Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Evaluation of aggression in children with daily urinary disorders

Mehran Shaygan Fard [1], Fahimeh Omidi [1*], Parsa Yousefi [2], Azam Moslemi [3], Ali Darvish zadeh [4]

[1] Dept of Psychiatry, School of Medicine, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran
[2] Dept of Pediatric, School of Medicine, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran
[3] Dept of static, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran
[4] School of Medicine, University of Medical ciences of Arak, Arak, Markazi, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Aug. 19, 2023
Revised: Sep. 13, 2023
Accepted: Oct. 10, 2023
Published Online: Feb. 10,2024

**** Correspondence to:***
Fahimeh Omidi
Dept of Psychiatry, School of Medicine, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran
Email:
dromidi.ac@gmail.com

A B S T R A C T

Introduction: Urinary control disorder is one of the most common disorders in children, which has important psychological consequences such as reducing self-confidence, anxiety, etc. This research was conducted with the aim of evaluating aggression in children with daily urinary disorders.

Material & Methods: This case-control study was conducted on 200 children aged 5 to 12 years in two groups (50 girls and 50 boys) and control (50 girls and 50 boys) who referred to the pediatric clinic of Amirkabir Arak Hospital in 1401 and with random sampling. Easy randomization and using Shahim's aggression questionnaire, the level of aggression was measured in two groups of cases and controls, and the data were analyzed using SPSS version 23 software.

Results: In this study, 200 children, including 100 in the case group and 100 in the control group, with an average age of 7.17 years (±2.17) participated. No significant relationship was found between the two groups in terms of parents' education, place of residence, socio-economic status, number of children in the family, and history of mental illnesses in the parents. ($P>0.05$). The mean total score of aggression in the case group (±8.18) was 34.41 and in the control group (±5.17) it was 27.80. The total score of aggression and the mean score of reactive-overactive aggression and Physical aggression and relational aggression were significantly higher in the case group than in the control group ($P<0.05$).

Discussion & Conclusion: In this study, children with daily urinary disorders were more aggressive than non-diseased children. Therefore, screening children with urinary disorders and, if necessary, psychiatric interventions such as teaching anger management methods are very important.

Keywords: aggression, children, Urinary disorder

➢ **How to cite this paper**
ShayganFard M, Omidi F, Yousefi P, Moslemi A, DarvishZadeh A. Evaluation of aggression in children with daily urinary disorders. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2024;31(6): 83-91.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

© The Author(s)
Publisher: Ilam University of Medical Sciences

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

ارزیابی پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری روزانه

مهران شایگان فرد [۱]، فهیمه امیدی [۱*]، پارسا یوسفی [۲]، اعظم مسلمی [۳]، علی درویش زاده [۴]

[۱] گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک،مرکزی، ایران
[۲] گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، مرکزی،ایران
[۳] گروه آمار، دانشکده آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک،مرکزی، ایران
[۴] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک،مرکزی، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۸
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۸
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۱/۲۱

نویسنده مسئول:
فهیمه امیدی
گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک،مرکزی، ایران
Email:
dromidi.ac@gmail.com

چکیده

مقدمه: اختلال کنترل ادرار یکی از اختلالات شایع در کودکان است که پیامدهای روانی مهمی مانند:کاهش اعتماد به نفس، اضطراب و ...دارد .این پژوهش با هدف ارزیابی پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری روزانه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مورد شاهدی، بر روی ۲۰۰ کودک ۵ تا ۱۲ سال در دو گروه مورد (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) و شاهد (۵۰ دختر و۵۰ پسر) مراجعه کننده به درمانگاه اطفال بیمارستان امیرکبیر اراک در سال ۱۴۰۱ انجام شد و با نمونه گیری غیر تصادفی آسان و استفاده از پرسشنامه پرخاشگری شهیم میزان پرخاشگری در دو گروه مورد وشاهد سنجیده شد و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش: در این مطالعه۲۰۰ کودک شامل ۱۰۰ نفر گروه مورد و ۱۰۰ نفر در گروه شاهد با میانگین سنی ۷/۱۷(۲±/۱۷) سال شرکت داشتند. بین دو گروه از نظرتحصیلات پدر و مادر و محل سکونت و وضعیت اقتصادی- اجتماعی و تعداد فرزند خانواده وسابقه بیماری های روانی در والدین ارتباط معناداری یافت نشد (P>۰/۰۵) .میانگین نمره کل پرخاشگری در گروه مورد (۸/۱۸±) ۳۴/۴۱ و در گروه شاهد (۵/۱۷±) ۲۷/۸۰ بود .نمره کل پرخاشگری و میانگین نمره پرخاشگری واکنشی-بیش فعالی و پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری رابطه ای به طور معنی داری در گروه مورد بیشتر از شاهد بود (P< ۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری روزانه نسبت به کودکان غیر مبتلا بیشتر بود .لذا غربالگری کودکان مبتلا به اختلالات ادراری و در صورت لزوم مداخلات روانپزشکی مانند آموزش روش های کنترل خشم اهمیت زیادی دارد.

واژه‌های کلیدی: پرخاشگری ، کودکان ، اختلال ادراری روزانه

استناد: شایگان فرد مهران، امیدی فهمیه، یوسفی پارسا، مسلمی اعظم، درویش‌زاده علی. ارزیابی پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری روزانه. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، بهمن ۱۴۰۲؛۳۱(۶): ۹۱-۸۳.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

CC BY NC

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

بی‌اختیاری ادرار روزانه اصطلاحی است که هرگونه نشت ادرار در بیداری بدون علت آناتومیک عصبی یا مادرزادی را توصیف می کند. (مانند آسیب های اعصاب کنترل کننده مثانه یا مشکلات مربوط به نحوه تشکیل سیستم ادراری)(۱). برای تشخیص گذاری اختلال ادراری در کودکان باید علائم حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد. این اختلال موارد زیر را شامل نمی شود:کودکانی که درحال آموزش کنترل ادرار(toilet training) هستند و یا اختلال موقت کنترل ادراری همراه با عفونت سیستم ادراری دارند (۲,۳). این اختلال می‌تواند باعث اضطراب، شرمساری، احساس حقارت در کودکان شود و اثرات مخربی را بر روی اعتماد به نفس و خلق کودکان داشته دارد.پژوهش ها نشان می دهند که مشکلات رفتاری با بی اختیاری ادرار در کودکان همراهی دارند (۴).

پرخاشگری یکی از شایع ترین مشکلات کودکان و از دلایل مهم ارجاع آنها به مراکز مشاوره است.پرخاشگری شرایطی است که طی آن شخص عملی هدفدار و متکی به زور که می‌تواند کلامی یا فیزیکی باشد را مرتکب می‌شود. علل پرخاشگری شامل بیماری های روانی، جسمی، متابولیک، مشکلات رفتاری، عوارض درمانی و یا دارویی و یا الگوبرداری از پرخاشگری والدین به عنوان رفتاری آموخته شده، و تاثیر ژنتیک و رسانه های محیطی است (۶ ،۵). ناهنجاری‌های رفتاری و روانی و روش‌های مقابله با آن‌ها یکی از مشکلات مهم جوامع در زمینه بهداشت روان است. پرخاشگری ابعاد مختلفی دارد: پرخاشگری رابطه ای نوعی از پرخاشگری است که با هدف آسیب رساندن به شهرت و وجه خوب فرد در مقابل دیگران شناخته می شود. در این نوع از پرخاشگری افراد علائم پرخاشگری خود را با قلدری، شایعه پراکنی و دروغ گفتن و ... نشان می دهند. قصد پرخاشگری رابطه ای آسیب رساندن به رابطه های فرد دیگر است. پرخاشگری جسمانی با کتک زدن و آسیب فیزیکی همراه است. پرخاشگری کلامی که به صورت داد زدن، تحقیر کردن و توهین یا تمسخر به آسیب و اذیت دیگری منجر می شود .پرخاشگری واکنشی می تواند با تکانشگری و نقص توجه همراهی داشته باشد.(۷)

در مطالعه ی مروری محمدی و همکاران در سال ۲۰۱۹ نشان داد شیوع شب ادراری در ایران بالا بوده و نیاز به مطالعات بیشتر و سیاست گذاری های دقیقتر برای مدیریت این وضعیت که بر سلامت روان کودکان تاثیر دارد ، وجود دارد(۸). در مطالعه ون گونتارد و همکاران که در سال ۱۹۹۸ انجام گرفته است مشخص شد که تمامی اختلالات رفتاری از جمله پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال ادراری بیشتر از سایرین است(۹) در پژوهش کورنلیس و همکاران در سال ۲۰۱۱ مشخص گردید میزان پرخاشگری در ابعاد فیزیکی و رابطه‌ای در پسران سطوح بالاتری نسبت به دختران دارد(۱۰)

پرخاشگری و مشکلات رفتاری در کودکان می تواند اثرات نامطلوبی برسلامت روان کودک و خانواده بگذارد و زمینه ساز مشکلات روانی در بزرگسالی باشد . تشخیص زودرس و انجام مداخلات درمانی اهمیت زیادی در جهت ارتقا سلامت روان کودکان دارد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط میان پرخاشگری و اختلالات ادراری روزانه انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی مورد–شاهدی حجم نمونه ۲۰۰ نفر بود.گروه مورد شامل ۱۰۰ کودک مبتلا به اختلال ادراری روزانه که به علت مشکلات ادراری به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی اطفال بیمارستان امیرکبیر اراک مراجعه کردند و گروه شاهد شامل ۱۰۰کودک غیر مبتلا به اختلال ادراری روزانه که به علت دیگری به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی اطفال و بخش‌های بستری بیمارستان امیرکبیر مراجعه کردند. انتخاب نمونه به صورت غیرتصادفی و در دسترس بود. و هر عضو از گروه شاهد از نظر سن و جنس با یک مورد تطبیق داده شد. در صورت تمایل و رضایت، در هر دو گروه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه مربوط به پرخاشگری تکمیل و جمع‌آوری شد و داده ها در دو گروه مقایسه شد. تأییدیه مورد نیاز قبل از انجام پروژه تحقیقاتی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک اخذ گردید (

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

.(IR.ARAKMU.REC.1401.130

معیارهای ورود برای گروه مورد شامل تمامی مراجعان ۵ تا ۱۲ ساله بیمارستان امیرکبیر اراک که مبتلا به اختلال ادراری روزانه بودند و در گروه شاهد شامل تمامی مراجعان ۵ تا ۱۲ ساله که به علت دیگری به جز اختلال ادراری روزانه به کلینیک اطفال بیمارستان امیرکبیر اراک مراجعه کرده و رضایت ورود به مطالعه را داشتند.. برای هر دو گروه عدم وجود بیماری های خلقی و اضطرابی و سایکوتیک و کم توانی ذهنی و و اوتیسم و اختلالات یادگیری و اختلال بیش فعالی و نقص توجه و تشنج و بیماری های دیابت و اختلالات کبدی وتومورهای مغزی جز معیار ورود در نظر گرفته شد و معیارهای خروج برای گروه مورد و شاهد شامل عدم رضایت والدین یا کودک برای ادامه‌ی پژوهش و ابتلا به بیماری های ذکر شده فوق در حین انجام پژوهش بود.

بعد از اخذ رضایت آگاهانه از والدین کودکان دو گروه خواسته شد که پرسش نامه ویژگی های دموگرافیک و پرخاشگری شهیم را تکمیل کنند. پرسشنامه پرخاشگری شهیم در سال ۱۳۸۵ توسط شهیم با توجه به فرهنگ ایرانی ساخته شده است. و شامل ۲۱ گویه ۴ گزینه ای است که ۳ مولفه پرخاشگری جسمانی (۷ گویه) ، پرخاشگری رابطه ای (۸ گویه) پرخاشگری واکنشی کلامی – پیش فعال (۶ گویه) را بررسی می کند .هر گویه شامل ۴ گزینه است: به ندرت (۱ نمره) و یک بار در ماه (۲ نمره)و یک بار در هفته (۳ نمره)و اغلب روزها (۴ نمره)متوسط نمره محاسبه شده و نمره کل پرخاشگری حداقل ۲۱ و حداکثر ۸۴ بود که میانگین نمره پرخاشگری برای هر کودک تعیین و در گروه های شاهد و مورد مقایسه شد (۱۱). ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ برای پرخاشگری جسمانی ، رابطه ای و واکنشی کلامی - پیش فعال به ترتیب ۰/۸۹ ، ۰/۸۵، ۰/۸۳ است (۱۱). آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۹۸ بدست آمده که حاکی از پایایی خوب پرسشنامه بود (۱۲).

برای ارزیابی معنی‌داری شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و همچنین برای تحلیل داده‌ها از آزمون پارامتری t- مستقل و t- زوجی و آزمون های ناپارامتری کای اسکوئر، آزمون فیشر استفاده شده است. تمامی آزمون ها در سطح معنی داری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شده است.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۲۰۰ کودک ۵ تا ۱۲ ساله در دو گروه مورد (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) و گروه شاهد(۵۰ دختر و۵۰ پسر) با میانگین سنی (۲/۱۷±) ۷/۱۷ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. دو گروه از نظر سن و جنس همگن انتخاب شدند. اطلاعات جمعیت شناختی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. بیشتر پدران و مادران در دو گروه مورد و شاهد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند و بین دو گروه این اختلاف معنادار نبود. وضعیت اقتصادی و اجتماعی در دو گروه مورد و شاهد بیشتر در حد متوسط بود. اغلب خانواده ها در دو گروه مورد و شاهد تک فرزند و یا دو فرزند بودند . ۷٪ کودکان گروه مورد و ۸ ٪ کودکان گروه شاهد والدین سابقه بیماری روانی داشتند و بین دو گروه از نظر و تحصیلات پدر و مادر و محل سکونت و وضعیت اقتصادی و اجتماعی و تعداد فرزند خانواده وسابقه بیماری های روانی در والدین ارتباط معناداری یافت نشد. (P>۰/۰۵) میانگین نمره پرخاشگری واکنشی-بیش فعالی در گروه مورد(۳/۱۱±) ۱۰/۷۸ و در گروه شاهد (۲/۳۹±) ۸/۷۱ بود و میانگین نمره پرخاشگری جسمانی در گروه مورد (۲±/۸۷) ۹/۳۰ و در گروه شاهد(۱/۸۹±) ۸/۰۹بود و میانگین نمره پرخاشگری رابطه ای در گروه مورد (۳/۶±) ۱۴/۴۰ و در گروه شاهد (۲/۴±) ۱۱/۰۰بود همچنین میانگین نمره کل پرخاشگری در گروه مورد (۸/۱۸±) ۳۴/۴۱ و در گروه شاهد (۵±/۱۷) ۲۷/۸۰ بود.در گروه مورد ومیانگین نمره پرخاشگری واکنشی-بیش فعالی و پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری رابطه ای به طور معنی داری در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود(P<۰/۰۵) (جدول شماره ۲).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

جدول شماره ۱. طیف‌سنج پراش اشعهٔ ایکس مربوط به نانوذرات کیتوزان.

متغیر		مورد (درصد فراوانی)	شاهد (درصد فراوانی)	P value*
تحصیلات پدر	بیسواد	۱٪	۴٪	۰/۴
	زیر دیپلم	۸٪	۶٪	
	دیپلم وبالاتر	۹۱٪	۹۰٪	
تحصیلات مادر	بیسواد	۰	۰	۰/۳۹
	زیر دیپلم	۵٪	۸٪	
	دیپلم وبالاتر	۹۵٪	۹۲٪	
وضعیت اقتصادی و اجتماعی	ضعیف	۱۰٪	۱۸٪	۰/۰۸
	متوسط	۷۸٪	۷۷٪	
	خوب	۱۲٪	۵٪	
تعداد فرزندان	تک فرزند	۴۳٪	۳۳٪	۰/۳۸
	دو فرزند	۴۶٪	۴۹٪	
	سه فرزند	۸٪	۱۴٪	
	چهار فرزند وبیشتر	۳٪	۴٪	
سابقه بیماری روان در والدین	دارد	۷٪	۸٪	۰/۷۸
	ندارد	۹۳٪	۹۲٪	

* از آزمون t مستقل استفاده شد. P value کم تر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد

جدول شماره ۲. بررسی ابعاد مختلف پرخاشگری برحسب میانگین نمره در گروه مورد و شاهد.

متغیر پرخاشگری	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P value
نمره واکنشی – بیش فعال	مورد	۱۰۰	۱۰/۷۸	۳/۱۱	۰/۰۰۱
	شاهد	۱۰۰	۸/۷۱	۲/۳۹	
نمره جسمانی	مورد	۱۰۰	۹/۳۰	۲/۸۷	۰/۰۰۱
	شاهد	۱۰۰	۸/۰۹	۱/۸۹	
نمره رابطه ای	مورد	۱۰۰	۱۴/۴۰	۳/۶	۰/۰۰۱
	شاهد	۱۰۰	۱۱/۰۰	۲/۴	
نمره کل	مورد	۱۰۰	۳۴/۴۱	۸/۱۸	۰/۰۰۱
	شاهد	۱۰۰	۲۷/۸۰	۵/۱۷	

جدول شماره ۳. بررسی ابعاد پرخاشگری به تفکیک جنسیت در گروه مورد و شاهد

جنس	پرخاشگری	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P value
دختر	نمره واکنشی – بیش فعال	مورد	۵۰	۱۰/۲۴	۲/۷۷	۰/۰۰۷
		شاهد	۵۰	۸/۹۸	۲/۳۴	
	نمره جسمانی	مورد	۵۰	۹/۱۶	۲/۲۶	۰/۰۰۰۱
		شاهد	۵۰	۷/۷۲	۱/۵۷	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

	نمره رابطه‌ای	مورد	۵۰	۱۴/۸۲	۳/۵۸	۰/۰۰۰۱
		شاهد	۵۰	۱۱/۳۴	۲/۷۸	
	نمره کل	مورد	۵۰	۳۴/۲۲	۷/۳۳	۰/۰۰۰۱
		شاهد	۵۰	۲۸/۰۴	۵/۷۲	
پسر	نمره واکنشی – بیش فعال	مورد	۵۰	۱۱/۱۸	۳/۳۷	۰/۰۰۰۱
		شاهد	۵۰	۸/۴۴	۲/۴۵	
	نمره جسمانی	مورد	۵۰	۹/۴۴	۳/۳۹	۰/۱
		شاهد	۵۰	۸/۴۶	۲/۱۲	
	نمره رابطه ای	مورد	۵۰	۱۳/۹۸	۳/۶۲	۰/۰۰۰۱
		شاهد	۵۰	۱۰/۶۶	۲/۱۲	
	نمره کل	مورد	۵۰	۳۴/۶	۹/۰۳	۰/۰۰۰۱
		شاهد	۵۰	۲۷/۵۶	۵/۷۵	

بحث و نتیجه‌گیری

دوران کودکی مهمترین مرحله زندگی است که در آن شخصیت فرد شکل می‌گیرد.پرخاشگری یکی از شایع ترین اختلالات رفتاری در کودکان است که علل متفاوتی دارد و می تواند منجر به آسیب های جدی در زمینه بهداشت روان برای کودک و خانواده شود. (۱۴ و۱۳). مطالعات متعددی در زمینه ی بررسی عوامل خطر و درمان پرخاشگری در دوران کودکی انجام شده است. موسوی و همکارانش در سال ۲۰۱۴ انواع خاصی از اقدامات درمانی را برای کنترل پرخاشگری در کودکان مورد بررسی قرار دادند. (۱۵) مطالعه ی Appleyard و همکارانش در سال ۲۰۰۵ به بررسی عوامل خطر پرخاشگری در کودکی پرداخته است و نشان داده که در بیشتر موارد پرخاشگری در کودکان می تواند تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه یابد.(۱۶) همچنین Lai و همکارانش در سال ۲۰۱۵ نشان دادند که استرس های دوران کودکی و نوجوانی و مشکلات رفتاری در کودکی می توانند منجر به اختلالات اداری مانند مثانه بیش فعال در بزرگسالی شوند.(۱۷)

در این پژوهش میانگین نمره کل پرخاشگری در گروه مورد (۸/۱۸±) ۳۴/۴۱ و در گروه شاهد (۵/۱۷±) ۲۷/۸۰ بود و میانگین نمره پرخاشگری واکنشی–بیش فعالی و پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری رابطه ای به طور معنی داری در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود. در این مطالعه بیشتر پدران و مادران در دو گروه مورد و شاهد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند . اغلب خانواده ها در دو گروه مورد و شاهد تک فرزند و یا دو فرزند بودند و۷٪ کودکان گروه مورد و ۸ ٪ کودکان گروه شاهد والدین سابقه بیماری روانی داشتند.

نتایج این پژوهش نشان می دهد که در کودکانی که اختلالات ادراری روزانه دارند ، شیوع پرخاشگری بیشتر است .کودکی که به این اختلال مبتلا است ممکن است احساسات متفاوتی نظیر شرم ، خجالت ، حقارت ،اضطراب و خشم را تجربه کند و نوع رفتار والدین و افراد خانواده نیز در بروز وتشدید این احساسات نقش دارد. مورد سرزنش قرار گرفتن یا حتی پرخاشگری از سوی والدین و تضعیف اعتماد به نفس از جمله عواملی است که می تواند باعث بروز پرخاشگری از سوی کودک شود. با توجه به نتایج مطالعه ما می توان گفت که اختلالات کنترل ادرار روزانه بر سلامت روان کودکان تاثیر گذار است و باید متخصصین اطفال نگاه جامع تری به این مساله داشته باشند و در صورت نیاز کودکان مستعد را برای بررسی های بیشتر تشخیصی و درمانی به روانپزشکان ارجاع بدهند.همچنین انجام اقداماتی نظیرآموزش روش های کنترل خشم به والدین وکودکان و ارتقا آگاهی والدین برای توجه بیشتر بهداشت روان کودکان بسیار اهمیت دارد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

مطالعات مختلفی با هدف بررسی بروز اختلالات روانپزشکی در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری انجام شده است . در بعضی مطالعات شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری بیشتر بوده است . مطالعه ی یوسفی و همکاران در سال ۲۰۱۸ نشان داد که اختلال بیش فعالی ونقص توجه در کودکانی که اختلالات ادراری دارند بیشتراست. (۱۸) در مطالعه ی رابسون و همکارانش شیوع بی اختیاری ادرار در روز در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی ونقص توجه درسن ۶ سالگی ۲/۷ برابر بیشتر از گروه شاهد بود و ۴/۵ برابر بیشتر احتمال بی اختیاری ادرار در شب و روز در آن ها وجود داشت. (۱۹) در مطالعه Hussong و همکارانش در سال ۲۰۲۲ مشخص شد که شیوع اختلالات اضطرابی و افسردگی در کودکانی که بی اختیاری ادرار داشته اند ، بیشتر بوده است و۳۴/۶ ٪کودکان با بی اختیاری ادرار مبتلا به اختلالات اضطرابی و۱۳/۳ ٪ مبتلا به اختلال افسردگی بودند. (۲۰) در مطالعه ون گونتارد و همکاران که در سال ۱۹۹۸ انجام گرفته است مشخص شد که تمامی اختلالات رفتاری از جمله پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال ادراری بیشتر از سایرین است (۹)

درپژوهش لتورنو و همکاران مشخص شد که وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف تر با افزایش پرخاشگری ارتباط دارد(۲۱) درمطالعه ما با توجه به این که جمعیت نمونه از مراجعه کنندگان به کلینیک بیمارستان دولتی امیرکبیر اراک انتخاب شدند و تقریبا از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرایط یکسانی داشتند، این ارتباط یافت نشد. ولی احتمالا وضعیت اقتصادی ضعیف منجر به افزایش فشار روانی و استرس و اضطراب وکاهش آستانه تحمل و صبر والدین شده و زمینه برای ابراز پرخاشگری در خانواده فراهم می شود.

در پژوهش کورنلیس و همکاران در سال ۲۰۱۱ مشخص گردید میزان پرخاشگری در ابعاد فیزیکی و رابطه‌ای در پسران سطوح بالاتری نسبت به دختران دارد(۱۰). در پژوهش ما تعداد دختران و پسران در هر دو گروه مورد و شاهد برابر بود و نمره پرخاشگری جسمانی در پسران بالاتر از دختران بوده است اما پرخاشگری جسمانی در گروه کودکان پسر مبتلا به اختلالات ادراری تفاوت معنی داری نداشته است. در پسران معمولا پرخاشگری جسمانی مانند کتک زدن و دعوا کردن بیشتر مشاهده می شود.در این مطالعه نمره پرخاشگری رابطه ای در دختران گروه مورد بیشتر از پسران گروه مورد بوده است. پرخاشگری رابطه ای به روابط دوستانه آسیب می رساند و کنار گذاشته شدن کودک از گروه همسالان را در پی دارد و در دختران روابط دوستانه اهمیت زیادی دارد و و شاید به این علت در دختران گروه مورد بیشتر پرخاشگری رابطه ای دیده شد.

ما این پژوهش را روی کودکانی که بی اختیاری ادرار روزانه داشتند، انجام دادیم و با توجه به شیوع کمتر اختلالات ادراری روزانه نسبت به اختلالات کنترل ادرار شبانه ،فرایند نمونه گیری دشوار و زمان بر بود ولی با توجه به این که تاکنون مطالعه ی مشابه با این پژوهش انجام نشده است ،نتایج پژوهش ما اهمیت ویژه ای دارد. تفاوت نتایج در این بررسی ممکن است به دلیل تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های فرهنگی یا عدم صداقت شرکت کنندگان در مورد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی باشد. احتمالا این نتایج را می توان به حجم نمونه و نحوه انتخاب نمونه نسبت داد به طوری که نمونه ها از کودکان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی وفوق تخصصی اطفال بیمارستان امیرکبیر اراک انتخاب شدند به نظر می رسد لازم است مطالعاتی با جامعه آماری بیشتر برای بررسی عوامل فوق در این زمینه صورت بگیرد. از محدودیت های دیگر این مطالعه، استفاده از پرسش نامه به عنوان ابزار ارزیابی بود و ممکن است والدین پرسش نامه را با دقت تکمیل نکرده باشند.

مطالعه ما نشان داد که شیوع پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری روزانه بیشتر است ولی با توجه به آن که بیشتر مطالعات به بررسی اختلالات ادراری شبانه پرداخته اند ،لازم است مطالعات بیشتر در زمینه بررسی سایر اختلالات رفتاری و روانپزشکی با اختلالات ادراری روزانه انجام شود.

سپاس گزاری

نویسندگان از بیماران و کارکنان محترم مرکز

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

آموزشی و درمانی امیرکبیر که در این کار مشارکت داشته‌اند قدردانی می‌کنند. این تحقیق هیچ کمک مالی از سازمان های تأمین مالی در بخش های عمومی، تجاری یا غیر انتفاعی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافع نداشتند.

کد اخلاق

IR.ARAKMU.REC.1401.130

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]

References

1. Buckley BS, Sanders CD, Spineli L, Deng Q, Kwong JS. Conservative interventions for treating functional daytime urinary incontinence in children. Cochrane Database Syst Rev 2019;9: CD012367. doi: 10.1002/14651858.CD012367.pub2.
2. Fazeli MS, Lin Y, Nikoo N, Jaggumantri S, Collet JP, Afshar K. Biofeedback for nonneuropathic daytime voiding disorders in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Urol 2015; 193:274-9. doi: 10.1016/j.juro.2014.07.097. Epub 2014 Jul 27.
3. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. Neurourol Urodyn 2016; 35:471-81. doi: 10.1002/nau.22751. Epub 2015 Mar 14.
4. Rangel RA, Seabra CR, Ferrarez C, Soares JL, Choi M, Cotta RG, et al. Quality of life in enuretic children. Int Braz J Urol 2021; 47:535-41. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0308.
5. Thibodeau BA, Metcalfe P, Koop P, Moore K. Urinary incontinence and quality of life in children. J Pediatr Urol 2013; 9:78-83. doi: 10.1016/j.jpurol.2011.12.005.
6. McQuade JD, Breaux RP, Miller R, Mathias L. Executive Functioning and Engagement in Physical and Relational Aggression among Children with ADHD. J Abnorm Child Psychol 2017; 45:899-910. doi: 10.1007/s10802-016-0207-z
7. Schick A, Cierpka M. Risk factors and prevention of aggressive behavior in children and adolescents. J Educ Res 2016; 8:90-109. doi: 10.25656/01:1203.
8. Mohammadi M, VaisiRaiegani AA, Jalali R, Ghobadi A, Salari N. The Prevalence of Nocturnal Enuresis among Iranian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. Urol J 2019; 16:427-32. doi: 10.22037/uj. v0i0.5194.
9. von Gontard A, Lettgen B, Olbing H, Heiken-Löwenau C, Gaebel E, Schmitz I. Behavioural problems in children with urge incontinence and voiding postponement: a comparison of a paediatric and child psychiatric sample. Br J Urol 1998;81 Suppl 3:100-6. doi: 10.1046/j.1464-410x.1998.00019. x.
10. Kornelis D, Hooijsma M, Kisfalusi D, Huitsing G, Flache A, Veenstra R. Crossing ethnic boundaries? A social network investigation of defending relationships in schools. Group Process Intergr Relat 2021; 24:1391-408. doi: 10.1177/1368430221100931.
11. Shahim S. Overt and relational aggression in primary school children. Psychol Res 2006; 9:1-2. doi: 10.1207/S15374424JCCP3002_11
12. Galen BR, Underwood MK. A developmental investigation of social aggression among children. Dev Psychol 1997; 33:589-600. doi: 10.1037//0012-1649.33.4.589
13. Connor DF, Newcorn JH, Saylor KE, Amann BH, Scahill L, Robb AS, et al. Maladaptive Aggression: With a Focus on Impulsive Aggression in Children and Adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol 2019; 29:576-91. doi:10.1089/cap.2019.0039.
14. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10 th edition: Indian J Psychiatry 2009;51:331.
15. Mousavi M, Sohrabi N. Effects of art therapy on anger and self-esteem in aggressive children. Procedia Soc Behav Sci 2014;113: 111-7.doi. 10.1016/j.sbspro.2014.01.016.
16. Appleyard Carmody K, Egeland B, van Dulmen M, Sroufe LA. When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. J Child Psychol Psychiatry 2005; 46:235-45. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00351. x.
17. Lai HH, Morgan CD, Vetter J, Andriole GL. Impact of childhood and recent traumatic events on the clinical presentation of overactive bladder. Neurourol Urodyn 2016; 35:1017-23. doi: 10.1002/nau.22872. Epub 2015 Sep 1.
18. Yousefichaijan P, Khosrobeigi A, Salehi B, Taherahmadi H, Shariatmadari F, Ghandi Y, et al. Correlation between attention deficit hyperactivity disorder and infrequent voiding. JRIP 2018; 7:171-4. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0978.
19. Robson WL, Jackson HP, Blackhurst D, Leung AK. Enuresis in children with attention-deficit hyperactivity disorder. South Med J 1997; 90:503-5. doi: 10.1097/00007611-199705000-00007.
20. Hussong J, Greiner M, Schiedermaier U, Mattheus H, von Gontard A. Anxiety disorders, depression and incontinence in preschool children-A population-based study. Neurourol Urodyn 2022; 41:1800-8. doi: 10.1002/nau.25025.
21. Letourneau N, Duffett-Leger L, Levac L, Watson B, Young C. Socioeconomic Status and Child Development a Meta-Analysis. J Emot Behav Disord 2013; 21:211-24. doi:10.1177/1063426611421007.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-18]