

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

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

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 به‌طور کلی ۲۱ درصد کودکان در جاتی 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 همه‌گیری شناسی این مشکلات بتوان برنامه‌ریزی‌های آموزشی و بیماری‌یابی 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 (۲۵-۱۵ درصد) و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۱۰ درصد، تعداد ۲۲۰۱ نمونه در نظر گرفته شد. نمونه‌ها به‌طور 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 $8/96 \pm 1/43$ 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 تنش‌های 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 دیر هنگام و عواقب نامطلوب ناشی از آن نباشیم.

واژه‌های کلیدی: اختلالات دفعی، یبوست، کودکان دبستانی

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

⁺ مؤلف مسئول: دکتر حمید محمدجعفری - ساری، میدان امام، بلوار پاسداران، بیمارستان بوعلی، بخش اطفال E-mail: hamidmjaafari@yahoo.com

* فوق تخصص نفلولوژی اطفال، عضو هیات علمی (استادیار)، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

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

*** دانشجوی پزشکی

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

مقدمه

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 در جاتی 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 جنینی و عصب‌گیری مشترک دو دستگاه ادراری- تناسلی و گوارشی، احتمال وجود اختلال دفع ادراری همزمان با دفع مدفوع قابل پیش‌بینی می‌باشد ولی هم زمان بودن یا متناوب بودن و یا تقدم و تاخر درگیری 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 بارزتر از دیگری بوده و بیش‌تر مورد توجه قرار گیرد و آن دیگری تحت درمان قرار نگیرد. عوامل متعددی در ایجاد اختلال دفعی مدفوع 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 مدفوع همراهی مشخص و ثابت شده‌ای با اختلالات روان‌شناسی و تکاملی دارد (۳). در حال حاضر در بررسی اختلالات دفعی دو مشکل اساسی وجود دارد: اول آن‌که تعداد مطالعات انجام شده در زمینه بررسی همزمان اختلال دفع ادرار و مدفوع بسیار اندک است و دوم آن‌که مطالعه همه‌گیری شناسی مستندی درباره اختلالات دفعی در ایران وجود ندارد. هدف مطالعه حاضر بررسی فراوانی اختلالات دفعی ادراری- مدفوعی به صورت جدا یا همزمان در کودکان دبستانی شهر ساری در سال ۱۳۸۶ می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی (cross-sectional) در دانش‌آموزان به ظاهر سالم مدارس ابتدایی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. با توجه به پیشینه تحقیقات که شیوع اختلالات دفعی را ۲۵-۱۵ درصد گزارش کرده بودند با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۱۰ درصد تعداد ۲۲۰۱ 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 مدفوع 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 تحویل داده شد و توسط والدین تکمیل گردید.

در مورد اختلالات دفع مدفوع ۱۹ سوال وجود داشت که در مورد هر کدام، پاسخ به گزینه‌های "اغلب" و "همیشه"، اختلال دفع مدفوع در نظر گرفته می‌شد. علاوه بر این‌ها سؤالاتی در مورد آب مصرفی، سابقه خانوادگی، تنش 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"، "اغلب" و "همیشه" وجود داشت. پاسخ به گزینه‌های "اغلب" و "همیشه" به عنوان اختلال دفع ادرار تلقی می‌شد تنها سوال شماره ۶ به دفعات ادرار کردن اشاره داشت که

یافته ها

در این مطالعه ۲۲۰۱ کودک دبستانی شهرستان ساری شرکت داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان $8/96 \pm 1/43$ سال و $48/7$ درصد آنها دختر بودند. در $38/4$ درصد کودکان اختلالات دفعی ادراری گزارش شد. شیوع اختلال ادرار کردن ارتباطی به جنس کودک، میانگین سنی و میزان تحصیلات والدین نداشت ولی میانگین سنی کودکان دچار اختلال دفع ادراری کم تر از کودکان بدون اختلال دفع بود و از طرفی شیوع تنش های خانوادگی در بین کودکان مبتلا بیش تر بود.

جدول شماره ۱ پاسخ والدین به ۱۰ 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 کم تر از 10 درصد است ولی مواردی که نشانگر دفعات کم ادرار و اصطلاحات تنبیهی در ادرار کردن است به بیش از 40 درصد می رسد.

در مورد اختلالات دفع مدفوع $29/2$ درصد کودکان دچار اختلال دفع مدفوع بودند که شیوع آن ارتباطی معنی داری با عواملی مثل سن، جنس، پایه تحصیلی، سواد والدین، سابقه خانوادگی مصرف سویا و فیبر و وجود تنش های محیطی داشت.

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

مجوز انجام تحقیقات از سوی معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه صادر و مورد تأیید کمیته اخلاق پزشکی و اداره آموزش و پرورش شهرستان ساری قرار گرفت. تمامی اطلاعات کودکان در طول طرح کاملاً محرمانه 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 χ^2 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 تشریحی منطقه، اختلال تشریحی 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

همیشه	اغلب	گاهی اوقات	هیچوقت
۲ (۰/۱)	۱۱ (۰/۵)	۱۵۹ (۷/۲)	۲۰۲۹ (۹۲/۲)
۲ (۰/۱)	۱۷ (۰/۸)	۱۱۳ (۵/۳)	۲۰۶۸ (۹۴)
۱۰ (۰/۵)	۹۰ (۴/۱)	۱۹۱ (۸/۷)	۱۹۱۰ (۸۶/۸)
۴ (۰/۵)	۴ (۰/۵)	۱۲۸ (۵/۸)	۲۰۶۴ (۹۳/۸)
۱	۹ (۱/۴)	۱۱۳ (۵/۱)	۲۰۷۸ (۹۴/۴)
۲۱۲ (۹/۶)	۱۳۹۱ (۶۳/۲)	۵۲۰ (۲۳/۶)	۷۸ (۳/۵)
۱ یا ۲ بار	۴ تا ۵ بار	۶ تا ۷ بار	۸ بار یا بیشتر
۵۷ (۲/۶)	۱۴۳ (۶/۵)	۷۴۷ (۳۳/۹)	۱۲۵۴ (۵۷)
۳۲۶ (۱۴/۸)	۳۴۵ (۱۵/۷)	۱۰۵۱ (۴۷/۸)	۴۷۹ (۲۱/۸)
۲ (۰/۱)	۱۰ (۰/۵)	۱۶۲ (۷/۴)	۲۰۲۷ (۹۲/۱)
۶ (۰/۳)	۱۰ (۰/۵)	۲۴۰ (۱۰/۹)	۱۹۴۵ (۸۸/۴)

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

و یا همیشه با به کار بردن مانورهای دفع ادرار را به تاخیر می‌اندازند و ۳۰/۵ درصد آنها اعلام داشتند که کودکان اغلب اوقات و یا همیشه باید در هنگام اجابت مزاج به سرعت خود را به دستشویی برسانند 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 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 مانورهای مثل Peedance نگه می‌دارند (۶).

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

همیشه	اغلب	گاهی اوقات	هیچوقت
۶ (۰/۳)	۴۸ (۲/۲)	۳۹ (۱۹/۹)	۱۷۸ (۷۷/۶)
۳ (۰/۱)	۲۰ (۰/۹)	۲۵۲ (۱۱/۴)	۱۹۲۶ (۸۷/۵)
۴ (۰/۲)	۴ (۰/۲)	۴۳ (۲)	۲۱۵۰ (۹۷/۷)
۱	۹ (۱/۴)	۳۸ (۱/۷)	۲۱۵۹ (۹۸/۱)
۳ (۰/۱)	۳ (۰/۱)	۵۹ (۲/۷)	۲۱۳۲ (۹۶/۹)
۳ (۰/۱)	۸ (۰/۴)	۱۰۵ (۴/۸)	۲۰۸۱ (۹۴/۵)
۲۳۸ (۱۰/۸)	۱۷۶ (۸)	۹۳۲ (۴۲/۳)	۸۵۵ (۳۸/۸)
۱۱ (۰/۵)	۲۶ (۱/۲)	۲۸۰ (۱۲/۷)	۱۸۸۴ (۸۵/۶)

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 خندیدن و زور زدن را ذکر کردند. در مطالعه مشابهی Kajiwora و همکارانش (۲۰۰۶) ۶۹۱۷ 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 بیش تر از مطالعه حاضر بوده است (۵). بی اختیاری روزانه در مطالعه Joinson (۲۰۰۴) نیز ۷/۸ درصد بوده است (۸) Barroso و همکارانش (۲۰۰۶) هم در مقایسه ای بین کودکان نگهداری شده در موسسات خیریه و کودکان دبستان های عادی برزیل، شیوع بی اختیاری روزانه را در کودکان موسسات خیریه ۴۰ درصد و کودکان دبستان های عادی ۱۳ درصد گزارش کردند که این اختلاف از نظر آماری قابل ملاحظه بوده است (۹). به نظر می آید 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 می کردند که به وضوح کم تر 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 سنج در مطالعه ای 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

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 و ۳ درصد موارد ذکر گردید (۶). در مورد دفعات ادرار کردن، در این مطالعه ۹/۶ درصد کودکان یک یا دو بار، ۶۳/۲ درصد کودکان ۳ تا ۵ بار، ۲۳/۶ درصد کودکان شش یا هفت بار و ۳/۵ درصد کودکان هشت بار یا بیش تر دفع ادرار روزانه داشتند که اگر دسته اول و آخر را غیرطبیعی 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 بیش تر از هفت بار بود (۵) و در کودکان ژاپنی تعداد دفعات متوسط دفع ادرار در طول روز ۶/۱ 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 زمینه ای الزامی است و توصیه می شود که آموزش همگانی در توجیه انواع علایم اختلال دفع ادراری در سطح جامعه شهری و روستایی به عمل آید تا شاهد مراجعه دیر هنگام 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 بیش ترین 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 ۲/۵ درصد موارد قرار داشته است. کم‌ترین تظاهرات 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 سئوالات 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). Vanden 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 کفایت 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 می‌یابد (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 مزمن شکمی است که باید در هر کودک با درد شکمی طولانی‌تر از ۳ ماه، وضعیت دفع مدفوع مورد ارزیابی قرار گیرد. در مطالعه ما ۱۶ درصد کودکان از درد مزمن شکمی شکایت داشته‌اند که با رفع اختلال

دفعی زمینه‌ای قاعداً انتظار بهبودی 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 زمره 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 کماکان 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 باتوجه به تنوع علائم بالینی در عمده 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 دردناک را می‌طلبد. بی‌اطلاعی والدین در مورد وجود اختلالات دفعی در کودکان منجر به عدم پی‌گیری آنان و پیشرفت بیماری می‌شود. چنان که در مطالعه ما نیز این موضوع کاملاً مشهود بود. با وجود شیوع بالا و تنوع

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 تاکید 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, Mufagucni 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.