

بررسی فراوانی بی اختیاری ادرار و عوامل خطر در زنان میانسال مراجعه کننده به درمانگاه‌های اورولوژی شهر یزد در سال ۱۳۹۸-۹۹

هرمز کرمی^۱، مهدی عابدین‌زاده^۱، مریم خانی‌زاده^۲، محسن احراری^{*۳}، علیرضا آیت‌الله‌ی^۳، حجت‌علیپور^۳

مقاله پژوهشی

مقدمه: بی اختیاری ادراری یکی از مشکلات شایع در بین زنان است که روی زندگی آن‌ها تاثیرات بسزایی دارد. هدف این مطالعه بررسی فراوانی بی اختیاری ادراری در زنان ۴۰-۶۰ ساله مراجعه کننده به درمانگاه‌های اورولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و بررسی عوامل خطر در سال ۱۳۹۸-۹۹ می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی- مقطوعی بر روی ۲۰۰ نفر از زنان ۴۰-۶۰ ساله مراجعه کننده به درمانگاه‌های اورولوژی که به صورت تصادفی انتخاب شدند، انجام شد. پرسشنامه که حاوی اطلاعات دموگرافیک و سوالات مربوط به تعیین بی اختیاری ادراری و نوع بی اختیاری ادراری و عوامل خطر (سن، وزن، قد، شاخص توده بدنی، سن شروع قاعدگی، سن شروع یائسگی، تعداد زایمان، سن اولین زایمان، تعداد زایمان واژینال، تعداد زایمان سزارین، یائسگی، ابتلا به دیابت، فشارخون، یبوست، بیماری مزمن ریوی، مصرف هورمون‌های ضدبارداری، هورمون‌ترایپی بعد از یائسگی، مصرف دخانیات، وسوس) بود، به صورت مصاحبه چهره به چهره تکمیل گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS version 16 به کمک آزمون‌های کای‌اسکوآر و t-test تحلیل شد.

نتایج: فراوانی بی اختیاری ادراری در زنان ۴۰-۶۰ ساله مراجعه کننده به درمانگاه‌های مذکور ۵۴٪ بود. بیشترین میزان فراوانی بی اختیاری ادراری استرسی با ۸۹/۲٪ بود و سپس به ترتیب فوریتی (۴۸/۶٪) و مخلوط (۴۷/۷٪) در رده‌های بعدی قرار گرفت. در بررسی عوامل خطر، میان مصرف قرص‌های ضدبارداری و ابتلا به بی اختیاری ادراری ($p=0.032$)، یبوست و ابتلا به بی اختیاری ادراری استرسی ارتباط معناداری مشاهده شد ($p=0.046$) و ارتباط معناداری میان مصرف داروهای ضدبارداری و عدم ابتلا به بی اختیاری ادراری مخلوط نیز وجود داشت ($p=0.02$).

نتیجه‌گیری: فراوانی بی اختیاری ادراری در زنان مراجعه کننده به درمانگاه‌های اورولوژی بالا می‌باشد و از طرفی به منظور کاهش بروز بی اختیاری ادراری تغییر رژیم غذایی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اورولوژی، بی اختیاری ادراری، زنان میانسال، یبوست، قرص ضد بارداری

ارجاع: کرمی هرمز، عابدین‌زاده مهدی، خانی‌زاده مریم، احراری محسن، آیت‌الله‌ی علیرضا، علیپور حجت. بررسی فراوانی بی اختیاری ادرار و عوامل خطر در زنان میانسال مراجعه کننده به درمانگاه‌های اورولوژی شهر یزد در سال ۱۳۹۸-۹۹. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۴۷۴۰-۵۰، ۳۰: ۱۴۰۱.

۱- گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۲- دانشجویی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۳- رزیدنت ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

*نویسنده مسئول؛ تلفن: ۰۹۱۳۲۷۳۷۳۲۶، پست الکترونیکی: dr.mohsenahrari@gmail.com، صندوق پستی: ۸۹۱۶۱۳۵۱۱۵

اشاره کرد. اغلب زنان به دلیل ترس از بوی ادرار و سواس پیدا می‌کنند. از پیامد جسمی بی‌اختیاری، عفونت‌های قارچی و میکروبی (همچون کاندیدا آلبیکانس و استافیلوکوک)، رطوبت، بوی نامطبوع، حساسیت‌های پوستی و اختلالات خواب را می‌توان نام برد. بی‌اختیاری بر کیفیت کار و شغل فرد موثر است و حتی مانع اشتغال و کسب درآمد می‌شود. به طورکلی دفع غیرارادی ادرار گرچه تهدیدکننده حیات نیست، ولی تاثیرات زیادی بر زندگی افراد می‌گذارد. تاخیر برای درمان بی‌اختیاری، چرخه معیوب و شرایط مزن و پیشرونده ایجاد می‌کند^(۶). شیوع بی‌اختیاری ادراری و عوامل خطر مرتبط در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ارولوژی تاکنون مشخص نشده است و به منظور بررسی سلامت زنان مقایسه این میزان با شیوع بی‌اختیاری در زنان سایر جمیعت‌ها لازم به نظر می‌رسد. آگاهی از میزان شیوع کلی این اختلال و عوامل خطر موثر بر آن در خانم‌های سنین ۴۰-۶۰ سال با توجه به افزایش بروز بی‌اختیاری در این سنین، می‌تواند به مراقبین سلامت کمک کند تا مداخلات صحیح را در زمان مناسب انجام دهند و از بروز این اختلال پیشگیری کنند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف ارزیابی شیوع بی‌اختیاری ادرار در زنان میانسال بزدی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ارولوژی و بررسی عوامل خطر در آن‌ها انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطوعی در سال ۱۳۹۸-۹۹ در شهر یزد انجام گردید. جامعه پژوهش شامل تمام زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ارولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود. نمونه‌ها شامل ۲۰۰ خانم با سن ۴۰-۶۰ سال بود که با شکایت مختلف از جمله بی‌اختیاری ادرار به درمانگاه ارولوژی مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری بهصورت در دسترس و جهت جلوگیری از سوگیری محقق در انتخاب نمونه‌ها به شکل مستمر انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان ۸۰ درصد و دقت ۰/۰۶ تعیین گردید.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \times \sigma^2}{\delta^2}$$

مقدمه

طبق تعریف International Continence Society بی‌اختیاری ادراری به هرگونه شکایت از نشت غیرارادی ادرار گفته می‌شود^(۱). بی‌اختیاری ادرار به چهار دسته کلی تقسیم می‌شود: ۱- بی‌اختیاری ادراری استرسی (stress urinary incontinency) ۲- بی‌اختیاری ادراری فوریتی (urge urinary incontinency) ۳- بی‌اختیاری ادراری لبریزی (overflow incontinency) ۴- بی‌اختیاری ادراری مخلوط (mixed urinary incontinency). بی‌اختیاری ادراری استرسی نشت غیرارادی ادراری در هنگام افزایش فشار شکمی به مثانه (که معمولاً همراه با سرفه، عطسه، فعالیت است) اتفاق می‌افتد. بی‌اختیاری ادراری فوریتی معمولاً در هنگام احساس قوی و ناگهانی دفع ادرار که همراه با انقباضات غیرارادی عضله دترسور مثانه است، رخ می‌دهد. بی‌اختیاری ادراری مخلوط در ارتباط با نشت غیرارادی ادرار در هنگام احساس فوریت در دفع ادرار و همچنین در هنگام سرفه، عطسه، خنده‌دن و فعالیت است^(۲). بیش از ۲۰۰ میلیون زن درجهان، دچار بی‌اختیاری ادراری هستند که شیوع آن در مناطق مختلف از ۵/۲ تا ۷۰/۸ متفاوت است که احتمالاً شیوع آن از آنچه گزارش می‌شود بیشتر است^(۳). بی‌اختیاری ادراری در هردو جنس زن و مرد وجود دارد ولی شیوع آن در زنان بیشتر است و با افزایش سن بیشتر می‌شود^(۴). شیوع این بیماری در جمیعت عمومی زنان در آمریکا ۵۱٪، انگلستان ۴۰٪، فرانسه ۱۷٪ و اسپانیا ۲۴٪ گزارش گردیده است^(۴). به طورکلی تقریباً بیش از ۵۰٪ زنان آن را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند^(۵). شیوع کلی بی‌اختیاری ادراری در زنان ایرانی ۴۶ درصد، بی‌اختیاری ادراری استرسی ۳۴ درصد، فوریتی ۱۹ درصد و مخلوط ۲۴ درصد است^(۶). سازمان جهانی بهداشت، با توجه به تاثیرات فراوان بی‌اختیاری ادرار بر ابعاد مختلف زندگی، این بیماری را یکی از اولویت‌های حوزه سلامت معرفی کرده است. پیامدهای بی‌اختیاری ادرار را می‌توان به سه دسته روانی، فیزیکی (جسمی) و اجتماعی تقسیم کرد. از اثرات منفی روانی بی‌اختیاری می‌توان به اضطراب، نگرانی، نامیدی، تنفس و استرس، کج خلقی، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس

بی اختیاری مخلوط دسته‌بندی شد. داده‌ها پس از گردآوری در نرم‌افزار SPSS version 16 ثبت گردید و سپس بر اساس اهداف از پیش تعیین شده با کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری Chi-square و ANOVA و T-Test مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. میزان p کمتر از 0.05 معنی‌دار در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تایید شده است (کد اخلاق IR.SSU.MEDICINE.REC.1398.156).

نتایج

در مطالعه حاضر فراوانی بی اختیاری ادراری در زنان بین ۴۰-۶۰ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد 54% (۱۰۸ بیمار) می‌باشد. میانگین سن تمام زنان شرکت‌کننده در این مطالعه 49.02 ± 6.54 سال بود. میانگین سن زنان دارای بی اختیاری ادراری 49.05 ± 6.55 سال و زنان بدون بی اختیاری ادراری 48.84 ± 6.54 سال بود. میانگین وزن زنان دارای بی اختیاری ادراری 71.13 ± 13.99 کیلوگرم و زنان بدون بی اختیاری ادراری 67.62 ± 13.34 کیلوگرم بود. میانگین BMI زنان دارای بی اختیاری 27.86 ± 5.65 و زنان بدون بی اختیاری ادراری 27.06 ± 5.77 کیلوگرم/متر مربع بود. میانگین تعداد زایمان واژینال در زنان دارای بی اختیاری 3.53 ± 3.07 و زنان بدون بی اختیاری ادراری 3.83 ± 2.67 بود. میانگین تعداد زایمان سزارین در زنان دارای بی اختیاری 1.05 ± 1.01 و زنان بدون بی اختیاری ادراری 0.87 ± 0.46 بود. میانگین مدت زمان هورمون تراپی در زنان دارای بی اختیاری 4.21 ± 3.84 و زنان بدون بی اختیاری ادراری 6.06 ± 1.5 سال بود. ۷٪ از زنان مبتلا بی اختیاری ادراری دارای HTN بودند در حالیکه 29.3% از زنان بدون بی اختیاری ادراری مبتلا به HTN (hypertension) بودند. ۰.۷٪ از زنان مبتلا به اختیاری ادراری دارای DM(diabet mellitus) بودند در حالی که 16.3% از زنان بدون بی اختیاری ادراری مبتلا به DM بودند 35.18% از زنان مبتلا بی اختیاری ادراری مبتلا به است.

نمونه‌گیری طی ۶ ماه انجام گرفت. در طی نمونه‌گیری و انجام مطالعه پس از توضیح در مورد اهداف مطالعه، اطمینان از محروم‌مانه ماندن اطلاعات و جلب موافقت افراد شرکت کننده، ابتدا قد و وزن و فشار خون آنان اندازه گیری شد و سپس از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه مطالعه را تکمیل نمایند. طبق معیارهای ورود و خروج مطالعه؛ تمام زنان $40-60$ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انتخاب شدند و در صورت هرگونه دستکاری مثانه چه به صورت عمل باز یابسته و یا ابتلا به ضایعه نخاعی، بیماری‌های روماتیسمی، ضایعات مغزی، تشنج، بیماری‌های اعصاب و روان و ترومای لگنی از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌ای Body Mass Index، سن شروع قاعدگی، سن شروع یائسگی، تعداد زایمان، سن اولین زایمان، تعداد زایمان واژینال، تعداد زایمان سزارین، یائسگی، ابتلا به دیابت، فشارخون، یبوست، بیماری مزمن ریوی، مصرف هورمون‌های ضدبارداری، هورمون تراپی بعد از یائسگی، مصرف دخانیات، وسوساً) و سوالاتی در مورد ICIQ تشخیص و نوع بی اختیاری ادراری مطابق پرسشنامه UI Short Form بود. همچنین در مطالعات قبلی پایابی و روایی این پرسشنامه تایید شده است و در مطالعه Hajebrahimi و همکاران بررسی پایابی ضریب آلفای کرونباخ 0.75 بدست آمده بود (۷). اگر زنان در پرسشنامه تایید کنند که هنگام عطسه و سرفه یا در هنگام انجام فعالیت‌های فیزیکی و ورزش بی اختیاری ادراری دارند، مبتلا به بی اختیاری استرسی هستند. زنانی که در پرسشنامه قبل از رسیدن به دستشویی یا هنگام خواب و یا بعد از تمام شدن ادرار و لباس پوشیدن دچار بی اختیاری ادراری می‌شوند، مبتلا به بی اختیاری ادراری فوریتی بودند. زنانی که همیشه یا بدون هیچ دلیل مشخصی دچار بی اختیاری ادراری می‌شوند، مبتلا به بی اختیاری استرسی بودند. همچنین در مواردی که شرکت کننده مواردی از گرینه‌های مربوط به بی اختیاری ادراری استرسی و فوریتی را با هم انتخاب کرده بود، در گروه

(جدول ۱). بیشترین میزان شیوع بیاختیاری، مربوط به بیاختیاری ادراری استرسی با $89/2\%$ سپس بیاختیاری ادراری فوریتی با $48/6\%$ و بیاختیاری ادراری مخلوط با $47/7\%$ تعیین شد. در این مطالعه تنها $2/8\%$ از مراجعه‌کنندگان با شکایت بیاختیاری ادراری مراجعه کردند. در بررسی عوامل خطر ارتباط معناداری میان مصرف داروهای ضدبارداری و بیاختیاری ادراری ($P=0/032$) دیده شد (نمودار ۱).

بودند در حالیکه $26/08\%$ از زنان بدون بیاختیاری ادراری بیبوست داشتند. $56/48\%$ از زنان مبتلا بیاختیاری ادراری دارای سابقه مصرف داروهای ضدبارداری بودند در حالیکه $41/30\%$ از زنان بدون بیاختیاری ادراری سابقه دارای مصرف داروهای ضدبارداری بودند. $22/22\%$ از زنان مبتلا بیاختیاری ادراری دارای وسوسه بودند در حالیکه $19/5\%$ از زنان بدون بیاختیاری ادراری وسوسه داشتند. ارتباط سایر متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه در جدول آورده شده است

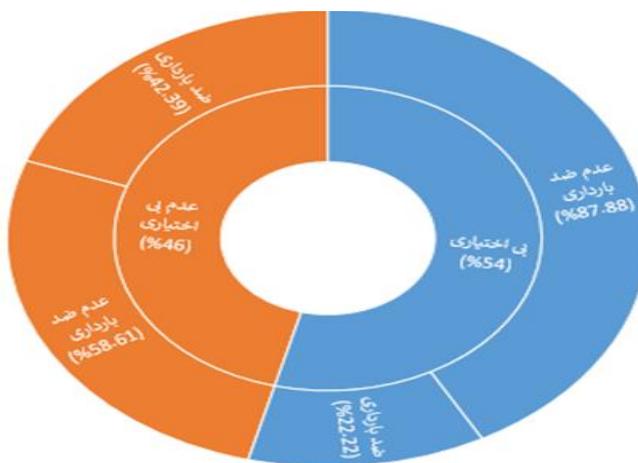
جدول ۱: بررسی ارتباط متغیرهای مورد مطالعه و بیاختیاری ادراری در زنان میانسال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اوروپلزی شهر یزد در سال ۱۳۹۸-۹۹

P	زنان دارای بیاختیاری ادراری انحراف معیار \pm میانگین	زنان بدون بیاختیاری ادراری انحراف معیار \pm میانگین	متغیر	ردیف
$0/47$	$48/84 \pm 6/54$	$49/5 \pm 6/55$	سن (سال)	۱
$0/07$	$67/62 \pm 13/34$	$71/13 \pm 13/99$	وزن (kg)	۲
$0/31$	$27/10 \pm 5/77$	$27/86 \pm 5/65$	Body Mass Index (kg/m ²)	۳
$0/23$	$13/89 \pm 1/88$	$13/56 \pm 1/99$	سن اولین قاعده‌گی(سال)	۴
$0/69$	$4/15 \pm 2/69$	$4/29 \pm 2/49$	تعداد زایمان	۵
$0/42$	$20/18 \pm 4/96$	$19/64 \pm 4/52$	سن اولین زایمان(سال)	۶
$0/46$	$3/53 \pm 3/07$	$3/83 \pm 2/67$	تعداد زایمان واژپناه	۷
$0/25$	$0/61 \pm 1/05$	$0/46 \pm 0/87$	تعداد زایمان سزارین	۸
$0/07$	$47 \pm 6/28$	$49/16 \pm 5/65$	سن شروع یائسگی(سال)	۹
$0/38$	$6/06 \pm 1/5$	$4/21 \pm 3/84$	مدت زمان هورمون تراپی(سال)	۱۰

جدول ۲: بررسی ارتباط متغیرهای کیفی مورد مطالعه و بیاختیاری ادراری در زنان میانسال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اوروپلزی شهر یزد در سال ۱۳۹۸-۹۹

P	نادرد	دارد	متغیر	ردیف
$0/08$	$/19/3$	$/27/7$	Hypertension(HTN)	۱
$0/17$	$/16/3$	$/24/07$	Diabetes Mellitus(DM)	۲
$0/13$	$/6/25$	$/12/96$	بیماری مزمن ریوی	۳
$0/16$	$/26/08$	$/35/18$	بیوست	۴
$0/58$	$/45/65$	$/49/07$	یائسگی	۵
$0/98$	$/6/4$	$/11/95$	سابقه هیسترکتومی	۶
$0/36$	$/8/69$	$/6/4$	سابقه هورمون تراپی پس از یائسگی	۷
$0/03$	$/41/30$	$/56/48$	صرف داروهای ضد بارداری	۸
$0/15$	$/7/60$	$/13/88$	صرف دخانیات	۹
$0/64$	$/19/5$	$/22/22$	وسواس	۱۰

t-test



نمودار ۱: میزان مصرف داروهای ضد بارداری و بی اختیاری ادراری (Pvalue: ۰.۰۳۲)

نیز، سابقه هورمون تراپی و مصرف داروهای ضدبارداری با شیوع بی اختیاری ادراری ارتباط معنی‌داری داشت. در مطالعه Hunskaar و همکاران شیوع بی اختیاری ادرار در زنان بین ۵٪^{۱۰} و ۶۹٪ متفاوت بود و با افزایش سن افزایش می یافت (۱۰). در مطالعه حاضر فراوانی بی اختیاری ادراری در زنان ۴۰-۶۰ ساله مراجعت کننده به درمانگاه‌های اورولوژی ۵۴ درصد برآورد شد. در انگلستان، تقریباً ۲۴٪ از افراد مسن به بی اختیاری ادرار مبتلا هستند و ۳۰٪^{۱۱} از آن بیماران تحت مراقبت‌های پزشکی هستند (۱۱،۱۲). علت بالاتر بودن شیوع بی اختیاری ادراری را در بین زنان ایرانی نسبت به افراد مسن سایر جمیعت‌ها، شاید بتوان به سبک زندگی ایرانی و تعداد زیاد زایمان‌های طبیعی این بیماران نسبت داد. در مطالعه Strickland و همکاران تأخیر در مراجعت جهت درمان تحت تأثیر موضوعات مختلفی قرار داشت، از جمله: کمبود خدمات یا عدم آگاهی از خدمات موجود، عدم آگاهی از روش‌های درمانی موجود، عدم آگاهی از اینکه بی اختیاری ادرار چقدر فرد را آزار می‌دهد و این تصور که بی اختیاری بخشی اجتناب‌ناپذیر و طبیعی از روند پیری می‌باشد (۱۳،۱۴). در مطالعه حاضر نیز از بین افراد شرکت کننده در مطالعه تنها ۲۸٪ افراد مبتلا به بی اختیاری ادراری، به علت این مشکل به پزشک مراجعت کردند و سایر افراد به دلیل سایر مشکلات به پزشک مراجعت کردند و یا اطلاعی کافی در مورد این اختلال نداشتند و تصور می‌کردند

بحث

در مطالعه حاضر شیوع بی اختیاری ادراری در بین زنان ۴۰-۶۰ سال مراجعه کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد (درمانگاه بیمارستان شهید رهنمون و خاتم الانبیاء) ۵۴٪ گزارش گردید. میان مصرف داروهای ضدبارداری و بی اختیاری ادراری ارتباط معنی‌داری دیده شد. همچنین در بررسی عامل خطر به همراه تعديل سایر عوامل به کمک مدل رگرسیون لوگستیک، اثر حفاظتی مصرف داروهای ضد بارداری بر عدم ابتلاء بی اختیاری ادراری مخلوط و ارتباط معنادار میان بیوست و بی اختیاری ادراری استرسی و فوریتی دیده شد. در مطالعه Alison Bardsley و همکاران، بی اختیاری ادراری مولتی‌فاکتوریال گزارش گردید و با افزایش سن بیشتر شد و در همه گروه‌های سنی در زنان شیوع بیشتری نسبت به مردان داشت (۱). در مطالعه Nygaard و همکاران، افزایش سن همراه با افزایش شیوع بی اختیاری ادرار بود و از ۷ درصد در زنان غیر باردار ۲۰ تا ۳۹ سال به ۱۷ درصد در گروه سنی ۴۰-۵۹، ۲۳ درصد در گروه سنی ۵۹-۶۰ و ۳۲ درصد در زنان بالای ۸۰ سال افزایش می‌یافت (۸). در مطالعه Townsend و همکاران بی اختیاری ادراری در زنان با بیش از ۴ فرزند، سن کم در اولین زایمان، BMI بیشتر، هورمون تراپی، سیگار، فشارخون آسم و دیابت شیوع بیشتری داشت (۹) که در مطالعه حاضر مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوqi یزد

حاملگی و زایمان داشتند از زنان چندزا کمتر بود (۲۱). در مطالعه Pregazzi و همکاران، شناس بروز بیاختیاری ادراری در زنان مولتیپار نسبت به زنان نخستزا بیشتر بود. تعداد زایمان بالاتر موجب کاهش مقاومت عضلات لگن و در نتیجه شیوع بیشتر بیاختیاری ادراری میشد (۲۲). در مطالعه García و همکاران، فراوانی بیاختیاری ادراری در زنانی که زایمان داشتند در مقایسه با زنانی که زایمان نداشتند به طور قابل توجهی بیشتر گزارش شد (۲۳). در مطالعه Foldspang و همکاران، شناس ابتلا به بیاختیاری ادراری در روند بارداری افزایش میباft و ارتباطی با نوع زایمان نداشت (۲۴). در مطالعه کاشانی زاده و همکاران نیز بر عدم تاثیر نوع زایمان بر نرخ شیوع بیاختیاری ادراری تاکید شده است (۲۵). در مطالعه حاضر نیز، تعداد زایمان به صورت کلی و تعداد زایمان واژینال در زنان مبتلا به بیاختیاری ادراری بیشتر است، اما ارتباط معناداری به دست نیامد. همچنین تعداد زایمان سازارین نیز با بیاختیاری ادراری ارتباطی نداشت. در مطالعه Thom و همکاران، زنان با سن اولین زایمان کمتر از ۲۳ سال در مقابل زنانی با سن اولین زایمان بیشتر از ۲۳ سال شناس ابتلا به بیاختیاری ادراری بالاتری داشتند (۲۶). در مطالعه‌ای Masue و همکاران بیان کردند که سن بالاتر در اولین زایمان با ابتلا به بیاختیاری ادراری ارتباط دارد (۲۷). در مطالعه حاضر نیز سن زنان در هنگام اولین زایمان در افراد مبتلا به بیاختیاری ادراری کمتر بود ولی اختلاف معناداری مشاهده نشد. در مورد تاثیر استفاده از روش پیشگیری از بارداری خوراکی و بیاختیاری ادراری مطالعات قبلی نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند، در مطالعه Thom و همکاران ارتباطات معناداری مشاهده نشد (۲۸)، در مطالعه Townsend و همکاران ارتباط مستقیم معنادار وجود داشت (۹) و در مطالعه Iliadou و همکاران ارتباط معکوسی وجود داشت (۲۹). در مطالعه حاضر، افرادی که داروهای ضد بارداری مصرف میکردند به طور معناداری بیاختیاری ادراری مخلوط کمتر بود اما به صورت کلی بیاختیاری ادراری در افراد با سابقه مصرف داروی ضد بارداری به طور قابل توجهی بیشتر گزارش شد. مطالعه Newman و

نیازی به بیان نیست و رخدادی طبیعی است. در مطالعه Kiyumi و همکاران نیز نشان داده شد فقط درصد کمی از افراد مبتلا به بیاختیاری ادراری، به دنبال کمک پزشکی هستند (۱۵). در مطالعه Minassian و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شیوع بیاختیاری ادراری نوع فوریتی و مختلط با افزایش سن بیشتر می‌شود (۱۶). در مطالعه حاضر بین سن و ابتلا به بیاختیاری ادراری از لحاظ آماری ارتباط معناداری وجود نداشت. اکثر مطالعات همبستگی بین افزایش سن و ابتلا به بیاختیاری ادراری را نشان می‌دهند. Ahmed و همکاران دریافتند که فراوانی ابتلا به بیاختیاری ادراری در زنان بالای ۴۰ سال نسبت به سن کمتر از ۴۰ سال بیشتر است (۱۷، ۱۸). مطالعه Lasserre و همکاران یک الگوی افزایش شیوع بیاختیاری ادراری با افزایش سن را گزارش کرده است (۱۴). در مطالعه Kiyumi و همکاران بیشترین میزان بیاختیاری مربوط به بیاختیاری استرسی اختصاص دارد و بیاختیاری ادراری فوریتی و مخلوط در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند (۱۵). در مطالعه XII و همکاران بیاختیاری ادراری استرسی بیشترین شیوع را داشت و بیاختیاری ادراری فوریتی و مخلوط بعد از آن قرار گرفت (۲). در مطالعه حاضر نیز ترتیب شیوع به صورت بیاختیاری ادراری استرسی، فوریتی و مخلوط بود. اما در مطالعه Rakibul و همکاران، بیاختیاری ادراری فوریتی نسبت به بیاختیاری ادراری استرسی و مخلوط شیوع بیشتری داشت (۳). این اختلاف می‌تواند به علت تفاوت‌های جامعه مورد مطالعه باشد. بیاختیاری ادراری پس از زایمان بیشتر ناشی از تغییرات حاملگی از جمله رحم بزرگ شده، افزایش سطح هورمون‌های بدن و تغییر زاویه یورتاوزیکال می‌باشد که در مطالعه حاضر نیز ارتباط معنی‌داری بین سابقه هورمون‌ترایپی و شیوع بیاختیاری ادراری مشاهده گردید. در مطالعه Snooks و همکاران، زایمان طبیعی به شدت با ابتلا به بیاختیاری ادراری ارتباط داشت. آسیب به عصب و عضلات کف لگن در هنگام زایمان واژینال به عنوان یکی از علت‌های بیاختیاری ادراری مطرح شد (۱۹، ۲۰). مطالعات قبلی نشان داد میزان ابتلا به بیاختیاری ادراری در زنانی که یکبار تجربه

بیشتر بود ولی ارتباط معناداری به دست نیامد. فراوانی بالای به دست آمده در این مطالعه، لزوم بررسی و پیگیری به منظور جلوگیری از بروز این اختلال را نشان می دهد. از آنجایی که ارزیابی دفع غیرارادی ادرار، در برنامه های غربالگری کشوری برای زنان گنجانده نشده و در هیچ مراقبتی به آن اهمیت داده نمی شود و از طرفی تاثیر بسزای آن بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان کاملا مشهود می باشد، نیاز به توجه ویژه ای جهت رفع این عوامل خطر از سوی مراقبین سلامت می طلبد و از محدودیت های این مطالعه عدم همکاری تمام بیماران جهت پاسخ دهی کامل به سوالات بود و مطالعه حاضر صرفا بر روی زنان ۴۰-۶۰ مراجعه کننده به درمانگاه های ارولوژی انجام گرفت، شاید یکی از دلایل شیوع گسترده بی اختیاری ادراری در جمعیت مورد مطالعه، محدود کردن جامعه مورد مطالعه باشد.

نتیجه گیری

شیوع بی اختیاری ادراری در زنان مراجعت کننده به درمانگاه های ارولوژی بالا می باشد و از طرفی به منظور کاهش بروز بی اختیاری ادراری تغییر رژیم غذایی و جلوگیری از بیوست توصیه می گردد. همچنین مصرف قرص های ضد بارداری بر روی بی اختیاری ادراری نیاز به بررسی بر روی جمعیت های گسترده تر دارد.

سپاس گزاری

این مقاله منتج از پایان نامه دوره پزشکی عمومی با عنوان "بررسی شیوع بی اختیاری ادرار و عوامل خطر در زنان میانسال مراجعت کننده به درمانگاه های ارولوژی شهر یزد در سال ۹۹-۱۳۹۸" کد ۶۳۵۴ مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi یزد می باشد.

حامی مالی: دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi یزد
تعارض در منافع: وجود ندارد.

همکاران نشان داد BMI بالا و چاقی شکم از ریسک فاکتورهای بی اختیاری ادراری هستند. تصور می شود چاقی با افزایش فشار بر روی شکم و مثانه ممکن است منجر به تضعیف شدن ساختارهای کف لگن شود (۱۸). در مطالعه حاضر نیز BMI بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری فوریتی و مخلوط نسبت به گروهی که بی اختیاری نداشتند بالاتر بود، با این وجود ارتباط معناداری مشاهده نشد. اختلالات مزمن مانند دیابت و فشارخون بالا می توانند خطر بی اختیاری ادراری را افزایش دهند. این بیماری ها ممکن است به عروق میکرووسکولار و اعصاب محیطی کف لگن آسیب وارد کنند. همچنین عفونت دستگاه ادراری تحتانی که در زنان مبتلا به دیابت شایع است، ممکن است مثانه را تحريك کرده و منجر به بی اختیاری ادراری فوریتی شود (۹). در مطالعه Espino و همکاران، زنان مکزیکی-آمریکایی مبتلا به بی اختیاری ادراری نسبت به افراد سالم شیوع دیابت به صورت معناداری بالاتر بود (۳۰). در مطالعه IzzetKocak و همکاران، فشارخون یک ریسک فاکتور ابتلا به بی اختیاری ادراری گزارش شد (۳۱). در مطالعه حاضر مطالعه ارائه دهنده دیابت و فشارخون با انواع بی اختیاری ادراری ارتباط معناداری نداشت. در مطالعه Aoki و همکاران، بیوست جز عوامل خطرزا برای بی اختیاری ادراری بود (۳۲، ۳۳). مطالعه Sherburn و همکاران و Maral و همکاران بیوست مزمن را به عنوان یکی از عوامل خطرزا بی اختیاری ادراری معرفی کردند (۳۴). در مطالعه حاضر، فراوانی بیوست در زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری فوریتی و استرسی به صورت قابل توجهی بیشتر بود. براساس نتایج مطالعات شانس بروز بی اختیاری ادراری در بین افراد سیگاری به صورت معناداری بالاتر می باشد (۳۵). در مطالعه Bump و همکاران، سیگار کشیدن خطر بروز بی اختیاری ادراری را به صورت غیرمستقیم یا به صورت مستقیم افزایش داد (۳۶). در مطالعه حاضر فراوانی بی اختیاری ادراری و بی اختیاری ادراری استرسی در افراد مصرف کننده دخانیات

References:

- 1- Bardsley A. *An Overview of Urinary Incontinence*. British Journal of Nursing 2016; 25(18): S14-S21.
- 2- Xu C, Chen M, Fu J, Meng Y, Qin S, Luo Y. *Urinary Incontinence Status and Risk Factors in Women Aged 50–70 Years: A Cross-Sectional Study in Hunan, China*. Int Urogynecol J 2020; 95-102.
- 3- Islam RM, Bell RJ, Hossain MB, Davis SR. *Types of Urinary Incontinence in Bangladeshi Women at Midlife: Prevalence and Risk Factors*. Maturitas 2018; 116: 18-23.
- 4- Treister-Goltzman Y, Peleg R. *Urinary Incontinence among Muslim Women in Israel: Risk Factors and Help-Seeking Behavior*. Int Urogynecol J 2018; 29(4): 539-46.
- 5- Adamczuk J, Szymona-Palkowska K, Robak JM, Rykowska-Górnik K, Steuden S, Kraczkowski JJ. *Coping with Stress and Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence*. Prz Menopauzalny 2015; 14(3): 178-83.
- 6- Rashidi F, Hajiyani S, Darvish S, Alavi Majd. *Prevalence of Urinary Incontinence in Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2019; 21(12): 94-102.
- 7- Hajebrahimi S, Nourizadeh D, Hamedani R, Pezeshki MZ. *Validity and Reliability of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short form and its Correlation with Urodynamic Findings*. Urol J 2012; 9(4): 685-90.
- 8- Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. *Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women*. JAMA 2008; 300(11): 1311-6.
- 9- Townsend MK, Lajous M, Medina-Campos RH, Catzin-Kuhlmann A, López-Ridaura R, Rice MS. *Risk Factors for Urinary Incontinence among Postmenopausal Mexican Women*. Int Urogynecol J 2017; 28(5): 769-76.
- 10- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. *Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section*. N Engl J Med 2003; 348(10): 900-7.
- 11- Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan M, Nelson R, Sillen U, et al. *Epidemiology of Urinary (Ui) and Faecal (Fi) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (Pop)*. Incontinence 2005; 1: 255-312.
- 12- Wennberg AL, Molander U, Fall M, Edlund C, Peeker R, Milsom I. *Lower Urinary Tract Symptoms: Lack of Change in Prevalence and Help-Seeking behavior in Two Population-Based Surveys of Women in 1991 and 2007*. BJU Int 2009; 104(7): 954-9.
- 13- Strickland R. *Reasons for Not Seeking Care for Urinary Incontinence in Older Community-Dwelling Women: A Contemporary Review*. Urol Nurs 2014; 34(2): 63-8.
- 14- Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. *Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life*. Eur Urol 2009; 56(1): 177-83.

- 15-Al Kiyumi MH, Al Belushi ZI, Jaju S, Al Mahrezi AM. Urinary Incontinence among Omani Women: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life.** Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ] 2020; 20(1): 45-53.
- 16-Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary Incontinence in Women: Variation in Prevalence Estimates and Risk Factors.** Obstet & Gynecol 2008; 111(2): 324-31.
- 17-Ahmad S, Aznal S, Tham S. Prevalence of Overactive Bladder Syndrome (OABS) among Women with Gynaecological Problems and its Risk Factors in a Tertiary Hospital, Negeri Sembilan, Malaysia: Implication for Primary Healthcare Providers.** Malays Fam Physician 2015; 10(2): 2-8.
- 18-Newman DK, Cardozo L, Sievert K-D. Preventing Urinary Incontinence in Women.** Curr Opin Obstet Gynecol 2013; 25(5): 388-94.
- 19-Jackson S, James M, Abrams P. The Effect of Oestradiol on Vaginal Collagen Metabolism in Postmenopausal Women with Genuine Stress Incontinence.** BJOG 2002; 109(3): 339-44.
- 20-Snooks S, Swash M, Setchell M, Henry M. Injury to Innervation of Pelvic Floor Sphincter Musculature in Childbirth.** Lancet 1984; 324(8402): 546-50.
- 21-Bakoui F, Bakoui S. Prevalence of Postpartum Urinary Incontinence and Some of its Predisposing Factors in Women Referred to Babol Health Centers in 2005.** Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2005; 13(3): 152-7.
- 22-Pegazzini R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P, Siracusano S, et al. Postpartum Urinary Symptoms: Prevalence and Risk Factors.** European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2002; 103(2): 179-82.
- 23-García-Pérez H, Harlow SD, Sampselle CM, Denman C. Measuring Urinary Incontinence in a Population of Women in Northern Mexico: Prevalence and Severity.** Int Urogynecol J 2013; 24(5): 847-54.
- 24-Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy, Vaginal Childbirth, and Obstetric Techniques.** Am J Public Health 1999; 89(2): 209-12.
- 25-Kashani Zn, Lalouei A, Javadipour M. Urinary Incontinence: Frequency and Risk Factors Four Months after Delivery.** Kowsar Medical Journal 2007; 12(2): 181-87.[Persian]
- 26-Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Creasman JM, Van Den Eeden SK. Parturition Events and Risk of Urinary Incontinence in Later Life.** Neurology and urodynamics 2011; 30(8): 1456-61.
- 27-Masue T, Wada K, Nagata C, Deguchi T, Hayashi M, Takeda N, et al. Lifestyle and Health Factors Associated with Stress Urinary Incontinence in Japanese Women.** Maturitas 2010; 66(3): 305-9.
- 28-Thom DH, Van Den Eeden SK, Brown JS. Evaluation of Parturition and Other Reproductive Variables as Risk Factors for Urinary Incontinence in Later Life.** Obstetrics & Gynecology 1997; 90(6): 983-9.
- 29-Iliadou A, Milsom I, Pedersen NL, Altman D. Risk of Urinary Incontinence Symptoms in Oral Contraceptive Users: A National Cohort Study from the Swedish Twin Register.** Fertil Steril 2009; 92(2): 428-33.
- 30-Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Lichtenstein MJ, Markides KP. Prevalence and Severity**

of Urinary Incontinence in Elderly Mexican American Women. J Am Geriatr Soc 2003; 51(11): 1580-6.

31-Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. *Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life.* Eur Urol 2005; 48(4): 634-41.

32-Al-Badr A, Brasha H, Al-Raddadi R, Noorwali F, Ross S. *Prevalence of Urinary Incontinence Among Saudi Women.* Int J Gynecol Obstet 2012; 117(2): 160-3.

33-Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. *Urinary Incontinence in Women.* Nat Rev Dis Primers 2017; 3(1): 17042.

34-Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennerstein L. *Is Incontinence Associated with Menopause?* Obstetrics & gynecology 2001; 98(4): 628-33.

35-Bump RC, McClish DK. *Cigarette Smoking and Urinary Incontinence in Women.* Am J obstet Gynecol 1992; 167(5): 1213-8.

Prevalence of Urinary Incontinence in Women Referred to Urology Clinics in Yazd City in 2019-2020

Hormoz Karami¹, Mehdi Abedinzadeh¹, Maryam Khanizadeh², Mohsen Ahrari^{*3},
Alireza Ayatollahi³, Hojjat Alipor³

Original Article

Introduction: Urinary incontinence is one of the most common problems among women that has significant effects on various aspects of their lives. The aim of this study was to investigate the prevalence of urinary incontinence and risk factors in women aged 40-60 years referred to urology clinics affiliated to Shahid Sadoughi University in Yazd City in 2010-2011.

Methods: This cross-sectional study performed on 200 randomly selected women aged 40-60 years referred to urology clinics. Questionnaire containing demographic information and questions related to determining urinary incontinence and type of urinary incontinence and risk factors (age, weight, height, BMI, age of onset of menopause, age of onset of menopause, number of deliveries, age at first delivery, number of vaginal deliveries, number Cesarean delivery, menopause, diabetes, hypertension, constipation, chronic lung disease, use of contraceptive hormones, postmenopausal hormone therapy, smoking, obsession) were completed by face-to-face interviews. Data were analyzed by SPSS16 software using Chi-square and t-test.

Results: The prevalence of urinary incontinence in women aged 40-60 years referred to these clinics was 54%. The highest prevalence was stress urinary incontinence with 89.2%, followed by urge (48.6%) and mixed incontinence (47.7%), respectively. In the study of risk factors, a significant relationship was observed between taking birth control pills and urinary incontinence ($P=0.032$), constipation and stress and urgency urinary incontinence ($P=0.046$); there was also a significant relationship between taking birth control pills and not having mixed urinary incontinence ($P=0.02$).

Conclusion: The prevalence of urinary incontinence in women referred to urology clinics is high and in order to reduce the incidence of urinary incontinence, diet change is recommended.

Keywords: Urology, Urinary incontinence, Middle-aged women, Constipation, Birth control pills

Citation: Karami H, Abedinzadeh M, Khanizadeh M, Ahrari M, Ayatollahi A, Alipor H. **Prevalence of Urinary Incontinence in Women Referred to Urology Clinics in Yazd City in 2019-2020.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2022; 30(4): 4740-50.

¹Department of Urology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

^{2,3}School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09132737326, email: dr.mohsenahrari@gmail.com