که تفاوت آن با آزمون کای‌اسکوئر معنادار بود ($P=0/006$) و نسبت شانس $5/04$ محاسبه شد. این یافته نشان می‌دهد کودکان با شباداری پنج برابر بیشتر احتمال ابتلابه ADD دارند. نقص توجه می‌تواند موجب اختلال در تشخیص احساس پر بودن مثانه شود. همچنین، تاخیر در رشد قشر پیش‌پیشانی مغز یکی از دلایل نورویولوژیکی این همبودی است. پژوهش‌های قبلی نیز این ارتباط را تایید کرده‌اند و بر اهمیت توجه به مشکلات شناختی در درمان شباداری تاکید دارند. بنابراین، مداخلات درمانی باید ارزیابی‌های روان‌شناختی به‌ویژه در زمینه توجه را دربرگیرند تا از پیامدهای بلندمدت جلوگیری شود.

با توجه به نتایج، شیوع بیش‌فعالی حرکتی (HD) در کودکان مبتلابه شباداری $31/5\%$ و در گروه کنترل $11/7\%$ بود، این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=0/002$) و نسبت شانس $3/47$ محاسبه شد. یعنی کودکان شبادار بیش از سه برابر بیشتر احتمال دارد علائم بیش‌فعالی داشته باشند. بیش‌فعالی می‌تواند باعث اختلال در تشخیص علائم فیزیولوژیکی شود. پژوهش‌های Mota, Sharif و Von Gontard نیز این ارتباط را تایید کرده‌اند.^{۱۱و۹} و بر نقش نقص‌های نورولوژیکی و اهمیت ارزیابی روان‌پزشکی همزمان با درمان شباداری تاکید دارند. بنابراین، در درمان کودکان مبتلابه شباداری باید علائم بیش‌فعالی نیز بررسی و مدیریت شود.

شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مبتلابه شباداری $38/9\%$ و در گروه کنترل $18/3\%$ بود، این تفاوت معنادار بود ($P=0/004$) و نسبت شانس $2/84$ محاسبه شد. یعنی کودکان شبادار تقریباً سه برابر بیشتر در معرض ODD قرار دارند. شباداری می‌تواند با ایجاد فشار روانی، بروز رفتارهای مقابله‌ای مانند لجبازی و پرخاشگری را افزایش دهد و بالعکس، خلق نافرمان کودک می‌تواند درمان شباداری را دشوارتر کند. پژوهش‌های Fergusson, Sepehrmanesh و دیگران نیز این ارتباط را تایید کرده‌اند.^{۹و۱۱} بنابراین، درمان شباداری باید همراه با مداخلات رفتاری برای مدیریت ODD و آموزش والدین صورت گیرد.

شیوع اختلال اضطراب فراگیر در کودکان مبتلابه شباداری $27/8\%$ و در گروه کنترل $8/3\%$ بود، این تفاوت معنادار بود

اختلالات اضطرابی است. برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که فوبیای خاص ممکن است ارتباطی با شب‌اداراری نداشته باشد. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که همه اختلالات روان‌شناختی لزوماً با یکدیگر همبودی ندارند و بررسی دقیق‌تر در پژوهش‌های آتی ضروری است. در بررسی آماری، تفاوت معناداری بین شیوع اختلالات استرس پس از سانحه، اختلال سلوک، فوبیای اجتماعی، اسکیزوفرنی و اوتیسم در کودکان با شب‌اداراری و گروه کنترل مشاهده نشد. این نشان‌دهنده رابطه ضعیف‌تر یا پیچیده‌تر این اختلالات با شب‌اداراری است. علت‌ها شامل پیچیدگی‌های ژنتیکی، زیستی و محیطی این اختلالات و نیاز به ارزیابی دقیق در تشخیص اختلالات شدید مانند اسکیزوفرنی و اوتیسم است. علاوه بر این، شیوع پایین این اختلالات در کودکان باعث کاهش احتمال یافتن تفاوت‌های آماری در مطالعات کوچک می‌شود. این نتایج با پژوهش‌های قبلی همخوانی دارد و نشان می‌دهد شب‌اداراری بیشتر با اختلالات رفتاری-هیجانی خفیف‌تر در ارتباط است.

نتیجه‌گیری، پژوهش حاضر با هدف بررسی همبودی اختلال شب‌اداراری با اختلالات روان‌شناختی مختلف در کودکان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل و تفسیر داده‌ها به روشنی نشان داد که شب‌اداراری یک اختلال صرفاً جسمی یا رشدی نبوده و در بسیاری از موارد، با مجموعه‌ای از اختلالات روان‌شناختی و رفتاری همبود است. به‌ویژه، همبودی معنادار و چشم‌گیر با اختلالاتی چون ADHD، ADD، ODD، HD، GAD، MDD، Tic disorder و SAD همراه است.

این یافته‌ها بیانگر آن‌اند که شب‌اداراری باید از منظر یک اختلال چندعاملی مورد بررسی قرار گیرد، اختلالی که از تعامل پیچیده‌ی عوامل زیستی، روانی، هیجانی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. از سوی دیگر، یافته‌هایی همچون شیوع پایین‌تر OCD و Phobia در گروه مبتلا یا عدم تفاوت معنادار در PTSD، اسکیزوفرنی، اوتیسم و CD نشان می‌دهد که همبودی روان‌شناختی در شب‌اداراری گزینشی بوده و مختص گروه خاصی از اختلالات است. این مسئله نیازمند تحلیل دقیق‌تری از مکانیزم‌های مشترک نوروبیولوژیک، شناختی و محیطی است. نتایج این پژوهش با بسیاری از مطالعات داخلی و بین‌المللی همسو بوده و ضرورت توجه ویژه به ارزیابی روان‌پزشکی در درمان شب‌اداراری را بیش از پیش آشکار می‌سازد. درمان موثر شب‌اداراری

ابتلا به SAD قرار دارند. اضطراب جدایی با علائمی چون ترس افراطی از جدایی، شکایات جسمی، و امتناع از حضور در موقعیت‌های اجتماعی همراه است و می‌تواند در کودکان شب‌ادار به شکل وابستگی شدیدتر به والدین و اجتناب از خوابیدن در مکان‌های دیگر ظاهر شود. این اضطراب می‌تواند هم زمینه‌ساز و هم پیامد شب‌اداراری باشد. یافته‌های مطالعات پیشین مانند Sharif Joinson و Von Gontard نیز ارتباط معنادار بین SAD و شب‌اداراری را تایید کرده‌اند.^{۱۱۹} بر این اساس، ارزیابی و درمان شب‌اداراری باید علاوه بر مداخلات جسمانی، شامل مداخلات روان‌شناختی با تمرکز بر اضطراب جدایی و سبک دلبستگی کودک نیز باشد. به‌کارگیری درمان‌های شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب و بهبود علائم شب‌اداراری مؤثر واقع شود.

در این پژوهش، شیوع اختلال وسواس فکری-عملی در گروه کنترل ۵۸/۳٪ بالاتر از گروه کودکان شب‌ادار ۳۵/۲٪ گزارش شد، که برخلاف انتظار و با معناداری آماری همراه بود. این اختلال معمولاً با اضطراب و رفتارهای تکراری مرتبط است. در اکثر مطالعات، OCD به عنوان اختلالی همبود با شب‌اداراری شناخته می‌شود، اما در این مطالعه، شیوع بالاتر OCD در کودکان بدون شب‌اداراری مشاهده شد. این یافته ممکن است به دلیل سوگیری در گزارش والدین، تداخل علائم یا ویژگی‌های خاص نمونه باشد. درحالی‌که مطالعات دیگر، شیوع بالاتر OCD را در کودکان شب‌ادارار گزارش کرده‌اند، این پژوهش نشان می‌دهد که نتایج روش‌شناختی، خطاهای گزارش یا ویژگی‌های خاص نمونه ممکن است تأثیرگذار باشند. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این رابطه با حجم نمونه بزرگ‌تر و ابزارهای دقیق‌تر بررسی شود.

در این پژوهش، شیوع فوبیا (هراس خاص) در گروه کودکان مبتلا به شب‌اداراری ۵۹/۳٪ و در گروه کنترل ۶۸/۳٪ گزارش شد که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=0/001$) برخلاف انتظار، شیوع فوبیا در گروه کنترل بالاتر از گروه مبتلا به شب‌اداراری بود. فوبیا در کودکان به صورت ترس‌های غیرمنطقی از اشیاء یا موقعیت‌ها بروز می‌کند و معمولاً به اختلالات اضطرابی مربوط است. انتظار می‌رفت که فوبیا با شب‌اداراری همبودی بیشتری داشته باشد، اما نتایج نشان داد که این‌طور نیست. دلایل احتمالی شامل خطای نمونه‌گیری، عدم توجه والدین به ترس‌های فرزندانشان یا تفاوت ماهیتی فوبیا با سایر

به کارگیری ارزیابی‌های چندمنبعی (والدین، معلمان، روان‌شناس بالینی) و همچنین روش‌های مصاحبه بالینی استاندارد می‌تواند دقت تشخیص اختلالات روان‌شناختی همبود را افزایش دهد. پیشنهاد می‌شود مطالعات تجربی آینده به بررسی اثربخشی مداخلات چندبعدی (ترکیب درمان‌های دارویی، روان‌درمانی، رفتاری و آموزشی) در کاهش همزمان شب‌ادراری و اختلالات روانی همبود بپردازند.

سپاسگزاری: این مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه تحت عنوان "بررسی فراوانی اختلالات روانی در کودکان مبتلا به شب‌ادراری در مقایسه با کودکان سالم" در مقطع دستیاری در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ با کد ۱۰۳۵۶ که در دانشگاه علوم پزشکی کردستان اجرا شده است.

باید فراتر از تجویز دارو یا تنظیم خواب و تغذیه باشد و جنبه‌های هیجانی، رفتاری و خانوادگی کودک نیز در نظر گرفته شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی طولی، مسیر همبودی شب‌ادراری با اختلالات روان‌شناختی را در گذر زمان دنبال کنند تا بتوانند عوامل پیش‌بین و پیامدهای طولانی‌مدت این همبودی‌ها را مشخص کنند. مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر و با لحاظ کردن متغیرهای قومی، فرهنگی، اقتصادی و جغرافیایی می‌تواند به افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی طراحی شود که شب‌ادراری را با سایر اختلالات دفعی (مانند بی‌اختیاری روزانه و انکوپریزیس) مقایسه کند تا تفاوت‌های روان‌شناختی بین آنها روشن گردد.

References

1. van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML, Bols EM, Groenewout M, Deutekom-Mulder A, de Jong TPVM, Scheepe JR. Physiotherapy in childhood bladder and bowel dysfunctions: a systematic review of randomised controlled trials. *Med Res Arch*. 2023;11(5).
2. Tsai JD, Chang YC, Lin LC, Sheu JN. Trend of nocturnal enuresis in children with attention deficit/hyperactivity disorder: a nationwide population-based study in Taiwan. *J Investig Med*. 2017;65(2):370-5.
3. Lumsden L. Evaluation of the Impact of a Health Education Program on the Rate of Recurrent Urinary Tract Infections in a Selected Female Outpatient Population [dissertation]. 1980.
4. Sheer TZJ, Jafar B, Amirhoshang M. Epidemiology of disruptive behavior and attention deficit disorders among elementary school students in Gonabad. 1996.
5. Elaheh M. Adaptation and standardization of the Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). 2007.
6. Sepehrmanesh Z, Moravvaji A. Comorbidity of psychiatric disorder in children with nocturnal enuresis. *Sci Res J Shahed Univ*. 2014;21:1-7.
7. Mota DM, Matijasevich A, Sant'Anna MJ, Vieira VP, Petresco S, Sampaio R, et al. Psychiatric disorders in children with enuresis at 6 and 11 years old in a birth cohort. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96(3):318-26.
8. Fergusson DM, Horwood LJ. Nocturnal enuresis and behavioral problems in adolescence: a 15-year longitudinal study. *Pediatrics*. 1994;94(5):662-8.
9. Joinson C, Heron J, Emond A, Butler R. Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(5):605-16.
10. Sharif AS, Alizadeh F, Ahmadi A, Jafari M. Investigating Enuresis in Children: A Review Article: Enuresis in Children. *J Pediatr Nephrol*. 11(1).
11. von Gontard A, Equit M. Comorbidity of ADHD and incontinence in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:127-40.
12. Häggglöf B, Andrén O, Bergström E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of self-esteem after treatment. *Eur Urol*. 1998;33(Suppl 3):16-9.

Comparison of primary nocturnal enuresis and psychiatric disorders in children

Alireza Eskandarifar M.D.¹
Zahra Taherkhani M.D.^{1*}
Soleiman Mohammadzadeh M.D.²
Rama Naghshizadian M.D.³
Khaled Rahmani M.D.⁴

1- Department of Pediatrics,
Faculty of Medicine, Kurdistan
University of Medical Sciences,
Sanandaj, Iran.

2- Neurosciences Research Center,
Research Institute for Health
Development, Kurdistan University
of Medical Sciences, Sanandaj,
Iran.

3- Department of Pediatrics, Besat
Hospital, Faculty of Medicine,
Kurdistan University of Medical
Sciences, Sanandaj, Iran.

4- Research Institute for Health
Development, Kurdistan University
of Medical Sciences, Sanandaj,
Iran.

* Corresponding author: Department of
Pediatrics, Faculty of Medicine,
Kurdistan University of Medical
Sciences, Sanandaj, Iran.
Tel: +98-28-35239366
E-mail: taherkhani.daroo@gmail.com

Abstract

Received: 11 Jun. 2025 Revised: 18 Jun. 2025 Accepted: 16 Jul. 2025 Available online: 23 Jul. 2025

Background: Primary nocturnal enuresis (PNE) is a common and distressing childhood disorder characterized by involuntary urination during sleep after the age when bladder control is normally achieved. It affects not only the child's quality of life but also family dynamics and social relationships. Previous studies have suggested a possible link between PNE and psychological or behavioral problems, yet findings have been inconsistent across populations. The present study aimed to investigate and compare the prevalence and patterns of psychiatric disorders among children with primary nocturnal enuresis and healthy controls in Sanandaj, Iran.

Methods: This case-control study was conducted in Sanandaj from October 2024 to April 2025. The study population included children referred to the Medical, Educational, and Therapeutic Center of Kurdistan University of Medical Sciences. A total of 228 participants were enrolled, comprising 108 children diagnosed with primary nocturnal enuresis and 120 age- and sex-matched healthy controls selected through convenient sampling. Psychiatric assessments were performed using the parent version of the Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) questionnaire, which evaluates a wide range of childhood behavioral and emotional disorders based on DSM-IV criteria. Statistical analysis was performed using Stata version 18, and comparisons between groups were made using the chi-square and Fisher's exact tests. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: Children with primary nocturnal enuresis had significantly higher frequencies of attention deficit disorder (ADD), hyperactivity disorder (HD), attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder (ODD), generalized anxiety disorder (GAD), and tic disorder compared with the control group ($p < 0.05$). In contrast, the prevalence of phobia and obsessive-compulsive disorder (OCD) was slightly higher in the control group. No statistically significant difference was found regarding post-traumatic stress disorder (PTSD) between the two groups.

Conclusion: The findings suggest that primary nocturnal enuresis may serve as an indicator of increased vulnerability to certain psychiatric disorders in childhood. Early recognition and psychological evaluation of children with enuresis are recommended to improve long-term outcomes and mental well-being.

Keywords: anxiety disorders, attention deficit disorder with hyperactivity, case-control studies, child, enuresis, nocturnal, oppositional defiant disorder, tic disorders.