

اثربخشی برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بر کنترل اضطراب مادر و بهبود شب‌اداری در کودکان پیش‌دبستانی

پرستو خیاطی^۱
غلامعلی افروز^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه مداخله محور بر پایه مشابه درمانی بر کنترل اضطراب مادر و بهبود شب‌اداری کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران انجام گرفت. **روش:** این پژوهش، یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه شاهد بود. ۱۲ کودک ۴ تا ۶ ساله پیش‌دبستانی و مادرانشان که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده بودند، در این پژوهش شرکت داشتند. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند، به‌طوری‌که در هر گروه ۶ کودک و مادر قرار داشتند. گروه آزمایش، برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی را طی یک ماه و پانزده روز دریافت کردند (مادران پانزده روز جلسات مشاوره کاهش اضطراب و کودکان یک ماه مداخله مشابه درمانی). درحالی‌که گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 و چارت محقق ساخته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 جهت ارزیابی میزان شب‌اداری کودک بود. **یافته‌ها:** اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره و همچنین میزان شب‌اداری با استفاده از تعیین روند تغییرات بر اساس شیب نمودار و میزان فراوانی تحلیل شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که بعد از مداخله، میانگین نمرات در کاهش اضطراب و بهبود شب‌اداری در گروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بود. در نتیجه، برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی باعث کاهش اضطراب مادران و بهبود شب‌اداری کودکان شد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب مادر، شب‌اداری کودکان پیش‌دبستانی، مداخله خانواده محور، مشابه درمانی

مقدمه

بار در هفته برای سه ماه متوالی رخ می‌دهد و باعث احساس ناراحتی در کودک یا اختلال در کارکردهای تحصیلی و اجتماعی کودک می‌گردد. در این اختلال رد علل جسمی از جمله مشکلات آناتومیک در مثانه و سیستم ادراری، دیابت قندی یا بی‌مزه، عفونت ادراری و اختلال تشنج ضروری است.

شب‌اداری دلایل متعددی ممکن است داشته باشد؛ بنابراین ارزیابی دقیقی جهت روشن شدن دلایل ژنتیکی، تکاملی، روانی - اجتماعی، عاطفی و عوامل مربوط به خواب ضروری است. هم علل جسمی و هم علل عاطفی در ایجاد یا تشدید این اختلال دخالت دارند. عوامل روانی-هیجانی در خانواده و نیز فروپاشی خانواده به دلیل طلاق یا مرگ والدین، وقایع بسیار آسیب‌زاه، تولد فرزند دیگر و شروع مدرسه نیز در ایجاد و یا تشدید شب‌اداری کودکان نقش دارند. وجود چهار یا بیشتر واقعه ناگوار طی یک سال، عموماً خطر شناخته‌شده برای ایجاد این اختلال است (مارتین و ولک‌مار^۴، ۲۰۰۷). علت اغلب شب‌اداری‌های ثانویه، عوامل روانی - اجتماعی می‌باشد که می‌توان با آموزش و مشاوره خانواده‌ها جهت درک بیشتر ماهیت شب‌اداری، آن‌ها را در حل این معضل کمک و حمایت کرد.

دوران کودکی سرآغاز زندگی و زمان پایه‌ریزی شخصیت بزرگ‌سالی است. همه مکاتب روانشناسی، بر نقش مهم و سرنوشت‌ساز این مرحله در شکل‌گیری مراحل بعدی رشد انسان تأکید کرده و معتقدند کودک در عالی‌ترین شرایط متولد می‌شود و آمادگی برای پرورش مطلوب را داراست. برای اینکه این آمادگی به ظهور برسد و کودک به بهترین شرایط رشد نائل آید، باید محیط مناسب عاطفی و روانی در دسترس او قرار گیرد. شب‌اداری به معنی ادرار کردن غیرارادی به هنگام خواب بدون هرگونه علت عضوی یکی از اختلالات شایع دوران کودکی است که می‌تواند برای کودک و خانواده او آزاردهنده باشد (تیدک^۳، ۲۰۰۳).

شب‌اداری یک اختلال شایع دوران کودکی و نوجوانی است که هم به‌تنهایی و هم همراه با دیگر اختلالات کودکان و نوجوانان تظاهر می‌یابد. بر اساس کتابچه طبقه‌بندی انجمن روان‌پزشکی آمریکا به ادرار کردن کودکان بالاتر از ۵ سال (اختیاری یا غیراختیاری) در رختخواب یا لباس گفته می‌شود که با فرکانس دو

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی armitashams1965@yahoo.com

^۲ استاد ممتاز دانشگاه تهران، نویسنده مسئول (afrooz@ut.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۱۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۲/۲۴

^۳ Thiedke

^۴ Martin & Volkmar

شب‌اداراری ارائه کرده است که به نظر می‌رسد می‌توان آن را جایگزینی مطمئن و پربازده در حل این مسئله دانست. در این روش حفظ و افزایش سطح عزت‌نفس کودک و کاهش سریع ناتوانی در کنترل ارادی شب‌اداراری به‌طور همزمان مورد توجه است. در این رویکرد نوین درمانگری به شیوه مشابه درمانی، توجه اصلی به اضطراب زدایی، کاهش احساس تقصیر و گناه و افزایش احساس خود ارزشمندی کودک دچار ناتوانی در کنترل ارادی شب‌اداراری به‌ویژه با حساسیت‌زدایی^۷ نسبت به تمایل به نوشیدن مایعات (آب، دوغ، نوشابه، آبمیوه و ...) است. این شیوه شامل مراحل ساده و متوالی است که با انجام آن‌ها و هماهنگی میان خانواده و روان‌شناس می‌توان به نتیجه مطلوب رسید. اصول اجرایی این روش ساده و درعین حال ظریف و دقیق‌اند، به‌گونه‌ای احساسات خاص و دیدگاه ویژه کودکان را در نظر گرفته‌شده و سعی بر محوریت آن‌هاست. در این فرایند، درمانگری مؤثر با نگاه مشابه درمانی با زبان ساده، کاربردی و خانواده محور ارائه‌شده است. طبق این رویکرد، به کودک اجازه داده شود هر میزان که مایل است آب و سایر نوشیدنی‌های موردعلاقه خود را بنوشد و اصلاً نگران نباشد. شایسته است والدین کودک با چهره‌ای گشاده و شاد و به‌دوراز هرگونه نگرانی و اضطراب و یا احساس ناامنی با فرزند خود در تعامل باشند. نکته حائز اهمیت و قابل توجه در اجرای برنامه مشابه درمانی این است که کودک آزادانه و یا رغبت تا ۲ ساعت پیش از خواب هر میزان به آب و نوشیدنی‌های گوارا میل و نیاز دارد می‌نوشد و به‌تدریج حساسیت‌ها و نگرش‌های بازدارنده پیشین ذهن او حذف می‌شود. باید دقیقاً توجه داشت که کودک در طول روز آنچه از غذاها و مایعات میل دارد بخورد و بنوشد، اما حداقل از ۲ ساعت پیش از خواب هیچ‌چیزی نخورد و ننوشد. به‌عنوان نمونه، چنانچه کودک ساعت ۸ شب شام خورده و نوشیدنی‌های موردعلاقه‌اش را بنوشد، پس از آخرین لقمه غذا یا آخرین جرعه نوشیدنی تا ۲ ساعت (یعنی حدوداً ساعت ۱۰ شب) که بخوابد هیچ‌چیزی میل نکند و یا ننوشد. به سخن دیگر، در این ۱۲۰ دقیقه کودک باید کاملاً روزه باشد، مطلقاً چیزی نخورد و نیاشامد و نخوابد و به فعالیت‌های کلامی و حرکتی خود ادامه دهد. والدین در این دو ساعت باید کودک را وادار به انجام فعالیت‌های حرکتی، مانند دراز و نشست، لی‌لی کردن، دویدن، طناب‌بازی و ... کنند به‌طوری‌که بر ممانه کودک فشار وارد شود و حداقل ۳ الی ۵ بار کودک به توالی رفته و تخلیه ادرار داشته باشد (افروز، ۱۳۹۵). در مطالعه‌ای که توسط بالو و سارتوره (۲۰۱۴) انجام گرفت، نتایج نشان داد که آگاهی روشن و دقیق کودک و خانواده از مشکل

پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شب‌اداراری تحت تأثیر شرایط محیط پیرامون می‌باشد. بر اساس تئوری سیستم‌ها، هر عاملی که یکی از اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد، بر دیگر اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد (کواتس^۱، ۲۰۰۱).

در این راستا سلامت روانی خانواده برای ایجاد سلامت روانی در فرزندان نقش زیادی دارد. وجود والدین با شایستگی ناکامل^۲، اشکال در دل‌بستگی^۳، تمایل به صمیمیت در کودک که به علت قطع مراقبت مادر به هر دلیل ارضا نشده باقی بماند، باعث می‌شود که کودک برای پیشگیری از تکه‌تکه شدن خود^۴ و جلب توجه، رفتارهای جسمی‌سازی خوشایند اولیه از جمله شب‌اداراری را در پیش گیرد (استین^۵، ۲۰۰۸).

این بیماری ذکر واژه بیماری مناسب نیست. در کل مقاله رعایت شود.

درمان‌های متعدد دارویی و رفتاری دارد و غالباً درمان‌های رفتاری با قابلیت اصلاح و بهبود بیماری و نیز قابلیت یادگیری بالا توصیه می‌شود (ویمن و همکاران^۶، ۲۰۰۹). با وجود درمان و خصوصاً درمان‌های رفتاری به‌عنوان اولین مداخله پذیرفته‌شده به‌منظور پیشگیری و نیز درمان در مراحل اولیه بیماری که قابلیت آسان بودن یادگیری رفتارها و مهارت‌ها را نیز دارد، اما به دلایل متعدد مانند طبیعی دانستن بیماری به‌عنوان یک تغییر تکاملی مرتبط با سن، بررسی نشدن بیماری به‌صورت دوره‌ای در سیستم بهداشتی و ناکارآمد بودن برنامه‌های آموزشی خصوصاً ایجاد انگیزه و تداوم اجرای مداخلات توسط کودکان و والدین به‌عنوان عامل کلیدی تأثیر این درمان، تعداد زیادی از بیماران در جستجوی درمان نبوده و سال‌ها از بیماری رنج می‌برند.

در سرتاسر مقاله نام نویسندگان برای با اول تا شش نفر نوشته می‌شود و برای بار دوم نام اولین نفر و واژه و همکاران نوشته می‌شود.

یکی از روش‌های درمانی که در علم پزشکی نیز حرف اول را می‌زند، مشابه درمانی است. مثلاً کسی را که مار می‌زند، با زهرمار درمان می‌کنند. یا بچه‌ای که اسهال دارد را با آب درمان می‌کنند (مصرف سرم خوراکی).

یکی از مؤثرترین روش‌های درمان ناتوانی در کنترل شب‌اداراری توسط دکتر غلامعلی افروز و بر مبنای تجارب علمی و حرفه‌ای فراوان و تجربیات بالینی طولانی‌مدت وی در روان‌درمانی کودکان ارائه‌شده است، روش مشابه درمانی (هومیوپاتی) است. این رویکرد ترکیبی از درمان‌های شناختی-رفتاری را با تمرکز مستقیم بر نیازها و خواست‌های کودک برای درمان ناتوانی در کنترل ارادی

5. Stein SM.

6. Wyman & al

7. desensitization

1. Kwats

2. Sub optimal

3. Bonding

4. Ego fragmentation

مجاری (فوریت، سوزش و قطع و وصل شدن ادرار) شیوع بیشتری را در دختران داشت. اشتغال مادر، وقایع ترسناک و استرس‌زای هیجانی در ۶ ماه قبل از مطالعه ارتباط معنی‌داری با روز ادراری داشتند. اگرچه، تحصیلات والدین، تنبیه به خاطر روز ادراری، سابقه بی‌اختیاری ادرار در خانواده همبستگی ناچیزی با این اختلال داشتند. در پژوهشی سورش کومار، جونز، کالدول و کریچ^۳ (۲۰۰۹) به بررسی عوامل خطرزا برای شبادرداری در کودکان سنین مدرسه در سیدنی استرالیا پرداختند. والدین ۲۸۵۶ کودک (۳۵ درصد) پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. شیوع شبادرداری بر اساس ملاک‌های ICD-10 در ۱۸/۲ درصد از کودکان به دست آمد. ۱۲/۳ درصد آن‌ها شبادرداری دائم (۱ تا ۶ شب در ماه)، ۲/۵ درصد شبادرداری متوسط (۷ یا بیشتر شبادرداری در ماه) و ۳/۶ درصد شبادرداری شدید (هر شب شبادرداری) را دارا بودند. روز ادراری، بی‌اختیاری مدفوع، بدکاری مثانه و جنس مذکر با شبادرداری شدید مطابق با سن ارتباط داشتند. استرس‌های هیجانی و دل‌مشغولی‌های اجتماعی با شبادرداری متوسط همبستگی داشتند. قنوتی و همکاران (۱۳۹۳) تأثیر رفتاردرمانی و آموزش خانواده بر کاهش شبادرداری کودکان پیش‌دبستانی را مورد مطالعه قرار دادند. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه) بوده و جامعه آماری آن کلیه دانش‌آموزان پیش‌دبستانی شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند. برای بررسی اثربخشی درمان رفتاری و آموزش خانواده از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. کودکان دچار شبادرداری اولیه در دو گروه ۱۸ نفره آزمایش و گواه جای داده شدند. مداخله رفتاری بر روی گروه آزمایش انجام و وضعیت شبادرداری آن‌ها پس از دوره درمان بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز علاوه بر روش‌های توصیفی مانند فراوانی، درصد و ... از روش آمار استنباطی آزمون خی دو، استفاده گردید. نتایج درمان نشان داد که درمان رفتاری و آموزش خانواده به‌طور معناداری باعث کاهش تعداد افراد شب ادرار کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه می‌گردد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش و اثربخشی این روش در کاهش شبادرداری کودکان و کاربردی بودن و عدم وجود عوارض روش‌های درمان دارویی در این روش، استفاده از آن به‌عنوان اولویت درمانی به متخصصان و عوامل مرتبط با کودکان توصیه می‌گردد. زرگر و همکاران (۱۳۹۲) شیوع بی‌اختیاری ادرار و عوامل همبسته با اختلال شبادرداری در کودکان پیش‌دبستانی را مورد مطالعه قرار دادند. این تحقیق از نوع توصیفی-مقطعی بوده و جامعه آماری آن کلیه دانش‌آموزان پیش‌دبستانی شهر اهواز در سال ۸۹-۹۰ بودند. برای شیوع این

بی‌اختیاری ادرار منجر به تسریع روند مداخله رفتاری و بهبود بی‌اختیاری ادرار کودکان می‌شود. یافته‌های پژوهشی اُکر و گامس (۲۰۱۴) نشان داد که کودکان مبتلابه بی‌اختیاری ادرار دارای علائم بالینی منفی مانند خلق افسرده، کیفیت زندگی پایین و اختلال خواب هستند؛ بنابراین درمان و مداخله به هنگام علاوه بر بهبود بی‌اختیاری ادرار، بر بهبود علائم بالینی منفی نیز تأثیر مثبت دارد. در پژوهشی دیگر سدربلاد و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی مشکلات روزمره والدین کودکان مبتلابه بی‌اختیاری ادرار و توصیف نیازهای حمایتی این خانواده‌ها پرداختند. نتایج نشان داد، داشتن یک کودک مبتلابه بی‌اختیاری ادرار می‌تواند برای والدین اضطراب‌آور بوده و اغلب احساساتی از شرم و سرخوردگی را تجربه کرده و از پیامدهای اجتماعی بی‌اختیاری ادرار کودکان خود نگران‌اند. این والدین نیازمند دریافت اطلاعات لازم در زمینه راهبردهای مداخله‌ای و آموزش‌های مناسب جهت مقابله با این مشکل و پیامدهای روانی و اجتماعی هستند. مولدن^۱ (۲۰۰۲) شبادرداری را یک وضعیت پزشکی شایع که تحت تأثیر وراثت قرار دارد می‌داند و اظهار می‌دارد، این اختلال بر کودک و والدین اثر می‌گذارد و می‌تواند باعث اضطراب، شرمساری، احساس حقارت در آن‌ها گردد و اثرات مخربی را بر روی اعتمادبه‌نفس و خلق کودکان خصوصاً در کودکان و نوجوانان بالاتر از ۱۰ سال داشته باشد. در پژوهشی میسکولین و همکاران^۲ (۲۰۱۰) به بررسی شیوع شبادرداری در کودکان مدرسه‌ای در شرق کرواسی پرداختند. از میان ۳۰۱۱ تن کودک ۶ تا ۷ با متوسط سن ۴-۶/۵ حاضر در این مطالعه ۵۳/۳ درصد از کودکان پسر و ۴۶/۷ درصد از کودکان دختر بودند. شیوع کلی شبادرداری بر اساس ملاک انجمن جهانی کودکان خود کنترل‌کننده (بی‌اختیاری ادرار بعد از ۵ سال به هر مقدار)، ۱/۲ درصد (۳۵ نفر) و بر اساس ملاک DSM-IV، ۰/۸ درصد گزارش گردید. همه‌ی این افراد به شبادرداری ثانویه مبتلا بودند. از میان کودکان دچار شبادرداری ۷۴/۳ درصد (۲۶ نفر) پسر و ۲۵/۷ درصد (۹ نفر) دختر بودند که تفاوت بین دو جنس از لحاظ آماری معنی‌دار بود ۲ درصد (۶ نفر) از کودکان نیز، روز ادراری داشتند. در میان کودکان شب ادرار شرق کرواسی، ۶۸/۶ درصد (۲۴ نفر) از آن‌ها سابقه شبادرداری در خانواده آن‌ها وجود داشت. یوسف، باسالم و ال سکاف^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی روز ادراری در میان ۱۰۶۱ تن از کودکان مهدکودکی ۴ تا ۶ ساله عدن در کشور یمن پرداختند که در میان آن‌ها روز ادراری در ۳۴ کودک (۳/۲ درصد) از موارد یافت شد که ۱۸ تن آن‌ها دختر بودند. بخش اعظمی از این افراد (۸۵/۳ درصد) فرم شدید روز ادراری را دارا بودند. شبادرداری و بی‌اختیاری ادرار مرکب شیوع بیشتری را در میان پسرها داشت، درحالی‌که علائم

3. Yousef, Basaleem, Al-sakkaf

4. Sureshkumar, Jones, Caldwell, & Craig

1. Mulden

2. Miskulin & al

سطح جهانی ضرورت انجام پژوهشی در رابطه روش‌های مداخله‌ای بهبود بی‌اختیاری ادرار ایجاب می‌کند. از سویی دیگر با توجه به اهمیت نقش خانواده در تضمین سلامت و رفاه کودک و نقش آن‌ها در آموزش و مداخلات به هنگام، خدمات خانواده محور هم به‌عنوان یک فلسفه و هم یک رویکرد برای ارائه مداخلات، به‌ویژه در درمان اختلالات روانی حرکتی کودکان که ریشه در اضطراب والدین دارد، به‌عنوان یکی از شیوه‌های مداخله‌ای طی ۳۰ سال گذشته در نظر گرفته شده است (افروز، ۱۳۹۵)؛ بنابراین لزوم داشتن یک برنامه مداخله‌ای خانواده محور برای درمان شب‌ادراری کودکان ایجاب می‌کند. همچنین با توجه به اینکه رویکرد درمانی مشابه درمانی در پزشکی نتیجه‌بخش بوده است، لزوم استفاده از این روش درمانی در مداخلات روان‌شناختی به‌ویژه اختلالات روانی حرکتی کودکان از جمله شب‌ادراری نیز احساس می‌شود. شب‌ادراری در اکثر مواقع به علت رویکردهای نامناسب تربیتی و اضطراب است. اضطراب باعث تکرر ادرار، به هم ریزی غدد درون‌ریز و برون‌ریز و پرخاشگری و ... می‌شود. پدیدآیی شب‌ادراری اساساً اضطراب است. تبیبه کودک زیر ۲ - ۳ سال به خاطر ادرار، تولد فرزند دوم و ایجاد حسادت نسبت به کودک دوم، اضطراب والدین به‌ویژه مادر از علل اصلی بروز شب‌ادراری در کودکان است.

از آنجاکه هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بر بهبود شب‌ادراری کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران است، محقق درصدد آن است که آیا برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بر کنترل اضطراب مادر و بهبود شب‌ادراری در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران تأثیر دارد؟

روش

این پژوهش کاربردی از نوع شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش، کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران و مادران آن‌ها بودند. نمونه آماری، ۱۲ کودک ۴ تا ۶ ساله (۸ پسر و ۴ دختر) از سه مهدکودک منطقه ۱۵ شهر تهران در بهار سال ۱۳۹۵ و مادرانشان بودند. جهت تعیین حجم نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۶ کودک و مادر) قرار گرفتند. آگاهی و اطلاع والدین از اهداف و چگونگی اجرای مداخله پژوهش و محرمانه باقی ماندن کلیه اطلاعات آزمودنی‌ها از ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در این پژوهش بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر هستند:
الف) پرسشنامه سلامت عمومی GHQ - 28: پرسشنامه سلامت عمومی آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود اجرا که به‌منظور بررسی اختلالات روان گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، طراحی شده است. این پرسشنامه برای نوجوانان و

اختلال با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ۹۲۰ کودک پیش‌دبستانی انتخاب شدند از مجموع این تعداد والدین ۸۰۷ کودک چک‌لیست‌های رفتاری فرزند خود را تکمیل نموده و به‌عنوان نمونه نهائی در تجزیه و تحلیل نهائی شرکت داده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز علاوه بر روش‌های توصیفی مانند فراوانی و درصد، از روش آمار استنباطی خی دو استفاده گردید. بر اساس نتایج این پژوهش شیوع بی‌اختیاری ادرار در کودکان مورد مطالعه ۱۴/۴ درصد است. ۱۰/۸ درصد، ۱/۲ درصد و ۱/۵ درصد از کل کودکان به ترتیب دچار شب‌ادراری، روز ادراری و بی‌اختیاری ادرار مرکب هستند. نتایج پژوهش نشان داد که شب‌ادراری در کودکان ارتباط معنی‌داری با جنسیت پسر ($p = 0,026$) سابقه بی‌اختیاری ادرار در خواهرها و یا برادرهای کودک ($p = 0,0001$)، سابقه بی‌اختیاری ادرار در والدین ($p = 0,0001$)، مصرف بیش از حد مایعات در طی روز ($p = 0,001$) و دفع بیش از حد روزانه ادرار ($p = 0,013$) داراست. صادقی (۱۳۹۰) در اقدام پژوهی که با هدف بهبود شب‌ادراری و کنترل پرخاشگری و اضطراب والدین و دانش‌آموز مبتلابه شب‌ادراری با روش مشابه درمانی انجام داد، نشان داد که با مداخله خانواده محور و به روش مشابه درمانی می‌توان با کنترل اضطراب والدین، شب‌ادراری را کنترل کرده به صورتی که کودک طی یک ماه به خشکی کامل برسد.

آرمان و همکاران (۱۳۸۸) ارتباط شب‌ادراری کودکان با افسردگی مادران را مورد مطالعه قرار دادند. روش تحقیق مقطعی به‌صورت مورد-شاهدی می‌باشد که بر روی ۱۹۲ کودک و هر گروه کودک (۴۸ دختر و ۴۸ پسر) مبتلابه شب‌ادراری مراجعه‌کننده به درمانگاه-های اطفال و ۹۶ کودک دیگر غیر مبتلابه شب‌ادراری (۴۸ دختر و ۴۸ پسر) به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شد سپس مادران این کودکان پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل نمودند و داده‌ها با استفاده از آزمون خی دو مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش یک رابطه علی حلقوی بین شب‌ادراری کودک و افسردگی مادر را نشان داد. احساس افسردگی و گناه در مادر رابطه محبت‌آمیز بین مادر و کودک را مختل می‌کند. ارتباط ضعیف بین مادر و کودک در صورت تداوم منجر به اختلالات رفتاری از جمله شب‌ادراری می‌شود. از طرفی شب‌ادراری خود باعث تشدید افسردگی مادر و اشکالات ارتباطی بیشتر بین فرزند و مادر می‌شود.

شیوع بی‌اختیاری ادرار ۵ تا ۱۰ درصد در کودکان ۴ - ۵ ساله، ۳ تا ۵ درصد در کودکان ۱۰ ساله و در حدود ۱ درصد در افراد ۱۵ ساله و بالاتر است (DSM-5, 2013). فراوانی بی‌اختیاری ادرار در سن ۵ سالگی در پسران ۷ درصد و در دختران ۳ درصد است (دادستان، ۱۳۹۱). در ایران شیوع بی‌اختیاری ادرار در کودکان پیش‌دبستانی ۱۰/۷ درصد گزارش شده است (زرگر، قنوتی و اشرفی، ۱۳۹۲). با توجه به شیوع بالای بی‌اختیاری ادرار در ایران نسبت به

این چارت برای ۷ روز هفته و در طول یک ماه تهیه شد. مادر باید تعداد دفعات شبادراری در طول هفته و ماه را در چارت و جداول مربوطه ثبت می کرد.

ج) برنامه مشابه درمانی که شامل دو بخش است: ۱) جلسات مشاوره فردی با مادران به منظور کاهش اضطراب طی ۲ هفته، هر هفته ۳ جلسه مشاوره ۴۵ دقیقه‌ای و ۲) برنامه مشابه درمانی (هیپومانی) که به مدت یک ماه در منزل توسط مادر و با نظارت و آموزش محقق انجام شد. این رویکرد ترکیبی از درمان‌های شناختی - رفتاری را با تمرکز مستقیم بر نیازها و خواست‌های کودک برای درمان ناتوانی در کنترل ارادی شبادراری ارائه کرده است که به نظر می رسد می توان آن را جایگزینی مطمئن و پربازده در حل این مسئله دانست. طی این مداخله به کودک اجازه داده می شود از صبح که بیدار می شود تا دو ساعت قبل از خوابیدن در شب هر چه می خواهد بخورد و بیاشامد و از خوردن و نوشیدن منع نشود. منع کردن کودکان به نخوردن و نوشیدن منجر به افزایش اضطراب و بروز شبادراری می شود. پس در مشابه درمانی کودک اجازه دارد بخورد و بنوشد به شرطی که دو ساعت قبل از خواب و رفتن به رختخواب هیچ چیزی نه بخورد و نه بنوشد. در عوض در این دو ساعت فعالیت‌هایی مانند دویدن، طناب زنی داشته باشد به طوری که در این دو ساعت حداقل سه چهار بار به توالی رفته و تخلیه ادرار داشته باشد.

در راستای تحلیل استنباطی داده‌ها و پاسخ به سؤالات پژوهش از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. همچنین میزان شبادراری با استفاده از تعیین روند تغییرات بر اساس شیب نمودار و میزان فراوانی که در تحقیقات تک آزمودنی استفاده می شود، بررسی شد.

یافته‌ها

ابتدا و در سطح آماری توصیفی به توصیف متغیرهای پژوهش و محاسبه شاخص‌هایی همچون فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب کجی و ضریب کشیدگی پرداخته شده و در گام دوم بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک و چند متغیری و استفاده از نمودار صورت گرفته است.

بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث زندگی می توانست استفاده شود. فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از چهار خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام دارای ۷ سؤال می باشد. ۷ سؤال اول مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤالات ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی می باشد. شیوه نمره گذاری، روش لیکرت است که بر اساس این شیوه نمره گذاری هریک از سؤالات به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) می باشد و در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است. روایی و اعتباریابی این پرسشنامه توسط تقوی (۱۳۸۰) انجام شد. اعتبار پرسشنامه مزبور از سه روش دوباره سنجی، تصدیق و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی همزمان پرسشنامه از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریمکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی (مانند سردرد، تهوع، شبادراری و...) در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می نمودند. از این پرسشنامه جهت ارزیابی سلامت عمومی و اضطراب مادران گروه‌های آزمایش و شاهد به عنوان پیش آزمون و پس آزمون استفاده گردید.

ب) چارت محقق ساخته جهت ارزیابی میزان شبادراری کودک قبل از اجرای مداخله، حین اجرای مداخله و در پایان اجرای مداخله بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5: این چارت بر اساس چهار ملاک تشخیصی شبادراری در DSM-5 تهیه شده است. این چهار ملاک تشخیصی عبارت‌اند از:

- ۱) تخلیه مکرر ادرار در بستر یا لباس خواه به صورت ارادی یا غیرارادی
- ۲) فراوانی این رفتار حداقل دو بار در هفته
- ۳) داشتن سن زمانی حداقل ۴ سال
- ۴) دفع ادرار فقط در طول خواب شبانه

جدول ۱. توصیف سلامت عمومی در گروه آزمایش

متغیر	سطح	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
علائم جسمانی	پیش آزمون	۱۷,۵	۱,۰۴	۰,۰۱	-۰,۲۴
	پس آزمون	۱۲,۳۳	۱,۸۶	۰,۳۹	-۰,۹۴
اضطراب	پیش آزمون	۱۷,۱۶	۱,۴۷	-۰,۴۱	-۰,۸۵
	پس آزمون	۱۲	۲,۸۰	۱,۷۳	-۰,۳
کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۱۵,۳۳	۱,۷۵	۰,۲۴	۰,۱۴
	پس آزمون	۱۰,۱۶	۱,۱۶	۰,۶۶	-۰,۴۴
افسردگی	پیش آزمون	۱۵,۸۳	۲,۷۸	-۰,۴۹	-۱,۰۵
	پس آزمون	۱۱,۵۰	۱,۸۷	۰,۶۱	۰,۲
سلامت عمومی	پیش آزمون	۶۵,۶۶	۱,۲۱	-۰,۰۷	۰,۵۵
	پس آزمون	۴۵,۶۶	۲,۴۲	-۰,۵۵	۰,۱۴

شده و امکان استفاده از آمار پارامتریک وجود دارد. پیشنهاد می‌شود جدول یک و دو را ترکیب کنید و اطلاعات را در یک جدول ارائه دهید.

با توجه به جدول فوق، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر چشمگیری داشته است. همچنین، با توجه به اینکه ضریب کجی و کشیدگی در شاخص‌های مزبور معنادار نبودند، مفروضه نرمال بودن رعایت

جدول ۲. توصیف سلامت عمومی در گروه کنترل

متغیر	سطح	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
علائم جسمانی	پیش آزمون	۱۶,۶۶	۱,۹۶	۰,۱۶	۰,۴۱
	پس آزمون	۱۶,۶۶	۲,۱۶	۰,۴۶	-۰,۳
اضطراب	پیش آزمون	۱۷	۱,۴۱	۰,۰۲	-۰,۳
	پس آزمون	۱۷,۳۳	۱,۳۶	۰,۵۲	۰,۸۷
کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۱۵,۳۳	۱,۷۵	۰,۲۴	۰,۱۴
	پس آزمون	۱۶,۱۶	۱,۴۷	۰,۴۱	-۰,۸۵
افسردگی	پیش آزمون	۱۵,۱۶	۲,۶۳	۰,۳۱	۰,۱۷
	پس آزمون	۱۵,۱۶	۲,۴۲	۰,۴۵	۰,۷۹
سلامت عمومی	پیش آزمون	۶۳,۲۲	۲,۰۶	۰,۵۳	۰,۷۲
	پس آزمون	۶۴,۳۳	۱,۹۶	۰,۲۵	۰,۸۲

با توجه به جدول فوق، نمرات آزمودنی‌های گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییری نداشته است. همچنین، با توجه به اینکه ضریب کجی و کشیدگی در شاخص‌های مزبور معنادار نبودند، مفروضه نرمال بودن رعایت شده و امکان استفاده از آمار پارامتریک وجود دارد.

جدول ۳. توصیف هوش‌بهر آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
آزمایش	۱۰۰،۱۶	۵،۵۶	-۰،۲۵	۰،۳۸
کنترل	۱۰۱،۲۲	۵،۰۶	۰،۲۴	۰،۷۹

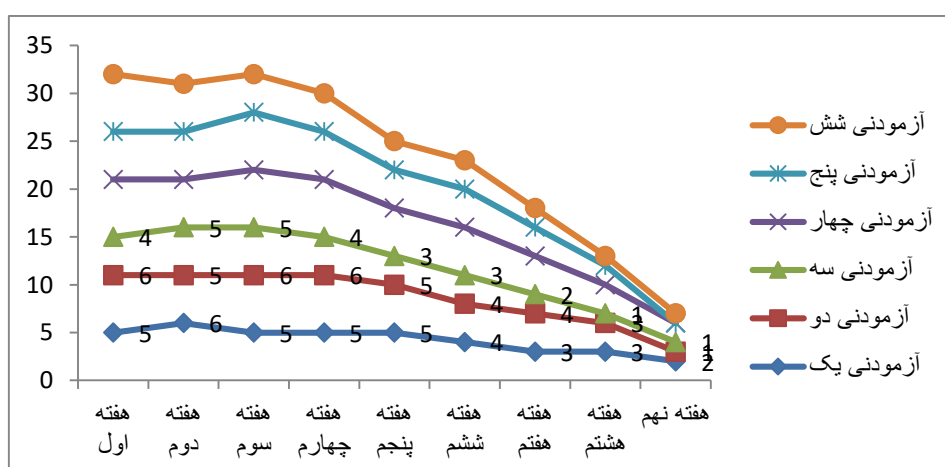
با توجه به اینکه هوش‌بهر بهنجار در دامنه ۸۵ تا ۱۱۵ قرار دارد و میانگین نمرات هوش آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۰۰،۱۶ و ۱۰۱،۲۲ می‌باشد، می‌توان گفت هوش‌بهر آزمودنی‌های هر دو گروه در حد متوسط جامعه قرار گرفته است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیری مرتبط با تأثیر آموزش خانواده محور مبتنی بر مشابه درمانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
علائم جسمانی	۶۱،۴	۱	۶۱،۴	۱۸،۸۵	۰،۰۰
اضطراب و بی‌خوابی	۸۱،۹۴	۱	۸۱،۹۴	۲۳،۰۶	۰،۰۰
کارکرد اجتماعی	۹۴،۳۸	۱	۹۴،۳۸	۱۹۴،۱۱	۰،۰۰
علائم افسردگی	۵۲،۵۸	۱	۵۲،۵۸	۵۳،۴۷	۰،۰۰

همان‌گونه که یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد، با توجه به میزان F که در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار است، دلایل کافی برای رد فرض صفر و پذیرش فرض خلاف در هر چهار خرده مقیاس وجود دارد. به عبارتی آموزش خانواده محور سبب کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی اثرگذار بر کاهش سلامت عمومی می‌شود.

نمودار ۱. الگوی تغییرات شبادراری کودکان تحت برنامه مداخله خانواده محور



کرد، برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی سبب کاهش علائم افسردگی مادران تحت مداخله شده است.

با استفاده از مدل چند خط پایه (نمودار ۱)، ابتدا به ارزیابی شبادراری کودکان در سه هفته پیش از آغاز مداخله با استفاده از چکلیست محقق ساخته‌ای که توسط مادران تکمیل شده بود، پرداخته شد. طبق نمودار ۱ دامنه تغییرات در مرحله پیش از آغاز مداخله بین ۴ تا ۶ نوبت در طول یک هفته گزارش شده بود. پس از آغاز مداخله، شاهد تغییرپذیری در سطح و شیب داده‌ها در کلیه آزمودنی‌ها بودیم. به گونه‌ای که در آزمودنی‌های شماره یک و دو تغییرات شبادراری با شیب ملایمی کاهش داشته است اما در آزمودنی‌های چهار، پنج و شش میزان کاهش شبادراری با شیب بیشتری دیده می‌شود؛ که با توجه به طرح‌های تک آزمودنی می‌توان گفت که کلیه تغییرات مشاهده شده در رفتار و عملکرد آزمودنی‌ها ناشی از مداخلات درمانی است؛ بنابراین می‌توان گفت کاهش شبادراری در میان کودکان تحت مداخله ناشی از برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بوده است. از این رو فرضیه پژوهش در خصوص مؤثر بودن برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بر کاهش شبادراری کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران پذیرفته شده و فرض صفر رد می‌شود.

نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهشی که بالو و سارتور (۲۰۱۴) با هدف بررسی نگرش‌های درمانی مختلف در شبادراری کودکان انجام دادند، همسویی دارد. نتایج تحقیق بالو و سارتور نشان داد که آگاهی روشن و دقیق کودک و خانواده از مشکل بی‌اختیاری ادرار منجر به تسریع روند مداخله رفتاری و بهبود بی‌اختیاری ادرار کودکان می‌شود. اُکر و گامس (۲۰۱۴) پژوهشی با عنوان ارزیابی کمی و کیفی از کیفیت خواب، کیفیت زندگی و خلق افسرده در کودکان مبتلا به شبادراری کودکان انجام دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که کودکان مبتلا به شبادراری دارای علائم بالینی منفی مانند خلق افسرده، کیفیت زندگی پایین و اختلال خواب هستند؛ بنابراین درمان و مداخله به هنگام علاوه بر بهبود بی‌اختیاری ادرار، بر بهبود علائم بالینی منفی نیز تأثیر مثبت دارد؛ بنابراین نتایج پژوهش اُکر و گامس با نتایج پژوهش حاضر همخوانی و هم سویی دارد. سدریلاد و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با هدف بررسی نیازهای والدین کودکان مبتلا به شبادراری و کمک به آن‌ها انجام دادند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که داشتن یک کودک مبتلا به شبادراری می‌تواند برای والدین اضطراب‌آور بوده و اغلب احساساتی از شرم و سرخوردگی را تجربه کرده و از پیامدهای اجتماعی بی‌اختیاری ادرار کودک خود نگران‌اند. این والدین نیازمند دریافت اطلاعات لازم در زمینه راهبردهای مداخله‌ای و آموزش‌های مناسب جهت مقابله با این مشکل و پیامدهای روانی و اجتماعی هستند. پس نتایج تحقیق آن‌ها با نتایج تحقیق حاضر همسو است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، پس از آغاز مداخله، شاهد تغییرپذیری در سطح و شیب داده‌ها در کلیه آزمودنی‌ها هستیم. به گونه‌ای که در آزمودنی‌های شماره یک و دو روند تغییرات در میان شبادراری با شیب ملایمی کاهش یافته است و در آزمودنی‌های چهار، پنج و شش میزان کاهش شبادراری با شیب بیشتری دیده می‌شود؛ که با توجه به آنچه پیش‌ازاین در خصوص طرح‌های تک آزمودنی گفته شد که کلیه تغییرات مشاهده شده در رفتار و عملکرد آزمودنی‌ها ناشی از مداخلات درمانی است، می‌توان گفت کاهش شبادراری در میان کودکان تحت مداخله ناشی از آموزش خانواده محور مبتنی بر مشابه درمانی می‌باشد. از این رو، فرضیه پژوهش در خصوص مؤثر بودن آموزش خانواده درمانی بر کاهش شبادراری کودکان پذیرفته شده و فرض صفر در این مورد رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اصلی پژوهش بیان می‌دارد، برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بر کنترل اضطراب مادر و بهبود شبادراری در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران تأثیر دارد. در این تحقیق، اضطراب مادر با مؤلفه سلامت عمومی شامل زیرمؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی بررسی شد. همچنین میزان شبادراری کودک طی شش هفته در چارت تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 ثبت گردید. در ادامه به بررسی یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده‌های مربوط به مؤلفه‌های اضطراب مادران و میزان شبادراری کودکان مورد مطالعه می‌پردازیم.

جدول ۴. به بررسی اثرات برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بر ابعاد و زیر مؤلفه‌های سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی) پرداخته است. تحلیل کوواریانس چند متغیری یافته‌های مربوط به زیر مؤلفه علائم جسمانی در سطح آماری ۰/۰۵ با میزان F به دست آمده تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. به عبارتی، برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی سبب کاهش علائم جسمانی اثرگذار بر کاهش سلامت عمومی و افزایش اضطراب مادر می‌شود.

همچنین با توجه به میزان F حاصله برای زیرمؤلفه اضطراب و بی‌خوابی که در سطح آماری 0/05 معنادار است، می‌توان گفت برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی سبب کاهش اضطراب و بی‌خوابی در مادران کودکان مبتلا به شبادراری می‌شود. از آنجایی که میزان F حاصله در زیرمؤلفه کارکرد اجتماعی که در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار است می‌توان گفت، برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی سبب بهبود عملکرد اجتماعی مادران گردیده است؛ و بالاخره تحلیل استنباطی که بر اساس میزان F به دست آمده در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار است می‌توان استنباط

با توجه به این که شبادراری در طبقه اختلالات روانی حرکتی^۱ قرار دارد و علت اصلی این اختلالات اضطراب به ویژه اضطراب مادر است؛ و شرایط ناامن روانی و محیطی (خانواده) نقش به سزایی در ایجاد اضطراب و استرس مادر و در نتیجه کودکان دارد، بنابراین در این برنامه مداخله با هدف قرار دادن اضطراب مادر و ارائه برنامه مشاوره و تمرینات آرام سازی (ریلکسیشن) به مادران و ارائه برنامه مشابه درمانی (هیپومانی) برای کنترل و کاهش شبادراری کودکان، توانستیم به میزان قابل قبول و معناداری اضطراب مادران و شبادراری کودکان مورد مطالعه را کاهش دهیم.

پایین بودن تعداد نمونه انتخابی، نبود مقیاس استاندارد و هنجاریابی شده برای تعیین و بررسی شبادراری در کودکان و عدم همکاری مدیران مهدکودکها و بعضی از والدین از محدودیت‌های این پژوهش بودند.

انجام مطالعات مشابه با حجم نمونه بیشتر و در شهرها و استان‌های مختلف کشور و طراحی و هنجاریابی مقیاسی برای تعیین میزان شبادراری کودکان، از پیشنهاد‌های مبتنی بر پژوهش محقق بودند.

منابع

- افروز، غلامعلی. دلاوریان، مونا (۱۳۹۵). *اختلالات روانی - حرکتی و روش‌های مؤثر درمان*. تهران، انتشارات دانشگاه تهران
- افروز، غلامعلی. (۱۳۹۴). *اختلالات روانی حرکتی و رویکردهای درمانی آن*. کارگاه آموزشی مرکز روان‌شناسی و مشاوره احیا.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)*. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، نشر روان، ویراست پنجم.
- آرمان، سعید. کرباسی عامل، امیر. حیدری، احمد (۱۳۸۸). مطالعه ارتباط شبادراری کودکان با افسردگی مادران. *مجله ارمغان دانش*، دوره ۱۴، شماره ۱.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*، تهران: نشر پایش، جلد دوم.
- دهقانی، خاطره. پورموحد، زهرا، دهقانی، حسن. شکیب، مریم. توانگر، حسین. یاسینی اردکانی، محمود و فلاح زاده، محمد حسین (۱۳۸۷). عوامل مرتبط با شبادراری کودکان ۱۲ - ۶ ساله. *ماهنامه دانشور پزشکی دانشگاه شاهد*، سال شانزدهم، شماره ۷۹، صص ۳۸ - ۳۳.
- زرگر، یدالله؛ قنواتی، محمد؛ اشرفی، سید صابر (۱۳۹۲). بررسی شیوع بی‌اختیاری ادرار و عوامل همبسته با اختلال شبادراری در کودکان پیش‌دبستانی. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال هشتم، شماره ۳۶، صفحه ۵ - ۲۲.

نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقی که سورش کومار و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان عوامل خطرزا در بروز شبادراری کودکان سنین مدرسه انجام دادند، هم سو بود. سورش کومار و همکاران به این نتیجه رسیدند که استرس‌های هیجانی و دل‌مشغولی‌های اجتماعی با شبادراری کودکان ارتباط معناداری دارد.

قنواتی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان تأثیر رفتاردرمانی و آموزش خانواده بر کاهش شبادراری کودکان پیش‌دبستانی شهر اهواز انجام دادند. یافته‌های پژوهشی آن‌ها مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی و آموزش خانواده بر کاهش شبادراری کودکان با نتایج پژوهش حاضر هم سویی دارد. نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق یوسفی و همکاران (۱۳۹۱) با هدف بررسی ارتباط بین اختلال بیش‌فعالی و کاهش توجه با شبادراری کودکان هم سو است. آن‌ها در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بین اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه و شبادراری در کودکان مضطرب رابطه معناداری وجود دارد. صادقی (۱۳۹۰) در اقدام پژوهی که با هدف بهبود شبادراری و کنترل پرخاشگری و اضطراب والدین و دانش‌آموز مبتلابه شبادراری با روش مشابه درمانی انجام داد، نتایج نشان داد که با مداخله خانواده محور و به روش مشابه درمانی می‌تواند کنترل اضطراب والدین، شبادراری را کاهش داده به طوری که کودک طی یک ماه به خشکی کامل برسد. نتایج با پژوهش حاضر همسو است. آرمان و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیقی با هدف مطالعه ارتباط شبادراری کودکان با افسردگی مادران انجام دادند. نتایج تحقیق آن‌ها که یک رابطه علی حلقوی بین شبادراری کودک و افسردگی مادر را نشان می‌داد با نتایج تحقیق حاضر هم سو است. در پژوهشی که دهقانی (۱۳۸۷) با عنوان عوامل مرتبط با شبادراری کودکان ۱۲ - ۶ ساله انجام دادند، نتایج نشان داد که بین افسردگی والدین، اضطراب جدایی، مشکلات خانوادگی و عدم رضایت‌مندی زوجین با شبادراری کودک رابطه معناداری وجود دارد؛ بنابراین با نتایج تحقیق حاضر هم سو است.

این تحقیق اثربخشی برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی بر کنترل اضطراب مادر و بهبود شبادراری کودکان پیش‌دبستانی ۴ تا ۶ ساله شهر تهران را مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق فوق نشان می‌دهد، برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی باعث بهبود سلامت عمومی مادران و کاهش علائم جسمانی اثرگذار بر سلامت عمومی، کاهش اضطراب و بی‌خوابی و علائم افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی آنان شده است. همچنین برنامه مداخله خانواده محور بر پایه مشابه درمانی سبب کاهش میزان شبادراری با یک شیب مناسب در کودکان مورد مطالعه شده است.

1 - psychomotor

- Thiedke, C. (2003). *Nocturnal enuresis*. American Family Physician, 67, 1499 – 1506, 1509 – 1510.
- Ucer.O, Gumus.B. (2014). *Quantifying subjective assessment of sleep quality, quality of life and depressed mood in children with enuresis*. World J Urol, 32: 239- 243.
- Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. (2009) *Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence*. Int J Clin Pract. 63: (8): 1177–191.
- Yousef, K. Basaleem, H. Al-sakkaf, K. (2010). *Daytime urinary incontinence among kindergarten children in aden governorate*. Saudi J Kidney Distranspl, 21(6), 1092 – 1099.
- صادقی سیاح، علی (۱۳۹۰). چگونه توانستم با بهبود شب‌اداری امین، پرخاشگری و اضطرابش را به حداقل برسانم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- قنوتی، محمود. سودانی، مریم، شکرانی، عزیزالله (۱۳۹۳). تأثیر رفتاردرمانی و آموزش خانواده بر کاهش شب‌اداری کودکان پیش‌دبستانی شهر اهواز. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز*، سال دوم، شماره ۸، صص ۱۲۴ – ۱۰۹.
- یوسفی، پروین. صالحی، بهروز. فیروزی فز، محمدرضا، شیخ‌الاسلامی، حمیدرضا (۱۳۹۰). ارتباط بین اختلال بیش‌فعالی و کاهش توجه با شب‌اداری در کودکان مبتلابه شب‌اداری. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، سال ۳۰، شماره ۱۸۴، صص ۴۲۶ – ۴۱۹.
- Bolla. G, Sartore. G. (2014). *Different Therapeutical Attitudes against Enuresis the Prosecution of a Clinical Experience*. American Journal of Clinical Medicine Research, Vol. 2, No. 2, 51-52.
- Cederblad.M, Nevéus.T, Åhman.A, Österlund Efraimsson.E, Sarkadi.A. (2013). *Nobody Asked Us if We Need Help: Swedis parents experiences of enuresis*. Journal of Pediatri Urology, XX, 1 e 6.
- Martin A, Volkmar FR. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 4th ed. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins; 655- 69.
- Miskulin, M. Miskulin, I. Mujkic, A. Dumic, A. Puntaric, d. Buljan, V. & et al. (2010). *Enuresis in school children from croatia*. The Turkish Journal of Pediatrics, 52, 393 – 399.
- ulden, A. (2002). *Management of bedwetting*. Austfam Physician, 31(2), 161-163.
- Stein SM. (2008). *Enuresis, early attachment and intimacy*. British Journal of Psychiatry; 15(2): 167-76.
- Sureshkumar, P. Jones, m. Caldwell, ph. Craig, jc. (2009). *Risk factors for nocturnal enuresis in school-age children*. J Urol. 182(6), 2893 – 2899.

5

Evaluating of family-based homeopathic intervention program on mother anxiety and bed wetting the preschool childrenParastoo Khayati¹Ali Afrooz²**Abstract**

Aim: This study aimed to investigate Evaluating of family-based homeopathic intervention program on mother anxiety and bed wetting the preschool children in Tehran. **Methods:** This was a quasi-experimental study with pretest – posttest and control group. 12 children 4 to 6 years old preschoolers and their mothers participated in this study who multistage cluster sampling method were selected. The subjects were randomly divided into two groups of experimental and control groups, so that each group had six children and mother. The experimental group of family-centered intervention program based on similar treatment within one month and fifteen days. While the control group received no intervention. The instruments used in this study, the General Health Questionnaire GHQ-28 and DSM-5 diagnostic chart developed by the researchers based on the criteria for the evaluation of enuresis. **Results:** Information collected were analyzed with using univariate and multivariate analysis of covariance and also to determine the trend of enuresis using the slope and frequency. **Conclusion:** The results showed that after intervention, mean scores on anxiety reduction and improvement of in the experimental group was significantly higher than the control group. As a result, family-based homeopathic intervention program reduces mother anxiety and improve bedwetting children.

Keywords: *Family-based intervention program, Homeopathic, Mother anxiety. Bed wetting the preschool children*

¹ Mc.S. student of General Psychology

² Distinguished Professor, University of Tehran(Corresponding Author:afrooz@ut.ac.ir)