

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



ناهید جوادی فر^۱، رقیه کمیلی فر^{۲*}، پوران دخت 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 پذیرش: ۹۵/۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۲۴

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.

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 تقلای 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 (۲،۳)؛ 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 (۸،۹). 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-روحي 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 (۱۳-۱۴). 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

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 ۱-۵، متوسط ۶-۱۲، شدید ۱۳-۱۸ و بسیار شدید ۱۹-۲۱) 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 $33/6 \pm 8/75$ و میانگین شاخص توده بدنی ایشان $26/45 \pm 4/24$ بود. میانگین سنی در زنانی که بی اختیاری ادراری نداشتند $32/20 \pm 8/20$ سال و در زنان دارای بی اختیاری ادراری $34/56 \pm 8/98$ سال بود. در زنان دارای بی اختیاری، شیوع بی اختیاری در شاخص توده بدنی > 30 افزایش ولی در شاخص توده بدنی < 30 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 $1/67 \pm 1/35$ و $1/52 \pm 1/24$ 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 دوقلوئی 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).

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

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

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

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

جدول شماره ۳. عوامل پیش‌گویی کننده بی‌اختیاری ادرار در زنان سنین باروری با رگرسیون لجستیک

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

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 (۴/۵-۵۳ 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). کیفیتکی و همکاران (۲۰۱۱) و جوخو 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 >30 افزایش ولی در شاخص توده بدنی <30 کاهش یافته بود. در مطالعه ابرسن (۲۰۱۳) نتایج نشان داده که افزایش نمایه توده بدنی با $1/0.3$ 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

شغل با نتایج مطالعات صورت گرفته هم خوانی ندارد. تفاوت نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات فوق می‌تواند ناشی از آن باشد که اکثریت آزمودنی‌های مورد پژوهش خانه دار بودند و با وضعیت خود سازگار شده‌اند و به علت خانه دار بودن، استرس ناشی از برگشت به سرکار را نداشتند. گوناتان (۲۰۱۲)، حاملگی و تعداد زایمان را قابل توجه‌ترین عوامل خطر ساز در بی‌اختیاری معرفی کرده است (۱). آل بدر و همکاران (۱۴) و آلتاویل و همکاران (۱۲) حاملگی و تعداد زایمان را عوامل خطر همراه با بی‌اختیاری ادراری بیان کرده‌اند. علتی که می‌توان 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 می‌دهد و آسیب عروقی بافت‌های کف لگن و یا آسیب مستقیم به مجاری ادراری به دنبال زایمان و کاهش قدرت عضله لواتورانی و به دنبال آن نزول گردن مثانه و دنرواسیون نسبی عضلات لگن همراه با نوروپاتی پودندال منجر به بی‌اختیاری ادراری می‌گردد. اکثر مطالعات صورت گرفته با مطالعه حاضر همسو می‌باشد و نشان دهنده تاثیر حاملگی و زایمان بیشتر با بی‌اختیاری ادراری است. بیشترین فراوانی مربوط به سابقه سقط در گروه دارای بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری ادراری است (۲۷). هورمون ریلکسین در سه ماهه اول بارداری و سقط افزایش داشته که با کاهش سفتی کلاژنی، لیگامان‌های حمایت‌کننده مفاصل را شل کرده و باعث بی‌اختیاری ادرار می‌شود. بیشترین فراوانی بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری همراه است. در مطالعه فریتل و همکاران دیده شده است که روش زایمان با بروز بی‌اختیاری ادراری ارتباط معنی‌دار دارد که بر نقش اصلی ترومای زایمانی حین زایمان طبیعی تاکید می‌کند (۳۰). زایمان واژینال به علت کشش و یا پارگی در بافت

همبند و آسیب عروقی بافت‌های کف لگن و یا آسیب مستقیم به مجاری، منجر به بی‌اختیاری ادراری می‌گردد. در نتیجه زنانی که زایمان طبیعی داشته‌اند بیشتر دچار بی‌اختیاری ادراری می‌شوند. این نکته بیانگر این وضعیت است که با سیر زایمان، اختلالات کف لگن حاصل می‌شود که با سزارین الکتیو می‌توان 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)، کیفیتکی و همکاران (۱۳) و آل بدر و همکاران (۱۴)، زایمان نوزاد بالای ۴ کیلوگرم از عوامل خطر برای بی‌اختیاری بود. جنین بزرگ به علت فشار بر ارگان‌های شکم و لگن و آسیب مستقیم به مجاری ادرار، منجر به بی‌اختیاری ادراری می‌گردد. مطالعه حاضر با مطالعات صورت گرفته هم خوانی دارد. در مطالعه حاضر سابقه دو قلوئی با بی‌اختیاری ادرار رابطه معنی‌داری 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 بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری ادرار با ۰/۶ برابر نسبت به سن کمتر افزایش داد (OR=0.6, CI=0.440-0.868, P=0.005).

یافته‌ها نشان می‌دهد که درصد بزرگی از زنان در سنین باروری دچار بی‌اختیاری ادراری تشخیص داده نشده هستند که نیازمند آموزش و مشاوره توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آموزش دیده در این زمینه‌اند.

سپاسگزاری

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

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. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Brj obstet Gynecol* 2008; 103: 154-61.
4. Rosenzweig 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 interfretrial current in treatment women with stress urinary incontinence.] *J Med* 2011; 10: 23-7. (Persian)
8. Kennethji R, Brvkvytyzras 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 Rev* 2010; 20: 41-6.
11. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence common problem among women over 45. *Can Fam Phys* 2005; 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 Urodyn* 2012; 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 Obstet* 2012; 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 Urol* 2009; 56: 177-83.
16. Ebbesen MH, Hunskaar S, Rortveit1 G, Hannestad YS. Prevalence incidence and remission of urinary incontinence in women longitudinal data from the Norwegian HUNT study. *BMC Urol* 2013; 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 Health* 2011; 20: 1-14.
18. Abha S, Priti A, Nanakram S. Incidence and epidemiology of urinary incontinence in women. *J Obstet Gynecol India* 2007; 57: 155-7.
19. Nojomi M, Baharvand P, Moradi M, Patrick DL. [Translation and validation study of the Iranian version]. *Int Urogynecol J* 2009; 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 Int* 2002; 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, Badiie S. [Predictive value of intraoperative hematuria for bladder rupture caused by passing tunnlers during suburethral sling

- 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.



Urinary Incontinence and its Predisposing Factors in Reproductive Age Women

Javadifar N¹, Komeilifar R^{*2}, Afshary P¹, Haghighy MH³

(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 Midwifery and, 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