

بررسی تأثیر ورزش عضلات کف لگن در رفع علائم بی‌اختیاری استرسی ادرار در دوره بعد از زایمان

عزیزه جعفری: کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسندهٔ رابط
دکتر سیدکاظم مدائن: استاد ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
فهیمة صحتی شفائی: مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
عبد الرسول صفائیان: مربی اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و اهداف: بی‌اختیاری ادراری بیماری آزار دهنده و ناتوان کننده ای است که با دفع واضح ادرار به صورت غیر ارادی تظاهر می کند و موجب بروز مشکلات بهداشتی و اجتماعی می شود. محققان معتقدند که حاملگی و زایمان از عوامل مهم مساعد کننده بی‌اختیاری استرسی هستند.
روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه تجربی است که به بررسی تأثیر ورزش عضلات کف لگن بر علائم بی‌اختیاری استرسی ادرار در زنان بعد از زایمان می پردازد. داده‌های مطالعه از طریق پرسشنامه و پرونده بیماران گرد آوری شد. پرسشنامه توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با زنان در مرحله پس از زایمان که در دوره حاملگی بی‌اختیاری استرسی داشتند، تکمیل می شد. افراد به صورت تصادفی (یک روز در میان) در گروههای مورد و شاهد قرار می گرفتند. به افراد «گروه مورد» نحوه ورزش عضلات لگن آموزش داده می شد و علائم در هر دو گروه ۶ و ۱۲ هفته پس از زایمان مجدداً با پرسشنامه مورد بررسی قرار می گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های t ، مجذور کای، ضریب توافقی کاپا و مقایسه کاپا بین دو گروه استفاده شد.
یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش، ورزش عضلات کف لگن تا ۶ و ۱۲ هفته پس از زایمان منجر به کاهش معنی دار در تکرر نشت (۶ هفته $p = 0/001$ و ۱۲ هفته $p = 0/04$) و کاهش بیشتر در نشت وابسته به استرس در گروه مورد نسبت به گروه شاهد می شود.
نتیجه گیری: با توجه به ارتباط بین بی‌اختیاری ادرار و ورزش عضلات لگن یافته‌های پژوهش می‌تواند رهنمودی برای مسؤولان بهداشتی باشد تا به امر آموزش این ورزش‌ها در مراقبت‌های دوره حاملگی و پس از زایمان اهمیت دهند.

کلید واژه‌ها: بی‌اختیاری استرسی ادرار، ورزش عضلات لگن

مقدمه

۸/۸ درصد در زنانی که به طریقه سزارین زایمان کرده اند، نشان می‌دهد که حاملگی بدون زایمان مهلبی، خود، ممکن است یک عامل خطر ساز باشد (۶). به نظر می‌رسد که تغییرات هورمونی با اثر قابل ملاحظه‌ای که بر روی بافت کلاژن دارند در دوران حاملگی و زایمان نقش عمده‌ای در وقوع این بیماری بازی می‌کنند (۷).
«گرانٹ و اسلیپ»^۱ شیوع بی‌اختیاری را در طول حاملگی ۳۰ درصد (۸) و «ویلسون»^۲ و همکاران نیز شیوع آن را در ۳ ماه اول پس از زایمان، ۳۴/۴ درصد ذکر کرده اند (۲).
امروزه درمان‌های مختلف جراحی و دارویی و روشهای رفتاری محافظه کارانه جهت درمان انواع بی‌اختیاری وجود دارند (۸). مشخص شده است که ورزش عضلات لگن در رفع علائم خصوصاً بر روی بی‌اختیاری استرسی خفیف یا متوسط و بی‌اختیاری مرکب مؤثر است (۱۰). تأثیر این نوع ورزش در کاهش یا رفع بی‌اختیاری ادراری در افراد غیر حامله به اثبات رسیده است ولی اطلاعات مستدلی درباره تأثیر آن بر روی بی‌اختیاری ادراری در دوره حاملگی و پس از زایمان در دسترس نیست. بعضی محققین سودمندی این ورزش را در دوره پس از زایمان نشان داده‌اند (۹).

بی‌اختیاری ادراری بیماری آزار دهنده و ناتوان کننده‌ای است که با دفع غیرارادی و واضح ادرار تظاهر می‌کند و موجب مشکلات بهداشتی و اجتماعی می‌شود (۱ و ۲). بی‌اختیاری ادرار جنبه‌های گوناگون اجتماعی، روحی، شغلی، خانوادگی، جسمی و جنسی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و توانایی او را در لذت بردن از فعالیت‌های روزانه، روابط اجتماعی، مسافرت و روابط شخصی محدود می‌کند (۳). علاوه بر این، هزینه‌های سرسام آوری بر بیماران و نظام بهداشتی - درمانی کشور تحمیل می‌کند (۲). مؤسسه ملی سلامت آمریکا هزینه سالانه مربوط به این مشکل را حدود ۱۰/۳ میلیارد دلار تخمین زده است (۴). عقیده بر این است که حاملگی و زایمان از عوامل مهم مساعد کننده بی‌اختیاری ادرار هستند و شواهد مستدل همه‌گیر شناختی دال بر ایجاد بی‌اختیاری به علت حاملگی وجود دارد (۲ و ۴). علائم نیز عموماً در طول حاملگی یا به دنبال زایمان بروز می‌کنند. عود این علائم در زنان چندزای شایع تر است (۲). در مقایسه روشهای زایمانی، زایمان مهلبی عامل مهمی در ایجاد بی‌اختیاری ادراری در زنان شناخته شده است (۵). با این حال، این طور نیست که زنانی که سزارین می‌شوند، هرگز دچار بی‌اختیاری ادرار نخواهند شد. گزارش شیوع دائمی

دچار نشت ادرار می شدند، علائم ناپدید شده است. همچنین در ۸۸/۲ درصد از واحدهای مورد مطالعه در گروه «مورد» که در دوره حاملگی «نشت ادرار با فعالیت متوسط» داشتند علائم پس از ۶۹ هفته از بین رفت و در ۱۱/۸ درصد از این واحدها علائم تخفیف یافت و به «نشت با فعالیت شدید» مبدل شد، در حالی که در پایان این دوره در گروه «شاهد» در ۵۶/۳ درصد از این افراد علائم رفع شد و در ۳۷/۵ درصد تخفیف یافت. در کل، در پایان این دوره در گروه «مورد» ۷۹/۶ درصد بدون علامت و تنها ۲۰/۴ درصد دارای «نشت با فعالیت شدید» بودند، در حالی که در گروه «شاهد» ۶۴/۸ درصد بدون علامت بودند و ۲۷/۸ درصد «نشت با فعالیت شدید»، ۵/۶ درصد «نشت با فعالیت متوسط» و یک نفر «نشت با فعالیت خفیف» داشتند. آزمون آماری از لحاظ تغییرات بین دوره حاملگی و ۶ هفته پس از زایمان در هر دو گروه اختلاف معنی داری نشان داد، ولی اختلاف تغییرات بین دو گروه معنی دار نبود (جدول ۱).

جدول ۲ درباره مقایسه تغییرات مربوط به تکرر نشت تا ۶ هفته پس از زایمان در دو گروه «مورد و شاهد» بیانگر آن است که در پایان ۶ هفته در گروه مورد ۱۰۰ درصد افرادی که در دوره حاملگی «به ندرت» نشت ادرار داشتند، بهبود یافتند. در گروه «شاهد» ۷۱/۴ درصد بهبود و ۲۸/۶ درصد بدون تغییر ماندند. همچنین در گروه «مورد» در ۷۶/۲ درصد از افرادی که در دوره حاملگی «گاهی اوقات» نشت ادرار داشتند، بهبود یافتند و در ۱۹ درصد تخفیف علائم و در یک نفر عدم تغییر وضعیت مشاهده شد. در گروه «شاهد» نیز در ۶۵/۴ درصد از این افراد بهبود، در ۱۹/۲ درصد تخفیف علائم، در ۱۱/۵ درصد عدم تغییر وضعیت و در مورد یک نفر تشدید علائم مشاهده شد. در گروه «مورد» در ۷۵ درصد از افرادی که در دوره حاملگی «اغلب» نشت ادرار داشتند، بهبود، در ۱۶/۷ درصد «به ندرت»، در ۸/۳ درصد، «گاهی اوقات» (تخفیف علائم) نشت ادرار مشاهده شد در حالی که در پایان این دوره در گروه «شاهد» در ۶۱/۹ درصد بهبود، در ۹/۵ درصد تخفیف علائم، و در ۲۸/۶ درصد عدم تغییر در وضعیت حاصل شد. در کل، در پایان این دوره در گروه «مورد» ۷۹/۶ درصد بدون علامت بودند و ۱۴/۸ درصد «به ندرت» و در ۵/۶ درصد «گاهی اوقات» نشت ادرار مشاهده شد. در گروه «شاهد» در پایان این دوره ۶۴/۸ درصد بدون علامت بودند، در ۱۶/۷ درصد «به ندرت»، در ۵/۶ درصد «گاهی اوقات» و در ۱۳ درصد «اغلب» نشت ادرار مشاهده شد. درباره تغییرات مربوط به تکرر نشت بین دوره حاملگی و ۶ هفته پس از زایمان در گروه «مورد» اختلاف آماری معنی داری به دست آمد، ولی این اختلاف در گروه «شاهد» معنی دار نبود. مقایسه کاپا اختلاف معنی داری را در تغییرات مذکور بین دو گروه «مورد و شاهد» نشان داد (جدول ۲).

درباره هدف دوم مطالعه جدول ۳ تغییرات مربوط به نشت وابسته به استرس بین دوره حاملگی و ۱۲ هفته پس از زایمان در دو گروه «مورد و شاهد» را نشان می دهد. در کل، در پایان این دوره در گروه «مورد» ۹۰/۷ درصد بدون علامت بودند و ۹/۳ درصد «نشت با فعالیت شدید» داشتند، در حالی که در گروه «شاهد» ۶۶/۷ درصد بدون علامت بودند، ۲۵/۹ درصد «نشت با فعالیت شدید»، ۵/۶ درصد «نشت با فعالیت متوسط» و یک نفر «نشت با فعالیت خفیف» را گزارش کردند.

ولی عده‌ای نیز هیچ ارتباطی میان بی‌اختیاری ادراری و ورزش پس از زایمان پیدا نکرده‌اند (۲). در مطالعات مختلف بر اهمیت این نوع ورزش در دوره پس از زایمان تأکید فراوانی شده است (۸). با وجود این، آموزش نحوه انجام این ورزش در مقیاس وسیع انجام نگرفته است. بدون تردید ماماها به عنوان افرادی که در ارتباط مستقیم با زنان حامله و زایمان کرده هستند می توانند نقش مهمی در آموزش این افراد به عهده داشته باشند.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که در آن تأثیر ورزش عضلات لگن در رفع علائم بی‌اختیاری استرسی ادراری در زنان زایمان کرده بررسی می شود. جمعیت هدف کلیه زنان زایمان کرده در بخش‌های مامایی مراکز آموزشی - درمانی «الزهره و طالقانی» تبریز بودند که در دوره حاملگی علائم بی‌اختیاری استرسی داشتند. افراد به صورت تصادفی (یک روز در میان) در دو گروه «مورد و شاهد» قرار گرفتند. تعداد نمونه ۵۴ نفر افراد همگن در هر گروه بود ($n = 108$). داده‌ها از طریق مصاحبه و مطالعه پرونده بیماران گردآوری شد. بدین منظور پرسشنامه‌ای حاوی سؤالاتی درباره علائم بی‌اختیاری استرسی ادرار، زمان شروع، تکرر و میزان نشت، مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌ها، تاریخچه مامایی، مشخصات مربوط به نوزاد (وزن و دور سر)، سابقه جراحی تناسلی، سابقه اپی-زیوتومی و BMI افراد طراحی و ارایه شد. کلیه افراد تحت مطالعه دارای شرایط زیر بودند:

(۱) نوع زایمان اخیر طبیعی بود. (۲) واحدهای مورد پژوهش سابقه یک یا دو بار زایمان داشتند. (۳) سابقه انجام جراحیهای ترمیمی در دستگاه تناسلی و ادراری نداشتند. (۴) سابقه ای از عفونت ادراری در دوره حاملگی نداشتند. (۵) شاخص توده بدنی^۱ مادر، دور سر و وزن نوزاد در حد طبیعی بود. (۶) سابقه سرفه‌های مزمن (بیش از سه ماه) در دوره حاملگی را نداشتند. (۷) واحدهای مورد مطالعه در گروه «مورد» تصمیم داشتند که ورزش را تا سه ماه پس از زایمان ادامه دهند (۸). سواد خواندن و نوشتن داشتند. (۹) ساکن شهر تبریز بودند.

بعد از تکمیل پرسشنامه و قرارگیری فرد در گروه مورد یا شاهد، به افراد گروه «مورد» نحوه ورزش عضلات لگن توضیح و به صورت عملی و مکتوب آموزش داده شد. افراد گروه «شاهد» آموزشی دریافت نکردند. از هر دو گروه خواسته شد که ۶ و ۱۲ هفته بعد جهت بررسی علائم مجدداً مراجعه کنند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS و EPI استفاده شد. جهت بررسی همگن بودن دو گروه از آزمون «مجذور کای»، «آزمون دقیق فیشر» و «آزمون t» و جهت تعیین تفاوت و تطابق داده‌ها در بین فواصل انجام ورزش و پیگیری، از آزمون های «ضریب توافقی کاپا» و «مقایسه کاپا» استفاده شد.

یافته ها

درباره هدف اولیه مطالعه مبنی بر «تعیین و مقایسه علائم بی‌اختیاری استرسی ۶ هفته پس از زایمان در گروههای مورد و شاهد» نتایج نشان داد که ۷۷/۸ درصد از گروه «مورد» و ۶۹/۴ درصد از گروه «شاهد» که در دوره حاملگی به دنبال فعالیت شدید

جدول ۱: مقایسه تغییرات مربوط به نشت وابسته به استرس تا ۶ هفته پس از زایمان در دو گروه مورد و شاهد

گروه		مورد				شاهد				
۶ هفته پس از زایمان	عدم نشت ادراری	نشت با فعالیت شدید	نشت با فعالیت متوسط	نشت با فعالیت خفیف	کل	عدم نشت ادراری	نشت با فعالیت شدید	نشت با فعالیت متوسط	نشت با فعالیت خفیف	کل
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نشت با فعالیت شدید	۲۸ (۷۷/۸)	۸ (۲۲/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۳۶ (۶۶/۷)	۲۵ (۶۹/۴)	۹ (۲۵)	۲ (۵/۶)	۰ (۰)	۳۶ (۱۶/۷)
نشت با فعالیت متوسط	۱۵ (۸۸/۲)	۲ (۱۱/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۷ (۳۱/۴)	۹ (۵۶/۳)	۶ (۳۷/۵)	۰ (۰)	۱ (۶/۳)	۱۶ (۲۹/۶)
نشت با فعالیت خفیف	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱/۹)	۱ (۵۰/۱۰)	۰ (۰)	۱ (۵۰)	۰ (۰)	۲ (۳/۷)
کل	۴۳ (۷۹/۶)	۱۱ (۲۰/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵۴ (۱۰۰)	۳۵ (۶۴/۸)	۱۵ (۲۷/۸)	۳ (۵/۶)	۱ (۱/۹)	۵۴ (۱۰۰)
آزمون توافقی کاپا					آزمون توافقی کاپا					
$p=۰/۵۲۸$					$p=۰/۳۱۶$					
مقایسه کاپا بین دو گروه $p=۰/۲۵۸$										

گروه		مورد				شاهد				
۶ هفته پس از زایمان		نشست با فعالیت خفیف	نشست با فعالیت متوسط	نشست با فعالیت شدید	نشست با فعالیت خفیف	نشست با فعالیت متوسط	نشست با فعالیت شدید	عدم نشست ادراری	نشست با فعالیت متوسط	نشست با فعالیت شدید
فراوانی		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نشست با فعالیت شدید		۳۳ (۹۱/۷)	۳ (۸/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶ (۷۲/۲)	۲۲ (۲/۲)	۸ (۰)
نشست با فعالیت متوسط		۱۵ (۸۸/۲)	۲ (۱۱/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۹ (۵۶/۳)	۶ (۳۷/۵)	۱ (۰)	۱۶ (۰)
نشست با فعالیت خفیف		۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۵۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰)
کل		۴۹ (۹۰)	۵ (۹/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۳۶ (۶۶/۷)	۱۴ (۲۵)	۳۶ (۱۰۰)	۵۴ (۹۰)
آزمون توافقی کاپا						آزمون توافقی کاپا				
$p=0/894$						$p=0/630$				

مقایسه کاپا بین دو گروه $p=0/327$

۲۱

جدول ۲: مقایسه تغییرات مربوط به تکرر نشست تا ۶ هفته پس از زایمان در دو گروه مورد و شاهد.

جدول ۳: مقایسه تغییرات مربوط به تکرر نشست وابسته به استرس بین دوره حاملگی و ۱۲ هفته پس از زایمان در دو گروه مورد و شاهد.

گروه		مورد				شاهد				
۶ هفته پس از زایمان		هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب	کل	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب
فراوانی		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
به ندرت		۹ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۹ (۱۶/۷)	۲ (۲۸/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)
گاهی اوقات		۱۶ (۷۶/۲)	۴ (۱۹)	۱ (۴/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۱ (۳۸/۹)	۵ (۱۹/۲)	۳ (۱۱)	۱ (۳/۸)
اغلب		۱۸ (۷۵)	۴ (۱۶/۷)	۲ (۸/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۴ (۴۴/۴)	۲ (۹/۵)	۰ (۰)	۶ (۲۸/۶)
کل		۴۳ (۷۹/۶)	۸ (۱۴/۸)	۳ (۵/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵۴ (۱۰۰)	۹ (۶۴/۸)	۳ (۵/۶)	۷ (۱۳)
آزمون توافقی کاپا						آزمون توافقی کاپا				
$p=0/876$						$p=0/001$				

مقایسه کاپا بین دو گروه $p=0/001$

References

- Kelleher C, Cardo Zo L, Salvator S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 107: 1375 – 1379.
1. Robinson D, Pearce K, Preisser J. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptom and quality of life measure. *Br J Urology* 1998; 91(2): 224-228.
 2. Willson P, Herbison R, Herbison G. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103: 154-161.
 3. رایان کنت جی، بروکووتیزراس اس، باریبری رابرت ال. اصول بیماریهای زنان کیستتر. گروه مترجمین، جلد دوم، تهران: مرکز نشر اشارت، زمستان ۱۳۷۴: ۳۸۴-۴۰۷.
 4. Allen R, Hosker G, Smith A, Warrell D. Pelvic floor damage and childbirth; A neurophysiological study. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97: 770-790.
 5. Viktrup L, Lose G, Rolff M. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 945-949.
 6. برک جانانان راس اس. بیماریهای زنان نواک. گروه مترجمین نشر اشارت، ۱۳۷۶: ۴۷۶.
 7. Sampsell C, Mioller J, Mims B. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and afterbirth. *Obstet Gynecol* 1998; 91(3): 402-412.
 8. Ras SH. *Female urology*, 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co. 1996.
 9. Sampsell C, Burns P, Dougherty M. Continence for women: Evidence - based practice. *JOGNN* 1997; 26(4): 33-385.
 10. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br Med J* 1998; 296: 1300-1302.
 11. Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe R. Urinary incontinence in northern Ireland: A Prevalence study. *BJU International* 1999; 760-766.
 12. Morkved S, Bo K. The effect of postpartum Pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *Int urogynecol J Pelvic floor dysfunct* 1997; 8(4): 217-222 (abstract from medline)