

عملکرد جنسی زنان مبتلا به پرولاپس دستگاه تناسلی قبل و پس از اعمال جراحی کولپورافی قدامی خلفی

فاطمه گودرزی^{۱*}، پرستو راد^۱، فاطمه حکمت‌زاده^۱، دکتر شهین تاج آرامش^۲

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۰۹

خلاصه

مقدمه: اختلال عملکرد جنسی یک مشکل شایع در زنانی است که پرولاپس اعضای لگنی دارند که کیفیت زندگی و رابطه زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عملکرد جنسی زنان مبتلا به پرولاپس دستگاه تناسلی قبل و پس از اعمال جراحی کولپورافی قدامی خلفی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای از آذر ۱۳۹۳ تا آذر ۱۳۹۴ بر روی ۱۰۵ زن مبتلا به پرولاپس اعضاء لگن مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان شهید مفتاح شهر یاسوج انجام شد. داده‌ها به وسیله پرسشنامه فردی و پرسشنامه استاندارد FSFI قبل و سه ماه پس از جراحی گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های کولموگروف اسمیروف، تی زوجی، کای دو و آزمون رگرسیون انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین امتیاز عملکرد جنسی ۳ ماه پس از عمل جراحی کولپورافی با قبل از جراحی اختلاف معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$)، ولی میانگین امتیاز رضایت جنسی ۳ ماه پس از عمل جراحی کاهش معنی‌داری نشان داد ($P = 0/003$). میانگین امتیاز حیطه‌های برانگیختگی جنس، ارگاسم و درد تفاوت معنی‌داری با قبل از عمل جراحی نداشت ($P > 0/05$) و حیطه‌های میل جنسی و مرطوب شدن واژن به طور معنی‌داری کاهش یافت ($P > 0/05$).
نتیجه‌گیری: اگرچه عمل جراحی از جمله کولپورافی، درمان انتخابی و مناسب جهت درمان پرولاپس اعضاء لگنی می‌باشد و می‌تواند باعث بهبود علائم پرولاپس شود، اما بر عملکرد جنسی تأثیری ندارد و رضایت جنسی را کاهش می‌دهد.

کلمات کلیدی: اختلالات کف لگن، پرولاپس اعضاء لگن، رکتوسل، سیستوسل، عملکرد جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه گودرزی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران. تلفن: ۰۹۱۷۳۲۲۱۹۸۰؛ پست الکترونیک: godarzi56@yahoo.com

مقدمه

زنان برخوردار از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی، به عنوان پایه‌های مستحکم زندگی خانوادگی سالم و توأم با سعادت و از عوامل تاثیرگذار بر سلامت و پیشرفت جامعه در نظر گرفته می‌شوند (۳-۱). عملکرد مناسب جنسی افراد می‌تواند نشانه سلامت روحی و جسمی آن‌ها باشد (۴). شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به‌ویژه بهداشت روان است. تمایلات جنسی، درونی‌ترین احساسات و عمیق‌ترین آرزوهای قلبی انسان‌ها در معنا بخشیدن به یک ارتباط است. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و نیاز به هوا و خواب، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی چون نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود (۵). سازمان جهانی بهداشت، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. لذا هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (۶). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ذهنی DSM-IV^۱ اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام فعالیت جنسی تعریف شده است. اختلال جنسی مفهومی است که با اختلال تمایل و تغییرات روانی-اجتماعی همراه است و بر چرخه پاسخ جنسی اثر می‌گذارد (۷، ۸). اختلال عملکرد جنسی زنان یک موضوع چند فاکتوری می‌باشد که ارتباط نزدیکی با مسائل فیزیکی (جسمی)، اجتماعی و سایکولوژیکی آن‌ها دارد. اختلال عملکرد جنسی می‌تواند شامل کاهش یا عدم رضایت جنسی، دیسپارونیا، خشکی واژن و اختلالات ارگاسم باشد (۱). معیار ICD-10 اختلال عملکرد جنسی را ناتوانی فرد را برای شرکت در رابطه جنسی دلخواه می‌داند و معتقد است که این اختلالات ممکن است نشانه‌ای از مشکلاتی با منشأ

زیست شناختی (بیوژنیک) یا تعارضات بین فردی (روانزاد) یا ترکیبی از این دو عوامل باشد. هر نوع استرس، اختلالات هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی می‌تواند روی کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد. اختلال عملکرد جنسی در ارتباط با برخی خصوصیات فردی و روانی از قبیل سن، تحصیلات، مشکلات جسمی و عاطفی است (۵). اختلال عملکرد جنسی یک مشکل شایع است که در زنان بیشتر بروز می‌کند مخصوصاً در زنانی که مشکلات ژنیکولوژیک مانند پرولاپس اعضاء لگنی دارند که یکی از مشکلات سلامتی مهم است و در کیفیت زندگی زنان و همسرانشان و رابطه زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد (۹). عملکرد جنسی افراد، جنبه مهم از کیفیت زندگی زناشویی و یک تجربه روانی-فیزیولوژیک واقعی است (۱۰). مطالعات در این زمینه نشان دادند که ۳۹ تا ۵۳٪ زنان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند (۱۱). پون هالزیر و همکاران (۲۰۰۵) شیوع اختلال عملکرد جنسی را در زنان استرالیایی ۲۲٪ گزارش کردند (۱۲). میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان در دنیا ۲۶ تا ۵۰٪ می‌باشد (۱۳). در مطالعه باستانی (۲۰۱۲) شیوع اختلال عملکرد جنسی در ایران ۳۹/۵٪ و در مطالعه رضانی (۲۰۱۲) شیوع اختلال عملکرد جنسی در ایران ۶۴٪ گزارش شد (۱۳، ۱۴). در برخی مطالعات مشاهده شده است، اختلالات کف لگن از قبیل بی‌اختیاری ادراری و پرولاپس اعضاء لگنی و ژنیتال بر عملکرد جنسی مؤثر است (۱۵). حدود یک سوم افراد مبتلا به پرولاپس اعضاء لگن از اختلال عملکرد جنسی و عدم رضایت جنسی رنج می‌برند و از مشکلات شایع این بیماران است (۱۶). زنانی که دچار پرولاپس و اختلالات کف لگن می‌باشند، بی‌اختیاری استرسی ادرار و مشکلاتی در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی دارند (۱۷). پرولاپس اعضاء لگنی جابجایی یکی از اعضاء لگن به سمت پایین یا جلو نسبت به مکان طبیعی آن می‌باشد (۱۶). در برخی مطالعات مطرح شده است که قسمت قدامی و دیستال واژن نقش مهمی در عملکرد جنسی دارند (۱۸). تقریباً ۱۶٪ زنان در سنین ۴۵-۵۵ سالگی مبتلا به پرولاپس خفیف و ۳٪ به نوع شدید آن مبتلا می‌باشند (۱۳). مطالعات

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

به پرولاپس دستگاه تناسلی قبل و پس از اعمال جراحی کولپورافی قدامی خلفی انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای از ماه آذر سال ۱۳۹۳ تا ماه آذر سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۰۵ زن مبتلا به پرولاپس اعضاء لگن مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان شهید مفتاح یاسوج انجام شد. پس از اخذ مجوز کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی از بیماران (در صورت تمایل)، افراد واجد شرایط پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه مطالعه بر اساس مطالعات مشابه و با استفاده از فرمول مقایسه نسبت‌ها و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/20$ و $d=0/1$ ، $p_1=0/27$ و $p_0=0/43$ (۲۱)، ۱۰۵ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل: متأهل بودن، فعال بودن جنسی، سکونت در شهر یاسوج و ابتلاء به پرولاپس دستگاه ژنیتال با تشخیص پزشک، اندیکاسیون اعمال جراحی کولپورافی قدامی و خلفی واژن (APR) (پرولاپس متوسط تا شدید) بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: اندازه رحم بیشتر از هفته ۱۲ بارداری، وجود توده در آدنکس، سابقه ۲ بار و بیشتر عمل جراحی روی شکم و لگن، سابقه بیماری التهابی لگن، چاقی بیش از حد (شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۵) و یبوست و سابقه مصرف داروهای آرام‌بخش بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه فردی و سابقه مامایی و پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی زنان بود که روایی و پایایی آن در مطالعات ثابت شده است (۲۲)، (۲۱). این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال و ۶ دامنه از قبیل میل جنسی، انگیزتگی جنسی، لوبریکیشن، ارگاسم، رضایت جنسی و درد می‌باشد. مجموع امتیاز هر ۶ دامنه عملکرد جنسی را مشخص می‌کند. هر سؤال دارای طیف پاسخ از صفر یا ۱ تا ۵ است که نمره بالاتر به عملکرد بهتر اشاره دارد. امتیاز دامنه میل جنسی حداقل نمره ۱ و ۲ و حداکثر امتیاز ۶ و امتیاز دامنه انگیزتگی جنسی حداقل نمره صفر و حداکثر امتیاز ۶، امتیاز دامنه لوبریکیشن حداقل نمره صفر و حداکثر امتیاز ۶، امتیاز

اپیدمیولوژیک در جمعیت‌های مختلف عوامل متعددی در ارتباط با اختلالات کف لگن گزارش کردند که شامل وراثت، نژاد سفید، افزایش سن، چاقی، زایمان، هیستریکتومی، میوپاتی و نوروپاتی است (۱۶). پرولاپس اعضاء لگنی مبحث مهمی در سلامتی است و در ایالت متحده آمریکا در ۱۱٪ زنان تا سن ۸۰ سالگی درمان جراحی برای پرولاپس لگنی یا بی‌اختیاری ادرار انجام می‌شود و تقریباً در یک سوم از آن‌ها نیاز به انجام مجدد این جراحی وجود دارد (۱۹). از آنجایی که پیشگیری و کنترل بسیاری از عوامل زمینه‌ساز پرولاپس اعضاء لگن امکان‌پذیر نیست، عمدتاً توجه بر انتخاب بهترین روش درمانی متمرکز شده است. علی‌رغم وجود روش‌های غیر جراحی، اکثر زنان خواستار درمان قطعی هستند و روش جراحی با میزان موفقیت ۸۵٪ درمان انتخابی مناسبی می‌باشد. در حال حاضر این نوع درمان، ۲۰٪ از اعمال جراحی زنان را در کشورهای پیشرفته به خود اختصاص داده است (۱۶، ۲۰). در ایالات متحده آمریکا سالیانه قریب به ۲۰۰ هزار عمل به دلایل مختلف در این زمینه انجام می‌شود و تجربه نشان می‌دهد تعداد این اعمال جراحی در ایران نیز رو به افزایش است (۱۳). هدف از درمان جراحی بهبود علائم، بازگرداندن آناتومی طبیعی و حفظ و بهبود عملکرد جنسی می‌باشد (۱۹). تأثیر اعمال جراحی لگن برای درمان پرولاپس اعضاء لگنی بر عملکرد جنسی ناشناخته است و مطالعات اندکی بر روی آن انجام شده است. مطالعات نشان داده‌اند که عملکرد جنسی پس از عمل جراحی بهبود یافته یا تغییر نمی‌کند، ولی برخی مطالعات نیز گزارش کرده‌اند که عملکرد جنسی پس از اعمال جراحی پرولاپس لگنی کاهش می‌یابد (۱۸).

با توجه به شیوع بالای پرولاپس اعضاء لگنی در ایران که موارد زیادی از آنان مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند و یکی از اهداف مهم درمان جراحی این افراد علاوه بر بهبود علائم و بازگرداندن آناتومی طبیعی، حفظ و بهبود عملکرد جنسی و رضایت جنسی می‌باشد و به دلیل ضد و نقیض بودن مطالعات انجام شده در این زمینه، لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عملکرد جنسی زنان مبتلا

برای ارزیابی تأثیر عمل جراحی بر عملکرد جنسی، حداقل ۳ ماه پس از عمل جراحی (۱۳) با تماس تلفنی از واحدهای پژوهش دعوت شد و پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی زنان، مجدداً با مصاحبه حضوری در درمانگاه تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های دوطرفه، کولموگروف اسمیروف، تی زوجی، کای دو، آزمون توصیفی و آزمون رگرسیون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در طول مطالعه ۲ نفر به دلیل نداشتن فعالیت جنسی پس از عمل جراحی و یک نفر به دلیل عدم تمایل به ادامه پژوهش، از مطالعه خارج شدند. در مجموع داده‌های ۱۰۲ نفر از ۱۰۵ نفر بررسی شد. میانگین سن افراد $۴۰/۴۶ \pm ۶/۳۹$ سال و محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۲۷ تا ۶۰ سال بود. طول مدت ازدواج آن‌ها $۲۴/۷۱ \pm ۷/۲۴$ سال و در محدوده ۶-۳۴ سال بود و میانگین تعداد زایمان آن‌ها $۳/۷۹ \pm ۱/۵۳$ بود. اکثر افراد مورد مطالعه، خانه‌دار و سطح تحصیلات آن‌ها ابتدایی بود و اکثر افراد ساکن شهر بودند. توزیع فراوانی مشخصات فردی در جدول ۱ ارائه شده است.

دامنه ارگاسم حداقل نمره صفر و حداکثر امتیاز ۶ امتیاز دامنه رضایت جنسی حداقل نمره ۰/۸ و حداکثر امتیاز ۶ است و امتیاز دامنه درد نمره صفر و حداکثر امتیاز ۶ می‌باشد (۲۱). پرسشنامه‌ها قبل از عمل جراحی به‌وسیله مصاحبه با افراد تکمیل شد. سپس عمل جراحی توسط دو نفر از متخصصین مجرب و با سابقه بیمارستان انجام شد.

در کولپورافی قدامی در دیواره قدامی واژن از مجاورت گردن مثانه تا طاق واژن برش ایجاد شد و اپی‌تلیوم واژن از فاسیای اندوپلوپیک به طور کامل جدا و آزاد شد. سپس فاسیای اندوپلوپیک دو طرف با نخ ویکریل ۲/۰ و به‌صورت منقطع به هم نزدیک و بازسازی شد و مخاط اضافه به صورت گوه‌ای برداشته شد و سپس مخاط واژن با نخ کرومیک صفر به‌صورت ممتد به هم نزدیک و ترمیم شد. کولپورافی خلفی از جسم پینه تا رأس واژن در دیواره خلفی برش ایجاد شد. فاسیای اندوپلوپیک از اپی‌تلیوم واژن جدا شد و فاسیای اندوپلوپیک با نخ ویکریل ۲/۰ ترمیم شد و لبه‌های مخاط واژن بریده شده و توسط نخ کرومیک صفر به صورت ممتد ترمیم شد. سپس پرنورافی استاندارد انجام شد. در موارد بی‌اختیاری ادراری از بخیه کلی (Kelly suture) روش استاندارد استفاده شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
شغل	خانه دار	۹۹
	کارمند	۳
سابقه ازدواج قبلی	دارد	۹۹
	ندارد	۳
تحصیلات	بی سواد	۳۳
	ابتدایی	۵۰
	راهنمایی	۸
	دبیرستان	۸
محل سکونت	دانشگاه	۳
	شهر	۷۸
	روستا	۲۴
شغل همسر	بیکار	۲
	آزاد	۳۷
	کارمند	۵۴

کارگر	۴	۳/۹
کشاورز	۳	۲/۹
بی سواد	۱۵	۱۴/۷
ابتدایی	۱۴	۱۳/۷
راهنمایی	۱۷	۱۶/۷
دبیرستان	۲۳	۲۲/۵
دانشگاه	۳۱	۳۰/۴
دارد	۱۵	۱۴/۷
ندارد	۸۷	۸۵/۳
واژینال	۶۸	۶۶/۷
سزارین	۳۴	۳۳/۳

میانگین امتیاز حیطة میل جنسی، مرطوب شدن واژن و رضایت جنسی ۳ ماه پس از زایمان کاهش معنی داری داشت ($p < 0/05$). میانگین سایر حیطةها شامل برانگیختگی جنسی، ارگاسم، درد و عملکرد جنسی قبل و ۳ ماه پس از عمل جراحی تفاوت معنی داری نداشت ($p > 0/05$). در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار امتیاز حیطةهای مختلف عملکرد جنسی را قبل و پس از عمل جراحی ارائه شده است.

جدول ۲- مقایسه میانگین امتیاز حیطة مقیاس FSFI قبل و ۳ ماه پس از عمل کولپورافی در واحدهای پژوهش

متغیر	قبل از عمل	پس از عمل	سطح معنی داری
میل جنسی	۳/۷۳±۱/۳۸	۳/۵۲±۱/۱	۰/۰۳
برانگیختگی جنسی	۳/۸۳±۱/۱	۳/۷۶±۰/۹۷	۰/۲
مرطوب شدن واژن	۴/۲۱±۱/۲۹	۳/۹۶±۱/۲	۰/۰۱
ارگاسم	۳/۸۳±۱/۲۵	۳/۷۴±۱/۱۵	۰/۳
رضایت جنسی	۴/۰۱±۱/۲	۳/۸۲±۱/۱۸	۰/۰۰۳
درد	۳/۷۷±۱/۴	۳/۸۲±۱/۲	۰/۷
عملکرد جنسی	۲۳/۳۵±۶/۲۸	۲۲/۶۸±۵/۲۳	۰/۰۶

بر اساس نتایج تست رگرسیون که برای متغیرهای جنسی ارتباط معنی داری وجود نداشت (جدول ۳). مستقل انجام شد، بین هیچ کدام از متغیرها با عملکرد

جدول ۳- نتایج تست رگرسیون در زمینه عملکرد جنسی در واحدهای پژوهش

متغیر	β	SE	سطح معنی داری
سن	-۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۴
تحصیلات	-۱/۱	۰/۶۲	۰/۰۶
شغل	-۴/۷	۳/۶	۰/۱۹
مدت ازدواج	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۸
تعداد زایمان	-۰/۰۲	۰/۴	۰/۹
نوع زایمان	۱/۸	۱/۳	۰/۱۵
سابقه ازدواج قبلی	۷/۱	۴/۴	۰/۱
سابقه ازدواج قبلی همسر	-۰/۶	۱/۷	۰/۷

بحث

عملکرد مناسب جنسی افراد می‌تواند نشانه سلامت روحی و جسمی آنان باشد (۴). اختلال عملکرد جنسی یک مشکل شایع در زنان است (۹). عملکرد جنسی تحت تأثیر اختلالات کف لگن از قبیل بی‌اختیاری ادراری و پرولاپس اعضاء لگنی و ژنیتال قرار می‌گیرد (۱۵). اکثر زنان خواستار درمان قطعی پرولاپس اعضاء لگنی و ژنیتال هستند و روش جراحی با میزان موفقیت ۸۵٪ درمان انتخابی مناسبی می‌باشد (۱۶).

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه تأثیر اعمال جراحی ترمیم پرولاپس لگن انجام شده است و نتایج متناقض به‌دست آمده است. در مطالعات گذشته بهترین بازه زمانی که جهت پیگیری بعد از عمل جراحی اصلاح پرولاپس اعضاء لگن و بررسی عملکرد جنسی مشخص نشده است. در مطالعه حاضر قبل از جراحی و به‌طور میانگین ۳-۴ ماه پس از عمل جراحی کولپورافی قدامی و خلفی پرسشنامه FSFI تکمیل شد و بر اساس نتایج به‌دست آمده عملکرد جنسی ۳ ماه پس از عمل جراحی اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/06$). در مطالعه جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۳) عملکرد جنسی بعد از عمل جراحی کولپورافی تغییر نکرد ($p=0/18$) (۲۳). همچنین در مطالعه هیون چان‌جانگ و همکاران (۲۰۱۰) عملکرد جنسی قبل و پس از عمل جراحی اختلاف معنی‌داری نداشت ($p>0/05$) (۲۱). در مطالعه باستانی و همکاران (۲۰۱۲) عملکرد جنسی ۳ ماه پس از عمل کولپورافی تغییر نکرد (۱۳) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه روروز و همکاران (۲۰۰۶) عملکرد جنسی در برخی زنانی که برای اختلال ادراری عمل کرده بودند، تغییر نکرد و در برخی زنان بهبود یافت (۱۸). همچنین در مطالعه کامرانپور و همکاران (۲۰۱۳) عملکرد جنسی ۳ ماه پس از عمل کولپورافی خلفی بهبود معنی‌داری داشت ($p=0/01$) (۱۶) که این اختلاف می‌تواند ناشی از نوع عمل جراحی باشد، زیرا در مطالعه حاضر بیماران تحت عمل کولپورافی قدامی و خلفی قرار گرفته بودند. همچنین در مطالعه فلندر و همکاران (۲۰۱۲) عملکرد جنسی ۱۲ ماه پس از کولپورافی قدامی بهبود معنی‌داری داشت ($p>0/5$). این ناهمخوانی با مطالعه حاضر می‌تواند

ناشی از دوره پیگیری متفاوت و انتخاب متفاوت بیماران باشد (۱۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، رضایت جنسی ۳ ماه پس از عمل کاهش معنی‌داری داشت ($p=0/003$). در مطالعه هیون چان‌جانگ و همکاران (۲۰۱۰) رضایت جنسی بیماران ۳۶ ماه پس از عمل کولپورافی خلفی اختلاف معنی‌داری نداشت ($p>0/05$) (۲۱). این ناهمخوانی با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از دوره پیگیری پس از عمل جراحی باشد، زیرا در مطالعه حاضر دوره بررسی ۳-۴ ماه بود. در مطالعه روروز و همکاران (۲۰۰۶) رضایت کلی ۶ ماه پس از جراحی به‌طور معنی‌داری بهبود یافت ($p<0/05$) اما در پایان یک سال، اختلاف معنی‌داری با قبل از عمل نداشت ($p>0/05$) (۱۸). این ناهمخوانی با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از بیماران انتخابی و نوع عمل جراحی برای مطالعه باشد. در مطالعه روروز و همکاران (۲۰۰۶) بیمارانی بررسی شدند که پرولاپس احشاء شکمی و لگنی داشتند و برای اصلاح مشکلات واژن و مشکلات ادراری اعمال جراحی مختلف از جمله هیستریکتومی واژینال همراه کولپورافی قدامی و خلفی و کولپوساسپنشن و ساکروکولپوپلکسی در صورت نیاز انجام شد. همچنین دوره پیگیری ۶ ماه و یک ساله بود که با مطالعه حاضر که هیستریکتومی در هیچ‌کدام از بیماران انجام نشد و دوره پیگیری ۳ ماه پس از جراحی بود، تفاوت داشت. در مطالعه جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۳) و باستانی و همکاران (۲۰۱۲) رضایت جنسی پس از عمل کولپورافی کاهش معنی‌داری داشت ($p<0/05$) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۳)، (۲۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در حیطه‌های برانگیختگی جنسی، ارگاسم و درد سه ماه پس از عمل کولپورافی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p>0/05$). در مطالعه جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۳) در ابعاد برانگیختگی جنسی و ارگاسم بعد از عمل کولپورافی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p>0/05$) (۲۳) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه هیون چان‌جانگ و همکاران (۲۰۱۰) در انواع اعمال جراحی که برای درمان بی‌اختیاری ادراری انجام شد، در ابعاد برانگیختگی جنسی،

در مطالعه حاضر، بعد مرطوب شدن واژن بعد از عمل کولپورافی کاهش معنی‌داری داشت ($p=0/01$). در مطالعه هیون چان جانگ و همکاران (۲۰۱۰) ۳۶ ماه پس از انواع اعمال جراحی برای درمان بی‌اختیاری ادراری بعد رطوبت، اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/06$) (۲۱). همچنین در مطالعه کامران‌پور و همکاران (۲۰۱۳) حیطة رطوب بعد از عمل کولپورافی خلفی بهبود معنی‌داری داشت ($p<0/05$) (۱۶). این اختلاف نتایج با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از نوع عمل جراحی در دو مطالعه باشد، در کولپورافی قدامی و خلفی دیواره واژن در قدام و خلف باز می‌شود که می‌تواند با آسیب به اعصاب و عروق و جریان خون دیواره واژن به‌خصوص در دیواره قدامی واژن بر مرطوب شدن و یا حفظ رطوبت پس از عمل جراحی تأثیر بگذارد (۱۶، ۲۱). در مطالعه جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۳) خشکی واژن پس از عمل جراحی نسبت به قبل از عمل جراحی افزایش معنی‌داری داشت ($p=0/03$) (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

اگرچه بر اساس نتایج برخی مطالعات، افزایش سن، نوع زایمان (زایمان واژینال) و وزن با اختلال عملکرد جنسی ارتباط داشتند (۱۶، ۲۴) اما در مطالعه حاضر پس از وارد کردن تمام متغیرهای مستقل در مدل رگرسیون، ارتباط معنی‌داری بین این متغیرها با عملکرد جنسی وجود نداشت.

از نقاط قوت مطالعه حاضر، طراحی مطالعه به روش مقایسه قبل و بعد از مداخله بود که بهترین روش برای کنترل عوامل مخدوش‌گر می‌باشد. همچنین جراحی کولپورافی قدامی و خلفی برای تمامی بیماران، یکسان و توسط دو نفر از متخصصین مجرب در بیمارستان امام سجاد (ع) یاسوج انجام شد.

تفاوت در مشخصات فردی و بالینی افراد می‌تواند باعث ایجاد اختلاف در نتایج شود، لذا کنترل عوامل مخدوش‌گر حائز اهمیت می‌باشد. از دلایل دیگر اختلاف نتایج مطالعه حاضر با مطالعات گذشته، می‌تواند انتظار افراد از رابطه جنسی باشد. همچنین ممکن است افراد در بیان مشکلات جنسی قبل و بعد از عمل احساس راحتی نداشته باشند که این مسائل در جوامع و فرهنگ‌های

ارگاسم و درد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p>0/05$) (۲۱) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه باستیانی و همکاران (۲۰۱۲) در بعد ارگاسم و درد، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (۱۳) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در مطالعه کامران‌پور و همکاران (۲۰۱۳) ابعاد تحریک جنسی، ارگاسم و درد بعد از عمل کولپورافی خلفی بهبود معنی‌داری داشت ($p<0/05$) (۱۶). این ناهمخوانی با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از نوع عمل باشد؛ از آنجا که در برخی مطالعات مطرح شده است که قسمت قدامی و دیستال واژن نقش مهمی در عملکرد جنسی دارند (۱۸). جراحی و ایجاد برش در دیواره قدامی واژن می‌تواند این اختلاف را توجیه کند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، حیطة میل جنسی ۳ ماه پس از عمل کولپورافی کاهش معنی‌داری داشت ($p=0/03$). در مطالعه باستیانی و همکاران (۲۰۱۲) بعد تمایل جنسی کاهش داشت (۱۳) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. ولی در مطالعه هیون چان جانگ و همکاران (۲۰۱۰) میل جنسی ۳۶ ماه پس از اعمال جراحی اسلینگ میانه یورترا و ترمیم مسیر رترو پوبیک و عمل مسیر رترو ابراتور تفاوت معنی‌داری نداشت ($p>0/05$) (۲۱). این ناهمخوانی با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از دوره پیگیری پس از عمل جراحی باشد. در مطالعه جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۳) بعد میل جنسی پس از عمل کولپورافی اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/05$) (۲۳). این اختلاف نتایج با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از روش مطالعه (همگروهی و گذشته‌نگر) باشد که در انتخاب و ورود نمونه‌ها در مطالعه در گروه پس از عمل جراحی، افرادی که حداقل ۶ ماه قبل و به طور میانگین ۳ سال قبل جراحی انجام داده بودند، به عنوان گروه پس جراحی ارزیابی شدند. در مطالعه فلندر و همکاران (۲۰۱۲) ۱۲ ماه پس از کولپورافی قدامی، تمام دامنه‌های عملکرد جنسی بهبود معنی‌داری داشت ($p<0/05$) که این ناهمخوانی با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از دوره پیگیری متفاوت دو مطالعه و انتخاب متفاوت بیماران باشد (۱۱).

با وجود اینکه عمل جراحی کولپورافی، درمانی انتخابی و مناسب جهت درمان پرولاپس اعضا لگنی می‌باشد و باعث اصلاح آناتومی لگن و بهبود علائم پرولاپس می‌شود، اما از آنجا که عملکرد جنسی موضوعی چند عاملی است، اصلاح آناتومیک تنها نمی‌تواند بر جنبه‌های عملکرد جنسی مانند ارگاسم، حس جنسی و انگیختگی جنسی تأثیری محسوس داشته باشد و رضایت جنسی را کاهش می‌دهد. لذا توصیه می‌شود بهبود عملکرد جنسی و رضایت جنسی به عنوان اندیکاسیون این عمل مدنظر گرفته نشود و یا در کنار آن به عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی مانند عوامل روانشناختی و مشاوره‌های جنسی نیز توجه شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج انجام شد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و همچنین از تمامی پرسنل بخش زنان بیمارستان امام سجاد (ع) شهر یاسوج و کارکنان درمانگاه شهید مفتاح یاسوج مخصوصاً سرکار خانم خالویی تشکر و قدردانی می‌شود.

مختلف متغیر می‌باشد و می‌تواند منجر به ارائه نتایج متفاوت شود (۱۶، ۲۵) که در جامعه ما نیز صحبت از مسائل جنسی از نظر فرهنگی مذموم است.

در کل عوامل و متغیرهای متعددی از جمله متغیرهای زیست‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد که کنترل کامل این عوامل در مطالعه حاضر مقدور نبود. لذا ارزیابی تأثیر این عوامل همراه با مداخلات مختلف برای درمان اختلالات جنسی از جمله جراحی در این رابطه بسیار مشکل است و نتایج را باید با احتیاط تفسیر کرد. همچنین به دلیل محدودیت درک ما از فیزیولوژی عملکرد جنسی طبیعی، روش عینی و آزمایشگاهی مشخصی برای ارزیابی عملکرد جنسی توصیه نمی‌شود که از محدودیت‌های این مطالعه بود.

یکی از دلایل نتایج مطالعه حاضر با مطالعات گذشته، تفاوت در دوره پیگیری بود و در مطالعه حاضر فقط نتایج این مداخله ۳ ماه پس از عمل جراحی بررسی شد. به نظر می‌رسد بررسی ۶ ماهه و ۱۲ ماهه می‌تواند نتایج روشن‌تری ارائه کند.

نتیجه‌گیری

منابع

- Faridi F, Najar S, Javadinoori M. The relationship between body mass index and women sexual function. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(74):20-8. (Persian).
- Emami Moghadam Z, Ajami BM, Behnam Vashani HR, Sardar Abadi F. Perceived benefits based on the health belief model in oral health related behaviors in pregnant women, Mashhad, 2012. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(44):21-7. (Persian).
- Aemmi SZ, Dadgar S, Pourtaghi F, Askari Hoseini Z, Emami Moghadam Z. The effect of exercise program using elastic band in improving the old women's health. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2015; 18(177):20-5. (Persian).
- Achtari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2005; 6(19):993-1008.
- Ohadi B. Sexual tendency behavior in humans. 2th ed. Isfahan: Atropat Publication; 2003. P. 4-30. (Persian).
- Jahanfar SH, Molaenezhad M. Textbook of sexual disorders. 3th ed. Tehran: Salemi & Bizhe Publication; 2007. P. 9-108. (Persian).
- Gelder M, Mayo R, Geddes J. Oxford core texts psychiatry. Trans: Rajabi MB. Tehran: Tabib Publication; 2007. P. 171. (Persian).
- Fahami F, Savabi M, Mohamadirizi S, Shirani N. Relationship between sexual dysfunction and treatment modality in patients with gynecologic and breast cancers. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(116):15-22. (Persian).
- Demirkesen O, Onal B, Tunc B, Alici B, Cetinele B. Does vaginal anti-incontinence surgery affect sexual satisfaction? A comparison of TVT and Burch-colposuspension. Int Braz J Urol 2008; 34(2):214-9.
- Aghamohamadian Sherbaf HR, Zareezade Khaibari S, Hrof Ghanad M, Hokm Abadi ME. The relationship between perfectionism and Sexual function in infertile women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(97):9-17. (Persian).



11. Feldner Jr PC, Delroy CA, Martins SB, Castro RA, Sartori MG, Giraõ MJ. Sexual function after anterior vaginal wall prolapse surgery. *Clinics* 2012; 67(8):871-5.
12. Pohnholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol* 2005; 47(3):366-74.
13. Bastani P, Hajebrahimi S, Hamedani R, Oskuei AP. Female sexual function after modified pelvic floor organ prolapse repair. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Ser* 2012; 34(1):13-16.
14. Ramezani M, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Med Univ J* 2012; 14(6):57-65.
15. Rane A. Pelvic surgery and sexual dysfunction. *Obstet Gynaecol* 2006; 8(3):11-2.
16. Kamranpour SB, Oudi M, Dibaj SS, Alizadeh S, Azin SA. Effect of pelvic organ prolapses surgery (POP) on sexual function. *J Knowledge Health* 2013; 8(3):99-104.
17. Ghanbari ZI, Kajbafzadeh AB, Pirzadeh L, Haghollahi F, Naghizadeh MM, Jabbari Z. Urodynamic evaluation of pelvic organ prolapse: women with and without urinary incontinence. *Tehran Univ Med J* 2009; 67(9):643-9. (Persian).
18. Roovers JP, Van der Bom A, van Leeuwen JS, Scholten P, Heintz P, Van der Vaart H. Effects of genital prolapse surgery on sexuality. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27(1):43-8.
19. Novak E. Berek & Novak's gynecology. Trans: Davari Tanha F, Pourmatroud E. 15th ed. Tehran: Artin Teb Publication; 2012. P. 4-30, 176-208. (Persian).
20. Vollebregt A, Fischer K, Gietelink D, van der Vaart CH. Primary surgical repair of anterior vaginal prolapse: a randomized trial comparing anatomical and functional outcome between anterior colporrhaphy and trocar-guided transobturator anterior mesh. *BJOG* 2011; 118(12):1518-27.
21. Jang HC, Jeon JH, Kim DY. Changes in sexual function after the midurethral sling procedure for stress urinary incontinence: long-term follow-up. *Int Neurourol J* 2010; 14(3):170-6.
22. Mohamadi KH, Hidari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh J* 2008; 3(7):269-78. (Persian).
23. Jafarnejad F, Kazmeini H, Mazloun SR, Emami Moghadam Z, Sefidgaran A. Study on the effect of colporrhaphy on women's sexual function and satisfaction. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(59):14-23. (Persian).
24. Kariman NS, Tarverdi M, Azar M, Majd HA. Evaluating the effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women. *J Reprod Infertil* 2005; 6(3):254-60. (Persian).
25. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006; 18(4):382-95.