

شیوع عود واژینیت و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به

کلینیک‌های زنان تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام سال ۱۴۰۲

نگین صیدی^۱، ذلیخا کرم‌الهی^۲، مهناز شفیعیان^۳، دکتر زینب سهرابی^۴، دکتر رازان چهره^{*۴}

۱. دانشجوی کارشناسی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ۵ آذر، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۴. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۵

خلاصه

مقدمه: واژینیت، یک اصطلاح پزشکی برای التهاب و یا عفونت واژن و یکی از بیماری‌های شایع در بیش از یک سوم زنان در سراسر جهان می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع عود واژینیت و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۴۰۲ بر روی ۲۵۵ زن مبتلا به واژینیت مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شد. برای گردآوری داده‌های مربوط به عوامل دموگرافیک، باروری، رفتاری طبی، بالینی و درمانی، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های کای اسکوئر، دقیق فیشر، رگرسیون و همبستگی انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: شیوع کلی واژینیت ۲۰/۸٪، شیوع عود کلی واژینیت ۱۰/۰۵٪، شیوع عود واژینیت کاندیدیایی ۴۳/۸٪، واژینیت تریکومونایی ۱۱/۳٪، واژینیت باکتریایی ۱۷/۶٪، آتروفیک ۴/۳٪ و التهابی ۵/۱٪ بود. بین شیوع عود واژینیت با عوامل دموگرافیک ارتباط معنی داری یافت نشد. از بین عوامل رفتاری، استفاده از شستشو دهنده‌های واژن با عود واژینیت ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=۰/۰۴۲$) از بین علائم بالینی و درمانی نیز، خارش واژن قبل از قاعدگی ($p=۰/۰۱۷$) و دارا بودن علامت بالینی خارش واژن ($p=۰/۰۰۹$)، ارتباط آماری معنی داری با عود واژینیت داشت.

نتیجه گیری: یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده شیوع بالای عود واژینیت و تأثیر عوامل رفتاری و بالینی در افزایش عود واژینیت بود. بهبود شرایط زندگی، آموزش بهداشت در خصوص عادات رفتاری و اجتناب از عوامل خطر (اجتناب از استفاده بی‌رویه از شستشو دهنده های واژینال) در جهت کاهش شیوع عود واژینیت کمک کننده خواهد بود.

کلمات کلیدی: کاندیدیاز، واژینیت، واژینیت تریکومونایی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر رازان چهره؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. تلفن: ۰۸۴-۲۲۲۴۴۲۲۴؛ پست الکترونیک: chehreh-r@medilam.ac.ir

مقدمه

واژینیت، یک اصطلاح پزشکی برای التهاب و یا عفونت واژن و یکی از بیماری‌های شایع در بیش از یک سوم زنان در سراسر جهان می‌باشد (۱). واژینوز باکتریایی، کاندیدیازیس و تریکومونازیس مسئول ۹۰٪ موارد واژینیت عفونی هستند (۲).

کاندیدیازیس واژن، عفونت معمول دستگاه تناسلی است که با ایجاد ترشحات شیری یا پنیری شکل با التهاب و قرمزی، خارش شدید و گاهی زخم همراه است. کاندیدا آلبیکنس مسئول ۸۵-۹۰٪ از موارد عفونت قارچی واژن می‌باشد که مهم‌ترین علامت آن، خارش ولو و واژن است. شواهد نشان می‌دهد که ۷۵-۷۰٪ زنان حداقل یک دوره ولوواژینیت کاندیدیایی را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند و تقریباً ۵۰٪ زنان ۲ بار و ۸-۵٪ از زنان نیز ۴ دوره یا بیشتر به این عفونت مبتلا می‌شوند (۳، ۴). گونه‌های کاندیدا به صورت موارد مهم عفونت‌های مهاجم پدیدار شده و میزان مقاومت آن به داروهای ضد قارچ رو به افزایش است. این ارگانسیم به دلیل تمایل به عود مجدد، یک مشکل جدی محسوب می‌شود، زیرا کنترل موارد راجعه عفونت بسیار مشکل‌تر است. بنابراین نیاز به شناخت بیشتر روندهای بیماری‌زا و عوامل خطرسازی که در ایجاد و عود آن دخالت دارند، وجود دارد (۵).

برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که عوامل اقتصادی، اجتماعی، سن، وضعیت بارداری و فیزیولوژیک، روابط جنسی، روش پیشگیری از بارداری و بیماری‌های زمینه‌ای بر میزان این عفونت‌ها مؤثرند. همچنین مصرف آنتی‌بیوتیک، استفاده از قرص‌های ضد بارداری خوراکی، حاملگی، عادات شخصی، فعالیت جنسی و دیابت کنترل نشده باعث مستعد شدن زنان به ابتلاء به این بیماری می‌شوند (۳، ۸-۶).

یکی دیگر از واژینیت‌هایی که به‌طور شایع در زنان و مردان یافت می‌شود، عفونت تریکومونایی است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع تریکومونیاژیس در جهان بیش از شیوع گنوره، سفلیس و عفونت کلامیدیایی بوده و سالانه حدود ۲۷۶/۴ میلیون مورد برآورد می‌گردد (۲، ۷). مطالعات انجام

شده در نقاط مختلف جهان نشان‌دهنده اختلاف در شیوع این عفونت در جمعیت‌های مختلف و همچنین در بین زنان و مردان می‌باشد؛ به‌طوری‌که اغلب مطالعات میزان شیوع را در زنان بین ۵-۷۴٪ و در مردان بین ۵-۲۹٪ گزارش نموده‌اند. این موضوع به‌طور عمده به جمعیت مورد بررسی مربوط می‌گردد و بیشترین میزان شیوع در بین افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی مشاهده می‌گردد (۴، ۹، ۱۰). در ایران نیز مطالعات مختلفی در رابطه با بررسی میزان شیوع تریکومونیاژیس صورت گرفته است که با توجه به وضعیت فرهنگی و اجتماعی جمعیت‌های مورد بررسی، میزان شیوع را به‌طور متوسط بین ۲-۸٪ برآورد نموده‌اند که این میزان در گروه‌های پرخطر می‌تواند به بالای ۳۰٪ نیز برسد. از عوارض این عفونت می‌توان به تولد زودرس نوزادان، افزایش استعداد ابتلاء به سرطان دهانه رحم و افزایش خطر انتقال ویروس نقص ایمنی انسانی اشاره نمود (۹).

واژینوز باکتریایی عامل ۴۰-۵۰٪ از عفونت‌های دستگاه تناسلی است. عوامل ایجادکننده ترشح غیراختصاصی دستگاه تناسلی یا واژینوز باکتریایی متفاوت هستند، ولی شایع‌ترین علت ایجادکننده آن، انواع میکروارگانسیم‌های بی‌هوازی می‌باشد (۸). میکروبیولوژی واژن توسط فاکتورهایی تعیین می‌شود که بر روی قدرت باکتری‌ها برای زنده ماندن تأثیر می‌گذارد. این فاکتورها شامل PH واژن، وجود اسیدلاکتیک تولید شده توسط لاکتوباسیل‌ها و عوامل هورمونی مانند استروژن است که سلول‌های اپی‌تلیال واژن را پر از گلیکوژن می‌سازد که توسط لاکتوباسیل‌ها به اسیدلاکتیک تبدیل می‌شود. هر عاملی که بر روی این دو جزء اصلی تأثیر بگذارد، می‌تواند زمینه را برای عفونت واژینال و واژینوز باکتریایی مهیا سازد. عدم درمان مناسب واژینوز باکتریایی می‌تواند عوارض جدی از قبیل بیماری‌های التهابی لگن، نازایی، درد مزمن لگن، زایمان زودرس، عفونت‌های رحم، عفونت مایع آمینیوتیک و اندومتريت را به دنبال داشته باشد (۲، ۵، ۶).

تحقیقاتی مصوبه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام با کد IR.MEDILAM.REC.1401.227 می‌باشد. پس از کسب مجوز نمونه‌گیری از مسئولان کلینیک‌های زنان، پژوهشگر برای تکمیل داده‌ها در محل کلینیک‌های فجر و بیمارستان طالقانی (ره) شهر ایلام در دو نوبت صبح و عصر حاضر شد و پس از یافتن نمونه‌های مورد نظر و اخذ رضایت آگاهانه از آنان، پرسشنامه‌ها را در اختیار آنان قرار داده و تکمیل شدند. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان سنین باروری و مبتلا به واژینیت، داشتن سواد ابتدایی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: بارداری، ابتلاء به بدخیمی و عدم تمایل به همکاری بود. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۴) (۵)، با در نظر گرفتن شیوع ۱۲/۱٪، دقت ۴٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ و بر اساس فرمول زیر، ۲۵۵ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{z^2 p q}{d^2} = \frac{1.96^2 0.121 * 0.879}{0.04^2} = 255$$

عفونت در مرد) و عوامل بالینی و درمانی (درمان با فلوکونازول، کلوتریمازول، آنتی‌بیوتیک، خارش و سوزش واژن، درد زیر شکم، مقاربت دردناک) در پرسشنامه گنجانده شد. جهت تعیین روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که برای تهیه پرسشنامه از مقالات، کتاب‌ها، نشریات و تحقیقات علمی مرتبط با موضوع استفاده شد. سپس جهت تعیین اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام قرار گرفت و پس از به‌کارگیری نظرات و اصلاحات پیشنهادی، جهت انجام پژوهش به‌کار گرفته شد. جهت تعیین اعتماد علمی ابزار، از ضریب آلفای کرونباخ، استفاده شد. برای این منظور پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از نمونه‌ها تکمیل و اعتبار پرسشنامه با ضریب اعتماد ۸۹٪ تأیید شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، میانگین، ...) و تحلیلی (کای اسکوئر،

از آنجایی که واژینیت، یک عفونت شایع و پرتکرار در بین زنان می‌باشد و منجر به مراجعه چندین باره آنان به کلینیک‌های زنان می‌شود؛ بنابراین تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آنان که یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند، در خدمات بهداشتی جایگاه ویژه‌ای دارد. در این میان ماماها و متخصصین زنان که فراهم‌کنندگان سرویس‌های ارائه خدمات ارتقای سلامت برای زنان هستند؛ لازم است در ارتباط با عوامل خطر ساز عود این واژینیت‌ها، مطلع شده و آموزش لازم را به این قشر بدهند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع عود واژینیت‌ها و عوامل مستعد کننده آن انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۲۵۵ زن مبتلا به واژینیت مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام در بازه زمانی خرداد ماه تا آبان ماه سال ۱۴۰۲ انجام شد. این مطالعه حاصل طرح

در این مطالعه برای تشخیص ابتلاء به انواع واژینیت، از علائم بالینی و تشخیص با اسپاکولوم استفاده شد. واژینیت عود کننده، به صورت تکرار علائم واژینیت حداقل ۳ بار در یک سال تعریف می‌شود (۱۱). ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۵ بخش بود. در قسمت اطلاعات دموگرافیک، داده‌های مربوط به سن، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت و گروه خونی گردآوری شد. همچنین برای گردآوری داده‌های مربوط به عوامل مرتبط با واژینیت، سؤالات مربوط به عوامل باروری (تعداد حاملگی، تعداد سقط، تعداد رابطه جنسی در هفته، روش پیشگیری، روش آخرین زایمان)، عوامل رفتاری (استفاده از شستشو دهنده‌های واژن، شستشو قبل از نزدیکی در مرد، شستشو قبل از نزدیکی در زن، شستشو بعد از نزدیکی در مرد، شستشو بعد از نزدیکی در زن، خالی کردن مثانه در زن)، عوامل طبی (مصرف سیگار و قلیان، سابقه دیابت، مصرف کورتون، شیمی‌درمانی، کم‌خونی، سابقه زگیل تناسلی در زن و مرد و سابقه

دقیق فیشور و رگرسین و همبستگی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمامی آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۲۵۵ زن مبتلا به واژینیت مراجعه کننده به کلینیک‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام شرکت داشتند. میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش ۳۷/۴±۹/۰۵ سال و میانگین رابطه جنسی در زنان مورد مطالعه ۲/۶ بار در هفته بود. بر اساس یافته‌ها، اکثر زنان مورد مطالعه یعنی ۱۹۸ نفر

(۷۷/۳٪) خانه‌دار بودند. سطح تحصیلات ۹۸ نفر (۳۸/۳٪) دیپلم بود. از کل واحدهای پژوهش، ۲۵۰ نفر (۹۷/۷٪) متأهل و ۱۹۶ نفر (۷۷/۷٪) ساکن مناطق شهری بودند. روش آخرین زایمان در ۱۱۳ نفر (۴۴/۱٪)، زایمان طبیعی بود. استفاده همزمان از دو داروی کلوتریمازول و فلوکونازول، بیشترین روش درمانی مورد استفاده (۲۷/۲٪) بود. در بررسی عوامل مرتبط با شیوع عود واژینیت، بین عوامل دموگرافیک شامل سن (p=۰/۸۵۸)، شغل (p=۰/۸۸۳)، سطح تحصیلات (p=۰/۱۸۱)، وضعیت تأهل (p=۰/۵۱۰)، محل سکونت (p=۰/۵۴۹) و گروه خونی (p=۰/۰۶۶) با عود واژینیت ارتباط معنی‌داری یافت نشد (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و ارتباط آن با عود واژینیت در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی

ایلام سال ۱۴۰۲

متغیر	سابقه عفونت	
	بله: (درصد) تعداد	خیر: (درصد) تعداد
سن (میانگین)	۳۷/۶±۹/۱	۳۶/۴±۹/۱
شغل	خانه‌دار	۱۶۳ (۷۷/۶)
	شاغل	۴۷ (۲۲/۴)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۵۸ (۲۷/۶)
	دیپلم	۸۶ (۴۱/۰)
	آکادمی	۵۱ (۲۴/۳)
	بی‌سواد	۱۵ (۷/۱)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۰۴ (۹۷/۱)
	مطلقه	۴ (۱/۹)
محل سکونت	روستا	۴۷ (۲۲/۴)
	شهر	۱۶۳ (۷۷/۶)
گروه خونی	A	۶۶ (۳۱/۴)
	B	۳۷ (۱۷/۶)
	AB	۱۵ (۷/۱)
	O	۱۸ (۳۹/۱)

* کای اسکور، ** تی تست مستقل

(p=۰/۲۳۵)، تعداد زایمان (p=۰/۱۳۵)، تعداد سقط (p=۰/۵۳۱) و تعداد رابطه جنسی (در هفته) (p=۰/۳۹۴)، با عود واژینیت ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد (جدول ۲).

بر اساس نتایج، شیوع عود کلی واژینیت ۱۰/۰۵٪ بود که از این مقدار شیوع عود واژینیت کاندیدایی ۴۳/۸٪، واژینیت تریکومونایی ۱۱/۳٪، واژینیت باکتریایی ۱۷/۶٪، آتروفیک ۴/۳٪ و التهابی ۵/۱٪ بود. همچنین بر اساس نتایج، بین عوامل باروری مانند تعداد حاملگی

جدول ۲- بررسی ارتباط عوامل باروری با عود واژینیت در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام

عوامل باروری	سابقه عفونت		سطح معنی‌داری
	بله	میانگین \pm انحراف معیار	
تعداد حاملگی	بله	۲/۴±۱/۶	**/۰/۳۳۵
	خیر	۲/۴±۱/۹	
تعداد زایمان	بله	۱/۹±۱/۳	**/۰/۱۳۵
	خیر	۱/۹±۱/۶	
تعداد سقط	بله	۰/۵±۰/۹	**/۰/۵۳۱
	خیر	۰/۵±۰/۸	
تعداد رابطه جنسی (در هفته)	بله	۲/۶±۱/۴	**/۰/۳۹۴
	خیر	۲/۶±۱/۶	
	بله (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد	
LD	۱۴ (۴۶/۰)	۹۲ (۴۳/۸)	
IUD	۵ (۱۰/۹)	۲۴ (۱۱/۴)	
TL	۰ (۰/۰)	۴ (۱/۹)	
روش پیشگیری	کاندوم	۳ (۶/۵)	**/۰/۹
	طبیعی	۵ (۱۰/۹)	
	هیسترکتومی	۱۴ (۳۰/۴)	
	عدم پیشگیری	۲ (۴/۳)	
روش آخرین زایمان	طبیعی	۲۱ (۴۵/۷۶)	**/۰/۳۳۶
	سزارین	۱۶ (۳۴/۸)	
	عدم سابقه زایمان	۹ (۱۹/۶)	

* کای اسکور، ** تی تست مستقل

همچنین بین عوامل طبی و شیوع عود واژینیت، ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳). از بین عوامل رفتاری، استفاده از شستشو دهنده‌های واژن با

جدول ۳- بررسی ارتباط عوامل رفتاری با عود واژینیت در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام

عوامل رفتاری	سابقه عفونت		سطح معنی‌داری
	بله (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد	
استفاده از شستشو دهنده‌های واژن	بله	۴۰ (۱۹/۰)	**/۰/۰۴۲
	خیر	۱۶۱ (۷۶/۷)	
شستشو قبل از نزدیکی در مرد	بله	۱۶۳ (۷۷/۶)	**/۰/۶۷۶
	خیر	۴۷ (۲۲/۴)	
شستشو قبل از نزدیکی در زن	بله	۷۹ (۷۴/۳)	**/۰/۰۶۶
	خیر	۵۴ (۲۵/۷)	
شستشو بعد از نزدیکی در مرد	بله	۲۰۱ (۹۵/۷)	**/۰/۹۸۵
	خیر	۹ (۴/۳)	
شستشو بعد از نزدیکی در زن	بله	۱۹۳ (۹۱/۹)	**/۰/۱۵۵
	خیر	۱۷ (۸/۱)	
خالی کردن مثانه در زن	بله	۱۹۰ (۹۰/۵)	**/۰/۲۵۷
	خیر	۲۰ (۹/۵)	

* کای اسکور، ** تی تست مستقل

جدول ۴- بررسی ارتباط عوامل طبی با عود واژینیت در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام

سطح معنی‌داری	سابقه عفونت		عوامل طبی	
	خیر (درصد) تعداد	بله (درصد) تعداد	بله	خیر
*۰/۵۳۴	۴ (۸/۷)	۲۵ (۱۱/۹)	بله	مصرف قلیان
	۴۲ (۹۱/۳)	۱۸۵ (۸۸/۱)	خیر	
*۰/۲۰۳	۵ (۱۰/۹)	۱۲ (۵/۷)	بله	مصرف سیگار
	۴۱ (۸۹/۱)	۱۹۸ (۹۴/۳)	خیر	
*۰/۱۹۵	۴ (۸/۷)	۳۴ (۱۶/۳)	بله	سابقه دیابت
	۴۲ (۹۱/۳)	۱۷۶ (۸۳/۸)	خیر	
*۰/۲۸۸	۴ (۸/۷)	۱۰ (۴/۸)	بله	مصرف کورتون
	۴۲ (۹۱/۳)	۲۰۰ (۹۵/۲)	خیر	
*۰/۳۴۵	۰ (۰/۰)	۴ (۱/۹)	بله	شیمی‌درمانی
	۴۶ (۱۰۰)	۲۰۵ (۹۸/۱)	خیر	
*۰/۹۵۴	۱۴ (۳۰/۴)	۶۳ (۳۰/۰)	بله	سابقه کم‌خونی
	۳۲ (۶۹/۶)	۱۴۷ (۷۰/۰)	خیر	
*۰/۱۷۹	۰ (۰)	۸ (۳/۸)	بله	سابقه زگیل در مرد
	۴۶ (۱۰۰)	۲۰۲ (۹۶/۲)	خیر	
*۰/۱۹۷	۲ (۴/۳)	۲۲ (۱۰/۵)	بله	سابقه زگیل در زن
	۴۴ (۹۵/۷)	۱۸۸ (۸۹/۵۰)	خیر	
*۰/۳۳۷	۶ (۱۳/۰)	۴۰ (۱۹/۰)	بله	سابقه عفونت در مرد
	۴۰ (۸۷/۰)	۱۷۰ (۸۱/۰)	خیر	

* کای اسکور، ** تی تست مستقل

از بین عوامل بالینی و درمانی نیز خارش واژن قبل از واژن ($p=۰/۰۱۷$)، رابطه آماری معنی‌داری با عود قاعدگی ($p=۰/۰۰۹$) و دارا بودن علامت بالینی خارش واژینیت داشتند (جدول ۵).

جدول ۵- بررسی ارتباط عوامل بالینی و درمانی با عود واژینیت در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایلام سال ۱۴۰۲

سطح معنی‌داری	سابقه عفونت		عوامل بالینی و درمانی	
	خیر (درصد) تعداد	بله (درصد) تعداد	بله	خیر
*۰/۰۰۹	۱۰ (۲۱/۷)	۸۹ (۴۲/۴)	بله	خارش واژن قبل از قاعدگی
	۳۶ (۷۸/۳)	۱۲۱ (۶۵۷/۶)	خیر	
*۰/۱۰۴	۲۰ (۴۳/۵)	۱۱۹ (۵۶/۷)	بله	سوزش ادرار
	۲۶ (۵۶/۵)	۹۱ (۴۳/۳)	خیر	
*۰/۱۸۸	۳۱ (۶۷/۴)	۱۶۱ (۷۶/۶)	بله	درد زیر شکم
	۱۵ (۳۲/۶)	۴۹ (۲۳/۴)	خیر	
*۰/۱۱۷	۱۵ (۳۲/۶)	۹۵ (۴۵/۲)	بله	مقاربت دردناک
	۳۱ (۶۷/۴)	۱۱۵ (۵۴/۸)	خیر	
*۰/۳۷۲	۶ (۱۳/۰)	۳۹ (۱۸/۶)	بله	سابقه درمان همسر
	۴۰ (۸۷/۰)	۱۷۱ (۸۱/۴)	خیر	
*۰/۰۱۷	۲۴ (۵۲/۲)	۱۴۸ (۷۰/۵)	بله	خارش واژن
	۲۲ (۴۷/۸)	۶۲ (۲۹/۵)	خیر	
*۰/۱۳۱	۶ (۱۳/۰)	۱۷ (۸/۱)	زرد	رنگ ترشحات واژن
	۷ (۱۵/۲)	۳۵ (۱۶/۷)	سفید آبکی	

	۱۵ (۳۲/۶)	۶۱ (۲۹/۰)	سفید پنیری	
	۸ (۱۷/۴)	۱۶ (۷/۶)	خاکستری	
	۲ (۴/۴)	۳۰ (۱۴/۳)	آبکی - پنیری	
	۱ (۲/۲)	۱۹ (۹/۰)	آبکی - خاکستری	
	۳ (۶/۵)	۶ (۲/۹)	پنیری - خاکستری	
	۲ (۴/۴)	۸ (۳/۸)	زرد - آبکی - خاکستری	
	۱ (۲/۲)	۱۳ (۶/۲)	زرد - آبکی - پنیری - خاکستری	
	۱ (۲/۲)	۵ (۴/۲)	زرد - پنیری	
	۲۳ (۵۰/۰)	۱۱۲ (۵۳/۳)	کاندیدا	
	۵ (۱۰/۹)	۲۹ (۱۳/۸)	تریکوموناس	
۰/۷۴۹	۱۴ (۳۰/۴)	۴۵ (۲۱/۴)	باکتری	نوع واژینیت
	۲ (۴/۳)	۱۱ (۵/۲)	اتروفیک	
	۲ (۴/۳)	۱۳ (۶/۲)	التهابی	
	۵ (۹/۱۰)	۱۰ (۴/۸)	کلوتریمازول	
	۴ (۸/۷)	۵ (۲/۴)	فلوکونازول	
	۷ (۱۵/۲)	۱۸ (۸/۶)	مترونیدازول	
	۸ (۱۷/۴)	۴۹ (۲۳/۳)	کلوتریمازول + فلوکونازول	
*/۱۳۱	۴ (۸/۷)	۱۱ (۵/۲)	مترونیدازول + کلوتریمازول	روش درمانی
	۴ (۸/۷)	۲۷ (۱۷/۶)	مترونیدازول + فلوکونازول + کلوتریمازول	
	۸ (۱۷/۴)	۳۲ (۱۵/۲)	آزیترومایسین + مترونیدازول + فلوکونازول + سفکسیم	
	۴ (۸/۷)	۳۶ (۱۷/۱)	کلیندا + مترونیدازول + کلوتریمازول + سفکسیم	
	۱ (۲/۲)	۴ (۱/۹)	استروژن	
	۱ (۲/۲)	۸ (۳/۸)	استروژن + کلوتریمازول	

* کای اسکور، ** تی تست مستقل

بحث

در مطالعه حاضر شیوع کلی عود واژینیت ۱۰/۰۵٪ بود که از این مقدار شیوع عود واژینیت کاندیدایی ۴۳/۸٪، واژینیت تریکومونایی ۱۱/۳٪، واژینیت باکتریایی ۱۷/۶٪، آتروفیک ۴/۳٪ و التهابی ۵/۱٪ بود. در این راستا، مطالعه‌ای که شیوع کلی عود واژینیت را نشان دهد، یافت نشد. شیوع بالاتر عوامل قارچی و باکتریایی در این مطالعه بیانگر آن بود که قارچ‌ها و باکتری‌ها، عامل اصلی عود واژینیت محسوب می‌شوند.

کاندیدیازیس، شایع‌ترین بیماری قارچی در جهان است که دستگاه تناسلی زنان را درگیر می‌کند؛ به طوری که حتی ۲۰ تا ۲۵٪ از زنان کاملاً بدون علامت، دارای کشت مثبت کاندیدا آلبیکنس هستند (۱۲). بر اساس مقالات موجود، ۷۵٪ از زنان یک بار کاندیدیازیس ولوواژینال را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند، ۵۰٪

حداقل دو بار و ۱۰-۵٪ از زنان ولوواژینال مکرر را تجربه خواهند کرد (۱۲).

در تحقیق سووینتی و همکار (۲۰۲۱)، شیوع کاندیدیازیس عود کننده ولوواژینال در زنان حدود ۹٪ به دست آمد (۱۱). دنینگ و همکاران (۲۰۱۸) یک بررسی سیستماتیک از مطالعات اپیدمیولوژیک طی سال‌های ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۶ در ۵ کشور اروپای غربی و ایالات متحده انجام دادند و شیوع کاندیدیازیس مکرر ولوواژینال را ۳۸۷۱ مورد در هر ۱۰۰۰۰ زن، با بالاترین فراوانی ۳۴-۹٪ به دست آوردند (۱۲). مطالعه بیتو و همکار (۲۰۱۸) در اتیوپی نشان داد که ۷۱/۶۴٪ موارد به‌عنوان اولین بار مبتلا به کاندیدیازیس ولوواژینال بودند، در حالی که ۲۸/۳۶٪ موارد به‌عنوان کاندیدیازیس عود کننده ولوواژینال ثبت شده بود (۱۳). در مطالعه آریچاوالا و همکاران (۲۰۲۱) میزان عود ولوواژینال ۸۹٪ بود که مشخص شد کاندیدا در

۵۲/۵٪ از کشت بیماران مثبت بوده است که این مقدار برای زنان جوان تر ۳۷/۵٪ بود (۱۴). در مطالعه ادريس و همکاران (۲۰۲۰) نیز میزان عفونت مکرر کاندیدیازیس ۷۱/۶۹٪ بود (۱۵).

به نظر می‌رسد آمارهای متفاوت از شیوع کاندیدیازیس عود کننده ولوواژینال در نقاط مختلف جهان به چندین علت باشد. از آنجایی که توزیع فراوانی این بیماری تابع عوامل بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی است، به طور طبیعی در میزان شیوع گزارش شده در نواحی مختلف تفاوت مشاهده می‌شود. همچنین تفاوت در روش بررسی نمونه‌ها و نیز تعداد نمونه می‌تواند دلیل دیگر این اختلاف باشد و دیگر اینکه ممکن است تشخیص توسط صرفاً متخصصان زنان و ماماها داده نشده باشد. معمولاً در مناطق دورافتاده تشخیص ممکن است توسط پزشکان عمومی یا افرادی انجام گیرد که تخصص و تجربه‌ای در این زمینه ندارند و در تشخیص دچار خطا شوند (۱۱). در همین راستا راتود و همکار (۲۰۱۴) در یک مطالعه مروری نشان دادند که اعداد و ارقامی که به عنوان شیوع کاندیدیازیس عود کننده ولوواژینال گزارش شده‌اند، به اندازه کافی مستند نشده و فاقد شواهد اپیدمیولوژیک هستند، لذا مطالعات مبتنی بر جمعیت برای تخمین‌های قابل اعتماد شیوع کاندیدیازیس ولوواژینال و نسبت زنانی که کاندیدیازیس عود کننده را تجربه می‌کنند، مورد نیاز است (۱۶). آچکار و فریزر (۲۰۱۰) در بررسی خود، تنها دو مطالعه مبتنی بر جمعیت را در مورد بروز کاندیدیاز ولوواژینال یافتند که در هر دو مطالعه معیار، خوداظهاری توسط بیماران بود. در غیاب تأیید آزمایشگاهی، کاندیدا در زنان با علائم مرتبط با کاندیدیاز ولوواژینال، تشخیص خود گزارش شده و تشخیص بالینی از دقت پایینی برخوردار است. بر این اساس، دستورالعمل‌های تشخیصی مراکز کنترل بیماری ایالات متحده، استفاده از لام مرطوب، کشت یا سایر تست‌های آزمایشگاهی را برای تأیید وجود کاندیدیاز واژینال در بین زنان علامت‌دار توصیه می‌کند (۱۷). اگرچه در بیشتر مطالعات کاندیدا آلبیکنس، گونه غالب عفونت قارچی است، ولی در مطالعات متعددی نشان

داده‌اند که نسبت گونه غیر آلبیکنس بیشتر است. حتی مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد گونه کاندیدا گلابراتا، شایع‌ترین گونه به‌ویژه در مناطق خاصی مانند لبنان، مصر و پاکستان است. همچنین مقاومت به ضد قارچ‌های خوراکی عمدتاً فلوکونازول که پرمصرف‌ترین داروی ضد قارچی در این عفونت است، در طول سال‌ها به‌ویژه در موارد عود کننده بیشتر شده است (۱۴).

در خصوص شیوع واژینوز باکتریال و عود آن در سطح جهانی، تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین کشورها، مناطق، نژادها و گروه‌های قومی وجود دارد (۱۸). عفونت در بیش از ۵۰٪ از زنان در عرض ۶ ماه تا یک سال پس از درمان واژینوز باکتریال، عود می‌کند. اگرچه اکثر موارد واژینوز باکتریال را می‌توان به‌طور مؤثر با آنتی‌بیوتیک‌ها درمان کرد، ولی علائم در ۳۰-۲۰٪ و در برخی مطالعات تا ۷۶٪ از زنان پس از تکمیل دور اول درمان، عود می‌کند و پاسخ‌های مقاوم به درمان را نشان می‌دهند. در مطالعه زنگ و همکاران (۲۰۲۳) شیوع عود واژینوز باکتریال ۲۱/۵۱٪ (۶۸ نفر از ۳۱۶ نفر) گزارش شد (۱۹) و دلفسترا و همکاران (۲۰۲۳) این میزان را ۱۷/۱٪ گزارش کردند (۲۰) که با مطالعه حاضر مطابقت داشت.

در مطالعه کویوین و همکاران (۲۰۰۲)، شیوع عود تریکومونیاژیس در بین زنان HIV مثبت ۲۹/۵-۹/۴٪ و در زنان سرم منفی ۲۳/۴-۸/۲٪ بود (۲۱) که با مطالعه حاضر مطابقت داشت. در مطالعه نیرجسی و همکاران (۲۰۰۶) شیوع واژینیت آتروفیک ۱۴/۵٪ بود (۲۲)، ولی در مطالعه حاضر ۵/۱٪ به‌دست آمد. علت اختلاف مقادیر به‌دست آمده ممکن است به این علت باشد که سن شرکت کنندگان در مطالعه نیرجسی بیشتر از مطالعه حاضر بود.

در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان مبتلا به واژینیت ۳۷/۴±۹/۰۵ سال بود. با توجه به متون و مطالعات مختلف، شیوع واژینیت در زنان سنین باروری بیشترین میزان را دارد (۲۳). در صنعا، عبدالعزیز و همکاران (۲۰۱۹) یافتند که ۳۷/۶٪ از عفونت‌های واژن در میان زنان سنین باروری رخ می‌دهد (۲۴). همچنین بیشترین شیوع واژینیت کاندیدیایی در زنان ۲۰-۴۰

سابقه کم‌خونی، سابقه زگیل در مرد و زن و عفونت در مرد با عود واژینیت به‌دست نیامد.

مکانیسم ایجاد واژینیت در بیماری و داروهای مختلف مانند استروئیدها، آنتی‌بیوتیک‌ها، هورمون درمانی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی در برهم زدن تعادل میکروارگانیسم‌ها و فلورهای نرمال واژن می‌باشد که شرایط را برای رشد عوامل بیماری‌زا مهیا می‌کنند (۱۵). در تحقیق آریچاوالا و همکاران (۲۰۲۱) عوامل مستعد کننده متعددی یافت شد که در میان آنها استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های قبلی مهم بودند؛ به‌طوری‌که اکثر بیماران (تقریباً ۹۰٪) با داروهای ضد قارچی، با یا بدون تأیید میکروبیولوژیکی، تحت درمان قرار گرفته بودند (۱۴). در مطالعه زنگ و همکاران (۲۰۲۳)، BMI بالا، مصرف شیرینی‌جات، سبک زندگی کم‌تحرک و پاک کردن ولوو از عقب به جلو با واژینوز باکتریال مرتبط بود تا عود آن، که این یافته با مطالعه حاضر مطابقت داشت. مصرف بیش از حد دسرها و شیرینی‌ها ممکن است میکرو فلور روده را مختل کند و منجر به عدم تعادل میکرو فلور واژن شود. علاوه بر این، سبک زندگی کم‌تحرک باعث تضعیف ایمنی بدن شده و راه را برای رشد باکتری‌ها باز می‌کند (۱۹).

در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری بین عوامل باروری مانند تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد مقاربت در هفته، روش پیشگیری از بارداری و نوع روش آخرین زایمان با عود واژینیت به‌دست نیامد.

سطح بالای استروژن در بدن در دوران بارداری و قلیایی شدن واژن در اثر مقاربت‌های مکرر می‌تواند تعادل میکروارگانیسم‌ها را به هم بزند و احتمال ابتلاء به عفونت واژن را افزایش دهد (۱۵). مطالعه هانگ و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که رابطه معناداری بین رابطه جنسی در دوران قاعدگی، تعداد مقاربت و عود واژینوز باکتریال وجود ندارد (۲۵) که با مطالعه حاضر مطابقت داشت.

در مطالعه جاسم (۲۰۲۰) و آریچاوالا و همکاران (۲۰۲۱) بین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و شیوع عفونت واژینال کانیدیدا با بیشترین گونه آن

ساله رخ می‌دهد. به این علت که در این سنین، سطوح بالاتر استروژن وجود دارد که زنان را مستعد ابتلاء به کانیدیدیا و ولوواژینال می‌کند. استروژن، گلیکوژن واژن را افزایش داده و باعث رشد کانیدیدا و چسبندگی آن به اپی‌تلیوم واژن می‌شود (۲۳).

در تحقیق ادريس و همکاران (۲۰۲۰)، بالاترین میزان شیوع عفونت کانیدیدا ۵۴/۴۸٪ بود که در گروه سنی ۲۸-۳۷ سال و پس از آن گروه سنی ۳۸-۴۷ سال با میزان ۳۶/۵۷٪ و کمترین میزان عفونت کانیدیدا در گروه سنی ۱۸-۲۷ سال با میزان ۸/۹۵٪ گزارش شد (۱۵). در تحقیق آریچاوالا و همکاران (۲۰۲۱) میانگین سنی افراد مبتلا ۳۴ سال بود (۱۴). در مطالعه زنگ و همکاران (۲۰۲۳) اکثریت زنان مبتلا به واژینوز مکرر (۸۱/۶۵٪) کمتر از ۴۵ سال و ۱۸/۳۵٪ بالای ۴۵ سال سن داشتند که با مطالعه حاضر مطابقت داشت (۱۹). در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری در خصوص شغل، سطح تحصیلات و محل سکونت بین گروه‌های عود و بدون عود واژینیت مشاهده نشد.

در مطالعه ادريس و همکاران (۲۰۲۰) زنان روستایی با ۶۵٪ و زنان شهری با ۶۰/۱۳٪ (۱۵) و در مطالعه زنگ و همکاران (۲۰۲۳) زنان روستایی با ۳۹/۸۷٪ و زنان شهری با ۶۰/۱۳٪ (۱۹) بیشترین میزان را داشتند. در تحقیق عبدالعزیز و همکاران (۲۰۱۹) شیوع واژینیت در بین زنان باروری ساکن در یک منطقه شهری ۸۸/۴۴٪ بود (۲۴). در تحقیقات انجام گرفته در این زمینه، ارتباط معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر سطح پایین اجتماعی- اقتصادی مانند بیکاری و سطح تحصیلات پایین و عادات بهداشتی، وضعیت نامناسب مراقبت‌های بهداشتی، عدم آموزش بهداشت، کم‌درآمدی و عدم درمان وجود داشت (۱۹)؛ بدین ترتیب می‌توان استنباط کرد که تحصیلات و درآمد در رعایت بهداشت فردی بسیار مؤثر هستند و در مناطقی که از تحصیلات و درآمد پایین‌تری برخوردارند، میزان شیوع واژینیت بالاتر است.

در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری بین عوامل طبی مانند سابقه دیابت، مصرف کورتون، شیمی‌درمانی،

یعنی کاندیدا آلبیکانس ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۱۴، ۲۶). هم‌راستا با مطالعه حاضر، در مطالعه شری و همکار (۲۰۰۵) میزان عفونت کاندیدیازیس ولوواژینال در زنان مصرف کننده داروهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی بیشتر از گروه شاهد نبود، ولی زنانی که از داروهای ضد بارداری خوراکی استروژن با دوز بالا استفاده می‌کردند، بیشترین میزان کلونیزاسیون کاندیدا را داشتند (۲۳). چندین مطالعه دیگر نیز افزایش کلونیزاسیون کاندیدا واژینال را با استفاده از داروهای ضد بارداری خوراکی با سطح بالای استروژن نشان داده‌اند. مطالعات دیگر نشان داده‌اند زنانی که از داروهای ضد بارداری خوراکی با سطح استروژن پایین استفاده می‌کنند، افزایش کاندیدیازیس ولوواژینال را نشان نمی‌دهند. علاوه بر این، این مطالعات افزایش کلونیزاسیون کاندیدا واژینال را در استفاده از دستگاه‌های داخل رحمی، دیافراگم، کاندوم و اسفنج گزارش کرده‌اند (۱۱).

داروهای ضد بارداری حاوی استروژن و پروژسترون باعث افزایش گلیکوژن می‌شوند که توسط لاکتوباسیل-های واژن به اسید لاکتیک تبدیل می‌شوند، بنابراین تجمع بیش از حد گونه‌های کاندیدا به کاهش pH واژن مربوط می‌شود (۲۶).

در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری بین عامل رفتاری استفاده از شستشو دهنده‌های واژن با عود واژینیت به‌دست آمد، در حالی که عوامل رفتاری دیگر مانند شستشو قبل از نزدیکی در زن و مرد و خالی کردن مثانه با عود واژینیت ارتباطی نداشت. با توجه به مطالعات، بروز واژینیت عود کننده به عوامل مختلفی از جمله ژنتیک، عادت‌های میزبان، ایدیوپاتیک و خود کاندیدا مربوط می‌شود (۱۱). در راستای مطالعه حاضر، اخلاقی و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان دادند استفاده از دوش واژینال و استفاده از لباس‌های زیر تنگ با عود واژینیت در ارتباط است (۲۷). ادریس و همکاران (۲۰۲۰) نیز تأثیر عواملی مانند استرس، شستشوی اندام تناسلی با صابون، پوشیدن لباس‌های زیر پلاستیکی و تنگ و تعریق بدن در بروز واژینیت را مهم برشمردند (۱۵). در حالی که زنگ و همکاران (۲۰۲۳)

هیچ رابطه آماری بین عود واژینوز باکتریال و نحوه مراقبت قاعدگی، جنس لباس زیر، دفعات تعویض لباس زیر و نحوه حمام پیدا نکردند (۱۹). هانگ و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند تمیز نکردن ولوو قبل و بعد از فعالیت جنسی با عود واژینوز باکتریال مرتبط نیست (۲۵) که با مطالعه حاضر مطابقت داشت. در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری بین عامل بالینی خارش واژن و به‌خصوص خارش واژن قبل از نزدیکی با عود واژینیت به‌دست آمد، در حالی که بین عوامل بالینی و درمانی دیگر مانند سوزش ادرار، درد زیر شکم، درد زمان نزدیکی و رنگ ترشحات واژن و روش درمانی واژینیت با عود واژینیت ارتباطی مشاهده نشد. در مطالعه زنگ و همکاران (۲۰۲۳) در زنان مبتلا به عود واژینوز باکتریال، ۴۵/۵۸٪ موارد خارش ولوو، ۱۶/۱۷٪ درد ولوو، ۲۷/۹۴٪ ترشحات زردرنگ و ۷/۳۵٪ دارای بوی بد ترشحات بودند (۱۹).

مهم‌ترین نقطه قوت مطالعه حاضر، بررسی شیوع عود تمام انواع واژینیت‌ها بود. محدودیت مطالعه حاضر این بود که به‌دلیل محدودیت منابع و دسترسی محدود، جهت تشخیص انواع واژینیت فقط از علائم بالینی و تشخیص با اسپاکولوم استفاده شد و بررسی‌های آزمایشگاهی و تشخیص میکروبیولوژیکی برای تشخیص واژینیت انجام نشد. تظاهرات بالینی متنوع انواع واژینیت‌ها، تشخیص بدون بررسی‌های آزمایشگاهی مناسب را دشوار و درمان تجربی واژینیت را چالش‌برانگیز می‌کند. با تشخیص دقیق و درمان مناسب می‌توان از شکست‌های درمانی و افزایش مقاومت در برابر عوامل بیماری‌زا جلوگیری کرد. بدین ترتیب ادغام ابزارهای تشخیصی مناسب در کنار علائم بالینی بیمار در بهبود مراقبت زنان مبتلا به واژینیت بسیار حائز اهمیت می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد که در مطالعه‌ای با حجم بالاتر و در مطب‌های خصوصی زنان و مامایی، صحت تشخیص بالینی بر مبنای استاندارد روش‌های آزمایشگاهی بررسی شود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر شیوع بالای عود واژینیت به خصوص واژینیت کاندیدیایی در زنان سنین باروری نشان داد. بین عوامل خطر طبی و باروری و عود واژینیت که در مقالات مختلف به آنها اشاره شده است، ارتباطی یافت نشد، ولی بین عامل رفتاری استفاده از شستشو دهنده-های واژن و عامل بالینی خارش واژن و خارش واژن قبل از قاعدگی با عود واژینیت ارتباط معنی داری وجود داشت. با توجه به اینکه واژینیت‌ها، تهدیدی برای سلامت باروری هستند و بار عاطفی و اقتصادی بر زنان وارد می‌کنند، لذا به نظر می‌رسد که بهبود شرایط زندگی، آموزش بهداشت در خصوص عادات رفتاری و بهداشت فردی، راه‌های محافظت از خود و اجتناب از عوامل خطر، در کاهش شیوع عود واژینیت در جامعه کمک کننده باشد (جمله بندی اصلاح شود) و از بار روانی اجتماعی و اقتصادی آن بر زنان کاهش دهد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام، معاونت درمان، معاونت بهداشت استان،

بیمارستان طالقانی و شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی استانی دانشگاه علوم پزشکی ایلام با کد اخلاق به شماره IR.MEDILAM.REC.1401.227 می‌باشد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منابعی در ارسال و یا انتشار این مقاله از سوی نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

نگین صیدی و مهناز شفیعیان ایده‌پردازی، رازان چهره طراحی اثر، نگین صیدی جمع‌آوری، ذلیخا کرم‌الهی تحلیل و تفسیر داده‌ها، رازان چهره تهیه پیش‌نویس و زینب سهرابی نقد و بررسی مطالعه را برعهده داشته‌اند.

حامی مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شده است.

منابع

1. Adnan Z, Dhaher H, Marjani MF. Prevalence of Aerobic Bacterial Vaginosis and Trichomonas Vaginalis Associated with Socioeconomic Factors among Women in Misan Governorate. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* 2020; 14(1):745-52.
2. Mohammad MJ. Prevalence of trichomonas vaginalis compared to bacteria and vaginal fungal. In *AIP Conference Proceedings* 2022; 2394(1). AIP Publishing.
3. Khanjani N, Zamanian M, Molazadeh P, Sadeghi M. The prevalence of Candida albicans infection and related factors in women referring to health centers of Jiroft in 2010: a short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2014; 13(6):569-76.
4. Benedict K, Singleton AL, Jackson BR, Molinari NA. Survey of incidence, lifetime prevalence, and treatment of self-reported vulvovaginal candidiasis, United States, 2020. *BMC Women's Health*. 2022; 22(1):147.
5. Rezaei H, Foroughi-Parvar F, Maghsood A, Fallah M, Saidijam M, Matini M. Prevalence of bacterial vaginosis and vaginal candidiasis in women presenting to healthcare centers of Hamadan City, West of Iran, 2014. *Pars Journal of Medical Sciences* 2017; 15(2):17-23.
6. Ranjit E, Raghubanshi BR, Maskey S, Parajuli P. Prevalence of bacterial vaginosis and its association with risk factors among nonpregnant women: A hospital based study. *International journal of microbiology* 2018; 2018(1):8349601.
7. Leon SR, Konda KA, Bernstein KT, Pajuelo JB, Rosasco AM, Caceres CF, et al. Trichomonas vaginalis Infection and Associated Risk Factors in a Socially-Marginalized Female Population in Coastal Peru. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 2009; 2009(1):752437.
8. Bitew A, Abebaw Y, Bekele D, Mihret A. Prevalence of bacterial vaginosis and associated risk factors among women complaining of genital tract infection. *International journal of microbiology* 2017; 2017(1):4919404.
9. Bakhtiyar Nejad S, Fallah M, Maghsood A, Dastan D, Matini M. The Prevalence of Trichomoniasis in Women Referring to Health Treatment Centers in Karaj City, 2016 (Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal* 2018; 11(12):103-11.

10. Akhlaghi L, Falahati M, Jahani AM, Ourmazdi H, Amini MO. Study on the prevalence of *Trichomonas vaginalis* and *Candida Albicans* in women referred to Robat Karim medical center and a comparative evaluation of Löffler and Diluted Carbol Fuchsin Stains for rapid diagnosis of them. *Razi Journal of Medical Sciences* 2005; 12(48):75-12.
11. Sovianti CS, Devi M. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Bioscientia Medicina: Journal of Biomedicine and Translational Research* 2021; 5(5):474-83.
12. Denning DW, Kneale M, Sobel JD, Rautemaa-Richardson R. Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review. *The Lancet infectious diseases* 2018; 18(11):e339-47.
13. Bitew A, Abebaw Y. Vulvovaginal candidiasis: species distribution of *Candida* and their antifungal susceptibility pattern. *BMC women's health* 2018; 18:1-10.
14. Arechavala A, Negroni R, Santiso G, Depardo R, Bonvehí P. Chronic recurrent vulvovaginitis is not only due to *Candida*. *Revista Iberoamericana de Micología* 2021; 38(3):132-7.
15. Edrees WH, Al-Asbahi AA, Al-Shehari WA, Qasem EA. Vulvovaginal candidiasis prevalence among pregnant women in different hospitals in Ibb, Yemen. *Universal Journal of Pharmaceutical Research* 2020.
16. Rathod SD, Buffler PA. Highly-cited estimates of the cumulative incidence and recurrence of vulvovaginal candidiasis are inadequately documented. *BMC Women's Health* 2014; 14:1-4.
17. Achkar JM, Fries BC. *Candida* infections of the genitourinary tract. *Clinical microbiology reviews* 2010; 23(2):253-73.
18. Webb L. Probiotics for preventing recurrent bacterial vaginosis. *JAAPA* 2021; 34(2):19-22.
19. Zeng X, An R, Li H. Risk factors of recurrent bacterial vaginosis among women of reproductive age: A cross-sectional study. *Open Medicine* 2023; 18(1):20230743.
20. Delfstra NS, Uijen AA, Vos MC, Akkermans R, Lagro-Janssen AL, Teunissen DA. Patient characteristics and factors contributing to recurrence of bacterial vaginosis presented in primary care. *Family Practice* 2023; 40(5-6):655-61.
21. Cu-Uvin S, Hyejin K, Jamieson DJ, Hogan JW, Schuman P, Anderson J, et al. Prevalence, incidence, and persistence or recurrence of trichomoniasis among human immunodeficiency virus (HIV)-positive women and among HIV-negative women at high risk for HIV infection. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34(10):1406-11.
22. Nyirjesy P, Peyton C, Weitz MV, Mathew L, Culhane JF. Causes of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108(5):1185-91.
23. Sheary B, Dayan L. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Australian family physician* 2005; 34(3):147-50.
24. Abdul-Aziz M, Mahdy MA, Abdul-Ghani R, Alhilali NA, Al-Mujahed LK, Alabsi SA, et al. Bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis and trichomonal vaginitis among reproductive-aged women seeking primary healthcare in Sana'a city, Yemen. *BMC infectious diseases* 2019; 19:1-0.
25. Huang SH, Hsu HC, Lee TF, Fan HM, Tseng CW, Chen IH, et al. Prevalence, associated factors, and appropriateness of empirical treatment of trichomoniasis, bacterial vaginosis, and vulvovaginal candidiasis among women with vaginitis. *Microbiology Spectrum* 2023; 11(3):e00161-23.
26. Jasim ST. The relationship between vulvovaginal candidiasis and some predisposing factors in prevalence among Baghdad women. *Sys Rev Pharm* 2020; 11(12):1318-22.
27. Akhlaghi L, Falahati M, JAHANI AM, Ourmazdi H, Amini MO. Study on the prevalence of *Trichomonas vaginalis* and *Candida Albicans* in women referred to Robat Karim medical center and a comparative evaluation of Löffler and Diluted Carbol Fuchsin Stains for rapid diagnosis of them; 2005.

Prevalence of vaginitis recurrence and its associated factors in women referring to gynecological clinics affiliated to Ilam University of Medical Sciences in 2023

Negin Seyedi¹, Zoleykha Karamelahi², Mahnaz Shafieian³, Zeinab Sohrabi⁴, Razhan Chehreh^{4*}

1. B.Sc. Student of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
2. M.Sc. of Midwifery, Clinical Research Development Unit (CRDU), 5 Azar Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
3. Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Abstract

Received: Aug 27, 2024 Accepted: Nov 25, 2024

Introduction: Vaginitis is a medical term for inflammation or infection of the vagina and is one of the common diseases in more than one third of women around the world. The present study was conducted with aim to investigate the prevalence of vaginitis recurrence and its related factors in women referring to the clinics affiliated to Ilam University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted in 2023 on 255 women with vaginitis referring to the gynecology clinics of Ilam University of Medical Sciences. A researcher-made questionnaire was used to collect data related to demographic, reproductive, behavioral, medical, clinical, and therapeutic factors. Data were analyzed using SPSS software (version 19) and Chi-square, Fisher's exact, regression and correlation statistical tests. $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The overall prevalence of vaginitis was 20.8%, the overall prevalence of recurrence of vaginitis was 10.05%, and prevalence of candida vaginitis recurrence was 43.8%, trichomonas vaginitis 11.3%, bacterial vaginitis 17.6%, atrophic vaginitis 4.3% and inflammatory vaginitis 5.1%. No significant association was found between prevalence of vaginitis recurrence and demographic factors. Among the behavioral factors, the use of vaginal washes had a statistically significant relationship with the recurrence of vaginitis ($P=0.042$). Among the clinical and therapeutic factors, vaginal itching before menstruation ($P=0.017$) and having the clinical symptom of vaginal itching ($P=0.009$) had a statistically significant relationship with the recurrence of vaginitis.

Conclusion: The findings of the present study indicate the high prevalence of vaginitis recurrence and the influence of behavioral and clinical factors in the increase of vaginitis recurrence. Improving living conditions, health education regarding behavioral habits and avoiding risk factors (avoiding excessive use of vaginal washes) will help to reduce the prevalence of vaginitis recurrence.

Keywords: Candidiasis, Trichomonas vaginitis, Vaginitis

► Please cite this article as:

Seyedi N, Karamelahi Z, Shafieian M, Sohrabi Z, Chehreh R. Prevalence of vaginitis recurrence and its associated factors in women referring to gynecological clinics affiliated to Ilam University of Medical Sciences in 2023. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(9):51-63. DOI: 10.22038/ijogi.2024.81506.6153