

مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان قبل و بعد از برداشتن رحم

*دکتر مریم اصغرینیا (M.D)^۱ - دکتر نادر اسماعیل پور (M.D)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، خیابان نامجو، بیمارستان الزهرا

پست الکترونیک: maryamasgharnia@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۱۲

چکیده

مقدمه: اختلالات ژنیکولوژیک از شایع‌ترین مشکلات زنان است. زهدان برداری در صورت شکست درمان‌های دارویی برای این مشکل انجام می‌گیرد.

هدف: بررسی و مقایسه کیفیت زندگی زنان پیش از زهدان برداری و سه ماه پس از زهدان برداری.

مواد و روش‌ها: زنان بدون دریافت هورمون درمانی جایگزینی، به علت وجود بیماری‌های زمینه‌ای مزمن (دیابت و بیماری قلبی - عروقی) برحسب اظهار سوابق خود انتخاب شدند. ۵۵ نمونه غیراحتمالی متوالی، براساس مطالعه pilot انتخاب شدند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS for Windows پردازش و تجزیه و تحلیل شدند. و آزمون‌های آماری t و χ^2 (برحسب مورد) اعمال شدند.

نتایج: از لحاظ آماری، میانگین نمره‌ی عمومی تندرستی پیش و پس از برداشتن رحم تفاوت‌بشدت معنی‌دار ($P < 0.001$) داشت ولی جزء افسردگی معنی‌دار نبود. نمره‌ی اختلال عمومی و نشانه‌های بالینی تفاوت آماری به درجه‌های متفاوت ($P = 0.0005$ در شیوع بی‌اختیاری ادرار تا $P = 0.033$ در شیوع تکرر ادرار) داشت ولی شیوع درد لگن ($P = 0.56$) و سرگیجه ($P = 0.21$) از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار نشان نداد.

نتیجه‌گیری: در نمره‌ی کل تندرستی بیمارانی که رحم آنها برداشته شده بود، از لحاظ آماری بهبود معنی‌دار بدست آمد، ولی نمره‌ی اضطراب آنها کمتر معنی‌دار بود، همچنین نمره‌ی افسردگی تفاوت آماری معنی‌دار نشان نداد. پیشنهاد می‌شود مطالعه گسترده‌تری با تفکیک انواع بیماری ژنیکولوژیک (نیک خیم و بدخیم) برای تمییم بیشتر نتایج انجام شود.

کلیدواژه‌ها: بهداشت زنان / رحم برداری / کیفیت زندگی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۷، صفحات: ۷۹-۷۳

مقدمه

در مورد رابطه تندرستی عمومی با برداشتن رحم مطالعه‌هایی با روش‌های مختلف انجام شده؛ ولی کارآزمایی‌های بالینی برای بررسی کامل معایب و مزایای آن صورت نگرفته است (۶).

در این مطالعه تاثیر کوتاه مدت برداشتن رحم شکمی در بیمارستان‌های رشت بررسی شد و امید داریم که نتایج آن بتواند به تصمیم‌گیری درست پزشکان و تدوین برنامه‌های مشاوره‌ای مناسب پیش و پس از برداشتن رحم کمک کند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت قبل و بعد انجام شده، جمعیت مورد مطالعه شامل زنان پیش از دوره‌ی یائسگی بوده است. این زنان، از بین زنانی انتخاب شدند. که برای برداشتن رحم به علل غیرمامایی و غیرسرطانی به بیمارستان ارجاع شده بودند، این گروه همچنین از لحاظ ابتلای به بیماری‌های زمینه‌ای مزمن (دیابت و بیماری

اختلال ژنیکولوژی از شایع‌ترین مشکلات در همه‌ی زنان است که حتی می‌تواند تهدیدکننده‌ی زندگی آنان باشد (۱). با شکست درمان‌های غیرجراحی، برای رهایی از این مشکلات رحم برداشته می‌شود (۲ و ۳). رحم به دلیل پیامدهای جراحی آن و تأثیر بر وضعیت زنانگی، بدنی و باروری اهمیت فراوان دارد (۱). در مطالعه‌های مختلف به علت عوامل مخدوش‌کننده (تفاوت‌های بدنی، روانی و جنسی) نتایج متناقضی بدست آمده است. در دو مطالعه‌ی آینده‌نگر (۴ و ۵) تاثیر مثبت هیستروکتومی گزارش شده ولی این مطالعه‌ها شامل تعدادی از زنانی نیز بوده که پیش از رحم برداری نشانه‌های بالینی تسکین ناپذیر داشته‌اند که خود منجر به پذیرش رحم برداری از سوی آنان شده است. همچنین در شماری از زنان پس از رحم برداری مشکلات تازه‌ای بوجود آمده بود که مشخص نشد کدام یک از عوامل روش جراحی، اوو فورکتومی هم‌زمان یا عوامل روانشناختی موجب آن شده بود.

عملکرد اجتماعی را در بر می‌گیرد و هر زیر مجموعه‌ی آن شامل ۷ پرسش است. گزینه‌های این پرسشنامه به صورت: نه، کم، زیاد، و بسیار زیاد، پاسخ داده می‌شوند. نمره‌دهی آن برای گزینه‌های چهارگانه به ترتیب از صفر تا ۳ است و این روش در بسیاری از مطالعه‌های ایرانی هم به‌کارگرفته شده است. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS برای ویندوز وارد و پس از پردازش با آماره‌های توصیفی و تحلیل آماری با آزمون‌های مجذورکای 2 و t ارایه شده است. سطح معنی‌دار بودن آماری، $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

از ۵۷ زنی که وارد مطالعه شدند، دو نفر از گروه بیمار مطالعه را ترک کردند. در ۴۰ زن فقط رحم برداشته شد و در ۱۵ نفر تخمدان‌ها هم برداشته شدند. جدول ۱ مشخصات زنان را پیش از برداشتن رحم نشان می‌دهد. این جدول بین مشخصات دو گروه تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نشان نمی‌دهد.

قلبی- عروقی) به اظهار خودشان گزیده شدند. بررسی مقدماتی (Pilot) برای تعیین حجم نمونه‌ی لازم انجام شد که با تعیین بیشترین نمره‌ی میانگین ($\mu_1=30/84$) و $\mu_2=29/42$ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد) تعداد نمونه‌ی لازم ۵۵ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی متوالی انجام شد و روش مطالعه برای هر یک از زنان منتخب توضیح داده شد. پس از اخذ رضایت از آنان برای پی‌گیری‌های بعدی، فرم اطلاعات شخصی (سن، میزان سواد، شغل، تأهل، مدت زناشویی و تعداد فرزندان) و پرسشنامه‌ی تندرستی عمومی General Health Quality (GHQ) تکمیل شد.

پرسشنامه تندرستی عمومی پرسشنامه‌ای ۲۸ سوالی از سری پرسش‌نامه‌هایی است که گلدبرگ (۱۹۷۲) برای شناسایی اختلالات روانی غیرروان پریشی ابداع کرده است (۷). این پرسشنامه که به ۳۶ زبان برگردانده شده، کاربرد گسترده‌ای یافته است. پرسش‌های ۲۸ گانه‌ی آن چهار مقیاس نشانه‌های بدنی، افسردگی و اختلال

جدول ۱: مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصی آزمودنی‌ها فقط برداشتن رحم (۴۰ نفر) و گروه برداشتن رحم همراه با تخمدان برداری (۱۵ نفر)

ملاحظات	مقدار p مقایسه‌ی دو گروه	(X ± SD)			شرح متغیر
		مجموع دو گروه	برداشتن رحم همراه با تخمدان برداری	فقط برداشتن رحم	
	NS	۴۵/۶ ± ۷/۵	۴۷/۲۲ ± ۷/۹	۴۱/۲ ± ۳	سن (سال)
	NS	۳/۸۷ ± ۱/۹	۴/۰۸ ± ۲	۳/۳۳ ± ۱/۲	تعداد کودک زنده
در مقیاس ترتیبی ۵ مرتبه‌ای	NS	۱/۷ ± ۱/۲	۱/۸ ± ۱/۲۵	۱/۷ ± ۱/۱۶	سطح سواد
	NS	۹۳	۹۳	۹۳	نسبت تأهل (سال)
	NS	۶۰	۷۳	۶۳/۶	شیوع درد لگن (%)
	NS	۴۷	۴۶/۷	۴۷/۵	شیوع بی‌اختیاری ادرار استرسی (%)
	NS	۵۱	۴۷/۵	۶۰	شیوع تکرر ادرار
	۰/۰۸	۷۶	۷۰	۹۳	درصد عملکرد دردهای مناسب
	NS	۶۳	۶۲/۵	۷۳	تصور ذهنی از خود
	NS	۱۴/۱	۱۴	۱۴/۵	شیوع تأخیر قاعدگی
	NS	۳۴	۳۳	۳۴	شیوع سرگیجه
	NS	۴۰	۴۶/۷	۳۷/۵	شیوع گرگرفتگی
	NS	۹۷	۹۰	۱۰۰	درصد کارکرد ادراری مناسب

شده و جدول ۴ نمره‌های تندرستی این زنان را نشان می‌دهد. در این دو جدول بهبود نشانه‌های بالینی در مقایسه با داده‌های جدول ۱ و بالا رفتن نمره‌ی تندرستی در جهت ارتقای کیفیت زندگی در مقایسه با جدول ۲ نشان داده شده است.

چون طبق پرسشنامه‌ی کیفیت تندرستی عمومی (GHQ) نمره‌های کمتر دال بر کیفیت بهترست. در این بیماران رحم‌برداری جز در زیر بخش افسردگی، بهبود کیفیت زندگی نشان داده شده است.

در جدول ۲ نمره‌های کیفیت تندرستی عمومی و زیر مجموعه‌های آن ارایه شده است. این جدول در جمع نمره‌های تندرستی زنانی که فقط رحمشان برداشته شده، نسبت به گروهی که تخمدان آنها هم برداشته شده تفاوت آماری معنی‌دار نشان نمی‌دهد.

در پی‌گیری سه ماه بعد، یک نفر از گروه فقط برداشتن رحم چهار نفر از گروه برداشتن رحم همراه با تخمدان غایب بودند.

جدول ۳ ویژگی‌های بالینی در پی‌گیری زنان رحم‌برداری

جدول ۲: نمره‌های تندرستی و زیرمجموعه‌های آن در زنان زهدان برداری شده

نام متغیر	رده	فقط برداشتن رحم	برداشتن رحم همراه با تخمدان برداری	مقدار p مقایسه‌ی دوگروه	مجموع دوگروه
نمره سلامت جسمانی	۱۲/۳۳ ± ۰/۲۴	۹/۷ ± ۰/۳۱	۰/۰۰۰ ۵۵	۱۱/۳۳ ± ۱/۶	
نمره اضطراب	۱۳/۱۶ ± ۰/۹۷	۸/۸ ± ۰/۲۲	۰/۱۱۴	۱۲/۶ ± ۱/۸	
نمره عملکرد اجتماعی	۸/۴۷ ± ۰/۳۴	۷/۳۵ ± ۰/۴۳	۰/۱۱۵	۱۲ ± ۱/۷	
نمره افسردگی	۸/۹۴ ± ۰/۳۱	۸/۷۵ ± ۰/۱۷	۰/۷۹	۱۵/۲ ± ۲/۲	
نمره ی تندرستی کلی	۹۲/۵ ± ۱۴/۶	۱۲۷/۳ ± ۱۷	۰/۱۲	۱۰۰/۵ ± ۱۶	

جدول ۳: مقایسه‌ی نشانه‌های بالینی آزمودنی‌ها پیش از برداشتن رحم و سه ماه پس از برداشتن رحم

شرح نشانه‌ی بالینی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	مقدار p
درد لگنی	قبل از عمل	۳۵	۶۳/۶۳	۲۰	۰/۰۵۶
	بعد از عمل	۲۵	۴۵/۴۵	۳۰	
بی‌اختیاری ادرار	قبل از عمل	۲۶	۴۷/۲۷	۲۹	۰/۰۰۰۵
	بعد از عمل	۹	۱۶/۳۶	۴۶	
تکرر ادرار	قبل از عمل	۲۸	۵۰/۹۰	۲۷	۰/۰۳۳
	بعد از عمل	۱۷	۳۰/۹۰	۳۸	
مشکلات عملکرد روده	قبل از عمل	۴۲	۷۶/۳۶	۱۳	۰/۰۰۷
	بعد از عمل	۵۲	۹۴/۵۴	۳	
درد شکم	قبل از عمل	۴۶	۸۳/۶۳	۹	۰/۰۰۶
	بعد از عمل	۳۳	۶۰	۲۲	
سرگیجه	قبل از عمل	۱۹	۳۴/۵۴	۳۶	۰/۲۱
	بعد از عمل	۱۷	۳۰/۹۰	۳۸	
گر گرفتگی	قبل از عمل	۲۲	۴۰	۳۳	۰/۰۲۲
	بعد از عمل	۳۴	۶۱/۸۱	۲۱	
نگرش نسبت به خود	قبل از عمل	۳۶	۶۵/۴۵	۱۹	۱
	بعد از عمل	۳۶	۶۵/۴۵	۱۹	

جدول ۴: مقایسه نمره های تندرستی آزمودنی ها سه ماه پس از برداشتن رحم

مقدار p			(X±SD)			گروه	نام متغیر
درمقایسه قبل از برداشتن رحم با تخمدان (پرداری)	درمقایسه با قبل (فقط برداشتن رحم)	درمقایسه با قبل (فقط برداشتن رحم)	مجموع برداشتن رحم ها	برداشتن رحم با تخمدان پرداری	فقط برداشتن رحم		
۰/۰۰۱۲	۰/۰۰۰۱۲	< ۰/۰۰۰۱	۱۱/۳۳±۱/۶	۳/۹۳±۰/۱۵	۵/۴±۰/۲۲	الف:نمره تندرستی: نمره سلامت جسمی	
۰/۰۵۱	۰/۰۱۷۴	< ۰/۰۱	۱۲/۶±۱/۸	۵/۶±۰/۲۶	۵/۶۲±۰/۲۵	نمره اضطراب	
۰/۰۰۳۶	۰/۰۴۴	< ۰/۰۰۰۱	۱۲±۱/۷	۴/۴۷±۰/۳۱	۶/۴۷±۰/۲۳	نمره عملکرد اجتماعی	
۰/۴۹	۰/۶۹	NS	۱۵/۲±۲/۲	۸/۱۹±۰/۲۸	۸/۳۳±۰/۳۲	نمره افسردگی	
< ۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۰۶	< ۰/۰۰۰۱	۱۰۰/۵±۱۶/۶	۲۲/۲±۰/۳۴	۲۵/۸±۰/۳	جمع نمره های تندرستی	

بحث و نتیجه گیری

فقط برداشتن رحم با شیوع آن پیش از این عمل تفاوت آماری معنی دار ($P > ۰/۰۰۱$) نشان داد و شیوع تکرار ادرار هم کاهش معنی دار ($P = ۰/۰۱۹$) داشت. در بعضی بررسی ها (۱۱ و ۱۰) بی‌اختیاری ادرار پس از برداشتن رحم گزارش شده که شاید علت آن مسن بودن آزمودنی‌ها (به علت پیری بافت‌های لگن) یا برداشته شدن فشار از روی مثانه (در وجود آدنومیوز یا میوم‌های بزرگ) باشد. در مطالعه‌ی ما شیوع مشکلات عملکرد روده و درد شکم پس از برداشتن رحم تفاوت آماری معنی دار نشان نداد که می‌تواند ناشی از عوارض پس از عمل باشد. همچنین، شیوع سرگیجه کاهش مختصر داشت که از لحاظ آماری معنی دار نبود ($p = ۰/۸۱۵$). در مطالعه‌ی ما شیوع گرگرفتگی در بیماران جراحی شده افزایش آماری معنی دار ($P = ۰/۰۲۲$) نشان داد که شاید علت آن تغییر هورمونی ناشی از عمل با توجه به ۷۲/۷ درصد اوو فورکتومی و حذف منبع استروژن (۱۲ و ۱۳) در آزمودنی‌ها باشد. در عین حال گرگرفتگی از نشانه‌های شایع بیماری‌های روان-تنی نیز بشمار می‌آید (۱۴). نمره‌ی کل تندرستی در بیماران برداشتن رحم شده نسبت به پیش از آن تفاوت آماری بشدت معنی دار ($P < ۰/۰۰۰۱$) داشت ولی اجزای تشکیل دهنده‌ی آن به درجات متفاوت (از $P < ۰/۰۱$ تا $P < ۰/۰۰۰۱$) تفاوت نشان داد که در مورد جزء افسردگی از لحاظ آماری معنی دار نبود. در مطالعه‌ی دیگران (۵) افسردگی پس از جراحی برداشتن رحم کمتر

زنان دارای مشکل رحمی، طیف گسترده‌ای از نشانه‌های بالینی را دارند که قادر است بر تندرستی عمومی آنان اثر بگذارد (۸).

برداشتن رحم در بهبود بیشتر این نشانه‌ها اثر دارد. در مطالعه‌ای در کلینیک Scott & white (۹) چهار ماه پس از برداشتن رحم ۸۸ درصد و ۱۱ ماه پس از آن ۹۳ درصد پاسخ دهندگان از لحاظ جسمی، عاطفی و روانی احساس بهبود داشتند. مطالعه‌ی ما نیز بهبود نمره‌ی تندرستی جسمی، اضطراب و عملکرد اجتماعی را نشان داد.

درد لگن مشکلات جدی در زنان دچار بیماری‌های ژینکولوژی بوجود می‌آورد. در مطالعه‌ی ما شیوع درد لگن از ۶۰ درصد در زنان فقط رحم‌پرداری شده و ۷۳ درصد در زنان برداشتن رحم‌پرداری شده همراه با تخمدان به ترتیب به ۳۸/۵ درصد در گروه فقط برداشتن رحم، و ۶۳/۳ درصد در گروه برداشتن رحم همراه با تخمدان کاهش یافته و این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار است ($P = ۰/۰۵۶$). ولی در یک مطالعه‌ی دیگر (۱۰) شیوع کلی درد از ۶۱/۳ درصد قبل از عمل به ۱۱/۷ درصد پس از عمل کاهش نشان داد ($P < ۰/۰۰۵$) ممکن است توجیه معنی دار نبودن، کمی فرصت پس از جراحی یا چشمداشت بیماران از پیامد عمل و یا مقیاس اندازه‌گیری درد-آری/نه - به جای (VAS) Visual Analyzing Scale باشد.

در مطالعه‌ی ما شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار پس از

جراحی را هم‌پوشانی کرده و آن را کمتر نشان داده باشد. شاید کم بودن مقدار P نمره‌ی اضطراب در مطالعه‌ی ما را هم بتوان به نگرش فرهنگی زنان، نسبت به رحم منسوب کرد.

در یک مطالعه‌ی اخیر (۱۶) نشان داده شده که زنان در تخمدان‌برداری دوطرفه نسبت به کسانی که تخمدان‌برداری نشده‌اند، ۶ ماه پس از برداشتن رحم از لحاظ برخی جنبه‌های کیفیت زندگی کمتر رضایت داشته‌اند ولی به مرور زمان و پس از دو سال این تفاوت از بین رفته است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌ی ما در نمره‌ی زیر مجموعه‌ی افسردگی نمره‌ی کیفیت تندرستی عمومی همخوانی دارد و علت آن می‌تواند ناشی از احساس کم‌شدن حالت زنانه (Femininity) پس از تخمدان‌برداری باشد.

محدودیت و پیشنهاد: در این مطالعه به علت کم بودن تعداد آزمودنی‌ها امکان تعیین و مقایسه‌ی نمره‌ی تندرستی عمومی زنان مبتلا به بیماری‌های ژینکولوژی مختلف (نیک خیم و بدخیم) فراهم نشد.

بنابراین، پیشنهاد می‌کنیم مطالعه‌ی گسترده‌تری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های احتمالی آینده بر مدت پی‌گیری نیز اضافه شود (به شش یا ۱۲ ماه).

از مقدار آن بیش از جراحی بود. با وجودی که نمره‌ی افسردگی ۶۶ درصد (۱۰۵ از ۱۵۹ بیمار) پیش و پس از عمل مشابه بود، شمار بیشتری از زنان بهبود افسردگی نشان دادند. به احتمال زیاد، علت این تفاوت در بهبود افسردگی پیش و پس از جراحی مربوط به تفاوت نگرش زنان جامعه‌ی ما درباره‌ی وجود یا برداشته شدن رحم است. در مطالعه‌ی دیگر (۱۴) نیز تفاوت آماری معنی‌دار بین نمره‌ی اضطراب، نشانه‌های جسمی، کارکرد اجتماعی و افسردگی ($P < 0/001$) بین گروه‌های رحم‌برداری کامل و نیمه کامل دیده شد ولی نمره‌ی افسردگی کمتر معنی‌دار بوده است. همچنین، در مطالعه ما نمره‌ی اضطراب از جزء تندرستی ($P < 0/01$) شدت کمتری از بهبود نشان داد.

در مطالعه‌ی دیگران (۱۵) زنان گروه رحم‌برداری نسبت به زنان شاهد تحت درمان دارویی، نمره‌ی بهداشت روانی (Mental Component Summary (MCS) بهتری کسب کردند ($P = 0/04$) و نمره‌های دیگر مربوط به رضایت از بهبود نشانه‌ی بالینی، میل جنسی، مشکلات خواب و تندرستی کلی بهتری داشتند. گرچه نتایج دو مطالعه مشابه بود ولی ممکن است تاثیر درمان دارویی مقداری از اثر

منابع

Effectiveness of hysterectomy. *Obs & Gyn* 2000 ; 95 (3):319-26.

5. Jones, Howard W. The Quality of Life in Women Suffering From Gynecological Disorders Is Improved by Means of Hysterectomy Absolute and Relative Differences Between Pre-and Postoperative Measures. *Obstet Gynecol Surv* 2001; 56(6): 341-20.

6. Rane Thakar, Susan Ayers, et al. Hysterectomy Improves Quality of Life and Decreases Psychiatric Symptoms: a Prospective and Randomized Comparison of Total Versus Subtotal Hysterectomy. *BJOG*. 2004; 111: 1115-200.

۷- کافی، موسی: بررسی شیوه‌های رویارویی با تنیدگی روانی (استرس) و ارتباط آن با سلامت روانی در نوجوانان مدارس عادی و خاص شهر تهران. پایان‌نامه چاپ نشر، دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۵.

۱- رحیم زاده، آویز؛ ناظمی، علیرضا؛ علیزاده، زهرا: بررسی تأثیر هیستریکتومی در بروز اختلالات جنسی در بیماران جراحی شده در بیمارستان بعثت سنندج. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۸۰، شماره ۲۲، صص: ۱۴-۶۶.

2. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. Are the Physiologically and Psychosocially Based Symptoms in Women Suffering from Gynecological Disorders Alleviated by Means of Hysterectomy?. *Women's Health Gen Based Med* 2001; 10(6):579-87.

3. Rock JA. Quality -of -life Assessment in Gynecologic Surgery. *J Reprod Med* 2001; 46(5 Suppl):515-9.

4. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Guzinski GM, Stolley PD.

8. Berek J. Novak's Gynecology. 13th ed. Los Angeles Lippincott Williams & Wilkins press, 2002: 761-800.
9. Lambden Mary Pt, Bellamy Gail. Preece Kasberg, et al. Women's sense of well Being Before and After of Hysterectomy. JOGNN. 1997; 26: 540-80.
10. Rock JA. Te linde's Operative Gynecology. 9th ed. Louisiana; Lippincott Williams & Wilkins press, 2003: 799-828.
11. Schultzer A, Winsetead-fry P. Predictors of QOL in Rural Patients with Cancer. Cancer Nursing 2001; 24(1):12-19.
12. WR Roovers JP, Van Der Bom G, Van Der Vaart CH, M Heintz AP. Hysterectomy and Sexual Well Being: Prospective Observational Study of Vaginal Hysterectomy, Subtotal Abdominal Hysterectomy, and Total abdominal ysterectomy. BMJ 2003; 327:774-78.
13. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. The Quality of Life in Women Suffering from Gynecological Disorders is Improved by Means of Hysterectomy. Absolute and Relative Differences Between Pre- and Postoperative Measures. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80(1):46-51.
14. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. The general Health in Women Suffering from Gynaecological Disorders is Improved by Means of Hysterectomy. Scand J Caring Sci 2001; 15(3):264-70.
15. Naughton, M. Health- Related Quality of Life After Hysterectomy. Clin Obstet Gynecol. 1997; 20(4): 947-57.
16. Teplin Vanessa, Vittinghoff Eric, Learman Lee A, et al. Oophorectomy in Premenopausal Women. Obs & Gyn 2007; 109:347-354.

Comparison the Women's Quality Life Before and after Hysterectomy

*Asgharnia M. (M.D)¹ - Esmailpoor N. (M.D)¹

* **Corresponding Author:** Alzahra Hospital, Namjoo st, Rasht, IRAN

E- mail: maryamasgharnia@yahoo.com

Received: 16/ Nov/ 2007

Accepted: 2/ Jun/ 2008

Abstract

Introduction: Gynecologic disorders are the most common health problems among women. If drug treatments lead to fail hysterectomy was considered.

Objective: Determine and compare the women's quality of life before and three months after hysterectomies.

Materials and Methods: According to chronic disorders (diabetes mellitus, cardio-vascular diseases) fifty five women were selected. Subjects were selected upon a pilot study and by consecutive non-probability sampling. Data were collected by a predetermined questioner; and processed and analyzed with SPSS. Chi- square and t test were used for analyzing accordingly.

Results: There was statistically different between mean scores of general health quality before and after hysterectomies ($P < 0/0001$) but its depression component had no different. General disorders and clinical symptoms were different with different statistically degrees. ($p=0.0005$ for urinary incontinence to $p=0.023$ for urinary urgency). Pelvic pain ($p=0.056$) and vertigo ($p=0.21$) showed no statistical differences.

Conclusions: After hysterectomy total health quality scores statistically improved but anxiety score showed less, and depression score showed no statistical difference. In order to more generalizing findings, recommended carrying out a larger study with benign and malign disorders separately.

Key words: Hysterectomy/ Quality of life/ Women Health.

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 67, Pages: 73-79