



رفتارهای مقابله‌ای والدین: بررسی روشهای درمان دارویی و آموزشی در شب‌اداراری کودکان

منصوره سعید الذاکرین^{*}، دکتر فروغ شفیعی^{**}،
دکتر علیرضا حیدرنیا^{***}، دکتر انوشیروان کاظم نژاد^{****}

چکیده

هدف: مراد از انجام این پژوهش بررسی تأثیر تغییر رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران کودکان مبتلا به شب‌اداراری در رفتار کودکان در زمینه خشک نگه‌داشتن بستر بوده است. **روش:** این پژوهش یک بررسی آزمایشی است که در سال ۱۳۷۸ در دبستانهای منطقه ۱۱ و ۱۲ شهر تهران انجام گرفته است. نمونه‌های مورد نظر با توجه به معیار تشخیصی DSM-IV انتخاب و سپس به تصادف در سه گروه آموزشی، دارویی و توأم جای داده شدند. اطلاعات اولیه والدین بر اساس «الگوی باورهای بهداشتی» استخراج و ابعاد رفتاری آنان در دو بعد عمومی و اختصاصی پس از ارائه آموزش و مشاوره مورد ارزیابی قرار گرفت. **یافته‌ها:** رفتارهای والدین با کودکان با اختلاف میانگین ۴/۳۷ در گروه توأم، ۲/۸۳ در گروه آموزشی و ۳/۸۳ در گروه دارو درمانی تفاوت معنی داری نشان داده است. در رفتارهای مقابله‌ای کودکان نسبت به پیش و پس از مداخله در سه گروه مورد نظر تفاوت معنی داری دیده نشد. همچنین میان رفتارهای والدین با کودکان پیش از خوابیدن، در گروه توأم و آموزشی تفاوت معنی داری در میانگین مشاهده شده اما در گروه دارو درمانی تفاوت معنی دار دیده نشده است و میان رفتارهای والدین پس از خیس کردن تنها در گروهی که دارو به کار برده شده تفاوت معنی داری مشاهده گردیده است. **نتیجه:** این بررسی نشان داد که همراه کردن دارو درمانی با روشهای آموزشی کارآیی بیشتری در درمان شب‌اداراری کودکان داشته است.

کلید واژه: شب‌اداراری، آموزش والدین، تغییر رفتار، دارو درمانی

آموزش کنترل ادرار و مدفوع به کودکان در سراسر جهان یکی از مشکلات پدران و مادران است.

- *** دانشجوی دکتری رشته آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت. تهران، بزرگراه جلال آل احمد، زیرپل نصر.
- *** دانشیار گروه بهداشت دانشگاه تهران، دکتری تخصصی آموزش بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس، تهران، بزرگراه جلال آل احمد، زیرپل نصر.
- *** استادیار گروه بهداشت دانشگاه تربیت مدرس، دکتری تخصصی آموزش بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس، تهران، بزرگراه جلال آل احمد، زیرپل نصر.
- *** استادیار گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس، دکتری تخصصی آمار زیستی. دانشگاه تربیت مدرس، تهران، بزرگراه جلال آل احمد، زیرپل نصر.

هر از چندگاهی گزارشی که نشان دهنده یادگیری کنترل مدفوع یا ادرار است منتشر می‌شود. ولی بیشتر یافته‌های پژوهشی در این زمینه نشانگر آن است که این یادگیری دارای روند تدریجی است (پودات، سیف، ۱۳۷۶).

آموزش الگوی درست رفتاری و شیوه برخورد درست و مطلوب به پدران و مادران کودکان شب ادرار به کمک روشهای فردی، گروهی برای کاستن رفتارهای نامطلوب کودکان می‌باشد. در این آموزش پاداش و جایزه به عنوان روش درمانی به شمار می‌رود که در زمان انجام رفتار درست و پسندیده از سوی کودکان به آنان تعلق می‌گیرد (باتیا^(۱)، ۱۹۹۱).

تغییر رفتار در کودکان شب ادرار به کمک روش شرطی کردن انجام می‌شود که نیاز به وقت بسیار کمی از سوی درمانگر دارد و در نتیجه یک درمانگر می‌تواند در مدتی نسبتاً کوتاه شمار زیادی از این کودکان را درمان کند (مهریار، یوسفی، ۱۳۶۹). همچنین تأثیر نسبی دارو درمانی در مقایسه با روشهای دیگر درمان در بیماران مورد تأیید قرار گرفته است. دارو درمانی نه تنها نشانه‌های بیماری را کاهش می‌دهد بلکه سیر پیشرفت آنرا نیز دگرگون می‌کند (هاتزبل^(۲) و همکاران، ۱۹۹۷). ارزشیابی درجه کارایی داروها در درمان آشفتگیهای رفتاری کودکان و نوجوانان به ویژه از آن جهت دشوار است که تشخیص و طبقه بندی این ناراحتیها چندان آسان نیست. ابزار اندازه گیری و ارزیابی مناسب و دقیقی برای پاره‌ای از تشخیصها در دست نیست و متغیرهایی چون سن، میزان رشد طبیعی، بهره هوشی کودک، نگرش آموزگاران و تأثیر والدین بر نتایج ارزشیابی اثر می‌گذارند (فیهان^(۳)، ۱۹۹۰). تغییر در محیط کودک نیز می‌تواند بر میزان تأثیر دارو اثر بگذارد. گاهی به ویژه اگر اختلال رفتاری شدید نباشد از تأثیر این قبیل متغیرهای محیطی ممکن است از تأثیر دارو بیشتر باشد. از این رو باید بیاد داشت که دارو درمانی در کودکان و نوجوانان باید تنها بخشی از برنامه کلی درمان آنان به شمار آید. هدف از کاربرد دارو کاهش

برخی از نشانه‌های بیماری است تا کودک بطور عادی به رشد طبیعی خود ادامه دهد و بتواند از گونه‌های دیگر درمان بهره بیشتری بگیرد. بنابراین هر دارو یا درمانی که با جریان طبیعی رشد و سازگاری کودک همساز نباشد باید بی‌درنگ کنار گذاشته شود (مهریار، یوسفی، ۱۳۶۹). از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر تغییر رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران کودکان مبتلا به شب ادراری در رفتار کودکان ایشان در زمینه خشک نگهداشتن بستر بوده است. به بیان دیگر، این بررسی کوشیده است مشخص کند که تغییر رفتار پدران و مادران این کودکان پس از دریسافت آموزشهای مناسب درباره شیوه‌های برخورد مؤثر با کودکان خود، تا چه میزان در بهبود شب ادراری کودکان سودمند است.

روش

این بررسی به روش آزمایشی مداخله‌ای بر روی ۹۵ نفر از دانش‌آموزان شب ادرار پسر و دختر سن دبستانی در مناطق ۱۱ و ۱۲ آموزش و پرورش شهر تهران برای درمان اختلال یاد شده انجام گرفته است. این کودکان بر پایه معیارهای DSM-IV درباره شب ادراری، مبتلا به این اختلال شناخته می‌شدند. در این بررسی با در نظر گرفتن شیوع شب ادراری در گروه سنی مورد نظر حجم نمونه تعیین شده و با مراجعه به پرونده‌های بهداشتی دانش‌آموزان زیر نظر مریبان بهداشتی، حضور در جلسات انجمن اولیا و مربیان، مشاوره با آموزگاران دانش‌آموزان، و مادران آنان کودکان شب ادرار انتخاب شدند. سپس افراد مورد نظر به تصادف در سه گروه آموزشی، دارو درمانی و گروه توأم (آموزش + دارو) جای داده شدند. آن‌گاه در گروه مورد نظر مداخله درمانی تعیین شده انجام و در پایان وضعیت رفتاری والدین و کودکان در دو بعد عمومی و اختصاصی ارزیابی گردید.

1-Bathia

2-Hunsballe

3-Feehan

برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای پژوهشی زیر به کار برده شده است:

- پرسشنامه G.H.Q.^(۱) به منظور اطمینان از سلامتی عمومی مادر برای دریافت آموزشهای ارائه شده از سوی پژوهشگر.

- پرسشنامه در مورد محتوی آموزشی بر پایه الگوی باورهای بهداشتی^(۲).

- پرسشنامه راتر^(۳) و بیلینگز^(۴) به منظور بررسی رفتارهای عمومی و اختصاصی پدران و مادران و کودکان.

داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آماری تحلیل واریانس، آزمون تعقیبی توکی، آزمون t وابسته و t مستقل تجزیه و تحلیل گردیده است.

یافته‌ها

رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران در ۳ گروه درمانی با میانگین ۴/۳۷ در گروه توأم، ۲/۸۲ در گروه آموزشی و ۳/۸۳ در گروه دارو درمانی تفاوت معنی داری نشان دادند (جدول ۱). همچنین در رفتارهای مقابله‌ای کودکان در مرحله پیش و پس از مداخله با میانگین ۱/۷۷ در گروه توأم و ۰/۶۴ در گروه آموزشی و ۰/۳۸ در گروه دارو درمانی تفاوت معنی دار دیده نشد (جدول ۲).

بین رفتار پدران و مادران با کودکان پیش از خواب در مرحله پیش از مداخله درمانی و پس از آن با اختلاف میانگین ۴/۰۷ - (P < ۰/۰۰۱) در گروه توأم و ۱/۶۴ - (P < ۰/۰۵) در گروه آموزشی تفاوت معنی دار در میانگین‌ها دیده شد. اما در گروه دارو درمانی با اختلاف میانگین ۰/۹۷ تفاوت معنی دار نبود.

یافته‌های پژوهشی در زمینه رفتار والدین با کودکان شب ادرار پس از خیس کردن، پیش از مداخله و پس از آن در گروه آموزشی تفاوت معنی دار در میانگین‌ها نشان نداد، اما با اختلاف میانگین ۲/۸۸ تفاوت معنی داری در گروه دارو درمانی دیده شد (P < ۰/۰۱). همچنین تفاوت

معنی‌داری در رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران و کودکان نشان داده نشد و به کار بردن روشهای درمانی نیز تفاوت معنی‌داری در متغیر یاد شده به وجود نیاورد.

بحث در یافته‌ها

در زمینه نخستین هدف پژوهش یعنی تغییر رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران، یافته‌ها نشان دادند که بیشترین امتیاز را گروه دارویی و کمترین امتیاز را گروه آموزشی داشته‌اند و آزمون آماری t نشان داد که رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران، پیش و پس از مداخله در گروه توأم (P < ۰/۰۰۱) در گروه آموزشی (P < ۰/۰۵) و در گروه دارویی (P < ۰/۰۱) تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند. یافته‌های یاد شده با یافته‌های هوستاکن^(۵) (۱۹۹۴) قابل مقایسه است. وی در مورد تأثیر آموزش در مورد خشکی بستر کودکان بر این باور است که قضاوت در مورد بهبودی شب ادراری در کودکان بر اساس فرهنگهای گوناگون متفاوت بوده و همچنین با آموزشهای مناسب می‌توان در زمینه آموزش خشکی بستر به اهداف مورد نظر دست یافت.

در رابطه با رفتارهای کودکان بیشترین امتیاز (۱۷/۴٪) به گروه دارویی و کمترین امتیاز (۱۳/۳٪) به گروه آموزشی تعلق داشته است. آزمون مقایسه چند گانه توکی نشان داد که میان گروههای دارودرمانی و آموزشی تفاوت معنی دار وجود دارد (P < ۰/۰۵).

آزمون آماری توکی همچنین میان گروههای دارو درمانی - توأم و دارودرمانی - آموزشی تفاوت معنی داری نشان داد. یافته‌های بدست آمده با یافته‌های سایر پژوهشها قابل مقایسه است. همان گونه که شولپول^(۶) (۱۹۹۷) در بررسیهای خود دریافت، داروی خاصی برای هیچ یک از

1-General Health Questionnaire

2-health belief model (HBM)

3-Rutter

4-Billings

5-Hopstaken

6-Schulpeul

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمره‌های رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران مورد بررسی در مرحله پیش و پس از مداخله گروههای درمانی

امتیاز رفتار مقابله‌ای والدین	گروههای درمانی		توأم		آموزشی		دارویی	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
۰-۱۰	۳	۱۱/۱	۴	۱۴/۸	۳	۹/۱	۵	۱۵/۱
۱۱-۲۰	۱۳	۴۸/۱	۱۹	۷۰/۳	۱۸	۵۴/۵	۲۴	۷۲/۹
۲۱-۳۰	۹	۳۳/۳	۲	۱۴/۸	۱۱	۳۳/۲	۳	۹/۱
۳۱-۴۰	۲	۷/۴	۰	۰	۱	۳	۱	۸/۸
جمع	۲۷	۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
میانگین	۱۹/۸		۱۵/۵		۱۸/۵		۱۵/۷	
انحراف معیار	۷/۹		۴/۶		۶/۴		۶	

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازهای مربوط به رفتار کودکان پیش و پس از مداخله در گروههای مورد بررسی

امتیاز رفتار مقابله‌ای والدین	گروههای درمانی		توأم		آموزشی		دارویی	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
۰-۱۰	۱۱	۴۰/۷	۱۰	۳۷	۱۵	۲۵/۵	۱۴	۴۲/۴
۱۱-۲۰	۱۱	۴۰/۸	۱۵	۵۵/۶	۱۲	۳۶/۴	۱۵	۴۵/۵
۲۱-۳۰	۵	۱۸/۵	۲	۷/۴	۵	۱۵/۱	۳	۹
۳۱-۴۰	۰	۰	۰	۰	۱	۳	۱	۲/۹
جمع	۲۷	۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
میانگین	۱۴/۱		۱۲/۴		۱۳/۳		۱۲/۷	
انحراف معیار	۷		۵/۴		۷/۲		۷/۳	

Andeesbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۵۰

بررسی تفاوت میانگین گروههای آموزشی و دارو درمانی را معنی دار نشان داد. پس از مداخلات درمانی آزمون آماری t نشان دهنده تفاوت معنی دار در گروه توأم ($P < 0/001$) و گروه آموزشی ($P < 0/05$) بوده است. آزمونهای مقایسه چند گانه توکی در سطح $0/05$ تفاوت معنی داری را میان گروههای دارو درمانی - آموزشی و دارو درمانی - توأم به ترتیب $3/72$ و $2/87$ نشان داد.

اختلالهای رفتاری کودکان در دست نیست. وی پیشنهاد کرد که دارو به همراه سایر روشهای درمانی به کار گرفته شود تا اختلالهای رفتاری کاهش یابد که این امر با یافته‌های روش توأم همین پژوهش همخوانی دارد. در رابطه با رفتار پدران و مادران با کودکان پیش از خواب، تحلیل واریانس نمرات آزمودنیها تفاوت معنی داری میان میانگینهای سه گروه نشان داد. این

این زمینه کالافات^(۱) و همکاران (۱۹۹۷) در زمینه به کارگیری داروی دزموپرسین دریافتند که در کودکان شب ادرار چنانچه مقدار ۶۰۰ میلی گرم خوراکی به کار رود بی اختیاری ادرار آنان کاهش می‌یابد.

درباره رفتار پدران و مادران با کودکان پس از خیس کردن میانگین نمره‌های گروه دارویی بیش از سایر گروهها بوده است. تحلیل واریانس تفاوت میانگین نمره‌های گروهها را معنی دار نشان داد ($P < 0/01$) و آزمون مقایسه چندگانه توکی و تفاوت‌های میان گروههای آموزشی - دارو درمانی با تفاوت ۳/۲۵ و دارو درمانی - توأم با تفاوت ۳/۱۵ را معنی دار نشان داد و همچنین به دنبال مداخله درمانی در همین گروه آزمون آماری انجام شد و در گروه دارو درمانی (با تفاوت میانگین ۲/۸۸ و $P < 0/01$) تفاوت معنی دار در میانگین‌ها دیده شده است، و در گروههای توأم و آموزشی تفاوت معنی دار دیده نشد. به بیان دیگر هیچ یک از روشهای درمانی در کاهش رفتارهای نامناسب پدران و مادران با کودکان پس از خیس کردن تأثیری نداشته است. یافته‌های بدست آمده با یافته‌های سایر پژوهشها در زمینه روش توأم و دارو درمانی همخوانی دارد. برادبوری^(۲) (۱۹۹۷) پژوهشی را بر روی کودکان انجام داده و دریافت است که درمان ترکیبی (دارو + زنگ اخبار) در کودکان کارآیی بیشتری داشته است تا کسانی که یک روش درمانی را به کار برده‌اند. همچنین کودکانی که با درمان ترکیبی تحت درمان قرار گرفته بودند در پیگیری زودتر به درمان پاسخ داده‌اند. مقایسه نمره‌های رفتارهای مقابله‌ای پدران و مادران در ۳ گروه تفاوت معنی داری را نشان داد و در رفتارهای مقابله‌ای والدین با کودکان پیش و پس از مداخله با اختلاف میانگین ۴/۰۷ - ($P < 0/001$) در گروه توأم و ۱/۶۴ - ($P < 0/05$) در گروه آموزشی تفاوت معنی داری در میانگین‌ها مشاهده شده است اما در گروه دارو درمانی در این نوع رفتارها تفاوت معنی داری در میانگین‌ها مشاهده نشد. گفتنی است که یافته‌های دیگران در رابطه با

تأثیرات محیطی با یافته‌های این پژوهش همسوئی ندارد (هانسن^(۳) و جورگسن^(۴)، ۱۹۹۷).

این بررسی نشان داد که ویژگیهای رفتاری و محیطی هر کودک در بروز مشکلات خود همان فرد تأثیر دارد. برای درمان این مشکل اگر دارو به همراه دیگر روشهای آموزشی به کار برده شود می‌تواند اختلالهای رفتاری آنان را کاهش دهد. هر یک از روشهای مداخله‌ای آموزشی و دارو درمانی در جای خود می‌تواند با توجه به ویژگیهای رفتاری همان فرد مؤثر باشد. مصرف مواد دارویی و رفتارهای ناسازگارانه کودکان ارتباط معنی داری از نظر آماری دارند.

کودکانی که از دارو و درمانهای رفتاری همزمان استفاده می‌نمایند پاسخ بهتری را نسبت به گروهی که تنها دارو به کار می‌برند از خود نشان می‌دهند.

منابع

- پودات، نسرین؛ سیف، علی اکبر (۱۳۷۶). رفتار درمانی، کاربرد و بازده (چاپ دوم). تهران: انتشارات فردوس.
- سهریار، امیر هوشنگ؛ یوسفی، فریده (۱۳۶۹). تشخیص و درمان بیماریهای روانی در کودکان. تهران: انتشارات رشد.
- Bathia, M. (1991). Attention deficit disorder with hyperactivity among pediatric out-patients. *Journal Of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 297-306.
- Bradbury, M. (1997). Combination therapy for nocturnal enuresis with desmopressin and alarm device. *Scandinavian Journal Of Urologic Nephrologic Suppl.*, 183, 61-3.
- Calafat, A., Amengual, M., Palemer, A., & Saliba, C. (1997). Drug use and its relationship to other behavior disorders and maladjustment signs among adolescents. *Substance Use-Misuse*, 32, 1-24.

1-Calafat
3-Hansen

2-Bradbury
4-Jorgesen

Feehan, M. (1990). A 6 Year follow-up of childhood enuresis: Prevalence in adolescence and consequences for mental-health. *Journal of Pediatric Child Health*, 3, 75-79.

Hansen, A., Jorgesen, T. (1997). A possible explanation of wet and dry nights in enuretic children. *British Journal Of Urology*, 80, 809-11.

Hospstaken, N. S. (1994) Treatment of nocturnal enuresis in children of Turkish and Morrocean migrants requires extra attention for the family 138, 1369-1373.

Hunsballe, J. M., Rittig, S., Pedersen, E.B., Olesen, O., & Djurhuus, J.C. (1997). Single dose imipramine reduces nocturnal urine output in patients with nocturnal enuresis and nocturnal polyuria. *Journal of Urology*, 158, 830-836.

Schulpeul, T.(1992). The burden of nocturnal enuresis. *Acta Paediatrica*, 86, 981-984.

میزان خودکشی در مبتلایان به اختلالات عاطفی - می بارگی و اسکیزوفرنیا

بررسیهای انجام شده در سالهای ۱۹۲۱ تا ۱۹۷۵، احتمال رخداد خودکشی را در اختلالات خلقی ۱۵٪ و در اسکیزوفرنیا و می بارگی ۱۰٪ برآورد نموده است. اما بازنگری بررسیهای انجام شده در سالهای اخیر این میزان را در اختلالات خلقی ۶٪، در می بارگی ۷٪ و در اسکیزوفرنیا ۴٪ نشان داد.

British Journal of Psychiatry 1998