مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره نوزدهم، شماره ۲، بهمن ۱۳۹۵، صفحه ۱۹-۱۴

بی‌اختیاری ادراری در زنان سالمند و عوامل موثر بر آن: مطالعه کوهورت سالمندان امیرکلا

عمادالدین موعودی (MD)[۱]، فهیمه صمدی (MD)[۲]، سیدرضا حسینی (MD)[۳]، علی بیژنی (MD)[۴]، رضا قدیمی (MD, PhD)[۳*]

۱- واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲-کمیته تحقیقات داشجویی دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۴-مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر کودکان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۵/۷/۱۶، اصلاح: ۹۵/۹/۶، پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۸

خلاصه

سابقه و هدف: بی‌اختیاری ادراری یک مشکل بهداشتی شایع، به خصوص در زنان و افراد مسن می‌باشد که تشخیص عواملی که عوامل خطر متعددی موجب بروز بی‌اختیاری ادراری می‌شوند. لذا این مطالعه با هدف، بررسی وضعیت این مشکل در زنان سالمند شهرستان بابل و همراهی برخی از عوامل خطر احتمالی آن طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، تعداد ۵۹۰ نفر ازخانمهای بالای ۶۰ سال شهر امیرکلا به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از چک لیست و پرسشنامه های استاندارد جمع‌آوری و هرگونه خروج غیرارادی ادرار از بدن همراه با خیس شدن پد یا لباس زیر، بعنوان بی‌اختیاری ادراری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد تحت بررسی ۶۸/۲±۶/۸ سال بود و ۱۹۴ نفر (۳۲/۹٪) دچار بی‌اختیاری ادراری بودند. وضعیت تاهل {OR:۰/۶۴(CI-%95=۰/۴۲-۰/۹۸) و p=۰/۰۴}، سابقه یبوست {OR: ۱/۶۳(CI %95=۱/۱۱ -۲/۳۹) و p=۰/۰۱} و دریافت داروهای کورتیکواستروئیدی {OR: ۱/۷(CI %95=۱/۰۱-۲/۹۵) و p=۰/۰۵} با بی‌اختیاری ادراری پس از تطبیق با سایر عوامل خطر رابطه مستقیم داشتند. در حالیکه بی‌اختیاری ادراری در زنان سالمند تحت مطالعه با عواملی مثل سن، چاقی، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، ابتلا به دیابت، فشار خون و اختلال تنفسی ارتباطی نداشت.

نتیجه گیری: براساس نتایج در این مطالعه یک سوم از زنان سالمند شهرستان بابل دچار بی‌اختیاری ادراری می باشند که عدم تاهل، سابقه یبوست و دریافت داروهای کورتیکواستروئیدی احتمال این حالت را افزایش می دهد که لزوم توجه به این مشکل و عوامل موثر در ایجاد آن که آثار روانی زیادی بر فرد سالمند داشته را طلب مینماید.

واژه‌های کلیدی: بی‌اختیاری ادراری، زنان سالمند، عوامل موثر.

مقدمه

بی‌اختیاری ادراری یک مشکل بهداشتی شایع، به خصوص در زنان و افراد مسن می‌باشد که تنها باعث مشکلات فیزیکی در فرد میشود، بلکه باعث مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی و همچنین کیفیت نامطلوب زندگی بیماران می‌شود (۱). این اختلال به هرگونه خروج غیرارادی ادرار از بدن که با خیس شدن پد یا لباس زیر مشخص می گردد، اطلاق می‌شود(۲). مطالعات نشان می‌دهد که نسبت شیوع بی‌اختیاری ادرار در زنان به مردان۲ به ۱ است و در سال ۲۰۰۸، حدود ۳۴۸ میلیون نفر (۸/۲٪) در سراسر جهان دارای این اختلال بوده اند، همچنین تخمین زده می‌شود که شیوع بی‌اختیاری ادرار به ۸/۵٪ در سال ۲۰۱۸ افزایش خواهد یافت(۲). تخمین زده شده است که شیوع بی‌اختیاری ادرار در آسیا و همچنین شیوع این مشکل در یک مطالعه بیمارستانی در ایران، در زنان با میانگین سنی ۴۷ سال حدود ۲۷ درصد می‌باشد که شیوع آن با افزایش سن افزایش می‌یابد و در سن ۵۰ سال به بالا میزان شیوع آن ۳۷/۸٪ بوده است(۲). بی‌اختیاری ادرار (UI:Urinary Incontinency) با"نشت غیرارادی ادرار در نقطه زمان نامناسب و در یک مکان نامناسب توصیف می شود و شامل سه نوع اصلی استرس، فوریتی و مخلوط می باشد(۲). در برخی مطالعات عوامل خطر بالقوه‌ای برای بی‌اختیاری نام برده شده اند که سن یکی از ریسک فاکتورهای مهم برای ابتلا به بی‌اختیاری ادرار است مطالعات نشان داد که اوج شیوع بی‌اختیاری از اوایل میانسالی است و بعد از آن افزایش مداوم آن در سالمندان است(۳). چاقی ریسک فاکتور مهم دیگری برای بی‌اختیاری ادراری است که حتی در مطالعاتی نشان داده شده که کاهش وزن یک روشی موثر در درمان بی‌اختیاری ادرار در زنان چاق و یا دارای اضافه وزن است. همچنین پرفشاری خون از دیگر ریسک فاکتورهای بی‌اختیاری ادرار بوده که حتی در مطالعه‌ای بیماران مبتلا که داروی ضد فشار خون دریافت میکردند، در حدود ۱۰٪ کاهش در میزان شیوع بی‌اختیاری نسبت به کسانی که دارو دریافت نمی‌کردند، داشتند(۴). دیابت با اختلال عملکرد مثانه دیابتی که موجب اختلال در ذخیره و مشکلات تخلیه می-شود، یکی دیگر از ریسک فاکتورهای بی‌اختیاری در بسیاری از مطالعات بوده است(۵). یبوست و بیماری تنفسی به دلیل فشار شکمی بالاکه فشار مجرا را افزایش و بافت نگهدارنده لگن را تحت تاثیر قرار میدهد به شدت با بی‌اختیاری

این مقاله حاصل پایان نامه فهیمه صمدی دانشجوی رشته پزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره ۹۴۴۰۸۴۱ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

*مسئول مقاله: دکتر رضا قدیمی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. تلفن: ۳۲۱۹۹۵۹۶ - ۰۱۱
E-mail: rezaghadimi@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.2.2.1]
[DOI: 10.22088/jbums.19.2.14]

ادرار همراه است؛ تجمع و انباشته شدن مدفوع در رکتوم می‌تواند سبب تغییر وضعیت ارگان‌های لگنی و اعمال فشار به مثانه و در نتیجه کاهش توانایی آن در نگهداری ادرار شود. همچنین تقلای مداوم و مکرر حین دفع در افرادی که یبوست مزمن دارند سبب آسیب عصبی عضله پوبورکتالیس شده و احتمال بروز بی‌اختیاری را افزایش می‌دهد(۶). افزایش تعداد حاملگی نیز یک عامل خطر مهم در حال توسعه برای بی‌اختیاری است که ممکن است در نتیجه صدمات مکرر در بافت حمایتی لگن باشد(۳). از آنجایی که تشخیص عواملی که باعث افزایش احتمال بروز UI می‌شوند و تشخیص زود هنگام آن برای حفاظت بهتر و برنامه ریزی‌های پیشگیرانه و نیز درمان امری بسیار مهم می‌باشد(۷) و با توجه به عدم وجود مطالعه مشابه در بابل، در این مطالعه به بررسی وضعیت این مشکل در زنان سالمند شهرستان بابل و همراهی برخی از عوامل خطر احتمالی آن در جمعیت سالمند شهر امیرکلا پرداخته می‌شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی که بخشی از طرح جامع سالمندان امیرکلا (AHAP) (۸) بود بر روی کلیه خانم‌های بالای ۶۰ سال شهر امیرکلا که فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل نموده بودند انجام گردید. بیماران که دچار عفونتهای ادراری، مشکلات مغز و اعصاب مانند سکته مغزی، سابقه درمانهای دارویی و جراحی با بی‌اختیاری ادراری از مطالعه خارج گردیدند. اطلاعات شخصی و پزشکی افراد با استفاده از پرسشنامه مناسب جمع آوری گردید و بی‌اختیاری ادرار نیز به هرگونه خروج غیرارادی ادرار از بدن که با خیس شدن پدیا لباس زیر مشخص می گردد(۲)، اطلاق شد. کلیه اطلاعات مربوط به بی‌اختیاری ادراری و اطلاعات مربوط به برخی از ریسک فاکتورها یا عوامل مستعد کننده آن نظیر سن، فشارخون، دیابت، وضعیت چاقی، سابقه یبوست، تعداد زایمان، بیماریهای تنفسی و... با استفاده از یک چک لیست جمع‌آوری شد.

همچنین شاخصهای آنتروپومتریک نظیر وزن و قد بترتیب با استفاده ترازوی امرن ژاپن با دقت ۰/۱ کیلوگرم و قدسنج سکا با دقت ۰/۱ سانتیمتر اندازه گیری گردید. سپس شاخص توده بدنی بر اساس تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) محاسبه و موارد بین ۲۵ تا ۳۰ بعنوان اضافه وزن و مقادیر بالاتر بعنوان چاقی در نظر گرفته شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۰ و آزمونهای آماری کای اسکوار و فیشر و تی مستقل و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۵۹۰ زن سالمند با محدوده سنی ۹۲-۶۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان سالمند ۶۸/۲±۶/۸ سال بوده و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۶۴-۶۰ سال (۲۳۸ مورد، ۴۰/۳٪) و کمترین مربوط به گروه سنی بالای ۸۵ سال (۱۰ مورد، ۱/۷٪) بود. ۴۴۶ مورد (۷۵/۶٪) از زنان سالمند متاهل و سطح تحصیلات ۹۳ نفر (۳۲/۷٪) در حد ابتدایی و راهنمایی بوده و ۳۹۷ نفر (۶۷/۳٪) نیز بی سواد گزارش شدند. همچنین ۲۰۹ نفر(۳۵/۴٪) از سالمندان کمتر از ۵ فرزند داشتند. بر اساس شاخص توده بدنی ۲۴۵ سالمند (۴۱/۵٪) دارای اضافه وزن و ۲۱۲ سالمند(۳۵/۹٪) چاق بودند (جدول۱).

جدول ۱. بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با بی‌اختیاری ادرار در زنان سالمند امیرکلا

گروه	متغیر	بی‌اختیاری ادرار: بله تعداد(درصد)	بی‌اختیاری ادرار: خیر تعداد(درصد)	P-value
گروه سنی	۶۴-۶۰	۷۵(۳۱/۵)	۱۶۳(۶۸/۵)	۰/۶۴
	۶۹-۶۵	۴۵(۳۴/۶)	۸۵(۶۵/۴)	
	۷۴-۷۰	۳۳(۳۲)	۷۰(۶۸)	
	۷۹-۷۵	۳۱(۳۸/۳)	۵۰(۶۱/۷)	
	۸۴-۸۰	۶(۲۱/۴)	۲۲(۷۸/۶)	
	۸۵<	۴(۴۰)	۶(۶۰)	
وضعیت تاهل	غیرمتاهل	۵۸(۴۰/۳)	۸۶(۵۹/۷)	۰/۰۳
	متاهل	۱۳۶(۳۰/۵)	۳۱۰(۶۹/۵)	
سطح تحصیلات	بی سواد ابتدایی و راهنمایی	۱۳۹(۳۵)	۲۵۸(۶۵)	۰/۱۳
		۵۵(۲۸/۵)	۱۳۸(۷۱/۵)	
تعداد فرزندان	۵>	۶۹(۳۳)	۱۴۰(۶۷)	۰/۹۹
	۵≤	۱۲۵(۳۲/۸)	۲۵۶(۶۷/۲)	
شاخص توده بدنی Kg/m^2	۲۵>	۳۶(۲۷/۱)	۹۷(۷۲/۹)	۰/۲۳
	۲۹/۹۹-۲۵	۸۲(۳۳/۵)	۱۶۳(۶۶/۵)	
	۳۰≤	۷۶(۳۵/۸)	۱۳۶(۶۴/۲)	
اختلال تنفسی	بله	۱۷(۳۴/۷)	۳۲(۶۵/۳)	۰/۷۵
	خیر	۱۷۷(۳۲/۷)	۳۶۴(۶۷/۳)	
دیابت	بله	۷۰(۳۳/۷)	۱۳۸(۶۶/۳)	۰/۷۸
	خیر	۱۲۴(۳۲/۵)	۲۵۸(۶۷/۵)	
پرفشاری خون	بله	۱۳۸(۳۵/۳)	۲۵۳(۶۴/۷)	۰/۰۹
	خیر	۵۶(۲۸/۱)	۱۴۳(۷۱/۹)	
اختلال شناختی	طبیعی	۹۸(۲۹/۸)	۲۳۱(۷۰/۲)	۰/۱۳
	غیرطبیعی	۹۶(۳۶/۸)	۱۶۵(۶۳/۲)	
سابقه یبوست	بله	۸۸(۳۹/۱)	۱۳۷(۶۰/۹)	۰/۰۱
	خیر	۱۰۶(۲۹)	۲۵۹(۷۱)	
داروهای استروئیدی	بله	۳۰(۴۴/۱)	۳۸(۵۵/۹)	۰/۰۴
	خیر	۱۶۴(۳۱/۴)	۳۵۸(۶۸/۶)	
پیوری	بله	۲۶(۳۸/۸)	۴۱(۶۱/۲)	۰/۲۷
	خیر	۱۶۸(۳۲/۱)	۳۵۵(۶۷/۹)	
فعالیت فیزیکی	بله	۴۱(۲۶/۸)	۱۱۲(۷۳/۲)	۰/۰۷
	خیر	۱۵۳(۳۵)	۲۸۴(۶۵)	

در این مطالعه شیوع بی‌اختیاری ادرار در زنان سالمند ۳۲/۹٪ (۳۷-۲۹٪ CI-%95:) گزارش گردید که میانگین سنی این افراد (۶۸/۳±۶/۷ سال) اختلاف آماری معنی داری با سالمندانی که بی‌اختیاری ادرار نداشتند (۶۸/۲±۶/۹ سال) نداشت (p=۰/۸۱). همچنین تعداد فرزندان در بیمارانی که از بی‌اختیاری ادرار رنج می‌بردند (۵/۲±۱/۹ فرزند) با همین نسبت در افراد بدون بی‌اختیاری ادرار (۵/۲±۲/۲ فرزند) تفاوت معنی داری نداشتند. شیوع بی‌اختیاری ادراری در افراد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.2.2.1]
[DOI: 10.22088/jbums.19.2.14]

متاهل(۳۰/۵٪) بطور معنی داری کمتر از افراد غیر متاهل (۴۰/۳٪) بوده (p=۰/۰۳)، به طوری که شانس ابتلا به بی‌اختیاری ادرار در زنان غیر متاهل ۰/۶۵ برابر (CI %95: ۰/۴۴-۰/۹۶) زنان متاهل است. همچنین ۳۹/۱٪ افرادی که سابقه یبوست داشتند و ۲۹٪ افرادی که سابقه یبوست نداشتند دچار بی‌اختیاری ادرار بودند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بوده است(p=۰/۰۱) به طوری که شانس ابتلا به بی‌اختیاری ادرار در سالمندانی که به یبوست مبتلا نبودند ۱/۵۶ برابر (CI %95:۱/۱۰-۲/۲۲) سالمندانی است که یبوست داشتند. ۴۴/۱٪ افرادی که داروهای کورتیکواستروئیدی مصرف می‌کردند و ۳۱/۴٪ افرادی که داروهای کورتیکواستروئیدی مصرف نمیکردند، بی‌اختیاری ادرار داشتند که این اختلاف نیز از نظر اماری معنی‌دار بوده است (p=۰/۰۴) به طوری که شانس ابتلا به بی‌اختیاری ادرار در سالمندانی که از دارو استفاده نکردند ۱/۷۲ برابر (CI %95:۱/۰۳-۲/۸۷) سالمندانی است که از دارو استفاده نمودند. براساس نتایج آنالیز رگرسیون ارتباط بین بی‌اختیاری ادرار و وضعیت تاهل، یبوست و مصرف داروهای کورتیکواستروئیدی حتی پس از در نظر گرفتن اثر سایر متغیرها همچنان معنی‌دار بود (جدول ۲). ارتباطی بین بی اختیاری ادراری با متغیرهای سن، تعداد فرزندان، وضعیت چاقی، سطح تحصیلات، فعالیت فیزیکی، اختلال تنفسی، دیابت، پر فشاری خون، اختلالات شناختی و پیوری در زنان سالمند تحت بررسی وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲. مقادیر نسبت شانس تجمعی و تطبیق یافته در ارزیابی ارتباط برخی از متغیرهای موثر بر بی اختیاری ادراری در زنان سالمند امیرکلا

متغیر	OR[1] (CI-95%)	P value	OR[2] (CI-95%)	P-value
وضعیت تاهل	۰/۶۵(۰/۴۴-۰/۹۶)	۰/۰۳	۰/۶۴(۰/۴۲-۰/۹۸)	۰/۰۴
سابقه یبوست	۱/۵۶(۱/۱۰-۲/۲۲)	۰/۰۱	۱/۶۳(۱/۱۱-۲/۳۹)	۰/۰۱
اختلال تنفسی	۱/۰۹(۰/۵۹-۲/۰۲)	۰/۷۵	۰/۸۶(۰/۴۴-۱/۶۹)	۰/۶۷
مصرف داروهای کورتیکواستروئیدی	۱/۷۲(۱/۰۳-۲/۸۷)	۰/۰۴	۱/۷(۱/۰۱-۲/۹۵)	۰/۰۵
پیوری	۱/۳۴(۰/۷۹-۲/۲۶)	۰/۲۷	۱/۳۵(۰/۷۸-۲/۳۴)	۰/۲۷
شاخص توده بدنی				
کمتر از ۲۵ Kg/m^2	۱	۰/۲۳	۱	۰/۳۳
۲۵-۲۹/۹ Kg/m^2	۱/۳۵(۰/۸۵-۲/۱۵)	۰/۲	۱/۳۳(۰/۸۱-۲/۱۸)	۰/۲۵
بیشتر و مساوی ۳۰Kg/m^2	۱/۵۰(۰/۹۳-۲/۴۲)	۰/۰۹	۱/۴۶(۰/۸۷-۲/۴۴)	۰/۱۴
گروه سنی				
۶۰-۶۴	۱	۰/۶۵	۱	۰/۴۴
۶۵-۶۹	۱/۱۵(۰/۷۳-۱/۸۱)	۰/۵۴	۱/۰۸(۰/۶۶-۱/۷۴)	۰/۷۵
۷۰-۷۴	۱/۰۲(۰/۶۲-۱/۶۸)	۰/۹۲	۰/۷۸(۰/۴۵-۱/۳۴)	۰/۳۷
۷۵-۷۹	۱/۳۴(۰/۷۹-۲/۲۷)	۰/۲۶	۱/۰۳(۰/۵۷-۱/۸۶)	۰/۹۱
۸۰-۸۴	۰/۵۹(۰/۲۳-۱/۵۲)	۰/۲۷	۰/۳۸(۰/۱۴-۱/۰۵)	۰/۰۶
بالای۸۵	۱/۴۴(۰/۳۹-۵/۲۸)	۰/۵۷	۰/۸۳(۰/۲۰-۳/۳۹)	۰/۸
سطح تحصیلات	۰/۷۴(۰/۵۰-۱/۰۷)	۰/۱۳	۰/۸۲(۰/۵۴-۱/۲۵)	۰/۳۶
دیابت	۱/۰۵(۰/۷۳-۱/۵۱)	۰/۵۷	۰/۸۴(۰/۵۷-۱/۲۵)	۰/۴
پرفشاری خون	۱/۳۹(۰/۹۶-۲/۰۲)	۰/۰۹	۱/۲۶(۰/۸۵-۱/۸۷)	۰/۲۳
اختلال شناختی	۱/۳۷(۰/۹۷-۱/۹۳)	۰/۰۷	۱/۲۷(۰/۸۵-۱/۸۸)	۰/۲۳
فعالیت فیزیکی	۰/۶۸(۰/۴۵-۱/۰۲)	۰/۰۷	۰/۷۴(۰/۴۸-۱/۱۵)	۰/۱۹
تعداد فرزندان	۰/۹۹(۰/۶۹-۱/۴۱)	۰/۹۹	۰/۸۸(۰/۶۰-۱/۲۹)	۰/۵۴

۱-نسبت شانس تجمعی، ۲- نسبت شانس تطبیق یافته

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان دادند که ۳۳٪ از زنان سالمند شهرستان بابل دچار بی‌اختیاری ادراری بودند. در مطالعه مشابهی که توسط Sumardi و همکاران در زنان بالای ۶۰ سال در اندونزی انجام شد، شیوع بی‌اختیاری ادرار ۱۳/ ۵٪ گزارش شد که کمتر از مطالعه حاضر بوده است که شاید به علت فرهنگ جامعه مورد مطالعه باشد که فرد به علت شرمساری، توضیح کامل راجع به بی‌اختیاری خود نمی‌دهد یا آن را انکار می‌کنند(۱). این در حالی است که میزان شیوع بی‌اختیاری ادرار در زنان اروپا ۲۵-۴۵٪ گزارش شده(۹) یا در مطالعه‌ای در هند این میزان ۲۱/۸٪ بوده است(۱۰). همچنین در مطالعه‌ای که توسط Chang و همکاران انجام شد، شیوع بی‌اختیاری ادرار در زنان سالمند ۳۹/۹٪ گزارش شد (۴)که نتیجه آنها به مطالعه حاضر نزدیک بوده است. با این

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.2.2.1]
[DOI: 10.22088/jbums.19.2.14]

وجود شاید بتوان گفت اختلاف در شیوع بی‌اختیاری ادرار می تواند به علت فرهنگ یا نژاد متفاوت آن جامعه یا وجود عوامل مستعد کننده مختلف در آن مناطق باشد. در بررسی عوامل خطر، سن یکی از فاکتورهای مورد بررسی بود که در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سن و بی‌اختیاری ادرار وجود نداشت. مطالعه Sensoy و همکاران نیز همسو با مطالعه حاضر بوده است و ارتباطی بین سن و بی‌اختیاری ادرار وجود نداشته است(۷). در حالیکه در مطالعه Sumardi و همکاران (۱)،Liu و همکاران (۳) و Kirss و همکاران (۵) با افزایش سن شیوع بی‌اختیاری ادرار افزایش می‌یابد که می تواند به دلیل تغییرات آناتومی و فیزیولوژی سیستم اورژنیتال مانند دژنراسیون عضلات و آکسون، کاهش ظرفیت مثانه، افزایش فعالیت دترسور و به دنبال آن کاهش در قدرت انقباضی دترسور باشد(۱۱). از دیگر ریسک فاکتورهای مورد مطالعه شاخص توده بدنی(BMI) بود که هیچ ارتباط معنی‌داری بدست نیامد که این مطالعه همسو با مطالعه Nojomi و همکاران (۲) و Prabhu و همکاران (۱۲) بوده است. افزایش وزن به عنوان ریسک فاکتوری برای بی‌اختیاری ادرار نبوده است ولی در مطالعه که توسط Altaweel و همکاران (۱۳) و Wu Hx و همکاران (۱۴) انجام گرفت افزایش وزن به عنوان ریسک فاکتوی برای بی‌اختیاری ادرار بوده است . میتوان گفت که با افزایش وزن بدن و متعاقب آن شاخص توده بدنی فشار داخل شکمی و نیز فشارداخل لگن حین انجام فعالیت‌های روزمره بالا می‌رود که سبب افزایش فشار وارده به مثانه و همچنین بالارفتن سطح تحرک مجرای ادرار میشود. تکرار این شرایط، زمینه را برای بروز اختلالات عملکردی کف لگن و مجاری ادراری، از جمله بی‌اختیاری ادراری فراهم می‌کند(۶).

همچنین در این مطالعه که یبوست به عنوان عامل خطری در ابتلا به بی‌اختیاری ادرار بوده است که در مطالعه Gavira و همکاران (۱۵)، Sensoy و همکاران(۷) و Sumardi و همکاران (۱) نیز رابطه معنی‌داری بین یبوست و بی‌اختیاری ادرار مشاهده شد. از فاکتورهای دیگر مورد بررسی در مطالعه حاضر، سطح تحصیلات افراد بوده است که در این مطالعه هیچ ارتباط معنی‌داری یافت نشد. با این حال در مطالعه انجام شده توسطKiss و همکاران(۵) وLiu و همکاران (۳) سطح تحصیلات را ریسک فاکتوری برای ابتلا به بی‌اختیاری ادرار مطرح کردند، به طوری که هر چه سطح تحصیلات پایین تر بود، شانس ابتلا به بی‌اختیاری افزایش پیدا می‌کرده است. علت مشخصی برای ارتباط بین سطح تحصیلات با ابتلا به بی‌اختیاری ادرار پیدا نشده است اما شاید بتوان گفت سطح پایین تحصیلات سبب پایین بودن کیفیت زندگی و انجام کارهای دشوار میشود که میتواند جزء فاکتورهای مستعد کننده ابتلا به بی‌اختیاری ادرار شود. همچنین در بررسی ارتباط بیماری‌های مزمن از جمله دیابت و فشار خون و بیماری‌های مزمن تنفسی با بی اختیاری ادراری، ارتباطی مشاهده نگردید. در مورد دیابت در بسیاری از مطالعات ارتباط معناداری بین دیابت و بی‌اختیاری ادرار پیدا شد و به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای مهم برای ابتلا معرفی شده است(۱و ۶-۱۶). در افراد دیابتی به خصوص دیابت کنترل نشده، هایپرگلیسمی سبب افزایش حجم ادرار و افزایش فعالیت عضله دترسور مثانه و در نهایت اختلال عملکرد این عضله میشود و همچنین مشکلات میکرو واسکولار ایجاد شده در زمینه دیابت سبب آسیب عصبی مثانه و این نوروپاتی دیابتیک سبب اختلال عملکرد مثانه و در نتیجه بی‌اختیاری ادرار می‌شود.(۲). در بسیاری از مطالعات در مورد فشار خون نیز بر خلاف مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین پر فشاری خون و بی‌اختیاری ادرار وجود داشته است (۱۷و۶و۳). در مورد بیماری‌های مزمن تنفسی، بسیاری از مطالعات نتایج متفاوتی با مطالعه حاضر داشتند و بیماری‌های مزمن تنفسی از جمله آسم را به عنوان ریسک فاکتوری برای ابتلا به بی‌اختیاری ادرار مطرح کرده اند (۱, ۱۱). در بیماری‌های مزمن تنفسی که با سرفه‌های مزمن همراه هست، افزایش فشار شکمی سبب افزایش فشار بر اورترا میشود و همچنین این افزایش فشار بافت‌های حمایتی لگن را نیز تحت تاثیر قرار میدهد که در نهایت این عوامل می‌توانند سبب بی‌اختیاری ادرار در فرد شوند(۱۸). یکی دیگر از فاکتورهای مورد مطالعه تعداد فرزندان بوده است که در این مورد نیز ارتباط معنی‌داری بین تعداد فرزند و بی‌اختیاری ادرار یافت نشد. در مطالعه Onur و همکاران (۱۹) و Sensoy و همکاران (۷) که به بررسی رابطه تعداد زایمان و بی‌اختیاری ادرار پرداختند، برخلاف مطالعه حاضر به این نتیجه رسیدند که تعداد زایمان ریسک فاکتور ابتلا به بی‌اختیاری ادرار می‌باشد شاید بتوان گفت زایمان‌های متعدد سبب اختلال عملکرد سیستم کف لگن از جمله آسیب عصبی و عضلانی آن و یا کشش مستقیم بافت لگن و آسیب به آن شود(۱۱).

در این مطالعه در افراد غیرمتاهل نسبت به افراد متاهل بی‌اختیاری ادرار بیشتر بوده است. که مشابه مطالعه Liu و همکاران می باشد که به این نتیجه رسیدند که میزان بی‌اختیاری ادرار در زنان طلاق گرفته و بیوه بیشتر می‌باشد(۳). این در حالی است که در مطالعه Sensoy و همکاران برخلاف مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین وضعیت تاهل و بی‌اختیاری ادرار وجود نداشته است(۷). علت مشخصی برای این ارتباط یافت نشده است اما شاید بتوان گفت در افراد غیرمتاهل به خصوص در زنان بیوه یا طلاق گرفته به علت پایین آمدن کیفیت زندگی فرد و با توجه به فرهنگ جوامع، شرایط زندگی مطلوب فراهم نشده و زمینه را برای عواملی که می‌تواند سبب افزایش بی‌اختیاری ادرار شود را مساعد کند. در بررسی نقش مصرف داروهای کورتیکواستروییدی مانند پردنیزولون یا کورتیزون، وضعیت شناختی فرد، پیوری، و میزان فعالیت بدنی فرد در ابتلا به بی اختیاری ادراری، فقط بین مصرف داروهای استروییدی و بی‌اختیاری ادرار رابطه معنی‌داری وجود داشت که نشان داد مصرف آنها سبب افزایش ابتلا به بی‌اختیاری ادرار در جمعیت مورد مطالعه ما شده است که در این زمینه مطالعات بسیار کمی انجام شده است و نتایج قابل استنتاجی موجود نبوده است. در مجموع بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق چنین استنباط می‌گردد که یک سوم از زنان سالمند شهرستان بابل دچار بی‌اختیاری ادراری هستند که سه متغیر عدم تاهل، سابقه یبوست و دریافت داروهای کورتیکواستروئیدی با بی اختیاری ادرار رابطه مستقیم دارند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت حمایت مالی از این تحقیق، مشارکت سالمندان و خانم کمالی آهنگر پرسنل واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهیدبهشتی، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.2.2.1]
[DOI: 10.22088/jbums.19.2.14]

Urinary Incontinency in Elderly Women and the Potential Risk Factors: A Cohort Study among the Elderly Women of Amirkola

E. Moudi (MD) [1], F. Samadi (MD)[2], S.R. Hosseini (MD)[3], A. Bijani (MD)[4], R. Ghadimi (MD, PhD) *[3]

1.Clinical Research Development Unit of Shahid Beheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
2.Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
3.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
4.Non-communicable Pediatric Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(2); Feb 2017; PP: 14-19
Received: Oct 7th 2016, Revised: Nov 26th 2016, Accepted: Jan 7th 2017

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Urinary incontinence is a common health problem among elderly population, particularly elderly women, and it is necessary to identify the different risk factors that cause urinary incontinence. The present study was designed to assess this problem among elderly women in Babol and the risk factors associated with it.

METHODS: In this cross-sectional study, 590 elderly women over 60 years old in Amirkola were studied using census method. The required data were collected using standard checklists and questionnaires. Any form of involuntary withdrawal of urine, wetting the pad or underwear was considered urinary incontinence.

FINDINGS: In this study, the mean age of subjects was 68.2 ± 6.8 years and 194 out of 590 women (32.9%) had urinary incontinence. The marital status (OR: 0.64 (CI-95% =0.42-0.98), p=0.04), constipation history (OR: 1.63 (CI-95% =0.11-2.39), p=0.01) and use of corticosteroid drugs (OR: 1.7 (CI-95% =1.01-2.95), p=0.05) were directly related to urinary incontinence after matching with other risk factors. However, urinary incontinence in elderly women was not related to factors such as age, obesity, education, number of children, chronic diseases like diabetes, blood pressure and respiratory disorders.

CONCLUSION: According to the results of this study, one third of elderly women in Babol suffer from urinary incontinence and unmarriedness, constipation history, and use of corticosteroid drugs increase the possibility of this condition, which necessitates the need for more attention to this problem and its risk factors that have significant emotional effects on elderly women.

KEY WORDS: *Urinary incontinence, Elderly women, Effective risk factors.*

Please cite this article as follows:

Moudi E, Samadi F, Hosseini SR, Bijani A, Ghadimi R. Urinary Incontinency in Elderly Women and the Potential Risk Factors: A Cohort Study among the Elderly Women of Amirkola. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(2):14-19.

***Corresponding author: R. Ghadimi (MD, PhD)**
Address: Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
Tel: +98 11 32199596
E-mail: rezaghadimi@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.2.2.1]
[DOI: 10.22088/jbums.19.2.14]

References

1.Sumardi R, Mochtar CA, Junizaf, Santoso BI, Setiati S, Nuhonni SA, et al. Prevalence of urinary incontinence, risk factors and its impact: multivariate analysis from Indonesian nationwide survey. Acta med Indones. 2014;46(3):175-82.

2.Nojomi M, Baharvand P, Moradi Lakeh M, Patrick DL. Incontinence quality of life questionnaire (I-QOL): translation and validation study of the Iranian version. Inter Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc. 2009;20(5):575-9.

3.Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Wu DL. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. International J Clin Experiment Med. 2014;7(3):686-96.

4.Chang KM, Hsieh CH, Chiang HS, Lee TS. Risk factors for urinary incontinence among women aged 60 or over with hypertension in Taiwan. Taiwanese J Obstetric Gynecol. 2014;53(2):183-6.

5.Kirss F, Lang K, Toompere K, Veerus P. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Estonian postmenopausal women. Springer Plus. 2013;2:524.

6.Manshadi D, Ghanbari Z, Jabbari Z, Miri E. Urinary incontinence and its related disorders and risk factors in woman. Sci J School Pub Health Inst Pub Health Res. 2013;11(2):54-64.[In Persian].

7.Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. Pakistan J Med Sci. 2013;29(3):818-22.

8.Hosseini SR, Cumming RG, Kheirkhah F, Nooreddini H, Baiani M, Mikaniki E, et al. Cohort profile: the amirkola health and ageing project (AHAP). Inter J Epidemiol. 2014;43(5):1393-400.

9.Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Inter. 2004;93(3):324-30.

10.Singh U, Agarwal P, Verma ML, Dalela D, Singh N, Shankhwar P. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Indian women: A hospital-based survey. Indian J Urol:Journal Urological Soc India. 2013;29(1):31-6.

11.Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodynamics. 2010;29(1):213-40.

12.Prabhu SA, Shanbhag SS. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in women residing in a tribal area in Maharashtra, India. J Res Health Sci. 2013;13(2):125-30.

13.Altaweel W, Alharbi M. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life in Saudi women. Neurourol Urodynamic. 2012;31(5):642-5.

14.Wu XH, Liu XX, Xie KH, Wang RM, Wu YX, Liu YG. Prevalence and related factors of urinary incontinence among Hebei women of China. Gynecol Obstetric Investigat. 2011;71(4):262-7.

15.Gavira Pavon A, Walker Chao C, Rodriguez Rodriguez N, Gavira Iglesias FJ. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in women who visit the doctor with low back pain.Aten Primaria. 2014;46(2):100-8.

16.Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Creasman JM, Van Den Eeden SK. Parturition events and risk of urinary incontinence in later life. Neurourol Urodynamic. 2011;30(8):1456-61.

17.17.Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. International Urogynecol Journal Pelvic Floor Dysfunc. 2007;18(11):1325-9.

18.Al-Badr A, Brasha H, Al-Raddadi R, Noorwali F, Ross S. Prevalence of urinary incontinence among Saudi women. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2012 May;117(2):160-3.

19.Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. International J Urol .2009;16(6):566-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.2.2.1]
[DOI: 10.22088/jbums.19.2.14]