

مقایسه اثربخشی روشهای درمانگری بیوفیدبک و کگل در ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به

بی اختیاری ادراری فوریتی

*امین رفیعی پور^۱، عباس رحیمی نژاد^۲، رضا رستمی^۳، مسعود غلامعلی لواسانی^۴

۱. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. ۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ۳. دانشیار و روانپزشک، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ۴. دانشیار، گروه مبانی روانشناسی و آموزش و پرورش، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۳/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۴/۲۰)

The study of comparison of biofeedback kegel exercise treatment method on life's quality enhancement in women with urge urinary incontinence

*A.Rafiepoor¹, A.Rahiminezhad², R.Rostami³, M.Lavasani⁴

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran, 2. Associate Professor, Department of Psychology, Tehran University, Iran. 3. Associate Professor, Department of Psychology, Tehran University, Iran. 4. Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Tehran University, Iran.

(Received: Jun. 20, 2016 - Accepted: Jul. 11, 2017)

Abstract

Introduction: The aim of this study is the comparison of biofeedback and Kegel treatment methods on quality of life enhancement in women with urine incontinency. **Methods:** In a quasi experimental study, 45 women with urge urine inconstancy who referred to Atieh neuroscience center from October to February 2015 were selected with randomized sampling and were assigned in two groups of control and experiment. Patients in biofeedback group received 40 minutes electromyography biofeedback during five sessions and per twice a week. In Kegel group, patients performed the Kegel experiments 30 minutes during 8 weeks per twice a week. Patients were appraised the quality of life questionnaire before and after the treatment. Finally the data were analyzed with ANCOVA method. **Results:** Biofeedback induced a significant change in quality of life of women with urinary incontinency ($p < 0/0001$). Kegel Exercises wasn't lead to any significant changes in life's quality. **Conclusion:** Biofeedback treatment method is caused to enhancement of life's quality in people with urine incontinency.

Keywords: Biofeedback, urge urinary incontinence, kegel exercises, Quality of life.

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روشهای درمانگری بیوفیدبک و کگل بر روی ارتقاء کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بی اختیاری ادرار فوریتی بود. **روش:** در یک طرح شبه آزمایشی ۴۵ بیمار زن مبتلا به بی اختیاری ادرار فوریتی مراجعه کننده به مرکز علوم اعصاب آتیه از مهر تا بهمن ۱۳۹۳ با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و در یکی از گروه های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بیماران در گروه بیوفیدبک ۲ روز در هفته به مدت ۵ جلسه ۴۰ دقیقه الکترومایوگرافی بیوفیدبک را دریافت کردند. در گروه تمرینات کگل بیماران هر روز دوبرار مجموعاً به مدت ۳۰ دقیقه در طی ۸ هفته تمرینات کگل را انجام دادند. بیماران از طریق پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بی اختیاری ادرار ($I-QOL$) در قبل و در بعد از درمان ارزیابی شدند و در نهایت داده ها به کمک روش آماری مانکوا تحلیل شدند. **یافته ها:** درمان بیوفیدبک باعث تغییرات معناداری در ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری ادرار فوریتی گردید ($P < 0/0001$). تمرینات کگل باعث تغییرات معناداری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی اختیاری فوریتی نگردید ($P < 0/9$). **نتیجه گیری:** روش درمانگری بیوفیدبک باعث ارتقاء کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بی اختیاری ادرار فوریتی می گردد.

واژگان کلیدی: بیوفیدبک، بی اختیاری ادرار فوریتی، تمرینات کگل، کیفیت زندگی.

مقدمه

شده است، این اختلال افراد را مستعد عفونتهای دستگاه ادراری، راشهای پوستی، شکنندگی پوست، افزایش خطر بستری شدن، شرم، افسردگی، کاهش تعاملات اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی و محدودیت و یا اجتناب از فعالیت جنسی می کند، لذا ضرورت توجه به شناخت روش های موثر درمانگری را محرز می کند چرا که عوامل فوق به شدت باعث کاهش کیفیت زندگی این بیماران می گردد. (انبرگ، مک داول، بورگیو، واتسون و بل^۳، ۱۹۹۵).

روش های درمانی روانشناختی تا کنون در درمان اختلال های روان تنی مانند میگرن (علیزاده فرد، خلیلی، صفاری نیا، ۱۳۹۶)، فشارخون بالا (آقائی، بختیاری، جمالی پاقلعه، ۱۳۹۲) و یا بهبودی حالات روانشناختی بیماران جسمانی مانند بدخیمی های خونی (صادقی فیروزآبادی، بارانی، بختیاری، مهدی زاده و ایمانی، ۱۳۹۶) سرطان پستان (میرزاده و پیرخائفی، ۱۳۹۶) اثربخشی مطلوبی داشته اند. از با توجه به اینکه آموزش رفتاری هزینه و عوارضی کمتر نسبت به درمان های دارویی و جراحی دارد، بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد. درمان های رفتاری خصوصاً بیوفیدبک و تمرینات کف لگن از یک سو فرد را از عوارض این نوع درمان ها می رهند و از سوی دیگر بیمار احساس کنترل بر خود را بدست می آورد.

بی اختیاری ادرار یا عدم کنترل مثانه مشکلی زجر آور است که افراد زیادی را درگیر می کند و بسیاری از فعالیت های آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. به منظور بررسی شیوع بی اختیاری ادرار مطالعات همه گیر شناسی متعددی در کشورهای مختلف انجام شده است. برای مثال مطالعات صورت گرفته در آسیا (چین و کره) در زنان با دامنه سنی ۱۷ الی ۷۷ سال و ۳۰ الی ۸۹ سال به ترتیب برای میزان شیوع بی اختیاری ادرار فشاری ۴۰ و ۴۷ درصد و برای میزان شیوع بی اختیاری ادرار فوریتی ۲۰ و ۴۰ درصد گزارش شده است (وونگ، لاو و مک^۱، ۲۰۰۶؛ سونگ، کیم و هوه^۲، ۲۰۰۶). ۸ تا ۳۴ درصد افراد سالمند غیر بستری از این اختلال رنج می برند. متأسفانه در ایران تا کنون مطالعه به منظور بررسی میزان شیوع بی اختیاری ادراری صورت نپذیرفته است.

هر چند که بی اختیاری ادرار قابل درمان و پیش گیری است اما تا کنون در جامعه پزشکی توجه چندانی به این اختلال نشده است. بی اختیاری ادرار مشکلات جدی و عدیده ای از نظر جسمی، روانی و اجتماعی برای بیمار ایجاد می کند. تاثیر آن ممکن است بر اطرافیان بیمار با شدت بیشتری دیده شود. در ضمن این بیماری مستلزم صرف هزینه های زیادی می باشد. با توجه به مطالعاتی که انجام

1. Wong, Lau & Mak

2. Song, Kim & Huh

3. Engberg, McDowell, Burgio, Watson & Belle

نداد. شینوپوس و جاکوبسون^۴ (۱۹۹۹) در زنان ۷۰ سال به بالا تاثیر درمان بیوفیدبک را مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد بعد از درمان، بهبودی معناداری در کیفیت زندگی بیماران، افزایش قدرت ماهیچه های لگنی و کاهش استفاده از پد رخ داده است. رت^۵ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند بعد از درمان بیوفیدبک میزان استفاده از پد و فراوانی بی اختیاری ادرار به صورت معناداری کاهش یافته است و در ۶۱ درصد از افراد بهبودی عینی در کیفیت زندگی و افزایش تقویت ماهیچه های لگنی رخ داده است.

در مطالعه زورن، مونت گومری، پیپر، گری و استیرز^۶ (۱۹۹۹) که بر روی ۱۵۶ بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری صورت گرفت یک سوم از بیماران افسرده بودند و چند نفر از آنها به خاطر افکار خودکشی به بخش روانپزشکی ارجاع شدند. از نظر نوع بی اختیاری ادراری، ۴۲٪ از بیمارانی که بی اختیاری مختلط و یا بی اختیاری فوریتی مبتلا بودند افسردگی داشتند یا قبلاً به افسردگی مبتلا بودند. ۶۰٪ از بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری فوریتی قبل از ابتلا به بی اختیاری ادراری به افسردگی مبتلا بودند. در مطالعه مک کاوالای، استرن و استنتون^۷ (۱۹۹۱) بر روی ۲۱۱ زنی که تست اورودینامیک داده بودند پرسشنامه هایی برای

سار و خورشید^۱ (۲۰۰۹) مطالعه ای را با هدف ارزیابی تاثیر ورزش های کف لگن بر بی اختیاری ادراری و کیفیت زندگی انجام دادند. این مطالعه که از نوع کارآزمایی بالینی بود ۴۱ زن را مورد ارزیابی قرار داد. زنان گروه مورد روزی سه بار تمرینات را در حالات مختلف و به مدت ۸ هفته انجام دادند و در گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفت و در نهایت کیفیت زندگی زنان با استفاده از پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بی اختیاری ادرار^۲ مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته ها نشان داد که نمره کیفیت زندگی دو گروه متفاوت است، محققین چنین نتیجه گیری کردند که انجام ورزش های کف لگن سبب بهبود کیفیت زندگی زنان و کاهش دوره های بی اختیاری ادراری می گردد. در مطالعه صورت گرفته به وسیله بورلو فرانس، داوونی، زیچینسکی و ریوس^۳ (۲۰۰۸) که با هدف بررسی تاثیر میزان انجام ورزش های کف لگن بر بی اختیاری ادراری و کیفیت زندگی زنان بر روی ۳۶ زن مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری انجام شد، زنان شرکت کننده به دو گروه تقسیم شدند، گروه اول ورزش های کف لگن را یک بار در هفته و گروه دوم تمرینات را ۴ بار در هفته به مدت ۶ ماه انجام دادند در نهایت نتایج تفاوت معناداری را از نظر تعداد دفعات دفع بی اختیاری ادراری و سطح کیفیت زندگی بین دو گروه نشان

4 . Shinopulos & Jacobson

5 . Rett

6. Zorn, Montgomery, Pieper, Gray & Steers

7. Macaulay, Stern & Stanton

1.Sar & khorshid

2.incontinence quality of life

3. Borello-Fronce, Downey, Zyczynski & Rause

بررسی مشکلات روانشناختی به کار رفت .
بیمارانی که مبتلا به بی اختیاری ادرار فوریتی بودند نسبت به بیمارانی که به بی اختیاری ادرار فشاری مبتلا بودند مضطرب تر بودند و عزت نفس کمتری داشتند.

این اختلال وابسته به جنسیت است به طوری که در زنان دو برابر مردان شیوع دارد. بی اختیاری ادرار اثرات زیادی بر روی زندگی فرد می گذارد و باعث اختلالاتی در وی می گردد. ویگودو استوارت^۱ (۲۰۰۶) دو گروه زنان مبتلا به بی اختیاری ادرار و زنان فاقد این اختلال را مورد مطالعه قرار داد. نتایج مطالعات او نشان داد در زنان مبتلا به بی اختیاری ادرار شیوع افسردگی ۱۵/۵ درصد است در حالی که در گروه فاقد این اختلال ۹/۲ درصد می باشد. در مطالعه ای دیگر (ون درواریت، دلوو، روورز و هینتز^۲، ۲۰۰۲) محققان نشان دادند که بی اختیاری ادرار فوریتی باعث انزوای اجتماعی بیماران می گردد. براساس نتایج مطالعات، بی اختیاری ادرار موجب کاهش عزت نفس و تعاملات اجتماعی می شود. این اختلال همچنین موجب افزایش وابستگی فرد به مراقبین خواهد شد . زنان مبتلا به بی اختیاری ادرار افسرده هستند و از شرایط خود به شدت شرمسارند (وایمن^۳، به نقل از تریز^۴، ۲۰۰۴). از آنجا که برخی

از درمانها مانند عمل جراحی باعث بهبودی بیماران می شود، اما آنها به خاطر عوارض جانبی که به همراه دارند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی فرد نیز می شود. هدف ما از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی این دو روش درمانی بیوفیدبک و تمرینات کگل بر روی ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی اختیاری ادرار فوریتی می باشد.

روش

پژوهش حاضر، به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ جمع آوری داده های از نوع شبه پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. این مطالعه شبه آزمایشی به صورت یک سو کور انجام شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعه کنندگان به مرکز علوم اعصاب آتیه (تهران) بودند که در فاصله زمانی مهر تا بهمن ماه ۱۳۹۳ به این مرکز مراجعه کرده بودند. از میان آنها تعداد ۴۵ نفر زن با میانگین سنی ۴۹/۱۱ به صورت تصادفی و بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب گردید. ملاک های ورود عبارت بودند از: بیماران زن با دامنه سنی بین ۳۰ الی ۶۵ سال، تشخیص بی اختیاری ادرار فوریتی توسط اورولوژیست یا متخصص زنان و زایمان، پرکردن فرم رضایت آگاهانه، تحت درمان زیر نظر یک اورولوژیست یا متخصص زنان و زایمان، قادر به شرکت در مطالعه طبق جدول زمانی ارائه شده. معیارهای خروج مطالعه عبارت بودند از: عفونت

1. Vigod & Stewart
2. van der Vaart, de Leeuw, Roovers & Heintz
3. Wyman
4. Tries

مجاری ادرار، پرولاپس اندام پلوپیک، داشتن درمانهای دارویی رایج در رابطه با بی اختیاری ادرار، حامله بودن، سپری شدن شش ماه یا کمتر از زمان زایمان، جراحی برای رفع مشکل بی اختیاری در گذشته، درد در هنگام آمیزش، درمانهای فیزیوتراپی که در گذشته برای رفع بی اختیاری ادرار استفاده شده است (مثل تحریک الکتریکی و یا بیوفیدبک)، ابتلا به بی اختیاری مدفوع، داشتن بیماری های جسمی (سرطان و معلولیت های جسمی) و روانی (اسکیزوفرنی و اختلال دو طبقه نوع I) شدید که مانع از همکاری مراجع در روند مداخلات شود.

۴۵ نفر از بیمارانی که واجد شرایط معیارهای ورود بودند انتخاب شدند. پس از اینکه آزمودنی ها انتخاب شدند، در گروه اول الکترومایوگرافی بیوفیدبک اعمال شد و در گروه دوم متغیر مستقل دوم، تمرینات کگل انجام شد و در گروه سوم که گروه کنترل بود، مداخله ای انجام نشد. در گروه بیوفیدبک، از دستگاه بیوفیدبک (Myotrac infinity) برای اجرای بیوفیدبک استفاده شد. یک ماما که توسط پژوهشگر آموزش دیده بود بیوفیدبک را برای بیماران اجرا نمود. در طی الکترومایوگرافی بیوفیدبک، از بیمار خواسته شد که عضلات کف لگن خود را به مدت ۶ تا ۸ ثانیه منقبض و سپس به مدت ۵ ثانیه در حال استراحت نگه دارد. دستگاه میزان تنش عضلانی را اندازه

گیری می کرد و از طریق مانیتوری که روبروی بیمار بود سطح انقباض عضلانی که بر حسب میکرو ولت اندازه گیری می شد به وی فیدبک داده می شد. معمولاً دو الکتروود فعال برای اندازه گیری و یک الکتروود مرجع، یعنی در مجموع، سه الکتروود بر روی عضلات هدف قرار می گرفت. طول دوره درمانی به طور کلی ۳ هفته بود که در طی آن بیماران ۲ روز در هفته در طی ۵ جلسه به مدت ۴۰ دقیقه الکترومایوگرافی بیوفیدبک را دریافت کردند. در گروه کگل، تمرینات شامل مجموعه ای از انقباضات عضلات کف لگن به مدت ۶ تا ۸ ثانیه و استراحت ۵ ثانیه ای بود که درحالت های مختلف شامل دراز کشیده، نشسته و ایستاده انجام می شد و به بیماران توصیه می شد که دوبار در روز (هربار ۱۵ دقیقه)، به مدت ۸ هفته متوالی آن تمرینات را انجام دهند. همه بیماران طبق جدول زمانی مطالعه درمان خود را انجام دادند. بیماران در طی خط پایه (پیش آزمون) و در پایان درمان (پس آزمون) مورد ارزیابی قرار گرفتند البته قبل از شروع فرایند درمان از همه بیماران رضایت نامه آگاهانه اخذ گردید.

ابزار

پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بی اختیاری ادرار (I-QOL)؛ وگنر، پاتریک، باوندام، مارتین و بوشینگ^۱ (۱۹۹۶) این پرسشنامه

1. Wagner, Patrick, Bavendam, Martin & Buesching

آوردن نمره کلی بر حسب ۱۰۰ استفاده می‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می باشد. نجومی و همکاران (۱۳۸۸) هنجاریابی نسخه فارسی را انجام دادند. آلفای کرونباخ برای ارزیابی همسانی درونی امتیاز کلی پرسشنامه *I-QOL* در نسخه فارسی ۹۶٪ و دامنه آلفای کرونباخ برای ابعاد پرسشنامه از ۷۸٪ تا ۹۳٪ گزارش شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها به منظور بررسی میزان کاهش شدت بی اختیاری ادرار از آزمون مانکوا استفاده گردید.

یافته ها

میانگین سن کل زنان مبتلا به بی اختیاری ادرار برابر با ۴۹/۱۱ به دست آمد. بیشترین میزان سن مربوط به گروه تمرینات کگل است. هم چنین اکثریت افراد متاهل بوده و به طور متوسط در طول دوران زندگی دو بار باردار شده بودند. ویژگی های جمعیت شناختی بیماران در جدول ۱ آورده شده است.

را برای بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری تدوین نمودند. این پرسشنامه بر اساس مدل مفهومی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت توسط پاتریک و اریکسون ساخته شده است. در این مدل به اثرات اختلالات جسمی بر روی وضعیت کارکردی و مشکلات اجتماعی به عنوان مولفه های جداگانه تاکید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۲ سوال در ۳ زیر مقیاس اجتناب و محدودیت های رفتاری (۸ سوال)، اثرات روانی - اجتماعی (۹ سوال) و آشفتگی اجتماعی (۵ سوال) می باشد. این پرسشنامه با توجه به سوالات موجود در سه زیر مقیاس خود به اثرات بی اختیاری ادرار در این حوزه ها می پردازد (زندگی اجتماعی، زندگی خانوادگی، زندگی شغلی، روابط صمیمی، فعالیتهای زندگی روزمره، مسافرت کردن، سلامت روانی، سلامت جسمی و اضطراب و افسردگی). کلیه سوالات دارای پنج گزینه در مقیاس لیکرت بوده که به هر کدام از گزینه ها امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می گیرد و از فرمول مربوطه برای به دست

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی ها به تفکیک گروه

| متغیر گروه | بیشینه | کمینه | میانگین | انحراف استاندارد | |
|------------------|----------------|----------------|---------|---------------------|---------------|
| گروه بیوفیدبک | ۶۴ | ۳۲ | ۴۶/۲۰ | ۱۰/۷۱ | |
| گروه تمرینات کگل | ۶۵ | ۳۳ | ۵۱/۶۰ | ۸/۷۶ | سن |
| گروه کنترل | ۶۴ | ۳۱ | ۴۹/۶۶ | ۱۰/۰۰۴ | |
| گروه بیوفیدبک | متاهل (۰/۶۶/۷) | مطلقه (۰/۲۶/۷) | - | - | |
| گروه تمرینات کگل | متاهل (۰/۸۰) | مطلقه (۰/۱۳/۳) | - | - | وضعیت تاهل |
| گروه کنترل | متاهل (۰/۶۶/۷) | مطلقه (۰/۲۶/۷) | - | - | |
| گروه بیوفیدبک | ۴ بار | ۱ بار | ۲/۲۶ | ۰/۹۶ | |
| گروه تمرینات کگل | ۴ بار | ۱ بار | ۲/۴۶ | ۰/۷۴ | تعداد |
| گروه کنترل | ۴ بار | ۱ بار | ۲/۴۰ | ۰/۹۱ | بارداری |

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس گروه ها بدون زدودن پیش آزمون

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | F | معناداری |
|--------------|---------------|------------|-------|----------|
| کیفیت زندگی | ۱۹۵۱/۵۳۴ | ۱ | ۱۵/۴۲ | ۰/۰۰۰۱ |

جدول ۳. مدل تعاملی بین پیش آزمون از لحاظ متغیر کیفیت زندگی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | F | معناداری |
|-------------------------------|------------------|------------|------|----------|
| تعامل گروه ها در پیش آزمون | ۱۱۷/۱۲۵ | ۲ | ۰/۹۴ | ۰/۳۹ |

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس (مانکوا) نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون

| متغیر | منبع تغییرات | F | معناداری | اندازه توان آماری اثر |
|----------------------------|--------------|-------|----------|-----------------------------|
| کیفیت زندگی | عضویت گروهی | ۱۱/۵۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۵ |
| اجتناب و محدودیت رفتاری | عضویت گروهی | ۱۵/۱۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۶ |
| تأثیرات روانی اجتماعی | عضویت گروهی | ۵/۴۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۲۳ |
| درگیری های اجتماعی | عضویت گروهی | ۷/۳۴ | ۰/۰۰۰۲ | ۰/۲۹ |

طبق جدول ۲، مقدار F مربوط به گروه‌ها بدون اعمال پیش‌آزمون در کیفیت زندگی برابر با ۱۵/۴۲ است و به حدی بزرگ است که می‌توان فرضیه پژوهشگر را قبول کرد. از آن جایی که هدف ما اجرای تحلیل کوواریانس است، لذا در ابتدا باید شرط فوق‌یعنی عدم تعامل میان پیش‌آزمون با گروه‌ها از لحاظ متغیر وابسته بررسی گردد.

جدول ۳ این مدل تعاملی را نشان می‌دهد. مقدار F تعامل بین پیش‌آزمون و گروه‌ها از لحاظ متغیر کیفیت زندگی برابر با ۰/۹۴ و سطح معناداری برابر با ۰/۳۹ از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد. مدل تعاملی در متغیر کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنادار به دست نیامده است.

جدول ۴ عضویت گروه به ترتیب ۲۳، ۴۶، ۵۵ و ۲۹ درصد از واریانس متغیر وابسته پس از حذف متغیرهای کوواریته (پیش‌آزمون) مرتبط با تاثیرات اجتماعی، رفتارهای محدودکننده، کیفیت زندگی و درگیری‌های اجتماعی را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری و بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان بیوفیدبک و تمرینات کگل بر ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران زن مبتلا به بی‌اختیاری ادراری فوریتی صورت‌گرفت و یافته‌های حاصل از آن، فرضیه پژوهشی را مبنی بر اینکه درمان بیوفیدبک بر ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران زن مبتلا به بی‌اختیاری فوریتی موثر است را مورد تأیید قرار داد و

اثربخشی تمرینات کگل بر روی ارتقاء کیفیت زندگی بیماران را تأیید نکرد. نتایج این مطالعه با بررسی ایلگون، اُویولو، اُویولو، اُزجانلی و یاجی^۱ (۲۰۱۳) هم‌راستا است. طبق تحقیق ایلگون، بیوفیدبک به همراه تمرینات عضلات کف لگن کیفیت زندگی زنان ترکیه‌ای را به طور چشم‌گیری افزایش می‌دهد. در مطالعه کاترین^۲ و همکاران (۲۰۰۲) نقش بیوفیدبک و ارائه فیدبک کلامی در مورد خشکی مثانه اگرچه به طور آماری معنادار نبود اما نتایج حاکی از پیشرفت سریعتر وضعیت بهبود بی‌اختیاری از منظر بیماران بود. به عبارتی اگرچه در بین مطالعه سه گروه پژوهش تفاوت معناداری دیده نشد اما بیمارانی که بیوفیدبک (کلامی یا با دستگاه) دریافت کرده بودند سطح رضایتمندی بیشتر و کیفیت زندگی بهتری را گزارش می‌نمودند. لذا از این جنبه، کیفیت زندگی به عنوان یک متغیر روانشناختی تاثیر بیشتری می‌تواند از این نوع درمان رفتاری داشته باشد.

از سویی دیگر، بین کیفیت زندگی و شدت علائم بی‌اختیاری ادرار رابطه معنادار به دست آمد. طبق یافته‌های به دست آمده کیفیت زندگی افراد با شدت بیماری رابطه دارد و متغیر ملاک حدود ۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. طبق نتایج بو، تالست و وینسنس^۳ (۲۰۰۰) تاثیر شدت بی‌اختیاری ادرار بر کیفیت زندگی انکارناپذیر است، ولی چنانچه این افراد تحت درمان قرار گیرند بهبودی واضحی در سطح کیفیت زندگی آنان

1.İlgün, Ovayolu, Ovayolu, Özcanlı & Yağcı
2.Kathryn
3.Bo, Talseth & Vinsnes

دبی و ون والوجیک^۲، ۲۰۰۰). بندتو و همکاران (۲۰۰۸) اثر تمرینات کگل را در بی اختیاری ادرار استرسی و مختلط نشان داده اند.

از سویی در سطح زیر مقیاس های کیفیت زندگی نیز تمرینات کگل بر هیچ یک از حوزه ها تاثیر آماری معنادار نداشته است. این یافته با نتیجه تحقیق کورکلز^۳ (۲۰۰۸) همخوان است که بیان می دارد تمام حیطه های پرسشنامه کیفیت زندگی ممکن است تغییر نکند. در مجموع، فرضیه صفر تحقیق مبنی بر عدم تغییر کیفیت زندگی در مبتلایان به بی اختیاری ادراری فوریتی به قوت خود باقی می ماند.

عمده ترین محدودیت پژوهش حاضر حجم نمونه کم بود. با افزایش حجم نمونه توان آماری پژوهش بالاتر رفته و عمل تعمیم پذیری تسهیل می شود. پیشنهاد می شود از آن جا که بیماری بی اختیاری ادرار از نوع فوریتی رابطه تنگاتنگی با اختلالات روانشناختی دارد بهتر است با سایر درمان های روانشناختی ترکیب و نقش آن بصورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

توصیه می شود روانشناسان سلامت به این نوع بی اختیاری توجه بیشتری نشان دهند و با انجام درمان موثر و کاهش فشارهای روحی، تنش، شرم و احساس ناراحتی در جهت ارتقا کیفیت زندگی این بیماران اهتمام ورزند. پیشنهادی دیگر ما سنجش متغیر اضطراب در ابتدا و در پایان درمان است. هم چنین بررسی اضطراب اولیه و

مشاهده می گردد. در سطح زیر مقیاس های کیفیت زندگی، رفتارهای محدود کننده و تاثیرات روانی اجتماعی و آشفتگی اجتماعی معنادار بودند.

در مورد تغییرات حیطه های مختلف کیفیت زندگی بعد از درمان نظرات متفاوتی وجود دارد: تغییر بعضی از ابعاد، تغییر تمام ابعاد و عدم تغییر نتایجی است که محققان ذکر کرده اند. نتایج مطالعات تحقیقات کوکرانز حاکی از آن است که نمرات کیفیت زندگی بعد از درمان در همه ابعاد تغییر نمی کند. اما در بررسی هانگ، براون و کونای (۲۰۰۶)^۱ تغییرات معنادار آماری در کلیه ابعاد به چشم می خورد که نتایج پژوهش ما نیز حاکی از تفاوت ابعاد کیفیت زندگی در هر سه بُعد بین گروه بیوفیدبک و کنترل است (هانگ، براون و کونای، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش ما نشان داد که تمرینات کگل تاثیری در سطح کیفیت زندگی بیماران ندارد. این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی ندارد. در مطالعه کوکران که در سال ۲۰۱۰ انجام پذیرفت نتایج نشان داد تمرینات کف لگن برای هر نوع بی اختیاری ادرار اعم از بی اختیاری فوریتی درمان خط اول محسوب می شود. در حالی که برگیبو (۲۰۰۹) مطرح می کند که تمرینات کگل در نوع بی اختیاری ادرار استرسی و افراد جوانتر موثرتر است. ولی یک مطالعه نشان داده که تمرینات کف لگن بر کیفیت زندگی و شدت بی اختیاری ادرار در گروه بی اختیاری ادرار از نوع فوریتی نیز موثر است (برگهامز، هندریکس،

2. Berghmans, Hendriks, De Bie & van Waalwijk
3. Corcoles

1. Hung, Brown & Konay

اضطراب به دست آمده از پرسشنامه های شخصیتی نیز می تواند از عوامل پیش بین بهبودی محسوب شود.

هم چنین پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی اثربخشی بیوفیدبک در مقایسه با تمرینات ماهیچه کف لگن در انواع بی اختیاری ادرار بررسی شود و بصورت اختصاصی اثرات هر کدام بر شدت بی اختیاری بررسی شود.

منابع

incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.*,79(7),598-603.

- Borello-France, D.F., Downey, P.A., Zyczynski, H.M., & Rause, C.h.R. (2008). Continence and quality-of-life outcomes 6 months following an intensive pelvic-floor muscle exercise program for female stress urinary incontinence: *a randomized trial comparing low- and high-frequency maintenance exercise*. *PHYS THER*, 88(12), 1545-53.

- Burgio, K.L. (2009). Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 36(3), 475-91.

- Corcoles MB. (2008). Quality of life in patients with urinary incontinence. *Actas Urologicas Espanolas*, 32, 202-10.

- Engberg, S.J., McDowell, B.J., Burgio, K.L., Watson, J.E., & Belle, S. (1995) Self-care behaviors of older women with urinary incontinence. *J Gerontol Nurs*, 21(8), 7-14.

Hung, A., Brown, J., & Konay, A. (2006). Quality of life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Journal of Archives of Internal Medicine*, 166, 2000-2006.

- İlgün, S., Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., Özcanlı, D., & Yağcı, F. (2013). Does biofeedback affect incontinence and quality of life in Turkish women? *International Journal of Urological Nursing*, 7, 3, 138-145.

- Macaulay, A.J., Stern, R.S., & Stanton, S.L. (1991). Psychological aspects of 211 female patients attending a urodynamic unit. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(1), 1-10.

- Rett, M.T., Simoes, J.A., Herrmann, V., Pinto, C., Marques, A.A., & Morais, S.S. (2007). Management of Stress Urinary Incontinence With Surface Electromyography - Assisted Biofeedback in Women of

- آقائی، الهام؛ بختیاری، آزاده؛ جمالی پاقلعه، سمیه (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره ۷، ص ۶۸-۵۷.

- عزیززاده فرد، سوسن؛ خلیلی، مینا؛ صفاری نیا، مجید (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه آموزش شادی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و میگرن. فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره ۲۱، ص ۲۸-۱۷.

- صادقی فیروزآبادی، وحید؛ بارانی، معصومه؛ بختیاری، مریم؛ مهدی زاده، مهشید؛ ایمانی، سعید (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی تکمیلی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بدخیمی های خونی. فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره ۲۲، ص ۵۱-۷۱.

- میرزاده، رقیه؛ پیرخائفی، علیرضا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر ارتقاء امید و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره ۲۱، ص ۶۵-۵۲.

References

- Berghmans, L.C., Hendriks, H.J., De Bie RA., & van, Waalwijk. (2000). Urge urinary incontinence in women: *a systematic review of randomized clinical trials*. *BJU Int*, 85(3), 254-63.

- Bo, K., Talseth, T., & Vinsnes, A. (2000). Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress

incontinence and depression. *J Urol*, 162(1), 82-4.

Reproductive Age. *Physical Therapy*, 87(2), 126-142.

- Sar, D., Khorshid, L. (1999). The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life . *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(4), 429-35.

- Shinopulos, N.M., & Jacobson, J. (1999). Relationship between health promotion lifestyle profiles and patient outcomes of biofeedback therapy for urinary incontinence. *Urol Nurs*, 19(4), 249-53.

- Song, H.J, Kim, M.J., & Huh, J.S. (2006). A study of lower urinary tract symptoms for the Korean women aged 30 and over. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* ,17(4), 356–359.

- Tries, J. (2004). Protocol- and therapist-related variables affecting outcomes of behavioral interventions for urinary and fecal incontinence. *Gastroenterology*, 126(1 Suppl 1), S152-8.

- van der Vaart, C.H., de Leeuw, J.R., Roovers, J.P., & Heintz, A.P.(2002). The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int*, 90(6), 544-9.

- Vigod, S.N., & Stewart, D.E. (2006). Major depression in female urinary incontinence. *Psychosomatics* ,47(2),147-51.

- Wagner, T.H., Patrick, D.L., Bavendam, T.G., Martin, M.L., & Buesching, D.P. (1996). Quality of life of persons with urinary incontinence: *development of a new measure*. *Urology*, 47(1), 67-71.

- Wong, T., Lau, B.Y., & Mak, H.L. (2006). Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* , 17(6), 593–597.

- Zorn, B.H., Montgomery, H., Pieper, K., Gray, M., & Steers, W.D. (1999). Urinary