

C.Z.U.: 616.89-008.454:618.14-089

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2025.2-82.02>

DEPRESIA ȘI CALITATEA VIEȚII LA FEMEILE DE VÂRSTĂ REPRODUCTIVĂ ÎN CONTEXTUL MENOPAUZEI CHIRURGICALE

Olga CERNEȚCHI, ORCID: 0000-0002-9229-8080,

Elena VATAMAN, ORCID: 0009-0006-3959-2308

Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova

e-mail: envataman@gmail.com

Rezumat.

Introducere: Menopauza chirurgicală, apărută în urma histerectomiei cu sau fără ovariectomie, determină un deficit hormonal brusc, care poate afecta starea psihică și calitatea vieții femeilor aflate în perioada reproductivă.

Scopul studiului a fost de a analiza evoluția simptomelor depresive în corelație cu calitatea vieții la femeile de vârstă reproductivă după instalarea menopauzei chirurgicale.

Materiale și metode: Studiu prospectiv, cu 150 de femei împărțite în trei grupuri: histerectomie cu ovariectomie (L1A), histerectomie cu ovare păstrate (L1B) și grup de control (L0). Simptomele depresive și calitatea vieții au fost evaluate la patru momente (preoperator, 10–12 zile, 6 și 12 luni postoperator) prin chestionarele Beck și WHOQOL-BREF.

Rezultate: La 12 luni, depresia a fost prezentă la 72% dintre femeile din L1A și la 68% din L1B, comparativ cu 16% în grupul de control. Asocierea dintre depresie și calitate redusă a vieții a fost semnificativă statistic, mai ales în grupul fără ovariectomie (L1B).

Concluzii: Histerectomia, mai ales la femeile tinere, are un impact negativ asupra stării psihice și calității vieții. Se recomandă integrarea consilierii psihologice și a monitorizării pre- și postoperatorii în practica medicală.

Cuvinte cheie: depresia, calitatea vieții, menopauza chirurgicală.

Summary. Depression and quality of life in women of reproductive age in the context of surgical menopause.

Introduction: Surgical menopause, resulting from hysterectomy with or without oophorectomy, leads to a sudden hormonal deficiency that may negatively impact the mental health and quality of life of women of reproductive age.

The aim of the study was to analyze the evolution of depressive symptoms in correlation with the quality of life in reproductive-age women after the onset of surgical menopause.

Methods: A prospective study involving 150 women divided into three groups: hysterectomy with oophorectomy (L1A), hysterectomy without oophorectomy (L1B), and a control group (L0). Depression and quality of life were assessed at four time points: preoperatively, at 10–12 days, and at 6 and 12 months postoperatively using the Beck Depression Inventory and WHOQOL-BREF.

Results: At 12 months, depression was observed in 72% of women in the L1A group and 68% in the L1B group, compared to 16% in the control group. A statistically significant association was found between depression and reduced quality of life, particularly in the L1B group.

Conclusions: Hysterectomy in reproductive-age women has a negative impact on mental health and quality of life. Integrating psychological counseling and active follow-up into pre- and postoperative care is recommended.

Keywords: depression, quality of life, surgical menopause.

Резюме. Депрессия и качество жизни женщин репродуктивного возраста в контексте хирургической менопаузы.

Введение. Хирургическая менопауза, возникающая после гистерэктомии с или без овариэктомии, вызывает резкий гормональный дефицит, что может негативно влиять на психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин репродуктивного возраста.

Целью исследования был анализ динамики депрессивных симптомов во взаимосвязи с качеством жизни у женщин репродуктивного возраста после наступления хирургической менопаузы.

Методы: Проспективное исследование с участием 150 женщин, разделённых на три группы: гистерэктомия с овариэктомией (L1A), гистерэктомия без овариэктомии (L1B) и контрольная группа (L0). Симптомы депрессии и качество жизни оценивались в четыре момента: до операции, через 10–12 дней, через 6 и 12 месяцев, с использованием шкал Бека и WHOQOL-BREF.

Результаты: Через 12 месяцев депрессия наблюдалась у 72% женщин из группы L1A и у 68% из группы L1B, по сравнению с 16% в контрольной группе. Была выявлена статистически значимая связь между депрессией и сниженным качеством жизни, особенно в группе без овариэктомии (L1B).

Выводы: Гистерэктомия у женщин репродуктивного возраста оказывает отрицательное влияние на психическое здоровье и качество жизни. Рекомендуется включение психологического консультирования и активного наблюдения до и после операции в стандарт медицинской помощи.

Ключевые слова: депрессия, качество жизни, хирургическая менопауза.

Introducere.

La nivel global, histerectomia rămâne în continuare una dintre cele mai frecvente operații ginecologice majore [1-8]. În țările dezvoltate, prevalența acestei proceduri este ridicată, cu rate de 38% în Suedia, 36% în Statele Unite și 25% în Marea Britanie [1]. În regiunile în curs de dezvoltare, incidența anuală este estimată la 165 cazuri la 100.000 de femei [1]. Aproximativ 90% dintre histerectomii se efectuează pentru patologii benigne, printre care fibroamele uterine, hemoragiile uterine refractare la tratament și prolapsul [3-10].

Ovarectomia bilaterală este frecvent asociată histerectomiei, chiar și în absența patologiei maligne, fiind realizată în 23% din cazurile femeilor cu vârste între 40–44 de ani și în 45% dintre cele cu vârste între 45–49 de ani [11,12]. Această practică determină instalarea menopauzei chirurgicale, cu pierderea imediată a secreției hormonilor ovarieni, spre deosebire de menopauza naturală, care are un caracter progresiv.

Mai multe studii au evidențiat un risc crescut de apariție a simptomelor depresive la femeile supuse histerectomiei comparativ cu cele fără intervenție chirurgicală. Riscul relativ de depresie este estimat la 1,20 (IC 95%: 1,06–1,36) în rândul femeilor supuse histerectomiei fără ovarectomie și de 1,44 (IC 95%: 1,22–1,68) în cazul celor cu ovarectomie [13-14]. Se estimează că 20–30% dintre femeile operate dezvoltă simptome depresive, influențate de factori precum anxietatea preoperatorie și vârsta tânără. O meta-analiză recentă a raportat un risc cu 15% mai mare de depresie după histerectomie comparativ cu femeile fără intervenție. Rezultatele unui studiu au arătat, că prevalența depresiei la femei variază între 29% și 66%, fiind determinată de factori socioculturali și economici [15]. Aceste constatări subliniază necesitatea unei monitorizări atente a sănătății mintale postoperatorii, pentru prevenirea și gestionarea eficientă a simptomelor depresive la femeile supuse histerectomiei.

În Republica Moldova, histerectomia reprezintă, de asemenea, o intervenție ginecologică frecventă, cu un număr anual de proceduri cuprins între 684 și 2.068 în perioada 2013–2022. Conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, în anul 2021 histerectomia a reprezentat 18,9% din totalul intervențiilor ginecologice majore, iar în 2022

– 17,4%. Cu toate acestea, nu sunt disponibile date privind distribuția pe grupe de vârstă sau frecvența asociată a ovarectomiei.

Studierea depresiei la femeile de vârstă reproductivă după menopauza chirurgicală, în special la nivel național, rămâne un domeniu insuficient explorat.

Scopul studiului a fost de a analiza evoluția simptomelor depresive în corelație cu nivelul calității vieții la femeile de vârstă reproductivă după instalarea menopauzei chirurgicale.

O înțelegere mai profundă a consecințelor psihopatologice ale menopauzei chirurgicale, poate contribui la conceperea unor strategii preventive care să întârzie debutul tulburărilor cognitive sau să încetinească progresia acestora. Prin urmare, considerăm că această tematică reprezintă un domeniu prioritar de cercetare, cu relevanță majoră pentru sănătatea neuropsihică a femeilor de vârstă reproductivă.

Materiale și metode.

A fost realizat un studiu observațional prospectiv, care a inclus două grupuri: grupul de cercetare, împărțit în două subgrupuri (L_{1A} – femei aflate în perioada reproductivă supuse histerectomiei cu ovarectomie bilaterală; L_{1B} – femei de aceeași categorie de vârstă supuse histerectomiei cu păstrarea ovarelor) și grupul de control (L_0 – femei sănătoase, fără antecedente de histerectomie). Proiectul de cercetare și protocolul de studiu au fost aprobate de Comitetul de Etică al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Participantele eligibile au fost recrutate consecutiv din programul operator ginecologic planificat, intervențiile fiind efectuate pentru afecțiuni benigne și indicate conform deciziei medicale independente de includere în studiu. Participantele din grupul de control au fost selectate aleatoriu dintre femeile care s-au prezentat pentru consultații profilactice de rutină. Criteriile de includere au presupus: vârsta reproductivă (≤ 49 ani, conform clasificării OMS [16]), indicație de histerectomie cu sau fără ovarectomie bilaterală pentru patologie uterină benignă, precum și exprimarea consimțământului informat în scris. Participantele eligibile au fost evaluate preoperator, la 10-12 zile postoperator, la 6 și 12 luni postoperator.

Criteriile de excludere au fost: vârsta ≥ 50 ani; histerectomie cu anexectomie unilaterală; tratament

hormonal recent (în ultimele 3 cicluri menstruale); boli cronice decompensate (insuficiență renală, hepatică, cardiacă), diabet zaharat, afecțiuni oncologice sau tulburări psihice; intervenții chirurgicale ginecologice pentru afecțiuni maligne sau indicații obstetricale; precum și refuzul participării în studiu.

Pentru evaluarea simptomelor depresive a fost utilizat Inventarul Depresiv Beck (IDB), un instrument alcătuit din 21 de itemi, fiecare având patru opțiuni de răspuns, cotate de la 0 (absența simptomului) până la 3 (simptom sever) [17]. Scorul total poate varia între 0 și 63, interpretarea fiind următoarea: ≤ 9 indică absența depresiei, scorurile între 10–16 sugerează depresie ușoară, 17–29 corespund depresiei de intensitate moderată, iar un scor ≥ 30 indică depresie severă [18].

Chestionarul WHOQOL-BREF, a fost utilizat pentru evaluarea calității vieții pacientelor după histerectomie cu sau fără ovariectomie. Această versiune cuprinde 24 de itemi care investighează patru domenii: sănătatea fizică, sănătatea psihologică, relațiile sociale și mediu. Scorurile pentru fiecare domeniu sunt scalate pozitiv (scorurile mai mari denotă o calitate mai bună a vieții). Inițial, scorurile brute au fost calculate și ulterior transformate conform indicațiilor specificate în manualul de utilizare al instrumentului. Un scor sub 60 de puncte pentru calitatea generală a vieții a fost considerat indicator al unei calități scăzute a vieții [19].

Analiza statistică a rezultatelor obținute ale pacientelor a fost realizată utilizând programul IMB SPSS, versiunea 27.0.1, cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestei programe.

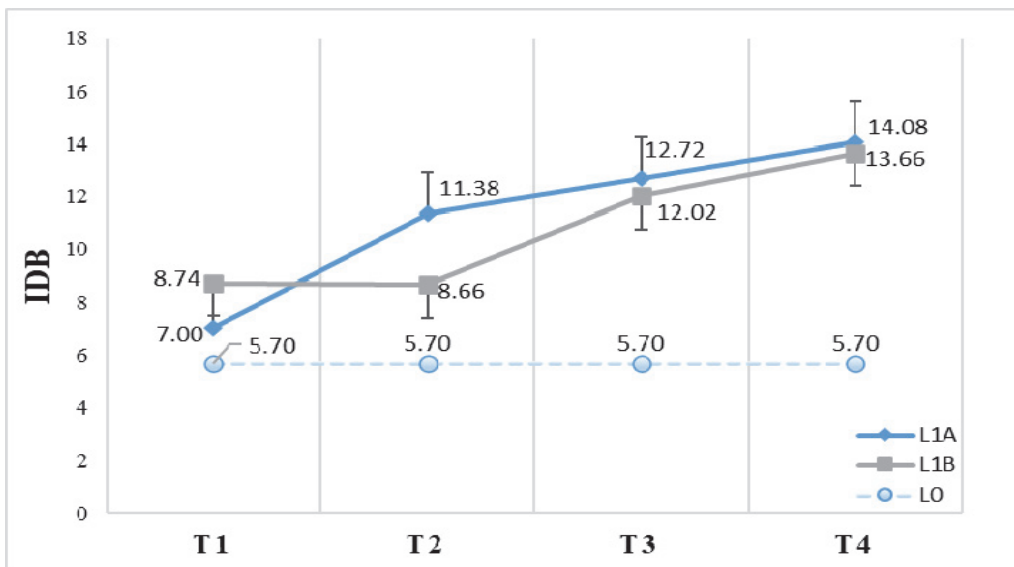


Figura 1. Evoluția scorurilor medii a IDB în loturile studiate

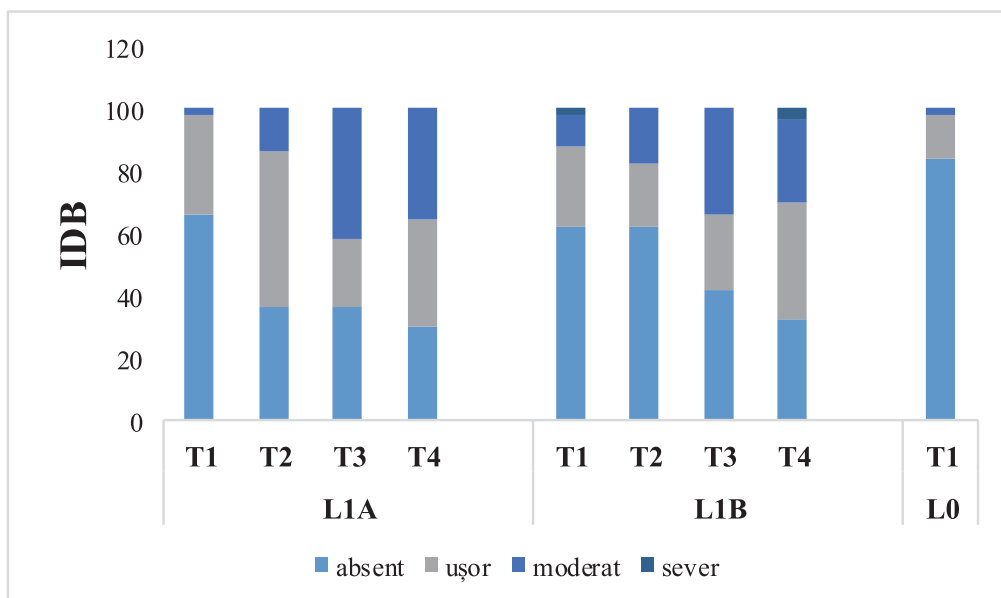


Figura 2. Distribuția severității simptomelor depresive în loturile studiate

Rezultate.

Înainte de evaluarea simptomelor depresive și a calității vieții, au fost analizate caracteristicile sociodemografice ale celor trei grupuri studiate pentru a asigura comparabilitatea acestora și a identifica posibili factori confuzivi. Datele obținute permit interpretarea riguroasă a rezultatelor clinice și psihologice ulterioare.

Analiza caracteristicilor sociodemografice a evidențiat o vârstă medie semnificativ diferită între loturi ($F=15,67$; $p<0,001$), cu valori de $46,1\pm 2,8$ ani în grupul L_{1A} , $41,9\pm 4,8$ ani în L_{1B} și $43,8\pm 3,3$ ani în L_0 , ceea ce sugerează o tendință de includere a pacienților mai apropiați de limita superioară a vârstei reproductive în lotul cu ovariectomie. Distribuția mediului de reședință a fost similară între grupuri, cu predominanță urbană ($56-66\%$; $\chi^2=1,159$; $p=0,560$). Statutul familial a fost omogen, majoritatea participante fiind căsătorite ($80-84\%$; $\chi^2=0,247$; $p=0,884$). Nivelul de educație a fost echilibrat, fără diferențe semnificative ($\chi^2=1,167$; $p=0,558$). În ceea ce privește statutul ocupațional, majoritatea femeilor erau angajate, procentajele situându-se între 52% și 66% ($\chi^2=1,689$; $p=0,430$), fără variații semnificative între loturi.

Evoluția scorurilor medii IDB pe parcursul celor patru momente de evaluare este ilustrată în *Figura 1*, evidențiind creșterea progresivă a simptomelor depresive în ambele loturi operatorii. Comparând scorurile IDB preoperator și la un an postoperator, se observă o creștere constantă a simptomelor depresive în ambele grupuri: de la 7,00 la 14,08 în L_{1A} și de la 8,74 la 13,66 în L_{1B} , ceea ce reflectă o deteriorare psihoemoțională semnificativă în perioada postoperatorie ($F=16,278$; $p<0,001$ pentru L_{1A} și $F=6,087$; $p<0,001$ pentru L_{1B}), în special în contextul deficitului hormonal. Menționăm faptul că imediat postoperator, scorul mediu IDB a înregistrat o tendință de scădere în grupul L_{1B} ($8,66\pm 7,16$), posibil reflectând reducerea anxietății și a tensiunii psihologice asociate intervenției chirurgicale propriu-zise. În schimb, în grupul L_{1A} s-a remarcat o creștere semnificativă a IDB la, sugerând o agravare a simptomatologiei depresive, probabil asociată debutului brusc al deficitului hormonal indus de ovariectomie.

Pe lângă analiza valorilor medii ale scorurilor IDB, este utilă și examinarea distribuției pacienților în funcție de gradul severității depresiei (*Figura 2*). Rezultatele studiului denotă că, preoperator,

Table 1.

Evoluția calității vieții după menopauza chirurgicală

	L_{1A}	L_{1B}	L_0	F	p
Domeniul 1. Sănătatea fizică					
T1	68,64 ± 8,73	71,24 ± 14,44	83,22 ± 8,50	25,404	<0,001
T2	60,20 ± 11,11	63,48 ± 14,02		59,274	<0,001
T3	72,50 ± 9,59	75,16 ± 10,07		17,580	<0,001
T4	71,46 ± 7,71*	74,24 ± 12,56*		19,557	<0,001
Domeniul 2. Psihologic					
T1	68,88 ± 7,70	70,92 ± 12,82	80,34 ± 10,19	17,097	<0,001
T2	68,26 ± 10,44	70,78 ± 13,53		15,374	<0,001
T3	67,98 ± 11,21	67,38 ± 10,47		23,649	<0,001
T4	65,62 ± 8,53	66,76 ± 12,09		31,135	<0,001
Domeniul 3. Relații sociale					
T1	70,88 ± 11,06	74,84 ± 16,41	79,56 ± 11,93	5,301	0,006
T2	60,64 ± 13,31	71,54 ± 18,03		20,981	<0,001
T3	68,42 ± 15,87	74,90 ± 13,02		8,323	<0,001
T4	64,14 ± 8,94 *	72,80 ± 12,81		23,185	<0,001
Domeniul 4. De mediu					
T1	66,92 ± 7,09	68,50 ± 12,17	77,86 ± 10,19	17,343	<0,001
T2	67,70 ± 7,74	70,60 ± 13,45		11,913	<0,001
T3	70,54 ± 9,74	70,82 ± 7,88		9,888	<0,001
T4	68,26 ± 11,26	70,56 ± 9,76		11,554	<0,001

Notă: Datele sunt prezentate prin media ±DS; Testul statistic aplicat: ANOVA. Valori de referință – L_0 . * $p < 0,001$

majoritatea pacientelor nu prezentau simptome depresive: 66% (95% ÎI: 52,2-77,6%) în L_{1A} și 62% (95% ÎI: 48,2-74,1%) în L_{1B} , proporții comparabile cu cele din grupul de control L_0 , unde 84% (95% ÎI: 71,5-91,7%). La 12 luni postoperator diferențele față de grupul de control devin evidente: doar 30% dintre participantele din L_{1A} și 32% din L_{1B} nu prezintă simptome depresive. În L_{1B} , depresia severă este raportată în 4% din cazuri. Comparativ cu L_0 , diferențele sunt semnificative ($p < 0,001$), însă între cele două grupuri chirurgicale, L_{1A} și L_{1B} , nu se observă diferențe statistice.

Evoluția calității vieții postoperatorii (Tabelul 1) a evidențiat o îmbunătățire a domeniului sănătate fizică în ambele grupuri intervenționale, mai pronunțată în rândul femeilor supuse histerectomiei fără ovariectomie (L_{1B}). Cu toate acestea, valorile scorurilor în acest domeniu nu au atins nivelurile observate în grupul de control (L_0). În domeniile psihologic și relații sociale s-a înregistrat o tendință spre scădere a calității vieții în grupurile cu histerectomie, fără a se atinge însă pragul semnificației statistice. Excepție a constituit domeniul relații sociale în grupul cu histerectomie și ovariectomie bilaterală (L_{1A}), unde scăderea a fost semnificativă din punct de vedere statistic. În domeniul mediu, s-a observat o ușoară creștere a calității vieții pe parcursul perioadei postoperatorii, însă această modificare nu a atins semnificația statistică. Aceste rezultate indică un impact diferențiat al intervențiilor chirurgicale asupra calității vieții, cu o ameliorare în plan fizic, dar o potențială afectare a aspectelor psihosociale, mai ales în cazul asocierii histerectomiei cu ovariectomia bilaterală.

Pentru a evalua impactul simptomatologiei depresive asupra calității vieții la femeile de vârstă reproductivă care au suferit histerectomie cu sau fără

ovariectomie, au fost analizate datele la 6 și 12 luni postoperator prin estimarea riscului relativ (figura 3).

În grupul L_{1A} , la 6 luni postoperator, 64% dintre paciente prezentau depresie, dintre care 10,0% raportau o calitate scăzută a vieții. Nicio pacientă fără depresie nu a raportat scădere a calității vieții. Testul chi-pătrat Pearson nu a indicat o semnificație statistică ($\chi^2=3,125$; $p=0,077$), iar riscul relativ fiind de 1,19 (IC95%: 1,02–1,38). La 12 luni, proporția pacientelor cu depresie a crescut la 72%, iar 12,0% dintre acestea raportau o calitate redusă a vieții. Semnificația statistică nu a fost confirmată ($\chi^2 = 2,652$; $p = 0,103$), însă riscul relativ a rămas crescut și semnificativ (RR = 1,20; IC95%: 1,04–1,39).

În grupul L_{1B} , la 6 luni, 58% dintre paciente au prezentat depresie, 10% dintre ele au raportat o calitate redusă a vieții. Testul chi-pătrat Pearson a indicat o asociere semnificativă statistic între depresie și calitatea vieții ($\chi^2=4,023$; $p=0,045$). Estimarea riscului relativ a arătat că pacientele cu depresie aveau un risc de 1,208 ori mai mare de a raporta calitate redusă a vieții comparativ cu cele fără depresie (RR = 1,208; IC95%: 1,023–1,427). La 12 luni, depresia a fost prezentă la 68% dintre femei, iar 18,0% dintre acestea au raportat o calitate scăzută a vieții. Riscul relativ calculat a fost de 1,36 (IC95%: 1,11–1,66) sugerând o creștere semnificativă a probabilității unei calități reduse a vieții în rândul pacientelor cu depresie.

În grupul de control, 16% dintre participante au prezentat simptome depresive, însă toate au raportat o calitate a vieții bună. Nu s-au identificat asocieri semnificative statistic ($\chi^2 = 0,194$; $p = 0,659$), iar riscul relativ a fost nesemnificativ (RR = 0,98; IC95%: 0,93–1,02). Rezultatele confirmă faptul că, în absența unor factori medicali majori sau a unei intervenții chirurgicale, depresia nu s-a asociat cu

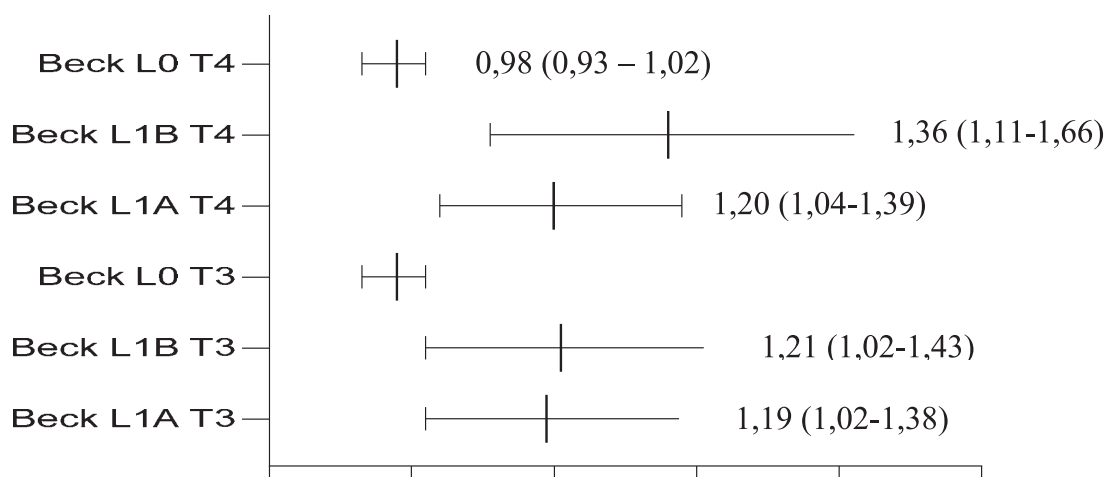


Figura 3. Estimarea riscului relativ de calitate redusă a vieții la pacientele cu depresie

o deteriorare semnificativă a calității vieții, servind astfel drept punct de comparație relevant pentru evaluarea modificărilor observate în loturile supuse histerectomiei.

Discuții.

Rezultatele studiului nostru evidențiază o prevalență crescută a simptomelor depresive la femeile aflate în perioada reproductivă după histerectomie, cu sau fără ovariectomie, corelată cu o scădere semnificativă a calității vieții, în special în domeniile psihologic și relații sociale. Impactul psihologic a fost mai evident la 12 luni postoperator, sugerând o deteriorare progresivă și susținută în timp. Aceste constatări reflectă importanța luării în considerare a sănătății mintale ca parte integrantă a îngrijirii femeii supuse intervenției ginecologice majore.

Datele obținute se aliniază cu observațiile din studiile longitudinale care au demonstrat un risc crescut de depresie post-histerectomie, cu sau fără ovariectomie. Un studiu din Coreea a raportat o incidență mai mare a depresiei la femeile cu histerectomie, cu sau fără anexectomie ($n=9971$), comparativ cu grupul de control fără histerectomie ($n=39884$): 6,59 vs 5,70 la 1.000 persoane/an (95%CI 1,03–1,29; $p<0,05$), pe o perioadă de urmărire de peste 6 ani [20]. Similar, Proiectul Epidemiologic din Minnesota (SUA), care a inclus 2094 femei cu histerectomie fără ovariectomie pentru patologie benignă, cu o urmărire de peste 21 ani, a evidențiat un risc crescut pe termen lung pentru depresie de novo (95%CI 1,12–1,41) și anxietate (95%CI 1,08–1,38), mai pronunțat la femeile operate între 18 și 35 de ani [21]. Totodată, un studiu de cohortă australian, care a avut o perioadă de urmărire peste 12 ani, a demonstrat un risc crescut de simptome depresive la femeile cu histerectomie fără ovariectomie ($n=884$) și cu ovariectomie bilaterală ($n=450$), comparativ cu femeile fără histerectomie ($n=4002$), cu riscuri relative de 1,20 și respectiv 1,44. Autorii au concluzionat că acest risc nu este explicat prin stilul de viață sau factorii socioeconomiци [13, 14].

Cercetarea noastră evidențiază o agravare a simptomelor depresive în primul an postoperator, ceea ce poate reflecta fie insuficiența suportului psihologic, fie impactul cumulativ al dezechilibrului hormonal și al adaptării psihosociale. Un alt element particular al studiului nostru este asocierea mai puternică dintre depresie și calitatea vieții în grupul L_{1B} (fără ovariectomie), comparativ cu L_{1A} . Acest aspect poate fi explicat prin absența intervențiilor compensatorii, precum consilierea psihologică și terapia hormonală de substituție, care pot fi mai frecvent recomandate în cazul ovariectomiei. De asemenea, percepția de

dezechilibru emoțional la femeile cu ovare păstrate poate rămâne nedagnosticată și nesupravegheată, afectând mai pronunțat calitatea vieții.

Deficitul de estrogen indus de ovariectomie bilaterală este cunoscut ca fiind implicat în modificările afective și cognitive prin mecanisme neuroendocrine complexe. Estrogenii modulează axa hipotalamo-hipofizo-adrenală, neurotransmisia serotonergică și dopaminergică, precum și plasticitatea sinaptică în regiunile cerebrale implicate în reglarea dispoziției, cum ar fi hipocampusul și cortexul prefrontal. În plus, privarea bruscă de estrogeni poate favoriza inflamația neurogenă și accentuarea vulnerabilității la stres, contribuind la apariția simptomelor depresive, în special la femeile tinere. Aceste mecanisme susțin necesitatea integrării factorilor biologici în evaluarea riscului depresiv postoperator. Prin urmare, declinul cognitiv și modificările afective revine ca o consecință directă a scăderii estradiolului și poate începe în decurs de 6 luni după ovariectomie la femeile de vârstă mijlocie [22].

Pe de altă parte, organul reproductiv feminin, uterul, este asociat cu sexualitatea, fertilitatea și maternitatea, fiind perceput de majoritatea femeilor ca simbol al identității lor, iar afectarea și/sau pierderea acestui organ prin histerectomie are repercusiuni emoționale și poate conduce la probleme psihologice intense, în special în cazul femeilor din țările în curs de dezvoltare [23, 24]. Prin urmare, histerectomia reprezintă un eveniment foarte stresant, deoarece implică pierderea părții corpului asociate cu feminitate, provocând schimbări semnificative în corpul femeilor.

Concluzii.

Analiza evolutivă a simptomelor depresive și a calității vieții în contextul menopauzei chirurgicale conturează un profil psihosocial vulnerabil, cu implicații majore pentru managementul postoperator, în special la femeile tinere. Intervențiile psihologice instituite precoce pot preveni agravarea stării generale și pot facilita reintegrarea psiho-emoțională în perioada de recuperare. Rezultatele acestui studiu susțin necesitatea unei abordări multidisciplinare, care să includă screening-ul psihologic preoperator, consilierea specializată și monitorizarea activă postoperatorie, pentru identificarea timpurie a tulburărilor afective și îmbunătățirea calității vieții. În perspectivă, sunt necesare cercetări suplimentare care să evalueze eficiența terapiei hormonale de substituție, rolul biomarkerilor neuroendocrini și inflamatori, precum și beneficiile intervențiilor psihoterapeutice personalizate în prevenirea și tratamentul depresiei post-histerectomie.

Bibliografie.

1. Ghali Nadeen Abu, et al. Prevalence and predictors of depression in Jordanian women post-hysterectomy: A multi-centre cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2025, 101113.
2. Stoller N, Wertli MM, Zaugg TM, Haynes AG, Chiolerio A, Rodondi N, et al. Regional variation of hysterectomy for benign uterine diseases in Switzerland. *PloS one*. 2020;15(5):e0233082.
3. Manandhar T, Sitaula S, Thapa BD, Agrawal A, Thakur A. Prevalence of hysterectomy among gynecological surgeries in a tertiary care hospital. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association*. 2020;58(232):965.
4. Scime NV, Brown HK, Metcalfe A, Brennand EA. Prevalence of hysterectomy by self-reported disability among Canadian women: Findings from a national cross-sectional survey. *Women's Health Reports*. 2021;2(1):557-65.
5. Shahid R, Abbas H, Mumtaz S, Perveen F, Bari MF, Raja T, et al. Hysterectomy and oophorectomy in reproductive age: a cross-sectional study from a tertiary care hospital. *Cureus*. 2020;12(5).
6. Baffour Awuah G, Schauburger G, Klug SJ, Tanaka LF. An age-period-cohort analysis of hysterectomy incidence trends in Germany from 2005 to 2019. *Scientific Reports*. 2024;14(1):15110.
7. Rajkumari S, Chaudhary V, Kasaudhan S, Saraswathy KN. Incidence and determinants of hysterectomy among North Indian women: An 8-year follow-up study. *Frontiers in Public Health*. 2022;10:1065081.
8. Kim H-S, Koo Y-J, Lee D-H. Clinical outcomes of hysterectomy for benign diseases in the female genital tract: 6 years' experience in a single institute. *Yeungnam Univ J Med*. 2020;37(4):308-13.
9. Tanaka LF, Schoffer O, König J, Weyer-Elberich V, Blettner M, Klug SJ. Changes in the probability of hysterectomy in the city of Mainz and Mainz-Bingen region, Germany. *BMC Public Health*. 2023;23(1):84.
10. Cernețchi O, Vataman E. Dereglările hormonale după histerectomie. *Общественное здоровье, экономика и менеджмент в медицине*. 2019(3 (81)):51-4.
11. Erickson Z, Rocca WA, Smith CY, Rocca LG, Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, et al. Time trends in unilateral and bilateral oophorectomy in a geographically defined American population. *Obstetrics & Gynecology*. 2022;139(5):724-34.
12. Kingsberg SA, Larkin LC, Liu JH. Clinical effects of early or surgical menopause. *Obstetrics & Gynecology*. 2020;135(4):853-68.
13. Wilson L, Pandeya N, Byles J, Mishra G. Hysterectomy and incidence of depressive symptoms in midlife women: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(4):381-92.
14. Madueke-Laveaux OS, Elsharoud A, Al-Hendy A. What we know about the long-term risks of hysterectomy for benign indication—a systematic review. *Journal of clinical medicine*. 2021;10(22):5335.
15. Akbar Neelam; Shah Safia. Frequency of Depression Among Females Underwent Hysterectomy in a Tertiary Care Hospital. In: *Medical Forum Monthly*. 2024.
16. Organization WH. Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. *Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring* 2006. p. 67.
17. Bahri N, Tohidinik H, Fathi Najafi T, Larki M, Amini T, Sartavosi Z. Depression Following Hysterectomy and the Influencing Factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18:e30493
18. Silva Patrícia Aparecida Barbosa, et al. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de saude publica*, 2014, 48: 390-397.
19. Choi HG, Rhim CC, Yoon JY, Lee SW. Association between hysterectomy and depression: a longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Menopause*. 2020;27(5):543-9
20. Laughlin-Tommaso SK, Satish A, Khan Z, Smith CY, Rocca WA, Stewart EA. Long-term risk of de novo mental health conditions after hysterectomy with ovarian conservation: a cohort study. *Menopause*. 2020;27(1):33-42.
21. Gervais NJ, Au A, Almey A, Duchesne A, Gravelins L, Brown A, et al. Cognitive markers of dementia risk in middle-aged women with bilateral salpingo-oophorectomy prior to menopause. *Neurobiol Aging*. 2020;94:1-6.
22. 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.
23. Vataman E. Menopauza chirurgicală: aspecte psihologice în perioada perioperatorie. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei Științe Medicale*. 2020;66(2):143-7.