

بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری: یک مطالعه مقطعی

مینو پاک‌گوهر^۱، شادی ثابت‌قدم^{۲*}، سید فاطمه واثق رحیم‌پرو^۱، انوشیروان کاظم‌نژاد^۳

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. مرکز آموزشی درمانی الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران
۳. گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، تهران، ایران

نشریه پایش

سال سیزدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۲ صص ۸۱-۷۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۵

نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۷ آبان ۹۲

چکیده

بی‌اختیاری ادراری یک مشکل شایع بهداشتی در زنان بوده، شیوع آن در سنین مختلف متفاوت است، و با افزایش سن بیشتر شده و در زنان پس از یائسگی بسیار شایع است. هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی در زنان یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری شهر رشت بود. در این مطالعه مقطعی ۳۱۳ زن یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی بود و از پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه تعیین نوع بی‌اختیاری ادراری، پرسشنامه تعیین شدت بی‌اختیاری ادراری و پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بی‌اختیاری ادراری برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و با آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی زنان یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری را $46/18 \pm 19/91$ نشان داد. بیشترین نوع بی‌اختیاری ادراری نوع مختلط بود و زنان یائسه مبتلا به این نوع، کمترین نمره کیفیت زندگی را داشتند. نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در هر سه نوع بی‌اختیاری ادراری با هم اختلاف معنی‌دار داشت. نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری تحت تاثیر قرار گرفته است. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی باید به زنان یائسه آموزش دهند و آنها را از درمان‌های موجود آگاه نمایند.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، بی‌اختیاری ادراری، زنان یائسه

* نویسنده پاسخگو: گیلان، رشت، خیابان نامجو، روبروی دانشگاه عضدی، مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی الزهرا (س)
تلفن: ۰۱۳۱-۲۲۴۰۷۷۵

Email: sh-sabetghadam@razi.tums.ac.ir

مقدمه

بی‌اختیاری ادراری مشکل بهداشتی شایعی در زنان است [۱]. طبق تعریف انجمن بین‌المللی بی‌اختیاری عبارت از شرایطی است که فرد بطور غیر ارادی دچار نشت ادرار می‌گردد، و یک مشکل اجتماعی و بهداشتی است [۲]. شیوع بی‌اختیاری ادراری در سنین مختلف متفاوت است و با افزایش سن بیشتر شده [۳، ۴] و در زنان پس از یائسگی بسیار شایع است [۵]. در بسیاری مطالعات حداکثر شیوع در یائسگی، گزارش شده که بسته به نوع مطالعه بین ۸ تا ۵۶ درصد متفاوت است [۵، ۶]. شیوع بی‌اختیاری ادراری در زنان بالای ۵۰ سال در یک مطالعه جامعه محور در سطح شهر تهران ۳۷/۸ درصد گزارش شده است [۷]. از آنجا که امید به زندگی زنان در ایران ۷۲/۴ سال و متوسط سن یائسگی در کشور ۴۹/۶ سالگی است انتظار می‌رود که زنان ۳۰-۲۰ سال از زندگی خود را در دوران پس از یائسگی سپری نمایند [۸]. بنابراین با توجه به افزایش جمعیت زنان یائسه و شیوع بیشتر بی‌اختیاری ادراری در این سن، مهم است که هم اکنون بی‌اختیاری ادراری را در آنها بررسی کنیم. بی‌اختیاری ادراری نه تنها با کاهش تولید، بار اقتصادی سنگینی بر سیستم بهداشتی وارد می‌کند بلکه تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی زنان دارد [۹، ۱۰]. کیفیت زندگی بخش حیاتی و مورد نیاز در برآورد پیامدهای سلامتی است و در تمام مراحل زندگی بویژه در دوران یائسگی که زنان دارای شرایط جسمی، روحی و روانی ویژه‌ای هستند و با تنیدگی‌های ناشی از این شرایط مواجه می‌گردند اهمیت زیادی دارد. بی‌اختیاری ادراری می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی مبتلایان از جمله جنبه‌های اجتماعی، روانی، خانوادگی، شغلی، فیزیکی و جنسی تأثیر بگذارد [۱۱-۱۳] و باعث مشکلاتی مانند کثیف شدن لباس، بوی نامطبوع، حساسیت پوستی، عفونت دستگاه ادراری، بر هم ریختن الگوی خواب، منزوی شدن، اضطراب و افسردگی شود که همه این‌ها می‌تواند شدیداً بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد [۹، ۱۴، ۱۵]. در مطالعه پایک و همکاران که در سال ۲۰۰۷ در کره انجام شد. کیفیت زندگی و عملکرد جنسی ۳۵۳ نفر از زنان ۲۷ تا ۷۹ ساله مبتلا به بی‌اختیاری ادراری با میانگین سن ۵۵/۷ سال بررسی شد و نتایج نشان داد که با شدیدتر شدن بی‌اختیاری ادراری کیفیت زندگی در همه حیطه‌های آن پایین است [۱۲]. در ایران نیز در مطالعه رضایی پور و همکاران که در سال ۱۳۸۱ در رابطه با کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری انجام شد، میانگین سن مبتلایان ۴۴/۹۴ سال بود و کیفیت زندگی

زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری پایین گزارش شد. همچنین با افزایش شدت و مدت بی‌اختیاری ادراری زنان کیفیت زندگی پایین تری را گزارش کردند [۱۶]. با توجه به اینکه بر اساس مطالعات اوج شیوع بی‌اختیاری ادراری در سن یائسگی گزارش شده است [۱۷-۱۹] و تاکنون مطالعه‌های جامعه محور و با استفاده از ابزار استاندارد، کیفیت زندگی زنان یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری مورد بررسی قرار نگرفته است، لذا در پژوهش حاضر به بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه شهر رشت پرداخته شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه مقطعی - همبستگی که در سال ۱۳۹۰ در شهر رشت انجام شد، تعداد نمونه بر اساس نتایج مطالعه پایک و همکاران و طبق فرمول متناسب و با دقت ۲/۵ در نمره کیفیت زندگی پیش‌بینی ۱۰ درصد ریزش، جهت انجام مطالعه حاضر ۳۱۳ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود. از بین ۱۵ مراکز بهداشت اصلی واقع در سه منطقه شهر رشت، مراکز بهداشتی شماره ۵، ۷ و ۱۴ به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پژوهشگر به هر یک از این مراکز بهداشتی مراجعه و از روی پرونده‌های بایگانی شده در آن مرکز لیستی از زنان بالای ۴۵ سال را تهیه نمود. بعد از مشخص شدن آدرس‌ها و هماهنگی تلفنی، پژوهشگر و دو کمک پژوهشگر که آموزش لازم را در زمینه تکمیل پرسشنامه‌ها دیده بودند هر کدام به‌طور جداگانه به منازل آن افراد مراجعه و در مورد یائسه بودن و داشتن مشکل بی‌اختیاری ادراری از سؤال نمودند. در صورت رضایت و داشتن معیارهای ورود به مطالعه پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. مدت تکمیل پرسشنامه‌ها برای هر فرد حدود ۱۵ دقیقه به طول انجامید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۴۵ تا ۶۰ سال، یائسگی به طور طبیعی، ابتلا به بی‌اختیاری ادراری بنا به گزارش بیمار حداقل به مدت ۶ ماه، عدم ابتلا به عفونت ادراری بنا به گفته واحدهای پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و نداشتن محدودیت حرکتی بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای سه قسمتی بود.

قسمت اول، پرسشنامه اطلاعات فردی، شامل سؤالاتی در مورد سن، سن یائسگی، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، نوع زایمان، تعداد فرزندان و غیره بود. قسمت دوم ابزار پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه تعیین نوع بی‌اختیاری ادراری

قسمت سوم، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی ویژه بی‌اختیاری ادراری (I-QoL) Incontinence Quality of Life، حاوی سوالات مربوط به سنجش کیفیت زندگی بر اساس کیفیت زندگی در بی‌اختیاری ادراری بود که دارای ۲۲ عبارت است. در این پرسشنامه سه حیطه محدودیت رفتار (هشت عبارت)، روانی-اجتماعی (نه عبارت) و گرفتاری‌های اجتماعی (پنج عبارت) را بررسی می‌کند. مجموعه امتیازات این سه حیطه جمع شده و تبدیل به یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰ می‌شود و امتیاز بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بهتر است. پرسشنامه مذکور توسط نجومی و همکاران در ایران اعتبار سنجی شده است [۱۷]. همچنین به‌دلیل شرایط مذهبی جامعه مورد پژوهش سؤالی در مورد میزان مشکلات مربوط به انجام فرائض دینی و نماز خواندن در اثر بی‌اختیاری ادراری، از واحدهای مورد پژوهش پرسیده شد. در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل آن با استفاده از نرم افزار SPSS17 انجام شد و از آمار توصیفی و آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، کروسکال والیس، آنوا و من ویتنی استفاده گردید.

Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID) پرسشنامه شاخص شدت بی‌اختیاری ادراری Incontinence Severity Index (ISI) بود. پرسشنامه QUID حاوی شش سؤال است که سه سؤال اول برای تشخیص بی‌اختیاری ادراری استرسی و سه سؤال دوم برای تشخیص بی‌اختیاری ادراری فوریتی است؛ به طوری که نمره ۴ و بالاتر از سه سؤال اول، معیار ابتلا به بی‌اختیاری نوع استرسی و نمره ۶ و بالاتر از سه سؤال دوم، معیار ابتلا به بی‌اختیاری نوع فوریتی بوده و وجود هر دو مورد ذکر شده، تشخیص بی‌اختیاری ادراری نوع مختلط است. پرسشنامه (ISI) حاوی دو سؤال در مورد شدت بی‌اختیاری ادراری است. در این پرسشنامه سؤال اول از یک تا چهار و سؤال دوم از یک تا سه نمره دهی است و محدوده امتیاز آن بین ۱ تا ۱۲ است. امتیاز سؤال مربوط به دفعات بی‌اختیاری ادراری در امتیاز مربوط به مقدار نشت ادرار ضرب شده و شاخص شدت بی‌اختیاری ادراری به دست می‌آید و یک سؤال نیز در مورد مدت ابتلا به بی‌اختیاری ادراری است. برای تعیین روایی این دو پرسشنامه، از روایی محتوی و روایی صوری و برای بررسی پایایی آنها از روش آزمون مجدد استفاده شد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی بر حسب نوع بی‌اختیاری ادراری

| نوع بی‌اختیاری ادراری ابعاد کیفیت زندگی | نتیجه آزمون آماری Kruskal-wallis | | |
|--|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| | مختلط | فوریتی | استرسی |
| | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار |
| رفتارهای اجتنابی | ۱۸/۷۰ ± ۲۹/۵۳ | ۱۷/۹۶ ± ۳۸/۱۴ | ۲۰/۱۹ ± ۵۲/۵۹ |
| روانی-اجتماعی | ۲۲/۷۶ ± ۴۹/۰۷ | ۲۱/۴۶ ± ۵۸/۱۶ | ۱۸/۹۷ ± ۶۳/۳۰ |
| گرفتاری‌های اجتماعی | ۲۲/۸۵ ± ۳۸/۷۳ | ۱۹/۷۲ ± ۴۴/۹۴ | ۱۹/۴۵ ± ۵۴/۴۲ |
| کیفیت زندگی کلی | ۱۹/۷۱ ± ۳۹/۶۲ | ۱۷/۴۶ ± ۴۷/۸۸ | ۲۵/۳۹ ± ۱۷/۵۵ |

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی حسب شدت بی اختیاری ادراری

| نتیجه آزمون آماری | شدت بی اختیاری | | |
|---------------------|--|--|---|
| | شدید | متوسط | خفیف |
| کیفیت زندگی | میانگین \pm انحراف معیار | میانگین \pm انحراف معیار | میانگین \pm انحراف معیار |
| رفتارهای اجتنابی | ۱۹/۶۵ \pm ۱۹/۰۵ | ۳۷/۵۰ \pm ۱۹/۱۰ | ۴۳/۷۸ \pm ۱۹/۴۷ |
| روانی - اجتماعی | ۳۱/۲۸ \pm ۲۲/۲۳ | ۵۸/۲۵ \pm ۱۹/۱۰ | ۶۰/۸۸ \pm ۱۸/۹۷ |
| گرفتاری های اجتماعی | ۲۵/۶۸ \pm ۲۱/۲۷ | ۴۵/۸۳ \pm ۲۱/۲۷ | ۴۹/۵۶ \pm ۱۸/۸۷ |
| کیفیت زندگی کلی | ۲۵/۷۸ \pm ۱۹/۶۵ | ۴۷/۸۸ \pm ۱۷/۵۰ | ۵۲/۰۹ \pm ۱۶/۹۵ |
| | $P < .001$ $X_2 = 49.565$ Kruskal-wallis | $P < .001$ $X_2 = 54.303$ Kruskal-wallis | $P < .001$ $X_2 = 46.15$ Kruskal-wallis |
| | $F = 42.290$ ANOVA | | |

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی بر حسب مدت بی اختیاری ادراری

| نتیجه آزمون آماری | مدت ابتلا به بی اختیاری کیفیت زندگی | | |
|---------------------|---|--|--|
| | ≥ 6 سال | ۳-۵ سال | ۶ ماه تا ۲ سال |
| رفتارهای اجتنابی | ۳۱/۹۴ \pm ۱۷/۱۱ | ۳۵/۳۵ \pm ۲۰/۰۸ | ۴۴/۷۰ \pm ۲۳/۱۹ |
| روانی - اجتماعی | ۵۵/۲۳ \pm ۲۰/۹۹ | ۵۲/۳۷ \pm ۲۳/۲۲ | ۵۷/۱۸ \pm ۲۲/۶۴ |
| گرفتاری های اجتماعی | ۴۳/۸۸ \pm ۲۴/۰۲ | ۴۱/۵۶ \pm ۲۰/۸۲ | ۴۷/۰۰ \pm ۲۲/۶۸ |
| کیفیت زندگی کلی | ۴۴/۱۸ \pm ۱۷/۷۲ | ۴۳/۷۲ \pm ۲۰/۰۵ | ۵۰/۳۳ \pm ۲۱/۲۳ |
| | $*P < .001$ $X_2 = 19.270$ Kruskal-wallis | $P = .0260$ $X_2 = 2.692$ Kruskal-wallis | $P = .0091$ $X_2 = 4.791$ Kruskal-wallis |
| | $*P = .026$ | | |
| | $F = 3.713$ ANOVA | | |

*P بدست آمده معنی دار است

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۱۳ زن یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری شرکت داشتند. میانگین سن واحدهای مورد پژوهش ۵۲/۹ سال بود. بیشترین موارد بی‌اختیاری ادراری در این پژوهش در گروه سنی ۵۴-۵۰ سال با ۵۵/۶ درصد و کمترین موارد مبتلا به بی‌اختیاری ادراری در گروه سنی ۴۹-۴۵ سال با ۱۶/۹ درصد بود. متوسط سن مبتلایان به بی‌اختیاری ادراری ۵۲/۹ سال و انحراف معیار ۳/۶۸ به دست آمد. متوسط سن یائسگی در واحدهای مورد پژوهش ۴۸/۸ سال و انحراف معیار ۲/۲۶ بود. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۵۵ درصد) تحصیلات ابتدایی و کمترین درصد (۵/۱ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۸/۱ درصد خانه‌دار و بقیه شاغل یا بازنشسته ۲۱/۴ درصد و ۱۰/۵ درصد آنها کشاورز بوده‌اند. وضعیت اقتصادی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۹/۵ درصد) متوسط بوده است. بیشترین واحدهای مورد پژوهش (۷۹/۹ درصد) سابقه هیچ‌گونه بیماری مزمن همراه را نداشتند و سایر آنها مبتلا به فشار خون بالا (۸ درصد)، دیابت (۶/۴ درصد) و یا هر دو بیماری (۶/۷ درصد) بودند. بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۲۸/۸ درصد) پنج زایمان و بیشتر داشتند و اکثریت واحدهای پژوهش (۸۴/۶ درصد) زایمان طبیعی داشتند. اکثریت واحدهای پژوهش (۴۸/۶ درصد) به بی‌اختیاری ادراری نوع مختلط مبتلا بوده و مابقی مبتلا به بی‌اختیاری نوع استرسی (۲۴/۳ درصد) و فوریتی (۲۷/۲ درصد) بودند. بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۴۶/۶ درصد) مبتلا به نوع خفیف بی‌اختیاری ادراری بوده و کمترین آنها (۱۶/۳ درصد) مبتلا به بی‌اختیاری ادراری شدید بودند. حداقل مدت ابتلا به بی‌اختیاری ادراری ۶ ماه و حداکثر مدت ابتلا ۲۸ سال بوده و به طور متوسط مدت ابتلا به بی‌اختیاری ادراری در واحدهای پژوهش $5/08 \pm 5/33$ بود. میانگین نمره کیفیت زندگی کلی واحدهای پژوهش ۴۶/۱۸ با انحراف معیار ۱۹/۹۱ بوده، و بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد روانی - اجتماعی (۵۵±۲۲/۳۱) و کمترین میانگین مربوط به بعد رفتارهای اجتنابی (۳۷/۴۷±۲۰/۹۹) بود. کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن در زنان یائسه مبتلا به سه نوع بی‌اختیاری ادراری با هم تفاوت معنادار آماری داشت و در نوع مختلط نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن پایین‌تر از انواع دیگر بی‌اختیاری ادراری بود. آزمون من ویتنی نشان داد که کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن در بی‌اختیاری نوع استرسی و مختلط

($P < 0/001$) و همینطور در نوع فوریتی و مختلط با هم اختلاف آماری معنادار داشت (جدول ۱). همچنین نمره کیفیت زندگی بر اساس شدت بی‌اختیاری ادراری در سه گروه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری خفیف، متوسط و شدید با هم اختلاف آماری معنادار داشت و زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری شدید، پایین‌ترین کیفیت زندگی را داشتند. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که نمره کیفیت زندگی کلی در سه گروه بی‌اختیاری ادراری خفیف، متوسط و شدید متفاوت است و انجام آزمون تعقیبی شفه نشان داد این اختلاف ناشی از تفاوتی است که نمره کیفیت زندگی در هر سه گروه با هم دارد. آزمون کروسکالوالیس نشان داد که سه گروه در بعد رفتارهای اجتنابی با هم اختلاف آماری معنی‌دار دارند و آزمون من ویتنی نیز نشان داد که ابعاد کیفیت زندگی در مبتلایان به بی‌اختیاری ادراری خفیف و شدید و همینطور متوسط با شدید با هم اختلاف معنادار دارند. اما بین مبتلایان به بی‌اختیاری ادراری نوع خفیف و متوسط تنها بعد رفتارهای اجتنابی کیفیت زندگی اختلاف معنادار آماری دارد (جدول ۲). با توجه به مدت ابتلا به بی‌اختیاری ادراری، آزمون کروسکال والیس نشان داد نمره بعد رفتارهای اجتنابی در سه گروه اختلاف آماری معنی‌دار دارد و آزمون من ویتنی نشان داد که در سه گروه مختلف از نظر مدت ابتلا گروه اول با دوم و همچنین گروه اول با سوم در بعد رفتارهای اجتنابی اختلاف آماری معنادار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد اکثریت واحدهای پژوهش (۴۸/۶ درصد) به بی‌اختیاری ادراری نوع مختلط مبتلا بودند. این یافته مشابه نتایج مطالعه Minassian و همکاران است. ایشان نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شیوع بی‌اختیاری ادراری نوع فوریتی و مختلط با افزایش سن افزایش می‌یابد [۲۰]. بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۴۶/۶ درصد) مبتلا به نوع خفیف بی‌اختیاری ادراری بودند، که این یافته مشابه نتایج رضائی‌پور و همکاران است. نتایج مطالعه آنها نیز نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش به بی‌اختیاری ادراری خفیف مبتلا بودند [۱۶]. میانگین نمره کیفیت زندگی کلی واحدهای پژوهش ۴۶/۱۸ و انحراف معیار ۱۹/۹۱ بود. مطالعه Liebergall-Wischnitzer میانگین نمره کیفیت زندگی را در زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری ۶۸/۲ گزارش نمود [۱۴]. Paick میانگین نمره کیفیت زندگی را در زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری

بر اساس یافته‌های این جدول کیفیت زندگی در هر سه گروه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری خفیف، متوسط و شدید با هم اختلاف آماری معنادار داشت و نمره کیفیت زندگی در زنان یائسه مبتلا به نوع شدید بی‌اختیاری ادراری از دو گروه دیگر پایین‌تر بود. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعه پایک و Coyne و Lasserre است [۲۲،۲۳]. جدول شماره ۳ نمره کیفیت زندگی را بر حسب مدت ابتلا به بی‌اختیاری ادراری نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول کیفیت زندگی در گروه با مدت ابتلا بین شش ماه تا دو سال تفاوت آماری معنادار با گروه مدت ابتلا بین سه تا پنج سال و همچنین با گروه مدت ابتلا شش سال و بیشتر نشان داد. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به گروه با مدت ابتلا کمتر بود و کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به گروه با مدت ابتلا بین سه تا پنج سال بود. با افزایش مدت ابتلا نمره کیفیت زندگی به طور معناداری کمتر شد. نتایج مطالعه Lasserre و رضایی‌پور نیز نشان داد که با افزایش مدت ابتلا به بی‌اختیاری ادراری، کیفیت زندگی در افراد مبتلا بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین گروه با مدت ابتلا شش ماه تا دو سال با گروه مدت ابتلا شش سال و بالاتر در بعد رفتارهای اجتنابی اختلاف آماری معنادار داشتند. به نظر می‌رسد با افزایش مدت ابتلا به شش سال و بالاتر در واحدهای مورد مطالعه، آنها از رفتارهای اجتنابی بیشتری جهت تطابق با بی‌اختیاری ادراری استفاده می‌نمایند. با توجه به اینکه مسئولیت حفظ و ارتقای سلامت و بهداشت زنان به عهده مدیران و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور است و یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی در واحدهای پژوهش تحت تأثیر قرار گرفته است لذا پیشنهاد می‌شود با ارتقای سطح آگاهی مبتلایان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی به وسیله رسانه‌های گروهی، از تأثیر مخرب بی‌اختیاری ادراری بر کیفیت زندگی زنان، به‌خصوص زنان یائسه، بکاهد و همچنین موجب حساسیت بیشتر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی نسبت به مشکلات بهداشتی نظیر بی‌اختیاری ادراری شده و به مددجویان خدمات بهتری ارائه دهند تا به بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه کمک کنند. در این راستا مدیران می‌توانند با برگزاری کلاس‌های آموزش ضمن خدمت برای پرسنل بهداشتی و به ویژه پزشکان عمومی و ماماها و آشنایی آنان با روش‌های نوین ارزیابی و درمان در ارتقای سلامت زنان جامعه گام بردارند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای زنان یائسه نیز به تمام مراکز بهداشتی درمانی گسترش

۶۶/۶ گزارش نمود [۱۲]. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در مطالعه Ozkan ۶۹/۸۵ گزارش شد [۱۰]. به نظر پژوهشگر پایین‌تر بودن میانگین نمره کیفیت زندگی در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات مذکور می‌تواند به علت تفاوت فرهنگی و مذهبی جامعه مورد بررسی باشد. شرایط مذهبی جامعه مطالعه حاضر و نیاز به طهارت برای انجام فرائض دینی در واحدهای مورد پژوهش حاضر باعث می‌شود، کیفیت زندگی بیشتر تحت تأثیر قرار بگیرد. در این راستا برای بررسی تأثیر بی‌اختیاری ادراری بر ادای نماز و انجام فرائض مذهبی، در این مورد نیز از واحدهای پژوهش سؤال شد و نتایج نشان داد که ادای نماز و انجام فرائض دینی در اکثریت واحدهای پژوهش (۳۹/۶ درصد خیلی زیاد) و (۲۰/۸ درصد زیاد) تحت تأثیر قرار گرفته است. این یافته در راستای یافته‌های مطالعه El-Azab است [۲۱]. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد روانی - اجتماعی (۵۵±۲۲/۳۱) و کمترین میانگین مربوط به بعد رفتارهای اجتنابی (۳۷/۴۷±۲۰/۹۹) بود. مطالعه ازکان نیز همانند مطالعه حاضر کمترین نمره کیفیت زندگی را در بعد رفتارهای اجتنابی نشان داد. دلیل دیگر کمتر بودن میانگین نمره کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش می‌تواند تفاوت در گروه سنی زنان مورد مطالعه باشد زیرا شیوع بی‌اختیاری نوع مختلط در واحدهای مورد پژوهش بیشتر بود. در مطالعه پایک طیف وسیع‌تر سنی (۷۹-۲۷) مورد مطالعه قرار گرفته و شیوع بی‌اختیاری ادراری نوع استرسی در آنها بیشتر بوده است. در حالی که مطالعه حاضر فقط متمرکز بر زنان یائسه بود که تقریباً نیمی از آنها مبتلا به بی‌اختیاری ادراری نوع مختلط بودند. با افزایش بی‌اختیاری نوع مختلط و فوریتی در سنین بالاتر و به علت کنترل دشوارتر این نوع بی‌اختیاری ادراری نسبت به بی‌اختیاری ادراری نوع استرسی، این زنان هنگام انجام فعالیت‌های مختلف و به ویژه ادای نماز بیشتر از افراد مبتلا به بی‌اختیاری ادراری نوع استرسی دچار مشکل شوند. جدول شماره ۱ میانگین نمره کیفیت زندگی را بر اساس نوع بی‌اختیاری ادراری نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول در زنان یائسه مبتلا به بی‌اختیاری ادراری نوع مختلط نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن پایین‌تر از انواع دیگر بی‌اختیاری ادراری است. این یافته همسو با یافته‌های Paick و Ozkan است، ایشان نیز نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری نوع مختلط بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. جدول شماره ۲ نمره کیفیت زندگی را بر حسب شدت بی‌اختیاری ادراری نشان می‌دهد.

شادی ثابت قدم: طراحی تحقیق، نگارش نسخه اولیه و نهایی مقاله، تجزیه و تحلیل داده‌ها
سیده فاطمه واثق رحیم‌پور: طراحی تحقیق، مرور و اصلاح نهایی
انوشیروان کاظم نژاد: تجزیه و تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب به وسیله معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، به شماره ۱۵۵۰۰ بود. از مسئولین محترم معاونت پژوهشی و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان که جهت انجام این پژوهش همکاری لازم را داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

یابد و باعث ارتقای کیفیت زندگی آنها شود. با توجه به اینکه کیفیت زندگی اساس خدمات بهداشتی درمانی را تشکیل می‌دهد. پژوهشگران امیدوارند نتایج این پژوهش بتواند به‌عنوان اطلاعات زمینه‌ای در پژوهش‌های آینده و به‌عنوان منبعی برای تحقیقات دیگر در زمینه بی‌اختیاری ادراری، مورد استفاده قرار گیرد. جهت مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود کیفیت زندگی در زنان یائسه مبتلا و غیر مبتلا به بی‌اختیاری ادراری و یا اثر درمان‌های مختلف دارویی و جراحی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا با هم مقایسه شود.

سهم نویسندگان

مینو پاک‌گوهر: ارائه ایده پژوهش، مدیریت پژوهش، مرور و اصلاح نسخه نهایی

منابع

1. 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. *The Journal of Urology* 2008;159:651-5
2. Borges JBR, Neri L, Sigrist RMS, Martins LO, Guarisi T, Marchesini AC. Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the King Health questionnaire. *FMJ, Jundiai (SP) Brazil*. 2009;7:308-13
3. O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S, Hunskaar S. Help-Seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *European Urology* 2004;47:385-92
4. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003;82:327-38
5. Pace G, Silvestri V, Guala L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: how they affect female postmenopausal health. *The Journal of The North American Menopause Society* 2009;16:1188-92
6. Sherburn M, Guthrie J, Emma Dudley, O'Connell H, Dennerstein L. Is Incontinence Associated With Menopause? *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2001;98:628-33
7. Ahmadi B, Alimohammadian M, Golestan B, Mahjubi B, Janani L, Mirzaei R. The hidden epidemic of urinary incontinence in women: a population-based study with emphasis on preventive strategies. *International Urogynecology Journal* 2010;21:453-59
8. Mohammad K, Hashemi, Farahani F. Age at natural menopause in Iran. *Journal of Maturitas* 2004;49:321-6
9. Cohen BL, Barboglio P, Gousse A. The Impact of Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction Using a Validated Instrument. *International Society for Sexual Medicine* 2008;5:1418-23
10. Ozkan S, Ogce F, Cakir D. Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence. *Japan Journal of Nursing Science* 2011;8:11-9
11. Mishra GD, Croudance T, Cardozo L, Kuh D. A longitudinal investigation of the impact of typology of urinary incontinence on quality of life during midlife: results from a British prospective study. *Maturitas*. 2009;64:246-8
12. Paick J-S, Cho MC, Oh S-J, Kim SW, Ku JH. Influence of self-preceived Incontinence severity on quality of life and sexual function in women with urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. 2007;26:828-35
13. Blumel JE, Branco C, Binfa L, Gramenga G, Tacla X, Aracena B. Quality of life after the menopause: a population study. *Jornal of maturitas* 2000;34:17-23
14. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Manor O, Woloski Wruble AC. Sexual Function and Quality of Life for Women with Mild-to-Moderate Stress Urinary Incontinence. *The Journal of Midwifery & Women's Health* 2011;56:461-7
15. Lekan-Rutledge D. Urinary Incontinence Strategies for frail elderly women. *Urologic Nursing* 2004; 24:281-303

- [16.](#) Rezaeipur, A. Mirmolaei, T. Mahmoudi, M. Jabarikhani, Z. Quality of life in Urinary Incontinence women. *Hayat* 2002; 13: 16-21
- [17.](#) Nojomi M, Baharvand P, Moradi M, Patrick DL. Incontinence quality of life questionnaire (I-QOL): translation and validation study of the Iranian version. *International Urogynecology Journal* 2009;20:575-9
- [18.](#) Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;111(2, Part 1):324
- [19.](#) Townsend MK, Danforth KN, Lifford KL, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, et al. Incidence and remission of urinary incontinence in middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007;197: 67
- [20.](#) Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary Incontinence in Women, Variation in Prevalence Estimates and Risk Factors. *Obstetrics and Gynaecology* 2008;111:324-31
- [21.](#) El-Azab AS, Mascha EJ. Arabic validation of the Urogenital Distress Inventory and adapted Incontinence Impact Questionnaires-short forms. *Neurourology and Urodynamics* 2009;28:33-9
- [22.](#) Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU international* 2008;101:1388-95
- [23.](#) Lasserre A, Pelat C, Guérault V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary Incontinence in French Women: prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life. *European Urology* 2009;56:177-83

ABSTRACT

Quality of life in postmenopausal women with urinary incontinence: a cross sectional study

Minoo Pakgohar¹, shadi Sabetghadam^{2*}, Seyedeh Fatemeh Vaseg Rahimparvar¹, Anoushiravan Kazemnejad³

1. School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Midwife at Alzahra hospital, Gilan University of Medical Sciences, Gilan, Iran

3. Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 73-81

Accepted for publication: 23 February 2013

[EPub a head of print-18 November 2013]

Objective (s): Urinary incontinence (UI) is a common condition among women. The aim of this study was to determine quality of life of postmenopausal women with urinary incontinence.

Methods: In this cross-sectional study, 313 post- menopausal women with urinary incontinence were participated. The data were collected using the Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID), the Incontinence Severity Index (ISI) and the Incontinence Quality of Life questionnaire (I-QoL).

Results: The mean QoL score was 46.18 ± 19.91 . Most women (48.6%) reported that suffering from mixed UI and this group had the lowest QoL score. There were significant differences in quality of life score among women suffering from different types of UI ($P < 0.001$).

Conclusion: The findings indicated that QoL was impaired in women with UI. It seems that health professionals should educate patients and make them aware of available treatments.

Key Words: Quality of life, Urinary incontinence, Post-Menopausal women

* Corresponding author: Midwife at Alzahra hospital, Gilan University of Medical Sciences, Gilan, Iran

Tel: 01312240775

E-mail: sh-sabetghadam@razi.tums.ac.ir