

عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادرار پس از زایمان

دکتر رخشنده محمدی*، انسیبه فولادی**، مهوش دانش کجوری***، روح انگیز جمشیدی****

چکیده

مقدمه: اختلالات کف لگن شامل بی اختیاری ادرار، مدفوع و پایین افتادگی اعضاء داخل لگن می باشد که در زنان بسیار شایع است و حداقل یک سوم آنها را درگیر می کند. شناسایی عوامل خطرزا و ارائه راه حل جهت جلوگیری از قرار گرفتن در معرض این عوامل جزء اولویتهای تحقیقی به شمار می آید.

هدف: تعیین عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادرار پس از زایمان.

نوع پژوهش: مطالعه از نوع مورد شاهدی بود. ویژگی های فردی و بارداری و زایمانی مرتبط با بی اختیاری ادراری به وسیله پرسشنامه در دو گروه مورد و شاهدت عین و توصیف شد و سپس توزیع این ویژگیها در دو گروه مقایسه گردید.

نمونه: ۱۸۰ نفر زنان دارای بی اختیاری ادراری که ماه از زایمان آنها گذشته بود به عنوان گروه مورد و ۱۸۰ نفر زنانی که ماه از زایمان آنها گذشته و به بی اختیاری ادراری مبتلا نبودند به عنوان گروه شاهد در مطالعه شرکت داده شدند.

نتایج: از بین عوامل فردی سن ($P=0/000$)، شاخص توده بدنی قبل از بارداری ($P=0/000$)، روش شستن لباس ($P=0/026$)، با ابتلا به بی اختیاری ادراری پس از زایمان ارتباط معنی دار نشان دادند. از میان عوامل بارداری و زایمانی یبوست بعد از زایمان ($P=0/009$)، بی اختیاری ادراری در طول حاملگی ($P=0/000$)، تعداد حاملگی ($P=0/000$)، تعداد زایمان ($P=0/000$)، اندازه دور سر نوزاد در بدو تولد ($P=0/007$)، فواصل بین زایمان اول و دوم ($P=0/01$)، نوع و تکنیک زایمان اول ($P<0/01$)، نوع و تکنیک زایمان دوم ($P<0/01$)، سابقه زایمان با نمایش ته یا بریج ($P<0/01$) با ابتلای زنان به بی اختیاری ادراری پس از زایمان ارتباط معنی داری نشان دادند. از بین عوامل فردی و بارداری و زایمانی یبوست بعد از زایمان ($P=0/009$)، بی اختیاری ادرار در طول حاملگی ($P=0/000$)، تعداد حاملگی ($P=0/000$)، فاصله زایمان اول و دوم ($P=0/013$)، و تعداد زایمان ($P=0/33$) بیشترین همبستگی را با ابتلای زنان به بی اختیاری ادراری داشتند. بر اساس آزمون آنالیز رگرسیون لجستیک از بین عوامل فردی و بارداری و زایمانی یبوست بعد از زایمان ($P=0/014$)، بی اختیاری ادراری در طول حاملگی ($P=0/000$) و تعداد حاملگی ($P=0/000$)، بیشترین همبستگی را با رخداد بی اختیاری ادراری پس از زایمان داشتند.

بحث و نتیجه گیری: با استفاده از نتایج به دست آمده از این پژوهش ارائه خدمات موثر تنظیم خانواده در افزایش سطح آگاهی زنان به منظور پیشگیری از زایمان های مکرر، عدم انجام کار سخت و سنگین بخصوص در وضعیت ایستاده، آموزش در مورد نقش تغذیه و رژیم غذایی و پیشگیری از چاقی ضروری به نظر می رسد. در ضمن کاهش استفاده از وسایل کمکی در امر زایمان و جلوگیری از ایجاد آسیب و صدمه به عضلات کف لگن در هنگام زایمان توصیه می شود.

واژه های کلیدی: بی اختیاری ادراری، عوامل بارداری و زایمانی، ویژگیهای فردی، عوامل مستعد کننده

*استاد یار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (مؤلف مسئول)

**کارشناس ارشد مامایی

*** عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

**** عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

زنان همواره در طول زندگی خود در جریان برخی حوادث قرار می گیرند که ممکن است سیر طبیعی زندگی آنها را تحت تاثیر

قرار دهد. یکی از مهمترین این تغییرات، حاملگی و متعاقب آن زایمان و دوره نفاس می باشد. اکثریت زنان بعد از زایمان بهبود کامل دست

می یابند اما در تعدادی از زنان شروع بی اختیاری ادراری نه تنها با ع

مختل شدن کیفیت زندگی آنها می گردد بلکه هزینه های زیادی برای

مراکز مراقبت های بهداشتی در بر دارد. بی اختیاری ادراری به صورت

دفع غیر ارادی ادرار که به طور عینی قابل مشاهده بوده و از نظر اجتماعی یا بهداشتی ایجاد مشکل نماید، تعریف می شود

(Sampsel)

و همکاران (۱۹۹۰). بیش از ۴۵ درصد از تمام زنان بالای سال به بی اختیاری ادراری مبتلا می شوند که درصد آن را بی اختیاری استر

سی تشکیل می دهد. از آنجا که حوادث زایمانی تاثیر زیادی بر کنترل و حفظ اختیار ادرار دارد، این اختلال که اپیدمی خاموش

نیز نامیده می شود، از اهمیت به سزایی برخوردار است. این مشکل

به ۸۰۰۰۰۰ زن استرالیایی را تحت تاثیر قرار داده است و باعث پریشانی و محدود کردن فعالیتهای روزمره آنها شده و هزینه های مالی قابل

ملاحظه درمانی در برداشته است (Chiarelli, ۱۹۹۷).

عوامل مختلفی در ارتباط با استعداد افراد مختلف برای ابتلا به بی اختیاری ادراری وجود دارند که گروهی از این عوامل

شامل چاقی، بیماریهای مزمن، بیماریهای شغلی، یبوست، آسیت و توده های شکمی - لگنی می باشند (ریان و

همکاران، ۱۳۷۴). عضلات لگن نقش مهمی در کنترل ادرار بازی می کنند و وقایع حاملگی و زایمان می تواند عملکرد این عضلات را

مختل نماید. شلی عضلات کف لگن ناشی از زایمان به عنوان علت این اختلال مهم و وابسته به جنس شناخته شده است

(VanGeelen و همکاران، ۱۹۸۲). قبلاً اینگونه تصور می شد که نقص در عضله بالابرنده مقعد و فاسیای کف لگن عام

ل مهمی در ایجاد پایین افتادگی اعضای لگن است، اما نتایج پژوهشهای اخیر نشان می دهد که تخریب عصب دهی اعصاب پودندال دلیل دیگری برای ایجاد این اختلال می باشد. ایمان مهبلی باعث تغییرات

کمی و کیفی در عضلات کف لگن می شود. سن، تعداد زایمان، زایمان مهبلی با استفاده از وسایل کمکی از قبیل فورسپس و وکیوم، درد طولانی، پارگی پرینه و درشتی نوزاد از عوامل عمده خطرزا برای تخریب اعصاب پودندال می باشند. اخیراً پی زیوتومی از عوامل

ل (۱۹۹۱). بر اساس یک فرضیه عواملی که میزان آسیب وارده به عضلات کف لگن و اعصاب آنها را افزایش دهد نظیر پارگیها،

عدم انجام پی زیوتومی، کاربرد فورسپس و کشش با وکیوم، مسئول ایجاد بی اختیاری ادراری هستند اما این فرضیه به اثبات نرسیده است (کانینگهام و همکاران، ۱۳۷۵). Wilson و

همکاران (۱۹۹۶) عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادراری در سه ماه اول بعد از زایمان را شامل زایمان مهبلی، چاقی و

چندزایی (> ۵) ذکر کرده اند. آنها سزارین و انجام روزانه تمرینهای کف لگن را

عوامل حفاظت کننده در مقابل بی اختیاری ادراری قلمداد می کنند.

Chiarelli و همکاران (۱۹۹۷) می نویسند: زنانی که

سابقه

عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادرار پس از زایمان

یک زایمان مهملی دارند نسبت به کسانی که تا به حال زایمان نداشته اند
د یازایمان سزارین داشته اند، بیشتر د چهار

بی اختیاری ادراری می شوند

و احتمال ایجاد بی اختیاری در کسانی که یک زایمان با فورسپس
داشتند بیشتر است. سرفه های مزمن در طول بارداری نیز از عوامل
مستعد کننده بی اختیاری ادراری پس از زایمان می باشد.

همچنین این محققین ذکر می کنند که نوع زایمان در
ایجاد بی اختیاری ادراری مهمتر از تعداد زایمان است. آنها ارتباط
طبی

بین یبوست با افزایش شاخص توده بدنی در طول بارداری و

تجربه بی اختیاری ادراری پیدا نکردند. Spence (۱۹۹۴)

یبوست را از عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادراری و پایین افتادگی

ی اعضای تناسلی می داند. Gass و همکاران (۱۹۹۸)

معتقدند: اپی زیوتومی از شل شدن عضلات لگن خاصره و

عوارض ناشی از آن از قبیل سیستوسل و رکتوسل و بی اختیاری

ادراری جلوگیری می کند.

Bump و همکاران (۱۹۹۸) شناسایی عوامل خطر و

ارائه راه حل هایی برای جلوگیری از قرار گرفتن در معرض این عوامل

ل را جزء اولویتهای پژوهشی می دانند. در

واقع درک عوامل مستعد کننده اختصاصی که فرد را در

معرض خطر قرار می دهد،

از قبیل مشکلاتی که در طول لیبروزایمان اتفاق می افتد

برای پیشگیری

نوع اول این بیماری بسیار مهم است. ارائه راه حل مقابله با عواملی

که فرد را در معرض خطر قرار می دهد

به عنوان پیشگیری نوع دوم در نظر گرفته می شود.

بنابراین لازم است که اولاً "علت دقیق بی اختیاری ادرار

ی

کشف شده و کلیه عوامل مستعد کننده آن شناخته شود تا از این طریق

بتوان از ایجاد آن جلوگیری کرد. از طرف دیگر

لازم است زنان را هم با عوامل خطر در بروز آن آشنا کرد.

دکتر رخشنده محمدی و همکاران

گسترش تصورات اشتباه در مورد بی اختیاری ادرار در میان زنان و

اطرافیان آنها و حتی بسیاری از پزشکان که این وضعیت را

امری طبیعی و کم اهمیت فرض کرده و آن را پیامد

زایمان طبیعی می دانند و تصوراتی مانند اینها

مانع توجه به این مشکل در ۹۰ درصد از زنان می شود. پر

واضح است که عدم شناخت عوامل خطرزا و عدم درمان آن،

هزینه ملتهارادر آینده افزایش می دهد، بنابراین ضمن ارائه

خدمات بهداشتی باید آگاهی مراقبین بهداشتی و عاملین زایمان

نسبت به اهمیت ارائه آموزش در

تمام دوران بارداری افزایش داده شود تا در

جهت پیشگیری از بی اختیاری ادراری و مشکلات حاصله

گام های موثری برداشته شود.

در مطالعه حاضر هدف تعیین عوامل مستعد کننده فردی و

بارداری زایمانی در بروزی اختیاری ادراری پس از زایمان بوده اس

ت و تلاش شده است به سوال های زیر پاسخ داده شود:

۱. عوامل فردی مستعد کننده بی اختیاری ادراری

پس از زایمان کدامند؟

۲. عوامل بارداری و زایمان مستعد کننده بی اختیاری ادرار

ی پس از زایمان کدامند؟

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مطالعه موردی شاهدهی بوده و

دارای دو جامعه می باشد. جامعه مورد شامل کل زنان دارای —

ی اختیاری ادراری بود که ۳ ماه از زایمان آنها گذشته و

به یکی از

مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مراج

عه کرده بودند. جامعه شاهد شامل زنانی بود که ماه از زایمان آنها

گذشته و مبتلا به بی اختیاری ادراری نبودند و به یکی از مراکز

بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرد

ه بودند. حجم نمونه در هر گروه نفر برآورد شد. پژوهشگر

در طول ماه مراجعه به مراکز، به جمع آوری اطلاعات پرداخت و

افراد

مبتلا که دارای پرونده بیمارستانی بودند و به یکی از ۶ سوال شامل ریزش ادرار در هنگام سرفه و عطسه، احساس فشار و ناراحتی شدید هنگام پر شدن مثانه، ریزش ادرار قبل از رسیدن به دستشویی،

بی اختیاری هنگام خواب (enuresis) و بیش از ۷ بار دستشویی رفتن در روز پاسخ مثبت دادند در گروه مورد، و آنهایی که به همه سوال پاسخ منفی دادند در

گروه شاهد

قرار گرفتند. روش نمونه گیری به صورت مستمر بود. گردآوری اطلاعات از طریق خود گزارش دهی به وسیله پرسشنامه و فرم ثبت اطلاعات

دستیابی به اهداف پژوهش پرسشنامه ای مشتمل بر ۲ بخش عوامل فردی و عوامل بارداری و زایمانی تهیه شد.

بخش اول شامل سوال جهت کسب مشخصات فردی بود. در بخش دوم سوال به منظور کسب اطلاعات مربوط به عوامل بارداری و زایمان مطرح شده بود. سوالهای مربوط به زایمان

اخیر از پرونده بیمارستانی و سوالهای مربوط به زایمانهای قبلی از نمونه ها پرسیده شد.

به منظور تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار

محتوی و جهت تعیین اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده گردید، سپس اطلاعات حاصله پس از

گذاری توسط ویرایشگر PE2 وارد رایانه شد و از طریق نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و

استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در راستای دسترسی به اهداف پژوهش و با استفاده از آمار توصیفی

جداول تهیه و بر حسب نوع متغیر از آزمونهای آماری کای دو، فیشر و آزمون Z برای مقایسه دو نسبت، در متغیرهای کیفی و

آزمون T² مستقل برای متغیرهای کمی پیوسته و گسسته استفاده شد. پس از تعیین وجود ارتباط معنی دار

بین بی اختیاری ادراری و متغیرهای مورد

پژوهش برای حذف اثر متقابل متغیرها بر یکدیگر از آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده شد و بین عوامل مرتبط، آنهایی که بیشترین ارتباط را با بی اختیاری ادراری داشتند، مشخص گردید.

نتایج

بررسی ارتباط عوامل فردی و ابتلای زنان به بی اختیاری ادراری بی ابتلاء به بی اختیاری ادراری و سن، شاخص توده بدنی، انجام کار سخت و سنگین در طول بارداری و بعد از زایمان و روش لباس شستن بر اساس آزمونهای آماری ارتباط معنی داری وجود داشت.

در رابطه با عوامل بارداری و زایمانی بیوست بعد از زایمان، بی اختیاری ادراری در طول حاملگی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، محیط دور سر نوزاد در بدو تولد، فواصل بین زایمان اول و دوم، نوع و تکنیک زایمان اول شامل زایمان طبیعی با شروع خود بخودی و القا با تحریک، سزارین، نوع تکنیک زایمان دوم شامل زایمان طبیعی با شروع خود بخودی و القا با تحریک، سابقه زایمان با فورسپس و

نمایش بریچ بر اساس آزمونهای آماری ارتباط معنی دار وجود داشت و از بین عوامل بارداری و زایمانی بیشترین همبستگی با متغیرهای پژوهش شامل بیوست بعد از زایمان، بی اختیاری ادراری در طول حاملگی، تعداد حاملگی، فاصله بین زایمان اول و دوم و تعداد زایمان وجود داشت (جدول شماره ۱).

بحث و نتیجه گیری

در بررسی عوامل فردی مستعد کننده بی اختیاری ادراری پس از زایمان مثل سن، شاخص توده بدنی قبل از حاملگی،

عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادرار پس از زایمان

روش شستن لباس، انجام فعالیتهای سخت و سنگین مثل شستن فرش، جابجایی وسایل سنگین به تنهایی و کشاورزی نتایج مبین آن است که بین سن و بی اختیاری ادراری پس از زایمان بر اساس آزمون T مستقل ارتباط معنی داری وجود داشت ($P=0/000$)، میانگین سن زنان گروه مورد ۲۹/۱۴ سال و زنان گروه شاهد ۲۶ سال بود. Tetzchner و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای در ۱۲ هفته بعد از زایمان، ارتباط معنی داری بین سن و بی اختیاری ادراری پیدا کردند. بین شاخص توده بدنی قبل از حاملگی و بی اختیاری ادراری پس از زایمان، اختلاف آماری معنی دار وجود داشت ($P=0/002$).

Prasmussen و همکاران (۱۹۹۷) نیز چاقی را به عنوان عامل قوی در ایجاد علائم مختلف ادراری بعد از زایمان و حاملگی می دانند و معتقدند شیوع بی اختیاری استرسی ادرار و فوریت در دفع ادرار در زنان چاق (شاخص توده بدنی کیلوگرم بر متر مربع یا بیشتر در قبل از حاملگی) بیشتر است.

در رابطه با انجام فعالیتهای سخت و سنگین در دوران بارداری یا بعد از زایمان، نتیجه آزمون Z نشان داد که درصد زنانی که در حین بارداری کارهای سخت و سنگین انجام می دادند، در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود ($P=0/03$). اما نوع فعالیتهای سخت و سنگینی که توسط زنان گروه مورد و شاهد انجام شده است، چندان اختلافی با یکدیگر نداشت. ریان (۱۳۷۴) می نویسد: شرایطی که منجر به افزایش مزمن فشار داخل شکمی می گردد فرد را مستعد پرولاپس ژنیتال می کند. در این گروه می توان سرفه مزمن، یبوست مزمن و بلند کردن وسایل سنگین را نام برد. کار سخت و

سنگین به علت تاثیری که روی شلی محافظهای لگنی می گذارد، می تواند به عنوان علتی برای بی اختیاری ادراری مطرح باشد. در رابطه با روش شستن لباس، یافته‌های پژوهش نشان داد

دکتر رخشنده محمدی و همکاران

که ۱/ درصد از زنان گروه مورد و ۵۰ درصد از زنان گروه شاهد از ماشین لباسشویی برای شستن لباس استفاده می کردند، به عبارت دیگر استفاده از ماشین لباسشویی در گروه شاهد متداول تر از گروه مورد بوده است. طبق آزمون کای دو،

بی اختیاری ادراری ارتباط معنی داری وجود

داشت ($P=0/026$). بنابراین عوامل فردی مستعد کننده بی اختیاری ادرار در این پژوهش سن، شاخص توده بدنی قبل از بارداری، روش شستن لباس، انجام کار سخت و سنگین در طول بارداری و بعد از زایمان بود که سن بیشترین ارتباط را با ابتلا به بی اختیاری ادراری پس از زایمان داشت.

در رابطه با عوامل بارداری و زایمانی در بی اختیاری ادراری پس از زایمان، نتایج نشان داد که بین یبوست در طی بارداری و بی اختیاری ادراری پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت.

همچنین آزمون آماری Z برای مقایسه دو نسبت، وجود ارتباط بین یبوست بعد از زایمان و رخداد بی اختیاری ادراری را نشان داد ($P=0/009$). به این ترتیب می توان گفت: یبوست بعد از زایمان می تواند به عنوان عامل خطری برای ابتلا به بی اختیاری ادراری پس از زایمان تلقی شود. Spence (۱۹۹۴) معتقد است که یبوست نقش مهمی در ایجاد پایین افتادگی رحمی - مهبل دارد. زور زدن به منظور خروج مدفوع قبل از توسعه علائم ادراری - تناسلی در بین زنانی که دارای بی اختیاری استرسی هستند، نسبت به گروه کنترل بیشتر بود اما Chiarelli و همکاران (۱۹۹۷)، ارتباطی بین یبوست در طول بارداری و بی اختیاری ادراری پیدا نکردند.

در رابطه با بی اختیاری ادراری در طول حاملگی و رخداد آن پس از زایمان، آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین این دو

عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادرار پس از زایمان

جدول شماره ۱: عوامل فردی و بارداری- زایمانی مستعد کننده بی

اختیاری ادراری پس از زایمان

عوامل		نتیجه آزمون
عوامل فردی	۱- سن	$P=0/00$
	۲- شاخص توده بدنی قبل از بارداری	$P=0/00$
	۳- روش شستن لباس	$P=0/026$
عوامل بارداری- زایمانی	۱- یبوست بعد از زایمان	$Z=2/37$
	بی اختیاری در ادرار در طول حاملگی	$P=0/00$
	۳- تعداد حاملگی	$P=0/00$
	۴- تعداد زایمان	$P=0/00$
	۵- محیط دور سر نوزاد در بدو تولد	$P=0/007$
	۶- فاصله بین زایمان اول و دوم	$P=0/01$
	۷- زایمان اول طبیعی با شروع خودبخودی و القا با تحریک، زایمان اور سزارین	$P<0/01$
	۸- زایمان دوم طبیعی با شروع خودبخودی و القا با تحریک، سابقه زایمان طبیعی با فورسپس	$P<0/01$
	سابقه زایمان با نمایش بریچ	$P<0/01$
		$Z=4/15$
		$Z=4/8$
		$Z=3/22$
	$P=0/01$	
	$P=0/01$	
	$P=0/007$	
	$t=2/45$	
	$t=8/99$	
	$t=9/06$	
	$P=0/00$	
	$P=0/009$	
	$P=0/00$	
	$P=0/00$	
	$t=-2/95$	
	$t=-5/5$	
	$X^2=7/29$	

دکتر رخشنده محمدی و همکاران

در رابطه با ارتباط بین تعداد حاملگی و بی اختیاری ادراری، نتیجه آزمون T نشان داد که میانگین تعداد حاملگی ها در دو گروه دارای اختلاف معنی دار بوده است ($P=0/00$). بدین ترتیب چنین به نظر می رسد که تعداد حاملگی های زیاد می تواند به عنوان عامل خطری جهت بروز بی اختیاری ادراری در زنان مطرح باشد. Wilson (۱۹۹۶) تعداد حاملگی بیشتر یا مساوی را جزء عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادراری پس از زایمان می داند.

در رابطه با تعداد زایمان و بی اختیاری ادراری، آزمون آماری T اختلاف موجود بین میانگین تعداد زایمان در دو گروه مورد و شاهد را معنی دار نشان داد ($P=0/00$) Marshal و همکاران (۱۹۹۸) افزایش تعداد زایمان را جزء عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادراری پس از زایمان می دانند و اظهار می دارند: شیوع بی اختیاری ادراری و یبوست در زنان چندزا بیشتر است.

در رابطه با ارتباط بین وزن نوزاد در بدو تولد و همچنین وزن سنگین ترین نوزاد در بدو تولد با رخداد بی اختیاری ادراری، آزمون آماری T اختلاف معنی داری بین گروه مورد و شاهد نشان نداد. Brown و همکاران (۱۹۹۸) می نویسند: مادرانی که نوزادانی با وزن بیشتر از ۴ کیلوگرم به دنیا می آورند، دارای میزان بالاتری از بی اختیاری ادراری پس از زایمان می باشند ($OR=2/29$).

Tetzchner و همکاران (۱۹۹۷) ارتباطی بین وزن نوزاد و بی اختیاری در سه ماه بعد از زایمان پیدا نکردند. در رابطه با محیط دور سر نوزاد در بدو تولد و بی اختیاری ادراری پس از زایمان، اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود داشت ($P=0/007$) Tetzchner و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه ای در ۱۲ هفته بعد از زایمان، ارتباطی بین محیط دور سر نوزاد در بدو تولد و رخداد بی اختیاری ادراری پیدا نکردند ($P=0/11$).

متغیر نشان داد. Sampsele و همکاران (۱۹۹۰) می نویسند: زنانی که بی اختیاری ادراری را حول و حوش زایمان تجربه می کنند، در آینده بیشتر در معرض خطر پیشرفت و پایداری این اختلال قرار دارند.

عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادرار پس از زایمان

Victrup و همکاران (۱۹۹۲) بیان داشتند که محیط دور سر نوزاد در بدو تولد در نوزادان زنانه که بی اختیاری استرسی را در سه ماه بعد از زایمان تجربه می کنند بیشتر است اما این اختلاف در مطالعه آنها از نظر آماری معنی دار نبود ($P=0/6$).

در رابطه با طول مرحله دوم زایمان اخیر، یافته های پژوهش نشان داد که بین میانگین طول مرحله دوم زایمان در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری وجود نداشت. Tetzchner و همکاران (۱۹۹۷) نیز در ۱۲ هفته پس از زایمان، ارتباطی بین طول مرحله دوم زایمان اخیر و بی اختیاری ادرار نیافتند. در رابطه با فواصل بین هر زایمان و بی اختیاری ادراری آزمون آماری T نشان داد که اختلاف موجود بین میانگین فاصله زایمان اول و دوم در دو گروه معنی دار بوده است ($P=0/01$). نتایج آزمون آماری T در مورد اختلافات بین دو گروه مورد و شاهد در مورد میانگین فاصله بین زایمان دوم و سوم بالاتر معنی دار نشده است.

بنابراین فاصله زایمانهای کمتر از ۲ سال بین زایمان اول و دوم خود می تواند از عوامل زمینه ساز بی اختیاری ادراری باشد و این شاید تا حدی به علت عدم برگشت ارگانهای داخل لگنی به وضعیت قبل از حاملگی در اثر زایمانهای پشت سر هم و با فواصل کم باشد. در رابطه با زایمان سخت و سنگین و بی اختیاری ادراری، ارتباط معنی داری در دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت. بیشترین عوامل مورد نظر در این قسمت، زایمان سخت به علت مشکلات نوزادی بود.

نتیجه آزمون دقیق فیشر نیز اختلاف معنی داری را بین علل زایمان سخت در دو گروه نشان نداد. در این زمینه King و همکاران (۱۹۹۸) نیز ارتباطی بین زایمان سخت و سنگین و بی اختیاری ادراری در ۱۴-۱۰ هفته پس از زایمان پیدا نکردند.

دکتر رخشنده محمدی و همکاران

در رابطه با عوامل مربوط به نوع زایمان در دو گروه مورد و شاهد، بین دو گروه از نظر زایمان طبیعی با شروع خودبخودی و القا با تحریک اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($P=0/1$) چنین آزمون مقایسه نسبت در دو گروه مورد و شاهد، نسبت زایمان به طریقه سزارین را در دو گروه مورد و شاهد معنی دار نشان داد ($P=0/01$). در این رابطه Wilson و همکاران (۱۹۹۶) می نویسند: زایمان مهملی از عوامل خطرزا برای ایجاد بی اختیاری ادراری در سه ماه بعد از زایمان می باشد اما سزارین در این رابطه اثر حفاظت کننده در مقابل بی اختیاری ادراری دارد. همچنین در ارتباط با نوع زایمان اول در دو گروه مورد و شاهد یافته های پژوهش بین شروع زایمان طبیعی به صورت خودبخودی یا القا با تحریک همراه با اپی زیوتومی، اختلاف معنی دار آماری را نشان نداد. حال آنکه Handa و همکاران (۱۹۹۶) اپی زیوتومی را به عنوان عامل خطر صدمه به عضلات کف لگن دانسته اند. در رابطه با نوع زایمان دوم، یافته های پژوهش نشان داد که بین زایمان طبیعی با شروع خودبخودی با القا و تحریک در دو گروه مورد و شاهد اختلاف

معنی داری وجود داشته است ($P=0/01$). در این رابطه Chiarelli و همکاران (۱۹۹۷) می نویسند: زنانه که سابقه زایمان مهملی دارند ۴ برابر بیش از کسانی که این سابقه را ندارند، مبتلا به بی اختیاری ادراری می شوند. آزمون مقایسه نسبت بین دو گروه مورد و شاهد ارتباط معنی داری را بین دو گروه از جهت زایمان سزارین نشان نداد. Wilson و همکاران (۱۹۹۶) می نویسند: شیوع بی اختیاری ادراری پس از زایمان، به دنبال سه بار زایمان به طریقه سزارین یا بیشتر ۳۸/۹ درصد می باشد که در مقایسه با زنانه که زایمان مهملی دارند، دارای تفاوت آماری معنی دار نمی باشد، و نهایتاً بین دو گروه مورد و شاهد از جهت زایمان طبیعی با شروع

عوامل مستعد کننده بی اختیاری ادرار پس از زایمان

خودبخودی و القا با تحریک همراه با اپی زیوتومی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت.

در رابطه با سابقه زایمان با نمایش بریچ، یافته‌های پژوهش نشان داد که ۸/۳ درصد از زنان گروه مورد این سابقه را ذکر می‌کردند و این در حالی بود که هیچیک از افراد گروه شاهد سابقه زایمان با نمایش بریچ نداشته‌اند و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/01$). در این رابطه Wilson و همکاران (۱۹۹۶) ارتباطی بین زایمان با نمایش بریچ و بی اختیاری ادراری در ۳ ماه بعد از زایمان پیدا نکردند.

در رابطه با سابقه انجام زایمان با فورسپس اختلاف معنی داری از نظر آماری وجود داشت ($0/01 < p < Chiarelli$ و همکاران (۱۹۹۷) می‌نویسند: زنانی که سابقه زایمان با فورسپس دارند، در مقایسه با آنهایی که چنین سابقه‌ای نداشته‌اند ۱۰ برابر بیشتر بی اختیاری ادراری پس از زایمان را تجربه خواهند کرد.

نتیجه آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داده است که از بین کلیه عوامل فردی و بارداری- زایمانی ذکر شده در جدول شماره، متغیرهای یبوست بعد از زایمان ($0/014 = P$)، بی اختیاری ادراری در طول حاملگی ($0/00 = P$) و تعداد حاملگی ($0/00 = P$) بیشترین همبستگی را با ابتلا به بی اختیاری ادراری پس از زایمان داشته‌اند.

در این پژوهش یافته‌ها بیانگر آن بودند که هیچکدام از افراد گروه مورد و شاهد، تمرینهای دوران بارداری و بعد از زایمان را انجام نداده بودند. در این زمینه Wilson و همکاران (۱۹۹۶) انجام روزانه ورزش لگن را در طول بارداری - نه فقط بعد از زایمان- توصیه کرده‌اند و آن را جزء عوامل محافظت کننده عضلات کف لگن می‌دانند. لذا توصیه می‌شود که کارکنان مراکز بهداشت و تنظیم خانواده و مسئولین آموزش بهداشت مراکز، دوره‌های آموزش عملی تمرین‌های دوران بارداری و پس از زایمان را بگذرانند.

فصلنامه پرستاری و مامایی ایران

دکتر رخشنده محمدی و همکاران

همچنین توصیه می‌شود این تمرین‌ها در واحدهای درسی کلیه رشته‌های مربوط به بهداشت و تنظیم خانواده گنجانده شود.

با توجه به وجود ارتباط بین شاخص توده بدنی قبل از بارداری و پدیده بی اختیاری ادراری، پیشنهاد می‌شود آموزشهای لازم به زنان در مورد نقش چاقی در ایجاد بی اختیاری ادراری داده شود.

با توجه به وجود ارتباط بین روش شستن لباس و انجام کار سخت و سنگین در طول بارداری، حداقل هفته بعد از زایمان، پیشنهاد می‌شود به زنان در مورد نحوه انجام صحیح کار روزانه آموزشهای لازم داده شود.

با توجه به ارتباط بین یبوست و رخداد بی اختیاری ادراری در بعد از زایمان، توصیه می‌شود در مورد نقش تغذیه و رژیم غذایی توسط کارکنان بهداشتی به زنان بخصوص زنان

چندتا آموزشهای لازم داده شود. انجام هر پژوهش با مشکلات و کاستی‌های مواجه است از جمله آنکه همیشه بخشی از جامعه به عنوان نمونه، مورد مطالعه قرار می‌گیرد در این پژوهش نیز به دلیل محدودیت نمونه، تاثیر بعضی از متغیرها مانند فواصل هر زایمان، سابقه انجام زایمان با وکیوم و پارگی درجه و بیشتر با بی اختیاری ادراری قابل آزمون آماری نبود. لذا پیشنهاد می‌شود این چنین پژوهشی با تعداد نمونه بیشتر در دیگر مراکز بهداشتی درمانی کشور انجام شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه قدرت عضلات کف لگن در طول بارداری و بعد از زایمان و میزان شیوع بی اختیاری ادراری و تاثیر آن بر کیفیت زندگی زنان در جوامع روستایی و شهری نیز انجام شود.

منابع

ریان، کنت جی و همکاران، اصول بیماریهای زنان کیسنر، ترجمه بهرام قاضی جهانی، تهران: نشر اشارت، ۱۳۷۴.

pregnancy and postpartum: Survey of current findings at the rotunda lying-in hospital. *Br J of Ob Gyn.* 1998; 105(4): 400-402.

- Meyer S, et al., The effect of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic floor characteristics, *Obstet Gynecol.* 1998; 92(4): 613-618.
- Wilson PD., et al., obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Ob Gyn.* 1996; 103: 154-161.
- Rasmussen Kl, et al., Obesity as a predictor of postpartum urinary symptoms. *Acta Ob Gynecol Scand.* 1997; 76: 359-362.
- Sampsel CM, et al., Changes in pelvic muscle strength and stress urinary incontinence associated with child birth. 1990; *JOGNN.* 19(5): 371-377.
- Spence J, et al., Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence, 1994; *Br J Ob Gyn.* 101: 147-52.
- Tetzchner T, et al., Fertility and nerve function. *Acta obstet Gynecol Scand.* 1997; 76: 324-331.
- Van Geelen JM, et al., The urethral pressure profile in pregnancy and after delivery in healthy nulliparous women, *Am J Obst Gyn.* 1982; 144: 636-49.
- Victrup L, The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparsa. *Ob Gyn.* 1992; 79: 945-9.

کانینگهام، مکدونالد و همکاران، بارداری و زایمان ویلیامز، ترجمه ملک منصور اقصی، تهران: نشر اشارت، ۱۳۷۷.

ویلسون، رابرت، مامایی و بیماریهای زنان، ترجمه علی مانوری، تهران: انتشارات شهراب، ۱۳۷۴.

- Brown S. et al., Maternal health after child birth: Results of an Australian population based survey. *Br J of Ob Gyn.* 1998; 105-161.
- Bump R, et al., Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction *Ob Gynclin- North- Am.* 1998; 25(4): 723-46.
- Chiraelli P, et al., Incontinence during pregnancy, prevalence and opportunities for continence promotion. *Aust NZ J Ob Gyn.* 1997; 37(1): 66-73.
- Foldspang A, et al., Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal child birth and obstetric techniques. *Am-J- public- Health.* 1999; 89(2): 209-12.
- Gass MS, et al., Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. *J Report Med.* 1998; 31: 240-4.
- Gurel H, et al., pelvic relaxation and associated risk factors: The results of logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78: 290-293.
- Handa Victoria L, et al., Protecting the pelvic floor: Obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse: *Obstetric & Gynecology.* 1996; 88(3): 470-476.
- King, Is antenatal bladder neck mobility is a risk factor for postpartum stress incontinence? *Br J of Ob Gyn.* 1998; 1300-1307.
- Marshall K, Incidence of urinary incontinence and constipation during

POSTPARTUM URINARY INCONTINENCE AND ITS PREDISPOSING FACTORS

Mohammadi, R. Ph.D¹ Fooladi, F.MS² Daneshkojori, M. MS³ Jamshidi, R.MS⁴

ABSTRACT

Background: Pelvic floor disorders such as prolaps of pelvic organ, urinary and anal incontinence are very common in women and almost affect 1/3 of them. Determination of risk factors and presenting preventing measures are research priorities.

Objective: To determine predisposing factors in postpartum urinary incontinence.

Design: This was a case- control study in design information obtained through questionnaire.

Samples: Through sampling 180 women were selected (180 in control group and 180 in case group).

Results: The results showed that there were a significant relationship between some personal factors such as age (p= 0.00), pre pregnancy body mass index (p=0.000), method of washing clothes (p=0.03), hard working during pregnancy and postpartum urinary incontinence. According to logistics regression hypothesis tests, among the above mentioned factors, age was more related to postpartum urinary incontinence. Also there was a relationship between the obstetric practice, postpartum constipation (p=0.009), urinary incontinence during pregnancy (p=0.00), parity (p=0.00). normal vaginal delivery with spontaneous beginning and augmentation or induction, history of forceps delivery, history of breech delivery with postpartum urinary incontinence and among the above mentioned factors, postpartum constipation (p=0.018), parity (p=0.00), first and second delivery spacing (p=0.013), number of deliveries (p=0.33) were more related to postpartum urinary incontinence.

According to logistic test, postpartum constipation, urinary incontinence during pregnancy and parity were more related to postpartum urinary incontinence.

Conclusion: Based on the findings it is suggested to employ proper preventive measures through improving women's knowledge about preventing frequent deliveries, avoiding hard working especially in standing position, proper nutrition and prevention of obesity. In addition, decreasing usage of instruments in deliveries such as forceps or vacuum is helpful in preventing trauma to the pelvic floor muscles.

Key Words: Urinary incontinence, Predisposing factor, Personal characteristics and obstetric characteristics.

¹ - Assistant professor, School of Health, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran. Iran.(Corresponding author)

² - Ms in Midwifery.

³ - Senior lecturer School of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran. Iran.

⁴ - Senior lecturer School of Management and Medical information sciences, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran. Iran.