

## نقش بارداری و زایمان در بروز بی اختیاری ادراری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان، ۱۳۸۴

هدیه ریاضی<sup>۱</sup>، سعید بشیریان<sup>۲</sup>، سامره قلیچ خانی<sup>۳</sup>

۱- عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه همدان ۲- عضو هیئت علمی گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی همدان  
۳- دانشجوی کارشناسی مامایی همدان

**سابقه و هدف:** بی اختیاری ادراری یکی از مشکلات شایع زنان است که باعث کاهش کیفیت زندگی می گردد. بارداری و زایمان از عوامل خطر اصلی این مشکل می باشند. لذا هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع بی اختیاری ادراری در دوران بارداری و پس از زایمان صورت گرفته است.

**مواد و روشها:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقطعی است. از بین زنان مراجعه کننده به پنج مرکز بهداشتی درمانی همدان تعداد ۲۴۵ نمونه بصورت تصادفی ساده انتخاب و با استفاده از پرسش نامه و مصاحبه، اطلاعات مورد نظر جمع آوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** شیوع بی اختیاری ادراری در دوران بارداری و پس از زایمان به ترتیب ۲۹/۴٪ و ۱۵/۹٪ بدست آمد. وجود بی اختیاری ادراری در دوران پس از زایمان در افرادی که بی زیاتومی شده بودند، ۱۹/۹ درصد و در افرادی که سابقه پارگی حین زایمان را ذکر کرده بودند ۲۹/۳٪ بود. بین بی زیاتومی و پارگی با بی اختیاری ادراری پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۱۲). بی اختیاری ادراری در ۱۰٪ از زنان شدید بود و ۵/۲٪ از زنان، تناوب یک تا شش بار بی اختیاری در هفته را ذکر کرده بودند. رابطه معنی داری بین سن و تعداد زایمان با بی اختیاری ادراری در دوران بارداری و پس از زایمان دیده نشد. اما بین بی اختیاری ادراری پس از زایمان با زمان شروع آن این ارتباط معنی دار بود (p=۰/۰۳۵).

**نتیجه گیری:** بی اختیاری ادراری در دوران بارداری و پس از زایمان از شیوع قابل توجهی برخوردار بوده و می تواند هزینه هنگفتی را بر سیستم بهداشتی درمانی تحمیل نماید. این مشکل بطور گسترده ای بدون تشخیص مانده و گزارش نمی شود، لذا پیشگیری و درمان این مسئله جهت ارتقاء سلامت زنان امری ضروری است.

**واژه های کلیدی:** بی اختیاری ادراری، بارداری، زایمان.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۵، مهر - آبان ۱۳۸۵، صفحه ۴۵-۴۰

### مقدمه

بی اختیاری ادراری رنج می برند(۱و۲). مطالعات زو و همکاران،

بی اختیاری ادراری یکی از شکایات شایع زنان است که بر روند زندگی آنها تأثیر بسیار ناخوشایندی دارد چرا که تمامی فعالیت های فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد(۱). از هر ۱۰ زن بین سنین ۳۰ تا ۵۹ سال ۳ نفر بی اختیاری را تجربه کرده اند و به عبارت دیگر می توان گفت که بطور متوسط حدود ۳۰٪ زنان از

شیوع کلی بی اختیاری ادراری را ۳۸/۵٪ نشان داده است(۳).

بی اختیاری ادرار یعنی دفع غیر ارادی ادرار است که یک مشکل

اجتماعی و بهداشتی بوده و بطور عینی به عنوان یک نشانه نه یک

تشخیص قابل مشاهده است (۴و۵). بی اختیاری ادراری را می توان

عنوان یک مسئله و اختلال زندگی در دسرفرین و مشکلات عدیده ای را در زمینه های مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای بیمار، خانواده و حتی اجتماع در پی داشته باشد. همچنین می تواند افراد را مستعد عفونتهای دستگاه ادراری، راشهای پوستی، عفونتهای پوستی، زخم های فشاری، شکنندگی پوست، افزایش خطر بستری شدن، اختلالات خواب، شرم، ناراحتی و پریشانی روحی، کاهش تعاملات اجتماعی، کاهش فعالیت جسمی، کاهش اعتماد بنفس، کاهش کیفیت زندگی، افسردگی و محدودیت یا اجتناب از روابط جنسی شده و حتی در بعضی موارد اشتغال غیر ممکن یا بسیار سخت می شود (۱۴ و ۲). لذا با توجه به اهمیت موضوع لذا هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع بی اختیاری ادراری در دوران بارداری و پس از زایمان می باشد.

### مواد و روشها

مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی بر روی ۲۴۵ زن مراجعه کننده به ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهر همدان که به صورت تصادفی ساده انتخاب شده بودند، صورت گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسش نامه بود که روایی و پایایی آن تعیین گشت. جهت تعیین روایی سؤالات از نظرات ده نفر از اساتید و پیشنهادات آنها و جهت تعیین پایایی از روش آزمون مجدد (test-re test) استفاده شد. تنها افرادی وارد مطالعه می شدند که در طی سال گذشته وضع حمل کرده و زایمان طبیعی داشته باشند و مبتلا به بیماریهای دستگاه ادراری فوقانی و تحتانی نیز نباشند. جهت تعیین بی اختیاری ادراری و عدم ابتلا به بیماریهای دستگاه ادراری، صرفاً به گفته بیماران اکتفا شد و معاینه ای صورت نگرفت. به منظور تعیین نوع بی اختیاری ادراری از سؤالات ویژه مربوط به علائم اختصاصی هر نوع بی اختیاری در پرسش نامه استفاده شد که روایی و پایایی آن نیز تعیین شده بود. نتایج با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون  $X^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

اکثریت افراد مورد پژوهش (۳۹٪) در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال و دارای سابقه یک زایمان بودند. ۹۵٪ افراد خانه دار و ۶۶/۵٪

هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۳۴۷ از اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان تامین شده است. به انواع مختلفی مانند استرسی، فوریته، مختلط، غیر آگاهانه و شبانه تقسیم نمود (۴-۶). بی اختیاری استرسی ادرار شایعترین شکل بی اختیاری ادرار در زنان می باشد. در بررسی ۱۰۶۰ زن بالاتر از ۱۸ سال نیز مشخص شد که ۲۲٪ زنان دارای این شکایت هستند (۵). در مطالعه پیرات و همکاران، ۱۲/۴٪ از زنان بی اختیاری استرسی داشتند (۷).

مجامع ملی بهداشتی تخمین زده اند که بیش از ۱۰ میلیون آمریکایی بالغ (۷ میلیون زن) مبتلا به بی اختیاری ادرار هستند که هزینه ای بیش از ۱۰/۳ بلیون دلار در سال را به خود اختصاص می دهد (۴). مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که زنان آمریکایی در سال ۱۹۹۵، ۲۷/۸ بلیون دلار برای معالجه بی اختیاری ادراری هزینه صرف کرده اند (۲).

مسائل مختلفی چون بارداری، زایمان بویژه زایمانهای متعدد، یبوست های مکرر و حتی چاقی می توانند منجر به تضعیف عضلات کف لگن و در نتیجه بی اختیاری ادراری شوند (۸). کیفیت زندگی نیز در ایجاد بی اختیاری ادراری تأثیر دارد چرا که مشکلات جسمی، روحی و اجتماعی اغلب می توانند باعث بی اختیاری شوند (۲). در مجموع، بارداری و زایمان طبیعی از عوامل خطر اصلی بی اختیاری ادراری محسوب می گردند (۹) چرا که مولد تغییرات فیزیولوژیک و یا عوارض متعددی هستند که باعث کاهش حمایت عضلانی طبیعی از مثانه و کف لگن می گردند (۱۰). اگر چه زایمان یکی از علل بی اختیاری استرسی است، اما تنها علت نیست چرا که بسیاری از دختران جوانی که تاکنون زایمان نکرده اند نیز مبتلا به بی اختیاری هستند (۱۱).

طبق یافته های توماس و همکاران سابقه زایمانهای متعدد به عنوان عامل مستعد کننده مطرح می باشد، در حالیکه طبق نظر جولیز ترومانی با بی اختیاری استرسی ارتباط دارد (۴). بر اساس مطالعه ویلسون و همکاران، ۳۴٪ زنان، سه ماه پس از زایمان دچار بی اختیاری ادراری می شوند (۱۲). لوکاز و همکاران نیز نشان دادند که اختلالات کف لگن به نوع زایمان بستگی دارد و با تعداد زایمان مرتبط نیست (۱۳). بنابراین بی اختیاری ادراری می تواند به

و افزایش سن از عوامل مؤثر در ایجاد بی اختیاری ادراری می باشند (۷۱۵ و ۱۵۱۶). بی اختیاری پس از زایمان طبیعی به دنبال عوامل فیزیولوژیکی متعددی ایجاد می شود که احتمالاً نتیجه آن به بی اختیاری ادراری ختم نشده و عوارض دیگری مانند پرولاپس ارگانه‌های لگنی (سیستوسل، رکتوسل، پرولاپس رحم) و بی اختیاری آنال را نیز به دنبال خواهد داشت (۱۷ و ۱۸). به همین دلیل، بعضی مطالعات نشان داده است که اختلالات کف لگن به نوع زایمان بستگی داشته و ارتباطی با پاریتی ندارد (۱۳). در پژوهش حاضر نیز ارتباط معنی داری بین تعداد زایمان با بی اختیاری ادراری در دوران بارداری و پس از زایمان دیده نشد. در مطالعات دیگری نیز بی اختیاری استرسی با تعداد زایمان‌ها ارتباطی نداشته است (۱۱).

بر اساس پژوهش سارتور و همکاران مشخص شد که اپی زیاتومی مدیولترال اثر حمایت کننده‌ای در مقابل بی اختیاریهای ادراری و یا آنال و همچنین پرولاپس اعضاء لگنی نداشته و در مقایسه با پارگیهای خودبخود پرنه همراه با استحکام کمتر عضلات کف لگن است (۱۸). پژوهش حاضر نیز نشان داد افرادی که دچار پارگی می شوند بیشتر از افرادی که اپی زیاتومی شده اند مبتلا به بی اختیاری ادراری خواهند شد و بین هر دو عامل فوق با بی اختیاری ادراری ارتباط وجود دارد بنابراین از آنجا که حتی اپی زیاتومی نیز نمی تواند نقشی در حفاظت ارگانه‌های لگنی و یا حفظ استحکام عضلات کف لگن داشته باشد لازم است از تکنیکهای دیگری مانند ورزش این عضلات جهت تقویتشان در دوران بارداری یا پس از زایمان به منظور پیشگیری از بی اختیاری ادراری استفاده نمود.

۲۹/۴٪ از زنان در دوران بارداری و ۱۵/۹٪ در دوران پس از زایمان بی اختیاری ادراری را ذکر کرده بودند که اکثر آنان (۷۱/۸٪) یک ماه پس از زایمان دچار بی اختیاری شده بودند. چالپها و همکاران شیوع بی اختیاری ادراری را در دوران بارداری ۳/۶٪ و در دوران پس از زایمان ۱۴/۶٪ ذکر کرده اند (۱۹). فارل و همکاران احتمال ایجاد بی اختیاری ادراری را به دنبال زایمان طبیعی بیشتر از سزارین دانسته و خطر نسبی آن را ۲/۸ ذکر کرده اند (۲۰). بر اساس پژوهش مورکود و همکاران ۴۸٪ زنان در هفته ۳۶ بارداری و ۳۲٪ آنان ۳ ماه بعد از زایمان دارای بی اختیاری ادراری بوده اند (۹).

آنان سابقه اپی زیاتومی و ۱۸٪ آنان سابقه پارگی را ذکر کرده بودند. وجود بی اختیاری ادراری در دوران پس از زایمان در افرادی که اپی زیاتومی شده بودند، ۱۹/۹٪ و در افرادی که سابقه پارگی حین زایمان داشتند ۲۹/۳٪ بود. بین مشکلات حین زایمان (اپی زیاتومی و پارگی) با بی اختیاری ادراری پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود داشت (۰/۱۲ = p). ۲۹/۴٪ از افراد مورد بررسی در دوران بارداری و ۱۵/۹٪ آنان در دوران پس از زایمان از بی اختیاری ادراری رنج می بردند. از بین زنانی که پس از زایمان دچار بی اختیاری ادراری شده بودند، اکثراً یک ماه پس از زایمان را زمان شروع این مشکل ذکر نمودند. شایعترین نوع بی اختیاری ادراری ذکر شده، از نوع بی اختیاری استرسی با ۵۶/۴٪ بود و ۲۵/۶٪ زنان نیز دارای بی اختیاری فوریتی بوده اند. بی اختیاری ادراری در ۱۰٪ از زنان بقدری شدید بوده که آنان مجبور به استفاده از پد بوده اند. تناوب بی اختیاری ادراری در دوران پس از زایمان، در ۱۲/۷٪ از موارد، روزی یک بار یا بیشتر؛ در ۲۰/۵٪ از موارد، دو تا سه بار در ماه و در ۶۱/۵٪ از موارد، ماهی یک بار یا کمتر بوده است. تنها ۵/۲٪ از زنان، تناوب یک تا شش بار در هفته را ذکر کرده بودند. ۹۷/۵٪ از افراد مبتلا به بی اختیاری ادراری، بر این اعتقاد بودند که این مشکل، تأثیری در فعالیت های فردی و اجتماعی آنان ندارد و ۲/۵٪ افراد این مسئله را باعث اختلال در فعالیت های فردی یا اجتماعی ذکر کرده بودند. تنها ۱۵/۵٪ از افرادی که در دوران پس از زایمان دچار بی اختیاری ادراری شده بودند در صدد درمان برآمده و اکثریت آنان به دنبال درمان بی اختیاری ادرار نبوده اند. بیشترین درمانی که برای زنان در نظر گرفته شده بود، اصلاح رژیم غذایی و مصرف مایعات و استفاده از دارو بوده است.

آزمونهای آماری رابطه معنی داری بین سن و تعداد زایمان با بی اختیاری ادراری در دوران بارداری و پس از زایمان نشان ندادند اما بین بی اختیاری ادرار پس از زایمان با زمان شروع آن ارتباط معنی داری وجود داشت (۰/۳۵ = p).

## بحث و نتیجه گیری

مطالعات مختلف نشان داده اند که بارداری و زایمان از عوامل مستعد کننده تضعیف عضلات کف لگن بوده و مولتی پاریتی

آموزشی نمی بینند (۲۲). مطالعات دیگر نیز نشان می دهند که فقط یک نفر از هر ۱۲ نفر مبتلا به بی اختیاری ادراری در صدد مراجعه بر می آیند و بیمارانی که به این دلیل به پزشکان مراجعه می کنند بطور متوسط یک دوره ۹ ساله از بی اختیاری ادراری را ذکر می نمایند (۲). میسون و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که زنان تمایلی نسبت به دریافت کمکهای پزشکی ندارند اگرچه اغلب احساس ناراحتی کرده و مشکل داشتند. این مسئله غالباً به دلیل طبیعت بیماری است اگرچه در بعضی موارد به ارتباط بین زنان و پزشکانشان نیز بستگی دارد. در این مطالعه زنان اغلب ترجیح می دادند که پزشکان در مورد وجود علائم سؤال کنند تا اینکه خودشان موضوع را مطرح نمایند. بر اساس بررسی حاضر، از بین افرادی که در صدد درمان برآمده بودند تنها ۲/۵٪ ورزش عضلات کف لگن را به عنوان اقدام درمانی انتخاب کرده بودند حال آنکه در مطالعات بسیار زیادی مشخص شده که ورزش عضلات کف لگن از درمانهای بسیار مؤثر و درواقع خط اول درمان در بی اختیاری های ادراری محسوب می شود (۲۳).

بنابراین با توجه به عوارض بیشمار انواع بی اختیاری های ادراری که هزینه هنگفتی را بر سیستم بهداشتی درمانی، تحمیل می نماید. پیشنهاد می گردد که بویژه در دوران بارداری و زایمان با انجام مشاوره و آموزش اقدامات پیشگیرانه مانند ورزش عضلات کف لگن از ایجاد این اختلال جلوگیری شود.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در انجام پژوهش حاضر قدردانی می شود.

مطالعه افتخار و همکاران، شیوع بی اختیاری ادراری پس از زایمان را ۱۴/۱٪ نشان داده است (۲۱).

بر اساس یافته ها، اکثر افراد از بی اختیاری ادراری استرسی رنج می بردند. لوکاز و همکاران بی اختیاری استرسی پس از زایمان را ۱۵٪ ذکر کردند (۱۳). اخلاقی و همکاران نیز به این نتیجه دست یافتند که در زنان با زایمان طبیعی قبلی بی اختیاری استرسی ادراری در همه سنین شایعتر از بقیه است و با افزایش تعداد زایمان نیز میزان آن زیاد می شود (۱۵). سایر محققین، شیوع بی اختیاری استرسی را ۲۲/۹ و ۱۲/۴ درصد و بی اختیاری فوریتی را ۲/۸ و ۱/۶ درصد گزارش کرده اند (۳۷). ۱۰٪ از افراد مورد پژوهش در حدی بی اختیاری ادراری داشته اند که مجبور به استفاده از پد بوده اند و ۲/۵٪ افراد این مسئله را باعث اختلال در فعالیت های فردی یا اجتماعی ذکر کرده بودند. مطالعات دیگر نیز به این امر اشاره دارند که بی اختیاری ادراری از عوامل کاهش تعاملات اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی می باشد (۱۴ و ۱). بعلاوه ۱۲/۷٪ از افراد مورد پژوهش روزی یک بار یا بیشتر و ۵/۲٪ یک تا شش بار در هفته دچار بی اختیاری می شدند که این امر خود به اختلالاتی که به آن اشاره شد می افزاید. در مطالعه ویلسون و همکاران، ۳/۳٪ از زنان روزی یک بار یا بیشتر بی اختیاری ادراری را ذکر کرده بودند (۱۲).

مطالعه حاضر نشان می دهد که ۸۴/۵٪ افراد در صدد درمان بی اختیاری ادراری خود نبوده اند. علی رغم شیوع بالای بی اختیاری ادراری، این مشکل بطور گسترده ای بدون تشخیص مانده و گزارش نمی شود. بیش از ۲۰۰ میلیون نفر در سراسر دنیا که از بی اختیاری ادراری رنج می برند هرگز با پزشک خود در این مورد صحبت نمی کنند. بعلاوه بسیاری از پرسنل بهداشتی درمانی نیز در این مورد

\*\*\*\*\*

### References

1. Brubaker L. Postpartum urinary incontinence. *BMJ* 2002; 324(7348): 1227-8.
2. Mishell D, Goodwin M, Brenner P. Management of common problems in obstetrics and gynecology, 4th ed, USA, Blackwell 2002; pp: 287.
3. Zhu L, Lang JH, Wang H, Han SM, Liu CY. The study on the prevalence and associated risk factors of female urinary incontinence in Beijing women. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2006; 86(11): 728-31.

4. Ryan Kennet J, Berkowitz Ross S, Barbieri Robert L, Dunaif A. Kistner's gynecology and women's health, 7th ed, USA, Mosby 1999; pp: 571-80.
5. Berek Jonathan S. Novak's gynecology, 13th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Co 2002; pp: 654.
6. Symonds M, Symonds I. Essential obstetrics and gynecology, 3rd ed, UK, Churchill Livingstone 1999; pp: 302.
7. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU Int 2002; 89(1): 61-6.
8. Morgan G, Hamilton C. Practice guidelines for obstetrics and gynecology, 2nd ed, Philadelphia, Lippincott 2003; pp: 204.
9. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: A single blind randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2003; 101(2): 313-19.
10. Biober E, Sanfilippo J, Horowitz I. Clinical gynecology, 1st ed, Philadelphia, Churchill Livingstone 2006; pp: 342.
11. Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piaux S, Breart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. BJOG 2005; 112(12): 1646-51.
12. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. Br J Obstet Gynecol 1996; 103(2): 154-61.
13. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Lubner KM. Parity, mode of delivery and pelvic floor disorders. Obstet Gynecol 2006; 107(6): 1253-60.
۱۴. بابامحمدی ح، خلیلی ح. تأثیر انجام ورزش های لگنی در درمان بی اختیاری ادراری سالمندان در بیمارستانهای غرضی و امام رضا(ع) شهر سیرجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد ۱۳۸۲؛ ۱۱(۳): ۶۱-۷.
۱۵. اخلاقی ف. بررسی میزان شیوع اختلالات کف لگن در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان حضرت زینب (س) مشهد در سال ۱۳۸۲. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران ۱۳۸۳؛ ۷(۱): ۲۱-۲۵.
16. Uustal Fornell E, Wingren G, Kjølhede P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(4): 383-9.
17. Fraser D, Cooper M. Myles textbook for midwives, 14th ed, Edinburgh, Churchill Livingstone 2003; pp: 647.
18. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. Obstet Gynecol 2004; 103(4): 669-73.
19. Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. Obstet Gynecol 1999; 94( 5 pt 1): 689-94.
20. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. Obstet Gynecol 2001; 97(3): 350-6.
21. Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadeh F, Shariat M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. Int J Gynecol Obstet 2006; 94(2): 114-8.

22. Komaroff AL. Better bladder and bowel control, 2004, Available from: URL, [http://www.health.harvard.edu/special\\_health\\_reports/better\\_bladder\\_and\\_bowel\\_control.htm](http://www.health.harvard.edu/special_health_reports/better_bladder_and_bowel_control.htm), pp: 1, 2.
23. Mason L, Glenn S, Walton I, Hughes C. Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. *Midwifery* 2001; 17(3): 212-21.

Archive of SID

---

\* آدرس نویسنده مسئول: همدان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۸۱۱ - ۸۲۷۶۰۵۲.  
*hedyehriazi@yahoo.com*

Archive of SID