

بررسی شایع‌ترین فاکتورهای پیشگویی کننده افسردگی بعد از هیستریکتومی در زنان ۳۰ تا ۵۵ سال در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان شهید مطهری ارومیه

فرزانه برومند^۱، ثریا صادقی^۲، آرزو کیانی*^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۴/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هیستریکتومی به معنای خارج نمودن رحم یا بدون سرویکس و برداشتن تخمدان‌ها (اوپروفورکتومی) می‌باشد. امروزه برای درمان بسیاری از بیماری‌های خوشخیم و بدخیم هیستریکتومی الکتیو صورت می‌گیرد. هیستریکتومی یک روش جراحی سنگین و تهاجمی است که تأثیری جدی بر روی خصوصیات جنسی زن دارد و سبب احساس بدشکلی بدنی و سایر عوامل می‌شود که ممکن است یک محرک قوی برای استرس و مشکلات روانی در زنان باشد. در این مطالعه بر آن شدیم تا تأثیر هیستریکتومی را بر روی وضعیت روانی و جنسی بیماران بعد از جراحی، بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها: بیماران ۳۰ تا ۵۵ سال که در سال ۱۳۹۶ بدلائیل غیر بدخیم تحت هیستریکتومی الکتیو قرار گرفتند و با همسر خود زندگی می‌کردند و قبل از عمل یائسه نبوده و در ۶ ماه قبل و بعد جراحی، استرس ماژور و یا سابقه مشکلات روان‌پزشکی نداشتند انتخاب و پرسشنامه Beck و FSFI برای بیماران ۶ ماه بعد از جراحی پر شد. ویژگی‌های دموگرافیک و تعداد فرزند و سن بیمار و همسر بیمار، دلیل هیستریکتومی، وضعیت اوپروفورکتومی و داشتن درد شکمی مزمن برای بیماران ثبت شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 23 تحت آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میانگین امتیاز یک بین دو گروه بیماران که تحت اوپروفورکتومی دو طرفه قرار گرفته بودند و گروه دیگر که یک یا دو تخمدان حفظ شده داشتند؛ اختلاف معنی‌داری داشت ($P=0/002$). بنابر این حفظ تخمدان در کاهش میزان افسردگی مؤثر بود. در خصوص درد شکم مزمن ۶ ماه بعد از هیستریکتومی؛ میانگین نمره یک در بیماران با درد شکم مزمن و بیماران بدون درد شکم اختلاف معنی‌داری داشت ($P=0/007$). بین طول مدت بستری و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/13$). نتایج مطالعه نشان داد بین افسردگی در بیماران شاغل رابطه معنی‌دار وجود دارد ($P=0/027$). در خصوص سن همسر؛ با هر سال افزایش سن میزان افزایش امتیاز یک مشهود بود ($P=0/001$) و افزایش افسردگی را نشان می‌داد. اما دلایل هیستریکتومی الکتیو بر افسردگی تأثیری نداشت ($P=0/147$). در مورد وضعیت جنسی بیماران میانگین FSFI قبل از جراحی برای بیماران حدود ۲۱،۱۴ با انحراف معیار ۱۰،۱۴ و میانگین FSFI بعد از جراحی ۱۶،۴۲ با انحراف معیار ۷،۸ بود که این موضوع نشان‌دهنده کاهش میزان افسردگی بود. همچنین بر اساس آزمون t جفت شده عملکرد جنسی بیماران بعد از هیستریکتومی به میزان معنی‌داری کاهش پیدا کرده بود ($p < 0.05$) بر اساس نتایج آزمون یومن ویتنی، وضعیت جنسی (FSFI) بیماران بعد از عمل و وضعیت اوپروفورکتومی آن‌ها نشان‌دهنده حفظ تخمدان و تأثیر مثبت بعد از عمل جراحی بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر اکثر بیماران که دارای سابقه بیماری روان‌پزشکی نداشتند؛ بعد از هیستریکتومی کمی افسرده گزارش شدند. در کل نتایج مطالعه حاضر نشان داد حفظ تخمدان بعد از هیستریکتومی الکتیو با کاهش نسبی میزان افسردگی و بهبود عملکرد جنسی بیماران همراه بوده است. خانه‌دار بودن و افزایش سن شریک زندگی در افزایش میزان افسردگی بیماران نقش مؤثری داشته است. بیماران با افسردگی بیشتر با درد شکم بیشتری مواجه بودند.

کلیدواژه‌ها: هیستریکتومی، افسردگی، عملکرد جنسی، اوپروفورکتومی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره پنجم، پی‌در پی ۱۱۸، مرداد ۱۳۹۸، ص ۳۹۲-۴۰۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مرکز آموزشی و درمانی روان‌پزشکی رازی، تلفن: ۰۴۴-۲۲۷۲۲۲۹۳۵

Email: arezoukiani@yahoo.com

^۱ دانشیار زنان و زایمان، دانشکده علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ رزیدنت جراحی و بیماری‌های زنان و زایمان، دانشکده علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ استادیار روان‌پزشکی، دانشکده علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

هیستریکتومی به معنای خارج نمودن رحم با یا بدون سرویکس و با یا بدون برداشتن تخمدان‌ها می‌باشد. این عمل یکی از شایع‌ترین عمل‌های جراحی در زنان غیر باردار و دومین عمل شایع در زنان بعد از سزارین می‌باشد. هر ساله ۶۰۰۰۰۰ زن در ایالت متحده تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار می‌گیرند. ۳۷ درصد از زنان ایالت متحده و ۲۰ درصد از زنان انگلستان تا سن ۶۰ سالگی تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار می‌گیرند. میزان هیستریکتومی در مناطق مختلف جهان متفاوت است. در بین کشورهای توسعه یافته بیشترین موارد هیستریکتومی در ایالت متحده انجام می‌شود و براساس گزارشات در سال ۲۰۱۴ به میزان ۵۱۰ مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است. از طرفی کم‌ترین موارد در دانمارک دیده می‌شود که براساس گزارشات سال ۲۰۱۱ به میزان ۱۷۳ در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۱-۳). این عمل یک روش جراحی سنگین و تهاجمی است که میزان مرگومیر ۱ در ۱۰۰۰ و عوارض مختلف مانند خونریزی، عفونت، بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان، و کاهش عملکرد فیزیکی مشاهده شده است. از سوی دیگر، هیستریکتومی تأثیری جدی بر روی خصوصیات جنسی زن دارد و سبب احساس بدشکلی بدنی و سایر عوامل می‌شود که می‌تواند منجر به افسردگی شود. زنان اغلب رحم را یک عضو جنسی و کنترل کننده و تنظیم کننده عملکردهای مهم فیزیولوژیکی در بدن، و همچنین منبع جوانی، انرژی، فعالیت و نماد باروری می‌دانند (۵-۶)؛ لذا دور از انتظار نیست که برخی مطالعات نشان داده‌اند که هیستریکتومی ممکن است یک محرک قوی برای استرس و مشکلات روانی در زنان باشد. رابطه هیستریکتومی و اختلالات روان‌شناختی از ابتدای دهه ۱۹۹۰ افزایش یافته است. به‌عنوان مثال، در سال ۱۹۹۷، تامپسون گزارش کرد که پس از هیستریکتومی احتمال ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی در زنان افزایش پیدا می‌کند؛ و در طی سه سال پس از جراحی، ۳۳ درصد زنان علائم افسردگی را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر برخی از مطالعات خلاف این امر را ثابت کرده‌اند در مطالعه‌ای که Kjerulff و همکاران انجام دادند بهبود کیفیت زندگی پس از هیستریکتومی در بیماران را نشان داده بودند و بیماران بعد از جراحی تغییرات روحی روانی معنی‌داری نسبت به قبل مطالعه نداشتند. در مطالعه Cabness و همکاران زنان به دنبال هیستریکتومی دچار افسردگی شده بودند که میزان این افسردگی در خانم‌های جوان بیشتر بود (۷-۸).

باتوجه به نتایج متناقض مطالعات انجام شده در خصوص افسردگی پس از هیستریکتومی و تأثیری که این عمل می‌تواند بر

فرد و سطح فعالیت و عملکرد فرد بگذارد بر آن شدیم تا طی یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی مقطعی به بررسی شایع‌ترین فاکتورهای پیش‌گویی کننده افسردگی بعد از هیستریکتومی الکتیو در زنان ۳۰ تا ۵۵ سال در طول سال ۱۳۹۶ در بیمارستان شهید مطهری ارومیه و بررسی نقش هر کدام بر افسردگی بپردازیم. بنابر این بررسی و شناخت عوارض روانی هیستریکتومی الکتیو در بیمار می‌تواند به پزشکان در راستای شناخت علل، پیشگیری و درمان این عوارض کمک کند و در راستای طراحی یک سیستم حمایتی درمانی و پیشگیری نقشی حیاتی داشته باشد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی بود. جامعه مورد مطالعه بیماران بودند که در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان شهید مطهری ارومیه تحت هیستریکتومی الکتیو به علل خوش‌خیم قرار داشتند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود به طوری که تمامی بیماران که در سال ۱۳۹۶ به علل خوش‌خیم تحت هیستریکتومی الکتیو قرار گرفته بودند؛ انتخاب شدند. تعداد بیماران شناسایی شده ۱۲۱ نفر بودند که به دلایل غیر بدخیم تحت هیستریکتومی قرار گرفته بودند و از این بین تعداد ۸۰ مورد هیستریکتومی شده؛ باقی ماندند. از این میان بیماران که فاقد همسر یا خونریزی بعد از یائسگی (قبل از جراحی) و یا به علل اورژانس (بعد از زایمان) و تحت درمان با داروهای هورمونی بعد از عمل و یا استرس مازور ۶ ماه قبل و بعد عمل بودند از مطالعه حذف شدند و در نهایت تعداد ۷۱ بیمار وارد مطالعه شدند.

روش گردآوری داده‌ها مراجعه به پرونده بیماران موجود در بایگانی، مصاحبه رو در رو و معاینه بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که زیر نظر اساتید مربوطه با استفاده از پرسشنامه غربالگری اختلالات روانی (پرسشنامه بک^۱ برای افسردگی و پرسشنامه FSFI برای عملکرد جنسی) تهیه شد. در دهه‌های اخیر پرسشنامه‌های کوتاهی که در بردارنده حوزه‌های اصلی عملکرد جنسی و روان‌شناختی است، برای استفاده در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی طراحی شده‌اند. یکی از ابزارهای مناسب FSFI^۲ است که با ۱۹ سؤال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه شامل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد که از امتیاز ۲ تا ۳۶ را شامل می‌شود و امتیاز FSFI هر چقدر بالاتر باشد وضعیت عملکرد جنسی بیمار بهتر خواهد بود (۱۶). ابزار دیگر

² female sexual function index

¹ Beck

۷. سابقه بستری طولانی به دلیل عفونت عمل بعد از جراحی و یا تشخیص بدخیمی و... داشته باشد.

برای تجزیه و تحلیل آماری از آمارهای توصیفی جهت متغیرهای کیفی از درصد فراوانی و برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای آمار تحلیلی و بررسی روابط برحسب نوع متغیر و توزیع آنها از آزمون‌های آماری پارامتریک نظیر مجذور کای اسکوئر و t-test یا معادل غیر پارامتریک آنها استفاده شد. سطح معنی‌داری برای کلیه آزمون‌ها زیر ۰/۰۵ بود. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss-23 صورت گرفت.

یافته‌ها

براساس نتایج مطالعه حاضر از ۷۱ بیمار مورد مطالعه، ۱۷ بیمار (۲۳،۹ درصد) بی‌سواد، ۲۵ بیمار (۳۵،۲ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۲۵ بیمار (۳۵،۲ درصد) تحصیلات راهنمایی تا دیپلم و ۴ بیمار (۵،۶ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین سنی بیماران حدود ۴۶،۴ سال با انحراف معیار ۵،۳ بود. کم‌ترین سن ۳۵ سال و بالاترین سن ۵۵ سال بود. میانگین سن همسر بیماران حدود ۵۰ سال با انحراف معیار ۶،۸ بود. کم‌ترین سن همسران ۳۳ سال و بیشترین سن ۶۵ سال بود. میانگین تعداد فرزندان حدود ۳،۹ فرزند با انحراف معیار ۲،۲ بود. از نظر وضعیت شغلی تعداد ۵۷ بیمار (۸۰،۳ درصد) خانه‌دار و ۱۴ بیمار (۱۹،۷ درصد) شاغل بودند.

همچنین براساس توزیع فراوانی دلایل هیستریکتومی الکتیو، تعداد ۳۵ نفر (۴۹،۳ درصد) از بیماران طی ۶ ماه بعد از جراحی درد شکم و تعداد ۳۶ نفر از بیماران (۵۰،۷ درصد) فاقد درد شکم بودند. تعداد ۷ بیمار (۹،۹ درصد) بدلائل مختلف از جمله هماتوم محل جراحی و سلولیت و... بیش از ۱۰ روز در بیمارستان بستری بودند. از بین بیماران ۲۱ بیمار (۲۹،۶ درصد) تحت اووفروکتومی ۲ طرفه، ۲۶ بیمار (۳۶،۶ درصد) اووفروکتومی یک طرفه و ۲۴ مورد (۳۳،۸ درصد) بدون اووفروکتومی تحت هیستریکتومی قرار گرفتند. ۳۶ بیمار (۵۰،۷ درصد) به دلیل خونریزی غیر طبیعی رحم، ۱۹ (۲۶،۸ درصد) بیمار به دلیل لیومیوما، ۹ بیمار (۱۲،۷ درصد) به دلیل آدنومیوزیس و ۷ بیمار (۹،۹ درصد) به دلیل پرولاپس رحمی تحت هیستریکتومی قرار گرفتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمرات بک^۴ (میزان افسردگی) برای بیماران حدود ۱۴،۶ با انحراف معیار ۶،۱ می‌باشد.

بررسی وضعیت افسردگی پرسشنامه بک^۳ شامل ۲۱ حیطه به صورت خود سنجشی است که از امتیاز ۱ تا ۶۳ قابل امتیازدهی می‌باشد و در تفسیر به صورت امتیاز (۱-۱۰) طبیعی، (۱۱-۱۶) کمی افسرده، (۱۷-۲۰) نیازمند مشورت با روان‌پزشک، (۲۱-۳۰) به نسبت افسرده، (۳۱-۴۰) افسردگی شدید و (بیش از ۴۰) افسردگی بیش از حد عنوان می‌شود (۱۷). باتوجه به اینکه پرسشنامه Beck برای افسردگی و پرسشنامه FSFI برای عملکرد جنسی بیماران در مطالعات قبلی (۱۴) اثبات شده است روایی و پایایی آن قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است.

در مطالعه حاضر با استفاده از دفتر بایگانی، شماره پرونده، نام و نشانی افراد هیستریکتومی شده در سال مورد نظر به دست آمد و اطلاعات مورد نیاز از طریق پرونده‌های موجود در بایگانی کسب شده، از طریق تلفن یا نشانی موجود با افراد مورد نظر تماس حاصل شد تا در وقت تعیین شده به متخصص زنان و زایمان مراجعه نمایند پس از مراجعه‌ی افراد معاینات لازم انجام شد و پرسشنامه‌های مذکور تکمیل گردید و افرادی که از نظر جنسی روانی دچار مشکل شده بودند با معرفی‌نامه‌ای به روان‌پزشک ارجاع داده شدند تا اطلاعات مورد نیاز دقیق‌تر جمع‌آوری شده و درمان مناسب برای آن‌ها صورت بگیرد.

کلیه اطلاعات محرمانه بوده و بدون ذکر مشخصه قابل شناسایی استخراج شد و موارد اخلاقی درمورد رعایت حقوق بیماران و محرمانه بودن اطلاعات بیماران رعایت شد و هیچ هزینه‌ی اضافی بر بیماران تحمیل نشد و بیماران براساس کدهای شنایی وارد نرم‌افزار شدند.

معیارهای ورود به مطالعه:

۱. زنانی که تحت هیستریکتومی الکتیو در سال ۹۶ قرار گرفته‌اند.
۲. زندگی مشترک با همسر
۳. سن (۳۰-۵۵) باشد.

معیارهای خروج از مطالعه:

۱. قبل از هیستریکتومی یائسه باشد.
۲. هیستریکتومی در زمینه بدخیمی باشد.
۳. سابقه بیماری قلبی کلاس ۲ به بالا داشته باشد.
۴. سابقه درمان برای افسردگی قبل از جراحی داشته باشد.
۵. زنانی که بعد از جراحی تحت هورمون تراپی قرار گرفته باشد.
۶. سابقه استرس مازور در ۶ ماه قبل و بعد عمل از قبیل از دست دادن نزدیکان خود داشته باشد

4 Beck

3 Beck depression inventory

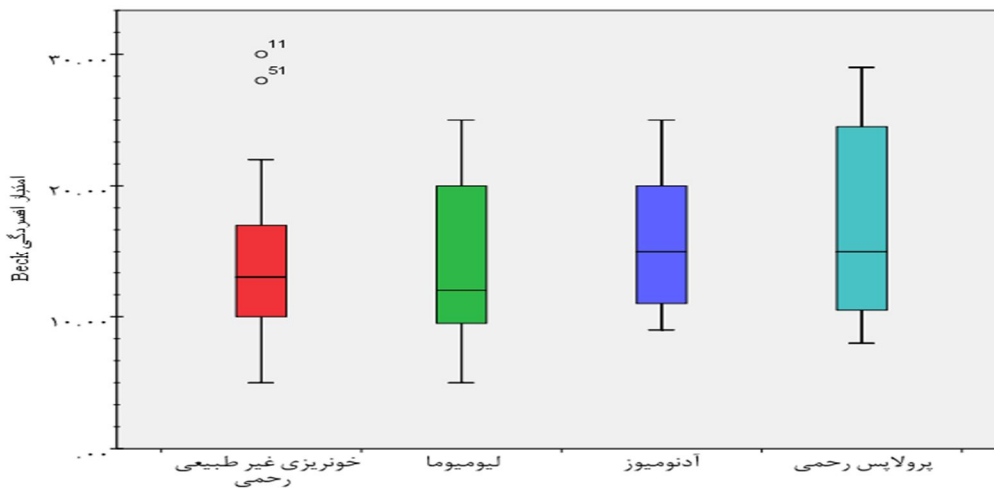
جدول (۱): توزیع و درصد فراوانی بیماران بر اساس امتیاز Beck

افسردگی شدید	به نسبت افسرده	نیاز به مشورت با پزشک	کمی افسرده	طبیعی	میزان افسردگی
(۳۱-۴۰)	(۲۱-۳۰)	(۱۷-۲۰)	(۱۱-۱۶)	(۱-۱۰)	امتیاز Beck
صفر	۱۳(۱۸٪/۳)	۱۳(۱۸٪/۳)	۲۳(۳۲٪/۴)	۲۲(۳۱٪)	تعداد و درصد فراوانی بیماران (۷۱=n)

تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P=0/13$). در این آزمون میانگین امتیاز بک در بیماران با بستری طولانی مدت ۴۳/۴۳ و دیگر بیماران ۳۵/۱۹ بود؛ بنابراین این طول مدت بستری در میزان کاهش افسردگی تأثیری نداشت.

بر اساس مدل رگرسیون پویسون^۲ بیماران خانه‌دار ۱/۳ برابر امتیاز بک بالاتر در مقابل بیماران شاغل داشتند ($P=0/027$)؛ لذا شاغلین دارای افسردگی کم‌تری بودند. در خصوص سن همسر؛ با هر سال افزایش سن میزان افزایش امتیاز بک مشهود بود ($P=0/001$) و افزایش افسردگی را نشان می‌داد. اما دلایل هیستریکتومی الکتیو بر افسردگی تأثیری نداشت ($P=0/147$).

بر اساس نتایج آزمون تی تست مستقل میانگین امتیاز بک در گروهی از بیماران که تحت اوو فروکتومی دو طرفه قرار گرفته بودند $18 \pm 6/05$ و در گروه دیگر که یک یا دو تخمدان حفظ شده بود $13 \pm 5/6$ به دست آمد و بین این دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P=0/002$)؛ بنابراین این حفظ تخمدان در کاهش میزان افسردگی مؤثر بود. در خصوص درد شکم مزمن ۶ ماه بعد از هیستریکتومی؛ بیماران با درد شکم مزمن میانگین دارای امتیاز بک $16/52 \pm 5/6$ و بیماران بدون درد شکم میانگین امتیاز بک $12/62 \pm 6/1$ داشتند، که این تفاوت با مقدار $P=0/007$ معنی‌دار بود. نتایج آزمون یومن ویتنی^۱ در خصوص طول مدت بستری و افسردگی



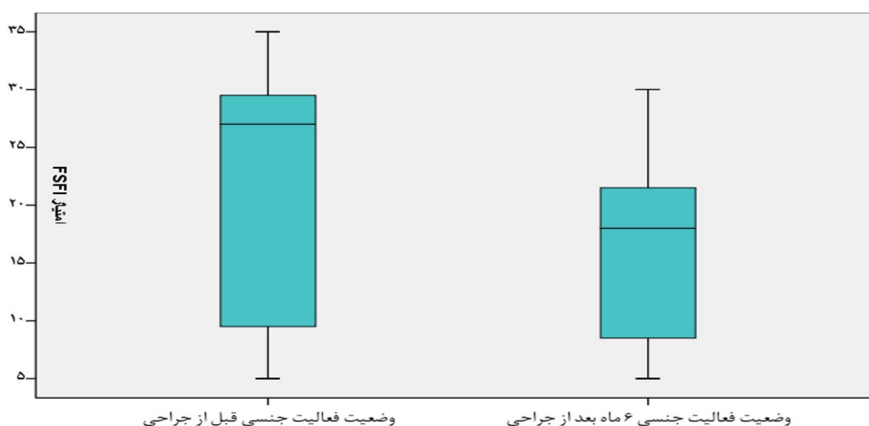
نمودار (۱): امتیاز بک در دلایل مختلف هیستریکتومی بیماران

از جراحی $16,42$ با انحراف معیار $7,8$ بود که این موضوع نشان‌دهنده کاهش میزان افسردگی بود. همچنین بر اساس آزمون t جفت شده عملکرد جنسی بیماران بعد از هیستریکتومی به میزان معنی‌داری کاهش پیدا کرده بود ($p < 0.05$).

در آزمون رگرسیون انجام شده بیماران با افزایش سن، کاهش تعداد فرزند و افزایش میزان تحصیلات، امتیاز بک بالاتری بعد از هیستریکتومی داشتند ولی این تغییرات تأثیر معنی‌داری بر روی امتیاز بک نداشت (مقدار P به ترتیب $0,531$ ، $0,106$ و $0,249$). در مورد وضعیت جنسی بیماران میانگین FSFI قبل از جراحی برای بیماران حدود $21,14$ با انحراف معیار $10,14$ و میانگین بعد

² Poisson

¹ U Mann Whitney



نمودار (۲): نمودار جعبه‌ای تغییرات FSFI قبل و ۶ ماه بعد از جراحی در بین بیماران

دارد. کولگیا و همکاران در مطالعه خود استروژن را در افزایش گیرنده‌های سروتونین 5α در ناحیه پره فرونتال کورتکس مؤثر گزارش کرده بودند (۲۰). در مطالعه‌ای که باهری^۳ در سال ۲۰۱۰ انجام داد افزایش سن با افزایش افسردگی بعد از جراحی گزارش شد (۲۲). برخی مطالعات دیگر سن را فاکتور مؤثر در پیش‌بینی وضعیت افسردگی در بیماران بدخیمی زنان گزارش کرده‌اند (۲۳). با افزایش سن و نزدیک سن یائسگی؛ زنان با ضعف بدنی نسبی مواجه می‌شوند که رفته رفته ممکن است به استقلال روحی کم‌تری دچار شوند که این خود می‌تواند افسردگی را با افزایش سن تشدید کند. در مطالعه کوپر^۴ و همکاران هیسترتکتومی در زنان زیر ۴۰ سال که اکثراً نولی پار بودند با افسردگی بیشتری همراه بود که می‌توان آن را به علت تعداد فرزند کم و کاهش قدرت باروری توجیه کرد (۲۴). در مطالعه ما هم بیماران با افزایش سن، کاهش تعداد فرزند و افزایش میزان تحصیلات امتیاز بک بالاتر، در نتیجه ریسک افسردگی بیشتری بعد از هیسترتکتومی داشتند.

در مطالعه باهاری و همکاران میزان تحصیلات با امتیاز بک رابطه معکوس داشت ولی معنی‌دار نبود. اما در مطالعه ما افزایش میزان تحصیلات با افزایش امتیاز بک همراه بود که معنی‌دار نبود (۲۲). در مطالعه بوریمنگاد^۵ و همکاران ارتباط میزان تحصیلات با افسردگی مشابه نتایج مطالعه ما گزارش شده بود ولی نتایج معنی‌دار نبود (۲۵). درحالی‌که استیلیمان^۶ و همکاران میزان افسردگی بعد از هیسترتکتومی را در زنانی که کم‌تر از ۱۲ سال تحصیلات داشتند

نتایج آزمون یومن ویتنی درخصوص وضعیت جنسی (FSFI) بعد از عمل و وضعیت اوووفروکتومی بیماران نشان‌دهنده حفظ تخمدان و تأثیر مثبت بعد از عمل جراحی بود ($P < 0/01$).

میانگین امتیاز FSFI در بیماران با درد شکم مزمن (۳۶ بیمار) ۶ ماه بعد از جراحی 15.1 ± 7.8 در مقابل بیماران بدون درد (۳۵ بیمار) 17.7 ± 7.6 بود که این تفاوت معنی‌دار نبود، بنابراین وضعیت عملکرد جنسی کاهش یافته بود.

بر اساس آزمون یومن ویتنی میانگین امتیاز نمره FSFI در گروه بستری طولانی مدت $39/71$ در مقابل دیگر بیماران که سریع‌تر از بیمارستان ترخیص شده بودند با میانگین امتیاز $35/59$ بود که با $P = 0/6$ این تفاوت معنی‌دار نبود و نشان می‌داد عملکرد جنسی کاهش پیدا کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش اکثر بیماران که سابقه بیماری روان‌پزشکی نداشتند؛ بعد از هیسترتکتومی کمی افسرده گزارش شدند. همراستا با مطالعه حاضر در مطالعه هلمی^۱ و همکاران و تومورهارنود^۲ و همکاران هم ریسک افسردگی در بیماران به دنبال هیسترتکتومی افزایش یافته بود (۱۵، ۲۱). درحالی‌که در برخی مطالعات دیگر هیسترتکتومی بر روی مسائل روان‌پزشکی بیماران مؤثر نبود (۱۸، ۱۹، ۳۶).

در مطالعات زیادی هیسترتکتومی را همراه با نارسایی زودرس تخمدان توصیف کرده‌اند که همراه با کاهش دوز استروژن بوده است (۶). کاهش استروژن با تأثیر بر سروتونین نقش مؤثری در افسردگی

4 Cooper

5 Borimangad

6 steelman

1 Helmi

2 Tomor Harnod

3 N.Bahri

همراه بود و شاید دلیل آن را کاهش سطح اندروژن بعد از اووفروکتومی و متعاقباً کاهش میل، تحریک جنسی و ارگاسم توصیف کرد (۳۲).

در مطالعه بیرد^{۱۲} درد شکمی یک سال بعد از هیستریکتومی در ۳۳ درصد بیماران باقی مانده بود (۳۳). اما در مطالعه براندزبورق^{۱۴} و همکاران که به صورت مروری انجام داده بودند درد مزمن بعد از هیستریکتومی ۴۰۷ درصد تا ۳۱۰۹ درصد گزارش شد. در این مطالعه درد پس از جراحی در افرادی که قبل از جراحی دچار درد مزمن بوده‌اند بیشتر بود (۳۴). در مطالعه پاتریسیا^{۱۵} و همکارانش که طی ۴ ماه بعد از هیستریکتومی انجام شده بود، نتایج نشان داد ۵۰ درصد از بیماران از درد شاکمی بودند (۳۵). در مطالعه ما نیز در ۴۹،۴ درصد بیماران درد شکم ۶ ماه بعد از جراحی ثبت شد که درد شکم مزمن ۶ ماه بعد از جراحی با امتیاز بک بالاتری همراه بود که این نتیجه قابلیت پاسخ به درمان درد شکم بیماران با بهبود وضعیت روان‌پزشکی را پررنگ‌تر می‌کند.

در مطالعه ما میزان FSFI در بیماران با درد مزمن شکمی به‌طور غیر معنی‌دار کم‌تر از بیماران بدون درد بود. بیماران خانه‌دار نسبت به بیماران شاغل ریسک افسردگی بیشتری داشتند. با افزایش سن همسر، ریسک افسردگی بالاتر بود.

در آخر در این مطالعه هیستریکتومی و اووفروکتومی همراه با بدتر شدن وضعیت روان‌پزشکی و فعالیت جنسی بیمار بوده است که حمایت‌های روان‌پزشکی بیماران را قبل و بعد از جراحی هیستریکتومی الکتیو بیش از پیش طلب می‌کند.

بیشتر توصیف کرده‌اند (۲۶). در مطالعه مورمن^۷ و همکاران میزان بالای تحصیلات در کاهش افسردگی بعد از هیستریکتومی مؤثر بوده است. میزان تحصیلات بالا به نظر می‌رسد با کاهش میزان افسردگی همراه باشد که می‌توان آن را به علت افزایش احتمال اشتغال و جایگاه اجتماعی بالاتر و اعتماد به نفس بالا توجیه کرد (۲۷، ۲۸). در مطالعه ما بیشتر بیماران تحصیلات عالی‌ه نداشتند و نتایج به دست آمده با تعداد نمونه مطالعه مورد اعتماد نیست.

در مطالعه جولیا^۸ هیستریکتومی با بهبود وضعیت فعالیت جنسی ۱۲ تا ۲۴ ماه بعد همراه بوده است که آنرا با اختلالات پاتولوژیک از جمله خونریزی قبل از عمل مرتبط دانسته‌اند. درحالی‌که در مطالعه ما FSFI بعد از جراحی کاهش پیدا کرده بود که می‌تواند ناشی از پیگیری کوتاه مدت (۶ ماه) باشد. در مطالعه‌ای که سونای^۹ و همکاران انجام دادند ۳ ماه بعد از هیستریکتومی امتیاز بک افزایش یافته و FSFI کاهش یافته بود. کاهش میزان FSFI بعد از هیستریکتومی می‌تواند به دلیل فقدان انقباضات رحمی بعد از هیستریکتومی باشد (۹).

در مطالعه‌ای که ناتورست^{۱۰} و همکاران انجام دادند وضعیت سلامتی عمومی بهتری را در بیماران با حفظ تخمدان نسبت به عدم حفظ تخمدان گزارش کردند. ولی در مطالعه عزیز^{۱۱} و همکاران هیستریکتومی همراه با اووفروکتومی تأثیر منفی بر وضعیت روانی بیماران نداشت (۳۰). در مطالعه‌ای که ملیک^{۱۲} و همکاران انجام دادند FSFI بعد از هیستریکتومی افزایش یافته بوده و اووفروکتومی در زنان پره منوپوز همراه با کاهش FSFI بود (۳۱). در مطالعه ما حفظ تخمدان بعد از هیستریکتومی به‌طور معنی‌داری با FSFI بالا

References:

1. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization; 2002.
2. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Arch Gen Psychiatry 1988;45(12): 1100-6.
3. Baghbanian A, Sepehrmanesh Z, Fakharian E. Evaluation of essential depression in patients with

physical complaints hospitalized in Akhavan Hospital in 1999. Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2002;5.

4. Novak E. Berek & Novak's gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. European J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014 Mar 1;174: 5-19.

¹² Melike D

¹³ Beard R.W

¹⁴ B.brandzborg

¹⁵ Patrica

⁷ Moorman

⁸ Julia C.R

⁹ Sonay B.G

¹⁰ Nathorst

¹¹ Aziz

6. Khastgir G, Studd JW, Catalan J. The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecol Endocrinol* 2000;14(2): 132-41.
7. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 473-83.
8. Theunissen M, Peters ML, Schepers J, Schoot DC, Gramke HF, Marcus MA. Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017 Oct 1;217: 94-100.
9. Goktas SB, Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. *Pakistan J Med Sci* 2015 May;31(3): 700.
10. Modarres M, Rahimikian F, Mehran A. Impact of Pre-Hysterectomy Counseling on Depression among Patients Referred to TUMS Hospitals. *Hayat* 2013 Jun 1;19(2).
11. 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.
12. 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): 566-76.
13. Yen JY, Chen YH, Long CY, Chang Y, Yen CF, Chen CC, Ko CH. Risk factors for major depressive disorder and the psychological impact of hysterectomy: a prospective investigation. *Psychosomatics* 2008;49(2): 137-42.
14. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31(1): 1-20.
15. Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66(2-3): 159-64.
16. Wang XQ, Lambert CE, Lambert VA. Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. *Int Nurs Rev* 2007 Sep;54(3): 271-9.
17. 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): 60-4.
18. Farquhar CM, Sadler L, Stewart AW. A prospective study of outcomes five years after hysterectomy in premenopausal women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008 Oct 1;48(5): 510-6.
19. Gibson CJ, Joffe H, Bromberger JT, Thurston RC, Lewis TT, Khalil N, Matthews KA. Mood symptoms after natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy among women in midlife. *Obstet Gynecol* 2012;119(5): 935.
20. Gibson CJ, Joffe H, Bromberger JT, Thurston RC, Lewis TT, Khalil N, Matthews KA. Mood symptoms after natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy among women in midlife. *Obstet Gynecol* 2012;119(5): 935.
21. Harnod T, Chen W, Wang JH, Lin SZ, Ding DC. Hysterectomies Are Associated with an Increased Risk of Depression: A Population-Based Cohort Study. *J Clin Med* 2018 Oct;7(10): 366.
22. 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 Jan;18(1).
23. Kew FM, Nevin J, Cruickshank DJ. Psychosexual impact of gynaecological malignancy. *Obstet Gynecol* 2002 Oct;4(4): 193-6.
24. Cooper R, Mishra G, Hardy R, Kuh D. Hysterectomy and subsequent psychological health: findings from a British birth cohort study. *J Affec Disord* 2009;115(1-2): 122-30.
25. 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. *IJOGI* 2011;13(6): 39-45.
26. Stellman R. Psychological aspects of gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 1990: 1-5.
27. Moorman PG, Schildkraut JM, Myers ER, Wang F. Reported symptoms before and one year after hysterectomy in African American and white women. *J Women's Health* 2011;20(7): 1035-42.
28. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003;158(12): 1139-47.
29. Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, Langenberg PW, Steege JF, Kjerulff KH. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004 Oct 1;104(4): 701-9.
30. Nathorst-Böös J, von Schoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest* 1992;34(2): 97-101.
31. Doğanay M, Kokanalı D, Kokanalı MK, Cavkaytar S, Aksakal OS. Comparison of female sexual function in women who underwent abdominal or vaginal hysterectomy with or without bilateral salpingo-oophorectomy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2019;48(1): 29-32.
32. Aziz A, Brännström M, Bergquist C, Silfverstolpe G. Perimenopausal androgen decline after oophorectomy does not influence sexuality or psychological well-being. *Fertil Steril* 2005;83(4): 1021-8.
33. Beard RW, Kennedy RG, Gangar KF, Stones RW, Rogers V, Reginald PW, Anderson M. Bilateral oophorectomy and hysterectomy in the treatment of intractable pelvic pain associated with pelvic congestion. *BJOG* 1991;98(10): 988-92.
34. Brandsborg B, Nikolajsen L, Kehlet H, Jensen TS. Chronic pain after hysterectomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52(3): 327-31.
35. Pinto PR, McIntyre T, Almeida A, Araújo-Soares V. The mediating role of pain catastrophizing in the relationship between presurgical anxiety and acute postsurgical pain after hysterectomy. *Pain* 2012;153(1): 218-26.
36. Bahri N, Tohidinik HR, Fathi Najafi T, Larki M, Amini T, Askari Sartavosi Z. Depression Following Hysterectomy and the Influencing Factors. *Iran Red Crescent Med J* 2016;18(1): e30493.
37. Dhital R, Otsuka K, Poudel KC, Yasuoka J, Dangal G, Jimba M. Improved quality of life after surgery for pelvic organ prolapse in Nepalese women. *BMC Womens Health* 2013;13: 22.

INVESTIGATION OF THE MOST COMMON PREDICTORS OF DEPRESSION AFTER ABDOMINAL HYSTERECTOMY IN WOMEN AGED 30 TO 55 YEARS OLD IN 2017 IN SHAHID MOTHARI HOSPITAL

Farzaneh Broumand¹, Soraya Sadeghi², Arezou Kiani³

Received: 08 Apr, 2019; Accepted: 25 June, 2019

Abstract

Background & Aims: Hysterectomy means the removal of the uterus with or without cervix or ovaries (ovophorectomy). Today, for the treatment of many benign and malignant diseases, elective hysterectomy is performed. Hysterectomy is a heavy and invasive surgical technique that has serious side effects on female sexual characteristics and causes physical disorientation and other factors. It may also be a strong stimulant to stress and psychological problems in women. In this study, we investigated the effect of hysterectomy on the mental and sexual status of patients after surgery.

Materials & Methods: Patients aged 30 to 55 years who underwent a non-malignant elective hysterectomy in 2017 and lived with their spouse, were not menopause and had no major stress or history of psychiatric problems in the 6 months before and after surgery were selected. The Beck and FSFI questionnaires were completed for patients 6 months after surgery. The demographic characteristics, the number of children, the age of the patients and their spouses, the cause of hysterectomy, the status of oophorectomy, and chronic abdominal pain were recorded and the statistical data were analyzed using SPSS (version 23).

Results: Results showed a significant difference in Beck score between two groups of patients who underwent bilateral oophorectomy and the other group who had one or two ovaries preserved ($p = 0.002$). Therefore, ovarian preservation was effective in reducing depression. For chronic abdominal pain 6 months after hysterectomy, significant differences existed between the patients with chronic abdominal pain and patients without abdominal pain ($P = 0.007$). There was no significant difference between duration of hospitalization and depression ($P = 0.13$). The results showed that there is a significant relationship between depression in housewives and working patients ($P=0.027$). Concerning the age of the spouse, a positive relationship existed between the age of spouse and depression based on Beck score ($P = 0.001$). Also, elective hysterectomy had no effect on depression ($P = 0.147$). The mean FSFI preoperatively for patients was 21.14 with a standard deviation of 10.14 and a mean FSFI after surgery of 16.42 with a standard deviation of 7.8, indicating a decrease in depression. Paired t-test also showed a significant decrease in sexual function after hysterectomy ($p < 0.05$). Based on the results of FSFI, postoperative patients and their oophorectomy showed ovarian preservation and positive effect after surgery ($P < 0.01$).

Conclusion: In the present study, the majority of patients were reported to be slightly depressed after hysterectomy without a history of psychiatric illness. Various studies described hysterectomy with premature ovarian failure that was associated with reduced estrogen doses. In our study, patients also had a higher risk of depression after hysterectomy with increasing age, lower number of children, and higher educational attainment. Overall, the results of this study showed that ovarian preservation after elective hysterectomy was associated with a relative decrease in depression and improvement in sexual function. Being a housewife and raising a partner's age were effective in increasing depression in patients. Patients with more depression had more abdominal pain.

Keywords: Hysterectomy, Depression, Sexual function, Ovophorectomy

Address: Urmia, Urmia University of Medical Sciences, Razi Psychiatric Hospital

Tel: +9844327222935

Email: arezoukiani@yahoo.com

¹ Associate Professor of Obstetrics & Gynecology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Resident of Surgery and Gynecology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Assistant Professor of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)