



مقالات مروری

آموزش توالیت به کودکان

ترجمه: دکتر رضا غلامی‌خوجین

آموزش توالیت یک عملکرد تکاملی است که گریبانگیر خانواده‌های دارای کودکان خردسال است. سرانجام تمام کودکان سالم توالیت کردن را می‌آموزند و اکثراً این عملکرد را بدون مداخله پزشکی انجام می‌دهند. اکثر تحقیقات در زمینه آموزش توالیت توصیفی‌اند هر چند که برخی مبتنی بر شواهد هستند. در ایالات متحده میانگین سنی شروع آموزش توالیت طی ۴ دهه اخیر از زیر ۱۸ ماه به ۳۶-۲۱ ماهگی افزایش یافته است. مطالعات جدیدتر هیچ فایده‌ای در آموزش فشرده قبل از ۲۷ ماهگی نشان نمی‌دهند. تبحر در مهارت‌های تکاملی که برای آموزش توالیت مورد نیاز است بعد از سن ۲۴ ماهگی رخ می‌دهد. معمولاً در دختران آموزش توالیت زودتر از پسران تکمیل می‌شود. روش‌های آموزش متعددی وجود دارد. رویکرد کودک‌محور برازلتون (Brazelton) از بلوغ فیزیولوژیک، توانایی درک و پاسخ به فیدبک‌های خارجی و انگیزش درونی برای ارزیابی آمادگی کودک استفاده می‌نماید. رویکرد آموزش توالیت دکتر اسپوک (Dr. Spock) روش متداول دیگری است که توسط والدین استفاده می‌شود. آکادمی کودکان آمریکا اجزای رویکرد کودک‌محور را در راهکارهای خود برای آموزش توالیت ادغام کرده است. «آموزش توالیت در یک روز» روشی است که توسط آزرین (Azrin) و فوکس (Fox) ابداع شده و بر شرطی کردن عامل تاکید دارد و جزئیات خاصی از توالیت کردن را آموزش می‌دهد. از آنجا که هر خانواده و کودک منحصر به فرد هستند، توصیه‌ها در مورد زمان ایده‌آل یا روش مطلوب باید برای هر کسی تطابق داده شود. پزشکان خانواده باید راهنمایی‌هایی را در مورد روش‌های آموزش توالیت ارائه کنند و کودکانی را که در رسیدن به این نقطه عطف تکاملی مشکل دارند شناسایی کنند.

والدین سیاه پوست معتقد بودند که آموزش باید دیرتر شروع شود (به ترتیب ۲۵/۴ ماهگی در مقابل ۱۹/۴ ماهگی، $P < 0.001$). در سایر نژادها والدین ۱۹/۴ ماهگی را به عنوان سن مناسب بیان

آموزش توالیت یک نقطه عطف در تکامل کودک است. یادگیری زمانی روی می‌دهد که توانایی‌های جدید فیزیکی، کلامی و اعتماد به نفس به سرعت در حال پیشرفت است. کودکان باید انتظارات والدین و اجتماع را با نیاز درونی‌شان برای استقلال و خودباوری ادغام کنند. سرانجام تمام کودکان سالم توالیت کردن را یاد می‌گیرند. اغلب والدین و پرستاران کودک تا حدی در این زمینه درگیر هستند.

اخیراً در ایالات متحده و چندین کشور اروپایی، آموزش توالیت به طور قابل توجهی دیرتر از قبل شروع می‌شود. در ۱۹۴۰، آموزش عموماً قبل از ۱۸ ماهگی شروع می‌شد. اطلاعات جدید نشان می‌دهد که در حال حاضر آموزش اغلب بین ۳۶-۲۱ ماهگی شروع می‌شود و فقط ۶۰٪-۴۰٪ درصد کودکان آموزش را تا ۳۶ ماهگی تکمیل می‌کنند.

تاثیر نژاد و وضعیت اجتماعی - اقتصادی در شروع آموزش توالیت در یک مطالعه مقطعی اخیر بررسی شد. میانگین سنی شروع ۲۰/۶ ماه (محدوده ۴۸-۶ ماه) بود. والدین سفیدپوست بیشتر از

توصیه‌های کلیدی برای طبابت

رتبه‌بندی شواهد	توصیه بالینی
B	رویکرد کودک‌محور برازلتون و روش آموزش فشرده آزرین و فوکس، روش‌های موفق برای آموزش توالیت در کودکان نرمال از نظر تکاملی، هستند.*
C	تحقیقات در مورد تاثیر امتناع از دفع مدفوع، ننگه داشتن مدفوع و مخفی شدن در زمان دفع مدفوع برای نتیجه‌گیری بسیار محدود است.

* هیچ مطالعه‌ای کارایی این دو روش را مقایسه نکرده است.
 A: شواهد بیمارمحور قطعی با کیفیت مطلوب; B: شواهد بیمارمحور غیرقطعی یا با کیفیت محدود; C: اجماع، شواهد بیماری‌محور، طبابت رایج، عقیده صاحب‌نظران یا مجموعه موارد بالینی.

کادر ۱. گزینه‌های آموزش توالیت

رویکردهای کودک محور

رویکرد کودک محور برزالتون
راهکارهای آموزش توالیت آکادمی کودکان آمریکا (۲۰۰۰)
وقتی کودک نشانه‌های آمادگی را بروز داد شروع می‌شود (معمولاً پس از ۱۸ ماهگی)
موفقیت را با استفاده از کلمات مثبت تحسین کنید.
از تنبیه، سرزنش یا فشار بپرهیزید.
آموزش را مثبت، غیرتهدیدکننده و طبیعی انجام دهید.
کتاب مراقبت از شیرخوار و کودک دکتر اسپوک:
بدون اعمال فشار آموزش دهید.
آموزش را بین ۳۰-۲۴ ماهگی شروع کنید.
به کودک اجازه دهید تا در استفاده از دستشویی با اعضای خانواده همراهی کند.
روند آموزش را راحت و دلپذیر کنید، از انتقاد بپرهیزید.
به کودک اجازه دهید تا از صندلی لگن‌دار به طور ارادی استفاده کند، زمانی که کودک علاقه نشان داد، او را ۲-۳ بار در روز روی صندلی لگن‌دار قرار دهید.
موفقیت را تحسین کنید.

شرطی شدن عامل*

روش «آموزش توالیت در یک روز» آزرین و فوکس †:
هدف: برقراری رفتار مناسب با استفاده از تقویت مثبت / جوایز (مثلاً توجه والدین، اسباب بازی، آبنبات)
تقویت منفی از طریق تنبیه یا کاهش توجه مثبت به دنبال خیس کردن

سایر روش‌ها

آموزش توالیت کمکی شیرخوار*:
روش آموزش والدین محور
آموزش ادرار و مدفوع را در هفته دوم یا سوم زندگی شروع کنید.
شیرخوار را پس از یک وعده بزرگ غذایی یا زمانی که نشانه‌هایی از دفع را نشان داد روی توالیت قرار دهید.
موارد دفع موفق را با غذا یا توجه جایز دهید.
در چین، آفریقا، هند و آمریکای جنوبی و مرکزی به وفور استفاده می‌شود.
برقراری ارتباط برای دفع:
در زمان تولد شروع کنید
بیاموزید که زبان جسمی، صداها و مدل‌های دفع شیرخوار را تشخیص دهید.
شیرخوار را روی سینک، توالیت یا صندلی کوچک مخصوص قرار دهید، در حالی که والدین صدای آب روان را ایجاد می‌کنند.

* در آمریکای شمالی کمتر استفاده می‌شود
† برای اطلاعات بیشتر، به کادر ۲ مراجعه کنید.

که آموزش پس از ۲۴ ماهگی آغاز شد. هر چند که شروع زودتر آموزش فشرده توالیت منجر به تکمیل سریع‌تر آن می‌شود ولی زمان کلی آموزش افزایش می‌یابد. آموزش فشرده یعنی اینکه والدین از کودک بخواهند که بیش از سه بار در روز از توالیت استفاده کند. هر چند که آموزش زودتر با نگر داشتن مدفوع، بی‌اختیاری ادراری و سایر مشکلات یادگیری توالیت کردن همراه نیست، آموزش فشرده قبل از ۲۷ ماهگی فواید کمی دارد. تعمیم‌پذیری این مطالعه محدود است زیرا این مطالعات یک جمعیت سفیدپوست، طبقه متوسط رو به بالا را در حومه شهر در بر می‌گیرد.

روش‌های آموزش

چندین روش برای کودکانی که از نظر تکاملی طبیعی هستند و برای اولین بار آموزش داده می‌شوند، وجود دارد (کادر ۱). رویکردهای

کردند. درآمد خانواده به‌طورمستقل با زمان شروع آموزش توالیت مرتبط بود. خانواده‌های با درآمد سالیانه بیش از ۵۰,۰۰۰ دلار، ۲۴ ماهگی را صحیح می‌دانستند، در حالی که خانواده‌های با درآمد کمتر فکر می‌کردند ۱۸ ماهگی سن مناسب است.

حرکت به سمت آموزش توالیت دیرتر در ایالات متحده چندین علت احتمالی دارد. راحت بودن پوشک‌های یک‌بار مصرف و شورت‌های تمرینی ممکن است باعث شود که برخی از والدین آموزش توالیت را به تاخیر بیندازند. برخی دیگر ممکن است کودکان را زودتر آموزش دهند تا در هزینه‌ها صرفه‌جویی کرده و از گزینه‌های مراقبت روزانه استفاده کنند. اثرات آموزش دیرتر شامل استرس خانواده، اثرات محیطی پوشک‌های غیرقابل جذب زیست محیطی و افزایش خطر اسهال عفونی و هپاتیت A ناشی از تعویض بیشتر پوشک‌ها در مهدکودک‌ها است.

مشاوره و ارزیابی

مشاوره در مورد آموزش توالیت از اغلب پزشکان درخواست می‌شود، به‌خصوص وقتی که مشکل پیش بیاید. مشاوره پیشگیرانه در مورد آموزش توالیت به درک خانواده و سوءتفاهمات پرداخته و به والدین کمک می‌کند تا توقعات قابل قبولی داشته باشند. به‌طور ایده‌آل والدین در ویزیت ۱۸ یا ۲۴ ماهگی یک کودک سالم مورد مشاوره قرار می‌گیرند. نقش پزشکان در آموزش توالیت چندجانبه است. اجزای مهم عبارت‌اند از: رفت و آمدهای خانواده، ارزیابی راحتی کودک، ارزیابی آموزش حمایت و تعیین اهداف کوتاه مدت و درازمدت.

از آنجا که هر کودک و هر خانواده منحصر به فرد هستند، سن ایده‌آل برای آموزش توالیت متفاوت است. والدین باید قضاوت کنند که چه موقع کودک آنها آماده است. وجود مهارت‌های مختلف آمادگی، موفقیت آموزش را به همراه دارد. اولین مهارتی که کسب می‌شود، نگه داشتن حرکات روده‌ای در طول شب است که در حدود ۲۲ ماهگی در دخترها و ۲۵ ماهگی در پسرها اتفاق می‌افتد. توانایی بالا کشیدن لباس زیر یا شورت‌های تمرین توالیت آخرین مهارت کسب شده است که حدود ۲۹/۵ ماهگی در دخترها و ۳۳/۵ ماهگی در پسرها روی می‌دهد. در دخترها اکثر مهارت‌ها زودتر از پسرها پیدا می‌شوند. معمولاً کودکان تا بعد از ۲۴ ماهگی در تمام مهارت‌های لازم تبحر پیدا نمی‌کنند هر چند که برخی در حدود ۱۲ ماهگی تبحر پیدا می‌کنند. با در نظر گرفتن محدوده زمانی برای کسب مهارت‌ها، ممکن است والدین به سختی قضاوت کنند که کی کودک برای آموزش توالیت آماده است. کودکانی که والدین‌شان زمان آمادگی را زودتر تخمین بزنند ممکن است با آموزش طولانی‌تر یا مشکلات توالیت کردن مواجه شوند.

اینکه آیا سن شروع آموزش، مدت آموزش را تحت تاثیر قرار می‌دهد یا نه کمتر شناخته شده است. در یک مطالعه شروع قبل از ۲۴ ماهگی منجر به تکمیل آموزش در ۶۸٪ نوپایان قبل از ۳۶ ماهگی شد، در مقایسه با ۵۴٪ در گروهی

کادر ۲. مقایسه روش‌های کودک محور برازلتون و آموزش توالیت آرزین و فوکس

روش کودک محور برازلتون

تجهیزات

صندلی لگن‌دار
میان وعده‌ها یا غذای مورد علاقه (اختیاری)

روش

زمانی که نقاط عطف خاص فیزیکی و فیزیولوژیک ایجاد شده، آموزش را شروع کنید (معمولاً حول و حوش ۱۸ ماهگی، صندلی لگن‌دار به کودک معرفی کرده و به کودک بیاموزید که آن را با توالیت مرتبط کند)

از کودک بخواهید که با تمام لباس‌هایش روی صندلی لگن‌دار بنشیند، کودک وقتی والدین از توالیت استفاده می‌کنند کنار آنها بنشیند، صندلی لگن‌دار را در هر اتاقی یا خارج از آن استفاده کنید تا به نشستن، روی آن عادت کند، به کودک اجازه دهید در هر زمانی که خواست صندلی را ترک کند در زمان نشستن کودک روی صندلی‌ها یا او صحبت کنید یا قصه بخوانید.

پس از ۲-۱ هفته که لباس پوشیده می‌نشیند، پوشک را درآورده و کودک را روی صندلی لگن‌دار نشانید، در این زمان برای نشستن کودک روی صندلی لگن‌دار اصرار نکنید.

اگر کودک در پوشک خود مدفوع کرد، کودک و پوشک کثیف هر دو را روی صندلی لگن‌دار قرار دهید و پوشک را به داخل صندلی خالی کنید، توضیح دهید که اینجا محلی است که مدفوع خالی می‌شود.

وقتی کودک متوجه شد، او را چندین بار در طی روز روی صندلی قرار دهید.

وقتی که کودک بیشتر کنترل پیدا کرد، پوشک را برای فواصل کوتاه درآورید، صندلی لگن‌دار را در نزدیکی کودک قرار دهید و استفاده مستقل از آن را تشویق کنید، در صورت نیاز با ملایمت یادآوری کنید.

پس از اینکه در این مراحل مهارت کسب شده، از شورت‌های تمرینی استفاده کنید، به کودک بیاموزید که چگونه آن را به سمت بالا کشیده و خارج کند.

روش آرزین و فوکس

تجهیزات

محل آموزش با حداقل تداخل و مزاحمت
میان وعده یا نوشیدنی‌های مورد علاقه کودک
صندلی لگن‌دار با سطل قابل تعویض / قابل دور انداختن
عروسکی که شورتش را خیس کند

شورت‌های تمرینی

تی‌شرت‌های کوتاه

لیست شخصیت‌های واقعی یا خیالی که کودک به آنها علاقه دارد

روش

یک تقویت مثبت فوری فراهم کنید و به طور مثال، غذا، نوشیدنی‌ها، بغل کردن، اسباب بازی‌های کوچک برای:

سوال کردن دوباره آن، نزدیک شدن یا نشستن روی صندلی لگن‌دار
دستکاری کردن شورت‌ها

ادراک یا مدفوع کردن در صندلی لگن‌دار
امتناع یا سایر اعمال عدم همکاری را تقویت مثبت نکنید
به کودک بگویید یک فرد حقیقی یا خیالی «خوشحال است که تو داری یاد می‌گیری که شورت خودت را خشک نگه داری»

در موارد خیس کردن موارد زیر را انجام دهید:

تقویت را قطع کنید

توبیخ شفاهی

کودک پوشک خیس را خودش تعویض کند

۱۰ بار «جلسات تمرین مثبت» را انجام دهید

نشان دادن مراحل صحیح توالیت کردن با استفاده از عروسک:

وقتی عروسک خیس شد، کودک مخزن صندلی لگن‌دار را به توالیت خالی کرده، سیفون را کشیده، مخزن را سر جایش گذاشته و دست‌هایش را بشوید.

به کودک بیاموزید تا خیس و خشک را از هم افتراق دهد، شورت را هر ۵-۳ دقیقه کنترل کرده و به شورت خشک جایزه بدهید.

مباحث کافی به کودک بدهید تا باعث شود کودک تمایل قوی و مکرر برای ادرار کردن داشته باشد.

کودک را تشویق کنید تا به سمت صندلی لگن‌دار برود، شورتش را پایین بکشد، برای چند دقیقه بنشیند و سپس بلند شده و شورت را بالا بکشد، اگر کودک در صندلی لگن‌دار ادرار یا مدفوع کرد، با تحسین یا غذای مورد علاقه به او جایزه دهید.

پس از نشستن نتیجه‌بخش، کودک باید مخزن صندلی را خالی کرده و سر جایش بگذارد.

کنترل شورت را هر ۵ دقیقه انجام داده و به کودک کمک کنید.

با نشستن کودک روی صندلی لگن‌دار به مدت ۱۵ دقیقه شروع کنید، پس از چند جلسه نتیجه‌بخش، مدت را کم کنید.

در جهت اینکه کودک تقاضای صندلی لگن‌دار کند حرکت کنید.

به محض اینکه کودک در این کار تبحر پیدا کرد، فقط برای نشستن‌هایی که با موفقیت به پایان برسد تشویق کنید.

برای مدت سه روز متوالی، قبل از چرت زدن و وعده‌های غذایی شورت را کنترل کرده، برای شورت خشک کودک را تحسین کنید، برای شورت خیس کودک باید خودش، خودش را تعویض کند و جلسات تمرین مثبت اضافی انجام دهد.

مقدور نبود. هیچ کارآزمایی به‌طور مستقیم با روش کودک محور آرزین و فوکس مقایسه نشد ولی در هر حال یک مطالعه نشان داد که روش آرزین و فوکس از روش دکتر اسپوک کارآمدتر است. این گزارش نتیجه گرفت که روش کودک محور آرزین و فوکس در دستیابی به آموزش توالیت در کودکان سالم موفق‌تر به نظر می‌رسد. برخی شواهد معتقدند که نوپایانی که از روش اخیر استفاده می‌کنند، یعنی روش فشرده‌تر، زودتر کنترل پیدا می‌کنند اما اینکه چه مدت این نتایج باقی می‌ماند، معلوم نیست.

روش کودک محور

رویکرد کودک محور برازلتون قویا در مقالات کودکان مورد حمایت قرار گرفته است. این روش که در سال ۱۹۶۲ معرفی شد، بر آغاز تدریجی آموزش توالیت، فقط بعد از پیدایش نقاط عطف خاص زمانی و فیزیولوژیک تاکید دارد. این روش مستلزم

معمول در ایالت متحده عبارت‌اند از: رویکرد کودک محور برازلتون، راهکارهای آکادمی اطفال آمریکا^(۱) (AAP)، روش آموزش دکتر اسپوک (Dr. Spock) و روش فشرده «آموزش توالیت در یک روز» آرزین و فوکس. اکثر صاحب‌نظران توصیه می‌کنند که آموزش بعد از ۱۸ ماهگی آغاز و در ۲۴-۳۶ ماهگی تمام شود. روش‌ها در تکنیک و نقاط پایانی با هم تفاوت دارند. استفاده از آموزش توالیت کمکی شیرخوار با شرطی شدن عامل و ارتباط برقرار کردن برای دفع در کشورهای در حال توسعه رایج‌تر است.

اطلاعات تجربی در مورد مقایسه روش‌های مختلف آموزش توالیت محدود هستند. در سال ۲۰۰۶، آژانس تحقیقات و کیفیت خدمات سلامت^(۲) (AHRQ) یک گزارش مبتنی بر شواهد را در مورد آموزش توالیت تهیه کرد تا کارآیی روش‌های مختلف آموزش توالیت و عوامل موثر بر کارآیی آنها را ارزیابی کند. از ۷۷۲ مقاله مرتبط، فقط ۲۶ مطالعه مشاهده‌ای و ۸ کارآزمایی تصادفی شده شاهددار (RCTs) وارد بررسی شدند. به دلیل ناهمگونی بیش از حد و کیفیت ضعیف متدولوژی این مطالعات، فرابرسی (مت‌آنالیز)

1. American Academy of Pediatrics
2. Agency of Healthcare Research and Quality

جدول ۱. نشانه‌های آمادگی برای آموزش توالیت در نوپایانی که از نظر تکاملی طبیعی هستند

در مورد استفاده از صندلی لگن‌دار یا پوشیدن لباس زیر «کودک بزرگ» سوال می‌کنند. می‌توانند لباس‌ها را بپوشند و درآورند. استقلال خود را بروز می‌دهد و از کلمه «نه» استفاده می‌کنند. والدین را تا داخل دستشویی دنبال کرده و علاقه‌شان را به توالیت بروز می‌دهند. حرکات روده‌ای منظم و قابل پیش‌بینی دارند. رفتار والدین را تقلید می‌کنند. قادر به پیروی از دستورات ساده، نشستن و راه رفتن هستند. پوشک‌های کثیف شده را خبر می‌دهند و یک پوشک تمیز می‌خواهند. برای مدت ۲ ساعت در یک زمان یا به دنبال خواب، خشک می‌مانند. از کلمات، حرکات چهره، یا حرکاتی استفاده می‌کنند که نشان دهنده نیاز به دفع ادرار یا مدفوع است.

استفاده از به کارگیری عقوبت به دنبال خیس کردن یا تکنیک‌های overcorrection نبودند. سه کارآزمایی بالینی تصادفی شده از روش آزرین و فوکس، آموزش سریع‌تر و حداقل عود را طی ۱۰ هفته نشان داد. چندین مطالعه همگروهی میزان موفقیت را از ۷۴٪-۱۰۰٪ در نوپایان زیر ۲۵ ماه و ۹۳٪-۱۰۰٪ در نوپایان بزرگتر تخمین می‌زنند، موفقیت در پیگیری ۹۷٪-۹۶٪ بود. به نظر می‌رسد تمام روش‌ها به یک اندازه قادر به آموزش توالیت موفق در کودکان سالم هستند. والدینی که نتایج سریع می‌خواهند ممکن است با روش فشرده موفقیت بیشتری داشته باشند هر چند راحت بودن با این رژیم و تاکید داشتن بر تقویت مثبت، میزان موفقیت را افزایش می‌دهد. والدینی که وقت کمتری دارند یا منابع کمتری در اختیار دارند ممکن است روش کودک‌محور را ترجیح دهند، هرچند احتمال دارد مدت آموزش طولانی‌تر شود. پیدا کردن روش مناسب برای موقعیت هر خانواده ضروری است.

مشکلات آموزش توالیت

تقریباً در ۳٪-۲٪ درصد کودکان مشکلات طی آموزش توالیت بروز می‌کند. در مرور AHRQ فقط ۴ مطالعه به طور خاص مشکلات مربوط به آموزش توالیت را مطرح کردند. کودکان سخت‌آموز، قدرت سازگاری کمتر و خلق منفی بیشتری دارند و پایداری کمتری نسبت به کودکان راحت‌آموز دارند. هیچ تفاوتی در روش‌های نگهداری از کودک بین کودکان سخت‌آموز و کودکان راحت‌آموز توصیف نشده است. در این کودکان میزان امتناع از آموزش مدفوع کردن، نگه داشتن مدفوع یا مخفی شدن در زمان دفع مدفوع بیشتر است.

امتناع از مدفوع کردن

امتناع از مدفوع کردن زمانی تشخیص داده می‌شود که کودکی که ادرار کردن در توالیت را یاد گرفته است، برای حداقل یک ماه از مدفوع کردن در توالیت امتناع کند. پژوهشگران یک کارآزمایی تصادفی شده شاهددار روی بچه‌های حومه شهر دریافتند که در ۲۲٪ آنهایی که مورد مطالعه قرار گرفتند، امتناع از دفع مدفوع وجود دارد. وجود خواهر و برادر کوچک‌تر، مشکلات والدین همراه با ایجاد

مشارکت کودک و والدین، هر دو می‌باشد. پس از مرور گذشته‌نگر جداول بیماران کلینیک برازلتون از سال ۱۹۵۰، شواهد حمایت‌کننده به وجود آمدند. اینکه آیا والدین آنها واقعا از این رویکرد استفاده کردند یا نه نامعلوم است زیرا والدین تشویق شدند که روشی پیدا کنند که بهترین کارکرد را برای خانواده‌شان داشته باشد. در طی ۴۰ سال گذشته تعداد مطالعات منتشر شده بررسی‌کننده پیامدها درباره رویکرد کودک‌محور اندک بوده است. یک مطالعه همگروهی آینده‌نگر بزرگ (تعداد = ۴۸۲) نشان داد که ۶۱٪ کودکان آموزش یافته با رویکرد برازلتون تا ۳۶ ماهگی و ۹۸٪ تا ۴۸ ماهگی کنترل پیدا کردند. مدت آموزش گفته نشده بود. خصوصیات رویکرد برازلتون در کادر ۲ آمده است.

راهکارهای AAP

راهکارهای AAP بسیاری از اجزای رویکرد کودک‌محور را شامل شده است. AAP قویا توصیه می‌کند که کودکان نباید برای شروع آموزش توالیت تحت فشار قرار بگیرند تا زمانی که از نظر رفتاری، احساسی و تکاملی آماده باشند. این راهکار توصیه می‌کند که آموزش پس از ۱۸ ماهگی و با استفاده از صندلی لگن‌دار شروع شده و والدین با جستجوی علایمی که علاقه کودک را به آموزش توالیت نشان دهد، راحتی او را ارزیابی کنند (جدول ۱). مراحل آموزش AAP مشابه رویکرد برازلتون است هر چند که AAP به جای دادن جایزه معتقد به استفاده از تشویق برای تقویت است.

روش آزرین و فوکس

رویکرد جایگزینی «آموزش توالیت در یک روز» یک روش فشرده، والدین‌محور توسط آزرین و فوکس می‌باشد. این روش از یک مطالعه آموزش توالیت روی افرادی که در آسایشگاه نگهداری می‌شدند و از نظر عقلی ناتوان بودند به دست آمد. در مطالعه بعدی روی ۳۴ کودک سالم از نظر تکاملی (۲۰-۳۶ ماهه) که آموزش آنها دشوار در نظر گرفته شده بود، آموزش توالیت با استفاده از این روش فشرده به طور میانگین در ۳/۹ ساعت تکمیل شد؛ در پیگیری ۴ ماهه خیس کردن نادر بوده و یافته‌های مشابه وجود داشت. این روش که اساسا برای کنترل مثانه طراحی شده بود با موفقیت برای کنترل روده نیز به کار گرفته شده است. بسیاری از والدین با این رویکرد از طریق کتاب «آموزش توالیت در کمتر از یک روز» آشنا هستند. آزرین و فوکس شرطی شدن عامل و استفاده از اجزایی از آموزش را توصیه می‌کنند که یادگیری را تسهیل می‌نماید. روش آنها اولین روشی بود که معیارهای عینی برای تعیین آمادگی آموزش را تعریف کرد. خصوصیات این روش در کادر ۲ شرح داده شده است.

هرچند که روش آزرین و فوکس مورد تحقیقات بیشتری قرار گرفته است ولی مقبولیت کمتری نسبت به روش‌های دیگر دارد. طبق یک تحقیق از ۱۰۳ متخصص کودکان، روش فشرده آموزش توالیت کمتر احتمال دارد که به بیماران توصیه شود. ۲۹٪ از پزشکانی که روش فشرده آموزش را توصیه کردند، اکثرا معتقد به

اسفنکترها در طی انقباض مثانه یا رکتوم می‌تواند منجر به یبوست شود. شایع‌ترین مداخله برای نگه داشتن مدفوع عبارت است از درمان دقیق یبوست و استفاده مجدد از پوشک. رژیم غذایی پر فیبر در کاهش یبوست می‌تواند کمک کننده باشد.

مخفی شدن

برخی از کودکانی که توالیت کردن را یاد گرفته‌اند، به جای استفاده از توالیت، شورت‌های تمرینی توالیت کردن را می‌خواهند یا در زمان دفع مدفوع مخفی می‌شوند. شروع این رفتار بیشتر در حول و حوش ۲۲ ماهگی است. کودکانی که مخفی می‌شوند بیشتر احتمال دارد که امتناع از مدفوع کردن، یبوست، نگه داشتن مدفوع و مشکلات بعدی آموزش را داشته باشند. هر چند که این رفتار به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است، کودکان ممکن است به دلیل خجالت یا ترس مخفی شوند یا به دلیل اینکه آنها فکر می‌کنند که دفع مدفوع یک رفتار خصوصی است. ■

منبع:

Choby BA, George S. **Toilet Training.** *American Family Physician* November 1, 2008; 78: 1059-64.

محدودیت و تکمیل آموزش پس از ۴۲ ماهگی با امتناع از مدفوع کردن مرتبط هستند. کودکانی که امتناع از مدفوع کردن دارند، بیشتر احتمال دارد که دچار یبوست شوند و اجابت مزاج دردناک داشته باشند. تغییرات غذایی، شامل افزودن فیبرهای غذایی و مصرف نرم‌کننده‌های مدفوع، روش‌های کاهش یبوست هستند.

یک کارآزمایی تصادفی شده شاهددار مداخله برای درمان امتناع از مدفوع کردن را در کودکان ۱۹-۱۷ ماهه بررسی کرد. والدین کودکان در گروه درمانی در هنگام اشاره به مدفوع فقط از الفاظ مثبت استفاده می‌کردند و کودک را برای دفع مدفوع در پوشک تشویق می‌کردند. مدت امتناع از دفع مدفوع و زمان تکمیل آموزش به طور قابل توجهی در گروه درمانی کوتاه‌تر بود. به هر حال، ممکن است والدین، امتناع از مدفوع کردن را به عنوان مشکل در نظر نگیرند زیرا معمولاً بدون مداخله حل می‌شود و با مسایل رفتاری همراهی ندارد.

نگه داشتن مدفوع

نگه داشتن مدفوع به این معنی است که کودک یکسری مانورهای جسمانی در تلاش برای جلوگیری از دفع مدفوع انجام می‌دهد (مثلاً «حرکت روی لگن»، متقاطع کردن پاها). انقباض ارادی

پروپتوز دو طرفه در لنفوم اربیت



از نوع لنفوم سلول منتل (mantel) است. نمونه‌برداری مغز استخوان نیز درگیری مغز استخوان توسط لنفوم را نشان داد. درمان بیمار شامل شیمی‌درمانی ترکیبی آغاز شد و یک ماه بعد، هم پروپتوز و هم لنفادنوپاتی بیمار از بین رفتند. ۵ ماه پس از درمان، هیچ نشانه قابل لمس یا مشاهده‌ای از بیماری دیده نمی‌شد.

New England Journal of Medicine November 6, 2008; 359: e23.

مترجم: دکتر نادیا فغانی جدیدی

مرد ۸۱ ساله ای طی ۷ ماه به تدریج دچار تورم بدون درد و همراه با قرمزی هر دو چشم شد. وی اظهار داشت که دچار تاری دید شده است و کاهش وزنی به میزان ۱۰ کیلوگرم نیز داشته است. آنچه در معاینات بالینی دیده شد عبارت بود از: پروپتوز دوطرفه به همراه پرخونی ملتحمه، کموزیس، نشانه‌هایی از کوزونکتیویت ناشی از خوب بسته نشدن پلک‌ها (تصویر A) و بزرگ‌شدگی‌های متعدد در گره‌های لنفاوی گردنی و اینگوینال.

در سی‌تی‌اسکن سر، توده‌هایی در داخل فضای اربیت مشاهده شدند که شکلشان از محدوده اربیت پیروی می‌کرد و موجب خوردگی استخوان نشده بودند (تصویر B). با بررسی آسیب‌شناسی یکی از گره‌های لنفاوی اینگوینال مشخص شد که ضایعه