

بررسی شیوع اختلالات دفعی در کودکان دبستانی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶

*** مجتبی بصیری (M.Sc.) *** سمانه رحیمی کیا (M.Sc.) ** حسن کرمی (M.D.) + حمید محمدجعفری (M.D.)

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات دفعی به هرگونه مشکل در دفع ادرار و مدفوع اطلاق می‌گردد که شامل نگهداری و یا تاخیر در دفع ادرار و مدفوع می‌باشد. شیوع این اختلالات در مطالعات مختلف، متفاوت بوده و به طور کلی ۲۱ درصد کودکان درجاتی از اختلالات دفعی را در دوران کودکی تجربه می‌کنند. در کشور ما تاکنون مطالعه جامعی در این مورد انجام نشده است لذا در این مطالعه، اختلالات دفعی کودکان دبستانی شهر ساری بررسی شد تا با شناخت وضعیت همه گیری شناسی این مشکلات بتوان برنامه‌ریزی‌های آموزشی و بیماریابی را به انجام رساند.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی (cross-sectional) در دانشآموزان مدارس ابتدایی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. با توجه به شیوع اختلالات دفعی (۱۵-۲۵ درصد) و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۱۰ درصد، تعداد ۲۲۰ نمونه در نظر گرفته شد. نمونه‌ها به طور اتفاقی از مناطق مختلف شهرستان و به میزان مساوی بین دو جنس انتخاب گردید. ابزار مطالعه، پرسشنامه استاندارد شده‌ای بود که شامل مشخصات و ۱۰ سوال در مورد وضعیت دفع ادراری و ۱۹ سوال در مورد وضعیت دفع مدفوع بود. پرسشنامه از طریق اولیای مدرسه به والدین تحویل داده شد و توسط والدین تکمیل گردید. جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون مربع کای و آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $\pm 8/96 \pm 1/43$ سال و ۴۸/۷ درصد آن‌ها دختر بودند. در ۳۸/۴ درصد کودکان، اختلالات دفع ادراری و در ۲۹ درصد کودکان، اختلال دفع مدفوع مشاهده شد. شیوع اختلال ادرار کردن ارتباطی به جنس کودک، میانگین سنی و میزان تحصیلات والدین نداشت ولی در مورد کودکان با اختلالات دفع مدفوع، شیوع آن ارتباطی معنی‌داری با عواملی مثل میانگین سنی، جنس، پایه تحصیلی، سابقه خانوادگی، مصرف سویا و فیبر و وجود تنفس‌های محیطی داشت.

استنتاج: توصیه می‌شود که آموزش همگانی در توجیه انواع علایم اختلال دفعی در سطح جامعه شهری و روستایی به عمل آید تا شاهد مراجعه دیرهنگام و عواقب نامطلوب ناشی از آن نباشیم.

واژه‌های کلیدی: اختلالات دفعی، یوست، کودکان دبستانی

۱) این تحقیق طی شماره ۹۵-۸۵ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

۲) مولف مسئول: دکتر حمید محمدجعفری- ساری، میدان امام، بلوار پاسداران، بیمارستان بوعلی، بخش اطفال E-mail:hamidmjafari@yahoo.com

۳) فوق تخصص نفرولوژی اطفال، عضو هیات علمی (استادیار)، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۴) فوق تخصص گوارش اطفال، عضو هیات علمی (استادیار)، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۵) دانشجوی پزشکی

۶) تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۱۳ تاریخ تصویب: ۸۷/۳/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۷/۲/۷

مواد و روش‌ها

مقدمه

این مطالعه مقطعی (cross-sectional) در دانش‌آموzan به ظاهر سالم مدارس ابتدایی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. با توجه به پیشینه تحقیقات که شیوع اختلالات دفعی را ۲۵ درصد گزارش کرده بودند با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۱۰ درصد تعداد ۲۰۱ نمونه در نظر گرفته شد نمونه‌ها به طور اتفاقی از مناطق مختلف شهرستان و به میزان مساوی بین دو جنس انتخاب گردید. ابزار مطالعه پرسشنامه استاندارد شده‌ای بود که شامل مشخصات جمعیت شناختی و ۲۹ سوال در مورد وضعیت دفع ادرار و مدفعه بود. روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوی (content value) و پایایی آن به روش آزمون مجدد (test retest) آزمایش شد و ضریب همبستگی spear man بیش از ۸۰ درصد حاصل گردید.

پرسشنامه از طریق اولیای مدرسه به والدین تحويل داده شد و توسط والدین تکمیل گردید.

در مورد اختلالات دفعه مدفعه ۱۹ سوال وجود داشت که در مورد هر کدام، پاسخ به گزینه‌های "غلب" و "همیشه" اختلال دفعه مدفعه در نظر گرفته می‌شد. علاوه بر این‌ها سوالاتی در مورد آب مصرفی، سابقه خانوادگی، تنفس و رژیم غذایی خانواده هم پرسیده می‌شد. کودکانی که سابقه عمل جراحی روی دستگاه گوارش، مشکلات عصبی و یا اختلال تشریحی سیستم گوارشی را داشتند، از مطالعه حذف گردیدند. در مورد اختلالات دفع ادرار ۱۰ سوال از شماره یک الی ۱۰ در نظر گرفته شد که در هر سوال یکی از چهار پاسخ "هیچوقت"، "گاهی اوقات"، "غلب" و "همیشه" وجود داشت. پاسخ به گزینه‌های "غلب" و "همیشه" به عنوان اختلال دفع ادار تلقی می‌شد تنها سوال شماره ۶ به دفعات ادرار کردن اشاره داشت که

اختلالات دفعی به هر گونه مشکل در دفع ادرار و مدفعه اطلاق می‌گردد که شامل نگهداری و یا تاخیر در دفع ادرار و مدفعه می‌باشد. شیوع این اختلالات در مطالعات مختلف، متفاوت بوده و به طور کلی ۲۱ درصد کودکان درجه‌اتی از اختلالات دفعی را در دوران کودکی تجربه می‌کنند^(۱). تا سال‌های اخیر این همراهی، تصادفی در نظر گرفته می‌شد ولی اکنون پذیرفته شده که به دلیل مشابهت منشاء جینی و عصب‌گیری مشترک دو دستگاه ادراری- تناسلی و گوارشی، احتمال وجود اختلال دفع ادراری همزمان با دفع مدفعه قابل پیش‌بینی می‌باشد ولی هم زمان بودن یا متناوب بودن و یا تقدم و تاخر در گیری هریک از این دو دستگاه را در صورت عدم وجود اختلالات تشریحی و عصبی می‌توان به هم ربط داد^(۲). اگرچه اختلالات فوق می‌تواند به طور همزمان وجود داشته باشد، در اکثر موارد ممکن است اختلال دفعی یکی از این دو دستگاه بازتر از دیگری بوده و بیشتر مورد توجه قرار گیرد و آن دیگری تحت درمان قرار نگیرد. عوامل متعددی در ایجاد اختلال دفعی مدفعه و ادرار نقش دارند. هر اختلال دفعی می‌تواند نشانگر یک مشکل زمینه‌ای در سیستم‌های دفعی یا عصبی باشد. از طرفی مشکل در دفع ادرار و مدفعه همراهی مشخص و ثابت شده‌ای با اختلالات روان‌شناسی و تکاملی دارد^(۳). در حال حاضر در بررسی اختلالات دفعی دومشکل اساسی وجود دارد: اول آن که تعداد مطالعات انجام شده در زمینه بررسی همزمان اختلال دفع ادرار و مدفعه بسیار اندک است و دوم آن که مطالعه همه گیری شناسی مستندی درباره اختلالات دفعی در ایران وجود ندارد. هدف مطالعه حاضر بررسی فراوانی اختلالات دفعی ادراری- مدفعی به صورت جدا یا همزمان در کودکان دبستانی شهر ساری در سال ۱۳۸۶ می‌باشد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۲۰۱ کودک دبستانی شهرستان ساری شرکت داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان 14.43 ± 8.96 سال و 48.7 درصد آنها دختر بودند. در 38.4 درصد کودکان اختلالات دفعی ادراری گوارش شد. شیوع اختلال ادرار کردن ارتباطی به جنس کودک، میانگین سنی و میزان تحصیلات والدین نداشت ولی میانگین سنی کودکان دچار اختلال دفع ادراری کمتر از کودکان بدون اختلال دفع بود و از طرفی شیوع تنش های خانوادگی در بین کودکان مبتلا بیشتر بود.

جدول شماره ۱ پاسخ والدین به 10 سوال مربوط به اختلال ادرار کردن را نشان می دهد همان طور که در جدول آمده است شیوع مواردی مثل خیس کردن در روز یا شب اغلب کمتر از 10 درصد است ولی مواردی که نشانگر دفعات کم ادار و اصطلاحات تنبیه در ادرار کردن است به بیش از 40 درصد می رسد.

در مورد اختلالات دفع مدفع 29.2 درصد کودکان دچار اختلال دفع مدفع بودند که شیوع آن ارتباطی معنی داری با عواملی مثل سن، جنس، پایه تحصیلی، سواد والدین، سابقه خانوادگی مصرف سویا و فیبر وجود تنش های محیطی داشت.

دفعات خیلی کم ($1-2$ با در روز) و یا خیلی زیاد (8 بار یا بیشتر) به عنوان اختلال دفع تلقی می شد.

مجوز انجام تحقیقات از سوی معاونت تحقیقات و فن اوری دانشگاه صادر و مورد تائید کمیته اخلاق پژوهشی و اداره آموزش و پرورش شهرستان ساری قرار گرفت. تمامی اطلاعات کودکان در طول طرح کاملاً محروم از باقی ماند. مشارکت والدین در طرح داوطلبانه و با رضایت شخصی بوده است.

اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار آماری SPSS بررسی و اطلاعات توصیفی با استفاده از شاخص های فراوانی میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید. جهت مقایسه میانگین ها از آزمون های chi-square و Student T-test استفاده شد و در تمامی موارد $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد. کودکانی که سابقه عفونت های ادراری مکرر، عمل جراحی روی دستگاه ادراری یا گوارش و یا مشکلات عصبی، عیوب تشريحی منطقه، اختلال تشريحی سیستم ادراری- گوارشی داشتند، از مطالعه حذف شدند.

جدول شماره ۱: پاسخ والدین کودکان دبستانی شهر ساری به سوالات مربوط به اختلال دفع ادرار در سال ۱۳۸۶

همیچوچت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه	
۲۰۴۹ (۹۲/۲)	۱۵۹ (۷/۲)	۱۱ (۰/۵)	۲ (۰/۱)	خیس کردن لباس زیر در طول روز
۲۰۶۸ (۹۴)	۱۱۳ (۵/۳)	۱۷ (۰/۸)	۲ (۰/۱)	خیس کردن لباس زیر بطور کامل
۱۹۱۰ (۸۶/۸)	۱۹۱ (۸/۷)	۹۰ (۴/۱)	۱۰ (۰/۵)	خیس کردن جای خواب
۲۰۶۴ (۹۳/۸)	۱۲۸ (۵/۸)	۴ (۰/۵)	۴ (۰/۵)	خیس کردن لباس هنگام خندیدن و زور زدن
۲۰۷۸ (۹۴/۴)	۱۱۳ (۵/۱)	۹ (۱/۴)	۱	زور زدن هنگام ادرار کردن
۷۸ (۳/۵)	۵۲۰ (۲۲/۶)	۱۳۹۱ (۵۳/۲)	۲۱۲ (۹/۶)	تعداد دفعات ادرار در طول شباهه روز
۸	۶ تا ۷ بار	۴ تا ۵ بار	۱ یا ۲ بار	
	بار یا بیشتر			اضطرار در ادرار کردن و چسباندن پاها و این پا آن پا کردن
۱۲۵۴ (۵۷)	۷۴۷ (۳۳/۹)	۱۴۳ (۶/۵)	۵۷ (۲/۶)	با عجله و سرعت به سمت توالت رفتن
۴۷۹ (۲۱/۸)	۱۰۵۱ (۴۷/۸)	۳۴۵ (۱۵/۷)	۳۲۶ (۱۴/۸)	درد و سوزش هنگام ادرار کردن
۲۰۲۷ (۹۲/۱)	۱۶۲ (۷/۴)	۱۰ (۰/۵)	۲ (۰/۱)	نیاز به دفع مجدد ادرار بلافاصله بعد از ادرار کردن
۱۹۴۵ (۸۸/۴)	۲۴۰ (۱۰/۹)	۱۰ (۰/۵)	۶ (۰/۳)	

و یا همیشه با به کار بردن مانورهایی دفع ادرار را به تاخیر می‌اندازند و ۳۰/۵ درصد آنها اعلام داشتند که کودکشان اغلب اوقات و یا همیشه باید در هنگام اجابت مزاج به سرعت خود را به دستشویی برساند که این شایع‌ترین اختلال یافت شده بود.

از آنجایی که این مشکلات با تنش‌های زمان آموزش عمل دفع (toilet training) و سرگرمی بیش از حد کودکان با بازی‌های رایانه‌ای ارتباط ثابت شده‌ای دارد و می‌تواند منجر به عفونت ادراری در کودکان شود، آموزش صحیح والدین می‌تواند از شیوع این عفونت‌ها بکاهد.

در مطالعه‌ای مشابه، Akbal و همکارانش (۲۰۰۵) در آنکارا با استفاده از یک پرسشنامه تجربی، اختلالات دفع ادرار را در مراجعین به درمانگاه دستگاه ادراری اطفال و گروه شاهد بررسی کردند که ۱۸/۹ درصد کودکان گروه شاهد و ۷۶/۷ درصد گروه مورد، مشکل نگهداشتن ادرار و دفعات کم ادرار را داشتند. در این مطالعه در ۵۵/۸ درصد افراد گروه شاهد و ۸۳/۷ درصد بیماران گروه مورد Urgency یا ضرورت سریع دفع ادرار مشاهده شد.^(۵)

Shaikh (۲۰۰۵) هم دریافت که ۱۹ درصد کودکان حداقل در نیمی از موارد ادرار خود را با مانورهایی مثل نگه می‌دارند.^(۶)

جدول شماره ۲ پاسخ والدین به سوالات مربوط به اختلالات دفع مدفع را نشان می‌دهد. در این جدول شیوع اختلالات دفع مدفع از ۲/۳ درصد تا ۱۴/۴ درصد متفاوت بوده ولی فوریت دفع مدفع در بیش از ۶۰ درصد از کودکان مشاهده شد که این مورد شایع‌ترین مشکل دفع مدفع را تشکیل می‌داده است.

بحث

به طور کلی در مطالعه حاضر ۳۸/۴ درصد کودکان مبتلا به اختلالات دفع ادرار و ۲۹/۲ درصد کودکان دچار اختلال دفع مدفع بودند. شیوع اختلالات دفع ادرار ارتباطی به جنس کودک نداشت ولی با سن کودک ارتباط معکوس داشت. این آمار با مطالعه Chen و همکارانش (۲۰۰۴) همخوانی دارد. آن‌ها با استفاده از یافته‌های حاصل از شرح حال، معاینه فیزیکی و نیز سونوگرافی و پرتونگاری مثانه، شیوع اختلال دفعی را در افراد طبیعی بدون عفونت ادراری ۴۴/۲ درصد گزارش کردند. البته در این مطالعه شیوع این اختلال در دخترها بیش تر از پسرها بود.^(۴)

شایع‌ترین اختلالات دفع ادرار در این مطالعه به علائمی مربوط می‌شد که به نحوی با دفع نامعمول (infrequent voiding) مرتبط هستند. ۹/۱ درصد والدین تحت بررسی اشاره کردند که کودکان آنها اغلب اوقات

جدول شماره ۲: پاسخ والدین کودکان دبستانی شهر ساری به سوالات مربوط به اختلالات دفع مدفع در سال ۱۳۸۶

همیشه	اغلب	گاهی اوقات	هیچ وقت
دفع مدفع سفت و تکه تکه	۶۰/۳	۴۸(۲/۲)	۳۹(۱۹/۹)
دفع مدفع دردناک	۳۰/۱	۲۰(۰/۹)	۲۵۲(۱۱/۴)
دفع غیر ارادی مدفع	۴۰/۲	۴(۰/۲)	۴۳(۲)
دفع رگه‌های خون با مدفع	۱	۴(۰/۲)	۳۸(۱/۷)
زور زدن هنگام مدفع کردن	۳۰/۱	۹(۱/۴)	۱۱۳(۵/۱)
جمع کردن با هنگام دفع مدفع	۳۰/۱	۳(۰/۱)	۵۹(۲/۷)
راست ماندن کار دیوار و سفت کردن خود	۳۰/۱	۸(۰/۴)	۱۰۵(۴/۸)
با عجله و سرعت به سمت توالت رفتن	۲۳۸(۱۰/۸)	۱۷۶(۸)	۹۳۲(۴۲/۳)
نیاز به دفع مجدد مدفع بلافصله بعد از ادرار کردن	۱۱(۰/۵)	۲۶(۱/۲)	۲۸۰(۱۲/۷)
		۱۷۸(۷۷/۶)	۱۹۶(۸۷/۵)
		۲۱۵۰(۹۷/۷)	۲۱۵۹(۹۸/۱)
		۲۰۷۸(۹۴/۴)	۲۱۳۲(۹۶/۹)
		۲۰۸۱(۹۴/۵)	۸۵۵(۳۸/۸)
		۱۸۸۴(۸۵/۶)	

کودکان مبتلا به شب ادراری، بی اختیاری ادرار در روز هم داشتند که اختلافی بین دو جنس موجود نبود. مشکلات حین ادرار کردن از قبیل زور زدن یا درد و سوزش هنگام ادرار کردن (اغلب اوقات یا همیشه) به ترتیب در ۱/۴ و ۰/۶ درصد کودکان مشاهده شد که در مطالعه Shaikh (۲۰۰۵) هم در جمعیت عادی این مشکل به ترتیب در ۰/۸، ۳ درصد موارد ذکر گردید.^(۶) در مورد دفعات ادرار کردن، در این مطالعه ۹/۶ درصد کودکان یک یا دوبار، ۶۳/۲ درصد کودکان ۳ تا ۵ بار، ۲۳/۶ درصد کودکان شش یا هفت بار و ۳/۵ درصد کودکان هشت بار یا بیشتر دفع ادرار روزانه داشتند که اگر دسته اول و آخر را غیر طبیعی فرض کنیم، در ۸۶/۸ درصد کودکان، دفعات ادرار کردن در طول روز مناسب بود.

در مطالعه دیگری دفعات ادرار در طول روز در ۵/۷ درصد کودکان بیشتر از هفت بار بود^(۵) و در کودکان ژاپنی تعداد دفعات متوسط دفع ادرار در طول روز ۱/۶ بدون تفاوت جنسی بوده است که ۱۴/۶ درصد از آنها در دسته دفع نامعمول (frequent voider) قرار گرفتند.^(۷) بر اساس این مطالعه و با توجه به تک تک این علائم اختلال دفع ادراری، تشخیص اختلال دفع و رفع عامل زمینه‌ای الزامی است و توصیه می‌شود که آموزش همگانی در توجیه انواع علایم اختلال دفع ادراری در سطح جامعه شهری و روستایی به عمل آید تا شاهد مراجعة دیرهنگام و عواقب نامطلوب ناشی از آن نباشیم.

همچنین نتیجه این مطالعه نشان داد که در ۶۴۲ کودک (۲۹/۲ درصد) اختلال دفع مدفوع دیده شده است که بیشترین شکل بالینی اختلال، به صورت فوریت (urgency) و ضرورت شدید حس دفع در ۱۸/۸ درصد موارد بوده است و در مرتبه بعدی دفع دردناک مدفوع

در مطالعه حاضر بی اختیاری روزانه ادرار در ۱۷۲ (۷/۸ درصد) نفر از کودکان مشاهده شد و (۶/۲ درصد) ۱۳۶ نفر از آنها خیس کردن در حین خنده‌یدن و زور زدن را ذکر کردند. در مطالعه مشابه Kajiwora و همکارانش (۲۰۰۶) کودک دبستانی شهر هیروشیما را از نظر اختلالات دفع ادراری بررسی کردند که ۶/۳ درصد کودکان دچار بی اختیاری روزانه ادرار بودند.^(۷) در مطالعه Akbal (۲۰۰۵) شیوع بی اختیاری روزانه در گروه اول ۸۷ درصد و در گروه دوم ۱۰ درصد بوده است که مقداری بیشتر از مطالعه حاضر بوده است.^(۵) بی اختیاری روزانه در مطالعه Joinson (۲۰۰۴) نیز ۷/۸ درصد بوده است^(۸) و همکارانش (۲۰۰۶) هم در مقایسه‌ای بین کودکان نگهداری شده در موسسات خیریه و کودکان دبستان‌های عادی برزیل، شیوع بی اختیاری روزانه را در کودکان موسسات خیریه ۴۰ درصد و کودکان دبستان‌های عادی ۱۳ درصد گزارش کردند که این اختلاف از نظر آماری قابل ملاحظه بوده است.^(۹) به نظر می‌آید نتایج حاصل از این مطالعه با مطالعات دیگر متفاوت نبوده است.

۴/۶ درصد کودکان تحت مطالعه ما دچار شب ادراری بودند و ۸/۷ درصد آنها گاهی اوقات رختخواب خود را خیس می‌کردند که به وضوح کمتر از مطالعات دیگر بوده است، هر چند شب ادراری در مطالعه Akbal (۲۰۰۵) ۱۰ درصد گزارش شده است^(۵)، قطبی و همکارانش نیز در سال ۱۳۷۹ در سنتدج در مطالعه‌ای بر روی ۶۰ نفر شب ادراری ۸/۸ درصد را گزارش کردند.^(۱۰) همچنین کبیری (۱۳۷۴) مشکل شب ادراری را در ۲-۵ درصد دختران و ۶-۹ درصد پسران دبستانی اصفهانی یافت.^(۱۱) Chandra (۲۰۰۴) اختلال دفع ادرار را در ۴۹ درصد پسران و ۷۶ درصد دختران مبتلا به شب ادراری گزارش کرد.^(۱۲) در مطالعه حاضر ۳۳ درصد

دفعی زمینه‌ای قاعده‌تاً انتظار بھبودی در درد شکم را خواهیم داشت. مطالعات مختلف از شیوع ۳۰-۴۰ درصدی اختلالات دفعی در خانواده بیماران مبتلا به یبوست حکایت دارد(۱۴). در مطالعه حاضر ۳۰/۹ درصد بیماران سابقه خانوادگی اختلال دفع را داشته‌اند. در مقابل ۲۲/۱ درصد بیماران بدون اختلال دفع، سابقه خانوادگی یبوست داشته‌اند. با توجه به این که در بررسی شیوع سابقه خانوادگی، هیپوتونی و کاهش امواج جلوبرنده کولون را دخیل می‌دانند، کودکان سالم با سابقه خانوادگی مثبت در زمرة گروه در معرض خطر در آینده قرار می‌گیرند. مصرف میوه و سبزیجات در اکثر موارد باعث جلوگیری از یبوست می‌شود. این مطالعه نشان داد با بهبود مصرف میوه در ۶۴/۷ درصد بیماران کما کان اختلال دفعی باقی مانده است. این مطلب نشان‌دهنده اهمیت رفع عوامل زمینه ساز یبوست در کودکان (همچون بزرگی معقد megarectum) و اختلال حس آن در درمان بیماری است و چنین بیمارانی ضمن رعایت رژیم غذایی بایستی حتماً تحت درمان دارویی قرار گیرند.

در این مطالعه ۱۳۰ بیمار (۲۰/۲ درصد) تحت درمان دارویی با انواع داروهای موجود قرار گرفته‌اند و حدود ۸۰ درصد آنان درمان نشدند. این امر نشان دهنده عدم آگاهی والدین از تظاهرات مختلف اختلال دفعی در کودکان است. مطالعه اخیر در مجموع نشان دهنده شیوع بالای یبوست در کودکان دبستانی است و با توجه به تنوع علائم بالینی در عمدۀ موارد، تعداد دفعات دفع، ملاک اصلی اختلال دفعی نخواهد بود که این امر اهمیت توجه به تمام جنبه‌های اختلال دفعی همچون فوریت دفع و دفع در دنناک را می‌طلبد. بی اطلاعی والدین در مورد وجود اختلالات دفعی در کودکان منجر به عدم پی‌گیری آنان و پیشرفت بیماری می‌شود. چنان‌که در مطالعه ما نیز این موضوع کاملاً مشهود بود. با وجود شیوع بالا و تنوع

در ۲/۵ درصد موارد قرار داشته است. کمترین تظاهر بالینی به صورت رگه‌های خونی حین دفع در ۰/۲ درصد موارد دیده شده است.

ارزیابی اختلال دفع مدفوع در کودکان مستلزم یک شرح حال و بررسی دقیق است. باید به جنبه‌های مختلف دفع از جمله قوام مدفوع، درد یا خونریزی از مقعد (Rectal) حین دفع، بی‌اختیاری دفع مدفوع و رفتارهای مختلف اجتناب از دفع توجه کامل داشت. لذا در بررسی اخیر با طرح سوالات مختلف علائم بالینی اختلال دفع مورد پرسش قرار گرفتند. مطالعات مختلف شیوع متفاوتی از اختلال دفع مدفوع در کودکان را نشان داده‌اند. مطالعه Stewart و همکاران (۱۹۹۹) نشان‌گر شیوع ۱۴/۷ درصد یبوست در کودکان بوده است(۱۳). در سال ۲۰۰۶ میزان یبوست در کودکان آمریکایی را ۸/۹ درصد بیان نموده است(۱۴). در مطالعه Croffie (۲۰۰۶) شیوع یبوست در کودکان مناطق آسیایی ۰/۳ تا ۲۸ درصد بوده است(۱۵). در تمامی این مطالعات عموماً تعداد دفع مدفوع کمتر از ۳ مرتبه در هفته ملاک بیماری بود که این معیار در گروه سنی کودکان به تنهایی کفايت نمی‌کند(۱۶). طی تغییرات فیزیولوژیک که در روده‌ها و کولون رخ می‌دهد، تعداد دفعات دفع مدفوع از میانگین ۲/۲ قبل از یک سالگی به ۱/۴ بار در یک تا سه سالگی کاهش می‌باید(۱۷). در سنین ۲ تا ۴ سال، شیوع یبوست در دختران، برابر پسران است(۱۸). در حالی که در مطالعه Croffie (۲۰۰۶) یبوست در پسران شایع‌تر از دختران بوده است(۱۵). در مطالعه حاضر نیز این شیوع در پسران بیش‌تر از دختران بوده است. از جمله تظاهرات خاص یبوست در کودکان، دردهای مزمم شکمی است که باید در هر کودک با درد شکمی طولانی تر از ۳ ماه، وضعیت دفع مدفوع مورد ارزیابی قرار گیرد. در مطالعه ما ۱۶ درصد کودکان از درد مزمم شکمی شکایت داشته‌اند که با رفع اختلال

سپاسگزاری

این مقاله حاصل نتیجه تحقیق پایان نامه آقای مجتبی بصیری دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می باشد.

علایم بالینی اختلال دفع، توصیه می شود که برنامه های آموزشی منظم در ارتقا سطح دانش والدین و تأکید بر مراجعه به موقع انجام شود.

References

1. Bower WF, Yip SK, Yeung CK. Dysfunctional elimination symptoms in childhood and adulthood. *J Urol* 2005; 174: 1623-1628.
2. Farhat W, Bägli DJ, Capolicchio G, O'Reilly S, Merguerian PA, Khoury A, et al. The dysfunctional voiding scoring system: quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. *J Urol* 2000; 164(3 Pt 2): 1011-5.
3. Joinson C, Heron J, Von Gontard A. Psychological problems in children with daytime wetting. *Pediatrics* 2006; 118(5): 1985-1993.
4. Chen JJ, Mao W, Homayoon K, Steinhardt GF. A multivariate analysis of dysfunctional elimination syndrome, and its relationships with gender, urinary tract infection and vesicoureteral reflux in children. *J Urol* 2004; 171(5): 1907-1910.
5. Akbal C, Genc Y, Burgu B, Ozden E, Tekgul S. Dysfunctional voiding and incontinence scoring system: quantitative evaluation of incontinence symptoms in pediatric population. *J Urol* 2005; 173(3): 969-973.
6. Shaikh N, Alejandro I. Dysfunctional elimination syndrome: is it related to urinary tract infection or vesicouretral reflux? Diagnosis early in life? *Pediatric* 2005; 112: 134-139.
7. Kajiwara M, Inoue K, Mufaguchi Usui A, Kurihara M, Usui T. The micturition habits and prevalence of daytime urinary incontinence in Japanese primary school children. *J Urol* 2004; 171(1): 403-7.
8. Joinson C, Heron J, von Gontard A. Psychological problems in children with daytime wetting. *Pediatrics* 2006; 118(5): 1985-93. *J Urol* 2004 Jan; 171(1): 403-407.
9. Barroso U Jr, Dultra A, De Bessa J Jr, Barros DG, Maron F, Barroso DV, et al. Comparative analysis of the frequency of lower urinary tract dysfunction among institutionalised and non-institutionalised children. *BJU Int* 2006; 97(4): 813-815.
10. Ghotbi N, Sheikh-Ahmadi K. Epidemiology of Pathologic Neonatal Jaundice in Sanandaj in 1998. *Sci J Kord Univ Med Sci* 2001; 5(2): 37-40.
11. Kabiri M, Abdar AR. The prevalence of Enuresis in school-age children in Isfahan:

- Efficacy of DDAVP in its treatment. *J Urol Iran* 1997; 2(5-6): 73-69.
12. Chandra M, Saharia R, Hill V, Shi Q. Prevalence of diurnal voiding symptoms and difficult arousal from sleep in children with nocturnal enuresis. *J Urol* 2004; 172(1): 311-316.
13. Stewart WF, Libman JN, Sander RS. Epidemiology of constipation study in the united state: relation of clinical subtype to Sociodemographic featyres. *AM J Gasteroentrol* 1999; 94: 3530-3540.
14. Vanden B, Benninga MA, D Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. *AM J Gastroentrol* 2006; 101(10): 2401-2409.
15. Croffie JM. Constipation in children. *Indian J Pediatr* 2006; 73(8): 697-701.
16. Howe AC, Walker CE. Behavioral management of toilet training, enuresis and encopresis. *Pediatric Clin North AM* 1992; 39(3): 143-432.
17. Biggs WS, Dery WH. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. 2006; *American Family Physician*. Available in: www.aafp.org/afp.
18. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29(5):612-26. Erratum in: *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30(1): 109.