

تاثیر جراحی پرینئورافی و ترمیم قدامی-خلفی واژن روی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان

چکیده

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹ ویرایش: ۱۴۰۱/۰۲/۰۵ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵ آنلاین: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

زمینه و هدف: افتادگی یا پرولاپس ارگان‌های لگنی یکی از عوامل افزایش شیوع FSD (Female Sexual Dysfunction) بوده و با اختلال بر عملکرد جنسی بر کیفیت زندگی زنان و همسرانشان و رابطه زناشویی آنان تاثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر به بررسی تاثیر پرینئورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن روی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان پس از عمل پرداخته است.

روش بررسی: این تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی بدون گروه کنترل و کور نشده است. تعداد ۱۱۹ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهید بهشتی و الزهرا شهر اصفهان با سنین ۲۸-۴۹ سال و مبتلا به رکتوسل، سیستوسل، پرولاپس رحم و کاندید جراحی پرینئورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن با داشتن شرایط ورود به مطالعه از مهر ماه سال ۱۳۹۹ تا مرداد ماه سال ۱۴۰۰ وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات سه پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)، تصویر بدنی (MBSRQ) و کیفیت زندگی (SF-۳۶) بود که پیش و شش ماه پس از جراحی تکمیل شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط t وابسته و با کمک نرم‌افزار (IBM SPSS, Armonk, NY, USA) SPSS software, version 26 انجام گرفت.

یافته‌ها: پرینئورافی و ترمیم قدامی-خلفی واژن روی تصویر بدنی و بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان ($P < 0.01$) تاثیرگذار بوده است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد جراحی پرینئورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن با تاثیرگذاری بر تصویر بدنی بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی می‌تواند در ارتقای کیفیت و بهبود روابط زوجینی که نیاز به این عمل جراحی دارند موثر باشد.

کلمات کلیدی: تصویر بدنی، سیستوسل، پرینورافی، کیفیت زندگی زنان، رکتوسل، عملکرد جنسی.

مریم حاجی‌هاشمی^۱، نرگس آقا اسماعیلی^۱، آذر دانش شهرکی^{۱*}، فدیة حق‌اللهی^۲

۱- گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر، پژوهشکده سلامت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه زنان و مامایی.

تلفن: ۰۳۱-۸۱۳۸۳۶۸
E-mail: Danesh@med.mui.ac.ir

مقدمه

حین مقاربت تاثیر دارد و تقریباً ۱۶٪ زنان در سن ۴۵-۵۵ سالگی مبتلا به پرولاپس خفیف و ۳٪ مبتلا به نوع شدید آن می‌شود و در کیفیت زندگی زنان و همسرانشان و رابطه زناشویی آنها تاثیر می‌گذارد.^۱

عملکرد جنسی افراد، جنبه مهم از کیفیت زندگی زناشویی و یک تجربه روانی-فیزیولوژیک واقعی است.^۲ از طرف دیگر، تصویر

افتادگی یا پرولاپس ارگان‌های لگنی به معنای خروج احشای لگنی مانند رحم، مثانه، روده کوچک، رکتوم یا واژن از محل طبیعی و آناتومیکی خود یکی از عوامل افزایش شیوع Female Sexual (FSD) Dysfunction بوده و روی فعالیت‌های جنسی و بی‌اختیاری اداری

عملکرد جنسی می‌باشد.^{۱۵} 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.^{۱۶}

با توجه به شیوع بالای پرولاپس اعضای لگنی در ایران که موارد زیادی از آن‌ها 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 با توجه به نتایج متفاوت مطالعات انجام شده در این زمینه، بنابراین، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عملکرد جنسی، تصویر بدنی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پرولاپس دستگاه تناسلی پیش و پس از اعمال جراحی APR انجام شد.

روش بررسی

این تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی بدون گروه کنترل و کور نشده است. این مطالعه در بین مراجعین به مراکز و بیمارستان‌های شهید بهشتی و الزهرا شهر اصفهان از مهر ماه سال ۱۳۹۹ تا مرداد ماه ۱۴۰۰ انجام شد.

در این مطالعه، پس از اخذ تاییدیه اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دریافت کد کارآزمایی بالینی (IRCT۲۰۱۶۰۵۲۱۰۲۷۹۹۸N۹)، تعداد ۱۱۹ زن ۲۸-۴۹ سال که به تشخیص پزشک متخصص دچار رکتوسل، سیستوسل گرید دو و سه و با پرولاپس آپکس حداکثر گرید یک و کاندید جراحی پرینتورافی و ترمیم قدامی خلفی (APR) بودند انتخاب شدند. این افراد نیاز به ساسپنشن آپکس نداشتند و پیگیری تا شش ماه پس از عمل انجام شد.

ابعاد اخلاقی و پروتکل اجرایی مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی و تایید شده است و کمیته مذکور آن را تایید نموده است (IR.MUI.MED.REC.1399.583).

نمونه‌گیری به‌روش در دسترس انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل: رضایت جهت شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، ملیت ایرانی، متاهل بودن، فعال بودن جنسی، سن ۲۸-۴۹ سال (پیش از منوپوز) سکونت در شهر اصفهان و ابتلا به پرولاپس دستگاه ژنیتال با تشخیص پزشک، اندیکاسیون اعمال جراحی

بدنی منفی با عملکرد جنسی به‌صورت مستقیم و با رضایت زناشویی به‌صورت غیر مستقیم ارتباط دارد.^۹ انتخاب روش درمان پرولاپس بستگی به عامل ایجادکننده پرولاپس، شدت آن و وضعیت بیمار از نظر جنسی و باروری دارد. بر این اساس دو نوع روش درمان جراحی و غیر جراحی به‌کار گرفته می‌شود.

روش غیر جراحی شامل ورزش عضلات کف لگن از جمله Kegel و استفاده از وسایل حمایتی مثل pessary و هورمون درمانی بوده و روش جراحی شامل کولپورافی قدامی، خلفی و ساسپنشن آپکس (APEX Suspension) می‌باشد. در ایالات متحده سالیانه قریب به ۲۰۰ هزار عمل جراحی در این زمینه صورت می‌گیرد.^۱

گرچه روش‌های تنگ کردن واژن خیلی جدید نیست و از قدیم برای ترمیم پس از زایمان انجام می‌شده است ولی امروزه به‌دلیل جنسی و زیبایی هم انجام می‌شود.^۶ در مطالعه انجام شده میزان رضایت بیمار پس از ترمیم ثانویه پرینه ۹۶٪-۸۸٪ گزارش شده است.^۷ مطالعات اندکی انجام شده که نشان می‌دهد که روش‌های تنگ کردن واژن مثل: واژینوپلاستی و پرینتوپلاستی فعالیت جنسی را بهبود می‌بخشد.^{۸،۹،۱۰}

عمل جراحی کولپورافی در بعضی تحقیقات مشابه مطالعه Barder و همکاران باعث بهبود عملکرد جنسی و افزایش رضایت‌مندی جنسی و در بعضی تحقیقات مانند مطالعه Roger و همکاران ۳-۶ ماه پس از جراحی، کاهش رضایت جنسی را در نمونه‌های مورد بررسی نشان داده‌اند.^{۱۱،۱۰}

از آنجایی که پیشگیری و کنترل بسیاری از عوامل زمینه‌ساز پرولاپس اعضای 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، ۲۷٪ از اعمال جراحی زنان را در کشورهای پیشرفته به‌خود اختصاص داده است.^{۱۲،۱۳}

در ایالت متحده آمریکا سالیانه قریب به ۲۷۷ هزار عمل به‌دلیل مختلف در این زمینه انجام می‌شود و تجربه نشان می‌دهد تعداد این اعمال جراحی در ایران نیز رو به افزایش است.^{۱۴} هدف از درمان جراحی هم بهبود سوژکتیو که همان بازگرداندن آناتومی طبیعی و اصلاح پرولاپس و هم بهبود آجکتیو که همان بهبود علائم و بهبود

در کولپورافی قدامی در دیواره قدامی واژن از مجاورت گردن مثانه تا طاق واژن برش ایجاد شد و پس از تزریق زیر مخاط محلول یک در ۲۰۰ هزار اپی نفرین اپیتلیوم واژن از فاسیای پوبو سرویکال به طور کامل جدا و آزاد شد. سپس فاسیای اندوپلوئیک با نخ و ویکریل صفر و به صورت منقطع به هم نزدیک و بازسازی شد و مخاط اضافه به صورت گوه‌ای برداشته شد و سپس مخاط واژن با نخ ریپید و ویکریل دو صفر به صورت ممتد به هم نزدیک و ترمیم شد.

کولپورافی خلفی از هایمن تا راس واژن در دیواره خلفی برش ایجاد شد. فاسیای رکتوواژینال از اپیتلیوم واژن جدا شد و فاسیای اندوپلوئیک با نخ و ویکریل صفر ترمیم شد و لبه‌های مخاط واژن بریده شده و توسط نخ ریپید و ویکریل صفر به صورت ممتد ترمیم شد. سپس پرنیورافی با برداشتن پوست مثالی از پربنه و نزدیک کردن عضلات بولبوکاورنوس و عرضی سطحی با نخ و ویریل صفر و سپس ترمیم زیر جلد و پوست انجام شد. عضلات لواتور به هم نزدیک نشدند. پس از گذشت شش ماه از عمل فوق، مجدداً سه پرسشنامه رضایت جنسی زنان، تصویر بدنی و کیفیت زندگی، توزیع، تکمیل و جمع‌آوری گردید. کلیه جراحی‌ها برای تمامی بیماران، یکسان و توسط یک نفر فلوشیپ اختلالات کف لگن در بیمارستان‌های شهید بهشتی و الزهرا شهر اصفهان انجام شد.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان The Female Sexual Function

Index (FSFI) با ۱۹ سوال توسط Rosen و همکاران برای ارزیابی عملکرد جنسی در زنان طراحی شده است که شش حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی را می‌سنجد.

تمام سوالات دارای طیف پاسخ از صفر یا یک تا پنج هستند که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارند. پرسشنامه مذکور در تحقیقات به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران نیز اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط Mohammadi و همکاران مورد تایید قرار گرفته است.^{۱۷، ۱۸}

ضریب پایایی برای هر یک از حوزه‌های این پرسشنامه (از ۰/۸۶-۰/۷۳ بوده) و ثبات درونی در محدوده قابل قبولی بوده است (از ۰/۹۰-۰/۷۲). همچنین آنالیز عاملی تاییدی ساختار حوزه‌های مذکور را تایید نموده است. در این پژوهش منظور از نمره استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان نمره‌ای است که فرد به سوالات ۱۹ ماده‌ای پرسشنامه مذکور می‌دهد.

کولپورافی قدامی و خلفی واژن (APR) پرولاپس گرید دو سه بود و شاخص توده بدنی زنان مورد مطالعه پایین‌تر از 30 kg/m^2 بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: مطلقه بودن، نازا بودن و یا سابقه داشتن آن، آخرین زایمان مربوط به کمتر از ۱۲ ماه پیش، قرار داشتن در دوران شیردهی، نیاز به جراحی همزمان دیگری مثل جراحی بی‌اختیاری یا ساسپنشن آپیکال (آویزان کردن راس واژن)، داشتن سابقه بیماری‌های مزمن که بر عملکرد جنسی موثرند، اندازه رحم بیشتر از هفته ۱۲ بارداری، وجود توده در آدنکس، سابقه دو بار و بیشتر عمل جراحی روی شکم و لگن، سابقه بیماری التهابی لگن، چاقی بیش از حد (شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۵)، یبوست و سابقه مصرف داروهای آرام‌بخش بود. پژوهشگر پس از بیان اهمیت اهداف و کاربرد نتایج پژوهش برای واحدهای پژوهش و کسب رضایت‌نامه از آن‌ها جهت شرکت، مطالعه را آغاز می‌کرد.

همه بیماران پیش از جراحی معاینه می‌شدند و با استفاده از سیستم Pelvic Organ Prolapse-Quantification (POP-Q) میزان پرولاپس کمپارتمان قدامی خلفی و آپیکال اندازه‌گیری می‌شد و سایر علائم همراه مثل بی‌اختیاری ادرار یا یبوست از بیمار سوال می‌شد. در صورتی که بیمار از بی‌اختیاری استرسی شاکی بود و یا پرولاپس زیر هایمن وجود داشت تست یورودینامیک انجام می‌شد و در صورت نیاز به جراحی همزمان برای بی‌اختیاری ادرار، بیمار وارد مطالعه نمی‌شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه می‌باشد. سه پرسشنامه رضایت جنسی زنان، تصویر بدنی و کیفیت زندگی، برای بیماران توضیح داده شد. در صورت رضایت کامل و آگاهانه، پرسشنامه‌ها به نمونه‌ها تحویل و پس از تکمیل جمع‌آوری گردید. چک لیستی شامل کد بیمار، سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، نوع زایمان (سزارین یا طبیعی)، جراحی‌های پیشین تهیه و توسط محقق تکمیل گردید.

پرسشنامه‌ها پیش از عمل جراحی و شش ماه پس از عمل تکمیل شد. عمل جراحی توسط یک نفر از متخصصین بیمارستان انجام شد. همه بیماران تحت عمل پرنیورافی و ترمیم قدامی خلفی (Anterior Posterior Repair) یا APR قرار گرفتند.

ترمیم خلفی که به‌عنوان کولپورافی خلفی نیز شناخته می‌شود عملی است که برای ترمیم یا تحکیم فاسیای بین رکتوم و واژن انجام می‌شود. پرنیورافی واژه‌ای است که برای جراحی ترمیم جسم پربنه (بافت حمایتی بین واژن و مدخل آنوس) به‌منظور حمایت دیواره بکار می‌رود.

یافته‌ها

تعداد ۱۴۰ بیمار از زنان مبتلا به رکتوسل، سیستم‌های گرید دو و سه و با پرولاپس آپکس حداکثر گرید یک و کاندید جراحی پرینتورافی و ترمیم قدامی خلفی (APR) وارد مطالعه شدند. ۲۱ نفر از نمونه‌های پژوهش، وجود علایمی نظیر بی‌اختیاری ادرار یا یبوست داشتند که با پرسش از بیمار و تشخیص بی‌اختیاری استرسی و یا پرولاپس زیر هایمن، تست یورودینامیک انجام شد که با توجه به نیاز به جراحی همزمان برای بی‌اختیاری ادرار، این نمونه‌ها از مطالعه خارج شدند. داده‌های ۱۱۹ نفر بررسی شد.

میانگین سن افراد $۳۶/۴۰ \pm ۶/۳۹$ سال و محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۲۸-۴۹ سال (پیش از منوپوز) بود. طول مدت ازدواج آن‌ها $۷/۲۴ \pm ۷/۱۴$ سال و در محدوده ۲-۶ سال بود و میانگین تعداد زایمان آن‌ها $۲/۰۱ \pm ۱/۰۵$ ، میانگین BMI، $۲۷/۸ \pm ۱/۲ \text{ kg/m}^2$ 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. (نمودار ۱).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
شغل	
خانه‌دار	۹۹ (۸۳٪)
کارمند	۲۰ (۱۷٪)
سابقه ازدواج پیشین	
دارد	۱۰ (۸٪)
ندارد	۱۰۹ (۹۲٪)
تحصیلات:	
بی‌سواد	۳۳ (۲۸٪)
ابتدایی	۵۰ (۴۲٪)
راهنمایی	۸ (۶٪)
دیپلستان	۸ (۶٪)
دانشگاهی	۲۰ (۱۷٪)
محل سکونت	
شهر	۹۹ (۸۳٪)
روستا	۲۰ (۱۷٪)

آزمون آماری Chi-square test

پرسشنامه تصویر بدنی یا تصویر ذهنی-Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) دارای ۶۸ سوال در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱-۵) می‌باشد. حد پایین نمره ۶۸ و حد بالای آن ۳۴۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌گر تصویر ذهنی مثبت‌تر یا بهتر از بدن و نمره پایین‌تر دلیل بر تصویر ذهنی منفی‌تر از بدن در نظر گرفته می‌شود. این پرسشنامه در ایران دارای روایی و پایایی خوبی بوده است.^{۱۹}

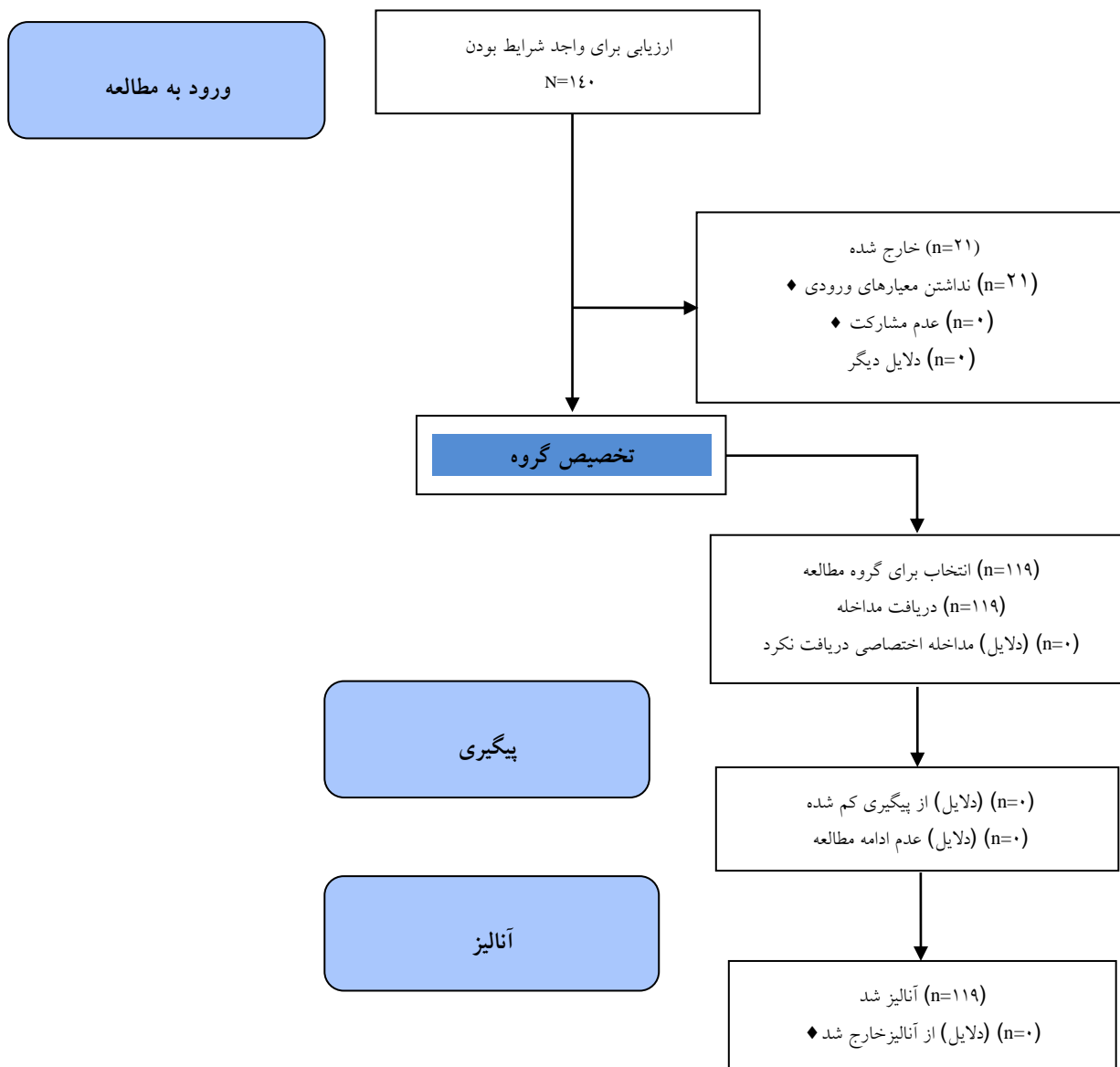
پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 دارای ۳۶ سوال در هشت حیطه سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به‌دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به‌دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، انرژی و شادابی و سلامت روانی می‌باشد. این پرسشنامه وضعیت آزمودنی‌ها را با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای می‌سنجد. در بعضی از گویه‌ها پاسخ به‌صورت بلی و خیر بوده است. در مجموع کمترین امتیاز ۳۶ و بالاترین امتیاز ۱۳۹ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر فرد می‌باشد. روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط Montazeri مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد هشت‌گانه در بازه ۰/۶۸-۰/۹۰ متغیر بود که حاکی از پایایی قابل قبول برای مقیاس است در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.^{۲۰}

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط Student's t-test و با کمک SPSS software, version 26 (IBM SPSS, Armonk, NY, USA) گرفت. و سطح معنادار نیز به‌صورت $P < 0/05$ در نظر گرفته شد. به‌منظور بررسی اثربخشی پرینتورافی و ترمیم قدامی خلفی بر کیفیت زندگی، عملکرد جنسی و تصویر بدنی زنان پس از عمل، از Student's t-test استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از Kolmogorov-Smirnov test استفاده شد که با توجه به عدم معناداری مقادیر به‌دست آمده فرض نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد.

حجم نمونه: براساس فرمول با در نظر گرفتن آلفا (خطای اول مطالعه) به میزان ۰/۰۵، d (دقت) ۰/۰۵ و نیز توان آزمون (۰/۸۴)، انحراف معیار نمره عملکرد جنسی و تفاوت میانگین نمره عملکرد جنسی پیش و پس از عمل (۳/۵) در مجموع ۱۱۹ نفر جهت ورود به مطالعه در نظر گرفته شد.^{۱۲}

نمرات پیش و پس از درمان برای تمامی مولفه‌های عملکرد جنسی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است. ($P < 0/001$). با توجه به معناداری مقدار آماره t به دست آمده نتیجه گرفته می‌شود که پرینتورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن موثر بوده و موجب بهبود عملکرد جنسی زنان پس از عمل می‌گردد.

میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای عملکرد جنسی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی به ترتیب در جدول‌های ۴-۲ ارائه شده است. در جدول ۲ نتایج آزمون t وابسته جهت مقایسه عملکرد جنسی در پیش و پس از درمان ارائه شده است. براساس مندرجات جدول مقادیر t به دست آمده جهت مقایسه میانگین



نمودار ۱: نمودار کانسورت مطالعه

جدول ۴ نتایج آزمون t وابسته جهت مقایسه تصویر بدنی در پیش و پس از درمان ارایه شده است. براساس مندرجات جدول مقدار t به دست جهت مقایسه میانگین نمرات پیش و پس از درمان در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است. ($P < 0/001$). با توجه به معناداری مقدار آماره t به دست آمده نتیجه گرفته می‌شود که پریئورافی و ترمیم قدامی خلفی موثر بوده و موجب بهبود تصویر بدنی زنان پس از عمل می‌گردد.

در جدول ۳ نتایج آزمون t وابسته جهت مقایسه کیفیت زندگی در پیش و پس از درمان ارایه شده است. براساس مندرجات جدول مقادیر t به دست آمده جهت مقایسه میانگین نمرات پیش و پس از درمان برای تمامی مولفه‌های کیفیت زندگی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است. ($P < 0/001$). با توجه به معناداری مقدار آماره t به دست آمده نتیجه گرفته می‌شود که پریئورافی و ترمیم قدامی خلفی موثر بوده و موجب بهبود کیفیت زندگی زنان پس از عمل می‌گردد. در

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات عملکرد جنسی (FSFI) پیش و پس از عمل

متغیر	پیش از عمل		پس از عمل		سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
میل	۸/۱۹	۳/۰۷۹	۱۰/۱۳	۳/۲۰۳	۰/۰۰۱
تحریک روانی	۹/۵۵	۳/۲۴۶	۱۱/۳۴	۳/۶۹۱	۰/۰۰۱
رطوبت	۸/۱۵	۳/۸۲۳	۱۰/۳۷	۳/۵۴۲	۰/۰۰۱
ارگاسم	۶/۶۴	۲/۵۰۹	۸/۳۴	۲/۹۸۶	۰/۰۰۱
رضایتمندی	۱۰/۷۹	۴/۷۷۴	۱۲/۲۷	۴/۶۵۳	۰/۰۰۱
دیسپارونی	۱۱/۴۸	۳/۲۳۸	۹/۰۸	۳/۲۷۸	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	۵۲/۴۰	۷/۵۴۷	۶۳/۹۳	۹/۵۸۷	۰/۰۰۱

آزمون آماری Paired T-Test

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات کیفیت زندگی (SF-36) پیش و پس از عمل

متغیر	پیش از عمل		پس از عمل		سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت عمومی	۹/۹۵	۲/۴۵۸	۱۱/۷۵	۱/۸۲۸	۰/۰۰۱
عملکرد جسمانی	۷/۷۷	۲/۵۳۶	۹/۷۹	۲/۷۹۵	۰/۰۰۱
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۱۰/۲۳	۲/۰۲۷	۱۳/۱۴	۹/۵۷۳	۰/۰۰۱
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۷/۷۰	۱/۹۲۰	۹/۱۹	۱/۲۶۳	۰/۰۰۱
درد بدنی	۱۲/۲۵	۴/۰۴۲	۱۴/۳۸	۴/۰۸۷	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۱۳/۸۷	۵/۳۹۴	۱۵/۶۲	۵/۷۹۹	۰/۰۰۱
انرژی و شادابی	۱۴/۸۴	۷/۲۵۳	۱۶/۶۵	۷/۳۱۹	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۱۶/۵۵	۸/۱۶۶	۱۸/۹۴	۸/۳۲۱	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۹۳/۱۹	۱۶/۱۴۸	۱۰۹/۴۲	۱۸/۹۱۹	۰/۰۰۱

آزمون آماری Paired T-Test

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی نمرات تصویر بدنی (MBSRQ) پیش و پس از عمل

متغیر	پیش از عمل		پس از عمل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تصویر بدنی	۱۳۵/۶۴	۱۱/۶۳۰	۱۴۲/۳۸	۱۳/۲۳۷
سطح معناداری	۰/۰۰۱			

آزمون آماری Paired T-Test

بحث

مشخص نشده است. در مطالعه حاضر پیش از جراحی و شش ماه پس از عمل جراحی کولپورافی قدامی و خلفی پرسشنامه FSFI تکمیل شد و براساس نتایج به دست آمده عملکرد جنسی پس از عمل جراحی اختلاف معناداری داشت.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان گفت که پریئورافی و ترمیم قدامی خلفی موجب بهبود عملکرد جنسی زنان پس از عمل می‌گردد. همچنین همراستا با این تحقیق Poorhosseini و همکاران، Goudarzi و همکاران، Sharifi و همکاران، Bergman و همکاران، Moroni و همکاران نیز در تحقیقات خود بدان اشاره می‌کنند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پریئورافی و ترمیم قدامی خلفی موجب بهبود تصویر بدنی و بهبود کیفیت زندگی زنان پس از عمل می‌گردد. همراستا با این تحقیق در مطالعه نیز بدین موضوع اشاره شده است.^{۲۷، ۲۹ و ۳۱}

عملکرد جنسی در زنان تحت تاثیر عوامل جسمی، روحی، پزشکی، میان فردی و اجتماعی قرار دارد. و هر گونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت جنسی شود، می‌تواند منجر به اختلال جنسی شود.^{۳۱ و ۳۲}

از آنجایی که عمل پریئورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن باعث بهبود عملکرد جنسی می‌شود همچنین تصویر بدنی مطلوبی در زنان ایجاد می‌کند باعث می‌گردد زنان رضایت از زندگی زناشویی پیدا کنند و این امر موجب سلامت روان و ایجاد احساسات مثبت در آن‌ها می‌شود.^{۳۲ و ۳۳}

علت بسیاری از آشفتگی‌های روانی و ناسازگاری‌های زناشویی ناشی از عدم رضایتمندی جنسی است و سال‌ها بی‌توجهی به گزینه جنسی در انسان عوارض جبران‌ناپذیری در روابط اجتماعی و زناشویی افراد به‌جای گذاشته است. بنابراین داشتن رضایت جنسی و تصویر بدنی مطلوب باعث می‌گردد زنان کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند.^{۳۴} تفاوت در مشخصات فردی و بالینی افراد می‌تواند از علل اختلاف در نتایج مطالعات باشد، بنابراین کنترل عوامل مخدوش‌گر حایز اهمیت

از جمله عواملی که باعث اختلال در عملکرد جنسی می‌شوند می‌توان به پرولاپس ارگان‌های لگنی و بی‌اختیاری ادراری اشاره کرد.^{۲۱} نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پس از عمل پریئورافی و ترمیم قدامی-خلفی واژن روی تصویر بدنی و بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان با (P<۰/۰۰۱) تاثیرگذار بوده است.

در مطالعه حاضر، زنان در فاصله شش ماه پس از عمل، پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کردند و براساس نتایج به دست آمده، عملکرد جنسی زنان پس از عمل بهتر شد که با نتایج مطالعه Weber و همکاران در اوهایو و Pauls و همکاران در آمریکا همخوانی نداشت که در مطالعه آنان تغییری در عملکرد جنسی پس از عمل جراحی حاصل نشد.^{۲۲ و ۲۳}

در حالی که مطالعه Helstrom و همکاران نشان داد که به‌طور کلی، فعالیت جنسی پس از عمل بدتر می‌شود.^{۲۴} ولی Brubaker و همکاران در آمریکا به این نتیجه رسیدند که در مجموع عملکرد جنسی پس از جراحی موفق، بهبود پیدا می‌کند.^{۲۵} براساس نتایج مطالعه Azar و همکاران در ایران نیز طی پیگیری سه ماهه، نمره عملکرد جنسی زنان براساس پرسشنامه ایندکس عملکرد جنسی افزایش یافت.^{۲۶}

براساس نتایج به دست آمده از مطالعه Goudarzi و همکاران عملکرد جنسی سه ماه پس از عمل جراحی اختلاف معناداری نداشت.^{۲۷} در مطالعه Feldner و همکاران ۱۲ ماه پس از کولپورافی قدامی، تمام دامنه‌های عملکرد جنسی بهبود معناداری داشت.^{۲۸}

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه تاثیر اعمال جراحی ترمیم پرولاپس لگن انجام شده است و نتایج متناقض به دست آمده است. در مطالعات گذشته بهترین بازه زمانی که جهت پیگیری پس از عمل جراحی اصلاح پرولاپس اعضای لگن و بررسی عملکرد جنسی

زندگی موثر است. این نوع عمل‌های جراحی به دلیل اینکه حالت ترمیم‌کننده و ارتقا‌دهندگی دارند قابلیت زوجین در رابطه زناشویی را ارتقا می‌دهد. به عبارتی بخش اعظمی از رابطه زوجی روان‌شناختی و تفسیرهای ذهنی می‌باشد که بر اساس واقعیت‌های بیرونی می‌باشد و در این زمینه داشتن تصویر ذهنی مطلوب از فرد مقابل بر بهبود کیفیت عملکرد جنسی و همچنین ارتقای کیفیت زندگی زوجین تاثیرگذار است، و جراحی‌هایی از قبیل پری‌نورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن بر کیفیت مولفه‌های روان‌شناختی پیش و پس از عمل جراحی تاثیر شایان توجهی دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود متخصصین این حوزه با توجه به نتایج پژوهش حاضر عمل جراحی مربوطه را برای زوجین گروه سنی ۲۸-۴۹ سال (پیش از منوپوز) با پرولاپس که نیاز به این قبیل عمل‌های جراحی دارند، توصیه کنند.

از نقاط قوت مطالعه حاضر، طراحی مطالعه به روش مقایسه پیش و پس از مداخله بود که روش مناسبی برای کنترل عوامل مخدوشگر می‌باشد. همچنین جراحی کولپورافی قدامی و خلفی و پری‌نورافی برای تمامی بیماران، یکسان و توسط یک نفر از متخصصین مجرب در بیمارستان‌های شهید بهشتی و الزهرا شهر اصفهان انجام شد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر غیرتصادفی بودن، نداشتن گروه کنترل در مطالعه و نمونه‌های پژوهش محدود به زنان با پرولاپس گرید دو و سه، با محدوده سنی ۲۸-۴۹ سال می‌باشد که تعمیم نتایج به سایر زنان را با مشکلاتی مواجهه می‌کند. همچنین استفاده از ابزارهای خودسنجی بود که می‌تواند تا اندازه‌ای تحت تاثیر عوامل انسانی قرار گیرد.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان "بررسی تاثیر پری‌نورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن روی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان" در مقطع دکترای تخصصی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان به کد IR.MUI.MED.REC.1399.583 مصوب سال ۱۳۹۹/۰۷/۱۶ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان انجام شده است.

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 پیش و پس از عمل احساس راحتی نداشته باشند که این مسایل در جوامع و فرهنگ‌های مختلف متغیر می‌باشد و می‌تواند منجر به ارایه نتایج متفاوت شود که در جامعه ما نیز صحبت از مسایل جنسی از نظر فرهنگی چندان آسان نیست.^{۳۵}

در کل عوامل و متغیرهای متعددی از جمله متغیرهای زیست‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی بر عملکرد جنسی تاثیر می‌گذارد که کنترل کامل این عوامل در مطالعه حاضر مقدور نبود.^{۱۳} بنابراین ارزیابی تاثیر 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 وجود ندارد که از محدودیت‌های این مطالعه بود. یکی دیگر از دلایل متفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعات گذشته، تفاوت در دوره پیگیری بود و در مطالعه حاضر شش ماه پس از عمل جراحی بررسی شد.

با وجود اینکه عمل جراحی کولپورافی، درمانی انتخابی و مناسب جهت درمان پرولاپس اعضای لگنی می‌باشد و باعث اصلاح آناتومی لگن و بهبود علائم پرولاپس می‌شود، اما از آنجا که عملکرد جنسی موضوعی چند عاملی است، اصلاح آناتومیک به تنهایی نمی‌تواند بر جنبه‌های عملکرد جنسی مانند ارگاسم، حس جنسی و انگیختگی جنسی تاثیر داشته باشد. بنابراین توصیه می‌شود به منظور بهبود عملکرد جنسی و رضایت جنسی به عنوان اندیکاسیون این عمل مد نظر گرفته نشود و یا در کنار آن به عوامل موثر بر عملکرد جنسی مانند عوامل روان‌شناختی و مشاوره‌های جنسی نیز توجه شود. همچنین افزایش طول مدت پیگیری و داشتن گروه شاهد می‌تواند نتایج روشن‌تری ارایه دهد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پری‌نورافی و ترمیم قدامی خلفی واژن روی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و کیفیت

References

- Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology* 2005;65(1):143-8.
- Modarres M, Rahimikian F, Booriaie E. Effect of pelvic muscle exercise on sexual satisfaction among primiparous women. *Hayat* 2013;18(4):10-8.
- 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.
4. Aghamohammadian Sharbat HR, Zarezade Kheibari S, Horouf 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)
 5. Fazae G, Rabizadeh S, Rajaei A, editors. Comparison of physical self-concept and sex schema and marital satisfaction in overweight and normal women living in Torbat Jam. Proceeding of the 1st National Congress on Biology and Natural Sciences in Iran; 2014.
 6. Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. *J Sex Med* 2011;8(6):1813-25.
 7. Bergman I, Westergren Söderberg M, Ek M. Perineorrhaphy Compared With Pelvic Floor Muscle Therapy in Women With Late Consequences of a Poorly Healed Second-Degree Perineal Tear: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2020;135(2):341-51.
 8. Jamali S, Abedi P, Rasekh A, Mohammadjafari R. The Long Term Effect of Elective Colpoperineoplasty on Sexual Function in the Reproductive Aged Women in Iran. *Int Sch Res Notices* 2014;2014:912786.
 9. Ulubay M, Keskin U, Fidan U, Ozturk M, Bodur S, Yılmaz A, et al. Safety, Efficiency, and Outcomes of Perineoplasty: Treatment of the Sensation of a Wide Vagina. *Biomed Res Int* 2016;2016:2495105.
 10. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC; Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):281-9.
 11. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Olsen A, Barber M, et al. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: a multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):206-10.
 12. 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.
 13. Vollebregt A, Fischer K, Gietelink D, van der Vaart CH. Primary surgical repair of anterior vaginal prolapse: a randomised trial comparing anatomical and functional outcome between anterior colporrhaphy and trocar-guided transobturator anterior mesh. *BJOG* 2011;118(12):1518-27.
 14. Bastani P, Hajebrahimi S, Hamedani R, Oskuei AP. Female sexual function after modified pelvic floor organ prolapse repair. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2012;34(1):13-6.
 15. 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.
 16. Berek BJ. Novaks gynecology, Davari Tanha F, Pourmatrood A. *Artin Medicine* 2012;14:479.
 17. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191-208.
 18. Mohammadi K, HEYDARI M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. 2008.
 19. Shemshadi H, Shams A, Sahaf R, Shamsipour Dehkordi P, Zareian H, Moslem AR. Psychometric Properties of Persian Version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) Among Iranian Elderly. *Iran J Ageing* 2020;15(3):298-311.
 20. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005;14(3):875-82.
 21. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):751-6.
 22. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(6):1610-5.
 23. Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, Siddighi S, Kleeman SD, Dryfhout V, Karram MM. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(6):622.e1-7.
 24. Helström L, Nilsson B. Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(1):79-84.
 25. Brubaker L, Chiang S, Zyczynski H, Norton P, Kalinoski DL, Stoddard A, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. The impact of stress incontinence surgery on female sexual function. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(5):562.e1-7.
 26. Azar M, Noohi S, Radfar S, Radfar MH. Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2008;19(1):53-7.
 27. Goudarzi F, Rad P, Hekmatzadeh F, Taj Aramesh S. Sexual function in women with genital prolapse before and after Anterior posterior Colporrhaphy (APR). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016;19(34):1-9.
 28. Feldner PC Jr, Delroy CA, Martins SB, Castro RA, Sartori MG, Girão MJ. Sexual function after anterior vaginal wall prolapse surgery. *Clinics (Sao Paulo)* 2012;67(8):871-5.
 29. Pourhosseini Ma, Jafari S. Predicting sexual function based on internalized shame and body image of women with breast cancer (Case study: Taleghani Hospital, Tehran). 2nd International Congress of Interdisciplinary Research in Islamic Humanities, Jurisprudence, Law and Psychology; 2019.
 30. Sharifi A. Prediction of sexual function and body image based on gender schemas in women midwives of Parsa Hospital in Tehran. 2nd International Conference on Interdisciplinary Studies in Psychology, Counseling and Educational Sciences ;1399.
 31. Moroni RM, da Silva Lara LA, Ferreira CHJ, de Mello Constantino M, Brito LGO. Assessment of body image, sexual function, and attractiveness in women with genital prolapse: a cross-sectional study with validation of the Body Image in the Pelvic Organ Prolapse (BIPOP) Questionnaire. *J Sex Med* 2019;16(1):126-36.
 32. Mosby A. Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professions: Mosby; 2006.
 33. Mojtabayi M, Saberi H, Alizadeh A. The Role of Sexual-Self Schema and Body Image on women Sexual Function. *Quarterly J Health Psychol* 2015;4(13):21-40.
 34. 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.
 35. 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.

The effect of perineorrhaphy surgery and anterior-posterior vaginal repair on body image, sexual function, and quality of life in women

Maryam Hajhashemy M.D.¹
Narges Agha Esmali M.D.¹
Azar Danesh Shahraki M.D.^{1*}
Fedyeh Haghollahi M.Sc.²

1- Department of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2- Valia Asr Reproductive Health Research Center, Family Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Department of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
Tel: +98-31-81383668
E-mail: Danesh@med.mui.ac.ir

Abstract

Received: 18 Apr. 2022 Revised: 25 Apr. 2022 Accepted: 15 May. 2022 Available online: 22 May. 2022

Background: Pelvic organ prolapse is one of the elements increasing the prevalence of Female Sexual Dysfunction which influences the lifestyles of women and their marital relationships. One of the critical desires of surgical remedies of those women, further than enhancing signs and symptoms and restoring regular anatomy, is to preserve and enhance sexual function. The effect of perineorrhaphy and anterior-posterior vaginal repair on body image, sexual function, and quality of life in postoperative women is one of the objectives of this study.

Methods: The present study is a clinical trial without a control group. 119 women referred to Shahid Beheshti and Al-Zahra hospitals in Isfahan, aged 28-49 years, with rectocele and cystocele, uterine prolapse and a candidate for perineal surgery and anterior-posterior vaginal repair, entered the study from October 2020 to August 2021. Data collection tools were three questionnaires on Female Sexual Function Index (FSFI), Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ), and Short-Form Health Survey (SF-36) that were completed before and 6 months after surgery by interviewing individuals. All surgeries were performed by a Fellowship in pelvic floor disorder, and the type of surgery was the same in all patients. Data were analyzed using a dependent t-test.

Results: Data of 119 women with rectocele, second and third-degree cystocele with maximal grade 1 apex prolapse, and candidates for perineorrhaphy and anterior-posterior vaginal repair were evaluated. The mean age of the study samples was 36.40 ± 6.39 years and the age range was 28 to 49 years (before menopause).

In the postoperative stage; perineorrhaphy and anterior-posterior vaginal repair affect body image, improvement of sexual function, and quality of life in women ($P < 0.001$).

Conclusion: It seems that perineorrhaphy and anterior-posterior vaginal repair affect the body image, Improving sexual function and quality of life, and can be effective in improving the quality and improving the relationship between couples who need this surgery.

Keywords: body image, cystocele, perineorrhaphy, quality of life women, rectocele, sexual function.