

تغییرات کیفیت زندگی، علایم بالینی کف لگن و عملکرد جنسی بیماران یک سال پس از عمل جراحی پرولاپس لگنی - مطالعه قبل و بعد

چکیده

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۰۲ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۳ آنلاین: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

زمینه و هدف: افتادگی اعضای لگن (Pelvic organ prolapse, POP) که زنان مبتلا را در معرض کاهش کیفیت زندگی و عملکرد جنسی قرار می‌دهد. پژوهش حاضر به بررسی علائم بیماری، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان یک سال پس از ترمیم پرولاپس ارگان‌های لگنی پرداخته است.

روش بررسی: این مطالعه‌ی کوهورت آینده‌نگر بوده (قبل و بعد) و بر روی ۲۰۰ نفر از زنان مبتلا به پرولاپس لگنی درجه ۱-۴ (POP-Q) در گروه سنی ۷۵-۴۷ سال که از مهر ۱۴۰۱ تا اسفند ۱۴۰۲ تحت جراحی ترمیمی (کولپورافی قدامی و خلفی) در بیمارستان‌های شهید بهشتی و الزهرا اصفهان قرار گرفته بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات سه پرسشنامه عملکرد جنسی زنان، آزدگی لگنی و کیفیت زندگی قبل و یکسال پس از جراحی تکمیل شدند. برای مقایسه شدت علائم بالینی بیماران براساس سطوح قبل و بعد از جراحی، از آزمون تقارن (Symmetry/Bowker) و برای مقایسه وضعیت شاخص عملکرد جنسی (اختلال/عدم اختلال) قبل و بعد از مداخله، از آزمون McNemar استفاده شد و سطح معناداری $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: شدت علائم بالینی و وضعیت شاخص اختلال عملکرد جنسی و میانه نمره کیفیت زندگی بین قبل و بعد از مداخله معنادار بود و تغییرات آنها نشان می‌دهد که بیماران بعد از عمل به‌طور قابل توجهی بهبود پیدا کرده‌اند. **نتیجه‌گیری:** جراحی پرولاپس لگنی می‌تواند علاوه بر اصلاح ساختار آناتومیک، به‌طور قابل توجهی باعث بهبود کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بیماران یکسال پس از عمل گردد.

کلمات کلیدی: پرولاپس لگنی، کیفیت زندگی، جراحی.

مریم حاجی‌هاشمی^۱، هدیه بنکدارچیان^{۲*}،
طاهره خلیلی بروجنی^۳، مینو موحدی^۱،
رویا صاحبی^۴، فدیة حق‌اللهی^۵

- ۱- گروه اختلالات کف لگن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۳- گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۴- مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، پژوهشکده سلامت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

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

تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۶۰۰

E-mail: hedi.e.bnkdr@gmail.com

مقدمه

زنان را مختل می‌کند، بنابراین شناخت دقیق و عوامل تشدیدکننده اهمیت دارد.^۱ عوامل خطر شامل وراثت، نژاد سفید، افزایش سن، چاقی، حاملگی، زایمان، هیستروکتومی، میوپاتی و نوروپاتی گزارش شده‌اند.^۲

پرولاپس ارگان‌های لگنی حدود ۳۰٪ زنان را در طول زندگی گرفتار کرده و بار اقتصادی زیادی بر سیستم بهداشتی وارد می‌کند. با افزایش سن جمعیت، بروز آن نیز بیشتر می‌شود و کیفیت زندگی زنان را از نظر جسمی، روانی و جنسی تحت تأثیر قرار می‌دهد.^۳ هر ساله

پرولاپس لگنی به‌معنای جابجایی مثانه، رحم یا رکتوم به سمت پایین و جلو از موقعیت طبیعی است و در درصد زیادی از زنان مسن دیده می‌شود.^۴ اگرچه مرگ‌ومیر ناشی از آن اندک است، اما موربیدیتی قابل توجهی ایجاد می‌کند. شیوع آن حدود ۳۹/۸٪ برآورد شده و ۱۱٪ زنان در طول زندگی نیازمند جراحی هستند.^۵ این اختلال بر دستگاه ادراری، گوارشی و فعالیت جنسی اثر گذاشته و فعالیت‌های روزمره

دوقطبی، اختلال اضطراب، اختلال سازگاری، بیماری‌های مقاربتی، بیماری‌های صعب‌العلاج و اختلاف شدید خانوادگی با همسر و عدم رضایت جهت ورود به مطالعه از معیارهای خروج از مطالعه بودند. همچنین در موارد عدم امکان دسترسی به مشارکت‌کننده به هر دلیل (خاموش بودن تلفن، تغییر شماره تلفن) نمونه‌ها وارد مطالعه نشدند.^{۱۷-۱۵} در مرحله اول این طرح، پس از اخذ کد اخلاق، به مسئولین مربوطه بیمارستان‌های الزهرا و بهشتی اصفهان مراجعه شد و پس از هماهنگی‌های لازم، به بیمارانی که دارای معیارهای ورود بوده در مورد طرح تحقیقاتی توضیحاتی داده شد. در صورت تمایل این افراد برای شرکت در این طرح، فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه رضایت جنسی FSFI و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) توسط این افراد تکمیل شد. همچنین شدت علائم بالینی براساس پرسشنامه PFDI-20 تعیین شد. در مرحله دوم و یکسال بعد از جراحی پرولاپس لگن با بیماران مشارکت‌کننده تماس گرفته شد و در صورت عدم دارا بودن معیارهای خروج از مطالعه، پرسشنامه رضایت جنسی FSFI و پرسشنامه کیفیت زندگی (sf-36)، شدت علائم بالینی براساس پرسشنامه PFDI-20 توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از STATA software, version 17 (IBM STATA, Armonk, NY, از USA استفاده شد.

بررسی متغیرهای مورد بررسی: در این پژوهش عملکرد جنسی، کیفیت زندگی و آزردهی کف لگن از پیامدهای اولیه مورد بررسی می‌باشد.

درجه پرولاپس بیماران براساس سیستم تعیین کمیت افتادگی اندام لگنی براساس سیستم POP-Q بود.^{۱۸} عمل جراحی توسط یک نفر از متخصصین در هر بیمارستان انجام شد. همه بیماران تحت عمل پرینورافی و ترمیم قدامی خلفی (Anterior posterior repair) قرار گرفتند. ترمیم خلفی که به‌عنوان کولپورافی خلفی نیز شناخته می‌شود عملی است که برای ترمیم یا تحکیم فاسیایی بین رکتوم و واژن انجام می‌شود. پرینورافی واژه‌ای است که برای جراحی ترمیم جسم پربنه، (بافت حمایتی بین واژن و مدخل آنوس) به‌منظور حمایت دیواره بکار می‌رود.^{۱۹} پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل (سن، تعداد بارداری،

هزاران عمل جراحی ژنیکولوژیک به دلیل این مشکل انجام می‌شود، اما آمار جراحی‌ها بیانگر شیوع واقعی نیست.^۶ در مطالعات بزرگ، شیوع پرولاپس بین ۳۰٫۸٪ و ۴۱٪ گزارش شده است، در حالی که مطالعه‌ای با سیستم استاندارد POP-Q در زنان یائسه شیوع ۹۷٪ را نشان داده است.^{۷-۹}

از آنجا که پیشگیری از بسیاری عوامل زمینه‌ساز ممکن نیست، تمرکز بر درمان است. روش جراحی با موفقیت ۸۵٪ درمان انتخابی محسوب می‌شود و حدود ۲۰٪ اعمال جراحی زنان در کشورهای پیشرفته را شامل می‌شود.^{۱۰} با این حال، نتایج در زمینه تأثیر جراحی بر عملکرد جنسی و کیفیت زندگی متناقض است، برخی مطالعات بهبود عملکرد جنسی و برخی عدم تغییر یا بدتر شدن آن را گزارش کرده‌اند.^{۱۲،۱۳} هیستریکتومی واژینال شایع‌ترین جراحی پرولاپس رحم است، اما برخی زنان تمایل به حفظ رحم دارند.^{۱۴} ترمیم پرولاپس با حفظ رحم مزایایی مانند کاهش زمان جراحی، خونریزی کمتر، حفظ باروری، یائسگی طبیعی، تهاجم کمتر و بهبودی سریع‌تر دارد.^{۱۵} هدف اصلی درمان، بهبود علائم و در مدیریت محافظه‌کارانه، جلوگیری از پیشرفت بیماری است.^{۱۶} باتوجه به نبود مطالعه‌ای در اصفهان، پژوهش حاضر با هدف بررسی علائم بیماری، کیفیت زندگی و رضایت جنسی یک سال پس از ترمیم پرولاپس ارگان‌های لگنی تعیین شد.

روش بررسی

این مطالعه کوهورت آینده‌نگر است که با استفاده از طراحی قبل و بعد (مقایسه درون‌گروهی) انجام شده است و شامل تمام زنان متاهل ۴۷-۷۵ سال مبتلا به پرولاپس لگنی درجه ۴-۱ (POP-Q) که تحت جراحی ترمیمی (کولپورافی قدامی و خلفی) در بیمارستان‌های شهید بهشتی و الزهرا اصفهان و در بازه زمانی مهر ۱۴۰۱ تا اسفند ۱۴۰۲ بوده‌اند، می‌باشد که کل بیماران با داشتن معیار ورود به مطالعه در مدت مذکور ۲۰۰ نفر بودند.

این افراد در صورت داشتن رضایت برای شرکت در طرح و در صورت داشتن معیار ورود وارد طرح شدند. بیماران با اختلالات روانشناختی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی، اختلال ارتباطی، اختلال افسردگی، اوتیسم، اختلال بیش‌فعالی، اختلال

سطح سواد، وضعیت اشغال، BMI و ابتلا به یبوست می‌باشد).

پرسشنامه رضایت جنسی (Female Sexual Function Index): نسخه فارسی FSFI یک ابزار پایا و معتبر جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان است و به‌عنوان ابزار غربالگری (Screening) می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.^{۲۰} این پرسشنامه حاوی ۱۹ سؤال بوده که عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه مستقل میل جنسی (چهار مورد)، تحریک (چهار مورد)، مرطوب شدن (چهار مورد)، ارگاسم (سه مورد)، رضایتمندی (سه مورد) و درد (سه مورد) می‌سنجید. این زیرشاخه‌ها دارای طیف پاسخ از صفر یا ۱ تا ۵ هستند که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارند. لازم به ذکر است که روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در ایران مورد تأیید می‌باشد.^{۲۱}

ضریب پایایی برای هر یک از حوزه‌های این پرسشنامه از ۰/۷۳-۰/۸۶ بوده و ثبات درونی در محدوده قابل قبولی بوده است از (۰/۷۲-۰/۹۰) می‌باشد. 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. براساس مطالعات اعتبارسنجی امتیاز کلی کمتر از ۲۶/۵ به‌عنوان اختلال عملکرد جنسی در زنان در نظر گرفته شد.^{۲۲}

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) دارای ۳۶ سؤال در هشت حیطه سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل 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 به صورت بلی و خیر بوده است. عملکرد فیزیکی (۱۰ سؤال)، محدودیت‌های نقش ناشی از مشکلات سلامت جسمی (چهار سؤال)، درد بدنی (دو سؤال)، سلامت عمومی (پنج سؤال)، سرزندگی (چهار سؤال)، عملکرد اجتماعی (دو سؤال)، محدودیت‌های نقش ناشی از مشکلات عاطفی (سه سؤال) و سلامت روانی (پن سؤال). چهار نمره اول را می‌توان برای ایجاد نمره ترکیبی فیزیکی جمع کرد، در حالی که چهار نمره آخر را می‌توان برای ایجاد نمره ترکیبی روانی (MCS) جمع کرد. نمرات مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی مرتبط با

سلامت بهتر است. روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط Montazeri مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد هشت گانه در بازه ۶۸-۷۹٪ متغیر بود که حاکی از پایایی قابل قبول برای مقیاس است در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF۳۶، به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.^{۲۳}

پرسشنامه Pelvic Floor Disability Index (PFDI-20): پرسشنامه معتبر بررسی کیفیت زندگی و آزرده‌گی لگنی جهت بررسی کیفیت زندگی از نظر علائم روده‌ای، مثانه‌ای و یا لگنی بکار برده می‌شود. هرکدام از مقیاس‌ها دارای شش تا هشت سؤال در خصوص علائم بیمار هستند که از صفر تا چهار نمره داده می‌شود. صفر یعنی هیچ شکایتی وجود ندارد و چهار یعنی علائم به شدت ناراحت‌کننده است. آیت‌های هر مقیاس جمع شده، ضرب در ۲۵ و تقسیم بر تعداد سوال‌ها می‌شود.

هر مقیاس بین صفر تا ۱۰۰ خواهد بود و PFDI-20 بین صفر تا ۳۰۰ خواهد بود. اعداد هر چقدر بالاتر و به ۳۰۰ نزدیک باشند، کیفیت زندگی کمتر است. پایایی و روایی مقاله در ایران توسط Hakimi و همکاران تایید شده است.^{۲۴} این نمره بین صفر تا ۳۰۰ است. (هر زیرمقیاس بین صفر تا ۱۰۰)، صفر تا ۳۳: ناراحتی بسیار خفیف یا بدون ناراحتی، ۳۴ تا ۶۶: ناراحتی متوسط و ۶۷ تا ۱۰۰ در هر زیرمقیاس یا ۲۰۰+ در کل: ناراحتی شدید و تأثیر بالینی مهم.

این پرسشنامه‌ها در ابتدای مطالعه و یکسال پس از انجام جراحی بیمار توسط بیماران به‌صورت حضوری یا از طریق تماس تلفنی پر شدند. هر پرسشنامه حدود ۱۰-۱۵ دقیقه زمان تکمیل نیاز داشت.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری به‌صورت غیراحتمالی آسان و از میان نمونه‌های در دسترس انجام گرفت. حدود ۲۰۰ بیمار با شرایط ورود به مطالعه وارد این طرح شدند. حدود ۲۰ بیمار به‌دلیل عدم داشتن شرایط لازم و یا عدم برقرار تماس تلفنی از مطالعه خارج شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها STATA software, version 17 (IBM STATA, Armonk, NY, USA) استفاده شد. داده‌های توصیفی به‌صورت میانگین و انحراف‌معیار (Mean±SD)، فراوانی و درصد (% n) و همچنین میانه به همراه دامنه بین‌چارکی (میان چارک اول و سوم) گزارش گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های پژوهش سال $۱۲/۶ \pm ۵۹/۵$ ، اکثریت ۱۵۷ نفر ($۷۸/۵\%$) خانه‌دار و تعداد حاملگی $۴/۳ \pm ۲/۱$ و تعداد فرزند زنده $۱/۸۹ \pm ۳/۷۵$ می‌باشد. ۴۸ نفر (۲۴%) دارای علائم بیوست و ۱۴۹ نفر ($۷۴/۵\%$) پرولاپس درجه سه و حدود ۳۹ نفر ($۱۹/۵\%$) پرولاپس درجه یک و دو دارند (جدول ۱). همچنین کلیه زنان مورد بررسی یائسه بودند.

میانگین نمره PDFI-20، ۱۰۲ ± ۴۱ می‌باشد که به تفکیک حیطة در جدول ۲ آورده شده است.

حدود ۱۹۸ نفر (۹۹%) براساس امتیازبندی FSFI دارای اختلال عملکرد جنسی قبل از درمان می‌باشند. براساس پرسشنامه PDFI-20، که آزرده‌گی لگنی و کیفیت زندگی بیماران را نمایش می‌دهد. ۱۵۴ نفر (۷۷%) دارای ناراحتی شدید در کل حیطة قبل از جراحی بودند (جدول ۱).

باتوجه به اینکه نتایج آزمون نرمالیتی، توزیع اختلاف نمرات کل شدت علائم بالینی قبل و بعد از جراحی پیروی از نرمال بودن را نشان داد. بنابراین، برای تحلیل این متغیر از آزمون t زوجی استفاده شد. میانگین \pm انحراف معیار شدت علائم بالینی قبل و بعد از جراحی به ترتیب $(۱۰۲ \pm ۴۱/۳)$ و $(۴/۷۷ \pm ۹/۲)$ بود که تفاوت بین دو مرحله معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$) (یعنی جراحی باعث کاهش واضح و قابل توجه علائم بیماران شده است. باتوجه به اینکه توزیع داده‌های سایر شاخص‌ها از نرمال بودن تبعیت نمی‌کرد، برای مقایسه اختلاف نمرات قبل و بعد از جراحی از آزمون Wilcoxon استفاده شد (جدول ۲).

نتایج نشان داد که هرچند میانه نمره کل عملکرد جنسی بعد از جراحی نسبت به قبل بهتر شد ($۱۹/۲$ در برابر $۱۵/۶$) اما هنوز کمتر از $۲۶/۵۵$ است که نشان‌دهنده وجود اختلال عملکرد جنسی است. برای مولفه‌های دیگر عملکرد جنسی (ارگاسم، میل جنسی، تحریک، رضایت و درد) نیز کاهش میانه نمره نسبت به قبل از جراحی را نشان دادند. یعنی پس از جراحی، نمره کلی عملکرد جنسی کمی بهتر شد، اما همچنان در محدوده‌ای است که اختلال عملکرد جنسی وجود دارد. سایر جنبه‌های عملکرد جنسی مانند ارگاسم، میل و رضایت نسبت به قبل کاهش نشان دادند، با این حال، درد نیز کاهش یافته است که تا حدودی باعث بهبود شاخص عملکرد جنسی نسبت به

برای تحلیل‌های آماری، ابتدا آزمون‌های نرمالیتی اختلاف نمرات قبل و بعد برای متغیرها انجام شد. این آزمون‌ها شامل نمودار جعبه‌ای (Box plot)، نمودار نرمال کمی (Normal quantile plot) و آزمون Shapiro-Wilk بودند. برای تشخیص نرمالیتی از مقایسه هر سه آزمون استفاده شد. نتایج آزمون‌های نرمالیتی نشان داد که توزیع اختلاف نمرات شدت علائم بالینی قبل و بعد از عمل دارای توزیع نرمال است، از این‌رو برای تحلیل این متغیر از آزمون t زوجی (Paired t-test) استفاده شد.

با اینکه آزمون Shapiro-Wilk برای توزیع اختلاف نمرات درد جنسی، عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی و سلامت عمومی مقدار $P < ۰/۰۵$ نشان داد و به‌طور آماری عدم انحراف از نرمال بودن تایید شد، بررسی‌های گرافیکی شامل نمودار Normal quantile plot و باکس‌پلات نشان داد که داده‌ها دارای پله‌ای بودن، تمرکز در مقادیر خاص و عدم تقارن نسبت به میانه هستند. بنابراین، فرض نرمال بودن کامل داده‌ها رعایت نشده و به همین دلیل، برای تحلیل‌های بعدی از آزمون (Wilcoxon Signed-rank test) استفاده شد.

برای مقایسه شدت علائم بالینی بیماران بر اساس سطوح قبل و بعد از جراحی، از آزمون تقارن (Symmetry/Bowker) استفاده شد. به دلیل اینکه برخی سطوح شدت علائم دارای مقادیر صفر بودند و داده‌ها به‌صورت دسته‌بندی شده بودند، از آزمون‌های پیوسته مثل Paired t-test or Wilcoxon استفاده نشد. آزمون تقارن برای داده‌های زوجی و دسته‌بندی شده (Ordinal) مناسب است و بررسی می‌کند که آیا تغییرات شدت علائم پس از مداخله با الگوی تقارن آماری مطابقت دارد. نتایج این آزمون با آماره χ^2 درجه آزادی و مقدار P گزارش شد.

برای مقایسه وضعیت شاخص عملکرد جنسی (اختلال/عدم اختلال) قبل و بعد از مداخله، از آزمون McNemar استفاده شد. این آزمون به‌طور ویژه برای داده‌های زوجی یا جفت‌شده مناسب است و تغییرات بین دو زمان یا دو وضعیت مرتبط را بررسی می‌کند. استفاده از McNemar به دلیل ناپیوسته بودن متغیر (دودویی) و وجود خانه‌هایی با تعداد کم یا صفر مناسب‌تر از آزمون‌های Paired t-test or Wilcoxon است که برای داده‌های پیوسته طراحی شده‌اند. همچنین نسخه Exact McNemar برای اطمینان از صحت نتایج در حضور تعداد کم در برخی خانه‌ها استفاده شد.

جدول ۱: طبقه‌بندی شدت علائم پرولاپس، وضعیت عملکرد جنسی و کیفیت زندگی

متغیر (قبل از جراحی)	میانگین±انحراف معیار	تعداد(%)
بیوست	-	۴۸(۲۴)
- دارد		۱۵۲(۷۶)
- ندارد		
درجه پرولاپس	-	۲۰(۱۰)
۱		۱۹(۹/۵)
۲		۱۴۹(۷۴/۵)
۳		۱۲(۶)
۴		
نمره PFDI20*	۱۰۲±۰/۴۱	-
نمره Cradi8**	۶±۱۵	-
نمره UDI6***	۵۳/۸±۲۶/۲	-
نمره POPDR6****	۴۲/۱±۱۹/۷	-
نمره FSFI*****	۱۳/۲±۸/۲	-
نمره SF36	۶۴±۱۲	-
FSFI عملکرد جنسی	-	۱۹۸(۹۹)
-اختلال عملکرد جنسی		۲(۱)
-عدم اختلال		
PFDI20 شدت علائم بالینی	-	۱۱(۵/۵)
-ناراحتی بسیار خفیف		۳۵(۱۷)
-ناراحتی متوسط		۱۵۴(۷۷)
-ناراحتی شدید و تاثیر بالینی مهم		

* Pelvic Floor Disability Index (PFDI-20), ** The Colorectal-Anal Distress Inventory-8 (CRADI-8), *** The Urinary Distress Inventory (UDI-6), **** Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6), ***** Female Sexual Function Index (FSFI), The SF-36 (Short Form 36-Item Health Survey)

قبل از عمل شده است).

بهبود وضعیت بالینی بیماران در حوزه‌های ادرازی و پرولاپس پس از جراحی است (جدول ۳).

براساس آزمون تقارن Symmetry (Bowker)، توزیع شدت علائم بالینی بر حسب سطوح شدت بالینی (شدید، متوسط و خفیف) قبل و بعد از عمل تفاوت معناداری دارد ($P < 0/001$, $\chi^2(3) = 189$).

این نتایج نشان می‌دهد که الگوی تغییر شدت علائم پس از جراحی به‌طور معناداری از تقارن آماری فاصله دارد و بیانگر بهبود وضعیت بیماران پس از مداخله جراحی است.

براساس آزمون McNemar، تفاوت وضعیت شاخص اختلال عملکرد جنسی مورد بررسی براساس سطوح وجود و عدم وجود

براساس پرسشنامه SF-36، میانه نمره کیفیت زندگی بیماران قبل از جراحی برابر با ۴۰ بود که پس از جراحی به ۸۰ افزایش یافت. این تغییر نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل به‌طور قابل توجهی بهبود پیدا کرده است.

پس از جراحی، شدت علائم بالینی بیماران به‌طور معناداری کاهش یافت ($P < 0/001$) نمره کل با آزمون Paired t-test انجام شد. اختلال روده‌ای تغییر خاصی نداشت و میانه آن صفر باقی ماند، اما اختلال ادرازی با میانه (صفر در برابر ۵۸) و شاخص پرولاپس با میانه (صفر در برابر ۵۰) بهبود قابل توجهی نشان دادند. این نتایج حاکی از

جدول ۲: مقایسه نمرات شاخص‌های دارای توزیع غیرنرمال قبل و بعد از جراحی

متغیر	میانۀ (دامنه بین چارک اول و سوم) (قبل از جراحی)	میانۀ (دامنه بین چارک اول و سوم) (پس از جراحی)	P*
نمره کل FSFI	۱۵/۶(۸/۴، ۱۹/۲)	۱۹/۲(۲۰، ۲۱/۷۵)	
Desire	۲/۴(۱/۲، ۳/۶)	۰(۰، ۳/۶)	<۰/۰۰۱
Arousal (تحریک)	۲/۴(۱/۲، ۳/۶)	۰(۰، ۳/۶)	
Orgasm (مرطوب شدن)	۲/۴(۰/۹، ۲/۴)	۰(۰، ۳/۶)	
Satisfaction (رضایتمندی)	۲/۴(۰/۹، ۲/۴)	۰(۰، ۳/۶)	
Dyspareunia (درد)	۳/۶(۱/۲، ۳/۶)	۲/۴(۰، ۳/۶)	
نمره کل کیفیت زندگی SF36	۴۰(۲۶، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
عملکرد جسمی	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
ایفای نقش جسمی	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	<۰/۰۰۱
درد بدنی	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
سلامت عمومی	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
سرزندگی	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
محدودیت عملکرد اجتماعی	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
ایفای نقش هیجانی	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
سلامت روان	۴۰(۲۰، ۴۰)	۸۰(۸۰، ۸۰)	
شدت علائم بالینی PFDI20			
نمره Cradi8	۰(۰، ۰)	۰(۰، ۰)	<۰/۰۰۱
نمره UDI6	۵۸(۴۱، ۷۵)	۰(۰، ۰)	
نمره POPDR6	۵۰(۲۹، ۵۸)	۰(۰، ۰)	

* آزمون آماری: Wilcoxon، P<۰/۰۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

جدول ۳: توزیع فراوانی شدت علائم و وضعیت عملکرد جنسی قبل و بعد از جراحی در بیماران

متغیر	تعداد (%) قبل از جراحی	تعداد (%) بعد از جراحی
شدت علائم* (PFDI20)		
- ناراحتی بسیار خفیف	۱۵۴(۷۷)	۱۹۵(۹۷/۵)
- ناراحتی متوسط	۳۵(۱۷/۵)	۵(۲/۵)
- ناراحتی شدید	۱۱(۵/۵)	۰(۰)
عملکرد جنسی** (FSFI)		
- اختلال عملکرد جنسی	۱۹۸(۹۹)	۱۸۱(۹۰/۵)
- عدم اختلال	۲(۱)	۱۹(۹/۵)

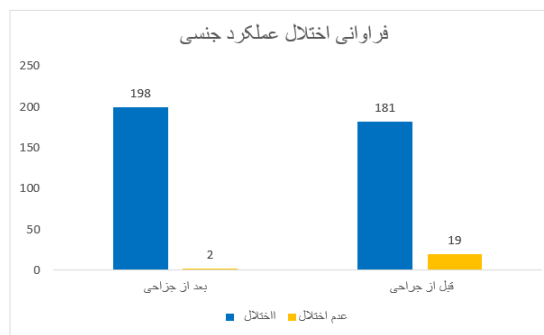
* این قسمت براساس آزمون تقارن انجام شده، ** این قسمت براساس آزمون مک نمار انجام شده است.

شاخص پرولاپس از میانه ۵۰ به صفر کاهش یافت که بیانگر بهبود قابل توجه وضعیت بالینی بیماران در حوزه‌های اداری و لگنی است. این نتایج همسو با گزارش Systematic review Doaee در تهران بر روی حدود ۱۰۰۰ مطالعه است که نشان داد مداخلات جراحی کیفیت زندگی زنان مبتلا به پرولاپس را بهبود می‌بخشد.^{۲۷} مطالعه‌ای Chan نیز بر روی ۳۰۸ زن مبتلا به POP نشان داد که این بیماران دچار اختلالات قابل توجه در عملکرد اداری، روده‌ای و واژینال هستند و پس از درمان بهبود علائم و رضایت قابل توجهی داشتند.^{۲۸}

مطالعه Hajhashemi نشان داد که پرنورافی و ترمیم قدامی-خلفی واژن موجب بهبود تصویر بدنی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان می‌شود.^{۱۹} همچنین مطالعه Guan گزارش کرد که درمان جراحی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به POP را به‌طور قابل توجهی ارتقا می‌دهد و روش کولپوکلیسیس ممکن است مزایای بیشتری نسبت به سایر روش‌ها داشته باشد.^{۲۹} مطالعه Peinado Molina نیز ارتباط منفی بین شدت علائم پرولاپس و کیفیت زندگی نشان داد، به‌طوری‌که کاهش علائم با بهبود کیفیت زندگی همراه بود.^{۳۰}

در مجموع، شواهد نشان می‌دهد که جراحی پرولاپس لگنی، به‌ویژه کولپورافی قدامی-خلفی، نه تنها موجب اصلاح آناتومیک و کاهش علائم بالینی می‌شود بلکه کیفیت زندگی و در برخی موارد عملکرد جنسی بیماران را نیز بهبود می‌بخشد.

در مطالعه حاضر، هرچند میانه نمره کل عملکرد جنسی پس از جراحی نسبت به قبل افزایش یافت (۱۹/۲ در برابر ۱۵/۶)، اما همچنان کمتر از حد طبیعی (۲۶/۵۵) بود و نشان‌دهنده باقی‌ماندن اختلال عملکرد جنسی است. در سایر مؤلفه‌های عملکرد جنسی (ارگاسم، میل، تحریک، رضایت و درد) نیز تغییرات محدود یا کاهش مشاهده شد. نتایج این مطالعه با برخی پژوهش‌ها همسو است. Hajhashemi بهبود عملکرد جنسی زنان پس از عمل را گزارش کرد، در حالی که Weber و Pauls تغییر قابل توجهی مشاهده نکردند.^{۳۱، ۳۲} Helstrom کاهش فعالیت جنسی پس از جراحی را گزارش نمود، اما Brubaker بهبود کلی عملکرد جنسی پس از جراحی موفق را نشان داد.^{۳۳، ۳۴} در ایران، مطالعه Azar افزایش نمره عملکرد جنسی طی پیگیری سه‌ماهه را گزارش کرد.^{۳۴} Goudarzi اختلاف معناداری در عملکرد جنسی سه ماه پس از عمل نیافت، در حالی که Feldner پس از ۱۲ ماه بهبود در همه دامنه‌های عملکرد جنسی را گزارش



نمودار ۱: توزیع فراوانی وجود اختلال عملکرد جنسی قبل و بعد از جراحی در بیماران

اختلال بین قبل و بعد از مداخله معنادار بود ($P < 0/001$), $\chi^2(1) = 17/00$ (نمودار ۱).

بحث

پرولاپس لگنی یکی از اختلالات اصلی عملکرد کف لگن است که در اثر ضعف بافت همبند و عضلات حمایت‌کننده موجب جابجایی ارگان‌هایی مانند مثانه، رحم یا رکتوم به سمت پایین و داخل واژن می‌شود. این مشکل علاوه بر علائم بالینی آزاردهنده، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیازمند درمان و پیگیری مناسب است.^{۲۶}

در مطالعه حاضر، قبل از جراحی براساس پرسشنامه PFDI-20، ۵/۵٪ بیماران دچار اختلال شدید و ۱۷/۵٪ اختلال متوسط بودند. یک سال پس از جراحی هیچ مورد اختلال شدید گزارش نشد و تنها ۲/۵٪ بیماران اختلال متوسط داشتند. میانگین شدت علائم بالینی نیز از 10.2 ± 4.13 قبل از عمل به 7.7 ± 4.92 پس از عمل کاهش یافت که تفاوت معناداری داشت ($P < 0/001$). این یافته نشان می‌دهد اصلاح اختلالات آناتومیک موجب کاهش علائم ناشی از پرولاپس لگنی می‌شود و نتایج با مطالعات پیشین همسو است، به‌ویژه مطالعه Weber و همکاران که کاهش علائم و بهبود عملکرد روزمره پس از جراحی را گزارش کرده است.^{۲۶}

براساس پرسشنامه SF-36، میانه نمره کیفیت زندگی بیماران از ۴۰ قبل از جراحی به ۸۰ پس از جراحی افزایش یافت. همچنین

مقابل، محدودیت‌های پژوهش شامل غیرتصادفی بودن، نبود گروه کنترل، محدود بودن نمونه به زنان ۷۵-۴۷ ساله اصفهانی با گرید ۴-۱ پرولاپس و استفاده از ابزارهای خودسنجی بود که می‌تواند تعمیم نتایج را محدود کند. با توجه به این محدودیت‌ها، توصیه می‌شود مطالعات آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر، در گروه‌های سنی و درجات مختلف پرولاپس، وضعیت یائسگی متفاوت و انواع روش‌های جراحی طراحی شوند تا نتایج دقیق‌تر و قابل تعمیم‌تری به دست آید. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که جراحی پرولاپس لگنی می‌تواند علاوه بر اصلاح ساختار آناتومیک به طور قابل توجهی باعث بهبود کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بیماران یکسال پس از عمل گردد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که جراحی کولپورافی قدامی- خلفی می‌تواند کیفیت زندگی و علائم بالینی بیماران مبتلا به پرولاپس لگنی را بهبود بخشد.

سپاسگزارى: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان "بررسی علایم بیماری، کیفیت زندگی و رضایت جنسی یک سال پس از ترمیم پرولاپس ارگان‌های لگنی" دکترای پزشکی در سال ۱۴۰۴ و کد ۳۴۰۲۴۳۲ با کد اخلاق IR.MUI.REC.1404.134 می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همکاری مرکز تحقیقات بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

کرد.^{۳۵} برخی مطالعات نشان داده‌اند که جراحی ترمیمی پرولاپس اثرات متفاوتی بر حوزه‌های مختلف FSFI دارد، به طور مثال، در مطالعه Antosh تنها نمره درد کاهش معنادار داشت و سایر حوزه‌ها تغییر قابل توجهی نشان ندادند.^{۳۷} در مطالعه کوهورت پنج ساله Wihersaari نیز بهبود کلی عملکرد جنسی گزارش شد، اما الگوهای تغییر در حوزه‌های مختلف متفاوت بودند.^{۳۸} در نهایت، شواهد نشان می‌دهد که کاهش علائم بالینی پرولاپس پس از جراحی می‌تواند به کاهش اختلال عملکرد جنسی کمک کند. همان‌طور که Martinez-Galiano اشاره کرده است، زنان مبتلا به اختلال عملکرد لگن بیشتر در معرض اختلال عملکرد جنسی قرار دارند.^{۳۹}

اختلاف نتایج مطالعات پیشین در زمینه تأثیر جراحی پرولاپس لگنی را می‌توان ناشی از عواملی مانند تبحر جراح، تفاوت‌های فردی و بالینی بیماران، نوع جراحی انجام شده و همچنین مدت زمان پیگیری دانست، در مطالعه حاضر بیماران تا ۱۲ ماه پس از عمل مورد بررسی قرار گرفتند.^{۳۶-۳۸} از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به طراحی قبل و بعد، پیگیری یک‌ساله بیماران، انجام جراحی‌های مشابه (کولپورافی قدامی-خلفی و پرینورافی) توسط دو متخصص مجرب، و استفاده از ابزارهای معتبر برای سنجش کیفیت زندگی، علائم بالینی و عملکرد جنسی اشاره کرد که موجب افزایش اعتبار داده‌ها شد. در

References

- Belayneh T, Gebeyehu A, Adefris M, Rortveit G, Awoke T. Pelvic organ prolapse in Northwest Ethiopia: a population-based study. *Int Urogynecol J*. 2020;31(9):1873-81.
- Vakili B, Zheng YT, Loesch H, Echols KT, Franco N, Chesson RR. Levator contraction strength and genital hiatus as risk factors for recurrent pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1592-8.
- Turner LC, Zyczynski HM, Shepherd JP. Intravenous acetaminophen before pelvic organ prolapse repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2019;133(3):492-502.
- Obstetricians ACo, Gynecologists. Pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25(6):397-408.
- Iglesia C, Smithling KR. Pelvic organ prolapse. *Am Fam Physician*. 2017;96(3):179-85.
- Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) system? *Neurourol Urodyn*. 2018;37(S6):S39-S43.
- Mousavi A, Mostafaei P. Assessment of the frequency of pelvic organ prolapse and its risk factors in menopausal women referred to the hospitals of Iran University of Medical Sciences in 2004. *Razi J Med Sci*. 2007;14(54):167-77. (Persian)
- Nikjooy A, Mardanloo F, Vasaghi B, Mirzaei R. The Frequency and Performance Quality of Pelvic Floor Muscle Exercises for Pelvic Organ Prolapse in Parous Women. *J Res Rehabil Sci*. 2019;14(2):74-9.
- Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2004;104(3):489-97.
- Bohlin KS, Ankardal M, Nüssler E, Lindkvist H, Milsom I. Factors influencing the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2018;29(1):81-9.
- Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol*. 2019;46:5-14.
- Saida Abrar RM, Saleem H. Surgery for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence and female sexual functions: A quasi-experimental study. *Pak J Med Sci*. 2021;37(4):1099-104.
- Kuncharapu I, Majeroni BA, Johnson DW. Pelvic organ prolapse. *Am Fam Physician*. 2010;81(9):1111-7.
- Haya N, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C. Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018(8):CD013105.
- Ghanbari Z, Eftekhar T, Deldar Pesikhani M, Veisi F, Ghanbarpour Shideh A, Shariat M. The success rate and quality of life following three types of uterine sparing prolapse surgery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2021;24(4):1-9. (Persian)
- de Albuquerque Coelho SC, Brito LGO, de Araujo CC, Juliato CRT. Factors associated with unsuccessful pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: Systematic review and metanalysis. *Neurourol Urodyn*. 2020;39(7):1912-21.

17. Rantell A. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and their impact on sexual function. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):597-603.
18. Boyd SS, O'sullivan D, Tulikangas P. Use of the Pelvic Organ Quantification System (POP-Q) in published articles of peer-reviewed journals. *Int Urogynecol J.* 2017;28(11):1719-23.
19. Hajhashemy M, Agha Esmaeli N, Danesh Shahraki A, Haghollahi F. The effect of Perineoplasty surgery and anterior-posterior repair (APR) on body image, sexual function, and quality of life in women. *Tehran Univ Med J.* 2022;80(3):238-47. (Persian)
20. Mohammadi KH, Heydari M, Faghizadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh.* 2008;7(3):269-78. (Persian)
21. Effect of Pelvic Organ Prolapses Surgery (POP) on Sexual Function. *Knowl Health Basic Med Sci.* 2013;8(3):99-104. (Persian)
22. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20. doi: 10.1080/00926230590475206.
23. 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.
24. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh.* 2014;13(5):589-99. (Persian)
25. Hakimi S, Hajebrahimi S, Bastani P, Aminian E, Ghana S, Mohammadi M. Translation and validation of the pelvic floor distress inventory short form (PFDI-20), Iranian version. *BMJ Open.* 2017;7(Suppl 1):bmjopen-2016-015415.208.
26. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12(3):178-86. doi: 10.1007/pl00004033.
27. Doae M, Moradi-Lakeh M, Nourmohammadi A, Razavi-Ratki SK, Nojomi M. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2014;25(2):153-63.
28. Chan SS, Pang SM, Lai BP, Choy KW. Quality of life and symptom measurement in Chinese women with pelvic floor disorders: validation study of Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire. *Hong Kong Med J.* 2017;23 Suppl 2(3):38-41.
29. Guan Y, Han J. Quality-of-life improvements in patients after various surgical treatments for pelvic organ prolapse. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;309(3):813-20. doi: 10.1007/s00404-023-07140-3.
30. Peinado Molina RA, Hernández Martínez A, Martínez Vázquez S, Martínez Galiano JM. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. *Front Public Health.* 2023;11:1180907. doi: 10.3389/fpubh.2023.1180907.
31. 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;197(6):622.e1-7.
32. 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. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00668.x.
33. 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;200(5):562.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2008.11.017.
34. 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.
35. 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. (Persian)
36. 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.
37. Antosh DD, McSpedden H. Sexual Function Following Surgical Approaches for Pelvic Organ Prolapse. *J Minim Invasive Gynecol.* 2025 Aug 7:S1553-4650(25)00282-1. doi: 10.1016/j.jmig.2025.08.001. Epub ahead of print.
38. Wihersaari OAE, Karjalainen P, Tolppanen AM, Mattsson N, Nieminen K, Jalkanen J. Quality of Sexual Life Before and After Pelvic Organ Prolapse Surgery. *Urogynecology (Phila).* 2024;30(10):838-46. doi: 10.1097/SPV.0000000000001568.
39. Martínez-Galiano JM, Peinado-Molina RA, Martínez-Vázquez S, Hita-Contreras F, Delgado-Rodríguez M, Hernández-Martínez A. Influence of pelvic floor disorders on sexuality in women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;164(3):1141-50. doi: 10.1002/ijgo.15189.

Changes in quality of life, clinical symptoms of the pelvic floor and sexual function of patients one year after pelvic prolapse surgery - a before-and-after study

Abstract

Received: 23 Jun. 2025 Revised: 28 Jun. 2025 Accepted: 14 Aug. 2025 Available online: 23 Aug. 2025

Maryam Hajhashemi M.D.¹
Hedieh Bonakdarchian M.D.^{2*}
Tahereh Khalili Borujeni M.D.³
Minoo Movahedi M.D.¹
Roya Sahebi Ph.D.⁴
Fedyeh Haghollahi M.Sc.⁴

1- Department of Pelvic Floor Disorders, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Medical Student, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Department of Obstetrics & Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Maternal, Fetal & Neonatal Research Center, Family Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Medical Student, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
Tel: +98-31-366800
E-mail: hedie.bnkdr@gmail.com

Background: Pelvic organ prolapse (POP) is a condition resulting from weakness or damage to the muscles, ligaments, and other supporting structures of the vagina, and it exposes affected women to reduced quality of life and sexual function. The present study examined the symptoms, sexual function, and quality of life of women one year after repair of pelvic organ prolapse.

Methods: This study was a prospective cohort before-after study that was conducted on 200 married women with pelvic prolapse grade 1-4 (POP-Q) in the age group of 47-75 years who underwent reconstructive surgery (anterior and posterior colporrhaphy) in Shahid Beheshti and Al-Zahra hospitals in Isfahan between October 2022 and March 2024. The data collection tools were three questionnaires: Female Sexual Function Index (FSFI), Pelvic Discomfort (PFDI-20) and Quality of Life (SF-36) which were completed before surgery and one year after surgery. Stata software version 17 was used to analyze the data. To compare the scores before and after, paired t-test or Wilcoxon statistical tests were used, to compare the severity of patients' clinical symptoms based on the levels before and after surgery, the symmetry/Bowker test was used, and to compare the status of the sexual function index (impairment/no impairment) before and after surgery, the McNemar test was used and the significance level was considered to be $P < 0.05$.

Results: The mean age of the study participants was 59.5 ± 12.6 years. The majority of the women (157 individuals; 78.5%) were housewives. The mean number of pregnancies was 4.3 ± 2.1 , and the mean number of live births was 3.75 ± 1.89 . All women included in the study were postmenopausal. The severity of clinical symptoms, sexual dysfunction index status, and median quality of life score were significant between before and after the intervention. The severity of clinical symptoms, the status of the sexual dysfunction index, and the median quality of life score showed significant differences before and after the intervention.

Conclusion: Pelvic prolapse surgery can significantly improve the quality of life and sexual function of patients one year after surgery, in addition to correcting the anatomical structure.

Keywords: pelvic organ prolapse, quality of life, surgery.