

Effect of Counseling based on Cognitive Behavioral Approach on Self-esteem of Hysterectomized Women of Reproductive Ages

Golnoosh Mohamadnezhad¹,
Mitra Tadayon Najafabadi²,
Hossein Komeilisani³,
Mohamadhosein Haghighizadeh⁴

¹ MSc Student in Midwifery Counseling, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

² Instructor, Menopause Andropause Research Center, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

³ Instructor, Department of Nursery, Education Development Center, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

⁴ Instructor, Department of Biostatistics, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

(Received August 1, 2018 ; Accepted November 6, 2018)

Abstract

Background and purpose: Hysterectomy is the second most common cause of surgery in women of reproductive ages. Evidence show that women who undergo hysterectomy suffer from psychological and physical illnesses. The present study aimed to investigate the effect of counseling with cognitive-behavioral approach on self-esteem of hysterectomized women of reproductive ages.

Materials and methods: This clinical trial was performed in 40 women aged between 15-45 years who were hysterectomized in Ahvaz Imam and Razi hospitals, 2018. Women with scores ≤ 15 Rosenberg self-esteem scale were divided into two groups of test (n=20) and control (n=20). The test group attended 12 sessions of cognitive-behavioral therapy and the control group received no training. Data were collected using Rosenberg self-esteem scale, Beck Depression Inventory, and a demographic questionnaire. Data analysis was done applying independent t-test, Chi-square, and repeated measures ANOVA.

Results: The mean score for self-esteem was not significantly different between the two groups before the intervention ($P=0.527$). But, the mean score for self-esteem before and after the intervention in the test group increased from 12.22 ± 1.83 to 22.72 ± 1.52 ($P < 0.001$) and in the control group decreased from 11.89 ± 1.19 to 11.47 ± 1.38 ($P=0.001$). Also, a significant difference was found between the two groups during the post-intervention period ($P < 0.001$).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy could be used as an effective therapeutic approach to improve the self-esteem of hysterectomized women in reproductive ages.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20180222038828N1)

Keywords: self-esteem, hysterectomy, counseling, cognitive behavioral therapy

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (171): 67-80 (Persian).

* Corresponding Author: Mitra Tadayon Najafabadi - School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran (E-mail: mtadayon1397@gmail.com)

بررسی تاثیر مشاوره با رویکرد شناختی- رفتاری بر عزت نفس زنان هیستریکتومی شده در سنین باروری

گلنوش محمدنژاد^۱ میترا تدین نجف آبادی^۲ حسین کمیلی ثانی^۳ محمدحسین حقیقی زاده^۴

چکیده

سابقه و هدف: هیستریکتومی دومین علت شایع جراحی زنان در سنین باروری است. مطالعات نشان می دهد زنان هیستریکتومی شده از ناخوشی های روانی و فیزیکی با هم رنج می برند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مشاوره با رویکرد شناختی- رفتاری بر عزت نفس زنان هیستریکتومی شده در سنین باروری انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی با کد IRCT20180222038828N1 که در سال ۱۳۹۷ انجام پذیرفت، ۴۰ نفر از زنان ۴۵-۱۵ ساله که در بیمارستان امام و رازی شهر اهواز هیستریکتومی شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. زنان دارای نمره کم تر از ۱۵ در پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمون تحت ۱۲ جلسه درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، افسردگی بک و مشخصات فردی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار، آزمون های تی مستقل، کای دو، تحلیل واریانس با اندازه های مکرر انجام گرفت.

یافته ها: میانگین نمرات عزت نفس قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت ($P=0/527$). میانگین نمره عزت نفس قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون از $12/22 \pm 1/83$ به $22/72 \pm 1/52$ افزایش ($P<0/001$) و در گروه کنترل از $11/89 \pm 1/19$ به $11/47 \pm 1/38$ کاهش یافت که در طی زمان معنی دار بود و همچنین تفاوت بین دو گروه در طی زمان های بعد از مداخله معنادار بوده است ($P<0/001$).

استنتاج: درمان شناختی- رفتاری می تواند به عنوان یک رویکرد درمانی در بهبود عزت نفس زنان هیستریکتومی شده در سنین باروری موثر باشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20180222038828N1

واژه های کلیدی: عزت نفس، هیستریکتومی، مشاوره، درمان شناختی رفتاری

مقدمه

هیستریکتومی (Hysterectomy) یکی از شایع ترین جراحی های ژنیکولوژی انجام شده در جهان است که به دلیل تاثیر آن بر وضعیت و تصویر بدنی و ایجاد ناباروری اهمیت فراوانی دارد (۱-۳).

مؤلف مسئول: میترا تدین نجف آبادی- اهواز: دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده پرستاری و مامایی

E-mail: mtadayon1397@gmail.com

۱. دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۲. مربی، مرکز تحقیقات بانسگی در زنان و مردان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۳. مربی، گروه پرستاری و مرکز مطالعات و توسعه ی آموزش پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۴. مربی، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۵/۱۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۸/۱۵

سالیانه ۵/۸-۵/۱ در هر ۱۰۰۰ زن ایالت متحده و ۲/۶۸-۳/۰۳ در هر ۱۰۰۰ زن تایوانی تحت هیستریکتومی قرار می‌گیرند (۵،۴). در ایران بر پایه گزارش سلامت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، تعداد ۱۴۶۴۲۲ نفر تحت عمل هیستریکتومی قرار گرفته‌اند (۶). عمل هیستریکتومی یک منبع استرسی قوی است، زیرا منوپوز^۱ اولیه و افکار برداشتن یک عضو حیاتی، دیدگاه منفی ایجاد می‌کند و تحریک‌کننده قوی برای استرس و مشکلات روانی در زنان می‌باشد (۷-۹). شواهد در حال رشد از مطالعات کلینیکی نشان می‌دهد که زنان هیستریکتومی شده از ناخوشی‌های روانی و فیزیکی با هم رنج می‌برند، که معمولاً بر یکدیگر اثر متقابل دارند (۱۱،۱۰). ناخوشی‌های روانی وابسته به هیستریکتومی عموماً شامل افسردگی، اضطراب و علائم وابسته به استرس می‌باشند (۱۰،۸،۴،۱۶-۱۲). ناخوشی‌های مرتبط با هیستریکتومی می‌تواند با احساسات منفی در مورد تصویر بدنی، زنانگی، جوانی، انرژی و میزان فعالیت و همچنین از دست دادن قدرت باروری شروع شود (۱۷). شکست در انجام وظایفی همچون تولیدمثل و باروری و احساس کاهش در ویژگی‌های زنانه منجر به کاهش اطمینان به خود و در نتیجه کاهش عزت‌نفس می‌گردد که ممکن است سبب از دست رفتن خلاقیت و احساس پوچی شود (۱۸). این عمل جراحی بر عزت‌نفس زنان، همچنین بر خود مراقبتی و شیوه زندگی آن‌ها در مقایسه با قبل از جراحی اثر می‌گذارد (۸). یکی از مهم‌ترین نیازهای انسان که او را در برابر اضطراب و رویدادهای فشارزا محافظت می‌نماید، عزت‌نفس است (۱۹). کوپراسمیت^۲ معتقد است، منظور از عزت‌نفس ارزیابی فرد از خویش است که آن را از طریق توجه به خویش به دست می‌آورد و نشانه نگرشی از تایید یا عدم تایید است به میزانی که فرد به توانایی، موفقیت و ارزش خویش اعتقاد دارد (۲۰). عزت‌نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود

داشته، بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد است و متقابلاً، تصویر ذهنی که به هر صورتی دستخوش تغییر شده باشد منجر به تغییراتی در میزان حس ارزشمندی می‌شود (۲۱). در مطالعاتی که به بررسی تاثیر عزت‌نفس پرداخته شد، بیان گردید که عزت‌نفس پایین پیامدهایی مانند اضطراب و افسردگی، اختلال‌های جسمی و روانی، مشکلات رفتاری، ارتباطی و رفتارهای انحرافی را به دنبال دارد (۱۹،۲۲،۲۳). فردی که نگرش منفی نسبت به خود دارد، عزت‌نفس پایین‌تری داشته و کاملاً واضح است که ارزشی برای خود قائل نمی‌شود. با دید منفی‌تری به خود نگاه می‌کند و حتی ممکن است منتظر رخ دادن حوادث بد و ناگوار بوده و به خاطر عقب‌نشینی‌های کوچک احساس شکست کند (۲۴). همچنین عزت‌نفس بالا فرد را در مقابل انواع مشکلات، مسائل زندگی و فشارهای روانی مقاوم خواهد کرد و می‌تواند بر درک و تفسیر فرد از واکنش‌های هیجانی تاثیرگذار باشد (۸). پژوهشگران نشان دادند که بالا بودن سطوح عزت‌نفس و اطمینان بخشی به زنان جهت فعالیت‌های خود مراقبتی بعد از هیستریکتومی مهم است که با این کار ممکن است زنان کم‌تر تحت تاثیر اثرات فیزیولوژیکی و روانی به دنبال جراحی قرار بگیرند (۸). امروزه روانشناسان به عنوان اولین گام برای درمان بسیاری از اختلالات شخصیتی و رفتاری به ارزیابی و پرورش خود پنداره، احساس عزت‌نفس و تقویت اعتماد به نفس می‌پردازند (۲۵). در مورد چگونگی افزایش عزت‌نفس نظریه پردازان مختلف، روش‌های متفاوتی را پیشنهاد کرده‌اند، برخی پژوهشگران به نقش خانواده، برخی به آموزش گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت‌درمانی گروهی و رویکرد شناختی بر افزایش عزت‌نفس پرداخته‌اند (۳۰-۲۶). هر چند روانشناسان توانسته‌اند با استفاده از اصول رویکرد شناختی موفقیت‌های زیادی در مشاوره و روان‌درمانی کسب کنند، اما تلفیق دو رویکرد شناختی و رفتاری می‌تواند تأثیرهای سریع‌تر و عمیق‌تری را در مراجعان

1- Menopause
2- Cooper smith

ایجاد کند. از طریق تلفیق این دو رویکرد بسیاری از نقص‌های موجود در هر یک بر طرف شده و روشی کامل‌تر و کاربردی‌تر به وجود آمده است (۳۱). این رویکرد، درمانی سازمان یافته و جهت بخش، مساله مدار و معطوف به عامل‌های تداوم بخش مشکلات بوده، و بیمار را به عنوان کسی که نقشی برابر در درمان دارد، در نظر می‌گیرد. از لحاظ زمانی کوتاه و محدود است و در آن سعی می‌شود به بیمار کمک شود تا در خود مهارت‌های خود یاری مستقلی پدید آورد (۳۲).

مطالعه‌ای با عنوان بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و خوداثرمندی نوجوانان نشان داد که پس از درمان در نمره‌های عزت نفس نوجوانان تغییر معنی داری مشاهده نشد (۳۳). همچنین در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که درمان شناختی- رفتاری گروهی می‌تواند بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت نفس زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی موثر باشد (۳۴). در یک بررسی سیستماتیک که به ارزیابی کارآیی درمان شناختی- رفتاری در بهبود عزت نفس نوجوانان افسرده ۱۳ تا ۱۸ ساله پرداخته شد، نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند درمان موثری در افزایش عزت نفس کلی و عزت نفس تحصیلی باشد (۳۵). محققان در ایران نیز در یک مطالعه دریافتند که درمان شناختی- رفتاری به گونه معنی داری عزت نفس بیماران زن مبتلا به مشکل پوستی (ویتیلیگو) را بهبود می‌بخشد و می‌تواند به عنوان یک روش روان درمانی انتخابی و همچنین مکمل درمان‌های پزشکی در درمان بیماران پوستی سودمند باشد (۳۶). به دلیل اهمیت اثر هیستریکتومی بر روی ابعاد روانی، تخریب نقش زنانه، هویت جنسی و عزت نفس زنان، خصوصاً در زنانی که در سنین باروری هستند و این که عزت نفس یک عامل روانی مهم در ارتباط با کیفیت زندگی است، عدم کفایت سیستم‌های حمایت اجتماعی و مشاوره می‌تواند سبب افسردگی، اضطراب و ناامیدی این بیماران شود. بی تردید چنین پیامدهایی میزان آسیب پذیری فرد را

افزایش می‌دهد که به نوبه خود در روابط میان فردی و اجتماعی عواقبی چون جدا افتادن فرد از ایفای نقش بهنجار را به دنبال دارد. تاثیر مداخلات شناختی- رفتاری بر ارتقا عزت نفس در مطالعات مختلفی به اثبات رسیده است، ولی تاثیر این مداخله بر عزت نفس زنان هیستریکتومی شده در سنین باروری در ایران بررسی نشده است. ارایه دهندگان خدمات بالینی باید آگاهی کاملی از اثرات این عمل در بعد روحی- روانی، اجتماعی، جنسی، رضایت فردی و همین طور کیفیت زندگی پس از عمل، آگاهی کامل به زنان، به خصوص زنان جوان‌تر نسبت به زنان مسن که در معرض خطر بیش تری بوده و توجهات بیشتری را نیاز دارند، بدهند. ارایه دهندگان خدمات می‌توانند با مشاوره که یک رابطه یاورانه دو نفره است، با تکیه بر نیاز فرد به حل مشکل زنان کمک کنند. با طراحی و انجام مطالعه حاضر تلاش گردید که تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر عزت نفس زنان هیستریکتومی شده در سنین باروری بررسی شود که بتوان با توجه به نتایج این مطالعه از پیامدهای مطلوب آن در تفکرات و سلامت روان زنان بعد از عمل جراحی استفاده نمود، تا برای مراکز بالینی، درمانگران و پژوهشگران مفید و سودمند باشد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل که در سال ۱۳۹۷ انجام پذیرفت، جامعه آماری شامل کلیه زنان هیستریکتومی شده به روش شکمی و سوپراسرویکال دارای ویژگی‌های واحدهای مورد مطالعه که در بیمارستان امام و رازی شهر اهواز جراحی شده بودند، بوده است. پس از تایید مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز (کد ۹۰۸) و ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد (IRCT20180222038828N1) نمونه‌گیری انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل، زنان سنین باروری ۴۵-۱۵ سال، داشتن سواد خواندن و

ورود و خروج، ۴۰ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب گردید و براساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند. ابزارهای به کار رفته در این مطالعه شامل پرسشنامه دموگرافیک، مقیاس عزت نفس روزنبرگ، پرسشنامه افسردگی بک بوده است. اطلاعات دموگرافیک مد نظر شامل سن، شغل، تعداد فرزندان، مدت زمان از عمل هیسترکتومی، تحصیلات، روش جراحی، سابقه بدخیمی و ... بوده است.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ یکی از رایج ترین مقیاس های اندازه گیری عزت نفس بوده و مقیاس معتبری در نظر گرفته می شود. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می سنجد. نمرات این مقیاس از صفر تا ۳۰ بوده و نمره ۳۰ بالاترین نمره ممکن است. نمرات بالاتر از ۲۵ نشان دهنده عزت نفس بالا، نمرات بین ۱۵ تا ۲۵ نشان دهنده عزت نفس متوسط و نمرات کم تر از ۱۵ نشان دهنده عزت نفس پایین می باشد (۴۰).

در مطالعه ای این مقیاس بر روی ۱۹۷ دانشجوی همسانی درونی ۰/۸۴، ضرایب قابلیت اعتماد باز آزمایشی مقیاس عزت نفس روزنبرگ بر روی ۷۸ دانشجوی (با فاصله زمانی ۲ هفته) ۰/۸۴، بر روی ۸۲ دانشجوی (با فاصله زمانی ۵ ماه) ۰/۶۷ و بر روی ۸۱ دانشجوی (با فاصله زمانی ۱ سال) ۰/۶۲ گزارش گردید که همگی معنی دار بوده است (۴۱).

در مطالعه ای همبستگی مقیاس عزت نفس روزنبرگ با مقیاس عزت نفس کوپراسمیت ۰/۶۱، گزارش گردید، ولی ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی مقیاس عزت نفس روزنبرگ بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز ۰/۶۹ و ۰/۶۸ و ضریب باز آزمایشی مقیاس فوق را با فاصله یک هفته ۰/۷۷، دو هفته ۰/۷۳، سه هفته ۰/۷۸ گزارش شد که همه ضرایب باز آزمایشی به دست آمده معنی دار بود (۴۲).

پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و هر گویه یک جنبه خاص

نوشتن، بر خورداری از سلامت جسمی و روانی (که با معاینات پزشکی و ویزیت روانشناس انجام شد)، داشتن نمره کم تر از ۱۵ در پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، شاخص توده بدنی بین ۱۸/۵-۲۴/۹، زنان متأهل همسر دار و بازه زمانی حداقل ۲ ماه تا ۱۲ ماه از عمل هیسترکتومی بوده است. به دلیل آن که زنان تا ۲ ماه بعد از جراحی تقریباً تحت تاثیر تغییرات حالت های روانی- جسمی این عمل قرار نگرفته اند و بعد از یکسال نیز با این حالات سازگار می شوند، این بازه زمانی مورد مطالعه قرار گرفت (۳۷).

معیارهای خروج از مطالعه شامل، تشخیص بدخیمی پس از انجام عمل هیسترکتومی، زنان بیوه، مطلقه و مجرد، مصرف داروهای روان پزشکی، هر گونه اختلال در ظاهر بیمار، سابقه قبلی استفاده از روش شناختی رفتاری، سابقه بیماری های روانی قبل از عمل، افسردگی شدید، زنان با نازایی اولیه، تاریخچه ای از ماستکتومی و سابقه سرطان رحم، بوده است.

حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه و با توجه به مقاله مشابه با در نظر گرفتن میانگین و انحراف معیار متغیر عزت نفس $19/00 \pm 0/93$ در گروه آزمون و $16/00 \pm 1/07$ در گروه شاهد، برای اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد و با احتساب احتمال ریزش ۱۰ درصد، ۲۰ نفر در هر گروه محاسبه گردید (۳۸).

نمونه گیری به روش در دسترس و بررسی پرونده های بستری بایگانی شده در قسمت مدارک پزشکی انجام شد و افراد از طریق تماس تلفنی دعوت به همکاری شدند. پس از اخذ رضایت و توجیه شرکت کنندگان در مورد اهداف مطالعه و نحوه اجرا و همچنین اطمینان از محرمانه بودن نتایج، پرسشنامه دموگرافیک، افسردگی بک و عزت نفس روزنبرگ تکمیل گردید. افراد با نمره کمتر از ۲۹ پرسشنامه بک و نمره کم تر از ۱۵ پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ جدا شدند (۳۹، ۴۰). از پرسشنامه افسردگی بک فقط برای تعیین واجدین ورود به مطالعه استفاده شد. براساس نمره های به دست آمده و معیارهای

جدول شماره ۱: ساختار و محتوای جلسات

جلسه اول	خوشامدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوطه، آشنایی با یکدیگر، تفکر و احساس، قدیس، استاندارد های وضع شده ی ما برای خودمان و دیگران، تمثیل چندان برای مراحل شناخت درمانی، آراشش تصویری هدایت شده، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه دوم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، نظریه ی شناختی، طبقه بندی باور ها، افکار خود آید مرتبط با گروه درمانی، مقاومت در برابر درمان، تشخیص مقاومت های بالقوه و راهبرد هایی برای جلوگیری از آن، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه سوم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، القای فکر، آشنایی با روش پیکان رو به پایین، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه چهارم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، مرور و بررسی پیکان رو به پایین و پیکان رو به پایین پیشرفته، انواع باور ها، طبقه بندی باور ها، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه پنجم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، تهیه فهرست اصلی باور ها، نقشه های شناختی، تهیه ی درجه بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه ششم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، تمثیل غول دریاچه، تحلیل عینی، تحلیل استاندارد، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه هفتم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، تحلیل کارآمدی، تحلیل هماهنگی، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه هشتم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، تحلیل منطقی، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه نهم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، ساخت سلسله مراتب، مخالف ورزشی، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه دهم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، تغییر ادراکی، بازسازی ارادی کرکنس، تکلیف خانگی برای جلسه ی بعد
جلسه یازدهم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، خود تبیینی - خود پاداش دهی، تکنیک های نگهداری، تکلیف خانگی برای هفته بعد
جلسه دوازدهم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، مروری بر برنامه، قرار هایی به منظور پیگیری و ارزیابی پس از درمان، مراسم اختتامیه

یافته ها

در این مطالعه ۴۰ نفر زن هیستریکتومی شده مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه آزمون دو نفر به علت غیبت بیش از سه جلسه و در گروه کنترل یک نفر به علت قطع ارتباط با مطالعه، امکان انجام پس آزمون برای آنان وجود نداشته است. تعداد افرادی که نمره هایشان در تحلیل ها وارد شد ۱۸ نفر در گروه آزمون و ۱۹ نفر در گروه کنترل بوده است (فلوچارت شماره ۱). از نظر متغیرهای سن، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، شاخص توده بدنی، تحصیلات همسر و مدت زمان از عمل جراحی هیستریکتومی اختلاف معنی داری وجود نداشته است (جدول شماره ۲).

بر اساس نتایج جدول شماره ۳، در مرحله قبل از مداخله میانگین نمره عزت نفس زنان دو گروه آزمون و کنترل نزدیک به هم بوده است و از لحاظ آماری تفاوتی وجود نداشت ($t=0/640$ ، $df=29/36$). اما در مرحله یک هفته و یک ماه بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره عزت نفس زنان در دو گروه وجود داشت که در مرحله یک هفته بعد از مداخله تفاوت آماری معنی دار به صورت ($t=23/403$ ،

از افسردگی را می سنجد. این مقیاس یک پرسشنامه استاندارد است که مطالعات مختلفی در ایران شواهد روان سنجی این آزمون را مورد تایید قرار داده اند.

در مطالعه ای ثبات درونی این ابزار را $0/73$ تا $0/93$ با میانگین $0/86$ و ضریب آلفا برای گروه بیمار $0/86$ و غیر بیمار $0/81$ گزارش شده است (۴۳). پایایی این پرسشنامه در جامعه بزرگسالان ایرانی $0/78$ و اعتبار آن $0/84$ و همچنین ثبات درونی آن $0/83$ گزارش گردید. همچنین روایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و باز آزمایی $0/73$ تا $0/92$ گزارش شده است (۴۴). هر ماده این پرسشنامه دارای چهار گزینه است که بر مبنای صفر تا سه نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. ابتدا از همه افراد اعم از گروه آزمون و گروه کنترل، پرسشنامه دموگرافیک و پیش آزمون (پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ) را تکمیل نمودند. بعد از اجرای پیش آزمون، گروه آزمون در معرض متغیر مستقل (مشاوره با رویکرد شناختی- رفتاری) قرار گرفت، اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. جلسات گروه آزمون ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای، دو بار در هفته بود که در درمانگاه یائسگی بیمارستان امام شهر اهواز تشکیل شد. یک هفته و یک ماه پس از پایان اجرای مداخله مجدداً از آزمودنی های هر دو گروه پس آزمون و پیگیری به عمل آمد. در جدول شماره ۱، خلاصه ای از محتوای جلسات درمان آمده است (۴۵، ۴۶). داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای سنجش نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. از آزمون های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) استفاده گردید. برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه از آزمون T مستقل و برای متغیرهای کیفی اسمی از آزمون مربع کای و تحلیل واریانس استفاده شد و سطح معنی داری نیز $0/05$ در نظر گرفته شد.

یک هفته بعد از مداخله	۲۲/۷۲	۱/۵۲	۱۱/۴۷	۱/۳۸	<۰/۰۰۱
یک ماه بعد از مداخله	۲۲/۰۵	۱/۵۸	۱۱/۰۵	۱/۷۱	<۰/۰۰۱
سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

۴۰ نفر زن هیسترکتومی شده واجد شرایط و داوطلب تخصیص تصادفی براساس جدول اعداد تصادفی

گروه کنترل ۲۰ نفر

گروه آزمون ۲۰ نفر

خروج ۱ نفر، به علت قطع ارتباط با پژوهش

گروه کنترل ۱۹ نفر

خروج ۲ نفر، به علت غیبت بیش از سه جلسه

گروه آزمون ۱۸ نفر

فلوجارت شماره ۱: روند مطالعه

جدول شماره ۲: مقایسه مشخصات فردی زنان هیسترکتومی شده در گروه مشاوره شناختی رفتاری و گروه کنترل

گروه	متغیر	آزمون	کنترل	سطح معنی داری
سن (سال) (انحراف معیار \pm میانگین)	(۳۸/۸۳) \pm (۶/۶)	(۳۸/۹۵) \pm (۵/۴۱)	۰/۵۷۷	
سن همسران (سال) (انحراف معیار \pm میانگین)	(۴۱/۴۴) \pm (۸/۳۶)	(۴۰/۵۸) \pm (۱۱/۲)	۰/۷۱۹	
مدت زمان از عمل هیسترکتومی (ماه) (انحراف معیار \pm میانگین)	(۷/۳) \pm (۳/۲۹)	(۷/۹) \pm (۲/۲۰)	۰/۶۶۵	
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع) (انحراف معیار \pm میانگین)	(۲۲/۸۳) \pm (۱/۰۲)	(۲۲/۰۸) \pm (۱/۰۱)	۰/۰۷۱	
اینهايي	(۳۸/۹)۷	(۳۱/۶)۶	۰/۹۰۸	
سطح تحصیلات شرکت کنندگان	(۱۶/۷)۳	(۲۶/۳)۵		
تعداد (درصد)	(۲۷/۸)۵	(۲۶/۳)۵		
دانشگاهی	(۱۶/۷)۳	(۱۵/۸)۳		
شغل شرکت کنندگان	(۸۸/۹)۱۶	(۸۹/۵)۱۷	۰/۹۵۴	
تعداد (درصد)	(۱۱/۱)۲	(۱۰/۵)۲		
خانگی	(۱۱/۱)۲	(۱۱/۱)۲		
عالی	(۳۸/۹)۷	(۱۵/۸)۳	۰/۶۱۶	
وضعیت اقتصادی	(۳۳/۳)۴	(۵۲/۶)۱۰		
تعداد (درصد)	(۱۶/۷)۳	(۵/۳)۱		
ضعیف	(۱۱/۱)۲	(۵/۳)۱		
اینهايي	(۳۸/۹)۷	(۳۱/۶)۶	۰/۹۲۲	
تحصیلات همسر	(۲۷/۸)۵	(۲۶/۳)۵		
تعداد (درصد)	(۲۲/۲)۴	(۲۶/۳)۵		
دانشگاهی	(۱۶/۷)۳	(۱۰/۵)۲	۰/۳۲۵	
تعداد فرزندان	(۱۶/۷)۳	(۳۱/۶)۶		
تعداد (درصد)	(۴۴/۴)۸	(۴۲/۱)۸		
۰	(۲۲/۲)۴	(۱۵/۸)۳		
۱-۲				
۳-۴				
۵				

بحث

با توجه به ارتباط هیسترکتومی با حالات منفی روان شناختی و تاثیر این حالات بر سلامت روانی، استفاده از روش های روان شناختی می تواند در بهبود وضعیت روان شناختی این بیماران مفید باشد. همچنین اثرات مثبت مشاوره شناختی- رفتاری به ویژه بر عزت نفس در مطالعات گوناگون دیده شده است (۴۷-۵۲، ۳۴). مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مشاوره با رویکرد شناختی- رفتاری بر عزت نفس زنان هیسترکتومی شده

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره ی عزت نفس زنان هیسترکتومی شده قبل از مداخله و یک هفته و یک ماه بعد از مداخله در گروه مشاوره شناختی رفتاری و گروه کنترل

عزت نفس	آزمون (۱۸ نفر)		کنترل (۱۹ نفر)		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
قبل از مداخله	۱۲/۲۲	۱/۸۳	۱۱/۸۹	۱/۱۹	۰/۵۲۷

در سنین باروری انجام پذیرفت. پس از اجرای این روش و بررسی نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت دو گروه از نظر آماری معنی دار می باشد که به عبارتی نشان دهنده این است که مشاوره انجام گرفته به صورت معنی داری بر افزایش عزت نفس موثر بوده و اثر بخش بودن مشاوره با رویکرد شناختی- رفتاری بر عزت نفس تایید شد. به دلیل فقدان پیشینه مطالعاتی در مورد تاثیر روش مداخله شناختی- رفتاری بر عزت نفس زنان هیستریکتومی شده، ناگزیر به بررسی مطالعاتی پرداخته شد که با استفاده از شیوه های مداخله مبتنی بر نظریات شناختی- رفتاری بر عزت نفس انجام شده است. نتایج این مطالعه با برخی مطالعات هم خوانی داشته است (۳۴، ۵۲-۴۷). تبیین این همسویی می تواند ناشی از وجود نکات مشترک در ساختار جلسات و تاکید بر مفاهیم شناختی باشد که توانسته تاثیرات معنی داری را بر میزان عزت نفس بگذارد.

در مطالعه ای که پژوهشگران اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی را بررسی نمودند، گروه آزمایش در معرض مداخله شناختی رفتاری گروهی در قالب دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفت. یافته ها نشان داد که میانگین تصویر تن و عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده پس از اجرای مداخله، در گروه آزمایش بیش تر از میانگین گروه کنترل بود و تفاوت آماری معنی داری داشته است ($P < 0/01$). بنابراین آن ها به این نتیجه رسیدند که شیوه مداخله مورد استفاده بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت نفس زنان ماستکتومی شده موثر می باشد (۳۴).

محققان در مطالعه ای که کاربرد عملی و بالینی یک مداخله شناختی رفتاری را برای عزت نفس پایین در جمعیتی از بیماران بستری با تشخیص دوگانه اسکیزوفرنی و سوء مصرف مواد بررسی کردند، نمونه کوچکی از بیماران بستری با تشخیص دوگانه (۲۳ نفر) طی یک دوره لیست انتظار یک ماهه برای اطمینان از وجود عزت

نفس پایین، آسیب شناسی و سوء مصرف مواد، قبل از شروع مداخله ۸ جلسه ای غربالگری شدند. نتیجه ها افزایش معنی داری در میزان عزت نفس و کاهش معنی داری در نشانه های افسردگی و آسیب شناسی مربوط به اسکیزوفرنی نشان داد. همچنین این بهبود پس از ۳ ماه پیگیری حفظ شد (۵۲).

در یک کارآزمایی بالینی که تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری در افراد اسکیزوفرن که به خاطر بیماری خود احساس ننگ و بدنامی می کردند و از عزت نفس پایین رنج می بردند، مورد ارزیابی قرار دادند، تمام شرکت کنندگان (۲۱ نفر) یک دوره گروه درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر احساس بدنامی و عزت نفس را گذراندند. پس از درمان عزت نفس آنان به طور معنی داری بهبود یافت. میزان افسردگی و علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و میزان آسیب شناسی عمومی آن ها به طور معنی داری کاهش یافت (۵۰).

محققان مطالعه ای را با عنوان درمان شناختی رفتاری پرستار محور بر کیفیت زندگی، عزت نفس و خلق بیماران فیلیپینی با ناتوانی قلبی انجام دادند. در این کارآزمایی بالینی با پیش و پس آزمون، هر دو گروه مداخله و کنترل، مراقبت سنتی مشخص شده توسط انجمن قلب فیلیپین را دریافت نمودند و گروه مداخله علاوه بر مراقبت سنتی، برنامه درمان شناختی- رفتاری پرستار محور را به دنبال ترخیص از بیمارستان به مدت ۱۲ هفته متوالی دریافت نمودند. محققان در این مطالعه به این نتیجه رسیدند که بعد از ۱۲ هفته مداخلات شناختی رفتاری پرستار محور بر امتیازهای کیفیت زندگی، عزت نفس و خلق در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ آماری تاثیر چشمگیری داشته است ($P < 0/01$) (۴۷). در مطالعه ای که با هدف ارزیابی گروه درمان شناختی رفتاری برای زنان با عزت نفس پایین انجام پذیرفت، به این نتیجه رسیدند که افزایش چشمگیری در نمرات عزت نفس و کاهش در میزان افسردگی و اضطراب بعد از مداخله وجود داشته است ($P < 0/001$) (۵۱).

تایید شده بود. تغییرات زیادی در افکار زنان در مورد احساس ناتوانی در حاملگی و احساس عدم قاعدگی و افکار نگرانی در مورد جنبه‌های زنانگی در طول دوره بعد از عمل در مقایسه با قبل از عمل اتفاق افتاده بود ($P < 0/001$). بنابراین طبق نتایج این مطالعه پیشنهاد داده شد که زنان تحت هیستریکتومی باید مشاوره در عزت نفس و استرس و سازگاری جهت زندگی اجتماعی را دریافت نمایند (۳۷). در مطالعه حاضر نیز در گروه کنترل به دلیل عدم دریافت جلسات شناختی- رفتاری بعد از هیستریکتومی، میانگین نمره عزت نفس در یک هفته و یک ماه بعد از مداخله کاهش یافته است ($P = 0/001$).

مطالعه ای در بوشهر که با هدف بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش عزت نفس و کاهش ناامیدی نوجوانان مبتلا به بتاتالاسمی انجام پذیرفت، گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، مورد مداخله قرار گرفتند. نتایج حاصل نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش ناامیدی ($t = 4/67, P < 0/01$)، افزایش عزت نفس کلی ($t = 3/43, P < 0/001$) و سطوح عزت نفس خانوادگی ($t = 2/63, P < 0/01$) و تحصیلی ($t = 2/03, P < 0/05$) بیماران موثر بوده است. علاوه بر این افزایش عزت نفس با کاهش ناامیدی رابطه مستقیم و معکوس دارد ($P < 0/001$) و تفاوت معنی داری در نمرات عزت نفس سطح اجتماعی دیده نشد (۴۹). مداخله اجرا شده در این مطالعه سبب افزایش معنی دار حس ارزشمندی در سطح اجتماعی بیماران نشده بود، که می تواند به عوارض ناخواسته این بیماری مانند درگیر شدن در سایر بیماری‌های عفونی مانند ایدز و هپاتیت و نهایتاً بد شکلی ظاهری و روابط متقابل افراد در تعاملات مختلف اجتماعی مربوط باشد که قطعاً می تواند بر سطح عزت نفس اجتماعی بیماران تالاسمی مداخله داشته باشد و منجر به واکنش ناخوشایند طرف مقابل گردد. بنابراین توجه به آگاه سازی عمومی افراد اجتماع در ارتباط با بیماران تالاسمی مفید و ضروری است.

پژوهشگران در مطالعه ای با بررسی تاثیر آموزش دادن قبل از جراحی بر عزت نفس و تصویر بدنی در زنان تحت هیستریکتومی، به این نتیجه رسیدند که امتیازهای تصویر بدنی پیش و پس آزمون در گروه مداخله مشابه بوده است، اما امتیازهای پس آزمون در گروه کنترل بالاتر بود که نشان می دهد تصویر بدنی زنان در گروه کنترل به دلیل برداشتن رحم کاهش یافته است ($P < 0/05$). امتیازهای پیش و پس آزمون عزت نفس در میان بیماران گروه مداخله مشابه بوده است، که این به دلیل عدم تغییر در تصویر بدنی و بنابراین عدم تاثیر منفی بر عزت نفس بوده است. اما امتیازهای پس آزمون عزت نفس در گروه کنترل پایین تر بود که به دلیل تصویر بدنی معیوب بعد از جراحی، عزت نفس را تحت تاثیر قرار داده است ($P < 0/05$) (۵۳). این مطالعه قبل از عمل جراحی هیستریکتومی انجام شده بود که نشان داد بین عزت نفس و نگرانی در مورد تصویر بدنی رابطه معکوسی وجود دارد، به این ترتیب که هر چه نگرانی در مورد تصویر بدنی بالاتر باشد عزت نفس پایین تر است و بالعکس هر چه نگرانی در مورد تصویر بدنی پایین تر باشد، عزت نفس بالاتر است. آموزش های قبل از عمل موجب محافظت از نگرانی در مورد تصویر بدنی و عزت نفس شده بود. در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد که بعد از هیستریکتومی در گروه آزمون به دلیل دریافت جلسات شناختی- رفتاری و تاثیر بر سلامت روان زنان، نمرات عزت نفس افزایش یافته است و در گروه کنترل به دلیل عدم دریافت مداخلات کاهش در میانگین نمرات عزت نفس وجود داشت.

در مطالعه دیگر با هدف سنجش رابطه خود ارزیابی و عزت نفس زنان تحت هیستریکتومی، نتایج نشان داد که هیچ تغییری در میزان عزت نفس یک هفته بعد از جراحی رخ نداده است ولی کاهش چشمگیری در میزان عزت نفس زنان سه ماه بعد از هیستریکتومی رخ داده بود ($p < 0/001$). همچنین کاهش چشمگیری در خود ارزیابی زنان یک هفته و سه ماه بعد از جراحی

در مطالعه‌ای دیگر که با هدف اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی، اضطراب و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک انجام پذیرفت، گروه آزمون تحت گروه درمانی شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه و گروه شاهد تحت درمان گروهی حمایتی غیر ساختار یافته قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که بعد از گروه درمانی شناختی رفتاری، میزان افسردگی و اضطراب در پایان درمان و ۲ ماه و ۶ ماه پیگیری کاهش معنی داری نسبت به گروه شاهد داشته است ($P < 0/05$). اما تغییرات در میانگین عزت نفس هر دو گروه در چهار مرحله و پیگیری‌های ۲ ماهه و ۶ ماهه افزایش داشته است، ولی این اختلاف در تمام مراحل معنی دار نبود ($P > 0/05$) که با مطالعه حاضر همخوانی نداشته است (۴۸). مداخله اجرا شده در این مطالعه مطرح می‌کند که تاثیر مداخلات روان‌شناختی کوتاه مدت بر عزت نفس بیمارانی که مرتبط با طرح‌واره‌ها می‌باشد، نسبت به تغییر در هیجان‌ات کم‌تر است. تغییر در طرح‌واره‌ها نیازمند درمان‌های طولانی‌تری است. در این بیماران دوره‌های بیماری طولانی‌تر و در مقایسه با دیگر بیماران خلقی، دوره‌های بهبود کم‌تری دارند. علت اختلاف معنی داری امتیازات عزت نفس با مطالعه حاضر می‌تواند به این دلیل باشد که اختلال دو قطبی یک بیماری روان پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است که نیازمند حمایت طولانی مدت می‌باشد، ولی هیستریکتومی یک عمل جراحی است که پیامدهای ناشی از آن در صورت عدم حمایت کافی و مشاوره، می‌تواند آسیب‌هایی در سلامت روان آنان ایجاد نماید.

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان گفت که با توجه به شرایط جسمی و روحی این زنان و تعداد زیاد جلسات مشاوره، واحدهای مطالعه نیاز به انگیزه قوی جهت شرکت در کلاس‌ها داشتند، که با پیگیری تلفنی و اطلاع‌رسانی پیش از برگزاری کلاس‌ها و مشارکت افراد در مباحث و مفرح کردن فضای کلاس‌ها و اهدای هدایا کنترل شد. همچنین مدت

پیگیری کوتاه از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشند. به‌طور کلی نتایج این مطالعه بیانگر این مطلب است که به واسطه نقش اساسی رحم در تولید مثل و ارتباط آن با بسیاری از ارزش‌های فردی و اجتماعی، هیستریکتومی می‌تواند عوارضی در ارتباط با رفاه اجتماعی و عاطفی زن و افکار نگران‌کننده زیادی مثل عقیم شدن و پایان زندگی جنسی ایجاد نماید که می‌تواند با کاهش عزت نفس در ارتباط باشد. عزت نفس از مهم‌ترین عوامل تعدیل‌کننده فشارهای روانی و اجتماعی است که بر زمینه روابط خانوادگی، تعاملات اجتماعی، تصویر بدنی و احساس خود ارزشمندی استوار است. با استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری که یکی از راه‌های تغییر و افزایش عزت نفس و شناسایی افکار و باورهای غیر منطقی است می‌توان از عوارض و پیامدهای مختلفی از جمله افسردگی و اضطراب پیشگیری نمود.

براساس مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که مشاوره با رویکرد شناختی- رفتاری می‌تواند منجر به بهبود عزت نفس زنان هیستریکتومی شده در سنین باروری شود و با ارائه پیشنهادات این رویکرد و راه‌اندازی مراکز مشاوره‌ای می‌توان در جهت بهبود تفکرات و سلامت روان زنان بعد از عمل هیستریکتومی استفاده نمود.

سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه جندی شاپور اهواز می‌باشد که در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20180222038828N1 ثبت و در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز با کد اخلاق شماره ۹۰۸ در مورخ ۹۶/۱۱/۰۳ به تصویب رسید. پژوهشگر و همکاران مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و کارکنان محترم بیمارستان امام و

قدردانی می‌شود.

رازی اهواز ابراز می‌دارند. همچنین از تمام زنانی که در این کارآزمایی بالینی مشارکت داشتند، تشکر و

References

1. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G, Arneja J, Birch C, et al. Summary of recommended guideline hysterectomy procedure. *J Obstet Gynaecol Can (JOGC)* 2002; 24(1): 37-61.
2. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3): CD003677.
3. Saeidi M, Shamsalizadeh N, Yousefi F. The effectiveness of cognitive behavior therapy on sexual dysfunction after hysterectomy in women referred to Besat hospital in Sanandaj. *Shenakht J Psychol Psychiatr* 2017; 3(4): 39-47 (Persian).
4. Chou PH, Lin CH, Cheng C, Chang CL, Tsai CJ, Tsai CP, et al. Risk of depressive disorders in women undergoing hysterectomy :A population-based follow-up study. *J Psychiatr Res* 2015; 68: 186-191.
5. Wu MP, Huang KH, Long CY, Tsai EM, Tang CH. Trends in various types of surgery for hysterectomy and distribution by patient age, surgeon age, and hospital accreditation: 10-year population-based study in Taiwan. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; 17(5): 612-619.
6. Ahmadvand AR. A guide to improving performance and equity. Tehran: Ibn Sina Pub; 2004.
7. Wang F, Li C, Li SL. Integrated interventions for improving negative emotions and stress reactions of young women receiving total hysterectomy. *Int J Clin Exp Med* 2014; 7(1): 331-336.
8. Cigdem G, Nuran K. The relationship between self-esteem and self-care agency in hysterectomy patients. *J Nurs Midwif Res* 2013; 2(7): 89-95.
9. Prütz F, Knopf H, von der Lippe E, Scheidt-Nave C, Starker A, Fuchs J. Prevalence of hysterectomy in women 18 to 79 years old. *J Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56(5-6): 716-722.
10. Bahri N, Tohidinik HR, Najafi TF, Larki M, Amini T, Sartavosi ZA. Depression following hysterectomy and the influencing factors. *Iran Red Crescent Med J* 2016; 18(1): e30493 (Persian).
11. Costantini E, Porena M, Lazzeri M, Mearini L, Bini V, Zucchi A. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *Int Urogynecol J* 2013; 24(9): 1481-1487.
12. Aziz A, Bergquist C, Nordholm L, Möller A, Silfverstolpe G. Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy: effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality. *Maturitas* 2005; 51(4): 349-357.
13. Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 174: 5-19.
14. Helmy YA, Hassanin IM, Elraheem TA, Bedaiwy AA, Peterson RS, Bedaiwy MA. Psychiatric morbidity following hysterectomy in Egypt. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 102(1): 60-64.
15. Okunlola MA, Umuerrri C, Omigbodun OO, Morhason-Bello IO, Okonkwo SN, Ojengbede OA. Pattern of mental ill health

- morbidities following hysterectomy for benign gynaecological disorders among Nigerian women. *Int J Ment Health Syst* 2009; 3(1): 18.
16. Vandyk AD, Brenner I, Tranmer J, Van Den Kerkhof E. Depressive symptoms before and after elective hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40(5): 566-576.
 17. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. *J Psychosom Res* 2005; 59(3): 117-129.
 18. Alizadeh T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan S. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *J Reprod Infertil* 2005; 6(2): (Persian).
 19. Moradi A, Rezaie Dehnavi S. A comparative study of the effectiveness of group education self-esteem, self-efficacy and achievement motivation on the self-esteem of women with Physical-motor disabilities 18-35 years in Isfahan 1387 year. *Psychol of Except Indvid* 2012; 2(5): 65-98 (Persian).
 20. Kuzechian H, Noruzi Seyed Hoseini R, Moradi H. Comparison self-esteem and life satisfaction of athletic and non athletic student of Tarbiat Modares University. *JSM* 2011; 14: 61-76 (Persian).
 21. Noghani F, Monjamed Z, Bahrani N, Ghodrati Jablo V. The comparison of self-esteem between male and female cancer patients. *Hayat* 2006; 12(2): 33-41 (Persian).
 22. Anisi J, Salimi H, Mirzamani M, Reisi F, Niknam M. A survey study on behavioral problems in adolescence. *J Res Behav Sci* 2007; 1(2): 70-163 (Persian).
 23. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Kuyken W, Grisham J. Psychometric properties of the beck self-esteem scales. *Behav Res Ther* 2001; 39(1): 115-124.
 24. Ghasemi Bafghi V. Internet and depression in adolescent girls and its relationship with self-esteem and dysfunctional attitudes among them. The first national congress of cybercrime and emerging social harm, 2012. (Persian).
 25. Ebrahimisani E, Hashemian K. The effectiveness of transactional analysis group therapy in increasing the self-esteem of Northern Khorasan province prisons' soldier-guards. *J Mil Med* 2012; 14(3): 214-220.
 26. Emami T, Fatehizadeh M, Abedi M. comparing the effectiveness of cognitive-behavioral and training to parents in increasing the self-esteem students. 2006; 65: 19-74 (Persian).
 27. Pepping CA, O'Donovan A, Davis PJ. The positive effects of mindfulness on self-esteem. *Journal of Positive Psychology* 2013; 8(5): 376-386.
 28. Amani A. The Efficacy of Reality Therapy on Marital Commitment and Self Esteem of Couples. *Journal of family Counseling and Psychotherapy* 2015; 2(112): 1-23 (Persian).
 29. Farnoodian P. The effectiveness of group reality therapy on mental health and self-esteem of students. *Int J Med Res Health Sci (IJMRHS)* 2016; 5(9): 18-24 (Persian).
 30. Waite P, McManus F, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43(4): 1049-1057.
 31. Kazemini T. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on improving self-esteem and self-efficacy of students. *Psychol Sci J* 2011; 4(1): 191-206 (Persian).
 32. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford University Press, 1989.

33. Hyun MS, Chung HIC, Lee YJ. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *Appl Nurs Res* 2005; 18(3): 160-166.
34. Izadi-Ajirlo A, Bahmani B, Ghanbari-Motlagh A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Intervention on Body Image Improving and Increasing Self-Esteem in Women with Breast Cancer after Mastectomy. *Arch Rehab* 2013; 13(4): 72-83 (Persian).
35. Taylor TL, Montgomery P. Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Child Youth Serv Rev* 2007; 29: 823-839.
36. Hosseini Baraftabi R, Makvandi B. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the Self-esteem of female patients with skin problems (Vitiligo). 3rd National Sustainable Development Conference. 2014. (Persian).
37. Ilknur AA. Evaluation of relationships, self-evaluation and self-esteem of women's with hysterectomy. *Prog Health Sci J* 2016; 6(2): 7-13.
38. Mohammadi kobijari S, Zarei mahmoodabadi H, Falllah M. Evaluate the efficacy of anger management skills training on aggression and self-esteem of women with breast cancer. The first National Congress of Family Psychology is a step in designing a family-friendly model in 2014. 2012. (Persian).
39. Segal DL, Coolidge FL, Cahill BS, O'Riley AA. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) Among Community-Dwelling Older Adults. *Behav Modif* 2008; 32(1): 3-20.
40. Florián-Vargas K, Honores MJ, Bernabé E, Flores-Mir C. Self-esteem in adolescents with Angle Class I, II and III malocclusion in a Peruvian sample. *Dental Press J Orthod* 2016; 21(2): 59-64.
41. Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter? *Personality and individual differences* 2003; 35(6): 1241-1254.
42. Mohammadi N. The preliminary study of validity and reliability of Rosenberg's self-esteem scale. *Iran psychologists J* 2005; 1(4): 1-5 (Persian).
43. Ghamari Kivi H, Rezaii Sharif A, F EGV. The effectiveness of metaphorical cognitive and behavioral therapy on depression and resilience in divorced women. *Quarterly Journal Social Work*. 2016; 5(1): 5-12 (Persian).
44. Azkhosh M. Use of psychological tests and clinical diagnosis. 3rd ed. Tehran: Ravan, 2009 (Persian).
45. Free M. Cognitive group therapy. Tehran: Jahad University, 2003. (Persian).
46. Komeily Sani H. The effect of cognitive therapy training on depression in nursing students of Abadan nursing and midwifery faculty in the academic year of 1996-97. *Tarbiat Modares* 1996. (Persian).
47. Cajanding RJ. The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. *Appl Nurs Res* 2016; 31: 86-93.
48. Janati S, Faridhoseini F, Kashani A, Seifi H. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression, anxiety and self-esteem in patients with type bipolar disorder. *Mental Health Principles* 2015; 19(2): 115-120 (Persian).
49. Kiyani J, Pakizeh A, Ostevar A, Namazi S. The effect of cognitive-behavioral group therapy

- on increasing self-esteem and reducing frustration in adolescents with β -thalassemia. *Tebbe Jonob* 2010; 13(4): 241-252 (Persian).
50. Knight MTD, Wykes T, Hayward P. Group Treatment of Perceived Stigma and SelfEsteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behav Cogn Psychother* 2006; 34(03): 305-318.
51. Morton L, Roach L, Reid H, Stewart SH. An evaluation of a CBT group for women with low self-esteem. *Behav Cogn Psychother* 2012; 40(2): 221-225.
52. Oestrich IH, Austin SF, Lykke J. The Feasibility of a Cognitive Behavioural Intervention for Low Self-Esteem within a Dual Diagnosis Inpatient Population. *Behav Cogn Psychother* 2007; 35(4): 403-408.
53. Yaman Ş, Ayaz S. The effect of the education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2015; 12(4): 211-214.

Archive of SID