

بررسی تأثیر جراحی کولپورافی بر رضایت و عملکرد جنسی زنان

فرزانه جعفرنژاد^۱، بی بی حلیمه کاظمینی^{۲*}، سید رضا مظلوم^۳، زهرا امامی مقدم^۴، آرش سفیدگران^۵

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۲۵

خلاصه

مقدمه: از جمله عواملی که باعث اختلال در عملکرد جنسی می شود، پرولاپس ارگان های لگنی و بی اختیاری ادراری است. عمل جراحی کولپورافی قدامی و خلفی از روش های درمانی اصلاح این مشکلات است. با توجه به افزایش متقاضیان این عمل، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر جراحی کولپورافی بر رضایت و عملکرد جنسی زنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه هم گروهی و گذشته نگر، در سال های ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۱۰۰ زن داوطلب عمل جراحی کولپورافی مراجعه کننده به بیمارستان های دولتی مشهد انجام شد. افراد به دو گروه مساوری تقسیم شدند. گروه یک، داوطلب انجام عمل کولپورافی بودند و گروه دو، عمل کولپورافی را حداقل در ۶ ماه گذشته انجام داده بودند. از دو گروه خواسته شد تا فرم های مشخصات فردی، مقیاس خشنودی زناشویی، عملکرد جنسی، رضایت جنسی و فرم سنجش افسردگی، استرس و اضطراب را تکمیل کنند. نوع عمل جراحی برای تمام واحدهای پژوهش یکسان بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۸) استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین رضایت جنسی زنان و عمل کولپورافی، ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/033$)؛ به گونه ای که رضایت جنسی بعد از عمل، ۱۸ درصد کاهش یافت. ۱۶ نفر (۳۲٪) از زنان بعد از عمل کولپورافی از نزدیکی دردناک و ۲۵ نفر (۵۰٪) از تنگی واژن شکایت داشتند، با این حال عملکرد جنسی زنان بعد از عمل تغییری نداشت ($p=0/189$) و نمره عملکرد جنسی در ابعاد میل ($p=0/578$)، برانگیختگی ($p=0/470$) و ارضاء ($p=0/408$) تفاوت معنی داری با قبل از عمل نداشت. بی اختیاری استرسی ادرار بعد از کولپورافی کاهش یافت ($p=0/000$).

نتیجه گیری: اگرچه کولپورافی باعث بهبود بی اختیاری استرسی در زنان می شود ولی رضایت جنسی را کاهش می دهد و بر عملکرد جنسی نیز تأثیری ندارد. لذا بهتر است که عمل کولپورافی فقط برای اهداف درمانی و در مواردی که علائم شدید، غیر قابل تحمل و بی اختیاری استرسی ادرار وجود دارد، استفاده شود.

کلمات کلیدی: رضایت جنسی، عملکرد جنسی، کولپورافی

* نویسنده مسئول مکاتبات: بی بی حلیمه کاظمینی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۲؛ پست الکترونیک: sang.neshan@gmail.com

مقدمه

در سرتاسر دنیا، نهادی با عنوان خانواده مقدس شمرده می‌شود. به همین دلیل، مشکلاتی که بر سر راه پایداری و دوام خانواده‌ها شناسایی می‌شوند، همیشه مورد توجه و حساسیت صاحب نظران و کارشناسان سلامت بوده است (۱). یکی از بزرگترین مسائلی که بیش از هر چیز دیگر، زندگی فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تمایلات جنسی است و ارضاء آن در تکوین شخصیت انسانی، نقشی مسلم داشته و ارتباط جنسی، به عنوان یکی از ارکان مهم یک خانواده موفق، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲). شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی انسان، یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی و به ویژه بهداشت روان می‌باشد (۳).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت در رابطه با سلامت جنسی؛ بهداشت جنسی عبارت است از یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم، که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق شود. لذا هر گونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت جنسی شود، می‌تواند منجر به اختلال جنسی شود (۴).

عملکرد جنسی در زنان تحت تأثیر عوامل جسمی، روحی، پزشکی، میان فردی و اجتماعی قرار دارد (۵). بر اساس آمار جهانی، میزان شیوع اختلالات جنسی طبیعی حدود ۴۱٪ می‌باشد (۲). در بررسی‌های جدید مشخص شده است که ۶۰٪ افراد جامعه از داشتن رابطه جنسی با همسران خود ناراضی اند و ۷۸ درصد متقاضیان طلاق در کشور به دلیل مشکلات جنسی طلاق می‌گیرند (۶).

از جمله عواملی که باعث اختلال در عملکرد جنسی می‌شود، می‌توان به پرولاپس ارگان‌های لگنی و بی‌اختیاری ادراری اشاره کرد (۷). بر اساس نتایج مطالعات، حدود ۵۰٪ زنان پس از زایمان، به درجاتی از پرولاپس مبتلا می‌شوند اما فقط ۲۰-۱۰ درصد آن‌ها، علامت آشکار دارند که شیوع آن با افزایش سن زیاد می‌شود؛ به گونه‌ای که ۴۶٪ زنان بالای ۶۰ سال، پرولاپس لگنی علامت دار دارند (۸).

در ایالت متحده آمریکا، حدود ۱۳ میلیون نفر به بی‌اختیاری ادراری مبتلا هستند و در زنان شایع‌تر از مردان است (۹). رئیس انجمن بی‌اختیاری ایران در گزارشی در سال ۱۳۸۶ اعلام کرد که ۸۰ تا ۸۵ درصد زنان در کشور، به نوعی به بی‌اختیاری خفیف تا شدید ادراری مبتلا هستند (۱۰).

در مطالعه برمن (۲۰۰۹)، در ۴۶٪ زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری، علامت‌های ادراری بر روی فعالیت جنسی تأثیرگذار بود و این تأثیر، بیشتر به صورت نزدیکی دردناک ظاهر شده بود (۱۱). اگرچه میزان فعالیت جنسی با افزایش سن کاهش می‌یابد، ولی در مطالعه برمن، فعالیت جنسی در ۴۷٪ زنان ۶۶ تا ۷۱ ساله و در ۱/۳٪ زنان بیش از ۷۸ سال، تداوم یافت (۱۱). در مطالعه برگلند و همکاران (۱۹۹۶)، نشت ادرار در حین مقاربت، به عنوان یک عامل مستقیم در اختلال جنسی معرفی شد و اظهار داشتند که ترس از نشت ادرار، منجر به پریشانی و خجالت فرد می‌شود (۱۲) و به نظر می‌رسد که این مشکل در زنان جوان‌تر نسبت به افراد مسن شایع‌تر باشد (۱۳).

اگر چه پرولاپس ارگان‌های لگنی و شلی عضلات کف لگن به عنوان عامل مؤثر در رضایتمندی جنسی شناخته شده است و ۱/۲ افراد مبتلا به پرولاپس ارگان‌های لگنی، از اختلال عملکرد جنسی و عدم رضایتمندی جنسی رنج می‌برند (۱۴). ولی در مطالعه وبر و همکاران (۲۰۰۰)، بین رضایت مندی و عملکرد جنسی با پرولاپس کف لگن ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۱۵). برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند که پرولاپس پیشرفته، تأثیر منفی بر عملکرد جنسی دارد (۱۶).

استفاده از تامپون‌ها، ورزش‌های ماهیچه‌های لگن (کجل) و شیاف مهبل یا رحم بند (پساری) می‌توانند در اصلاح پرولاپس و بی‌اختیاری مؤثر باشند (۹، ۱۷، ۱۸). در مطالعات اخیر، درمان دارویی جهت درمان بی‌اختیاری ادراری، بی‌تأثیر گزارش شد؛ با این حال، استروژن در درمان آتروفی ولو واژینال و خشکی واژن، مؤثر گزارش شد (۵). زمانی که دیگر روش‌های درمانی غیر مؤثر باشند، از روش جراحی برای درمان این مشکلات استفاده می‌شود (۹).

روش های جراحی گوناگونی برای درمان پرولاپس و بی اختیاری وجود دارد که انتخاب نوع جراحی با توجه به نوع و شدت بی اختیاری و درجه پرولاپس متفاوت است (۹)، از جمله این روش ها می توان به کولپورافی قدامی و خلفی اشاره کرد (۱۹).

به دلیل اینکه در روش جراحی، میزان درمان علائم پرولاپس های لگنی ۸۵٪ و احتمال شکست ۱۵٪ گزارش شده است، افرادی که خواستار درمان قطعی هستند، جراحی را انتخاب می کنند. مرکز ملی بهداشت آمریکا، ۴۰۰ هزار عمل کولپورافی را در سال گزارش کرده است (۲۰).

از آنجایی که بسیاری از مطالعات اخیر این نکته را تأیید کرده اند که ترمیم بخش خلفی، بیشترین تأثیر منفی را بر روی عملکرد جنسی داشته و بعد از عمل، واژن بسیاری از زنان باریک شده، به گونه ای که باعث جلوگیری از مقاربت شده و عدم نزدیکی و نزدیکی دردناک (دیسپارونی) بعد از جراحی پرولاپس رایج بوده و در بیش از ۵۰٪ زنان بعد از جراحی، نزدیکی متوقف شده است، ضرورت انجام معمول کولپورافی خلفی را زیر سؤال می برد (۱۱). برخی مطالعات نیز به طور کلی بیان کرده اند که عملکرد جنسی بعد از جراحی بی اختیاری استرسی، بهبود می یابد (۵).

با توجه به مطالب مذکور و نتایج متناقض مطالعات قبلی و همچنین عدم توجه مطالعات انجام شده به شرایط فرهنگی جوامع مورد مطالعه (۸، ۱۱) و از طرفی متقاضیان فراوان عمل کولپورافی در ایران جهت بهتر شدن عملکرد جنسی و هزینه هایی که به جامعه و فرد تحمیل می شود و همچنین با توجه به عوارض اینگونه عمل ها، امکان عدم موفقیت و برگشت علائم و عود مجدد اختلالات (۲۱، ۲۲)، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر جراحی کولپورافی بر رضایت و عملکرد جنسی زنان انجام شد.

روش کار

این مطالعه هم گروهی گذشته نگر در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۱۰۰ زن داوطلب عمل جراحی کولپورافی مراجعه کننده به بیمارستان های ام البنین (س)، امام

رضا (ع) و قائم (عج) مشهد انجام شد. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه راهنما و فرمول تعیین حجم نمونه استفاده شد. افراد در دو گروه ۵۰ نفره قرار گرفتند؛ گروه یک، افرادی بودند که داوطلب انجام عمل کولپورافی جهت بهبود عملکرد و رضایت جنسی خود بودند و گروه دو، افرادی بودند که عمل کولپورافی را حداقل در ۶ ماه گذشته انجام داده بودند. دو گروه توسط معیارهای ورود و خروج مطالعه همسان سازی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت جهت شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، ملیت ایرانی، ازدواج اول و اینکه تنها همسر شوهر خود باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: مطلقه بودن، یائسه بودن، نازا بودن و یا سابقه داشتن آن، آخرین زایمان مربوط به ۱۲ ماه پیش، قرار داشتن در دوران شیردهی، داشتن ضایعه در ناحیه تناسلی، داشتن سابقه بیماری های داخلی^۱ و یا جراحی^۲ هایی که بر عملکرد جنسی مؤثرند (در هر یک از زوجین)، ابتلاء به پرولاپس لگنی با درجه ۴، مصرف داروی مؤثر بر فعالیت جنسی (در هر یک از زوجین)^۳، داشتن سابقه مشکل جنسی که بر روابط جنسی کنونی اش مؤثر بوده^۴، سابقه تجاوز جنسی، سابقه خیانت از جانب همسر، معتاد و الکلی بودن (در هر یک از زوجین)، تجربه رویداد استرس زای شدید (در هر یک از زوجین طی ۶ ماه گذشته)، شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع و مصرف داروی واژینال طی ۴ هفته اخیر بود.

نمونه گیری به صورت طبقه ای - آسان انجام شد. روش کار بدین صورت بود که پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، برای گروه قبل از عمل، به بیمارستان محل انجام عمل جراحی واحد پژوهش و برای گروه بعد از عمل، به منزل

^۱ بیماری های مزمن ریه، فشار خون، قلب، کلیه، کبد، سندرم تخمدان پلی کیستیک، آندومتریوز، اختلالات تیروئید، دیابت و سرطان ها و عفونت ها (در ۶ ماه گذشته) و بیماری های روانی

^۲ جراحی های لگنی که چسبندگی های داخلی می دهند، جراحی پستان، هیسترکتومی

^۳ داروهای مخدر، روان درمانی و ضد افسردگی، اشعه درمانی و شیمی درمانی و داروهای بهبود دهنده عملکرد جنسی

^۴ انزال زودرس، ناتوانی جنسی، واژینیسموس

صفر و در صورتی که در اکثر مواقع در مورد فرد صدق کند، حداکثر نمره یعنی ۳ به آن گزینه تعلق می‌گیرد و در مواردی که گاهی اوقات یا زمان‌های نسبتاً زیادی در مورد فرد صدق کند، به ترتیب نمره ۱ یا ۲ تعلق خواهد گرفت. فرم مقیاس خشنودی زناشویی شامل ۱۱ سؤال با نمره دهی ۱ تا ۱۰ می‌باشد. نمره ۱ به معنای کاملاً ناخشنود و نمره ۱۰ به معنای کاملاً خشنود می‌باشد.

جهت روایی فرم‌های مصاحبه، عملکرد و رضایت جنسی از روش اعتبار محتوایی استفاده شد. به این ترتیب که پس از مطالعه دقیق کتب و نشریات علمی در زمینه زنان و مامایی و پرستاری، پرسشنامه تنظیم شد و سپس فرم‌های مربوطه تحت نظر اساتید و متخصصین فن بررسی و پس از لحاظ نمودن نظرات اصلاحی آنها، روایی فرم‌ها تأیید شد. پایایی فرم‌های عملکرد و رضایت جنسی نیز به روش آلفا کرونباخ تأیید شد. اعتبار علمی مقیاس سنجش همزمان استرس، اضطراب و افسردگی توسط صاحبی (۱۳۷۶) تأیید شد (۲۵) و پایایی این فرم توسط صاحبی در مشهد با $r=0/90$ مورد تأیید قرار گرفت. روایی مقیاس خشنودی زناشویی اصلاح شده آزرین ناتاج اچ^۴، توسط آزرین، ناستر و جنز (۱۹۷۳) طراحی و توسط برنشتاین ویلسن و همکاران (۱۹۸۵) اصلاح شد. در ایران نیز توسط سهرابی و بیرشک مورد تأیید قرار گرفت (۲۶). همچنین در مشهد توسط احمدی و حیدری جهت سنجش خشنودی زناشویی مورد استفاده قرار گرفت (۲۷، ۲۸) و پایایی آن توسط حیدری (۲۸) در دانشکده پرستاری و مامایی مشهد (۱۳۸۰) به روش پایایی هم‌ارز با $r=0/71$ و در سطح $p>0/001$ معنادار بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. جهت توصیف واحدهای پژوهش از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی، جهت مقایسه متغیرهای وابسته دو گروه از نظر آزمون تی مستقل و جهت مقایسه دو گروه از نظر سایر متغیرهای مورد نظر از آزمون تی زوجی، من ویتنی و کای اسکور استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده، ضریب اطمینان ۹۵٪ مد نظر بود. این مطالعه به تأیید

واحد پژوهش مراجعه می‌کرد. پژوهشگر پس از بیان اهمیت اهداف و کاربرد نتایج پژوهش برای واحدهای پژوهش و کسب رضایت نامه از آنها جهت شرکت در مطالعه، با استفاده از فرم شماره ۱ (انتخاب واحد پژوهش)، واجد شرایط بودن آنها برای شرکت در مطالعه را بررسی می‌کرد. سپس از واحد پژوهش خواسته می‌شد که فرم شماره ۲ (مشخصات فردی) و ابزارهای مقیاس خشنودی زناشویی، عملکرد جنسی (PISQ-31)^۱ و رضایت جنسی (ISS)^۲ را تکمیل کند. نوع عمل جراحی (کولپورافی قدامی - خلفی) در تمام واحدهای پژوهش، یکسان بود.

به منظور افزایش کیفیت نتایج پژوهش، برای رضایت جنسی از پرسشنامه معتبر ایندکس رضایت جنسی (ISS) و برای عملکرد جنسی از پرسشنامه معتبر عملکرد جنسی در بی اختیاری ادراری و پرولاپس رحم، (PISQ-long یا PISQ-31) استفاده شد.

PISQ-long شامل ۳۱ سؤال جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار و پرولاپس ارگان‌های لگنی طی ۶ ماه گذشته می‌باشد و عملکرد جنسی را در ۳ قالب رفتاری - عاطفی، فیزیکی و ارتباط با همسر می‌سنجد (۲۳). ISS شامل ۲۵ سؤال می‌باشد که رضایت فرد را از روابط جنسی اش می‌سنجد (۲۴). در این مطالعه، عملکرد جنسی و رضایت جنسی به سه درجه: نمره عملکرد جنسی ضعیف (۱-۱۳۶) - (۳۷)، نمره عملکرد جنسی متوسط (۱۶۱/۸۷-۱۳۶/۰۱) و نمره عملکرد جنسی خوب (۱۶۱/۸۸-۱۸۶) و نمره رضایت جنسی ضعیف (۳۸ تا -۵۰)، نمره رضایت جنسی متوسط (۳۸/۱-۷۹) و نمره رضایت جنسی خوب (۱۰۰-۷۹/۱) تقسیم شدند.

فرم سنجش همزمان استرس، افسردگی و اضطراب (DASS-21)^۳ شامل ۲۱ گزینه می‌باشد که ۷ گزینه جهت سنجش استرس، ۷ گزینه جهت سنجش افسردگی و ۷ گزینه جهت سنجش اضطراب می‌باشد. به هر گزینه، نمره ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. در صورتی که گزینه مورد نظر برای فرد صدق نکند، امتیاز

¹ Pelvic Organ Prolapse /Urinary Incontinence Sexuale

² Index of Sexual Satisfaction

³ Depression, Anxiety Stress Scale-21

⁴Azarinnataj h

کمیته اخلاق و حراست دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

دو گروه مورد مطالعه از نظر سن، سن ازدواج، سطح تحصیلات، تعداد بارداری، نوع زایمان، میزان درآمد، انجام اپی زیاتومی، تصویر ذهنی مثبت از خود، تصویر ذهنی مثبت از همسر، تصویر ذهنی مثبت همسر از زن،

نوع روش پیشگیری از بارداری و وضعیت اجتماعی و اقتصادی اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱). ۷۱ نفر (۷۱٪) از واحدهای پژوهش اپی زیاتومی شده بودند. میانگین فاصله زمانی از زمان انجام عمل جراحی تا زمان تکمیل کردن پرسشنامه، $2/9 \pm 3/4$ سال و میانگین شروع نزدیکی بعد از زمان انجام عمل جراحی، $1/6 \pm 0/6$ ماه بود. تعداد بارداری ها در دو گروه کمتر از ۴ بود (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین مشخصات فردی واحدهای پژوهش در دو گروه

ویژگی	قبل از عمل	بعد از عمل	سطح معنی داری*
سن واحد پژوهش	$37/06 \pm 6/28$	$37/82 \pm 5/78$	۰/۵۳۱
تعداد بارداری	$3/74 \pm 1/62$	$3/40 \pm 1/29$	۰/۲۵۰
زایمان طبیعی	$3/14 \pm 1/49$	$2/72 \pm 1/30$	۰/۱۰۶
شاخص توده بدنی	$26/69 \pm 5/32$	$27/37 \pm 4/04$	۰/۴۶۹

* آزمون تی

جدول ۲- مقایسه فراوانی عفونت در یک ماه گذشته، بی اختیاری استرسی ادرار، امنیت در اتاق خواب، ترس از عارضه هنگام نزدیکی در واحدهای پژوهش در دو گروه

متغیر	گروه	قبل از عمل تعداد (درصد)	بعد از عمل تعداد (درصد)	سطح معنی داری*
عفونت در یک ماه گذشته	۲۳ (۴۶/۰)	۷ (۱۴/۰)	۰/۰۰۰	
بی اختیاری استرسی ادرار	۳۳ (۶۶/۰)	۱۰ (۲۰/۰)	۰/۰۰۰	
امنیت در اتاق خواب	۴۰ (۹۲/۰)	۲۶ (۵۲/۰)	۰/۰۱۳	
ترس از عارضه هنگام نزدیکی	۴ (۸/۰)	۱۳ (۲۶/۰)	۰/۰۲۵	

* آزمون کای اسکوئر

میزان عفونت در یک ماه گذشته در گروه قبل از عمل در ۲۳ نفر (۴۶٪) و در گروه بعد از عمل در ۷ نفر (۱۴٪) مشاهده شد که در گروه بعد از عمل با کاهش ۳۲ درصدی همراه بود. عوامل مداخله گر افسردگی، اضطراب، استرس و رضایت زناشویی در دو گروه تفاوتی نداشتند (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین نمره افسردگی، اضطراب، استرس و رضایت زناشویی زنان متقاضی عمل جراحی کولپورافی در بیمارستان های دولتی شهر مشهد در دو گروه قبل و بعد از عمل جراحی

گروه	قبل از عمل معیار \pm میانگین انحراف	بعد از عمل معیار \pm میانگین انحراف	کل معیار \pm میانگین انحراف	سطح معنی داری*
افسردگی	$5/2 \pm 3/8$	$6/1 \pm 4/6$	$7/5 \pm 4/1$	۰/۲۷۵
اضطراب	$4/1 \pm 3/9$	$4/9 \pm 3/5$	$2/1 \pm 1/3$	۰/۳۱۳
استرس	$6/4 \pm 3/8$	$7 \pm 4/9$	$6/7 \pm 4/4$	۰/۴۵۶
مقیاس خرسندی زناشویی	$85/7 \pm 12/9$	$81/8 \pm 19/7$	$83/7 \pm 16/6$	۰/۲۴۲

* آزمون تی

نمره عملکرد جنسی خوب (۱۸۶-۱۶۱/۸۸)؛ نمره رضایت جنسی ضعیف (۳۸ تا ۵۰-). نمره رضایت جنسی متوسط (۷۹-۳۸/۱) و نمره رضایت جنسی خوب (۱۰۰-۷۹/۱). بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، عملکرد ضعیف جنسی بعد از عمل کولپورافی، ۱۲ درصد افزایش یافت در حالی که عملکرد متوسط جنسی زنان بعد از عمل، ۱۴ درصد کاهش یافت. با این حال بین درجه عملکرد جنسی زنان و عمل جراحی کولپورافی ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p=0/189$). اما بین میزان رضایت جنسی زنان و عمل جراحی کولپورافی ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/033$). قبل از عمل، ۴ نفر (۸٪) از زنان، رضایت جنسی ضعیف داشتند که بعد از عمل به ۱۳ نفر (۲۶٪) رسید که ۹ نفر (۱۸٪) افزایش داشت. رضایت جنسی متوسط نیز کاهش یافت (جدول ۴). در بررسی میانگین نمره عملکرد و رضایت جنسی بدون توجه به درجه بندی، میانگین نمره بعد از عمل نسبت به قبل از عمل کمتر بود (جدول ۵). همچنین نمره عملکرد جنسی بعد از عمل در ابعاد میل ($p=0/578$)، برانگیختگی ($p=0/470$) و ارگاسم ($p=0/408$) تفاوت معنی داری با قبل از عمل نداشت.

بر اساس نتایج مطالعه، ۳۶ نفر (۷۲٪) از افراد فقط برای افزایش رضایت جنسی، ۴۲ نفر (۸۴٪) به دلیل مشکلات ناشی از پرولاپس لگنی و ۲۲ نفر (۴۴٪) به هر ۲ دلیل، متقاضی عمل کولپورافی بودند. به طور کلی ۳۴ نفر (۶۸٪) از زنان بعد از عمل، راضی بودند و ۱۶ نفر (۳۲٪) اظهار نارضایتی می کردند. بر اساس نتایج به دست آمده طی یک سؤال باز از واحدهای پژوهش که چه مشکلاتی بعد از عمل برای آنها به وجود آمده است، ۲۵ نفر (۵۰٪) از افراد از تنگی بعد از عمل شکایت داشتند و ۳ نفر (۶٪) تنگی شدید را ذکر کردند. ۱۶ نفر (۳۲٪) از نزدیکی دردناک شکایت داشتند و ۳ نفر (۱۲٪) اظهار داشتند که شرایط بعد از عمل آن ها تفاوتی با شرایط قبل از عملشان ندارد. درد زمان نزدیکی نیز بعد از عمل ۲۴ درصد افزایش یافت ($p=0/020$). همچنین ۱۲ نفر (۲۴٪) از زنان از خشکی زیاد بعد از عمل، ۸ نفر (۱۶٪) از خشکی متوسط و ۳ نفر (۶٪) از خشکی شدید شکایت داشتند که نسبت به قبل از عمل افزایش داشت ($p=0/038$). در این مطالعه، عملکرد جنسی و رضایت جنسی به سه درجه تقسیم شدند: نمره عملکرد جنسی ضعیف (۱۳۶-۳۷)، نمره عملکرد جنسی متوسط (۱۶۱/۸۷-۱۳۶/۰۱) و

جدول ۴- توزیع فراوانی رضایت و عملکرد جنسی بر حسب درجات در دو گروه قبل و بعد از عمل

گروه	عملکرد جنسی			رضایت جنسی		
	قبل از عمل تعداد (درصد)	بعد از عمل تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)	قبل از عمل تعداد (درصد)	بعد از عمل تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)
ضعیف	۴ (۸/۰)	۱۰ (۲۰/۰)	۱۴ (۱۴/۰)	۴ (۸/۰)	۱۳ (۲۶/۰)	۱۷ (۱۷/۰)
متوسط	۳۹ (۷۸/۰)	۳۲ (۶۴/۰)	۷۱ (۷۱/۰)	۳۹ (۷۸/۰)	۲۸ (۵۶/۰)	۶۷ (۶۷/۰)
خوب	۷ (۱۴/۰)	۸ (۱۶/۰)	۱۵ (۱۵/۰)	۷ (۱۴/۰)	۹ (۱۸/۰)	۱۶ (۱۶/۰)
کل	۵۰ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)	۵۰ (۱۰۰/۰)
	$p=0/189$			$p=0/033$		

*آزمون کای اسکوئر

جدول ۵- میانگین نمره عملکرد جنسی، رضایت جنسی زنان متقاضی عمل جراحی کولپورافی در بیمارستان های دولتی شهر مشهد در دو گروه قبل و بعد از عمل جراحی

گروه	متغیر			سطح معنی داری*
	قبل از عمل انحراف معیار ± میانگین	بعد از عمل انحراف معیار ± میانگین	کل انحراف معیار ± میانگین	
عملکرد جنسی	۱۵۰/۵±۱۲/۳	۱۴۷/۴±۱۳/۵	۱۴۸/۹±۱۲/۹	۰/۷۸۵
رضایت جنسی	۶۱±۱۸/۶	۵۶/۳±۲۲/۱	۵۸/۶±۲۱/۵	۰/۲۵۰

*آزمون تی زوجی

بحث

از جمله عواملی که باعث اختلال در عملکرد جنسی می شوند می توان به پرولاپس ارگان های لگنی و بی اختیاری ادراری اشاره کرد (۷).

در مطالعه حاضر، زنان به طور میانگین در فاصله ۳ سال بعد از عمل، پرسشنامه های مورد نظر را تکمیل کردند و بر اساس نتایج به دست آمده، رضایت جنسی بعد از عمل بدتر شد ($p=0/033$) و عملکرد جنسی زنان بعد از عمل تغییری نکرد ($p=0/189$) که با نتایج مطالعه وبر و همکاران (۲۰۰۰) در اوهایو و راشل و همکاران (۲۰۰۷) در آمریکا همخوانی داشت (۱۵، ۲۹). در مطالعه وبر و همکاران، قبل از عمل جراحی، ۸۰ درصد زنان و بعد از عمل، ۸۹ درصد زنان از روابط جنسی شان راضی بودند و متوسط دفعات اینترکورس، تغییری نکرد ولی در مجموع، رضایت از عملکرد جنسی و یا تغییر در عملکرد جنسی، تفاوت چندانی با قبل از عمل نداشت (۱۵). در مطالعه حاضر، متوسط دفعات نزدیکی تغییری نکرد ولی قبل از عمل، ۸ درصد زنان عملکرد جنسی ضعیف داشتند که در گروه بعد از عمل، عملکرد جنسی ضعیف ۱۸ درصد افزایش یافت و به ۲۶ درصد رسید.

متوسط نمره کل عملکرد جنسی زنان در قبل از عمل از $12/3 \pm 15/5$ به $13/5 \pm 14/4$ کاهش یافت که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. مطالعه راشل و همکاران (۲۰۰۷) در آمریکا نیز نشان داد که عملکرد جنسی بعد از عمل، تغییری نمی کند (۲۹). در حالی که مطالعه هل استرام و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که به طور کلی، فعالیت جنسی بعد از عمل بدتر می شود و تعداد دفعات نزدیکی نیز مختصری کاهش می یابد (۳۰). ولی بروبیکر و همکاران (۲۰۰۹) در آمریکا به این نتیجه رسیدند که در مجموع عملکرد جنسی بعد از جراحی موفق، بهبود پیدا می کند (۳۱). بر اساس نتایج مطالعه مهیار آذر و همکاران (۲۰۰۸) در ایران نیز طی پیگیری ۳ ماهه، نمره عملکرد جنسی زنان بر اساس پرسشنامه ایندکس عملکرد جنسی زنان از $10/7 \pm 15/9$ به $11/1 \pm 21/9$ افزایش یافت (۸).

در مطالعه حاضر، قبل از عمل جراحی، ۶۶ درصد زنان به بی اختیاری ادراری مبتلا بودند که این تعداد بعد از

عمل به ۲۰ درصد کاهش یافت. در مطالعه هل استرام، بی اختیاری استرسی ادرار در زنان، ۱۴ درصد گزارش شد و در مطالعه بروبیکر، بی اختیاری استرسی ادراری در حد جزئی بعد از عمل گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه خوشیده و همکار (۲۰۰۴) در زاهدان، میزان موفقیت عمل کولپورافی در درمان بی اختیاری ادرار در زنانی که تعداد بارداری آنها کمتر از ۴ بود، بالاتر از آمارهای گزارش شده در مطالعاتی بود که تعداد بارداری را در نظر نگرفته بودند (۳۲). در مطالعه حاضر متوسط تعداد بارداری، $1/48 \pm 3/56$ بود و بی اختیاری ادراری بعد از عمل به طور معنی داری کاهش یافت که با نتایج مطالعه خوشیده و همکار همخوانی داشت. در مطالعه بروبیکر و همکاران (۲۰۰۹)، محدودیت عملکرد جنسی به دلیل ترس از بی اختیاری ادرار و امتناع از نزدیکی به دلیل آماس واژینال بود (۳۱). در مطالعه راشل و همکاران (۲۰۰۷) نیز بیشترین مانع برای عملکرد جنسی قبل از عمل، ورم واژینال^۱ بیان شد؛ با این حال با وجود اینکه عملکرد و آناتومی واژینال در نهایت بهبود یافت، ولی عملکرد جنسی تغییری نکرد (۲۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه حاضر، ترس از بی اختیاری ادرار، ۱۰ درصد و امتناع از اینترکورس به دلیل آماس واژینال بعد از عمل ۳۸ درصد کاهش داشت، عملکرد جنسی تغییری نکرد و رضایت جنسی نیز بدتر شد.

در مطالعه وبر و همکاران (۲۰۰۰)، درد زمان اینترکورس، قبل از عمل توسط ۸ درصد زنان و بعد از عمل جراحی توسط ۱۹ درصد زنان گزارش شد (۱۵). در مطالعه هل استرام نیز ۱۳ درصد زنان، درد زمان نزدیکی را تجربه کردند (۳۰). در مطالعه حاضر نیز ۳۲ درصد زنان از درد زمان نزدیکی شکایت داشتند. در این مطالعه میزان عفونت های رحمی بعد از عمل نسبت به قبل از عمل، در طی ۱ ماه گذشته، ۳۲ درصد کمتر بود؛ که نشان دهنده این موضوع است که عفونت، عاملی برای نزدیکی دردناک این زنان و کاهش رضایت جنسی آنان بعد از عمل نبوده است.

¹vaginal bulging

مطالعه ابوعلی، ۲۳٪ افراد نبودن توالیت، ۲۴٪ نبودن امنیت در اتاق خواب و ۳۶/۴٪ بیدار بودن کودکان هنگام خواب شب را از مهمترین عوامل مؤثر بر اختلال عملکرد جنسی می دانستند (۳۴). در مطالعه شینگ کای و همکاران (۲۰۰۳)، ۳۶۰ زن مورد مطالعه قرار گرفتند و در ۳، ۶ و ۱۲ ماه پیگیری بعد از عمل بی اختیاری ادراری، اکثر آن ها عدم تغییر در عملکرد جنسی را گزارش کردند، در حالی که ۱۳ درصد بهبود و ۲۲ درصد بدتر شدن عملکرد جنسی را گزارش کردند (۳۶). در مطالعه پرایزو و همکاران (۱۹۹۶)، تقریباً ۲۰ درصد از ۲۴۳ زنی که تحت عمل جراحی پرولاپس قرار گرفته بودند، اختلال جنسی قبل از جراحی را گزارش کردند و همان تعداد نیز یک سال بعد از جراحی اختلال جنسی داشتند. اگر چه این تعداد در بین زنانی که طی یک دوره طولانی پیگیری شدند (متوسط ۷۴ ماه) افزایش چشمگیری داشت (۳۷). در مطالعه حاضر، میانگین مدت زمان پیگیری نمونه ها بعد از عمل $2/9 \pm 3/4$ سال بود که مدت زمان مناسبی برای بررسی نتایج حاصل از تأثیر عمل کولپورافی بر عملکرد و رضایت جنسی می باشد. اما محدودیت در حجم واحدهای پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، مکانی و اجتماعی وجود داشت. در مطالعه پرایزو، ۱۷ درصد زنان، تنگی یا کوتاهی واژن را بیان کردند (۳۵) که این میزان در مطالعه حاضر بیشتر بود؛ به گونه ای که ۵۰ درصد زنان، تنگی بعد از عمل را بیان کردند و ۶ درصد نیز از تنگی شدید شکایت داشتند. همچنین ۲۴ درصد زنان از خشکی زیاد واژن بعد از عمل، ۱۶ درصد از خشکی متوسط و ۶ درصد از خشکی شدید واژن شکایت داشتند که نسبت به قبل از عمل افزایش داشت.

با این حال مطالعات هنوز نتوانسته اند یک ارتباط معنی دار بین عملکرد جنسی و آناتومی واژن در یک محدوده گسترده از طول و قطر طبیعی به دست آورند (۱۶). در واقع محدودیت این مطالعات و از جمله مطالعه حاضر، نبودن ابزاری مختص راهنمایی در اندازه گیری قطر واژن و در نظر نگرفتن آناتومی شریک جنسی بیمار بود.

در مطالعه درمحمدی و همکاران (۲۰۱۲) در مشهد، مهمترین عوامل مؤثر بر رضایت جنسی، تصویر ذهنی از بدن و سن فرد بیان شد (۳۳). ابوعلی و همکاران (۲۰۰۹) نیز، سن را به عنوان عاملی مؤثر بر عملکرد جنسی معرفی کردند و نشان دادند که با افزایش سن، میل جنسی، تحریک، لوبریکاسیون و ارضاء کاهش می یابد (۳۴). اگر چه میزان فعالیت جنسی با افزایش سن کاهش می یابد، ولی در مطالعه برمان (۲۰۰۹)، فعالیت جنسی در ۴۷ درصد زنان ۶۶ تا ۷۱ ساله و ۱/۳ زنان بیش از ۷۸ ساله تداوم داشت (۱۱). در مطالعه آنه و همکاران (۲۰۰۰)، میانگین سن واحدهای پژوهش $9/9 \pm 54$ سال بود در حالی که در مطالعه حاضر، میانگین سن زنان به طور متوسط $37/46 \pm 6/02$ سال بود.

در مطالعه درمحمدی، چاقی (شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰) در زنان، با اختلال در عملکرد جنسی همراه بود و همچنین چاقی، منجر به اختلال در تصویر ذهنی مثبت از خود می شد (۳۳). مطالعه ابوعلی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که شاخص توده بدنی بالا، تأثیر منفی بر عملکرد جنسی دارد و زنان چاق، در تحریک و توانایی رسیدن به ارگاسم، اختلال دارند (۳۴). در مطالعه آنیس و همکاران (۲۰۰۴) نیز زنان چاق در مقایسه با گروه طبیعی، نارضایتی و استرس بیشتری از ظاهر خود داشتند (۳۵).

در مطالعه حاضر، شاخص توده بدنی زنان مورد مطالعه پایین تر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع بود و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی داری نداشتند، همچنین دو گروه از نظر تصویر ذهنی مثبت از خود^۱ و همسرشان اختلاف آماری معنی داری نداشتند.

در مطالعه حاضر، ترس از آسیب جسمی در زمان نزدیکی بعد از عمل ۲۲ درصد افزایش یافت که بیان گر این موضوع می باشد که ترس از آسیب جسمی در زمان نزدیکی، مانعی برای داشتن عملکرد و رضایت جنسی زنان بود. همچنین احساس امنیت در اتاق خواب بعد از عمل ۲۸ درصد کمتر از قبل از عمل بود که می تواند بر نتایج به دست آمده از مطالعه، مبنی بر کاهش نمره عملکرد و رضایت جنسی بعد از عمل تأثیرگذار باشد. در

¹ Body Image

نتیجه گیری

اگرچه کولیپورافی باعث بهبود بی اختیاری استرسی ادرار در زنان می شود، ولی میزان رضایت جنسی را کاهش می دهد و تأثیری بر عملکرد جنسی ندارد، بنابراین بهتر است این عمل فقط برای اهداف درمانی و در مواردی که علائم شدید و غیر قابل تحمل از پرولاپس و بی اختیاری ادراری دارند، استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب (۸۸۶۲۰) دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد، بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری پرسنل محترم بیمارستان ام البنین (س) و سرکار خانم دکتر دادگر و دکتر میرزاییان و تمام افراد شرکت کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Safavifar F. Sexual disorders according to the statistics. Available from: <http://www.ravanpajoh.com/>. Accessed Jul 30, 2009. [text in Persian].
2. SajjadSH.pelvicorganprolapse-sexualdisorder. Available from: <http://www.iransalamat.com/>. Accessed march 20, 2008. [text in Persian].
3. Ohadi B. [Sexual desires and behaviors]. 2nd ed. Esfahan: Author; 2001:16-30. [text in Persian].
4. Curtis L. Moby's dictionary of medicine, nursing & health professios. 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006:1705.
5. Barber MD, Dowsett SA, Mullen KJ, Viktrup L. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in womaen. Cleve Clin J Med 2005 Mar; 72(3):225-32
6. Benefits of a healthy marital relationship. Available from :<http://www.modava.ir/> Accessed August 11, 2009. [text in Persian].
7. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Am J ObstetGynecol 2004 Sep; 191(3):751-6.
8. Azar M, Noohi S, RadfarSh, Radfar MH. [Sexual function in women after surgeryfor pelvic organ prolapsed] [Article in Persian]. IntUrogynecol J 2008; 19:53-57.
9. Porghorban R. Urinary stress incontinence. Available from: <http://zananzayemannazaei.blogspot.com/>. Accessed May 11, 2009. [in Persian].
10. Incontinence urinary. Available at:<http://www.iunanet.org/> Accessed May 12, 2008
11. Berman G. Sexual function in women with pelvic floor disorder. Available from: <http://stanford.wellsphere.com/>. Accessed May 20, 2009.
12. Berglund AL, Fugl-Meyer KS. Somesexological characteristics of stress incontinent women. Scand J UrolNephrol 1996; 30:207-212
13. Gordon D, Groutz A, Sinai T, Wiezman A, Lessing JB, David MP, et al. Sexual function in woman attending a urogynecology clinic. IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999; 10(5):325-8.
14. 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 Jan; 65(1):143-8.
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 ObstetGynecol 2000 Jun; 182(6):1610-5.
16. Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L, Nygaard I, Janz NK, Richter HE, et al. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. Am J ObstetGynecol 2007 Dec; 197(6):629.e1-6.
17. Alewjinse D, Metsemakers JF, Mesters IE, van den Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote adherence among with urinary incontinence NeurourolUrodyn 2003; 22(4):289-95.
18. Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, van den Borne B. Predictors of long-term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. Health Educ Res 2003 Oct; 18(5):511-24.
19. Artibani W, Stanton SL, Kumar D, Villet R. Pelvic floor reconstruction. EurUrol 2001; 39(2):1-8. Available from: <http://www.karger.com/Article/Pdf/52445>.
20. Olsen AL, Smith VJ, Bergstorm JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Am J ObstetGynecol 1997 Apr; 89(4):501-6.
21. Clarke-Pearson DL, Lee PS, Spillman MA, Lutman CV. Preoperative evaluation and postoperative management. In: Berek JS. Berek & Novak's gynecology 14th ed. Philadelphia: LippincottWillim & Wilkins; 2007:671-747.
22. Strohbehn K, Richter HE. Operative management of pelvic organ prolapsed. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. Danforth's obstetrics & gynecology. 10th ed. Philadelphia Willims & Wilkins; 2008:837-65.
23. Aschkenazi S, Rogers R, Beaumont J, Botros S, Gamble T, Sand P, et al. The modified short pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire, the pispq-9, for use in a general female population. Available from: <http://www.ics.org/Abstracts/Publish/46/000201.pdf>.

24. Corcoran KJ, Fischer J. Measures for clinical practice: a sourcebook. New York:Free Press;2000.
25. Ziai MR. Study Simultaneously of stress, anxiety and depression in student education Treatment of marital conflict. Master's thesis. Mashhad University of Medical Sciences;1376. [text in Persian].
26. Sohrabi HR, Birashk B. Recognition and treatment of marital discord. Tehran: Rasa Institute of Cultural Service;1377. [text in Persian].
27. Ahmadi H. Determine the relationship between marital satisfaction and marital attitudes of nurses working in university hospitals in Mashhad. Master's thesis. Mashhad University of Medical Sciences;1382. [text in Persian].
28. Heydari P. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety in women with primary infertility by IUF treatments. Master's thesis. Mashhad University of Medical Sciences;1376. [text in Persian].
29. Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, Siddighi S, Kleeman SD, Dryfhout V, et al. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Dec;197(6):622.e1-7.
30. Helstrom I, Nilsson B. Impact of vaginal surgery on sexuality quality of life in women with urinary incontinence or genital descent. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005 Jan;84(1):79-84.
31. Brubaker L, Chiang S, Zyczynski H, Norton P, Kalinoski DL, Stoddard A, et al. The impact of stress incontinence surgery on female sexual function. *Am J Obstet Gynecol* 2009 May;200(5):562.e1-7.
32. Khooshideh M, Shahriari A. [The relation between parity and cure of stress incontinence after anterior colporrhaphy with Kelly suture] [Article in Persian]. *Tabibedhargh* 2004 Spring;6(1):67-72.
33. Dormohammadi M, Jaafarnejad F, Afzalaghaee M, Kazemeini H. [Relationship between sexual function and obesity in women] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012 Oct;24(15):26-33.
34. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Ajlouni KM. Factor associated with sexual dysfunction in Jordanian woman and their sexual attitudes. *Ann Saudi Med* 2009 Jul-Aug;29(4):270-4.
35. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image* 2004 May;1(2):155-67.
36. Yip SK, Chan A, Pang S, Leung P, Tang C, Shek D, et al. The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *Am J Obstet Gynecol* 2003 May;188(5):1244-8.
37. Paraiso MF, Ballard LA, Walters MD, Lee JC, Mitchinson AR. Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Dec;175(6):1423-30.