

شیوع و عوامل خطر دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی: مطالعه مروری ساختارمند

ساره شمسی‌پور^۱، زهرا اکبری چهره‌برق^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۳/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۷/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: دردهای کمری-لگنی در طول بارداری مشکلی رایج و پیچیده، همراه با فشار جسمانی و روانی هستند. هدف از این مطالعه، تعیین شیوع و عوامل خطر دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی است.

مواد و روش کار: جست‌وجوی نظام‌مند مقالات منتشرشده بدون بازه زمانی در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر مانند پابمد، اسکوپوس، گوگل اسکولار، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و مگیران با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب از اول آوریل تا سی‌ام ماه مه سال ۲۰۲۴ انجام شد. در این جست‌وجو، تنها مطالعات مقطعی که به‌منظور بررسی شیوع و عوامل خطر دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی انجام‌شده و قابل‌دسترس بودند، موردبررسی قرار گرفتند و مقالات مروری، بیماران مبتلا به درد کمر و یا درد لگن با علل خاص، کمتر از پنج مشارکت‌کننده و زبان‌هایی غیر از انگلیسی و فارسی از مطالعه خارج شدند.

یافته‌ها: از میان ۲۱ مطالعه‌ای که در این زمینه یافت شدند، با حذف مطالعات نامرتبط و مشابه، ۶ مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی به‌عنوان مطالعات با کیفیت خوب، با حجم نمونه ۲۴۲۴ شرکت‌کننده باردار انتخاب شدند. شیوع دردهای کمری-لگنی در بارداری بین ۴۰/۲ درصد تا ۸۴/۱ درصد گزارش شد. شایع‌ترین محل درد، در ناحیه تحتانی کمر (LBP) بود. بیشترین شیوع دردهای کمری-لگنی در سه‌ماهه سوم بارداری گزارش شد. عواملی مانند سابقه دردهای کمری-لگنی، سن بارداری، وضعیت ایستاده طولانی و شاخص توده بدنی به‌طور معنی‌داری با دردهای کمری-لگنی در بارداری مرتبط بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی رایج هستند. بر اساس یافته‌های مطالعه، بهتر است در مشاوره قبل از بارداری و مراقبت‌های حین بارداری به عواملی مانند سابقه دردهای کمری-لگنی قبل از بارداری، سن بارداری، وضعیت ایستاده طولانی و BMI مادران، به‌عنوان عوامل خطرهای مهم در بروز این دردها، توجه ویژه‌ای شود.

کلیدواژه‌ها: ایران، دردهای کمری-لگنی، بارداری، مرور ساختارمند

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۷۹، شهریور ۱۴۰۳، ص ۴۶۲-۴۵۱

آدرس مکاتبه: البرز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت. تلفن: ۰۲۶-۳۴۱۸۲۵۸۰

Email: zahra.akbari@kiauo.ac.ir

مقدمه

و جدی بر روی اکثر زنان در طول بارداری دارند و علت اصلی غیبت از کار در زنان باردار است (۷)، همچنین تأثیر قابل‌توجهی بر روی خواب و فعالیت‌های روزانه دارند و خطر افزایش افسردگی و اضطراب پس از زایمان را بالا می‌برند (۴). با توجه به تأثیر منفی آن، لازم است آگاهی در مورد درد کمری-لگنی در طول بارداری افزایش یابد. مرور متون نشان داده است زنانی که در طول بارداری با LPP شدید روبرو هستند، خطر بروز درد شدید کمر در بارداری بعدی و

بارداری از مهم‌ترین و حساس‌ترین مراحل زندگی زنان است (۱). دردهای کمری-لگنی^۳ (LPP) در طول بارداری به‌عنوان دردهای ناحیه تحتانی کمر^۴ یا دردهای ناحیه ساکروایلیاک یا لگن^۵ (PGP) مرتبط با بارداری تعریف می‌شوند (۲). دردهای کمری-لگنی در طول بارداری مشکلی شایع، رایج و پیچیده همراه با هر دو فشار جسمانی و روانی هستند (۳-۶). دردهای کمری-لگنی تأثیری منفی

^۱ مربی گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران

^۲ استادیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ Lumbopelvic pain

^۴ Low back pain

^۵ Pelvic girdle pain,

دوره پس از زایمان، بسیار بالا است (۸). زنانی که در طول بارداری با LPP روبرو هستند، در معرض خطر بالاتری از نظر گزارش وضعیت نامناسب سلامتی و بیمار مرخص شدن هستند و این امر LPP در طول بارداری را به مسئله مهم بهداشت عمومی تبدیل می‌کند که نباید نادیده گرفته شود (۹). مطالعه مروری سیستماتیک اخیر نشان داد که سابقه کمردرد، شاخص توده بدنی (BMI) قبل از بارداری بیشتر از ۲۵، درد ناحیه لگن، افسردگی در طول بارداری و فشار کار سنگین در طول بارداری عوامل خطر قابل توجهی برای LPP هستند (۱۰).

علت دردهای کمری-لگنی در طول بارداری هنوز مشخص نیست؛ با این حال، نقش عوامل مکانیکی و هورمونی در ایجاد آن مطرح شده است (۱۱). در ارتباط با عوامل بیومکانیکی، الدابه^۱ و همکاران نشان دادند که دردهای کمری-لگنی در طول بارداری با تغییرات کنترل حرکتی و پارامترهای جنبشی همراه است (۱۲). علاوه بر این، افزایش وزن و عرض بدن، به‌ویژه در ناحیه شکم، می‌تواند نیروی اعمال‌شده بر روی کمر را افزایش دهد (۱۳). تغییرات در قرارگیری بدن با افزایش گودی (لوردوز) کمری، به‌منظور مقابله با افزایش وزن شکم قدامی، که همراه با تغییرات در کنترل عصب-عضلانی است، به توسعه اختلالات مفصلی، رباطی و میوفاسیال کمک می‌کند (۲). از لحاظ هورمونی، به نظر می‌رسد که هورمون رلکسین^۲ باعث افزایش لختی لگن می‌شود و مطالعه مروری که رابطه بین هورمون رلکسین و LPP را ارزیابی می‌کند، نتایج ناهمبستگی را گزارش کرده است (۱۴). تغییرات در سطح هورمون‌ها، عضلات و رباط‌های متصل به قفسه سینه و شکم را ضعیف می‌کند و کشش می‌دهد که منجر به درد در قسمت پایین کمر و لگن می‌شود (۱۵). از آنجایی که تحقیقات متعدد نتوانسته‌اند ارتباطی بین سطوح سرمی رلکسین و شدت علائم درد کمر در دوران بارداری پیدا کنند، رابطه بین سطوح گردشی هورمون رلکسین و درد کمر در دوران بارداری هنوز هم مورد بحث قرار دارد (۱۶-۱۸).

در طول بارداری، به علت محدودیتهایی که در بررسی و درمان دردهای کمری-لگنی وجود دارد، ضرورتی برای ارزیابی، شناخت و تعیین درمان با استفاده از روش‌های محافظه‌کارانه، غیرتهاجمی و پیشگیرانه احساس می‌شود. (۱۹) تکرار دردها و تأثیر مشخصه‌های روانی، محیطی و اجتماعی بر آن، دردهای کمری-لگنی در طول بارداری را تبدیل به عارضه‌ای مزمن و ناتوان‌کننده می‌کند. (۲۲-۲۰) با بررسی دردهای کمری-لگنی در طول بارداری و ارائه روش‌های تشخیصی مناسب بر اساس شیوع آن، راهکارهای مناسبی ارائه خواهد شد.

همچنین شناخت شیوع دردهای کمری-لگنی در طول بارداری و عوامل خطر مرتبط با آن، می‌تواند به تعیین عمق مشکل کمک کند و راهکارهایی را پیشنهاد دهد که هم مسببات مستقیم و غیرمستقیم ناتوانی را کاهش دهد، هم ناراحتی‌های ناشی از عوارض دردهای کمری-لگنی در زنان باردار را کاهش دهد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. به‌علاوه، باید به این نکته توجه کنیم که زنان باردار نمی‌توانند از داروهای مسکن یا شل‌کننده‌های عضلانی قوی استفاده کنند زیرا این کار ممکن است عواقب منفی بر روی جنین داشته باشد.

علی‌رغم ارتباط بین دردهای کمری-لگنی و بارداری، هنوز توافقی بر سر میزان شیوع این دردها در دوران بارداری وجود ندارد. بسیاری از مطالعاتی که درباره این دردها در دوران بارداری منتشر شده‌اند، تصویری کلی و جامع از شیوع آن‌ها ارائه کرده‌اند. پر کردن این نقص دانش برای بهبود سیاست‌ها و عملکردها بسیار مهم است. بنابراین مطالعه مروری حاضر باهدف بررسی شیوع و عوامل خطر دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی انجام شد. انتظار می‌رود نتایج مطالعه به برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران کمک کند تا برنامه‌های مؤثری برای مدیریت سلامت عموم جمعیت ایجاد کنند.

مواد و روش کار

این بررسی نظام‌مند، طبق دستورالعمل پریزما^۳ انجام شده است. جستجوی پیشرفته مطالعات منتشر شده بدون محدودیت زمانی در پایگاه‌های اطلاعاتی پابمد، اسکوپوس، گوگل اسکولار، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و میگزین از اول آوریل تا سی‌ام ماه مه سال ۲۰۲۴ انجام شد.

کلیدواژه‌های این بررسی بر اساس اصطلاحات MeSH شامل کمردرد (Backache or Low back pain)، درد ناحیه ساکروایلیاک یا لگن یا دردهای اسکلتی-عضلانی (Pelvic Girdle Pain or Musculoskeletal Pain) و بارداری (Pregnancy or Gravidity or Parity or Gestation) بودند. همچنین، کلیدواژه‌های دیگر شامل شیوع (Prevalence)، بروز (Incidence)، عوامل خطر (Risk Factors)، شکایات (Complaints)، مطالعات مقطعی (Cross-Sectional) و ایران (Iran) بودند.

در طراحی این مطالعه از راهبرد PICO (۲۳) استفاده شد که به شرح زیر است:

۱. جمعیت تحت مطالعه^۴ (P): جمعیت مورد مطالعه شامل زنان مبتلا به دردهای کمری-لگنی در طول بارداری بدون محدودیت سنی بودند.

³ PRISMA
⁴ Population

¹ Aldabe
² Relaxin hormone

۲. نوع مطالعه^۱ (I) : این مطالعه از نوع بررسی توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود.

۳. گروه مقایسه یا کنترل^۲ (C) : با توجه به اینکه مطالعات از نوع توصیفی-مقطعی بودند، گروه مقایسه وجود ندارد و مشارکت‌کنندگان تنها بر اساس متغیرهای تأثیرگذار مانند سن، نوع شغل و غیره مقایسه می‌شوند و در نهایت؛

۴. پیامد^۳ (O) : شیوع دردهای کمری-لگنی و عوامل خطر احتمالی و مستعد کننده وقوع آن‌ها بود.

همچنین، معیارهای انتخاب مقالات جهت ورود به مطالعه شامل مطالعات توصیفی-تحلیلی و مقطعی انجام شده در ایران، باهدف شیوع دردهای کمری-لگنی یا عوامل خطر آن در بارداری، قابل‌دسترس بودن متن کامل مقاله، استفاده از پرسش‌نامه خودگزارشی استاندارد جهت سنجش دردهای کمری-لگنی، مقیاس دیداری درد، معاینه بالینی، یا ترکیبی از روش‌های تشخیصی دردهای کمری-لگنی بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مقالات مروری؛ چکیده‌های کنفرانس، گزارش‌های تجربی، بررسی‌ها، پروتکل‌ها و نامه‌ها؛ بیماران مبتلا به درد کمر و یا درد لگن با علل خاص مانند شکستگی‌های فشاری، تومورها، عفونت و التهاب مفاصل ستون مهره^۴؛ کمتر از پنج مشارکت‌کننده و متن کامل مقالات به زبانی غیر از فارسی یا انگلیسی بودند. تمام منابع با استفاده از نرم‌افزار مندلی^۵ پردازش شدند. جهت استخراج داده‌ها، پس از حذف مقالات تکراری، ابتدا عناوین و چکیده‌های مقالات شناسایی شده، توسط دو کارشناس بررسی شدند تا مقالات غیرمرتبط را حذف کنند و در صورتی که اطلاعات کافی برای معیارهای ورود مطالعه وجود نداشت، متن کامل مقاله بر اساس معیارهای مشخص شده بررسی شد. دو کارشناس به‌طور مستقل داده‌های مطالعه را استخراج کردند و در صورت وجود اختلاف نظر، با نویسنده اصلی برای تصمیم‌گیری نهایی مشورت شد.

جهت ارزیابی کیفیت مقالات، از ابزار ارزیابی روش‌های ترکیبی^۶ (MMAT)، نسخه ۲۰۱۸ استفاده شد (۲۴). MMAT به‌عنوان یک ابزار استفاده می‌شود برای ارزیابی کیفیت مطالعات با انواع متدولوژی کمی، کیفی و ترکیبی. روایی و پایایی این ابزار توسط مطالعاتی تأیید شده است (۲۵،۲۶). ارزیابی کیفیت مطالعات با استفاده از این ابزار به دو مرحله تقسیم می‌شود. در ابتدا، تمامی مطالعات بدون توجه به نوع متدولوژی، ارزیابی می‌شوند. به این منظور، دو سؤال به‌عنوان سؤالات غربالگری در نظر گرفته می‌شوند. فقط مطالعاتی که شرایط مورد نظر را بر اساس این دو سؤال دارند،

بیشتر موردبررسی قرار می‌گیرند. در مرحله بعد، مطالعات ارزیابی شده بر اساس نوع متدولوژی و طراحی موردبررسی قرار گرفتند. چرا که همه مطالعات برگزیده از نوع توصیفی-تحلیلی-مقطعی بودند، از پنج سؤال مربوط به این بخش استفاده شد. در این مطالعه، مطالعاتی که هیچکدام یا یکی از سؤالات را نداشتند، به‌عنوان مطالعات خطر بالای سوگیری^۷ در نظر گرفته شدند. مطالعاتی که شرایط ۲ تا ۳ از سؤالات را داشتند، به‌عنوان مطالعات با کیفیت متوسط و مطالعاتی که تمامی یا چهار مورد از سؤالات را داشتند، به‌عنوان مطالعات با خطر کم سوگیری^۸ مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابی کیفی مقالات توسط محققان مطالعه، به‌صورت مستقل انجام شد.

یافته‌ها

درمجموع، ۲۱ مقاله بررسی شد که پس از حذف موارد تکراری و اعمال معیارهای ورود و خروج، ۶ مقاله مرتبط (۳۲-۲۷) به‌عنوان مطالعات با کیفیت خوب (جدول شماره ۱)، با حجم نمونه ۲۴۲۴ شرکت‌کننده باردار انتخاب شدند. نمودار جریان فرآیند انتخاب مقالات در شکل ۱ نشان داده شده است. نوع مطالعات بررسی شده، توصیفی-تحلیلی و مقطعی بودند. داده‌های مهم و مشخص در مطالعات شامل نام نویسنده، سال انجام مطالعه، نام مجله، عنوان مطالعه، تعداد مشارکت‌کنندگان، خلاصه روش کار، ابزار ارزیابی و نتایج آن‌ها در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. در این ۶ مقاله، شیوع دردهای کمری-لگنی در بارداری بین ۲/۴۰ درصد تا ۸۴/۱ درصد گزارش شد که شایع‌ترین نوع درد اسکلتی-عضلانی در زنان باردار است.

در دو مطالعه (۲۷،۳۱)، فراوانی انواع دردهای کمری-لگنی در هفته‌های مختلف حاملگی بررسی شدند. نتایج نشان داد شایع‌ترین محل درد، در ناحیه تحتانی کمر (LBP) (درصد ۳/۵۱ و ۴۲/۶ درصد) بود ولی درباره نوع دردهای کمری-لگنی نتایج متفاوت گزارش شد. در مطالعه اول (۲۷) در ۰-۱۲ هفته، بیشترین نوع دردهای کمری-لگنی در ناحیه ساکروایلیاک (۴۶ درصد) مشاهده شد و در هفته‌های ۳۱-۴۰، فراوانی نسبی دردهای کمری-لگنی در ناحیه ساکروایلیاک افزایش یافت (۵۴٪)؛ در حالیکه مطالعه دوم (۳۱)، طی ۰-۱۲ هفته، بیشترین درد در ناحیه تحتانی کمر (۵۳/۱ درصد) و در هفته‌های ۳۱-۴۰، بیشترین فراوانی نسبی درد در ناحیه لگن یا ساکروایلیاک (۴۲/۲ درصد) گزارش شد. شایع‌ترین محل انتشار درد در زنان باردار مبتلا به درد تحتانی کمر، ساق پا؛ در زنان باردار مبتلا به درد لگن

⁵ Mendeley

⁶ Mixed Methods Appraisal Tool

⁷ High risk of Bias

⁸ Low Risk of Bias

¹ Intervention

² Control or comparison

³ Outcomes

⁴ Ankylosing spondylitis

از سایر عوامل خطر موردبررسی، ارتباط معنی‌داری بین شاغل بودن، نوع زایمان، نوع بیهوشی و وضعیت ایستاده بیش از سه ساعت با شیوع دردهای کمری-لگنی مشاهده شد (۲۹،۳۲). علاوه بر این، افزایش سن بارداری یک عامل پیش‌بین معنی‌دار برای دردهای کمری-لگنی دوران بارداری است (۳۲). در مطالعه قادری و همکاران (۳۰)، عوامل خطر ساز معنی‌داری با دردهای کمری-لگنی دوران بارداری؛ میزان رضایت شغلی، شاخص توده بدنی، وضعیت شغلی و معیار کیفیت زندگی گزارش شد. بر اساس مطالعه انصاری و همکاران (۲۹)، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده‌ای که بیشترین تأثیر را داشتند، به ترتیب وضعیت ایستاده طولانی و استراحت بودند. درحالی‌که در یک مطالعه، بین درد لگن و کمر با سایر فاکتورها از جمله سن، شاخص توده بدنی (BMI)، تعداد زایمان، نوع زایمان، سن حاملگی، شغل و غیره رابطه معنی‌دار یافت نشد (۳۱).

ان‌ها و در زنان باردار مبتلا به درد فوقانی کمر، بیشتر درد را بدون انتشار به محل دیگر گزارش کردند (۳۱).

به‌طورکلی، تفاوت معنی‌داری در شیوع دردهای کمری-لگنی بین سه‌ماهه‌های بارداری وجود دارد (۳۲). بر اساس مطالعه انصاری و همکاران (۲۹)، بیشترین شیوع دردهای کمری-لگنی در سه‌ماهه سوم بارداری (۴۰/۷ درصد) و در ناحیه تحتانی کمر (۷۱/۲ درصد) گزارش شد. همچنین در مطالعه محسنی بندپی و همکاران (۲۸)، شیوع دردهای کمری-لگنی در نقاط مختلف زمانی نظیر ماه گذشته، شش ماه گذشته، سالانه و در طول عمر نیز بررسی شد که به ترتیب ۵۵/۹ درصد، ۵۹/۴ درصد، ۷۶/۲ درصد و ۸۴/۱ درصد بود.

در رابطه با عوامل خطر، سابقه دردهای کمری-لگنی قبلی به‌طورکلی (۲۸،۲۹،۳۰،۳۲)؛ سابقه کمردرد قبلی حین قاعدگی (۲۹) و سابقه دردهای کمری-لگنی در بارداری‌های قبلی (۲۸) به‌طور معنی‌داری با دردهای کمری-لگنی در بارداری مرتبط بودند.

جدول (۱): ارزیابی کلی کیفیت مقالات

مقالات	معیارهای کیفیت روش‌شناختی	پاسخ‌ها	
		بله	خیر
امام هادی (۱۳۸۱) (۲۷)	۱. آیا استراتژی نمونه‌گیری برای پاسخ به پرسش پژوهش کمی مناسب است؟	+	
	۲. آیا نمونه نماینده‌ای از جمعیت مورد مطالعه است؟	+	
	۳. آیا ابزارها مناسب هستند (منشأ مشخص، اعتبار شناخته‌شده، یا استفاده از ابزار استاندارد)؟	+	
	۴. آیا نرخ پاسخ‌دهی قابل قبول است (۶۰ درصد یا بیشتر)؟	+	
محسنی بندپی و همکاران (۲۸) (۲۰۰۹)	۱. آیا استراتژی نمونه‌گیری برای پاسخ به پرسش پژوهش کمی مناسب است؟	+	
	۲. آیا نمونه نماینده‌ای از جمعیت مورد مطالعه است؟	+	
	۳. آیا ابزارها مناسب هستند (منشأ مشخص، اعتبار شناخته‌شده، یا استفاده از ابزار استاندارد)؟	+	
	۴. آیا نرخ پاسخ‌دهی قابل قبول است (۶۰ درصد یا بیشتر)؟	+	
انصاری و همکاران (۲۹) (۲۰۱۰)	۱. آیا استراتژی نمونه‌گیری برای پاسخ به پرسش پژوهش کمی مناسب است؟	+	
	۲. آیا نمونه نماینده‌ای از جمعیت مورد مطالعه است؟	+	
	۳. آیا ابزارها مناسب هستند (منشأ مشخص، اعتبار شناخته‌شده، یا استفاده از ابزار استاندارد)؟	+	
	۴. آیا نرخ پاسخ‌دهی قابل قبول است (۶۰ درصد یا بیشتر)؟	+	
قادری و همکاران (۳۰) (۱۳۹۱)	۱. آیا استراتژی نمونه‌گیری برای پاسخ به پرسش پژوهش کمی مناسب است؟	+	
	۲. آیا نمونه نماینده‌ای از جمعیت مورد مطالعه است؟	+	
	۳. آیا ابزارها مناسب هستند (منشأ مشخص، اعتبار شناخته‌شده، یا استفاده از ابزار استاندارد)؟	+	
	۴. آیا نرخ پاسخ‌دهی قابل قبول است (۶۰ درصد یا بیشتر)؟	+	
گلی و همکاران (۳۱) (۱۳۹۳)	۱. آیا استراتژی نمونه‌گیری برای پاسخ به پرسش پژوهش کمی مناسب است؟	+	
	۲. آیا نمونه نماینده‌ای از جمعیت مورد مطالعه است؟	+	
	۳. آیا ابزارها مناسب هستند (منشأ مشخص، اعتبار شناخته‌شده، یا استفاده از ابزار استاندارد)؟	+	
	۴. آیا نرخ پاسخ‌دهی قابل قبول است (۶۰ درصد یا بیشتر)؟	+	

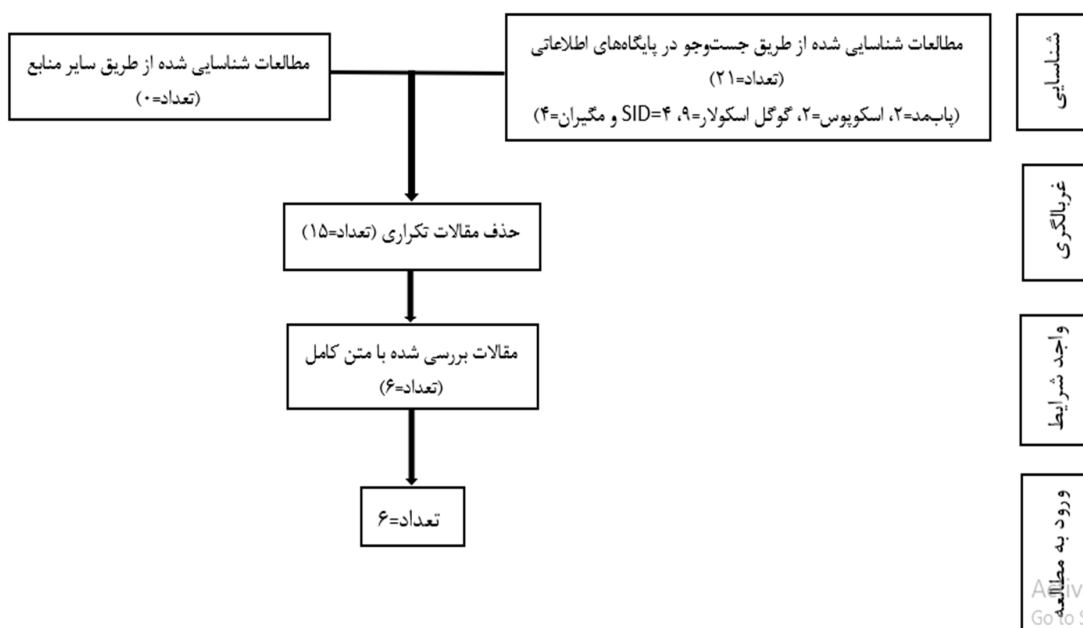
مقالات	معیارهای کیفیت روش‌شناختی	پاسخ‌ها
نمی‌توان گفت	بله	خیر
رئیزی دهکردی و همکاران (۲۰۲۳) (۳۲)	۱. آیا استراتژی نمونه‌گیری برای پاسخ به پرسش پژوهش کمی مناسب است؟ ۲. آیا نمونه نماینده‌ای از جمعیت مورد مطالعه است؟ ۳. آیا ابزارها مناسب هستند (منشأ مشخص، اعتبار شناخته‌شده، یا استفاده از ابزار استاندارد)؟ ۴. آیا نرخ پاسخ‌دهی قابل قبول است (۶۰ درصد یا بیشتر)؟	   

جدول (۲): مشخص‌ترین داده‌های مطالعات

نویسنده و سال انتشار	عنوان مجله	عنوان مقاله	تعداد نمونه	روش کار	ابزار ارزشیابی	نتایج اصلی
امام هادی (۱۳۸۱) (۲۷)	مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان	بررسی انواع کمردرد در زنان باردار	۲۰۰ مراجعه‌کننده به کلینیک طی ۵ سال موردبررسی و معاینه قرار گرفتند	مطالعه توصیفی سطح مقطعی	معاینه توسط پزشک متخصص، بررسی رادیولوژیک و آزمایشگاهی	۷۳ درصد مشارکت‌کنندگان کمردرد را تجربه کرده بودند. ۱۹ درصد برای اولین بار دچار کمردرد شده بودند. اکثر افراد در سنین ۲۰-۳۰ قرار داشتند -در هفته‌های آخر بارداری افزایش در فراوانی دردهای ناحیه ساکروایلپایک مشاهده شد
محسنی بندپی و همکاران (۲۰۰۹) (۲۸)	The Spine Journal	Low back pain in 1,100 Iranian pregnant women: prevalence and risk factors	۱۱۰۰ خانم باردار مراجعه‌کننده به ۱۸ مرکز سلامت شهر ساری	مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی	از پرسش‌نامه ساختارمند، شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، سبک زندگی و شیوع ویژگی‌های کمردرد استفاده شد. همچنین، مقیاس آنالوگ چشمی و پرسش‌نامه ناتوانی کمردرد Oswestry نیز برای ارزیابی شدت درد و ناتوانی عملکردی به ترتیب استفاده شد.	نتایج نشان داد که شیوع کمردرد در زنان باردار بسیار بالا است. شیوع کمردرد در نقاط مختلف زمانی نظیر ماه گذشته، شش ماه گذشته، سالانه و در طول عمر به ترتیب درصد ۹/۵۵، درصد ۴/۵۹، درصد ۲/۷۶ و درصد ۱/۸۴ بود. عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده‌ای که بیشترین تأثیر را داشتند به ترتیب وضعیت ایستاده طولانی و استراحت بودند (با درصد به ترتیب ۷۶/۳ درصد و درصد ۷/۸۷). همچنین، کمردرد به‌طور معنی‌داری با سابقه کمردرد قبلی و کمردرد در بارداری قبلی مرتبط بود.
انصاری و همکاران	Physiother Theory Pract	Low back pain during pregnancy in	۱۰۳ زانو در بخش زایمان، ۴۸ ساعت پس	مطالعه مقطعی	مصاحبه درباره سابقه کمردرد حین قاعدگی و بارداری	شیوع کمردرد در دوران بارداری ۵۷/۳ درصد بود. بیشترین شیوع درد در ماه‌های آخر بارداری

نویسنده و سال انتشار	عنوان مجله	عنوان مقاله	تعداد نمونه	روش کار	ابزار ارزشیابی	نتایج اصلی
(۲۰۱۰) (۲۹)		Iranian women: Prevalence and risk factors	از زایمان بررسی شدند			(۷/درصد ۴۰) و بیشتر در ناحیه تحتانی کمر (۷۱/۲ درصد) گزارش شده بود. تقریباً نیمی از بیماران درد خود را متوسط (۴۴/۱ درصد) گزارش کرده بودند. مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که کمردرد در طی دوران قاعدگی، ریسک بالایی برای کمردرد در دوران بارداری فعلی پیش‌بینی می‌شود.
قادری و همکاران (۱۳۹۱) (۳۰)	مجله سلامت و مراقبت	میزان شیوع و عوامل مرتبط با دردهای عضلانی اسکلتی در دوران بارداری	۲۳۵ خانم باردار مراجعه‌کننده به مراکز، درمانگاه و مطب در شهر تبریز بررسی شدند	مطالعه توصیفی-تحلیلی، از نوع مقطعی	پرسش‌نامه استاندارد درباره شیوع کمردرد و عوامل خطر	۵۸/۲ درصد مشارکت‌کنندگان کمردرد را گزارش کردند (شایع‌ترین مشکل اسکلتی-عضلانی)-میزان رضایت شغلی، شاخص توده بدنی، وضعیت شغلی، معیار کیفیت زندگی و سابقه کمردرد قبلی از عوامل خطر اصلی و معنادار کمردرد دوران بارداری بودند.
گلی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۱)	مجله تحقیقات نظام سلامت	بررسی انواع درد کمر و لگن در بارداری و ریسک فاکتورهای مؤثر بر ایجاد درد	۲۶۵ خانم باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان بررسی شدند	مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی	معاینه و تشخیص، پرسش‌نامه از طریق مصاحبه	درد کمر و لگن شایع‌ترین نوع درد، درد پایین کمر (۵۱/۳٪) گزارش شد. پس‌از آن درد لگن با فراوانی ۲۷/۵ درصد، درد ناحیه بالا و پایین کمر ۶/۸ درصد و درد بالای کمر با فراوانی ۶ درصد دیده شدند. شایع‌ترین زمان بروز درد کمر یا لگن در سه‌ماهه اول بارداری بود (بیشترین درد در ناحیه پایین کمر) و در هفته‌های آخر بارداری نیز در ناحیه لگن یا ساکروایلپاک بیشترین درد گزارش شد- عوامل مؤثر بر بروز درد کمر و لگن در بارداری، سابقه تروما و سابقه درد کمر یا لگن در بارداری‌های قبلی بودند. بین درد لگن و کمر با سایر فاکتورها ازجمله سن، BMI، تعداد زایمان،

نویسنده و سال انتشار	عنوان مجله	عنوان مقاله	تعداد نمونه	روش کار	ابزار ارزشیابی	نتایج اصلی
						نوع زایمان، سن حاملگی، شغل و ... رابطه معنی‌دار یافت نشد.
ریاضی و همکاران (۲۰۲۳) (۳۲)	Epidemiology and Health System Journal	Investigation of the Prevalence of Back Pain and Related Risk Factors in Different Trimesters of Pregnancy in Pregnant Women Referring to Selected Health Centers in Shahrekord, Iran, During 2022-2023	۵۲۱ زن باردار واجد شرایط که در طول سال‌های ۲۰۲۲-۲۰۲۳ به مراکز بهداشتی در شهر کرد، مراجعه کردند	مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی	داده‌ها با استفاده از فرم خودگزارشی بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شد و وجود کمردرد بر اساس درک و احساسی ارزیابی شد که خود مادر از هرگونه درد در منطقه کمر پایین دارد.	نتایج نشان داد که شیوع کمردرد در زنان باردار به‌طور کلی ۶۲/۷ درصد بود، با تفاوت معنی‌دار بین سه‌ماهه‌های بارداری. از میان عوامل خطر موردبررسی، ارتباط معنی‌داری بین شاغل بودن، نوع زایمان، نوع بیهوشی، سابقه کمردرد قبل از بارداری و وضعیت ایستاده بیش از سه ساعت و شیوع کمردرد مشاهده شد. علاوه بر این، افزایش سن بارداری یک پیش‌بین معنی‌دار برای کمردرد در دوران بارداری است.



نمودار (۱): فرآیند انتخاب مقالات در مطالعات مروری بر اساس دستورالعمل پریزما (PRISMA)

بحث و نتیجه‌گیری

بارداری یک دوره طبیعی و مهم در زندگی زنان است که احتمال دارد با عوارضی همراه باشد. یکی از مشکلاتی که ممکن است در طول این دوره برای زنان پیش بیاید، دردهای کمری-لگنی است. هدف از مطالعه مروری حاضر، بررسی شیوع و عوامل خطر دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی بود.

با توجه به مقالات بررسی‌شده، دردهای کمری-لگنی در زنان باردار مشکلی شایع و مزاحم است که می‌تواند تأثیرات منفی بر روی کیفیت زندگی در طول دوران بارداری داشته باشد. علل دردهای کمری-لگنی در زنان باردار بسیار گوناگون است و شامل عوامل فیزیولوژیکی، فیزیکی، روان‌شناختی تغییرات هورمونی، تحمل نامناسب بار وزنی، تغییرات ساختاری در بدن و نحوه تغییر در توزیع وزن می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین ۴۰/۲ درصد تا ۸۴/۱ درصد زنان باردار در طول دوران بارداری با دردهای کمری-لگنی مواجه می‌شوند. همچنین، زنانی که قبلاً کمردرد داشته‌اند یا در بارداری‌های قبلی تجربه کمردرد را داشته‌اند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به کمردرد در دوران بارداری قرار دارند. نوع دردهای کمری-لگنی نیز در طول دوران بارداری تغییر می‌کند، با بیشترین فراوانی در ناحیه ساکروایلیاک و کاهش آن در هفته‌های پایانی بارداری (۲۷).

در مطالعه شان‌شان و همکاران (۳۳)، نتایج نشان داد شیوع کلی دردهای کمری-لگنی در دوران بارداری برابر با ۶۳ درصد بود. این نتیجه با توجه به تنوع بالا در مطالعات موردبررسی نشان می‌دهد که دردهای کمری-لگنی در بارداری رایج است. شیوع دردهای کمری-لگنی در دوران بارداری با توجه به قاره‌های مختلف متفاوت بود. به ترتیب شیوع در شمال آمریکا ۷۱ درصد، آمریکای جنوبی ۷۴ درصد، آسیا ۶۳ درصد، اروپا ۶۴ درصد، آفریقا ۵۹ درصد و اقیانوسیه ۴۵ درصد بود. همچنین نتایج مطالعه مرور ساختارمند و متاآنالیز رشیدی و همکاران (۳۴)، با استفاده از یک نمونه ۱۳۴۳۰ نفری و باهدف بررسی شیوع درد کمریند لگنی و کمردرد در زنان باردار، حاکی از این است که شیوع کلی درد کمریند لگنی و کمردرد در زنان باردار ۵۰ درصد است. شیوع درد کمریند لگنی و کمردرد در زنان باردار نخست‌زا نیز ۴۴ درصد گزارش شد.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای دردهای عضلانی اسکلتی، به‌ویژه کمردرد، در زنان باردار، ضرورت آموزش‌های مناسب قبل و در طول بارداری برای کاهش شدت این مشکلات در این دوران مورد تأکید قرار می‌گیرد. این آموزش‌ها می‌توانند به بهبود سلامت زنان در دوران بارداری و پس‌از آن کمک کنند.

پیشگیری و درمان دردهای کمری-لگنی در دوران بارداری نیز مهم است و باید با استفاده از روش‌های مناسب صورت گیرد. روش‌های مختلفی برای کاهش دردهای کمری-لگنی زنان باردار موردبررسی قرار گرفته است. یکی از روش‌های مؤثر، تمرین فیزیکی است. تمرینات فیزیکی منظم می‌توانند باعث افزایش قدرت عضلات کمر و شکم، بهبود استقامت و انعطاف‌پذیری مفاصل شوند (۳۵).

در خصوص محل درد، شایع‌ترین محل درد در ناحیه تحتانی کمر گزارش شده است و بیشترین شیوع دردهای کمری-لگنی در سه‌ماهه سوم بارداری بود؛ نوع دردهای کمری-لگنی در زنان باردار نیز بستگی به هفته‌های بارداری دارد (۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۲). نتایج مطالعه شان‌شان و همکاران (۳۳) مشخص کرد شیوع دردهای کمری-لگنی در دوران بارداری در سه‌ماهه دوم و سه‌ماهه سوم برابر با ۶۲ درصد و ۶۳ درصد بود.

در رابطه با عوامل خطر، مطالعه مروری حاضر نشان داد که عوامل متعددی بررسی شده‌اند؛ اما سابقه کمردرد قبلی، سابقه دردهای کمری-لگنی در بارداری‌های قبلی و وضعیت ایستاده به مدت طولانی به‌عنوان مهم‌ترین عوامل خطر شناخته شده‌اند (۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲).

هرچند در مطالعه گلی و همکاران (۳۱)، بین درد لگن و کمر با سن و BMI رابطه معنی‌دار یافت نشد، ولی در مطالعه قادری و همکاران (۳۰)، ازجمله عوامل خطر ساز معنی‌داری با دردهای کمری-لگنی دوران بارداری؛ شاخص توده بدنی گزارش شد و نتایج مطالعه شان‌شان و همکاران (۳۳) در ارتباط به عامل BMI نشان داد شیوع دردهای کمری-لگنی در دوران بارداری بر اساس BMI نیز متفاوت بود. برای BMI کمتر از ۲۵، شیوع برابر با ۶۴ درصد، برای BMI در بازه ۲۵ تا ۲۸، شیوع برابر با ۶۴ درصد و برای BMI بیشتر از ۲۸، شیوع ۷۱ درصد بود. شیوع دردهای کمری-لگنی در دوران بارداری بر اساس سن نیز متفاوت بود. برای سنین کمتر از ۲۵ سال، شیوع ۷۲ درصد بود، برای سنین بین ۲۵ تا ۳۰ سال، شیوع ۵۸ درصد بود و برای سنین بیشتر از ۳۰ سال، شیوع ۶۹ درصد بود. برخلاف این نتیجه، یافته‌های مطالعه محسنی بندپی و همکاران (۳۶) نشان داد که سن جوان‌تر به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر شناخته شده است.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدودیت در دسترسی به منابع و مقالات علمی شامل محدودیت‌های مالی، نقص در اشتراک دسترسی به منابع علمی، یا عدم دسترسی به مقالات منتشر نشده بود. این محدودیت می‌تواند بر سطح جامعیت و کیفیت مطالعه تأثیر داشته باشد. همچنین ممکن است مطالعات بررسی‌شده در منطقه‌ای خاص یا توسط محققانی از فرهنگ و زمینه‌ای خاص انجام

شده‌اند که می‌تواند نتایج را به یک گروه خاص محدود کند. بنابراین ممکن است قابلیت اعمال نتایج به جامعه بزرگ‌تر و متنوع‌تر محدود شود.

در این مقاله مروری، تعدادی از مقالات مرتبط با عوامل خطر و شیوع دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی مورد بررسی قرار گرفتند. این مقالات از پایگاه‌های داده علمی معتبر جمع‌آوری شدند. در این مقالات، عواملی مانند سابقه دردهای کمری-لگنی قبلی، سن بارداری، شاغل بودن، نوع زایمان، نوع بی‌هوشی، وضعیت ایستاده طولانی، میزان رضایت شغلی، شاخص توده بدنی، وضعیت شغلی، معیار کیفیت زندگی، سن، تعداد زایمان، نوع زایمان، سن حاملگی، شغل و ... مورد تحلیل قرار گرفته‌اند.

نتایج نشان داد دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی رایج هستند. عواملی مانند سابقه دردهای کمری-لگنی قبل از بارداری، سن بارداری، وضعیت ایستاده طولانی و BMI می‌توانند با دردهای کمری-لگنی در زنان باردار مرتبط باشند. بهتر است در مشاوره قبل از بارداری و مراقبت‌های حین بارداری به این عوامل، به‌عنوان عوامل خطرهای مهم در بروز این دردها، توجه ویژه‌ای شود. بر اساس نتایج این مقاله مروری، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده بر روی ارتباط بین عوامل خاص و خطر دردهای کمری-لگنی در زنان باردار ایرانی

تمرکز کنند. همچنین، بررسی تأثیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بر شیوع این دردها نیز مورد توصیه قرار می‌گیرد.

به‌علاوه، تحقیقات آینده می‌توانند بر روی تأثیر عوامل روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی بر خطر و شیوع دردهای کمری-لگنی در زنان باردار تمرکز کنند (۳۷). بررسی این ارتباط می‌تواند به درک بهتر از روابط علت و معلولی بین عوامل روان‌شناختی و دردهای کمری-لگنی در زنان باردار کمک کند.

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله نویسنده از همه کسانی که از تکمیل این پروژه حمایت کردند، نهایت تقدیر و تشکر را دارد.

حمایت مالی تحقیق:

ندارد.

تضاد منافع:

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

ملاحظات اخلاقی:

این مطالعه مروری بوده و کد اخلاق ندارد.

References:

- Naghsbandi S, Bayrami R, Masoudi S, Effati Daryani F. Investigating the quality and adequacy of pre-pregnancy care from the point of view of women referring to Urmia city hospitals in 2021. *Nurs Midwifery J* 2023;21(1):1-11. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4744-fa.html>. <https://doi.org/10.61186/unmf.21.1.1>
- Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2008;17(6):794-819. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>
- Xue X, Chen Y, Mao X, Tu H, Yang X, Deng Z, et al. Effect of kinesio taping on low back pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):712. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04197-3>
- Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Pract* 2010;10(1):60-71. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2009.00327.x>
- shahrjerdi S, Golpaegany M, karimi H, Karimi S. The effect of Pilates on pain and disability of women with low back pain following spinal anesthesia in cesarean section. *Nurs Midwifery J* 2021;19 (6):507-15. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4349-fa.html>. <https://doi.org/10.52547/unmf.19.6.507>
- Goodarzi Nasab M, Shojaodin S S, Naser mell M H. Comparison and effect of eight weeks of Kegel exercises and stability exercises on functional disability, quality of life and urinary incontinence in women with stress urinary incontinence and back pain. *Nurs Midwifery J* 2021;19(1):1-11. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4273-fa.html>
- Ostgaard HC, Andersson GB. Previous back pain and risk of developing back pain in a future pregnancy. *Spine* 1991;16(4):432-6. <https://doi.org/10.1097/00007632-199104000-00008>

8. Wang SM, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *J Obstet Gynecol* 2004;104(1):65-70. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000129403.54061.0e>
9. Mogren I. Perceived health, sick leave, psychosocial situation, and sexual life in women with low-back pain and pelvic pain during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(6):647-56. <https://doi.org/10.1080/00016340600607297>
10. Wiezer M, Hage-Fransen MAH, Otto A, Wiefier-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, et al. Risk factors for pelvic girdle pain postpartum and pregnancy related low back pain postpartum; a systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract* 2020;48:102154. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102154>
11. Wuytack F, Daly D, Curtis E, Begley C. Prognostic factors for pregnancy- related pelvic girdle pain, a systematic review. *Midwifery* 2018;66:70-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.012>
12. Aldabe D, Milosavljevic S, Bussey M. Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. *Eur Spine J* 2012;21(9):1777-87. <https://doi.org/10.1007/s00586-012-2401-1>
13. Koukoulithras I Sr, Stamouli A, Kolokotsios S, Plexousakis M Sr, Mavrogiannopoulou C. The effectiveness of non-pharmaceutical interventions upon pregnancy-related low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Cureus* 2021;13(1):e13011. <https://doi.org/10.7759/cureus.13011>
14. Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S, Dawn BM. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *Eur Spine J* 2012;21(9):1769-76. <https://doi.org/10.1007/s00586-012-2401-1>
15. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. *J Am Acad Orthop Surg* 2015;23(9):539-49. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00248>
16. van Dongen PW, de Boer M, Lemmens WA, Theron GB. Hypermobility and peripartum pelvic pain syndrome in pregnant South African women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;84:77-82. [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(98\)00307-8](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(98)00307-8)
17. Stuge B, Hilde G, Vollestad N. Physical therapy for pregnancy related low back and pelvic pain: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(11):983-90. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00125.x>
18. Wedenberg K, Moen B, Norling A. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for lowback and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:331-5. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2000.079005331.x>
19. Haddad Mehrjerdi S, Moazzami M, Tara F. Effect of physioball selected exercise on low back pain, lumbar lordosis, strength and flexibility in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016;18(183):20-31.
20. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Churchill Livingstone: Edinburgh, London, New York. Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto; 2004.
21. Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S. Psychosocial predictors of outcome in acute and sub chronic low back trouble. *Spine* 1995;20(6):722-8. <https://doi.org/10.1097/00007632-199503150-00014>
22. Fakari FR, Simbar M, Naz MSG. The relationship between fear avoidance beliefs and pain in pregnant women with pelvic girdle pain: a cross-sectional study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2018;6(4):305-13.
23. Santos CM dC, Pimenta CA dM, Nobre MR C. The PICO strategy for the research question construction and evidence searches. *Rev Lat-Am Enferm* 2007;15(3):508 11. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

24. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon MP, Griffiths F, Nicolau B, O'Cathain A, Rousseau MC. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf J* 2018;34(4):285-91. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
25. Hong QN, Gonzalez - Reyes A, Pluye P. Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *J Eval Clin Pract* 2018;24(3):459-67. <https://doi.org/10.1111/jep.12884>
26. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon MP, Griffiths F, Nicolau B, O'Cathain A. Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *J Clin Epidemiol* 2019;111:49-59. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.03.008>
27. Emam Hadi MR. Survey of Different Kinds of backache During Pregnancy. *Guilan Univ Med Sci J* 2002;11(44):1-7. Available from: <https://sid.ir/paper/40112/fa25>.
28. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Ahmad-Shirvani M, Bagheri-Nessami M, Khalilian AR, Shayesteh-Azar M, Mohseni-Bandpei H. Low back pain in 1,100 Iranian pregnant women: prevalence and risk factors. *Spine J* 2009;9(10):795-801. PMID: 19574106. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2009.05.012>
29. Ansari NN, Hasson S, Naghdi S, Keyhani S, Jalaie S. Low back pain during pregnancy in Iranian women: Prevalence and risk factors. *Physiother Theory Pract* 2010;26(1):40-8. <https://doi.org/10.3109/09593980802664968>
30. Ghaderi F, Asghari-Jafarabadi M, Mohseni-Bandpei MA. Prevalence and Associated Factors of Musculoskeletal Pain in Pregnancy. *J Health Care* 2012;14(3):55-62. URL: <http://hejournal.arums.ac.ir/article-1-129-fa.html>
31. Shadi Goli, Marzieh Shayanmanesh, Mahshid Moeinimehr. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Health Syst Res* 2014;10 (2):226-34. URL: <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-707-fa.html>
32. Raisi Dehkordi Z, Sourinejad H, Adibmoghaddam E, Babaiefar S, Hajivalizadeh F. Investigation of the Prevalence of Back Pain and Related Risk Factors in Different Trimesters of Pregnancy in Pregnant Women Referring to Selected Health Centers in Shahrekord, Iran, During 2022-2023. *Epidemiol Health Syst J* 2023;10(4):180-6. <https://doi.org/10.34172/ehsj.25211>
33. Shanshan H, Liying C, Huihong Z, Yanting W, Tiantian 2, Tong J, in Jiawei Q. Prevalence of lumbopelvic pain during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2024;103(2):225-40. <https://doi.org/10.1111/aogs.14714>
34. Rashidi Fakari F, Alsadat Rahnemaei F, Kiani Z, Rashidi Fakari F, Ghazanfarpour M, Kariman N. Prevalence of Pelvic Girdle and Low Back Pain in Pregnant Women: A Meta-Analysis Running. *Int J Epidemiol* 2022;17(4):330-9. doi: 10.22038/ijogi.2021.18574
35. Rezaei Niaraki, M., Pakniat, H., Mafi, M., Ranjkesh, F. The effect of water exercise on pain intensity and disability in pregnant women with low back pain: A clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2021;24(5):78-86. <https://doi.org/10.1142/S0218957721500032>
36. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Ahmad-Shirvani M, Bagheri-Nessami M. Low back pain during pregnancy: a systematic review of previous literatures. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2004;14(44):94-107. Available from: <https://sid.ir/paper/45535/fa>
37. Üzelpasaci E, Özçakar L, Özgül S, Gürşen C, Akbayrak T. Low back pain, ultrasonographic muscle thickness measurements and biopsychosocial factors at different trimesters of pregnancy. *J Orthop Sci* 2024;29(4):958-63. <https://doi.org/10.1016/j.jos.2023.07.006>

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF LUMBOPELVIC PAIN AMONG IRANIAN PREGNANT WOMEN: A SYSTEMATIC REVIEW

Sareh Shamsipour¹, Zahra Akbari-Chehrehbargh^{2*}

Received: 28 May, 2024; Accepted: 19 October, 2024

Abstract

Background & Aim: Lumbopelvic pain during pregnancy is a common and complex issue accompanied by both physical and psychological stress. This study aimed to determine the prevalence and risk factors of low back and pelvic pain in Iranian pregnant women.

Materials & Methods: A systematic search of published articles without a time limit was conducted in reputable databases such as PubMed, Scopus, Google Scholar, SID (Scientific Information Database), and Magiran using appropriate keywords from April 1 to May 30, 2024. In this search, only accessible cross-sectional studies conducted to investigate the prevalence and risk factors of lumbopelvic pain in Iranian pregnant women were included for review. Review articles, studies with fewer than five participants, and articles in languages other than English and Persian were excluded from the study.

Results: After excluding irrelevant and duplicate studies, six high-quality cross-sectional descriptive studies with a total sample size of 2,424 pregnant participants were selected from the 21 studies found in this area. The prevalence of lumbopelvic pain during pregnancy was reported to be between 40.2% and 84.1%. The most common site of pain was in the lower back (LBP) region. The highest prevalence of lumbopelvic pain was reported in the third trimester of pregnancy. Factors such as a history of low back and pelvic pain, maternal age, prolonged standing position, and body mass index were significantly associated with lumbopelvic pain during pregnancy.

Conclusion: The study revealed that lumbopelvic pain is prevalent among pregnant women in Iran. It is essential to consider factors such as a history of lumbopelvic pain before pregnancy, gestational age, prolonged standing, and maternal BMI during pre-pregnancy counseling and prenatal care. These are significant risk factors for the occurrence of such pain.

Keywords: Iran, Lumbopelvic pain, Pregnancy, Systematic Review

Address: Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Tel: +982634182580

Email: zahra.akbari@kia.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Instructor of Nursing Department, Faculty of Medical sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

² PhD and Postdoctoral of Health education and Health promotion, Assistant Professor in Public Health, Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author)