

بررسی وضعیت بی اختیاری ادراری در حاملگی در بیمارستان و زایشگاه

دکتر شبیه خوانی کاشان در سه ماهه آخر سال ۱۳۷۶

* دکتر میترا بهرشی ** دکتر شهلا یوسف زاده

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بالای بی اختیاری ادراری در حاملگی و مشکلات متعدد بهداشتی - اجتماعی برای مستلایان به آن و با عنایت به گزارش‌های گوناگون در مورد میزان آن، این تحقیق به منظور تعیین وضعیت بی اختیاری ادراری در حاملگی در بیمارستان و زایشگاه دکتر شبیه خوانی کاشان طی ۳ ماهه آخر سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش توصیفی (Descriptive) و با احتمال شیع ۵ درصد بر روی تعداد ۴۰ نفر خانم‌های حامله با حاملگی اول یا دوم که در بیمارستان دکتر شبیه خوانی کاشان بستری و زایمان نموده‌اند صورت پذیرفت و خصوصیات آنها از نظر وجود یا عدم وجود بی اختیاری ادراری، زمان شروع، شدت و نحوه برخورد بیمار با آن بررسی و ثبت شده و شیوع عارضه در افراد مورد بررسی و فاصله اطمینان آن در جامعه تعیین گردید.

یافته‌ها: سن افراد مورد بررسی 22 ± 4 سال، ۴۰ درصد در حاملگی اول و ۶۰ درصد در حاملگی دوم بودند. شیوع بی اختیاری ادراری $33/5$ درصد تعیین شد و زمان شیوع عارضه در $\frac{2}{3}$ موارد در ماه آخر حاملگی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای بی اختیاری ادراری در حاملگی و عوارض بالقوه آن از نظر بهداشتی - اجتماعی توصیه می‌گردد که تحقیقات تحلیلی برای شناخت علل و کاهش عارضه این بیماری انجام گیرد و سیاست‌های آینده بیشتر بر روی انجام آموزش‌های مربوط به بی اختیاری ادراری در حاملگی متمرکز باشد.

وازگان کلیدی: بی اختیاری ادراری، بارداری، عضلات لگن

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، گروه زنان و زایمان

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، دستیار زنان و زایمان

مستمر طی سه ماهه آخر سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

خانم‌های حامله با حاملگی اول یا دوم که در این مدت در بیمارستان دکتر شیبیه خوانی کاشان زایمان نمودند پس از جلب همکاری و توجیه طرح مورد مصاحبه قرار گرفته و خصوصیات آنها از نظر سن، میزان تحصیلات، محل سکونت و شغل بررسی و اطلاعات در یک فرم پرسشنامه ثبت گردید. وجود عارضه بی اختیاری ادراری، زمان شروع، نوع، مقدار و نحوه برخورد بیمار با آن توسط دستیار زنان و تحت نظر متخصص مربوط بررسی و درج شد. سوالاتی که راجع به بی اختیاری ادراری طی حاملگی بود به دو بخش تقسیم می‌شد. در یک بخش اطلاعات مربوط به وجود یا عدم وجود بی اختیاری ادرار و نوع آن شامل بی اختیاری استرسی، بی اختیاری فوریتی و یا هردو بررسی می‌گردید و در بخش دیگر اطلاعات راجع به زمان شروع و مقدار بی اختیاری ادرار و نیز برخورد بیمار با بی اختیاری ادرار سوال می‌شد. زمان شروع به صورت سه ماهه اول، سه ماهه دوم، سه ماهه سوم و یک ماه آخر قبل از زایمان تقسیم بندی گردید. از نظر مقدار بی اختیاری به صورت چند قطره، یا به میزانی که Pad بیمار مرتکب شود و یا به میزانی که Pad کاملاً خیس گردد در سه گروه به ترتیب خفیف، متوسط و شدید دسته بندی شد.

برخورد بیمار با بی اختیاری ادراری به صورت

"هیچ مشکلی نیست" و یا "باعث ناراحتی من می‌شود" براساس گفته بیمار طبقه‌بندی گردید. اطلاعات مربوط به سن، تعداد زایمان و مشخصات فردی از قبیل محل سکونت و میزان تحصیلات بیمار در پرسش نامه درج شد. داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی، استخراج و شیوع عارضه در نمونه‌های مورد بررسی تعیین و فاصله اطمینان

مقدمه

بی اختیاری ادراری به صورت دفع غیررادی ادرار تعریف می‌گردد که یک مشکل اجتماعی یا بهداشتی می‌باشد. بی اختیاری ادراری یک نشانه بوده و عنوان تشخیصی نیست و نباید یک شکایت جزئی در نظر گرفته شود. منابع ملی - بهداشتی تخمین زده‌اند که بیش از ۵ میلیون آمریکایی بالغ (هفت میلیون زن) به بی اختیاری ادراری مبتلا هستند که هزینه‌ای بیش از ۱۰/۳ بیلیون دلار در سال را به خود اختصاص می‌دهد (۱).

گزارش‌های متعدد شیوع بی اختیاری ادراری در حاملگی را از حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد ذکر کرده‌اند و این مساله لزوم توجه به بی اختیاری ادراری به خصوص در دوران حاملگی را آشکار می‌سازد (۲،۳).

اغلب زنان اولین بار بی اختیاری ادراری را طی حاملگی تجربه می‌کنند. بی اختیاری ادراری در حاملگی شیوع بالایی دارد که می‌تواند به علت بار اضافی باشد که حاملگی بر اعضای داخل لگنی و کف لگن اعمال می‌کند. هم چنین تولد نوزاد و زایمان واژینال می‌توان به عنوان عاملی در ایجاد بی اختیاری ادرار موثر باشد (۴).

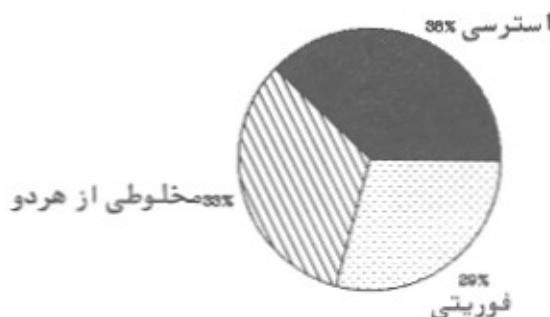
در این مطالعه شیوع بی اختیاری ادراری در زنان حامله با حاملگی اول یا دوم بررسی و تعیین شده است.

مواد و روشها

تحقیق حاضر با روش توصیفی (Descriptive) انجام گرفت. از آنجایی که از شیوع عارضه اطلاعی در دست نبود، براساس احتمال ۵۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۵ درصد شیوع عارضه تعیین گردید. تحقیق بر روی ۴۰ نمونه و به صورت نمونه‌گیری

نوع استرسی به تنهایی، ۷۱ درصد بی اختیاری از نوع استرسی به تنهایی یا توام با بی اختیاری فوریتی داشتند.

(Confidence interval) آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید.



نمودار ۱- توزیع انواع بی اختیاری ادراری در حاملگی در
یمارستان دکتر شیه خوانی کاشان طی سه ماهه آخر سال ۱۳۷۶

در جدول (۲) زمان شروع بی اختیاری ادراری ذکر گردیده
و نشان می دهد که حدود $\frac{2}{3}$ موارد بی اختیاری ادراری در ماه
آخر حاملگی شروع شده و فقط ۵ درصد افراد مبتلا شروع
بی اختیاری را در سه ماهه اول حاملگی ذکر کرده اند.

جدول ۲- توزیع زمان بروز بی اختیاری ادرار در حاملگی در
یمارستان دکتر شیه خوانی کاشان سال ۱۳۷۶

درصد	تعداد	فراوانی
زمان شروع		
سه ماهه اول	۷	۵
سه ماهه دوم	۱۶	۱۲
سه ماهه سوم	۲۸	۲۱
ماه آخر	۸۳	۶۲
جمع	۱۳۴	۱۰۰

در نمودار (۲) شدت بی اختیاری ادرار ارایه گردیده
و نشان می دهد که نزدیک به $\frac{4}{5}$ موارد بی اختیاری ادرار
خیفی بوده است.

یافته ها

در ۴۰۰ نفر نمونه مورد بررسی سن آنها $\frac{4}{3} \pm 23$ سال بود. ۹۲/۵ درصد خانه دار، ۷/۵ درصد آنها شاغل، ۶۰ درصد شهری و ۴۰ درصد بقیه روستایی بودند. ۲۴۰ نفر (۶۰ درصد) زایمان اول و ۱۶۰ نفر (۴۰ درصد) زایمان دوم داشتند. در جدول (۱) توزیع سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه ارایه گردیده است و نشان می دهد که $\frac{2}{3}$ نمونه های مورد بررسی سطح تحصیلات در حد ابتدایی داشتند.

جدول ۱- توزیع سطح تحصیلات در افراد مورد مطالعه

سطح تحصیلات	فراوانی	تعداد	درصد	درصد نجمی
بی ساد		۴	۱	۱
ابتدایی		۳۰۲	۷۵/۵	۷۶/۵
متوسطه		۵۶	۱۴	۹۰/۵
دانشگاهی		۳۸	۹/۵	۱۰۰
جمع		۴۰۰	۱۰۰	

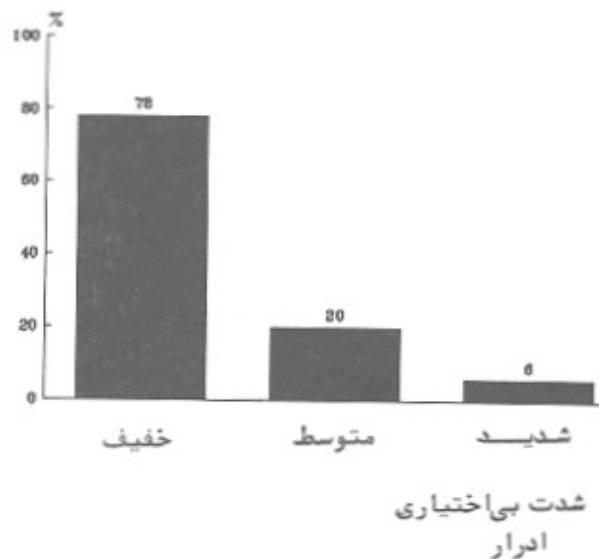
از نمونه های مورد بررسی ۱۳۴ نفر ($\frac{3}{3} / ۳۳$ درصد) مبتلا به عارضه بی اختیاری ادراری بودند. با توجه به این شیوع در نمونه های مورد بررسی می توان میزان عارضه را در زنان حامله شهرستان کاشان از حداقل ۲۹ تا حداقل ۳۸ درصد برآورد نمود ($CI = ۲۹ - ۳۸$).

در نمودار (۱) توزیع انواع بی اختیاری ادراری ارایه شده است و نشان می دهد ۳۸ درصد بی اختیاری از

سفیدپوست و سیاهپوست انجام داده و شیوع بی اختیاری ادراری در این ۲ گروه را به ترتیب $62/6$ درصد و $46/4$ درصد به دست آوردهند و تیجه گرفته‌اند که بی اختیاری ادراری در نزادهای مختلف متفاوت است که ناشی از اختلاف در مقاومت کف لگن می‌باشد (۳). آمار فوق نشان می‌دهد شیوع عارضه بی اختیاری ادراری در حاملگی از حدود 30 درصد تا 60 درصد متغیر است. Chiarelli و همکاران در سال ۱۹۹۷ مطالعه‌ای جهت تعیین شیوع بی اختیاری ادراری و عوامل موثر در آن انجام داده و به این تیجه رسیده‌اند که شیوع بی اختیاری ادراری 64 درصد است و این عارضه در کسانی که زایمان قبلی داشتند 4 برابر زنانی می‌باشد که زایمان نداشتند و هم چنین در کسانی که زایمان قبلی توسط واکیوم انجام گرفته این عارضه 10 برابر می‌باشد (۴).

عوامل متعددی در ایجاد بی اختیاری ادراری موثرند که از این میان نقش زایمان‌های قبلی در کاهش مقاومت عضلات لگن و در تیجه شیوع بیشتر بی اختیاری ادرار کاملاً شناخته شده و در مطالعات متعدد تایید گردیده است (۵).

از آنجایی که مطالعه ما در گروه زنان حامله با حاملگی اول یا دوم بوده و بنابراین تعداد زایمان‌های قبلی محدود بود می‌توان گفت در صورتی که افراد مورد مطالعه از زنان با زایمان‌های قبلی بیش از یک بار انتخاب شوند شیوع بی اختیاری ادراری از این مقدار هم بالاتر خواهد بود. بی اختیاری ادراری با عوامل متعدد مربوط به زایمان از قبیل استفاده از وسایل کمکی و فورسپس در زایمان، وزن بالای نوزاد، طولانی شدن



نمودار ۲- توزیع شدت بی اختیاری ادراری در حاملگی در بیمارستان دکتر شیشه خوانی کاشان طی سه ماهه آخر سال ۱۳۷۶

30 درصد از بیماران عارضه بی اختیاری ادرار را به عنوان یک دردرس و مشکل قلمداد کرده‌اند و 70 درصد بقیه اظهار داشتند که این موضوع باعث تاراحتی آنان نمی‌شود.

بحث

در این مطالعه شیوع بی اختیاری ادرار $5/33$ درصد تعیین گردید. در مطالعه انجام گرفته در بیمارستان مرکزی Herning در سال ۱۹۹۷ که توسط Rasmussen-KL انجام شد میزان بی اختیاری ادراری را در ۲ گروه شاهد و مورد 34 درصد و $30/6$ درصد به دست آورده‌اند (۲) که مشابه آمار به دست آمده در این تحقیق می‌باشد. Burgio و همکاران طی سال ۱۹۹۶ تحقیقی راجع به اثر نزاد در شیوع بی اختیاری ادراری طی حاملگی در ۲ گروه

که ورزش عضلات لگن در خانم‌های حامله علایم بی اختیاری ادرار را در حاملگی و پس از زایمان کاهش

می‌دهد (۷). بنا بر این می‌توان گفت معاینه و آموزش عملی زنان باردار طی حاملگی می‌تواند به عنوان بهترین شیوه پیش‌گیری در درمان بی‌اختیاری ادراری در زنان موثر باشد.

مرحله II زایمان ارتباط دارد که در مطالعه ماگنچاند نشده است.

Victoria و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان "Victoria" و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان "Victoria" ملاحظت از عضلات لگن طی سال ۱۹۹۶ تأکید می‌کنند که متخصصان مامایی می‌توانند با کاهش آسیب‌های واردہ به عضلات لگن در کاهش بی‌اختیاری ادراری موثر باشند (۶).

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از خدمات خانم دکتر مریم عطابخشی دستیار زنان و زایمان و خانم سرور بانی دانشجوی پزشکی که در جمع آوری و تجزیه و تحلیل آن با ما همکاری نمودند، قدردانی و تشکر نمود.

با توجه به مطالب فوق و با توجه به اهمیت اعمال مامایی در کنترل ادرار لازم است سیاست‌های آینده بیشتر بر روی انجام آموزش‌های مربوط به بی‌اختیاری ادراری در حاملگی متمرکز باشد.

Sampselle و همکاران طی سال ۱۹۹۸ در مطالعه‌ای اثر ورزش در بهبود بی‌اختیاری ادراری در حاملگی را بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند

References:

1. Berek JS. Novak's gynecology. 12th ed. Baltimore: williams & wilkins; 1996: 248-253.
2. Krue S. The influence of infant birth weight on postpartum stress incontinence in obese women Arch Gynecol Obstet. 1997; 259 : 143-145.
3. Burgio KL. Urinary incontinence during pregnancy in a racially mixed sample. Int Urogynecol J . 1996; 7: 69-73.
4. Chiarelli P. Incontinence during pregnancy. Aust NZ J Obstet Gynecol. 1997; 37: 66-73.
5. Marshall K. Urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum. Br J Obstet Gynecol. 1998 ; 105: 400-402.
6. Victoria R. Protection the pelvic floor. Obstetric Gynecol. 1996; 88: 470-478.

7. Sampselle CM. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. Obstet Gynecol. 1998 ; 91: 406-412.

هر که کار طبابت برگزیند باید از خدا بتروسد و
خیرخواه بیمار باشد و در درمانش تلاش کند.

حضرت علی (ع)