

فراوانی درد مزمن لگنی در زنان شاغل در دو مرکز درمانی شهر تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۶/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن لگنی عبارت است از هر گونه درد لگن بدون ارتباط با حاملگی، عادت ماهیانه و مقاربت که حداقل شش ماه یا بیشتر به طول انجامیده و علت ارگانیک شناخته شده‌ای برای آن مطرح نشده باشد. شیوع درد مزمن لگنی در جوامع و مطالعات مختلف ۲۹٪-۳۸٪ گزارش شده است، ولی تا به امروز مطالعه‌ای که فراوانی آن را در جامعه ما نشان داده باشد انتشار نیافته است. هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع درد مزمن لگنی در گروهی از زنان شاغل در شهر تهران است. **روش بررسی:** ۳۰۳ زن شاغل در دو مرکز آموزشی-درمانی شهر تهران با دامنه سنی (۶۳-۱۹) در این طرح که به شکل مقطعی انجام شد، شرکت کردند. برای انجام این طرح پرسشنامه‌ای که علاوه بر اطلاعات دموگرافیک شامل سوابق بیماری‌ها، علائم درگیری سیستم‌های زنان و زایمان، عضلانی-اسکلتی، ادراری و گوارشی بود، در اختیار زنان قرار گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات از نرم‌افزار آماری مناسب برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** ۲۲٪ از زنان گزارش کرده بودند که در حال حاضر درد ناحیه لگن بدون ارتباط با عادت ماهیانه و مقاربت دارند، در حالی که درصد این درد در طول ۶-۱۲ ماه گذشته یا همان درد مزمن لگنی ۱۰٪ بود. سابقه زایمان طبیعی، احساس عدم تخلیه کامل روده‌ها و تقلا و تلاش زیاد حین دفع با وجود درد ناحیه لگن در ۶-۱۲ ماه گذشته ارتباط نشان داد ($p=0/001$ و $p=0/036$). همچنین کمر درد و درد ناحیه تحتانی بدن (مجاری تناسلی، مقعد، نشیمنگاه و استخوان دنبالچه) نیز با درد مزمن ناحیه لگن در ۶-۱۲ ماه گذشته مرتبط بودند ($p=0/001$). نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع قابل توجه درد لگن در جامعه مورد بررسی و همبستگی‌های مجموعه‌ای از علائم سیستم‌های ژنیکولوژیکی، عضلانی-اسکلتی، ادراری و گوارشی با آن، لزوم پرداختن به آن از طرف سیستم‌های بهداشت و درمان با داشتن نگاه جامع‌نگر و به شکل تیم چند تخصصی مطرح می‌شود. همچنین بر ضرورت اجرای مطالعات گسترده اپیدمیولوژیک به شکل جامعه محور و با تعداد نمونه بالاتر تاکید می‌شود.

کلمات کلیدی: درد مزمن لگنی، زنان، فراوانی، ایران.

فریده دهقان منشادی^{۱*}

زینت قنبری^۲

مژگان فروتن^۳

جلیل کوهپایه‌زاده^۴

زهرا مشتاقی^۵

۱- گروه فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی

تهران

۳- گروه گوارش، دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی

۴- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی

ایران

۵- گروه پرستاری، بیمارستان ولیعصر

* نویسنده مسئول، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی

تلفن: ۷۷۵۲۸۹۶

email: manshadi@sbm.ac.ir

مقدمه

است. ولی درد غالباً به علت تغییرات سیستم عصبی عضلانی یا سایر بافت‌ها ادامه دارد.^۱ تشخیص و درمان درد مزمن لگنی حدود ۱۰٪ از ویزیت متخصصان زنان و زایمان را تشکیل می‌دهد. ۲۰٪ کل لاپاراسکوپی‌ها و ۱۶٪-۱۲٪ هیسترتومی‌ها هم ناشی از درد مزمن لگنی است که در آمریکا هزینه‌ای بالغ بر ۲/۸ بیلیون دلار در سال را شامل می‌شود.^۱ بر اساس یک برآورد، سالانه ۱۵۸ میلیون پوند صرف تشخیص و درمان این عارضه در سرویس ملی سلامت بریتانیا می‌شود. این درد بر فعالیت‌های روزانه و کیفیت زندگی زنان

درد مزمن لگنی (Chronic Pelvic Pain (CPP یکی از مشکلات شایع بهداشتی-پزشکی زنان در جامعه امروز است که به نظر می‌رسد در سنین تولید مثل شیوع بالاتری داشته باشد. هر گونه درد لگن بدون ارتباط با حاملگی، عادت ماهیانه و مقاربت که حداقل شش ماه یا بیشتر به طول انجامیده باشد، تحت عنوان درد مزمن لگنی شناخته می‌شود.^{۱-۳} بر خلاف درد حاد که سابقه ضربه به بخشی از بدن وجود دارد، در اینجا مشکل فیزیکی اولیه کاهش یافته یا حتی ناپدید شده

گزارش کردند. در مجموع پاسخ‌های اغلب، تقریباً همیشه و همیشه به عنوان شیوع کلی در نظر گرفته شدند. بر این اساس شیوع درد مزمن لگنی ۷٪ به دست آمد که با سیکل قاعدگی و سابقه هیستریکتومی ارتباط نداشت.^۴ Latthe و همکاران (۲۰۰۶) در یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان دادند که تا آن تاریخ تنها ۱۸ مطالعه اپیدمیولوژیک در مورد شیوع دردهای غیردوره‌ای ناحیه لگن انجام شده و درصد شیوع این دردها ۲۴٪-۲۱٪ گزارش گردیده بود.^۵ مطالعات انجام شده در مورد شیوع CPP، ضمن بیان اهمیت و گستردگی موضوع و ضرورت پرداختن به آن، نشان‌گر این واقعیت هستند که هنوز حتی در مفاهیم و تعریف اولیه درد مزمن لگنی اشتراک نظر بین محققان وجود ندارد، که این سبب پراکندگی در یافته‌های مطالعات اپیدمیولوژیک می‌شود. لذا لزوم بررسی‌های بیشتر با در نظر گرفتن تنوع شاخص‌های جمعیتی به لحاظ محیط زندگی مطرح می‌شود. این مهم به خصوص با توجه به اینکه تعداد این مطالعات در جوامع در حال توسعه بسیار کمتر بوده و احتمال می‌رود که درصد شیوع هم در این جوامع بیشتر باشد، اهمیت بیشتری می‌یابد.^۵ از آنجا که تا به امروز مطالعه‌ای در مورد شیوع این عارضه در کشورمان انتشار نیافته است، این پژوهش با هدف بررسی فراوانی درد مزمن لگنی در گروهی از زنان شاغل در دو مرکز درمانی شهر تهران طراحی و اجرا گردید. علاوه بر این ارتباط تعدادی از عوامل فردی و زمینه‌ای با درصد شیوع این عارضه مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

در بررسی حاضر که یک مطالعه مقطعی است، ۳۰۳ زن شاغل در دو مرکز آموزشی درمانی شهر تهران با دامنه سنی (۱۹-۶۳) شرکت کردند. انتخاب نمونه‌ها به روش غیرتصادفی ساده (استفاده از نمونه‌های در دسترس) بود. حجم نمونه با نظر مشاور آماری و استناد به مطالعات قبلی دو و داشتن مقادیر زیر: $z=1/96$, $p=0/07$, $\alpha=0/05$, $d=0/03$ ، ۲۷۸ نفر برآورد شد که در نهایت ۳۰۳ نفر در طرح وارد شدند. برای اجرای طرح با استفاده از مطالعات انجام شده^{۱۵-۱۳} و تجربیات بالینی مجریان طرح، پرسشنامه‌ای طراحی گردید که علاوه بر اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی در مورد علائم و اختلالات سیستم زنان و زایمان، عضلانی-اسکلتی، ادراری و گوارشی بود. اعتبار ظاهری پرسشنامه با رعایت ترتیب و توالی صحیح سؤالات،

اثرگذارده و اثرات منفی بر سلامت ذهنی و جسمی آنها دارد.^{۴-۵} با وجود این که در مجموع عوامل ژنیکولوژی، اورولوژیک، گوارشی، عضلانی-اسکلتی و همینطور فاکتورهای روانی-اجتماعی به‌عنوان علائم همراه و علل موثر در بروز این مشکل مطرح شده‌اند،^{۴-۱۲} به علت پیچیدگی در بیش از ۶۰٪ موارد، بیماران CPP تشخیص قطعی دریافت نمی‌کنند.^۴ Mahmood (۱۹۹۱) در یک بررسی بیمارستان محور که با هدف بررسی شیوع علائم سیکل قاعدگی در زنان با و بدون آندومترورزیس بر روی ۵۵۹ نفر انجام داد، شیوع درد مزمن لگنی را ۳۹٪ گزارش کرد.^۶ Jamieson و Steege (۱۹۹۶) پرسشنامه‌ای را بین ۵۸۱ نفر از زنانی که در اتاق انتظار سه پزشک عمومی و دو متخصص زنان نشسته بودند، توزیع کردند. نتایج نشان داد که ۳۹٪ درد لگن، ۴۶٪ مقاربت دردناک، ۹٪ دیسمنوره و ۱۲٪ سندرم روده تحریک‌پذیر داشتند. ارتباط سن با درد لگن نیز به این ترتیب دیده شد که زنان در سنین ۱۸-۲۵ و ۴۵-۴۱ به ترتیب با ۴۹٪ و ۳۷٪ بیشترین درصد شیوع درد مزمن لگنی را داشتند. همچنین در نژاد آفریقایی-آمریکایی درصد شیوع در مقایسه با سفید پوستان بیشتر بود (۵۱/۳٪ در مقابل ۳۴/۸٪).^۷ Mathias و همکاران (۱۹۹۶) به صورت تلفنی با ۱۷۹۲۷ زن خانه‌دار آمریکایی تماس گرفتند که ۵۲۶۳ نفر حاضر به پاسخگویی سؤالات شدند. ۷۷۳ نفر (۱۴/۷٪) درد لگن را در طی سه ماه گذشته اعلام کردند که در ۶۱٪ موارد علت آن ناشناخته بود. در مقایسه با بررسی Jamieson & Steege در این مطالعه نرخ شیوع درد لگنی در زنان آفریقایی-آمریکایی و زنان بالای ۳۵ سال کمتر بود.^۸ Zondervan (۲۰۰۱) با استفاده از پرسشنامه‌ای که از طریق پست برای زنان ارسال شده بود، شیوع سالانه CPP را در زنان ۱۵-۷۳ ساله در بریتانیا ۳۸/۱۰۰۰ گزارش کرد. مطالعه دیگر وی شیوع سه ماهه این عارضه را در بین زنان ۱۸-۴۹ ساله ۲۴٪ نشان داد. این بررسی‌ها همچنین نشان داد که نیمی از زنان مبتلا به درد مزمن لگنی دارای علائم ژنیکولوژی-ادراری و یا سندرم روده تحریک‌پذیر بوده و شیوع دیسمنوره و مقاربت دردناک هم در آنها بیشتر است.^{۹-۱۱} در مطالعه Van Os-Bossagh (۲۰۰۱) بر روی ۵۷۷ زن هلندی درد مزمن لگنی به عنوان درد ناحیه پایین شکم بدون هیچ علت ارگانیک شناخته‌شده تا زمان مطالعه تعریف شده و زنان شرکت‌کننده وقوع CPP و علائم همراه را در یک مقیاس پنج نقطه‌ای، هرگز یا به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، تقریباً همیشه و همیشه

طبیعی داشتند و در بقیه موارد زایمان از نوع سزارین بود. ۲۳ نفر (۱۱٪) از زنان متاهل از مقاربت دردناک شکایت داشتند و ۱۴ نفر (۷٪) از آنان هیستریکتومی شده بودند. در مجموع ۶۶ نفر یا ۲۲/۳٪ از زنان (۲۵/۸-۲۱/۱؛ CI/۹۵) گزارش کرده بودند که در حال حاضر درد ناحیه لگن بدون ارتباط با عادت ماهیانه و مقاربت دارند، در حالی که فراوانی این درد در طول ۱۲-۶ ماه گذشته یا همان CPP در ۲۷۴ نفری که به این سوال پاسخ داده بودند، ۲۸ نفر یا ۱۰/۲٪ بود. ۱۴/۱٪ افراد در طی ۱۲-۶ ماه گذشته غالباً، تقریباً همیشه و یا به طور دائم درد در ناحیه پایین بدن (مجاری تناسلی، مقعد، نشیمنگاه و استخوان دنبالچه) و ۲۹/۱٪ نیز کمر درد داشتند. ۹/۸٪ غالباً و ۴/۸٪ تقریباً همیشه و یا به طور دائم نیاز فوری به دفع ادرار حتی در صورت عدم مصرف حجم زیاد مایعات را گزارش کردند. ولی تنها ۵٪ تقریباً همیشه و یا به طور دائم خروج غیر ارادی ادرار پس از عطسه، سرفه و یا بلند کردن اجسام سنگین داشتند. تعداد دفعات دفع مدفوع (۳/۱±۶/۸) بار و تنها در ۴/۶٪ موارد کمتر از سه بار در هفته بود. ۱۱/۵٪ اغلب و ۳/۴٪ تقریباً همیشه احساس عدم تخلیه کامل روده‌ها را بعد از دفع گزارش کردند. همچنین ۱۱٪ از زنان غالباً و ۶/۵٪ نیز تقریباً همیشه و یا به طور دائم نیاز به تقلا و تلاش زیاد حین

نگارش مناسب و ویرایش آنها حاصل شد. اعتبار محتوایی با الگو گرفتن از اهداف مطالعه و شاخص‌های مورد نظر تنظیم گردیده و توسط صاحب‌نظران (متخصصین زنان و زایمان، گوارش، فیزیوتراپی، اپیدمیولوژی، بهداشت و پزشکی اجتماعی) مورد بازبینی قرار گرفت. همچنین پایایی کلی آن با تکمیل ۳۰ پرسشنامه توسط زنان داوطلب با آلفای کرونباخ ۸۱٪ به دست آمد. علائم همراه با چگونگی ظهور آنها با مقیاس پنج نقطه‌ای ارزیابی می‌شدند. به این ترتیب که رخداد و وقوع علائم هر یک از سیستم‌های فوق را با واژه‌های: هرگز یا به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، تقریباً همیشه و همیشه ثبت می‌شدند. همچنین تصویر ناحیه لگن به طور شماتیک روی پرسشنامه درج گردیده بود تا منظور از ناحیه لگن بهتر برای شرکت‌کنندگان در طرح مشخص شود. برای اجرای طرح پرسشنامه‌ها در اختیار زنان شاغل در بخش‌های مختلف دو مرکز آموزشی درمانی شهر تهران، امام خمینی و شهدای تجریش، قرار گرفت و از آنها خواسته شد که در زمان مناسب، خارج از ساعات کاری یا در ساعاتی که حجم کار کمتر بود، به سوالات پاسخ داده و سپس آن را به مجریان طرح عودت دهند. این مطالعه در نیمه دوم سال ۱۳۸۵ انجام گرفت، در آن از هیچ مداخله درمانی استفاده نگردید و افراد آزاد بودند که هر زمان از طرح خارج شده و پرسشنامه را تکمیل نمایند. تعدادی از شاخص‌های فردی مورد بررسی عبارت بودند از: سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، سطح سلامت شرکت‌کنندگان از نظر خودشان، نوع اشتغال، سابقه زایمان طبیعی، داشتن برنامه ورزشی منظم، مصرف مداوم دارو و سابقه آزار جنسی در دوران کودکی. اطلاعات با استفاده از Sheet Master وارد کامپیوتر شده و از نرم‌افزار آماری Spss/win ویراست ۱۱/۵ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای ارائه شرحی داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد. با توجه به اینکه متغیرهای مورد مطالعه بر اساس آزمون Kolmogorov-Smirnov از توزیع نرمال بر خوردار بودند، از آزمون‌های t-test برای مقایسه میانگین‌ها و Pearson و ANOVA برای بررسی ارتباط بین متغیرها استفاده گردید. مقادیر $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در طرح را نشان می‌دهد. در مجموع ۸۲ نفر (۳۹٪) از زنان متاهل سابقه زایمان

جدول- ۱: خصوصیات دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در مطالعه

خصوصیات	*
سطح تحصیلات	بی سواد (۱/۷)
	ابتدایی و راهنمایی (۴/۷)
	دیپلم و فوق‌دیپلم (۲۹)
	لیسانس و بالاتر (۶۴/۷)
وضعیت اشتغال	درمانی (۵۶/۵)
	آموزشی (۱۱/۶)
	اداری (۲۶)
	خدماتی (۵/۸)
وضعیت تاهل	متاهل (۷۰/۵)
	مجرد (۲۴/۵)
	مطلقه و بیوه (۵)
نظر افراد در مورد سطح سلامت خود	خوب و بسیار خوب (۶۳/۱)
	متوسط و بد (۳۶/۹)
سابقه انجام ورزش به طور منظم	داشتند (۱۰/۴)
	نداشتند (۸۹/۶)
آزار جنسی در دوران کودکی (n= ۲۶۲)	داشتند (۳/۸)
	نداشتند (۹۶/۲)

* داده‌های فوق به صورت تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

جدول- ۲: مقایسه درصدهای شیوع علائم همراه با استفاده از t-test در دو گروه افراد با و بدون درد مزمن لگنی

علائم همراه	درصد شیوع در گروه با CPP (n=28)	درصد شیوع در گروه بدون CPP (n=246)	مقدار p
نیاز فوری به دفع ادرار	۵۰(۱۴)	۱۱(۲۷)	۰/۰۰۰۱
نفخ	۶۰/۷	۳۰(۷۴)	۰/۰۰۲
احساس عدم تخلیه کامل روده‌ها	۳۹(۱۱)	۱۲(۲۹)	۰/۰۰۶
تلاش و تقلا حین دفع	۴۲(۱۲)	۱۵ (۳۶)	۰/۰۰۵
استفاده از وسیله کمکی حین دفع	۱۵(۴)	۳(۷)	۰/۰۰۲
درد ناحیه پایین بدن	۳۹(۱۱)	۱۱(۲۷)	۰/۰۰۰۱
کمر درد	۴۰(۱۱)	۲۸(۶۹)	۰/۰۱۶
زایمان طبیعی	۳۷(۱۰)	۲۴(۵۹)	۰/۰۳۶

درد مزمن لگنی در حال حاضر را ۳۹٪ گزارش کردند که از یافته مطالعه حاضر بیشتر است. تفاوت را می‌توان در تعریف اولیه از درد مزمن لگنی، خصوصیات جامعه مورد بررسی و متدولوژی تحقیق دانست.^{۵-۷} در ۱۰/۲٪ موارد سابقه درد لگن شش ماه یا بیشتر بود، به عبارت دیگر ۱۰/۲٪ موارد درد مزمن لگنی داشتند. با توجه به اینکه Van Os-Bossagh درد مزمن لگنی را به عنوان درد ناحیه تحتانی شکم در ۱۲-۶ ماه گذشته تعریف کرده است و در مطالعه حاضر هم این تعریف پذیرفته شده است، درصد به دست آمده در این طرح تقریباً با نتایج مطالعه ایشان یعنی ۷٪ نزدیکی دارد.^{۲۱۲}

با وجود اینکه بر اساس تعریف درد مزمن لگنی به دردی گفته می‌شود که علت مشخص ساختاری برای آن مطرح نشده باشد^{۲۱۳} در برخی منابع آندومتروزیس، چسبندگی‌ها، سندرم روده تحریک‌پذیر و Interstitial Cystics به عنوان چهار علت شایع در بروز درد مزمن لگنی مطرح شده‌اند.^{۱۳} ولی به نظر می‌رسد که عوامل عضلانی-اسکلتی به عنوان عوامل موثر در بروز این عارضه کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته‌اند.^{۱۳-۱۵} هر چند در سال‌های اخیر شواهدی مبنی بر درگیری سیستم عضلانی-اسکلتی در زنان مبتلا به درد مزمن لگنی ارائه شده است.^{۱۶،۱۷} در بررسی حاضر هم ۲۹/۱٪ از زنان مورد مطالعه کمر درد و ۱۴/۱٪ هم درد ناحیه تحتانی بدن (ناحیه پرینه، مقعد، نشیمنگاه و استخوان دنبالچه) داشتند و درصد شیوع این دو عارضه هم در گروه با CPP بیشتر بود. ممکن است این اختلالات عامل اولیه در بروز CPP باشند و یا اینکه تغییرات پوسچرال و انقباضات عضلات کف لگن ثانویه به دردهای مزمن لگنی سبب بروز این اختلالات شوند. در مجموع این یافته‌ها لزوم توجه بیشتر به اختلالات سوماتیکی به عنوان منشاء درد در این بیماران را مطرح می‌کند.^{۱۷} در این مطالعه ارتباط زایمان طبیعی با شیوع درد مزمن لگنی

دفع داشتند. تنها ۴/۸٪ از موارد حین دفع از انگشت یا وسیله کمکی دیگر برای تسهیل آن استفاده کرده بودند. احساس نیاز فوری به دفع مدفوع در ۷٪ زنان گزارش گردید و ۳/۱٪ نیز دفع غیر ارادی مدفوع به شکل مایع غلیظ یا جامد داشتند. ۳۴ نفر (۱۱/۳٪) اغلب یا همیشه احساس عدم تخلیه کامل روده‌ها و تقلا و تلاش زیاد حین دفع را به طور همزمان گزارش کردند. ۲۵٪ از زنانی که برای پرولاپس ارگان‌های لگنی تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و یک سوم از زنان شاغل در بخش خدمات CPP داشتند. سابقه زایمان طبیعی (p=۰/۰۳۶)، احساس عدم تخلیه کامل روده‌ها، تقلا و تلاش زیاد حین دفع و استفاده از انگشت یا وسیله کمکی دیگر برای تسهیل دفع با وجود درد ناحیه لگن در ۱۲-۶ ماه گذشته ارتباط نشان داد (p=۰/۰۰۰۱). همچنین کمر درد و درد ناحیه تحتانی بدن (مجاری تناسلی، مقعد، نشیمنگاه و استخوان دنبالچه) نیز با درد مزمن ناحیه لگن در ۱۲-۶ ماه گذشته مرتبط بودند (p=۰/۰۰۰۱). تنها حدود ۴٪ از زنانی که سطح سلامت خود را بسیار خوب و خوب اعلام کرده بودند CPP داشتند در حالی که شیوع در گروهی که سطح سلامت خود را متوسط و یا بد اعلام کرده بودند (p=۰/۰۰۰۱). سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، انجام منظم ورزش، سابقه آزار جنسی در دوران کودکی و هیستریکتومی ارتباطی با شیوع CPP نشان ندادند (p>۰/۰۵). از نگاهی دیگر در واقع ما دو گروه زنان با و بدون CPP را در مطالعه حاضر داشتیم که درصد شیوع علائم همراه در دو گروه نیز مقایسه شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

بحث

در مطالعه حاضر فراوانی درد لگن در حال حاضر در جامعه مورد بررسی ۲۲/۳٪ به دست آمد. Mahmood و Jamieson & Steege شیوع

مشاهده گردید. به این معنا که درصد شیوع CPP در زنان با سابقه زایمان طبیعی بیشتر بود. تغییرات هورمونی و بیومکانیکی در دوران بارداری سبب شلی عناصر نگهدارنده و ثبات‌دهنده مجموعه کمر و لگن می‌شوند. زایمان طبیعی به دلیل اعمال کشش بیش از حد به این بافت‌ها نرخ بروز درد و بی‌ثباتی را در این مجموعه افزایش می‌دهد.^{۱۴،۱۵} به علت همراهی علائم سیستم عضلانی-اسکلتی در بروز CPP و ارتباط آن با زایمان طبیعی آموزش ورزش‌های دوران بارداری و پس از زایمان و در صورت لزوم استفاده از کمربندهای لگنی در این دوران جهت کاهش این دو عارضه توصیه می‌شوند. درصد شیوع CPP در زنانی که همچنان عادت ماهیانه می‌شدند، بیشتر بود به این ترتیب که ۹۲/۵٪ از این زنان CPP داشتند که این درصد در گروهی که CPP نداشتند، ۸۵٪ بود. این یافته این نظریه را که درد مزمن لگنی غالباً در دوران باروری دیده می‌شود را تایید می‌کند.^{۴،۱۳}

بر اساس یافته‌های این تحقیق نیمی از مبتلایان به CPP نیاز به دفع فوری ادرار حتی در صورت عدم مصرف حجم زیاد مایعات داشتند. در مطالعه Van Os-Bossagh هم درصد شیوع بی‌اختیاری ادراری نوع Urge در گروه با درد مزمن لگنی ۳۷٪ بود.^۲ علل اورولوژیک CPP عبارتند از: سندرم پیشابراه، Interstitial Cystitis و ناپایداری دترسور، که در دو مورد اول اضطراب در دفع ادرار دیده می‌شود.^{۱۸} همانطور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، اختلالات گوارشی غالباً به شکل مشکلات دفعی، از شیوع بالایی در زنان مبتلا به CPP برخوردارند. سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان شایع‌ترین علامت گوارشی همراه با CPP مطرح است که علائم آن عبارتند از: کرامپ و درد کولیک (در ناحیه پایین شکم)، کاهش حرکات روده با شروع درد، سختی دفع، نفخ شکم و دفع کمتر از سه بار در هفته. حداقل دو علامت از علائم فوق در ۹۰٪ بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر دیده می‌شوند.^{۴،۱۸} یافته‌های مطالعه حاضر هم سندرم روده تحریک‌پذیر را به عنوان یکی از اختلالات شایع همراه CPP تایید می‌کنند. در عین حال به علت همپوشانی اختلالات مختلفی که

سبب درد در ناحیه لگن می‌شوند، برای رسیدن به تشخیص دقیق بر لزوم داشتن نگاه جامع‌نگر به بیماران CPP و معاینات تیمی چند تخصصی در مورد این بیماران تاکید می‌شود.^{۱۴-۱۵} ارتباط سطح سلامت زنان با CPP که در این مطالعه دیده شد می‌تواند موید اثرات روانی درد مزمن لگنی باشد که در بررسی‌های قبلی هم اشاره شده است. بنا بر گزارش سایت درد مزمن لگنی، ۵۶٪ مبتلایان به CPP دچار تغییرات قابل توجه به لحاظ روانی می‌شوند و ۴۷٪ هم گاهی اوقات احساس دل شکستگی و افسردگی خواهند داشت.^{۱۴} احتمالاً این تغییرات سبب خواهند شد که فرد وضعیت سلامت عمومی خود را متوسط یا بد گزارش نماید. ۳/۸٪ از زنان شرکت‌کننده در این طرح از سابقه آزار جنسی در کودکی گزارش داده بودند. هرچند که بر خلاف مطالعه Lampe^{۱۹}، در اینجا رابطه‌ای بین سابقه آزار جنسی و شیوع CPP دیده نشد، بر توجه به این آمار، به خصوص با نظر به این نکته که احتمال می‌رود مواردی نیز به علت مسائل فرهنگی از دادن پاسخ صحیح به این سوال خودداری کرده باشند، تاکید می‌شود. بین سابقه هیستریکتومی و CPP ارتباطی دیده نشد. این یافته با مطالعات قبلی نیز هم‌خوانی دارد.^۲ عدم ارتباط شیوع CPP با سطح تحصیلات و وضعیت تاهل زنان شرکت‌کننده در طرح نیز موید نتایج بررسی‌های قبلی است.^{۷،۸} با توجه به شیوع ۲۲/۳٪ درد لگن و ۱۰/۲٪ نوع مزمن آن در جامعه مورد مطالعه و همین‌طور همراهی مجموعه‌ای از علائم سیستم‌های ادراری، گوارشی، عضلانی-اسکلتی و ژنیکولوژیکی که سبب پیچیده شدن روند تشخیص و درمان آن می‌شود، بر لزوم پرداختن به مقوله CPP از طرف سیستم‌های بهداشت و درمان با داشتن نگاه جامع‌نگر و به شکل تیم چند تخصصی تاکید می‌شود. علاوه بر این مطالعه حاضر تنها در یک جمعیت محدود انجام گردید، بر ضرورت اجرای مطالعات گسترده اپیدمیولوژیک به شکل جامعه محور و با تعداد نمونه بالاتر تاکید می‌شود. سپاسگزاری: نویسندگان مقاله به این وسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از دکتر Van Os-Bossagh به جهت حمایت علمی در تدوین پرسشنامه ابراز می‌دارند.

References

1. Wenof M, Perry P. Understanding the principles of chronic pelvic pain. The International Pelvic Pain Society, 1991.
2. van Os-Bossagh P, Pols T, Hop WC, Nelemans T, Erdmann W, Drogendijk AC. Questionnaire as diagnostic tool in chronic pelvic pain (CPP): a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103: 173-8.
3. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 93-9.
4. Cheong Y, Stones RW. Doctors and the chronic pelvic pain patient. *Minerva Ginecol* 2007; 59: 613-8.

5. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006; 6: 177.
6. Mahmood TA, Templeton AA, Thomson L, Fraser C. Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 558-63.
7. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 55-8.
8. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 321-7.
9. Zondervan KT, Barlow D. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*; 2000; 3: 403-414.
10. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 541-7.
11. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community: symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1149-55.
12. van Os-Bossagh P, Pols T, Hop WC, Bohnen AM, Vierhout ME, Drogendijk AC. Voiding symptoms in chronic pelvic pain (CPP). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107: 185-90.
13. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 594-611.
14. FitzGerald MP. Chronic Pelvic Pain. *Curr Womens Health Rep*. 2003; 3: 327-33.
15. Weiss JM. Chronic pelvic pain and Myofascial Trigger Points. *Pain Clinic*; 2000; 2: 13-8.
16. Montenegro ML, Vasconcelos EC, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract* 2008; 62: 263-9.
17. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 272.
18. Carter JF, Soper DE: Chronic Pelvic Pain: Are You Overlooking its Nongynecological Causes? *Women's Health In Primary Care* 2000; 9: 649-61.
19. Lampe A, Sölder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Söllner W. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 929-33.

Chronic Pelvic Pain frequency among a group of Iranian employed women

Received: March 10, 2007 Accepted: September 04, 2008

Abstract

Dehghan FM^{1*}
Ghanbari Z.²
Frootan M³
Kuhpayeh Zadeh J.⁴
Moshtaghi Z.⁵

1- Department of
Physiotherapy, Rehabilitation
Faculty, Shaheed Beheshti Medical
University

2- Vali Asr, Health and
Reproductive Research Center -
Tehran University of Medical
Sciences

3- Department of
Gastroenterologist, Research
Center for Gastroenterology and
Liver Disease, Shaheed Beheshti
Medical University

4- Department of Educational &
Development Center

5- Department of Nursing,
Gynecology Clinic, Vali Asr
Hospital

Background: Chronic Pelvic Pain (CPP), a common health problem in women, characterized by lower abdominal pain that has lasted at least for six months. Although, it's annual prevalence estimated 3.8 to 49%, there is no data in Iranian society. This study was aimed at gathering comprehensive and reliable data regarding the prevalence of CPP in female employees at two university hospitals in Tehran in 2006-2007.

Methods: A cross-Sectional study was conducted to determine the CPP prevalence on 303 volunteer females aged 19-63(34.7±9.2) years, working in two university hospitals, Tehran. A designed questionnaire with four parts containing questions regarding demographic information, gynecological, urinary and gastrointestinal symptoms was used. The ethical committee of the Shaheed Beheshti Medical University approved the study.

Results: The prevalence of present pelvic pain unrelated to menstrual cycle was 22.3% and totally 10.2% subjects suffered from CPP during the last 6-12 months. Our data showed a significant difference in prevalence of CPP between women with and without vaginal delivery (37% VS. 24 P=0.036%). There was a significant relationship between incomplete and hard defecation and occurrence of CPP (p<0.001). The prevalence of LBP & PPD in women with CPP was higher than women with no CPP (p<0.001).

Conclusions: Regarding to the prevalence of CPP and its relationship with gynecological, urinary, musculoskeletal and gastrointestinal factors, we emphasize on a multidisciplinary approach for management of CPP, also recommend performing further community-based epidemiological studies.

Keywords: Pelvic pain, women, prevalence, chronic.

*Corresponding author: Physiotherapy
Department,
Rehabilitation Faculty,
Shaheed Beheshti Medical University
Tel: +98-21-77548496
email: manshadi@sbmu.ac.ir