

خشک بودن در شب

(شب ادراری)

ترجمه آذر کتولی

روانشناسی

مرکز روانپزشکی رازی

شب ادراری در کودکانی که از مرحله یوشک بستن گذشته‌اند می‌تواند نه تنها برای خود کودک بلکه برای تمام افراد خانواده یک استرس باشد. برآستی مریبان پیداست و مریبان در مدرسه‌ها چه توصیه‌هایی می‌توانند بکنند؟ ریچارد شیلتو و سندی رید (۱) در این مقاله در مورد بهترین متدهای درمانی به بحث پرداخته‌اند.

برای بیشتر ما یادگیری این مسئله در کودکی، که وقت و محل ادرار کجاست کمی مشکل بوده است. شب ادراری مشکلی است که باعث پریشانی، ناراحتی و رنج برای خانواده است. سنی که معمولا در آن انتظار می‌رود ادرار کنترل شود بستگی به تکامل و رشد فیزیولوژیکی بدن و نیز به فرهنگ و نورمهای جامعه دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که معمولا دخترها زودتر از پسرها ادرار خود را کنترل می‌کنند: ۴۵ درصد دختران ۳ تا ۶ ساله شبها کنترل ادرار دارند در صورتی که این رقم برای پسران ۳۳ درصد است. این تفاوتها که بعدها از میان می‌رود ممکن است در سالهای بعد دوباره ظاهر شود. شب ادراری پسران در اوایل سنین نوجوانی تا دو برابر شب ادراری دختران هم نشان است. البته به دست آوردن آمار صحیح در این مورد مشکل است اما می‌توان گفت در کشورهایی که خدمت نظام در آنها اجباری است یک درصد پسران دچار شب ادراری هستند.

اگر عدم کنترل ادرار عملی غیر ارادی در خواب و بدون هیچگونه اشکال ارگانیکی باشد، آمار نشان می‌دهد حدود هفت درصد از پسران هفت ساله و سه درصد از دختران هفت ساله هفته‌ای یک بار رختخواب خود را خیس

می‌کنند. درمان شب ادراری تا پیش از شش سالگی باید با تعمق و دقت بسیار انجام شود زیرا قسمت مهمی از علت‌های شب ادراری خود به خود در شرف کنترل شدن درمی‌آید، اما از طرف دیگر نیز هر چه درمان به تأخیر بیفتد احتمال کنترل خود به خود آن ضعیفتر و درمان مشکلتر خواهد بود.

دانشته‌های ما در مورد علت‌های اصلی این مسئله بسیار کم است. بطور کلی می‌توان سه علت برای آن قایل نبود:

۱. مسائل ارگانیکی یا ساختمانی بدن (مانند کوچک بودن مثانه یا تأخیر در رشد ماهیچه‌های مربوطه)؛

۲. مسائل روانی اجتماعی (مانند بالا بودن مقدار استرسی در منزل، تنشها و نوزوتیکها)؛

۳. علل سایکو داینامیک و دیدگاه فرویدینها به منزله ادرار کردن به عنوان عملی پرخاشگرانه در برابر والدین.

موارد بسیار زیادی از شب ادراری در خانواده‌ها مشاهده شده است. در بسیاری از این موارد خویشان درجه اول نیز در کودکی سابقه شب ادراری داشتند. علت این شب ادراری معمولا این است که کودکان مثانه کوچک و فعال دارند و در هر بار فقط مقدار کمی ادرار دفع می‌کنند.

اهمیت مسائل روانی اجتماعی نیز بسیار است. با این حال تمام مسئله این نیست. برای مثال شواهدی در دست است که یک سوم کودکان هفت ساله‌ای که دچار شب ادراری‌اند، در گذشته حداقل یک دوره شش ماهه کنترل کامل ادرار داشته‌اند. این مسئله نشان دهنده این است که شروع شب ادراری

پس از يك دوره کنترل كامل بايد تحت تأثیر عوامل دیگری باشد.

وجود عامل استرس به صورت کوتاه مدت در کودکان ممکن است باعث بروز شب‌اداراری شود. این گونه شب‌اداراریها معمولاً در هنگام آغاز مدرسه، جدایی خانواده ریا ورود فرزند دوم به خانواده دیده می‌شود، به‌رحال شواهدی در دست نیست که نشان دهد این کودکان از نوع کودکان «عصبی» اند ریا شب‌اداراری آنها به‌تساهی علامت يك نوع ناراحتی و مشکل روانی است. اما می‌توان گفت در خانواده‌هایی که در آنها مسائل استرس‌زا زیاد است، مشکل شب‌اداراری نیز زیاد دیده می‌شود بدین معنی که وجود استرس در خانواده و شب‌اداراری کودک به هم مربوط است. البته چندان مشخص نیست که وجود استرس در خانواده باعث شب‌اداراری کودک است ریا فاکتوری كاملاً مجزا از آن.

استرس در خانواده می‌تواند سبب صدمه ریا تأخیر در رشد نرمال یا بی‌اختیاری در کنترل ادرار یا کم شدن اعتماد به‌نفس و همچنین اضطراب و تنش در کودک شود. این مسئله نیز قابل ذکر است که بطور قطع مشکل شب‌اداراری کودک بر روی روابط خانوادگی تأثیر می‌گذارد. درمان معمولاً برای آن کودکانی مضر نمر و موفقیت آمیز است که اعتماد به‌نفس دارند و از محیط آرام خانواده برخوردارند. به‌رحال تاکنون الگوی خانوادگی یا شخصیتی خاص، یا نوع خاصی از آموزش در توالی رقتن ریا سن خاصی که عامل ریا موجب شب‌اداراری در کودک باشد نشان داده نشده است.

تعداد کمی از کودکان برای درمان آمادگی نشان می‌دهند. رفتار والدین در این موارد بسیار مهمتر از شدت و اصل مشکل موجود یا امکانات درمانی است. همچنین رفتار والدین برای پاسخهای درمانی کودک امر بسیار حیاتی و مهم است. زیرا جایگاه والدین در زندگی کودک تغییرناپذیر است ریا این دو تأثیرات متقابل برهم می‌گذارند.

شواهدی در دست است که کودکان بزرگتر و نوجوانان معمولاً مشکلتر به‌درمان پاسخ می‌دهند. دقیقاً معلوم نیست که آیا علت این مسئله جفاقتان این مشکل در سنین بالاتر است یا مشکلات رفتاری است که کودکان بزرگتر معمولاً دارند.

بعضی از والدین به‌یزشك مراجعه می‌کنند و انتظار دارند کودک پس از يك هفته درمان شود و پس از یکی دوبار ویزیت درمان پایان پذیرد. گاهی والدین اینطور استدلال می‌کنند که فرزندشان بسیار به درمان مشتاق است ریا کمی کوشش و همکاری خیلی‌زود درمان خواهد شد، اما این مسئله چندان درست نیست و به این می‌ماند که زن و شوهری که صاحب فرزند نمی‌شوند و تازه درمان را شروع کرده‌اند می‌بندارند خیلی‌زود بچه‌دار خواهند شد.

معمولاً والدین پیش از مراجعه و مشورت روشهای گوناگونی را آزمایش می‌کنند که رایجترین آنها کم کردن مقدار مایعات پیش از خواب است. این روش در آغاز عاقلانه بنظر می‌رسد و به ویژه در مورد کودکانی که مثانه کوچک یا گنجایش و عملکرد کم دارند مؤثر است. اما شواهدی که از تأثیر دائمی این روش حکایت کند در دست نیست و چه‌بسا جلوگیری از پر بودن مثانه باعث تأخیر در کنترل مثانه‌شود و کودک معمولاً با احساسی که در هنگام پر بودن کامل مثانه به انسان دست می‌دهد آشنا نمی‌شود.

گاهی حتی روش عکس توصیه می‌شود، خصوصاً اگر مثانه کوچک و مایعیهای آن ضعیف باشد، بنابراین گنجایش حجم آن و تمرین رفوی کردن مایعیهای آن می‌تواند سودمند باشد. این روش، که روش کنترل و نگهداری نام دارد بر دو نوع است:

اول دادن مقدار زیادی مایعات به کودک و تشویق کردن او به اینکه برای مدتی خودش را نگه دارد و توالی نرود. دوم تشویق مکرر کودک به اینکه حین ادرار خود را نگه دارد و پس از مدتی دوباره ادرار کند.

بیماران امانت می‌دهند.

این روشها ممکن است در مورد کودکان بسیار خردسال مؤثر است. صدای ناگهانی زنگ دستگاه ممکن است سبب ایجاد ترس در کودک بسیار خردسال شود. همچنین استفاده از این دستگاه برای کودکان عقب‌مانده ذهنی و همچنین کودکانی که دارای معلولیت جسمی‌اند نیز مؤثر است. اخیراً نوع قابل حمل این وسیله نیز ساخته شده که به کمربند کودک وصل می‌شود و قسمت انتهایی آن به لباس زیر کودک متصل است.

اگر میزان موفقیت این دستگاه را در هفته کنترل کامل شب‌اداری در کودک بدانیم. استفاده از این روش در هفتاد و پنج درصد از کودکان مؤثر بوده است. کودکانی که معمولاً به این روش درمانی پاسخ می‌دهند بر دو گروه‌اند: اول کودکانی که خیلی سریع در هفته اول کنترل می‌شوند و دوم کودکانی که مدت طولانی‌تری برای درمان نیاز دارند و درمانشان گاهی تا سه‌ماه نیز به طول می‌انجامد. درمان کودکان بزرگتر معمولاً طولانی‌تر است. قطع شب‌اداری با استفاده از این روش در کودکان به‌شبهه‌های گوناگون صورت می‌گیرد و در بعضی از کودکان پس از پیشرفت نسبتاً کند بطور سریع قطع می‌شود.

مشکلی که در این جا ممکن است به وجود آید مسئله برگشت شب‌اداری کودک و استفاده مجدد از روش زنگ اخبار است. آمار نشان داده است که یک سال پس از درمان، شب‌اداری در ۴۰ درصد کودکان برگشت می‌کند و استفاده از روش زنگ اخبار ناگزیر می‌شود. در مورد کودکانی که پاسخ درمانیشان سریع است، احتمال برگشت و استفاده مجدد از وسایل مزبور معمولاً کمتر از کودکانی است که به مدت نسبتاً طولانی‌تری برای درمان نیاز دارند. در درمان مجدد کودکانی که مشکل شب‌اداری آنها رجعت می‌کند موفقیت‌های درمانی بین ۱۶۰ الی ۷۰

این روش در بسیاری از کودکان بجز کودکانی که نه تنها در شب بلکه روزها نیز کنترل ادرار ندارند مفید واقع شود. اما برای کودکانی که فقط در شب هنگام خواب کنترل ادرار ندارند چندان مفید نیست و توصیه نمی‌شود.

مؤثرترین روش درمان شب‌اداری که روانشناسان پیشنهاد کرده‌اند، بر اساس شرطی کردن تکنیک‌های یادگیری مبتنی است. اما این روشها نمی‌توانند در مورد کودکانی که کاربرد شده‌اند از نظر روانی دارای واکنش‌های مضطرب و فوارا هستند.

مؤررز (۲) در سال ۱۹۳۰ روشی درمانی مبنی بر ثوری شرطی کردن پاولوف پیشنهاد کرد. موافق با روش پاولوف که مسکها را شرطی کرده بود تا در اثر علائمی خاص رفتاری خاص نشان دهند مؤررز نیز بیماران خود را طوری تعلیم داده بود که بر اثر صدای زنگ ادرار کنند.

در مورد چگونگی کارگر بودن این روش، عقاید مختلف است. انجام کار نیز در طی سالها بطور مستمر تصحیح شده است. روش کار بدین ترتیب است که صفحه‌ای حساس به ادرار را در انتهای تنگ و ملافه کودک وصل می‌کنیم که به‌بازی زنگ اخباری در کنار تخت متصل است. با تماس مقدار کمی ادرار به این صفحه مدار الکتریکی خاصی به‌کار می‌افتد و زنگ اخبار به‌صدا در می‌آید و کودک را بیدار می‌کند و کودک بناچار برای اتمام کارش به توالت می‌رود. در این فاصله جای کودک عوض می‌شود و دوباره صفحه مخصوص و زنگ اخبار کار گذاشته می‌شود. بر اثر مرور زمان کودک بتدریج دیگر رختخواب خود را خیس نمی‌کند و پرسیدن مثانه خود به‌خود به‌علامتی برای بیدار کردن کودک از خواب بدل می‌شود.

این دستگاه مخصوص زنگ اخبار آن را بسیاری از کلینیکها، متخصصان اطفال و روانشناسان بالینی برای طول مدت درمان به

2. Mowrers

درصد است. علت رجعت مشکل در این کودک هنوز مشخص نیست اما می‌توان این میزان را با یادگیری به حداقل رسانید. برای مثال می‌شود حتی تا مدتی پس از درمان و کنترل کامل شب‌ادراری مقدار زیاد مایعات پیش از خواب به کودک داد و از زنگ اخبار همچنان استفاده کرد.

در اوایل سالهای ۱۹۷۰ سه روانشناس به نامهای آزرین، اسنید و فاکس (۳) روش زنگ اخبار را ارائه دادند. این روش به نام روش «تعلیم رختخواب خشک» (۴) شناخته شد و خیلی سریع رواج یافت.

روش دیگری نیز به نام «تعلیم در تمام شب» (۵) است: دادن مقدار زیادی مایعات به کودک و بیدار کردن مکرر او در طول شب برای رفتن به توالت. در این روش، در صورت خشک بودن رختخواب به کودک پاداش داده می‌شود و در صورت خیس کردن رختخوابش کودک مجبور به عوض کردن رختخوابش می‌شود. ادما این روش پس از مدتی به علت شرطی شدن کودک شبیه به روش زنگ اخبار خواهد بود. معمولاً انجام این روش در ابتدا مشکل بنظر می‌رسد اما بیشتر والدین مشکل چندانی برای یادگیری آن نداشته‌اند.

میزان موفقیت این روش حدود ۹۰ درصد گزارش شده است و میزان بازگشت کودک به شب‌ادراری در این روش کمتر از روش زنگ اخبار است. به خاطر زحمت زیاد این روش برای والدین توصیه می‌شود شروع و خاتمه آن در تعطیلات آخر هفته باشد تا والدین وقت بیشتری داشته باشند. اما باین حال این نوع درمان نیز مانند روشهای دیگر با دشواریهایی همراه است.

داروهای تری‌سایکلک هم ممکن است برای درمان شب‌ادراری به کار برده شود. امپرامین رامی‌تریپتیلین بهترین داروهای— اند که در این موارد تجویز می‌شوند. اما این داروها در کوتاه مدت مؤثرند و باید به یاد داشت که مصرف داروها به هر حال برای

کودکان خالی از خطر نیست. گرچه ممکن است در ابتدا بهبودی اولیه دیده شود و گاه پس از قطع دارو علامت دوباره رجعت می‌کند. اگر داروهای تری‌سایکلک برای درمان شب‌ادراری مورد استفاده‌ای داشته باشند که بسیاری از درمان‌گران در این مورد مطمئن نیستند بهترین طریق تجویز آن برای کودک در دوره‌های کوتاه مدت، مثلاً دوره تعطیلات چند روزه است، اما در مجموع بهتر است حتی الامکان از مصرف آنها اجتناب شود. بعضی از کودکانی که کنترل ادرار ندارند به ویژه دختران ممکن است به عفونت مجرای ادراری دچار بوده، و فاراحتشان به علت وجود این اختلال باشد. به این دلیل توصیه می‌شود برای تشخیص عفونت ادراری در کودکان شب ادرار آزمایشهای عادی انجام شود.

درمان باید مطابق با نیازهای کودک باشد. مشکلات باید با صرف وقت با والدین برای بی‌بردن به عقاید و احساسات آنها در مورد مشکل کودک پیش‌بینی و پیگیری شود. نباید عجولانه به درمانی پرداخت که هر چند در زمان مناسب باشد اما گاه منجر به سوء تفاهم و یا بی‌علاقگی پدر و مادر شود.

آگاهی از عقیده والدین و همچنین کودک در مورد ماهیت مشکل اهمیت بسیار دارد. آیا مسئله تنبلی کودک است؟ سرکشی است؟ و یا اشکالات تربیتی و یا مسائل دیگر؟ گاهی والدین نظر خاصی ولو نادرست در این مورد دارند. این مسئله در کتابهای راهنما به کرات آمده است که شب‌ادراری معمولاً در طول خواب عمیق کودک اتفاق می‌افتد، یعنی زمانی که برای کودک مشکل است بیدار شود و به دستشویی برود.

آگاهی از نوع درمانهایی که تاکنون انجام پذیرفته بسیار مهم است. بیشتر درمانگران دریافته‌اند که باید به واکنشهای عاطفی خانواده نسبت به مشکل موجود حساس و دقیق بود. شرمساری و احساس خجالت

3. Azrin — Sneed — Fox

5. Ald—night training

4. Dry—bed training

می‌تواند به شیوه‌های گوناگون بروز کند. بعضی از کودکان از این مسئله بشدت رنج می‌برند و برایشان دشوار است در مورد مشکل خود صحبت کنند. بی‌تفاوتی و خونسردی در کودکان بزرگتر ممکن است ماسکی برای پنهان کردن میزان خجالت بیش‌از حد و یا دلسردی ویاس آنها باشد.

اطلاع یافتن کودک از فراوانی شب‌ادراری کودکان، برای او که می‌پندارد تنها کودک است که رختخوابش را خیس می‌کند می‌تواند اطمینان بخش باشد. میزان اطلاعات در مورد کودکانی که در مدرسه دارای چنین مشکلی‌اند معمولا کم است. توضیح این مسئله به کودکان بزرگتر که آنها در کسب عادت لازم برای رفتار مناسب تأخیر داشته‌اند ممکن است مفید باشد. کودکان کوچک‌تر نیاز به توضیحات متفاوتی دارند. برای مثال گفتن این به کودک که «پاسدار شب» یا «نگهبان» مواظب‌اوست تا جایش را خیس نکند، ممکن است مفید باشد. این مسئله را بدین ترتیب می‌توان توضیح داد که «پاسدار شب» قسمتی از مغز اوست که در هنگام شب در حالت آماده‌باش بیدار می‌ماند تا او از تخت پرت نشود، یادش نرود نفس بکشد و برای رفتن به توالت او را بیدار می‌کند. زوش درمانی هر چه باشد، کوشش و تأکید بیشتر باید روی این مسئله باشد که تمام اعضای خانواده باهم

ترجمه از : ژورنال

Community Outlook, March 1986, 20 - 23.

مقاله علمی روانشناسی

اشتغال زنان و طلاق: علت با معلول؟

عده‌ای می‌گویند که زنان امروز اگر در خانه بمانند و خانه‌داری کنند و کودکان خود مواظبت کنند، از این ارقام حیرت‌آور طلاق اثری نخواهد بود. سخن درستی نیست. ویلیام. ر. جانسون. و جاناتان اسکینر دو اقتصاددان آمریکایی (استادان دانشگاه ویرجینیا) می‌گویند خانواده آمریکایی قربانی ورود فزاینده زنان به محیط‌های کار نیست. برعکس زنان شوهردار هرچه بیشتری در مواجهه با افزایش این احتمال که ازدواجشان به طلاق منجر خواهد شد تنها راه کسب مهارت‌های شغلی و کارکردن برای کسب درآمد می‌پندارند. جانسون و اسکینر با تجزیه و تحلیل پاسخهای نزدیک به ۱۸۰۰ خانواده که مدت ۱۲ سال تحت بررسی بودند دریافته‌اند که با آنکه افزایش سطح تحصیلات در میان زنان و کاهش تعداد فرزندان در خانواده‌ها در افزایش اشتغال زنان در محیط‌های کار نقش داشته است، انگیزه سهم دیگری که قبلاً نادیده گرفته شده بود همانا افزایش چشمگیر طلاق بوده است.

آمار و ارقام طلاق زنان بیشتری را به اشتغال تشویق می‌کند. اما اشتغال زنان شوهردار احتمال طلاق زوجها را چندان افزایش نمی‌دهد. محققان دریافته‌اند که خطر طلاق در مورد زوج‌هایی که بطور مرتب به کلیسا نمی‌روند و نیز در مورد زوج‌هایی که بستگانشان در نزدیکی آنها زندگی نمی‌کنند بیشتر است. قوانین نادرست طلاق، دستاوردهای تحصیلی زن یا شوهر و اشتغال زنان تأثیری بر طلاق یا عدم طلاق زوجها نداشته است.

طی یک سال قبل از جدایی زنانه که سابقه اشتغال قبلی اندکی داشته‌اند، تمایل بیشتری به شروع حرفه‌ای برای کسب درآمد یا افزایش ساعات اشتغال خود نشان داده‌اند. اما محققان دریافته‌اند که این امر، علت احتمالی طلاق آنها قرار نگیرد نبوده است. برعکس، زنانی که پایان زندگی مشترک خود را پیش‌بینی می‌کرده‌اند در تدارک جدایی خود در جستجوی آن بودند که حرفه‌ای برای کسب درآمد پیدا کنند یا ساعاتی کار خود را افزایش دهند.

البته همه زنان شاغل سعی نمی‌کنند دائماً بر توقعات خود بیفزایند. در این زمانه که طلاق بیداد می‌کند عده‌ای هم هستند که می‌کوشند از ضرر و زیان آن جلوگیری کنند.

Psychology Today Oct. 1986. منبع:

ترجمه مهناز خزائلی