

مقایسه تأثیر درمان جراحی و دارویی بر روی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری

می نور لمیعیان*: استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس

منصوره شاگرد حداد: مربی، گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرند

آزیتا گشتاسبی: استادیار، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

راضیه معصومی: دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش

سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۵۲۳-۵۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۲۳

انشر الکترونیک پیش از انتشار-۴ مهر ۱۳۹۰]

چکیده

هدف از انجام این مطالعه مقایسه کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری در دو روش درمان جراحی و دارویی بود. این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی بوده که با بررسی بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری نوع مرکب با روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه درمان دارویی و جراحی انجام پذیرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بی اختیاری ادراری I-QOL و پرسشنامه SF-36 بود که قبل از شروع درمان، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از درمان از طریق مصاحبه تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های آماری مجذور کای، t مستقل و Repeated Measurement Analysis استفاده شد.

نمرات کیفیت زندگی اختصاصی قبل از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنادار نداشت ($P > 0/05$)، ولی در بررسی ۳ ماه و ۶ ماه بعد از درمان در هر دو گروه افزایش معنادار آماری مشاهده گردید ($P < 0/001$). با وجود این، مقایسه بین گروهی نشان دهنده عدم اختلاف آماری ($P > 0/05$) بود. نمرات کیفیت زندگی عمومی نیز قبل از درمان اختلاف آماری معنادار نشان نداد ($P > 0/05$) اما نمرات تمامی ابعاد طی ۳ ماه و ۶ ماه پس از درمان در هر دو گروه، افزایش معنادار ($P < 0/001$) داشت. نتایج مقایسه بین گروهی نیز در این بخش نشان داد میانگین نمرات عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی و عملکرد اجتماعی در گروه درمان دارویی با اختلاف معنادار آماری بیش از گروه جراحی ($P < 0/05$) بود، اما میانگین نمره سلامت عمومی در گروه جراحی بیش از گروه درمان دارویی بود ($P < 0/05$). با توجه به تشابه میزان بهبود کیفیت زندگی پس از درمان در هر دو گروه دارویی و جراحی و از آنجایی که بهبود کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین معیارهای انتخاب نوع درمان است، توجه به این مهم در اتخاذ تصمیم درمانی از سوی تیم پزشکی و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی مربوطه امری ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: بی اختیاری ادراری، کیفیت زندگی، I-QOL، SF-36، درمان دارویی، درمان جراحی

* نویسنده پاسخگو: بزرگراه جلال آل احمد، نرسیده به خیابان کارگر شمالی، دانشگاه تربیت مدرس، گروه مامایی و بهداشت باروری

Lamyianm@modares.ac.ir-E-mail:

مقدمه

بی اختیاری ادراری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های زنان است که اغلب به دلیل عدم مراجعه بیماران به صورت مزمن در می‌آید و صدمات روانی - اجتماعی قابل توجهی ایجاد می‌کند که منجر به افت کیفیت زندگی افراد می‌شود [۱، ۲].

بی اختیاری تنشی (استرسی) با خارج شدن ادرار از مجرا هنگام سرفه، عطسه، دویدن، راه رفتن، پریدن و یا هر فعالیتی که منجر به افزایش فشار داخل شکمی شود، همراه است. بی اختیاری فوریتی نیز به معنای احساس قوی و ناگهانی ادرار کردن همراه با خروج ادرار قبل از این که فرد خود را کنترل نماید، است. بی اختیاری مرکب به همراهی بی اختیاری تنشی و بی اختیاری فوریتی اطلاق می‌گردد [۳، ۴].

مطالعات محدود در ایران شیوع کلی این نوع بی اختیاری ادراری را ۲۳/۵ درصد و مرتبط با شغل گزارش کرده‌اند [۵، ۶]. درمان معمول بی اختیاری ادراری شامل درمان‌های دارویی، جراحی و نگهدارنده است. بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری مرکب غالباً مشکلات پیچیده‌ای از نظر درمان دارند و در مورد بهترین روش درمان آنها اختلاف نظر وجود دارد [۱].

این بیماری به شدت بر روی کیفیت زندگی زنان اثر می‌گذارد، به طوری که به نظر بعضی افراد بی اختیاری ادراری شخصیت و وجهه اجتماعی‌شان را تخریب می‌کند و بعضی دیگر آن را عامل محدود کننده‌ای دانسته‌اند که فعالیت‌های روزانه و ابعاد فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در عده‌ای نیز منجر به تنش‌های روانی، اختلالات خواب، مشکلات احساسی و از بین رفتن اعتماد به نفس می‌شود [۵، ۷، ۸].

Patrick و همکاران معتقدند: «موضوع مهم در مورد این بیماری این است که تعیین کیفیت زندگی به ویژه بعد از روش‌های درمانی می‌تواند راه حل‌های جدیدی را پیش روی زنان و متخصصان قرار دهد و به تصمیم‌گیری آنان کمک زیادی نماید» [۲]. شواهد موجود نشان می‌دهد تحقیقی در این زمینه در ایران در دسترس نیست.

هدف از انجام این پژوهش، بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری مرکب قبل و بعد از دو مداخله دارویی و جراحی در فواصل زمانی ۳ الی ۶ ماه است.

لازم به ذکر است که این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام پذیرفت.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی است. جامعه پژوهش شامل زنان ۳۵-۶۵ ساله مبتلا به بی اختیاری ادراری مراجعه کننده به ۴ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بودند که از بین ۵۴۰ نفر مورد بررسی، ۱۰۰ نفر از افراد واجد شرایط مطالعه به روش نمونه گیری تصادفی، در دو گروه درمان دارویی (۵۰ نفر) و گروه درمان جراحی (۵۰ نفر) قرار گرفتند. نمونه گیری این تحقیق به مدت ۱۳/۵ ماه به طول انجامید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری به مدت حداقل سه ماه، تعداد دفعات بروز بی اختیاری ادراری به میزان حداقل دو بار در هفته، عدم استفاده از درمان‌های نگهدارنده، سکونت در شهر تهران، داشتن وضعیت اقتصادی متوسط درآمد خانوار و نیز شاخص توده بدنی نرمال بود. عفونت ادراری درمان نشده، اختلالات عصبی مثانه، نوروپاتی دیابتی، ناتوانی حرکتی، اختلالات عمده مادرزادی و آتونی مثانه، سرطان مثانه و اشتغال یا تحصیل در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی هم به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. منظور از درمان دارویی در این پژوهش تجویز خوراکی ۵ میلی گرم اکسی بوتینین (Oxybutynin) روزانه به مدت حداقل سه ماه و منظور از درمان جراحی، عمل جراحی Tension Free Vaginal Tape یا TVT با تشخیص متخصص اورولوژی بود. تشخیص قطعی نوع بی اختیاری مرکب بر اساس آزمایشات تخصصی و نظر کتبی از سوی متخصص اورولوژی داده می‌شد و افراد بر اساس برگه کتبی شامل تشخیص نوع بیماری و نوع درمان و بعد از اخذ رضایت نامه به روش تصادفی (یکی در میان) در دو گروه درمان دارویی یا گروه درمان جراحی قرار می‌گرفتند. تمامی تشخیص‌ها و نیز جراحی‌ها توسط یک جراح انجام شد. سه پرسشنامه در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. با استفاده از پرسشنامه اول که حاوی ۱۱ سؤال بود، وضعیت جمعیتی و بالینی واحدهای پژوهش بررسی می‌شد و با پرسشنامه دوم و سوم که شامل پرسشنامه اختصاصی Incontinence-Quality of Life Questionnaire یا I-QOL و مقیاس Form-36 Short یا SF-36 بود، کیفیت زندگی اختصاصی و عمومی اندازه گیری می‌شد. قبل از مداخله هر سه پرسشنامه به روش مصاحبه تکمیل می‌شد و سپس ۳ ماه و نیز ۶ ماه پس از

یافته‌ها

خصوصیات جمعیتی و باروری زنان مورد مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است. یافته‌ها بیانگر آن است که میانگین سنی جامعه مورد پژوهش ۴۶/۲ سال بوده و ۶۹ درصد از واحدهای تحت پژوهش زیر ۵۰ سال سن داشتند که این امر نشان دهنده جوان بودن جامعه مورد مطالعه است.

اکثر واحدهای مورد پژوهش، خانه دار (۹۶ درصد)، متأهل (۸۹ درصد)، غیر یائسه (۶۸ درصد)، زیر دیپلم و بی سواد بوده (۵۳ درصد) و بیشترین فراوانی به تعداد زایمان ۳ و بیشتر (۶۷/۵ درصد) تعلق داشت. نتایج حاصل از آزمون آماری مجذور کای مابین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای فوق، نشان دهنده ارتباط معنادار آماری نبود ($P > 0.05$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی و باروری زنان مورد مطالعه

P	درمان جراحی		درمان دارویی		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
* ۰/۱۶۹					سن (سال)
	۴۸	۲۴	۳۸	۱۹	۳۵-۴۴
	۴۴	۲۲	۳۴	۱۷	۴۵-۵۴
	۸	۴	۲۸	۱۴	≥ 55
** ۱					تحصیلات
	۲۶	۱۳	۳۰	۱۵	بی سواد
	۵۸	۲۹	۵۲	۲۶	زیر دیپلم
	۱۶	۸	۱۸	۹	دیپلم و بالاتر
** ۱					شغل
	۹۶	۴۸	۹۶	۴۸	خانه دار
	۴	۲	۴	۲	شاغل
۰/۹۳۵					تعداد زایمان
	۱۶	۸	۱۸	۹	≤ 2
	۶۸	۳۴	۶۸	۳۴	۳-۴
	۱۶	۸	۱۴	۷	≥ 6

* Independent Sample T test

** Chi Square test

نتایج آزمون Repeated Measurement Analysis نشان داد میانگین نمرات پرسشنامه I-QOL طی ۳ ماه و ۶ ماه بعد از مداخله در هر دو گروه نسبت به قبل از درمان افزایش معنادار ($P < 0.001$) داشته (جدول شماره ۲)، اما مقایسه بین گروهی نشان دهنده عدم اختلاف مابین دو گروه بود (جدول شماره ۳). این آزمون برای بررسی تغییرات درون گروهی و بین گروهی میانگین نمرات ابعاد پرسشنامه SF-36 نیز استفاده شد.

شروع درمان پی گیری شده و پرسشنامه‌های مذکور مجدداً به روش مصاحبه تکمیل می‌گردید.

پرسشنامه اختصاصی مورد استفاده در این پژوهش که یک مقیاس ویژه برای سنجش این بیماران است، توسط محققان دانشگاه واشنگتن طراحی (۱۹۹۹) و استفاده از آن در مطالعات بالینی به اثبات رسیده است (آلفا کرونباخ ۰/۹۵) [۱۰، ۹]. به منظور بررسی تطابق فرهنگی، این پرسشنامه به هفت زبان زنده دنیا تهیه و در چهار کشور فرانسه، اسپانیا، سوئد و آلمان توسط زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری تکمیل گردیده و نتیجه گزارش شده مؤید این مطلب است که این پرسشنامه نیاز به یک ابزار معتبر و بین‌المللی را برآورده می‌سازد [۱۱]. این پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال در ۳ زیر گروه شامل اجتناب و محدودیت‌های رفتاری، اثرات روانی - اجتماعی و آشفتگی اجتماعی است. تمامی سؤالات دارای ۵ پاسخ در مقیاس لیکرت بوده که به هر کدام نمرات ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد و برای به دست آوردن نمره نهایی یا نمرات زیر گروه‌ها، از فرمول تفاضل حداقل نمره خام و حاصل جمع نمرات سؤالات تقسیم بر حداکثر نمره خام ضربدر ۱۰۰ می‌توان استفاده نموده و نمره تبدیل یافته یا نهایی را به دست آورد. این پرسشنامه برای اولین بار در این پژوهش به کار گرفته شده است. به منظور تأمین روایی در مرحله اول سؤالات به زبان فارسی ترجمه و سپس به زبان انگلیسی برگردانده شد. نسخه ترجمه مجدد توسط یک نفر متخصص زبان انگلیسی بررسی گردید. برای حصول اعتبار علمی این مقیاس نیز از روش اعتبار محتوایی - کیفی استفاده گردید؛ به این ترتیب که ۱۰ نفر از استادان متخصص و ۲۰ نفر از زنان مبتلا به این عارضه فهم سؤالات را به لحاظ محتوایی بررسی و تأیید نمودند. جهت اعتبار پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha = 0.87$) (Cranach's). پرسشنامه عمومی SF-36 یک پرسشنامه ژنریک و عمومی استاندارد برای اندازه گیری کیفیت زندگی است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و هشت بعد است که ابعاد آن شامل عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی و سلامت روانی، است. امتیاز هر بعد از صفر تا ۱۰۰ است که نمره صفر به معنی بدترین کیفیت زندگی نمره صد به معنی بالاترین کیفیت زندگی است. اعتبار و اعتماد علمی این پرسشنامه در گونه ایرانی مورد تأیید است [۱۲]. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

معناداری بیشتر میانگین نمره این متغیر در گروه جراحی نسبت به گروه درمان دارویی بود ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به ارزیابی مقایسه‌ای کیفیت زندگی اختصاصی و عمومی در دو روش درمان جراحی و دارویی بعد از مداخله (درمان) در زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری مرکب پرداخته است. میانگین سنی جامعه مورد پژوهش ۴۶/۲ سال بود که نشان دهنده جوان بودن واحدهای پژوهشی است. بارداری و زایمان یکی از عوامل زمینه ساز بی اختیاری ادراری است [۱۳] و اینک زنان دهه سنی چهارم و پنجم، مادران جوان آن سال‌هایی هستند که کشور ما با افزایش بی رویه جمعیت مواجه بوده است و این امر شاید یکی از علل احتمالی جوان بودن نمونه مورد پژوهش باشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان دهنده بهبود سطح کیفیت زندگی واحدهای تحت پژوهش با هر دو نوع روش درمان دارویی و جراحی بود از این رو می‌توان گفت انجام مداخلات درمانی به موقع در ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری بسیار مؤثر است. البته انتخاب روش درمانی مهم‌ترین اصل مداخله است که یافته‌های حاصله نشان داد اندازه گیری سطح کیفیت زندگی با ابزار اختصاصی پس از مداخله مابین دو گروه اختلاف معناداری نداشته و در اندازه گیری سطح کیفیت زندگی با ابزار عمومی نیز نزدیکی نتایج درمانی در دو روش قابل ملاحظه بود. بنابر یافته‌های حاصله، تأمل در نتایج و اثرات درمانی روش‌های موجود جهت مداخله درمانی در این حوزه ضرورتی انکارناپذیر است. عموم متخصصان اتفاق نظر دارند که بی اختیاری ادراری با افزایش سن نسبت مستقیم دارد. به رغم شیوع بالای بی اختیاری ادراری در سنین بالاتر، هنگامی که افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی بررسی می‌شوند، تعداد زنان جوان بیشتر از زنان مسن مشاهده می‌شود که علت این امر احتمالاً به تصور زنان از ماهیت بی اختیاری ادراری بر می‌گردد که آن را شرایطی ناشی از افزایش سن می‌دانند و بنابر این کمتر به دنبال درمان هستند [۴]. در مطالعه Corcoles و همکاران که با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادراری در سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۵ انجام شده است، شیوع بی اختیاری ادراری مرکب را با میانگین سنی ۵۷ سال و به میزان ۱۲/۷ درصد گزارش کرده‌اند که نمرات کیفیت زندگی در این گروه نیز در مقایسه با افراد جوان‌تر به میزان ۸۷/۳

نتایج در هر دو گروه نشان دهنده وجود اختلاف آماری معنادار بود که جهت تعیین اختلاف از آزمون Bonferroni استفاده گردید. یافته‌های حاصله نشان داد میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی طی ۳ ماه و ۶ ماه پس از درمان نسبت به قبل از آن در گروه درمان دارویی افزایش داشت ($P < 0/001$)، ولی سایر ابعاد اختلاف معناداری نداشتند ($P > 0/05$). نتایج آزمون Bonferroni در گروه درمان جراحی نیز نشان دهنده اختلاف آماری در ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی و سلامت عمومی بین قبل و ۶ ماه و نیز بین ۳ و ۶ ماه پس از درمان بود ($P < 0/001$).

همچنین در ابعاد محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و شادابی نیز طی ۳ ماه و ۶ ماه پس از درمان نسبت به قبل از آن اختلاف معنادار مشاهده گردید ($P < 0/05$). در بعد عملکرد اجتماعی نیز طی ۳ ماه پس از درمان نسبت به قبل از درمان و نیز در مقطع زمانی ۶ ماه پس از درمان نسبت به ۳ ماه پس از آن اختلاف معنادار مشاهده گردید ($P < 0/001$). علاوه بر مقایسه درون گروهی، تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 مابین دو گروه درمانی دارویی و جراحی نیز مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد دو گروه درمانی مورد مطالعه در چهار حیطه عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی اختلاف آماری معنادار داشته و از نظر سایر متغیرهای مورد بررسی در پرسشنامه SF-36 مابین دو گروه اختلافی مشاهده نگردید. نتایج آزمون Repeated measurement نشان دهنده افزایش بیشتر میانگین نمرات عملکرد جسمانی در دو مقطع زمانی ۳ ماه ($P < 0/01$) و ۶ ماه ($P < 0/001$) پس از درمان نسبت به قبل از آن در گروه درمان دارویی نسبت به درمان جراحی بود. میانگین نمرات محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی و عملکرد اجتماعی نیز طی مقطع زمانی ۳ ماه پس از درمان نسبت به قبل از آن در گروه دارویی بیش از جراحی افزایش یافت ($P < 0/004$ ، $P < 0/01$). این در حالی بود که افزایش میانگین نمره عملکرد اجتماعی در مقایسه بین مقطع زمانی ۶ ماه پس از درمان نسبت به ۳ ماه پس از آن در گروه جراحی بیشتر از گروه درمان دارویی مشاهده گردید ($P < 0/001$). از نظر متغیر وضعیت سلامت عمومی نیز مقایسه بین مقطع زمانی ۳ ماه پس از درمان نسبت به قبل از درمان و نیز ۶ ماه پس از درمان نسبت به ۳ ماه پس از آن نشان دهنده افزایش

می‌گذارد. Araki, Gasquet, Haung, Saadoun و Coyne در تحقیقات خود اظهار داشته‌اند که در صورت عدم درمان مناسب، بی‌اختیاری ادراری بر روی کیفیت زندگی افراد تأثیر عمیقی می‌گذارد [۲۱-۱۷]. این نتایج، یافته‌های مطالعه را مورد تأیید قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با پی‌گیری ۳ و ۶ ماهه هر یک از گروه‌های روش درمان دارویی و جراحی نشان داده است که درمان باعث افزایش نمرات کیفیت زندگی می‌شود.

تحقیقات کارآزمایی بالینی Malone و همکاران بیانگر آن است که درمان بی‌اختیاری ادراری، کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد [۲۲]. Schurch نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که در گروه تحت درمان، میزان بهبود کیفیت زندگی در فواصل زمانی ۱/۵، ۳ و ۶ ماه بعد از درمان بیشتر از گروه کنترل بوده است [۲۳].

Epstien می‌نویسد: «کیفیت زندگی در بعد اجتماعی - اقتصادی بیماران به طور مستقیم تحت تأثیر بیماری و درمان‌هایی است که برای آنها انجام می‌گیرد» [۲۴]. به هر حال درمان باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری مرکب می‌شود. در ارزیابی نمرات کسب شده در ابعاد مختلف ۳ و ۶ ماه پی‌گیری بعد از هر دو روش درمانی، بهبودی معناداری مشاهده می‌گردد.

در صد در سطح پایین‌تری قرار داشت [۱۴] که با مطالعه ما همخوانی دارد. Hiesh و همکاران در نتایج مطالعه خود که با هدف بررسی شیوع و نگرش زنان یائسه نسبت به بی‌اختیاری ادراری انجام شده بود، می‌نویسند: «بی‌اختیاری ادراری در گروه سنی یائسگی شایع بوده و بیشتر افراد نیز از گزارش چنین مشکلی به پزشک خودداری می‌نمایند [۱۵]. Inshiko و حاج ابراهیمی نیز به این مطلب در یافته‌های خود اشاره کرده‌اند که تصور زنان در مورد بی‌اختیاری ادراری اشتباه بوده و آن را یک شرایط طبیعی و وابسته به سن، جنسیت و رتبه زایمان تلقی می‌کنند [۱۶، ۱۵].

نتایج پژوهش حاضر نیز مؤید این مطلب است، زیرا بالا بودن تعداد زایمان در این جمعیت، می‌تواند تأییدی بر مستعد بودن زنان به بی‌اختیاری ادراری باشد. تأمل در آنچه ذکر شد جای خالی آموزش زنان برای جستجوی روش درمانی مناسب را کاملاً آشکار می‌سازد.

نتایج حاصله از این بررسی نشان داد که ۶۸ درصد از واحدهای پژوهشی در هر دو روش درمان دارویی و جراحی در مرحله قبل از مداخله (درمان) نمره کمتر از ۳۰ را از هر دو پرسشنامه عمومی و اختصاصی کسب کرده‌اند. نمرات کیفیت زندگی اکثر افراد قبل از درمان در حد بسیار پایین بود. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که بی‌اختیاری ادراری بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا کاملاً تأثیر

جدول شماره ۲- مقایسه نمرات پرسشنامه I-QOL قبل از درمان، سه و شش ماه پس از درمان در دو گروه مورد مطالعه

P	گروه قبل از درمان		متغیر
	سه ماه پس از درمان	شش ماه پس از درمان	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
<۰/۰۰۱	گروه درمان دارویی		
	۲۴/۴۵ (۱۴/۵)	۵۲/۹۵ (۱۲/۴۲)	محدودیت رفتاری
	۳۴/۲۶ (۱۲/۰۵)	۵۶/۵۷ (۱۰/۲۱)	اثرات روانی - اجتماعی
	۲۲/۵۶ (۱۴/۷۶)	۴۹/۲۰ (۱۲/۱۵)	آشنفتگی اجتماعی
	گروه درمان جراحی		
	۲۴/۸۵ (۱۴/۵۸)	۵۶/۳۵ (۱۳/۲۹)	محدودیت رفتاری
	۳۵/۴۲ (۱۲/۸۵)	۵۹/۱۱ (۱۲/۱۶)	اثرات روانی - اجتماعی
	۲۴/۵۶ (۱۲/۶۷)	۴۷/۲۸ (۱۴/۷۸)	آشنفتگی اجتماعی

جدول شماره ۳- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی با دو ابزار (I-QOL) و (SF-36) بین دو گروه مورد مطالعه

P	گروه			متغیر
	سه ماه پس از درمان	شش ماه پس از درمان	قبل از درمان	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
ابعاد SF-36				
عملکرد جسمانی				
۰/۰۱	۶۰/۷ (۲۲/۲۲)	۵۷/۴ (۲۱/۷۸)	۵۱/۸ (۲۵/۴۹)	درمان دارویی
	۶۶ (۱۸/۳۷)	۵۶/۹ (۱۷/۰۷)	۶۰/۳ (۲۲/۳)	درمان جراحی
۰/۹۲	۵۲ (۲۰/۶۸)	۵۰/۵ (۲۱/۷۱)	۴۴/۲۵ (۲۴/۴۱)	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی درمان دارویی
	۵۲/۳۷ (۱۹/۵۱)	۴۵/۲۵ (۱۸/۲۳)	۴۵ (۲۱/۹)	درمان جراحی
۰/۰۰۹	۵۲/۵ (۱۸/۹۱)	۵۰/۵ (۲۰/۱۶)	۴۳/۳۳ (۲۳/۱۴)	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی درمان دارویی
	۵۱/۵ (۱۸/۶۴)	۴۹/۵ (۱۹/۹۴)	۴۲/۸۳ (۲۰/۹۶)	درمان جراحی
۰/۲۹	۴۴/۲۵ (۱۲/۰۳)	۴۵ (۱۲/۷۵)	۴۲/۸۷ (۱۴/۶۱)	شادابی درمان دارویی
	۴۵/۶۲ (۱۲/۸۳)	۴۱/۸۷ (۱۴/۴۶)	۴۱/۸۷ (۱۶/۳۲)	درمان جراحی
۰/۲۸	۴۹/۸ (۱۰/۸۳)	۴۹/۸ (۱۲/۷۷)	۴۷/۷ (۱۶/۴۱)	سلامت روانی درمان دارویی
	۵۱/۳ (۱۱/۷۲)	۵۰/۱ (۱۲/۲۶)	۴۷ (۱۵/۰۵)	درمان جراحی
۰/۰۰۱	۵۶/۵ (۲۰/۵۵)	۵۷/۲۵ (۲۱/۸۸)	۵۴/۷۵ (۲۱/۵۶)	عملکرد اجتماعی درمان دارویی
	۵۹/۸ (۱۹/۱۹)	۵۷/۲۵ (۲۱/۱۴)	۵۵/۵ (۲۲/۶۱)	درمان جراحی
۰/۴۵	۵۶/۹ (۱۹/۷۹)	۵۵/۷ (۲۰/۹۹)	۵۴/۱۵ (۲۱/۷۲)	درد بدنی درمان دارویی
	۶۰/۶۹ (۲۲/۲۲)	۵۰/۹۵ (۱۸/۳۵)	۶۰/۲۵ (۲۵/۶۲)	درمان جراحی
۰/۰۰۱	۴۸/۱۲ (۱۴/۹۹)	۴۷ (۱۷/۱۷)	۴۳ (۱۷/۲۹)	سلامت عمومی درمان دارویی
	۵۲/۵۲ (۱۷/۶)	۴۹/۸۲ (۱۷/۹۷)	۴۷/۷ (۱۸/۹۸)	درمان جراحی
ابعاد I-QOL				
محدودیت رفتاری				
۰/۴	۵۹/۱۱ (۱۱/۱۵)	۵۲/۹۵ (۱۲/۴۲)	۲۴/۴۵ (۱۴/۵)	درمان دارویی
	۶۰ (۱۳/۳۴)	۶۵/۳۵ (۱۳/۲۹)	۲۴/۸۵ (۱۴/۸۵)	درمان جراحی
۰/۴۳	۶۲/۲۶ (۱۰/۳)	۵۶/۵۷ (۱۰/۲۱)	۳۴/۲۶ (۱۲/۰۵)	اثرات روانی - اجتماعی درمان دارویی
	۶۲ (۱۲/۰۲)	۵۹/۱۱ (۱۲/۱۶)	۳۵/۴ (۱۲/۸۵)	درمان جراحی
۰/۰۶	۵۶ (۱۲/۶۴)	۴۹/۲ (۱۲/۲۱)	۲۲/۵۶ (۱۴/۷۶)	آشناگی اجتماعی درمان دارویی
	۵۱/۶۸ (۱۶/۱۳)	۴۷/۲۸ (۱۴/۷۸)	۲۴/۵۶ (۱۲/۶۷)	درمان جراحی

* Repeated Measurement Analysis

درمانی از سوی تیم پزشکی و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی مربوطه امری ضروری است تا بدین وسیله میزان مداخلات جراحی و مشکلات و هزینه‌های ناشی از بستری در بیمارستان نیز کاهش یابد.

از آنجا که کادر مامایی و بهداشت باروری در جامعه می‌توانند خدمات ارزنده مشاوره‌ای جهت ارجاع و رفع مشکل زنان با بیماری بی‌اختیاری ادراری ارائه دهند و خدمات لازم را جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم نمایند، ضروری است آموزش‌های لازم در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و همچنین پیامدهای روش درمانی در بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری را در هنگام تحصیل یا بازآموزی به طور کامل فرا گیرند.

سهم نویسندگان

می نور لمبعیان: طراحی و مدیریت مطالعه
منصوره شاگرد حداد: طراحی و اجرای مطالعه
آزیتاگشتاسی: آنالیز آماری و نگارش و بازنویسی مقاله
راضیه معصومی: نگارش و بازنویسی مقاله

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است.

از همکاری تمامی کارکنان محترم محیط پژوهش، همیاری زنان شرکت کننده و همکار ارجمند متخصص اورولوژی سرکار خانم دکتر زهرا عسگری و آقای دکتر سقراط فقیه زاده مشاور آمار طرح صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

در مورد تغییرات حیطه‌های مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی بعد از درمان نظرات متفاوتی وجود دارد: تغییر بعضی از ابعاد، تغییر تمام ابعاد و عدم تغییر نتایج است که محققان ذکر کرده‌اند. نتایج مطالعه تحقیقات Corcoles حاکی از آن است که نمرات کیفیت زندگی پرسشنامه‌های عمومی بعد از درمان در همه ابعاد تغییر معنادار آماری گزارش نمی‌نماید [۱۴]، اما در بررسی Haung تغییر معنادار آماری در کلیه ابعاد گزارش می‌شود [۱۸].

یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیق Corcoles همخوانی دارد. وی در این مورد می‌نویسد: «در بررسی آنان نمرات سلامت عمومی، عملکرد روزانه، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی بعد از درمان، افزایش معنادار آماری نشان می‌دهد که بیانگر نقش درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری است» [۱۴].

بخشی از نتایج مطالعه حاضر به گونه‌ای تأییدی بر نتایج مطالعات فوق‌الذکر است. با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۳ عدم مشاهده اختلاف معنادار آماری بین میانگین نمرات ابعاد پرسشنامه I-QOL بین دو گروه بیانگر اثرات مشابه هر دو روش درمانی مورد استفاده در این مطالعه است. یافته‌های حاصل از تحلیل آماری پرسشنامه SF-36 نیز نشان داد درمان دارویی بیش از درمان جراحی در بهبود معیارهای اندازه‌گیری شده توسط پرسشنامه مذکور، مؤثر بوده است و تنها در دو مورد نتایج در گروه درمان جراحی مؤثرتر از درمان دارویی بوده است. در مجموع، می‌توان گفت نتایج به دست آمده حاکی از بهبود مشابه سطح کیفیت زندگی بعد از درمان با هر دو روش دارویی و جراحی است و از آنجایی که بهبود کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین معیارهای انتخاب نوع درمان محسوب می‌شود، توجه به این مهم در اتخاذ تصمیم

منابع

1. Cardozo L. Pharmacotherapy in stress and mixed incontinence. *EUS* 2006; 5: 854-59
2. Culligan PJ, Heit M. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *American Family Physician* 2006; 1: 15-22
3. No authors listed. Maps Research Institute. Quality of life Instruments Database. Available from <http://www.member/IQOL/index.html>. Accessed at: 2006
4. Avellanet M, Fiter M, Cirera E, Coll M. Prevalence of Urinary Incontinence in Andorra: Impact on Women's Health. *BMC Women's Health* 2003; 3: 1-6
5. Haj Ebrahimi S, Madaien K. Prevalence of genuine stress incontinence in 15-50 years women in Tabriz. *Iranian Urology Journal* 2000; 7: 19-23 [Persian]
6. Tashakori M, Moghimi A, Pilevariyan A, moghimiyani M. Study of severity and prevalence of stress incontinent in menopausal working women in Khorasan. *Iranian Gynecology, Midwifery and Infertility Journal* 2006; 9: 47-52 [Persian]

7. Leung K.F, Wong W, Tay M.S, Chu M.M, Ng S.S. Development and validation of Interview version of the Hong Kong Chinese WHO QOL-BREF. *Journal of Quality Life Research* 2005; 14: 1413-9
8. Nejat S, Montazeri A, Holakuie K, Mohammad K, Majdzade R. WHO-QOL standardization: Iranian sort reliability and translation. *Scientific Journal of School in Public Health and Institute of Public Health Research* 2006; 4: 1-12 [Persian]
9. Haung C, Lien H, Sung YC, Liu HT, Chie W. Quality of life of patients with gastric Cancer in Taiwan: validation and clinical application of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ- STO22. *Journal of Psychology and Oncology* 2007; 16: 945-9
10. Patrick DL, Martin ML, Bushnel DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of Women with Urinary Incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Journal of Urology* 1999; 53: 71-76
11. Martin ML, Bushnell DM, Patrick DL, Buesching DP. Cultural adaptation of a quality of life measure for Incontinence. *Journal of European Urology* 1999; 36: 427-35
12. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short Form Health Survey (SF36); translation and validation study of Iranian version. *Journal of Quality of life Research* 2005; 14: 875-82
13. Buchsbaum G, Chin M, Glantz Ch. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of Nuns. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 100: 226-29
14. Corcoles MB. Quality of life in patients with urinary incontinence. *Actas Urologicas Espanolas* 2008; 32: 202-10
15. Hiesh T, Change SH. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. *Journal of Gynecology & Obstetrics* 2008; 100: 171-4
16. Inshiko O. Classification of female urinary incontinence by the scored incontinence questionnaire. *Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 69: 255-60
17. Saadoun K, Ringa V, Feritel Z. Negative impact of urinary incontinence on quality of life: a cross sectional study among women age 49-61 years enrolled in the Gazel. *Journal of Neuroural Urodynamics* 2006; 25: 696-702
18. Hung A, Brown J, Konay A. Quality of life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Journal of Archives of Internal Medicine* 2006; 166: 2000-2006
19. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Goudebout P. Influence of the severity of stress urinary incontinence on of life, health care seeking and treatment: a national cross-sectional study. *European Urology* 2006; 50: 818-25
20. Araki I, Buppu M, Kajiwara M. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women assessment by ICI questionnaire and SF-36 health survey. *Journal of Adult Urology* 2005; 66: 88-93
21. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C. Impact of health-related quality of life on stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU international* 2003; 92: 731-35
22. Malone-Lee JG, kobelt G. Treatment with tolterodines significantly improves social function and energy in patients with overactive bladder. Available from <http://www.Icsoffice.Org/informally-pharmacology/158.html>. Accessed at 2007
23. Schurch B, Denys P, Kozma C, Botulinum TA. Improves the Quality of life of patients with neurogenic urinary incontinence. *Journal of European Urology* 2007; 52: 850-59
24. Epstien RS. Measuring quality of life. *Journal of Health Planning* 1997; 38: 8-17