

فراوانی اختلالات کف لگن و مؤلفه‌های فردی - اجتماعی و مامایی

مرتبط در زنان سنین باروری شهر تبریز سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰

فاطمه رشیدی^۱، دکتر مژگان میرغفوروند^{۲*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۴

خلاصه

مقدمه: اختلالات کف لگن، از عمده ناخوشی‌های شایع در زنان است که پیامدهای منفی روی زندگی روزمره زنان به همراه دارد. از آنجایی که شیوع کلی این اختلال در میان زنان ایرانی توسط ابزار مناسب گزارش نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اختلال کف لگن و عوامل خطر آن انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بر روی ۴۰۰ زن غیرباردار واقع در سنین باروری مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر تبریز انجام گرفت. داده‌های مربوط به اختلالات کف لگن از طریق پرسشنامه استرالیایی کف لگن و پرسشنامه مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های کای دو و رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۲۶۴ شرکت‌کننده (۶۶٪) اختلال کف لگن داشتند. ۱۹۱ شرکت‌کننده (۴۷/۸٪) اختلال عملکرد ممانه، ۲۳۵ شرکت‌کننده (۵۸/۸٪) اختلال عملکرد مقعد، ۵۲ زن (۱۳٪) پرولاپس ارگان‌های لگن و ۲۷۱ شرکت‌کننده (۶۷/۸٪) اختلال عملکرد جنسی داشتند. در زنان با سطح تحصیلات ابتدایی (نسبت شانس: ۰/۴۶؛ فاصله اطمینان ۰/۸۶ تا ۰/۲۴؛ $p=۰/۰۱۶$) و در زنانی که ورزش می‌کردند (نسبت شانس: ۰/۵۵؛ فاصله اطمینان ۰/۸۶ تا ۰/۳۵؛ $p=۰/۰۰۹$)، شانس اختلال کف لگن کمتر بود. سابقه زایمان واژینال (نسبت شانس: ۲/۳۷؛ فاصله اطمینان ۰/۹۵ تا ۳/۹۶؛ $p=۰/۰۰۱$) و داشتن یبوست (نسبت شانس: ۳/۳۷؛ فاصله اطمینان ۰/۹۵ تا ۷/۰۰؛ $p<۰/۰۰۱$) شانس اختلال کف لگن را به‌طور معنی‌داری افزایش می‌داد.

نتیجه‌گیری: اختلال کف لگن در میان زنان شرکت‌کننده شایع بود. نتایج مطالعه، عوامل خطر خاص را در مدیریت و پیشگیری از اختلالات کف لگن برجسته می‌کند، لذا انجام غربالگری و اقدامات پیشگیرانه با در نظر گرفتن عوامل خطر آن توسط کارکنان سلامتی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: اختلالات کف لگن، سنین باروری، شیوع، مؤلفه‌های فردی- اجتماعی، مؤلفه‌های مامایی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مژگان میرغفوروند؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۱-۳۴۷۷۲۶۹۹؛ پست الکترونیک: mirghafourvand@gmail.com

مقدمه

اختلال کف لگن، از موربیدیت‌های مهم حوزه سلامت زنان است (۱)، و با تظاهرات گسترده؛ بی‌اختیاری استرس ادراری و مقعدی، نزول ارگان‌های لگن و همچنین اختلال عملکرد جنسی همراه است (۲). بر اساس آمارهای جهانی، میزان شیوع اختلال کف لگن بین ۴۱-۲۰٪ است که جزء مشکلات بهداشتی شایع تعریف می‌شود (۳، ۴)، و طی مطالعه افتخار و همکاران (۲۰۱۲) این میزان در ایران در زنان با طیف سنی ۵۵-۴۰ سال، ۴۲٪ گزارش شده است (۵). بیشترین میزان بروز اختلال کف لگن در زنان سنین باروری به‌ویژه در اواخر بارداری و پس از زایمان است که با افزایش سن، این روند صعودی می‌شود (۶)؛ به‌طوری‌که بیش از ۵۰٪ زنان بالای ۸۰ سال، علائم مرتبط با اختلالات کف لگن از جمله بی‌اختیاری ادرار، بی‌اختیاری مدفوع و پرولاپس اعضای لگن را به‌تنهایی یا با هم تجربه می‌کنند (۷). از آنجایی که اختلال کف لگن از آسیب و ضعف عضلات کف لگن و تغییرات هورمونی به‌ویژه هورمون استروژن در تراکم بافت همبند ناشی می‌شود، لذا بارداری و زایمان، افزایش سن و یائسگی زود هنگام در ایجاد آن نقش دارند (۲، ۸). طبق مطالعه مرور سیستماتیک هاگ فرانس و همکاران (۲۰۲۱)، بارداری، زایمان واژینال ایزاری، شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع، یبوست و پارگی‌های پرینه در طی زایمان، از عوامل دیگر مهم در ایجاد آسیب به کف لگن هستند (۹). هم‌چنین هرچه درجه پارگی‌های پرینه بالاتر باشد، شیوع اختلالات کف لگن (به‌خصوص اختلالات کولورکتال) در دوره پس از زایمان افزایش می‌یابد (۱۰). مطالعات زیادی نشان دادند که زایمان واژینال، شانس ابتلاء به اختلال کف لگن را افزایش می‌دهد (۱۱-۱۳)، اما با این حال هیچ اثر محافظتی از زایمان سزارین هم تأیید نشده است (۱۴، ۱۵).

با توجه به اینکه اختلال کف لگن پیامد منفی مستقیم بر روی کیفیت زندگی و جنبه‌های اجتماعی، روانی و زناشویی زنان دارد (۱۶، ۱۷)؛ زنان مبتلا در اثر نشت ادرار و دفع مدفوع در طول روز یا در حین رابطه جنسی، احساس ناپاکی و شرم می‌کنند، که این امر منجر به

پیامدهای منفی بر کیفیت زندگی و احساس زنانگی آنان می‌شود (۱۸) و از طریق کاهش اعتماد به نفس، ابتلاء به افسردگی را در زنان بالا می‌برد (۱۶، ۱۹).

خط اول رویکرد درمانی و پیشگیری در اختلال کف لگن، درمان‌های فیزیکی از جمله فعالیت‌های ورزشی است (۲۰)، که منجر به حفظ و تقویت قدرت و کارکرد عضلات کف لگن و پیشگیری از نزول ارگان‌های لگن می‌شود (۲۱)؛ به‌ویژه شواهد مروی کوکران اکیداً توصیه به انجام آن در دوران بارداری و پس از زایمان کرده است (۲۲). از رویکردهای درمانی دیگر می‌توان به درمان‌های دارویی و جراحی اشاره کرد (۲۳).

اغلب زنان در کشورهای در حال توسعه تصور می‌کنند که علائم اختلالات کف لگن، طبیعی است و یا به‌علت احساس خجالت و شرم، ندرتاً علائم خود را به پزشک گزارش می‌کنند (۲۴)، لذا از وظایف کارکنان سلامت در این رابطه، گرفتن شرح‌حال دقیق، غربالگری و ارزیابی به‌وسیله معاینات فیزیکی می‌باشد (۲۵، ۲۶). از طرفی ارزیابی اختلالات کف لگن، یک ارزیابی ذهنی است و درک زنان را از علائم بررسی می‌کند (۲۷) و پرسشنامه‌ها، ابزار مهمی جهت بررسی علائم مرتبط با اختلالات کف لگن هستند (۲۸). مطالعه‌ای که شیوع کلی اختلال کف لگن را در ایران با ابزار استاندارد که تمام ابعاد اختلال (اختلال عملکرد مثانه، روده، جنسی، پرولاپس ارگان‌های لگن) را بررسی کند، یافت نشد. با توجه به موارد ذکر شده، شناسایی شیوع اختلال کف لگن با ابزار استاندارد و فاکتورهای خطر فردی-اجتماعی و مامایی در زنان، می‌تواند نقش مهمی در غربالگری زنان مبتلا و ارجاع به پزشک جهت ارائه راه‌حل درمانی مناسب برای آنان داشته باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اختلال کف لگن و عوامل خطر آن انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی از ابتدای مهر ماه سال ۱۴۰۰ تا پایان مهر ماه سال ۱۴۰۱ بر روی ۴۰۰ زن واقع در سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر تبریز انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمام زنان سنین ۴۹-۱۵ سال غیر باردار، غیر شیرده، تک همسر،

نداشتن سابقه اخیر عفونت مجاری ادراری تناسلی و نداشتن سابقه جراحی ژنیکولوژیک بود. زنانی که سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی، وقوع حادثه استرسزا از قبیل طلاق، فوت اعضای درجه یک خانواده و تشخیص بیماری لاعلاج برای یکی از اعضای خانواده در طی ۳ ماه اخیر داشتند، وارد مطالعه نشدند.

در مطالعه حاضر به منظور برآورد حجم نمونه، از فرمول برآورد یک نسبت استفاده شد. با فاصله اطمینان ۹۵٪، دقت مطالعه ۰/۰۷ و شیوع (اختلال کف لگن) ۴۱٪ (۲۹)، حدود ۱۹۰ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن اثر طرح (Design effect) برابر با ۲ به علت نمونه‌گیری خوشه‌ای و ریزش احتمالی ۵٪، حجم نمونه نهایی ۴۰۰ نفر محاسبه شد.

پروپوزال مطالعه حاضر مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.TBZMED.REC.1400.1073) قرار گرفت.

معرفی‌نامه به مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی جهت اخذ مجوز نمونه‌گیری ارائه شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام گرفت. محیط مطالعه، مراکز جامع سلامت شهر تبریز بود. ابتدا یک چهارم کل مراکز سلامت شهر تبریز با استفاده از وبسایت www.random.org به صورت تصادفی انتخاب شدند.

در مرحله اول از بین ۹۲ مرکز سلامت، ۲۳ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس لیست زنان غیرباردار واقع در سنین ۴۹-۱۵ سال مراکز سلامت منتخب استخراج شد. در مرحله بعد با استفاده از روش تصادفی نسبتی، تعداد نمونه لازم برای هر مرکز تعیین شد. سپس محقق از طریق شماره تلفن موجود در پرونده با زنان تماس گرفت و آنان را از نظر معیارهای حائز شرایط (معیارهای ورود و خروج) بررسی کرده و اطلاعاتی را در مورد مطالعه، چگونگی انجام و محرمانه بودن اطلاعات در اختیارشان قرار داد. در صورت تمایل، از زنان حائز شرایط خواسته شد تا در زمان معینی در مرکز سلامت حضور یابند. فرم رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در هنگام حضور در مرکز سلامت اخذ شد. تمامی شرکت‌کنندگان به جز ۱ نفر، از طریق مراجعه حضوری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و برای یک نفر

پرسشنامه از طریق پیام‌رسان الکترونیکی (واتساپ) تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی و پرسشنامه استرالیایی کف لگن (APFQ)^۱ بود.

پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی

این پرسشنامه شامل سؤالاتی در زمینه سن، شاخص توده بدنی، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، ورزش، مصرف سیگار، سابقه پزشکی (بیماری‌های مزمن ریوی، دیابت فشار خون، یبوست) و اطلاعات مامایی (تعداد بارداری و زایمان و نوع زایمان و سابقه جراحی ژنیکولوژیک) بود. برای تعیین روایی این پرسشنامه از روایی محتوا و صوری استفاده شد. تعیین روایی به روش کیفی انجام گرفت؛ بدین‌صورت که نظرات ۸ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز اخذ و اصلاحات لازم بر اساس بازخورد دریافتی اعمال گردید.

پرسشنامه استرالیایی کف لگن

این ابزار توسط بیسلر و همکاران (۲۰۰۸) طراحی شده است و شامل ۴۳ سؤال و در چهار حیطة تحت عنوان عملکرد مثانه، عملکرد مکرر روده، نشانه‌های پرولاپس و عملکرد جنسی می‌باشد. مقیاس مربوط به عملکرد مثانه شامل ۱۵ سؤال (سؤال ۱ تا ۱۵)، مقیاس مربوط به عملکرد روده ۱۱ سؤال (سؤال ۱۶ تا ۲۷)، مقیاس مربوط به پرولاپس اعضای لگن ۵ سؤال (سؤال ۲۸ تا ۳۲) و مقیاس مربوط به اختلال عملکرد جنسی ۱۰ سؤال (سؤال ۳۳ تا ۴۲) می‌باشد. در اکثر سؤالات پرسشنامه از سیستم چهار امتیازی استفاده شده است. اکثر سؤالات از ۰ تا ۳ با استفاده از توصیف‌های مختلف مانند هرگز، گهگاه، مکرر و روزانه برای ارزیابی شدت/تکرار، و اصلاً، کمی، متوسط و زیاد برای برآورد علائم آزاردهنده امتیاز می‌گیرند. نمرات هر حیطة جداگانه محاسبه می‌شود و بر سؤالات هر حیطة تقسیم و در ۱۰ ضرب می‌شود. برای هر حوزه نمره کلی بین ۰ تا ۱۰ است و حداکثر نمره اختلالات کف لگن ۴۰ خواهد بود (۳۰). روایی و پایایی این ابزار طی مطالعه مشایخ امیری و همکاران (۲۰۲۳) در شهر تبریز (محیط پژوهش مطالعه حاضر) با ضریب

¹ Australian Pelvic Floor Questionnaire

دومتغیره از آزمون کای دو و در تحلیل چندمتغیره از مدل رگرسیون لجستیک چندمتغیره استفاده شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

آلفای کرونباخ ۰/۸۵۱ و ضریب همبستگی درون رده‌ای برابر با ۰/۸۸ تأیید شد (۳۱).

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرهای طبقه‌بندی شده و کمی استفاده شد. جهت تعیین ارتباط مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی با اختلال کلی کف لگن در تحلیل

جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی شرکت‌کنندگان (تعداد=۴۰۰)

| مشخصات | میانگین (انحراف معیار) | مشخصات | میانگین (انحراف معیار) |
|---------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| سن (سال) | ۳۴/۴۴ (۷/۲۳) | شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع) | ۲۶/۹ (۴/۱۵) |
| راهنمایی و پایین‌تر | ۱۱۸ (۲۹/۵) | کفایت درآمد | ۷۴ (۱۸/۵) |
| تحصیلات | ۱۶۸ (۴۲/۰) | ماهیهانه برای | ۲۲۸ (۵۷/۰) |
| دانشگاهی | ۱۱۴ (۲۸/۵) | هزینه‌های زندگی | ۹۸ (۲۴/۵) |
| شغل | ۳۲۹ (۸۲/۰) | انجام ورزش | ۱۵۱ (۳۷/۸) |
| شاغل | ۷۱ (۱۸/۰) | بله | ۲۴۹ (۶۲/۳) |
| ۰ | ۱۹ (۴/۸) | خیر | |
| تعداد بارداری | ۱۱۵ (۲۸/۷) | میزان ورزش | ۳۶ (۹/۰) |
| ۱ | ۱۶۵ (۴۱/۳) | یک‌بار در هفته | ۲۷ (۶/۸) |
| ۲ | ۱۰۱ (۲۵/۳) | ۲ بار در هفته | ۸۸ (۲۲/۰) |
| ≥۳ | | ۳ بار یا بیشتر در هفته | |
| تعداد زایمان | ۱۹ (۴/۸) | بله | ۳ (۰/۸) |
| ۱ | ۱۳۸ (۳۴/۵) | خیر | ۳۹۷ (۹۹/۳) |
| ۲ | ۱۹۵ (۴۴/۸) | دیابت | |
| ≥۳ | ۴۸ (۱۲/۰) | یبوست | |
| واژینال | ۱۳۸ (۳۴/۵) | بله | ۶۹ (۱۷/۳) |
| سزارین | ۲۱۱ (۵۲/۸) | خیر | ۷۷ (۱۹/۳) |
| هر دو | ۳۲ (۸/۰) | تعداد زایمان طبیعی | ۲۳ (۵/۸) |
| بله | ۳ (۰/۸) | ۱ | ۶۸ (۱۷/۰) |
| خیر | ۳۹۷ (۹۹/۳) | ۲ | ۳۳۲ (۸۳/۰) |
| بله | ۱۷ (۴/۳) | ≥۳ | ۴ (۱/۰) |
| خیر | ۳۸۳ (۹۵/۸) | بله | ۳۹۶ (۹۹/۰) |
| بله | - | خیر | ۱۳ (۳/۳) |
| خیر | ۴۰۰ (۱۰۰) | هموروئید | ۳۸۷ (۹۶/۸) |
| | | هیسترکتومی | |
| | | بله | |
| | | خیر | |
| | | بیماری مزمن ریوی | |
| | | بله | |
| | | خیر | |

سزارین و ۳۲ زن (۰/۸۰٪) سابقه هر دو زایمان را داشتند. ۲۳ زن (۵/۸٪) مساوی و بیشتر از ۳ بار زایمان طبیعی انجام داده بودند. فقط ۱۷ زن (۴/۳٪) سابقه خانوادگی اختلال کف لگن داشتند. ۳۲۶ نفر (۸۱/۵٪) درآمد خود برای هزینه‌های زندگی‌شان را مناسب (از سطح نسبتاً تا کاملاً کفایت می‌کند) گزارش کردند. از نظر بیماری‌های مزمن، ۳ زن (۰/۸٪) دیابت، ۶۸ زن

میانگین سن و شاخص توده بدنی شرکت‌کنندگان به ترتیب 34.44 ± 7.23 سال و 26.9 ± 4.15 کیلوگرم بر متر مربع بود. ۲۸۲ زن (۷۰٪) تحصیلات دبیرستانی و دانشگاهی داشتند. ۱۵۱ زن (۳۷/۸٪) ورزش انجام می‌دادند. ۷۱ زن (۱۸٪) شاغل بودند. ۳۸۱ زن (۹۵/۳٪) مولتی‌پار بودند. ۱۳۸ زن (۳۴/۵٪) سابقه زایمان طبیعی، ۲۱۱ زن (۵۲/۸٪) سابقه زایمان

(/۰.۱۷/۰) یبوست و هموروئید و ۱۳ زن (/۰.۳/۳) بیماری مزمن ریوی داشتند. ۴ زن (/۰.۱/۰) سابقه هیستروکتومی را گزارش کردند. فراوانی زنان دارای اختلال کف لگن ۲۶۴ مورد (/۰.۶۶/۰) بود. در مورد زیردامنه‌های اختلال

کف لگن، فراوانی زنان دارای اختلال عملکرد مثانه ۱۹۱ نفر (/۰.۴۷/۸)، اختلال عملکرد مقعد ۲۳۵ نفر (/۰.۵۸/۸)، علائم پرولاپس ارگان لگن ۵۲ نفر (/۰.۱۳/۰) و اختلال عملکرد جنسی ۲۷۱ نفر (/۰.۶۷/۸) بود (جدول ۲).

جدول ۲- شیوع اختلال کف لگن در شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه استرالیایی کف لگن (تعداد=۴۰۰)

| متغیر | فراوانی (درصد) |
|-----------------------------|----------------|
| اختلال کلی کف لگن | ۲۶۴ (/۰.۶۶/۰) |
| اختلال عملکرد مثانه | ۱۹۱ (/۰.۴۷/۸) |
| اختلال عملکرد مقعد | ۲۳۵ (/۰.۵۸/۸) |
| علائم پرولاپس ارگان‌های لگن | ۵۲ (/۰.۱۳/۰) |
| اختلال عملکرد جنسی | ۲۷۱ (/۰.۶۷/۸) |

بر اساس آزمون کای دو، متغیرهای سابقه زایمان واژینال و ($p=۰/۰۲۸$)، تحصیلات ($p=۰/۰۳۹$)، یبوست ($p<۰/۰۰۱$) و ورزش ($p=۰/۰۰۶$) ارتباط آماری معنی-داری با شیوع کلی اختلال کف لگن داشتند. این متغیرها همراه با هم به‌عنوان متغیرهای مستقل و اختلال کلی کف لگن به‌عنوان متغیر وابسته وارد رگرسیون لجستیک چندگانه شدند. نتایج نشان داد که در زنان با سطح تحصیلات ابتدایی (نسبت شانس:

۰/۴۶؛ فاصله اطمینان ۰/۸۶ تا ۰/۲۴؛ $p=۰/۰۱۶$) و انجام ورزش (نسبت شانس: ۰/۵۵؛ فاصله اطمینان ۰/۹۵؛ $p=۰/۰۰۹$ تا ۰/۸۶؛ $p=۰/۰۰۹$) شانس اختلال کف لگن را کاهش و سابقه زایمان واژینال (نسبت شانس: ۲/۳۷؛ فاصله اطمینان ۰/۹۵؛ $p=۰/۰۰۱$ تا ۳/۹۶؛ $p=۰/۰۰۱$) و داشتن یبوست (نسبت شانس: ۳/۳۷؛ فاصله اطمینان ۰/۹۵؛ $p<۰/۰۰۱$ تا ۷/۰۰؛ $p<۰/۰۰۱$) شانس اختلال کف لگن را به‌طور معنی‌داری افزایش داد (جدول ۳).

جدول ۳- عوامل مرتبط با اختلال کف لگن بر اساس مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره (تعداد=۴۰۰)

| متغیر | نسبت شانس (۰/۹۵ فاصله اطمینان) | سطح معنی‌داری |
|----------------------|--------------------------------|---------------|
| سابقه زایمان واژینال | ۲/۳۷ (۳/۹۶ تا ۱/۴۲) | ۰/۰۰۱ |
| ندارد (مرجع) | ۱ | |
| راهنمایی و پایین تر | ۰/۴۶ (۰/۸۶ تا ۰/۲۴) | ۰/۰۱۶ |
| تحصیلات | ۱/۲۲ (۲/۱۰ تا ۰/۷۴) | ۰/۴۶۲ |
| دانشگاهی (مرجع) | ۱ | |
| ورزش | ۰/۵۵ (۰/۸۶ تا ۰/۳۵) | ۰/۰۰۹ |
| خیر (مرجع) | ۱ | |
| یبوست | ۳/۳۷ (۷/۰۰ تا ۱/۶۲) | ۰/۰۰۱ |
| خیر (مرجع) | ۱ | |

در مطالعه حاضر میزان شیوع کلی اختلال کف لگن ۶۶٪ بود که با نتایج مطالعه مقطعی ملائکه و همکاران (۲۰۲۲) در عربستان همسو بود. در مطالعه ملائکه که بر روی زنان غیرباردار بالای ۱۸ سال انجام شد، از نسخه عربستانی پرسشنامه استرالیایی کف لگن برای جمع‌آوری داده‌ها مطابق با مطالعه حاضر استفاده شد و میزان شیوع کلی اختلال کف لگن ۶۰٪ بود (۳۲). از طرف دیگر،

بحث

مطالعه حاضر برای اولین بار جهت بررسی اختلال کف لگن همراه با تمام ابعاد مختلف شامل اختلال عملکرد مثانه، اختلال عملکرد مقعد، پرولاپس ارگان‌های لگن و اختلال عملکرد جنسی توسط یک پرسشنامه معتبر و مناسب در زنان ایرانی انجام گرفت.

عملکرد کف لگن را نشان داد (۴۰). تفاوت از نظر میزان شیوع اختلال در زیردامنه‌ها در مطالعات را احتمالاً می‌توان مربوط به تفاوت در محیط پژوهش و تفاوت در مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی شرکت‌کنندگان دانست. بیشتر بودن شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان ایرانی در مقایسه با سایر کشورها در زنان سنین باروری، اهمیت پرداختن به این موضوع و ارائه مشاوره-های جنسی را در مراکز و کلینیک‌های سلامت نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سطح تحصیلات راهنمایی و پایین‌تر، شانس ابتلاء به اختلال کف لگن را کاهش داد که این یافته مغایر با یافته‌های قبلی است؛ به‌طوری‌که نتایج مطالعه مبتنی بر جمعیت ماکجروثر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر به دلیل آگاهی کمتر از سبک زندگی سالم، اختلال کف لگن بیشتری دارند (۴۱). همچنین مطالعه مقطعی صبحگل و همکاران (۲۰۰۸) در ایران نشان داد شیوع اختلال کف لگن در زنان با افزایش سطح تحصیلات کاهش می‌یابد (۴۲). مطالعه مقطعی وو و همکاران (۲۰۱۴) با هدف بررسی میزان شیوع اختلال کف لگن در ایالات متحده آمریکا نشان داد در زنان با سطح تحصیلات بالاتر، شانس ابتلاء به اختلال کف لگن کمتر می‌باشد (۴۳). علت احتمالی این تناقض در یافته مطالعه حاضر با نتایج دیگر مطالعات می‌تواند ناشی از انجام بیشتر فعالیت‌های روزمره زندگی در میان زنان با تحصیلات پایین و خانه‌دار باشد؛ چرا که یافته‌های مطالعات نشان داده است بی‌حرکی فیزیکی در زنان با تحصیلات بالا و شاغل بیشتر است (۴۴، ۴۵).

علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که سابقه زایمان واژینال، شانس ابتلاء به اختلال کف لگن را ۲ برابر افزایش می‌دهد. نتایج مطالعه کوهورت هاندا و همکاران (۲۰۱۱) افزایش نسبت شانس ابتلاء به اختلال کف لگن را در زایمان واژینال تأیید کرد (۴۶) و در بررسی‌های دیگری نیز زایمان واژینال، از عوامل خطر اختلال کف لگن گزارش شده است (۲، ۱۲، ۱۳)، همچنین در مرور سیستماتیک بارسا و همکاران (۲۰۲۱) نیز این یافته تأیید شده است (۱۳). انجام ورزش‌های کف لگن در دوران بارداری و پس از زایمان، فاصله‌گذاری

بررسی مقطعی زلکه و همکاران (۲۰۱۶) در استرالیا که بر روی ۱۵۱۷ زن انجام شد، شیوع اختلال کف لگن را با استفاده از نسخه استرالیایی همین پرسشنامه ۴۷/۰٪ گزارش کرد (۳۳) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت. این میزان شیوع در بررسی مقطعی سعودی و همکاران (۲۰۲۲) در مصر با استفاده از ابزار شاخص ناتوانی کف لگن^۱ (PFDI-20) ۴۱/۰٪ بود (۳۴). در مرور سیستماتیک رشیدی و همکاران (۲۰۱۹) در ایران، شیوع بی‌اختیاری ادراری که از ابعاد اختلال کف لگن است، ۴۶/۰٪ بود (۳۵). شیوع اختلال کف لگن در مطالعه مقطعی تیموری و همکاران (۲۰۰۶) در شهر زاهدان برابر ۳۱/۴٪ (۳۶) و مطالعه افتخار و همکاران (۲۰۱۲)، برابر ۴۲٪ گزارش شد (۵). همچنین در بررسی اپیدمیولوژیک دایتر و همکاران (۲۰۱۵) از سراسر دنیا و همچنین مطالعه مرور سیستماتیک اسلام و همکاران (۲۰۱۹) در کشورهای در حال توسعه که یافته‌های ایران هم در این بررسی آورده شده است، آمار شیوع اختلال کلی کف لگن در میان زنان ۲۵٪ گزارش شد که شیوع اختلال عملکرد مثانه، بالاترین میزان را به‌خود اختصاص داده بود (۳۷، ۳۸). میزان شیوع اختلال کف لگن در میان زنان آسیای جنوب غربی بین ۶۷/۵-۴۱/۰٪ گزارش شده است (۳۲، ۳۴، ۳۹). اختلاف در برآورد شیوع در کشورها ناشی از تفاوت در فرهنگ، ترکیب سنی جمعیت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و شیوه‌های مراقبت سلامتی و بهداشتی می‌باشد (۳۲، ۳۸).

در این مطالعه، میزان شیوع به‌ترتیب در اختلال عملکرد جنسی بالا و در علائم پرولاپس ارگان لگن پایین بود، اما در مطالعه مقطعی ملائکه و همکاران (۲۰۲۲) در عربستان که از همین پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرده بود، اختلال عملکرد روده بدترین وضعیت را داشت (۳۲). شواهد مطالعه مقطعی زلکه و همکاران (۲۰۱۶) در استرالیا، بدترین وضعیت را مربوط به اختلال عملکرد مثانه و بهترین وضعیت را مربوط به علائم پرولاپس ارگان لگن نشان داد (۳۳). شواهد مطالعه مشاهده‌ای بینادومولینا و همکاران (۲۰۲۳)، شیوع بالای اختلال عملکرد مثانه در میان زیردامنه‌های اختلال

¹ Pelvic Floor Distress Inventory-20

مناسب بین بارداری‌ها و مدیریت صحیح زایمان، از جمله اقدامات پیشگیرانه‌ای است که در کاهش اختلال عملکرد کف لگن در رابطه با زایمان واژینال نقش بسزایی دارد (۴۷، ۴۸).

از دیگر نتایج این مطالعه، کاهش شانس ابتلاء به اختلال کف لگن در رابطه با انجام ورزش بود که در تأیید این یافته، شواهد کارآزمایی بالینی ناواروبرالز و همکاران (۲۰۲۰) انجام ورزش را در پیشگیری از اختلال کف لگن مؤثر دانسته بود (۴۹). شواهد مروری کوکران هی اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) نیز ورزش را عامل محافظتی در پیشگیری از اختلال کف لگن معرفی کرد (۲۲)، اما از طرف دیگر، نتایج بررسی مروری بو و نایگارد (۲۰۲۰) نشان داد که ورزش‌های نامنظم و شدید با افزایش اختلال کف لگن ارتباط مستقیم دارد (۵۰)؛ همچنین در بررسی مروری دمتوس لورنکو (۲۰۱۸)، افزایش شانس بی‌اختیاری ادرار با ورزش‌های سنگین تا حدود ۲ برابر گزارش شد (۵۱). فعالیت‌های بدنی علاوه بر این که فواید بسیاری برای بدن دارد، اما شواهد قوی دال بر اثر منفی یا مثبت روی عضلات کف لگن وجود ندارد و بنا به وجود شکاف‌های اطلاعاتی در این زمینه، توصیه به انجام بررسی‌های بیشتر شده است (۳۲، ۵۲).

از یافته‌های دیگر در مطالعه حاضر، ارتباط مستقیم داشتن یبوست با افزایش ۳ برابری شانس اختلال کف لگن بود که در مطالعات متعدد دیگر این ارتباط معنی‌دار اثبات شد (۹، ۴۲، ۵۳). از دلایل این ارتباط، تضعیف قدرت عضلات کف لگن می‌باشد (۴۲) که توصیه به اصلاح سبک زندگی سالم و خودمراقبتی از جمله ورزش کردن و مصرف میوه و سبزیجات فیبردار جهت پیشگیری از یبوست می‌شود (۵۴).

یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر، استفاده از پرسشنامه استاندارد و معتبر بود که دربرگیرنده تمام زیردامنه‌های اختلال کف لگن می‌باشد. از دیگر موارد می‌توان به نحوه انتخاب نمونه اشاره کرد. از طرف دیگر از محدودیت‌های این مطالعه، عدم امکان تعمیم نتایج به زنان گروه سنی سالخورده و همچنین به زنان مناطق دیگر می‌باشد. انجام مطالعات کوهورت جهت شناسایی بهتر عوامل خطر و

استفاده از پرسشنامه به کار گرفته شده در این مطالعه توصیه می‌شود.

از آنجایی که اختلال کف لگن به‌ویژه در زیردامنه اختلال عملکرد جنسی، از میزان بالایی در میان زنان شرکت‌کننده برخوردار بود، این عارضه به‌شدت اثر منفی بر روی زندگی زناشویی و احساسات زنان دارد (۱۶، ۱۸)، لذا افزایش آگاهی زنان از علائم، خودمراقبتی، درمان‌هایی جهت کنترل یبوست و انجام ورزش پیشنهاد می‌شود. هرچند که سابقه زایمان واژینال، شانس ابتلاء به اختلال کف لگن را افزایش داد، اما ارتباط معنی‌داری بین انجام زایمان سزارین و اختلال کف لگن وجود نداشت، لذا جهت محافظت از کف لگن به انجام آن توصیه نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه شیوع قابل توجهی از اختلال عملکرد کف لگن را نشان داد و بدترین وضعیت مربوط به زیردامنه اختلال عملکرد جنسی بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که عوامل خاصی از جمله یبوست، ورزش و زایمان واژینال بر احتمال تجربه اختلالات کف لگن تأثیر می‌گذارد. این نتایج اهمیت مشاوره و آموزش، تشویق زنان به انجام ورزش و داشتن سبک زندگی سالم برای پیشگیری از یبوست را در مدیریت و پیشگیری از اختلالات کف لگن برجسته می‌کند. تحقیقات بیشتر و مداخلات هدفمند برای تشخیص و ارائه درمان‌های مؤثر برای افراد مبتلا به این شرایط ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق (IR.TBZMED.REC.1400.1073) تأیید شده توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت مالی این دانشگاه و تمام شرکت‌کنندگان این مطالعه که بدون همکاری آن‌ها این مطالعه امکان‌پذیر نبود، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. تمام روش‌ها مطابق با بیانیه هلسینکی انجام شد.

تضاد منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی وجود نداشت.

حمایت مالی

بودجه مالی توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأمین شد، اما نقشی در طراحی و انجام مطالعه، نگارش این نسخه خطی و ارسال آن برای چاپ نداشت.

مشارکت نویسندگان

ف.ر و م.م در انتخاب عنوان، بررسی متون و تدوین و طراحی مطالعه، نظارت بر نمونه‌گیری، استخراج و تجزیه تحلیل داده‌ها و نوشتن گزارش نهایی و نگارش مقاله همکاری داشتند.

منابع

1. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Women's health* 2013; 9(3):265-77.
2. Bozkurt M, Yumru AE, Şahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014; 53(4):452-8.
3. Beketie ED, Tafese WT, Assefa ZM, Berria FW, Tilahun GA, Shiferaw BZ, et al. Symptomatic pelvic floor disorders and its associated factors in South-Central Ethiopia. *Plos one* 2021; 16(7):e0254050.
4. Dheresa M, Worku A, Oljira L, Mengiste B, Assefa N, Berhane Y. One in five women suffer from pelvic floor disorders in Kersa district Eastern Ethiopia: a community-based study. *BMC women's health* 2018; 18:1-8.
5. Eftekhari T, Ghanbari Z, Kalantari F, Shariat M, Haghollahi F. The frequency of pelvic floor dysfunctions and their risk factors in women aged 40-55. *Journal of Family and Reproductive Health* 2012; 6(2):59-64.
6. Sigurdardottir T, Bø K, Steingrimsdottir T, Halldorsson TI, Aspelund T, Geirsson RT. Cross-sectional study of early postpartum pelvic floor dysfunction and related bother in primiparous women 6–10 weeks postpartum. *International Urogynecology Journal* 2021; 32(7):1847-55.
7. Memon H, Handa VL. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2012; 24(5):349-54.
8. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. *Neurourology and urodynamics* 2014; 33(3):269-76.
9. Hage-Fransen MA, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MW, et al. Pregnancy-and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: a systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2021; 100(3):373-82.
10. Bols EM, Hendriks EJ, Berghmans BC, Baeten CG, Nijhuis JG, De Bie RA. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2010; 89(3):302-14.
11. Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cardenas JL, et al. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *European urology* 2016; 70(1):148-58.
12. Kokabi R, Yazdanpanah D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinence in primipara women: A prospective cohort study. *Journal of the Chinese Medical Association* 2017; 80(8):498-502.
13. Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, Asúnsolo Á, Cueto-Hernández I, Ruiz-Labarta J, et al. Pelvic floor morbidity following vaginal delivery versus cesarean delivery: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine* 2021; 10(8):1652.
14. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. *Jama* 2018; 320(23):2438-47.
15. López-López AI, Sanz-Valero J, Gómez-Pérez L, Pastor-Valero M. Pelvic floor: vaginal or caesarean delivery? A review of systematic reviews. *International Urogynecology Journal* 2021; 32:1663-73.
16. Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Women's Health* 2015; 11(2):225-38.
17. Mazloomdoost D, Crisp CC, Kleeman SD, Pauls RN. Primary care providers' experience, management, and referral patterns regarding pelvic floor disorders: A national survey. *International urogynecology journal* 2018; 29:109-18.
18. Verbeek M, Hayward L. Pelvic floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. *Sexual medicine reviews* 2019; 7(4):559-64.
19. Swenson CW, DePorre JA, Haefner JK, Berger MB, Fenner DE. Postpartum depression screening and pelvic floor symptoms among women referred to a specialty postpartum perineal clinic. *American journal of obstetrics and gynecology* 2018; 218(3):335-e1.

20. Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X, et al. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians-European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2010; 151(1):14-19.
21. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020(5).
22. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2008; 4:CD.
23. Damghanian M, Pakgohar M, Tavousi M, Dehghan Nayeri N, Najafi M, Kharaghani R, et al. Psychometric analysis of the Broome pelvic floor muscle exercise self-efficacy scale in women with urinary incontinence. Hayat 2018; 23(4):307-17.
24. Toye F, Barker KL. A meta-ethnography to understand the experience of living with urinary incontinence: 'is it just part and parcel of life?'. BMC urology 2020; 20:1-25.
25. Meekins AR, Siddiqui NY. Diagnosis and Management of Postpartum Pelvic Floor Disorders. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2020; 47(3):477-86.
26. Good MM, Solomon ER. Pelvic floor disorders. Obstetrics and gynecology clinics of North America 2019; 46(3):527-40.
27. Sanchez-Sanchez B, Torres-Lacomba M, Yuste-Sánchez MJ, Navarro-Brazalez B, Pacheco-da-Costa S, Gutierrez-Ortega C, et al. Cultural adaptation and validation of the pelvic floor distress inventory short form (PFDI-20) and pelvic floor impact questionnaire short form (PFIQ-7) Spanish versions. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013; 170(1):281-5.
28. Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. International Urogynecology Journal 2007; 18:461-5.
29. Saudi RA, Tosson EE. Prevalence and the degree of distress of pelvic floor disorders symptoms in women seeking primary health care at Ismailia governorate. Egypt Urogynaecologia 2022; 34:291.
30. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. Australian pelvic floor questionnaire: a validated interviewer-administered pelvic floor questionnaire for routine clinic and research. International Urogynecology Journal 2009; 20:149-58.
31. Mashayekh-Amiri S, Asghari Jafarabadi M, Rashidi F, Mirghafourvand M. Psychometric evaluation and cross-cultural adaptation of the Australian Pelvic Floor Questionnaire (APFQ-IR) in Iranian reproductive age women. Scientific Reports 2023; 13(1):23015.
32. Malaekah H, Al Medbel HS, Al Mowallad S, Al Asiri Z, Albadrani A, Abdullah H. Prevalence of pelvic floor dysfunction in women in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: a cross-sectional study. Women's Health 2022; 18:17455065211072252.
33. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling older Australian women. Maturitas 2016; 85:34-41.
34. Saudi RA, Tosson EE. Prevalence and the degree of distress of pelvic floor disorders symptoms in women seeking primary health care at Ismailia governorate. Egypt Urogynaecologia 2022; 34:291.
35. Rashidi F, Hajian S, Darvish S, Alavi Majd H. Prevalence of urinary incontinence in Iranian women: systematic review and meta-analysis. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2019; 21(12):94-102.
36. Taimoori B, Roudbari M. The prevalence of symptoms of pelvic floor disorders in women that referred to the clinic of gynecology in Ali-ebn-Abitaleb hospital, Zahedan, Iran. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences 2006; 8(3).
37. Dieter AA, Wilkins MF, Wu JM. Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2015; 27(5):380-4.
38. Islam RM, Oldroyd J, Rana J, Romero L, Karim MN. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling women in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. International urogynecology journal 2019; 30:2001-11.
39. Kepenekci I, Keskinilic B, Akinsu F, Cakir P, Elhan AH, Erkek AB, et al. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. Diseases of the Colon & Rectum 2011; 54(1):85-94.
40. Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Martínez-Galiano JM. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. BMC Public Health 2023; 23(1):2005.
41. McGrother CW, Donaldson MM, Hayward T, Matthews R, Dallosso HM, Hyde C. Urinary storage symptoms and comorbidities: a prospective population cohort study in middle-aged and older women. Age and Ageing 2006; 35(1):16-24.
42. Sobhgol SS, Charandabee SM. Related factors of urge, stress, mixed urinary incontinence and overactive bladder in reproductive age women in Tabriz, Iran: a cross-sectional study. International Urogynecology Journal 2008; 19:367-73.
43. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US women. Obstetrics & Gynecology 2014; 123(1):141-8.

44. Brown H, Roberts J. Exercising choice: the economic determinants of physical activity behaviour of an employed population. *Social science & medicine* 2011; 73(3):383-90.
45. Ekenga CC, Parks CG, Wilson LE, Sandler DP. Leisure-time physical activity in relation to occupational physical activity among women. *Preventive medicine* 2015; 74:93-6.
46. Handa VL, Blomquist JL, Knoepf LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5–10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstetrics & Gynecology* 2011; 118(4):777-84.
47. Abedian S, Iravani M. Childbirth and the pelvic floor muscles and strategies to prevent the disorder: A review article. *Nursing And Midwifery Journal* 2020; 18(6):486-95.
48. Afshari P, Dabagh F, Iravani M, Abedi P. Comparison of pelvic floor muscle strength in nulliparous women and those with normal vaginal delivery and cesarean section. *International urogynecology journal* 2017; 28:1171-5.
49. Navarro-Brazález B, Prieto-Gómez V, Prieto-Merino D, Sánchez-Sánchez B, McLean L, Torres-Lacomba M. Effectiveness of hypopressive exercises in women with pelvic floor dysfunction: a randomised controlled trial. *Journal of clinical medicine* 2020; 9(4):1149.
50. Bø K, Nygaard IE. Is physical activity good or bad for the female pelvic floor? A narrative review. *Sports medicine* 2020; 50(3):471-84.
51. de Mattos Lourenco TR, Matsuoka PK, Baracat EC, Haddad JM. Urinary incontinence in female athletes: a systematic review. *International urogynecology journal* 2018; 29:1757-63.
52. Nygaard IE, Shaw JM. Physical activity and the pelvic floor. *American journal of obstetrics and gynecology* 2016; 214(2):164-71.
53. Amselem C, Puigdollers A, Azpiroz F, Sala C, Videla S, Fernandez-Fraga X, et al. Constipation: a potential cause of pelvic floor damage?. *Neurogastroenterology & Motility* 2010; 22(2):150-e48.
54. Zareian MA, Nejatbakhsh F, Tabarrai Arani M. Importance and methods of treating pregnancy constipation in conventional medicine and comparison with traditional medicine. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2017; 19(40):19-32.

Frequency of pelvic floor disorders and related socio-demographic and obstetric determinants in reproductive aged women in Tabriz city, 2021-2022

Fatemeh Rashidi¹, Mojgan Mirghafourvand^{2*}

1. M.Sc. of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
2. PhD of Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received: Jan 24, 2024

Accepted: Apr 29, 2024

Abstract

Introduction: Pelvic floor disorders are one of the most common morbidities in women, which have negative consequences on women's daily life. Since the total prevalence of this disorder among Iranian's women has not been reported by appropriate tools, this study was conducted with aim to determine the prevalence of pelvic floor disorder and its risk factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2021-2022 on 400 non-pregnant women of reproductive age referring to Tabriz health centers. Data related to pelvic floor disorders were collected through the Australian Pelvic Floor Questionnaire and the Sociodemographic and Obstetric Characteristics Questionnaire. Data were analyzed using SPSS software (version 26) and Chi-square test and multivariate logistic regression. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: In this study, 264 participants (66.0%) had pelvic floor disorder. Also, 191 participants (47.8%) had urinary incontinence, 235 (58.8%) had fecal incontinence, 52 (13.0%) had pelvic organ prolapse, and 271 (67.8%) had sexual dysfunction. The odds of pelvic floor disorder was lower in women with primary education (odds ratio (OR): 0.46; 95% confidence interval (95% CI): 0.24 to 0.86; $P = 0.016$) and women who exercised (OR: 0.55; 95% CI: 0.35 to 0.86; $P = 0.009$). History of vaginal delivery (OR: 2.37; 95% CI: 1.41 to 3.96; $P = 0.001$) and having constipation (OR: 3.37; 95% CI: 1.62 to 7.00; $P < 0.001$) significantly increased the odds of pelvic floor disorders.

Conclusion: Pelvic floor disorders were common among participated women. The results of the study highlight specific risk factors in the management and prevention of pelvic floor disorders. Therefore, screening and preventive measures are suggested by health workers considering its risk factors.

Keywords: Individual-social components, Obstetrics components, Prevalence, Pelvic floor disorders, Reproductive age

► Please cite this article as:

Rashidi F, Mirghafourvand M. Frequency of pelvic floor disorders and related socio-demographic and obstetric determinants in reproductive aged women in Tabriz city, 2021-2022. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(2):36-46. DOI: 10.22038/IJOGI.2024.69444.5539