

فراوانی بی‌اختیاری استرسی ادرار در میان دختران ۱۷-۱۵ ساله دبیرستان‌های شهرستان همدان

دکتر شهره علی‌محمدی^۱

چکیده

بی‌اختیاری استرسی ادرار (USI) اصطلاحی است که برای توصیف دفع غیرارادی ادرار طی فعالیت فیزیکی به کار می‌رود. با توجه به این که این امر از نظر بهداشتی و روانی، کیفیت زندگی نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بر آن شدیم که طی مطالعه‌ای فراوانی بی‌اختیاری استرسی ادرار را در دختران سنین ۱۷-۱۵ سال دبیرستان‌های همدان را در سال تحصیلی ۷۸-۷۹ برآورد نماییم. نوع مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی، و نحوه نمونه‌گیری خوشه‌ای سهمیه‌بندی بود. براساس اطلاعات آماری به دست آمده از مطالعه در بررسی ۷۱۱ پرسشنامه، فراوانی بی‌اختیاری استرسی ادرار، ۲۳/۶ درصد معادل ۱۶۶ نفر بود. همچنین، ۷۶/۴ درصد یعنی ۵۴۵ نفر از افراد مورد مطالعه، به این وضعیت دچار نبودند. توزیع سنی شیوع USI به تفکیک بدین صورت بوده است: در رده سنی ۱۵ سال ۲۴ درصد، ۱۶ ساله ۳۵/۸ درصد و ۱۷ ساله ۴۰/۱ درصد. با توجه به یافته‌های ما شیوع USI با افزایش سن افزایش می‌یابد و بیشترین شیوع آن در حین خندیدن بوده است. ضربه به لگن و عفونت مجرای ادراری نیز از عوامل مساعد کننده وقوع USI می‌باشد. ۲۷ درصد از مادران دختران مبتلا به USI نیز دچار USI بوده‌اند که احتمال وجود عوامل ژنتیکی را مطرح می‌کند. به علاوه، مطابق یافته‌های ما، بیشترین میزان USI در فاز استروژنی رخ می‌دهد و در فاز پروژسترونی، هیچ موردی از USI به دست نیامد. به طور کلی فراوانی بی‌اختیاری استرسی ادرار در دانش‌آموزان دختر ۱۷-۱۵ ساله شهرستان همدان برابر با ۲۳/۶ درصد بوده است.

واژه‌های کلیدی: بی‌اختیاری استرسی ادرار

مقدمه

بی‌اختیاری استرسی ادرار^۱ (USI) اصطلاحی است که برای توصیف دفع غیرارادی ادرار طی فعالیت فیزیکی به کار می‌رود (۱-۳). بی‌اختیاری استرسی ادرار شایع‌ترین نوع مشکل بی‌اختیاری ادرار در زنان می‌باشد (۴-۵) که طی دوره‌های افزایش فشار داخل شکم مانند عطسه، سرفه و یا ورزش روی می‌دهد (۳-۴). در این هنگام فشار داخل مثانه از فشاری که مکانیسم بسته شدن پیشابراه می‌تواند تحمل کند بیشتر می‌شود و دفع ادرار رخ می‌دهد (۴). شیوع USI با افزایش سن و افزایش تعداد زایمان افزایش می‌یابد (۴). به علاوه، شیوع USI در دختران ۱۵ سال به بالا ۱۵ درصد به صورت مداوم و ۱۸ درصد به صورت گهگاهی بوده است (۱ و ۴).

تأثیر روانی اجتماعی بی‌اختیاری ادرار زیاد است. بسیاری از بیماران شکایت دارند که اختلال جدی در فعالیت خانه‌داری آنها ایجاد شده است. به نظر می‌رسد واکنش روانی نسبت به بی‌اختیاری ادرار مشابه افسردگی و واکنشی^۲ می‌باشد. نشانه‌های روانی همراه بی‌اختیاری ادرار، پدیده‌هایی چون تنش روان‌شناختی و اختلالات خواب می‌باشد و این نشان می‌دهد بی‌اختیاری ادرار با روان‌رنجوری^۳ ناشی از کاهش کیفیت زندگی است نه صفات شخصیتی زمینه‌ای (۴-۵).

از لحاظ کیفیت زندگی، زنان میانسال بیش از زنان سالمند زجر می‌کشند و این خود بی‌اختیاری ادرار است که موجب تأثیر منفی می‌شود نه تعدد یا شدت آن (۲ و ۴). از طرفی برآورد هزینه‌های مربوط به بی‌اختیاری ادرار مشکل است زیرا اطلاعات دقیقی از این وضعیت موجود نمی‌باشد. به خاطر تشخیص دیررس و یا عدم تشخیص و از طرفی فراوانی شیوع

آن، این عارضه، مشکلی وسیع و پرهزینه است. با توجه به تعریف بی‌اختیاری استرسی همان دفع غیرارادی ادرار طی فعالیت فیزیکی است (۱-۳). وجود این مسأله سبب بروز مشکلاتی در فعالیت فیزیکی افراد می‌شود (۱ و ۳). در بررسی‌های انجام شده روی تعدادی از زنان ورزشکار معلوم شد که تعداد قابل توجهی از آنان دارای این عارضه هستند و این مشکل سبب محدودیت در فعالیت‌های ورزشی آنها شده است (۱). پس به غیر از جنبه‌های روانی و یا هزینه‌های تحمیل شده، کاهش فعالیت اجتماعی این قبیل از افراد نیز مهم و درخور توجه است (۲ و ۵). بنابراین، با توجه به اهمیت تشخیصی زودرس این عارضه و عوارض روانی-اجتماعی بی‌اختیاری استرسی ادرار، بر آن شدیم تا شیوع USI را در دختران دبیرستان‌های همدان در سال ۷۸-۷۹ بررسی نمایم.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه توصیفی - مقطعی بوده است و جامعه آماری مورد نظر، دختران دانش‌آموز ۱۷-۱۵ ساله دبیرستان‌های شهرستان همدان در سال تحصیلی ۷۸-۷۹ بودند. شکایت بیماران از بی‌اختیاری ادرار ممکن است به چند صورت باشد که در این بررسی، نوع بی‌اختیاری استرسی ادرار، مورد نظر بود.

برای افتراق این بی‌اختیاری‌ها گرفتن تاریخچه دقیق الزامی است، بدین منظور ما با استفاده از جدول هادکینسون^۴ پرسشنامه‌ای را تنظیم کردیم و در ساعات مشخصی از روز با توجه به هماهنگی به عمل آمده از طریق معاونت پرورشی آموزش و پرورش همدان و مسؤول دبیرستان بین ۱۹ دبیرستان شهر، ۷۱۱ نمونه مورد نیاز را انتخاب کردیم. پرسشنامه حاوی سؤالات مشخصی شامل، وجود بی‌اختیاری ادرار، نحوه

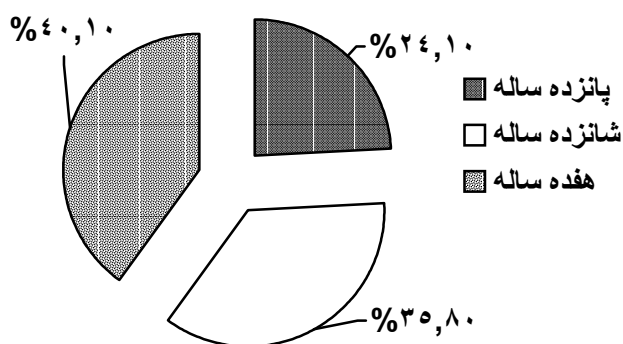
^۱ Urinary Stress Incontinency^۲ Reactive depression^۳ Psychoneurosis^۴ Hodgkinson

چگونگی تکرار آن، تعدد آن و وضعیت‌های مختلف جسمانی که در آن USI بروز می‌کند، بود. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری EPI6-info اطلاعات به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این تحقیق فراوانی USI در دختران دبیرستان‌های همدان در سنین ۱۷-۱۵ ساله بررسی گردیده و به ترتیب به نتایج زیر دست یافتیم.

از بین ۷۱۱ نفر که مورد مطالعه قرار گرفتند، ۱۶۶ نفر معادل ۲۴/۱ درصد ۱۵ ساله، ۳۵/۸ درصد ۱۶ ساله و ۴۰/۱ درصد ۱۷ ساله بوده‌اند (نمودار ۱).



نمودار ۱: فراوانی بی‌اختیاری استرسی ادرار در دختران ۱۷-۱۵ ساله برحسب درصد

فراوانی USI در هنگام فعالیت‌های مختلف نیز مورد بررسی قرار گرفت که ۹۲ نفر (۵۵/۳ درصد) حین خندیدن، ۲۳ نفر (۱۳/۲ درصد) حین عطسه زدن، ۹ نفر (۵/۳ درصد) حین سرفه کردن، ۱۲ نفر (۷/۲ درصد) حین ورزش کردن و ۳۰ نفر (۱۹ درصد) حین فعالیت‌های دیگر دچار USI می‌شدند.

از نظر مراجعه به پزشک تنها ۷ نفر (۴ درصد) از مبتلایان به پزشک مراجعه کردند و ۴ نفر از ۱۶۶ نفر دختران مبتلا به USI (۲/۴ درصد) نیز که USI داشتند سابقه ضربه به ناحیه لگن را گزارش کردند و ۵ نفر نیز سابقه جراحی در محدوده لگن داشتند. به علاوه، ۷۶ نفر (۴۵/۷ درصد) دارای علائم همراه

بوده‌اند که این علائم به ترتیب برای ۴۷ نفر سوزش ادرار، ۲۹ نفر تکرر ادرار، ۶ نفر شب‌ادراری و ۲ نفر خون در ادرار بود. در بررسی USI با توجه به زمان عادت ماهیانه معلوم شد که ۷۲ نفر (۴۳/۳ درصد) از دختران، در فاز استروژنی دچار USI می‌شوند و برای ۸۴ نفر (۵۶/۷ درصد) فاز استروژنی و پروژسترونی نقشی در تشدید یا بروز USI نداشته اما مادران دختران مبتلا به USI نیز خود دچار USI بودند.

بحث

در بررسی ۱۰۶۰ زن بالاتر از ۱۸ سال که به طور تصادفی انتخاب شده بودند مشخص شد که ۴۶ درصد زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار هستند (۶). در مطالعه دیگری از میان ۱۴۴ نفر ورزشکار زن تیم‌های دانشگاهی، ۲۷ درصد از بی‌اختیاری استرسی ادرار در طول ورزش شاکی بودند (۶). در این بررسی که روی دختران دبیرستان‌های شهر همدان انجام دادیم شیوع بی‌اختیاری ادرار حدود ۲۳/۶ درصد بود. اما در برخی منابع میزان USI در زنان جوان ۲۲ درصد اعلام شده است (۴). طبق مطالعه دیگری میزان USI در دختران ۱۴ ساله به بالا حدود ۱۱/۲ درصد به صورت گاهگاهی و ۵/۱ درصد به صورت منظم بوده است (۱). همچنین از نظر تفکیک سنی با توجه به آمارهای به دست آمده نتیجه می‌گیریم که با افزایش سن میزان USI نیز در دختران افزایش می‌یابد. بعضی منابع نیز تأیید می‌کنند که در دختران مسن‌تر، بی‌اختیاری استرسی ادرار بیشتر است (۱).

در تحقیقی که در سال ۱۹۹۹ روی ۹۴۸ نفر مبتلا به USI انجام گرفت، معلوم شد بیشتر موارد بی‌اختیاری ادرار در هنگام سرفه کردن ایجاد شده است (۲). با توجه به آمارهای به دست آمده در مطالعه حاضر بیشترین میزان USI در هنگام خندیدن بوده است و کمترین آنها در هنگام سرفه کردن که درمان‌های حمایتی USI در این زمینه می‌تواند کمک کننده

باشد (۴).

در این بررسی فقط ۷ نفر یعنی ۱/۴ درصد از مبتلایان به USI به پزشک مراجعه کرده‌اند. این می‌تواند یا ناشی از فقر فرهنگی و یا بی‌اطلاعی بیمار از مشکلش باشد و یا مشکل مزبور آنقدر خفیف بوده که ضرورت مراجعه به پزشک را ایجاد نکرده است. ولی با توجه به پرسش‌هایی که در حین جمع‌آوری اطلاعات پرسیده می‌شدند، به این نتیجه رسیدیم که این دختران اطلاع دقیق و درستی از مشکل خود و چگونگی آن ندارند. حدود ۲۷ درصد از مادران دختران مبتلا به USI در بررسی انجام شده ما نیز دچار USI بودند که این درصد نسبتاً بالاست به همین دلیل ممکن است بتوان عوامل ارثی را در این زمینه دخیل دانست، هرچند در منابع معتبر به مطالعه‌ای در این زمینه اشاره نشده است.

ضربه به لگن و عمل جراحی لگن نیز با توجه به آمار به دست آمده تا حدی در بروز USI دخالت می‌کنند. (۶ و ۴ و ۳ و ۱). این عوامل ممکن است باعث بهم‌ریختگی عصبی یا عضلانی و سبب بی‌ثباتی عضله دترسور و کاهش ظرفیت مثانه شود. با توجه به علائم همراه USI که به ترتیب شایع‌ترین آنها سوزش ادرار، تکرر ادرار، شب‌ادراری و خون در ادرار هستند، نقش عفونت‌های ادراری در بروز USI برجسته‌تر می‌شود. بنابراین می‌توان با یک درمان دارویی و بررسی دقیق‌تر در کاهش میزان USI در دختران گامی مؤثر برداشت (۱۰-۸). وجود USI با توجه به عادت ماهیانه در بررسی انجام شده نمی‌تواند مبنای موثقی برای قضاوت باشد، زیرا مطالعات مشابهی در این مورد انجام نشده است.

منابع

- 1) Harvey MA, Versi EB. Urogynecology and pelvic floor dysfunction. In: Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL. Kistner's Gynecology & Women's health. 7th Ed. London. Mosby Company. 1999; pp: 580-595.
- 2) Stothers L, Raz SH. Anterior vaginal wall sling. In: Raz SH. Female urology. 2nd Ed. London: W.B.Saunders. 1996; pp: 395-399.
- 3) Chapple CMR. Introduction of incontinence. In: Diarmid SA. Urodynamics. 2nd Ed. London: W.B.Saunders. 2000; pp: 97-98.
- 4) Menefee SH.A, Wall LL. Incontinence, prolapse & disorder of the pelvic floor. In: Berek JS. Novak's Gynecology. 11th Ed. London. Williams & Wilkins. 1998; pp: 654-690.
- 5) Nygard I, Dougherty MC. Genuine stress incontinence and pelvic organ prolapse. In: Walters MD, Karram MM. Urogynecology and Reconstructive pelvic surgery. 2nd Ed. London: Mosby Company. 1999; pp: 145-155.
- 6) Tanagho EA. Urinary incontinence. In: Tanagho EA, Mc Aninch JW. Smith's general Urology. 15th Ed. London. Lange Medical Books McGraw-Hill. 1999; pp: 538-552.
- 7) Blaivas JG, Romunzi LJ, Heritz D. Urinary incontinence. In: Walsh PC, Retih AB, Vaughan ED. Campbell's Urology. 7th Ed. London: W.B.Saunders. 1997; p: 1028.
- 8) Verdejo 13r Avo, Salinas CJ, Virseda CM. To ward a simplifeid method of classifging urinary incontinence in the elderly based on a multivariate. Sevicio De Geriatria, M hospital Clinico San Carlos, Madrid, Espania, 1999; pp: 440-50.
- 9) Haeusler G, Tempfer C, Heinzl H. Value of urethral pressure profilometry in the female incontinent patients. Urology 1998; 52(6) 113-117.
- 10) Hefler L, Hanzal E, Koelbi H. Electrical stimulation for stress incontinency. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1998; 9(5): 781-790.