

تأثیر کلیوپرینورافی بر عملکرد جنسی زنان سنین باروری

اطهر راسخ جهرمی^۱، صفیه جمالی^۲، فاطمه زارعی^۳

- متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
- مری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
- کارشناس روانشناسی، گروه روانشناسی، اداره آموزش و پرورش گراش، گراش، ایران.

مندیش / دوره پنجم / شماره ۸ و ۹ / پاییز و زمستان ۱۳۹۳

چکیده

زمینه و هدف: فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی زنان است. عوامل متعددی در پیدایش و عدم رضایت جنسی زنان دخیل هستند. یکی از این مشکلات شلی عضلات کف لگن است. با توجه به عدم رضایت‌مندی جنسی و شیوع عمل کولپوپرینورافی انتخابی، این مطالعه با هدف بررسی عملکرد جنسی قبل از کلیوپرینورافی و ۶ و ۱۸ ماه بعد از آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی (Quasi Experimental) از نوع قبل و بعد بوده است که بر روی ۷۹ نفر از زنان مبتلا به شلی عضلات پربینه و واژن انجام شد. از تمامی زنان واجد شرایط بعد از گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی درخواست شد که پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد عملکرد جنسی زنان (FSFI) را قبل از عمل و ۶ و ۱۸ ماه بعد از آن تکمیل کنند. پایایی این ابزار با الفای کرونباخ ۰/۷ می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری تی زوجی، Repeated Measurs Test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بررسی داده‌ها نشان داد میانگین سنی زنان $34/02 \pm 5/30$ سال بود. میانگین نمره عملکرد جنسی کل از $24/19 \pm 3/09$ قبل از عمل به ترتیب به $26/92 \pm 3/41$ و $32/61 \pm 1/32$ در ۶ و ۱۸ ماه بعد از عمل افزایش یافت که این افزایش مربوط به بهبود عملکرد جنسی در حیطه‌های میل، تهیج، ارگاسم، رضایت‌مندی بوده است. همچنین نتایج نشان داد دیس پارونی و کاهش لوبریکاسیون ۶ ماه بعد از عمل افزایش یافته بود که ۱۸ ماه بعد از عمل بهبود نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: بررسی نشان داد طی مدت ۶ و ۱۸ ماهه پس از جراحی کولپوپرینورافی عملکرد جنسی بهبود یافته بود. این امر نشان می‌دهد که کلیوپرینورافی الکتیو تأثیر مثبتی بر عملکرد جنسی زنان دارد.

واژه‌های کلیدی: عملکرد جنسی، کلیوپرینورافی، زنان، سنین باروری

مقدمه

فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن به عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی زنان مطرح است (۱). به طوری که Catrin مسائل جنسی را به عنوان یک جنبه مهم و طبیعی از زندگی شخصی افراد توصیف می‌کند و آن را فراتر از یک رفتار جنسی صرف می‌داند (۲). مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول یک زندگی زناشویی قرار دارند و سازگاری در روابط جنسی و تناسب و تعادل در مقدار تمایل جنسی در زن و مرد از مهم‌ترین علل خوشبختی و موفقیت زندگی زناشویی است (۳).

عوامل متعددی در پیدایش اختلالات جنسی زنان دخیل است، برخی از افراد مبتلا به بیماری‌های ارگانیک هستند که بر فعالیت و رضایت جنسی آن‌ها مؤثر است. عوامل غیر ارگانیکی مانند موانع مربوط به باورهای اجتماعی مذهبی، آسیب‌دیدگی جنسی و تجارب بد جنسی نیز می‌تواند بر عملکرد جنسی مؤثر باشند. افسردگی، فشارهای روحی مانند استرس، بیماری‌های مزمن، داروها، ناباروری، فقدان رابطه مناسب با همسر (۴) زایمان (۵) مشخصات اجتماعی فرد با نحوه زندگی و خصوصیات ازدواج نیز از عوامل مؤثر در رضایت جنسی هستند (۶). اختلال فعالیت جنسی در زنان بسیار شایع و در هر شرایط سنی، فرهنگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز می‌کند و به طور وسیع بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (۷و۸).

از عوامل مؤثر بر فعالیت جنسی زنان، علاوه بر عوامل ذکر شده اعمال جراحی زنان می‌باشد. اعمال جراحی هر چند هم کوچک و کم اهمیت باشند می‌تواند بر روحیه بیمار و تصور او از خودش تأثیر بگذارد. تأثیر اعمال جنسی زنان بر مسایل جنسی آنان از مدت‌ها پیش گزارش شده است. برخی از محققین این اثرات را ناچیز و برخی آن‌ها را به عنوان یک عامل منفی در زندگی جنسی زنان گزارش می‌کنند. از عوامل یاد شده در مقالات به عنوان متغیرهای مؤثر در روابط زناشویی، نوع عمل جراحی و اندیکاسیون عمل جراحی می‌باشند (۴).

از انواع عمل‌های یاد شده جهت پرولاپس ارگان‌های لگنی عمل جراحی کلیوپرینورافی می‌باشد. سالانه در ایالات متحده آمریکا دویست هزار زن تحت عمل جراحی پرولاپس ارگان

لگنی قرار می‌گیرند (۹و۱۰). در ایالات متحده ۱۱ درصد زنان تا سن ۸۰ سالگی به علت پرولاپس اعضای لگنی یا بی‌اختیاری ادرار، یا هر دو تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند. بعد از ۴ سال از عمل اولیه، ۲۹/۲ درصد از زنان نیاز به جراحی تکراری دارند (۱۰). شایع‌ترین عمل جراحی پذیرفته شده جهت پرولاپس‌ها، کلیوپرینورافی می‌باشد که ۳۵/۲ درصد کل عمل‌های لگنی را شامل می‌شود. کلیوپرینورافی یک نوع عمل ترمیمی در مهبل (کانال زایمان) است که بدنبال اشکالات ساختمانی در مهبل انجام می‌شود و برای ترمیم شلی پرینه و مدخل واژن و بهبود عملکرد جنسی انجام می‌شود (۹). مرکز ملی بهداشت آمریکا شیوع عمل جراحی کلیوپرینورافی را چهارصد هزار عمل جراحی در سال گزارش کرده است (۱۱).

عمل جراحی کلیوپرینورافی در بعضی تحقیقات مشابه مطالعه Barder و همکاران باعث بهبود عملکرد جنسی و افزایش رضایت‌مندی جنسی و در بعضی تحقیقات مانند مطالعه Rogers و همکاران ۶-۳ ماه پس از عمل جراحی، کاهش رضایت جنسی را در نمونه‌های مورد بررسی نشان دادند (۱۲و۱۳).

Porter و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که کلیوپرینورافی به تنهایی یا همراه با عمل‌های دیگر جراحی واژینال به افزایش عملکرد جنسی کمک می‌کند و بهبودی معناداری در کیفیت زندگی و روابط ایجاد می‌کند (۱۴).

Weber و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی رضایت جنسی زنان قبل و بعد از عمل جراحی کلیپورافی قدامی و خلفی افزایش معناداری در تمام مؤلفه‌های عملکرد جنسی (میل، تهیج، لوبریکاسیون، ارگاسم، رضایت‌مندی، درد) بعد از عمل گزارش کردند (۱۵). در مطالعه Lemack و Zimmermann در بیمارستان تگزاس آمریکا، نتایج ۳ ماه بعد از عمل جراحی کلیوپرینورافی را مورد ارزیابی قرار دادند. ۲۰ درصد زنان اختلال عملکرد جنسی پیدا کرده بودند و ۲۰ درصد نیز دیس‌پارونی گزارش کردند. این محققان اعلام کردند که عمل جراحی در کل اثری بر عملکرد جنسی زنان بعد از عمل در پیگیری ۳ ماهه ندارد و اختلال عملکرد جنسی حاصل نیاز به

بررسی‌هایی از جنبه‌های دیگر و پیگیری طولانی مدت مورد دارد (۱۶).

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای جهت تعیین تأثیر این عمل انتخابی بر رضایت جنسی زنان در ایران صورت نگرفته و همچنین با توجه به شیوع بالای عدم رضایت جنسی در زنان این مطالعه به بررسی تأثیر عمل کلیوپرینورافی با عملکرد جنسی زنان سنین باروری می‌پردازد.

روش بررسی

مطالعه نیمه تجربی و بدون گروه کنترل بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. ۸۵ نفر در این پژوهش شرکت کردند ۶ نفر در طول مطالعه به علت عدم همکاری تا پایان مطالعه و ناقص بودن پرسش‌نامه از مطالعه خارج شدند و آزمون‌های آماری بر روی ۷۹ نفر انجام شد. معیارهای ورود شامل: زنان متأهل و همسر دار باشند، سواد خواندن و نوشتن داشته باشند، ایرانی و به زبان فارسی آگاه باشند، زنان سنین ۴۵-۱۵ داشته باشند. معیار خروج شامل: زنانی که فوت همسر، طلاق و جدایی در حین مطالعه داشته باشند، ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی در طول مطالعه، استفاده از داروهایی که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد (داروهای کاهنده فشارخون، سایتمتدین، دیگوکسین، داروهای ضدافسردگی)، وابستگی به مواد مخدر و سیگار در طول مطالعه پیدا کنند.

پس از توضیح اهداف پژوهش به نمونه‌ها و کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش، درمورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه و اطمینان دادن به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها از واحدهای مورد پژوهش درخواست شد که به سؤالات جواب دهند، پژوهشگر آن‌ها را تنها گذاشت تا به طور آزادانه پاسخ‌های خود را انتخاب کنند، اما در صورت درخواست آن‌ها کنارشان می‌ماند در غیر این صورت در مراحل تکمیل فرم‌ها به صورت مرتب به آن‌ها مراجعه کرده تا مشکلات احتمالی آن‌ها را رفع نماید توسط تمامی زنان شرکت‌کننده در طرح، فرم پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک بیماران (پرسش‌نامه شماره ۱)، پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان (پرسش‌نامه شماره ۲)، قبل از عمل جراحی در درمانگاه همان

مراکز آموزشی توسط بیماران تکمیل شد. در تمامی نمونه‌ها رضایت‌نامه آگاهانه، شماره تلفن و آدرس دقیق منزل جهت پیگیری‌های بعدی گرفته شد. عمل جراحی در تمام نمونه‌ها یکسان (برش، وسعت عمل ترمیم پرینه و واژن) و توسط یک جراح متخصص زنان زایمان و در یک بیمارستان انجام شد. بعد از ۶ ماه و ۱۸ ماه از عمل جراحی به نمونه‌ها اطلاع داده شد که جهت پیگیری به پزشک مربوطه مراجعه کنند. پرسش‌نامه شماره ۲ توسط بیماران تکمیل شد. و اطلاعات قبل با بعد از عمل سنجیده شد. برای سنجش عملکرد جنسی از پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان female sexual function index استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۹ سوال جهت بررسی افراد در ۶ حوزه میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده‌سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی، درد است. نمره‌دهی سؤالات بر اساس سیستم نمره‌دهی از صفر یا ۱ تا پنج است و با جمع نمرات سؤالات هر حوزه، در ضریب فاکتور همان حوزه، نمره آن حوزه به دست می‌آید. حوزه میل جنسی با دو سوال ۱ و ۲، تهییج با جمع سؤالات ۲ و ۴ و ۵ و ۶، لوبریکاسیون با جمع سؤالات ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰، ارگاسم با جمع سؤالات ۱۱ و ۱۲ و ۱۳، حوزه رضایت‌مندی با سؤالات ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و حوزه درد با سؤالات ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ پوشش داده می‌شود. برای حوزه‌های ۲ و ۳ و ۴ سؤالی به ترتیب از ضریب فاکتور ۰/۴، ۰/۳، استفاده خواهد شد. در نهایت نمره هر حوزه از جمع سؤالات آن حوزه ضربدر ضریب فاکتور آن به دست می‌آید. هر حوزه یک مینیمم (۱/۸ یا ۰-۱) و یک ماکزیمم ۶ دارد. در نهایت نمره کلی عملکرد جنسی از مجموع تمام حوزه‌ها به دست می‌آید و مقیاس بین ۲-۳۶ می‌باشد. این پرسش‌نامه در هر جمعیتی به زبان همان جمعیت ترجمه و روایی و پایایی می‌شود به طوری که در تحقیقات سوئدی و کره‌ای به همان زبان ترجمه و استفاده شده است. پرسش‌نامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و روایی آن توسط Rosen و همکارانش در سال ۲۰۰۰ طی تحقیقی انجام شد و همچنین تحقیقی که توسط محمدی در دانشگاه شاهد در ایران انجام شد، مورد تأیید قرار گرفت. ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۷۸ درصد و ۷۵ درصد، برای خرده‌آزمون‌ها با روش

سطوح ابتدایی و ۳۴/۳ درصد سطح تحصیلی همسرانشان در سطوح دبیرستانی بود. از طرفی بیشترین درصد زنان خانه دار ۹۶/۳ درصد و ۷۵ درصد همسران در گروه شغلی آزاد بودند. از نظر روش‌های زایمان‌های قبلی ۹۷/۵ درصد نمونه‌ها سابقه زایمان طبیعی و ۲۱/۳ درصد زایمان با فورسپس و واکيوم و بقیه بدون وسیله کمکی زایمان کرده بودند. مقایسه میانگین نمرات در طی ۶ ماه و ۱۸ ماه بعد از عمل نشان داد میانگین نمره میل جنسی، تهییج، ارگاسم، رضایت‌مندی بعد از عمل افزایش یافته بود ولی میانگین نمره لوبریکاسیون و درد حین مقاربت ۶ ماه بعد از عمل کاهش یافته بود. اما طی پیگیری ۱۸ ماه بعد از عمل افزایش قابل توجهی پیدا کرده بود که از لحاظ آماری نیز معنادار بود (جدول شماره ۱).

تصنیف بین ۶۳ درصد تا ۷۵ درصد و با روش بازآزمایی بین ۷۰ درصد تا ۸۱ درصد گزارش شد (۱۷ و ۱۸). داده‌ها بعد از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مربوطه تجزیه و تحلیل شد و از آمار توصیفی جهت فراوانی و توزیع متغیرها همچنین میانگین تمام ابعاد زیر شاخه‌های آن‌ها استفاده شد و با استفاده از آزمون‌های آماری تی تست - Repeated Measurs Test. مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان 34.02 ± 5.30 سال و مدت زمان ازدواج 15.64 ± 6.65 سال بود. ۴۵/۵ درصد سطح تحصیلات زنان در

جدول شماره ۱ - میانگین نمرات حوزه‌های عملکرد جنسی قبل و بعد از عمل

P value	۱۸ ماه بعد از عمل n=79	۶ ماه بعد از عمل n=79	قبل از عمل n= 79	میانگین و انحراف معیار در حوزه‌های عملکرد جنسی
$P < 0.001$	5.96 ± 0.42	4.76 ± 0.83	2.95 ± 0.84	میل جنسی
$P < 0.001$	5.29 ± 0.43	4.87 ± 0.65	2.87 ± 0.41	تهییج
$P < 0.001$	5.54 ± 0.51	5.60 ± 0.79	3.70 ± 1.18	ارگاسم
$P < 0.001$	5.11 ± 0.45	2.90 ± 0.62	5.22 ± 0.98	لوبریکاسیون
$P < 0.001$	5.66 ± 0.42	5.43 ± 0.67	4.47 ± 0.70	رضایت‌مندی
$P < 0.001$	5.33 ± 0.38	3.81 ± 0.83	4.96 ± 1.28	درد حین نزدیکی
$P < 0.001$	32.61 ± 1.32	26.92 ± 3.41	24.19 ± 3.09	نمره کلی عملکرد جنسی
$P < 0.001$	%	۳۷ (۴۶/۸)	۵۸ (۷۳/۴)	فراوانی اختلال عملکرد جنسی

افزایش یافته بود (۲۰). این نتایج با تحقیق Tae Yoon Jeong و آذر و همکاران همسو است. تمام این نتایج نشان می‌دهد که عمل جراحی کلیوپرینورافی در پیگیری ۶ ماهه و در پیگیری ۱۸ ماهه مطالعات ما باعث افزایش میل جنسی شده است (۲۱ و ۲۲).

میانگین نمره تهییج جنسی زنان از 2.87 ± 0.41 به 4.87 ± 0.65 و 5.29 ± 0.43 بعد از عمل افزایش یافت و این افزایش از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.001$). این در حالی است که در مطالعه ای آذر و همکاران در بیمارستان طالقانی شهر تبریز در سال ۲۰۰۷ بر

بحث و نتیجه گیری

میانگین نمره میل جنسی قبل از عمل 2.95 ± 0.84 به 4.76 ± 0.83 و 5.96 ± 0.42 بعد از عمل افزایش یافت و این افزایش از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$). در کارآزمایی بالینی که توسط Brandner و همکاران در شهر سوئد بر روی زنان مبتلا به افتادگی ارگان‌های لگنی انجام دادند، نتایج بعد از عمل بهبودی معنی‌داری در میل جنسی زنان نشان داد (۱۹). همچنین نتایج مطالعات کریمان و همکاران در تبریز پیگیری سه ماهه زنان بعد از عمل نشان دادند که میزان میل جنسی زنان از ۳۲ درصد به ۵۰ درصد بعد از عمل جراحی

erotic sensitive است. اگر این عضلات شل و دچار آتروفی شده باشد در ارگاسم زنان و احساس رضایت‌مندی آنان اختلال ایجاد می‌کند و با قوی کردن این عضلات و یا با برطرف کردن شلی می‌توان برانگیختگی بیشتری در زنان ایجاد کرد و به احتمال زیاد تجربه ارگاسم هم در زنان بیشتر شده و از این روابط لذت بیشتری احساس می‌کنند (۲۶). وجود Grafenberg spot در دو سوم قدامی واژن، در وسط فاصله pubic symphysis تا گردن رحم به نظر می‌رسد که این نقطه به شدت به فشار عمیق حساس باشد. تحریک این نقطه باعث تهییج جنسی و ارگاسم می‌شود (۲۷). به نظر می‌رسد عمل جراحی پرینورافی که باعث تنگ‌تر شدن واژن می‌شود و حساسیت این نقطه را افزایش داده و باعث افزایش اوج لذت جنسی در زنان می‌شود.

همچنین نمره لوبریکاسیون از $5/22 \pm 0/98$ به $2/90 \pm 0/62$ ، شش ماه بعد از عمل کاهش یافته بود ولی ۱۸ ماه بعد افزایش $5/11 \pm 0/46$ این کاهش از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/01$). در مطالعه Tulikangas و همکاران و Tae Yoong میزان خشکی واژن بعد از عمل جراحی افزایش یافته بود (۲۸ و ۲۱) با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. از دلایل آن را می‌توان اختلال آناتومی و نورو واسکولاری که با این عمل ایجاد می‌شود باعث اختلال در اعصاب، عروق و غدد و کاهش لغزندگی واژن می‌شوند و منجر به اختلال در این حیطه خواهد شود (۲۴). اما نتایج مطالعات Barber و همکاران، آذر و کریمان و همکاران نشان داد که لوبریکاسیون واژن بعد از عمل افزایش پیدا کرده است که با نتایج ۱۸ ماه بعد از عمل مطالعه ما مشابه بود (۲۲ و ۲۹ و ۲۰).

میانگین نمره درد حین مقاربت از $4/96 \pm 1/28$ به $3/81 \pm 0/83$ و $5/33 \pm 0/38$ رسیده بود. ۵۷ درصد زنان قبل از عمل هیچ دردی هنگام نزدیکی نداشتند، اما ۳ ماه بعد از عمل (۴۶/۸ درصد) گاهی اوقات درد هنگام نزدیکی را ذکر کردند. این از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/01$) به این معنا که درد حین مقاربت افزایش یافته بود. یکی از شایع‌ترین مشکلات جنسی بعد از جراحی کلیوپرینورافی دیسپارونی است.

روی ۶۷ زن با هدف تأثیر جراحی کلیورافی خلفی و قدامی بر عملکرد جنسی زنان انجام شد، بیماران قبل از عمل و ۱۲ هفته بعد از عمل با پرسش‌نامه عملکرد جنسی (FSFI) مورد بررسی قرار گرفتند. افزایش نمره تهییج جنسی بعد از مداخله دیده شد (۲۲). Yoong Jeong و همکاران طی مطالعه‌ای در کره با هدف تأثیر کلیوپرینورافی بر عملکرد جنسی زنان، بر روی ۱۱۹ زن مراجعه‌کننده به بخش ارولوژی انجام دادند. قبل و ۳ ماه بعد از عمل توسط پرسش‌نامه عملکرد جنسی (FSFI)، رضایت عملکرد جنسی بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت و افزایش چشمگیری در حوزه تهییج دیده شد (۲۱). ولی نتایج مطالعات Hyeon Chan و همکاران بر روی ۴۷ بیمار تفاوت آماری معنی‌دار قبل با بعد از عمل در حیطه تهییج نشان نداد (۲۳). این نتایج با مطالعه ما هم‌خوانی نداشت شاید دلیل این امر حجم کم نمونه‌ها در مطالعه Tae Yoong باشد.

میانگین نمره ارگاسم، از $3/70 \pm 1/18$ به $5/60 \pm 0/79$ و $5/45 \pm 0/51$ بعد از جراحی افزایش یافت و این افزایش از لحاظ آماری معنادار بود. میزان ارگاسم قبل از مداخله از ۴۵/۶ درصد به ۵۸/۲ درصد افزایش یافته بود. نتایج کریمان و همکاران حاکی از افزایش میزان لذت جنسی از ۲۵ درصد به ۵۳ درصد بعد از عمل بود (۲۰). Roovers و همکاران طی تحقیقات خود میزان رسیدن به اوج لذت جنسی قبل از عمل ۲۳ درصد و ۳ ماه بعد از عمل ۴۷ درصد نشان دادند (۲۴). همچنین نتایج مطالعات Kuhn و همکاران در سوئد بر روی زنان مبتلا به افتادگی ارگان‌های لگنی نشان داد که نمره عملکرد جنسی بعد از عمل بهبودی واضحی دیده شد اما ارگاسم تغییری نکرده بود (۲۵) در این مطالعه بیماران ۴ ماه بعد از عمل مورد بررسی قرار گرفته بودند به نظر می‌رسد این بررسی برای نتیجه‌گیری کلی کفایت نمی‌کند و نیاز به پیگیری طولانی‌تری باشد. همچنین مطالعات آینده‌نگر بیشتری بر روی افراد با فرهنگ مختلف با متغیرهای بیشتری، جهت ارزیابی تأثیر عمل جراحی بر عملکرد جنسی زنان مورد نیاز است. ضعف و کشیدگی عضلات پوبوکوکسیژئوس یک عامل مهم در پاسخ جنسی زنان است زیرا حس‌هایی که از عضلات اطراف واژن ناشی می‌شود، منبع مهمی برای لذت بردن و احساس رضایت از vaginal

نتایج مطالعات درصد دیسپارونی بعد از عمل را ۱۰-۳۶ درصد گزارش کرده‌اند (۳۰-۳۳).

کریمان و همکاران در مطالعه خود میزان دیسپارونی قبل از عمل از ۵۲ درصد به ۳۳ درصد بعد از عمل نشان داد، همچنین طی مطالعات Brandner و همکاران ۶ ماه بعد از عمل بهبودی واضحی در این حیطة دیده شد. این نتایج با ۶ ماه بعد از عمل مطالعه ما مشابه بود (۱۹ و ۲۰). در مطالعه Hyeon Chan و همکاران طی پیگیری سه ساله بیماران، میانگین درد حین مقاربت نسبت به قبل از عمل تفاوت معنادار نداشت (۲۳) که با نتایج ما متناقض بود. اولاً نوع مطالعه آنان یک مطالعه مورد-شاهدی آینده‌نگر بود. دوماً هدف مطالعه آن‌ها مقایسه دو روش جراحی مختلف بر عملکرد جنسی زنان مورد بررسی بود.

یافته‌های مربوط به آخرین حیطة عملکرد جنسی نشان می‌دهد که میانگین نمره رضایت جنسی از $4/47 \pm 0/70$ به $5/43 \pm 0/67$ و $5/66 \pm 0/42$ بعد از عمل جراحی رسید نتیجه آزمون معنی‌دار شد ($p < 0/01$). قبل از جراحی رضایت جنسی زنان از رضایت در حد متوسط (۵۷ درصد) به میزان $63/3$ درصد) خیلی راضی رسید. نتایج مطالعات Hyeon Chan و Tae Yoong Jeong و همکاران در کره با نتایج ما متناقض بود. این محققان پیشنهاد کردند برای این که ارتباط معنی‌دار باشد نمونه‌ها باید بیشتر باشند و در مجموع مطالعات بیشتری جهت تعیین عمل جراحی بر رضایت عملکرد جنسی نیاز می‌باشد (۲۱ و ۲۳). در مطالعه Brandner و همکاران در سوئد که بر روی ۶۸ بیمار انجام دادند، رضایت‌مندی جنسی بعد از عمل افزایش یافته بود ($p < 0/01$). نتایج مطالعه آذر و همکاران نیز با مطالعه ما هم‌خوانی داشت (۲۲ و ۱۹).

نمره کلی عملکرد جنسی از $24/19 \pm 3/09$ به $26/92 \pm 3/41$ و $32/61 \pm 1/32$ افزایش یافته بود و اختلاف آماری معنی‌داری بین قبل و بعد از عمل دیده شد ($p < 0/01$). در مطالعه آذر و همکاران رضایت عملکرد جنسی بیماران از $15/9 \pm 10/7$ به $21/9 \pm 11/1$ افزایش یافته بود ($p < 0/01$). که با نتایج ما همسو بود (۲۲). نتایج حاصل از مطالعات Brandner بر روی ۶۸ بیمار نشان داد که بهبودی معنی‌داری در میل جنسی ($p < 0/01$)، رضایت‌مندی ($p < 0/01$)، درد ($p < 0/01$) دیده شد اما در تهیج ($p = 0/0897$)، لوبریکاسیون ($p = 1$)، ارگاسم ($p = 0/0893$) مشاهده نگردید. ولی در کل عملکرد جنسی بعد از عمل بهبود یافته بود (۱۹). در مطالعه‌ای توسط Hyeon Chan در پیگیری ۳ ساله بیماران رضایت عملکرد جنسی نسبت به قبل از عمل تفاوت آماری معنی‌دار پیدا نشد (۲۳). در بررسی طی مدت ۶ و ۱۸ ماهه پس از جراحی کلیوپرینورافی عملکرد جنسی بهبود یافته بود. اما نیاز به مطالعات بیشتر و پیگیری‌های طولانی‌تر جهت نتیجه‌گیری کلی این عمل ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی ۹۲۵۷ مصوب در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی جهرم می‌باشد. از همکاری تمام بیماران عزیز که این مدت طولانی ما را یاری کردند و همچنین از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference

1. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31(5): 409-24.
2. Wilson H, Mandrel S. *Sexual Health: foundations for practice.* London: Baillie Tindal; 2000. p.13.
3. Salary Faded J. The development and validation of marital satisfaction questionnaire on a sample of students of Ferdowsi university. *Psychother Novelties.* 1999; 4(13,14): 84-108. [In Persian]
4. Jahanfar SH, Molaeezhad M. *Text book of sexual disorders.* 1th ed. Tehran: Salemi & bizhe publication; 2002. p.253. [In Persian]
5. Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(4): 765-770.
6. Oleary KD, Heyman RE, Junsegma AE. *The couples psychotherapy treatment planner.* Trans Kimiae S, Bagherian Z. 1st ed. Tehran: Roshd publication. 2005. p.262-362. [In Persian]
7. Morley JE, Kaiser FE. Female sexuality. *Med Clin North Am.* 2003; 87(5): 1077-90.
8. Anastasiadis AG, Davis AR, Salomon L, Burchardt M, Shabsign R. Hormonal factors in female sexual dysfunction. *Curr Opin Urol.* 2002; 12(6): 503-7.
9. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapsed in the United States, 1979–1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 108–15.
10. Shah AD, Kohli N, Rajan SS, Hoyte L. The age distribution, rates and types of surgery for pelvic organ prolapse in the USA. *Int Urogynecol J.* 2008; 19: 421–8.
11. Olsen A, Smith VJ, Bergstorm JO, Colling JC, Clark Al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997; 89(4): 501-506.
12. Barder M, Visco A, Wyman J. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(2): 281-89.
13. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Olsen A, Barber M. 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.
14. Porter WE, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karram MM. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181: 1353-8.
15. 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: 1610-5.
16. Lemack GH, Zimmern PE. Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence. *J sex med.* 2000; 56(2); 223-7.
17. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26: 191-208.
18. Mohammadi K, Haydari M, Faghihzadeh S. Validated Persian version of women's sexual functioning scale instruction. *Payesh J.* 2008; 7(2): 269-78. [In Persian]
19. Brandner S, Monga A, Mueller MD, Herrmann G, Kuhn A. Sexual function after rectocele repair. *J Sex Med.* 2011; 8: 583-8.
20. Kariman N, Tarverdi M, Azar M, Alavi Madjd H. Evaluating the effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women. *J Reprod Infertil.* 2005; 6(3): 254-60.
21. Jeong TY, Yang S A, Seo J T. The Effect of Posterior Colporrhaphy Performed Concurrently with Midurethral Sling Surgery on the Sexual Function of Women with Stress Urinary Incontinence. *Int Neurourol J.* 2010; 14: 178-81.
22. Azar M, Noohi S, Radfar Sh, Radfar MH. Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapsed. *Int Urogynecol J.* 2008 19: 53-57.
23. 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): 170-176.

24. Roovers J. Effect of Genital Prolapse Surgery On Sexuality. Available at: <http://www.vaginal prolapse and Sexual Function.com>.
25. Kuhn A, Brunnmayr G, Stadlmayr W. Male and Female Sexual Function After Surgical Repair of Female Organ Prolapse. *J Sex Med.* 2009; 6: 1324-34.
26. Goldstein I. Female sexual arousal disorder: new insights. *J Impot Res.* 2000; 12(4): 7-152.
27. Berek SJ. Berek and Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 247.
28. Tulikangas P. Function And Anatomic Follow up Of Entrocele Repaire. *Obstetrics & Gynecology.* 2001; 98(2): 68-265.
29. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(2): 281-89.
30. Amrute KV, Eisenberg ER, Rastinehad AR, Kushner L, Badlani GH. Analysis of outcomes of single polypropylene mesh in total pelvic floor reconstruction. *Neurourol Urodyn.* 2007; 26: 53.
31. De Tayrac R, Deffieux X, Gervaise A, Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. Long-term anatomical and functional assessment of trans-vaginal cystocele repair using a tension-free polypropylene mesh. *Int Urogynecol J.* 2006;17:483-488.
32. Yan A, Anne M, Karine A, Vanessa F, Christophe P, Anne T. Cystocele repair by a synthetic vaginal mesh secured anteriorly through the obturator foramen. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 115: 90-94.
33. Deffieux X, De Tayrac R, Huel C, Bottero J, Gervaise A, Bonnet K. Vaginal mesh erosion after transvaginal repair of cystocele using Gynemesh or Gynemesh-Soft. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 32: 302-231.

The effect of colpoperineorrhaphy on the sexual function of the women in reproductive age

Rasekh Jahromi A¹, Jamali S², Zarei F³

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

2. Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

3. BSc, Department of Psychology, Department of Education Grash, Grash, Iran.

Abstract

Background & Aim: Sexual function and its subsequent satisfaction are among the most important aspects of women's life, several factors contribute to the women's lack of sexual satisfaction. One of these factors is vaginal muscle relaxation. Due to the couples' dissatisfaction and the prevalence of elective colpoperineorrhaphy, the present study aimed to evaluate the sexual function before, 6 and 18 months after colpoperineorrhaphy.

Material & Methods: The present study was a quasi-experimental study which was conducted on 76 women with perineal and vaginal muscle relaxation. After obtaining written informed consents, all the study subjects were required to complete the demographic and Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaires before, 6 and 18 months after colpoperineorrhaphy. The reliability of the instrument with Cronbach's alpha of 0.7 is accepted. The data were analyzed by SPSS16 software, using paired t-test, repeated measures Test.

Results: The mean age of the participants was $34/371 \pm 5/102$ years. The mean score of FSFI increased from 24.19 ± 3.09 before operation to 26.92 ± 3.41 and 32.61 ± 1.32 , 6 and 18 months after operation respectively ($p < 0/001$). Moreover, the scores of desire, arousal, orgasm, lubrication and satisfaction had significantly increased ($P < 0.001$). But the increase Dyspareunia and decrease lubrication were seen 6 months after surgery, but 18 months later was improved ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of the present study showed that sexual function had improved 6 and 18 months after colpoperineorrhaphy. This indicates that colpoperineorrhaphy has a positive effect on the women's sexual function.

Key Words: Sexual function, Colpoperineorrhaphy, Women, Reproductive age

