

بررسی فراوانی بی‌اختیاری ادرار و عوامل خطر در زنان میانسال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی شهر یزد در سال ۹۹-۱۳۹۸

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

مقاله پژوهشی

مقدمه: بی‌اختیاری ادراری یکی از مشکلات شایع در بین زنان است که روی زندگی آن‌ها تأثیرات بسزایی دارد. هدف این مطالعه بررسی فراوانی بی‌اختیاری ادراری در زنان ۶۰-۴۰ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و بررسی عوامل خطر در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی-مقطعی بر روی ۲۰۰ نفر از زنان ۶۰-۴۰ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی که به صورت تصادفی انتخاب شدند، انجام شد. پرسش‌نامه که حاوی اطلاعات دموگرافیک و سوالات مربوط به تعیین بی‌اختیاری ادراری و نوع بی‌اختیاری 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، هورمون‌تراپی بعد از یائسگی، مصرف دخانیات، وسواس) 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 بی‌اختیاری ادراری در زنان ۶۰-۴۰ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مذکور ۵۴٪ بود. بیشترین میزان فراوانی بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری ادراری (p=۰/۰۳۲)، یبوست و ابتلا به بی‌اختیاری ادراری استرسی ارتباط معناداری مشاهده شد (p=۰/۰۴۶) و ارتباط معناداری میان مصرف داروهای ضدبارداری و عدم ابتلا به بی‌اختیاری ادراری مخلوط نیز وجود داشت (p=۰/۰۲).

نتیجه‌گیری: فراوانی بی‌اختیاری ادراری در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی بالا می‌باشد و از طرفی به منظور کاهش بروز بی‌اختیاری ادراری تغییر رژیم غذایی توصیه می‌گردد.

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

ارجاع: کرمی هرمز، عابدین‌زاده مهدی، خانی‌زاده مریم، احراری محسن، آیت‌اللهی علیرضا، علیپور حجت. بررسی فراوانی بی‌اختیاری ادرار و عوامل خطر در زنان میانسال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی شهر یزد در سال ۹۹-۱۳۹۸. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۱؛ ۳۰ (۴): ۵۰-۴۷۴.

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

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

۳- رزیدنت اورولوژی، 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 وسواس 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 طور کلی دفع غیرارادی ادرار گرچه تهدیدکننده حیات نیست، ولی تاثیرات زیادی بر زندگی افراد می‌گذارد. تاخیر برای درمان بی‌اختیاری، چرخه معیوب و شرایط مزمن و پیشرونده ایجاد می‌کند (۶). شیوع بی‌اختیاری ادراری و عوامل خطر مرتبط در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی تاکنون مشخص نشده است و به منظور بررسی سلامت زنان مقایسه این میزان با شیوع بی‌اختیاری در زنان سایر جمعیت‌ها 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 یزدی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی و بررسی عوامل خطر در آن‌ها انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۹۹-۱۳۹۸ در شهر یزد انجام گردید. جامعه پژوهش شامل تمام زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی 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 اورولوژی مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت 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 ICS 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 (incontinency overflow) ۴- بی‌اختیاری ادراری مخلوط (urinary incontinency 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، خندیدن 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 (۱). شیوع این بیماری در جمعیت عمومی زنان در آمریکا ۵۱٪، انگلستان ۴۰٪، فرانسه ۱۷٪ و اسپانیا ۲۴٪ گزارش گردیده است (۴). به طور کلی 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، ناامیدی، تنش و استرس، کج خلقی، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس

بی‌اختیاری 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 ۰/۰۵ 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 بی‌اختیاری ادراری در زنان بین ۴۰-۶۰ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد ۵۴٪ (۱۰۸ بیمار) می‌باشد. میانگین سن تمام زنان شرکت‌کننده در این مطالعه $49/02 \pm 6/54$ سال بود. میانگین سن زنان دارای بی‌اختیاری $49/5 \pm 6/55$ سال و زنان بدون بی‌اختیاری ادراری $48/84 \pm 6/54$ سال بود. میانگین وزن زنان دارای بی‌اختیاری $71/13 \pm 13/99$ کیلوگرم و زنان بدون بی‌اختیاری ادراری $67/62 \pm 13/34$ کیلوگرم بود. میانگین BMI زنان دارای بی‌اختیاری $27/86 \pm 5/65$ و زنان بدون بی‌اختیاری ادراری $27/06 \pm 5/77$ کیلوگرم/متر مربع بود. میانگین تعداد زایمان واژینال در زنان دارای بی‌اختیاری $3/83 \pm 2/67$ و زنان بدون بی‌اختیاری ادراری $3/53 \pm 3/07$ بود. میانگین تعداد زایمان سزارین در زنان دارای بی‌اختیاری $0/46 \pm 0/87$ و زنان بدون بی‌اختیاری ادراری $0/61 \pm 1/05$ بود. میانگین مدت زمان هورمون‌تراپی در زنان دارای بی‌اختیاری $4/21 \pm 3/84$ و زنان بدون بی‌اختیاری ادراری $6/06 \pm 1/5$ سال بود. ۲۷/۷٪ از زنان مبتلا بی‌اختیاری ادراری دارای HTN بودند در حالیکه ۲۹/۳٪ از زنان بدون بی‌اختیاری ادراری مبتلا به HTN (hypertension) بودند. ۲۴/۰۷٪ از زنان مبتلا بی‌اختیاری ادراری دارای DM (diabet mellitus) بودند در حالی‌که ۱۶/۳٪ از زنان بدون بی‌اختیاری ادراری مبتلا به DM بودند ۳۵/۱۸٪ از زنان مبتلا بی‌اختیاری ادراری مبتلا بیوست

نمونه‌گیری طی ۶ ماه انجام گرفت. در طی نمونه‌گیری و انجام مطالعه پس از توضیح در مورد اهداف مطالعه، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و جلب موافقت افراد شرکت‌کننده، ابتدا قد و وزن و فشار خون آنان اندازه‌گیری شد و سپس از آن‌ها خواسته شد تا پرسش‌نامه مطالعه را تکمیل نمایند. طبق معیارهای ورود و خروج مطالعه؛ تمام زنان ۴۰-۶۰ 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 یا بسته 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 حاوی اطلاعات دموگرافیک بیمار (سن، وزن، قد، 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، هورمون‌تراپی بعد از یائسگی، مصرف دخانیات، وسواس) و سولاتی در مورد تشخیص و نوع بی‌اختیاری ادراری مطابق پرسش‌نامه ICIQ-UI Short Form بود. هم‌چنین در مطالعات قبلی پایایی و روایی این پرسش‌نامه تایید شده است و در مطالعه Hajebrahimi و همکاران بررسی پایایی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمده بود (۷). اگر زنان در پرسش‌نامه تایید کنند که هنگام عطسه و سرفه یا در هنگام انجام فعالیت‌های فیزیکی و ورزش بی‌اختیاری ادراری دارند، مبتلا به بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری ادراری می‌شدند، مبتلا به بی‌اختیاری ادراری فوریتی بودند. زنانی که همیشه یا بدون هیچ دلیل مشخصی دچار بی‌اختیاری ادراری می‌شدند، مبتلا به بی‌اختیاری استرسی بودند. هم‌چنین در مواردی که شرکت‌کننده مواردی از گزینه‌های مربوط به بی‌اختیاری ادراری استرسی و فوریتی را با هم انتخاب کرده بود، در گروه

(جدول ۱). بیشترین میزان شیوع بی‌اختیاری، مربوط به بی‌اختیاری ادراری استرسی با ۸۹/۲٪ سپس بی‌اختیاری ادراری فوریتی با ۴۸/۶٪ و بی‌اختیاری ادراری مخلوط با ۴۷/۷٪ تعیین شد. در این مطالعه تنها ۲/۸٪ از مراجعه‌کنندگان با شکایت بی‌اختیاری ادراری مراجعه کردند. در بررسی عوامل خطر ارتباط معناداری میان مصرف داروهای ضدبارداری و بی‌اختیاری ادراری (P=۰/۰۳۲) دیده شد (نمودار ۱).

بودند در حالیکه ۲۶/۰۸٪ از زنان بدون بی‌اختیاری ادراری یبوست داشتند. ۵۶/۴۸٪ از زنان مبتلا بی‌اختیاری ادراری دارای سابقه مصرف داروهای ضدبارداری بودند در حالی که ۴۱/۳۰٪ از زنان بدون بی‌اختیاری ادراری سابقه دارای سابقه مصرف داروهای ضدبارداری بودند. ۲۲/۲۲٪ از زنان مبتلا بی‌اختیاری ادراری دارای وسواس بودند در حالی که ۱۹/۵٪ از زنان بدون بی‌اختیاری ادراری وسواس داشتند. ارتباط سایر متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه در جدول آورده شده است

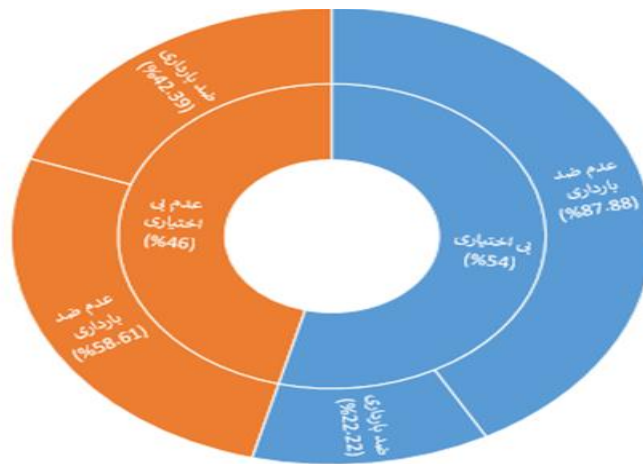
جدول ۱: بررسی ارتباط متغیرهای مورد مطالعه و بی‌اختیاری ادراری در زنان میانسال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی شهر یزد در سال ۹۹-۱۳۹۸

ردیف	متغیر	زنان دارای بی‌اختیاری ادراری انحراف معیار ± میانگین	زنان بدون بی‌اختیاری ادراری انحراف معیار ± میانگین	P
۱	سن (سال)	۴۹/۵±۶/۵۵	۴۸/۸۴±۶/۵۴	۰/۴۷
۲	وزن (kg)	۷۱/۱۳±۱۳/۹۹	۶۷/۶۲±۱۳/۳۴	۰/۰۷
۳	Body Mass Index (kg/m ²)	۲۷/۸۶±۵/۶۵	۲۷/۰۶±۵/۷۷	۰/۳۱
۴	سن اولین قاعدگی (سال)	۱۳/۵۶±۱/۹۹	۱۳/۸۹±۱/۸۸	۰/۲۳
۵	تعداد زایمان	۴/۲۹±۲/۴۹	۴/۱۵±۲/۶۹	۰/۶۹
۶	سن اولین زایمان (سال)	۱۹/۶۴±۴/۵۲	۲۰/۱۸±۴/۹۶	۰/۴۲
۷	تعداد زایمان واژینال	۳/۸۳±۲/۶۷	۳/۵۳±۳/۰۷	۰/۴۶
۸	تعداد زایمان سزارین	۰/۴۶±۰/۸۷	۰/۶۱±۱/۰۵	۰/۲۵
۹	سن شروع یائسگی (سال)	۴۹/۱۶±۵/۶۵	۴۷±۶/۲۸	۰/۰۷
۱۰	مدت زمان هورمون‌تراپی (سال)	۴/۲۱±۳/۸۴	۶/۰۶±۱/۵	۰/۳۸

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

ردیف	متغیر	دارد	ندارد	P
۱	Hypertension (HTN)	٪۲۷/۷	٪۲۹/۳	۰/۰۸
۲	Diabetes Mellitus (DM)	٪۲۴/۰۷	٪۱۶/۳	۰/۱۷
۳	بیماری مزمن ریوی	٪۱۲/۹۶	٪۶/۲۵	۰/۱۳
۴	یبوست	٪۳۵/۱۸	٪۲۶/۰۸	۰/۱۶
۵	یائسگی	٪۴۹/۰۷	٪۴۵/۶۵	۰/۵۸
۶	سابقه هیستریکتومی	٪۱۱/۹۵	٪۶/۴	۰/۹۸
۷	سابقه هورمون‌تراپی پس از یائسگی	٪۶/۴	٪۸/۶۹	۰/۳۶
۸	مصرف داروهای ضد بارداری	٪۵۶/۴۸	٪۴۱/۳۰	۰/۰۳
۹	مصرف دخانیات	٪۱۳/۸۸	٪۷/۶۰	۰/۱۵
۱۰	وسواس	٪۲۲/۲۲	٪۱۹/۵	۰/۶۴

t-test



نمودار ۱: میزان مصرف دارو های ضد بارداری و بی‌اختیاری ادراری (Pvalue: ۰/۰۳۲)

نیز، سابقه هورمون‌تراپی و مصرف داروهای ضدبارداری با شیوع بی‌اختیاری ادراری ارتباط معنی‌داری داشت. در مطالعه Hunskar و همکاران شیوع بی‌اختیاری ادرار در زنان بین ۵٪ الی ۶۹٪ متفاوت بود و با افزایش سن افزایش می‌یافت (۱۰). در مطالعه حاضر فراوانی بی‌اختیاری ادراری در زنان ۴۰-۶۰ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی ۵۴ درصد برآورد شد. در انگلستان، تقریباً ۲۴٪ از افراد مسن به بی‌اختیاری ادرار مبتلا هستند و ۳۰ الی ۶۰٪ از آن بیماران تحت مراقبت‌های پزشکی هستند (۱۱،۱۲). علت بالاتر بودن شیوع بی‌اختیاری ادراری را در بین زنان ایرانی نسبت به افراد مسن سایر جمعیت‌ها، شاید بتوان به سبک زندگی ایرانی و تعداد زیاد زایمان‌های طبیعی این بیماران نسبت داد. در مطالعه Strickland و همکاران تاخیر در مراجعه جهت درمان تحت تاثیر موضوعات مختلفی قرار داشت؛ از جمله: کمبود خدمات یا عدم آگاهی از خدمات موجود، عدم آگاهی از روش‌های درمانی موجود، عدم آگاهی از اینکه بی‌اختیاری ادرار چقدر فرد را آزار می‌دهد و این تصور که بی‌اختیاری بخشی اجتناب‌ناپذیر و طبیعی از روند پیری می‌باشد (۱۳،۱۴). در مطالعه حاضر نیز از بین افراد شرکت‌کننده در مطالعه تنها ۲/۸٪ افراد مبتلا به بی‌اختیاری ادراری، به علت این مشکل به پزشک مراجعه کردند و سایر افراد به دلیل سایر مشکلات به پزشک مراجعه کردند و یا اطلاعی کافی در مورد این اختلال نداشتند و تصور می‌کردند

بحث

در مطالعه حاضر شیوع بی‌اختیاری ادراری در بین زنان ۴۰-۶۰ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد (درمانگاه بیمارستان شهید رهنمون و خاتم‌الانبیاء) ۵۴٪ گزارش گردید. میان مصرف داروهای ضدبارداری و بی‌اختیاری ادراری ارتباط معنی‌داری دیده شد. هم‌چنین در بررسی عامل خطر به همراه تعدیل سایر عوامل به کمک مدل رگرسیون لوجستیک؛ اثر حفاظتی مصرف داروهای ضد بارداری بر عدم ابتلا بی‌اختیاری ادراری مخلوط و ارتباط معنادار میان بی‌بوست و بی‌اختیاری ادراری استرسی و فوریتی دیده شد. در مطالعه Alison Bardsley و همکاران، بی‌اختیاری 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 بی‌اختیاری 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 ۶۰-۷۹ و ۳۲ درصد در زنان بالای ۸۰ سال افزایش می‌یافت (۸). در مطالعه Townsend و همکاران بی‌اختیاری ادراری در زنان با بیش از ۴ فرزند، سن کم در اولین زایمان، BMI بیشتر، هورمون‌تراپی، سیگار، فشارخون، آسم و دیابت شیوع بیشتری داشت (۹) که در مطالعه حاضر

حاملگی و زایمان داشتند از زنان چندزا کمتر بود (۲۱). در مطالعه Pregazzi و همکاران، شانس 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 به‌طور قابل‌توجهی بیشتر گزارش شد (۲۳). در مطالعه Foldspang و همکاران، شانس ابتلا به بی‌اختیاری ادراری در روند بارداری افزایش می‌یافت و ارتباطی با نوع زایمان نداشت (۲۴). در مطالعه کاشانی‌زاده و همکاران نیز بر عدم تاثیر نوع زایمان بر نرخ شیوع بی‌اختیاری ادراری تاکید شده است (۲۵). در مطالعه حاضر نیز، تعداد زایمان به‌صورت کلی و تعداد زایمان واژینال در زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری بیشتر است، اما ارتباط معناداری به دست نیامد. هم‌چنین تعداد زایمان سزارین 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 شانس 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 به‌طور معناداری بی‌اختیاری ادراری مخلوط کمتر بود اما به‌صورت کلی بی‌اختیاری ادراری در افراد با سابقه مصرف داروی ضد بارداری به‌طور 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). 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. احمد 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 Xu 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 یورتراوزیکال می‌باشد که در مطالعه حاضر نیز ارتباط معنی‌داری بین سابقه هورمون‌تراپی 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 به‌دست آمده در این مطالعه، لزوم بررسی و پیگیری به منظور جلوگیری از بروز این اختلال را نشان می‌دهد. از آنجایی‌که ارزیابی دفع غیرارادی ادرار، در برنامه‌های غربالگری کشوری برای زنان گنجانده نشده و در هیچ مراقبتی به آن اهمیت داده نمی‌شود و از طرفی تاثیر بسزای آن بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان کاملاً مشهود می‌باشد، نیاز به توجه ویژه‌ای جهت رفع این عوامل خطر از سوی مراقبین سلامت می‌طلبد و از محدودیت‌های این مطالعه عدم همکاری تمام بیماران جهت پاسخ‌دهی کامل به سوالات بود و مطالعه حاضر صرفاً بر روی زنان ۶۰-۴۰ مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی انجام گرفت، شاید یکی از دلایل شیوع گسترده بی‌اختیاری ادراری در جمعیت مورد مطالعه، محدود کردن جامعه مورد مطالعه باشد

نتیجه‌گیری

شیوع بی‌اختیاری ادراری در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی بالا می‌باشد و از طرفی به منظور کاهش بروز بی‌اختیاری ادراری تغییر رژیم غذایی و جلوگیری از یبوست توصیه می‌گردد. همچنین مصرف قرص‌های ضد بارداری بر روی بی‌اختیاری ادراری نیاز به بررسی بر روی جمعیت‌های گسترده‌تر دارد.

سپاس‌گزاری

این مقاله منتج از پایان‌نامه دوره پزشکی عمومی با عنوان " بررسی شیوع بی‌اختیاری ادرار و عوامل خطر در زنان میانسال مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورولوژی شهر یزد در سال ۹۹-۱۳۹۸" کد ۶۳۵۴ مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

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

همکاران نشان داد BMI بالا و چاقی شکم از ریسک‌فاکتورهای بی‌اختیاری ادراری هستند. تصور می‌شود 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 بی‌اختیاری ادراری فوریتی و مخلوط نسبت به گروهی که بی‌اختیاری نداشتند بالاتر بود، با این وجود ارتباط معناداری مشاهده نشد. اختلالات مزمن مانند دیابت و فشارخون بالا می‌توانند خطر بی‌اختیاری ادراری را افزایش دهند. این بیماری‌ها ممکن است به عروق میکروواسکولار 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 تحریک کرده و منجر به بی‌اختیاری ادراری فوریتی شود (۹). در مطالعه Espino و همکاران، زنان مکزیکی-آمریکایی مبتلا به بی‌اختیاری ادراری نسبت به افراد سالم شیوع دیابت به‌صورت معناداری بالاتر بود (۳۰). در مطالعه IzzetKocak و همکاران، فشارخون یک ریسک‌فاکتور ابتلا به بی‌اختیاری ادراری گزارش شد (۳۱). در مطالعه حاضر ابتلا به دیابت و فشارخون با انواع بی‌اختیاری ادراری ارتباط معناداری نداشت. در مطالعه Aoki و همکاران، یبوست جز عوامل خطرزا برای بی‌اختیاری ادراری بود (۳۲، ۳۳). مطالعه Sherburn و همکاران و Maral و همکاران یبوست مزمن را به‌عنوان یکی از عوامل خطرزای بی‌اختیاری ادراری معرفی کردند (۳۴). در مطالعه حاضر، فراوانی یبوست در زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری فوریتی و استرسی به‌صورت قابل‌توجهی بیشتر بود. براساس نتایج مطالعات شانس بروز بی‌اختیاری ادراری در بین افراد سیگاری به‌صورت معناداری بالاتر می‌باشد (۲۳). در مطالعه Bump و همکاران، سیگار کشیدن خطر بروز بی‌اختیاری ادراری را به‌صورت غیرمستقیم یا به صورت مستقیم افزایش داد (۳۵). در مطالعه حاضر فراوانی بی‌اختیاری ادراری و بی‌اختیاری ادراری استرسی در افراد مصرف‌کننده 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, Hajiyan 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 it's 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-Pregazzi 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, Sampsel 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*. *Neurourology 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