

مقایسه کیفیت زندگی زنان تحت درمان هورمونی و هیسترکتومی خون ریزی غیر طبیعی رحم

نویسندگان:

اشرف کاظمی*، مینا همایونی^۱، فخری صبحی^۲

۱- مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- گروه داخلی جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 11, No. 4, Winter 2014

چکیده:

مقدمه: خون ریزی های غیر طبیعی رحم از مشکلات شایع زنان در سنین باروری است و درمان مناسب آن می تواند کیفیت زندگی آنان را ارتقاء بخشد. ویژگی ها و عوارض هر یک از روش های درمانی با خود و وابسته به بستر فرهنگی جامعه ممکن است به گونه ای کیفیت زندگی را متأثر سازد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در دو گروه تحت درمان هورمونی و هیسترکتومی خون ریزی های غیر طبیعی رحم است.

روش کار: در این تحقیق، کیفیت زندگی ۵۴ زن تحت درمان هیسترکتومی و ۵۴ زن تحت درمان هورمونی در سنین باروری به دلیل خون ریزی های غیر طبیعی رحم، در مراکز درمانی منتخب شهر اصفهان مقایسه شده است. روش نمونه گیری طبقه بندی نسبتی تصادفی و ابزار اندازه گیری کیفیت زندگی، پرسش نامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود که شش ماه پس از شروع درمان تکمیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین کیفیت زندگی در کل و در ابعاد سلامت جسمی و روانی در گروه درمان هورمونی به شکل معنادار و مستقل از سن، وضعیت تحصیلات و درآمد ماهیانه بیش از گروه درمانی هیسترکتومی بود ($p < 0.05$)، اما در بعد سلامت اجتماعی کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

نتیجه گیری: نتایج این تحقیق نشان می دهد کیفیت زندگی زنان در ابعاد جسمی و روانی به دنبال درمان هورمونی بهتر از هیسترکتومی است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، خون ریزی غیر طبیعی رحمی، هیسترکتومی، هورمون درمانی

J Jahrom Univ Med Sci 2014; 11(4): 61-8

مقدمه:

سلامتی و شادابی افراد جامعه بزرگترین پشتوانه یک کشور برای پیشرفت اجتماعی و اقتصادی است و هرگونه آموزش در این زمینه نوعی سرمایه گذاری بنیادی تلقی می شود. داشتن یک زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و هست و در طول سالیان متمادی یافتن مفهوم حقیقی "زندگی خوب" و چگونگی دستیابی به آن افکار فلاسفه را به خود مشغول داشته است. انسان موجودی است که بر اساس تصویر ذهنی خود از واقعیت و نه خود واقعیت، زندگی می کند و رفتارش متأثر از برداشت های ذهنی و درکی است که از واقعیت دارد. از این رو

چالش اساسی بهداشتی در قرن بیست و یکم بهبود کیفیت زندگی و نحوه زیستن است. در واقع، کیفیت زندگی مجموعه ای از رفاه و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی است که افراد در برخورد با پدیده های فیزیولوژیک و پاتولوژیک درک می کنند [۱-۲].

در روند زندگی زنان، قاعدگی یکی از پدیده های فیزیولوژیک و مهم ترین نشانه تولیدمثل در سنین باروری است که تأثیرات عمیقی بر زندگی آنان دارد [۳]. اختلال در این پدیده، استفاده از درمان های دارویی، وسایل داخل رحمی طبی، کورتاژ و هیسترکتومی را ایجاب می کند [۴].

* نویسنده مسئول، آدرس: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی

تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۶۹۳۱۰۵، ۰۳۱۱-۷۹۲۲۹۳۹ پست الکترونیک: Kazemi@nm.mui.ac.ir

پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۰۴

اصلاح: ۱۳۹۲/۰۸/۱۸

دریافت: ۱۳۹۲/۰۵/۰۵

پدیده در بستر فرهنگی جامعه بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد [۱۲]. بر این اساس، آشنایی و حساس شدن به تأثیر روش‌های درمان بر کیفیت زندگی مددجویان، به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی کمک می‌کند تا در مسیر مطلوب کردن شرایط عینی زندگی و واقعیت‌ها گام بردارند. مبتلایان به خون ریزی‌های رحمی در بستر فرهنگی جامعه مورد نظر در این پژوهش نیز از این مهم مستثنی نیستند. آنان در شرایط فرهنگی، اجتماعی و مذهبی کاملاً متفاوت نسبت به زنان کشورهای اروپایی قرار دارند و تصور آنان از مفهوم سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنا بر این، اثر دو روش متداول درمان خون ریزی‌های غیر طبیعی رحمی بر کیفیت زندگی نیز متکی بر تصور افراد از سلامت، صرف نظر از عوارض هر روش درمانی است.

با توجه به این که یکی از اهداف بهداشت برای همه در قرن ۲۱ ارتقاء کیفیت زندگی است، تحقیقات بالینی برای یافتن بهترین راه درمان مشکلات پزشکی کافی نیست و ارزیابی پیامد نوع درمان بر کیفیت زندگی نیز از اهمیت زیادی برخوردار است [۱۳]. از این رو، تحقیق حاضر با مقایسه کیفیت زندگی زنان هیستریکتومی شده و زنان تحت سایر روش‌های درمانی به علت خون ریزی‌های غیرطبیعی رحمی، تلاش کرده است اثرات مثبت و منفی روش‌های درمانی خون ریزی‌های غیرطبیعی رحمی بر کیفیت زندگی را شناسایی کند.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقایسه ای بود. جمع آوری داده‌ها در آن به شکل مقطعی روی زنان سنین باروری (۱۵-۴۵ سال) مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی منتخب شهر اصفهان (الزهراء، بهشتی و شریعتی) برای درمان خون ریزی غیر طبیعی رحم بود که تحت درمان هیستریکتومی و درمان‌های رایج هورمونی قرار گرفته بودند. گروه هیستریکتومی را زنانی تشکیل می‌دادند که حداقل ۶ ماه و حداکثر ۲ سال از تاریخ هیستریکتومی آنان می‌گذشت و قبل از هیستریکتومی برای درمان خون ریزی غیر طبیعی از درمان هورمونی استفاده نکرده بودند و گروه درمان هورمونی را زنانی تشکیل می‌دادند که در زمان پژوهش حداقل به مدت شش ماه تحت درمان هورمونی بودند.

زنانی که خون ریزی شدید غیر قابل کنترل داشتند و یا عوامل بدخیمی و پیش بدخیمی، علت خون ریزی غیر طبیعی در آن‌ها بود، همچنین زنانی که به هنگام هیستریکتومی هر دو تخمدانشان نیز خارج شده بود و زنانی که بر اساس نظر پزشک متخصص تشخیص یائسگی زودرس برای آن‌ها مطرح بود و

هیستریکتومی شایع‌ترین جراحی زنان است، به طوری که در طی سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۷۲ بیش از ۸۰۲ مورد هیستریکتومی تنها در بیمارستان شهید بهشتی اصفهان انجام شده است [۵]. بر اساس مطالعات انجام شده در ایالات متحده، ۷۵٪ زنانی که هیستریکتومی شده‌اند بین سنین ۴۹-۲۰ سال بوده‌اند [۶].

رحم یکی از مهم‌ترین اندام‌های مرتبط با تولید مثل در زنان است و قسمت مهم تصور ذهنی از خویش را در آنان شکل می‌دهد. خارج ساختن رحم ممکن است باعث بروز تغییرات متفاوتی در تصور ذهنی زنان از سلامت خویش شود [۷] و کیفیت زندگی‌شان را تغییر دهد. درمان‌های هورمونی از قبیل آندروژن‌های مصنوعی (مانند دانازول)، پروژستین‌ها (مانند مدروکسی پروژسترون استات) یا ترکیبات استروژن و پروژسترون (مانند قرص ضدبارداری) می‌توانند خون ریزی‌های غیرطبیعی رحمی را کنترل کنند، اما با عوارضی همچون سردرد، افسردگی، تغییرات خلق، گرگرفتگی، خشکی واژن و کاهش میل جنسی و لکه بینی همراه هستند [۸،۴]. این عوارض نیز به نوبه خود می‌توانند روی کیفیت زندگی زنان تأثیر منفی داشته باشند.

برخی مطالعات نشان داده‌اند تعداد زیادی از زنان تصور می‌کنند که عمل هیستریکتومی باعث از دست رفتن قدرت زنانگی و تداخل در ارضای جنسی آنان می‌شود [۶]. همچنین گزارش شده است که هیستریکتومی می‌تواند به پیامدهای نامطلوب روان شناختی و افزایش مراجعه به روان‌پزشک و مصرف داروهای ضد افسردگی بیانجامد که در نهایت زنان را با یک موقعیت بحرانی در خانواده مواجه می‌سازد [۹-۸]. این در حالی است که بعضی مطالعات دیگر نشان می‌دهند که هیستریکتومی با افزایش کیفیت در برخی ابعاد زندگی همراه است. در این راستا کوپرمین و همکاران با مقایسه سلامت جسمی، سلامت روحی، تصور ذهنی و خواب زنان مبتلا به خون ریزی غیرطبیعی رحمی هیستریکتومی شده و زنان تحت سایر درمان‌ها گزارش کردند زنان هیستریکتومی شده، رضایت‌مندی بیش‌تری از برطرف شدن علائم، تصور ذهنی از خود، سلامت روحی و خواب داشته‌اند و در بعد سلامت جسمی نیز اظهارات مثبتی داشته‌اند [۱۰]. هورسکاین و همکاران در فنلاند با بررسی کیفیت زندگی زنان هیستریکتومی شده در مقایسه با سایر روش‌های درمانی خون ریزی غیرطبیعی رحمی نشان دادند که دوازده ماه بعد از درمان، مشکلات جنسی در گروه هیستریکتومی و عدم رضایت جنسی در گروه غیر هیستریکتومی چشمگیر بوده است [۱۱].

تفاوت در نتایج تحقیقات مرتبط با تأثیر روش‌های مختلف درمان بر کیفیت زندگی از درکی نشأت می‌گیرد که افراد بر اساس قالب فرهنگی و پندارها از مفاهیم متصور می‌شوند و آن

و اطلاعات محرمانه خواهد ماند. نوشتن نام در پرسش نامه اختیاری بود و کلیه مشارکت کنندگان می‌توانستند در هر زمان که تمایل داشته باشند از مطالعه خارج شوند. در زمان ملاقات در منازل ضمن بیان مجدد اهداف پژوهش، رضایت نامه کتبی دریافت و پرسش نامه توسط فرد مورد پژوهش تکمیل می‌شد. در مواقعی که فرد سواد خواندن و نوشتن نداشت، خواندن سؤال‌ها و نوشتن پاسخ‌ها توسط پرسشگر انجام می‌شد.

پس از تکمیل پرسش نامه، نمرات هر واحد مورد پژوهش در ابعاد مختلف به شکل جداگانه جمع و بر اساس صد نمره محاسبه می‌شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. میزان خطای نوع اول ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای مقایسه عوامل زمینه‌ای سن و تعداد فرزند در دو گروه از آزمون t و برای مقایسه وضعیت درآمد و تحصیل در دو گروه از آزمون من ویتنی استفاده شد. مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در دو گروه و حذف اثر عوامل زمینه‌ای سن، وضعیت تحصیل و درآمد از آنالیز کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها:

نتایج حاصل از بررسی داده‌های مربوط به ۵۴ زن در گروه هیستریکتومی شده با میانگین سن $(\pm 3/4)$ ۴۱/۹۳ سال و ۵۴ زن در گروه هورمون درمانی با میانگین سن $(\pm 5/97)$ ۳۸ سال با استفاده از آزمون t نشان داد که دو گروه از نظر سن اختلاف معناداری دارند. همچنین آزمون من ویتنی نشان داد دو گروه از نظر میزان درآمد خانواده و میزان تحصیلات تفاوت دارند (جدول ۱).

از ۵۴ واحد مورد پژوهش در گروه هورمون درمانی، ۸۳/۳٪ از مدرکوسی پروژسترون استات و ۱۶/۶٪ از قرص‌های هورمونی استفاده کرده بودند و در گروه هیستریکتومی، ۹۱٪ به روش شکمی و ۹٪ به روش واژینال هیستریکتومی شده بودند. متوسط فاصله زمانی بعد از درمان در گروه هیستریکتومی ۱۰ ماه و در گروه تحت درمان هورمونی ۱۴ ماه بود.

وضعیت واحدهای مورد پژوهش از نظر امتیاز کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در جدول ۲ آورده شده است. نتایج نشان داد در گروه هیستریکتومی بیش‌ترین فراوانی را افرادی به خود اختصاص داده‌اند که امتیاز بعد جسمی کیفیت زندگی آن‌ها ۶۰-۴۰/۱ است. در گروه درمان هورمونی بیش‌ترین فراوانی مربوط به افرادی است که امتیاز بعد جسمی کیفیت زندگی آن‌ها در سطح ۸۰-۶۰/۱ قرار دارد. همچنین استفاده از آزمون t نشان دهنده وجود اختلاف معنادار در امتیاز بعد جسمی کیفیت زندگی

زنانی که تمایل به بارداری مجدد داشتند در مطالعه وارد نشدند. هیچ کدام از واحدهای مورد پژوهش از داروهای گیاهی و یا سایر داروهای غیر هورمونی استفاده نمی‌کردند و به بیماری‌های سیستمیک مبتلا نبودند.

تعداد نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و ضریب توان آزمون ۸۰٪، مقدار ۵۴ نفر برای هر دو گروه برآورد شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش نامه مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول آن مشخصات فردی واحد مورد پژوهش شامل سن، تحصیلات، درآمد ماهیانه و شغل را در برمی‌گرفت و بخش دوم آن، پرسش نامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود که با مقیاس لیکرت (۴-۰) کیفیت زندگی را در بعد جسمی با ۸ سؤال، بعد روانی با ۷ سؤال و بعد اجتماعی با ۹ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد [۱۴].

برای ارزیابی روایی محتوا، پرسش نامه مذکور در اختیار ده نفر از اعضاء محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قرار گرفت و با اعمال نظرات آنان در جهت اصلاح جملات برای ایجاد درک بهتر تطابق با فرهنگ جامعه، روایی آن تایید شد. ارزیابی پایایی پرسش نامه با استفاده از مطالعه راهنما روی دو گروه ۱۰ نفری از افراد (یک گروه مربوط به هیستریکتومی و گروه دوم تحت درمان هورمونی) انجام شد. میزان همبستگی پاسخ‌ها با استفاده از ضریب همبستگی آلفای کرونباخ ارزیابی شد و با ضریب ۷۵٪ پایایی آن مورد تایید قرار گرفت.

نمونه‌گیری در این پژوهش به روش طبقه بندی نسبتی تصادفی شده انجام شد، به طوری که سهم هر بیمارستان بر اساس تعداد زنان هیستریکتومی شده واجد شرایط در طی سال ۱۳۸۸ تعیین می‌شد. از کل ۶۱ نفر زن هیستریکتومی شده در سه بیمارستان، تعداد ۲۴ نفر از بیمارستان الزهراء، ۲۱ نفر از بیمارستان بهشتی و ۹ نفر از بیمارستان شریعتی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه در گروه هیستریکتومی، ابتدا بر اساس اسامی فهرست شده در کامپیوتر، پرونده یک نفر از هر پنج نفر مورد ارزیابی قرار می‌گرفت و در صورت داشتن شرایط لازم فرد وارد مطالعه و در غیر این صورت پرونده پنجم بعدی بررسی می‌شد. سپس با افراد منتخب تماس تلفنی گرفته می‌شد و با تشریح اهداف تحقیق، در صورت تمایل آنان وقت ملاقات در منازل آنان تعیین می‌شد.

در خصوص گروه درمان هورمونی، با افراد تحت درمان هورمونی خون ریزی غیر طبیعی رحمی در زمان مراجعه مصاحبه انجام می‌شد. با واجدین شرایط تحقیق مایل به شرکت در مطالعه قرار ملاقات گذاشته می‌شد. به کلیه مشارکت کنندگان اعلام می‌شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است

در دو گروه است. استفاده از آزمون کوواریانس نشان داد مستقل از عوامل سن، وضعیت درآمد و تحصیلات، امتیاز بعد جسمی هیستروکتومی در زنان تحت درمان هورمونی بیش از زنان هیستروکتومی شده است.

جدول ۱: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش دو گروه

مشخصات جمعیت شناختی	درمان هورمونی تعداد (%)	هیستروکتومی تعداد (%)	نتیجه آزمون آماری
سن (سال)	۳۰ > ۳۹-۳۰ ۳۹ <	۷ (۱۳) ۱۶ (۲۹,۶) ۳۷ (۶۸,۵)	$p=0,001$ $t=4,19$
میزان تحصیلات	بی سواد ابتدایی راهنمایی و متوسطه تحصیلات عالی	۱ (۱۹) ۲۶ (۴۸,۱) ۲۲ (۴۰,۷) ۵ (۹,۳)	$p=0,003$ $Z=2,95$
درآمد (۱۰۰۰ x تومان)	۵۰۰ < ۱۰۰۰-۵۰۰ ۱۰۰۰ >	۹ (۱۶,۷) ۲۷ (۵۰) ۱۸ (۳۳,۳)	$p=,03$ $Z=2,1$

جدول ۲: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه

نمره کیفیت زندگی	بعد جسمی		بعد روانی		بعد اجتماعی	
	درمان هورمونی	هیستروکتومی	درمان هورمونی	هیستروکتومی	درمان هورمونی	هیستروکتومی
۴۰ >	۱ (۱,۹)	۶ (۱۱,۱)	۰ (۰)	۱۸ (۳۳,۳)	۳ (۵,۶)	۲ (۳,۷)
۴۰-۶۰	۱۳ (۲۴)	۲۱ (۳۸,۹)	۲ (۳,۷)	۲۰ (۳۷)	۶ (۱۱,۱)	۷ (۱۳)
۶۰-۸۰	۳۴ (۶۳)	۱۷ (۳۱,۵)	۲۰ (۳۷)	۱۳ (۲۴,۱)	۳۴ (۶۳)	۳۳ (۶۱,۱)
۸۰-۱۰۰	۶ (۱۱,۱)	۱۰ (۱۸,۵)	۳۲ (۵۹,۳)	۳ (۵,۶)	۱۱ (۲۰,۳)	۱۲ (۲۲,۲)
میانگین (انحراف معیار)	۶۷,۶ (۱۲,۴)	۶۱,۳ (۹)	۸۰,۱ (۱۰,۴)	۵۰,۷ (۱۶,۸)	۶۹,۷ (۱۲,۳)	۷۰,۷ (۱۲,۶)
آزمون t	$t=2,05$	$p=0,044$	$t=10,93$	$p=0,001$	$t=0,419$	$p=0,69$
آزمون کوواریانس	$F=3,26$	$p=0,046$	$F=5,7$	$p<0,001$	$F=0,86$	$P=0,63$

تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. با انجام آنالیز کوواریانس و حذف عوامل سن، وضعیت درآمد و تحصیلات، نیز امتیاز کیفیت زندگی در بعد اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری را نشان نداد.

مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی کل با استفاده از آزمون t نشان داد که امتیاز کیفیت زندگی در زنان تحت درمان هورمونی با میانگین $(72,48 \pm 8,62)$ در مقابل $(60,9 \pm 6,2)$ به شکل معناداری بیشتر از گروه هیستروکتومی است ($p=0,001$, $t=6,29$). همچنین با انجام آزمون کوواریانس و حذف تأثیر عامل سن، وضعیت درآمد و تحصیلات بر نتایج، تفاوت امتیاز کیفیت زندگی کل بین دو گروه حفظ شد ($F=4,2$, $P=0,001$).

بحث:

یافته های پژوهش حاضر به منظور مقایسه کیفیت زندگی زنان هیستروکتومی شده و زنان تحت درمان های هورمونی به علت

نتایج مقایسه گروه ها از نظر کیفیت زندگی در بعد سلامت روانی نشان داد که بیشترین فراوانی در گروه هیستروکتومی مربوط به افرادی است که امتیاز ۴۰-۶۰ را به خود اختصاص داده اند و در گروه درمان هورمونی بیشترین فراوانی مربوط به افرادی با امتیاز ۸۰-۱۰۰ می باشد. در مقایسه میانگین امتیاز بعد روانی کیفیت زندگی بدون در نظر گرفتن عوامل زمینه ای با استفاده از آزمون t مشخص شد که دو گروه با یکدیگر تفاوتی ندارند. با استفاده از آزمون کوواریانس و پس از حذف اثر عوامل سن، وضعیت درآمد و تحصیلات، امتیاز بعد روانی کیفیت زندگی در زنان تحت درمان هورمونی بیش از گروه هیستروکتومی بود.

نتایج نشان داد بیش تر واحدهای مورد پژوهش در گروه هیستروکتومی امتیاز بعد اجتماعی کیفیت زندگی بین ۶۰-۸۰ داشتند و در گروه تحت درمان هورمونی بیش تر افراد امتیاز ۸۰-۶۰ داشتند. در مقایسه امتیاز بعد اجتماعی کیفیت زندگی بدون دخالت عوامل زمینه ای با استفاده از آزمون t مشخص شد که

درمان‌های هورمونی تغییرات خلق است که می‌تواند بعد روانی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد [۴]. در این رابطه، پژوهش ام سی فرسون و همکاران در انگلیس نشان داد ۵ سال بعد از درمان، مشکلات بعد روانی کیفیت زندگی در گروه هیسترتکومی نسبت به گروه تحت درمان تخریب آندومتر بیشتر بوده است، در حالی که کوپرمین و همکاران گزارش کردند کیفیت زندگی در بعد روانی زنان هیسترتکومی شده نسبت به زنان تحت درمان دارویی بالاتر است [۱۰، ۱۶]. با این وجود، هورسکاین و همکاران در فنلاند در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که در بعد روانی کیفیت زندگی تفاوتی بین درمان دارویی و هیسترتکومی وجود ندارد [۱۱]. مقایسه نتایج این تحقیقات با تحقیق حاضر نشان می‌دهد عوامل فرهنگی اجتماعی بیش از عوامل پاتولوژیک و عوارض روش درمان در زمینه فرهنگی تحقیق حاضر بر بعد روانی کیفیت زندگی اثرگذار بوده است.

پژوهش‌های انجام شده در ایران میزان بالایی از افسردگی را در زنان تحت عمل جراحی‌های زنانگی قرار گرفته نشان می‌دهد. شادلویی معتقد است به علت این که وجود عضو تولید مثل هم با هویت جنسی و هم با مفهوم گسترده تر هویت زنانگی مرتبط است جراحی‌های زنانگی موجب تنیدگی خاصی برای زنان می‌شود و به ویژه زمانی فشار روانی عمده آشکار می‌شود که برداشتن رحم تجویز می‌شود [۱۷]. نتایج تحقیق حاضر مبنی بر پایین‌تر بودن کیفیت زندگی در بعد روانی در زنان هیسترتکومی شده نسبت به درمان هورمونی احتمالاً مرتبط با ذهنیت آنان از وضعیت جسمانی خودشان است. بنا بر این کشف ذهنیت افراد نسبت به خارج ساختن عضوی مانند رحم به تیم درمان کمک می‌کند تا با انتخاب بهترین روش درمان، تأثیرات منفی بر بعد روانی کیفیت زندگی را تقلیل دهند. بی تردید انتخاب نوع درمان زمانی امکان پذیر است که شرایط بیمار امکان انتخاب را سلب نکرده باشد و همچنین بیمار و اطرافیان چنین تصور کنند که عامل بیماری بسیار حادث‌تر بوده و ناگزیر از قبول آن هستند. در واقع خارج ساختن رحم با تأثیر بر تصور ذهنی از بدن، این افراد را از لحاظ روانی آسیب پذیر می‌سازد، از این رو عامل انتخاب هیسترتکومی و تصورات افراد از بیماری خود اهمیت بسزایی داشته و آگاه ساختن این گروه برای شفاف سازی مسائل پیرامون درمان باید انجام پذیرد.

زنان تحت درمان هورمونی نسبت به گروه دیگر از کیفیت زندگی بهتری در بعد سلامت روانی برخوردار بودند، اما به نظر می‌رسد عدم درمان قطعی در این گروه در روابط اجتماعی آنان تأثیر گذاشته و کیفیت زندگی در بعد اجتماعی را با افت همراه سازد هر چند که نتایج نشان دهنده عدم وجود تفاوت کیفیت

خون ریزی غیر طبیعی رحمی انجام شده است و نشان می‌دهد کیفیت زندگی در بعد جسمی و روانی در گروه هورمون درمانی بیش از گروه هیسترتکومی است و تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی سن، وضعیت تحصیلات و میزان درآمد قرار نمی‌گیرد. در مقایسه با نتایج این تحقیق، پژوهش کوپرمین و همکاران در امریکا نشان دهنده بالاتر بودن کیفیت زندگی در بعد جسمی در گروه هیسترتکومی است [۱۰]. همچنین وانر و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بعد جسمی کیفیت زندگی گروه هیسترتکومی شده نسبت به گروه تحت درمان هورمونی بهتر بوده است [۱۵].

هورسکاین و همکاران به دنبال تحقیق خود در فنلاند گزارش کردند ۱۲ ماه بعد از درمان هیسترتکومی، بعد جسمی کیفیت زندگی نسبت به گروه تحت درمان وسیله داخل رحمی لئونورژسترولی بهتر بوده است [۱۱].

به نظر می‌رسد نقش عوامل فرهنگی- اجتماعی دلیل مهمی برای وجود تفاوت در درک سلامتی در جوامع مختلف باشد. در جامعه پژوهشی مطالعه حاضر ممکن است خارج ساختن رحم، به عنوان یک اندام تولیدمثلی نگرش‌های منفی را نسبت به سلامت جسمی به همراه داشته باشد. همچنین اکثر زنان وجود دوره های قاعدگی را معیاری برای سلامت جسمی و همچنین حفظ قابلیت باروری می‌دانند. در افراد تحت درمان هورمونی، بر خلاف زنان تحت درمان هیسترتکومی، قاعدگی ادامه می‌یابد که این موضوع می‌تواند بر بعد جسمی، روانی کیفیت زندگی یا هر دو تأثیرگذار باشد.

از طرف دیگر به طور تلویحی از دید گروه های مورد بررسی ممکن است ادامه درمان هورمونی انعکاسی از موثر بودن درمان و نداشتن مشکل حاد جسمی باشد و این ذهنیت که وجود مشکل تهدید کننده سلامتی، باعث انجام درمان به روش جراحی شده است خود می‌تواند عاملی برای پایین‌تر بودن ذهنیت سلامت جسمی در گروه هیسترتکومی باشد.

این در حالی است که هیچ کدام از واحدهای مورد پژوهش در مطالعه حاضر، فاقد خون ریزی رحمی خیلی شدید و غیر قابل کنترل و مشکلات حاد تهدید کننده سلامت نبودند. بنا بر این می‌توان گفت وجود چنین نگرشی حاصل دریافت‌های ذهنی واحدهای مورد پژوهش از موقعیت خودشان است و در نتیجه لازم است در راستای ایجاد نگرش صحیح قبل از عمل جراحی هیسترتکومی، آموزش کافی و توضیحات کامل در مورد نوع جراحی و تأثیرات آن بر سلامت جسمی برای زوجین ارائه شود. مقایسه بعد روانی کیفیت زندگی دو گروه نشان داد زنان گروه تحت درمان هورمونی نسبت به گروه هیسترتکومی شده در وضعیت بهتری به سر می‌برند. در حالی که یکی از عوارض مهم

طبیعی رحمی در دو گروه از محدودیت‌های تحقیق محسوب می‌شود که در تفسیر نتایج باید در نظر گرفته شود.

نتیجه گیری: نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی در گروه تحت درمان هورمونی نسبت به گروه هیستروکتومی شده از وضعیت مناسب‌تری برخوردار است و در صورتی که امکان انتخاب هر دو راه درمانی وجود داشته باشد، درمان هورمونی با اثرات منفی کم‌تری روی کیفیت زندگی همراه است. بنا بر این پیشنهاد می‌شود نوع درمان با در نظر گرفتن و برآورد زمینه‌های احتمالی تأثیر بر کیفیت زندگی فرد انتخاب شود. همچنین رایبه مشاوره به زنان کاندید هیستروکتومی در راستای اصلاح دیدگاه‌هایشان می‌تواند تأثیرات احتمالی این نوع درمان روی بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی را تعدیل کند.

تقدیر و تشکر: از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی برای حمایت مالی از پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه نداشته‌اند.

زندگی در بعد اجتماعی در دو گروه بود. در این رابطه، تحقیق هورسکاین و همکاران نیز نشان داد بعد اجتماعی کیفیت زندگی بعد از درمان خون ریزی‌های غیر طبیعی رحم با وسیله داخل رحمی لوونورژسترولی و هیستروکتومی تفاوتی نداشته است [۱۱]. بنا بر این می‌توان نتیجه گرفت نوع درمان بر روابط اجتماعی افراد تأثیر ندارد.

این نتایج نشان می‌دهد با وجود تأثیر متفاوت دو روش درمانی بر شرایط افراد، هر دو نوع درمان به یک میزان بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی اثر گذار هستند.

در کل مقایسه کیفیت زندگی بدون دخالت عوامل مداخله گر سن، میزان تحصیلات و وضعیت درآمد نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر در گروه تحت درمان هورمونی نسبت به گروه دیگر است. بر خلاف نتایج تحقیق حاضر، پژوهش وارنر نشان داد که کیفیت زندگی در گروه هیستروکتومی و گروه تحت درمان هورمونی اختلاف چشمگیری ندارند [۱۵].

در خاتمه، توجه به این نکته لازم است که اگرچه ارزیابی کیفیت زندگی در دو گروه در فاصله حداقل شش ماه پس از شروع درمان انجام شده است ولی عامل خون ریزی غیر طبیعی ممکن است بر روحیات افراد تأثیراتی داشته باشد که حتی شش ماه پس از درمان نیز کیفیت زندگی آن‌ها را تغییر داده باشد. از این رو عدم وجود اطلاعات مربوط به علت دقیق خون ریزی غیر

References:

1. Cella DF, Tulsy DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park)* 1990; 4(5): 29-38.
2. Patrick DL, Erikson P. Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care. New York: Oxford Univ Press: 1993.
3. Bitzer J, Serrani M, Lahav A. Women's attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *J Contraception* 2013; 4: 21-8.
4. Gaylesweet M, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Am Fam Physician* 2012; 85(1): 35-43.
5. Shahriari M, Jalalvandi F, Yousefi H, et al. The effect of self-care on quality of life in patients who had pace maker and referred to pace maker. *Iran J Educ Med Sci* 2005; 5(1): 46-52. (Persian)
6. Sadeghi Z. The effectiveness of healthy life style education on decreasing symptoms of premenstrual syndrome. [MA dissertation]. Isfahan: Isfahan Univ; 2004. (Persian)
7. Pinar G, Okdem S, Dogan N, et al. The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2012; 16(3): E99-104.
8. Frits MA. Dysfunctional uterine bleeding. Speroff, Leon, Frits, Marc A. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2011: 319,547.
9. Ewals-Kvist SB, Hirvonen T, Kvist M, et al. Depression, anxiety, hostility and hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26(3):193-204.
10. Kupperman M, Varner RE, Summitt RL, et al. Effect of hysterectomy vs. medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning. *JAMA* 2004; 291(12): 1447-55.
11. Hurskainen J, Teperi P, Rissanen A, et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial. *The Lancet* 2001; 357(9262): 273-7.
12. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, et al. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2004; 291(12): 319-26.
13. Stovall ThG. Hysterectomy. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2007: 805.
14. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, et al. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008; 21: 8: 61.
15. Varner RE, Ireland CC, Summitt RL Jr, et al. Medicine or surgery (Ms): Randomized clinical trial

comparing hysterectomy and medical treatment in premenopausal women with abnormal uterine bleeding. *Control Clin Trial* 2004; 25(1): 104-18.

16. McPherson K, Herbert A, Judge A, et al. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population –based comparison with endometrial ablation

for dysfunctional uterine bleeding. *Health Expectations* 2005; 8(3): 234-43.

17. Shadloei F. Social and emotional aspects and physiologic health in women health. Tehran: Boshra Publ; 2003: 89. (Persian)

Comparison of quality of life in women with hysterectomy and hormonal therapy due to abnormal uterine bleeding

Kazemi A^{*1}, Homayoni M¹, Sabohi F²

Received: 07/27/2013

Revised: 11/09/2013

Accepted: 12/25/2013

1. Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Dept. of Internal Surgery, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 11, No. 4, Winter 2014

J Jahrom Univ Med Sci 2014; 11(4): 61-8

Abstract

Introduction:

Abnormal uterine bleeding (AUB) is a common disorder in reproductive age in women and its treatment can promote the quality of life in women, but the characteristics and side effects of each therapeutic method based on cultural context of the society may affect the quality of life. Therefore, the objective of this study was comparison of quality of life in physical, emotional and social dimensions in two groups of women with hysterectomy and hormonal therapy.

Materials and Methods:

In this comparative study, quality of life in 54 women with hysterectomy and 54 women with hormonal therapy in reproductive age due to AUB in selected clinical centers in Isfahan was compared. Random classification sampling was used. The data collection tool was the standard questionnaire of quality of life which was completed six months after treatment.

Results:

Findings showed that mean scores of quality of life in total and in physical and emotional dimensions in hormonal therapy were higher than those of the hysterectomy group significantly ($p < 0.05$), but the mean scores of quality of life in social dimension in the study groups was not different.

Conclusion:

The findings showed that quality of life in physical and emotional dimensions following hormonal therapy group was better than the hysterectomy group.

Keywords: Quality of Life, Dysfunctional Uterine Bleeding, Hysterectomy, Hormone Replacement Therapy