

# بررسی تأثیر هیستریکتومی در بروز اختلالات جنسی در بیماران جراحی شده در بیمارستان بعثت سنندج

دکتر آویز رحیمزاده<sup>۱\*</sup>، دکتر علیرضا ناظمی<sup>۲</sup>، دکتر زهرا علیزاده<sup>۳</sup>

## چکیده

مقدمه: امروزه حدود ۶۰۰۰۰۰ هیستریکتومی در هر سال در ایالت متحده انجام می‌شود و بعد از سزارین دومین عمل جراحی بزرگی است که انجام می‌گردد. از آنجا که هیستریکتومی بر ایجاد ناباروری و تصویر ذهنی از بدن مؤثر می‌باشد، عوارض جنسی متعاقب آن محتمل است. لذا، این مطالعه به منظور بررسی تأثیر هیستریکتومی در بروز اختلالات جنسی در بیمارستان بعثت سنندج انجام گردید.

**مواد و روشها:** این مطالعه از نوع همگروهی تاریخی بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل کلیه زنان همسر دار هیستریکتومی شده متولد ۱۳۳۰ به بعد بود که در بیمارستان بعثت در سالهای ۱۳۷۸-۱۳۷۷ هیستریکتومی شده‌اند. تعدادی برابر از زنان همسر دار هیستریکتومی نشده با روش نمونه‌گیری تصادفی بعنوان همگروه انتخاب گردیدند که مجموع آزمودنیها ۸۸ نفر شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار آماری SPSS win و با استفاده از فرمولهای آمار استنباطی،  $X^2$  و ضریب آماری RR (خطر نسبی) انجام گردید.

**نتایج:** اطلاعات بدست آمده از این تحقیق نشان داد که هیستریکتومی باعث افزایش بروز اختلالات جنسی در زنان ( $P=0/023$ )، به صورت افزایش خشکی واژن ( $P=0/034$ )، انقباضات غیرارادی واژن ( $P=0/034$ )، ترس و پرهیز از مقاربت ( $P=0/022$ )، کاهش احساس لذت طی مقاربت و رسیدن به ارگاسم ( $P=0/037$ ) می‌شود اما باعث کاهش یا افزایش میل جنسی، سردرد پس از مقاربت و درد حین مقاربت نمی‌شود ( $P>0/05$ ). همچنین باعث ایجاد افسردگی، تحریک پذیری، اضطراب، وسواس و بیخوابی نمی‌گردد ( $P>0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه با سایر مطالعات در این زمینه، هیستریکتومی می‌تواند در بروز اختلالات جنسی مؤثر باشد و به نظر می‌رسد تأثیر هیستریکتومی در ایجاد مشکلات مذکور، خود تحت تأثیر عوامل روانی از قبیل حمایت فرد توسط اطرافیان باشد.

**واژه‌های کلیدی:** هیستریکتومی، اختلالات جنسی، مقاربت.

\* - استادیار زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان بعثت، سنندج، مؤلف مسئول

۲ - متخصص بیماریهای اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳ - پزشک عمومی

## مقدمه

هیستروکتومی از جمله اعمال جراحی است که به دلیل تأثیر آن بر وضعیت زنانگی و تصویر بدنی و ایجاد ناباروری اهمیت فراوانی دارد. اکثر افرادی که تحت چنین عملی قرار می‌گیرند، دچار مشکلات

مزمن و رنج‌آوری می‌باشند که رهایی از آن موجب آسودگی جسمی و روانی آنان پس از عمل می‌شود. اما نمی‌توان از عوارض جسمی، جنسی و روانی حاصله بدنال هیستروکتومی چشم‌پوشی نمود.

اختلال در حس زنانگی و سایر عوارض جنسی - روانی حاصل از هیستروکتومی موجب مختل شدن روابط جنسی زوجین می‌شود و سیکل معیوبی ایجاد می‌گردد که هر یک دیگری را تشدید می‌کند.

دو مشکل جنسی عمده ممکن است عارضه هر نوع هیستروکتومی باشد: اختلال ارگاسم و درد حین مقاربت، اختلال ارگاسم بستگی به یک افت موقتی در اعمال جنسی دارد که پس از جراحی لگن رخ می‌دهد. اما اگر این افت طول بکشد به طور شایع سبب افسردگی می‌شود (۱).

تا به حال در مورد عوارض جسمی حاصل از هیستروکتومی بسیار بیشتر از اختلالات جنسی - روانی تحقیق و بررسی بعمل آمده است و دلیل این امر همکاری بیشتر زنان در مورد مسائل و مشکلات خارج از محدوده روابط جنسی می‌باشد. هنگامی که اختلالات جنسی در هر زمینه‌ای ایجاد می‌شود، بیماران معمولاً آنرا پنهان می‌کنند یا سعی در حل مشکل در منزل می‌نمایند، در نتیجه این طیف از علائم ناگفته می‌ماند و عدم درمان مناسب آن موجب مزمن شدن علائم، ایجاد اختلالات روانی و نهایتاً سلب آرامش و آسایش از زوجین می‌گردد (۲).

بررسی و شناخت صحیح اختلالات جنسی حاصل از هیستروکتومی و عوامل مرتبط با آن باعث می‌شود قبل از انجام این عمل ارزیابی بیشتری از نظر لزوم هیستروکتومی در مورد بیماران بعمل آید. همچنین لازم است آگاهی کافی به بیماران در مورد چنین عوارضی داده شود و در نهایت بعد از هیستروکتومی، پزشک در پی علائم و نشانه‌های آغاز

چنین مشکلاتی بوده، درمان مناسب و به موقع را ارائه نماید.

با این امید که با شناخت دقیق عوارض جنسی ناشی از هیستروکتومی، در آینده شاهد ایجاد یک سیستم حمایتی مناسب در جهت حفظ سلامت جنسی - روانی چنین بیمارانی باشیم.

## مواد و روشها

این مطالعه از نوع همگروهی تاریخی (کوهورت تاریخی) می‌باشد. در این مطالعه کلیه بیماران متولد ۱۳۳۰ به بعد که در سالهای ۷۸-۱۳۷۷ در

بیمارستان بعثت تحت عمل هیستروکتومی قرار گرفته و ساکن شهرستان سنندج بوده‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. ضمناً ۴۴ نفر که هیستروکتومی نشده بودند از بین زنان شوهردار بعنوان همگروه انتخاب شدند. بنابراین کل موارد مورد مطالعه ۸۸ نفر بود. روش گردآوری داده‌ها مراجعه به پرونده‌های موجود در بایگانی، مصاحبه و معاینه بوده، ابزار مورد استفاده نیز پرسشنامه‌ای بود که زیر نظر اساتید مربوطه و با استفاده از پرسشنامه غربالگری اختلالات روانی (۴) تهیه شد. پس از انتخاب موضوع مورد نظر، با استفاده از دفاتر بایگانی شماره پرونده، نام و نشانی افراد هیستروکتومی شده در سالهای مورد نظر بدست آمد. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرونده‌های موجود در بایگانی کسب شده، از طریق تلفن یا نشانی موجود با افراد مورد نظر تماس حاصل گردید. سپس معرفی نامه‌ای به افراد داده شد تا در وقت تعیین شده به متخصص زنان و زایمان مراجعه نمایند. پس از مراجعه افراد، معاینات لازم انجام شد و پرسشنامه مذکور تکمیل گردید و افرادی که از نظر جنسی - روانی دچار مشکلاتی بودند با معرفی نامه‌ای مشابه به روانپزشک ارجاع داده شدند تا اطلاعات مورد نیاز دقیقتر جمع‌آوری شده، علاوه بر آن درمان مناسب صورت گیرد. مشابه همین اقدام برای افراد همگروه (افراد هیستروکتومی نشده) که با همکاری مراکز بهداشتی - درمانی سطح شهر و به طور تصادفی انتخاب شده بودند، انجام گرفت. داده‌ها وارد محیط نرم‌افزار SPSS win گردید و با استفاده از فرمولهای آمار استنباطی ( $X^2$  و ضریب آماری RR) نسبت به تحلیل داده‌ها اقدام شد.

## نتایج

هدف از این مطالعه بررسی عوارض جنسی ناشی از هیستروکتومی بود. ابتدا دو گروه از نظر فاکتورهای مؤثر بر روابط جنسی (فاکتورهای مخدوش کننده) مقایسه شدند. نتایج تحلیل‌های انجام شده نشان داد که بین دو گروه از نظر سن، شغل، سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه خانواده، تعداد فرزند، سابقه ازدواج قبلی زوجین، تعدد همسر شوهر،

اضطراب، وسواس و بیخوابی بی‌تأثیر می‌باشد ( $P > 0.05$ ).

**جدول شماره ۱: رابطه بین هیستریکتومی و خشکی واژن در جمعیت مورد مطالعه**

وضعیت هیستریکتومی	خشکی واژن		جمع
	دارد	ندارد	
هیستریکتومی شده	۱۷	۲۷	۴۴
هیستریکتومی نشده	۸	۳۶	۴۴
جمع	۲۵	۶۳	۸۸

$P < 0.05$ , RR = ۲/۱۲۵ (۱/۰۲۵-۴/۴۰۵)

**جدول شماره ۲: رابطه بین هیستریکتومی و انقباضات غیرارادی واژن در جمعیت مورد مطالعه**

وضعیت هیستریکتومی	انقباضات غیرارادی واژن		جمع
	دارد	ندارد	
هیستریکتومی شده	۱۷	۲۷	۴۴
هیستریکتومی نشده	۸	۳۶	۴۴
جمع	۲۵	۶۳	۸۸

$P < 0.05$ , RR = ۲/۱۲۵ (۱/۰۲۵-۴/۴۰۵)

**جدول شماره ۳: رابطه بین هیستریکتومی و ترس و پرهیز از مقاربت در جمعیت مورد مطالعه**

وضعیت هیستریکتومی	ترس از مقاربت		جمع
	دارد	ندارد	
هیستریکتومی شده	۱۵	۲۹	۴۴
هیستریکتومی نشده	۵	۳۹	۴۴
جمع	۲۰	۶۸	۸۸

$P < 0.05$  RR: ۳ (۱/۱۹۳-۷/۵۴۲)

بیماری جسمی، سابقه عمل جراحی، مصرف دارو و فاکتورهای روانی از قبیل رضایت از جنسیت، علاقه به پوشش مردانه، احساس چاقی یا لاغری، تفاهم اخلاقی با همسر و تأثیر این فاکتورها بر روابط زناشویی، تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد.

از نظر نتیجه پاتولوژی، میوم شایعترین پاتولوژی یافت شده در نمونه‌های هیستریکتومی بود. از نظر روش عمل ۳/۹۵٪ از موارد هیستریکتومی به روش ابدومینال و ۹/۲۰٪ همراه با برداشتن هر دو تخمدان بوده است و ۷/۹۷٪ از موارد، هیستریکتومی کامل بوده است.

در رابطه با احساس افراد در مورد تصویر تن و زنانگی پس از هیستریکتومی، ۵/۷۰٪ از بیماران بعد از هیستریکتومی از وضعیت زنانگی خود احساس رضایت داشتند. ۱۷/۶٪ از افراد احساس کمبود و کاهش حس زنانگی پس از عمل، ۵/۲۰٪ احساس چاق شدن پس از عمل و ۳/۲٪ احساس لاغر شدن داشتند.

در زمینه احساس افراد در مورد قطع قاعدگی ناشی از هیستریکتومی، ۷/۹۷٪ افراد از قطع قاعدگی احساس رضایت داشتند و تنها یک مورد (۳/۲٪) تمایل به ادامه روند قاعدگی داشته، از حذف آن ناراضی بود.

براساس یافته‌های این مطالعه بین هیستریکتومی و مشکلات جنسی رابطه وجود داشت ( $P < 0.05$ ,  $df=1$ ). در افراد هیستریکتومی شده خشکی واژن به میزان بیشتری گزارش شد ( $P < 0.05$ ,  $df=1$ ) (جدول شماره ۱).

همچنین میزان انقباضات غیرارادی واژن و ترس و پرهیز از مقاربت در افراد هیستریکتومی شده افزایش داشت ( $P < 0.05$ ,  $df=1$ ) (جدول شماره ۲، ۳). همچنین احساس لذت طی مقاربت و رسیدن به ارگاسم در افراد هیستریکتومی شده کاهش نشان داد ( $P < 0.05$ ,  $df=2$ ) (جدول شماره ۴). اما بین هیستریکتومی و کاهش یا افزایش میل جنسی، سردرد پس از مقاربت و مقاربت دردناک رابطه معنی‌داری بدست نیامد ( $P > 0.05$ ).

در مورد تأثیر هیستریکتومی بر شکایات و بیماری‌های روانی، نتایج حاصله نشان داد هیستریکتومی در ایجاد تحریک پذیری، افسردگی،

جدول شماره ۴: رابطه بین هیستروکتومی و احساس لذت طی مقاربت و رسیدن به ارگاسم در جمعیت مورد مطالعه

وضعیت هیستروکتومی	ارگاسم			
	اکثراً		بندرت	
	درصد	فرآینی	درصد	فرآینی
هیستروکتومی شده	۱۸	۴۰/۹	۹	۲۰/۵
هیستروکتومی نشده	۲۹	۶۵/۹	۳	۶/۸
جمع	۴۷	۵۳/۴	۱۲	۱۳/۶

$P < 0.05$

هیچیک از افراد مورد مطالعه دچار افزایش میل جنسی نبودند.

در بعضی تحقیقات گذشته نیز عدم تغییر در میل جنسی به دنبال هیستروکتومی گزارش شده (۱)، در تحقیقی دیگر کاهش میل جنسی به میزان ناچیز (۷٪) پس از هیستروکتومی ذکر شده (۱۴)، در مطالعه‌ای دیگر کاهش میل جنسی به دنبال جراحی کف لگنی ۲۹٪ بوده است (۱۲). در مورد اختلال عملکرد جنسی به دنبال برداشتن رحم و تخمدان‌ها، کاهش میل جنسی بیشترین ارتباط را با فاکتورهای روانی داشته (۱۵)، در هیچ یک از تحقیقات، افزایش میل جنسی به دنبال هیستروکتومی گزارش نشده است.

بنابراین نتایج بدست آمده در زمینه میل جنسی در این مطالعه با نتایج تعدادی از تحقیقات موجود، همسو می‌باشد و این نتایج بدین معنی است که مشکلات جنسی ایجاد شده به دنبال هیستروکتومی ناشی از تغییر در کمیت میل جنسی نمی‌باشد، بلکه کیفیت روابط است که تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

در مورد سردرد پس از مقاربت، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. در سایر تحقیقات نیز این شکایت از عوارض هیستروکتومی ذکر نشده است. بنابراین به نظر می‌رسد هیستروکتومی باعث افزایش سردرد پس از مقاربت نمی‌شود.

طبق جدول شماره ۱ خشکی واژن در افراد هیستروکتومی شده افزایش یافته است. در یک تحقیق کاهش نرم شدگی و ترشح ناکافی واژن به میزان ۳۸٪ به دنبال جراحی لگنی گزارش شده است (۱۲) که بسیار نزدیک به آمار بدست آمده در تحقیق حاضر می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد به دنبال هیستروکتومی و جراحی‌های لگنی خشکی واژن افزایش می‌یابد.

در مورد درد حین مقاربت، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. بنابراین به نظر می‌رسد هیستروکتومی باعث ایجاد درد حین مقاربت نمی‌شود.

## بحث

در رابطه با فاکتور احساس زنانگی و تصویر بدنی پس از هیستروکتومی، تحقیقات اندکی صورت گرفته است. در یک مطالعه به دنبال برداشتن رحم و تخمدان‌ها همراه با درمان جایگزین هورمونی، دیدگاه مثبت در مورد هیستروکتومی ۷۷/۴٪ و رضایتمندی کلی ۸۸/۷٪ بوده است. در تحقیقی دیگر هیستروکتومی باعث ایجاد چاقی به میزان ۱۲٪ شده است (۱۴).

نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر مشابه آمارهای فوق می‌باشد. در زمینه احساس افراد در مورد قطع قاعدگی ناشی از هیستروکتومی تحقیقی انجام نشده است.

در این مطالعه ۴۵/۵٪ از افراد هیستروکتومی شده به نوعی دچار مشکلات جنسی بودند در حالیکه در گروه هیستروکتومی نشده تنها ۲۰/۵٪ از چنین مشکلاتی رنج می‌بردند.

در تحقیقات گذشته نتایجی مشابه دیده می‌شود، بطوریکه در یک مطالعه ۳۷٪ از افراد به دنبال برداشتن رحم و تخمدان‌ها از نظر وضعیت جنسی بدتر شده‌اند. اما این تغییرات به میزان زیادی در ارتباط با فاکتورهای روانی بوده است (۱۵). از دیگر فاکتورهای مهم و تأثیرگذار در این زمینه، حمایت فرد توسط افراد خانواده، دوستان و بخصوص همسر یا شریک جنسی ذکر شده است (۱) و حتی عدم وجود شریک جنسی ثابت، باعث افزایش عوارض جنسی می‌گردد (۱۸).

در مورد تغییرات میل جنسی، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. در ضمن

۹۷/۷٪ از افراد تحت مطالعه حاضر تحت عمل T.H و در نتیجه برداشتن سرویکس قرار گرفته‌اند. بنابراین اختلال در ارگاسم و کاهش احساس لذت طی مقاربت همانگونه که انتظار می‌رفت نسبت به گروه کنترل بیشتر دیده شد که همسو با نتایج سایر تحقیقات می‌باشد.

طبق نتایج این تحقیق هیستریکتومی باعث افزایش شکایات روانی از قبیل افسردگی، تحریک‌پذیری، اضطراب، وسواس و بیخوابی نگردید. در مطالعه‌ای، ۴۰٪ جراحی‌های لگن به صورت واکنش‌های افسردگی که منجر به اختلال در سلامتی روانی، ناهنجاری‌های رفتاری اجتماعی و نیاز به مراقبت‌های فردی شده است، تظاهر نمود. یکی از محققان می‌نویسد در عرض ۳ سال بعد از هیستریکتومی ۳۳٪ بیماران افسردگی را تجربه می‌کنند و سابقه مثبت از نظر سوء استفاده جنسی ممکن است زنان را بیشتر مستعد عوارض سایکولوژیک منفی بعد از هیستریکتومی بنماید. سایکوز به دنبال هیستریکتومی نیز گزارش شده است (۱). در مقابل نتایج فوق، در مطالعاتی دیگر، رفع علائم سایکولوژیک به دنبال هیستریکتومی و بروز افسردگی به میزان اندک (۸٪) گزارش شده (۱۴)، در بررسی دیگری کاهش علائم افسردگی به میزان ۳۲٪ ذکر شده است. بنابراین به نظر می‌رسد این نتایج متفاوت در زمینه بروز افسردگی یا سایر علائم روانی به اختلاف در میزان حمایت افراد توسط اطرافیان و خانواده، سابقه قبلی بیماران از نظر وضعیت سایکولوژیک و نگرش آنان به هیستریکتومی بستگی داشته، ممکن است به صورت پیشرفت علائم روانی یا بهبود آن پس از عمل تظاهر نماید.

بنابراین طبق نتایج حاصل از این تحقیق می‌توان گفت هیستریکتومی در بروز مشکلات جنسی به صورت افزایش خشکی واژن، انقباضات غیرارادی واژن، ترس و پرهیز از مقاربت، کاهش احساس لذت طی مقاربت و رسیدن به ارگاسم مؤثر بوده، اما بر کاهش یا افزایش میل جنسی، سردرد پس از مقاربت، درد حین مقاربت و نیز سایر شکایات روانی از قبیل افسردگی، تحریک‌پذیری، وسواس و ... تأثیری ندارد.

در برخی از تحقیقات گذشته افزایش درد حین مقاربت از جمله عوارض مهم هیستریکتومی بخصوص در نوع TH<sup>۱</sup> به علل مختلف از جمله کوتاهی واژن، گرانولاسیون غیرطبیعی کاف واژن و خشکی واژن ذکر شده (۱) و نقش استروژن در کاهش درد حین مقاربت ثابت شده است (۱۵). اما در یک مطالعه بر دو گروه بیماران که S.T.H<sup>۲</sup> و T.H شده‌اند، دیده شده دیس پارونی در هر گروه به نسبت قبل از جراحی کاهش یافته و روش S.T.H در کاهش این عارضه بیشتر دخیل بوده است (۱). در تحقیقی دیگر بر بیماران با عمل جراحی کف لگن مقاربت دردناک در ۱۰ بیمار بدون سابقه قبلی ایجاد و در ۱۲ بیمار از ۲۳ نفری که قبل از عمل مشکل داشته‌اند، رفع شده است (۱۲). بنابراین نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر با تعدادی از مطالعات قبلی همسو می‌باشد.

براساس نتایج حاصل از جداول شماره ۲ و ۳ به نظر می‌رسد که هیستریکتومی باعث افزایش انقباضات غیرارادی مهبل و ترس و پرهیز از مقاربت می‌شود. در بین تحقیقات قبلی در این زمینه مطلبی ارائه نشده است.

براساس جدول شماره ۴ به نظر می‌رسد که هیستریکتومی باعث کاهش احساس لذت طی مقاربت شده، رسیدن به ارگاسم را کاهش می‌دهد. در بررسی‌های گذشته نیز اختلال در عمل ارضاء شدن به دنبال هیستریکتومی از عوارض عمده آن ذکر شده که بستگی به یک افت موقت در اعمال جنسی دارد که پس از جراحی لگن رخ می‌دهد و اگر این افت طول بکشد به طور شایع سبب افسردگی می‌شود. در یک بررسی به دنبال T.H اختلال ارگاسمیک گزارش شده، اما در تحقیقی دیگر کاهش کلی در توانایی بالقوه ارگاسم یافت نشده است. در بررسی گروهی از بیماران به دنبال S.T.H، ۵۱٪ اصلاح و ۲۱٪ بدتر شدن تجربه جنسی را ذکر کرده‌اند (۱)، کاهش حس در ناحیه تناسلی در ۱۸٪ بیماران با جراحی کف لگن گزارش شده است (۱۲). نکته مهم این است که نقش سرویکس در لذت جنسی به علت شبکه عصبی غنی آن ثابت شده است (۱، ۱۶، ۱۷).

۱- Total hysterectomy

۲- Sub total hysterectomy

- concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 2000; 49(3): 229-32
11. Bachmann GA, Ayers CA. Psychosexual gynecology. *Med Clin North Am* 1995; 79(6): 1299-317.
  12. Poad D, Arnold EP. Sexual function after pelvic surgery in women. *Aust-N-Z-J-Obstet- Gynecol* 1994; 34(4 ): 471-4.
  13. Corney RH, Crowther ME, Everett H, Howells A. Women with gynecological cancer following radical pelvic surgery. *Br J Obstet Gynecol* 1993; 100(1): 73-8.
  14. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ. The main women's Health study: out comes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83(4): 556-65.
  15. Dennerstein L, Wood C, Burrows GD. Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. *Obstet Gynecol* 1977; 49(1): 92-6.
  16. Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risks and benefits. *J Reprod Med* 1993; 38(10): 781-90.
  17. Sutton C. Subtotal hysterectomy revisited. *Endosc Surg Allied Technol* 1995;3(2-3): 105-8.
  18. Helstorm L, Sorbom D, Backstrom T. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Acta obstet Gynecol Scand* 1995; 74(2 ): 142-6.

## قدردانی و تشکر

از اعضای محترم شورای مرکز پژوهش و کلیه اساتید محترمی که در این زمینه ما را یاری نمودند، همچنین از مسئولین محترم بایگانی بیمارستان بعثت، مراکز بهداشتی - درمانی سطح شهر به سبب همکاری صمیمانه در زمینه گردآوری داده‌ها تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

## References:

1. Thompson JD, Warshaw J. Hysterectomy. In: Rock JA, Thompson JD eds, *Telind's operative gynecology*. 8 th ed. Philadelphia: Lippincott & Raven; 1997: 771-854.
2. Abel G, Rouleau JL, Osborn CA. Sexual disorders. In: winokur G, clayton PJ. *The medical basis of psychiatry*. 2 nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994: 253-262.
۳. کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روان پزشکی. ترجمه پورافکاری ن. چاپ اول، تهران: انتشارات شهرآب، ۱۳۷۹: جلد اول: ۴۳۸-۴۳۶، جلد دوم: ۳۹۱-۳۲۷.
۴. داویدیان ه، شاه محمدی د. پرسشنامه غربالگری اختلالات روانی. چاپ چهارم، تهران: وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵: ۴۴-۴۲.
5. Sadock VA. Normal Human sexuality and sexual dysfunction. In: Kaplan H, Sadock B eds. *Comprehensive text book of psychiatry*. 6 th ed. New York: Williams & Wilkins; 1995: 1295-1321.
6. Stovall TG. Hysterectomy. In: Berek JS, Adashi Ey, Hillard PA eds. *Novak's gynecology*. 12 th ed. New York: Williams & Wilkins; 1996: 727-767.
7. Gilstrap III LC, Gant NF. Gynecologic surgery for obstetric patient. In: Rock JA, Thompson JD eds. *Telinde's operative gynecology*. 8 th ed. Philadelphia: Lippincott & Raven; 1997: 855-865.
8. Kaplan H, Sadock B. Synapsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 8 th ed. New york: Williams & wilkins; 1998: 676-720.
9. Green R, Blanchard R. Gender identity disorders. In: Kaplan H, Sadock B eds. *Comprehensive text book of psychiatry*. 6 th ed. New york: Williams & Wilkins; 1995: 1347- 1360.
10. Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual