

## Evaluation of aggression in children with daily urinary disorders

Mehran Shaygan Fard <sup>1</sup> , Fahimeh Omid <sup>1\*</sup> , Parsa Yousefi <sup>2</sup> , Azam Moslemi <sup>3</sup> , Ali Darvish zadeh <sup>4</sup> 

<sup>1</sup> Dept of Psychiatry, School of Medicine, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran

<sup>2</sup> Dept of Pediatric, School of Medicine, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran

<sup>3</sup> Dept of static, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran

<sup>4</sup> School of Medicine, University of Medical sciences 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 Omid

Dept of Psychiatry, School of Medicine, University of Medical Sciences of Arak, Arak, Markazi, Iran

Email:

dromidi.ac@gmail.com

### ABSTRACT

**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 ( $\pm 2.17$ ) 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 ( $\pm 8.18$ ) was 34.41 and in the control group ( $\pm 5.17$ ) 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, Omid 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.

## ارزیابی پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری روزانه

مهران شایگان فرد<sup>۱</sup> , فهیمه امیدی<sup>۱\*</sup> , پارسا یوسفی<sup>۲</sup> , اعظم مسلمی<sup>۳</sup> , علی درویش زاده<sup>۴</sup> 

<sup>۱</sup> گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، مرکزی، ایران

<sup>۲</sup> گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، مرکزی، ایران

<sup>۳</sup> گروه آمار، دانشکده آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، مرکزی، ایران

<sup>۴</sup> دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، مرکزی، ایران

## چکیده

## 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

**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 شاهدهی، بر روی ۲۰۰ کودک ۵ تا ۱۲ سال در دو گروه مورد (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) و شاهد (۵۰ دختر و ۵۰ 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 و شاهد سنجیده شد و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌های پژوهش:** در این مطالعه ۲۰۰ کودک شامل ۱۰۰ نفر گروه مورد و ۱۰۰ نفر در گروه شاهد با میانگین سنی (۱۷/۲±۷/۱۷) سال شرکت داشتند. بین دو گروه از نظر تحصیلات پدر و مادر و محل سکونت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تعداد فرزند خانواده و سابقه بیماری های روانی در والدین ارتباط معناداری یافت نشد ( $P>0/05$ ). میانگین نمره کل پرخاشگری در گروه مورد (۱۸/۸±۳۴/۴۱) و در گروه شاهد (۱۷/۵±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 ( $P<0/05$ ).

## نویسنده مسئول:

فهیمه امیدی

گروه روانپزشکی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

اراک، اراک، مرکزی، ایران

Email:

dromidi.ac@gmail.com

**بحث و نتیجه گیری:** 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 فهیمه، یوسفی پارسا، مسلمی اعظم، درویش زاده علی. ارزیابی پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلالات ادراری روزانه. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، بهمن ۱۴۰۲؛ ۳۱(۶): ۸۳-۹۱

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 رابطه ای در پسران سطوح بالاتری نسبت به دختران دارد (۱۰) پرخاشگری و مشکلات رفتاری در کودکان می تواند اثرات نامطلوبی بر سلامت 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 روش ها

در این مطالعه ی 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 ۱۰۰ کودک غیر مبتلا به اختلال ادراری روزانه که به علت دیگری به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی اطفال و بخش های بستری بیمارستان امیرکبیر مراجعه کردند. انتخاب نمونه به صورت غیر تصادفی 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 جمع آوری 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 ( )

بی اختیاری 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 می تواند 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 بای 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 می تواند کلامی یا فیزیکی باشد را مرتکب می شود. 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 (۵، ۶). ناهنجاری های رفتاری و روانی و روش های 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

(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 و تومورهای مغزی جز معیار ورود در نظر گرفته شد و معیارهای خروج برای گروه مورد و شاهد شامل عدم رضایت والدین یا کودک برای ادامه ی 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 معنی داری شاخص های مرکزی و پراکندگی و همچنین برای تحلیل داده ها از آزمون پارامتری t-مستقل و t-زوجی و آزمون های ناپارامتری کای اسکوتر، 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.

### یافته های پژوهش

در این پژوهش ۲۰۰ کودک ۵ تا ۱۲ ساله در دو گروه مورد (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) و گروه شاهد (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) با میانگین سنی (۱۷/۲ ± ۱۷/۷) 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 و سابقه بیماری های روانی در والدین ارتباط معناداری یافت نشد. (P>۰/۰۵) میانگین نمره پرخاشگری واکنشی-بیش فعالی در گروه مورد (۱۱/۷۸ ± ۳/۱۱) و در گروه شاهد (۸/۷۱ ± ۲/۳۹) بود و میانگین نمره پرخاشگری جسمانی در گروه مورد (۸۷/۲ ± ۳/۰) و در گروه شاهد (۸۹/۱ ± ۱/۰۹) بود و میانگین نمره پرخاشگری رابطه ای در گروه مورد (۴۰/۱۴ ± ۳/۶) و در گروه شاهد (۴۱/۳۴ ± ۲/۴) بود همچنین میانگین نمره کل پرخاشگری در گروه مورد (۱۸/۱ ± ۸/۳۴) و در گروه شاهد (۱۷/۵ ± ۲/۲۷) بود. در گروه مورد 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 (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱. طیف سنج پراش اشعه ایکس مربوط به نانوذرات کیتوزان.

| P value* | شاهد<br>(درصد فراوانی) | مورد<br>(درصد فراوانی) | متغیر              |                             |
|----------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------|
| ۰/۰۴     | ۴٪                     | ۱٪                     | بیسواد             | تحصیلات پدر                 |
|          | ۶٪                     | ۸٪                     | زیر دیپلم          |                             |
|          | ۹۰٪                    | ۹۱٪                    | دیپلم و بالاتر     |                             |
| ۰/۳۹     | ۰                      | ۰                      | بیسواد             | تحصیلات مادر                |
|          | ۸٪                     | ۵٪                     | زیر دیپلم          |                             |
|          | ۹۲٪                    | ۹۵٪                    | دیپلم و بالاتر     |                             |
| ۰/۰۸     | ۱۸٪                    | ۱۰٪                    | ضعیف               | وضعیت اقتصادی و اجتماعی     |
|          | ۷۷٪                    | ۷۸٪                    | متوسط              |                             |
|          | ۵٪                     | ۱۲٪                    | خوب                |                             |
| ۰/۳۸     | ۳۳٪                    | ۴۳٪                    | تک فرزند           | تعداد فرزندان               |
|          | ۴۹٪                    | ۴۶٪                    | دو فرزند           |                             |
|          | ۱۴٪                    | ۸٪                     | سه فرزند           |                             |
|          | ۴٪                     | ۳٪                     | چهار فرزند و بیشتر |                             |
| ۰/۷۸     | ۸٪                     | ۷٪                     | دارد               | سابقه بیماری روان در والدین |
|          | ۹۲٪                    | ۹۳٪                    | ندارد              |                             |

\* 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 پرخشگری برحسب میانگین نمره در گروه مورد و شاهد.

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

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

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

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

### 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 می‌تواند منجر به آسیب‌های جدی در زمینه بهداشت روان برای کودک و خانواده شود. (۱۴ و ۱۳). مطالعات متعددی در زمینه 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 می‌تواند تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه یابد. (۱۶) همچنین Lai و همکارانش در سال ۲۰۱۵ نشان دادند که استرس‌های دوران کودکی و نوجوانی و مشکلات رفتاری در کودکی می‌تواند منجر به اختلالات ادراری مانند مثانه بیش فعال در بزرگسالی شوند. (۱۷)

در این پژوهش میانگین نمره کل پرخاشگری در گروه مورد (۳۴/۴۱  $\pm$  ۸/۱۸) و در گروه شاهد (۵/۱۷  $\pm$  ۲۷/۸۰) بود و میانگین نمره پرخاشگری واکنشی-بیش‌فعالی و پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری رابطه‌ای 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 خانواده‌ها در دو گروه مورد و شاهد تک فرزندی و یا دو فرزند بودند و ۷٪ کودکان گروه مورد و ۸٪ کودکان گروه شاهد والدین سابقه بیماری روانی داشتند.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد 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 و تشدید این احساسات نقش دارد. مورد سرزنش قرار گرفتن یا حتی پرخاشگری از سوی والدین و تضعیف اعتماد به نفس از جمله عواملی است که می‌تواند باعث بروز پرخاشگری از سوی کودک شود. با توجه به نتایج مطالعه ما می‌توان گفت که اختلالات کنترل ادرار روزانه بر سلامت روان کودکان تاثیر گذار است و باید متخصصین اطفال نگاه جامع‌تری به این مساله داشته باشند و در صورت نیاز کودکان مستعد را برای بررسی‌های بیشتر تشخیصی و درمانی به روانپزشکان ارجاع بدهند. همچنین انجام اقداماتی نظیر آموزش روش‌های کنترل خشم به والدین و کودکان و ارتقا آگاهی والدین برای توجه بیشتر بهداشت روان کودکان بسیار اهمیت دارد.

دختران بوده است اما پرخاشگری جسمانی در گروه کودکان پسر مبتلا به اختلالات ادراری تفاوت معنی داری نداشته است. در پسران معمولاً 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 ای 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 جمعیت های مورد مطالعه از نظر ویژگی های فرهنگی یا عدم صداقت شرکت کنندگان در مورد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی باشد. احتمالاً 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 و فوق 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 گذاری

نویسندگان از بیماران و کارکنان محترم مرکز

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 و نقص توجه در کودکانی که اختلالات ادراری دارند بیشتر است. (۱۸) در مطالعه ی رابسون و همکارانش شیوع بی اختیاری ادرار در روز در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه در سن 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 و ۳۴/۶٪ کودکان با بی اختیاری ادرار مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۳/۳٪ مبتلا به اختلال افسردگی بودند. (۲۰) در مطالعه ون گونترارد 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 لئورنو و همکاران مشخص شد که وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف تر با افزایش پرخاشگری ارتباط دارد (۲۱) در مطالعه ما با توجه به این که جمعیت نمونه از مراجعه کنندگان به کلینیک بیمارستان دولتی امیرکبیر اراک انتخاب شدند و تقریباً از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرایط یکسانی داشتند، این ارتباط یافت نشد. ولی احتمالاً وضعیت اقتصادی ضعیف منجر به افزایش فشار روانی و استرس و اضطراب و کاهش 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 رابطه ای 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

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

### تعارض منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافع نداشتند.

### کد اخلاق

IR.ARAKMU.REC.1401.130

## 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.jpuro.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.