

تأثیر مشاوره قبل از هیستریکتومی بر افسردگی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران

مریم مدرس* فاطمه رحیمی کیان** عباس مهران***

چکیده

زمینه و هدف: هیستریکتومی دومین علت شایع جراحی در بین زنان سنین باروری است. مطالعات نشان می دهد که قبل از هیستریکتومی اطلاعات کافی به بیماران داده نمی شود و بسیاری از زنان بدون مشاوره قبل از هیستریکتومی و بدون پیگیری رها می شوند. افسردگی یکی از شایع ترین خطرات روان شناختی مورد توجه پس از هیستریکتومی است. هدف این مطالعه ارزیابی تاثیر مشاوره قبل از هیستریکتومی بر افسردگی است.

روش بررسی: تعداد ۱۰۰ زن که به علل خوش خیم هیستریکتومی می شدند با دادن رضایت، در کار آزمایشی بالینی حاضر شرکت کردند. شرکت کنندگان که از دو بیمارستان تخصصی زنان و امام خمینی بودند، به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. مداخله شامل ۲ جلسه مشاوره حمایتی بود و افسردگی ۲-۱ هفته قبل از عمل جراحی و ۲ ماه بعد ارزیابی گردید. ابزار مورد استفاده پرسشنامه ۳۰ آیتمی سما (سنجش میزان افسردگی) تعدیل شده بک که در کشور ایران روانسنجی شده است و پرسشنامه مشخصات فردی بود. مقایسه دو گروه مشاوره و شاهد با آزمون های دقیق فیشر، مجذور کای و تی تست در نرم افزار SPSS صورت گرفت. در کلیه آزمون ها $p < 0/05$ معنادار تلقی شد. **یافته ها:** مقایسه میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمون و شاهد در مرحله قبل از مداخله اختلاف معناداری را نشان نداد. همچنین بر اساس یافته ها دو گروه از نظر ویژگی های فردی همگن بودند. اختلاف معناداری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله مشاهده شد ($p < 0/01$) که دال بر تاثیر گذار بودن مداخله است.

نتیجه گیری: برای کاستن آثار روانی منفی پس از هیستریکتومی، نیاز به مشاوره قبل از هیستریکتومی وجود دارد. این پژوهش نشان داد که مشاوره در بیماران کاندید هیستریکتومی باعث پیشگیری از افسردگی در آنان می شود، به همین دلیل مشاوره حمایتی توصیه می شود.

نویسنده مسؤول: مریم مدرس؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: ma_modars@yahoo.com

واژه های کلیدی: هیستریکتومی، مشاوره، افسردگی

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۲ - پذیرش مقاله: شهریور ماه ۱۳۹۲

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی افسردگی را از عمده ترین بیماری های رایج در جهان می داند (۱). بر اساس معیار DSM-IV، در معاینه مراقبت های اولیه، حدود ۵ تا ۱۰٪ از بیماران

علایم افسردگی ماژور، ۳ تا ۵٪ افسردگی متوسط و ۱۰٪ افسردگی جزئی دارند (۲) و ۳٪ میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی ۲۵٪ گزارش شده است (۴). مطالعات نشان می دهد که خطر کلی ابتلا به افسردگی پایدار، در نمونه های اجتماعی ۲۵ - ۱۰٪ برای زنان می باشد (۵). بیشترین میزان افسردگی در سنین ۲۵ تا ۴۴ سال است. افسردگی ممکن

*مری گروه باروری دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ دانشجوی دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
**عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، مری گروه باروری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
***مری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

است با حادثه‌ای نامطلوب در زندگی یا بیماری جدی آشکار شود (۶). در مطالعه Wang و همکاران در چین (۲۰۰۷) از ۱۰۵ زنی که در مطالعه آنان شرکت کردند ۴/۸٪ افسردگی پس از هیستریکتومی را نشان دادند در حالیکه وی عقیده دارد این میزان خیلی کم‌تر از میزان ذکر شده توسط Carlson و همکاران در ۱۹۹۴ است که ۸٪ ذکر شده بود (۷).

از دیر باز رحم به عنوان ارگان تنظیم کننده و کنترل کننده عملکردهای مهم فیزیولوژیک، ارگان جنسی، منبع انرژی و نگاه دارنده جذابیت و زیبایی در زنان تلقی می‌شده است (۸). هیستریکتومی یا خروج رحم، جزء اعمال جراحی شایع در زنان است که پس از سزارین، دومین عمل جراحی رایج آنان محسوب می‌شود. انجام این عمل جراحی به عنوان یک روش درمانی در راستای رهایی از مشکلات خوش‌خیم زنانگی نظیر خون‌ریزی‌های غیر طبیعی و طولانی مدت رحمی انجام می‌شود. اگرچه در ابتدا پذیرش سختی دارد اما در نهایت رضایت‌مندی زنان را حاصل می‌کند. رحم بخش مهمی از تصویر ذهنی یک زن از خویشتن است و می‌تواند تصویر جنسی‌اش را نیز به خود اختصاص دهد، تعدادی از زنان می‌ترسند بعد از جراحی، جذابیت زنانگی آن‌ها کاهش یابد. تعدادی از زنان بر این عقیده‌اند که متعاقب انجام این عمل، به دلیل از دست رفتن صفات زنانگی، رضایت جنسی کاهش یافته و یا مشکلات شخصی با همسرشان افزایش می‌یابد. نگرانی در مورد از دست دادن دستگاه باروری نسبت به از دست دادن دیگر ارگان‌های داخلی شکم بیشتر است. برای به حداقل

رسانیدن احتمال یک نتیجه ضعیف، مشاوره قبل از عمل و آماده‌سازی بیمار، اهمیت بسیار دارد. در مطالعات مختلف اکثراً زنان، پس از عمل هیستریکتومی، به خاطر از دست دادن قاعدگی پشیمان شده‌اند. حتی برای آن دسته از زنانی که دیسمنوره داشته‌اند نیز، این صادق بوده است و آنان نیز دچار ندامت و پشیمانی شده‌اند. تعدادی از زنان قاعدگی را به عنوان راهی برای بدن که از ضایعات و مشکلات خلاص می‌شود، در نظر می‌گیرند. لذا، پس از خاتمه خون‌ریزی قاعدگی، احساس بهتر بودن دارند. اثر هیستریکتومی بر پیشرفت افسردگی ناشناخته است، چراکه اکثر مطالعات گذشته‌نگر می‌باشند و به خوبی برای افسردگی قبل از عمل کنترل نشده‌اند (۶).

بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که شواهدی مبنی بر افزایش خطر افسردگی بعد از هیستریکتومی وجود دارد. بعضی از محققان افسردگی و افزایش میزان بروز علائم روانی بعد از هیستریکتومی را نیز گزارش کرده‌اند. Hollander در سال ۲۰۰۲ گزارش کرده است، تعداد زنانی که بعد از عمل لگنی به بیمارستان روانی مراجعه می‌کنند تقریباً ۲ برابر تعداد آن‌هایی است که به دلایل دیگر عمل داشته‌اند (۷، ۸، ۹، ۱۱).

اما نتایج مطالعه Persson و همکاران (۲۰۱۰) کاهش افسردگی پس از عمل را نشان داد. آن‌ها نتیجه گرفتند که نوع عمل هیستریکتومی در عوارض روحی-روانی بیماران تاثیر ندارد، بلکه وضعیت روحی-روانی زنان هیستریکتومی شده به شخصیت فردی و حمایت دریافت شده قبل از عمل یا علایم بالینی حاصل از بیماری

زنان در آنها در قبل از عمل هیستریکتومی ارتباط دارد. این موارد می‌تواند سلامتی پس از عمل زنان را تحت تاثیر خود قرار دهد. همچنین در مطالعه آنان نشان داده شد که پیشگیری از عوارض روحی-روانی قبل از عمل روی بهبودی و مدت بستری پس از عمل نیز اثر دارد. بنابراین آنان پیشنهاد نموده‌اند که مطالعات مختلف در زمینه مداخلات قبل از عمل در مورد زنان با ظرفیت روحی-روانی ضعیف، باید انجام شود تا از عوارض پس از عمل کاسته شود (۱۲).

از طرفی رایج دهنندگان خدمات بالینی باید، آگاهی کاملی از اثرات این عمل در بعد روحی-روانی، اجتماعی، جنسی، رضایت‌مندی و همین‌طور کیفیت زندگی پس از عمل، آگاهی کاملی به زنان بدهند. نیاز است در این زمینه از تحقیقات کمی و کیفی گسترده و همچنین از پرسشنامه‌های روا و پایای واحدی به صورت شبکه واحد استفاده گردد. به خصوص زنان جوان‌تر نسبت به زنان مسن در معرض خطر بیشتری بوده و توجهات بیشتری را نیاز دارند. بر اساس گزارش محققان، رایج دهنندگان خدمات بالینی در تصمیم‌گیری زنان برای عمل هیستریکتومی و کمک به آنان نقش مهمی دارند (۹).

بنابراین رایج دهنندگان خدمات می‌توانند با مشاوره که یک رابطه یاورانه دوفری است، با تکیه بر نیاز فرد به رشد و سازگاری در تصمیم‌گیری و حل مشکل، به زنان کمک کنند. در واقع مشاوره، بهره‌گیری از حاصل اندیشه‌های مولد و ارزشمند و استفاده از تجارب مفید و موثر کارشناسان بصیر و متعهد

برای افزایش دانش، هدایت‌پذیری، انتخاب روشن‌ترین راه‌ها و اتخاذ بهترین و موثرترین روش‌ها در فعالیت‌های فردی و حیات اجتماعی است. یک مشاوره مناسب به مددجویان اطمینان می‌دهد، روشی را که انتخاب می‌نمایند متناسب با نیازهایشان است (۱۳). مطالعات مختلف تاثیر مشاوره را در موارد متفاوت، مفید ذکر نموده‌اند. از جمله مشاوره راه حل محوری یا مشاوره امیدواری که در زمان کوتاه و موارد اورژانس نتایج قابل توجهی داشته است. همچنین مشاوره ناباروری، مشاوره زناشویی، مشاوره زنان در موارد زایمان‌های تروماتیک از مواردی هستند که تاثیر آنها مثبت گزارش گردیده است (۱۷-۱۴). یکی از حیطه‌های وظایف ماماها کمک و دخالت در امر مراقبت و درمان بهینه بیماران مبتلا به بیماری‌های زنان می‌باشد و موضوع سلامت روان در تمامی اقشار جامعه به‌ویژه در زنان از اهمیت خاصی برخوردار است. ماما می‌تواند، با انجام مشاوره قبل از عمل، به سلامت روان زنان پس از عمل جراحی هیستریکتومی کمک کند. بنابراین می‌توان با استفاده از یک برنامه سامان‌دهی شده برای مشاوره قبل از اعمال جراحی لگنی که با خروج ارگان‌های باروری همراه می‌باشد، عوامل خطرزا را مورد توجه قرار داده و با ایجاد آگاهی و کمک در اتخاذ تصمیم اختیاری و رضایت‌مند توسط بیمار برای عمل، سلامت روان آنان را در مراحل بعد از عمل به‌طور وسیعی بیمه نمود. به همین منظور این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مشاوره قبل از هیستریکتومی بر افسردگی انجام یافته است.

روش بررسی

در این مطالعه مداخله‌ای، تعداد ۱۰۰ خانم در سنین باروری که با علل خوش‌خیم، هیستریکتومی می‌شدند، داوطلب شرکت در پژوهش شدند. نوع مداخله شامل مشاوره قبل از عمل جراحی بود که طی ۲ جلسه در عرض ۱-۲ هفته قبل از عمل به صورت رودررو انجام می‌شد. مشاوره در هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در درمانگاه زنان بیمارستان فوق تخصصی زنان (میرزا کوچک خان) و بیمارستان امام خمینی (ره) صورت می‌گرفت. نوع مشاوره حمایتی شناختی در جهت آماده‌سازی بیماران برای پذیرش شرایطی که به وجود خواهد آمد و حمایت از آن‌ها بود. درباره چگونگی عمل هیستریکتومی، روش‌های آن، اثرات و نتایج آنان توضیح داده می‌شد و به سوالات آنان در زمینه هیستریکتومی پاسخ داده می‌شد. همچنین مختصری درباره ساز و کار دستگاه تناسلی و کار آن و پیشنهادهایی برای ورزش و مراقبت از سلامتی داده می‌شد. این مشاوره فقط در گروه مداخله انجام یافت و در گروه شاهد مراقبت معمول بیمارستان ارائه گردید. روش نمونه‌گیری در دسترس و تخصیص آنان به گروه شاهد و مداخله به صورت تصادفی بود که به تعداد نمونه‌ها کارت‌هایی را (۵۰ مداخله و ۵۰ عدد کنترل) در یک کیسه ریخته و از بیمار می‌خواستیم که یکی از کارت‌ها را خارج نماید. در صورتی که کارت مداخله خارج می‌شد؛ مشاوره انجام و در صورتیکه کارت شاهد بود باید در گروه شاهد قرار می‌گرفت. کورسازی نیز به این صورت بود که در سنجش افسردگی پرسشگران قبل از مداخله با پرسشگران پس از

مداخله متفاوت بوده و مشاوران از نتیجه آزمون اطلاعی نداشتند. پرسشگران نیز نمی‌دانستند که گروه مداخله کدام است. تعداد نمونه بر اساس مقادیر $\alpha = 0.05$ ، $\beta = 0.1$ تعیین شد و برای مقابله با خروج نمونه‌ها از مطالعه، (میزان ریزش ۱۰٪) به تعداد ۱۰۰ نفر، در نظر گرفته شده است (۱۲ و ۱۸).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: فقدان سابقه بیماری‌های روانی (طبق نظر پزشک)، زندگی مشترک با همسر، سنین باروری ۴۹-۳۵ سال، یایسه نشده باشد، عدم اتفاق مرگ یکی از نزدیکان در ۱ سال گذشته، هیستریکتومی بدون خروج تخمدان‌ها و معیارهای خروج نیز شامل: شروع به مصرف داروهای ضد افسردگی، مرگ یکی از نزدیکان، فوت یا جدایی همسر، انصراف از شرکت در مطالعه بود.

ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه استاندارد سنجش میزان افسردگی (سما) یا پرسشنامه تعدیل شده بک بود که برای استفاده در ایران هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی شده است (۱۹). این ابزار دارای ۳۰ پرسش چهار گزینه‌ای بر اساس علایم مختلف افسردگی است. نمره‌گذاری پاسخ‌ها از صفر تا نمره سه است. دامنه نمره قابل اکتساب صفر تا ۹۰ و نمره کمتر از ۲۱ با اطمینان ۹۹٪ سالم و نمره بین ۲۲ تا ۵۳ دارای افسردگی خفیف تا متوسط و بالاتر از این نمره نشان دهنده افسردگی شدید است. ویژگی‌های فردی، سن، سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، تعداد فرزندان و سایر اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان با پرسشنامه تدوین شده توسط پژوهشگر،

یافته‌ها

از لحاظ ویژگی‌های فردی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. میانگین سنی $43/82 \pm 3/64$ سال در گروه مداخله و در گروه شاهد $44/23 \pm 3/09$ سال بود. تحصیلات اکثر آنان در گروه مداخله (۴۶٪) و در گروه شاهد (۴۸٪) در حد ابتدایی و راهنمایی بود. همچنین همسران گروه مداخله در ۴۴٪ و همسران گروه شاهد در ۴۸٪ موارد، تحصیلات ابتدایی و راهنمایی را داشتند (جدول ۱).

آزمون دقیق فیشرا از لحاظ سطح افسردگی خفیف و متوسط در قبل از مداخله تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد است. ($P=0/495$). اما پس از مداخله این اختلاف معنادار بود ($P<0/001$). سطح افسردگی خفیف و متوسط در گروه مداخله پس از هیستریکتومی ۳۸٪ بود در حالی که ۹۶٪ زنان گروه شاهد همچنان افسردگی خفیف و متوسط داشتند. تعداد فراوانی زنان غیر افسرده پس از مداخله در گروه آزمون ۳۱ (۶۲٪) و در گروه شاهد ۲ (۴٪) نفر بود. سطح افسردگی شدید نیز در هر دو گروه مشاهده نگردید (جدول شماره ۳ و ۲).

یافته‌های مطالعه نشان داد قبل از هیستریکتومی حداکثر نمره افسردگی در گروه مداخله ۵۲ و حداقل آن ۲۱ می‌باشد که این نمره پس از هیستریکتومی حداکثر ۴۳ و حداقل ۱۱ نشان داده شده است. آزمون آماری تی زوج نیز نشان داد که نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تغییرات معناداری به صورت کاهش نمره افسردگی به اندازه ۲۳/۶ نمره داشته است که این تفاوت از نظر آماری

بررسی شد. ملاحظات اخلاقی ذیل در طول تحقیق رعایت شد: کسب رضایت جهت شرکت در مطالعه، کسب اجازه و معرفی نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت انجام پژوهش، ارایه معرفی نامه و کسب اجازه از مسؤولان بیمارستان جهت انجام تحقیق، معرفی و تشریح اهداف پژوهش برای کلیه زنان مورد پژوهش، اطمینان دادن به افراد مورد پژوهش در مورد محرمانه ماندن کلیه اطلاعات کسب شده و به کلیه نمونه‌ها اعلام شد که در صورت عدم تمایل در هر زمانی می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

تکمیل پرسشنامه‌ها به وسیله پرسشگران آموزش دیده با استفاده از مصاحبه انجام گرفت. برای کلیه نمونه‌ها، آزمون سنجش افسردگی ۷ تا ۱۰ روز قبل از عمل و قبل از مشاوره انجام یافت. سپس مدت ۲ ماه پس از عمل مجدداً ارزیابی با پرسشنامه صورت گرفت. نمونه‌گیری حدود یک سال طول کشید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار کامپیوتری SPSS ۱۴ و با استفاده از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی و میانگین‌ها و آمار استنباطی تی تست و مجذور کای و تست دقیق فیشرا با حدود اطمینان ۹۵٪ انجام یافت.

از آنجا که انجام مشاوره به محیط آرام و به دور از شلوغی نیاز دارد که متأسفانه تامین چنین محلی از حدود اختیارات و امکانات پژوهشگر خارج بود با این حال سعی شد در قسمتی از درمانگاه، مشاوره صورت بگیرد که آرامش بیشتری داشته و خلوت‌تر باشد.

معنادار بوده است ($p < 0.001$). در گروه شاهد نیز نمره افسردگی پس از هیستریکتومی به میزان ۰/۴ کاهش داشته اما معنادار نمی باشد. در حالی که دو گروه در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین امتیاز افسردگی اختلاف معناداری

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان مورد مطالعه مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷

p-value آزمون مجذور کای	شاهد		آزمون		گروه	مشخصات فردی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۷۱۰	۴	۲	۱۰	۵	۲۴-۳۹	سن زنان
	۶۲	۳۱	۴۸	۲۴	۴۰-۴۵	
	۳۴	۱۷	۴۲	۲۱	۵۰-۴۶	
۰/۰۵۵	۱۶	۸	۱۶	۸	۴۰-۴۵	سن همسر
	۳۶	۱۸	۴۲	۲۱	۴۶-۵۰	
	۳۲	۱۶	۲۴	۱۲	۵۱-۵۶	
	۱۶	۸	۱۴	۷	۵۷-۶۲	
	۰	۰	۴	۲	۶۳ و بیشتر	
۰/۳۵۲	۱۴	۷	۲۴	۱۲	۱-۲	تعداد فرزندان
	۷۰	۳۵	۶۸	۳۴	۳-۴	
	۱۶	۸	۸	۴	۵ و بیشتر	
۰/۲۷۳	۸	۴	۱۰	۵	بی سواد	میزان تحصیلات زنان
	۴۸	۲۴	۴۶	۲۳	ابتدایی و راهنمایی	
	۲۰	۱۰	۱۸	۹	دبیرستان	
	۲۴	۱۲	۲۶	۱۳	دیپلم	
۰/۸۹۳	۴۸	۲۴	۴۴	۲۲	ابتدایی و راهنمایی	میزان تحصیلات همسر
	۱۸	۹	۱۶	۸	دبیرستان	
	۳۴	۱۷	۴۰	۲۰	دیپلم	

جدول ۲- توزیع فراوانی سطح افسردگی قبل از هیستریکتومی در دو گروه آزمون و شاهد زنان مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷

p-value	شاهد		آزمون		گروه	افسردگی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۴۹۵	۴	۲	۰	۰	غیر افسرده	
	۹۶	۴۸	۱۰۰	۵۰	افسردگی خفیف و متوسط	
	٪۱۰۰	۵۰	٪۱۰۰	۵۰	جمع	

جدول ۳- توزیع فراوانی سطح افسردگی بعد از هیستریکتومی در دو گروه آزمون و شاهد زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷

p - value	شاهد		آزمون		گروه افسردگی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
<۰/۰۰۱	۴	۲	۶۲	۳۱	غیر افسرده
	۹۶	۴۸	۲۸	۱۹	افسردگی خفیف و متوسط
	٪۱۰۰	۵۰	٪۱۰۰	۵۰	جمع

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی قبل و پس از هیستریکتومی در دو گروه آزمون و شاهد از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷

p - value	میانگین و انحراف معیار بعد از عمل		میانگین و انحراف معیار قبل از عمل		امتیاز افسردگی گروه
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
<۰/۰۰۱	۲۰/۸۶±۵/۹۲	۷۸۸/۴۶±۶/۴۴	۷۸۸/۴۶±۶/۴۴	۲۰/۸۶±۵/۹۲	آزمون
/۰/۶۱۴	۴۲/۳۸±۵/۷۵	۴۲/۷۸±۶/۲۳۱	۴۲/۷۸±۶/۲۳۱	۴۲/۳۸±۵/۷۵	شاهد
	<۰/۰۰۱	۰/۹۹۳	۰/۹۹۳	<۰/۰۰۱	p - value

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بعد از مداخله بین نمره افسردگی دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری وجود دارد و نمره افسردگی در گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه شاهد است. با توجه به نتایج حاصل، احتمالاً مشاوره در کاهش افسردگی می‌تواند موثر شناخته شود. البته نتایج مطالعه ما نشان داده که زنان در هر دو گروه قبل از مداخله نمره افسردگی خفیف و متوسط داشته‌اند. علت این امر می‌تواند تأثیر مشکلات ژنیکولوژیکی باشد که منجر به هیستریکتومی شده است. اغلب این زنان از خون‌ریزی و درد ناشی از مشکلات رحمی رنج می‌برند. مراجعات مکرر، خستگی و در نهایت عدم رضایت از تصمیم هیستریکتومی می‌تواند از علل افسردگی در آنان باشد.

Ali و همکاران (۲۰۰۳) با هدف تعیین تأثیر مشاوره بر اضطراب و افسردگی مطالعه‌ای به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی در کراچی پاکستان در مورد ۳۶۶ زن ۱۸ تا ۵۰ ساله انجام دادند که نتایج، مشابه مطالعه حاضر می‌باشد. نتایج آنان نشان داد که در میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله، اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشته در حالی که پس از مداخله این اختلاف معنادار است. نمره کل میانگین افسردگی ۲۸/۳۵ قبل از مشاوره در هر دو گروه بوده که در گروه مداخله پس از مشاوره به ۱۸/۴ کاهش یافته، اما در گروه شاهد نمره پس از آزمون ۲۳/۴ بوده است (۲۰). در مطالعه حاضر با مشاوره در گروه مداخله، نمره افسردگی کاهش نشان داده است. البته در گروه شاهد نیز پس از هیستریکتومی علی‌رغم این که مشاوره نشده‌اند، مختصری نمره افسردگی کاهش نشان داده

بعد از عمل، افسردگی افزایش اما در ۸ هفته بعد کاهش می‌یابد. سپس در پیگیری ۱ سال بعد از عمل، افسردگی مجدداً افزایش یافته بود (۱۰).

به نظر می‌رسد که زمان ارزیابی افسردگی پس از عمل در چگونگی نتایج می‌تواند اثر داشته باشد. به همین دلیل Cohen لزوم بررسی بیشتر، برای تعیین تغییرات روحی روانی زنان در دراز مدت را توصیه نموده است (۱۰). با توجه به متفاوت بودن نتایج مطالعات در خصوص زمان ارزیابی افسردگی، پیشنهاد می‌شود، مطالعات بیشتری با حجم نمونه بیشتر و با مدت زمان طولانی‌تر انجام گیرد و در زمان‌های متوالی افسردگی پس از عمل ارزیابی شود.

در تعدادی از مطالعات علت کاهش عوارض روانی پس از عمل را از بین رفتن مشکلات مربوط به درد و خون‌ریزی‌های مکرر مربوط به بیماری‌های ژنیکولوژیک قبل از عمل، ذکر کرده‌اند که این موارد پس از عمل برطرف شده‌اند. بنابراین کیفیت زندگی زنان را بهتر گزارش کرده‌اند. البته در مطالعات متعدد بر اهمیت مراقبت زنان از جمله حمایت‌های روانی، اجتماعی علاوه بر فیزیولوژیک و درمانی، قبل از عمل و تاثیر آن بر بهبودی مشکلات روحی روانی پس از هیستریکتومی تاکید شده است (۲۲، ۲۱، ۷).

به طور کلی این پژوهش بیانگر این مطلب است که مشاوره حمایتی قبل از عمل باعث کاهش افسردگی بعد از هیستریکتومی می‌گردد. به طوری که استفاده از این روش به مدت ۲ جلسه و با شروع مداخله قبل از انجام

است که معنادار نمی‌باشد. این کاهش در گروه شاهد می‌تواند به دلیل کاهش عوارض مربوط به خون‌ریزی و درد رحمی که علت هیستریکتومی بوده، باشد.

در مطالعاتی که درباره خروج و قطع ارگان‌های باروری بوده، مشاوره بر کاهش افسردگی تاثیر داشته است. از جمله مطالعه نیکخوی و همکاران (۱۳۸۳) که تاثیر مشاوره روانی را بر افسردگی پس از وازکتومی و توبکتومی بررسی کردند. نتایج آنان حاکی از تاثیر مثبت مشاوره بر کاهش افسردگی پس از عمل بوده است (۱۸).

در مطالعه Persson و همکاران (۲۰۱۰) که تاثیر نوع عمل هیستریکتومی را بر عوارض روحی روانی پس از عمل بررسی کردند، هر چند که نوع عمل در بروز این عوارض تاثیری نداشت، اما مشکلات روانی زنان مورد مطالعه پس از عمل نسبت به قبل از عمل کاهش یافته بود (۱۲). در مطالعه Yen و همکاران (۲۰۰۸) که بدون هیچ مداخله‌ای ۲ هفته، یک ماه و ۴ ماه پس از عمل هیستریکتومی، افسردگی را بررسی کردند، نتایج نشان داد که افسردگی پس از عمل افزایش یافته است و استرس و مشکلات هیجانی قبل از عمل را علی برای افسردگی عمده پس از عمل گزارش نمودند (۱۱).

البته در تعدادی از مطالعات نیز میزان افسردگی پس از عمل متفاوت گزارش شده است. از جمله نتایج پژوهش Cohen و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که از ۸ هفته تا یک سال بعد از عمل جراحی نمره اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب پس از عمل نسبت به قبل از عمل نتایج متغیری نشان می‌دهد. به طوری که در ۸ هفته

هیستریکتومی موجب کاهش افسردگی در زمان پیگیری آن تا دو ماه بعد از عمل می‌گردد.

با توجه به این‌که محدودیت ما در این مطالعه یافتن محیطی آرام و امن برای مشاوره زنان بود، توصیه می‌گردد، محیطی برای مشاوره در کنار درمانگاه‌های زنان ایجاد شود. همچنین آموزش مشاوره به پرستاران و ماماها که به عنوان اعضای تیم سلامت در بخش درمان، ارتباط نزدیک با مادران دارند، داده شود تا این روش به عنوان یک شیوه ارزان و آسان برای کاهش افسردگی در مادران هیستریکتومی شده، به کار گرفته شود و باعث افزایش سطح سلامت جسمی و روانی زنان گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره ۵۵۲۷/۲۸ مورخ ۸۵/۱۰/۳ می‌باشد، از زحمات بی‌دریغ مشاور آمار آقای عباس مهران تقدیر و تشکر نموده و بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی، کارکنان شریف پرستاری و مامایی بیمارستان فوق تخصصی زنان و امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران که همکاری نمودند، اعلام می‌داریم.

منابع

- 1- World Health Organization. The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: WHO; 2002.
- 2- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec; 45(12): 1100-6.
- 3- Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992 Jul; 14(4): 237-47.
- 4- 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*. Winter 2001; 5(4 (20)): 74-79. (Persian)
- 5- Larson DB, Larson SS. Special guest contribution. Patient spirituality and mental health: A new focus in clinical care and research. 2001; 1-9.
- 6- DavariTanha F, Mahmoudan A. [Translation of Novak's gynecology]. Berek JS, Novak E (Authors). Tehran: Teimourzadeh, Tabib Publications; 2002. P. 403,427-428 (Persian)
- 7- 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.
- 8- 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 Oct 13; 128(41): 1937-40.
- 9- Cabness J. The psychosocial dimensions of hysterectomy: Private places and the inner spaces of women at midlife. *Soc Work Health Care*. 2010; 49(3): 211-26.

- 10- Cohen SM, Linenberger HK, Wehry LE, Welz HK. Recovery after hysterectomy: A year-long look. *WebmedCentral Obstetrics and Gynaecology*. 2011; 2(3): WMC001761.
- 11- Yen JY, Chen YH, Long CY, Chang Y, Yen CF, Chen CC, et al. Risk factors for major depressive disorder and the psychological impact of hysterectomy: A prospective investigation. *Psychosomatics*. 2008 Mar-Apr; 49(2): 137-42.
- 12- Persson P, Brynhildsen J, Kjolhede P. Short-term recovery after subtotal and total abdominal hysterectomy--a randomised clinical trial. *BJOG*. 2010 Mar; 117(4): 469-78.
- 13- Valiee S, Bassampour SS, NikbakhtNasrabadi A, Pouresmaeil Z, Mehran A. Effect of acupuncture on preoperative anxiety: A clinical trial. *J PerianesthNurs*. 2012 Aug; 27(4): 259-66.
- 14- Nazari AM, Navabinezhad Sh. [Study of the effects of solution-focused counseling on marital satisfaction of dual-career couples]. *Counseling Research & Developments*. 2005; 5(20): 53-80. (Persian)
- 15- Shams Mofaraheh Z. [Effect of the marriage counseling on the sexual satisfaction of couples attending to treatment centers in Shiraz in 2001]. MSc. Thesis Midwifery. Iran University of Medical Sciences, 2002. P. 79. (Persian)
- 16- Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth*. 2005 Mar; 32(1): 11-9.
- 17- Alizadeh L, Omani Samani R. [Psychology ethics and infertile couple counseling]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5: 31. (Persian)
- 18- Nikkhoui A, Ekhlasi A, DavasazIrani R. [The effect of counseling on reduction of depression after vasectomy and tubal ligation]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. Spring 2004; 9(4 (36)): 43-48. (Persian)
- 19- Kaviani H. [A preliminary study scale adjusted for depression questionnaire (SAMA)]. Master's Thesis in Clinical Psychology. Institute of Psychiatry, Tehran, 1989. (Persian)
- 20- Ali BS, Rahbar MH, Naeem S, Gul A, Mubeen S, Iqbal A. The effectiveness of counseling on anxiety and depression by minimally trained counselors: A randomized controlled trial. *Am J Psychother*. 2003; 57(3): 324-36.
- 21- Bruce EJ. *Perioperative Medicine. Gynecologic Surgery. Part 2*. 2011. P. 137-143.
- 22- Shehmar M, Gupta JK. The influence of psychological factors on recovery from hysterectomy. *J R Soc Med*. 2010 Feb; 103(2): 56-9.

Impact of Pre-Hysterectomy Counseling on Depression among Patients Referred to TUMS Hospitals

Maryam Modarres* (MSc.) – Fatemeh Rahimikian** (MSc.) - Abbas Mehran*** (MSc.)

Abstract

Received: Apr. 2013

Accepted: Sep. 2013

Background & Aim: Hysterectomy is the second most common major surgery among women of reproductive age. Studies have suggested that women do not usually receive adequate information regarding hysterectomy before the surgery. Depression is a common psychiatric condition diagnosed after hysterectomy. The aim of this study was to assess the impact of pre-hysterectomy counseling on depression among women.

Methods & Materials: In this clinical trial, 100 women who had undergone hysterectomy for non-malignant conditions were selected from two hospitals (women's hospital and Imam Khomeini hospital) and completed the informed consent forms. Participants were randomly divided into two intervention and control groups. In the intervention group, we implemented the supportive counseling within two sessions. Depression was assessed 1-2 weeks before the surgery and two months after the surgery. Data were gathered using the 30-item SAMA questionnaire (modified BECK questionnaire in Iran) for depression and a demographic questionnaire. The two groups were assessed using the Wilcoxon rank-sum test, Mann Whitney U test and paired-t test. Data were analyzed in the SPSS-14.0. The p-value less than 0.05 was considered significant for all tests.

Results: Mann Whitney U test showed no significant difference between the control and intervention groups in the mean score of depression ($p < 0.001$). In the intervention group, the mean score of depression was 44.46 ± 6.7 at baseline and 20.86 ± 5.9 after the intervention.

Conclusion: Pre-hysterectomy counseling should be provided for women in order to reduce negative psychological consequences.

Corresponding author:
Maryam Modarres
e-mail:
ma_modars@yahoo
.com

Keywords: hysterectomy, counseling, depression

Please cite this article as:

- Modarres M, Rahimikian F, Mehran A. [Impact of Pre-Hysterectomy Counseling on Depression among Patients Referred to TUMS Hospitals]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2013; 19(2): 40-50. (Persian)

*School of Nursing & Midwifery, PhD candidate of Medical Education, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.