

به علت بیماری مشابه در کیفیت نگرانی تأثیر بسیار دارد. علاوه بر این معنی «سمبولیکی» که شخص بیمار برای عضو یا دستگاه مبتلا قائل است و همچنین فواید احتمالی که از بیماری ممکن است متوجه او شود از عوامل حائز اهمیت است.

در بسیاری از بیماران عدم رشد، هیجان و ناتوانی در قبول مسئولیت‌های اجتماعی سبب می‌شود که افراد، بیماری را همچون پناهگاهی انتخاب کرده و آنرا بمثابة وسیله‌ای جهت گریز از موقعیت‌های دشوار زندگی به کار گیرند. نمونه بارز این کیفیت، بیماری است که سه سال در امتحانات نهائی متوسطه نام‌نویسی کرده بود ولی هر سه سال روز امتحان به علت استفراغ شدید در بیمارستان بستری می‌شد در این باره همانطور که «آلفرد آدلر Alfred Adler گفته است شخص که از فعالیت‌های رقابتی و شکست‌های ممکنه، بیش از اندازه بیم دارد، همواره در جستجوی راهی برای رهائی از موقعیت‌هایی دشوار است آدلر عقیده دارد که علائم «نوروتیک



# بی‌اختیاری ادرار و شب ادراری علل و عوامل آن

کارشناسی مشاوره تربیتی  
استان کردستان

neurotic علاوه بر اینکه شخص را از منازعات و کشمکش‌های رقابت‌آمیز زندگی آزاد می‌کند، میل به تفوق و برتری بر دیگران را که در هر موجود انسانی وجود دارد با ابراز «بیمار بودن» در محوطه کوچک خانواده ارضا می‌نماید.

خلاصه آنکه وجود بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن کیفیت است که با رشد شخصیت بیمار در هم آمیخته است. هر اندازه بیماری در سنی پائین‌تر، یعنی زمانی که شخصیت قوام کمتری یافته است ظاهر شود، بیشتر شخصیت را زیر نفوذ قرار می‌دهد، بطوریکه می‌توان گفت وجود نقیصه یا بیماری مزمنی در کودک روابط او را با پدر و مادر به شدت تحت تأثیر قرار داده آنرا مختل و بیماریزا خواهد کرد.

پیدایش نواقص یا بیماری‌های صعب‌العلاج در مراحل بعدی زندگی یعنی زمانیکه شخصیت مراحل اولیه رشد را طی کرده است باید به عنوان استرس شدیدی تلقی شود که نسبت به

مراتب فوق از مشاهدات روزانه هر پزشک عمومی یا متخصص است، اما منظور از این بحث آن است که ببینیم آیا «بیماری» در نظر کلیه بیماران با اندک تفاوت، مفهوم واحدی دارد یا خیر. در این باره باید گفت نه تنها مفهوم بیماری در نظر بیماران متفاوت است، بلکه هر یک از بیماران از بیماری خود مفهوم خاصی و منحصر به فردی دارند. بیماری قبلی، حوادث زندگی گذشته یا سابقه مرگ یکی از بستگان

## • قسمت اول

### مقدمه:

وقتی صحبت از مفهوم بیماری به میان می‌آید، نخستین موضوعی که به خاطر هر شخصی خطور می‌کند این است که «بیماری» کیفیت است که با درد و ناراحتی شغلی و پریشانی وضع روانی همراه است. و از آنجا که ممکن است شخص بیمار را از موقعیت‌های شغلی یا اجتماعی مناسبی محروم سازد یا دشواری‌هایی از لحاظ اقتصادی فراهم کند. اضطراب انگیزی باشد.

درجه قوام شخصیت قبلی ممکن است شخص را به طرف علائم «نوروتیک» و اختلالهای رفتاری Behavior disorders و یا بر عکس به سوی مکانیسم جبرانی سوق داده بیمار را بسرحد نیوخ رهنمون کند<sup>۲</sup>.

یکی از اختلالات روان عضوی Psychosomatic شایع بین کودکان و نوجوانان در اقصی نقاط عالم مسئله عدم کنترل ادراریا شب ادراری و روزاداری می باشد که باعث شده این دسته از افراد با توجه به ریشه اختلال به واکنشهای متفاوتی پردازند. در مورد شب ادراری گفته می شود که دارای انواع مختلف بوده و در یک طیف گسترده از شب ادراری با منشاء عضوی تا شب ادراری با زمینه های اختلال مغزی و روانی را در بر می گیرد که در جای خود به آن خواهیم پرداخت والدین کودکان و نوجوانان دارای مشکل عدم کنترل ادرار در بر خورد با این اختلال، وضعیت های گوناگونی اتخاذ کرده و در برابر کودکان و نوجوانان از یک طرف و افراد خارج از منظومه خانواده از طرف دیگر به واکنشهای مختلفی می پردازند، تا جایی که در مراجعه والدین به کلینیک های روان درمانی

### گاهی والدین

خود را مقصر دانسته و یا ناتوانی

خود را در این ارتباط ابراز می دارند.

آنچه می خوانید تلاشی است در بررسی این مشکل و زاههای درمان آن که امید است برای علاقه مندان و مریبان عزیز سودمند باشد.

### شب ادراری Enuresis

بحث عدم کنترل ادرار و یا اصطلاح معروف شب ادراری را با توجه به گستردگی آن و علائم و نشانه ها، انواع و منشأ آن با تعریف ادرار و مشخصات آن و دیگر مسایل مربوط به آن آغاز می کنیم.

**تعریف ادرار:** ادرار عبارت است از یک محلول حاوی اجسام آلی و غیر آلی که اکثر ترکیبات آن مواد زائندی است که حاصل از متابولیسم مواد مختلف است.

بطور طبیعی مقدار مواد جامد ادرار ۲۴ ساعته در حدود ۶۰ گرم است که از این مقدار ۳۵ گرم مواد آلی و ۲۵ گرم مواد غیر آلی است.

مهمترین مواد آلی که در ادرار است اوره ادرار است و بعد از آن اسید اوریک و کراتی تین و مهمترین مواد معدنی ادرار عبارت است از کلر، فسفر، گوگرد و آمونیاک.

اجسام بخصوص در ادرار در حالت پاتولوژیک یا مرضی پیدا می شوند که مهمترین آنها عبارتند از پروتئین، قند، آستن، صفرا و هموگلوبین. هورمون ها نیز از طریق ادرار اکثر دفع می شوند<sup>۳</sup>.

**وزن مخصوص ادرار:** بطور متوسط وزن مخصوص ادرار سالم بین ۱۰۱۷ تا ۱۰۲۰ گرم متغیر است در طول ۲۴ ساعت وزن مخصوص ادرار اندکی متغیر است. هرگاه مایعات زیاد به مریض داده شود وزن مخصوص ادرار کم شده و هرگاه مریض از مایعات محروم باشد وزن مخصوص ادرار زیاد می شود. در نفر و اسکروزومن دیابت بی مزه وزن مخصوص ادرار تا ۱۰۰۱ کم می شود و در حالات تب و بیماری های پارانیشیم کلیه و در تمام نفریت ها و بیماری قند مقدارش بالا است<sup>۴</sup>.

**مقدار ادرار:** مقدار ادرار با مقدار مایعات مصرف شده بستگی دارد و بطور متوسط در ۲۴ ساعت ۱۲۰۰ تا ۱۴۰۰ گرم ادرار از یک

شخص بالغ دفع می گردد.

دفع زیاد از حد ادرار را polyuria کم شدن دفع ادرار ۲۴ ساعته را Oliguria نامند<sup>۵</sup>.

اصطلاح بی اختیاری ادرار به عنوان فقدان کنترل ادرار در سنی که معمولاً باید کنترل وجود داشته باشد تعریف گردیده است<sup>۶</sup>.

اختلال در کنترل ادرار به خروج غیر ارادی بدون وجود آسیب عضوی بعد از اینکه به سه یا چهار سالگی می رسد اطلاق می گردد<sup>۷</sup>.

تکرار ادرار اجبار به ادرار و شب ادراری از علائم شایع التهاب مجاری ادرار است. عفونت شدید با وجود خالی بودن مثانه، میل ادرار دائمی بوجود می آورد. تکرار ادرار و

شب ادراری در مواردی عارض می شود که یا ظرفیت مثانه به علت بیماری کاهش یافته باشد و یا مثانه در هر بار ادرار کردن کاملاً تخلیه نشود و مقدار زیادی ادرار در آن باقی بماند<sup>۸</sup>.

در یک تعریف دیگر گفته شده است که «بی اختیاری کنشی ادرار به دفع مکرر غیر ارادی ادرار در ضمن خواب اطلاق می شود که پس از سن معمول برای کسب کنترل در غیاب اختلال جسمی مشخص روی می دهد. بی اختیاری ادرار ممکن است شبانه باشد (خیس کردن رختخواب) یا روزانه (در ساعات بیداری)، یا هر دو آن<sup>۹</sup>» در تعریف فوق گاهی شب ادراری را مشروط به وجود نقص عضو و گاهی بدون اختلال عضوی تعریف نموده اند، بنظر می رسد که هر دو تعریف صحیح می باشد منتهی مشکل اصلی این است که متوجه باشیم هم مسایل عضوی و هم مسایل عاطفی - روانی می توانند در شب ادراری مؤثر باشند که باید در جای خود به تک تک موارد آن پرداخته شود.

چنانکه عده ای دیگر در تعریف خود از عدم کنترل ادرار شرطش عضوی بودن را لحاظ نمی کنند مانند اینکه گفته می شود: «عدم توانایی کنترل ادرار به حالتی اطلاق می شود که ضایعه ای در مثانه مانند ورم، سنگ، عدم رشد مثانه، اختلال در نخاع شوکی و یا شکستگی لگن وجود نداشته باشد که در این صورت به آن بی اختیاری ادرار گفته می شود<sup>۱۰</sup>».

خلاصه می توان گفت که شب ادراری حالتی است که کودک یا نوجوان بنا به دلایل عضوی، عصبی، مغزی و روانی نمی تواند ادرار خود را کنترل کرده و در نتیجه به خارج ساختن و عدم کنترل آن می پردازد که گاهی این مسئله فراگیرتر شده و به اوقات روز نیز گسترش پیدا می کند.

### انواع شب ادراری

شب ادراری را از دیدگاههای مختلف می توان مورد بررسی قرار داد که ما در اینجا به چند دیدگاه در تقسیم بندیها می پردازیم.

۱ - شب ادراری اولیه: این نوع شب ادراری از زمان طفولیت (بدو تولد) تا پایان سیزده یا چهارده سالگی دیده می‌شود که اغلب عوامل جسمانی (فیزیولوژیک) در آن مؤثر هستند.

۲ - شب ادراری ثانویه: در این نوع، عدم کنترل ادرار کودکان مبتلا، مدتی از نظر کنترل دفع ادرار طبیعی هستند و ناگهان به این عارضه یا تغییر رفتار دچار می‌شوند. این حالت بویژه بعد از چهار سالگی از فراوانی بیشتری برخوردار است و اغلب عوامل محیطی و روانی در ایجاد آن نقش دارند.<sup>۱۱</sup>

در یک طبقه‌بندی دیگر اختلال در کنترل ادرار به دو طبقه‌بندی فرعی تقسیم می‌شود که عبارتند از:

۱ - اختلال در کنترل ادرار روزانه  
Diurnal یا خیس کردن در ساعات بیداری.

۲ - اختلال در کنترل ادرار شبانه:  
Nocturnal یا خیس کردن هنگام خواب<sup>۱۲</sup>، که در این زمینه روانپزشکان اکسفورد اظهار می‌دارند که بی‌اختیاری ادرار ممکن است شبانه باشد (خیس کردن رختخواب) یا روزانه (در ساعات بیداری) یا هر دو آنها<sup>۱۳</sup> در یک طبقه‌بندی دیگر که بیشتر جنبه پزشکی آن را منظور می‌کنند گفته می‌شود که «بی‌اختیاری ادرار در دو نوع است یکی مزمن و دیگری برگشت‌کننده Regressive در نوع مزمن مثانه کودک کنترل ندارد و بدون توجه به اینکه شب یا روز است خود را خیس می‌کند. این حالت نه تنها در کودکی

ملاحظه می‌شود بلکه

در نوجوانی و بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. باکوین Bakwin و باکوین (۱۹۷۲) این حالت را به توارث نسبت می‌دهند، در بی‌اختیاری ادرار برگشت‌کننده، کنترل مثانه که قبلاً استقرار یافته است از بین می‌رود. این حالت ممکن است به علت ظهور یک فشار روانی stress باشد که موجب احساس حسادت و ناایمنی آنان می‌شود.<sup>۱۴</sup>

شیوع شب ادراری، توانایی کودک در نشستن، راه رفتن، حرف زدن، خواندن، کنترل

مثانه و یا مدفوع، بستگی تام به رشد قسمتهای مربوط در سیستم عصبی دارد. هیچ مقدار تمرین و یا آموزشی نمی‌تواند مادامی که سیستم عصبی کودک آماده نیست در او، کسب مهارتها را موجب شود.<sup>۱۵</sup> سنی که خیس کردن رختخواب اطفال به پایان می‌رسد در فرهنگ‌های مختلف و طبقات اجتماعی گوناگون متفاوت است.

در کشورهای غربی تقریباً ۲۰ درصد اطفال در چهار تا پنج سالگی به تعداد زیاد رختخواب خود را خیس می‌کنند. این نسبت به ۱۳ درصد در شش تا هفت سالگی و یا ۲ تا ۳ درصد در چهارده سالگی تنزل می‌کند. اختلال در کنترل ادرار در اطفال طبقات اجتماعی - اقتصادی پائین در مقایسه با اطفال طبقات اقتصادی - اجتماعی بالا تر شیوع بیشتری دارد. کنترل ادرار در خانواده بیشتر دیده می‌شود و در پسران تقریباً دو برابر دختران حادث می‌شود. همچنین شواهدی دال بر کمتر بودن ظرفیت عملکردی مثانه این کودکان در مقایسه با کودکان عادی موجود است.

درباره فراوانی عدم کنترل ادرار در پسران و دختران نظریه‌های مختلفی ابراز شده است. در بعضی مطالعات ۶۲ درصد مبتلایان را پسرها و ۳۸ درصد را دختران تشکیل می‌دهند و در مطالعات دیگر مبتلایان هر دو جنس را مساوی اعلام کرده‌اند. علت این اختلاف نظر را به این صورت توجیه می‌کنند که والدین در افشای شب ادراری پسر خود کمتر آक्रاه دارند و در مورد دختران حتی الامکان این عارضه را پنهان می‌کنند. بعلاوه مطالعات نشان داده که

هوشبهر مبتلایان

اختلاف و تفاوت فاحشی را

نشان نمی‌دهد. البته عقب‌مانده‌های عمیق و شدید از این قاعده مستثنی هستند.

آمار منتشره در آمریکا نشان می‌دهد که ۱۰ درصد کودکان در یک سالگی، ۳۰ درصد در هیجده ماهگی و ۶۵ تا ۸۰ درصد در ۲۴ ماهگی خود به خود قادر به کنترل ادرار به طور شبانه‌روزی هستند. در واقع ناتوانی کنترل ادرار به حالتی اطلاق می‌شود که کودک از سه سال

به بالا چه روز و چه شب در کنترل ادرار ناتوانی داشته باشد.<sup>۱۶</sup>

گفته می‌شود شیوع بی‌اختیاری کنشی ادرار Functional Enuresis در ۵ سالگی، پسرها ۷ درصد، دخترها ۳ درصد، در ۱۰ سالگی، پسرها ۳ درصد، دخترها ۲ درصد در ۱۸ سالگی پسرها ۱ درصد دخترها نادر می‌باشد.<sup>۱۷</sup> عیار بروز توام در دو قلوبهای یک تخمکی دو بار بیشتر از دو قلوبهای دو تخمکی است (هالگرن Hallgren ۱۹۶۰).<sup>۱۸</sup>

معیارهای تشخیص اولیه عدم کنترل ادرار غیر عضوی Functional Enuresis عدم کنترل ادرار غیر عضوی با معیارهای تشخیصی زیر تعریف می‌شود.

الف: تخلیه غیر ارادی و مکرر ادرار در روز یا شب.

ب: حداقل دو حادثه عدم کنترل ادرار در ماه برای کودکان بین سنین پنج و شش و یک حادثه در ماه برای کودکان بزرگتر از شش سال.

ج: ناشی نبودن این اختلال از بیماری بدنی نظیر بیماری قند یا صرع Epilepsy انور روزی غیر عضوی (عدم کنترل ادرار غیر عضوی) اولیه طبق تعریف در پنج سالگی شروع می‌شود بیشتر موارد انور روزی غیر عضوی ثانوی بین ۵ و ۸ سالگی بروزمی‌کنند.<sup>۱۹</sup>

### علل شب ادراری

آدلر Alfred Adler عقیده دارد که ناتوانی کنترل ادراریک حقاقت ذاتی Inherent inferiority of the Urinary system است به علاوه همه اعضای بدن انسان به یک اندازه توانایی ندارند

و هر کسی ممکن است در

یکی از اعضای خود، دارای ضعف سرشتی باشد مثلاً مثلاً به عدم کنترل ادرار به دلیل حقاقت عضوی دستگاہ پیشاب است. به عقیده آدلر انسان ممکن است مبتلا به چند حقاقت عضوی باشد.<sup>۲۰</sup>

در یک دیدگاه وسیع‌تر که شامل کلیت بیماری‌ها می‌شود جامعه‌شناسان متذکر شده‌اند

که تأثیر بیماری جسمی بر شخص، تحت تأثیر نیروهای اجتماعی است و بیماری بی‌آمدهای اجتماعی دارد. طبق نظر پارسونز (Parsons - ۱۹۵۱) جامعه، یک نقش بیمار به کسانی که به عنوان بیمار پذیرفته شده‌اند ارزانی می‌دارد. به عقیده پارسونز این نقش چهار جزء دارد.

- ۱ - معاف شدن از مسئولیت‌های اجتماعی معمول.
- ۲ - حق مراقبت و کمک برای دیگران.
- ۳ - انتظار اینکه شخص بیمار میل به بهبود یافتن دارد.
- ۴ - تمهید برای جستجوی و همکاری با درمان مناسب<sup>۲۰</sup>.

در یک بررسی خیلی کلی بدون طبقه‌بندی مبنائی گفته می‌شود «بی‌اختیاری ادرار می‌تواند شرایطی ناراحت‌کننده و محنت‌بار بوجود آورد. علل بی‌اختیاری عبارتند از: نقص‌های مادرزادی مثانه و مجرای خروجی ادرار، آسیب اسفنکتر مجرای خروجی در جریان تولد یا بعد از عمل جراحی روی مخرج مثانه (خسته) و نسوج مجاور آن، عفونت مجاری ادرار، کاهش ظرفیت مثانه در اثر بیماری این عضو، اشباع مزمن مثانه در اثر انسداد دهانه مثانه (بی‌اختیاری در اثر لبریز شدن مثانه)، ضایعات نورون فوقانی (آسیب نخاع، سکتة مغزی و غیره) و بالاخره بی‌اختیاری ادرار در اثر فشار (Stress incontinance). بررسی تاریخی، یک آزمایش کامل اورولوژیک و تست‌های اعمال مثانه تشخیص و نحوه درمان صحیح را مشخص می‌نماید<sup>۲۱</sup>.

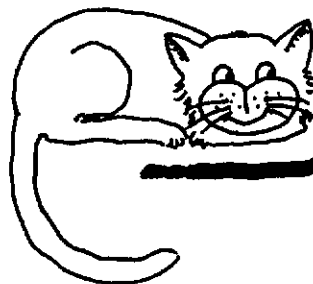
پیش از آنکه به ابعاد علل بروز و پیدایش شب‌ادراری بپردازیم. لازم است یادآور شویم

به شب‌ادراری‌ها پدر و مادر در دوران کودکی عدم کنترل ادرار داشته‌اند لذا پیش‌بینی می‌شود که این افراد تاخیر رشد اعصاب مثانه را به ارث می‌برند. فراری Frary این امر را ناشی از اثر ژن مغلوب می‌داند. ولی بطور کلی به نظر می‌رسد مسئله ارثی بودن عامل اصلی نباشد<sup>۲۲</sup>.

گفته می‌شود که شب‌ادراری با حجم زیاد ادرار ممکن است در نارسائی قلب، نارسائی کلیه، حرکات مایعات خیز بدن به هر علت - دیابت، هیپرالندوسترونیسم یا نوشیدن مایعات زیاد در آخر شب رخ دهد<sup>۲۳</sup>.

### • بی‌نوشتها:

- ۱ - ایزدی، سیروس، «روان‌پزشکی برای دانشجویان و پزشکان عمومی، انتشارات چهر، ۱۳۶۴، ص ۱۶»
- ۲ - همان کتاب، ص ۱۸
- ۳ - تشخیص کلینیکی با روشهای آزمایشگاهی، ص ۱۱
- ۴ - همان کتاب، ص ۱۳
- ۵ - همان کتاب، ص ۱۲
- ۶ - آزاد، حسین، «روانشناسی مرضی کودک، شرکت انتشاراتی پازنگ، چاپ دوم ۱۳۶۸، ص ۱۳۲»
- ۷ - اولیه ری - گ، دانیل و ویلسون، ترسن «رفتار درمانی، کاربرد و بازده» ترجمه نسرین پودات، علی اکبر سیف، میترا فیض، انتشارات فردوسی، چاپ دوم ۱۳۶۶، ص ۱۴۲
- ۸ - تشخیص و درمان طبی بیماریها، ص ۶۱۴
- ۹ - گیلدنر، مایکل، و... «روان‌پزشکی آکسفورد»، ترجمه دکتر نصرت‌الله پورافکاری، ج دوم انتشارات ذوقی، ۱۳۶۸، ص ۵۴۳
- ۱۰ - ابراهیمی بختور داد، «مسائل مهم روانشناسی کودکان عقب‌مانده و ناسازگار»، چاپ سمدی، ۱۳۶۳، ص ۶۷
- ۱۱ - ماهنامه پیوند، شماره ۱۴، ص ۳۸
- ۱۲ - اولسیه ری - گ، دانیل و... «رفتار درمانی، کاربرد و بازده» ترجمه نسرین پورات و... انتشارات فردوسی چاپ دوم ۱۳۶۶، ص ۱۴۲
- ۱۳ - روان‌پزشکی آکسفورد، ج ۲، ص ۵۴۳
- ۱۴ - روان‌شناسی مرضی کودک، ص ۱۳۲
- ۱۵ - رفتار درمانی، کاربرد و بازده، ص ۱۴۳
- ۱۶ - روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۲۴۳
- ۱۷ - چکیده روانشناسی بالینی، ص ۳۵۶
- ۱۸ - روان‌پزشکی آکسفورد، ج ۲، ص ۵۴۴
- ۱۹ - روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۲۴۴
- ۲۰ - روان‌پزشکی آکسفورد، ج ۱، ص ۵۳۸
- ۲۱ - تشخیص و درمان طبی بیماریها، ص ۶۵۱
- ۲۲ - روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، ص ۲۴۴
- ۲۳ - تشخیص و درمان طبی بیماریها



که اعتقاد به ارثی بودن شب‌ادراری مورد بحث قرار گرفته ولی هنوز ثابت نشده است. در مطالعات فیشر Fisher ۵۲ درصد موارد یک یا چند تن از اعضای خانواده مبتلا به این ناراحتی بوده‌اند و ۸۰ درصد موارد پدر و مادر دست کم مبتلا به یکی از ناراحتیهای عصبی - روانی بوده‌اند. در خانواده بعضی از مبتلایان