

شیوع عوارض باروری در چهار استان منتخب کشور

دکتر فهیمه رضانی^۱، دکتر معصومه سیمبر^۲، دکتر مهران‌دخت عابدینی^۳

۱- مرکز تحقیقات غدد تولیدمثل، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۳- معاونت سلامت، اداره کل بهداشت خانواده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
* نویسنده مسؤل: تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میرداماد، تقاطع ولیعصر و اتوبان نیاش، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، طبقه سوم، دفتر معاونت پژوهشی، کد پستی: ۱۹۹۶۸۳۵۱۱۹، تلفن و نمابر: ۸۸۲۰۲۵۱۶
پست الکترونیک: msimbar@smbu.ac.ir

دریافت: ۸۹/۵/۲۰ پذیرش: ۹۰/۲/۳

چکیده

مقدمه: گستردگی و تأثیر عوارض باروری بر سلامت و کیفیت زندگی زنان در کشورهای در حال توسعه مستند شده است. اندازه‌گیری شاخص عوارض باروری علاوه بر شاخص مرگ مادران، به عنوان شاخص دستیابی به هدف ارتقاء سلامت مادران و باروری مطرح گردیده است. هدف از این مطالعه تعیین میزان شیوع عوارض باروری شامل عوارض رحمی در ایران است تا گامی برای طراحی خدمات سلامت باروری باشد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مبتنی بر جامعه، بخشی از یک مطالعه وسیع که برای تعیین میزان شیوع عوارض باروری در زنان ایرانی در سال ۱۳۸۸ در چهار استان منتخب انجام شد می باشد. شرکت‌کنندگان ۱۲۳۹ زن ۱۸ تا ۴۵ ساله بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای وارد مطالعه شدند. ابزار مطالعه پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سؤالات دموگرافیک، باروری و انجام معاینات بالینی بود.

یافته‌ها: نتایج حاکی از شیوع عفونت‌های سیستم تناسلی ۳۷/۶٪، شلی‌های لگنی ۴۰/۴٪، خونریزی غیرطبیعی رحمی ۳۱٪ بود. نتایج همچنین نشان داد که ۳۵/۱، ۳۴/۵ و ۹/۶ درصد از زنان به ترتیب مبتلا به ۱، ۲ و ۳ مورد از عوارض باروری فوق هستند و فقط ۲۰/۶٪ از زنان مورد مطالعه مبتلا به هیچ یک از این عوارض نبودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع عوارض باروری در زنان، لزوم غربالگری و تشخیص، درمان و پیگیری این عوارض مورد تأکید قرار می‌گیرد. رسیدن به توافقات بین‌المللی در تعریف شاخص‌های مربوط به عوارض باروری نیز ضروری به نظر می‌رسد.

کلواژگان: شیوع، عوارض باروری، عفونت‌های دستگاه تناسلی، شلی‌های لگنی، خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی

مقدمه

میزان مرگ مادران به عنوان شاخص، نشان‌دهنده وضعیت کلی سلامت مادران و شاخص میزان دستیابی به هدف ارتقاء سلامت مادران از اهداف توسعه هزاره سوم معرفی گردیده است. اما باید دانست که به ازای هر مورد مرگ مادر، ۲۰ مادر دچار عوارض طولانی‌مدت ناشی از بارداری و زایمان می‌شوند (۱). سالانه در دنیا ۵۰ میلیون زن دچار عوارض باروری می‌شوند و برای حداقل ۱۸ میلیون از آنان این عوارض طولانی‌مدت و اغلب ناتوان‌کننده می‌شود (۲). بر طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی ۳۳٪ از بار بیماری‌ها در زنان مربوط به بیماری‌های باروری است در حالی که این میزان در مردان ۱۲/۳٪ است (۳). عوارض مادران و باروری تأثیر زیادی بر شاخص سال‌های زندگی میزان

شده با ناتوانی یا شاخص دالی^۱ دارد که یا به علت مرگ زنان در نتیجه عوارض مادری یا باروری است و یا به سبب سال‌های زیادی است که با این عوارض زندگی می‌کنند و پیشنهاد شده است که عوارض باروری و ناتوانی‌های ناشی از آن مانند مرگ مهم شمرده شود (۴). گستردگی و تأثیر عوارض باروری بر سلامت و کیفیت زندگی زنان در کشورهای در حال توسعه مستند شده است (۵). بنابراین، اندازه‌گیری شاخص عوارض باروری علاوه بر شاخص مرگ مادران، به عنوان شاخص دستیابی به هدف ارتقاء سلامت مادران و باروری مطرح گردیده

^۱ Disability-adjusted life years (Daly)

عوارض باروری بودند (۱۵). در مناطق روستایی هند، میزان عفونت‌های دستگاه تناسلی ۲۲٪ گزارش شد، اما فقط ۱۲٪ از این زنان برای درمان مراجعه می‌کردند (۱۶). در نپال کمتر از ۱۰٪ زنان متأهل مبتلا به عفونت‌های دستگاه تناسلی و ۱۰٪ نیز مبتلا به شلی‌های لگنی بودند (۱۷). شایع‌ترین عوارض باروری در ایران در یک مطالعه در ایل قشقایی به ترتیب سیستوسل، پرولاپس رحمی و رکتوسل بودند و عوارض دیگر نیز شامل عفونت و زخم سرویکس، بی‌اختیاری ادرار و دیس‌پارونی گزارش شد (۱۸). تردیدی نیست که تعیین میزان شیوع عوارض باروری بر اساس مطالعات مبتنی بر جمعیت می‌تواند در طراحی برنامه‌های مداخلاتی و امکانات بهداشتی مربوط به پیشگیری و درمان عوارض باروری بسیار کمک‌کننده باشند. اما تاکنون مطالعه گسترده‌ای در کشور به صورت مبتنی بر جامعه برای اندازه‌گیری عوارض باروری انجام نشده است. اگرچه مطالعات محدودی در خصوص میزان برخی از عوارض مادری و باروری در سطح درمانگاه‌ها وجود دارد، اما این میزان‌ها بازتابی از وضعیت کل زنان جامعه نیست و مطالعات مبتنی بر جامعه در این زمینه مفید و کمک‌کننده هستند که البته بسیار کمیاب هم هستند (۱۹). فقدان اطلاعات در مورد میزان عوارض باروری می‌تواند سلامت زنان هر جامعه را تهدید کند و اطلاعات در این زمینه می‌تواند به سیاست‌گذاری‌های مناسب در زمینه مدیریت این عوارض و کنترل بیشتر آنان بر سلامت جنسی و راحتی آنان در درمان این عوارض بیانجامد (۵).

هدف از این مطالعه مبتنی بر جمعیت، تعیین میزان شیوع سه دسته از عوارض باروری شامل عفونت‌های باروری، شلی‌های لگنی و خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی در ایران است تا گامی جهت طراحی خدمات لازم برای آموزش و مراقبت سلامت باروری باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مبتنی بر جامعه، بخشی از یک مطالعه وسیع است که برای تعیین میزان شیوع عوارض باروری در زنان ایرانی در سال ۱۳۸۸ در چهار استان منتخب گلستان، هرمزگان و کرمانشاه و قزوین در شمال، جنوب، غرب و مرکز ایران انجام شد. استان‌های انتخاب شده نمایان‌گر مشخصات جغرافیایی و دموگرافیک و نیز شاخص‌های باروری خاص ایران بودند. شرکت‌کنندگان ۱۲۳۹ زن ۱۸ تا ۴۵ ساله بودند.

جمعیت این مطالعه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی شده سهمیه‌ای، بر مبنای سهم متناسب با جمعیت، انتخاب شد. حجم نمونه بر اساس فرمول مطالعات توصیفی و با استفاده از

است (۶). سازمان بهداشت جهانی عوارض باروری^۲ را به عنوان بیماری و یا سوء عملکرد دستگاه باروری، یا هر عارضه‌ای که نتیجه رفتارهای باروری مانند بارداری، سقط، زایمان با رفتارهای جنسی باشد، تعریف کرده است (۷). این عوارض شامل سه دسته عوارض شامل: عوارض مامایی مانند مشکلات مربوط به زایمان و دوره بعد از زایمان؛ عوارض زنان و بیماری‌های دستگاه تناسلی مانند عفونت‌های دستگاه تناسلی، تغییرات سلولی سرویکس، شلی‌های لگنی و ناباروری؛ و عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری، مانند مشکلات سیستمیک یا موضعی ناشی از مصرف روش‌های پیشگیری سنتی و یا مدرن است. به علاوه، برخی بیماری‌ها مانند عفونت‌های ادراری، کم‌خونی، هیپرتانسیون و چاقی که می‌توانند نتیجه عملکرد دستگاه تناسلی باشند هم در نظر گرفته می‌شوند (۷).

چندین مطالعه مبتنی بر جامعه برای تعیین میزان شیوع عوارض باروری در زنان سنین باروری در کشورهای منطقه انجام شده است (۸). در غزه مصر، شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی ۵۶٪ بود و فقط ۵٪ از زنان در این منطقه مبتلا به هیچ یک از عوارض باروری مانند عفونت‌های دستگاه تناسلی، شلی‌های لگنی، عفونت‌های ادراری، کم‌خونی، چاقی و فشارخون بالا نبودند. از طرف دیگر، تقریباً نیمی از زنان، مبتلا به دو و یا سه مورد از این عوارض بودند و نشان داده شد که با بالاتر رفتن سن تعداد عوارضی که زنان تجربه می‌کنند به طور معناداری افزایش می‌یابد (۹). در اردن، نشان داده شد که در ۵۵٪ از زنان، عفونت‌های دستگاه تناسلی و در ۲۲٪ شلی‌های لگنی وجود دارد و نتیجه گرفته شد که سلامت زنان در طول سال‌های باروری حتی خارج از زمان حاملگی نیز در معرض خطر می‌باشد و نیاز به تحقیقات بیشتر برای برنامه‌ریزی بهتر برای مراقبت‌های بهداشتی زنان در این سنین وجود دارد (۱۰). در بنگلادش، ۶۴/۵٪ از نوجوانان از عوارض باروری رنج می‌بردند و شایع‌ترین اشکال عوارض در آنان اختلالات قاعدگی ۶۳/۹٪، درد پایین شکم در ۵۸/۶٪ و سوزش ادرار ۴۶/۱٪ بود (۱۱). در عمان، شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی تحتانی ۲۲٪ و دستگاه تناسلی فوقانی ۳/۷٪ و شلی‌های لگنی ۱۰٪ گزارش شد (۱۲). در لبنان، ۴۹/۶٪ زنان مبتلا به شلی‌های لگنی و ۹/۳٪ مبتلا به عفونت دستگاه تناسلی داخلی بودند (۱۳). در تاملیل نادوی هند، ۵۳٪ از زنان علائم مربوط به بیماری‌های زنان و ۳۸٪ از آنان یافته‌های آزمایشگاهی عفونت‌های دستگاه تناسلی را نشان می‌دادند (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر در هند، ۵۷٪ از زنان دچار حداقل یکی از

² Reproductive morbidity

نمونه‌ها بعد از مصاحبه اندازه‌گیری می‌شد و بعد معاینه لگنی زنان متأهل در چهار مرحله انجام می‌شد: مرحله اول، مشاهده ولو از نظر بررسی ضایعات، التهاب و زخم ولو؛ مرحله دوم: معاینه با اسپاکولوم از نظر بررسی ضایعات و ترشحات و التهاب واژن و سرویکس و با استفاده از پرسش‌نامه و چک‌لیست تهیه شده بر اساس راهنمای سازمان بهداشت جهانی (۲۰)؛ مرحله سوم، معاینه از نظر بررسی پرولاپس لگنی و شدت آن (قدامی، خلفی و رحم) بر اساس پروتکل استاندارد شده بامپ^۳ و همکاران بود (۲۱) و در مرحله چهارم، معاینه دو دستی از نظر بررسی وضعیت رحم و ضمایم و دردناک بودن بودن حرکات سرویکس و وجود نودولاریته در کولدوساک قدامی یا خلفی انجام شد.

در این مطالعه، ابتلاء زنان به عفونت‌های دستگاه تناسلی، شلی‌های لگنی و خونریزی‌های غیرطبیعی به عنوان عارضه باروری قلمداد گردید. تأیید کمیته اخلاقی وزارت بهداشت قبل از انجام پروژه اخذ گردید. اجازه‌نامه آگاهانه نیز قبل از انجام پژوهش از نمونه‌های پژوهش اخذ شد.

نتایج

از ۱۲۵۶ زن انتخاب شده در خوشه‌ها پس از پر کردن چک‌لیست اولیه ۱۲۳۹ زن واجد شرایط بودند که جهت انجام مطالعه از آنان دعوت به عمل آمد که از این تعداد ۱۱۱۷ زن پرسش‌نامه و معاینات را تکمیل کردند (پاسخ‌دهی ۹۰٪). میانگین سنی شرکت‌کنندگان $33/25 \pm 6/7$ سال بود. ۱۰۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان متأهل ازدواج کرده و مابقی مجرد بودند. مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱- مشخصات زنان شرکت‌کننده در مطالعه سال ۱۳۸۸ (تعداد ۱۱۱۷ نفر)*

شماره مشخصات	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
۱ سن (سال)	۳۳/۲	۷/۷	۱۷	۵۱
۲ تحصیلات (سال)	۸/۸	۴/۵	۰	۱۹
۳ وزن (کیلوگرم)	۶۷/۷۸	۱۲/۷	۳۹	۱۳۲
۴ شاخص توده بدنی (کیلوگرم/متر مربع)	۲۶/۹	۴/۹	۱۱/۹	۵۳/۵
۵ قد (سانتی‌متر)	۱۵۸/۶	۵/۹	۱۴۰	۱۹۶
۶ دور باسن (سانتی‌متر)	۱۰۵/۳	۱۱/۳	۶۰	۱۷۹
۷ دور کمر (سانتی‌متر)	۸۵/۲	۱۲	۴۶	۱۲۷
۸ فشار خون سیستولیک (میلی‌متر جیوه)	۱۰۸/۴	۱۳/۸	۶۰	۱۸۰
۹ فشار خون دیاستولیک (میلی‌متر جیوه)	۶۸/۴	۱۱/۳	۴۰	۱۲۰
۱۰ سن زن هنگام اولین ازدواج (سال)	۱۹/۹	۳/۳	۱۴	۴۲
۱۱ سن مادر در اولین بارداری (سال)	۱۹/۷	۳/۹	۱۰	۳۷
۱۲ سن همسر هنگام اولین ازدواج (سال)	۲۴/۸	۵/۵	۱۵	۷۸
۱۳ تعداد زایمان	۲/۵	۱/۵	۰	۱۶
۱۴ تعداد بارداری	۲/۸	۱/۶	۰	۱۶
۱۵ تعداد سقط	۰/۳	۰/۷	۰	۸
۱۶ تعداد سقط عمدی	۰/۱	۰/۳	۰	۵
۱۷ تعداد زایمان واژینال	۲/۱	۱/۷	۰	۱۶
۱۸ تعداد سزارین	۰/۴	۰/۷	۰	۴
۱۹ تعداد فرزندان مذکر	۱/۲	۱	۰	۶
۲۰ تعداد فرزندان مؤنث	۱/۲	۱/۱	۰	۷

*تعداد برای موارد ۱ تا ۱۱۱۷، ۹ نفر زن مجرد و متأهل و برای موارد ۱۰ تا ۲۰ برای ۱۰۰۰ نفر زن ازدواج کرده شرکت‌کننده در مطالعه بوده است.

فرمول تخمین فراوانی نسبت و بعد از اعمال ضریب ۲ به منظور رفع تورش ناشی از استفاده از این روش نمونه‌گیری، ۱۰٪ و افزایش ۱۰٪ (عدم پاسخ‌دهی به سؤالات) ۱۲۵۰ نفر در نظر گرفته شد. چهار استان کشور (قزوین در مرکز، کرمانشاه در غرب، گلستان در شمال و هرمزگان از جنوب) به شکل تصادفی از چهار منطقه جغرافیایی انتخاب شد. نمونه‌های پژوهش از میان زنان و دختران ۴۵-۱۸ ساله ساکن در نقاط شهری استان‌های مذکور انتخاب گردید. ابتدا لیست خانوارهای هر استان از مرکز بهداشت گرفته شد و پس از تعیین تعداد نمونه مورد نیاز از هر استان به تناسب جمعیت آن استان، تعداد خوشه‌های هفت نفری هر استان تعیین شد. در هر استان سه شهر به طور تصادفی انتخاب شد. تعداد خوشه‌های هفت نفری هر شهرستان به نسبت جمعیت آن شهرستان معین شد. سپس فاصله نمونه‌گیری (k) با تقسیم تعداد کل خانوارها بر تعداد خوشه‌های مورد نیاز در هر استان به دست آمده و بر مبنای لیست خانوار موجود در هر شهرستان، شماره اولین خانوار انتخابی k-1 در نظر گرفته شد. هر خوشه از هفت خانوار تشکیل می‌گردد (بر اساس برآورد زمان لازم جهت جمع‌آوری اطلاعات در یک روز). سرخوشه بعدی به وسیله اضافه کردن k به عدد اولین خانه انتخاب می‌گردد. اگر بیشتر از یک خانم در هر خانه واجد شرایط (عدم حاملگی یا یائسگی) مطالعه بودند؛ فقط یک نفر از آنها که ابتدای نامش در فهرست الفبایی جلوتر بود؛ انتخاب گردید. این فرآیند تا انتخاب ۷ زن واجد شرایط در هر خوشه ادامه می‌یافت.

به همه افراد پس از دعوت در مورد مطالعه توضیح داده شد و پس از قبول شرکت در مطالعه توسط آنان رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. پرسش‌گری توسط پرسنل بهداشتی دوره‌دیده در مراکز بهداشتی منتخب انجام شد. پرسش‌نامه جامعی برای بررسی وضعیت دموگرافیک و باروری و علایم و نشانه‌های عفونت‌های دستگاه تناسلی، شلی‌های لگنی، بی‌اختیاری ادرار، بی‌اختیاری مدفوع و خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی تهیه شد. اعتبار محتوا و صوری این ابزار توسط ۱۵ نفر از اساتید متخصص زنان و متخصصین بهداشت باروری در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران بررسی و تأیید گردید. پایایی این ابزار با روش بازآزمایی و روش سنجش پایایی بین مشاهده‌کنندگان بررسی و با $r=0/91$ و $r=0/85$ به ترتیب تأیید گردید. معاینات بالینی شرکت‌کنندگان توسط چهار مامای کارشناس از چهار استان منتخب که در کارگاه آموزشی پروتکل پروژه شرکت کرده بودند انجام شد. سؤالات مربوط به ازدواج و بارداری و همچنین بررسی عفونت‌ها و شلی‌های لگنی که نیاز به معاینه واژینال داشت فقط بر روی زنان ازدواج کرده انجام شد. وزن، قد و فشارخون مجله پژوهشی حکیم

مورد (حداقل = ۰ و حدکثر = ۳ مورد) از عوارض باروری را تجربه کردند. به عبارت دیگر، این زنان ۱/۳ مورد از عوارضی همچون شلی‌های لگنی، عفونت‌های دستگاه تناسلی، یا خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی را تجربه کردند. یافته‌ها همچنین نشان داد که ۳۵/۱، ۳۴/۵ و ۹/۶ درصد از زنان به ترتیب دچار ۱، ۲ و ۳ مورد از عوارض باروری هستند و فقط ۲۰/۶٪ از شرکت‌کنندگان فاقد عوارض باروری بررسی شده در این مطالعه بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه برای اولین بار شیوع عوارض باروری شامل عفونت‌های دستگاه تناسلی و شلی‌های لگنی و خونریزی‌های غیرطبیعی را به صورت مبتنی بر جمعیت در زنان ایرانی نشان داد؛ عوارضی که مؤثر بر کیفیت زندگی زنان بوده و قابل پیشگیری می‌باشند. تردیدی نیست که برآورد این میزان می‌تواند راه‌گشایی برای طراحی برنامه‌های مداخلاتی آینده باشند (۵).

شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی در این مطالعه ۳۷٪ بود. در حالی که فراوانی آن در چین ۷۰٪ (۲۲)، در مناطق روستایی چین ۵۸٪ (۲۳)، در مصر ۴۱٪ (۹) و در مناطق روستایی لبنان ۹٪ (۱۳) گزارش شد. میزان "فقط واژینیت"، "فقط سرویسیت" و "واژینیت همراه با سرویسیت" در مطالعه ما به ترتیب ۱۲/۴، ۸/۵ و ۱۱/۸ درصد بود، در حالی که میزان همین عوارض در مطالعه مصر ۴۱، ۴ و ۳ درصد بود (۹). در غزه مصر ۵۶٪ (۹) و در مناطق روستایی هند ۲۲٪ زنان دچار عفونت‌های دستگاه تناسلی بودند (۱۶) و در تامیل نادوی هند ۱۴٪ زنان دچار بیماری‌های التهابی لگن و یا سرویسیت (۱۴) بودند. در نپال نیز شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی کمتر از ۱۰٪ بود (۱۷) و در عمان شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی تحتانی ۲۲٪ و دستگاه تناسلی فوقانی ۳/۷٪ گزارش شد (۱۲). الگوی اپیدمیولوژیک عفونت دستگاه تناسلی و بیماری‌های مقاربتی در یک جامعه، نه تنها به عواملی همچون ویژگی‌های زیستی میکروارگانیسم، بلکه به رفتارهای اجتماعی که آن را گسترش می‌دهند بستگی دارد. از این‌رو تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی افراد مورد مطالعه می‌تواند دلیلی برای تفاوت‌ها در نتایج مطالعات فوق باشد. به عنوان مثال در جوامع کوچک روستایی مردم یکدیگر را می‌شناسند و احتمال اختلاط زن و مرد کمتر است. به علاوه، مردها اغلب در جامعه خود کار می‌کنند و مهاجرت‌ها برای یافتن شغل کمتر است. بنابراین احتمال داشتن شریک‌های جنسی متعدد و در نتیجه بیماری‌های مقاربتی نیز کمتر می‌باشد. به علاوه، در جوامع مذهبی رفتارهای جنسی پرخطر که سبب گسترش این عفونت‌ها می‌شود پذیرفته شده نیستند و کمتر دیده بهار ۹۰، دوره چهاردهم، شماره اول

۲۶٪ از شرکت‌کنندگان در این مطالعه سابقه یک یا بیشتر از سقط را ذکر کردند. ۱٪ از آنان سابقه سقط عادت‌ی را ذکر می‌کردند. جدول ۲ میزان شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی را در میان شرکت‌کنندگان متأهل در این مطالعه به تفکیک انواع نشان می‌دهد.

جدول ۲- میزان شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی در زنان ازدواج کرده شرکت‌کننده در مطالعه سال ۱۳۸۸ (تعداد ۱۰۰۰ نفر)

درصد	فراوانی	
۳۷/۶	۳۷۶	عفونت‌های دستگاه تناسلی در کل
۱۲/۴	۱۲۴	فقط واژینیت
۱۱/۸	۱۱۸	واژینیت و سرویسیت
۸/۵	۸۵	فقط سرویسیت
۴/۹	۴۹	بیماری‌های التهابی لگن

فراوانی بی‌اختیاری ادرار در شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۴/۱٪، شیوع بی‌اختیاری مدفوع ۰/۹٪ و دفع بی‌اختیار گاز ۱۳/۴٪ بود. در کل ۴۰/۴٪ از زنان متأهل شرکت‌کننده در این مطالعه مبتلا به یکی از انواع شلی‌های لگنی بودند. جدول ۳، میزان شیوع انواع شلی‌های لگنی را در شرکت‌کنندگان متأهل در این مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۳- میزان شیوع شلی‌های لگنی در میان زنان ازدواج کرده شرکت‌کننده در مطالعه، سال ۱۳۸۸ (تعداد ۱۰۰۰ نفر)

درصد	فراوانی	
۱۴	۱۴۰	فقط سیستوسل
۹/۷	۹۷	سیستوسل همراه با رکتوسل
۶/۱	۶۱	سیستوسل همراه رکتوسل و پرولاپس رحمی
۴	۴۰	فقط پرولاپس رحمی
۳/۷	۳۷	سیستوسل همراه با پرولاپس رحمی
۳/۲	۳۲	فقط رکتوسل
۰/۸	۸	رکتوسل همراه با پرولاپس رحمی

در کل ۳۱٪ از زنان در این مطالعه مبتلا به خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی بودند. جدول ۴ میزان شیوع انواع خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی را در میان شرکت‌کنندگان در این مطالعه به تفکیک انواع آن نشان می‌دهد.

جدول ۴- میزان شیوع الگوهای مختلف خونریزی در میان زنان شرکت‌کننده در مطالعه، سال ۱۳۸۸ (تعداد ۱۱۱۷ نفر)

درصد	فراوانی	
۲۱/۷	۲۴۳	هیبر منوره
۱۵/۴	۱۷۲	هیپومنوره
۹/۵	۱۰۷	متروراژی
۷/۶	۸۵	پلی منوره
۵/۵	۶۲	اولیگو منوره

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۱۸/۱٪ از زنان در این مطالعه سابقه سندرم پیش از قاعدگی دارند و ۶۸/۶٪ آنان دیسمنوره را تجربه کردند. شدت دیسمنوره در ۱۰٪ مبتلایان منجر به ترک محل کار در همه سیکل‌ها می‌گردد. در این مطالعه نشان داده شد که زنان ایرانی به طور متوسط $1/3 \pm 0/9$

می‌شوند (۱۳). همچنین، این تفاوت‌ها می‌توانند به دلیل تفاوت در زمان و مکان مطالعه و نیز تفاوت در روش و ابزار مطالعه باشند. به عنوان مثال، ابزار مطالعه در برخی مطالعات فقط پرسش‌نامه بود و در برخی دیگر پرسش‌نامه و چک‌لیست معاینه و گاه بررسی‌های آزمایشگاهی نیز بود. در این مطالعه برای بررسی عفونت‌های دستگاه تناسلی نه تنها از پرسش‌نامه بلکه از چک‌لیست معاینه و بررسی‌های آزمایشگاهی نیز استفاده شد که تردیدی نیست موجب اعتبار بیشتر نتایج پژوهش می‌شد. بنابراین، تفاوت‌های مربوط به رفتارهای بهداشت باروری و جنسی زنان در جوامع مختلف می‌توانند تا حدودی توضیح‌دهنده این تفاوت در میزان فراوانی این عفونت‌ها باشند؛ اما تا زمانی که توافق جهانی در تعاریف و معیارهای غربالگری و تشخیصی بیماری‌های عفونی دستگاه تناسلی رخ نداده است، قضاوت در مورد این تفاوت‌ها دشوار است. عفونت‌های دستگاه تناسلی یکی از مشکلات عمده سلامت در بسیاری از کشورهای دنیا است (۲۴) که بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی سالیانه بیش از ۳۳۳ میلیون مورد جدید و قابل درمان بیماری‌های مقاربتی در دنیا رخ می‌دهد. عفونت‌های دستگاه تناسلی یک مشکل جدی سلامت در جهان شناخته شده‌اند که دارای تأثیر زیادی بر زندگی زنان و مردان و خانواده‌هایشان است. این عفونت‌ها می‌توانند عواقب خطرناکی مانند نازایی، حاملگی خارج رحمی، دردهای مزمن لگنی، سقط و افزایش خطر انتقال ایدز را به دنبال داشته باشند (۲۵). اگرچه میزان شیوع این عفونت‌ها بالا است، میزان استفاده از خدمات بهداشتی پایین است؛ چرا که بسیاری از زنان مبتلا هرگز برای مراقبت بهداشتی مراجعه نمی‌کنند و یا بسیار دیر اقدام می‌کنند (۲۴). بنابراین با توجه به شیوع ۳۷/۵ درصدی این عفونت‌ها در زنان بهترین استراتژی برای محدود کردن اثر عفونت‌های دستگاه تناسلی، پیشگیری از بروز عفونت‌های جدید، و تشخیص و درمان به موقع این عفونت‌ها است. هر نوع عفونتی باید با توجه به نحوه انتقال پیشگیری شود. استفاده از ابزار این پژوهش شامل پرسش‌نامه و چک‌لیست معاینات و بررسی‌های آزمایشگاهی می‌تواند در غربالگری و تشخیص و مشاوره و درمان یا ارجاع زنان توسط کارکنان بهداشتی اولیه مورد استفاده قرار گیرد تا بدین نحو از بروز عوارض بیشتر، پیشگیری نماید و کیفیت زندگی زنان ارتقاء یابد. البته چنین ابزاری باید قبل از استفاده در برنامه‌های وسیع خدمات بهداشتی کشور از نظر هزینه کارآمدی و روان‌سنجی مورد بررسی‌های لازم قرار گیرند. شیوع شلی‌های لگنی در این مطالعه ۴۰/۴٪ بود. شیوع سیستوسل، سیستوسل همراه رکتوسل، سیستوسل رکتوسل و پرولاپس رحمی، فقط پرولاپس رحمی، سیستوسل مجله پژوهشی حکیم

همراه با پرولاپس رحمی و سرانجام رکتوسل به ترتیب ۱۴، ۹/۷، ۶/۱، ۴، ۳/۷ و ۳/۲ بود. در مطالعه‌ای که در ایران در میان ایل قشقایی انجام شد، شایع‌ترین عوارض باروری به ترتیب سیستوسل، پرولاپس رحمی، و رکتوسل بوده‌اند (۱۸). در مصر شیوع شلی‌های لگنی در کل ۵۶٪ و سیستوسل، رکتوسل، سیستوسل همراه با رکتوسل و پرولاپس رحمی به ترتیب ۱۹، ۸، ۲۱ و ۸ درصد بود (۸). در نپال ۱۰٪ زنان، مبتلا به شلی‌های لگنی بودند (۱۷) در عمان نیز شیوع شلی‌های لگنی ۱۰٪ گزارش شد (۱۲). شلی‌های لگنی یک مشکل شایع زنان است که ۵۰٪ از زنان در جاتی از شلی را تجربه می‌کنند (۲۶) و سیستوسل شایع‌تر از رکتوسل و پرولاپس است (۲۷). در مطالعه‌ای دیگر بیش از ۷۵٪ زنان مراجعه‌کننده برای مراقبت‌های روتین زنان برخی درجات پرولاپس را نشان می‌دهند (۲۸ و ۲۹). علت تفاوت در نتایج فوق، تفاوت در نمونه‌های مورد مطالعه می‌باشد زیرا شیوع این شلی‌ها در کسانی که به مراکز مراقبت‌های بهداشتی مراجعه می‌کنند بالاتر می‌باشد و در مطالعات مبتنی بر جمعیت و نیز مطالعات با استفاده از غربالگری مبتنی بر علائم کمتر می‌باشد. علاوه بر این گروه سنی افراد مورد مطالعه نیز تعیین‌کننده می‌باشد.

زنان مبتلا به شلی‌های لگنی از عوارضی همچون احساس بیرون‌زدگی، سنگینی لگنی، اختلال در عملکرد ادرار و روده و نیز اختلال در عملکرد جنسی رنج می‌برند. از هر ۱۰۰۰۰۰ زن، ۲۰ تا ۳۰ زن تحت عمل جراحی ترمیم شلی‌های لگنی جهت رفع چنین عوارضی قرار می‌گیرند (۲۷) و هزینه زیادی را بر افراد و سیستم ارایه مراقبت تحمیل می‌کنند. در مطالعه حاضر نیز ۲۴٪ از زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار بودند و بنابراین استراتژی‌هایی برای پیشگیری از عوارض سوء ناشی از شلی‌های لگنی و تشخیص به موقع و درمان آن ضروری است. برای پیشگیری از بروز شلی‌های لگنی و عوارض ناشی از آن می‌توان غربالگری را در سطح اول خدمات پیشگیری توسط پرسش‌نامه‌هایی مانند پرسش‌نامه ابداع شده در این پژوهش اجرا کرد. علاوه، در صورت لزوم معاینات مربوطه برای تشخیص و پیگیری‌های لازم مانند آموزش‌های لازم برای ورزش‌های سفت‌کننده عضلات و یا ارجاع برای درمان جراحی در سطح دوم و سوم خدمات پیشگیری می‌توانند برنامه‌ریزی و اجرا شوند. بی‌اختیاری ادراری تا حد زیادی می‌تواند با مداخلات رفتاری همچون ورزش‌های درگیرکننده عضلات کف لگن درمان و یا کاهش یابد (۳۰). شلی‌های لگنی نسبت به سایر مشکلات مربوط به سلامت زنان در سیستم ارایه مراقبت از زنان کمتر دیده می‌شوند و در نتیجه کمتر مورد درمان قرار می‌گیرند. به

مطالعات مبتنی بر مصاحبه اطلاعات مفیدی را در مورد معلولیت‌ها و محدوده سلامت و بیماری‌های باروری ارائه می‌دهد و پژوهش‌هایی برترند که در صورت لزوم معاینات و آزمایشات را تکمیل نمایند و مطالعه حاضر از این مزیت بهره‌مند بود. بنابراین، با توجه به شیوع ۳۷/۶ درصدی عفونت‌های دستگاه تناسلی، شیوع ۴۰/۴ درصدی شلی‌های لگنی، و شیوع ۳۱ درصدی خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی و با توجه به این که این زنان ۱/۳ مورد از چنین عوارضی را تجربه می‌کنند و این که ۳۵/۱، ۳۴/۵ و ۹/۶ درصد از زنان به ترتیب دچار ۱، ۲ و ۳ مورد از عوارض باروری هستند و فقط ۲۰/۶٪ از زنان مورد مطالعه مبتلا به هیچ یک از عوارض باروری بررسی شده در این مطالعه نبودند، لزوم برنامه‌ریزی برای غربالگری و تشخیص، درمان و پیگیری عوارض باروری مورد تأکید قرار می‌گیرد. رسیدن به توافق‌های بین‌المللی در تعریف شاخص‌های مربوط به عوارض باروری برای تعیین شیوع که لازمه برنامه‌ریزی برای ارتقاء سلامت و توانمندسازی زنان است نیز پیشنهاد می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که حجم نمونه مطالعه حاضر به منظور برآورد شیوع کلی موربیدیتی‌های باروری در کشور ارائه شده است؛ لذا تعداد نمونه هر استان جهت برآورد شیوع به تفکیک استان‌ها کفایت نمی‌کند. لذا نتایج به تفکیک استان‌ها ارائه نگردید. از محدودیت دیگر این بود که زنان ساکن مناطق روستایی در این مطالعه بررسی نشده‌اند لذا نتایج مطالعه حاضر قابلیت تعمیم‌پذیری به مناطق روستایی را ندارد.

اگرچه استان‌ها به صورت تصادفی از هر منطقه جغرافیایی انتخاب شده‌اند و شهرستان‌های هر استان نیز به شکل تصادفی انتخاب گردیده‌اند، با توجه به این که موربیدیتی‌های باروری و رفتارهای وابسته با باروری به فرهنگ و باورهای اجتماعی نیز وابسته است، لذا در خصوص تعمیم‌پذیری نتایج به کلیه مناطق ایران می‌باید احتیاط نمود و پیشنهاد می‌گردد که مطالعه‌ای بزرگتری با حجم نمونه کافی از مناطق مختلف کشور به منظور برآورد اثر قومیت و باورهای فرهنگی بر رفتارهای مرتبط با باروری طراحی و اجرا گردد.

از آنجایی که ۱۲۲ نفر از زنان واجد شرایط علی‌رغم دعوت در این مطالعه شرکت نکرده بودند، لذا ممکن است این امر در نتایج تورش ایجاد کرده باشد. اما به دلیل نداشتن اطلاعات در رابطه با این افراد، قضاوت در این مورد امکان‌پذیر نمی‌باشد. به علاوه پاسخ‌دهی مناسب این طرح مبتنی بر جمعیت (۹۰٪) امکان تورش نتایج را می‌کاهد. از آنجایی که برخی سؤالات در بررسی فراوانی خونریزی‌های غیرطبیعی مربوط به گذشته افراد بود، خطای یادآوری از محدودیت‌های دیگر مطالعه بود.

نظر می‌رسد که استراتژی‌های مناسبی لازم هستند تا غربالگری و درمان در هر سه سطح پیشگیری به عمل آید و آموزش زنان در مورد رفتارهای خودمراقبتی، پیشگیری و درمان شلی‌های لگنی در اولویت قرار گیرد. این استراتژی‌ها نه تنها می‌توانند به بهتر شدن نتایج درمان طبی کمک کنند، بلکه می‌توانند زنان را از عواقب ناشی از شلی‌های لگنی مانند کناره‌گیری‌های اجتماعی و یا فعالیت‌های جنسی و از دست دادن فرصت‌های شغلی و تفریحی حفاظت کنند (۳۱).

خونریزی غیرطبیعی رحمی علت اصلی مراجعه زنان به پزشکان و علت دو سوم از موارد هیستریکتومی است (۳۲). میزان ابتلاء زنان به خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی ۳۰/۵٪ بود. شیوع هیپرمنوره، هیپومنوره، پلی‌منوره، متروراژی و ایگومنوره، به ترتیب ۱۹/۶، ۱۴، ۶/۹، ۸/۶ و ۵ درصد بود. در نپال میزان سیکل‌های نامنظم ۱۳/۹٪ بود. میزان منوراژی، متروراژی و اولیگومنوره به ترتیب ۷/۵، ۱۹ و ۲/۶ درصد برآورد شد (۱۷). یک دلیل عمده برای تفاوت در این میزان‌ها نبودن توافق در تعاریف انواع خونریزی‌های غیرطبیعی است (۳۳) علل دیگر برای اختلافات موجود در نتایج می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع مطالعه، ابزار و نحوه سنجش خونریزی غیرطبیعی رحم و نیز تفاوت‌های موجود در نمونه‌های مورد بررسی و طیف سنی افراد مورد مطالعه باشد. با توجه به میزان شیوع خونریزی‌های غیرطبیعی، تشخیص و درمان به موقع خونریزی‌های غیرطبیعی توسط پزشکان خانواده در سطح اول خدمات پیشگیری و در صورت لزوم ارجاع به سطوح بالاتر امکان‌پذیر است (۳۴) و می‌تواند به عنوان یک استراتژی ضروری در سیستم ارائه مراقبت کشور مدنظر قرار گیرد. شیوع دیسمنوره در مطالعه حاضر ۶۸/۶٪ بود. شیوع دیسمنوره در مطالعات دیگر ۴۸/۴٪ (۳۵)، ۵۶٪ (۳۶) و حتی ۲۸٪ نیز گزارش شده است (۳۷). آشکار است که تأثیرات فرهنگی مانند موقعیت زن در جامعه، مرحله زندگی فرد، سبک زندگی، مذهب، تحصیلات و دیگر عوامل فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی بر شدت درد قاعدگی تأثیر دارند (۳۵). تفاوت در نتایج مطالعات باز می‌تواند هم به دلیل تفاوت در روش مطالعه، ابزار سنجش دیسمنوره و نمونه‌های مورد مطالعه به عنوان مثال از نظر طیف سنی باشد و هم می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی بین جوامع مختلف باشد.

این مطالعه به صورت مبتنی بر جامعه به غربالگری عوارض باروری با استفاده از پرسش‌نامه و معاینات بالینی پرداخت. در مطالعه مروری توسط سادانا^۴ (۸) این نتیجه گرفته شد که

⁴ Sadana

تشکر و قدردانی

بدین وسیله کمال تشکر و قدردانی خود را از جناب آقای دکتر پسته‌ای و خانم دکتر علامه از معاونت سلامت وزارت بهداشت، خانم دکتر هاشمی و خانم‌ها فرهادی، شاطرآبادی و مرادی از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین، گلستان،

کرمانشاه و هرمزگان که در اجرای پروژه همکاری صمیمانه‌ای داشته‌اند ابراز می‌داریم. لازم به ذکر است که این مطالعه در قالب پروژه بند "د" ماده ۴۵۰ قانون برنامه توسعه چهارم کشور و به سفارش اداره بهداشت خانواده معاونت سلامت وزارت متبوع انجام شد.

References

- 1-United Nation Population Found, Safe Motherhood: Surviving Childbirth, but Enduring Chronic Ill-Health, 2009. [cited 2011 April 7]. Available from: URL: http://www.unfpa.org/mot_hers/morbidity.htm.
- 2- World Health Organization. Postpartum care of mother and newborn: a practical guide. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 1998: 6-10.
- 3- World Health Organization. Report on the Regional Reproductive Health Strategy workshop. South East Asia Region. World Health Organization: Switzerland, Geneva; 1995.
- 4- Murray CJL, Lopez A. Quantifying the health risks of sex and reproduction: implications of alternative definitions. In: Murray CJL, Lopez A, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1998:1-17.
- 5- Graham W, Berer M, Price J, et al. Raising awareness about reproductive morbidity. *Ann Trop Med Parasitol* 1992; 86 (Suppl 1): 11-18.
- 6- World Health Organization. Health and the Millennium Development Goals. World Health Organization: Switzerland, Geneva; 2005.
- 7- World Health Organization, Measuring reproductive morbidity. Report of technical working group. 30 August to 1 September 1989, World Health Organization: Switzerland, Geneva; 1990, 1(2): 187-194.
- 8- Sadana R. Measuring reproductive health: review of community-based approaches to assessing morbidity. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(5): 640-654.
- 9- Zurayk H, Khattab H, Younis N, et al. Concepts and Measures of Reproductive Morbidity. *Health transition review* 1993; 3 (1): 17-39.
- 10- Mawajdeh SM, Al-Qutob R, Schmidt A. Measuring reproductive morbidity: a community-based approach, *Jordan. Health Care Women Int* 2003; 24(7): 635-49.
- 11- Rahman MM, Kabir M, Shahidullah M. Adolescent self reported reproductive morbidity and health care seeking behaviour. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2004; 16(2): 9-14.
- 12- Riyami AA, Afifi M, Fathalla MM. Gynecological and Related Morbidities among Ever-Married Omani Women. *Afr J Reprod Health* 2004; 8 (3):188-197
- 13- Deeb ME, Awwad J, Yeretian JS, et al. Prevalence of reproductive tract infections, genital prolapse, and obesity in a rural community in Lebanon. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:639-645
- 14- Prasad JH, Abraham S, Kurz KM, et al. Reproductive Tract Infections Among Young Married Women in Tamil Nadu, India. *International Family Planning Perspectives* 2005; 31(2):73-82
- 15- Bhandari MN, Kannan S, Untreated Reproductive Morbidities among Ever Married Women of Slums of Rajkot City, Gujarat: The Role of Class, Distance, Provider Attitudes, and Perceived Quality of Care. *Journal of Urban Health* 2010; 87(2): 254-263.
- 16- Rathore M, Swami BL, Sen V, et al. Community based study of self reproductive tract among women of reproductive age in rural area of rajasthan, *Ind J Com Med* 2003, 28(3): 117-121.
- 17- Institute of Medicine Nepal. Status of Reproductive Morbidities in Nepal. Institute of Medicine Nepal: Nepal, Kathmandu; 2006: 10-14.
- 18- Sadeghi-Hassanabadi A, Keshavarz H, Setoudeh-Maram E, et al. Prevalence of reproductive morbidity among women of the Qashqa'i tribe, Islamic Republic of Iran. *EMHJ* 1998; 4(2), 312-318.
- 19- Farquhar G, Latthe P, Chronic pelvic pain: Aetiology and therapy. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice* 2006; (6): 177-184.
- 20- World Health Organization. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections in Integrating STI/RTI Care for Reproductive Health. A guide to essential practice, World Health Organization: Switzerland, Geneva; 2005.
- 21- Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(1): 10-17.
- 22- Fang X, Zhou Y, Yang Y, et al. Prevalence and risk factors of trichomoniasis, bacterial vaginosis, and candidiasis for married women of child-bearing age in rural Shandong. *Jpn J Infect Dis* 2007; 60(5): 257-61.
- 23- Xiu-Jun Z, Qiong S, Guo-Ying W, et al. Risk factors for reproductive tract infections among married women in rural areas of Anhui Province, China. *Europ J Obs Gynecol Rep Biol* 2009; 147 (2): 187-191.
- 24- Vishwanath S, Talwar V, Prasad R, et al. Syndromic management of vaginal discharge among women in reproductive health clinics In India. *Sex Trans infec* 2000; 76(4) 303- 306
- 25- Population Council Reproductive Tract infection: An introductory Overview, 2009. [cited 2010 Dec. 11]. Available from: URL: <http://www.popcouncil.org/pdfs/RTIFacsheetsRev.pdf>.

- 26- Theunissen R, Burger CW, Vierhout M. Prediction model and prognostic index to estimate clinically relevant pelvic organ prolapse in a general female population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20(9): 1013-1021.
- 27- Richardson K, Hagen S. The role of nurses in the management of women with pelvic organ prolapse. *Br J Nurs* 2009; 18(5):294-300.
- 28- Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSS): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(3):795-806.
- 29- Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, et al. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 299-305.
- 30- Shamliyan T, Wyman J, Bliss DZ, et al. Prevention of urinary and fecal incontinence in adults, *Evid Rep Technol Assess* 2007; 161:28-39.
- 31- Davis K. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centered care. *Journal of advanced nursing* 2003; 43(6): 5555-568.
- 32- O'Connor VM. Heavy menstrual loss. Part 1: Is it really heavy loss? *Med Today* 2003; 4(4):51-9.
- 33- Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, et al. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Hum Reprod* 2007; 22(3): 635-43.
- 34- Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician* 2007; 53: 58-64.
- 35- Ortiz MI, Rangel-Flores E, Carrillo-Alarcón LC, et al. Prevalence and impact of primary dysmenorrhea among Mexican high school students. *Int J Gynecol Obstet* 2009; 107: 240-243.
- 36- Pedrón-Nuevo N, González-Unzaga LN, De Celis-Carrillo R, et al. Incidence of dysmenorrhea and associated symptoms in women aged 12–24 years. *Gynecol Obstet Mex* 1998; 66: 492-4.
- 37- Pawlowski B. Prevalence of menstrual pain in relation to the reproductive life history of women from the Mayan rural community. *Ann Hum Biol* 2004; 31(1): 1-8.

Prevalence of Reproductive Morbidity in Four Selected Provinces in Iran

Ramezani Tehrani F¹ (MD), Simbar M^{2*} (PhD), Abedini M³ (MD)

¹*Reproductive Endocrinology Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran*

²*Department of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran*

³*Department of Geriatric, health care Department, Deputy of Health, Ministry of Health and Medical education Tehran, Iran*

Received: 11 Aug 2010, Accepted: 23 Apr 2011

Abstract

Introduction: The extent and effects of reproductive morbidities on health and quality of life of women in developing countries are evident. Measuring maternal and reproductive morbidities are suggested to be considered as indicators of maternal and reproductive health. This study aimed to assess prevalence of reproductive morbidities including reproductive tract infections (RTIs), pelvic organ relaxation (POR), and abnormal uterine bleeding (AUB) in Iran, to be a base for planning of necessary reproductive health care and education services.

Methods: In this community-based descriptive study, 1239 women aged 18-45 years were recruited using a randomized cluster sampling method from four selected provinces in Iran. Data were collected using a questionnaire with demographic and fertility sections and an observational checklist for physical examination. Face and content validities as well as test-retest and inter-rater reliability of these tools had been assessed beforehand.

Results: The prevalence of RTIs, POR, and AUB were 37.6%, 40.4%, and 31%, respectively. Results demonstrated that 35.1, 34.5 and 9.6 percent of women experienced one, two, and three kinds of morbidities, respectively. Only 20.6% of participants had none of above-mentioned reproductive morbidities.

Conclusion: Reproductive health screening programs are necessary for prevention, diagnosis, and treatment of reproductive morbidities. Achieving global definitions of reproductive indexes is necessary for estimating the prevalence of reproductive morbidities in order to planning health care programs.

Key words: Prevalence, Reproductive morbidity, RTI, POR, AUB

Please cite this article as follows:

Ramezani Tehrani, Simbar M, Abedini M. Prevalence of Reproductive Morbidity in Four Selected Provinces in Iran. *Hakim Research Journal* 2011; 14(1): 32- 40.

*Corresponding Author: 3th floor, Deputy of research, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Vali-Asr Avenue, Cross of Vali-Asr and Neiaiesh Highway, Opposite to Rajaei Heart Hospital, Tehran, Iran, Postal Code: 1996835119. Tel & Fax: +098- 21- 88202516, E-mail: msimbar@sbmu.ac.ir