

مقایسه استرس پس از سانحه بعد از عمل هیستریکتومی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شیراز سال ۱۳۹۸

زهرة رادمهر^۱، دکتر مهناز زرشناس^۲، دکتر مرضیه اکبرزاده^{۳*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات روان جامعه‌نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مادر و جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۰

خلاصه

مقدمه: هیستریکتومی به‌عنوان یکی از معمول‌ترین عمل‌های جراحی زنان، بر بُعد روحی-روانی زنان تأثیر منفی می‌گذارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه زنان یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده از نظر استرس پس از سانحه انجام شد. **روش کار:** این مطالعه تحلیلی-مقطعی از مرداد تا اواخر دی ماه سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۵۴ نفر از زنان یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده در بیمارستان‌های حضرت زینب (س) و شهید دکتر فقیهی شیراز انجام شد. گردآوری داده‌های استرس پس از سانحه از طریق پرسشنامه وایس و مارمر انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره استرس پس از سانحه ۱ هفته پس از عمل افزایش و ۲ ماه بعد از عمل کاهش یافت ($p=0/179$). نمره استرس در گروه یائسه ($4/99 \pm 6/02$) کمتر از گروه غیر یائسه ($6/49 \pm 7/72$) بود. همچنین بین میانگین نمره استرس پس از سانحه گروه یائسه و غیر یائسه، ۲ ماه پس از عمل برخلاف ۱ هفته پس از عمل، تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: اگرچه هیستریکتومی، استرس را در زنان یائسه و غیر یائسه و با اختلاف معناداری در گروه غیر یائسه افزایش می‌دهد، اما پس از ۲ ماه، نمره استرس پس از سانحه کاهش معنی‌داری می‌یابد.

کلمات کلیدی: استرس، پس از سانحه، غیر یائسه، هیستریکتومی، یائسگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مرضیه اکبرزاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. تلفن: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۰؛ پست الکترونیک: akbarzadm@sums.ac.ir

مقدمه

هیستریکتومی یکی از معمول‌ترین عمل‌های جراحی‌های زنان است که بر بُعد روانی و اجتماعی و جنسی زن تأثیر می‌گذارد (۱). هیستریکتومی به‌علل خوش‌خیم و بدخیم انجام می‌شود و بر اساس مطالعه رادها و همکاران (۲۰۱۵)، شایع‌ترین علل هیستریکتومی به‌ترتیب فیبروم (۰/۴۵)، منورژی (۰/۳۱)، پرولاپس اعضای لگن (۰/۱۰/۳)، عفونت مزمن لگن (۰/۵/۱)، دیسپلازی آندومتر (۰/۵/۱) و سرویکس (۰/۳/۴) می‌باشد (۲). زنان به دلایلی از جمله سابقه بیماری‌های روانی، طبیعت آسیب‌پذیر و فقدان حمایت‌های اجتماعی در طول زندگی خود بیش‌تر از مردان، اختلالی را تجربه می‌کنند که اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD^۱ نامیده می‌شود و به‌دنبال یک حادثه ناگهانی، تروماتیک و استرس‌زا رخ می‌دهد (۳). در سال‌های اخیر انجام هیستریکتومی در سنین قبل از یائسگی طبیعی رواج زیادی یافته است و انجام این عمل در زنان، چه در سنین یائسگی و چه پیش از یائسگی طبیعی سبب بروز اختلالات روحی و جسمی می‌شود (۴). فقدان رحم پس از هیستریکتومی و پایان یافتن توانایی باروری باعث افزایش استرس برای هر کدام از زوجین شده و بر روی زندگی اجتماعی و روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد (۵). بستری شدن در بیمارستان نیز برای عمل جراحی به‌صورت بالقوه استرس‌زاست و ممکن است باعث ایجاد اضطراب در بیمار گردد (۶). مطالعات پیرامون ارتباط بین هیستریکتومی و اختلالات روانی از سال ۱۹۹۰ افزایش یافته است (۴). مطالعه کارا و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد زنانی که تحت عمل هیستریکتومی قرار می‌گیرند، ۲ برابر بیشتر در معرض استرس پس از سانحه قرار می‌گیرند (۷). نتایج مطالعه کوهورت کوپر و همکاران (۲۰۰۹) در لندن تحت عنوان "تأخیر در سلامت روانی به‌دنبال هیستریکتومی" که بر روی ۱۷۹۰ زن ۵۳ سال انجام شد، نشان داد که ارتباط بسیار مهمی میان کاهش سلامت روان و هیستریکتومی در سنین جوانی وجود دارد و در زنانی که در سنین پس از ۴۰ سال تحت عمل هیستریکتومی قرار گرفته‌اند، مشابه کسانی بودند که تحت عمل جراحی قرار

نگرفته‌اند، همچنین زنانی که قبل ۴۰ سالگی هیستریکتومی شده بودند در سن ۵۳ سالگی، مشابه زنانی بودند که تحت عمل هیستریکتومی قرار نگرفته بودند (۸). همچنین در مطالعه زاکی و همکاران (۲۰۱۵) در مصر که اضطراب و افسردگی زنان هیستریکتومی شده در سه گروه بررسی شد، میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب ۸ هفته بعد از عمل افزایش یافته و $9/69 \pm 5/10$ به‌دست آمد. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی نیز بعد از عمل افزایش یافته و $12/40 \pm 32/68$ بود. بیش‌ترین نمره افسردگی و اضطراب در گروه ۳۰-۲۵ بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۹).

البته بر اساس مطالعه مریم زهرا و همکاران (۲۰۱۸) در لاهور، در مقایسه افسردگی در دو گروه زنان یائسه و غیر یائسه اختلاف قابل توجهی میان میانگین نمره افسردگی در آنها وجود نداشت ($p=0/015$) (۱۰). با توجه به فرهنگ و دیدگاه مردم ایران نسبت به این مسئله، عوارض روحی-روانی هیستریکتومی به‌عنوان یک جراحی بزرگ و با در نظر گرفتن این مطلب که تاکنون در ایران مطالعه‌ای در زمینه استرس پس از سانحه در زنان هیستریکتومی شده انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه استرس پس از سانحه در زنان یائسه و غیر یائسه به‌دنبال جراحی هیستریکتومی جهت برنامه‌ریزی آینده انجام شد.

روش کار

این مطالعه تحلیلی-مقطعی با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1398.655 در سال ۱۳۹۸ جهت مقایسه استرس پس از سانحه پس از عمل جراحی هیستریکتومی در زنان یائسه و غیر یائسه مراجعه کننده به بیمارستان‌های حضرت زینب (س) و شهید دکتر فقیهی انجام شد. نمونه‌گیری به‌روش در دسترس^۲ انجام شد. مرحله اول یک هفته بعد از عمل هیستریکتومی به‌صورت حضوری و مرحله دوم ۲ ماه بعد از عمل، به‌صورت تلفنی (به‌دلیل دشواری در مشارکت نمونه‌های واجد شرایط) انجام شد.

² Convenience sampling

¹ Posttraumatic stress

با آنها، پرسشنامه استرس پس از سانحه را در دو مرحله (یک هفته و ۲ ماه پس از عمل) تکمیل نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. به منظور تلخیص داده‌های متغیرهای سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و استرس پس از سانحه از شاخص‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، ماکزیمم، مینیمم، فراوانی و فراوانی درصدی) استفاده شد. جهت مقایسه میانگین‌های استرس پس از سانحه دو گروه از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه قبل و بعد دو گروه یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده از آزمون تی زوجی استفاده شد. برای کنترل مخدوش‌کننده‌ها، بر اساس معیارهای ورود و خروج، افراد با سابقه بیماری روانی و تحت درمان دارویی اضطراب و افسردگی از مطالعه حذف شدند. همچنین میزان p با توجه به قرارگیری گروه منوپوز در بازه سنی ۵۰-۷۰ سال و گروه پرمنوپوز در بازه سنی ۵۰-۳۰ سال است کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

از نظر ملاحظات اخلاقی مجوز اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد تصویب ۱۹۴۱۱-۰۸-۰۱-۹۷ از نظر مغایر نبودن با اخلاق پژوهش گرفته شد. از مسئولین واحدهای مورد نظر جهت انجام پژوهش اجازه گرفته و شرح کامل اهداف مطالعه به مسئولین توضیح داده شد. به مسئولین از نظر محرمانه بودن تمام اطلاعات مورد پژوهش اطمینان داده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان غیر یائسه شرکت‌کننده در مطالعه ۴۳/۸±۵/۴۳ سال و زنان یائسه ۶۰/۹۶±۷/۱ سال بود. در گروه غیر یائسه ۵۲ نفر (۶۷/۵٪) تحصیلات کمتر از دیپلم، ۷۱ نفر (۹۲/۲٪) متأهل و ۷۶ نفر (۹۸/۷٪) خانه‌دار بودند و در گروه یائسه ۷۱ نفر (۹۲/۲٪) تحصیلات کمتر از دیپلم، ۵۲ نفر (۶۷/۵٪) متأهل و ۷۱ نفر (۹۸/۷٪) خانه‌دار بودند (جدول ۱).

مدت زمان نمونه‌گیری از مرداد تا اواخر دی ماه سال ۱۳۹۸ به طول انجامید. با توجه به هدف مطالعه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. پرسشنامه پس از تکمیل رضایت‌نامه توسط بیمار تکمیل گردید. حجم نمونه برای هر گروه با استناد به مطالعه بریم‌نژاد و همکاران (۲۰۱۱) و با استفاده از فرمول حجم نمونه با توان ۰/۸۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، $\alpha^2=2/52$ ، $\alpha=0/05$ و $1-\beta=0/80$ بر اساس سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان ۰/۸۰، ۱۵۴ نفر در دو گروه یائسه و غیر یائسه تعیین شد (۱۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، تمایل به همکاری، قادر بودن به درک سؤالات پرسشنامه، عدم سابقه بیماری روانی، تحت درمان دارویی و هورمون درمانی^۱ و معیارهای خروج از مطالعه شامل: انصراف از مطالعه و داشتن تاریخچه روان‌پزشکی، زنان غیر یائسه و یائسه به ترتیب در دو بازه سنی ۳۰-۵۰ و ۵۰-۷۰ سالگی طبقه‌بندی شدند. همچنین بیمار در صورت عدم تمایل یا سابقه بیماری روانی از مطالعه خارج می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد و ایس و مارمر (IES-R)^۲ بود که پایایی آن در ایران توسط پناغی و همکاران (۲۰۰۶) با آلفای کرونباخ ۰/۸۷-۰/۶۷ تعیین شده است (۱۲). همچنین این پرسشنامه شامل ۲۲ ماده است. ۸ ماده آن مربوط به علائم اجتنابی، ۸ ماده مربوط به افکار مزاحم و ۶ ماده مربوط به علائم برانگیختگی می‌باشد. نمره هر زیرمقیاس در ۷ روز گذشته از صفر (هرگز)، ۱ (به ندرت)، ۲ (گاهی)، ۳ (اغلب) و ۴ (به شدت) تکمیل می‌گردد. نمره مشخصی برای IES-R وجود ندارد، اما هرچه نمره بالاتر باشد، نشان‌دهنده اختلال بیشتر است (۱۳). تعداد زنان یائسه و غیر یائسه شرکت‌کننده در بیمارستان حضرت زینب (س) به ترتیب ۳۲ و ۴۲ و در بیمارستان شهید فقیهی ۴۵ و ۳۵ نفر بود. روش انجام کار به این صورت بود که پژوهشگر ابتدا به بیمارستان‌های منتخب مراجعه نموده و پس از ملاقات زنان یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده و دریافت اطلاعات بیماران جهت پیگیری و ارتباط

¹ Hormone Replacment Therapy

² Impact of event revised questionnaire

جدول ۱- توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک زنان مورد نمونه

متغیر	مولفه	غیر یائسه		آماره کای دو	درجه آزادی	سطح معناداری
		تعداد (درصد)	یائسه تعداد (درصد)			
سن فرد	۳۰-۴۰ سال	۲۱ (۲۷/۳)	۰ (۰)	۱۳۵/۶۴	۳	۰/۰۰۱
	۴۱-۵۰ سال	۵۶ (۲۷/۷)	۵ (۶/۵)			
	۵۱-۶۰ سال	۰ (۰)	۳۶ (۴۶/۸)			
	۶۱-۷۰ سال	۰ (۰)	۳۶ (۴۶/۸)			
	جمع	۷۷ (۱۰۰)	۷۷ (۱۰۰)			
میزان تحصیلات	کم تر از دیپلم	۵۲ (۶۷/۵)	۷۱ (۹۲/۲)	۱۴/۸۹	۲	۰/۰۰۱
	دیپلم	۲۰ (۲۶)	۴ (۵/۲)			
	بالاتر از دیپلم	۵ (۶/۵)	۲ (۲/۶)			
	جمع	۷۷ (۱۰۰)	۷۷ (۱۰۰)			
وضعیت تأهل	مجرد	۵ (۶/۵)	۴ (۵/۲)	۲۱/۲۳	۲	۰/۰۰۱
	بیوه یا مطلقه	۱ (۱/۳)	۲۱ (۲۷/۳)			
	متأهل	۷۱ (۹۲/۲)	۵۲ (۶۷/۵)			
	جمع	۷۷ (۱۰۰)	۷۷ (۱۰۰)			
شغل	خانه‌دار	۷۶ (۹۸/۷)	۷۶ (۹۸/۷)	۰	۱	۱
	شاغل	۱ (۱/۳)	۱ (۱/۳)			
	جمع	۷۷ (۱۰۰)	۷۷ (۱۰۰)			

ماه بعد از عمل کمتر بود ($p=0/0001$) (جدول ۲). بر اساس جدول ۲، بین میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه‌های یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/0001$) و میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه غیر یائسه بیشتر بود. همچنین ۲ ماه بعد از عمل، سطح معناداری از خطای مفروض در پژوهش $0/05$ بیش تر بود. بنابراین بین میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه‌های یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/179$).

در زنان غیر یائسه هیستریکتومی شده میانگین و انحراف معیار نمره استرس پس از سانحه ۱ هفته و ۲ ماه بعد از عمل به ترتیب $28/04 \pm 14/34$ و $6/49 \pm 7/72$ و در گروه زنان یائسه به ترتیب $18/45 \pm 13/35$ و $4/99 \pm 6/02$ بود. بین میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه غیر یائسه هیستریکتومی شده ۱ هفته و ۲ ماه بعد از عمل تفاوت معناداری وجود داشت و میانگین نمره استرس پس از سانحه در دو ماه بعد از عمل کمتر بود ($p=0/0001$)، بین میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه یائسه هیستریکتومی شده ۱ هفته و ۲ ماه بعد از عمل تفاوت معناداری وجود داشت و میانگین نمره آن ۲

جدول ۲- مقایسه نمره استرس پس از سانحه گروه‌های یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده، ۱ هفته و ۲ ماه بعد از عمل

زمان	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت بین میانگین‌ها	فاصله اطمینان ۹۵٪ حد پایین حد بالا
یک هفته بعد از عمل	۴/۲۹	۱۵۲	۰/۰۰۰۱	۹/۵۸	۵/۱۷ ۱۳/۹۹
۲ ماه بعد از عمل	۱/۳۵	۱۵۲	۰/۱۷۹	۱/۵۱	-۰/۷۰ ۳/۷۱

بحث

مطالعه حاضر از محدود مطالعاتی است که در جامعه زنان ایرانی به بررسی استرس پس از سانحه در زمینه هیستریکتومی پرداخته است. در مطالعه حاضر، در گروه یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده ۶۷/۵٪ افراد تحصیلات کمتر از دیپلم داشته و بیش از ۹۰٪ بیماران متأهل و خانه‌دار بودند.

در مطالعه استنگ و همکاران (۲۰۱۴)، میان تحصیلات، سن و شیوع هیستریکتومی ارتباط وجود داشت و فراوانی هیستریکتومی در زنان با مدارک تحصیلی پایین‌تر بیشتر بود (۱۴). در مطالعه لیو و همکاران (۲۰۱۷)، بسیاری از بیماران متأهل بودند (۹۵٪) و ۸۵/۹۲٪ از آنها سطح تحصیلات کمتر از ۹ سال داشتند (۱۵). در مطالعه دابجرگ و همکاران (۲۰۱۴)، هیستریکتومی واژینال در زنان با تحصیلات بالاتر و شاغل، شیوع کمتری داشت. در مطالعه دابجرگ و همکاران (۲۰۱۴)، ۱۷٪ از زنان در رابطه با هیستریکتومی عارضه داشتند. زنان دارای تحصیلات کمتر از دبیرستان و زنان بیکار نسبت به زنان با تحصیلات دبیرستانی و زنان شاغل بیشتر به عفونت، عوارض و بستری مجدد مبتلا بودند. علاوه بر این، زنان بیکار بیشتر از زنان شاغل در بیمارستان بستری بیشتر از ۴ روز داشتند. به نظر می‌رسد عوامل سبک زندگی و وضعیت بیماری‌های همراه^۱ بیشترین تفاوت‌های اجتماعی را توضیح می‌دهد. با این حال، نویسندگان اذعان داشتند ارتباط بین زنان با تحصیلات کمتر از دبیرستان و همه عوارض غیرقابل توضیح است، اما تفاوت در شیوه زندگی و وضعیت مشکلات همراه تنها تا حدی احتمال ابتلاء به عفونت، عوارض روانی و بستری بیشتر از ۴ روز در بیمارستان را برای زنان بیکار قابل توضیح می‌داند (۱۶).

در ۲۰ سال اخیر اکثر مطالعات با مطالعه حاضر همسو بودند. مطالعه حاضر نشان داد سطح تحصیلات پایین، خانه‌دار بودن و تأهل در افزایش میزان شیوع هیستریکتومی می‌تواند بسیار مؤثر باشد که ممکن است به این علت باشد که زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر، از خطر بیماری آگاهی کمتری داشته و سطح درک

پایین‌تری از اثر هیستریکتومی در حفظ حیات و بهبود کیفیت زندگی خود دارند. همچنین بر اساس مطالعه استنگ و همکاران (۲۰۱۴)، تحصیلات ممکن است به طرق مختلف موجب کاهش شیوع هیستریکتومی شود. به عنوان مثال در زنان با تحصیلات بالاتر، تعداد حاملگی کمتر بوده و هیستریکتومی شیوع کمتری داشته است (۱۴).

با توجه به نتایج مطالعات همسو، علاوه بر آگاهی دادن به زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی در مورد علائم خطر و اهمیت سلامت زنان، پیشنهاد می‌شود یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر در رابطه با ارتباط بین تحصیلات و سطح آگاهی زنان و شیوع هیستریکتومی در ایران انجام شود.

در مطالعه حاضر میانگین نمره استرس پس از سانحه ۲ ماه پس از عمل، در گروه زنان غیر یائسه و یائسه کاهش یافت. بر اساس مطالعه یانگمی و همکاران (۲۰۱۷)، میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در گروه سنین ۴۵-۴۰ سال، قبل از عمل 0.68 ± 0.59 و پس از عمل 0.24 ± 0.24 و میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب قبل از عمل 0.51 ± 0.36 و پس از عمل 0.31 ± 0.36 بود که با مطالعه حاضر همسو بود (۱۷). در مطالعه زاکی و همکاران (۲۰۱۵) میانگین اضطراب و افسردگی ۸ هفته بعد از عمل افزایش یافته و به ترتیب 9.69 ± 5.10 و 12.40 ± 32.68 بود که نتایج آن به علت حجم نمونه کم با مطالعه حاضر همسو نبود (۹). در مطالعه اریم و همکاران (۲۰۱۹)، نمره اضطراب زنان غیر یائسه ۶ ساعت قبل و ۶ ساعت بعد از هیستریکتومی شکمی و لاپاراسکوپیک به ترتیب 48.81 ± 44.83 و 44.95 ± 44.83 و 39.62 ± 5.44 و 43.57 ± 4.49 به دست آمد که نمره اضطراب در گروه شکمی افزایش و در گروه لاپاراسکوپیک کاهش یافته بود. مطالعه مذکور به دلیل کوتاه بودن مقطع زمانی ارزیابی اضطراب زنان هیستریکتومی شده با مطالعه حاضر غیر همسو بود (۱۸). بر اساس نتایج مطالعات همسو، نمره استرس پس از سانحه در زنان غیر یائسه نسبت به گروه یائسه بیشتر می‌باشد که بر اساس مطالعه محمدجمال و همکاران (۲۰۱۰)، ممکن است به این علت باشد که زنانی که در

¹ co-morbidity

سنین پایین‌تر هیستریکتومی می‌شوند، به دلیل تمایل به داشتن فرزند دیگر و از دست دادن توانایی باروری، بیش‌تر در معرض خطر افسردگی قرار بگیرند (۱۹). همچنین در مطالعه هلمی و همکاران (۲۰۰۸) بین هیستریکتومی و تعداد فرزندان ارتباط وجود داشت و گروهی که از داشتن فرزند محروم شدند، پس از عمل دچار مشکلات اضطراب و افسردگی شدند و در ۷۸٪ زنان بین تعداد فرزندان و میزان خطر ابتلاء به مشکلات روانی بعد از هیستریکتومی ارتباط معناداری گزارش شد (۲۰). پیشنهاد می‌شود ماماها و کارکنان بالینی توجه بیشتری به بُعد سلامت روان این بیماران داشته باشند.

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه زنان غیر یائسه ۱ هفته و ۲ ماه بعد از عمل تفاوت معناداری وجود داشت و نمره استرس پس از سانحه ۲ ماه بعد از هیستریکتومی کاهش یافته بود. در مطالعه پرسن و همکاران (۲۰۱۰)، در زنان غیر یائسه که تحت عمل هیستریکتومی توتال و ساب توتال قرار گرفته بودند، در مدت ۶ ماه بعد از عمل، میانگین نمره اضطراب و افسردگی کاهش یافته بود که با مطالعه حاضر همسو بود (۲۱). بر اساس مطالعه محمدجمال و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی زنان غیر یائسه هیستریکتومی شده انجام گرفت، هیستریکتومی باعث افزایش خطر افسردگی در این زنان می‌شود (۱۹). علت ناهمسو بودن آن با مطالعه حاضر، مصاحبه زودهنگام (۲ هفته بعد) با بیماران بود.

مطالعه ایکن و همکاران (۲۰۱۶) در ترکیه که بر روی گروه هیستریکتومی شده و در زنان غیر یائسه انجام شد، با وجود بهبودی پس از عمل جراحی، بین نمره افسردگی و اضطراب قبل و بعد از عمل اختلاف معناداری وجود نداشت (۲۲). از طرفی در مطالعه کریستن (۲۰۰۰) که در خصوص عوارض بعد از عمل هیستریکتومی انجام شد، عوارض جسمی و بستری مجدد به دلیل عارضه پس از جراحی و بعد از ترخیص از عوامل مؤثر بر نارضایتی بیماران ذکر شد (۲۳). در مطالعه اسپیلبري و همکاران (۲۰۰۸) نیز که پیامدهای عوارض ناشی از تعداد ۷۸۵۷۷ هیستریکتومی را در عرض ۲۳ سال گزارش کردند، خطر بستری مجدد پس از

هیستریکتومی از عوامل مهم و ناراحت‌کننده ذکر شد و در این مطالعات بحثی در خصوص تغییرات روانی نداشتند (۲۴). همچنین مطالعات دیگری نیز وجود دارند که بیانگر کیفیت بهتر زندگی پس از هیستریکتومی بودند (۲۵، ۲۶). البته مطالعات فوق به مقایسه کیفیت زندگی زنان سالم همسن با زنان هیستریکتومی شده پرداخته و از طرف دیگری فرهنگ فرزندآوری و پتانسیل از دست دادن آن در جامعه ما و سایر جوامع متفاوت می‌باشد.

در حالی که در مطالعه حاضر و مطالعات همسو با وجود اینکه هیستریکتومی باعث ایجاد استرس می‌شود، گذر زمان از این استرس می‌کاهد. علت آن ممکن است این باشد که زنان غیر یائسه تصور می‌کنند هیستریکتومی یک نقص بزرگ محسوب شده و با توجه به دیدگاه جامعه، از دست دادن اندام‌های جنسی رحم و تخمدان‌ها در عمل هیستریکتومی را مصادف با از دست رفتن زنانگی و احساس نگرانی از تغییر کاهش ارتباطات جنسی خود و عدم پذیرش این امر از سوی همسران خود می‌دانند (۲۷). از نظر روان‌شناختی موجب مشکلات روانی-جنسی شده و بر روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد و گاه این اندیشه به قدری قوی می‌شود که عمل رحم‌برداری از دیگران و همسر پنهان نگه داشته می‌شود (۲۵)، اما مطالعه حاضر نشان داد با گذشت زمان و آگاهی از عدم تأثیر این عمل بر تمایلات جنسی، استرس و اضطراب این زنان کاهش می‌یابد. بهتر است قبل از عمل توضیحات کامل در مورد بیماری، هیستریکتومی و تأثیرات و عوارض آن به بیماران داده شود.

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه زنان یائسه ۱ هفته و ۲ ماه بعد از عمل تفاوت معناداری وجود داشت و نمره استرس پس از سانحه ۲ ماه بعد از هیستریکتومی کاهش یافته بود. در مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۳)، میزان افسردگی در گروه یائسه بعد از اووفروکتومی^۱ کاهش یافته بود که با مطالعه حاضر همسو بود (۲۸). در مطالعه زاکی (۲۰۱۵)، میانگین نمره اضطراب و افسردگی ۲ ماه بعد از هیستریکتومی در گروه بالای ۵۰ سال افزایش یافته بود (۹). در مطالعه فریانک و همکاران (۲۰۲۰) در آلمان، در

¹ Oophorectomy

پس از هیستریکتومی به افسردگی و اضطراب شدید مبتلا نبودند (۳۲)، اما در مطالعه گکتاس و همکاران (۲۰۱۵)، میانگین نمرات افسردگی در گروه یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده افزایش یافته بود (۵). به علت اختلاف زیاد بین تعداد زنان یائسه و غیر یائسه، نتایج آنها با مطالعه حاضر همسو نبود، این امر می‌تواند به این دلیل باشد که در زنان غیر یائسه برخلاف زنان یائسه، نتایج روان‌شناختی جراحی را درک و آگاهی زن از هیستریکتومی و تغییرات هورمونی تعیین می‌کند و از دست دادن رحم به عنوان نماد زنانگی ممکن است باعث ایجاد احساس ناامیدی، بیهودگی و سوگ در فرد گردد (۳۳). همچنین فرهنگ فرد و جامعه ارتباط مستقیمی با تفکر فرد از نقش زن داشته و نگاه جامعه و خانواده به زنی که توانایی باروری خود را از دست داده، متفاوت است (۹). عدم آگاهی در رابطه با هیستریکتومی، عوارض و تأثیر آن بر شرایط زندگی و زناشویی، این زنان را بیش‌تر مستعد استرس، اضطراب و افسردگی می‌کند. پس از عمل، با گذشت زمان و مشاهده نتایج مثبت هیستریکتومی در زندگی، این اضطراب و استرس را به تدریج کاهش می‌دهد. با توجه به نتایج مطالعات مختلف باید راهکارهایی از جمله انجام روش‌های جایگزین به منظور تسکین علائم دلایل منجر به هیستریکتومی، فرهنگ‌سازی و افزایش آگاهی در سطح خانواده‌ها و انجام مشاوره روان درمانی به عنوان جزء ضروری و مکمل درمان پیشنهاد شود.

از جمله نقاط قوت مطالع حاضر این بود که از محدود مطالعات در کشور ما بود که به مقایسه استرس پس از سانحه در زنان یائسه و غیر یائسه هیستریکتومی شده در ایران پرداخت. این مطالعه شامل محدودیت‌هایی همچون مشارکت نمونه‌های واجد شرایط و پیگیری تلفنی برای مرحله دوم و تکمیل پرسشنامه‌ها بود. همچنین با توجه یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات، پیشنهادهای برای کاهش علائم استرس پس از سانحه در زنانی که تحت هیستریکتومی قرار می‌گیرند، ارائه می‌گردد. امید است مسئولین در راستای اجرایی شدن این پیشنهادهای گام‌های مؤثری همچون فراهم کردن شرایطی جهت برگزاری کلاس‌های آموزشی در جهت آگاهی بخشیدن

زنان یائسه و در گروه مصرف کننده دارونما برخلاف گروه مورد، نمره استرس ۸ هفته پس از هیستریکتومی افزایش یافته بود (۲۹). مطالعه زاکی و فریانک به دلیل حجم نمونه کم با مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت.

بر اساس مطالعات همسو و مطالعه حاضر، با این وجود که هیستریکتومی در زنان یائسه استرس‌زا بوده، با گذشت ۲ ماه از عمل این استرس کاهش یافته است. علت آن بر اساس مطالعه جود و همکاران (۲۰۱۲)، ممکن است این باشد که اگرچه افسردگی در دوران یائسگی شایع است، اما اختلالات افسردگی مرتبط با باروری در یائسگی به الگوی زندگی، روان‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی فرد نیز بستگی دارد (۳۰). ۲ ماه بعد از هیستریکتومی و بهبودی علائم، فرد می‌تواند تا حدودی به روند طبیعی زندگی خود بازگردد، بنابراین استرس پس از سانحه کاهش می‌یابد. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، راهکار اختصاص دادن بخشی در بهداشت و درمان به زنان یائسه جهت غربالگری افراد در معرض خطر استرس، اضطراب و افسردگی و بهبود شرایط زندگی آنها را می‌توان پیشنهاد داد.

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره استرس پس از سانحه در گروه زنان یائسه و غیر یائسه، ۱ هفته بعد از عمل تفاوت معناداری وجود داشت و میانگین نمره استرس پس از سانحه در زنان غیر یائسه بیش‌تر بود. این در حالی است که ۲ ماه پس از عمل اختلاف معنادار نبود ($p > 0.05$).

در مطالعه گیپسون و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی سطح افسردگی و اضطراب زنان با یائسگی طبیعی و زنان یائسه بعد از هیستریکتومی انجام شد، برای تمامی زنان پس از یائسگی طبیعی و یائسه بعد از هیستریکتومی میزان اضطراب و افسردگی با گذشت زمان کاهش یافت، اما اختلاف قابل توجهی بین این دو گروه با گذشت زمان وجود نداشت که با مطالعه حاضر همسو بود (۳۱). در مطالعه زهرا و همکاران (۲۰۱۸)، در مقایسه افسردگی در دو گروه زنان یائسه و غیر یائسه، اختلاف قابل توجهی میان میانگین نمره افسردگی در آنها وجود نداشت ($p = 0.15$) (۱۰). در مطالعه کوهن و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی زنان ۷۰-۲۱ سال انجام شد، هیچ‌کدام از افراد

این اختلاف بین زنان یائسه و غیر یائسه قابل توجه نیست.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد زهره رادمهر با شماره طرح ۱۷۷۸۳ دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شد. بدین وسیله از حمایت و همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه و مراکز درمانی حضرت زینب (س) و شهید دکتر فقیهی، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

به زنان قبل از عمل هیستریکتومی و فرهنگ سازی و انجام مشاوره روان شناسی برای زنان واجد شرایط هیستریکتومی قبل از عمل جراحی را بردارند.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج، اگرچه هیستریکتومی با اختلاف معناداری در زنان یائسه و غیر یائسه استرس پس از سانحه را افزایش می دهد و نمره استرس پس از سانحه در زنان غیر یائسه در مقایسه با زنان یائسه بیشتر است، اما استرس با گذشت ۲ ماه از عمل کاهش می یابد و

منابع

1. Banovcinova L, Jandurova S. Subjective perceptions of life among women after hysterectomy. In SHS Web of Conferences 2018 (Vol. 51, p. 02009). EDP Sciences.
2. Radha K, Devi GP, Chandrasekharan PA, Swathi P, Radha G. Epidemiology of hysterectomy-a cross sectional study among Pilgrims of Tirumala. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) 2015; 1(14):1-5.
3. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. Int J Occup Environ Med (The IJOEM) 2012; 3(1 January).
4. Bahri N, Tohidinik HR, Najafi TF, Larki M, Amini T, Sartavosi ZA. Depression following hysterectomy and the influencing factors. Iranian Red Crescent Medical Journal 2016; 18(1).
5. Goktas SB, Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. Pak J Med Sci 2015; 31(3):700-5.
6. Pinar G, Kurt A, Gungor T. The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. World J Surg Oncol 2011; 9:38.
7. de la Cruz CZ, Coulter M, O'Rourke K, Mbah AK, Salihu HM. Post-traumatic stress disorder following emergency peripartum hysterectomy. Arch Gynecol Obstet 2016; 294(4):681-8.
8. Cooper R, Mishra G, Hardy R, Kuh D. Hysterectomy and subsequent psychological health: findings from a British birth cohort study. Journal of affective disorders 2009; 115(1-2):122-30.
9. Elweley M, Sabra AI. Psychological problems, Concerns and beliefs in women undergoing hysterectomy. IOSR Journal of Nursing and Health Science 2015; 4(6):48-57.
10. Zahra M, Zahara F, Javed S, Atiq M, Hussain A. Outcomes of total hysterectomy. World J Pharmaceut Res 2018; 7(11):1524-35.
11. Borimnejad L, Mohadeth Ardebili F, Jozee Kabiri F, Haghani H. Comparison of quality of life after hysterectomy in pre and post menopause period in iranian women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2011; 13(6):39-45.
12. Panaghi L, Mogadam JA. Persian version validation in impact of event Scale-Revised. Tehran Univ Med J 2006; 64(3):52-60.
13. Alhusen JL, Lucea MB, Bullock L, Sharps P. Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. J Pediatr 2013; 163(2):471-6.
14. Stang A, Kluttig A, Moebus S, Völzke H, Berger K, Greiser KH, et al. Educational level, prevalence of hysterectomy, and age at amenorrhoea: a cross-sectional analysis of 9536 women from six population-based cohort studies in Germany. BMC Womens Health 2014; 14:10.
15. Liu F, Pan Y, Liang Y, Zhang C, Deng Q, Li X, et al. The epidemiological profile of hysterectomy in rural Chinese women: a population-based study. BMJ Open 2017; 7(6):e015351.
16. Daugbjerg SB, Cesaroni G, Ottesen B, Diderichsen F, Osler M. Effect of socioeconomic position on patient outcome after hysterectomy. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93(9):926-34.
17. Li Y, Wang N, Li L, Li J. Psychological Statuses of Premenopausal Women Before and After Hysterectomy. Clinical Medicine Research 2017; 6(4):143-8.
18. Bostancı Ergen E, Akpak YK, Kılıççı Ç, Abide Yayla Ç, Ayas S. Does minimally invasive surgery reduce anxiety? J Turk Ger Gynecol Assoc 2019; 20(3):142-146.
19. Sehlo MG, Ramadani H. Depression following hysterectomy. Current psychiatry 2010; 17(2):1-6.

20. Helmy YA, Hassanin IM, Abd Elraheem T, Bedaiwy AA, Peterson RS, Bedaiwy MA. Psychiatric morbidity following hysterectomy in Egypt. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2008; 102(1):60-4.
21. Persson P, Brynhildsen J, Kjølhed P; Hysterectomy Multicentre Study Group in South-East Sweden. A 1-year follow up of psychological wellbeing after subtotal and total hysterectomy--a randomised study. *BJOG* 2010; 117(4):479-87.
22. Kürek Eken M, İlhan G, Temizkan O, Çelik EE, Herkiloğlu D, Karateke A. The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Turk J Obstet Gynecol* 2016; 13(4):196-202.
23. Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(6):1440-7.
24. Spilsbury K, Hammond I, Bulsara M, Semmens JB. Morbidity outcomes of 78 577 hysterectomies for benign reasons over 23 years. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008; 115(12):1473-83.
25. Rannestad T. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005; 19(3):419-30.
26. Silva-Filho AL, Werneck RA, de Magalhães RS, Belo AV, Triginelli SA. Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 274(1):21-4.
27. 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.
28. Chen X, Guo T, Li B. Influence of prophylactic oophorectomy on mood and sexual function in women of menopausal transition or postmenopausal period. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288(5):1101-6.
29. Ferianec V, Fülöp M, Ježovičová M, Radošinská J, Husseinová M, Feriancová M, et al. The Oak-wood Extract Robuvit® Improves Recovery and Oxidative Stress after Hysterectomy: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Pilot Study. *Nutrients* 2020; 12(4):913.
30. Judd FK, Hickey M, Bryant C. Depression and midlife: are we overpathologising the menopause? *J Affect Disord* 2012; 136(3):199-211.
31. Gibson CJ, Joffe H, Bromberger JT, Thurston RC, Lewis TT, Khalil N, et al. Mood symptoms after natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy among women in midlife. *Obstet Gynecol* 2012; 119(5):935-41.
32. Cohen SM, Linenberger HK, Wehry LE, Welz HK. Recovery after hysterectomy: a year-long look.
33. Sözeri-Varma G, Kalkan-Oğuzhanoglu N, Karadağ F, Özdel O. The effect of hysterectomy and/or oophorectomy on sexual satisfaction. *Climacteric* 2011; 14(2):275-81.
- 34.