

تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر تسریع بهبود جسمی زنان

پس از جراحی هیستریکتومی

Effect of cognitive behavioral therapy in hastening recovery of women after hysterectomy surgery

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۳/۵

Alipour A. *PhD*[✉], Yusefpour N. *MSc*

احمد علی پور[✉]، ناهید یوسف پور^۱

Abstract

Introduction: Hysterectomy surgery is one of the most common women's surgeries. The purpose of this research was to examine the role of cognitive behavioral therapy (CBT) in accelerating the physical recovery of patients after hysterectomy surgery.

Method: In this clinical trial study, 20 subjects candidate for hysterectomy surgery were randomly selected and divided into in two groups of experimental and control. Cognitive behavioral therapy (CBT) was instructed before surgery during 8 sessions for experimental group and after surgery both groups were examined in terms of accelerating the physical recovery, i.e., amount of sedatives dose, duration of hospitalization and return to daily activities

Results: Cognitive behavioral therapy (CBT) significantly accelerated the process of physical recovery, relieved pain and lowered sedatives consumption for patients of the experimental group.

Conclusion: Cognitive behavioral therapy (CBT) acts in accordance with the recognition and changing the negative cognitions and causes the acceleration of recovery, reduction of pain and consumption of pain after Hysterectomy surgery.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Hysterectomy Surgery, Women

چکیده

مقدمه: جراحی هیستریکتومی یکی از رایج‌ترین جراحی‌های زنان است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی نقش رفتاردرمانی شناختی در تسریع بهبود جسمی بیماران پس از جراحی هیستریکتومی بود.

روش: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۲۰ آزمودنی کاندید عمل جراحی هیستریکتومی به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند. رفتاردرمانی شناختی پیش از جراحی در طول ۸ جلسه برای گروه آزمایش آموزش داده شد و پس از عمل جراحی، هر دو گروه از لحاظ تسریع بهبود جسمی یعنی میزان دوز داروی مسکن مصرفی، تعداد روزهای بستری در بیمارستان و بازگشت به فعالیت‌های روزمره بررسی شدند. داده‌های پژوهش به کمک آزمون آماری T برای دو گروه مستقل تحلیل شد.

یافته‌ها: رفتاردرمانی شناختی در مورد بیماران کاندیدای هیستریکتومی در گروه آزمایش، فرآیند بهبود بدنی را به‌طور معنی‌داری تسریع کرد و میزان درد و مصرف مسکن را پایین آورد.

نتیجه‌گیری: رفتاردرمانی شناختی در جهت شناسایی و تغییر شناخت‌های منفی عمل می‌کند و باعث تسریع بهبود، کاهش درد و مصرف داروهای مسکن پس از جراحی هیستریکتومی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی شناختی، جراحی هیستریکتومی، زنان

[✉] **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran
Email: alipor@pnu.ac.ir

[✉] گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، سازمان مرکزی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، سازمان مرکزی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

پیامدهای روان‌شناختی متعددی، از جمله اختلال در تصویر ذهنی فرد نسبت به جسم خود به همراه داشته باشد. بویژه اگر، جراحی شامل برداشتن عضو یا اختلال در کار قسمتی از بدن باشد، جراحی‌هایی نظیر هیستریکتومی و امثال آن به مراتب بیشتر از خود جراحی بر وضعیت فعالیت جنسی اثر می‌گذارد [۱۲]. همچنین، ایجاد افسردگی از پیامدهای دیگر این جراحی است که آن نیز به نوبه خود بر فعالیت‌های روزمره از جمله فعالیت جنسی تاثیر می‌گذارد [۱۳]. بدیهی است که حالات منفی روان‌شناختی بر نتیجه عمل جراحی و سیر بهبودی تاثیر منفی می‌گذارد. به‌عنوان مثال، کیز و همکاران نشان دادند که اضطراب این بیماران پیش از عمل جراحی پیش‌بینی‌کننده قوی درد پس از عمل جراحی است [۱۴]. با توجه به ارتباط این جراحی با حالات منفی روان‌شناختی و تاثیر این حالات بر سلامت روانی و بهبودی پس از جراحی، استفاده از روش‌های روان‌شناختی می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی و بهبودی جسمی این بیماران مفید باشد. در این صورت، با استفاده از مداخلات روان‌شناختی می‌توان نه تنها به این بیماران کمک کرد، بلکه با کاهش تعداد روزهای بستری در بیمارستان، هزینه درمانی را نیز کاهش داد. تحقیقات مختلفی در این خصوص انجام شده است. مداخلات روان‌شناختی قبل از جراحی هیستریکتومی، بر میزان اضطراب، تنیدگی و افسردگی، درماندگی و پیامدهای پس از جراحی، مانند سرعت سازش روان‌شناختی و بهبود بدنی اثر می‌گذارد [۱۴]. پژوهش‌های انجام شده، بر نقش موثر مقابله شناختی و اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی، در افزایش سازش روان‌شناختی و سرعت بهبود بدنی، بر حسب متغیرهایی مانند مدت بستری، سطح اضطراب بیمار، متغیرهای فیزیولوژیکی و رضایت عمومی بیمار تاکید دارند [۱۵]. یانگ و هام‌فری، در تحقیقی نشان داده‌اند که مداخلات شناختی به مراتب، تاثیری بهتر از تهیه دفترچه‌ای حاوی اطلاعات مفید برای جراحی هیستریکتومی دارد [۱۶]. در کل شواهد نشان می‌دهد، مداخلاتی چون دادن اطلاعات به بیماران کاندید جراحی و حمایت‌های روانی-اجتماعی، اثرات مثبتی بر پیامدهای جراحی دارد [۱]. پژوهش فراتحلیلی دیوین، روی ۱۹۱ تحقیق انجام شده بین سال‌های ۱۹۶۳ تا ۱۹۸۹، درباره مداخلات روانی-آموزشی روی جراحی‌ها، نشان داده است که این مداخلات اثرات معنی‌دار آماری روی درد پس از جراحی، روزهای بستری و نگرانی‌های بیماران دارند؛ اما اندازه این اثرات از کم تا متوسط برآورد شده است [۱۷]. با این حال، هیچ کدام از جراحی‌های بررسی شده در این تحقیق هیستریکتومی نبوده است. در این راستا تحقیق دیگری در چین نشان داده است که مداخلات کنترل‌شده شناختی پیش از جراحی، باعث کاهش اضطراب، درد، مصرف مسکن و افزایش رضایت‌مندی شده است [۱]. همین‌طور پژوهش‌های دیگر در ایران نشان داده‌اند که

بستری شدن در بیمارستان، به تنهایی می‌تواند تجربه‌ای پرتنیدگی باشد؛ اما بعضی از بیماران بدلیل تحمل فرآیندهای دردناکی مانند جراحی، با فشار روانی اضافی مواجه هستند [۱]. هیستریکتومی نیز نوعی جراحی است که در آن رحم و سرویکس برداشته می‌شود و از این جراحی به‌منظور درمان آندومتریوز یا سرطان رحم استفاده می‌شود. گاهی تخمدان‌ها و لوله‌های رحم نیز برداشته می‌شوند. بیمار پس از این عمل جراحی، ۳-۴ روز در بیمارستان بستری است. بهبودی حدود ۳-۶ هفته طول می‌کشد. هیستریکتومی، بعد از سزارین، دومین جراحی رایج و از رایج‌ترین اقدامات جراحی در ایالات متحده است. برای مثال، در سال ۱۹۹۸ تعداد هیستریکتومی‌های انجام شده در ایالات متحده، به بیش از ۶۰۰ هزار مورد افزایش یافت. در هلند نیز ۳۲٪ از زنان، در طول عمر خود تحت هیستریکتومی قرار می‌گیرند. به‌طور کلی، میزان هیستریکتومی، از ۶/۱ تا ۸/۶ مورد، در هر هزار زن، از همه گروه‌های سنی متغیر است [۲، ۳، ۴]. از دیرباز، رحم به‌عنوان ارگان تنظیم‌کننده، کنترل‌کننده عملکردهای مهم فیزیولوژیک، ارگان جنسی، منبع انرژی و نگاه دارنده جوانی و جذابیت تلقی می‌شده است [۴]. زنان تصور می‌کنند که هیستریکتومی می‌تواند بر سلامت جنسی یا کشش جنسی آنها تاثیری نامطلوب بگذارد و زندگی مشترک آنها را تهدید کند. با این حال، تحقیقات در این خصوص متناقض هستند. بعضی تحقیقات اثرات منفی آن بر فعالیت و میل جنسی را نشان داده است [۵]. براساس نتیجه تحقیق ظفرقندی و همکاران، عملکرد جنسی بعد از هیستریکتومی کاهش قابل توجهی پیدا می‌کند، که این کاهش به نوع عمل و برداشتن تخمدان‌ها بستگی ندارد [۶]. رحیم‌زاده و همکاران نیز بروز اختلالات جنسی را پس از جراحی هیستریکتومی گزارش کرده‌اند [۷]. در ایران، رضایت جنسی پس از عمل جراحی هیستریکتومی ابتدا کاسته شد ولی با گذشت زمان بر میزان رضایت جنسی بیماران افزوده شد [۸]. با این حال، بعضی تحقیقات بروز اختلالات جنسی پس از جراحی هیستریکتومی را انکار کرده و حتی افزایش عملکرد جنسی را گزارش داده‌اند [۹]. حتی در مطالعه‌ای جدیدتر، کاپرم و همکاران تاثیر مثبت هیستریکتومی بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی را گزارش کردند [۱۰]. با این حال، بیشتر تحقیقات اثرات منفی هیستریکتومی بر عملکرد جنسی را تایید کرده‌اند. به نظر می‌رسد، حداقل بعضی از مشکلات جنسی گزارش شده پس از جراحی هیستریکتومی، ناشی از عوارض روان‌شناختی این جراحی باشد. در تایید این احتمال، برخی تحقیقات نشان داده هیستریکتومی اثرات بسیار شدیدی بر احساس زنانه‌بودن فرد می‌گذارد [۱]. تصویر ذهنی از جسم خویش، در زنانی که هیستریکتومی شده‌اند، قبل و بعد از عمل جراحی با هم متفاوت است [۱۱]. زیرا هر نوع جراحی می‌تواند

روش

این کارآزمایی بالینی براساس طرح پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری تمام بیماران بیمارستان الزهرا^(س) تبریز که در سال ۱۳۸۶ تحت عمل جراحی هیستریکتومی ابدومینال (شکمی) قرار گرفتند بودند. سن آنها ۴۵-۴۰ سال بود و در جراحی تخمدان‌های آنها حفظ شد. برای نمونه‌گیری، ابتدا بیمارستان‌های محل انجام جراحی هیستریکتومی لیست شدند و به‌صورت تصادفی ساده بیمارستان الزهرا^(س) انتخاب شد. از میان بیماران ۴۵-۴۰ سال که تحت عمل جراحی هیستریکتومی شکمی قرار گرفته و تخمدان‌های آنها دست‌نخورده باقی مانده بود (تا به‌علت کاهش هورمون‌ها و استفاده از فلوکستین در نتیجه آزمون تداخل ایجاد نشده و متغیر مزاحم تا حدی کنترل شود)، ۲۰ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سابقه این بیماران بررسی شد و نشان داد که قبل از جراحی هیچ سابقه‌ای از بیماری‌های جسمی و روانی نداشتند.

رفتاردرمانی شناختی قبل از جراحی، در افزایش خودکنترلی و مهارت‌های مقابله و کاهش نگرش‌های ناکارآمد، میزان افسردگی، شدت درد و ناتوانی بیماران مبتلا به اختلال درد موثر است [۱۸]. بشارت و همکاران، میزان تأثیر اطلاع‌رسانی بر سطح اضطراب و بهبود جسمی بیماران پس از عمل‌های جراحی فتق، بواسیر و صفرا برداری را بررسی کردند و نشان دادند که اطلاع‌رسانی در مورد بیماران گروه آزمایش، سطح اضطراب را کاهش داده و حتی شاخص‌های فیزیولوژیک مانند فشارخون‌های سیستولی و دیاستولی و سرعت ضربان قلب را نیز کاهش می‌دهد. با توجه به پژوهش‌های یاد شده، ملاحظه می‌شود که در تحقیقات مختلف داخلی و خارجی تأثیر مداخلات شناختی- رفتاری در تسریع بهبودی پس از جراحی هیستریکتومی زیاد مورد توجه قرار نگرفته است. لذا هدف از انجام این تحقیق، بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی در تسریع بهبودی پس از عمل جراحی هیستریکتومی، براساس سه شاخص میزان داروهای مسکن مصرفی، روزهای بستری در بیمارستان، و دوز داروهای مسکن مصرفی در بیماران بود.

جدول ۱) پروتکل رفتاردرمانی شناختی مورد اجرا

جلسه	توضیحات
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها اطلاع‌رسانی درباره جراحی هیستریکتومی و تخلیه هیجانی
دوم	توضیحاتی درباره تنیدگی، اضطراب و افسردگی ضمن یادآوری مطالب جلسه اول سپس آموزش تنفس شکمی و تنفس آهسته و عمیق به درون شکم، مکث کردن و بیرون دادن کامل آن به اعضا و تمرین آموزش انجام آرمیدگی پیش‌رونده، ابتدا کشش عضلانی و سپس رها نمودن هر گروه عضلات از سر تا پا تعیین تکالیف برای بیماران (تنفس شکمی و آرامش پیش‌رونده برای ۲۰ دقیقه در روز تا جلسه بعد)
سوم	اطلاع‌رسانی در مورد پایه‌های نظری جراحی هیستریکتومی، استفاده از داروهای مسکن، نقش عوامل روان‌شناختی بر هیجان‌ها و تجربیات حسی در این دوره و آموزش شناسایی افکار منفی
چهارم	مروری کوتاه بر جلسه سوم انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه خواندن افکار منفی یادداشت شده توسط بیماران بررسی افکار با کمک خود بیماران و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی سؤال در مورد نظر بیماران و بحث درباره آنها
پنجم	مروری کوتاه بر جلسه قبل و مرور تکالیف با کمک خود بیماران آموزش تشخیص (۱) هیجان‌های ناخوشایند؛ (۲) موقعیتی که این هیجان‌ها در آن اتفاق می‌افتند؛ (۳) افکار خوشایند مربوط به آن هیجان‌ها ترسیم جدول افکار خوشایند و پاسخ منطقی برای آنها و خواستن از بیماران برای انجام تکالیف طبق آن
ششم	یادآوری و مرور جلسه قبل انجام عمل تن آرامی و تنفس عمیق و بررسی تکالیف بیماران بیماران تجارب خود را با یکدیگر در میان گذاشته و احساسات خود را برای همدیگر تعریف کردند. بررسی هیجان‌های ناخوشایند، موقعیت‌های آنها و افکار خوشایند و سنجش میزان تسلط بیماران بر روش‌های یادگرفته‌شده در جلسات قبل ارایه تکلیف منزل
هفتم	مرور و یادآوری مطالب جلسات قبل انجام آرامش عضلانی و تنفس شکمی بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها و بیان اینکه طی این جلسات تغییری در وضعیت خود احساس کرده‌اند یا نه ارایه تکالیف منزل و یادآوری جلسه بعدی به‌عنوان آخرین جلسه
هشتم	مرور کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به این‌که با به‌کارگیری چیزهایی که یاد گرفته‌اند مشکلی برای‌شان پیش نخواهد آمد

بیمارستان تعیین شد. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی شناختی، باعث تسریع بهبودی در بیماران تحت عمل جراحی هیستریکتومی می‌شود که این یافته با یافته‌های دیگران [۱۱، ۱۶، ۱۷] هم‌سو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که در رفتاردرمانی شناختی محتوای شناخت و تفکر فرد، هدف تغییر قرار می‌گیرد. چون محتوای اندیشه افراد نقش مهمی در قدرت آنان بر کنترل رفتارشان دارد. ارزیابی و انتظارات فرد از توانایی‌های خود نیز، نقش اساسی در حفظ تغییرات رفتاری دارد. بنابراین رفتاردرمانی شناختی، بوسیله شناسایی و تغییر شناخت‌های منفی، باعث کاهش تنیدگی و اضطراب بیماران جراحی هیستریکتومی می‌شود و آن نیز به نوبه خود بهبودی را تسریع می‌بخشد [۱۸]. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون این فرضیه با پژوهش‌های بشارت و همکاران که نشان داده‌اند، اطلاع‌رسانی پیش از جراحی اثرات مفیدی بر بیماران دارد نیز هم‌سو است [۱۹]. چون در این مطالعه نیز به پروتکل درمانی اطلاعاتی اضافه شده است. این پژوهش همچنین نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل، پس از مداخله به‌منظور ایجاد توانایی برای کاهش درد (مصرف مسکن)، اختلاف معنی‌دار وجود دارد؛ هدف رفتاردرمانی شناختی نیز کاهش اضطراب در بیماران است [۲۰]. برای رسیدن به این هدف، از تعدادی تکنیک‌های شناختی و رفتاری استفاده می‌شود. بیماران این تکنیک‌ها را یاد گرفته و در مورد روند درمان و جراحی اطلاعات کافی بدست می‌آورند در نتیجه احساس کنترل بیشتری کرده و مسایل را پیش‌بینی‌پذیر می‌دانند. نتایج به‌دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی با کاهش تنیدگی، اضطراب و افسردگی، حالات روان‌شناختی بیماران را بهبود می‌بخشد. بهبود حالات روان‌شناختی از طریق دو مسیر فیزیولوژیک یعنی دستگاه اعصاب، نورآندوکراین و ایمنی و مسیر رفتاری (برای مثال، پیروی از دستورات پزشکی و اصلاح خواب و تغذیه) بر سلامت جسمی بیماران تاثیر مثبت می‌گذارد [۲۱]. بنابراین همان‌طور که انتظار می‌رفت، رفتاردرمانی شناختی در تسریع بهبودی بیماران جراحی هیستریکتومی موثر بوده است. یعنی، رفتاردرمانی شناختی باعث شده که بیماران گروه آزمایش درد کمتری داشته، از داروهای مسکن کمتری استفاده کنند و زودتر از بیمارستان ترخیص شوند و همچنین زودتر به فعالیت‌های روزمره و عادی خود بازگردند. این فرضیه با پژوهش‌های دیگران [۱، ۱۵، ۱۶] همخوانی دارد. پژوهش بشارت و همکاران [۱۹] نشان داد که اطلاع‌رسانی در مورد بیماران گروه آزمایش، سطح اضطراب را کاهش داده، فرآیند بهبود بدنی را تسریع کرده و میزان درد و مصرف مسکن را پایین آورده است. در کل، پژوهش‌های انجام شده بر نقش موثر اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی در افزایش سازش روان‌شناختی و سرعت بهبود بدنی برحسب متغیرهایی مانند مدت بستری، عوارض پس از جراحی،

ابتدا گروه آزمایش تحت ۸ جلسه رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند. شرح پروتکل رفتاردرمانی شناختی مورد استفاده براساس نظر الیس در جدول ۱ آمده است. سپس عمل جراحی هر دو گروه انجام شد. پس از عمل جراحی و ترخیص از بیمارستان، مدت زمان بستری در بیمارستان، میزان استفاده از داروهای مسکن، برگشتن به فعالیت‌های روزمره زندگی و رفع سریع علائم مدنظر براساس پرسش از اطرافیان تحت‌نظر پزشک مورد بررسی قرار گرفت. این ملاک‌ها با توجه به نتایج مطالعه دیوین [۱۶] و نظر سه متخصص زنان و زایمان به‌عنوان شاخص‌های بهبود در نظر گرفته شدند. در واقع این‌گونه استنباط شد که در صورت تسریع بهبود، این سه شاخص باید تغییر کنند. با توجه به وجود شرایط لازم برای استفاده از آزمون‌های ناپارامتری از جمله برابری واریانس‌ها از آزمون T مستقل استفاده شد.

جدول ۲) مقایسه متغیرهای مورد بررسی در دو گروه کنترل و آزمایش

براساس آزمون T		انحراف استاندارد		گروه میانگین		متغیرها
متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
تعداد روزهای بستری	آزمایش	۲/۳۰	۰/۴۸	-۲/۱۵	۱۸	۰/۰۴۵
	کنترل	۲/۹۰	۰/۷۳			
دوز مسکن مصرفی	آزمایش	۵۶۵	۱۰۶/۱۹	-۵/۰۳۱	۱۸	۰/۰۱
	کنترل	۸۳۵	۱۳۲/۳۹			
بازگشت به فعالیت	آزمایش	۱۱/۱۰	۱/۷۹	-۲/۸۰	۱۸	۰/۰۱۲
	کنترل	۱۳/۲۰	۱/۵۴			

یافته‌ها

نتایج آزمون T براساس میانگین نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ نشان داده شده است. این نتایج نشان‌دهنده وجود تفاوت معنی‌دار در مورد تسریع بهبود بین دو گروه آموزش و کنترل در شاخص‌های بازگشت به فعالیت‌های روزمره ($p < 0/012$)، تعداد روزهای بستری در بیمارستان ($p < 0/045$) و دوز داروی مسکن مصرف‌شده ($p < 0/01$) بود. مصرف داروهای مسکن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشت. آموزش رفتاردرمانی شناختی در تسریع بازگشت به فعالیت‌های روزانه پس از جراحی هیستریکتومی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر معنی‌داری داشت.

بحث

در این بررسی، ابتدا شاخص‌های بهبودی جسمی براساس پیشینه مطالعاتی [۱۷]، نظر متخصصان برای مصرف داروهای مسکن، بازگشت به فعالیت‌های روزمره و تعداد روزهای بستری در

- 2006;64(11):15-8. [Persian]
- 7- Rahimzade A. Incidence of hysterectomy on sexual dysfunction in patients underwent surgery in Besat hospital of Sanandaj. *Kordestan Med J.* 2001;22:46-52. [Persian]
- 8- Ghanbari Z, Parvane-Syyar D. Comparison of two methods of sexual satisfaction in the total abdominal hysterectomy and sub total abdominal hysterectomy. *Med J.* 2007;65(9):31-5. [Persian]
- 9- Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. *J Br Menopause Soc.* 2006;12(4):153-7.
- 10- Kuppermann M, Varner RE, Robert L, Summitt JR. Effect of hysterectomy medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning: The medicine or surgery randomized trial. *JAMA.* 2004;291(12):1447-55.
- 11- Ghods H. Compare the mental image of his body in women who have hysterectomies in the before and after surgery in patients referred to the women's clinics [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Science; 1993. [Persian]
- 12- Kozier B, Glonora E. *Fundamentals of nursing concept and procedures.* USA: Addison Mosley Publishing; 1989.
- 13- Parichehr M. Study of physical and mental problems after hysterectomy in women referred to the selected hospitals [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Science; 1996. [Persian]
- 14- Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. *J Psychosom Res.* 2000;49(6):417-22.
- 15- Ridgeway V, Mathews A. Psychological preparation for surgery: A comparison of methods. *Br J Clin Psychol.* 1982;21(4):271-80.
- 16- Young L, Humphrey M. Cognitive methods of preparing women for hysterectomy: Does a booklet help? *Br J Clin Psychol.* 1985;24(4):303-4.
- 17- Devine E. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Educ Couns.* 1992;19:129-40.
- 18- Posht-Mashadi M. Efficacy of cognitive behavioral therapy on pain disorder [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Science; 2001. [Persian]
- 19- Besharat MA, Aghamohammad Baygi M, Karami-Noori R. Information before the general surgery. *Andishe Raftar J.* 2004;10(1):68-77. [Persian]
- 20- Haydari P, Latifnezhad R, Sahebi A, Jahaniyan M, Mazloom R. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety of women treated with primary infertility IUI. *Mashad J Nurs Midwifery.* 2003;5(1):17-8. [Persian]
- 21- Sarafino EP. *Health psychology.* 4th ed. USA: John Willy and Sons; 2002.
- 22- Cooper PJ, Bawden HN, Camfield PR, Camfield CS. Anxiety and life events in childhood migraine. *Pediatrics.* 1987;79:999-1004.

سطح اضطراب بیمار تاکید دارند. نتیجه این مطالعه نیز نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی باعث کاهش درد جراحی و به دنبال آن، استفاده کمتر از داروهای مسکن شده است، زیرا درد جسمی بیماران شدیداً تحت تأثیر اضطراب است که با کاهش آن درد نیز کاهش می‌یابد [۲۲]. کمبود تعداد آزمودنی‌های این پژوهش و انجام رفتاردرمانی شناختی تنها در ۸ جلسه به علت مشکلات اجرایی از محدودیت‌های این تحقیق است که تعمیم نتایج آن را با اشکالاتی مواجه می‌کند و از محققان علاقمند انتظار می‌رود این اشکالات را در پژوهش‌های آتی برطرف کنند.

نتیجه‌گیری

رفتاردرمانی شناختی در تسریع بهبود جراحی هیستریکتومی موثر است و می‌توان در بسیاری از بیماران که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار می‌گیرند، از این روش استفاده کرد.

تشکر و قدردانی: از همه بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند و کلیه پزشکان و پرستاران بیمارستان الزهراء (س) تبریز که در اجرای این تحقیق همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Cheunga LH, Callaghan P, Chang AM. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *Int J Nurs Studies.* 2007;40:214-60.
- 2- Roovers JP, Bom JG, Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: Prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BMJ.* 2003;327:774-8.
- 3- Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med.* 2002;347:1318-25.
- 4- Hoogendoorn D. The odds on hysterectomy and estimation of the number of cancer deaths prevented by hysterectomies in their current incidence. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1984;128:1937-40.
- 5- Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA.* 1999;282:1934-41.
- 6- Zafarghandi N, Torkestani F, Hodavand S, Farid-Zayeri H. Study of sexual after hysterectomy. *Med J.*