

## اختلالات انسدادی دفعی و عوامل مؤثر در زنان بالای ۴۰: مطالعه همه گیر شناختی

(مقاله پژوهشی)

بتول احمدی<sup>۱</sup>، معصومه علی محمدیان<sup>۲\*</sup>، بهار محجوبی<sup>۳</sup>، رضوان میرزایی<sup>۴</sup>، تهمینه متوسلی<sup>۵</sup>

### چکیده:

مقدمه: هدف این مطالعه اپیدمیولوژیک، تعیین میزان شیوع اختلالات انسدادی دفعی و عوامل مؤثر بر آن در زنان ۴۰ سال به بالا بود.

روش بررسی: در این مطالعه، مقطعی ۸۰۰ زن ۴۰ سال و بالاتر ساکن منطقه ۱۷ تهران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و با مصاحبه و تکمیل پرسشنامه (منزل به منزل) بررسی شدند. برای آنالیز داده‌ها از آزمون خی دو و آزمون تعقیبی فیشر استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه شیوع اختلال انسدادی دفع مدفوع خفیف ۳۶/۵٪ (حدود اطمینان ۳۹٪-۳۳٪)، متوسط ۸٪ (حدود اطمینان ۹٪-۱۰٪) و شدید ۵٪ (حدود اطمینان ۹٪-۱٪) بود. اختلالات انسدادی دفع مدفوع فقط با سن رابطه معنی‌دار آماری داشت ( $p=0/006$ ). با افزایش میزان تحرک بدنی نسبت موارد اختلال دفع کاهش نسبی نشان داد و این روند کاهشی از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p=0/004$ ). بین اختلال انسدادی دفع مدفوع و بیماریهای آرتروز، افسردگی و اضطراب، پوکی استخوان، سرفه مزمن، بیماری روده‌ای مزمن، و دیابت رابطه معنی‌داری وجود داشت ( $p<0/005$ ).

نتیجه‌گیری: این مطالعه با مشخص کردن میزان شیوع قابل توجه اختلالات انسدادی دفعی و عوامل مؤثر بر آن در زنان جامعه ایرانی نشان داد که در باره این همه‌گیری پنهان و عوامل خطر و بازدارنده آن در بین زنان جامعه اطلاعات کمی وجود دارد و به ارزیابی و تحقیق بیشتری نیاز است. در مطالعه حاضر توجه به امر پیشگیری، غربالگری، آموزش و درمان به موقع بیماران برای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی زنان توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: اختلالات انسدادی دفع مدفوع، اختلالات کف لگن، اپیدمیولوژی، زنان

۱. استادیار گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* پست الکترونیک نویسنده مسئول: alimoham@sina.tums.ac.ir

۲. دانشیار گروه جراحی و متخصص جراحی کولورکتال بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. مربی گروه اکولوژی انسانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۴. استادیار گروه جراحی و متخصص جراحی کولورکتال، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۵. پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

### مقدمه

که متعاقب آن عوارض وخیم و مشکلات دفعی در آنها به وجود می‌آید (۲). از سوی دیگر به علت شرم و خجالت این مشکلات به ندرت از سوی زنان با پزشک یا پرسنل بهداشتی مطرح شده و همانند یک فرایند طبیعی پیری با آن مواجه می‌شود (۳). این امر باعث پنهان ماندن این نوع اپیدمی به عنوان یک مشکل سلامت عمومی شده و منجر به عوارض و آثار سوء بر سلامت و کیفیت زندگی زنان و افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که مشکلات کف لگن با جنس مؤنث، سن بالا، نوع تغذیه، فعالیت بدنی، تعداد بارداری، نحوه زایمان و پیشینه پزشکی فرد ارتباط دارند (۴، ۵، ۶).

ماروین کورمن علائم اختلال انسدادی دفع مدفوع را که از انواع یبوست و نوعی از اختلالات کف لگن است، زمان طولانی برای دفع مدفوع، احساس دفع ناکامل، استفاده از دست برای کمک به

اختلالات کف لگن شامل اختلال دفع مدفوع در بین زنان به ویژه در سن پیری شایع بوده و یک مشکل بهداشت عمومی محسوب می‌شود که دارای پیامدهای قابل توجهی بر کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی است (۱). در جمعیت بزرگسالان، شیوع اختلالات دفعی ۳۷٪ گزارش شده است (۲). زنان، نیمی از افراد مسن جامعه را تشکیل می‌دهند و به دلیل شرایط آناتومیک و عملکرد متفاوت اندام‌های کف لگن در آنها و مشکلاتی از قبیل صدمات ناشی از بارداری، زایمان و یائسگی، دچار ضعف و یا صدمه به عصب، عضلات و پارگی بافت‌های لگنی شده و اختلالات کف لگن از جمله مشکلات دفعی در آنها بارز و مشهود است (۳). طبق برآوردها حداقل ۱/۳ زنان بزرگسال دست کم یک نوع از این اختلالات مبتلا هستند

ریشه در فرهنگ آنها دارد و این متغیرهای پیچیده فرهنگی اجتماعی می‌تواند بر نگرش فرد نسبت به سلامت، بیماری و استفاده از خدمات سلامت بویژه در زمینه‌های دستگاه ادراری تناسلی تأثیرگذار باشند (۱۱).

علیرغم آنکه اختلالات کف لگن از رایج‌ترین مشکلات جراحی‌های زنان و مامایی است ولی در باره شیوع انواع این اختلالات از جمله اختلالات دفع مدفوعی در زنان جامعه ما و پیشگیری از آن اطلاعات کمی وجود دارد و این مشکل به صورت یک اپیدمی پنهان موجب رنج و آزار زنان تا سنین پیری و پایان عمر باقی می‌ماند. معمولاً در بسیاری از موارد این اختلالات به موقع و به درستی تشخیص داده نمی‌شوند تا زمانی که به شرایط حاد رسیده و جراحی تنها راه چاره باشد. بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی میزان فراوانی اختلالات انسدادی دفع مدفوع در زنان جامعه و تعیین عوامل خطر آن بود.

### روش بررسی

در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به روش مقطعی انجام شد، ۸۰۰ زن ۴۰ سال و بالاتر خانوارهای ساکن منطقه ۱۷ تهران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و با مصاحبه و تکمیل پرسشنامه به صورت منزل به منزل بررسی شدند. سرخوشه‌ها بر اساس آدرس مدارس ابتدایی منطقه انتخاب و تعداد افراد هر خوشه متناسب با ظرفیت یک روزکاری و ۴ تیم شامل دو پرسشگر دانشجوی آموزش دیده در نظر گرفته شد. داده‌ها از زنانی که به طور کامل به سئوالات پاسخ دادند جمع‌آوری شد. پرسشنامه که توسط تیم تحقیق با استفاده از منابع علمی مرتبط طراحی شده بود از لحاظ پایایی و روایی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی روایی از روش محتوایی<sup>۱</sup> و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد و سازگاری درونی با آلفا کرونباخ ۰/۸۷ تأیید شد. پرسشنامه شامل ۵۳ سؤال و مشتمل بر ۷ بخش بود: اطلاعات دموگرافیک، وضعیت زایمان (نوع، سن اولین زایمان)، سبک زندگی (وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی)، سابقه پزشکی و جراحی، علائم اختلال انسدادی دفعی (اجابت مزاج) بود. در این مطالعه علائم اختلال انسدادی دفع مدفوع، شامل احساس دفع ناکامل پس از اجابت، طولانی بودن مدت اجابت مزاج با وجود مدفوع خمیری، نیاز به استفاده از انگشتان و یا آب برای تخلیه مدفوع بود (۱۰).

دفع و استفاده مرتب از داروهای ملین یا تنقیه تعریف می‌کند. او معتقد است که وجود دو یا بیشتر از این علائم دال بر اختلال انسدادی دفع مدفوع است (۷). میزان شیوع اختلال انسدادی دفع مدفوع در ۵۰٪ بیماران مراجعه کننده مبتلا به یبوست مشاهده می‌شود (۶). مطالعات اپیدمیولوژیک میزان بروز یبوست را در بیش از ۳۰٪ جمعیت عمومی برآورد کرده‌اند. یبوست در زنان بیشتر مشاهده می‌شود و میزان آن با سن افزایش می‌یابد. تقریباً ۵۰٪ بیماران مراجعه کننده به مراکز خدمات سطح سوم که مبتلا به یبوست مزمن هستند، دچار اختلال انسدادی در دفع مدفوع بودند (۶).

اکثر اطلاعات همه‌گیر شناختی و پاتوفیزیولوژیک مربوط به اختلالات دفعی از جمعیت‌های انتخابی بیماران بوده و کل جامعه را دربرنمی‌گیرد. در یک مطالعه مقطعی جامعه نگر شیوع اختلالات دفعی توأم (اداری و مدفوعی) در بین زنان ۹/۴٪ برآورد شده است (۸). به طور کلی مطالعات نشان می‌دهند که این اختلالات بر اثر ضعف عضلات کف لگن و یا تغییر در عادات اجابت مزاج ایجاد می‌شود، و این اختلالات می‌تواند پیامدهای بسیاری بر تمامی ابعاد زندگی روزانه فرد به ویژه در دوران سالمندی و کهولت داشته باشد. در موارد شدید افراد مبتلا به این اختلالات از ارتباطات اجتماعی محروم شده، منزوی و یا خانه نشین و یا مجبور به اقامت اجباری در خانه‌های سالمندان می‌شوند (۸، ۹).

در طول زندگی افراد، برخی رویدادهای مشخص جسمی، اجتماعی و روانی - عاطفی مسیر زمان تا دوران پیری را تعیین می‌کند و چنانچه این رویدادها بیشتر دارای آثار منفی بر جوانب مختلف زندگی باشند، روند پیری و سالمندی به ویژه در کسانی که از منابع اجتماعی و معنوی کمتری برخوردارند، بار تخریبی بیشتری خواهد داشت. بر این اساس، وقایع و نیازهای فیزیولوژیکی زنان در طی دوره زندگی بر سلامت دوره‌های بعدی زندگی و سالمندی آنان تأثیر بسزایی دارد. توجه به امر پیشگیری و درمان بایستی از همان دوره‌های قبلی شروع و تا آخرین دهه‌های عمر استمرار یابد (۱۰). از سوی دیگر وضعیت سلامت هر جامعه را نمی‌توان از فاکتورهای فرهنگی مؤثر بر نگرش و رفتار افراد درباره موضوعات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی جدا دانست. فرهنگ دربرگیرنده ارزشها، مذهب و سایر مواردی است که پیشینه نگرش و رفتارهای بهداشتی افراد را تشکیل می‌دهد. در جوامعی نظیر کشورهای خاورمیانه نگرشها نسبت به بارداری و تولد نوزاد و موضوعات کلی سلامت زنان

لحاظ میزان مصرف آب و مایعات در ۶۷/۵٪ شرکت کنندگان زیاد، ۳۱٪ متوسط و ۱/۵٪ کم بوده است. در مطالعه حاضر، ۹۴٪ از شرکت کنندگان، کارهای بدنی روزمره و ۶۱٪ نیز پیاده روی روزانه را داشتند. این در حالیست که ورزشهای منظم در کمتر از یک پنجم شرکت کنندگان مشاهده شد و بر حسب میزان تحرک بدنی روزانه تنها ۴٪ از آنها بدون فعالیت بدنی روزانه و اکثریت فعالیت بدنی کم یا متوسط داشتند. یافته‌های مربوط به وضعیت ابتلا به بیماریها در شرکت کنندگان نشان داد که شایع‌ترین بیماریها در بین آنان به ترتیب آرتروز ۵۰٪، پوکی استخوان ۳۰/۵٪ و افسردگی و اضطراب ۲۳/۹٪ بود. سابقه جراحی در ناحیه لگن در ۵۴٪ از شرکت کنندگان وجود داشت که در این افراد جراحی برداشتن رحم (۱۷/۳٪) شایع‌ترین عمل جراحی ناحیه لگن بود.

نتایج حاصل از وضعیت مشکلات دفعی شرکت کنندگان، نشان داد (جدول ۱) که شیوع اختلال انسدادی دفع مدفوع به ترتیب نوع خفیف ۳۶/۵٪ (حدود اطمینان ۹۵٪، ۳۹-۳۳٪)، متوسط ۸٪ (حدود اطمینان ۹۵٪، ۱۰-۶٪) و شدید ۰/۵٪ (حدود اطمینان ۹۵٪، ۰/۹-۰/۰۱٪) بود. در بررسی میزان فراوانی دیگر علائم مشکلات دفعی در یک سال اخیر درد یا سوزش مقعد هنگام اجابت مزاج ۱۸٪، درد یا سوزش مقعد خارج از زمان اجابت مزاج ۷٪، خونریزی مقعد هنگام اجابت مزاج ۱۰٪، احساس وجود توده یا مانع هنگام اجابت مزاج ۱۳٪، خروج گاز بی اختیار از مقعد ۱۸٪، خروج بی اختیار مدفوع ۳٪، مدفوع سفت ۴۰/۵٪ و دفع بلغم یا ترشح چرکی از مقعد ۴٪ بود. همچنین ۷۸/۶ شرکت کنندگان مبتلا به مشکلات دفعی، به مدت بیش از یک سال بودند و بیشترین تأثیر مشکلات دفعی (۲۴٪) در زندگی عاطفی و خانوادگی آنها بوده است. حدود ۶۵٪ از شرکت کنندگان پس از بروز مشکلات دفعی اصلاً به پزشک مراجعه نکرده بودند.

متغیرهای مربوط به سبک زندگی، شامل وضعیت تغذیه، نظیر مصرف روزانه مایعات، سبزیجات و میوه بوده است. مصرف مایعات براساس سه سطح کم، متوسط، و زیاد (قابل قبول) و مصرف سبزیجات و میوه در حد کم، و قابل قبول براساس تعداد لیوان مصرف روزانه بود. همچنین فعالیت فیزیکی نمونه‌ها نیز براساس میزان فعالیتهایی از قبیل پیاده روی روزانه، ورزش ۱۰ دقیقه در روز و ۱/۵ ساعت در هفته به سطوح کم، متوسط و زیاد تقسیم‌بندی شد. داده‌ها پس از ورود به رایانه با استفاده از نرم افزارهای SPSS ۱۱/۵ و استاتاً مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های خی دو و تعقیبی فیشر استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج داده‌های بدست آمده نشان داد که ۷۲٪ شرکت کنندگان در گروه سنی ۵۹-۴۰ سال قرار داشتند و تنها ۱۰٪ از شرکت کنندگان دارای سن ۷۰ سال و بیشتر بودند. میانگین سنی زنان مورد مطالعه  $53/9 \pm 10$  سال بود.

از لحاظ وضعیت زایمان تنها ۲۵ نفر از شرکت کنندگان به دلایل مختلف هیچ زایمانی نداشته‌اند و ۶۳٪ سابقه زایمان، مربوط به اولین زایمان در سن ۱۸ سال و کمتر به دست آمد. میانگین سنی اولین زایمان و تعداد دفعات زایمان در این مطالعه به ترتیب  $18/4 \pm 4/5$  سال و  $5/36 \pm 2/7$  بار بود. از لحاظ روش زایمان ۸۵٪ از زایمانها به روش طبیعی و تنها ۱۵٪ سزارین بوده‌اند که در بین سزارین‌ها ۵۲٪ علت سزارین به توصیه پزشک و قبل از شروع دردهای زایمانی بوده است. در ۲۰٪ از زایمانهای طبیعی از وسایل کمکی نظیر فورسپس و واکيوم استفاده شده بود و ۴۰٪ از آنان بهنگام زایمان دچار پارگی شده بودند که ۳۰٪ از این پارگی‌ها به صورت خود بخود ایجاد شده بود.

از لحاظ وضعیت تغذیه میزان مصرف سبزیجات و میوه جات در ۹۱٪ شرکت کنندگان کم و تنها در ۸/۷٪ قابل قبول بود. از

جدول ۱) رابطه مصرف مایعات با اختلال انسدادی دفع مدفوع

مصرف مایعات	اختلال دفع	طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	جمع کل
		تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
کم	۸ (۲٪)	۲ (۱٪)	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	۱۰ (۱۵٪)	
متوسط	۱۰۵ (۲۹٪)	۸۳ (۳۵٪)	۱۵ (۲۸٪)	۰ (۰٪)	۲۰۳ (۳۱٪)	
زیاد	۲۵۲ (۶۹٪)	۱۴۹ (۶۴٪)	۳۹ (۷۲٪)	۲ (۱۰۰٪)	۴۴۲ (۶۷/۵٪)	
مجموع	۳۶۵ (۱۰۰٪)	۲۳۴ (۱۰۰٪)	۵۴ (۱۰۰٪)	۲ (۱۰۰٪)	۶۵۵ (۱۰۰٪)	

نتیجه آزمون آماری  $p=0/37$  N. S.  $\chi^2=6/93$  فیشر

تحرك بدنی روزانه با اختلالات انسدادی دفعی (جدول شماره ۴) نشانگر این است که بین اختلال انسدادی دفع مدفوع و میزان تحرك بدنی رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت. با افزایش میزان تحرك بدنی نسبت موارد اختلال دفع کاهش نسبی یافت و این روند کاهشی از نظر آماری معنی‌دار ( $p = 0/004$ ) بود (جدول ۲، ۳ و ۴).

در رابطه با عوامل مؤثر، یافته‌های تحلیلی نشان دادند که اختلالات انسدادی دفع مدفوع با سن رابطه معنی‌دار آماری داشت، به طوری که با افزایش سن تعداد افراد مبتلا افزایش یافت. ( $p = 0/006$ ) میزان مصرف مایعات، سبزیجات، میوه‌جات و تعداد زایمان با اختلالات انسدادی دفع مدفوع ارتباط معنی‌داری نداشت (جداول ۱، ۲ و ۳). نتایج حاصل از تعیین ارتباط بین

جدول ۲) رابطه مصرف سبزیجات و میوه جات با اختلال انسدادی دفع مدفوع

مصرف سبزیجات و میوه	اختلال دفع طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	جمع کل
تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
کم	۴۰۱ (۵۴/۹)	۲۶۷ (۳۶/۶)	۶۰ (۸/۲)	۲ (۰/۳)	۷۳۰ (۱۰۰)
قابل قبول	۳۸ (۵۴/۳)	۲۵ (۳۵/۷)	۵ (۷/۱)	۲ (۲/۹)	۷۰ (۱۰۰)
مجموع	۴۳۹ (۵۴/۹)	۲۹۲ (۳۶/۵)	۶۵ (۸/۱)	۴ (۰/۵)	۸۰۰ (۱۰۰)

نتایج آزمون آماری: فیشر=۵/۸۳ p=۰/۱۱ N. S.

جدول ۳) رابطه بین تعداد زایمان با اختلال انسدادی دفع مدفوع

تعداد زایمان	اختلال دفع طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	جمع کل
تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
۰	۲۰ (۵۷/۱)	۱۱ (۳۱/۴)	۴ (۱۱/۴)	۰ (۰)	۳۵ (۱۰۰)
۱	۱۴ (۷۰)	۵ (۲۵)	۱ (۵)	۰ (۰)	۲۰ (۱۰۰)
۲ - ۳	۸۳ (۵۶/۸)	۵۵ (۳۷/۷)	۸ (۵/۵)	۰ (۰)	۱۴۶ (۱۰۰)
> ۳	۳۰۸ (۵۳/۷)	۲۱۱ (۳۶/۸)	۵۱ (۸/۹)	۴ (۰/۷)	۵۷۴ (۱۰۰)
مجموع	۴۲۵ (۵۴/۸)	۲۸۲ (۳۶/۴)	۶۴ (۸/۳)	۴ (۰/۵)	۷۷۵ (۱۰۰)

نتایج آزمون آماری: فیشر=۵/۷۳ p=۰/۷۵ N. S.

جدول ۴) رابطه بین میزان تحرك بدنی روزانه با اختلال انسدادی دفع مدفوع

تحرك بدنی روزانه	اختلال دفع طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	جمع کل
تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
بدون تحرك	۱۶ (۴۵/۷)	۱۳ (۳۷/۱)	۵ (۱۴/۳)	۱ (۲/۹)	۳۵ (۱۰۰)
فعالیت بدنی کم	۱۳۳ (۴۹/۳)	۱۱۳ (۴۱/۹)	۲۲ (۸/۱)	۲ (۰/۷)	۲۷۰ (۱۰۰)
فعالیت بدنی متوسط	۲۰۵ (۵۸/۱)	۱۱۷ (۳۳/۱)	۳۰ (۸/۵)	۱ (۰/۳)	۳۵۳ (۱۰۰)
فعالیت بدنی زیاد	۸۵ (۵۹/۹)	۴۹ (۳۴/۵)	۸ (۵/۶)	۰ (۰)	۱۴۲ (۱۰۰)
مجموع	۴۳۹ (۵۴/۹)	۲۹۲ (۳۶/۵)	۶۵ (۸/۱)	۴ (۰/۵)	۸۰۰ (۱۰۰)

نتایج آزمون آماری: فیشر=۱۳/۹۱ p=۰/۰۹ N. S.  
رابطه خطی:  $p = 0/004$   $r = 0/17$

جدول ۵) رابطه بین ابتلاء به برخی از بیماریها با اختلال انسدادی دفع مدفوع

آزمون آماری	نوع اختلال			ابتلاء به بیماری
	متوسط و شدید	خفیف	طبیعی	
	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	
P=۰/۰۲	۳۹ (۹/۸)	۱۶۱ (۴۰/۳)	۲۰۰ (۵۰)	آرتروز
P=۰/۰۰۰۱	۲۷ (۱۴/۷)	۸۷ (۴۷/۳)	۷۰ (۳۸)	افسردگی و اضطراب
P=۰/۰۰۰۱	۳۳ (۱۳/۵)	۱۰۰ (۴۱)	۱۱۱ (۴۵/۵)	پوکی استخوان
P=۰/۰۰۱	۱۳ (۱۶/۷)	۳۶ (۴۶/۲)	۲۹ (۳۷/۲)	سرفه مزمن
P=۰/۰۰۰۱	۱۹ (۲۳/۸)	۳۹ (۴۸/۸)	۲۲ (۲۷/۵)	بیماری روده‌ای مزمن
P=۰/۰۰۰۱	۱۹ (۱۵/۵)	۵۵ (۴۵/۱)	۴۸ (۳۹/۳)	دیابت

یک عامل خطر محسوب می‌شود و این شرایط نه تنها باعث مشکلات سلامت و محدودیت در نیمه دوم زندگی زنان است، بلکه اثرات نامطلوبی را بر کیفیت زندگی فرد مبتلا و دیگر اعضای خانواده وی نیز برجای می‌گذارد (۱۲)؛ که در مطالعه حاضر بیشترین آسیب در روابط عاطفی و خانوادگی شخص، مشاهده شد.

هر چند مطالعه اختلالات انسدادی دفع مدفوع، مشابه مطالعه حاضر در ایران پیدا نشد. ولی مطالعات پراکنده در رابطه با سایر اختلالات کف لگن، نشانگر شیوع قابل توجه آنها مانند انواع بی اختیاری ادراری (۴۵-۱۷٪) و بی اختیاری مدفوعی (۱۷-۴٪) در بین زنان ایرانی است (۱۴، ۱۳). برخی مطالعات در ایران علاوه بر شیوع نسبتاً قابل توجه اختلالات کف لگن از جمله بی اختیاری، ارتباط بین عواملی چون نمایه توده بدنی، سن اولین زایمان، تعداد زایمان به ویژه زایمان واژینال، سابقه عمل جراحی و استفاده از وسایل کمکی در زایمان را با بروز این اختلالات نشان داده‌اند. (۱۴، ۱۳).

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، افزایش در میزان تحرک بدنی، بروز اختلالات دفعی را کاهش می‌دهد که در ارتباط با شیوه زندگی و امکانات موجود در جامعه و رایج شدن فرهنگ ورزش به عنوان یک عامل حفاظت کننده است. همان طور که در بخش یافته‌ها ملاحظه شد عوامل مؤثر بر اختلالات انسدادی دفعی در دسته‌های عوامل فردی و سبک زندگی، تعداد زایمان و ابتلا به بیماریها قرار گرفت. در بین عوامل، سبک زندگی تنها فعالیت و تحرک بدنی بر کاهش بروز این نوع اختلال مؤثر شناخته شد. همچنین یافته‌های تحلیلی مربوط به رابطه بین اختلالات دفع

بین اختلال انسدادی دفع مدفوع و بیماری‌های آرتروز، افسردگی و اضطراب، پوکی استخوان، سرفه مزمن، بیماری روده‌ای مزمن، و دیابت رابطه معنی‌دار مشاهده ( $p < 0.005$ ) شد (جدول ۵).

## بحث

در دهه اخیر، با بهبود وضعیت بهداشتی و کنترل بیماری‌ها، امید به زندگی در ایران افزایش یافته و جمعیت افراد مسن نیز روبه افزایش است. به دلیل عمر طولانی‌تر زنان نسبت به مردان، زنان بیشتر تحت تأثیر بیماریهای مزمن ناتوان کننده قرار می‌گیرند. در این مطالعه جامعه نگر شیوع اختلالات دفعی و عوامل خطر آن در بین ۸۰۰ زن ۴۰ سال و بالاتر بررسی شدند. یافته‌های بدست آمده نشان داد که در بین زنان مورد مطالعه، شیوع اختلال انسدادی دفع مدفوع خفیف ۳۶/۵٪، اختلال متوسط ۸٪ و اختلال شدید ۰/۵٪ بود و تنها بین سن و اختلالات انسدادی دفع مدفوع رابطه معنی‌دار آماری مشاهده شد. به طوریکه با افزایش سن تعداد افراد مبتلا افزایش یافت ( $p=0.006$ ). این نتایج همانند نتایج مطالعات محققین دیگر شیوع اختلالات دفعی در زنان با افزایش سن بیشتر را تأیید کرد (۶). مطالعات اپیدمیولوژیک میزان بروز یبوست را در بیش از ۳۰٪ جمعیت عمومی برآورد کرده‌اند. تفاوت میزان بروز در بسیاری از گزارش‌ها ناشی از تعاریف متفاوت یبوست و نمونه‌های مورد بررسی در جمعیتهاست. یبوست در زنان بیشتر مشاهده می‌شود و میزان آن با سن افزایش می‌یابد. تقریباً ۵۰٪ بیماران ارجاع شده به مراکز خدمات سطح سوم که مبتلا به یبوست مزمن هستند دچار اختلال انسدادی در دفع مدفوع هستند (۶). بنابراین سن،

زایمان، مداخلات پیشگیرانه نیز برای بروز مشکل می‌تواند اتخاذ شود (۱۲). مداخلاتی از قبیل انجام سزارین انتخابی از موارد پیشگیری اولیه محسوب می‌شوند ولیکن داده‌های موجود درباره عوامل بالقوه علیتی توان ارزیابی چنین استراتژی‌هایی را بشدت محدود می‌کند (۱۶). در هر حال به نظر می‌رسد که انتخاب بموقع روش زایمان یک عامل مهم در کاهش بروز این مشکلات است.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، موارد مشکوک ابتلا به اختلالات انسدادی دفع مدفوع که از جمله اختلالات کف لگن می‌باشند در جمعیت نمونه که اکثر آنها (۷۲٪) در گروه سنی ۴۰-۵۹ سال قرار داشتند، از شیوع قابل ملاحظه‌ای برخوردار بود. علیرغم این شیوع نسبتاً زیاد موارد مشکوک و پنهان، متأسفانه بیماران اکثراً این مشکل را بخشی از عوارض افزایش سن و سالمندی محسوب و از مطرح کردن آن با پزشک خود خودداری کرده و برای پیگیری و درمان نیز مراجعه نمی‌کنند. بنابر این، مشکل به طور گسترده‌ای بدون تشخیص مانده و گزارش نمی‌شود. علاوه بر این، زنان مبتلا به این اختلالات به دلیل مشکلات و عوارض ناشی از آن از اجتماع دوری کرده و موجب بروز اختلالات روانی عاطفی در آنها می‌شود. از سوی دیگر پزشکان و پرسنل بهداشتی درمانی نیز در این مورد توجه لازم را نشان ندادند و از بیماران در باره آن سؤال نمی‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود پزشکان و متخصصین مربوط در تشخیص این مشکل و تلاش برای پیگیری و درمان به موقع آن توجه لازم را مبذول کنند.

به زنان نیز باید توصیه کرد که اختلالات ناحیه کف لگن را همانند دیگر بیماری‌ها تلقی کرده و آنرا با پزشک خود مطرح کنند. اغلب این اختلالات را می‌توان در مراحل اولیه با مراجعه به پزشک متخصص به روشهای دارویی و غیر جراحی درمان کرد. بنابراین آگاهی دادن به جامعه زنان در شناخت علائم و عوارض این مشکلات، مراجعه به موقع به پزشک، آموزش سبک زندگی سالم و فعالیت فیزیکی مرتب می‌تواند علاوه بر بهبود کیفیت زندگی از تحمیل هزینه‌های هنگفت جراحی در مراحل پیشرفته بیماری بویژه در دوران سالمندی پیشگیری می‌کند.

مدفوع با بیماری‌های افسردگی، پوکی استخوان، سرفه مزمن و دیابت نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌دار بوده است. مطالعه مک لنان ارتباط بین اختلالات کف لگن و ابتلا به بیماری‌هایی نظیر استئوآرتریت، سرفه مزمن و سابقه جراحی لگنی را تأیید می‌کند (۵).

این واقعیت از سوی مطالعه حاضر مدنظر بوده که فراوانی متغیرهای مربوط، تنها می‌توانند نشان‌دهنده میزان بالای موارد مشکوک ابتلا به این مشکل باشند و تأیید آن مستلزم انجام معاینات بالینی و پاراکلینیکی است. بدین لحاظ نمی‌توان آن را به یقین به شیوع واقعی این اختلال در جامعه زنان تسری داد. از سوی دیگر برخی از محققین معتقدند که ممکن است برخی از موارد ابتلا بدون علائم باشند و می‌توانند در آینده در معرض خطر بالای ابتلا به این اختلال قرار گیرند (۱۵). گرچه اطلاعات دقیقی از وضعیت اختلالات کف لگن در زنان ایرانی وجود ندارد، لیکن به منظور کاهش بروز این مشکلات و نجات زنان از ابتلای به آنها و بهبود درمان می‌بایستی رویدادها و یا رفتارهای مشخص زندگی زنان که منجر به این مشکلات می‌شود و قابلیت پیشگیری دارند را بررسی کرد. لذا ضرورت بررسی‌های بیشتر و دقیقتر این مشکل سلامت زنان در جامعه وجود دارد. همچنین توجه و دقت لازم از سوی پزشکان و متخصصین در ارزیابی و تشخیص مشکل در مراجعین زن و توجه مسئولین در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی سلامت زنان را می‌طلبد.

از آنجاکه متخصصین زنان و زایمان، بیشتر در ارتباط و مسئول مراقبت از زنان مبتلا به این نوع اختلالات به شمار می‌آیند، می‌بایستی در افزایش دانش پیشگیری و درمان این تجربه رنج آور به زنان کمک کرده و از اعمال جراحی و پیامدهای بعدی آن جلوگیری کنند. روشهای پیشگیری فراتر از درمانهای فردی بوده و باید در جهت شناخت کافی از عواملی همچون چگونگی انجام فرایند زایمان واژینال و یا بیماری‌های زمینه ساز این اختلالات در گروه‌های آسیب پذیر تلاش شود زایمان واژینال یک عامل اصلی و تعیین کننده در بروز اختلالات لگنی شناخته شده است که معمولاً تحت نظارت یک ماما، پزشک یا متخصص انجام می‌شود. در صورت شناخت کافی و آگاهی از چگونگی ایجاد آسیب به اعضا و ارگان‌های کف لگن در طی

## REFERENCES

## منابع

1. Fornell EU, Wingren G, Kjolhede P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolepses: an epidemiological study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 383-389.
2. Lukacz ES, Parity Mode of delivery and pelvic floor disorders. *Obstet & Gynecol* ۲۰۰۶; 107: 1253-1260
3. Doctor's Guide [homepage on the Internet]. Women's silent health problem: study finds fecal incontinence prevalent, cited 2006 Available from: URL: <http://www.docguide.com>.
4. Kenton K, Brincat C, Mutone M, Brubaker T. Repeat cesarean section and primary elective cesarean section: Recently trained obstetrician-gynecologist practice patterns and ginions. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 199(6): 1872-5.
5. MacLennan AH, Taylor A, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000; 107(12): 1460-70
6. Andromanakos N, Skandalakis P, Tropis T, Filippou D. Constipation of anorectal outlet obstruction: Pathophysiology, evaluation and management, *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2006; 21: 638-646.
7. Corman M, *Colon & Rectal Surgery*. Lippincott Williams & Wilkins publisher; 2004. pp. 474.
8. Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR. Prevalence and Burden of Fecal Incontinence: A Population-Based Study in Women. *Gastroenterology* 2005; 129: 42 – 49.
9. Huang AJ, Thom DH, Kanaya AM, Wassel-Fyr CL, Van Den Eeden SK, Ragins AI, et al. Urinary incontinence and pelvic floor dysfunction in Asian-American women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(5): 1331–1337.
10. Ebersole P, Hess P. *Toward healthy aging: human needs and nursing response*. 5th ed. Mosby-year book Inc; 1997. pp. 2-4.
11. Rizk DEL, Safty M. Female pelvic floor dysfunction in the Middle East: a tale of three factors--culture, religion and socialization of health role stereotypes. *Int Urogynecol J* 2006; 17(5): 436–438.
12. Diokno A. Editorial comment: The global burden of female pelvic floor disorders. *BJU Int* 2006; 98(suppl. 1): 6-7.
13. 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]. *Tabibe Shargh* 2006; 8(3): 203-210.
14. Riazzi H, Bashirian S, Ghelichkhani S. The role of pregnancy and delivery on incidence of urinary incontinence in women referred to health centers in Hamedan. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2006; 8(5): 40-45.
15. Patel D, Xu X, Thomason A, Ransom S, Ivy J, DeLancey J. Childbirth and pelvic floor dysfunction: An epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(1): 23-28.
16. Martinez Espinoza CJ, Flores Carreras O, García de Alba García JE, Velázquez Castellanos PI, González Ruiz MI, Márquez Allegre R. Prevalence of urinary and anal incontinence in women from metropolitan area of Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74(6): 300-5.