

## مقایسه کیفیت زندگی زنان یائسه و غیر یائسه بعد از هیستروکتومی

دکتر لیلی بریم نژاد<sup>۱\*</sup>، فاطمه محدث اردبیلی<sup>۲</sup>، فریده جزء کبیری<sup>۲</sup>، حمید حقانی<sup>۳</sup>

۱. استادیار گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. مربی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۱/۱۹

### خلاصه

**مقدمه:** هیستروکتومی یکی از شایع‌ترین جراحی‌های زنان است که ۹۰٪ این موارد غیر اورژانس و به منظور بهبود کیفیت زندگی زنان انجام می‌شود، اما مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی زنان هیستروکتومی شده، نتایج متفاوتی ارائه نموده‌اند. پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی پس از هیستروکتومی در زنان ایرانی با یائسگی طبیعی و یائسگی به دنبال جراحی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی روی ۱۸۰ زن که حداقل ۳ ماه از هیستروکتومی آنها گذشته بود و با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه یائسه قبل از هیستروکتومی، یائسه بعد از هیستروکتومی و غیر یائسه قرار گرفتند، انجام شد. کیفیت زندگی آنان با استفاده از ابزار ۶۶ آیتمی کیفیت زندگی فرانتس پاورز بررسی شد. داده‌ها با شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس آنووا به کمک نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۴) تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کیفیت زندگی کل  $11/93 \pm 2/55$  با حداقل  $8/5$  و حداکثر  $21/25$  بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در سه گروه یائسه قبل از هیستروکتومی، یائسه بعد از هیستروکتومی و غیر یائسه به ترتیب  $(12/54 \pm 2/73)$ ،  $(11/4 \pm 2/31)$  و  $(11/58 \pm 2/51)$  بود. مقایسه میانگین دو گروه اول تفاوت معنادار نشان داد ( $p=0/003$ ). نمرات معیارهای این گروه کیفیت زندگی در ابعاد اجتماعی روانی تفاوت معنادار بین سه گروه نشان داد. **نتیجه‌گیری:** کیفیت زندگی به ویژه در ابعاد روانی و اجتماعی در زنانی که قبل از رسیدن به سن یائسگی هیستروکتومی می‌شوند پایین است. استفاده از روش‌های جایگزین به منظور تسکین علایم و انجام مشاوره روانی بعنوان جزء ضروری و مکمل درمان پیشنهاد می‌شود.

**کلمات کلیدی:** کیفیت زندگی؛ هیستروکتومی؛ یائسگی؛ سلامت زنان

\* نویسنده مسؤؤل مکاتبات: دکتر لیلی بریم نژاد؛ تهران، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ تلفن: ۰۲۱)۸۲۴۷۱۷۱۰؛ پست الکترونیک: lborimnejad@tums.ac.ir

## مقدمه

از ۱۵۰ سال پیش تا کنون هیستریکتومی بعد از سزارین شایع‌ترین عمل جراحی زنان در دنیا بوده است. به-طوری که تخمین زده می‌شود تا ۶۵ سالگی ۴۵٪ زنان هیستریکتومی می‌شوند (۱). در ایران بر پایه گزارش سلامت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، ۱۴۶۴۲۲ نفر تحت عمل هیستریکتومی قرار گرفته‌اند (۲). در سال‌های اخیر انجام هیستریکتومی در سنین پیش از یائسگی طبیعی رواج زیادی یافته است که در بسیاری از موارد علت انجام آن وجود اختلالات خوش-خیم دستگاه تناسلی بوده است. انجام عمل هیستریکتومی در زنان چه در سنین یائسگی و چه در سنین پیش از یائسگی طبیعی می‌تواند سبب بروز اختلالات روحی و جسمی شود. به‌ویژه هیستریکتومی پیش از یائسگی طبیعی در زنان سبب قطع عادت ماهیانه آنها و منجر به آسیب‌های شدیدتر روحی می-شود (۳).

با توجه به نقش رحم و تخمدان در احساس زن بودن و دیدگاه جامعه در مورد از دست دادن این اندام‌ها، در بررسی‌ها دیده شده که اکثر زنان هیستریکتومی شده احساس نگرانی از تغییر وضعیت جنسی خود و عدم پذیرش این امر از سوی همسران خود را بیان نموده‌اند (۴). از طرفی در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، زنانی که به دلایل گوناگون هیستریکتومی شده‌اند و از نتایج آن رضایت داشته‌اند، علت آن را از بین رفتن علائم دردناک ذکر کرده‌اند. اما این افراد نگران شرکای جنسی خود بوده‌اند و در بسیاری موارد این عمل را از آنان پنهان می‌داشتند (۵). در تحقیقی که در جامعه آفریقایی-آمریکایی صورت گرفته زنان هیستریکتومی شده بیان کرده بودند که مردان انجام این جراحی را برای همسران، شرکای جنسی و حتی خواهران خود ناخوشایند و نامطلوب می‌دانستند (۶) از اوایل دهه اخیر مطالعات متعددی در زمینه بررسی کیفیت زندگی زنان هیستریکتومی شده انجام شده، اما نتایج ضد و نقیضی در زمینه اثرات این جراحی بر زنان منتشر شده است. قنبری و همکاران (۱۳۸۶) به بررسی رضایت جنسی بعد از هیستریکتومی توتال و ساب توتال پرداختند. این پژوهشگران نشان دادند که رضایت

جنسی در هر دو گروه بعد از جراحی نسبت به قبل افزایش می‌یابد (۴). اما مطالعه بوشرت در سال ۲۰۰۵ نشان داد که رضایت جنسی و کیفیت زندگی بعد از هیستریکتومی بهبود نمی‌یابد (۷). همچنین مطالعاتی که کیفیت زندگی زنان هیستریکتومی شده را پس از جراحی در ابعاد مختلف بررسی نماید بسیار اندک است. (۴ و ۵) در ایران نیز هیچ مطالعه‌ای در زمینه مقایسه کیفیت زندگی زنان با یائسگی طبیعی و یائسگی پس از جراحی گزارش نشده است.

با توجه به فرهنگ و سنن خاص ایران و با در نظر گرفتن این مطلب که تا کنون در ایران مطالعه‌ای در زمینه ابعاد مختلف کیفیت زندگی این زنان انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی پس از هیستریکتومی در زنان ایرانی با یائسگی طبیعی و یائسگی به‌دنبال جراحی جهت برنامه ریزی آینده انجام شد.

## روش کار

در این پژوهش مقطعی تمام زنان واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز درمانی اکبرآبادی و فیروزگر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران واقع در شهر تهران در بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۸۶ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۷ که مدت حد اقل ۳ ماه قبل از شروع پژوهش هیستریکتومی روی آنها انجام شده بود در مطالعه شرکت داده شدند. با توجه به هدف مطالعه از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد.

حجم نمونه با کمک فرمول تعیین حجم نمونه به‌طور تقریبی معادل ۶۰ نفر در هر گروه محاسبه شد. از بین ۲۳۰ نفر که حداقل سه ماه قبل از شروع تحقیق برای انجام هیستریکتومی به محیط پژوهش مراجعه کرده بودند بر اساس جدول اعداد تصادفی ۲۰۰ بیمار از روی دفتر پذیرش بیمارستان‌های مورد پژوهش انتخاب شدند که از این تعداد ۲۰ نفر به دلیل عدم تمایل و ۱۰ نفر به دلیل دارا نبودن معیارهای مورد نظر (هیستریکتومی به دلیل بدخیمی‌ها و موارد اورژانس) از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۸۰ نفر در سه گروه یائسه قبل از هیستریکتومی، یائسه بعد از هیستریکتومی و غیر یائسه قرار گرفتند.

خام کیفیت زندگی و متغیرها استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۴) تحلیل شد.

### نتایج

متوسط سن افراد  $50/99 \pm 12/34$  سال بود و اکثر آنان ( $96/7\%$ ،  $174$  نفر) متأهل بودند. تنها  $2/2\%$  (۴ نفر) آنها فرزند نداشتند و  $86\%$  (۱۲۷ نفر) افراد بیش از ۲ فرزند داشتند.  $66/7\%$  (۱۲۰ نفر) تحت جراحی هیسترکتومی توتال قرار گرفته بودند. بیشترین علت مراجعه بیماران (۶۶ نفر،  $36/2\%$ ) خونریزی ذکر شده بود. بین ۴ تا ۱۸ ماه از تاریخ هیسترکتومی همه افراد گذشته بود ( $8/2 \pm 2/81$  ماه) ضریب همبستگی پیرسون بین مدت زمان سپری شده از تاریخ هیسترکتومی و نمره کیفیت زندگی ارتباطی نشان نداد. ۴۳ نفر ( $24\%$ ) زنان هورمونهای جایگزین دریافت می‌کردند که ارتباطی بین مصرف هورمون و نمره کیفیت زندگی به‌دست نیامد. در پاسخ به هدف اصلی میانگین نمره کیفیت زندگی در کل افراد  $11/93 \pm 2/55$  با حداقل  $8/5$  و حداکثر  $21/25$  نمره به‌دست آمد. میانگین نمره کیفیت زندگی در سه گروه یائسه قبل از هیسترکتومی، یائسه بعد از هیسترکتومی و غیر یائسه به ترتیب ( $12/54 \pm 2/73$ )، ( $11/4 \pm 2/31$ ) و ( $11/58 \pm 2/51$ ) بود. مقایسه میانگین دو گروه اول تفاوت معنادار نشان داد ( $p=0/003$ ). تحلیل نمرات زیر معیارهای کیفیت زندگی در ابعاد اجتماعی، روانی، اقتصادی بیانگر تفاوت معنادار بین سه گروه حاکی از این بود که نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت عمومی در سطح متوسط قرار دارد. آزمون آنالیز واریانس تفاوت معناداری بین افرادی که بعد از جراحی یائسه شده بودند و کسانی که یائسه نشده بودند نشان داد ( $p<0/05$ ). در بعد سلامت اجتماعی (۱۰۵ نفر)  $67/3\%$  در گروه کیفیت زندگی پایین قرار گرفتند که بیشتر آنها (۴۰ نفر)  $25/6\%$  افرادی بودند که بعد از یائسگی جراحی شده بودند. بین دو گروهی که قبل از جراحی یائسه بودند و کسانی که بدنبال جراحی یائسه شده بودند تفاوت معنادار مشاهده شد ( $p<0/05$ ). از بعد روانی معنوی نمره تمام افراد زیر ۱۰ بود. میانگین عددی نمره کیفیت زندگی در سه گروه تفاوت معناداری نشان نداد. نمره  $82\%$  افراد از بعد خانوادگی

ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه کیفیت زندگی فرانس و پاورز (۱۹۸۵) است که از زمان تکوین تاکنون در بیش از ۲۰۰ مطالعه بکار گرفته شده و روایی و پایایی آن در بیماریها و جمعیت‌های گوناگون تعیین شده است ( $F=93,83,80$ ) ( $10-8$ ). بعد از کسب اجازه از تدوینگران از طریق نامه الکترونیک، پرسش‌نامه ترجمه شده به همراه متن اصلی به رویت ۸ نفر از اساتید دانشکده رسید و نسخه تایید شده در مطالعه بکار گرفته شد. مطالعه حاضر اولین پژوهش فارسی است که از این ابزار استفاده نموده است. این ابزار کیفیت زندگی را در ۴ حیطه سلامتی و عملکرد، اقتصادی و اجتماعی، روانی و معنوی و خانواده و در دو بعد رضایت از وضعیت و اهمیت موضوع اندازه‌گیری می‌کند. به‌طور کلی ۶۶ سوال در دو بعد رضایت و اهمیت موضوع را در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۶ اندازه‌گیری می‌کند و بعد از وزن‌دهی سوالات هر فرد می‌تواند بین ۱۰ تا ۳۰ امتیاز کسب کند و دسته بندی ۱۰ تایی نمرات کیفیت زندگی را در سه سطح ضعیف متوسط و خوب طبقه بندی می‌نماید.

نحوه انجام کار به‌این صورت بود که محققین از بهمن ماه ۱۳۸۶ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۷ به مراکز آموزشی-درمانی دارای بخش جراحی زنان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کردند و فهرست اسامی و آدرس زنانی را که در حداقل ۳ ماه گذشته مورد هیسترکتومی قرار گرفته بودند گردآوری نمودند و سپس بر اساس جدول اعداد تصادفی طی تماس تلفنی و با بیان اهداف تحقیق، رضایت آنان را برای شرکت در مطالعه جلب کردند. سپس فرم مشخصات جمعیت-شناختی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی را در اختیار آنان قرار دادند و بعد از دادن فرصت مناسب برای تکمیل فرم، برگه‌ها را از آنان تحویل می‌گرفتند. در مورد بیماران بی‌سواد، محققین با پرسش از آنان فرم‌ها را تکمیل نمودند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و از آزمون مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس (ANOVA) برای تحلیل ارتباط بین نمرات

زیر ۱۰ قرار داشت و در این بعد بین سه گروه تفاوت معنادار به دست نیامد. ارتباط بین سطح کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی، اجتماعی، خانوادگی و روانی معنوی با نوع جراحی و سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش معنادار نبود. در زمینه رضایت جنسی، ۹۷٪ افراد نمره منفی کسب نمودند. بین نمره رضایت جنسی و نمره کیفیت زندگی در کل ارتباط مثبت و معنادار به دست آمد ( $p < 0.001$ ).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در بین سه گروه غیر یائسه، یائسه بعد از عمل و یائسه قبل از عمل هیستریکتومی بر اساس آزمون آنووا

نتایج آزمون		وضعیت یائستگی		
F	P Value	یائسه بعد از عمل	یائسه قبل از عمل	غیر یائسه
۳/۵۶۰	۰/۰۳	۱۰/۱±۲/۰۲	۸/۶۱±۳/۶۸	۹/۶۲±۳/۴۳
۳/۷۹۶	۰/۰۲۴	۱۳/۹۹±۱/۰۱	۱۴/۳۵±۱/۸۲	۱۴/۷۳±۱/۶۱
۵/۱۵۷	۰/۰۰۳	۱۱/۴±۲/۳۱	۱۲/۵±۲/۷۳	۱۱/۵۸±۲/۵۱
۱/۲۴۹	۰/۲۸۹	۸/۱۱±۲/۶۸	۸/۲۲±۲/۹۷	۸/۰۲±۲/۸۴
۲/۳۵۰	۰/۰۹	۷/۲۴±۲/۳۱	۸/۱۶±۱/۲۵	۷/۳۶±۲/۲۱

جدول ۲- توزیع فراوانی سطح کیفیت زندگی بر اساس گروه بندی سنی در واحدهای پژوهش

سن به سال	سطح کلی کیفیت زندگی			کل
	خوب	متوسط	بد	
<۴۰	۰	۴۰	۰	۴۰
درصد	۰٪	٪۲۳/۱	٪۰	٪۱۰۰
۴۱-۵۰	۰	۷۳	۰	۷۳
درصد	۰٪	٪۴۲/۲	٪۰	٪۴۱/۷
۵۱-۶۰	۰	۱۸	۱	۱۹
درصد	۰٪	٪۹۷/۷	٪۲/۳	٪۱۳/۵
>۶۰	۰	۴۲	۱	۴۳
درصد	۰٪	٪۹۷/۷	٪۲/۳	٪۲۵/۶
کل	۰	۱۷۳	۲	۱۷۵
درصد	۰٪	٪۹۸/۹	٪۱/۱	٪۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی نمرات کل کیفیت زندگی بر اساس نوع جراحی هیستریکتومی در دو گروه غیر یائسه و یائسه بعد از عمل و یائسه قبل از عمل هیستریکتومی

نوع جراحی	توتال	نمره کل کیفیت زندگی	
		متوسط	بد
فراوانی	۱۱۵	۱۱۳	۲
درصد	٪۶۵/۷	٪۶۵/۵	٪۱۰۰
فراوانی	۶۰	۶۰	۰
درصد	٪۳۴	٪۳۴/۷	٪۰
جمع کل	۱۷۵	۱۷۳	۲
درصد	٪۱۰۰	٪۹۸/۹	٪۱/۱

زنان مبتلا انجام می‌گیرد اما کیفیت زندگی این افراد بعد از عمل به‌ویژه در بعد احساس سلامت همچنان پایین است. نتایج مطالعه اصنافی و همکاران که به بررسی شیوع عوارض بعد از عمل هیستریکتومی پرداخته، یکی از دلایل این امر است. این محققان میزان شیوع عوارض مختلف را در این گروه ۲۰٪

### بحث

مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای است که در جامعه زنان ایرانی به بررسی کیفیت زندگی در ابعاد مختلف پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد با وجود این که عمل هیستریکتومی به منظور بهبود کیفیت زندگی

گزارش نمودند (۱۲). همچنین ژرالف و همکاران نیز مهمترین عوامل موثر بر نارضایتی بیماران بعد از هیسترکتومی را عوارض جسمی بعد از ترخیص تعیین کردند (۱۳). در صورتی که در مطالعه رانستاد، سیلوا-فیو و همکاران نتیجه بیانگر بهبود کیفیت زندگی زنان بعد از هیسترکتومی بود (۱۴ و ۱۵). وبر و همکاران نیز رضایت بالای بعد از جراحی را در این گروه زنان گزارش کردند (۱۶). البته مطالعات فوق به مقایسه کیفیت زندگی زنان سالم همسن با زنان هیسترکتومی شده و در جامعه با فرهنگ غربی پرداخته بودند. یافته مهم دیگری که در این مطالعه بدست آمده ارتباط بین وضعیت یائسگی در زمان انجام هیسترکتومی و کیفیت زندگی بعد از عمل در زنان بود. طبق نتایج مطالعه حاضر کیفیت زندگی زنانی که متعاقب هیسترکتومی یائسه شده بودند با زنانی که قبل از عمل یائسه بودند تفاوت معنادار نشان داد ( $p < 0.003$ ). از مطالعات مشابه انجام شده در دنیا می توان به تحقیق ریتز سیلوراشتاين و همکاران اشاره نمود که به مقایسه کیفیت زندگی زنان سالمند متعاقب هیسترکتومی و درمان هورمونی پرداخته اند. این محققین تاثیر مثبت هیسترکتومی را نسبت به درمان هورمونی در زنان یائسه تایید نمودند (۱۷).

کلویور و همکاران در سال ۲۰۰۸ بعد از انجام یک مرور سیستماتیک ۱۰ ساله تاثیر نوع جراحی بر کیفیت زندگی را مقایسه نمودند. مطالعات اندکی ارتباط معناداری بین این متغیرها پیدا کردند و افراد تنها در چند هفته اول بعد از جراحی احساس بهتری نسبت به زندگی و سلامت خود داشتند و در دراز مدت تفاوت چندانی در کیفیت زندگی گروه های مختلف مشاهده نشد (۱۸). اما در مطالعه حاضر بین مدت زمان سپری شده بعد از هیسترکتومی و نمره کیفیت زندگی تفاوت معنادار مشاهده نشد. در مطالعه پیترز و همکاران در سال ۲۰۰۶ مشخص شد که هیسترکتومی بر عملکرد جنسی زنان تاثیر منفی دارد و در مطالعه حاضر نیز این مساله با پاسخ افراد به سوالات مربوط به رضایت و اهمیت عملکرد جنسی تایید شد (۱۹). در حالی که فارل و کیزر در سال ۲۰۰۱ بعد از مرور ۲۸ مطالعه بیان کردند، هیسترکتومی تاثیر منفی بر عملکرد

جنسی زنان ندارد (۲۰). شاید علت این تفاوت در نحوه انتخاب مطالعات توسط این محققین است چرا که ترکیبی از مطالعات مشاهده ای و کارآزمایی بالینی با نمرات متفاوت در یک سیستم ارزش گذاری به کار برده شده بود. همچنین نگرش حاکی از زمینه های فرهنگی در زنان تحت مطالعه نیز می تواند بر این نتیجه موثر باشد. چرا که در مطالعه رحیمزاده و همکاران که به بررسی تاثیر هیسترکتومی بر اختلالات جنسی پرداخته بودند ۴۵٪ افراد بعد از هیسترکتومی دچار مشکلات جنسی شده بودند (۲۱). از دیگر متغیرهایی که در مطالعات گذشته به عنوان عوامل موثر بر کیفیت زندگی بعد از هیسترکتومی از آن یاد شده بود، علت انجام هیسترکتومی بود (۱۵، ۲۳، ۲۲) که در مطالعه حاضر نیز بیشترین علت انجام هیسترکتومی پرولاپس بود که ارتباط معناداری بین این متغیرها و کیفیت زندگی افراد مشاهده شد. چراکه تمام افرادی که به دلیل پرولاپس تحت هیسترکتومی قرار گرفته بودند در گروه یائسه قبل از عمل قرار داشتند که موید نتایج مطالعه هیراتا و همکاران است (۲۴). پایین بودن کیفیت زندگی در بعد روانی معنوی در مطالعه حاضر موید نتایج مطالعه هلمی و همکاران در سال ۲۰۰۸ است که به بررسی بروز مشکلات روانی بعد از هیسترکتومی در مصر پرداختند و نشان دادند که ۷۸٪ زنان بعد از این عمل دچار مشکلات اضطراب و افسردگی می شوند. این محققین همچنین بین تعداد فرزندان و میزان خطر ابتلا به مشکلات روانی بعد از هیسترکتومی ارتباط معناداری پیدا کردند (۲۵). در حالی که در مطالعه حاضر تعداد فرزندان به عنوان عامل تاثیرگذار بر نمره کیفیت زندگی شناسایی نشد. البته بیشتر شرکت کنندگان این تحقیق بیش از دو فرزند داشتند و نوعی همگونی از نظر تعداد فرزند در بین شرکت کنندگان مطالعه حاضر وجود داشت.

از محدودیت های این پژوهش همانند تمامی تحقیقات گذشته نگر می توان به عدم امکان دست یابی به وضعیت کیفیت زندگی زنان قبل از انجام هیسترکتومی اشاره نمود. از متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی در دیگر گروه ها وجود سیستم های حمایتی و نوع خانواده گزارش شده بود. که

هیستریکتومی و یا انجام مشاوره روانی بعنوان جزء ضروری و مکمل درمان پیشنهاد می‌شود.

به دلیل محدودیت بودجه و وسعت و پیچیدگی‌های این متغیر، در مطالعه حاضر بررسی نشد.

### تشکر و قدردانی

مولفان به این وسیله سپاسگزاری خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (ایران سابق) که حمایت مالی این طرح را به عهده داشتند اعلام می‌نمایند

### نتیجه گیری

کیفیت زندگی زنان ایرانی به ویژه در ابعاد روانی و اجتماعی در زنانی که قبل از رسیدن به سن یائسگی هیستریکتومی می‌شوند پایین است. انجام روش‌های جایگزین به منظور تسکین علائم و دلایل منجر به

### منابع

1. Banu NS, Manyonda IT. Alternative medical and surgical options to hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005 Jun;19(3):431-49.
2. Ahmadvand A. World Health report 2002. Tehran: Avecinna Cultural Institute;2002.
3. Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2006 May;194(5):1455-61
4. Ganbari S, Parvaneh Sayar D. [Comparison of sexual satisfaction after total and subtotal abdominal hysterectomy]. [Article in Parsian]. *J Fac Med Tehran Uni Med Sci* 2007;65(9):31-5.
5. Rannstad T. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2005 Jun;19(3):419-30.
6. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Syst Rev* 2006 Apr 19;2:CD003677.
7. Boschert S. Life, sex seen no better after supracervical hysterectomy *Internal Medicine News*, 2005 Sep. Available at: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_hb4365/is\\_ai\\_n29234394](http://findarticles.com/p/articles/mi_hb4365/is_ai_n29234394)
8. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract* 1996 Fall;10(3):293-304.
9. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci* 1985 Oct;8(1):15-24.
10. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992 Feb;15(1):29-38.
11. Rowe MK, Kanouse DE, Mitman BS, Bernstein SJ. Quality of life among women undergoing hysterectomies. *Obstet Gynecol* 1999 Jun;93(6):915-21.
12. Asnafi N, Hajian K, Abdollahi A. Comparison of adverse effect between abdominal and vaginal hysterectomy *Q Fertil Infertil* 2004;4(5):315-22.
13. Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2000 Dec;183(6):1440-7.
14. Rannestad T. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2005 Jun;19(3):419-30.
15. Silva-Filho AL, Werneck RA, de Magalhaes RS, Belo AV, Triginelli SA. Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Arch Gynecol Obstet* 2006 Apr;274(1):21-4.
16. Weber AM, Walters MD, Schover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999 Sep;181(3):530-5.
17. Kritz-Silverstein D, Von Muhlen DG, Ganiats TG, Barrett-Connor E. Hysterectomy status, estrogen use and quality of life in older women: the Rancho Bernardo study. *Qual Life Res* 2004 Feb;13(1):55-62.
18. Kluijvers KB, Johnson NP, Chien P, Vierhout ME, Bongers M, Mol BW. Comparison of laparoscopic and abdominal hysterectomy in terms of quality of life: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008 Jan;136(1):3-8.
19. Pieterse QD, Maas CP, ter Kuile MM, Lowik M, van Eijkeren MA, Trimbos JB, et al. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2006 May-Jun;16(3):1119-29.

20. Farrell SA, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000 Jun;95(6 Pt 2):1045-51.
21. Rahimzadeh A, Nazemi A, Alizadeh Z. [The effect of Hysterectomy in sexual disorder in Sanandj Beasat Hospital]. [Article in Parsian]. *Sci J Kordestan Univ Med Sci* 2000;6(2):41-6.
22. Clark TJ, Khan KS, Foon R, Pattison H, Bryan S, Gupta JK. Quality of life instruments in studies of menorrhagia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Sep 10;104(2):96-104.
23. Merrill R M, Layman AB, Oderda G, Asche C. Risk estimates of hysterectomy and selected conditions commonly treated with hysterectomy. *Ann Epidemiol* 2008 Mar 18(3):253-60.
24. Hirata H, Matsuyama H, Yamakava G, Suga A, Tatsumura M, Ogata H, et al. Does surgical repair of pelvic prolapse improve patients' quality of life?. *Eur Urol* 2004 Feb;45(2):213-8.
25. Helmy YA, Hassanin IM, Elraheem TA, Bedaiwy AA, Peterson RS, Bedaiwy MA. Psychiatric morbidity following hysterectomy in Egypt. *Int J Gynecol Obstet* 2008 Jul;102(1):60-4.