

Comparison of parent functioning and behavioral problems in children with and without primary nocturnal enuresis

B. Salehi*

P. Yousefi Chaeijan**

M. Rafiei***

N. Ghadimi****

S. Ebrahimi*****

SH. Moradi*****

*Associate Professor of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

**Associate Professor of Pediatric Nephrology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

***Associate Professor of Biostatistics, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

****General practitioner, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

*****M.Sc. in Psychology, Arak Islamic Azad University, Arak, Iran

*Abstract

Background: Nocturnal enuresis is one of the most common disorders of childhood after allergic disorders.

Objective: The aim of this study was to compare parent functioning and behavioral problems in children with and without primary nocturnal enuresis.

Methods: This case-control study was conducted in 292 children aged 5-15 years old (146 with primary nocturnal enuresis and 146 without primary nocturnal enuresis) referred to Amir Kabir hospital in Arak during 2011-2012. Data were collected by Child Behavioral Check List (CBCL) and Global Assessment Functioning (GAF) questionnaire for parents. Data were analyzed using Chi-square test and T-test.

Findings: In both groups of children with and without primary nocturnal enuresis, the most common problems were mental, anxiety-depressive and the least common problems were attention deficit-hyperactivity and physical. Differences in internalizing, externalizing, anxiety-depressive, isolation-depressive and affective-behavioral problems were statistically significant between the two groups; but differences in parent functioning were not statistically significant.

Conclusion: With regards to the results, parental intervention for early treatment of children with primary nocturnal enuresis is necessary to prevent future behavioral problems.

Keywords: Nocturnal Enuresis, Parents, Behavior

Corresponding Address: Bahman Salehi, Amir Kabir Hospital, Psychiatric Ward, Arak, Iran

Email: basalehi@yahoo.com

Tel: +98-863-3135075-8

Received: 2 Nov 2013

Accepted: 7 Apr 2014

مقایسه عملکرد کلی والدین و مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه

دکتر بهمن صالحی* دکتر پارسا یوسفی چایجان** دکتر محمد رفیعی*** دکتر نیلوفر قدیمی**** سمیه ابراهیمی***** شیرین مرادی*****

* دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک
** دانشیار نفلولوژی کودکان دانشگاه علوم پزشکی اراک
*** دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی اراک
**** پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی اراک
***** کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اراک

آدرس نویسنده مسؤول: اراک، مرکز درمانی امیرکبیر، بخش روان‌پزشکی، تلفن ۸-۰۸۶۳-۳۱۳۵۰۷۵

Email: basalehi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱۱

* چکیده

زمینه: شب ادراری، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های دوران کودکی بعد از بیماری‌های آلرژیک است.

هدف: مطالعه به منظور مقایسه عملکرد کلی والدین و مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شب ادراری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مورد-شاهدی بر روی ۲۹۲ کودک ۵ تا ۱۵ ساله (۱۴۶ نفر مبتلا به اختلال شب ادراری و ۱۴۶ نفر غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه) از بیماران مراجعه‌کننده به بخش کودکان مرکز آموزشی-درمانی امیرکبیر اراک در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. اطلاعات با استفاده از برگه ارزیابی رفتاری کودک (Child Behavioral Check List) و ارزیابی عملکرد کلی والدین (Global Assessment Functioning) والدین جمع‌آوری شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای دو و تی مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: در هر دو گروه کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه، مشکلات فکری و اضطرابی-افسردگی، بیش‌ترین فراوانی و مشکلات کاهش توجه-بیش‌فعالی و جسمانی، کم‌ترین فراوانی را داشتند. مشکلات درون‌سازی، برون‌سازی، اضطرابی-افسردگی، انزوا-افسردگی و عاطفی-رفتاری، بین دو گروه کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه تفاوت معنی‌داری وجود داشت، اما بین عملکرد کلی والدین آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، مداخله والدین جهت درمان هر چه سریع‌تر کودکان مبتلا به اختلال شب ادراری اولیه جهت پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری آتی آن‌ها لازم است.

کلیدواژه‌ها: شب ادراری، والدین، رفتار

* مقدمه

هرگز تجربه خشک بودن نداشته است یا ثانویه (عودکننده) باشد که در آن کودک مدت طولانی (۶ ماه) سالم بوده و مجدداً دچار شب ادراری شده است.^(۲-۴) میزان شیوع این اختلال با توجه به جمعیت مورد مطالعه، تحمل نشانه‌ها در فرهنگ‌های مختلف و گروه‌های اجتماعی-اقتصادی متفاوت است؛ به طور مثال شیوع شب ادراری در عربستان سعودی، بوریکنافاسو، استرالیا و انگلستان به ترتیب ۱۵، ۱۳، ۱۸ و ۲/۰۶ درصد گزارش شده

بی‌اختیاری کنشی ادرار یا شب ادراری یکی از اختلال‌های شایع به صورت دفع مکرر ارادی یا غیرارادی ادرار در لباس یا بستر در طول روز یا شب در کودکان است که باید از نظر سنی به طور طبیعی کنترل‌م‌تانه به دست آورده باشند (۵ سالگی) و نابهنجاری‌های جسمی مشخصی ندارند.^(۱) تشخیص شب ادراری وقتی است که عمل ادرار ۲ بار در هفته برای حداقل ۳ ماه متوالی رخ دهد. شب ادراری ممکن است اولیه باشد که در آن کودک

معیارهای ورود به مطالعه (براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR) عبارت بودند از: نداشتن هرگونه اختلال ساختاری در ستون فقرات، اندام تناسلی و نارسایی مزمن کلیه (براساس معاینه‌های فیزیکی به عمل آمده توسط فوق تخصص نفروولوژی کودکان) و نداشتن عقب ماندگی ذهنی، اختلال‌های عصبی یا اختلال‌های اساسی (صرع، هیدروسفالی و اوتیسم براساس شرح حال دقیقی که از والدین این گروه از کودکان به دست آمد. بیمارانی که به هر طریق همکاری لازم نداشتند از مطالعه خارج شدند. سپس برگه ارزیابی رفتاری کودک (Behavioral Check List Child) و ارزیابی عملکرد کلی (Global Assessment Functioning) در اختیار والدین قرار گرفت.

برگه ارزیابی رفتاری کودک مبتنی بر تجربه اشتباه است که جهت بررسی مهارت‌های شخصی و تطابق اجتماعی کودکان ۴ تا ۱۸ ساله توسط والدین یا سرپرستان آن‌ها تکمیل می‌شود. پاسخ دهنده ابتدا به تعدادی سؤال پاسخ می‌دهد که شایستگی‌ها و توانمندی‌های کودک را ارزیابی می‌کنند. سپس به تعدادی سؤال باز پاسخ می‌دهد که مرتبط با بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک هستند. پس از آن پاسخ‌دهنده در ۱۱۳ سؤال، شدت مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را روی یک مقیاس از صفر تا دو درجه بندی می‌کند. شایان ذکر است که هشت مقیاس (براساس اختلال‌های روانی - رفتاری DSM-IV) جهت بررسی مشکلات جسمانی، فکری، اجتماعی، پرخاش‌گری، قانون شکنی، نارسایی، عدم توجه، انزوا - افسردگی و اضطراب - افسردگی وجود دارد؛ که مجموع نمره‌های رفتارهای پرخاش‌گرانه و قانون شکنی معرف نمره کلی مشکلات برون‌سازی، مجموع نمره‌های مشکلات جسمانی، اضطرابی - افسردگی و انزوا - افسردگی معرف نمره کلی مشکلات درون‌سازی و جمع نمره‌های هشت مقیاس معرف نمره کلی مشکلات عاطفی - رفتاری هستند. مینایی (۱۳۸۴) در بررسی روایی و اعتبار این پرسش‌نامه

است.^(۴) تحقیق‌های انجام شده در ایران شیوع این اختلال در شهرهای گناباد و سمنان را به ترتیب ۶/۸ و ۸/۸ درصد گزارش کرده‌اند.^(۵-۷)

در رابطه با تفاوت پسران و دختران در ابتلا به اختلال شب ادراری، تحقیق‌ها نشان‌دهنده شیوع بیش‌تر شب ادراری در پسران بوده است.^(۷-۱۰) علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عواملی چون سابقه خانوادگی مثبت، سابقه عفونت ادراری، اندازه جمعیت خانواده، سطح تحصیلات پدر و مادر با شب ادراری ارتباط دارند،^(۱۰-۱۷) اما پژوهش‌های دیگری مواردی چون تنبیه بدنی، فوریت ادراری و افزایش افسردگی در مادران را برشمرده‌اند.^(۱۷-۱۹) روش‌های درمانی مختلفی جهت درمان اختلال شب ادراری مطرح شده‌اند که هیچ‌یک از آن‌ها را نمی‌توان به عنوان تنها روش درمانی مطلوب در نظر گرفت. روش شرطی‌سازی با استفاده از دستگاه زنگ به عنوان مؤثرترین راه درمان شناخته شده است.^(۲۱-۱۹) همچنین داروهای گوناگونی در درمان شب ادراری به کار می‌روند که از میان آن‌ها می‌توان به ایمی‌پرامین، دزموپرسین، افدرین، پسودوافدرین و درمان ترکیبی ایمی‌پرامین و اکسی‌بوتینین اشاره کرد.^(۲۱) در نهایت با استناد به مطالب عنوان شده، چنین به نظر می‌رسد که اجرای پژوهش‌هایی با هدف شناسایی شایع‌ترین و مهم‌ترین عوامل مرتبط با اختلال شب ادراری در هر منطقه، اساسی‌ترین گام جهت هرگونه برنامه‌ریزی و مداخله محسوب می‌شوند. این تحقیق با هدف مقایسه عملکرد کلی والدین و مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مورد - شاهدهی بر روی ۲۹۲ کودک ۵ تا ۱۵ ساله (۱۴۶ نفر مبتلا به اختلال شب ادراری و ۱۴۶ نفر غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه) از بیماران مراجعه‌کننده به بخش کودکان مرکز آموزشی - درمانی امیرکبیر اراک در سال‌های ۹۱ - ۱۳۹۰ انجام شد.

جدول ۱- مقایسه فراوانی مشکلات رفتاری مبتلایان و غیرمبتلایان به اختلال شب اداری اولیه

سطح معنی‌داری	غیرمبتلا (شاهد)		مبتلا (مورد)		گروه مشکلات رفتاری
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
<۰/۰۰۸	۲/۷	۴	۱۰/۳	۱۵	اختلال‌های عاطفی- رفتاری
=۰/۰۵	۴/۱	۶	۹/۶	۱۴	اختلال‌های درونی‌سازی
<۰/۰۰۱	۲/۱	۳	۱۳	۱۹	اختلال‌های برونی‌سازی
<۰/۰۰۱	۱/۴	۲	۱۵/۸	۲۳	رفتار پرخاش‌گرانه
>۰/۳۶۱	۲/۱	۳	۳/۴	۵	رفتار قانون شکنی
>۰/۳۴۲	۱/۴	۲	۲/۷	۴	کاهش توجه و بیش‌فعالی
>۰/۴۰۱	۳/۵	۴۶	۳۳/۶	۴۹	مشکلات فکری
>۰/۳۶۱	۲/۱	۳	۳/۴	۵	مشکلات اجتماعی
<۰/۰۲۸	۱۵/۱	۲۲	۲۴	۳۵	مشکلات اضطرابی- افسردگی
>۰/۵	۱/۴	۲	۲/۱	۳	مشکلات جسمانی
>۰/۵	۲/۷	۴	۳/۴	۵	مشکلات انزوا- افسردگی

بین دو گروه شاهد و مورد از نظر مشکلات جسمی، فکری، قانون شکنی، اجتماعی و کاهش توجه- بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، اما از نظر مشکلات درون‌سازی، برون‌سازی، اضطرابی- افسردگی، انزوا- افسردگی، عاطفی- رفتاری و پرخاش‌گری تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۲). همچنین بین عملکرد کلی والدین مبتلایان به اختلال شب اداری اولیه (میانگین $۱۹/۵۳ \pm ۶/۴۱$) و غیرمبتلایان (میانگین $۱۸/۷۳ \pm ۴/۶۵$) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۲- مقایسه میانگین مشکلات رفتاری مبتلایان و غیرمبتلایان به شب اداری

سطح معنی‌داری	غیرمبتلا	مبتلا	گروه مشکلات رفتاری
<۰/۰۱	$۱۷/۱۰ \pm ۱۶/۴۴$	$۲۱/۸۹ \pm ۲۲/۳۴$	اختلال‌های عاطفی- رفتاری
<۰/۰۰۲	$۵/۳۷ \pm ۴/۲۱$	$۶/۴۵ \pm ۶/۳۴$	اختلال‌های درونی‌سازی
<۰/۰۰۱	$۶/۱۶ \pm ۵/۶۰$	$۱۰/۵۴ \pm ۱۰/۵۰$	اختلال‌های برونی‌سازی
>۰/۴۹۶	$۳/۱۵ \pm ۲/۸۶$	$۳/۵۳ \pm ۲/۱۳$	کاهش توجه و بیش‌فعالی
>۰/۴۸۱	$۰/۸۰ \pm ۰/۳۰$	$-/۸۴ \pm ۰/۳۷$	مشکلات جسمانی
<۰/۰۰۱	$۳/۴۵ \pm ۲/۶۷$	$۴/۱۷ \pm ۴/۱۳$	مشکلات اضطرابی- افسردگی
<۰/۰۲۳	$۱/۹۴ \pm ۱/۲۳$	$۲/۱۴ \pm ۱/۷۸$	مشکلات انزوا- افسردگی
>۰/۱۷	$۲/۳۸ \pm ۱/۶۷$	$۳/۰۹ \pm ۲/۱۱$	رفتار قانون شکنی
<۰/۰۰۱	$۴/۲۴ \pm ۳/۹۳$	$۷/۸۹ \pm ۸/۱۸$	رفتار پرخاش‌گرانه
>۰/۷۹	$۲/۴۴ \pm ۲/۱۰$	$۲/۳۶ \pm ۲/۰۲$	مشکلات اجتماعی
>۰/۵۶۲	$۱/۰۷ \pm ۰/۵۸$	$۱/۱۴ \pm ۰/۶۶$	مشکلات فکری

ضرایب همسانی درونی، بازآزمایی و آلفای کرونباخ آن را به ترتیب زیر گزارش کرد: $۰/۷۳$ تا $۰/۸۷$ ، $۰/۸۳$ تا $۰/۹۷$ و $۰/۸۷$ تا $۰/۹۳$ (۲۲)

پرسش‌نامه ارزیابی کلی عملکرد در سال ۱۹۸۷ (منطبق با معیارهای تشخیصی DSM) جهت تهیه یک گزارش بالینی در مورد سطح عملکرد کلی (روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و شغلی) بیمار به طور روزانه ساخته شد. (۲۳-۲۷) این پرسش‌نامه شامل ۱۵ سؤال است و در آن از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس صفر تا چهار درجه‌بندی کنند. شایان ذکر است که شدت نشانه‌ها روی یک طیف فرضی با کدهایی از ۱ تا ۱۰۰ به صورت دهک-دهک بررسی می‌شوند، برای مثال کد ۱ تا ۱۰ بیان‌گر مشکلات روحی- روانی (نیازمند مراقبت‌های ۲۴ ساعته)، کد ۱۱ تا ۲۰ وجود خطر نسبی آسیب زدن به خود و دیگران و کد ۹۱ تا ۱۰۰ عملکرد خوب در همه زمینه‌ها و رضایت کلی از زندگی، علاقمند و درگیر در حیطه وسیعی از فعالیت‌ها و از لحاظ اجتماعی مؤثر است. (۲۷) این پرسش‌نامه براساس بررسی‌های انجام شده از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است. (۲۸) بیانیه‌های اخلاقی هلسینکی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک در تمام مراحل تحقیق لحاظ شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای دو و تی مستقل تحلیل و $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار تلقی شد.

* یافته‌ها:

از بین ۱۴۶ کودک مبتلا به اختلال شب اداری اولیه ۷۸ نفر ($۵۳/۴$ درصد) پسر و ۶۸ نفر ($۴۶/۶$ درصد) دختر بودند و میانگین سنی آن‌ها $۷/۸ \pm ۱/۱$ سال بود. در گروه کودکان غیرمبتلا نیز ۶۱ نفر ($۴۱/۸$ درصد) پسر و ۸۵ نفر ($۵۸/۲$ درصد) دختر بودند و میانگین سنی آن‌ها $۷/۷ \pm ۱/۴$ سال بود و توزیع جنسی و سنی دو گروه مورد بررسی یکسان بود. در هر دو گروه، مشکلات فکری دارای بیش‌ترین و مشکلات جسمانی دارای کم‌ترین فراوانی بودند (جدول شماره ۱).

* بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که در هر دو گروه کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه، مشکلات فکری و اضطرابی-افسردگی بیشترین فراوانی و مشکلات کاهش توجه-بیش فعالی و جسمانی کمترین فراوانی را داشتند. همچنین از نظر مشکلات درون‌سازی، برون‌سازی، اضطرابی-افسردگی، انزوا-افسردگی، عاطفی-رفتاری و پرخاش‌گری بین دو گروه کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال شب ادراری اولیه تفاوت معنی‌داری وجود داشت، اما بین عملکرد کلی والدین آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از پژوهش چانگ و همکاران (۲۰۰۲) در رابطه با وجود تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد در زمینه مشکلات عاطفی-رفتاری، برون‌سازی، انزوا-افسردگی و پرخاش‌گری همخوانی داشت، اما در مورد وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه از نظر مشکلات اضطراب-افسردگی، درون‌سازی، کاهش توجه-بیش فعالی و عملکرد والدین ناهماهنگ و ناهمخوان بود.^(۳۹) علت این ناهمخوانی می‌تواند به دلیل حجم نمونه متفاوت دو مطالعه و سن پایین کودکان این مطالعه باشد، چون به نظر می‌رسد هرچه سن کودکان پایین‌تر باشد مکانیزم‌های سازگاری، توانایی جسمی و توان مقابله پایین‌تر است. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های اردوگان و همکاران در ترکیه در رابطه با وجود مشکلات عاطفی-رفتاری و به طور کلی مشکلات رفتاری بالینی، همخوانی نداشت که دلیل آن می‌تواند حجم کم نمونه در آن مطالعه (۵۳ نفر) و تفاوت شرایط اقلیمی و فرهنگی دو مطالعه باشد.^(۳۰) همچنین از نظر وجود مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی، مشکلات روحی-روانی و مشکلات رفتاری با نتایج پژوهش‌های زیر همخوانی داشت: وان هوک و همکاران (۲۰۰۶)، جوین سون و همکاران (۲۰۰۷)، ویلیام سون و همکاران (۲۰۰۸)، زینک و همکاران (۲۰۰۸)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۳).^(۳۹ و ۳۴-۳۱)

نتایج به دست آمده از این مطالعه حاکی از شیوع بالا و قابل توجه مشکلات عاطفی-رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال شب ادراری اولیه نسبت به کودکان غیرمبتلا بود. همچنین با لحاظ نمودن نتایج سایر مطالعه‌ها مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی در کاهش مشکل شب ادراری اولیه به نظر می‌رسد تشخیص و درمان به موقع اختلال‌های رفتاری همراه با اختلال شب ادراری به منظور جلوگیری از تداوم این اختلال و بروز سایر اختلال‌های روانی و رفتاری این کودکان امری ضروری است. لذا پیشنهاد می‌شود کودکان مبتلا به اختلال شب ادراری اولیه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی از نظر ابتلا به سایر اختلال‌های روانی و رفتاری نیز بررسی شوند تا بتوان جهت رفع مشکل و ارتقای سلامت آن‌ها و خانواده‌شان قدم مؤثرتری برداشت. همچنین اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌های جمعی جهت شناخت صحیح این اختلال و نحوه صحیح برخورد با این گروه از کودکان پیشنهاد می‌شود.

* سپاس‌گزاری:

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه تحصیلی دوره دکتری پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی اراک است. از والدین و کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش و مسئولین و کارکنان مرکز درمانی امیرکبیر اراک قدردانی می‌شود.

* مراجع:

1. Farhat W, Bagli DJ, Capolicchio G, et al. The dysfunctional voiding scoring system: quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. J Urol 2000 Sep; 164 (3 Pt 2): 1011-5
2. Behrman ER, Kliegman MR, Jenson BH. Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders; 2007. 113, 2249
3. Ozden C, Ozdal OL, Altinova S, et al. Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children. Int Braz J Urol 2007 Mar-Apr; 33 (2): 216-22

4. James SB, Alcottsaddock V. Kaplan & Sadocks synopsis of psychiatry Behavioral sciences/clinical psychiatry. Translated by: Rezaee F. 10th ed. Tehran, Iran: Arjmand Publication; 2008. 512-3
5. Butler RJ, Golding J, Northstone K; ALSPAC Study Team. Nocturnal enuresis at 7.5 years old: prevalence and analysis of clinical signs. *BJU Int* 2005 Aug; 96 (3): 404-10
6. Mohammadpour A, Basiri Moghaddam M, Jani S. Survey of enuresis frequency and its associated factors among school children. *Ofogh-e-Danesh* 2012; 18 (3): 37-45 [In Persian]
7. Ghotbi N, Kheyrabadi GR. Enuresis prevalence and associated factors in primary school students in Sanandaj. *J Kurdistan Univ Med Sci* 2001; 5 (4): 30-4 [In Persian]
8. Alzakerin S, Shafiei F, Heidarnia A, Kazemnejad A. Study results treatment intervention on nocturnal enuresis among Tehran students. *J Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2003; 26 (2): 107-10
9. Akhavan Karbasi S, Golestan M, Fallah R. Enuresis in 6 year old children and its related factors. *Ofogh-e-Danesh* 2009; 15 (4): 63-71 [In Persian]
10. De Sousa A, Kapoor H, Jagtap J, Sen M. Prevalence and factors affecting enuresis amongst primary school children. *Indian J Urol* 2007 Oct; 23 (4): 354-7
11. Hazza I, Tarawneh H. Primary nocturnal enuresis among school children in Jordan. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2002 Oct-Dec; 13 (4): 478-80
12. Oge O, Kocak I, Gemalmaz I. Enuresis: point prevalence and associated factors among Turkish children. *Turk J Pediatr* 2001 Jan-Mar; 43 (1): 38-43
13. Bakker E, van Sprundel M, van der Auwera JC, et al. voiding habits and wetting in a population of 4,332 Belgian school children aged between 10 and 14 years. *Scand J Urol Nephrol* 2002; 36(5): 354-62
14. Kanaheswari Y. Epidemiology of childhood nocturnal enuresis Malaysia. *J Pediatr Child Health* 2003 Mar; 39 (2): 118-23
15. Eapen V, Mabrouk AM. Prevalence and correlates of nocturnal enuresis in United Arab Emirates. *Saudi Med J* 2003 Jan; 24 (1): 49-51
16. Cher TW, Lin GJ, Hsu KH. Prevalence of nocturnal enuresis and associated familial factors in primary school children in Taiwan. *J Urol* 2002 Sep; 166 (3): 1142-6
17. Akis N, Irgil E, Aytekin N. Enuresis and effective factors-a case-control study. *Scand J Urol Nephrol* 2002; 36 (3): 199-203
18. Jahanpoor F, Azodi P, Ghasmi Kh. Factors affecting children's enuresis. *Nursing and Midwifery Research* 2003; 19 (5): 19-17 [In Persian]
19. Arman S, Karbasi Amel A, Heydari A. Relationship of mother's depression and child enuresis. *Armagan Danesh* 2009; 14: 113-21 [In Persian]
20. Glazener CM, Evans JH. Desmoperessin for nocturnal enuresis in children, *Cochrane Database Syst Rev*. Available at: http://Medscape_intapp.Com/pm/medlineapp Updated in: 2000
21. Kaneko K, Fujinaga S, Ohtomo Y, et al. Combined pharmacotherapy for nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol* 2001 Aug; 16 (8): 662-4
22. Minaee A. Adaptation and standardization Achenbach Child Behavioral Checklist, self and teacher assessment questionnaire. *J of Research on Exceptional Children*, 2006 spr; 19 (1): 529-58

23. Salvi G, Leese M, Slade M. Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure. *Br J Psychiat* 2005 Feb; 186: 146-52
24. Vatnaland T, Vatnaland J, Frilis S, Opjordsmoen S. Are GAF scores reliable in routine clinical use? *Acta Psychiatr Scand* 2007 Apr; 115 (4): 326-30
25. Bates LW, Lyons JA, Shaw JB. Effects of brief training on application of the Global Assessment of Functioning Scale. *Psychol Rep* 2002 Dec; 91 (3Pt 1): 999-1006
26. Pedersen G, Hagtvedt KA, Karterud S. Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning-Split version. *Compr Psychiat* 2007 Jan-Feb; 48 (1): 88-94
27. Schorre BE, Vandvik IH. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. A review of three one-dimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). *Eur Child Adolesc Psychiat* 2004 Oct; 13 (5): 273-86
28. Yossefi P, Salehi B, Rafeie M, Firozfar M, Mousavinejad. Parents' Function and Behavioral Disorders in children with/without Diurnal Voiding Dysfunction: comparative study, *Zahedan J Res Med Sci*. 2013 Sep; 15: 29-33
29. Chang SS, Ng CF, Wong SN; Hong Kong Childhood Enuresis Study Group. Behavioral problem in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. *Acta Pediatric* 2002; 91 (4): 475-9
30. Erdogan A, Akkurt H, Boettjer NK, et al. Prevalence and behavioral correlates of enuresis in young children. *J Paediatr Child Health* 2008 May; 44 (5): 297-301
31. Van Hoecke E, De Fruyt F, De Clercq B, et al. Internalizing and externalizing problem behavior in children with nocturnal enuresis: a five-factor model perspective. *J Pediatr Psychol* 2006 Jun; 31 (5): 460-8
32. Joinson C, Heron J, Emond A, Bulter R. Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *J Pediatr Psychol* 2007 Jun; 32 (5): 605-16
33. Williamson R, Oueis H, Casamassimo PS, Thikkurissy S. Association between early childhood caries and behavior as measured by the Child Behavior Checklist. *Pediatr Dent* 2008 Nov-Dec; 30 (6): 505-9
34. Zink S, Freitag CM, von Gontard A. Behavioral comorbidity differs in subtypes of enuresis and incontinence. *J Urol* 2008 Jan; 179 (1): 295-8