بی اختیاری ادرار و عوامل موثر بر آن در زنان سنین باروری

ناهید جوادی فر[۱]، رقیه کمیلی فر*[۲]، پوراندخت افشاری[۱]، محمدحسین حقیقی زاده[۳]

۱) مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

۲) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

۳) گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۹٤/۱۱/۲٤ **تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱۳**

چکیده

مقدمه: بی اختیاری ادراری یک مشکل جهانی است که اثرات متعدد جسمی، روحی و اجتماعی بر زندگی زنان دارد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع بی اختیاری ادرار و عوامل فردی و مامایی مستعدکننده آن است.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۲۰۰۰ زن در سنین باروری(۴۹-۱۵ سال) که به صورت تصادفی از میان زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر دزفول انتخاب شده بودند، انجام شد. جهت اجرای این پژوهش از نسخه فارسی پرسش نامه استاندارد ICIQ-SF و هم چنین پرسش نامه های اطلاعات فردی و مامایی استفاده شد.

یافته های پژوهش: از مجموع شرکت کنندگان ۵۷/۷ درصد از افراد دچار بی اختیاری ادرار بودند. بی اختیاری ادراری با سن، BMI، سطح تحصیلات، تعداد بارداری، تعداد زایمان و نوع آن، وزن نوزاد بالای ۴ کیلوگرم، سابقه سقط ارتباط معنی داری داشت($P<0.05$). نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که سن و نوع زایمان از عوامل تاثیرگذار بر بی اختیاری ادرار بودند($P<0.05$).

بحث و نتیجه گیری: بی اختیاری ادراری در زنان سنین باروری از شیوع بالایی برخوردار است و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باید توجه بیشتری به آموزش زنان در پیشگیری از آن داشته باشند.

واژه های کلیدی: بی اختیاری ادرار، سنین باروری، عوامل موثر

* نویسنده مسئول: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

Email: Alikomeilifar@yahoo.com

Copyright © 2017 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

مقدمه

مشکلات دستگاه ادراری جنبه ای از طیف وسیع اختلالات کف لگن می باشد که زنان را گرفتار ساخته و از نشانه های شایع آن، بی اختیاری ادراری است. بی اختیاری ادرار، شکایت داشتن از هرگونه نشت غیر ارادی ادرار می باشد که انواع آن شامل: بی اختیاری استرسی که شکایت از نشت غیر ارادی با هر تقلا یا زور زدن یا با سرفه کردن و نوع فوریتی، دفع غیر ارادی ادرار همراه با یا بلافاصله بعد از احساس نیاز به دفع ادرار است و نوع مختلط، وجود انواع استرسی و فوریتی در یک بیمار می باشد(۱). این شکایت یکی از شایع ترین مشکلات زنان است که بر روند زندگی آن ها تاثیر ناخوشایندی داشته و تمامی فعالیت های فردی و اجتماعی را متاثر می نماید(۳،۲)؛ و خصوصاً برای زنان مسلمان که معتقد به طهارت می باشند از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این عارضه از نظر سلامت نیز مسئله مهمی بوده و علاوه بر عوارض جسمی، در صورت ادامه دوره بیماری و عدم معالجه می تواند باعث مشکلات روانی گردد(۴). میلیون ها نفر در سراسر جهان از این مشکل رنج می برند و در زنان شایع تر از مردان است(۵)؛ و نیز از بیماری های شایع زنان در سنین باروری می باشد که با افزایش سن، شیوع آن نیز بیشتر می شود(۶). بررسی شیوع واقعی بی اختیاری ادراری به دلایل فرهنگی و اجتماعی مشکل است. تخمین زده می شود که ۱۳ میلیون آمریکایی دچار UI باشند و شیوع آن در بین زنان ۵۹-۳۰ ساله، ۲۵ درصد گزارش شده است و سالانه بیش از ۲۰-۱۵ میلیارد دلار، برای این مشکل هزینه می شود(۷). از طرف دیگر این بیماری به عنوان یک مشکل اقتصادی، اجتماعی و پزشکی در حال رشد مطرح شده است، به طوری که در سال های اخیر بار اقتصادی ۱۱/۲ میلیارد دلار در آمریکا را به خود اختصاص داده است(۹،۸). هم چنین برآورد شده است که این عارضه باعث صرف بیلیون ها دلار در سال می شود که برای پوشک بزرگسالان، درمان های دارویی و جراحی جهت پیشگیری از نشت ادرار انجام می شود(۱۰). شیوع بی اختیاری از ۱۷ تا ۴۵ درصد متغیر است و در مطالعات مختلف دامنه وسیعی از شیوع این بیماری گزارش شده است(۵۳-۴/۵ درصد)(۱۱) و این اختلاف در نتایج می تواند ناشی از روش بررسی علایم، نوع پرسش نامه و بررسی انجام شده در دوره های مختلف زندگی می باشد(۱۲). بی اختیاری اثرات متعدد جسمی-روحی و اجتماعی بر زندگی زنان دارد، به طوری که ۴۰ درصد از آن ها، این مشکل را به عنوان یک مشکل عمده در زندگی روزمره خود محسوب می نمایند. عوامل متعددی در بروز یا تشدید آن شناسایی شده اند که از آن جمله می توان سن، تعداد زایمان، چاقی، زایمان واژینال، دیابت، سرفه مزمن، زایمان نوزاد با وزن بالای ۴۰۰۰ گرم، یبوست، یائسگی، فشارخون بالا، سابقه خانوادگی، سابقه جراحی ژنیکولوژی واژینال را بیان کرد(۱۴-۱۲). با توجه به اثرات بهداشتی، روانی و اجتماعی این عارضه و اختلاف در گزارش شیوع انواع آن و هم چنین اهمیت موضوع و لزوم داشتن اطلاعات اپیدمیولوژیک صحیح جهت برنامه ریزی و ارتقاء سلامت زنان، هدف از مطالعه حاضر بررسی شیوع بی اختیاری ادرار و عوامل موثر بر آن در زنان سنین باروری شهر دزفول بوده است.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۴ جهت بررسی شیوع بی اختیاری ادرار و عوامل موثر بر آن در زنان سنین باروری صورت گرفت که بی اختیاری ادرار، شکایت داشتن از هرگونه نشت غیر ارادی ادرار می باشد. پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی اهواز و دریافت رضایت از افراد جهت شرکت در پژوهش نمونه گیری صورت گرفت. نمونه این پژوهش شامل ۲۰۰۰ زن ۴۹-۱۵ ساله بود که از کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر دزفول(۷ مرکز) بسته به جمعیت تحت پوشش هر مرکز به صورت تصادفی از بین پرونده های خانواری که پرونده آنان عدد زوج داشت انتخاب شدند. فاکتور ورود به مطالعه سن ۴۹-۱۵ سال و فاکتورهای خروج از مطالعه: بیماری مبتلا به عفونت ادراری و کلیوی در ۴ هفته گذشته(بر اساس گفته افراد)، بیماری های عصبی و یا اختلالات شناختی، بارداری، مصرف داروی دیورتیک، سنگ کلیه، بیماری های قلبی-ریوی، آرام بخش ها، یائسگی بودند. سپس پرسش نامه های دموگرافیک(شامل اطلاعات

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

فردی- اجتماعی و سابقه مامایی) و هم چنین پرسش نامه استاندارد ICIQ-SF جهت تعیین وجود بی اختیاری، شدت و انواع آن و هم چنین عوامل موثر بر آن جهت تکمیل در اختیار آن ها قرار داده شد. پرسش نامه ICIQ-SF (روایی و پایایی پرسش نامه استاندارد بی اختیاری ادرار در سال ۲۰۱۲ توسط حاج ابراهیمی و همکاران در ایران انجام شده است) حاوی شش سوال است که وضعیت فرد را در چهار هفته گذشته بررسی می کند. سوال ۱ و ۲ دموگرافیک می باشد و سوال ۳ شامل فراوانی بی اختیاری ادرار، سوال ۴ میزان نشت و سوال ۵ تاثیر آن بر کیفیت زندگی را می سنجد. نمرات حاصل از سوالات ۵، ۴، ۳ بیانگر نمره واقعی است. سوال ۶ مربوط به زمان و نوع وقوع نشت ادرار می باشد که محسوب نمی شود. نمره کلی پرسش نامه از ۰ تا ۲۱(خفیف ۵-۱، متوسط ۱۲-۶، شدید ۱۸-۱۳ و بسیار شدید ۲۱-۱۹) می باشد و امتیاز بالاتر بیانگر افزایش شدت بی اختیاری است. پرکردن پرسش نامه ها به صورت خود ایفا بود و در صورت نداشتن سواد به کمک محقق پر شد. قبل از تکمیل پرسش نامه ها BMI نمونه ها محاسبه گردید. پس از تکمیل پرسش نامه ها، اطلاعات به دست آمده وارد نرم افزار SPSS vol.22 شد و داده ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته های پژوهش

در این مطالعه از ۲۰۰۰ زن سنین باروری، ۱۱۵۴ نفر(۵۷/۷ درصد) دارای بی اختیاری ادرار و ۸۴۶ نفر(۴۲/۳ درصد) بی اختیاری ادرار نداشتند. شیوع کلی بی اختیاری ادرار ۵۷/۷ درصد بود. شدت بی اختیاری از نوع خفیف(۸۲/۰ درصد)، نوع متوسط(۱۵/۹ درصد) و نوع شدید(۲/۱ درصد) بود. بیشترین فراوانی مربوط به نوع خفیف و کمترین فراوانی مربوط به نوع شدید بود. میانگین سنی شرکت کنندگان ۸/۷۵±۳۳/۶ و میانگین شاخص توده بدنی ایشان ۴/۲۴±۲۶/۴۵ بود. میانگین سنی در زنانی که بی اختیاری ادراری نداشتند ۸/۲۰±۳۲/۲۰ سال و در زنان دارای بی اختیاری ادراری ۸/۹۸±۳۴/۵۶ سال بود. در زنان دارای بی اختیاری، شیوع بی اختیاری در شاخص توده بدنی <۳۰ افزایش ولی در شاخص توده بدنی > ۳۰ کاهش یافته بود. از نظر شغل، افراد مورد پژوهش در گروه بدون بی اختیاری ۲۲۵ نفر(۲۶ درصد) شاغل و ۶۲۱ نفر(۷۳/۴ درصد) خانه دار بودند. در گروه دارای بی اختیاری، ۲۸۹ نفر(۲۵ درصد) شاغل و ۸۶۵ نفر(۷۵ درصد) خانه دار بودند. در این مطالعه، ۹۸ درصد از زنان ازدواج کرده بودند و بسیاری از آن ها خانه دار و دارای تحصیلات عالی بودند(جدول شماره ۱). میانگین تعداد حاملگی و زایمان به ترتیب ۱/۳۵±۱/۶۷ و ۱/۲۴±۱/۵۲ بود. فراوانی سقط در گروه بدون بی اختیاری ۱۵ درصد و در گروه دارای بی اختیاری ۱۹/۸ درصد می باشد. بیشترین فراوانی بی اختیاری ادرار در نوع زایمان طبیعی بود. فراوانی سابقه زایمان نوزاد با وزن بالای ۴ کیلوگرم در گروه بدون بی اختیاری ۹/۳ درصد و در گروه دارای بی اختیاری ۱۲/۲ درصد می باشد. فراوانی سابقه دوقلویی در گروه بدون بی اختیاری ۳/۲ درصد و در گروه دارای بی اختیاری ۴/۴ درصد می باشد(جدول شماره ۲). تحلیل چند متغیره با استفاده از رگرسیون لجستیک نشان داد که سن و نوع زایمان به طور مستقل با افزایش احتمال UI همراه بود(جدول شماره ۳).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک در دو گروه بدون بی اختیاری و دارای بی اختیاری ادرار

متغیر	گروه	بی اختیاری ندارند (۸۴۶ نفر) (۴۲/۳ درصد)		بی اختیاری دارند (۱۱۵۴ نفر) (۵۷/۷ درصد)		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۱۵-۲۵	۲۰۶	۲۴/۳	۲۱۴	۱۸/۵	۰/۰۰۰
	۲۶-۳۷	۴۱۷	۴۹/۳	۴۸۹	۴۲/۴	
	۳۸-۴۹	۲۲۳	۲۶/۴	۴۵۱	۳۹/۱	
شاخص توده بدنی	۱۶-۱۸/۴۹	۱۱	۱/۳	۱۸	۱/۶	۰/۰۰۵
	۱۸/۵-۲۴/۹۹	۳۴۷	۴۱/۰	۴۰۵	۳۵/۱	
	۲۵-۲۹/۹۹	۳۵۱	۴۱/۵	۴۷۷	۴۱/۴	
	>۳۰	۱۳۷	۱۶/۲	۲۵۳	۲۱/۹	
تحصیلات	بی سواد	۱۰	۱/۲	۲۴	۲/۱	۰/۰۶۴
	زیر دیپلم	۱۵۳	۱۸/۱	۲۴۰	۲۰/۸	
	دیپلم	۲۶۲	۳/۰	۳۷۵	۳۲/۵	
	دانشگاهی	۴۲۱	۴۹/۸	۵۱۵	۴۴/۶	
شغل	شاغل	۲۲۵	۲۶/۶	۲۸۹	۲۵/۰	۰/۲۳۲
	خانه دار	۶۲۱	۷۳/۴	۸۶۵	۷۵/۰	

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی اطلاعات مامایی در دو گروه بدون بی اختیاری و دارای بی اختیاری ادرار

متغیر	گروه	بی اختیاری ندارند (۸۴۶ نفر) (۴۲/۳ درصد)		بی اختیاری دارند (۱۱۵۴ نفر) (۵۷/۷ درصد)		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سقط	دارد	۱۲۷	۱۵/۰	۲۲۸	۱۹/۸	۰/۰۰۳
نوع زایمان	نداشته	۱۸۸	۲۲/۲	۲۱۲	۱۸/۴	۰/۰
	طبیعی	۳۰۵	۳۶/۱	۵۴۳	۴۷/۱	
	سزارین	۲۷۷	۳۲/۷	۲۸۵	۲۴/۷	
	طبیعی و سزارین	۷۶	۹/۰	۱۱۴	۹/۹	
سابقه زایمان نوزاد باوزن بالای ۴ کیلوگرم	دارد	۷۹	۹/۳	۱۴۱	۱۲/۲	۰/۰۲۴
سابقه دو قلویی	دارد	۲۷	۳/۲	۵۱	۴/۴	۰/۰۹۹

جدول شماره ۳. عوامل پیش گویی کننده بی اختیاری ادرار در زنان سنین باروری با رگرسیون لجستیک

متغیر	B	OR	فاصله اطمینان		P
			پایین ترین مقدار	بالاترین مقدار	
تعداد حاملگی	۰/۰۳۵	۱/۰۳۶	۰/۷۷۵	۱/۳۸۴	۰/۸۱۲
تعدا زایمان	۰/۰۴۹	۱/۰۵۰	۰/۷۸۳	۱/۴۰۹	۰/۷۴۴
سابقه سقط	۰/۲۰۹	۱/۲۳۳	۰/۸۴۷	۱/۷۹۴	۰/۲۷۴
نوع زایمان (سزارین)	۰/۳۸۱	۱/۴۶۴	۱/۰۴۶	۲/۰۴۹	۰/۰۲۶
سابقه زایمان نوزاد بالای ۴ کیلوگرم	-۰/۰۰۲	۰/۹۹۸	۰/۷۲۸	۱/۳۶۷	۰/۹۸۸
سن(۳۷-۲۶ سال)	-۰/۴۸۲	۰/۶۱۸	۰/۴۴۰	۰/۸۶۸	۰/۰۰۵
شاخص توده بدنی >۳۰	-۰/۲۱۰	۰/۸۱۱	۰/۶۲۷	۱/۰۴۹	۰/۱۱۱

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر، حاکی از آن است که شیوع کلی بی اختیاری ادراری در ۲۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله مورد مطالعه ۵۷/۷ درصد بود. شیوع بی اختیاری از ۱۷ تا ۴۵ درصد متغیر است و در مطالعات مختلف دامنه وسیعی از شیوع این بیماری(۵۳-۴/۵ درصد) گزارش شده است(۱۱) که این اختلاف در نتایج می تواند ناشی از روش بررسی علایم، نوع پرسش نامه و بررسی انجام شده در دوره های مختلف زندگی باشد(۱۲). در مطالعاتی که در مناطق مختلف جهان صورت گرفته این اختلال با فراوانی های مختلف گزارش شده است، به طوری که این مشکل در فرانسه(۲۰۰۹) در سنین بالای ۱۸ سال، ۲۶/۸ درصد(۱۵) و در نروژ(۲۰۱۳) در سنین بالای ۲۰ سال ۱۸/۷ درصد(۱۶) گزارش شده است. در مطالعه ای در چین(۲۰۱۱) که بر روی ۱۲۵۰ زن بین سنین ۱۸ تا ۴۴ سال انجام شده بود، شیوع بی اختیاری ادراری ۲۴ درصد ذکر شده بود(۱۷). مطالعه ای در هند بر روی ۸۰۰ زن بالای ۲۰ سال انجام شده بود که شیوع بی اختیاری ادرار را ۳۴ درصد گزارش کرده بودند(۱۸) و علت این تفاوت در شیوع، می تواند به دلیل نوع پرسش نامه و جامعه پژوهش باشد. در این مقاله از پرسش نامه ICIQ و در هند از SEAPI استفاده شده است. مطالعات محدودی در مورد شیوع بی اختیاری ادراری در ایران انجام گرفته است. مطالعات انجام شده در تهران نیز شیوع بی اختیاری را ۱۷ تا ۵۵ درصد(۱۹،۲۰) و در همدان ۲۲ درصد گزارش نموده اند(۲). در مطالعه حاضر میزان شیوع بی اختیاری تا ۳۷ سال افزایش و پس از آن تا انتهای دوره باروری کاهش نشان داده بود. مطالعه پیرات و همکاران هم تا سن ۴۰ سال افزایش و پس از آن کاهش نشان داده است(۲۱). در مطالعه آلتاویل و همکاران(۲۰۱۲) سن را فاکتور خطر برای بی اختیاری ادراری می دانستند(۱۲). در مطالعه آل بدر و همکاران(۲۰۱۲) نیز سن عامل خطری برای بی اختیاری گزارش شده بود(۱۴). کیفتکی و همکاران(۲۰۱۱) و جوخیو و همکاران(۲۰۱۳) نیز همین گونه گزارش نموده بودند(۱۳،۲۲). افزایش در شیوع بی اختیاری ادراری در زنان مسن می تواند به علت شلی عضلات کف لگن و بافت همبند حمایت کننده از یورترا باشد. در زنان دارای بی اختیاری، شیوع بی اختیاری در شاخص توده بدنی <۳۰ افزایش ولی در شاخص توده بدنی >۳۰ کاهش یافته بود. در مطالعه ابسن(۲۰۱۳) نتایج نشان داده که افزایش نمایه توده بدنی با ۱/۰۳ برابر، با افزایش خطر بی اختیاری ادرار همراه است(۱۶). دیوبیو و همکاران(۲۰۱۴) نیز افزایش شاخص توده بدنی را عاملی برای بی اختیاری ادرار ذکر کرده اند(۲۰). حاج ابراهیمی و همکاران(۲۰۱۰) نیز همین گزارش را داده بودند(۲۳). چاقی، ممکن است بر روی بافت های لگن فشار وارد کند و باعث تضعیف عضلات و اعصاب لگن و در نتیجه باعث بی اختیاری ادرار شود. در مطالعه ما بی اختیاری ادرار در توده بدنی بالای ۳۰، کاهش داشته بود. از آن جا که اکثر مطالعات فوق همه زنان با گروه های سنی مختلف را در بر داشته لذا تفاوت نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات فوق می تواند ناشی از آن باشد که مطالعه حاضر صرفاً بر روی یک گروه سنی خاص بوده است. همواره سطح تحصیلات و سطح سواد افراد به عنوان یکی از مولفه های توسعه و تغییر و تحولات فردی و اجتماعی مورد نظر بوده است. به همین منظور توجه به این عامل، نقش آن در سلامت فردی و اجتماعی و نیز نقش آن در کیفیت زندگی قابل توجه است پژوهش رضایی پور و همکاران در تهران بر روی ۲۶۳ زن بالای ۱۸ سال نشان داد که بین بی اختیاری ادرار و میزان تحصیلات پایین ارتباط معناداری وجود داشت($P<0.006$)(۲۴) که حاکی از اهمیت تحصیلات بالا در ارتقای بهداشت می باشد. بدین معنی که افراد تحصیل کرده از آگاهی بیشتری در مورد عوامل موثر بر بهداشت برخوردارند. ولی در مطالعه حاضر ارتباطی مشاهده نشد که اعتقاد بر این است که صرفاً توجه به میزان تحصیلات نمی تواند نشان دهنده بالا رفتن سطح فرهنگ و عاملی برای رعایت بهداشت تلقی شود. آولانت شغل و استرس را از عوامل استعداد ابتلاء به بی اختیاری ادرار ذکر کرده بود(۲۵). فیتزجرالد و همکاران شیوع بی اختیاری ادرار را در زنان شاغل ۵۷ درصد بیان کرده بودند(۲۶). وضعیت اشتغال از جمله عواملی است که می توان از طریق افزایش سلامت عمومی در زنان تاثیرگذار باشد. ولی نتایج مطالعه حاضر در رابطه با

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

شغل با نتایج مطالعات صورت گرفته هم خوانی ندارد. تفاوت نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات فوق می تواند ناشی از آن باشد که اکثریت آزمودنی های مورد پژوهش خانه دار بودند و با وضعیت خود سازگار شده اند و به علت خانه دار بودن، استرس ناشی از برگشت به سرکار را نداشتند. گوناتان(۲۰۱۲)، حاملگی و تعداد زایمان را قابل توجه ترین عوامل خطر ساز در بی اختیاری معرفی کرده است(۱). آل بدر و همکاران(۱۴) و آلتاویل و همکاران(۱۲) حاملگی و تعداد زایمان را عوامل خطر همراه با بی اختیاری ادراری بیان کرده اند. علتی که می توان برای این ارتباط بیان نمود این است که به دنبال حاملگی و زایمان واژینال کشش و یا پارگی در بافت همبند حامی کف لگن رخ می دهد و آسیب عروقی بافت های کف لگن و یا آسیب مستقیم به مجاری ادراری به دنبال زایمان و کاهش قدرت عضله لواتورآنی و به دنبال آن نزول گردن مثانه و دنرواسیون نسبی عضلات لگن همراه با نوروپاتی پودندال منجر به بی اختیاری ادراری می گردد. اکثر مطالعات صورت گرفته با مطالعه حاضر همسو می باشد و نشان دهنده تاثیر حاملگی و زایمان بیشتر با بی اختیاری ادراری است. بیشترین فراوانی مربوط به سابقه سقط در گروه دارای بی اختیاری ادراری است. در مطالعه حاضر و مطالعه سونگ و همکاران در چین، نتایج این گونه نشان داد که سابقه سقط یکی از عوامل دخیل در بی اختیاری ادراری است(۲۷). هورمون ریلاکسین در سه ماهه اول بارداری و سقط افزایش داشته که با کاهش سفتی کلاژنی، لیگامان های حمایت کننده مفاصل را شل کرده و باعث بی اختیاری ادرار می شود. بیشترین فراوانی بی اختیاری ادرار در نوع زایمان طبیعی بود. مطالعه بصیرت و همکاران که بر روی ۴۵۰ زن زایمان کرده بود(۲۸) و بیگانه و همکاران(۲۹) نشان دادند که جراحی سزارین با وقوع کمتر بی اختیاری همراه است. در مطالعه فریتل و همکاران دیده شده است که روش زایمان با بروز بی اختیاری ادراری ارتباط معنی دار دارد که بر نقش اصلی ترومای زایمانی حین زایمان طبیعی تاکید می کند(۳۰). زایمان واژینال به علت کشش و یا پارگی در بافت همبند و آسیب عروقی بافت های کف لگن و یا آسیب مستقیم به مجاری، منجر به بی اختیاری ادراری می گردد. در نتیجه زنانی که زایمان طبیعی داشته اند بیشتر دچار بی اختیاری ادراری می شوند. این نکته بیانگر این وضعیت است که با سیر زایمان، اختلالات کف لگن حاصل می شود که با سزارین الکتیو می توان جلوی آن را گرفت. نتایج این مطالعه در زمینه نوع زایمان نشان داد که انجام زایمان به طریقه طبیعی با UI در ارتباط است. در مطالعات آلتاویل و همکاران(۱۲)، کیفتکی و همکاران(۱۳) و آل بدر و همکاران(۱۴)، زایمان نوزاد بالای ۴ کیلوگرم از عوامل خطر برای بی اختیاری بود. جنین بزرگ به علت فشار بر ارگان های شکم و لگن و آسیب مستقیم به مجاری ادرار، منجر به بی اختیاری ادراری می گردد. مطالعه حاضر با مطالعات صورت گرفته هم خوانی دارد. در مطالعه حاضر سابقه دو قلویی با بی اختیاری ادرار رابطه معنی داری نداشت. آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که سن و نوع زایمان به طور مستقل با افزایش احتمال UI همراه بود. در مورد نوع زایمان، زایمان طبیعی شانس بی اختیاری ادرار با ۱/۴۶ برابر نسبت به انواع دیگر زایمان افزایش داد(OR=1.46, CI=1.046-2.049, P=0.260) و در خصوص سن با افزایش سن شانس بی اختیاری ادرار با ۰/۶ برابر نسبت به سن کمتر افزایش داد(OR=0.6, CI=0.440-0.868, P=0.005).

یافته ها نشان می دهد که درصد بزرگی از زنان در سنین باروری دچار بی اختیاری ادراری تشخیص داده نشده هستند که نیازمند آموزش و مشاوره توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی آموزش دیده در این زمینه اند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند به خصوص دانشگاه علوم پزشکی اهواز، سپاسگزاری می نماییم(شماره طرح: B-۹۴۰۶. مکان تصویب: دانشگاه علوم پزشکی اهواز ۱۳۹۴)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

References

1.Gonatan B. Novaks Gynecology. 1th ed.Tehran Golban Med Publishing.2012;P.232.

2. Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence comparison with 48-hour pad weighing tests. Neurourol Urod 2000;19:137-45.

3.Willson P, Herbison R, Herbison G. Obsterric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery . Brj obstet Gyunecol 2008; 103:154-61.

4. Rosenzwig BA. stress incontinence in women psychological status before and after treatment. J Pord Med 2008;36:835-8.

5.Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary fecal or dual incontinence in the nurses' health study. Obstet Gynecol 2013;122:539-45.

6.Ragins AI, Shan J, Thom DH, Subak LL, Brown JS, Eeden SKVD. Effects of urinary incontinence comorbidity and race on quality of life outcomes in women. J Urol 2008;159:651-5.

7.Kheiri L, Afshari P, Goharpey SH, Mousapour A.[Effect of kegel exercise and interfrential current in treatment women with stress urinary incontinence.] J Med2011;10:23-7. (Persian)

8. Kennethji R, Brvkvvtyzras S, Robert L B. Kistnrs gynecology and womens Health. 2th ed.Saunders Publishing.2008; P.679-90.

9.Prabhu SA, Shanbhag SS. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in women residing in a tribal area in 14 aharashtra India. J Res Health Sci 2013;13:125-30.

10.Dumolin C, Haysmit J. Pelvic floor muscle training versus no treatment or inactive control treatment for urinary incontinence in women.Cochrane Database Syst Rev2010;20:41-6.

11. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinaryincontinence commonproblem among womenover45. Can Fam Phys2005;51:84-5.

12. Altaweel W, Alharbi M. Urinary incontinence prevalence risk factors and impact on health related quality of life in saudi women. Neurourol Urodyn2012;31:642-5.

13. Ciftci O, Gunay O. Prevalence of urinary incontinence and affecting factors among the women attending gynaecology clinics of Kayseri education and research hospital. Erciyes Med J. 2011;33:301-18.

14.Albadr A, Brasha H, Alraddadi R, Noorwali F, Ross S. [Prevalence of urinary incontinence among Saudi women]. Int J Gynaecol Obstet2012;117:160-3.(Persian)

15.Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier E, Blanchon T, et al .Urinary incontinence in French women prevalence risk factors and impact on quality of life. Eur Urol2009;56:177-83

16. Ebbesen MH, Hunskaar S, Rortveit1 G, Hannestad YS. Prevalence incidence and remission of urinary incontinence in women longitudinal data fromthe Norwegian HUNT study. BMC Urol2013;13:27.

17.Ge J, Yang P, Zhang Y, Li X, Wang Q, Lu Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Chinese women a population based study. Asia Pac J Public Health2011;20:1-14.

18. Abha S, Priti A, Nanakram S. Incidence and epidemiology of urinary incontinence in women. J Obstet Gynecol India2007;57:155-7.

19.Nojomi M, Baharvand P, Moradi M, Patrick DL .[Translation and validation study of the Iranian version]. Int Urogynecol J2009;20:575-9.(Persian)

20. Martinmartin S, Pascualfernandez A, Alvarezcolomo C, Calvogonzalez R, Munozmoreno M, Cortinasgonzalez JR. Urinary incontinence during pregnancy and postpartum associated risk factors and influence of pelvic floor exercises. Arch Esp Urol 2014;67:323-30.

21. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin J.M, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU Int2002;89:61-6.

22.Jokhio AH, Rizvi RM, Rizvi J, Macarthur C. Urinary incontinence in women in rural Pakistan prevalence severity associated factors and impact on life. BJOG 2013;120:180-6

23.Hajebrahim S, Bastani F, Hamedani R, Badiee S.[Predictive value of intraoperative hematuria for bladder rupture caused by passing tunnlers during suburethral sling

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

for stress urinary incontinence]. J Iran Uni Med Sci 2010; 17:25-30. (Persian)
24.Rezaipour A, Mirmowlai T, Mahmoudi M, Jabbarikhanbehbin Z. [Study in quality of life of women suffering from urinary incontinence]. IJOGI 1381; 8:14-21. (Persian)
25.Avellanet M, Fiter M, Cirera EM, Coll M. Prevalence of urinary incontinence in Andorra: Impact on womens headlth. BMC Womens Headlth 2003;3:5.
26.Fitzgerald MP, Brubaker L. Urinary incontinence symptom scores and urodynamic diagnoses. Neurourol Urodyn2002; 21:30-5.
27.Song YF, Lin J, Li YQ, He XY, Xu B, Hao L, Song J. Analysis of risk factors about stress urinary incontinence in female. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi2003;38:737-40.
28.Basirat Z, Bakhtiari A, Payandeh P. [Postpartum stress urinary incontinence and some related factors]. J Babol Uni Med Sci2008,10:41-7. (Persian)
29.Biganeh N, Fesharaki Gh M, Hasaninasab Z, Habibi M. [The results of treatment of urinary incontinence using the intravaginal sling method]. Arak Med Uni J 2013; 16:10-18. (Persian)
30.Fritel X, Ringa V, Quiboeuf E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause a review of epidemiological and pathophysiological findings. Acta Obstet Gynecol Scand2012;91:901-10.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]

Urinary Incontinence and its Predisposing Factors in Reproductive Age Women

*Javadifar N[1], Komeilifar R[*2], Afshary P[1], Haghighy MH[3]*

(Received: February 13, 2016 Accepted: May 2, 2016)

Abstract

Introduction: Urinary incontinence (UI) is a global problem that affects physical - emotional and social lives of women.The aim of this study was to evaluate the prevalence and demographic and obstetric predisposing factors of urinary incontinence in reproductive age women.

Materials & Methods: This cross sectional study was conducted on 2000 reproductive age women. The women were selected randomly from all of the primary health care centers of Dezful. Data were collected by socio demographic and ICIQ questionnaires.

Findings: Among participants, 57/7 % of the patients had urinary incontinence. There was a significant association between age, BMI, education level, mean of pregnancy, mean of deliveries, mode of delivery, abortion, neonate>4 kg, irregular menstruation, and UI(P<0/05). Multivariate analysis using logistic regression showed that age, C/S, and irregular menstruation were the factors affecting urinary incontinence (P<0/05).

Discussion & Conclusions: The prevalence of urinary incontinence in reproductive age women is high. It is suggested that the health care providers pay more attention to this issue in health care centers and train women in the prevention of urinary incontinence.

Keywords: Urinary incontinence, Effective factors, Reproductive age

1. Research Center for Promotion, Reproductive Health, Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
2. Dept of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwiferyand, Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
3. Dept of Biostatistics, Faculty of Medicine, Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
** Corresponding author Email: Alikomeilifar@yahoo.com*

Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-07-13]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.6.45]