مقایسه تأثیر درمان جراحی و دارویی بر روی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری

می نور لمیعیان: * استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس
منصوره شاگرد حداد: مربی، گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرند
آزیتا گشتاسبی: استادیار، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
راضیه معصومی: دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۵۳۲-۵۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۲۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۴ مهر ۱۳۹۰]

چکیده

هدف از انجام این مطالعه مقایسه کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری در دو روش درمان جراحی و دارویی بود. این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی بوده که با بررسی بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری نوع مرکب با روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه درمان دارویی و جراحی انجام پذیرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بی اختیاری ادراری I-QOL و پرسشنامه SF-36 بود که قبل از شروع درمان،۳ ماه و ۶ ماه بعد از درمان از طریق مصاحبه تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های آماری مجذور کای، t مستقل و Repeated Measurement Analysis استفاده شد.

نمرات کیفیت زندگی اختصاصی قبل از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنادار نداشت (P>۰/۰۵)، ولی در بررسی ۳ ماه و ۶ ماه بعد از درمان در هر دو گروه افزایش معنادارآماری مشاهده گردید (P<۰/۰۰۱). با وجود این، مقایسه بین گروهی نشان دهنده عدم اختلاف آماری (P>۰/۰۵) بود. نمرات کیفیت زندگی عمومی نیز قبل از درمان اختلاف آماری معنادار نشان نداد (P>۰/۰۵) اما نمرات تمامی ابعاد طی ۳ ماه و ۶ ماه پس از درمان در هر دو گروه، افزایش معنادار (P<۰/۰۰۱) داشت. نتایج مقایسه بین گروهی نیز در این بخش نشان داد میانگین نمرات عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی و عملکرد اجتماعی در گروه درمان دارویی با اختلاف معنادار آماری بیش از گروه جراحی (P<۰/۰۵) بود، اما میانگین نمره سلامت عمومی در گروه جراحی بیش از گروه درمان دارویی بود (P<۰/۰۵).

با توجه به تشابه میزان بهبود کیفیت زندگی پس از درمان در هر دو گروه دارویی و جراحی و از آنجایی که بهبود کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین معیارهای انتخاب نوع درمان است، توجه به این مهم در اتخاذ تصمیم درمانی از سوی تیم پزشکی و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی مربوطه امری ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: بی اختیاری ادراری، کیفیت زندگی، I-QOL، SF-36، درمان دارویی، درمان جراحی

* نویسنده پاسخگو: بزرگراه جلال آل احمد، نرسیده به خیابان کارگر شمالی، دانشگاه تربیت مدرس، گروه مامایی و بهداشت باروری
E-mail: Lamyianm@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]

مقدمه

بی اختیاری ادراری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های زنان است که اغلب به دلیل عدم مراجعه بیماران به صورت مزمن در می‌آید و صدمات روانی ـ اجتماعی قابل توجهی ایجاد می‌کند که منجر به افت کیفیت زندگی افراد می‌شود [۲، ۱].

بی اختیاری تنشی (استرسی) با خارج شدن ادرار از مجرا هنگام سرفه، عطسه، دویدن، راه رفتن، پریدن و یا هر فعالیتی که منجر به افزایش فشار داخل شکمی شود، همراه است. بی اختیاری فوریتی نیز به معنای احساس قوی و ناگهانی ادرار کردن همراه با خروج ادرار قبل از این که فرد خود را کنترل نماید، است. بی اختیاری مرکب به همراهی بی اختیاری تنشی و بی اختیاری فوریتی اطلاق می‌گردد [۴، ۳].

مطالعات محدود در ایران شیوع کلی این نوع بی اختیاری ادراری را ۲۳/۵ درصد و مرتبط با شغل گزارش کرده‌اند [۶، ۵]. درمان معمول بی اختیاری ادراری شامل درمان‌های دارویی، جراحی و نگهدارنده است. بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری مرکب غالباً مشکلات پیچیده‌ای از نظر درمان دارند و در مورد بهترین روش درمان آنها اختلاف نظر وجود دارد [۱].

این بیماری به شدت بر روی کیفیت زندگی زنان اثر می‌گذارد، به طوری که به نظر بعضی افراد بی اختیاری ادراری شخصیت و وجهه اجتماعی‌شان را تخریب می‌کند و بعضی دیگر آن را عامل محدود کننده‌ای دانسته‌اند که فعالیت‌های روزانه و ابعاد فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در عده‌ای نیز منجر به تنش‌های روانی، اختلالات خواب، مشکلات احساسی و از بین رفتن اعتماد به نفس می‌شود[۸، ۷، ۵].

Patrick و همکاران معتقدند: «موضوع مهم در مورد این بیماری این است که تعیین کیفیت زندگی به ویژه بعد از روش‌های درمانی می‌تواند راه حل‌های جدیدی را پیش روی زنان و متخصصان قرار دهد و به تصمیم گیری آنان کمک زیادی نماید» [۲]. شواهد موجود نشان می‌دهد تحقیقی در این زمینه در ایران در دسترس نیست.

هدف از انجام این پژوهش، بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری مرکب قبل و بعد از دو مداخله دارویی و جراحی در فواصل زمانی۳ الی ۶ ماه است.

لازم به ذکر است که این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام پذیرفت.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی است. جامعه پژوهش شامل زنان ۶۵-۳۵ ساله مبتلا به بی اختیاری ادراری مراجعه کننده به ۴ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بودند که از بین ۵۴۰ نفر مورد بررسی، ۱۰۰ نفر ازافراد واجد شرایط مطالعه به روش نمونه گیری تصادفی، در دو گروه درمان دارویی (۵۰ نفر) و گروه درمان جراحی (۵۰ نفر) قرارگرفتند. نمونه گیری این تحقیق به مدت ۱۳/۵ ماه به طول انجامید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری به مدت حداقل سه ماه، تعداد دفعات بروز بی اختیاری ادرای به میزان حداقل دو بار در هفته، عدم استفاده از درمان‌های نگهدارنده، سکونت در شهر تهران، داشتن وضعیت اقتصادی متوسط درآمد خانوار و نیز شاخص توده بدنی نرمال بود. عفونت ادراری درمان نشدنی، اختلالات عصبی مثانه، نوروپاتی دیابتی، ناتوانی حرکتی، اختلالات عمده مادرزادی و آتونی مثانه، سرطان مثانه و اشتغال یا تحصیل در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی هم به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. منظور از درمان دارویی در این پژوهش تجویز خوراکی ۵ میلی گرم اکسی بوتینین (Oxybutynin) روزانه به مدت حداقل سه ماه و منظور از درمان جراحی، عمل جراحی Tension Free Vaginal Tape یا TVT با تشخیص متخصص اورولوژی بود. تشخیص قطعی نوع بی اختیاری مرکب بر اساس آزمایشات تخصصی و نظر کتبی از سوی متخصص اورولوژی داده می‌شد و افراد بر اساس برگه کتبی شامل تشخیص نوع بیماری و نوع درمان و بعد از اخذ رضایت نامه به روش تصادفی (یکی در میان) در دو گروه درمان دارویی یا گروه درمان جراحی قرار می‌گرفتند. تمامی تشخیص‌ها و نیز جراحی‌ها توسط یک جراح انجام شد. سه پرسشنامه در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. با استفاده از پرسشنامه اول که حاوی ۱۱ سؤال بود، وضعیت جمعیتی و بالینی واحدهای پژوهش بررسی می‌شد و با پرسشنامه دوم و سوم که شامل پرسشنامه اختصاصی Incontinence-Quality of Life Questionnaire یا I-QOL و مقیاس Form-36 Short یا SF-36 بود، کیفیت زندگی اختصاصی و عمومی اندازه گیری می‌شد. قبل از مداخله هر سه پرسشنامه به روش مصاحبه تکمیل می‌شد و سپس ۳ ماه و نیز ۶ ماه پس از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]

شروع درمان پی گیری شده و پرسشنامه‌های مذکور مجدداً به روش مصاحبه تکمیل می‌گردید.

پرسشنامه اختصاصی مورد استفاده در این پژوهش که یک مقیاس ویژه برای سنجش این بیماران است، توسط محققان دانشگاه واشنگتن طراحی (۱۹۹۹) و استفاده از آن در مطالعات بالینی به اثبات رسیده است (آلفا کرونباخ ۰/۹۵) [۱۰، ۹]. به منظور بررسی تطابق فرهنگی، این پرسشنامه به هفت زبان زنده دنیا تهیه و در چهار کشور فرانسه، اسپانیا، سوئد و آلمان توسط زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری تکمیل گردیده و نتیجه گزارش شده مؤید این مطلب است که این پرسشنامه نیاز به یک ابزار معتبر و بین‌المللی را برآورده می‌سازد [۱۱]. این پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال در ۳ زیر گروه شامل اجتناب و محدودیت‌های رفتاری، اثرات روانی ـ اجتماعی و آشفتگی اجتماعی است. تمامی سؤالات دارای ۵ پاسخ در مقیاس لیکرت بوده که به هر کدام نمرات ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد و برای به دست آوردن نمره نهایی یا نمرات زیر گروه‌ها، از فرمول تفاضل حداقل نمره خام و حاصل جمع نمرات سؤالات تقسیم بر حداکثر نمره خام ضربدر ۱۰۰ می‌توان استفاده نموده و نمره تبدیل یافته یا نهایی را به دست آورد. این پرسشنامه برای اولین بار در این پژوهش به کار گرفته شده است. به منظورتأمین روایی در مرحله اول سؤالات به زبان فارسی ترجمه و سپس به زبان انگلیسی برگردانده شد. نسخه ترجمه مجدد توسط یک نفر متخصص زبان انگلیسی بررسی گردید. برای حصول اعتبار علمی این مقیاس نیز از روش اعتبار محتوایی ـ کیفی استفاده گردید؛ به این ترتیب که ۱۰ نفر از استادان متخصص و ۲۰ نفر از زنان مبتلا به این عارضه فهم سؤالات را به لحاظ محتوایی بررسی و تأیید نمودند. جهت اعتبار پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد (α=0.87 Cranach's). پرسشنامه عمومی SF-36 یک پرسشنامه ژنریک و عمومی استاندارد برای اندازه گیری کیفیت زندگی است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و هشت بعد است که ابعاد آن شامل عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی و سلامت روانی، است. امتیاز هر بعد از صفر تا ۱۰۰ است که نمره صفر به معنی بدترین کیفیت زندگی نمره صد به معنی بالاترین کیفیت زندگی است. اعتبار و اعتماد علمی این پرسشنامه در گونه ایرانی مورد تأیید است [۱۲]. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

خصوصیات جمعیتی و باروری زنان مورد مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است. یافته‌ها بیانگر آن است که میانگین سنی جامعه مورد پژوهش ۴۶/۲ سال بوده و ۶۹ درصد از واحدهای تحت پژوهش زیر ۵۰ سال سن داشتند که این امر نشان دهنده جوان بودن جامعه مورد مطالعه است.

اکثر واحدهای مورد پژوهش، خانه دار (۹۶ درصد)، متأهل(۸۹ درصد)، غیر یائسه (۶۸ درصد)، زیر دیپلم و بی سواد بوده (۵۳ درصد) و بیشترین فراوانی به تعداد زایمان ۳ و بیشتر (۶۷/۵ درصد) تعلق داشت. نتایج حاصل از آزمون آماری مجذور کای مابین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای فوق، نشان دهنده ارتباط معنادار آماری نبود (P>۰/۰۵) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی و باروری زنان مورد مطالعه

گروه	درمان دارویی		درمان جراحی		P
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن (سال)					۰/۱۶۹ *
۳۵-۴۴	۱۹	۳۸	۲۴	۴۸	
۴۵-۵۴	۱۷	۳۴	۲۲	۴۴	
≥ ۵۵	۱۴	۲۸	۴	۸	
تحصیلات					۱ **
بی سواد	۱۵	۳۰	۱۳	۲۶	
زیر دیپلم	۲۶	۵۲	۲۹	۵۸	
دیپلم و بالاتر	۹	۱۸	۸	۱۶	
شغل					۱ **
خانه دار	۴۸	۹۶	۴۸	۹۶	
شاغل	۲	۴	۲	۴	
تعداد زایمان					۰/۹۳۵
≤ ۲	۹	۱۸	۸	۱۶	
۳-۴	۳۴	۶۸	۳۴	۶۸	
≥ ۶	۷	۱۴	۸	۱۶	

* Independent Sample T test

** Chi Square test

نتایج آزمون Repeated Measurement Analysis نشان داد میانگین نمرات پرسشنامه I-QOL طی ۳ ماه و ۶ ماه بعد ازمداخله در هر دو گروه نسبت به قبل از درمان افزایش معنادار (P<۰/۰۰۱) داشته (جدول شماره ۲)، اما مقایسه بین گروهی نشان دهنده عدم اختلاف مابین دو گروه بود (جدول شماره ۳). این آزمون برای بررسی تغییرات درون گروهی و بین گروهی میانگین نمرات ابعاد پرسشنامه SF-36 نیز استفاده شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]

نتایج در هر دو گروه نشان دهنده وجود اختلاف آماری معنادار بود که جهت تعیین اختلاف از آزمون Bonferroni استفاده گردید. یافته‌های حاصله نشان داد میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی طی ۳ ماه و ۶ ماه پس از درمان نسبت به قبل از آن در گروه درمان دارویی افزایش داشت (P<۰/۰۰۱)، ولی سایر ابعاد اختلاف معناداری نداشتند (P>۰/۰۵). نتایج آزمون Bonferroni در گروه درمان جراحی نیز نشان دهنده اختلاف آماری در ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی و سلامت عمومی بین قبل و ۶ ماه و نیز بین ۳ و ۶ ماه پس از درمان بود (P<۰/۰۰۱).

همچنین در ابعاد محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و شادابی نیز طی ۳ ماه و ۶ ماه پس از درمان نسبت به قبل از آن اختلاف معنادار مشاهده گردید (P<۰/۰۵). در بعد عملکرد اجتماعی نیز طی ۳ ماه پس از درمان نسبت به قبل از درمان و نیز در مقطع زمانی ۶ ماه پس از درمان نسبت به ۳ ماه پس از آن اختلاف معنادار مشاهده گردید (P<۰/۰۰۱). علاوه بر مقایسه درون گروهی، تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 مابین دو گروه درمانی دارویی و جراحی نیز مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد دو گروه درمانی مورد مطالعه در چهار حیطه عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی اختلاف آماری معنادار داشته و از نظر سایر متغیرهای مورد بررسی در پرسشنامه SF-36 ما بین دو گروه اختلافی مشاهده نگردید. نتایج آزمون Repeated measurement نشان دهنده افزایش بیشتر میانگین نمرات عملکرد جسمانی در دو مقطع زمانی ۳ ماه (P<۰/۰۱) و ۶ ماه (P<۰/۰۰۱) پس از درمان نسبت به قبل از آن در گروه درمان دارویی نسبت به درمان جراحی بود. میانگین نمرات محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی و عملکرد اجتماعی نیز طی مقطع زمانی ۳ ماه پس از درمان نسبت به قبل از آن در گروه دارویی بیش از جراحی افزایش یافت (P<۰/۰۰۴، P<۰/۰۱). این در حالی بود که افزایش میانگین نمره عملکرد اجتماعی در مقایسه بین مقطع زمانی ۶ ماه پس از درمان نسبت به ۳ ماه پس از آن در گروه جراحی بیشتر از گروه درمان دارویی مشاهده گردید (P<۰/۰۰۱). از نظر متغیر وضعیت سلامت عمومی نیز مقایسه بین مقطع زمانی ۳ ماه پس از درمان نسبت به قبل از درمان و نیز ۶ ماه پس از درمان نسبت به ۳ ماه پس از آن نشان دهنده افزایش معناداری بیشتر میانگین نمره این متغیر در گروه جراحی نسبت به گروه درمان دارویی بود (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به ارزیابی مقایسه‌ای کیفیت زندگی اختصاصی و عمومی در دو روش درمان جراحی و دارویی بعد از مداخله (درمان) در زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری مرکب پرداخته است. میانگین سنی جامعه مورد پژوهش ۴۶/۲ سال بود که نشان دهنده جوان بودن واحدهای پژوهشی است. بارداری و زایمان یکی از عوامل زمینه ساز بی اختیاری ادراری است [۱۳] و اینک زنان دهه سنی چهارم و پنجم، مادران جوان آن سال‌هایی هستند که کشور ما با افزایش بی رویه جمعیت مواجه بوده است و این امر شاید یکی از علل احتمالی جوان بودن نمونه مورد پژوهش باشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان دهنده بهبود سطح کیفیت زندگی واحدهای تحت پژوهش با هر دو نوع روش درمان دارویی و جراحی بود از این رو می‌توان گفت انجام مداخلات درمانی به موقع در ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری بسیار مؤثر است. البته انتخاب روش درمانی مهم‌ترین اصل مداخله است که یافته‌های حاصله نشان داد اندازه گیری سطح کیفیت زندگی با ابزار اختصاصی پس از مداخله مابین دو گروه اختلاف معناداری نداشته و در اندازه گیری سطح کیفیت زندگی با ابزار عمومی نیز نزدیکی نتایج درمانی در دو روش قابل ملاحظه بود. بنابر یافته‌های حاصله، تأمل در نتایج و اثرات درمانی روش‌های موجود جهت مداخله درمانی در این حوزه ضرورتی انکارناپذیر است.

عموم متخصصان اتفاق نظر دارند که بی اختیاری ادراری با افزایش سن نسبت مستقیم دارد. به رغم شیوع بالای بی اختیاری ادراری در سنین بالاتر، هنگامی که افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی بررسی می‌شوند، تعداد زنان جوان بیشتر از زنان مسن مشاهده می‌شود که علت این امر احتمالاً به تصور زنان از ماهیت بی اختیاری ادراری بر می‌گردد که آن را شرایطی ناشی از افزایش سن می‌دانند و بنابر این کمتر به دنبال درمان هستند [۴]. در مطالعه Corcoles و همکاران که با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری در سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۵ انجام شده است، شیوع بی اختیاری ادراری مرکب را با میانگین سنی ۵۷ سال و به میزان ۱۲/۷ درصد گزارش کرده‌اند که نمرات کیفیت زندگی در این گروه نیز در مقایسه با افراد جوان‌تر به میزان ۸۷/۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]

در صد در سطح پایین‌تری قرار داشت [۱۴] که با مطالعه ما همخوانی دارد.Hiesh و همکاران در نتایج مطالعه خود که با هدف بررسی شیوع و نگرش زنان یائسه نسبت به بی اختیاری ادراری انجام شده بود، می‌نویسند: «بی اختیاری ادراری در گروه سنی یائسگی شایع بوده و بیشتر افراد نیز از گزارش چنین مشکلی به پزشک خودداری می‌نمایند [۱۵]. Inshiko و حاج ابراهیمی نیز به این مطلب در یافته‌های خود اشاره کرده‌اند که تصور زنان در مورد بی اختیاری ادراری اشتباه بوده و آن را یک شرایط طبیعی و وابسته به سن، جنسیت و رتبه زایمان تلقی می‌کنند [۱۶، ۵].

نتایج پژوهش حاضر نیز مؤید این مطلب است، زیرا بالا بودن تعداد زایمان در این جمعیت، می‌تواند تأییدی بر مستعد بودن زنان به بی اختیاری ادراری باشد. تأمل در آنچه ذکر شد جای خالی آموزش زنان برای جستجوی روش درمانی مناسب را کاملاً آشکار می‌سازد.

نتایج حاصله از این بررسی نشان داد که ۶۸ درصد از واحدهای پژوهشی در هر دو روش درمان دارویی و جراحی در مرحله قبل ازمداخله (درمان) نمره کمتر از ۳۰ را از هر دو پرسشنامه عمومی و اختصاصی کسب کرده‌اند. نمرات کیفیت زندگی اکثر افراد قبل از درمان در حد بسیار پایین بود. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که بی اختیاری ادراری بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا کاملاً تأثیر می‌گذارد. Saadoun، Haung، Gasquet، Araki و Coyne در تحقیقات خود اظهار داشته‌اند که در صورت عدم درمان مناسب، بی اختیاری ادراری بر روی کیفیت زندگی افراد تأثیر عمیقی می‌گذارد [۲۱-۱۷]. این نتایج، یافته‌های مطالعه را مورد تأیید قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با پی گیری۳ و ۶ ماهه هر یک از گروه‌های روش درمان دارویی و جراحی نشان داده است که درمان باعث افزایش نمرات کیفیت زندگی می‌شود.

تحقیقات کارآزمایی بالینی Malone و همکاران بیانگر آن است که درمان بی اختیاری ادراری، کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد [۲۲]. Schurch نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که در گروه تحت درمان، میزان بهبود کیفیت زندگی در فواصل زمانی ۱/۵، ۳ و ۶ ماه بعد از درمان بیشتر از گروه کنترل بوده است [۲۳].

Epstien می‌نویسد: «کیفیت زندگی در بعد اجتماعی ـ اقتصادی بیماران به طور مستقیم تحت تأثیر بیماری و درمان‌هایی است که برای آنها انجام می‌گیرد» [۲۴]. به هر حال درمان باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری مرکب می‌شود. در ارزیابی نمرات کسب شده در ابعاد مختلف ۳ و ۶ ماه پی گیری بعد از هر دو روش درمانی، بهبودی معناداری مشاهده می‌گردد.

جدول شماره ۲- مقایسه نمرات پرسشنامه I-QOL قبل از درمان، سه و شش ماه پس از درمان در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	قبل از درمان	سه ماه پس از درمان	شش ماه پس از درمان	P
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
گروه درمان دارویی					<۰/۰۰۱
محدودیت رفتاری		۲۴/۴۵ (۱۴/۵)	۵۲/۹۵ (۱۲/۴۲)	۵۹/۳۰ (۱۱/۱۵)	
اثرات روانی ـ اجتماعی		۳۴/۲۶ (۱۲/۰۵)	۵۶/۵۷ (۱۰/۲۱)	۶۲/۲۶ (۱۰/۳۰)	
آشفتگی اجتماعی		۲۲/۵۶ (۱۴/۷۶)	۴۹/۲۰ (۱۲/۱۵)	۵۶ (۱۲/۶۴)	
گروه درمان جراحی					
محدودیت رفتاری		۲۴/۸۵ (۱۴/۵۸)	۵۶/۳۵ (۱۳/۲۹)	۶۰ (۱۳/۳۴)	
اثرات روانی ـ اجتماعی		۳۵/۴۲ (۱۲/۸۵)	۵۹/۱۱ (۱۲/۱۶)	۶۲ (۱۲/۰۲)	
آشفتگی اجتماعی		۲۴/۵۶ (۱۲/۶۷)	۴۷/۲۸ (۱۴/۷۸)	۵۱/۶۸ (۱۶/۱۳)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]

جدول شماره ۳- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی با دو ابزار (I-QOL) و (SF-36) بین دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	قبل از درمان	سه ماه پس از درمان	شش ماه پس از درمان	P
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
ابعاد SF-36					
عملکرد جسمانی					۰/۰۱
درمان دارویی		۵۱/۸ (۲۵/۴۹)	۵۷/۴ (۲۱/۷۸)	۶۰/۷ (۲۲/۲۲)	
درمان جراحی		۶۰/۳ (۲۲/۳)	۵۶/۹ (۱۷/۰۷)	۶۶ (۱۸/۳۷)	
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی					۰/۹۲
درمان دارویی		۴۴/۲۵ (۲۴/۴۱)	۵۰/۵ (۲۱/۷۱)	۵۲ (۲۰/۶۸)	
درمان جراحی		۴۵ (۲۱/۹)	۴۵/۲۵ (۱۸/۲۳)	۵۲/۳۷ (۱۹/۵۱)	
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی					۰/۰۰۹
درمان دارویی		۴۳/۳۳ (۲۳/۱۴)	۵۰/۵ (۲۰/۱۶)	۵۲/۵ (۱۸/۹۱)	
درمان جراحی		۴۲/۸۳ (۲۰/۹۶)	۴۹/۵ (۱۹/۹۴)	۵۱/۵ (۱۸/۶۴)	
شادابی					۰/۲۹
درمان دارویی		۴۲/۸۷ (۱۴/۶۱)	۴۵ (۱۲/۷۵)	۴۴/۲۵ (۱۲/۰۳)	
درمان جراحی		۴۱/۸۷ (۱۶/۳۲)	۴۱/۸۷ (۱۴/۴۶)	۴۵/۶۲ (۱۲/۸۳)	
سلامت روانی					۰/۲۸
درمان دارویی		۴۷/۷ (۱۶/۴۱)	۴۹/۸ (۱۲/۷۷)	۴۹/۸ (۱۰/۸۳)	
درمان جراحی		۴۷ (۱۵/۰۵)	۵۰/۱ (۱۲/۲۶)	۵۱/۳ (۱۱/۷۲)	
عملکرد اجتماعی					۰/۰۰۱
درمان دارویی		۵۴/۷۵ (۲۱/۵۶)	۵۷/۲۵ (۲۱/۸۸)	۵۶/۵ (۲۰/۵۵)	
درمان جراحی		۵۵/۵ (۲۲/۶۱)	۵۷/۲۵ (۲۱/۱۴)	۵۹/۸ (۱۹/۱۹)	
درد بدنی					۰/۴۵
درمان دارویی		۵۴/۱۵ (۲۱/۷۲)	۵۵/۷ (۲۰/۹۹)	۵۶/۹ (۱۹/۷۹)	
درمان جراحی		۶۰/۲۵ (۲۵/۶۲)	۵۰/۹۵ (۱۸/۳۵)	۶۰/۶۹ (۲۲/۲۲)	
سلامت عمومی					۰/۰۰۱
درمان دارویی		۴۳ (۱۷/۲۹)	۴۷ (۱۷/۱۷)	۴۸/۱۲ (۱۴/۹۹)	
درمان جراحی		۴۷/۷ (۱۸/۹۸)	۴۹/۸۲ (۱۷/۹۷)	۵۲/۵۲ (۱۷/۶)	
ابعاد I-QOL					
محدودیت رفتاری					۰/۴
درمان دارویی		۲۴/۴۵ (۱۴/۵)	۵۲/۹۵ (۱۲/۴۲)	۵۹/۱۱ (۱۱/۱۵)	
درمان جراحی		۲۴/۸۵ (۱۴/۸۵)	۶۵/۳۵ (۱۳/۲۹)	۶۰ (۱۳/۳۴)	
اثرات روانی ـ اجتماعی					۰/۴۳
درمان دارویی		۳۴/۲۶ (۱۲/۰۵)	۵۶/۵۷ (۱۰/۲۱)	۶۲/۲۶ (۱۰/۳)	
درمان جراحی		۳۵/۴ (۱۲/۸۵)	۵۹/۱۱ (۱۲/۱۶)	۶۲ (۱۲/۰۲)	
آشفتگی اجتماعی					۰/۰۶
درمان دارویی		۲۲/۵۶ (۱۴/۷۶)	۴۹/۲ (۱۲/۲۱)	۵۶ (۱۲/۶۴)	
درمان جراحی		۲۴/۵۶ (۱۲/۶۷)	۴۷/۲۸ (۱۴/۷۸)	۵۱/۶۸ (۱۶/۱۳)	

* Repeated Measurement Analysis

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]

در مورد تغییرات حیطه‌های مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی بعد از درمان نظرات متفاوتی وجود دارد: تغییر بعضی از ابعاد، تغییر تمام ابعاد و عدم تغییر نتایجی است که محققان ذکر کرده‌اند. نتایج مطالعه تحقیقات Corcoles حاکی از آن است که نمرات کیفیت زندگی پرسشنامه‌های عمومی بعد از درمان در همه ابعاد تغییر معنادار آماری گزارش نمی‌نماید [۱۴]، اما در بررسی Haung تغییر معنادار آماری درکلیه ابعاد گزارش می‌شود [۱۸].

یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیق Corcoles همخوانی دارد. وی در این مورد می‌نویسد: «در بررسی آنان نمرات سلامت عمومی، عملکرد روزانه، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی بعد از درمان، افزایش معنادارآماری نشان می‌دهد که بیانگر نقش درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری است» [۱۴].

بخشی از نتایج مطالعه حاضر به گونه‌ای تأییدی بر نتایج مطالعات فوق‌الذکر است. با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۳ عدم مشاهده اختلاف معنادار آماری بین میانگین نمرات ابعاد پرسشنامه I-QOL بین دو گروه بیانگر اثرات مشابه هر دو روش درمانی مورد استفاده در این مطالعه است. یافته‌های حاصل از تحلیل آماری پرسشنامه SF-36 نیز نشان داد درمان دارویی بیش از درمان جراحی در بهبود معیارهای اندازه گیری شده توسط پرسشنامه مذکور، مؤثر بوده است و تنها در دو مورد نتایج در گروه درمان جراحی مؤثرتر از درمان دارویی بوده است. در مجموع، می‌توان گفت نتایج به دست آمده حاکی از بهبود مشابه سطح کیفیت زندگی بعد از درمان با هر دو روش دارویی و جراحی است و از آنجایی که بهبود کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین معیارهای انتخاب نوع درمان محسوب می‌شود، توجه به این مهم در اتخاذ تصمیم درمانی از سوی تیم پزشکی و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی مربوطه امری ضروری است تا بدین وسیله میزان مداخلات جراحی و مشکلات و هزینه‌های ناشی از بستری در بیمارستان نیز کاهش یابد.

از آنجا که کادر مامایی و بهداشت باروری در جامعه می‌توانند خدمات ارزنده مشاوره‌ای جهت ارجاع و رفع مشکل زنان با بیماری بی اختیاری ادراری ارایه دهند و خدمات لازم را جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم نمایند، ضروری است آموزش‌های لازم در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و همچنین پیامدهای روش درمانی در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری را در هنگام تحصیل یا بازآموزی به طور کامل فرا گیرند.

سهم نویسندگان

می نور لمیعیان: طراحی و مدیریت مطالعه
منصوره شاگرد حداد: طراحی و اجرای مطالعه
آزیتاگشتاسبی: آنالیز آماری ونگارش و بازنویسی مقاله
راضیه معصومی: نگارش و بازنویسی مقاله

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است.

از همکاری تمامی کارکنان محترم محیط پژوهش، همیاری زنان شرکت کننده و همکار ارجمند متخصص اورولوژی سرکار خانم دکتر زهرا عسگری و آقای دکتر سقراط فقیه زاده مشاور آمار طرح صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

1. Cardozo L. Pharmacotherapy in stress and mixed incontinence. EUS 2006; 5: 854-59
2. Culligan PJ, Heit M. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. American Family Physician 2006; 1: 15-22
3. No authors listed. Maps Research Institute. Quality of life Instruments Database. Available from http://www.member /IQOL /index.html. Accessed at: 2006
4. Avellanet M, Fiter M, Cirera E, Coll M. Prevalence of Urinary Incontinence in Andorra: Impact on Women's Health. BMC Women's Health 2003; 3: 1-6
5. Haj Ebrahimi S, Madaien K. Prevalence of genuine stress incontinence in 15-50 years women in Tabriz. Iranian Urology Journal 2000; 7: 19-23 [Persian]
6. Tashakori M, Moghimi A, Pilevariyan A, moghimiyan M. Study of severity and prevalence of stress incontinent in menopausal working women in Khorasan. Iranian Gynecology, Midwifery and Infertility Journal 2006; 9: 47-52 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]

7. Leung K.F, Wong W, TayM.S, Chu M.M, Ng S.S. Development and validation of Interview version of the Hong Kong Chinese WHO QOL-BREF. Journal of Quality Life Research 2005; 14: 1413-9
8. Nejat S, Montazeri A, Holakuie K, Mohammad K, Majdzade R. WHO-QOL standardization: Iranian sort reliability and translation. Scientific Journal of School in Public Health and Institute of Public Health Research 2006; 4: 1-12 [Persian]
9. Haung C, Lien H, Sung YC, Liu HT, Chie W. Quality of life of patients with gastric Cancer in Taiwan: validation and clinical application of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ- STO22. Journal of Psychology and Oncology 2007; 16: 945-9
10. Patrick DL, Martin ML, Bushnel DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of Women with Urinary Incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOl). Journal of Urology 1999; 53: 71-76
11. Martin ML, Bushnell DM, Patrick DL, Buesching DP. Cultural adaptation of a qualiy of life measure for Incontinence. Journal of European Urology 1999; 36: 427-35
12. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short Form Health Survay (SF36); translation and validation study of Iranian version. Journal of Quality of life Research 2005; 14: 875-82
13. Buchsbaum G, Chin M, Glantz Ch. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of Nuns. Obstetrics and Gynecology 2002; 100: 226-29
14. Corcoles MB. Quality of life in patients with urinary incontinence. Actas Urologicas Espanolas 2008; 32: 202-10
15. Hiesh T, Change SH. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. Journal of Gynecology & Obstetrics 2008; 100: 171-4
16. Inshiko O. Classification of female urinary incontinence by the scored incontinence questionnaire. Journal of Gynecology & Obstetrics 2000; 69: 255-60
17. Saadoun K, Ringa V, Feritel Z. Negative impact of urinary incontinence on quality of life: a cross sectional study among women age 49-61 years enrolled in the Gazel. Journal of Neuroural Urodynamic 2006; 25: 696-702
18. Hung A, Brown J, Konay A. Quality of life impact and treatment of urinary incontinence in ethically diverse older women. Journal of Archives of Internal Medicine 2006; 166: 2000-2006
19. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Goudebout P. Influence of the severity of stress urinary incontinence on of life, health care seeking and treatment: a national cross-sectional study. European Urology 2006; 50: 818-25
20. Araki I, Buppu M, Kajiwara M. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women assessment by ICI questionnaire and SF-36 health survey. Journal of Adult Urology 2005; 66: 88-93
21. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C. Impact of health-related quality of life on stress, urge and mixed urinary incontinence. BJU international 2003; 92: 731-35
22. Malone-Lee JG, kobelt G. Treatment with tolterodines sgnificantly improves social function and energy in patients with overactive bladder. Available from http: //www. Icsoffice. Org / informally-pharmacology/ 158. Html. Accessed at 2007
23. Schurch B, Denys P, Kozma C, Botulinum TA. Improves the Quality of life of patients with neurogenic urinary incontinence. Journal of European Urology 2007; 52: 850-59
24. Epstien RS. Measuring quality of life. Journal of Health Planning 1997; 38: 8-17

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.13.4]