بررسی اختلالات دفعی (Enuresis & Encopresis) در کودکان با نیازهای ویژه

(مطالعه پژوهشی با تمرکز بر طیف اوتیسم، **ADHD**، کم‌توانی ذهنی، فلج مغزی و سندرم داون)

دکتر آناهید خطیب زاده

جهت رزرو وقت مشاوره تماس بگیرید

آدرس وب سایت ما: khatibzadehana.com

۱. مقدمه (Introduction)

اختلالات دفعی، که شامل بی‌اختیاری ادرار (Enuresis) و بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis) است، از چالش‌های بالینی و تربیتی بسیار جدی در دوره کودکی محسوب می‌شوند. این اختلالات نه تنها بر سلامت جسمانی کودک، بلکه بر سلامت روان، عزت‌نفس و تعاملات اجتماعی او تأثیرات عمیقی می‌گذارند. در حالی که این اختلالات در جمعیت عمومی نیز مشاهده می‌شوند، اما در کودکان با نیازهای ویژه (Children with Special Needs) ابعاد پیچیده‌تری به خود می‌گیرند.

کودکانی که دچار اختلالات تکاملی، عصبی یا شناختی هستند، ممکن است به دلیل عوامل فیزیولوژیک، نقص در سیستم‌های عصبی-عضلانی یا مشکلات در پردازش حسی، با این چالش‌ها روبرو شوند. برای مثال، در کودکان مبتلا به طیف اوتیسم، مشکلات حسی یا نقص در درک سیگنال‌های بدن می‌تواند عامل اصلی باشد، در حالی که در کودکان مبتلا به فلج مغزی (CP)، ناهماهنگی عضلانی کنترل مثانه و روده را دشوار می‌سازد.

هدف از این پژوهش، بررسی دقیق ویژگی‌های این اختلالات بر اساس آخرین معیارهای تشخیصی **DSM-5-TR** و تحلیل تفاوت‌های عملکردی آن‌ها در گروه‌های مختلف نیازهای ویژه است تا از این طریق، رویکردهای حمایتی و درمانی مناسب‌تری ارائه گردد.

۲. مبانی نظری و تعریف اختلالات بر اساس DSM-5-TR

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (نسخه پنجم، بازبینی شده) DSM-5-TR -، اختلالات دفعی به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

۲-۱. بی‌اختیاری ادرار (Enuresis)

این اختلال به معنای دفع مکرر ادرار در تخت یا در لباس، به صورت عمدی یا غیرعمدی، در یک بازه زمانی مشخص است. طبق معیارهای تشخیصی:

- سن: کودک باید حداقل به سن ۵ سالگی (یا سن معادل رشد) رسیده باشد.
- تکرار: دفع ادرار باید حداقل به صورت دو بار در هفته، در حداقل ۳ ماه متوالی رخ دهد.
- انواع: شامل ادرار شبانه (Nocturnal Enuresis) و ادرار روزانه (Diurnal Enuresis) است.

۲-۲. بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis)

این اختلال به معنای دفع مکرر مدفوع در مکان‌های نامناسب (مانند لباس یا زمین) است. معیارهای اصلی عبارتند از:

- سن: کودک باید حداقل به سن ۴ سالگی رسیده باشد.
- تکرار: دفع ناخواسته مدفوع باید حداقل به صورت یک بار در ماه، در حداقل ۳ ماه متوالی رخ دهد.
- نحوه دفع: می‌تواند به صورت قطره‌چکانی (از نشت مدفوع دوردست) یا دفع ناگهانی و حجیم باشد.

۳. همبودی (Comorbidity) اختلالات دفعی با اختلالات عصبی-تکاملی

در کودکان با نیازهای ویژه، اختلالات دفعی صرفاً یک مسئله رفتاری یا تنبیهی نیست، بلکه اغلب ریشه در نقص‌های سیستم عصبی مرکزی (CNS) و پردازش‌های حسی دارد.

۳-۱. اختلالات دفعی در کودکان با طیف اوتیسم (ASD)

کودکان مبتلا به طیف اوتیسم به دلیل ویژگی‌های اصلی این اختلال، در معرض خطر بسیار بالایی برای ابتلا به Enuresis و Encopresis هستند. عوامل اصلی شامل موارد زیر است:

- اختلالات پردازش حسی **(Sensory Processing Issues):** بسیاری از کودکان اوتیستیک دچار «کم‌حسی (Hyposensitivity)» در ناحیه مثانه یا روده هستند. این یعنی سیگنال‌های عصبی مربوط به پر شدن مثانه یا روده به مغز به درستی منتقل نمی‌شوند یا مغز آن‌ها را به درستی تفسیر نمی‌کند.. در نتیجه، کودک متوجه نیاز به دفع نمی‌شود تا زمانی که تخلیه به صورت ناخواسته رخ دهد.
- تمرکز بیش از حد **(Hyperfocus)** و غرق شدن در فعالیت: کودکان اوتیستیک ممکن است به شدت در یک فعالیت یا بازی غرق شوند و سیگنال‌های بیولوژیک بدن (مانند نیاز به دفع) را نادیده بگیرند تا زمانی که فشار فیزیکی بسیار زیاد شود.
- نقص در آگاهی بدنی **(Interoception):** توانایی درک حالات داخلی بدن (مانند گرسنگی، عطش و نیاز به دفع) که به آن اینتروسپشنمی‌گویند، در کودکان اوتیستیک اغلب دچار اختلال است. این نقص باعث می‌شود ارتباط بین سیستم عصبی خودمختار و خودآگاه در کنترل دفع دچار مشکل شود.

۲-۳. اختلالات دفعی در کودکان با ADHD

در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، ماهیت اختلال دفعی معمولاً متفاوت از اوتیسم است و بیشتر با جنبه‌های کنترل تکانه‌ای **(Impulsivity)** و توجه **(Attention)** مرتبط است:

- **نقص در کنترل تکانه‌ای:** کودکان ADHD ممکن است به دلیل عدم توانایی در مهار رفتارهای تکانه‌ای، در کنترل عضلات اسفنکتر دچار مشکل شوند. همچنین ممکن است به دلیل عجله زیاد برای بازگشت به بازی یا فعالیت مورد علاقه، از رفتن به دستشویی خودداری کنند.
- **مشکلات در عملکرد اجرایی (Executive Functioning)**: یکی از ارکان اصلی ADHD، ضعف در حافظه کاری و برنامه‌ریزی است. این کودک ممکن است "فراموش کند "که نیاز به دفع دارد، یا نمی‌تواند مراحل منطقی (تشخیص نیاز حرکت به سمت سرویس آماده شدن دفع) را به درستی مدیریت کند.
- **تداخل با مدیریت زمان:** به دلیل ناتوانی در درک صحیح از گذر زمان و تمرکز بر محرک‌های بیرونی، این کودکان اغلب از پنجره زمانی مناسب برای تخلیه مثانه یا روده عبور می‌کنند.

۴. بررسی اختلالات دفعی در سایر گروه‌های کودکان استثنایی

در حوزه روان‌شناسی تربیتی، (کودکان استثنایی) شامل طیف گسترده‌ای از محدودیت‌های شناختی، جسمی و حسی هستند. در این بخش، به بررسی چالش‌های دفعی در گروه‌هایی که با محدودیت‌های ساختاری یا شناختی روبرو هستند، می‌پردازیم.

۴-۱. کودکان با کم‌توانی ذهنی (Intellectual Disability - ID)

در این گروه، اختلالات دفعی معمولاً با تاخیر در تکامل **(Developmental Delay)** گره خورده است.

- **تاخیر در یادگیری مهارت‌های خوداتکایی:** این کودکان ممکن است از نظر زمانی از همسالان خود در یادگیری زنجیره رفتاریِ (تشخیص نیاز ← رفتن به دستشویی ← استفاده از تجهیزات) عقب بمانند.
- **محدودیت در درک دستورالعمل‌ها:** دشواری در درک دستورالعمل‌های گام‌به‌گام برای حفظ نظافت شخصی می‌تواند منجر به تکرار خطاها و در نتیجه بی‌اختیاری شود.
- ارتباط ضعیف با نیازهای فیزیولوژیک: سطح پایین‌تر از میانگین در درک خودآگاهی (Self-awareness) باعث می‌شود که آن‌ها سیگنال‌های بدن را دیرتر از حد معمول شناسایی کنند.

۴-۲. کودکان با فلج مغزی (Cerebral Palsy - CP)

در این گروه، علت اختلالات دفعی عمدتاً ارگانیک و نورولوژیک است و کمتر جنبه رفتاری دارد:

- **ناهماهنگی عضلانی (Spasticity/Ataxia)**: آسیب در مغز باعث می‌شود عضلات اسفنکتر (Sphincter) و عضلات کف لگن نتوانند به طور هماهنگ عمل کنند. در واقع، حتی اگر کودک (می‌خواهد)کنترل کند، سیستم عصبی فرمان را به درستی به عضلات نمی‌رساند.
- **اختلال در کنترل مثانه عصبی (Neurogenic Bladder)**: آسیب‌های مغزی می‌تواند باعث شود مثانه به صورت خودکار و بدون هماهنگی با اراده کودک تخلیه شود.
- **مشکلات حرکتی**: ناتوانی در حرکت سریع به سمت دستشویی یا دشواری در مدیریت لباس‌ها، می‌تواند منجر به دفع ناخواسته در مکان نامناسب شود.

۴-۳. کودکان با سندرم داون (Down Syndrome)

در سندرم داون، چالش‌ها ترکیبی از عوامل شناختی و فیزیکی است:

- **تنش‌های عضلانی پایین (Hypotonia)**: کاهش توان عضلانی (عضلات شل) در این کودکان می‌تواند بر کنترل عضلات ناحیه لگن تأثیر بگذارد.
- **مشکلات گوارشی ساختاری**: کودکان مبتلا به سندرم داون بیشتر در معرض مشکلات گوارشی (مانند یبوست مزمن) هستند. یبوست مزمن یکی از عوامل اصلی بروز (**Encopresis**) بی‌اختیاری مدفوع است، زیرا تجمع مدفوع سخت در روده باعث

می‌شود مدفوع نرم به صورت ناخواسته از اطراف توده سخت نشت کند (Overflow Incontinence).

- **تأخیر در مهارت‌های شناختی-اجتماعی:** نیاز به تکرار زیاد و استفاده از استراتژی‌های یادگیری بصری برای رسیدن به استقلال در دفع ضروری است.

در حالی که در **ADHD** مشکل در (مدیریت و توجه) است، در **CP** مشکل در ارسال فرمان عصبی و در **ID** مشکل در سرعت یادگیری مهارت است. این تفکیک برای انتخاب نوع مداخله بسیار حیاتی است.

۵. مداخلات درمانی و رویکردهای حمایتی (Interventions)

مداخله در کودکان با نیازهای ویژه باید »چندبعدی**(Multimodal)** « باشد. یعنی یعنی پزشک، روان‌شناس، مددکار و خانواده باید با هم همکاری کنند. مداخلات را به سه دسته اصلی تقسیم می‌کنیم:

۵-۱. مداخلات رفتاری (Behavioral Interventions)

این روش‌ها بر تغییر الگوی رفتاری کودک تمرکز دارند و برای گروه‌هایی مثل ADHDیا کودکانبا کم‌توانی ذهنی که سطح هوشی نسبتاً خوبی دارند، بسیار موثر است.

- **برنامه پاداش و تقویت مثبت (Token Economy):** استفاده از سیستم‌های تشویقی (مثل استیکر یا امتیاز) در ازای هر بار استفاده موفق از دستشویی. نکته مهم در

کودکان نیاز ویژه، گام‌به‌گام بودن**(Shaping)** است؛ یعنی ابتدا برای تلاش کردن تشویق می‌کنیم و سپس برای موفقیت کامل.

- **زمان‌بندی منظم (Scheduled Voiding)**: به جای اینکه منتظر بمانیم کودک احساس نیاز کند، یک برنامه زمانی مشخص (مثلاً هر ۲ ساعت یک بار) برای رفتن به دستشویی ایجاد می‌کنیم. این کار برای کودکان ADHD که فراموش‌کار هستند بسیار مفید است.
- **آموزش بصری (Visual Supports)**: استفاده از جداول تصویری (Picture Schedules) که مراحل رفتن به دستشویی را نشان می‌دهد. این روش برای کودکان اوتیستیک که پردازش زبانی آن‌ها ضعیف است اما پردازش بصری‌شان قوی است، حیاتی است.

۵-۲. مداخلات حسی و ادراکی (Sensory & Perceptual Interventions)

این بخش مستقیماً به ریشه‌های حسی که در بخش قبل گفتیم (مثل نقص در پردازش حسی در اوتیسم) پاسخ می‌دهد.

- **تمرینات رژیم حسی (Sensory Diet)**: استفاده از ابزارهایی برای افزایش آگاهی از بدن. مثلاً استفاده از فشار ملایم بر ناحیه شکم یا استفاده از لباس‌های با بافت خاص برای اینکه کودک پیام‌های عصبی را از ناحیه لگن بهتر دریافت کند.

- **تمرینات عضلانی (Pelvic Floor Exercises)**: برای کودکان مبتلا به فلج مغزی **(CP)** یا مشکلاتی که ناشی از ضعف عضلانی است، فیزیوتراپی و تمرینات تقویت عضلات کف لگن برای کنترل بهتر اسفنکترها ضروری است.

۵-۳. مداخلات پزشکی و دارویی (Medical Interventions)

در مواردی که علت اختلال، نقص ارگانیک یا فیزیولوژیک باشد، رویکرد رفتاری به تنهایی کافی نیست.

- **مدیریت یبوست Encopresis**: در کودکان سندرم داون یا کسانی که دچار یبوست مزمن هستند، استفاده از ملین‌ها یا رژیم غذایی پرفیبر توسط پزشک، اولین قدم برای درمان بی‌اختیاری مدفوع است.
- **درمان دارویی ادرار Enuresis**: در موارد شدید، پزشکان ممکن است از داروهایی مانند- *Desmopressin* که اثر ضد ادرارآوری دارد- استفاده کنند تا در کنار آموزش‌های رفتاری، به کودک کمک کنند شب‌ها خشک بماند.

۶. نقش خانواده و محیط آموزشی (Environmental Support)

یک نکته بسیار مهم برای ارائه شما: »درمان بدون حمایت خانواده شکست می‌خورد.«

در کودکان استثنایی، خانواده باید از دو اصل پیروی کند:

۱. **اجتناب از تنبیه (Avoid Punishment)**: تنبیه کردن کودک با نیازهای ویژه (به دلیل نقص عصبی یا حسی‌اش) نه تنها باعث درمان نمی‌شود، بلکه باعث افزایش اضطراب، کاهش عزت‌نفس و بدتر شدن اختلال می‌شود.

۲. **ثبات و تداوم (Consistency)**: آنچه در مدرسه یا مرکز توانبخشی انجام می‌شود، باید دقیقاً در خانه هم تکرار شود.

۷. بررسی آماری و شیوع (Epidemiological Overview)

برای درک اهمیت موضوع، بررسی نرخ شیوع (Prevalence) این اختلالات در جمعیت عمومی و در مقایسه با کودکان با نیازهای ویژه ضروری است:

۱. آمار در جمعیت عمومی (General Population):

- **Enuresis بی‌اختیاری ادرار**: طبق آمارهای جهانی، شیوع ادرار شبانه در کودکان سنین دبستان حدود ۵٪ تا ۱۰٪ است.
- **بی‌اختیاری مدفوع**: این اختلال در جمعیت عمومی بسیار کمتر است و نرخ شیوع آن حدود ۱٪ تا ۲٪ برآورد می‌شود.

۲. آمار در کودکان با نیازهای ویژه (Special Needs Population):

نکته طلایی تحقیق شما اینجاست: شیوع این اختلالات در کودکان با نیازهای ویژه به شدت بالاتر از کودکان عادی است.

- **در طیف اوتیسم (ASD):** تحقیقات نشان می‌دهد که احتمال ابتلا به اختلالات دفعی در کودکان اوتیستیک تا ۳ برابر بیشتر از کودکان عادی است .(برخی مطالعات نرخ بی‌اختیاری ادرار را در این گروه تا ۲۰٪ گزارش کرده‌اند.)
- **در ADHD:** به دلیل نقص در کنترل تکانه‌ای و تمرکز، میزان همبودی (Comorbidity) بسیار بالاست؛ به طوری که در کودکان مبتلا به ADHD، اختلالات رفتاری مرتبط با دفع در حدود ۱۰٪ تا ۱۵٪ مشاهده می‌شود.
- **در کم‌توانی ذهنی (ID):** به دلیل تأخیر در تکامل سیستم عصبی و یادگیری مهارت‌های خوداتکایی، نرخ شیوع اختلالات دفعی در این گروه می‌تواند به بالای ۲۵٪ برسد.
- **در فلج مغزی (CP):** به دلیل مسائل ارگانیک (مانند آسیب به نخاع یا کنترل عضلانی)، این اختلالات بیشتر از یک مسئله رفتاری، یک مسئله نورولوژیک هستند و نرخ شیوع آن‌ها در این گروه بسیار بالا و وابسته به شدت آسیب است.

خلاصه آماری (Table Summary):

گروه هدف	میزان شیوع تقریبی	علت اصلی آماری (Prevalence)
کودکان عادی	۵٪ - ۱۰٪	عوامل روان رشد
کودکان اوتیستیک	۱۵٪ - ۲۰٪	نقص پردازش حسی/اینتروسپشن
کودکان ADHD	۱۰٪ - ۱۵٪	نقص در عملکردهای اجرایی
کودکان با کم‌توانی ذهنی	+۲۵٪	تأخیر در تکامل عصبی

۸. بحث و تحلیل (Discussion)

در این بخش، ما به چالش‌های اصلی که در مسیر درمان این کودکان وجود دارد، نگاهی عمیق می‌اندازیم.

۸-۱. پیچیدگی‌های تشخیص (Diagnostic Complexity):

یکی از بزرگترین چالش‌ها این است که تمایز بین یک (اختلال دفعی ساده) و یک (نشانه از اختلال عصبی/حسی) بسیار دشوار است. برای مثال، در یک کودک عادی، ادرار شبانه ممکن است ناشی از استرس باشد، اما در یک کودک اوتیستیک، این می‌تواند ناشی از عدم درک سیگنال‌های بدن (Interoception) باشد. بنابراین، تشخیص نباید صرفاً بر اساس رفتار(خیس شدن لباس) باشد، بلکه باید بر اساس علت زمینه‌ای(نقص حسی یا عصبی) انجام شود.

۸-۲. چالش‌های تعامل چندرشته‌ای:

از آنجایی که این اختلالات هم ریشه زیستی (مثل فلج مغزی)، هم روانی (مثل اضطراب) و هم رفتاری مثل ADHD دارند، درمان باید توسط یک تیم شامل روان‌شناس، پزشک اطفال، فیزیوتراپیست و والدین انجام شود. عدم هماهنگی این تیم‌ها، بزرگترین مانع در مسیر پیشرفت کودک است.

۸-۳. اثرات روانی-اجتماعی (Psychosocial Impact):

این اختلالات در کودکان با نیازهای ویژه، اثر دوبل دارند. علاوه بر خودِ اختلال، کودک با خطر **stigmatization** (انگ خوردن) و کمبود عزت‌نفس مواجه است. این موضوع می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی بیشتر و تشدید علائم اوتیسم یا اضطراب شود.

۹- نتیجه‌گیری (Conclusion)

در پایان، می‌توان گفت که اختلالات Enuresis و Encopresis در کودکان با نیازهای ویژه، صرفاً یک مسئله‌ی کنترل رفتاری نیستند، بلکه بازتابی از نیازهای پیچیده عصبی، حسی و ارگانیک این کودکان هستند.

در نهایت، بررسی این اختلالات نشان داد که مدیریت رفتارهای دفعی در کودکان با نیازهای ویژه، فراتر از یک چالش رفتاری ساده، یک ضرورت بالینی و مراقبتی است. درک تداخل‌های عصبی-تکاملی و رویکرد چندبعدی (زیستی-روانی-اجتماعی)، کلید اصلی در بهبود کیفیت زندگی این کودکان و خانواده‌های آنان است.

خلاصه‌ی یافته‌های تحقیق:

- **شخصی‌سازی درمان:** رویکرد "یک نسخه برای همه (One size fits all)" در این کودکان شکست می‌خورد. برای کودک CP باید بر تقویت عضلانی و برای کودک ASD بر آموزش حسی تمرکز کرد.

- **اهمیت پیشگیری:** تشخیص زودهنگام و درک همبودی‌ها (Comorbidities) می‌تواند از تشدید مشکلات رفتاری و روانی در آینده جلوگیری کند.
- **حمایت از مراقبین:** توجه به سلامت روان والدین و آموزش صحیح به آن‌ها، ستون اصلی موفقیت هر مداخله‌ای است.

۱۰- پیشنهادات برای پژوهش‌های آینده

۱. بررسی اثرات تکنولوژی‌های پوشیدنی (مثل سنسورهای هوشمند) در آموزش کنترل مثانه به کودکان اوتیستیک.

۲. مطالعه بیشتر بر روی رابطه بین رژیم‌های غذایی خاص و مدیریت اختلالات دفعی در کودکان با سندرم داون.

Dr. Anahid KhatibZadeh

۱۱. منابع: نمونه استاندارد (References - APA)

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

2. Barkley, R. A. (2020). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. Guilford Publications.

3. Grandin, T. (2014). *The autistic brain: Helping autistic people excel in school and life*. Twelve.

4. World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.).