

## *The relationship between the quality of life and the severity and type of incontinence of women with urinary incontinence*

Salome Peivandi<sup>1</sup>,  
Zahra Saneifar<sup>1</sup>,  
Zoleikha Ataroud<sup>2</sup>,  
Mohammad Khademloo<sup>3</sup>,  
Forozan Elyasi<sup>4</sup>,  
Ali Habibi<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Psychiatry, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>5</sup> Student Research Committee, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 4, 2025; Accepted February 12, 2026)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Urinary incontinence is a common health problem in women that affects their quality of life. The aim of the present study was to compare the quality of life in different types of urinary incontinence in women.

**Materials and methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted in 2023 AH on women with urinary incontinence presenting to the Sari Women's Clinic. Women with urinary incontinence, diagnosed by a certified gynecologist, were included in the study and divided into three groups based on the type of incontinence: stress, urgency, and mixed. 30 people from each group were randomly included in the study. The severity of urinary incontinence was determined using the International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF), and quality of life was determined using the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). SPSS version 22 software and Chi-square test and Fisher's exact test were used for analysis.

**Results:** The results showed that the frequency of women with severe incontinence in the stress, urgency, and mixed groups was 43.3%, 83.3%, and 53.0%, respectively. In the study of quality of life, 83.3% of women with stress incontinence, 80% of those with mixed incontinence, and 86.7% of women with urgency had an unsatisfactory quality of life ( $P=0.787$ ). There was no relationship between the decrease in quality of life and the increase in the severity of urinary incontinence in women with mixed and stress urinary incontinence ( $P<0.050$ ). However, in women with urgency urinary incontinence, quality of life decreased significantly, increasing severity of incontinence ( $P=0.034$ ).

**Conclusion:** In women with urgency urinary incontinence, quality of life decreases significantly as the severity of incontinence increases, compared to mixed and stress urinary incontinence. The significant impact of urinary incontinence on women's quality of life makes it imperative to recognize and treat it.

**Keywords:** quality of life, urgency urinary incontinence, severity of urinary incontinence

**J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 35 (253): 78-87 (Persian).**

**Corresponding Author:** Zahra Saneifar - Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.  
(E-mail: Dr.zahra.saneifar93@Gmaili.com)

# ارتباط بین کیفیت زندگی با شدت و نوع بی‌اختیاری زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری

سالومه پیوندی<sup>۱</sup>

زهرا صانعی فر<sup>۱</sup>

زلیخا عطار<sup>۲</sup>

محمدخادم<sup>۳</sup>

فروزان الیاسی<sup>۴</sup>

علی حبیبی<sup>۵</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** بی‌اختیاری ادراری مشکل شایع بهداشتی در زنان است که کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی در انواع مختلف بی‌اختیاری ادرار در زنان، انجام پذیرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی توصیفی، در سال ۱۴۰۲ بر روی زنان دارای بی‌اختیاری ادراری مراجعه‌کننده به کلینیک زنان شهر ساری انجام شد. مبتلایان به بی‌اختیاری ادرار با تشخیص متخصص زنان وارد مطالعه شدند و بر اساس نوع بی‌اختیاری در ۳ دسته استرسی، فوریتی و مختلط قرار گرفتند. به طور تصادفی از هر گروه تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شدند. شدت بی‌اختیاری ادراری با پرسشنامه International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) تعیین شد. جهت بررسی از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۲ و آزمون‌های کای اسکور و دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد فراوانی زنان با بی‌اختیاری شدید در گروه‌های استرسی، فوریتی و مختلط به ترتیب ۴۳/۳، ۸۳/۳ و ۵۳/۰ درصد بوده است. در بررسی کیفیت زندگی ۸۳/۳ درصد زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی، ۸۰ درصد مبتلایان به بی‌اختیاری مختلط و ۸۶/۷ درصد زنان با بی‌فوریتی کیفیت نامطلوب داشتند ( $P=0/787$ ). ارتباطی بین کاهش کیفیت زندگی با افزایش شدت بی‌اختیاری ادراری در بی‌اختیاری ادراری مختلط و استرسی وجود نداشت ( $P>0/05$ )، ولی در بی‌اختیاری ادراری فوریتی این با افزایش شدت بی‌اختیاری، کیفیت زندگی به طور معنی‌داری کاهش یافت ( $P=0/034$ ).

**استنتاج:** در زنانی که بی‌اختیاری ادرار فوریتی دارند، در مقایسه با بی‌اختیاری ادرار مختلط و استرسی، با افزایش شدت بی‌اختیاری، کیفیت زندگی به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. تأثیر قابل توجه بی‌اختیاری ادرار بر کیفیت زندگی زنان، شناخت و درمان آن را الزامی می‌کند.

## واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، بی‌اختیاری ادراری، شدت بی‌اختیاری ادراری

**مؤلف مسئول: زهرا صانعی فر** - ساری: گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران Email: Dr.zahra.saneifar93@Gmail.com

۱. استادیار، مرکز تحقیقات جنسی و ناباروری، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات جنسی و ناباروری، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲

## مقدمه

بی‌اختیاری ادراری (UI) (Urinary Incontinence) به‌عنوان هر نوع شکایت از نشت غیرارادی ادرار تعریف می‌شود که هم در مردان و هم در زنان نسبتاً زیاد است (۱). شیوع آن در زنان بزرگسال بین ۲۵ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (۲). در یک بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۲۰ شیوع کلی آن در زنان ۲۵/۷ درصد و در بین زنان در کشورهای در حال توسعه از ۲/۸ درصد در نیجریه تا ۵۷/۷ درصد در ایران و در زنان ترک از ۱۶/۴ تا ۵۰/۳ درصد متغیر بوده است (۳، ۴).

بی‌اختیاری ادرار به سه دسته استرسی، فوریتی و مختلط تقسیم می‌شود (۵). بی‌اختیاری ادراری استرسی (از دست دادن غیرارادی ادرار با افزایش فشار داخل شکم در حین فعالیت بدنی، عطسه، سرفه یا خنده)، بی‌اختیاری ادرار فوریتی (از دست دادن غیرارادی ادرار با نیاز فوری به تخلیه و انقباض غیرارادی مثانه) و بی‌اختیاری ادراری مختلط (شامل هر دو نوع بی‌اختیاری استرسی و فوریتی) است (۶).

کنترل اختیاری ادرار پیش نیاز احساس طبیعی بودن، عزت نفس و استقلال است که از دوران کودکی آغاز می‌شود؛ بنابراین بی‌اختیاری ادرار وضعیتی است که تأثیر عمیقی در زندگی اجتماعی بزرگسالان دارد (۵). بی‌اختیاری ادرار سومین مسئله بهداشتی بزرگ پس از بیماری‌های قلبی و سرطان در نظر گرفته شده که عمده‌تأ زنان را در سنین مختلف، بدون توجه به طبقه اقتصادی و الگوی فرهنگی، تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگرچه بی‌اختیاری ادرار یک مشکل تهدیدکننده زندگی نیست، اما ممکن است به‌طور قابل توجهی کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد (۶). بی‌اختیاری ادرار سبب ناراحتی‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی گردیده و ممکن است با خجالت، ناامیدی، افسردگی، مشکلات روانی و انزوای اجتماعی همراه شود (۴). زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری در مقایسه با زنان بدون علائم بی‌اختیاری بیش‌تر مستعد ابتلا به

افسردگی هستند، سطح اضطراب بالاتر و احساس حقارت بیش‌تری دارند. حتی به دلیل ترس از بی‌اختیاری، فعالیت‌های منظم روزمره ممکن است برای آن‌ها نگران‌کننده و شرم‌آور باشد (۶). بی‌اختیاری ادرار همچنین با اختلال عملکرد جنسی در زنان نیز همراه است (۷).

نتایج یک مطالعه مروری در سال ۲۰۲۱ نشان داد که بی‌اختیاری ادراری با کیفیت زندگی پایین همراه بوده است (۸). همچنین محققین در پژوهشی در سال ۲۰۱۸ در برزیل گزارش کردند که بی‌اختیاری ادرار در زنان چاق بسیار شایع و کیفیت زندگی به شدت تحت تأثیر آن قرار دارد (۹). در مطالعه دیگری گزارش شد شدت بی‌اختیاری ادراری ارتباطی با کیفیت زندگی ندارد و حتی نشت کم ادرار هم می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (۲). مطالعات بیش‌تری جهت بررسی در این زمینه مورد نیاز است، زیرا چنین اطلاعاتی جهت برنامه‌ریزی زندگی سالم آینده مهم است. علاوه بر این، کنترل پیشرفت شدت بی‌اختیاری ادرار با اجتناب از عوامل خطر و بررسی تأثیر آن بر کیفیت زندگی و ایجاد انگیزه در زنان سنین مختلف که در جستجوی درمان هستند با کمک اطلاعات مناسب امکان‌پذیر است (۶).

در سال‌های اخیر، تمرکز بالینی و تحقیقاتی از توصیف و ارزیابی دقیق پدیده بی‌اختیاری ادرار به این سؤال تغییر کرده است که چگونه انواع مختلف و شدت بی‌اختیاری ادرار بر کیفیت زندگی یک زن تأثیر می‌گذارد (۱۰). تشخیص صحیح سه نوع اصلی بی‌اختیاری ادراری استرسی، فوریتی یا بی‌اختیاری مختلط و ارزیابی نقش آن‌ها بر بی‌اختیاری بر کیفیت زندگی بسیار مهم است. مطالعات اندکی در ایران به بررسی تأثیر بی‌اختیاری ادرار بر کیفیت زندگی پرداخته است. بر این اساس در این مطالعه به بررسی نقش شدت و نوع بی‌اختیاری ادراری بر کیفیت زندگی طیف وسیعی از زنان (سنین باروری تا منوپوز) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی توصیفی می‌باشد که در سال ۱۴۰۲ بر روی زنان دارای بی‌اختیاری ادراری مراجعه‌کننده به کلینیک مصطفویان در شهر ساری انجام شد. این پژوهش با دریافت شناسه اخلاقی IR.MAZUMS.IMAMHOSPITAL.REC.1402.06

4 توسط دانشگاه علوم پزشکی مازندران تصویب شد.

زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار با سن بالاتر از ۱۸ سال و پس از تعیین نوع بی‌اختیاری، با معاینه بالینی متخصص زنان و فوق تخصص اختلالات کف لگن، بر اساس گایدلاین AUA 2019 وارد مطالعه شدند (۱۱).

زنان با سابقه هیستریکتومی، سابقه اوو فورکتومی، دارای وابستگی به مواد، مصرف مشروبات الکلی، عفونت دستگاه ادراری، ابتلا به سنگ کلیه و یا مثانه، باردار و یا زایمان در ۳ ماه گذشته از مطالعه خارج شدند.

پس از مشخص شدن نوع بی‌اختیاری ادراری استرسی، فوریتی و مختلط براساس مطالعه ی asoglu و همکاران در سال ۲۰۱۴ حجم نمونه محاسبه شد و طبق فرمول زیر تعداد ۶۰ نفر به دست آمد (۱۳). جهت افزایش دقت مطالعه این تعداد به ۹۰ نفر رسانده شد، به طوری که از هر گروه بی‌اختیاری ۳۰ نفر به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند.

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \times (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times 5.6^2 + 5.9^2}{(14.1 - 8.2)^2} = 60$$

دستیار زنان پس از معرفی خود به شرکت کنندگان، هدف پژوهش و اختیاری بودن شرکت در مطالعه را دقیقاً به آن‌ها توضیح داده و از افرادی که تمایل به شرکت دارند، درخواست نمود که پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه، فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه‌های ICIQ-SF و IIQ-7 را در اتاق انتظار تکمیل کردند. در صورتی که بیماری سواد خواندن و نوشتن نداشت، توسط دستیار زنان سؤالات برای بیمار خوانده شد و پاسخ‌های بیمار ثبت شد.

همه زنان از نظر علائم بی‌اختیاری ادراری توسط متخصص زنان و فلو شیپ اختلالات کف لگن مورد ارزیابی قرار گرفتند و بر اساس شرح حال به سه گروه بی‌اختیاری ادراری استرسی، فوریتی و مختلط که هر گروه شامل ۳۰ نفر بود، تقسیم شدند. سپس در همه بیماران شدت بی‌اختیاری ادراری با استفاده از پرسشنامه International Consultation on (ICIQ- UI SF) (Incontinence Questionnaire-Urinary Form (Short Incontinence) ارزیابی شد و بر اساس این پرسشنامه بیماران به چهار دسته بی‌اختیاری ادراری شامل خفیف (نمره کم‌تر و مساوی ۵)، خفیف تا متوسط (نمره ۶ تا ۱۲)، شدید (نمره ۱۳ تا ۱۸) و بسیار شدید (نمره ۱۹ تا ۲۱) تقسیم شدند. هم‌چنین نوع بی‌اختیاری ادراری بر اساس سؤال ۶ پرسشنامه ICIQ- UI SF در سه نوع استرسی، فوریتی و مختلط طبقه‌بندی شد.

کیفیت زندگی زنان با استفاده از پرسشنامه (IIQ-7) (Incontinence Impact Questionnaire) تعیین شد. زنان از نظر تأثیر بی‌اختیاری ادراری بر کیفیت زندگی در دو دسته مطلوب و نامطلوب قرار گرفتند. در این بیماران ارتباط شدت بی‌اختیاری ادراری و نوع بی‌اختیاری ادراری (استرسی، فوریتی و مختلط) با کیفیت زندگی بررسی شد.

پرسشنامه فارسی شده شدت بی‌اختیاری ادراری (ICIQ- UI SF): این پرسشنامه یک ابزار استاندارد معتبر و قابل اعتماد برای ارزیابی شدت بی‌اختیاری ادراری در افراد بوده که شامل ۶ سؤال است. این پرسشنامه بیماران را در ۴ گروه از خفیف تا خیلی شدید تقسیم‌بندی می‌کند. سؤالات پرسشنامه ۳ سطحی می‌باشد. ۲ سؤال اول دموگرافیک (سن و جنسیت) بوده و جهت تعیین شدت بی‌اختیاری امتیازات سؤالات ۳ و ۴ و ۵ با هم جمع می‌شود. امتیاز بین ۱ تا ۵ بی‌اختیاری جزئی، امتیاز ۶ تا ۱۲ بی‌اختیاری متوسط، ۱۳ تا ۱۸ بی‌اختیاری شدید و ۱۹ تا ۲۱ بی‌اختیاری بسیار شدید در نظر گرفته می‌شوند. سؤال ۶ این پرسشنامه به بررسی نوع

جدول شماره ۱: جدول نرمال بودن داده‌ها

| Tests of Normality |                                 |    |      |              |    |      |
|--------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| VAR ۰۰۰۱           | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |    |      | Shapiro-Wilk |    |      |
|                    | Statistic                       | df | Sig. | Statistic    | df | Sig. |
|                    | ۰.۲۲۴                           | ۹۰ | ۰.۹۰ | ۰.۸۹۰        | ۹۰ | ۱.۰۸ |

نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۲ آنالیز شدند. اطلاعات در دو بخش توصیفی و تحلیلی گزارش گردید. در بخش توصیفی برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از تعداد و درصد استفاده شد. در بخش تحلیلی برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک بالینی بیماران در زنان با بی‌اختیاری ادراری مختلط، استرسی و فوریتی از آزمون‌های تجزیه واریانس (متغیرهای کمی) و آزمون کای اسکور و دقیق فیشر (متغیرهای کیفی) استفاده شد. ارتباط بین شدت بی‌اختیاری ادراری با انواع بی‌اختیاری ادراری در زنان با آزمون‌های تجزیه واریانس و کای اسکور و دقیق فیشر بررسی شد. ارتباط بین کیفیت زندگی با انواع بی‌اختیاری ادراری با آزمون‌های تجزیه واریانس و کای اسکور و دقیق فیشر بررسی شد. ارتباط بین کیفیت زندگی مطلوب و نامطلوب با شدت بی‌اختیاری ادراری (متوسط تا شدید و شدید) با آزمون دقیق فیشر بررسی شد. در همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری  $P < ۰/۰۵۰$  بود.

## یافته‌ها

طبق جدول شماره ۲، در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک در زنان مبتلا به انواع بی‌اختیاری میانگین سنی در افراد مبتلا به بی‌اختیاری مختلط ۵۰ سال، در گروه استرسی ۴۸ سال و در گروه فوریتی ۵۳ سال بود. طول مدت بی‌اختیاری در مختلط ۲۹ ماه، در گروه استرسی ۳۷ ماه و در گروه فوریتی ۴۰ ماه به دست آمد. در هر سه گروه سطح تحصیلات کم‌تر از دیپلم و شغل خانه‌داری و تاهل بالاتر مشاهده شد. سابقه ی‌زایمان‌های متعدد و روش زایمان طبیعی نسبت به سزارین و اپیزوتومی نیز در افراد مبتلا به بی‌اختیاری در هر ۳

بی‌اختیاری ادراری (استرسی، فوریتی و مختلط) می‌پردازد. نشت ادرار در بیمار هنگام سرفه، عطسه و خندیدن، نشت ادرار در هنگام فعالیت‌های بدنی و ورزش نشان‌دهنده بی‌اختیاری ادراری استرسی می‌باشد. بی‌اختیاری فوریتی زمانی است که بیمار نشت ادرار را قبل از رسیدن به توالت تجربه می‌کند. تشخیص بی‌اختیاری مختلط زمانی است که بیمار علائم بی‌اختیاری استرسی و فوریتی را هم‌زمان داشته باشد (۱۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۱۲ توسط حاج ابراهیمی و همکاران در ایران بر روی ۱۲۸ بیمار شاکی از بی‌اختیاری ادراری مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ  $۰/۷۵$  محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی بالای این پرسشنامه در تعیین بی‌اختیاری ادراری می‌باشد. همچنین شاخص کاپای وزنی به دست آمده در تعیین test-retest  $۰/۷۰$  و ضریب همبستگی پیرسون  $۰/۹۳$  و ضریب ICC (intra-class correlation coefficient) برابر با  $۰/۸۴$  تعیین شد که تأیید روایی پرسشنامه را نشان می‌دهد (۱۴).

پرسشنامه فارسی شده تأثیر بی‌اختیاری ادراری بر کیفیت زندگی (IIQ-7): این پرسشنامه معتبر و قابل اعتمادی برای ارزیابی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار است؛ که شامل ۷ سؤال است. به صورت مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ (به هیچ وجه، کمی، متوسط، زیاد) نمره‌گذاری شده و رنج نمره آن از ۰ تا ۲۱ است. نمره ۹ یا بالاتر به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب و کم‌تر از آن کیفیت زندگی مطلوب است. میزان آلفا کرونباخ آن از  $۰/۸۶$  تا  $۰/۹۲$  گزارش شده است. روایی و پایایی آن در سال ۲۰۱۵ توسط مؤمنی موحد و همکاران در ایران مورد تأیید قرار گرفته و ضریب آلفا کرونباخ آن  $۰/۹۵$  گزارش شده است (۱۵). با توجه به کمی بودن داده‌های کیفیت زندگی بررسی نرمال بودن داده‌ها طبق جدول شماره ۱ انجام شد.

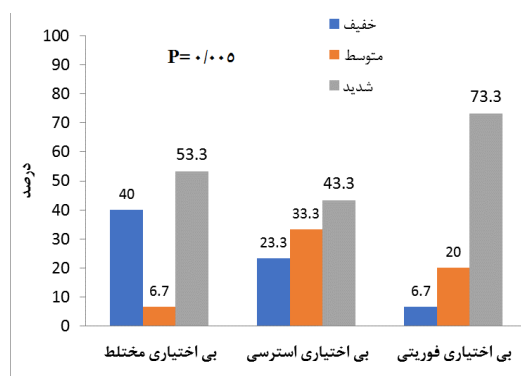
گروه بالاتر مشاهده گردید. در هر سه گروه میانگین BMI بالاتر از نرمال ۲۵ دیده شد.

جدول شماره ۳: توصیف و مقایسه اطلاعات دموگرافیک و بالینی زنان

| متغیر                              | بی اختیاری مختلط<br>n=30 | بی اختیاری استرسی<br>n=30 | بی اختیاری فوریتی<br>n=30 | سطح معنی داری |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|
| سن (میانگین)                       | ± ۱۱/۵۹                  | ± ۸/۹۲                    | ± ۱۰/۶۱                   | ۰/۲۱۴         |
| بی سواد ابتدایی و دیپلم و دبیرستان | ۷ (۲۳/۳)                 | ۸ (۲۶/۷)                  | ۸ (۲۶/۷)                  |               |
| تحصیلات                            | ۴ (۱۳/۳)                 | ۷ (۲۳/۳)                  | ۹ (۳۰)                    | ۰/۱۶۱         |
| تعداد (درصد)                       | ۳ (۱۰)                   | ۲ (۶/۷)                   | ۷ (۲۳/۳)                  |               |
| لیسانس و فوق دیپلم                 | ۳ (۱۰)                   | ۱ (۳/۳)                   | ۰ (۰)                     |               |
| و بالاتر                           | ۲۵ (۸۳/۳)                | ۲۷ (۹۰)                   | ۲۱ (۷۰)                   | ۰/۰۵          |
| شغل                                | ۵ (۱۶/۷)                 | ۳ (۱۰)                    | ۹ (۳۰)                    |               |
| تعداد (درصد)                       | ۲۹ (۹۶/۷)                | ۲۸ (۹۳/۳)                 | ۲۸ (۹۳/۳)                 | ۱             |
| تأهل                               | ۱ (۳/۳)                  | ۲ (۶/۷)                   | ۲ (۶/۷)                   |               |
| تعداد (درصد)                       | ۲۲ (۷۳/۳)                | ۱۹ (۶۳/۳)                 | ۲۰ (۶۶/۷)                 | ۰/۷۰۰         |
| تعداد زایمان                       | ۸ (۲۶/۷)                 | ۱۱ (۳۶/۷)                 | ۱۰ (۳۳/۳)                 |               |
| تعداد (درصد)                       | ۲۵ (۸۳/۳)                | ۱۸ (۶۰)                   | ۲۳ (۷۶/۷)                 | ۰/۴۰۳         |
| نوع زایمان                         | ۴ (۱۳/۳)                 | ۴ (۱۳/۳)                  | ۴ (۱۳/۳)                  |               |
| سزارین                             | ۱ (۳/۳)                  | ۸ (۲۶/۷)                  | ۳ (۱۰)                    |               |
| تعداد (درصد)                       | ± ۵/۲۳                   | ± ۴/۸۶                    | ± ۴/۳۰                    | ۰/۵۶۷         |
| قد (میانگین)                       | ۱۶۱/۹۳                   | ۱۶۰/۸۰                    | ۱۶۱/۹۷                    |               |
| وزن (میانگین)                      | ± ۱۴/۲۴                  | ± ۷/۹۰                    | ± ۶/۶۳                    | ۰/۴۶۲         |
| وزن (میانگین)                      | ۷۳/۰۷                    | ۷۲/۰۷                     | ۷۵/۲۷                     |               |
| BMI (میانگین)                      | ± ۴/۴۸                   | ± ۲/۵۹                    | ± ۲/۰۶                    | ۰/۴۷۱         |
| BMI (میانگین)                      | ۲۷/۷۳                    | ۲۷/۸۶                     | ۲۸/۶۷                     |               |
| دیابت                              | ۲۰ (۶۶/۷)                | ۱۷ (۵۶/۷)                 | ۱۵ (۵۰)                   | ۰/۴۲۱         |
| تعداد (درصد)                       | ۱۰ (۳۳/۳)                | ۱۳ (۴۳/۳)                 | ۱۵ (۵۰)                   |               |
| فشارخون بالا                       | ۲۰ (۶۶/۷)                | ۱۹ (۶۳/۳)                 | ۲۴ (۸۰)                   | ۰/۳۲۹         |
| تعداد (درصد)                       | ۱۰ (۳۳/۳)                | ۱۱ (۳۶/۷)                 | ۶ (۲۰)                    |               |
| مشکلات قلبی                        | ۲۶ (۸۶/۷)                | ۲۸ (۹۳/۳)                 | ۲۶ (۸۶/۷)                 | ۰/۷۶۳         |
| تعداد (درصد)                       | ۴ (۱۳/۳)                 | ۲ (۶/۷)                   | ۴ (۱۳/۳)                  |               |
| زایمان با ابزار                    | ۲۵ (۸۳/۳)                | ۱۹ (۶۳/۳)                 | ۲۳ (۷۶/۷)                 | ۰/۲۳۹         |
| تعداد (درصد)                       | ۵ (۱۶/۷)                 | ۱۱ (۳۶/۷)                 | ۷ (۲۳/۳)                  |               |
| زایمان با اپی                      | ۹ (۳۰)                   | ۶ (۲۰)                    | ۹ (۳۰)                    | ۰/۶۰۰         |
| زیوتومی                            | ۲۱ (۷۰)                  | ۲۴ (۸۰)                   | ۲۱ (۷۰)                   |               |
| تعداد (درصد)                       | ۱۲ (۴۰)                  | ۶ (۲۰)                    | ۱۱ (۳۶/۷)                 | ۰/۰۵          |
| سابقه یوست طولانی                  | ۱۸ (۶۰)                  | ۲۴ (۸۰)                   | ۱۹ (۶۳/۳)                 |               |
| سابقه جراحی کف لگن                 | ۲۴ (۸۰)                  | ۲۳ (۷۶/۷)                 | ۱۹ (۶۳/۳)                 | ۰/۴۱۲         |
| تعداد (درصد)                       | ۶ (۲۰)                   | ۷ (۲۳/۳)                  | ۱۱ (۳۶/۷)                 |               |
| استعمال سیگار                      | ۲۷ (۹۰)                  | ۲۹ (۹۶/۷)                 | ۳۰ (۱۰۰)                  | ۰/۰۴۳         |
| تعداد (درصد)                       | ۳ (۱۰)                   | ۱ (۳/۳)                   | ۰ (۰)                     |               |
| طول مدت بی اختیاری (میانگین)       | ± ۲۸/۹۶                  | ± ۲۸/۳۳                   | ± ۲۷/۹۲                   | ۰/۳۴۴         |
| طول مدت                            | ۲۹/۹۷                    | ۳۷/۵۳                     | ۴۰/۴۰                     |               |
| منوپوز                             | ۱۲ (۴۰)                  | ۱۲ (۴۰)                   | ۱۲ (۴۰)                   | ۱             |
| تعداد (درصد)                       | ۱۸ (۶۰)                  | ۱۸ (۶۰)                   | ۱۸ (۶۰)                   |               |

( $P=0/329$ )، مشکلات قلبی ( $P=763$ )، زایمان با ابزار ( $P=0/239$ )، زایمان با اپی زیوتومی ( $P=0/600$ )، سابقه جراحی کف لگن ( $P=0/412$ )، طول مدت بی اختیاری ( $P=0/344$ ) و منوپوز ( $P=1$ ) میان انواع بی اختیاری ها با هم وجود نداشت. طبق جدول شماره ۲ از نظر شغل ( $P=0/056$ )، سابقه یوست طولانی ( $P=0/50$ ) و استعمال سیگار ( $P=0/430$ ) نتایج آماری معنی دار بود.

تصویر شماره ۱، نشان می دهد به ترتیب شدت بی اختیاری در ۵۳/۳ درصد زنان با بی اختیاری مختلط، ۴۳/۳ درصد زنان با بی اختیاری ادراری استرسی و ۷۳/۳ درصد زنان با بی اختیاری ادراری فوریتی، شدید بود ( $P=0/005$ ). در هیچ شرکت کنندهای شدت بی اختیاری ادراری، خیلی شدید نبود.



تصویر شماره ۱: شدت بی اختیاری ادراری در زنان با بی اختیاری ادراری مختلط، استرسی و فوریتی

طبق جدول شماره ۳، تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی زنان با بی اختیاری ادراری مختلط، استرسی و فوریتی وجود نداشت ( $P>0/05$ ) و در هر ۳ گروه کیفیت زندگی کاهش یافته بود.

جدول شماره ۳: بررسی و مقایسه شدت بی اختیاری ادراری و

کیفیت زندگی در زنان با انواع بی اختیاری ادراری

| متغیر         | بی اختیاری مختلط<br>n=30 | بی اختیاری استرسی<br>n=30 | بی اختیاری فوریتی<br>n=30 | سطح معنی داری |
|---------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|
| کیفیت زندگی   | ۶ (۲۰)                   | ۵ (۱۶/۷)                  | ۴ (۱۳/۳)                  | ۰/۷۸۷         |
| مطلوب نامطلوب | ۲۴ (۸۰)                  | ۲۵ (۸۳/۳)                 | ۲۶ (۸۶/۷)                 |               |

تفاوت معنی داری از نظر سن ( $P=0/214$ )، تحصیلات ( $P=0/161$ )، تأهل ( $P=1$ )، تعداد زایمان ( $P=0/700$ )، نوع زایمان ( $P=0/403$ )، قد ( $P=0/567$ )، وزن ( $P=0/462$ )، BMI ( $P=0/471$ )، فشارخون بالا

در جدول شماره ۴، جداول شماره ۵ و ۶ به بررسی ارتباط انواع و شدت بی‌اختیاری ادرار بر کیفیت زندگی زنان پرداخته شده است. در بی‌اختیاری مختلط و استرسی P value غیر معنی‌دار و در بررسی بی‌اختیاری فوریتی این رابطه معنی‌دار بود.

**جدول شماره ۴:** ارتباط کیفیت زندگی با شدت بی‌اختیاری ادراری مختلط در زنان

| کیفیت زندگی                     | بی‌اختیاری مختلط<br>n=30 |                      |                     |                          | سطح معنی داری |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
|                                 | خفیف<br>تعداد(درصد)      | متوسط<br>تعداد(درصد) | شدید<br>تعداد(درصد) | خیلی شدید<br>تعداد(درصد) |               |
| مطلوب<br>(میانگین<br>نمره <9)   | ۴(۳۳,۳)                  | ۰(۰)                 | ۲(۱۲,۵)             | ۰(۰)                     | ۰,۳۷۷         |
| نامطلوب<br>(میانگین<br>نمره ≥9) | ۸(۶۶,۷)                  | ۲(۱۰۰)               | ۱۴(۸۷,۵)            | ۰(۰)                     |               |

**جدول شماره ۵:** ارتباط کیفیت زندگی با شدت بی‌اختیاری ادراری استرسی در زنان

| کیفیت زندگی                  | بی‌اختیاری استرسی<br>n=30 |                      |                     |                          | سطح معنی داری |
|------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
|                              | خفیف<br>تعداد(درصد)       | متوسط<br>تعداد(درصد) | شدید<br>تعداد(درصد) | خیلی شدید<br>تعداد(درصد) |               |
| مطلوب<br>(میانگین نمره <9)   | ۱(۱۴,۳)                   | ۴(۴۰)                | ۱(۷,۷)              | ۰(۰)                     | ۰,۱۵۵         |
| نامطلوب<br>(میانگین نمره ≥9) | ۶(۸۵,۷)                   | ۶(۶۰)                | ۱۲(۹۲,۳)            | ۰(۰)                     |               |

**جدول شماره ۶:** ارتباط کیفیت زندگی با شدت بی‌اختیاری ادراری فوریتی در زنان

| کیفیت زندگی                  | بی‌اختیاری فوریتی<br>n=30 |                      |                     |                          | سطح معنی داری |
|------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
|                              | خفیف<br>تعداد(درصد)       | متوسط<br>تعداد(درصد) | شدید<br>تعداد(درصد) | خیلی شدید<br>تعداد(درصد) |               |
| مطلوب<br>(میانگین نمره <9)   | ۲(۱۰۰)                    | ۳(۵۰)                | ۲(۲۷,۳)             | ۰(۰)                     | ۰,۰۳۴         |
| نامطلوب<br>(میانگین نمره ≥9) | ۰(۰)                      | ۳(۵۰)                | ۲۰(۷۲,۷)            | ۰(۰)                     |               |

## بحث

در این مطالعه شدت بی‌اختیاری ادراری در ۴۳/۳ درصد خفیف و متوسط و در ۵۶/۷ درصد شدید تعیین شد که نشان دهنده شدت بالای بی‌اختیاری ادراری در زنان مطالعه حاضر می‌باشد. از آنجایی که افزایش شدت

بی‌اختیاری ادراری ممکن است منجر به بستری شدن در بیمارستان یا نیاز به مراقبت شخصی شود، این یافته حائز اهمیت است. مداخله زود هنگام در درمان بی‌اختیاری ادراری از نظر سلامتی زنان و جامعه بسیار مهم می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط Akkus و همکاران بر روی زنان ترکیه انجام شد، ۵۴/۶ درصد زنان دارای بی‌اختیاری ادراری خفیف، ۲۵/۴ درصد دارای بی‌اختیاری ادراری متوسط و ۲۰ درصد نیز دارای بی‌اختیاری ادراری شدید بودند(۱۶). در مطالعه Özerdoğan و همکاران بیان کردند که ۸۷/۶ درصد از زنان دارای بی‌اختیاری ادراری خفیف و متوسط و ۱۲/۴ درصد شدید می‌باشند(۱۷). از دلایل شیوع بالای بی‌اختیاری شدید در مطالعه‌ی حاضر می‌تواند مراجعه‌ی دیرهنگام به کلینیک‌های درمانی و عدم دسترسی مناسب به فوق تخصص پلویک جهت تشخیص زودتر و درمان انواع بی‌اختیاری‌های ادرار باشد.

شدت بی‌اختیاری ادراری به ترتیب در ۷۳/۳۵ درصد، ۵۳/۳ درصد و ۴۳/۳ درصد زنان با بی‌اختیاری ادراری فوریتی، مختلط و استرسی، شدید بود. در بررسی کیفیت زندگی نیز مشاهده شد کیفیت زندگی در اکثر زنان با بی‌اختیاری ادراری مختلط (۸۰ درصد)، استرسی (۸۳/۳ درصد) و فوریتی (۸۶/۷ درصد) نامطلوب بود. نتایج درباره ارتباط شدت بی‌اختیاری ادراری و کیفیت زندگی متناقض بوده و به نظر می‌رسد علاوه بر شدت بی‌اختیاری ادراری، عوامل متعددی می‌توانند بر کیفیت زندگی زنان با بی‌اختیاری ادراری موثر باشند و این ارتباط پیچیده و چندوجهی می‌باشد. در مطالعه Krhut و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده شد که نشأت ادرار حتی به صورت خفیف به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد و ارتباطی بین شدت بی‌اختیاری و کیفیت زندگی وجود ندارد(۲). در مقابل، در مطالعه Monz و همکاران (۲۰۰۷)، شدت درک شده از بی‌اختیاری ادراری به عنوان یک عامل خطر برای کیفیت زندگی ضعیف‌تر گزارش شد(۱۸). در مطالعه‌ای

دیگر گزارش شد عاملی که بیشترین تأثیر را بر نمره کیفیت زندگی در زنان با بی اختیاری ادراری داشت، شدت علائم بود (۱۹).

در مطالعه حاضر نشان داده شد همه انواع بی اختیاری ادراری، از جمله بی اختیاری ادرار استرسی، بی اختیاری ادرار فوریتی و بی اختیاری ادرار مختلط، صرف نظر از شدت یا ویژگی های خاص، می توانند منجر به کاهش قابل توجه کیفیت زندگی شوند. این یافته از آن جهت ارزشمند است که انواع بی اختیاری ادراری نیاز به انواع مختلف درمان دارد و باید نوع بی اختیاری ادراری به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد بررسی شود (۲۰). در بررسی نوع بی اختیاری مشاهده شد که تنها در نوع فوریتی با افزایش شدت بی اختیاری کیفیت زندگی زنان کاهش معنی داری می یابد و در بی اختیاری مختلط و استرسی این کاهش کیفیت زندگی رابطه ی خطی با افزایش شدت بی اختیاری ندارد. بر خلاف مطالعه حاضر در مطالعه Dedicação و همکاران بیان گردید کیفیت زندگی زنان دارای بی اختیاری ادراری مختلط، کم تر از زنان دارای بی اختیاری ادراری استرسی و مثانه بیش فعال می باشد (۲۱). همچنین Saboia و همکاران (۲۰۱۷) با بررسی ۵۵۶ زن بیان کردند همه انواع بی اختیاری ادراری هم در کیفیت زندگی عمومی و هم در کیفیت زندگی خصوصی تداخل ایجاد می کنند، اما زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری مختلط بیشترین تأثیر را دارند (۲۲). از سوی دیگر، در مطالعه

Pizzol و همکاران (۲۰۲۱) گزارش شد در حالی که بی اختیاری مختلط با نمرات کیفیت زندگی پایین تری در مقایسه با بی اختیاری ادراری فوریتی و استرسی همراه بود، اما همه انواع بی اختیاری ادراری تأثیر مشابهی بر کاهش کیفیت زندگی زنان دارند (۲۳).

این مطالعه با محدودیت هایی نیز همراه بود. در مطالعه ما فقط ارتباط شدت و نوع بی اختیاری ادراری با کیفیت زندگی بررسی شد. از آنجا که بی اختیاری ادراری یک مشکل سلامتی چند عاملی است؛ بنابراین پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی عوامل دموگرافیک، پزشکی، جسمانی، روانی، بهداشتی نیز به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری نیز بررسی گردد. در مطالعه حاضر اطلاعات به روش خود گزارش دهی زنان جمع آوری شد، بنابراین می تواند سوگیری ها و نادرستی ها را در برآوردهای شیوع ایجاد کند.

نتایج این مطالعه نشان داد بی اختیاری ادراری یک وضعیت چالش برانگیز در زنان است که می تواند کیفیت زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین این مطالعه تأکید می کند که شدت علائم به تنهایی به طور کامل سطح تأثیر را بر کیفیت زندگی فرد تعیین نمی کند. نتایج این مطالعه بر اهمیت افزایش آگاهی پزشکان و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی نسبت به پیامدهای بی اختیاری ادراری در زنان، از جمله تأثیر آن بر کاهش کیفیت زندگی، تأکید می کند.

## References

- 1- Chung DE, Te AE, Tyagi R. Chapter 39 - Lower Urogenital Tract Dysfunction in Men and Women. Principles of Gender-Specific Medicine. In: Legato MJ, editor. 2<sup>th</sup> ed, San Diego: Academic Press; 2010: 421-431.
- 2- Krhut J, Gärtner M, Mokris J, Horcicka L, Svabik K, Zachoval R, et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in

women. *Neurourol urodyn* 2018;37(6):1925-1930 PMID: 29603780.

- 3.- Mostafaei H, Sadeghi-Bazargani H, Hajebrahimi S, Salehi-Pourmehr H, Ghojzadeh M, Onur R, et al. Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis—A Report from the

- Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. *Neurourol Urodyn* 2020;39(4):1063-1086 PMID: 32243626.
4. Orhan C, Ozgul S, Baran E, Uzelpasaci E, Nakip G, Cinar GN, et al. The Effect of Incontinence Severity on Symptom Distress, Quality of Life, and Pelvic Floor Muscle Function in Turkish Women with Urinary Incontinence. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*. 2020;26(1):51-7.
  5. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Méd Bras* 2015;61(2):178-183 PMID: 26107369.
  6. Essa PRM, Hafez APS, Kandeel HAM. Association between Severity of Stress Urinary Incontinence and Quality Of Life among Menopausal Women. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing* 2020;7(1):778-800.
  - 7- Su CC, Sun BYC, Jiann BP. Association of urinary incontinence and sexual function in women. *Int J Urol* 2015;22(1):109-113 PMID: 25170688.
  - 8- Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* 2021;33(1):25-35 PMID: 32964401.
  - 9- Nygaard CC, Schreiner L, Morsch TP, Saadi RP, Figueiredo MF, Padoin AV. Urinary incontinence and quality of life in female patients with obesity. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018;40:534-539 PMID: 30231292.
  - 10- Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas* 2011;68(2):137-142 PMID: 21195563.
  - 11- Lightner DJ, Gomelsky A, Souter L, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment 2019. *J Urol* 2019;202(3):558-563 PMID: 31039103.
  - 12- Espuña-Pons M, Dilla T, Castro D, Carbonell C, Casariego J, Puig-Clota M. Analysis of the value of the ICIQ-UI SF questionnaire and stress test in the differential diagnosis of the type of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2007;26(6):836-841 PMID: 17330896.
  - 13- Asoglu MR, Selcuk S, Cam C, Cogendez E, Karateke A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 2014;176:187-190 PMID: 24630299.
  - 14- Hajebrahami S, Nourizadeh D, Hamedani R, Pezeshki MZ. Validity and reliability of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form and its correlation with urodynamic findings. *Urol J* 2012;9(4):685-690 PMID: 23235974.
  - 15- Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2005;48(4):634-641 PMID: 15963633.
  - 16- Akkus Y, Pinar G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *Int Urogynecol J* 2016;27(6):887-893 PMID: 26638154.
  - 17- Özerdoğan N, Kızılkaya N. The prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life in 20 years or older of women in

Eskişehir, Afyon, Kütahya, Bilecik cities. Nurs J. 2003;13:37-50 (in Turkish).

18- Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, et al. Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. Eur Urol 2007;51(4):1073-1082 PMID: 17081676.

19- Oh SJ, Hong SK, Son H, Paick JS, Ku JH. Quality of life and disease severity in Korean women with stress urinary incontinence. Urology 2005;66(1):69-73 PMID: 15992875.

20- Frick AC, Huang AJ, Van Den Eeden SK, Knight SK, Creasman JM, Yang J, et al. Mixed urinary incontinence: greater impact on quality of life. J Urol 2009;182(2):596-600 PMID: 19535107.

21- Dedicação A, Haddad M, Saldanha M, Driusso P. Comparison of quality of life for different types of female urinary incontinence. Brazilian Journal of Physical Therapy. 2009;13(2):116-122.

22- Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KdC, Vasconcelos Neto JA, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. Rev Enferm USP 2017;51:e03266 PMID: 29267732.

23- Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res 2021;33(1):25-35 PMID: 32964401