

**A Randomized Controlled Trial Comparing the Psychosocial Outcomes
of Total and Subtotal Hysterectomy**

**Nicole Flory
Department of Psychology
McGill University**

June, 2005

**A thesis submitted to the McGill University in partial fulfillment of the
requirements of the degree of Doctor of Philosophy**

© Nicole Flory, 2005



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-21644-6

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-21644-6

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Abstract

In North America, hysterectomy is the most common major surgery for benign non-obstetric reasons (e.g., uterine fibroids, endometriosis, abnormal bleeding) in premenopausal women. Many of these conditions may result in pelvic pain, sexual and psychological difficulties. However, the capacity of hysterectomy to relieve these problems has not been adequately evaluated. Recently, there has been controversy as to whether less invasive surgeries such as subtotal hysterectomy, in which the uterus is removed and the cervix is left intact, are less detrimental than total hysterectomy, in which both the uterus and the cervix are excised.

The first part of this thesis consists of a comprehensive review of the literature on the psychosocial outcomes of hysterectomy published within the past 30 years. Controversial theories, empirical studies, and review articles are discussed with regard to sexual, pain, and psychological outcomes. Findings suggest that while hysterectomy results in reduced pain, there are no strong effects on sexual or psychological functioning. Nevertheless, many studies reported adverse psychosocial outcomes in a subgroup of 10-20% of women post-hysterectomy.

The second part of this thesis presents findings from a randomized controlled trial investigating the psychosocial outcomes of total versus subtotal hysterectomy. Premenopausal patients with benign gynecological conditions were randomly assigned to either total hysterectomy, i.e., laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (N=32), or subtotal hysterectomy, i.e., supra-cervical laparoscopic hysterectomy (N=31). In addition, two control groups of premenopausal women undergoing minor gynecological surgery

(N=30) and healthy women undergoing no surgery (N=40) were recruited. For the two hysterectomy groups, abdominal pain was significantly reduced post-surgery. There was some evidence for positive effects of hysterectomy on sexual functioning, while psychological functioning did not significantly change. The study indicated that total and subtotal hysterectomy produced equally beneficial outcomes. Although 3-16% of women reported various adverse effects in psychosocial functioning post-hysterectomy, similar percentages of the two control groups reported such changes.

Resumé

En Amérique du Nord, l'hystérectomie est la chirurgie effractive la plus fréquente chez les femmes pré ménopausées pour des conditions non-obstétriques bénignes (ex., fibromes utérins, endométriose, saignement anormal). Plusieurs de ces conditions peuvent causer une douleur pelvienne et des difficultés sexuelles et psychologiques. Toutefois, la capacité à l'hystérectomie à soulager ces problèmes n'a pas été évaluée adéquatement. Récemment, il y a eu une controverse sur la possibilité que les chirurgies moins effractives comme l'hystérectomie subtotale qui comprend une ablation de l'utérus seulement laissant le col de l'utérus intacte ont moins d'effet adverse que l'hystérectomie totale qui comprend l'ablation de l'utérus et du col de l'utérus.

La première partie de cette thèse comprend une revue exhaustive de la littérature sur les conséquences psychosociales de l'hystérectomie publiées à l'intérieur des 30 dernières années. Les théories controversées, les études empiriques et les revues de littérature sont discutés en ce qui concerne les conséquences de l'hystérectomie sur la sexualité, la douleur et la santé psychologique. Les résultats suggèrent que bien que l'hystérectomie diminue la douleur, elle n'a pas de conséquences importantes sur le fonctionnement sexuelle et psychologique. Néanmoins, plusieurs études ont démontré que l'hystérectomie a des conséquences psychosociales défavorables chez 10 à 20% des femmes.

La deuxième partie de cette thèse présente les résultats d'une étude contrôlée et randomisée évaluant les conséquences psychosociales de l'hystérectomie totale versus subtotale. Des patientes pré ménopausées souffrant de conditions gynécologiques

bénignes ont été assignées de façon aléatoire à un groupe recevant une hystérectomie totale, i.e., une hystérectomie vaginale performée à l'aide d'un laparoscope (N=32) ou à un groupe recevant une hystérectomie subtotale, i.e., une hystérectomie supravaginale performée à l'aide d'un laparoscope (N=31). De plus, l'étude comprenait deux groupes contrôles de femmes pré ménopausées. L'un des groupes contrôles a subi une chirurgie gynécologique mineure (N=30) et l'autre groupe qui comprenait des femmes en bonne santé n' a subi aucune chirurgie (N=40). Pour les deux groupes subissant une hystérectomie, une réduction significative de la douleur abdominale post-hystérectomie a été démontrée. Bien que l'hystérectomie a eu des effets positifs sur le fonctionnement sexuel, il n'y a eu aucun changement significatif en ce qui concerne le fonctionnement psychologique. L'étude a démontré que l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale ont les mêmes conséquences bénéfiques. Bien que 3 à 16% des femmes ont reporté divers effets adverses sur le fonctionnement psychosocial après l'hystérectomie, un pourcentage similaire à l'intérieur des deux groupes contrôles ont affirmé ces mêmes changements.

Manuscript and Authorship*

Candidates have the option of including, as part of the thesis, the text of one or more papers submitted or to be submitted for publication. The thesis must be more than a collection of manuscripts. All components must be integrated into a cohesive unit with a logical progression from one chapter to the next. In order to ensure that the thesis has continuity, connecting texts that provide logical bridges proceeding and following each manuscript are mandatory.

The thesis must conform to all other requirements of the "Guidelines for Thesis Preparation" in addition to the manuscripts. The thesis must include the following: A table of contents, a brief abstract in both English and French, an introduction which clearly states the rationale and objectives of the research, a comprehensive review of the literature (in addition to that covered in the introduction to each paper); a final conclusion and summary, and a thorough bibliography. The appendix of the thesis must contain an ethics certificate in the case of research involving human or animal subjects, microorganisms, living cells, other biohazards and/or radioactive material.

As manuscripts for publication are frequently very concise documents, where appropriate, additional material must be provided (e.g., in appendices) in sufficient detail to allow a clear and precise judgment to be made of the importance and originality of the research reported in the thesis.

In general, when co-authored papers are included in a thesis the candidate must have made a substantial contribution to all papers included in the thesis. In addition, the candidate is required to make an explicit statement in the thesis as to who contributed to such work and to what extent. This statement should appear in a single section entitled "Contributions of Authors" as a preface to the thesis.

* Reprinted from the Guidelines Concerning Thesis Preparation, Faculty of Graduate Studies and Research, McGill University.

Contributions of Authors

This thesis consists of two manuscripts that I wrote in collaboration with the listed co-authors. I formulated the research problems and hypotheses, developed the research protocol, organized the clinical research study, and conducted the data collection and statistical analyses. Dr. Yitzchak M. Binik served in a substantial advisory and editorial capacity at all stages of the thesis. The first paper is co-authored by me, Drs. François Bissonnette and Binik. The paper was researched, written, and revised by me; Drs. Binik and Bissonnette served in an editorial capacity. The second paper is co-authored by me, Dr. Bissonnette, Ms. Rhonda Amsel, and Dr. Binik; the paper was written by me with Dr. Bissonnette, Ms. Amsel, and Dr. Binik serving in an editorial capacity. The second paper resulted from a research study that I have developed, conducted, and analyzed in collaboration with Drs. Bissonnette and Binik. Dr. Bissonnette also performed the medical examinations and gynecological surgeries with patients. Rhonda Amsel served as a statistical consultant and assisted in the methodological development of the study.

Statement of Original Contributions

The papers in this thesis make an original contribution to knowledge in the field of women's health, in particular in the areas of hysterectomy outcome, pain, sexual functioning, and psychological well-being. While previous work on hysterectomy addressed sexual, pain, and psychological outcomes separately, this thesis provides a broader perspective by investigating these three interrelated factors together and in the context of a randomized clinical trial. The thesis begins with a critical and comprehensive review of the hysterectomy literature from the last three decades. This in-press paper is the first review on psychosocial outcomes of hysterectomy addressing sexuality, pain, and psychological well-being published in eight years. It includes theoretical papers, original research publications, and review papers on hysterectomy outcomes. As well, it is unique in its discussion of methodological problems pertaining to design, sampling, and measurement, and in its incorporation of a discussion of the new developments in surgical technique.

The second paper of this thesis presents research findings from a clinical research study on the psychosocial effects of hysterectomy. Different aspects of psychosocial outcomes were assessed in the domains of sexual functioning, pain, and psychological functioning. This study is the first to present data from a randomized controlled trial comparing the psychosocial outcomes of total versus subtotal hysterectomy conducted through laparoscopic surgery. In addition to the two hysterectomy groups, two control groups of women with intact uteri were included to assess non-hysterectomy related changes over time and to estimate women's baseline psychosocial functioning, further

adding to the uniqueness of this paper. This prospective randomized controlled trial, rare in the literature regarding surgical outcome, addressed previous methodological problems and recent controversies in the field such as adverse outcomes following total and subtotal hysterectomy. To our knowledge, the study was also the first to assess multiple aspects of pain such as frequency, intensity, and quality via semi-structured interviews, standardized questionnaires, and standardized gynecological examinations. Pelvic pain was also studied according to locations (abdomen, vagina, and vulva) and situation (during sexual intercourse, gynecological exams, tampon use, bowel movements, urination, menstruation, or unprovoked).

Acknowledgment

Pursuing graduate studies at McGill University has presented me with more challenges in my professional and personal development than I imagined. I am thankful for the support of the many extraordinary individuals who helped me through the preparation of this thesis. In particular, I am grateful to my thesis supervisor, Dr. Irv Binik, who made it possible for me to study in Canada and who always amazed me with his sharp intellect, pursuit of controversy, and sense of humor. My appreciation extends to the other members of our multi-disciplinary research team, in particular Dr. François Bissonnette and Rhonda Amsel. Dr. Bissonnette is an exceptionally talented surgeon who shows great dedication to gynecological research. I am equally thankful to Rhonda Amsel who supported me in all aspects of this thesis far beyond the scope of statistical analyses.

I wish to thank my interviewers and research assistants for their enthusiasm: Katie Muldoon, Roxanne Aubin, Sophie Bélair, Janet Bradley, Natalie Cartwright, Nina Fusco, and Olga Pinkhasov have supported this research with countless hours of assistance with recruitment, data collection, and data entry. I also want to extend my thanks to the fabulous graduate students in Dr. Binik's lab: Melissa Farmer, Alina Kao, Tuuli Kukkonen, Marie-André Lahaie, and Kim Payne who made the lab my favorite place at McGill. My special thanks go to Dr. Caroline Pukall, a former graduate student and post-doc in Dr. Binik's lab, who supported me during all phases of my thesis. I am also thankful to Dr. Ken Mah, former graduate student of Dr. Binik, for his guidance and support.

I wish to express my sincere gratitude to all the Montreal women who eagerly participated in this study. I am particularly grateful for the grants, scholarships, and awards received in support of the project from the *Canadian Foundation of Women's Health*, the *Canadian Institutes for Health Research (CIHR)*, the *McGill University Health Consortium (MUHC)*, and the *Society for Sex Therapy and Research (SSTAR)*. In addition, I extend my gratitude to my former supervisors at the Freie Universität Berlin and the Kinsey Institute who encouraged me in my pursuit of a research career in women's health and sexuality.

This thesis is dedicated to my parents who have always shown their boundless love and support for everything I do. I wish to apologize to my family and friends in Germany for the birthdays that I missed. I also want to thank the Romero family for all their encouragement throughout my graduate studies. Finally, I am eternally grateful to my husband, Andreas Romero, who drove from Boston to Montreal nearly every weekend for the past half decade.

Table of Contents

Abstract	ii
Resumé	iv
Manuscript and Authorship.....	vi
Contributions of Authors	viii
Statement of Original Contributions.....	ix
Acknowledgment	xi
Table of Contents.....	xiii
List of Tables	xv
List of Appendices	xvi
 Thesis Introduction	 1
 The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review	 5
Abstract	6
Introduction.....	7
Methodological Considerations	10
Sexual Outcomes	12
Pain Outcomes	22
Psychological Outcomes.....	25
Conclusions and Future Directions.....	29

Transition Text	32
 The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Randomized Controlled Trial.....	36
 Abstract.....	37
Introduction	39
Methods.....	42
Results.....	49
Discussion.....	57
 Summary, Conclusion, and Future Directions	63
 Reference List	70
 Appendices	88

List of Tables

Part I: The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review

Table 1: Retrospective Studies without Control Groups

Table 2: Prospective Studies without Control Groups

Table 3: Retrospective Studies with Control Groups

Table 4: Prospective Studies with Control Groups

Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy: A Randomized

Controlled Trial

Table 1: Participant Flow

Table 2: Demographic and Medical Characteristics

Table 3: Sexual Functioning

Table 4: Pain Intensity

Table 5: Psychological Functioning

Table 6: Adverse Effects

List of Appendices

Appendix A

Tables

Appendix B

Screening Interview

Consent Forms

Semi-Structured Interviews

Appendix C

Ethics Certificate

Advertisements

Waivers from Publisher

Waivers from Co-Authors

Thesis Introduction

In North America, hysterectomy is the most frequent major surgical intervention performed for non-pregnancy related conditions in women of reproductive age. Every year more than half a million women in North America undergo the surgical removal of the uterus for non-life threatening conditions (Bernhard, 1992; Carlson, Miller, & Fowler, 1994b; Farrell & Kieser, 2000; Torpy, Lymn, & Glass, 2004; Lepine, Hillis, Marchbanks, Koonin, Morrow, Kieke, & Wilcox, 1997). Based on epidemiological data, experts estimate that by the age of 65 one in three women will have undergone a hysterectomy in the United States (Lepine et al., 1997). With the development of uterus-preserving options such as hormonal treatments, fibroid embolization (blocking of uterine arteries), and endometrial ablation (removal of the uterine lining), the appropriateness of hysterectomy has been questioned (Broder, Kanouse, Mittman, & Bernstein, 2000).

While cancer accounts for one tenth of all hysterectomies performed, the majority of patients undergoing hysterectomy suffer from benign gynecological conditions, such as uterine fibroids (growths within the wall of the uterus; also called leiomyoma), endometriosis (pieces of the uterine lining that grow and bleed outside of the uterus), and abnormal uterine bleeding. Many of these gynecological conditions cause pain, dyspareunia (pain during sexual intercourse), and psychosocial difficulties, such as reduced sexual and psychological well-being (Steege, 1997; Lepine et al., 1997). The effectiveness of hysterectomy in alleviating these psychosocial symptoms, however, has not been adequately evaluated (Rhodes, Kjerulff, Langenberg, & Guzinski, 1999).

While hysterectomy outcomes are of major concern for the women's health, the effects of this major surgical intervention on the women's psychosocial well-being have been neglected until recently (Flory, Bissonnette, & Binik, 2005). In particular, sexual outcomes have significant theoretical implications for our understanding of the role of the uterus and cervix in the experience of female sexual arousal and orgasm (Grimes, 1999; Meston & Bradford; Levin, 2005). A recent debate has arisen in the field over whether subtotal or supra-cervical hysterectomy (in which the cervix is left intact) has any advantage over total hysterectomy (in which both the uterus and cervix are removed) (Grimes, 1999; Halttunen, 2004). Proponents of subtotal hysterectomy have provided numerous theoretical arguments for leaving the cervix intact in order to preserve and improve women's sexual functioning (Hasson, 1993; Kilkku, Gronroos, Hirvonen, & Rauramo, 1983).

Theoretical arguments for the adverse psychosocial effects of hysterectomy appeared convincing, whereas the available data concerning the effects of hysterectomy with regard to sexual, pain, and psychological outcomes remained conflicting. Earlier retrospective studies generally reported negative psychosocial outcomes after hysterectomy. These studies, however, were often flawed because of a reliance on retrospective recall of distant time periods (Flory et al., 2005). More recent studies have adopted more rigorous prospective research designs; however, these studies may have sometimes overestimated the extent of improvement because they relied on a "premorbid" baseline measured on the day of surgery (Flory et al., 2005).

In the past five years there has been a greater interest in the psychosocial effects of hysterectomy, demonstrated by numerous publications of international research teams

(Gutl, Greimel, Roth, & Winter, 2002; Kjerulff, Rhodes, Langenberg, & Harvey, 2000; Rhodes et al., 1999). Evidence from these recent studies suggested that for the majority of women psychosocial functioning was maintained or ameliorated post-hysterectomy. Nonetheless, a subgroup of 10-20% of women reported that hysterectomy resulted in some form of psychosocial impairment such as reduced sexual desire, arousal, orgasm, body image, or psychological difficulties (Ayoubi, Fanchin, Monrozier, Imbert, Reme, & Pons, 2003; Cosson, Rajabally, Querleu, & Crepin, 2001; Farquhar, Sadler, Harvey, McDougall, Yazdi, & Meuli, 2002; Rhodes et al., 1999; Roovers, van der Bom, van der Vaart, & Heintz, 2003). While observational studies often suggested orgasmic dysfunctions following total hysterectomy, there is little support for this claim in light of recent randomized controlled trials (Kuppermann, Varner, Summitt, Learman, Ireland, Vittinghoff, et al., 2004; Roovers et al., 2003; Thakar, Ayers, Clarkson, Stanton, & Manyonda, 2002).

The first paper of this thesis is entitled “The psychosocial outcomes of hysterectomy: A literature review”. It presents a biopsychosocial perspective on hysterectomy research with regard to sexuality, pain, and psychological well-being. Original research studies and review articles on the psychosocial outcomes of hysterectomy published in English, French, and German from the last 30 years are systematically evaluated. Controversial theories and empirical evidence with regard to sexual outcomes, pain, and psychological outcomes are addressed. In addition, different surgical approaches to hysterectomy as well as methodological issues such as design, sampling, and measurement are discussed.

The second paper presents findings from a clinical research study and is entitled “The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: A randomized controlled trial”. This study investigated how the two surgeries affected various aspects of sexual functioning, the experience of pain, and psychological well-being. Previous methodological research problems were addressed by the prospective, randomized, and controlled design. Subtotal hysterectomy was compared to total hysterectomy to determine whether this procedure conferred any benefits with regard to the variables studied. In addition, one surgical control group (women undergoing minor gynecological surgery) and one normal control group (healthy women undergoing no surgery) were studied.

The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review

Nicole Flory, M.A. (1), François Bissonnette, M.D., FRCP (c) (2), &
Yitzchak M. Binik, Ph.D. (1,3)

(1) Department of Psychology, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

(2) Department of Obstetrics and Gynecology, Centre Hospitalier de l'Université de
Montréal (CHUM), Montreal, Quebec, Canada

(3) Sex and Couple Therapy Service, Department of Psychology, McGill University
Health Center (Royal Victoria Hospital), Montreal, Quebec, Canada

Abstract

Objectives: With the development of less invasive treatments, the suitability of hysterectomy as a treatment for benign symptoms is being re-evaluated. This paper critically and comprehensively reviews psychosocial outcomes of hysterectomy in the areas of sexuality, pain, and psychological functioning.

Methods: Medline, PubMed, and PsychLit were searched for studies and reviews pertaining to the psychosocial outcomes of hysterectomy. Over one hundred studies and reviews published in the past 30 years in English, French, and German language were included. Controversial theories and empirical evidence are discussed in the domains of sexuality, pain, and psychological well-being. Special attention is devoted to design, sampling, and measurement issues as well as different surgical approaches with regard to hysterectomy-oophorectomy.

Results: While hysterectomy appears to reduce pain, there do not appear to be strong psychosexual or psychosocial effects. Nonetheless, there may be a subgroup of women (10-20%) who report negative psychosocial outcomes such as reduced sexual interest, arousal, and orgasm as well as elevated depressive symptoms and impaired body image.

Conclusions: More research is necessary to establish which patients may benefit most and which may not. Directions for future research are discussed.

Keywords: hysterectomy, psychosocial, sexual, pain, depression, body image.

Introduction

More than 600,000 women in North America undergo a hysterectomy each year; this makes the surgical removal of the uterus the second most frequent non-pregnancy related surgery in reproductive-aged women. It is estimated that by the age of 65, at least one in three American women will have undergone the operation (Lepine et al., 1997; Ryan, Dennerstein, & Pepperell, 1989; Farrell et al., 2000; Torpy et al., 2004). In North America, only 10% of all hysterectomies are performed for cancer-related conditions, and hysterectomy rates are two to five times as high as those in Europe, perhaps reflecting geographical and cultural differences (Rannestad, Eikeland, Helland, & Qvarnstrom, 2001; Coulter, McPherson, & Vessey, 1988; Gutl et al., 2002). According to the American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), 70% of performed hysterectomies are unwarranted and occur as the result of the lack of diagnostic evaluation or the failure to try alternative treatments (Broder et al., 2000). The development of recent alternative treatment options may perhaps reflect a reappraisal of the uterus, which was formerly considered a “useless, bleeding, symptom-producing, and potentially cancer-bearing organ” (Bachmann, 1990a; Tulandi, 1996; Wright, 1969).

Recently, there have been numerous improvements in the surgical techniques related to hysterectomy (Ayoubi et al., 2003; Ellstrom, Astrom, Moller, Olsson, & Hahlin, 2003; Tulandi & Levy, 2003). Nerve-sparing techniques, such as subtotal hysterectomy (also called supra-cervical hysterectomy, in which the cervix is left intact) or endometrial ablation (in which the body of the uterus is preserved, but the endometrium is removed) are now offered as alternatives to the traditional total

abdominal approach (in which both the uterus and cervix are removed through the abdomen). One current controversy involves whether the subtotal procedure has any advantage over total hysterectomy in terms of sexual outcomes and pelvic pain (Roovers et al., 2003; Thakar et al., 2002; Halttunen, 2004). Arguments for the subtotal approach include the assertions that the cervix has an important stabilizing function for the pelvic region and that the Frankenhauser uterovaginal plexus could be damaged during total hysterectomy, causing bladder, bowel, or sexual dysfunction (Hasson, 1993; Munro, 1997). There has been a small but consistent rise in the number of subtotal hysterectomies performed in the US, reflecting a shift towards choosing less invasive interventions on the part of both patients and surgeons (Saini, Kuczynski, Gretz, & Sills, 2002; Sills, Saini, Appelgate, Mcgee, & Gretz, 1998).

The choice of less invasive interventions has also spread to the route of surgery. According to the latest US surveillance data, approximately 60% of all hysterectomies are performed through the abdomen, 30% through the vagina, and 10% through the vagina assisted with laparoscopy (i.e., laparoscopy assisted vaginal hysterectomy; LAVH) (Lepine et al., 1997). The use of LAVH has been rising since 1990 because it involves less cutting and scarring, which is thought to reduce the convalescence time; evidence, however, has been scarce with regard to psychosexual effects (Ellstrom et al., 2003; Jenkins, 2004; Kim, Lee, & Lee, 2003; Lepine et al., 1997). Curiously, the availability of newer and less invasive approaches has not substantially impacted current medical practice (Farquhar et al., 2002), perhaps because there has been little factual support for improved outcomes (Ayoubi et al., 2003; Ellstrom et al., 2003; Roovers et al., 2003).

The rationales for hysterectomy have also changed: pelvic relaxation and birth control are no longer considered valid indications (Bachmann, 1990a). Currently, common indications for hysterectomy are the presence of fibroids and endometriosis (Steege, 1997). Dysfunctional uterine bleeding is a common problem in hysterectomy patients and has a significant impact on sexual well-being (Katz, 2003). While the major complaints of these patients are related to pain, sexual problems, and psychosocial disturbances, it is unclear whether hysterectomy is the best treatment for these symptoms (Alexander, Naji, Pinion, Mollison, Kitchener, Parkin et al., 1996). Several studies have suggested that sexual functioning following hysterectomy is a major concern of patients, yet doctors, nurses, and other health care professionals are reluctant to discuss sexual issues (Bernhard, 1992; Dennerstein, Wood, & Burrows, 1977; Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1985; Marchant-Haycox & Salmon, 1997; Katz, 2003; Wade, Pletsch, Morgan, & Menting, 2000; Walcher, Ralph, Lahousen, Scheer, Tamussino, & Rollett, 1988). Recently, there have been several empirical studies focusing on hysterectomy outcomes (Ellstrom et al., 2003; Meston, 2004; Roovers et al., 2003; Yazbeck, 2004; Zobbe, Gimbel, Andersen, Filtenborg, Jakobsen, Sorensen et al., & Tabor, 2004); however, there has not been a comprehensive review of the literature addressing sexual outcomes, pain outcomes, and psychological outcomes since 1997 (Bachmann, 1990a).

This literature review summarizes the main theories, empirical findings, and controversies concerning the psychosocial effects of hysterectomy for benign gynecological conditions. Medline, PubMed, and PsychLit databases were searched for studies and review papers addressing sexual, psychological, and pain outcomes of hysterectomy published in English, French, or German during the last 30 years.

Methodological Considerations

Design, sampling, and measurement problems have plagued hysterectomy outcome research. With respect to design, our review will demonstrate that study results differ systematically depending on whether data was collected prospectively or retrospectively (see Tables 1-4). Retrospective studies, in general, including those specific to hysterectomy, suffer from typical recall and memory biases; prospective hysterectomy studies, however, suffer from the specific problem that the pre-surgery baseline is often measured a few hours or days before surgery when symptoms and anxiety are often at their worst (Clarke, Black, Rowe, Mott, & Howle, 1995; Lambden, Bellamy, Ogburn-Russell, Preece, Moore, Pepin et al., 1997; Rhodes et al., 1999). Any post-hysterectomy outcome compared to such a baseline will lead to overly optimistic evaluations. The inclusion of appropriate control groups is one possible way to evaluate both retrospective and prospective biases, yet this has rarely been done. Even when control groups have been included in study designs the composition and selection of these controls has been problematic (see Tables 3 & 4).

Hysterectomy studies have often been flawed in their design because of inconsistent timing of pre- and post-surgical assessments (see Assessment –post-op time column; Table 1-4). It has been demonstrated that the time frame for recovery from surgical damage to the pelvis can be as long as six months and that by then, 80% of hysterectomy patients have resumed their preoperative levels of sexual activity (Gath, Cooper, & Day, 1982; Roovers et al., 2003). Therefore, psychosexual outcomes should be assessed at a minimum of six months post-surgery.

With respect to sampling problems, the hysterectomy literature consists of a considerable number of case studies (Aumeerally, Lilford, & Johnson, 1996; Fleming, 2003). Second, many studies have been questioned because of the use of small, non-random, and/or specialized samples (Bernhard, 1992; Craig & Jackson, 1975; Ewert, Slangen, & van Herendael, 1995). In addition, the systematic exclusion of hysterectomy patients with depression, sexual dysfunction, and low socio-economic status (SES) represents a threat to the representativeness of the sample (Kjerulff et al., 2000; Rhodes et al., 1999; Stovall, Ling, & Crawford, 1990). Although it is important to know whether or not patients underwent surgery because of a life-threatening disease (i.e., cancer), the indications for hysterectomy have often not been specified or have widely varied (Carlson et al., 1994b; Coppen, Bishop, Beard, Barnard, & Collins, 1981; Ewert et al., 1995).

Furthermore, there has been little differentiation with regard to hysterectomy type (e.g., total vs. subtotal) or surgical technique (vaginal, abdominal, laparoscopic, or combined) (Everson, Matthews, Guzick, Wing, & Kuller, 1995; Gath, Rose, Bond, Day, Garrod, & Hodges, 1995; MacDonald, Klock, & Milad, 1999). Finally, researchers have often failed to document whether patients had hysterectomies with concurrent oophorectomy, and if so, whether they were taking hormone replacement therapy (HRT) and with what kind of regimens (estrogens, estrogens-androgens, etc.). In the overwhelming majority of studies, patients with different hormonal statuses are mixed together and results are not specified for different groups, making interpretation difficult (Poad & Arnold, 1994; Ewert et al., 1995; Martin, Roberts, & Clayton, 1980).

The method of data collection has varied considerably between studies, ranging from physiological measurements of arousal to the review of medical records (see Methodological Problems; Tables 1-4). Data collected through medical notes is dubious in terms of accuracy (Lambden et al., 1997); however, while data collected via physiological measurement is superior, its lack of correlation with subjective reports seems problematic (Bellerose & Binik, 1993). Studies are also often flawed by the use of non-standardized measures and vague outcomes such as “sexual indifference” or “frigidity” (Alexander et al., 1996). Furthermore, relatively crude measures, such as the frequency of sexual relations, are used to estimate sexual functioning (Ferroni & Deeble, 1996). Major variables in sexual functioning such as the capacity, intensity, and quality of arousal and orgasm as well as the location of dyspareunia have been ignored. This may be partly due to the difficulty of designing standardized instruments, but it often shows a lack of awareness of the importance of these variables (Ryan et al., 1989).

Sexual Outcomes

Sexual Interest

The main reasons suggested for a reduction in sexual interest following hysterectomy are hormonal and psychological. Approximately half of hysterectomy patients undergo the surgical removal of their ovaries (oophorectomy), resulting in surgical menopause (Lepine et al., 1997). Even hysterectomy without oophorectomy hastens ovarian failure, thereby leading to earlier menopause (Siddle, Sarrel, &

Whitehead, 1987; Kaiser, Kusche, & Wurz, 1989; Newton & Baron, 1976; Oldenhave, Jaszmann, Everaerd, & Haspels, 1993). The decline of ovarian hormones has been proposed to cause low sexual desire and depressive mood. In addition to hormonal factors, low libido post-hysterectomy has been attributed to such psychological factors as depression and body image impairment (see section below on Psychological Outcomes).

Studies conducted prior to the 1980s documented a post-operative decline in sexual libido in 32-46% of the hysterectomy patients, but these studies were retrospective and uncontrolled (see Table 1) (Chakravarti, Collins, Newton, Oram, & Studd, 1977; Richards, 1974; Craig et al., 1975). Methodologically superior studies with a prospective design suggested increased or unchanged sexual desire (see Table 2) (Gutl et al., 2002; Lambden et al., 1997). For example, Rhodes et al. (1999) found that the percentage of patients who experienced low libido decreased from 10% before to 6% after surgery. However, the number of women experiencing low libido in this study was likely to be smaller than in other studies because of common HRT use and a conservative definition of “low libido” (i.e., desire to have intercourse less than once a month) (Rhodes et al., 1999). Other prospective but uncontrolled studies report an onset of low libido post-hysterectomy in 7-25% of women (Carlson et al., 1994b; Virtanen, Makinen, Tenho, Kiilholma, Pitkanen, & Hirvonen, 1993).

Evidence for the impact of hormonal status on sexual interest comes from controlled studies with either retrospective or prospective designs (see Tables 3 & 4). One of the best studies carefully distinguished between hysterectomy and hysterectomy-oophorectomy as well as estrogen vs. estrogen-androgen replacement, and no HRT (Bellerose & Binik, 1993). According to this retrospective study, oophorectomy patients

on estrogen replacement and untreated oophorectomy patients experienced significantly lower sexual desire than hysterectomy patients with ovarian preservation. These results are concordant with the prospective, randomized trials of Sherwin et al. (Sherwin, Gelfand, & Brender, 1985) and Sherwin and Gelfand (Sherwin & Gelfand, 1985). Others, however, argue that ovarian status, HRT, and testosterone levels in particular are unrelated to sexual desire and sexual functioning (Dennerstein et al., 1977; Galyer, Conaglen, Hare, & Conaglen, 1999; Kuscu, Oruc, Ceylan, Eskicioglu, Goker, & Caglar, 2005). Findings from other prospective and retrospective controlled studies show no effects of hysterectomy on sexual desire (Meston, 2004; Cosson et al., 2001; Zobbe et al., 2004).

In conclusion, there is little evidence to suggest that the removal of the uterus alone causes lowered sexual desire (see Tables 1-4). However, hysterectomy with concurrent oophorectomy and ovarian failure following hysterectomy with ovarian preservation can result in low libido. Furthermore, standard HRT may be insufficient to reproduce the whole spectrum of hormones produced by the ovaries, including testosterone (Zobbe et al., 2004).

Arousal

It has been theorized that hysterectomy reduces sexual arousal due to many mechanisms (Maas, Weijenborg, & ter Kuile, 2003). First, the reduced quantity of tissue resulting from the removal of the uterus and/or cervix and/or upper parts of the vagina reduces pelvic vasocongestion (Meston, 2004). Second, the disruption in the blood circulation to the pelvis may impair an adequate lubrication-swelling response (Cutler,

1988). Third, the formation of scar tissue in the upper part of the vagina may prevent the full ballooning of the vagina, thereby limiting arousal. In addition, cervical mucus is thought to provide an important amount of lubrication during sexual arousal (Levin, 2005). Finally, loss of estrogen and androgen after hysterectomy-oophorectomy and ovarian failure following hysterectomy may lead to vaginal atrophy, dryness, decreased lubrication, and arousal difficulties (Bellerose & Binik, 1993; Meston & Bradford, 2004).

Only four studies have assessed physiological markers of sexual arousal in hysterectomized women (Bellerose & Binik, 1993; Maas, ter Kuile, Laan, Tuijnman, Weijnenborg, Trimbos, & Kenter, 2004; Meston, 2004; Richman & Sarrel, 2004); in addition, four studies have assessed arousal through subjective reports (Poad et al., 1994; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003; Ellstrom et al., 2003). While one uncontrolled retrospective study showed impaired arousal following hysterectomy (Poad et al., 1994), uncontrolled prospective studies suggested positive changes (Rhodes et al., 1999). According to Bellerose and Binik's retrospective study (1993) with multiple control groups, oophorectomized women who were not on HRT appeared especially vulnerable to arousal problems; however, these self-reported difficulties in arousal were not consistent with vaginal psychophysiological measurement. Meston (2004) found lower physiological arousal in hysterectomized women compared to patients with uterine fibroids; however, this difference was not prominent when both groups exercised prior to their assessment, which contrasts with findings from healthy women. The author, therefore, concluded that there was no significant difference in arousal for the two groups.

In a prospective controlled study, Roovers et al. (2003) observed a greater likelihood for arousal/lubrication difficulties to occur after subtotal and total abdominal hysterectomy as opposed to vaginal hysterectomy; however, these differences were not statistically significant. Another prospective controlled study comparing different surgical techniques did not find any within- or between-groups differences pre- and post-hysterectomy (Ellstrom et al., 2003).

Overall, the empirical evidence with regard to changes in sexual arousal due to the removal of the uterus is weak (see Tables 1-4). While the theoretical arguments are persuasive, the topic of sexual arousal post-hysterectomy has been neglected and needs further investigation.

Orgasm

It has been suggested that the uterus and cervix are not necessary for orgasmic functioning (Halttunen, 2004; Weber, Walters, Schover, Church, & Piedmonte, 1999); Masters and Johnson (1966) observed, however, that vaginal muscle contractions were accompanied by rhythmic smooth-muscle contractions of the uterus during orgasm. According to their observation, women should experience reductions in the quality and intensity of orgasm following the removal of this organ (Hasson, 1993; Sloan, 1978; Zussman, Zussman, Sunley, & Bjornson, 1981). In addition to uterine contractions, several authors describe the cervix as important for orgasmic functioning (Whipple, Gerdes, & Komisaruk, 1996). During orgasm, dilation of the cervical os occurs, thereby presumably facilitating conception (Masters & Johnson., 1966). In addition, the vaginal walls have been described as insensitive, but the cervix as sensitive to touch (Kinsey,

Pomeroy, Martin, & Gebhard, 2004). Orgasmic experiences have been differentiated between internal (cervical), external (clitoral), and blended (a combination of internal and external) orgasms (Singer, 1973). Internally-induced orgasms would occur when the penis presses hard and repetitively against the cervix, thereby stimulating nerve endings in the uterovaginal (cervical) plexus of Frankenhauser as well as the vagus nerve (Hasson, 1993; Whipple et al., 1996; Singer, 1973). Some women describe cervical pressure as a trigger mechanism for coital orgasms and were unable to achieve these after total hysterectomy (Zussman et al., 1981; Masters & Johnson, 1966). However, orgasms caused by clitoral stimulation were not affected post-hysterectomy (Zussman et al., 1981; Hasson, 1993; Kilkku, 1983; Kilkku et al., 1983; Kilkku, Gronroos, & Rauramo, 1985; Thakar, Manyonda, Stanton, Clarkson, & Robinson, 1997; Singer, 1973). Singer's typology has not yet received extensive empirical investigation, though, and the role of the cervix in sexual functioning remains virtually unknown (Grimes, 1999; Levin, 2005).

While empirical evidence from retrospective studies suggest an impairment in women's orgasmic response post-hysterectomy (Poad et al., 1994; Seidenschnur, Beck, Uplegger, Werner, & Kolmorgen, 1989), most prospective studies do not support such a decline (Rhodes et al., 1999; Weber et al., 1999; Helstrom, Lundberg, Sorbom, & Backstrom, 1993; Virtanen et al., 1993; Coppen et al., 1981; Martin et al., 1980). However, according to a study by Virtanen et al. (1993), 21% of hysterectomy patients reported decreased orgasmic frequency following total hysterectomy (Virtanen et al., 1993). Moreover, two controlled retrospective studies (Saini et al., 2002; Bellerose & Binik, 1993) support significant differences between women with and without uterus and/or cervix with regard to orgasm. Kilkku et al. (1983) found that the percentage of

women having infrequent orgasm rose from 30% before to 47% after total hysterectomy; there was no such effect in the subtotal group. However, two recent randomized controlled studies comparing total and subtotal hysterectomy did not find significant differences in orgasm between the two groups (Thakar et al., 2002; Zobbe et al., 2004).

Overall, postoperative changes in the frequency, intensity, and quality of orgasm have not been adequately assessed, which may be partly due to the lack of reliable and valid measures (see Tables 1-4) (Mah & Binik, 2001; Mah & Binik, 2002). While hysterectomy seems to have no systematic negative effect on orgasmic potential in most women, a subgroup of 15-25% appears to experience adverse changes in the frequency of orgasm (Bellerose & Binik, 1993; Cosson et al., 2001; Farquhar et al., 2002; Rhodes et al., 1999; Weber et al., 1999).

Frequency of Intercourse

Some authors have argued that uterine pathology reduces coital frequency and that frequency of intercourse would dramatically increase after a hysterectomy. It has even been proposed that increased sexual activity would be the strongest evidence for an improvement in women's sexual functioning and enjoyment (Rhodes et al., 1999). However, sexual frequency could sometimes relate more to the absence of pelvic pain, bleeding, and the partner's libido.

Some retrospective uncontrolled studies suggest a decline in sexual frequency following the removal of the uterus in up to 40% of women (Chakravarti et al., 1977; Poad et al., 1994; Saini et al., 2002; Seidenschnur et al., 1989; Utian, 1975), while prospective uncontrolled studies support increased or unchanged activity (Clarke et al.,

1995; Gutl et al., 2002; Lambden et al., 1997). For example, in a comprehensive prospective study without control groups, the percentage of women engaging in sexual relations increased significantly from 71% pre- to 78%, but 10-15% stopped sexual relations or developed a sexual problem post-surgery (Rhodes et al., 1999). Studies with control groups strongly suggest no change in sexual activity when assessed retrospectively (Nathorst-Boos, Fuchs, & von Schoultz, 1992a; Ayoubi et al., 2003; Cosson et al., 2001; Ferroni et al., 1996; Nathorst-Boos & von Schoultz, 1992b), but an increase when assessed prospectively (Thakar et al., 2002), regardless of the type of surgery (i.e., total or subtotal hysterectomy). In another controlled prospective study, Roovers et al. (Roovers et al., 2003) reported that the frequency of sexual relations remained unchanged pre- to post-assessment for all three surgeries, i.e., total vaginal, total abdominal, or subtotal abdominal hysterectomy.

In conclusion, the available evidence does not support reduced sexual frequency after hysterectomy (see Tables 1-4). However, it is not clear whether sexual frequency remains the same or increases. Surprisingly, the direct association between coital frequency and sexual functioning in women undergoing hysterectomy is actually quite weak: sexual frequency appears unrelated to sexual enjoyment, desire, orgasmic ability, vaginal lubrication, or dyspareunia (Clarke et al., 1995; Dennerstein et al., 1977; Galyer et al., 1999). However, women who have a low frequency of intercourse pre-hysterectomy, defined in this case as less than once a month, tended to have worse sexual outcomes (Dennerstein et al., 1977). There also seems to be a small subgroup of women who stopped being sexually active postoperatively, which needs to be further examined (Rozenman & Janssen, 2000; Rhodes et al., 1999).

Global Sexual Functioning

Hysterectomy can theoretically lead to changes in any stage of the sexual response cycle such as sexual interest, arousal, and orgasm. The hysterectomy literature tends to lump the different parts of the sexual response cycle together and labels them globally as “sexual functioning”, “sexual well-being”, etc. Recent survey data suggests that the prevalence of global sexual dysfunction among women in the US is approximately 40% (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Though many of these women have had hysterectomies, there is little evidence to support any broad negative association between sexual well-being and hysterectomy.

According to retrospective studies published from the 1970's to early 1990's, estimates of the percentage of hysterectomized women who experienced impairments in sexual functioning ranged from 10-53% (Chakravarti et al., 1977; Craig et al., 1975; Darling & McKoy-Smith, 1993; Dennerstein et al., 1977; Gath et al., 1982; Huffman, 1950). While prospective studies suggested unchanged or improved sexual functioning, post-surgical deterioration of sexual functioning was documented in a subgroup of 10-22% (Clarke et al., 1995; Gutl et al., 2002; Helstrom et al., 1993; Naughton & McBee, 1997; Weber et al., 1999). With regard to controlled studies, only one recent retrospective study suggested a decrease in global sexual functioning following hysterectomy compared to healthy controls (Bellerose & Binik, 1993); while another controlled retrospective study showed no such difference (Rannestad et al., 2001).

Two controlled prospective studies included a random assignment of patients with uterine pathology to either hysterectomy or a uterus-preserving intervention and also

showed no significant difference between the groups on global sexual functioning (Alexander et al., 1996; Kuppermann, Varner, Learman, Ireland, Vittinghoff, Stewart, Lin, Richter, Showstack, Hulley, & Washington, 2004). In addition, randomized controlled studies did not support differences between total or subtotal approaches in global postoperative sexuality (Thakar et al., 2002; Zobbe et al., 2004). However, in one prospective controlled study more than half of patients reported persistent sexual problems postoperatively and a quarter developed new sexual problems, regardless of surgical technique (Roovers et al., 2003). Ayoubi et al. (2003) in a retrospective controlled study also reported that approximately 20% of their sample showed deteriorations in sexual functioning post-surgery, especially after abdominal hysterectomy (24%) as compared to the vaginal (14%) and laparoscopic (9%) groups.

In conclusion, research findings with regard to general sexual functioning are difficult to interpret. Recent prospective studies show that for the overwhelming majority of patients, hysterectomy had no effect or positive effects on the sex life of patients (see Tables 2 & 4), though a subgroup of 10-25% may develop a sexual problem after surgery (Ayoubi et al., 2003; Dragisic & Milad, 2004; Maas et al., 2003; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003). There are preliminary reports suggesting greater sexual impairments following abdominal hysterectomy as compared to other approaches, but definite conclusions are not yet possible.

Pain Outcomes

Dyspareunia and Pelvic Pain

Estimates of the prevalence of pelvic pain and dyspareunia in patients with uterine problems range from 40-75%, despite the fact that only a fraction of these patients bring up the subject of painful intercourse and receive a diagnosis (Ayoubi et al., 2003; Lambden et al., 1997; Rhodes et al., 1999; Poad et al., 1994). In theory, the removal of a diseased uterus should relieve dyspareunia and pelvic pain. However, scarring in the pelvic region may also result in postoperative pain. In addition, the removal of an organ that causes pain does not necessarily reduce pain sensation (e.g., phantom limb pain) (Dorpat, 1971).

Hysterectomy with concurrent oophorectomy and ovarian failure following hysterectomy may lead to postmenopausal symptoms (e.g., vaginal dryness) that have been linked to dyspareunia (Bachmann, 1990a). Painful intercourse may also result from possible scarring, narrowing, and shortening of the vagina during the removal of the cervix and uterus during total hysterectomy (Amias, 1975; Craig et al., 1975; Darling et al., 1993; Hasson, 1993; Munro, 1997; Newton et al., 1976; Sloan, 1978). Masters and Johnson (1970) stated that “dyspareunia results from thoughtless surgical technique.... Deep thrusting by the husband against scar tissue may lead to pain during intercourse months or even a year after surgery.” Few studies have actually evaluated vaginal length following hysterectomy; but in some cases, the hysterectomy resulted in a vaginal shortening of 1-4 cm, which interfered with intercourse (Aumeerally et al., 1996).

Research findings are mixed with regard to dyspareunia. Two retrospective uncontrolled studies reported lower incidences post-hysterectomy (Ewert et al., 1995; Schofield, Bennett, Redman, Walters, & Sanson-Fisher, 1991), while two other studies reported higher incidences of dyspareunia (Chakravarti et al., 1977; Seidenschmur et al., 1989). Chakravarti et al. (1977), for example, states that 38% of hysterectomy-oophorectomy patients reported dyspareunia postoperatively. In prospective studies, however, the percentage of women who experience dyspareunia decreased significantly from 40-56% to 10-18% after hysterectomy (Ayoubi et al., 2003; Gutl et al., 2002; Helstrom et al., 1993; Rhodes et al., 1999; Virtanen et al., 1993). However, Lambden et al. (Lambden et al., 1997) indicated that 14% of study participants reported worsened dyspareunia post-hysterectomy despite pain improving for the majority.

Little attention has been paid to dyspareunia outcomes of various surgical techniques. Subtotal hysterectomy was sometimes found to reduce dyspareunia to a larger extent than total hysterectomy (Kilkku et al., 1983). Furthermore, laparoscopic and vaginal techniques were found to significantly decrease dyspareunia, whereas the abdominal hysterectomy was not as effective (Ayoubi et al., 2003). However, others reported the same outcomes in terms of dyspareunia for different surgical techniques (El Toukhy, Hefni, Davies, & Mahadevan, 2004).

With regard to pelvic pain in general, retrospective uncontrolled studies suggest that hysterectomy generally relieves pelvic pain; however, the pain persists in up to 22% of cases (Stovall et al., 1990). In many uncontrolled prospective surveys, patients report significant pain relief (Clarke et al., 1995; Gutl et al., 2002; Hillis, Marchbanks, & Peterson, 1995; Kjerulff et al., 2000; Lambden et al., 1997; Rhodes et al., 1999). Yet,

according to one prospective study, pelvic pain was also found to persist in approximately 40% of cases posthysterectomy (Farquhar et al., 2002). Studies with control groups suggest that uterus-preserving procedures can be as effective as hysterectomy in relieving pelvic pain (Alexander et al., 1996; Carlson et al., 1994b). Conservative treatments may therefore be warranted as the initial treatment for pelvic pain, especially in individuals with milder symptoms (Naughton & McBee, 1997).

In conclusion, the evidence suggests that dyspareunia and pelvic pain significantly decrease after hysterectomy. The overall rate, however, might still be elevated compared to women with intact and healthy uteri (see Tables 1-4). Pelvic pain may decrease to a greater extent after subtotal, laparoscopic, or vaginal surgery as opposed to the abdominal approach, but these findings need to be further documented (Gutl et al., 2002). Overall, there has been a lack of attempts to specify location, intensity, and quality of pain. It is plausible that patients with deeper pelvic pain might derive greater gains from hysterectomy than patients with superficial pain. The fact that one third of all hysterectomy patients show significant impairments in their daily functioning due to pelvic pain before surgery illustrates the importance of further research (Steege, 1997).

Psychological Outcomes

Depression

Depression has been cited as the most common psychiatric risk after hysterectomy (Naughton & McBee, 1997). Hysterectomy was thought to cause depression because of the perceived loss of feminine self-image, strength, and self-esteem, as well as feelings of deformation, mutilation, and the mourning of the loss of child-bearing capacity (Nathorst-Boos et al., 1992a; Polivy, 1974). Bachmann (Bachmann, 1990a) has summarized the symbolic meanings of the uterus: femininity, child-bearing, sexuality, strength, vitality, youth, attractiveness, competency, regulation of body processes, and control of the rhythm of life (Schanzer, 1993; Sloan, 1978). The wish for future children is correlated to post-hysterectomy depression, independent of whether or not the woman had borne children (Kaltreider, Wallace, & Horowitz, 1979).

Richards coined the term “post-hysterectomy syndrome” in the 1970's when he reported that 70% of hysterectomy-oophorectomy patients met the criteria for depression, compared to 30% of women in a surgical control group. One third of hysterectomy-oophorectomy patients under the age of 45 also reported low sexual interest in his study (Richards, 1974). Further evidence supporting the occurrence of depressed mood due to oophorectomy came from a double-blind, cross-over study by Sherwin et al. (1985). Hysterectomized and oophorectomized women who received androgens, estrogens, or a combination of both attained lower scores on depressed mood than the placebo group.

It is probably due to the fact that initial research on psychosexual outcomes of hysterectomy suggested higher rates of depression following hysterectomy-

oophorectomy that depression was commonly cited as a negative outcome (Chakravarti et al., 1977; Meikle, Brody, & Pysh, 1977). In the light of recent prospective studies, there is no evidence to conclude that hysterectomy is associated with psychiatric illness or depression (Carlson, Miller, & Fowler, 1994a; Clarke et al., 1995; Ellstrom et al., 2003; Everson et al., 1995; Kjerulff et al., 2000; Lambden et al., 1997; Schofield et al., 1991). This may be partially due to the availability of HRT following hysterectomy-oophorectomy, even though in many studies a subgroup of (surgically) menopausal women did not receive HRT. An episode of depression following hysterectomy was documented in approximately 10% of women; but it is unlikely that depression was caused by hysterectomy because depression rates in control or hysterectomy groups have been similar (Carlson et al., 1994a; Ferroni et al., 1996).

Overall, there is little evidence suggesting hysterectomy without oophorectomy causes depression (see Tables 1-4). However, psychological factors, such as pre-surgical depression and anxiety or post-menopausal changes, might put women at greater risk for negative psychosexual outcomes (Dennerstein et al., 1977; Rhodes et al., 1999).

Body Image / Femininity / Self-Perception

Scarring following abdominal hysterectomy can be interpreted as a form of mutilation and may result in impaired body image (Gutl et al., 2002). The loss of the uterus can also be perceived as a loss of femininity and vitality (Polivy, 1974; Sloan, 1978). These psychological issues are important as they may be connected to sexual and pain outcomes of hysterectomy. Even though these ideas have existed for decades, concepts related to body image, femininity, or self-perception received little empirical

research attention with regard to hysterectomy. It has been documented that women's sexual self-views predicted post-surgical sexual dysfunction (Andersen, 1999). While uncontrolled studies have neglected to take body image into account, findings from controlled studies are inconclusive (see Tables 1-4). One retrospective controlled study suggests that hysterectomized women experienced impaired body image compared to women with intact uteri (Bellerose & Binik, 1993); however, other prospective controlled studies showed no difference between those who underwent hysterectomy or conservative treatment (Alexander et al., 1996; Carlson et al., 1994b). A recent comparison between different surgical techniques documented that poor perception of body image was three times more common following abdominal as compared to laparoscopic hysterectomy – which involves less scarring (Ayoubi et al., 2003). Another recent prospective controlled study found that approximately 90% of women felt physically unattractive because of the scars following abdominal hysterectomy and that 25% of patients would not elect to undergo an abdominal hysterectomy again vs. 11% in the vaginal group (Gutl et al., 2002). All in all, the evidence regarding changes in body image perception, femininity, and self-perception is ambiguous, but there is some preliminary data suggesting impairments in body image post-hysterectomy, specifically with regard to abdominal surgery.

Global Psychological Functioning

Early psychiatric theories have associated general psychopathology in women to the uterus and/or uterine pathology (Schanzer, 1993; Sloan, 1978). The removal of the uterus was thought to either a) enhance global psychological functioning, or b) cause

psychiatric disorders, mainly depression. Retrospective studies are inconclusive with regard to postoperative psychological functioning, while several prospective studies suggest increased or unchanged functioning (Kjerulff et al., 2000). A research team in Great Britain conducted a series of prospective studies on psychological outcomes of hysterectomy using standardized psychiatric interviews (Gath et al., 1982; Gath et al., 1995; Osborn & Gath, 1990). In the first study, they observed that the majority of patients had a psychiatric disorder before surgery (58%), whereas the number was significantly reduced post-operatively (26%) (Gath et al., 1982). However, psychiatric disorders were much less prominent in the second study (28% pre- vs. 7% post-operatively) (Osborn et al., 1990). In their most recent study, they suggested that the prevalence of psychiatric disorders was much lower than previously thought and that hysterectomy had no effect on psychiatric disorders (4% pre and post-operatively) (Gath et al., 1995). At this point, it is difficult to determine the reasons for these contradictory results. In all three studies, instruments and sample characteristics were similar; additionally, ratings from the spouse of the patient were used for cross-validation. The changes over the past decades in the psychological profile of patients may reflect a reduced tendency of health professionals to treat psychological and psychiatric symptoms with hysterectomy. Studies with control groups suggest no difference in psychological functioning between hysterectomy patients and controls (Ellstrom et al., 2003; Ferroni et al., 1996; Rannestad et al., 2001). Therefore, there appears to be no evidence that the uterus or its removal causes or relieves psychopathology (see Tables 1-4).

Conclusions and Future Directions

Fifteen years ago, Bachmann (1990b) advocated more psychosocial research on hysterectomy by stating that the patient's "...informed consent is of critical importance because not only does this operation carry the operative morbidity and mortality that other surgical procedures have, but also alters the genital anatomy of the patient and in so doing may carry detrimental psychosexual consequences for some patients" (p.41). To date, empirical evidence does not support any broad adverse effects of hysterectomy on women's psychosocial functioning (Rannestad et al., 2001). Positive outcomes of hysterectomy include decreases in chronic pelvic pain and pain during intercourse as well as the elimination of menstrual pain and dysfunctional uterine bleeding (Farquhar et al., 2002; Ferroni et al., 1996; Katz, 2003). However, hysterectomy may sometimes result in new symptoms related to pain, sexual dysfunction, and psychological distress, as well as in long-term adverse effects related to ovarian failure (Carlson et al., 1994b; Rhodes et al., 1999). Predictors for positive psychosexual outcomes of hysterectomy were high levels of preoperative sexual functioning, orgasmic capacity, coital frequency, frequency and cyclicity of sexual desire, as well as the quality of the partner relationship. Negative predictors were menopausal hormonal changes, reduced physical and emotional well-being, depression, anxiety, and life stressors (Darling et al., 1993; Dennerstein et al., 1977; Gutl et al., 2002; Helstrom et al., 1993; Helstrom, 1994; Rhodes et al., 1999).

There are multiple directions for future research. The continuing findings that hysterectomy results in some form of psychosexual or psychosocial impairment in 10-20% of patients warrants further investigation (Ayoubi et al., 2003; Cosson et al., 2001;

Farquhar et al., 2002; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003; Roussis, Waltrous, Kerr, Robertazzi, & Cabbad, 2004; Thakar et al., 2002; Weber et al., 1999). So do the claims that one type of surgery (e.g., laparoscopic or subtotal hysterectomy) is superior to others. It is possible that many of the suspected negative consequences of hysterectomy may be related to the natural aging process rather than proposed post-surgical complications; this demonstrates the importance of conducting research with appropriate control groups. In addition to further quantitative research, qualitative changes in sexual arousal and orgasm should be investigated. Finally, future studies of dyspareunia and chronic pelvic pain should carefully document the location, intensity, and quality of the pain. Such research will help women and their health care providers make more informed choices about whether to undergo hysterectomy or consider alternative treatment options.

Author note:

This research was supported by a *Canadian Foundation for Women's Health* grant to N. Flory and a *Canadian Institutes of Health Research* grant to Y. M. Binik. This paper stands in partial fulfillment of N. Flory's Ph.D. requirements and received the *Student Research Award* from the *Society of Sex Therapy and Research* in 2005.

Transition Text

The preceding paper reviewed literature on the effects of hysterectomy, focusing on sexual, pain, and psychological outcomes. While recent empirical research findings with regard to sexual functioning, pain, and psychological functioning did not support any broad detrimental effects of hysterectomy, evidence suggested that this surgery did lead to psychosocial impairments in 10-20% of women (Ayoubi et al., 2003; Cosson et al., 2001; Farquhar et al., 2002; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003; Roussis et al., 2004; Thakar et al., 2002). Continuing claims that hysterectomy results in some form of adverse outcomes such as sexual dysfunction, pelvic pain problems, or psychological difficulties deserve investigation. Further research is also necessary in order to establish to what extent hysterectomy affects different psychosocial variables such as sexual drive, sexual arousal, orgasm, sexual behavior, dyspareunia, body image, and psychological symptoms. In addition, pain outcomes with regard to location, situation, intensity, and quality of different symptoms warrant documentation. Finally, the first part of the thesis argued that future research should address whether different kinds of surgical approaches such as subtotal hysterectomy, in which the cervix is preserved, provide any advantage over conventional total hysterectomy, in which both uterus and cervix are removed.

In the past three years, three randomized controlled trials comparing the psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy have been published (Kuppermann et al., 2005; Thakar et al., 2002; Zobbe et al., 2004). Thakar et al. (2002) conducted the first randomized controlled trial comparing the two surgeries in Britain, Zobbe et al. (2004) conducted a second trial in Denmark, and Kuppermann et al. (2005)

conducted a third study in the United States. The procedures performed in these three randomized trials were all abdominal hysterectomies. With regard to sexual outcomes, Thakar et al. (2002) reported that overall sexual functioning significantly improved, while orgasmic experience remained the same for both randomized groups. In this study, however, women who were not sexually active on any of the assessments times were excluded from the trial, perhaps reducing the number of women experiencing adverse effects of surgery. Of this British sample, 10-20% of participants stopped being sexually active after hysterectomy (Thakar et al., 2002). Zobbe et al. (2004) found that sexual desire, orgasm, frequency of intercourse, and global sexual functioning did not significantly change after surgery, regardless of cervical retention. In addition, it was found the experience of “vaginal orgasms” was unchanged; however, the definitions of different orgasms were less clear, so was the finding that hormone replacement therapy was inversely related to sexual satisfaction. In the most recent study, Kuppermann et al. (2005) found that sexual problems were significantly reduced after hysterectomy with no significant difference between the total and subtotal group. The authors concluded that hysterectomy “dramatically” improved sexual functioning; however, this conclusion may be premature as many of the assessments used in the study were not well-established measures.

The risks and benefits of cervical removal also need a careful evaluation with regard to pain outcomes. Thakar et al. (2002) found no significant difference in post-operative pelvic pain between subtotal and total hysterectomy, which was supported by findings of trials conducted in the United States (Learman et al., 2003) and Denmark (Gimbel, Zobbe, Andersen, Gluud, Ottesen, & Tabor, 2005). The Danish study also

found that that deeper dyspareunia was significantly reduced after hysterectomy, with comparable outcomes for both total and subtotal hysterectomy (Zobbe et al., 2004). Furthermore, there is also evidence from a randomized controlled trial comparing hysterectomy with uterus-preserving treatments that hysterectomy resulted in a greater pain relief for benign gynecological conditions than medication (Learmann et al., 2004). Finally, Kuppermann et al. (2005) found no significant differences between total abdominal and subtotal abdominal hysterectomy in terms of body image and overall psychological functioning which overlaps with other findings that hysterectomy, regardless of cervical removal, resulted in positive psychological outcomes (Thakar et al., 2004). In conclusion, total and subtotal hysterectomy through abdominal surgery seemed comparable in their psychosocial outcomes. However, to what extent non-abdominal hysterectomy approaches effected sexual functioning, dyspareunia, and body image requires further investigation.

In the following paper, findings from our randomized controlled trial comparing total and subtotal hysterectomy will be presented. To our knowledge, this is the first randomized controlled study comparing the two procedures performed via laparoscopic surgery. Laparoscopic hysterectomy involves small incisions in the abdomen wall (and the vagina, if the cervix is removed), whereas abdominal hysterectomy is conducted through bigger incisions in the abdominal wall. While the previous three randomized controlled trials on total and subtotal hysterectomy included a mix of premenopausal and postmenopausal women, the women in our study were all premenopausal. In addition to the two hysterectomy groups, our RCT, is the first to include two control groups of non-hysterectomized women. The first control group underwent minor gynecological surgery

through laparoscopy and the second served as a healthy control group undergoing no surgery. Furthermore, our study addressed several methodological issues that were previously raised. In order to enhance reliability and validity of measurements, psychosocial outcomes were recorded through different modes of assessment, i.e., standardized questionnaires, semi-structured interviews, and standardized gynecological examinations. However, our study only included a 6-7 month follow-up, a limitation compared to the other randomized controlled trials that had at least a one-year follow-up.

**The Psychosocial Outcomes of Total and Subtotal Hysterectomy:
A Randomized Controlled Trial**

Nicole Flory, M.A., François Bissonnette, M.D., FRCP (c),
Rhonda T. Amsel, M.S., & Yitzchak M. Binik, Ph.D.

From the Department of Psychology (N.F., R.T.A, Y.M.B), McGill University, Montréal, Québec, Canada; Department of Obstetrics and Gynecology (F.B.), Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal, Québec, Canada; Sex and Couple Therapy Service (Y.M.B.), Department of Psychology, McGill University Health Center (Royal Victoria Hospital), Montréal, Québec, Canada.

Abstract

Objective: To investigate the psychosocial effects of hysterectomy by examining sexual, pain, and psychological outcomes of total versus subtotal hysterectomy in a randomized controlled trial. There is currently controversy concerning possible detrimental psychosocial effects of hysterectomy and whether subtotal as opposed to total hysterectomy mitigates these effects.

Methods: Patients suffering from benign gynecological conditions were randomly assigned to one of two experimental groups; a) total hysterectomy, i.e., laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (TOT, N=32), or b) subtotal hysterectomy, i.e., supra-cervical laparoscopic hysterectomy (SUB, N=31). Both groups were premenopausal and underwent hysterectomy without concurrent oophorectomy. Two premenopausal control groups, a) minor gynecological surgery (SURG-CON, N=30) and b) healthy non-surgical controls (NORM-CON, N=40) were also tested. All surgical groups were assessed 2-3 weeks before surgery and then 6-7 months afterward; the non-surgical control group was assessed at the time of recruitment and 6-7 months later. Assessments included semi-structured interviews, standardized questionnaires, and standardized gynecological examinations.

Results: For the TOT group, sexual drive, arousal, and sexual behavior significantly improved post-operatively. For the SUB group, sexual behavior and overall sexual functioning significantly improved. For both TOT and SUB groups, unprovoked pain in

the abdomen and pain in the abdomen during gynecological examinations was significantly reduced. For both TOT and SUB groups, overall psychological functioning did not significantly change post-operatively. Although between 3-16% of women undergoing hysterectomy reported adverse changes in psychosocial well-being after surgery, similar percentages of women in the control groups reported such effects.

Conclusion: Hysterectomy resulted in a consistent reduction in abdominal pain, some improvement in sexual functioning, but no change in overall psychological functioning. There was no evidence supporting the idea that subtotal hysterectomy produces more favorable psychosocial outcomes than total hysterectomy nor was there any evidence that either type of hysterectomy results in adverse effects.

Keywords: total / subtotal hysterectomy, sexual, pain, psychological.

Abbreviations: **RCT** = randomized controlled trial, **TOT** = “total” laparoscopic assisted vaginal hysterectomy; **SUB** = “subtotal” supra-cervical laparoscopic hysterectomy; **HYS** = hysterectomy groups; **CON** = control groups; **SURG-CON** = surgical controls; **NORM-CON** = normal controls; **Time 1** = 2-3 weeks before surgery; **Time 2** = 6-7 months after surgery.

Introduction

Every year more than 600,000 women in North America undergo a hysterectomy, making this the most frequent non-obstetric surgery among reproductive-aged women (Farrell et al., 2000; Lepine et al., 1997; Ryan et al., 1989; Torpy et al., 2004). While cancer accounts for one tenth of all hysterectomies performed, the majority of patients undergo hysterectomy for benign gynecological conditions, such as endometriosis, uterine fibroids, and dysfunctional uterine bleeding (Lepine et al., 1997; Coulter et al., 1988; Rannestad et al., 2001). These conditions may often cause significant sexual problems, dyspareunia (pain during intercourse), chronic pelvic pain, and psychological difficulties (Steege, 1997; Katz, 2003). However, the effectiveness of hysterectomy in relieving these problems has been controversial (Rhodes et al., 1999; Ayoubi et al., 2003; Cosson et al., 2001; Farquhar et al., 2002; Gutl et al., 2002; Williams, 1999). With the new uterus-sparing treatment options such as drug treatments, endometrial ablation, and fibroid embolization, the appropriateness of hysterectomy has been questioned (Broder et al., 2000; Cutler, 1988; Tulandi & Levy, 2003). In cases where hysterectomy is considered the best treatment option for benign conditions, there is debate concerning whether subtotal hysterectomy, in which the cervix is preserved, has any advantage over total hysterectomy, in which both the cervix and the uterus are removed (Kilku et al., 1983; Roovers et al., 2003; Saini et al., 2002; Thakar et al., 2002; Virtanen et al., 1993; Zobbe et al., 2004; Johns, 1997; Munro, 1997; Scott, Sharp, Dodson, Norton, & Warner, 1997).

The available data concerning the effects of hysterectomy on sexual functioning, pain, and psychological functioning is contradictory (Farrell et al., 2000; Meston & Bradford, 2004). Empirical evidence from earlier retrospective studies suggested negative psychosocial effects of hysterectomy (Chakravarti et al., 1977; Seidenschnur et al., 1989; Poad et al., 1994); however, these retrospective studies were flawed because they typically relied on self-reports years after hysterectomy. Recent prospective studies of hysterectomy found significant improvements in sexual functioning, reductions in pain, and improved psychological functioning for the majority of patients. These studies, however, have probably overestimated improvement by typically comparing post-operative outcomes with psychosocial functioning at the day or time of surgery (Flory et al., 2005).

Despite the generally reported positive psychosocial outcomes in prospective studies, a subgroup of women (10-20%) reported adverse effects following hysterectomy (Ayoubi et al., 2003; Clarke et al., 1995; Farquhar et al., 2002; Gutl et al., 2002; Helstrom et al., 1993; Naughton & McBee, 1997). These observed changes included a variety of symptoms such as reduced sexual interest, arousal difficulties, reduced orgasmic intensity and frequency, but also increased pain symptoms, and elevated psychological difficulties. The inclusion of women with healthy uteri in a control group could possibly reconcile some of the contradictory results, by providing estimates for a) the impact of surgery to the pelvis, b) the impact of uterine disease on psychosocial functioning, and c) premorbid functioning of women with intact reproductive organs. However, only three retrospective and one prospective study have included control groups of women with intact uteri and

produced mixed findings (Bellerose & Binik, 1993; Darling et al., 1993; Ferroni et al., 1996; Rannestad et al., 2001).

The psychosocial deterioration reported in some studies have been explained in a variety of ways (Flory et al., 2005). Many authors have proposed that the uterus and cervix play an important role in women's sexual functioning, in particular with regard to arousal and orgasm (Grimes, 1999; Hasson, 1993; Kilkku, 1983; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953; Masters & Johnson, 1966; Singer, 1973; Sloan, 1978; Whipple et al., 1996; Zussman et al., 1981). Patients may develop pain symptoms post-operatively due to scarring of the pelvis or dyspareunia resulting from narrowing or shortening of the vagina (Amias, 1975; Aumeerally et al., 1996; Craig et al., 1975; Darling et al., 1993; Hasson, 1993; Munro, 1997; Newton et al., 1976; Stovall et al., 1990). Finally, depression has been cited as the most common psychiatric risk in the earlier hysterectomy literature (Bachmann, 1990b; Bachmann, 1990a; Carlson et al., 1994a; Gath et al., 1995; Nathorst-Boos et al., 1992b; Naughton & McBee, 1997; Schanzer, 1993), while impaired body image has been reported as a psychological difficulty in more recent trials (Ayoubi et al., 2003; Bellerose & Binik, 1993; Gutl et al., 2002).

The prospective, longitudinal, randomized, and controlled study reported here investigated to what extent hysterectomy affected sexual functioning, pain, and psychological functioning. It was hypothesized that before surgery (at Time 1), the hysterectomy groups would experience reduced psychosocial functioning compared to the control groups due to impaired sexual functioning, greater pain, and impaired psychological functioning. After surgery (at Time 2), it was predicted that the

hysterectomy groups would experience a significant improvement in psychosocial functioning, but would not completely “catch up” to the controls groups in terms of sexual, pain, and psychological outcomes. Furthermore, it was hypothesized that total hysterectomy would produce less favorable sexual, pain, and psychological outcomes compared to subtotal hysterectomy.

Methods

Design

Our study was part of a larger research project that also focused on the biomedical aspects of total versus subtotal hysterectomy. This project consisted of a prospective RCT of hysterectomy patients who underwent either a) total hysterectomy, or b) subtotal hysterectomy; both conducted via laparoscopy with ovarian preservation. We added two control groups of premenopausal women with intact uteri to the design: a) a surgical control group and b) a control group of healthy women. The surgical control group, i.e., laparoscopy for minor gynecological interventions was included in order to partially control for the effects of pelvic surgery through laparoscopy. The non-surgical control group of women with intact reproductive organs provided a baseline of psychosexual functioning.

Participants

This study was reviewed and approved by the Medical Institutional Review Board of McGill University and the Ethics Committee of St. Luc Hospital, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); written consent was obtained from all study participants. All participants had to meet the following general inclusion criteria: a) 18-55 years of age, b) pre-menopausal, c) fluency in French language. Exclusion criteria for all participants constituted a) prior oophorectomy, b) history of uterine prolapse, c) previous chemotherapy, or d) neoplasia in the uterus or the cervix. Participants in the two hysterectomy groups underwent surgery for benign gynecological conditions such as endometriosis, uterine fibroids, abnormal bleeding, or pelvic pain. Women in the control groups were also required to have intact uteri and could not be pregnant. Participants in the surgical control group underwent laparoscopy for benign gynecological conditions such as tubal ligation or diagnostic purposes. Women in the “healthy” non-surgical control group had to meet the following exclusion criteria: a) no acute disease or chronic illness, b) no abdominal, pelvic, or genital pain except typical menstrual pain.

Procedure

Surgeons at a university teaching hospital screened and recruited potential study participants for the two hysterectomy groups. The surgical control group was recruited through gynecologist referrals at the same hospital. Healthy women were recruited via gynecologist referrals or from local media announcements. All surgical groups were tested 2-3 weeks before (Time 1) and then 6-7 months after surgery (Time 2); the non-surgical group was assessed at the time of recruitment and 6-7 months later. Participants

underwent a semi-structured interview and completed questionnaires during one 60-90 minute session led by a trained female interviewer at both assessment times (Time 1 & Time 2). During the interviews, participants responded to questions concerning their socio-demographic status, medical history, general well-being, pain, and sexual functioning. Hysterectomy patients did not receive any financial compensation for their participation in the study; surgical and healthy controls received a reimbursement of \$60.

In the RCT, hysterectomy patients underwent either a total hysterectomy, i.e., laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, or subtotal hysterectomy, i.e., supra-cervical laparoscopic hysterectomy. The surgeons preserved the ovaries in both types of surgery. Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (TOT) is a simulation of abdominal hysterectomy, but performed via laparoscopic instruments in order to deliver the uterus vaginally. Supra-cervical laparoscopic hysterectomy (SUB) constitutes another recent technique simulating the Doderlein hysterectomy in which only the uterine body vasculature and ligaments are ligated and cut laparoscopically. The uterine body is then amputated and removed using a morcellator laparoscopically while the cervical stump is preserved (for detailed descriptions see Rock & Jones, 2003).

Women were assigned to either total or subtotal hysterectomy via a 50/50 computer-generated block randomization (Microsoft Excel 2000) with a block size that randomly varied between 4 and 12 to reduce the potential to predict treatment allocation. The treatment assignment was centrally administered and concealed in consecutively numbered opaque envelopes. Envelopes were attached to the patient chart after the participants in the hysterectomy groups had signed their consent forms. The surgeons performing the surgery opened the envelopes at the time of surgery in order to know

which of the two surgeries to conduct. Over 90% of surgeries in this trial were performed by one surgeon (F.B.).

Outcome Measures

Sexual functioning, pain, and psychological functioning were assessed through standardized questionnaires, interviews, and gynecological examinations. Sexual drive, sexual arousal, orgasm, sexual behavior, and overall sexual functioning were recorded via the Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF) (Derogatis, 1997) at Time 1 and Time 2. The DISF was used for this study because it is a well known and standardized measure of sexual functioning. It had the additional advantage that women without a sexual partner could respond to most questions (19 out of 25). Furthermore, orgasmic intensity and quality were assessed via the Orgasm Rating Scale (Mah & Binik, 2002). In addition, at the Time 2, interview participants were asked to rate any changes in different areas of sexual functioning since the last interview (Time 1). The changes could be positive (+1 to +5), negative (-1 to -5), or zero (indicating no change); negative changes representing reductions in sexual desire, sexual arousal, capacity to have orgasm, intensity of orgasm, and frequency of intercourse were tabulated as adverse effects.

The location and intensity of pain were assessed via the structured interviews at Time 1 and Time 2. Pain intensity was rated by the patients ranging on a Likert scale from 0 (no pain at all) to 10 (worst pain ever felt) for different situations (without external provoking stimulation, or during gynecological examinations, urination, bowel movements, menstruation, tampon use, and sexual intercourse) and for different locations (vulva, vagina, and abdomen). Participants also completed the McGill Pain Questionnaire

(MPQ) (Melzack, 1975) at Time 1 and Time 2 in which they reported overall pain ratings for all indicated situations and locations. Only pain reports with a prevalence of more than 10% for the hysterectomy groups were analyzed. The number of painful sexual encounters per month was assessed via the structured interviews. In addition to these assessments, hysterectomy patients underwent standardized gynecological examinations before and after surgery. During these examinations, the gynecologist bimanually palpated the following anatomical locations: vulva, vagina, cervix, anterior and posterior cul de sac, and the abdominal region corresponding to the right and left ovary. The patient was asked to rate the intensity of pain (on a scale of 0 to 10) for each anatomical area. Changes in pain were also reported at the Time 2 interview as positive (+1 to +5), negative (-1 to -5), or zero (indicating no change); increases in pain or new occurring pain were tabulated as adverse effects.

The following psychological variables were assessed at Time 1 and Time 2: depressive and other psychological symptoms were reported via the Beck Depression Inventory (Beck, Brown, & Steer, 1996) and the Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1979); body image, body satisfaction, and sexual self-image were assessed via the Sexual Self Schema (Andersen & Cyranowski, 1994) and the Body Esteem Scale (Mendelson, Mendelson, & White, 2001). Finally, during the follow-up interview (Time 2) participants were asked about possible changes in different aspects of their psychosocial functioning since the last interview. Changes on these psychosocial variables (i.e., feelings of femininity, attractiveness) could be positive (+1 to +5), negative (-1 to -5), or zero (indicating no change); the presence of negative changes was reported as adverse effects.

Data pertaining to sociodemographic information (age, years of education, number of children, and relationship status) and medical history was collected through semi-structured interviews. Patients were asked to rate their general health on a scale from 0 to 10 (0 indicating very bad health; 10 indicating excellent health), and also asked about past or present serious illnesses, past and present psychological problems, and present use of medication. In addition, participants were asked whether they had experienced pain in locations other than the abdomen, vagina, or vulva (e.g., headache, neck, throat, legs, and kidneys).

Data Analytic Strategy

Sample size was determined to allow detection of a moderate effect size (difference of approximately 0.5 sd); the resultant power analysis (alpha level of 0.05; beta = 0.20; power = 0.80) indicated that a sample of approximately 32 subjects for each of the four groups was required to conduct the two-way mixed design analysis of variance (Cohen, 1992). A total of 171 women (80 for hysterectomy groups; 91 for controls) were recruited and assessed for the initial assessment (Time 1) to account for a possible 20% drop-out between the first and second interview session (from Time 1 to Time 2). Participants who dropped out of the random assignment but who completed both assessments (3 participants) were included in the analyses and reported by an intention to treat criterion. Study participants who dropped out of the study (did not complete Time 2 visits) were compared to women who completed the study with regard to variables assessed during the first visit (Time 1), but were not part of the main analyses (i.e., the MANOVAs on sexual, pain, and psychological outcomes). For the main analysis, mean

replacement was used for missing data for subjects with less than 10% incidence of missing data.

All data were coded and entered into SPSS Version 12 for further analysis. We conducted MANOVAs with regard to three domains of psychosocial functioning: a) Sexual outcomes including sexual drive (DISF), sexual arousal (DISF), orgasm (DISF), sexual behavior (DISF), and overall sexual functioning (DISF), b) pain outcomes including intensity ratings (interview) and MPQ scores for unprovoked pain in the abdomen, pain in the abdomen during gynecological examinations, pain in the vagina during gynecological examinations, pain in the abdomen during sexual intercourse, and pain in the vagina during sexual intercourse, as well as the number of painful sexual encounters per month (interview only), and c) psychological outcomes including depressive symptoms (Beck Depression Inventory), psychological symptoms (Brief Symptom Inventory), and body image (Sexual Self Schema and Body Esteem Scale). Interview measures of pain were square root transformed to correct for heterogeneity of variance due to positive skewness.

Variables in the three categories were assessed via three two-way MANOVAs for a group (TOT, SUB, SURG-CON, & NORM-CON) by time mixed design. Multivariate statistics reported in this text were based on Pillai's trace criterion. Significant MANOVAs were followed by univariate ANOVAs. Significant group by time interactions were explored using simple main effects between groups at Time 1 and Time 2, and between Time 1 and Time 2 for each group. These were followed by post-hoc Tukey hsd tests where appropriate. Group comparisons for nominal data, such as incidence of adverse effects, were conducted via χ^2 comparisons.

Results

Participant Flow

Of the 152 eligible hysterectomy patients invited to participate in the RCT, 51 (33.5%) declined to participate in the study. Fifteen patients (9.8%) could not be assessed 2-3 weeks before surgery because of time scheduling problems; 6 participants (3.9%) completed the pre-operative assessment (Time 1) but decided to drop out of the study. Three patients (1.7%) completed both interviews, but did not want to participate in the random-assignment; these were treated as part of the assigned group and included in the analyses. Eighty hysterectomy patients entered into the RCT and completed the first visit (Time 1); of these, 17 patients (21.2%) did not complete the follow-up visit (Time 2). The final number of hysterectomy patients to complete Time 1 and Time 2 assessments was 63 (78.8%; $N_{TOT} = 32$, $N_{SUB} = 31$). Details regarding the participant flow are presented for all four groups in Table 1.

Sample Characteristics

The two hysterectomy groups (TOT versus SUB) did not significantly differ on any of the socio-demographic variables studied including age (mean $_{TOT} = 43.8$; mean $_{SUB} = 43.5$), years of education (mean $_{TOT} = 15.2$; mean $_{SUB} = 13.9$), relationship status (TOT: 65.6% married/cohabiting; SUB: 58.1% married/cohabiting), and number of children (mean $_{TOT} = 1.3$; mean $_{SUB} = 1.1$). The two control groups (SURG-CON versus NORM-CON) did not significantly differ on the sociodemographic variables from each other or from the two hysterectomy groups except for the SURG-CON group that was

significantly younger than the other three groups ($F(3,129) = 7.05$; $p < 0.05$; mean SURG-CON = 37.5; mean NORM-CON = 43.6) and had the fewest children ($F(3,129) = 3.65$; $p < 0.05$; mean SURG-CON = 0.8; mean NORM-CON = 1.5). Re-analyzing the data after the exclusion of the six youngest patients (aged 23 to 30 years) in the surgical control group (SURG-CON) resulted in a non-significant age difference between the four groups and did not change the reported findings below. Women who dropped out of the study had significantly fewer years of education ($F(1, 171) = 12.09$; $p < 0.01$), but other socio-demographic variables were not significantly different. Details pertaining to sample characteristics are presented for all four groups in Table 2.

In our sample, the most common indications for hysterectomy were uterine fibroids (TOT: 63.4%; SUB: 86.5%), abnormal bleeding (TOT: 61.0%; SUB: 62.2%), and endometriosis (TOT: 18.8%; SUB: 9.7%). The two hysterectomy groups did not significantly differ in the incidence of these medical conditions, except for the prevalence of uterine fibroids which were more common in the SUB group (χ^2 , $N = 63$; $p < 0.05$). The majority of hysterectomy patients had received at least one prior treatment for their gynecological problems. The average length of reported gynecological symptoms in the two hysterectomy groups was 31 months for uterine fibroids, 19 months for abnormal bleeding, and 11 months for endometriosis.

The two hysterectomy groups rated their overall health significantly lower than the two control groups at the Time 1 assessment ($F(3,129) = 5.98$; $p < 0.001$). There were no significant differences among the four groups with regard to non-uterine related illnesses such as asthma, diabetes, hepatitis, hypertension, high cholesterol, and the non-pain related use of medication (χ^2 , $N = 133$; $p > 0.05$). There was no difference in the

prevalence of headache, neck, throat, and tooth pain for the four groups (χ^2 , $N=133$; $p > 0.05$). However, kidney, stomach, and leg pain were significantly more prevalent in the hysterectomy groups than in the control groups (χ^2 , $N = 133$; $p < 0.05$). There was no significant differences in the prevalence of past depression among the four groups; however, the hysterectomy groups had had more psychological problems related to anxiety than the control groups in the past ($\chi^2 = 9.94$, $N = 133$; $p < 0.05$).

Sexual Outcomes

The two-way MANOVA for sexual outcomes yielded a statistically significant main effect of time ($F(4,126) = 7.40$; $p < 0.001$) and a significant interaction effect between time and group ($F(12, 384) = 1.87$; $p < 0.05$). There were significant overall increases from Time 1 to Time 2 for sexual drive ($F(1,129) = 15.68$; $p < 0.001$), arousal ($F(1,129) = 6.97$; $p < 0.01$), orgasm ($F(1,129) = 15.67$; $p < 0.001$), and behavior ($F(1,129) = 26.37$; $p < 0.001$) and significant group by time interactions for drive ($F(3,129) = 3.48$; $p < 0.05$), arousal ($F(3,129) = 4.64$; $p < 0.01$), and behavior ($F(3,129) = 3.75$; $p < 0.05$). Overall sexual functioning (DISF total) was analyzed separately from its component parts due to multicollinearity and yielded a significant main effect of time ($F(1,129) = 14.39$; $p < 0.001$) and a significant time by group interaction ($F(3,129) = 5.66$, $p = 0.001$).

Analysis of significant interactions yielded a significant simple main effect at Time 1 for only one variable, arousal ($F(3,129) = 2.88$; $p < 0.05$). Tukey hsd tests comparing the four groups were not significant but a planned comparison showed that the

combined hysterectomy groups were significantly lower than the combined control groups ($F(1,129) = 7.78; p < 0.01$).

Simple main effects at Time 2 indicated significant group differences for arousal ($F(3,129) = 3.54; p < 0.05$), sexual behavior ($F(3,129) = 3.37; p < 0.05$), overall sexual functioning (DISF) ($F(3,129) = 6.06; p < 0.01$). Tukey tests for arousal and sexual behavior showed that the TOT group was significantly higher than NORM-CON ($p < 0.05$). Overall sexual functioning was significantly higher for the TOT group when compared to the SURG-CON or NORM-CON group ($p < 0.01$) with Tukey hsd tests.

Simple main effects for Time 1 versus Time 2 comparisons yielded a significant improvement for the TOT group on sexual drive ($F(1,129) = 21.54; p < 0.01$), arousal ($F(1,129) = 11.64; p < 0.05$), and sexual behavior ($F(1,129) = 22.20; p < 0.01$) and for the SUB group on sexual behavior ($F(1,129) = 26.37; p < 0.01$) and overall sexual functioning ($F(1,129) = 14.40; p < 0.01$).

Between 3-16% of hysterectomy patients reported adverse effects (any score from -1 to -5) in sexual functioning at Time 2 compared to Time 1; the most common complaints were reduced sexual desire, arousal, orgasmic capacity, and orgasmic intensity. However, women in the control groups had the similar complaints with a similar frequency. There were no significant differences between the four groups for any reported adverse effects in sexual functioning ($\chi^2, N = 133; \text{all } p > 0.05$) (see Table 6). Analysis of variance on the intensity of changes in various sexual functioning variables (listed in Table 6) yielded the expected result that the hysterectomy groups improved more than the control groups for most variables (all $p < 0.05$).

Pain Outcomes

The two-way MANOVA for pain outcomes showed that there were statistically significant main effects of group ($F(33,363) = 1.48; p < 0.05$) and time ($F(11,119) = 6.93; p < 0.001$) and a significant interaction effect between time and group ($F(33, 363) = 2.19; p < 0.001$). Subsequent two-way ANOVAs yielded significant main effects of group for intensity and MPQ ratings of unprovoked pain in the abdomen ($F(3,129) = 4.43; p < 0.01$ and $F(3,129) = 4.77; p < 0.01$), intensity of pain in the abdomen during gynecological examinations ($F(3,129) = 5.42; p < 0.01$), intensity of pain in the abdomen during sexual intercourse ($F(3,129) = 4.53; p < 0.01$), intensity and MPQ ratings of pain in the vagina during sexual intercourse ($F(3,129) = 2.90; p < 0.05$ and $F(3,129) = 2.87; p < 0.05$), and the number of painful sexual encounters ($F(3,129) = 5.17; p < 0.01$). There were also significant univariate decreases from Time 1 to Time 2 for intensity and MPQ ratings of unprovoked pain in the abdomen ($F(1,129) = 27.05; p < 0.001$ and $F(1,129) = 15.40; p < 0.001$), intensity and MPQ ratings of pain in the abdomen during gynecological examinations ($F(1,129) = 21.10; p < 0.001$ and $F(1,129) = 12.57; p = 0.001$), intensity and MPQ ratings of pain in the vagina during gynecological examinations ($F(1,129) = 5.65; p < 0.05$ and $F(1,129) = 4.64; p = 0.05$), intensity and MPQ ratings of pain in the abdomen during sexual intercourse ($F(1,129) = 20.08; p < 0.001$ and $F(1,129) = 4.12; p < 0.05$), intensity of pain in the vagina during sexual intercourse ($F(1,129) = 22.78; p < 0.001$ and $F(1,129) = 11.63; p < 0.001$), and the number of painful sexual encounters ($F(1,129) = 22.27; p < 0.001$).

There were significant group by time interactions for intensity and MPQ rating of unprovoked pain in the abdomen ($F(3,129) = 6.40; p < 0.001$ and $F(3,129) = 7.13; p <$

0.001), intensity and MPQ rating of pain in the abdomen during gynecological examinations ($F(3,129) = 6.00$; $p = 0.001$ and $F(3,129) = 3.27$; $p < 0.05$), intensity of pain in the abdomen during sexual intercourse ($F(3,129) = 5.76$; $p < 0.001$), intensity and MPQ rating of pain in the vagina during sexual intercourse ($F(3,129) = 3.74$; $p < 0.05$ and $F(3,129) = 4.51$; $p < 0.05$).

Analysis of significant interactions yielded significant simple main effects at Time 1 for intensity and MPQ ratings of unprovoked pain in the abdomen ($F(3,129) = 12.34$; $p < 0.01$ and $F(3,129) = 12.05$; $p < 0.01$), intensity and MPQ ratings of pain in the abdomen during gynecological examinations ($F(3,129) = 10.95$; $p < 0.01$ and $F(3,129) = 5.59$; $p < 0.01$), intensity of pain in the abdomen during sexual intercourse ($F(3,129) = 11.10$; $p < 0.01$), intensity of pain in the vagina during sexual intercourse ($F(3,129) = 6.80$; $p < 0.01$).

At Time 1, 24 post-hoc Tukey hsd tests were carried out comparing the hysterectomy and control groups on the pain variables above. Eighteen out of these 24 comparisons showed more pain in the hysterectomy groups ($p < 0.05$). The other comparisons showed a similar direction but were not significant. Comparisons between TOT versus SUB groups and comparisons between the SURG-CON versus NORM-CON groups did not yield significant differences.

Analysis of simple main effects at Time 2 indicated no significant results for any of the pain variables.

Simple main effects for Time 1 versus Time 2 comparisons yielded significant improvement of the TOT and SUB groups on the intensity of chronic pain in the abdomen ($F_{TOT}(1,129) = 29.58$; $p < 0.01$ and $F_{SUB}(1,129) = 14.42$; $p < 0.01$), intensity

of pain in the abdomen during gynecological examinations ($F_{TOT}(1,129) = 24.55$; $p < 0.01$ and $F_{SUB}(1,129) = 12.10$; $p < 0.01$), MPQ ratings of chronic pain in the abdomen ($F_{TOT}(1,129) = 14.14$ $p < 0.01$ and $F_{SUB}(1,129) = 5.32$; $p < 0.05$), and MPQ ratings for pain in the abdomen during gynecological examinations ($F_{TOT}(1,129) = 23.57$; $p < 0.01$ and $F_{SUB}(1,129) = 11.66$; $p < 0.01$). A similar trend showed for the intensity of pain in the abdomen during sexual intercourse for which the TOT group significantly improved ($F(1,129) = 30.72$; $p < 0.01$), but the SUB group yielded a marginally significant result ($F(1,129) = 4.75$; $p < 0.10$). For intensity of pain in the vagina during sexual intercourse, the SUB group decreased significantly ($F(1,129) = 30.72$; $p < 0.01$), but the decrease in this pain variable for the TOT group was not significant ($F(1,129) = 3.78$; $p > 0.05$). SURG-CON and NORM-CON did not significantly change over time on any of the pain variables.

The number of painful sexual encounters yielded a significant main effect of groups. Tukey hsd tests showed that TOT differed from SURG-CON and NORM-CON while SUB differed from NORM-CON.

At Time 1, ANOVA for menstrual pain in the abdomen yielded a significant main effect for group ($F(3,129) = 13.28$; $p < 0.001$). Tukey hsd tests showed that TOT and SUB groups reported significantly more menstrual pain than SURG-CON and NORM-CON groups ($p < 0.01$)

Our findings with regard to the incidence of adverse effects of pain at Time 2 suggest that these were prevalent in less than 5% of hysterectomy patients and that there were no significant differences among the four groups; see Table 6. Analysis of variance on the intensity of changes yielded the result that the hysterectomy groups showed more

positive changes than the control groups with regard to abdominal pain, vaginal pain, and dyspareunia (all $p < 0.01$).

Psychological Outcomes

The two-way MANOVA for psychological outcomes showed that there was a statistically significant main effect of time ($F(4,126) = 7.63$; $p < 0.001$) and a non-significant interaction effect between time and group ($F(12, 384) = 1.25$; $p > 0.05$). There were significant univariate decreases from Time 1 to Time 2 for depressive symptoms ($F(1,129) = 25.45$; $p < 0.001$) and psychological symptoms ($F(1,129) = 20.25$; $p < 0.001$). Tukey hsd tests yielded that both TOT and SUB groups reported significantly less depressive and psychological symptoms post-operatively.

Our findings with regard to the incidence of adverse effects on feelings of attractiveness and femininity at Time 2 suggest that these were prevalent in less than 10% of hysterectomy patients and that there were no significant differences among the four groups; see Table 6. Analysis of variance on the intensity of changes on feelings of attractiveness and femininity yielded the result that there were no significant differences between the four groups ($p > 0.05$).

Discussion

Findings from this trial indicated that abdominal pain was greatly reduced after hysterectomy. This was demonstrated by a significant decrease in unprovoked pain and pain during gynecological examinations after hysterectomy (for both total and subtotal groups); in addition, total hysterectomy also reduced pain in the abdomen during sexual intercourse. Further validation for these findings came from comparisons between hysterectomy and control groups: While both hysterectomy groups experienced more abdominal pain than the control groups before surgery, these differences disappeared after surgery. Data with regard to sexual functioning was less clear: For the total hysterectomy group, sexual drive, arousal, and sexual behavior increased whereas for the subtotal group increases were evident for sexual behavior and overall sexual functioning only. When compared to the control groups, the two hysterectomy groups had less sexual arousal before surgery; however after surgery, the total hysterectomy group reported significantly higher overall sexual functioning than the two control groups. According to our data, overall psychological functioning, including depressive mood and body image, did not significantly change after hysterectomy, with or without the retention of the cervix.

With regard to total and subtotal hysterectomy, we found no evidence to support that subtotal hysterectomy was superior to total hysterectomy in any of the domains investigated. These findings contradict theoretical arguments suggesting that subtotal hysterectomy is superior to total hysterectomy and empirical evidence from non-randomized studies (El-Mowafi et al. 2004; Kilkku et al., 1983; Saini et al., 2002).

However, our data coincides with the findings of three randomized controlled trials comparing the two treatments that showed no significant differences in terms of overall sexual functioning, pain, and psychological well-being (Kuppermann et al., 2005; Learmann et al., 2005; Thakar et al. 2002; Zobbe et al., 2004). While the three previous studies studied sexual interest, orgasm, and frequency of intercourse, we also assessed changes in sexual arousal in our study. Our data confirms and extends the findings of Kupperman et al. (2005) who investigated the effects of total and subtotal hysterectomy on not only sexual functioning and pain, but also with regard body image and psychological functioning. The lack of difference between the total and subtotal procedures in terms of psychosocial outcomes therefore suggests that the cervix is less important to sexual functioning than was thought.

Despite the fact that the majority of women in our study reported overall positive outcomes post-hysterectomy, a subgroup of patients (3-16%) reported experiencing adverse effects in various aspects of their psychosocial functioning. These findings in large measure correspond to the results from recent prospective studies that found negative outcomes of hysterectomy in 10-20% of cases (Ellstrom et al., 2003; Gutl et al., 2002; Kjerulff et al., 2000; Lambden et al., 1997; Rannestad et al., 2001; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003; Zobbe et al., 2004). However, in addition to two hysterectomy groups, our study included two control groups of women who had not undergone hysterectomy. These were included to document non-hysterectomy related changes over time and as an estimate of the impact of uterine illness and surgery to the pelvis. Both the surgical control and normal control groups reported similar complaints with similar frequencies as the hysterectomy groups at the follow-up interview. It is

therefore proposed that the adverse effects of hysterectomy reported in the literature cannot solely be attributed to hysterectomy. A variety of other factors could be associated with poor post-hysterectomy outcomes, especially with regard to sexual and psychological well-being. Normal life cycle changes, general health problems, life style changes, work-related stress, time constraints, and interpersonal factors such as relationship satisfaction may adversely effect women's psychosocial functioning at times, regardless of whether a hysterectomy was performed.

The present study was the first to assess different forms of pelvic pain according to location (in the abdomen, vagina, and vulva) and situation (during gynecological examinations, urination, bowel movements, menstruation, tampon use, sexual intercourse, and unprovoked). The fact that multiple aspects of pain (e.g., frequency, intensity, and quality) were assessed via different modes of assessments (e.g., semi-structured interviews, standardized questionnaires, and gynecological exams) supports the validity of findings. Our findings therefore suggest that hysterectomy was an excellent treatment for abdominal pain that is commonly associated with benign gynecological conditions.

The present study had several limitations: First, the number of women (31-40 participants) for each of the four groups may have resulted in inadequate power to detect some differences. Given a bigger sample size, it is possible that findings with regard to sexual functioning would reflect clearer benefits of hysterectomy. In addition, hysterectomy may improve psychological functioning to a greater extent since there were trends suggesting a reduction in depressive and other psychological symptoms. Finally, with a greater number of cases in each group some of the comparisons between total and

subtotal hysterectomy may have resulted in significant differences. For example, there appeared to be a slight benefit of total over subtotal hysterectomy with regard to the reduction of abdominal pain during intercourse, perhaps reflecting a tactile sensitivity of the cervix. A second limitation of the study is that there was only one follow-up which took place 6-7 months after surgery; long-term outcomes of hysterectomy may be different from more short-term consequences. Six months after surgery, it is possible that hysterectomy patients are either still excited about a rapid symptom relief (e.g. cessation of menstrual pain and bleeding) or still recovering from surgery (e.g. presence of some soreness in the vagina or abdomen). While measures with established psychometric properties and multiple modes of assessments were used to add to the validity of our findings, it is possible the assessments were not sensitive enough to depict all psychosocial changes. For example, measuring physiological markers for sexual arousal in addition to subjective self-report may have added valuable information. In addition, patients, doctors, and members of the research team were not blinded with regard to the assigned treatment because of practical and ethical reasons which may have resulted in some reporting biases.

Furthermore, establishing an appropriate baseline to which to compare post-hysterectomy outcomes is problematic. In our study, two control groups were included to provide an estimate of women's psychosocial functioning without undergoing changes related to uterine disease and uterine removal. Unlike many other prospective studies, we also assessed psychosocial functioning 2-3 weeks before hysterectomy which was another improvement. However, it is plausible that the hysterectomy patients were already distressed about the upcoming surgery at this point. This was perhaps reflected by

a trend towards more depressive and other psychological symptoms for the two hysterectomy groups compared to controls at the first assessment. Finally, our study compared subtotal and total hysterectomy performed via laparoscopic surgery. While theoretical arguments and observational data supported that laparoscopic surgery was more favorable than abdominal or vaginal hysterectomy (Ayoubi et al., 2003; Gutl et al., 2002), a randomized controlled study by Ellstrom et al. (2003) did not find significant differences between laparoscopic and abdominal hysterectomy for the psychosocial variables studied.

Recent debates on the disabling sexual effects of hysterectomy, in particular total hysterectomy, have added to the confusion around the psychosocial outcomes of this surgery. The present study confirms and builds upon findings from several recent randomized controlled studies comparing total and subtotal hysterectomy. To date, the available data supports that hysterectomy, with or without the removal of the cervix, has no broad detrimental effects on sexual functioning, pain, and psychological well-being. In addition, our study suggested that many of the suspected side-effects of hysterectomy cannot solely be attributed to the anatomical alterations following surgery. A similar percentage of women in the control groups reported deteriorations in psychosocial functioning comparable the hysterectomy groups, even though they had not undergone hysterectomy. Findings from the study presented here may help to clarify contradicting information on hysterectomy outcomes.

Author Note:

We would like to acknowledge the help of Caroline Pukall, Ph.D., and Ken Mah, Ph.D., in the preparation of this manuscript as well as Roxanne Aubin, Sophie Bélair, Natalie Cartwright, Nina Fusco, Katie Muldoon, and Olga Pinkhasov for their assistance with data entry and collection. This research was supported by a *Canadian Foundation for Women's Health* grant to N. Flory and a *Canadian Institutes of Health Research* grant to Y. M. Binik. This paper stands in partial fulfillment of N. Flory's Ph.D. requirements.

Summary, Conclusions, and Further Directions

The psychosocial outcomes of hysterectomy have been a subject of debate for the past 15 years. Initial studies on hysterectomy outcomes indicated significant adverse effects of this surgery on women's psychosocial well-being (Chakravarti et al. 1977; Poad et al., 1994; Seidenschnur et al., 1989). However, empirical evidence from recent studies of better methodological quality showed no indication of adverse psychosocial consequences following hysterectomy (Ellstrom et al., 2002; Gutl et al., 2002; Rannestad et al., 2001; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003). Nonetheless, a considerable number of studies indicated that a subgroup of women (10-20%) experienced adverse outcomes in terms of sexual functioning, pain, and psychological functioning following hysterectomy (Ayoubi et al., 2003; Clarke et al., 1995; Cosson et al., 2001; Farquhar et al., 2002; Gutl et al., 2002; Helstrom et al., 1993; Naughton & McBee, 1997).

While hysterectomy appeared to have overall positive effects on pelvic pain and dyspareunia (Hillis et al, 1995), arguments against hysterectomy include observations that pelvic pain may persist or increase in a considerable number of cases (Farquhar et al., 2002; Stovall et al., 1990). In addition, there is evidence that uterus-sparing interventions can be effective treatments for pelvic pain without carrying the risks of surgery (Carlson et al, 1994b). Because hysterectomy can be associated with post-surgical pain symptoms and other complications, it has been suggested that only patients with more severe gynecological problems may profit from this major intervention (Naughton & McBee, 1997). In addition, it has been suggested that total hysterectomy may have destabilizing effects for the pelvic region and women's lower tract functions

(Hasson, 1993; Munro 1997). The removal of the cervix can be associated with scarring of the vagina, thereby causing pain during sexual intercourse (Hasson, 1993; Masters & Johnson, 1966). These reasons may play a role in the recent move towards the development of less invasive surgeries for benign gynecological conditions, such as subtotal hysterectomy (Sills et al., 1998).

The effects of hysterectomy on women's sexual response have been controversial, in particular with regard to the still uncertain role of the uterus and cervix in sexual arousal and orgasm (Farell & Kieser, 2000; Levin, 2005; Maas et. al, 2003; Meston & Bradford, 2004). Theoretical arguments against hysterectomy include beliefs that uterine contractions influence orgasmic intensity and that cervical stimulation during sexual intercourse triggers orgasm (Cutler, 1988; Singer, 1973; Whipple et al., 1996). Several authors have proposed that subtotal hysterectomy, in which the cervix is left intact, produces better sexual outcomes than total hysterectomy, in which both the uterus and cervix are removed (Hasson, 1993; Kilku, 1983; Munro, 1997).

In addition to the possible negative consequences on sexuality and pain, depression and impaired body image have been cited as common psychological problems after hysterectomy, and in particular abdominal hysterectomy (Gutl et al., 2002; Bachmann 1990a; Bachmann 1990b, Richards, 1970). Others have argued that hysterectomy could help to relieve psychiatric symptoms commonly associated with gynecological illnesses (Alexander et al., 1995). However, according to a recent review of the hysterectomy, the evidence for the effects of hysterectomy on psychological functioning, positive or negative, is actually weak (Flory et al., 2005).

While theoretical arguments suggesting that subtotal hysterectomy was superior to total hysterectomy appeared reasonable, these arguments have not received much empirical investigation with regard to sexual and pain outcomes. However, three non-randomized studies compared total and subtotal hysterectomy with regard to sexuality and found that the cervix was important for women's sexual response (El-Mowafi et al., 2004; Kilkku et al., 1983; Saini et al., 2002). These studies, however, suffered from patient's self-selection to surgery and their expectations about post-operative outcomes that may have affected the accuracy of results. The differences reported in these non-randomized studies did not receive any support from three recently published randomized controlled trials (Kupfermann et al., 2005; Learmann et al., 2003; Thakar et al., 2002; Zobbe et al., 2004). In addition, the two surgeries were found to produce comparable outcomes for pelvic pain and deeper dyspareunia (Learmann et al., 2003; Thakar et al., 2002; Zobbe et al., 2004). Finally, based on randomized controlled trials there was no evidence that total and subtotal hysterectomy, produced different psychological outcomes. Thakar et al. (2004) also found significant improvement in psychological functioning post-operatively for both hysterectomy groups.

In response to short-comings of earlier studies, we started conducting the first randomized controlled trial comparing total and subtotal hysterectomy via laparoscopic surgery four years ago. Our findings indicated that hysterectomy dramatically improved abdominal pain, regardless of whether a total or subtotal hysterectomy was performed. Findings also showed no adverse changes and some improvements for sexual functioning following both hysterectomy procedures. In addition, we found that overall psychological functioning and body image remained unchanged. Even though 3-16% of patients in our

sample reported some adverse changes post-operatively, a similar percentage of women in the non-hysterectomy control groups reported the same psychosocial changes. Based on these findings we suggested that many of the impairments documented in previous studies were brought about by causes not directly related to hysterectomy. Factors contributing to reported adverse effects of hysterectomy could be general well-being and health, normal life cycle changes, work and family stressors, quality of the partner relationship, and time constraints. Finally, according to our data there was no evidence supporting the belief that subtotal hysterectomy had any advantage over total hysterectomy in terms of sexual, pain, or psychological outcomes. It was therefore concluded that the cervix may be less integral to women's psychosocial well-being than previously thought.

Future Directions

Future directions for our research will include more in-depth analyses of the collected data. In particular, further analyses may help to clarify our findings with regard to sexual outcomes. Even though there were no significant differences among the four groups for adverse changes in the intensity of orgasm, 16% of women in the total hysterectomy group reporting experiencing reduced intensity, whereas only 5-7% of the other participants reported such changes. It is plausible that this difference might have been significant given a bigger number of cases in each of the four groups. We are also planning to further analyze the data from the Orgasm Rating Scale (Mah & Binik, 2002) with regard to intensity and qualitative aspects of orgasms. Findings with regard to the total hysterectomy group could be compared to the other groups to detect subtle

differences in the experience in orgasm after the removal of the cervix. Comparing the way through which orgasm was achieved (e.g., vaginal intercourse, manual or oral stimulation) before and after total hysterectomy may also help to establish whether the lack of cervical stimulation had any effects.

Another extension of the present study would be to further explore how psychosocial outcomes were influenced by different factors such as expectations, treatment satisfaction, gynecological symptoms, and relationship satisfaction. First, the patient's individual pre-treatment expectations could be related to psychosocial outcomes. The patients' expectations with regard to the effects of hysterectomy on different psychosocial symptoms were assessed via Likert-scales at the pre-surgery interviews. The changes could be positive (+1 to +5), negative (-1 to -5), or zero (indicating no change). Second, patient's treatment satisfaction could be related to sexual, pain, and psychological outcomes and experience of adverse effects. In our study, patients were asked about their satisfaction with the performed surgery and their satisfaction with efficacy of the received treatments to treat their gynecological problems. Patients were asked to rate their satisfaction with the received treatment on a scale from 0 to 10 (0 indicating the lowest satisfaction rating and 10 the highest). We also predict that satisfaction relating to treatment efficacy to relieve gynecological symptoms will affect psychosocial outcomes. Third, the sexual, pain, and psychological outcomes could be further studied by focusing more on the pre-operative gynecological conditions. Further analysis of our psychosocial data in combination with the biomedical data that was collected throughout the project may add valuable information. It is possible that the nature and severity of gynecological symptoms before surgery influenced the

psychosocial outcomes. For example, women with greater uterine problems (e.g. greater length of uterine fibroids) may gain more from hysterectomy than patients with less severe illnesses. Finally, we are also planning to study psychosocial outcomes of hysterectomy and their association with more social factors such as the patient's partner relationship. For this purpose, we have already collected data via the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976). This may be of interest in particular with regard to the non-hysterectomy related factors predicting adverse changes in psychosocial functioning at the follow-up assessment.

Another continuation of our project would involve a second follow-up interview. A longer term follow-up may help to establish whether our assessments at 6-7 months after surgery would stay stable over time. We suspect that some women may have felt such a great relief from pre-hysterectomy medical problems that their reports of psychosocial functioning were unusually high at the follow-up. For example, 6-7 months after hysterectomy the total hysterectomy group reported significantly higher overall sexual functioning than the two control groups.

Ideally, future research on women's psychosocial well-being and hysterectomy would involve the development of larger longitudinal studies comparing not only total and subtotal hysterectomy, but also different surgical approaches such as abdominal, vaginal, or laparoscopic surgeries. Some of the benefits of various surgical techniques may be subtle and therefore not appear as significant differences, especially when studied in a smaller randomized controlled trial (e.g., $N = 74$; Ellstrom et al., 2003). Future studies may also include representative samples of women undergoing different types of hysterectomy, women with uterine illnesses at risk for undergoing hysterectomy (wait-list

controls), and women with no uterine or other illnesses (healthy controls). The different groups should be matched on possible confounding variables such as age and relationship status. A random assignment to one of the surgeries or wait-list control would be ideal, but difficult to conduct. In addition, hysterectomy outcomes should be differentiated according to the kind and severity of the gynecological condition requiring surgery, which is even more difficult as certain gynecological conditions (e.g., bigger uterine fibroids) may not be as appropriate all surgeries (e.g. laparoscopy). Finally, women's sexual response to hysterectomy should also be assessed in greater detail on a psychophysiological level by using biological markers for sexual arousal via different modes of assessments.

Ambitious research projects on the psychosocial impacts of uterine-related illnesses and their treatments are justified as they could benefit millions of women worldwide. Even though hysterectomy is a major surgical intervention involving the permanent alteration of women's reproductive anatomy, the psychosocial outcomes of this procedure have been long neglected. Lay publications often contain alarming claims of the disabling effects of hysterectomy, so it is therefore essential that reliable research findings on the psychosocial outcomes of hysterectomy are made more available to the public (Weber et al., 1999). The psychosocial effects of hysterectomy are of great importance in the field of women's health and sexuality as women are most concerned about possible adverse effects on sexuality (Lalinec et al., 1985). Recent trends towards randomized controlled trials on different hysterectomy techniques in different countries represent milestones for research on women's health.

Reference List

- Alexander, D. A., Naji, A. A., Pinion, S. B., Mollison, J., Kitchener, H. C., Parkin, D. E. et al. (1996). Randomised trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: psychiatric and psychosocial aspects. *British Medical Journal*, 312, 280-284.
- Amias, A. G. (1975). Sexual life after gynaecological operations--II. *British Medical Journal*, 2, 680-681.
- Andersen, B. L. (1999). Surviving cancer: The importance of sexual self-concept. *Medical and Pediatric Oncology*, 33, 15-23.
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's Sexual Self Schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079-1100.
- Aumeerally, Z., Lilford, R. J., & Johnson, N. J. (1996). The disappearing vagina syndrome. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 69, 141-142.
- Ayoubi, J. M., Fanchin, R., Monrozies, X., Imbert, P., Reme, J. M., & Pons, J. C. (2003). Respective consequences of abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 111, 179-182.
- Bachmann, G. A. (1990a). Hysterectomy. A critical review. *Journal of Reproductive Medicine*, 35, 839-862.

Bachmann, G. A. (1990b). Psychosexual aspects of hysterectomy. *Womens Health Issues, 1*, 41-49.

Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1996) *Beck Depression Inventory II Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.

Bellerose, S. B. & Binik, Y. M. (1993). Body image and sexuality in oophorectomized women. *Archives of Sexual Behavior, 22*, 435-459.

Bernhard, L. A. (1992). Consequences of hysterectomy in the lives of women. *Health Care for Women International, 13*, 281-291.

Broder, M. S., Kanouse, D. E., Mittman, B. S., & Bernstein, S. J. (2000). The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology, 95*, 199-205.

Carlson, K. J., Miller, B. A., & Fowler, F. J., Jr. (1994a). The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology, 556-565*.

Carlson, K. J., Miller, B. A., & Fowler, F. J., Jr. (1994b). The Maine Women's Health Study: II. Outcomes of nonsurgical management of leiomyomas, abnormal bleeding, and chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology, 83*, 566-572.

Chakravarti, S., Collins, W. P., Newton, J. R., Oram, D. H., & Studd, J. W. (1977). Endocrine changes and symptomatology after oophorectomy in premenopausal women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology, 84*, 769-775.

Clarke, A., Black, N., Rowe, P., Mott, S., & Howle, K. (1995). Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study.

British Journal of Obstetrics and Gynecology, 102, 611-620.

Cohen (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

Coppen, A., Bishop, M., Beard, R. J., Barnard, G. J., & Collins, W. P. (1981).

Hysterectomy, hormones, and behaviour. A prospective study. *Lancet*, 1, 126-128.

Cosson, M., Rajabally, R., Querleu, D., & Crepin, G. (2001). Long term

complications of vaginal hysterectomy: a case control study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 111, 94, 239-244.

Coulter, A., McPherson, K., & Vessey, M. (1988). Do British women undergo too

many or too few hysterectomies? *Social Science and Medicine*, 27, 987-994.

Craig, G. A. & Jackson, P. (1975). Sexual life after vaginal hysterectomy. *British*

Medical Journal, 3, 97.

Cutler, W. B. (1988). *Hysterectomy: Before and After*. New York: Harper & Row.

Darling, C. A. & McKoy-Smith, Y. M. (1993). Understanding hysterectomies:

Sexual satisfaction and quality of life. *Journal of Sex Research*, 30, 324-335.

Dennerstein, L., Wood, C., & Burrows, G. D. (1977). Sexual response following

hysterectomy and oophorectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 49, 92-96.

Derogatis, L. R., (1997). The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): An introductory report. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 291-304.

Derogatis, L. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.

Dorpat, T. L. (1971). Phantom sensation of internal organs. *Comprehensive Psychiatry*, 12, 27-35.

Dragisic, K. G. & Milad, M. P. (2004). Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 1416-1418.

El Toukhy, T. A., Hefni, M., Davies, A., & Mahadevan, S. (2004). The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *Obstetrics and Gynecology*, 420-425.

Ellstrom, M. A., Astrom, M., Moller, A., Olsson, J. H., & Hahlin, M. (2003). A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 871-875.

Everson, S. A., Matthews, K. A., Guzick, D. S., Wing, R. R., & Kuller, L. H. (1995). Effects of surgical menopause on psychological characteristics and lipid levels: the Healthy Women Study. *Health Psychology*, 14, 435-443.

- Ewert, B., Slangen, T., & van Herendael, B. (1995). Sexuality after laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 190, 3, 27-32.
- Farquhar, C. M., Sadler, L., Harvey, S., McDougall, J., Yazdi, G., & Meuli, K. (2002). A prospective study of the short-term outcomes of hysterectomy with and without oophorectomy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42, 197-204.
- Farrell, S. A. & Kieser, K. (2000). Sexuality after hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 95, 1045-1051.
- Ferroni, P. & Deeble, J. (1996). Women's subjective experience of hysterectomy. *Australian Health Review*, 19, 40-55.
- Fleming, V. (2003). Hysterectomy: a case study of one woman's experience. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 575-582.
- Flory, N., Bissonnette, F., & Binik, Y. M. (in press). The psychosocial outcomes of hysterectomy: A literature Review. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Galyer, K. T., Conaglen, H. M., Hare, A., & Conaglen, J. V. (1999). The effect of gynecological surgery on sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 81-88.
- Gath, D., Cooper, P., & Day, A. (1982). Hysterectomy and psychiatric disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *British Journal of Psychiatry*, 140, 335-342.

Gath, D., Rose, N., Bond, A., Day, A., Garrod, A., & Hodges, S. (1995).

Hysterectomy and psychiatric disorder: are the levels of psychiatric morbidity falling?

Psychological Medicine, 25, 277-283.

Gimbel, H., Zobbe, V., Andersen, B. M., Glud, C., Ottesen, B. S., & Tabor, A.

(2005). Total versus subtotal hysterectomy: an observational study with one-year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45, 64-67.

Grimes, D. A. (1999). Role of the cervix in sexual response: Evidence for and

against. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 42, 972-978.

Gutl, P., Greimel, E. R., Roth, R., & Winter, R. (2002). Women's sexual behavior,

body image and satisfaction with surgical outcomes after hysterectomy: A comparison of vaginal and abdominal surgery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23, 51-59.

Halttunen, M. (2004). Female sexuality does not need a uterine cervix: No need

for subtotal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 119-120.

Hasson, H. M. (1993). Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risks

and benefits. *Journal of Reproductive Medicine*, 38, 781-790.

Helstrom, L. (1994). Sexuality after hysterectomy: a model based on quantitative

and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15, 219-229.

Helstrom, L., Lundberg, P. O., Sorbom, D., & Backstrom, T. (1993). Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 81, 357-362.

Hillis, S. D., Marchbanks, P. A., & Peterson, H. B. (1995). The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*, 86, 941-945.

Huffman, J. W. (1950). The Effect of Gynecologic Surgery on Sexual Reactions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 59, 915-917.

Jenkins, T. R. (2004). Laparoscopic supracervical hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 1875-1884.

Johns, A. (1997). Supracervical versus total hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40, 903-913.

Kaiser, R., Kusche, M., & Wurz, H. (1989). Hormone levels in women after hysterectomy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 244, 169-173.

Kaltreider, N. B., Wallace, A., & Horowitz, M. J. (1979). A field study of the stress response syndrome. Young women after hysterectomy. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1499-1503.

Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 297-303.

Kilcku, P. (1983). Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, 62, 141-145.

Kilcku, P., Gronroos, M., Hirvonen, T., & Rauramo, L. (1983). Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on libido and orgasm. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, 62, 147-152.

Kilcku, P., Gronroos, M., & Rauramo, L. (1985). Supravaginal uterine amputation with peroperative electrocoagulation of endocervical mucosa. Description of the method. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, 64, 175-177.

Kim, D. H., Lee, Y. S., & Lee, E. S. (2003). Alteration of sexual function after classic intrafascial supracervical hysterectomy and total hysterectomy. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 10, 60-64.

Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C., & Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Kjerulff, K. H., Langenberg, P. W., Rhodes, J. C., Harvey, L. A., Guzinski, G. M., & Stolley, P. D. (2000a). Effectiveness of hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 95, 319-326.

Kjerulff, K. H., Rhodes, J. C., Langenberg, P. W., & Harvey, L. A. (2000b). Patient satisfaction with results of hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183, 1440-1447.

Kuppermann, M., Summitt, R. L., Varner, R. E., McNeeley, S. G., Goodman-Gruen, D., Learman, L. A. et al. (2005). Sexual Functioning after total compared with supracervical hysterectomy: A randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 1309-1318.

Kuppermann, M., Varner, R. E., Summitt, R. L., Jr., Learman, L. A., Ireland, C., Vittinghoff, E. et al. (2004). Effect of hysterectomy vs. medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning: the medicine or surgery (Ms) randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1447-1455.

Kuscu, N. K., Oruc, S., Ceylan, E., Eskicioglu, F., Goker, A., & Caglar, H. (2005). Sexual life following total abdominal hysterectomy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 271, 218-221.

Lalinec-Michaud, M. & Engelsmann, F. (1985). Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 44-47.

Lambden, M. P., Bellamy, G., Ogburn-Russell, L., Preece, C. K., Moore, S., Pepin, T. et al. (1997). Women's sense of well-being before and after hysterectomy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 26, 540-548.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States - Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.

Learman, L. A., Summit, R. L., Varner, E., McNeeley, G. S., Goodman-Gruen, D., Richter, H., Feng, L., Showstack, J. et al. (2003). A randomized comparison of total and supracervical hysterectomy: Surgical complications and clinical outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 102, 453-462.

Learman, L. A., Summit, R. L., Varner, E., Richter, H., Feng, L., Ireland, C. C., Kuppermann, M., Vittinghoff et al., (2004). Hysterectomy versus expanded medical treatment for abnormal uterine bleeding: Clinical outcomes in the medicine or surgery trial. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 824-833.

Lepine, L. A., Hillis, S. D., Marchbanks, P. A., Koonin, L. M., Morrow, B., Kieke, B. A. et al. (1997). Hysterectomy surveillance--United States, 1980-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 46, 1-15.

Levin (2005). The involvement of the human cervix in reproduction and sex. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 251-260.

Maas, C. P., ter Kuile, M. M., Laan, E., Tuijnman, C. C., Weijnenborg, P. T., Trimpos, J. B. et al. (2004). Objective assessment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 456-462.

Maas, C., Weijnenborg, P., & ter Kuile, M. (2003). The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, 14, 83-113.

MacDonald, S. R., Klock, S. C., & Milad, M. P. (1999). Long-term outcome of nonconservative surgery (hysterectomy) for endometriosis-associated pain in women <30 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1360-1363.

Mah, K. & Binik, Y. M. (2001). The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical Psychological Review*, 21, 823-856.

Mah, K. & Binik, Y. M. (2002). Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of the orgasm experience across gender and sexual context. *Journal of Sex Research*, 39, 104-113.

Marchant-Haycox, S. & Salmon, P. (1997). Patients' and doctors' strategies in consultations with unexplained symptoms. Interactions of gynecologists with women presenting menstrual problems. *Psychosomatics*, 38, 440-450.

Martin, R. L., Roberts, W. V., & Clayton, P. J. (1980). Psychiatric status after hysterectomy. A one-year prospective follow-up. *Journal of the American Medical Association*, 244, 350-353.

Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown.

Meikle, S., Brody, H., & Pysh, F. (1977). An investigation into the psychological effects of hysterectomy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 36-41.

Mendelson, Mendelson, & White (2001). Body esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76, 90-106.

Melzack, R. (1975). The McGill pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.

Meston, C. M. (2004). The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 31-42.

Meston, C. M. & Bradford, A. (2004). A brief review of the factors influencing sexuality after hysterectomy. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 5-14.

Munro, M. G. (1997). Supracervical hysterectomy: ... a time for reappraisal. *Obstetrics and Gynecology*, 89, 133-139.

Nathorst-Boos, J., Fuchs, T., & von Schoultz, B. (1992a). Consumer's attitude to hysterectomy. The experience of 678 women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 71, 230-234.

Nathorst-Boos, J. & von Schoultz, B. (1992b). Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 34, 97-101.

Naughton, M. J. & McBee, W. L. (1997). Health-related quality of life after hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40, 947-957.

Newton, N. & Baron, E. (1976). Reactions to hysterectomy: fact or fiction? *Primary Care*, 3, 781-801.

Oldenhav, A., Jaszmann, L. J., Everaerd, W. T., & Haspels, A. A. (1993). Hysterectomized women with ovarian conservation report more severe climacteric complaints than do normal climacteric women of similar age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, 765-771.

Osborn, M. F. & Gath, D. H. (1990). Psychological and physical determinants of premenstrual symptoms before and after hysterectomy. *Psychological Medicine*, 20, 565-572.

Poad, D. & Arnold, E. P. (1994). Sexual function after pelvic surgery in women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34, 471-474.

Polivy, J. (1974). Psychological reactions to hysterectomy: a critical review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, 417-426.

Rannestad, T., Eikeland, O. J., Helland, H., & Qvarnstrom, U. (2001). Are the physiologically and psychosocially based symptoms in women suffering from gynecological disorders alleviated by means of hysterectomy? *Journal of Womens Health and Gender Based Medicine*, 10, 579-587.

Rhodes, J. C., Kjerulff, K. H., Langenberg, P. W., & Guzinski, G. M. (1999). Hysterectomy and sexual functioning. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1934-1941.

Richards, D. H. (1974). A post-hysterectomy syndrome. *Lancet*, 2, 983-985.

Richman, S. M. & Sarrel, P. M. (2004). Vaginal laser Doppler flowmetry pre- and posthysterectomy. *Journal Sex and Marital Therapy*, 30, 43-47.

Rock, J. A., & Jones, H. W. (2003). *TeLinde's Operative Gynecology*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.

- Roovers, J. P., van der Bom, J. G., van der Vaart, C. H., & Heintz, A. P. (2003). Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *British Medical Journal*, 327, 774-778.
- Roussis, N. P., Waltrous, L., Kerr, A., Robertazzi, R., & Cabbad, M. F. (2004). Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical vaginal procedure. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 1427-1428.
- Rozenman, D. & Janssen, E. (2000). Sexual function after hysterectomy. *Journal of the American Medical Association*, 2238-2239.
- Ryan, M. M., Dennerstein, L., & Pepperell, R. (1989). Psychological aspects of hysterectomy. A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 516-522.
- Saini, J., Kuczynski, E., Gretz, H. F., III, & Sills, E. S. (2002). Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function. *Biomedical Central Womens Health*, 2, 1.
- Schanzer, K. (1993). [Psychosomatic aspects of hysterectomy]. *Gynaekologisch - Geburtshilfliche Rundschau*, 33, 16-18.
- Schofield, M. J., Bennett, A., Redman, S., Walters, W. A., & Sanson-Fisher, R. W. (1991). Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1129-1136.

Scott, J. R., Sharp, H. T., Dodson, M. K., Norton, P. A., & Warner, H. R. (1997). Subtotal hysterectomy in modern gynecology: a decision analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176, 1186-1191.

Seidenschmur, G., Beck, H., Uplegger, H., Werner, H., & Kolmorgen, K. (1989). [Attitude and sex behavior following hysterectomy]. *Zentralblatt Gynakologie*, 111, 53-59.

Sherwin, B. B. & Gelfand, M. M. (1985). Sex steroids and affect in the surgical menopause: a double-blind, cross-over study. *Psychoneuroendocrinology*, 10, 325-335.

Sherwin, B. B., Gelfand, M. M., & Brender, W. (1985). Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosomatic Medicine*, 47, 339-351.

Siddle, N., Sarrel, P., & Whitehead, M. (1987). The effect of hysterectomy on the age at ovarian failure: identification of a subgroup of women with premature loss of ovarian function and literature review. *Fertility and Sterility*, 47, 94-100.

Sills, E. S., Saini, J., Appelgate, M. S., McGee, M., & Gretz, H. F. (1998). Supracervical and total abdominal hysterectomy trends in New York State: 1990-1996. *Journal of Urban Health*, 75, 903-910.

Singer, I. (1973). *The Goals of Human Sexuality*. New York: W. W. Norton.

Sloan, D. (1978). The emotional and psychosexual aspects of hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131, 598-605.

Spanier, G. B. (1975). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-38.

Steege, J. F. (1997). Indications for hysterectomy: have they changed? *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40, 878-885.

Stovall, T. G., Ling, F. W., & Crawford, D. A. (1990). Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology. *Obstetrics and Gynecology*, 75, 676-679.

Thakar, R., Ayers, S., Clarkson, P., Stanton, S., & Manyonda, I. (2002). Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *New England Journal of Medicine*, 347, 1318-1325.

Thakar, R., Manyonda, I., Stanton, S. L., Clarkson, P., & Robinson, G. (1997). Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 983-987.

Torpy, J. M., Lymn, C., & Glass, R. M. (2004). Hysterectomy. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1526.

Tulandi, T. & Levy, B. (2003). *So You're Having a Hysterectomy*. Hoboken, NJ: Wiley.

Tulandi, T. (1996). Modern surgical approaches to female reproductive tract. *Human Reproduction Update*, 2, 419-427.

Utian, W. H. (1975). Effect of hysterectomy, oophorectomy and estrogen therapy on libido. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 13, 97-100.

Virtanen, H., Makinen, J., Tenho, T., Kiilholma, P., Pitkanen, Y., & Hirvonen, T. (1993). Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *British Journal of Urology*, 72, 868-872.

Wade, J., Pletsch, P. K., Morgan, S. W., & Menting, S. A. (2000). Hysterectomy: what do women need and want to know? *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29, 33-42.

Walcher, W., Ralph, G., Lahousen, M., Scheer, I., Tamussino, K., & Rollett, H. (1988). [Sexuality following radical operations]. *Zentralblatt Gynakologie*, 110, 1109-1116.

Weber, A. M., Walters, M. D., Schover, L. R., Church, J. M., & Piedmonte, M. R. (1999). Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 18, 530-535.

Whipple, B., Gerdes, C. A., & Komisaruk, B. R. (1996). Sexual response to self-stimulation in women with complete spinal cord injury. *Journal of Sex Research*, 33, 231-240.

Williams, R. R. (1999). Supracervical abdominal hysterectomy: a technique worse time has come (again!) Including an opinion by the late Dr. David Nichols. *Medicine and Health / Rhode Island*, 82, 358-359.

Wright, R. C. (1969). Hysterectomy - Past Present and Future. *Obstetrics and Gynecology*, 33, 560.

Yazbeck, C. (2004). [Sexual function following hysterectomy]. *Gynecologie, Obstetrique et Fertilité*, 32, 49-54.

Zobbe, V., Gimbel, H., Andersen, B. M., Filtenborg, T., Jakobsen, K., Sorensen, H. C. et al. (2004). Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 191-196.

Zussman, L., Zussman, S., Sunley, R., & Bjornson, E. (1981). Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 140, 725-729.

Appendices

Appendix A

Tables

Appendix B

Screening Interviews

Consent Forms

Semi-Structured Interviews

Appendix C

Ethics Certificate

Advertisements

Waivers from Publisher

Waivers from Co-Authors

Appendix A: Tables

Part I: The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review

Table 1: Retrospective Studies without Control Groups

Table 2: Prospective Studies without Control Groups

Table 3: Retrospective Studies with Control Groups

Table 4: Prospective Studies with Control Groups

Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy: A Randomized Controlled Trial

Table 1: Participant Flow

Table 2: Demographic and Medical Characteristics

Table 3: Sexual Functioning

Table 4: Pain Intensity

Table 5: Psychological Functioning

Table 6: Adverse Effects

Part I: The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review

Table 1: Retrospective Studies without Control Groups

Authors	Sample Size	Sample Type	Age	Hys Type	Surgical Approach	Hormonal Status	Time of FU	Data Collection	Sexual Outcomes					Pain Outcomes		Psychological Outcomes			Problems / Additional Information
									Desire	Arousal	Orgasm	Frequency of Sex	Global	Dyspareunia	Pelvic *	Depression	Body Image	Global **	
Ewert 1995, Belgium	55	conven	25-56	?	LAVH	?	0.5-2 yr	ASQ mail	↑	?	?	↑	↑	↓	?	?	?	?	1, 4, 7, 8, 9
Poad 1994, Australia	66	conven	20-60	?	mixed	?	?	ASQ mail	↓	↓	↓	↓	?	nd	?	?	?	?	4, 5, 6, 7, 8, 9
Schofield 1991, GB	175	conven	50	?	?	mixed	2-10 yr	ASQ mail phone	?	?	?	?	?	↓	↓	↓	?	?	5, 6, 7, 8, 9 / 20% vaginal dryness, 10% dyspareunia, 10% depression
Stovall 1990, USA	99	conven	35	?	mixed	mixed	1.5-5 yr	med.record	?	?	?	?	?	?	↓	?	?	?	5, 6, 7, 8, 9 / pelvic pain persisted (20%)
Seidenschur 1989, Germany	488	conven	?	?	mixed	mixed	5 yr	ASQ interv	↓	?	↓	↓	↓	↑	?	?	?	?	5, 6, 7, 8, 10
Chakravarti 1977, GB	100	conven	45	?	?	mixed	0.5-31 yr	? interv	↓	?	?	?	?	↑	?	↑	?	?	1, 4, 5, 6, 8, 9 / only 5% are taking HRT
Dennerstein 1977, Australia	89	conven	46	?	abdom	mixed	0.5-5 yr	ASQ interv	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	4, 5, 8, 9 / sex deteriorated (40%), expectations predict outcomes
Craig 1975, GB	49	conven	40	?	vagin	?	?	ASQ mail	?	?	?	?	↑	?	?	?	?	?	4, 5, 6, 7, 8, 9 / lack of libido, pelvic pain, dyspareunia & dryness (60%)

Part I: The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review

Table 2: Prospective Studies without Control Groups

Authors	Sample Size	Sample Type	Age	Hys Type	Surgical Approach	Hormonal Status	Time of FU	Data Collection	Sexual Outcomes					Pain Outcomes		Psychological Outcomes			Problems / Additional Information
									Desire	Arousal	Orgasm	Frequency of Sex	Global	Dyspareunia	Pelvic *	Depression	Body Image	Global **	
Kjerfuff 2000, USA	1162	probab	43	mixed	mixed	mixed	2 yr	ASQ interv, phone	?	?	?	?	?	?	↓	↓	?	↑	2, 5, 6, 7, 10 / low SES & depression resulted in poor outcomes
Rhodes 1999, USA	1101	probab	43	mixed	mixed	mixed	2 yr	ASQ Interv, phone	↑	↑	↑	↑	?	↓	↓	?	?	?	2, 5, 6, 7, 10 / post-op: 15% stopped sex / started sexual problems
Weber 1999, USA	43	conven	45	Tot	abdom	mixed	1 yr	SSQ ASQ, ?	?	?	nd	nd	nd	nd	nd	?	?	?	7 / post-op: sexual deterioration (20%) & improvements (20%)
Lambden 1997, USA	178	conven	40	?	abdom	mixed	1 yr	SSQ interv, med.record	↑	?	?	↑	?	↓	↓	↓	?	?	2, 4, 5, 6, 7 / post-op: 10% stopped sex, 15% depressed
Clarke 1995, GB	386	conven	?	Tot	abdom	PreMen	0.25 yr	ASQ mail	?	?	?	nd	↑	?	↓	↓	?	?	2, 7
Gath 1995, GB	190	conven	39	?	mixed	?	0.5 yr	SSQ ASQ, interv	?	?	?	?	?	?	?	?	?	nd	5, 6, 7 / psychiatric cases: pre-op & post-op (4%)
Carlson 1994, USA	418	probab	25-50	?	mixed	mixed	1 yr	ASQ interv, phone, mail	?	?	?	?	?	↓	?	↓	?	?	1, 2, 5, 6, 7 / text and tables were contradictory
Helstroem 1993, Sweden	104	conven	41	Sub	abdom	PreMen	1 yr	ASQ interv	nd	?	nd	?	↑	↓	↓	?	?	nd	3 / only study that looks at partner relationship
Virtanen 1993, GB	102	conven	45	Tot	abdom	mixed	1yr	ASQ interv	↑	?	nd	?	?	↓	?	?	?	?	4, 7 / post-op: decreased libido (30%) & orgasm (20%)
Bernhard 1992, USA	26	conven	35	?	mixed	mixed	2 yr	SSQ ASQ interv, mail	?	?	↓	?	↑	?	?	?	?	?	2, 3, 4, 5, 6, 7 / post-op: 70% said they were depressed
Ryan 1989, GB	60 + 30	conven	40	?	mixed	mixed	1 yr ?	SSQ ASQ ?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	↑	5, 6, 7, 9 / psychiatric cases: pre-op (60%), post-op (30%)
Lalanc 1985, Canada	102	conven	42	?	?	?	1 yr ?	SSQ interv, mail	?	?	?	?	?	?	?	nd	?	nd	2, 5, 6, 7 / sexual alteration is the most common fear
Gath 1982, GB	148	conven	42	?	mixed	?	1.5 yr	SSQ ASQ interv	?	?	?	↑	?	?	?	?	?	↑	5, 6, 7 / psychiatric cases: pre-op (60%), post-op (30%)
Coppen 1981, GB	60	conven	42	?	?	?	3 yr ?	SSQ ASQ interv mail	?	?	nd	nd	nd	?	?	↓	?	↑	1, 3, 5, 6, 7, 8, 9 / more than 75% drop-out
Martin 1980, USA	44	conven	?	?	?	?	1.5 yr	SSQ ASQ interv, phone, med.record	?	?	nd	nd	?	nd	?	↑	?	nd	2, 5, 6, 7 / psychiatric cases: pre-op (60%), post-op (70%)

Part I: The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review

Table 3: Retrospective Studies with Control Groups

Authors	Sample Size	Sample Type	Age	Hys Type	Surgical Approach	Hormonal Status	Time of FU	Data Collection	Sexual Outcomes					Pain Outcomes		Psychological Outcomes			Problems / Additional Information
									Desire	Arousal	Orgasm	Frequency of Sex	Global	Dyspareunia	Pelvic *	Depression	Body Image	Global **	
Meston 2004, USA	32	volun	41	mixed	mixed	PreMen	1-10 yr	SSQ ASQ, interv, PHYS	nd	nd	nd	nd	nd	⇐	?	nd	?	?	5, 6, 8 / controls had uterine disease (benign fibroids)
Ayoubi 2003, France	170	conven	48	Tot	mixed	PreMen HRT	1 yr (?)	ASQ mail	nd	?	nd	nd	⇐	⇐	?	?	⇐	?	7, 8, 9 / 1 st study to compare surgical approaches: abdom had worse effects on 3 variables (⇐) than vagin & lapar Hys
Saini 2002, USA	60	conven	46	mixed	abdom	mixed	1-2 yr	ASQ mail, med.record	nd	?	⇐	⇐	⇐	nd	?	?	?	?	8, 9 / controls had Sub
Cosson 2001, France	119	conven	51	mixed	vagin	mixed	7-10 yr	ASQ mail	nd	?	nd	nd	?	nd	nd	?	?	nd	5, 7, 8, 9 / controls had cholecystectomy
Galyer 1999, New Zealand	40	conven	30-65	mixed	mixed	?	.5-1.5 yr	ASQ mail	nd	?	?	?	?	?	?	?	?	?	5, 6, 7, 8, 9 / controls had non-gynecological surgeries
MacDonald 1999, USA	43	conven	< 30	?	mixed	?	?	SSQ ASQ mail, med.record	?	?	?	?	?	⇒	⇒	nd	?	?	5, 6, 7, 8, 9 / controls were older than 40 yrs
Feroni 1996, Australia	465	conven	40	mixed	mixed	mixed	?	ASQ mail	?	?	?	nd	nd	?	?	nd	?	nd	5, 6, 7, 8, 9 / controls were healthy
Everson 1995, USA	201	conven	47	?	mixed	mixed	1 & 3 yr	SSQ ?	?	?	?	?	?	?	?	⇐	?	?	1, 5, 6, 8, 9 / controls were pre-menopausal
Darling 1993, USA	346	probab	53	?	mixed	mixed	10 yr?	SSQ mail	?	?	?	?	⇒	?	?	?	?	?	1, 5, 6, 7, 8, 9 / controls had intact uteri
Bellerose 1993, Canada	129	volun	46	?	mixed	mixed	0.5-5 yr	SSQ interv, PHYS	nd	nd	⇐	nd	⇐	?	?	nd	⇐	nd	1, 5, 6, 8, 9, 10 / 1 st study to measure PHYS arousal; healthy controls
Nathorst-Boos 1992, Sweden	487	conven	40-59	mixed	abdom	mixed	?	ASQ mail, med.record	?	?	?	⇒	⇒	?	?	nd	?	nd	4, 5, 7, 8, 9 / controls had hys & oophorectomy
Nathorst-Boos 1992, Sweden	685	conven	43	mixed	abdom	mixed	?	ASQ mail, med.record	?	?	?	nd	?	nd	nd	?	?	?	4, 5, 7, 8, 9 / controls had Sub; no random assignment

Part I: The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A Literature Review

Table 4: Prospective Studies with Control Groups

Authors	Sample Size	Sample Type	Age	Hys Type	Surgical Approach		Time of FU	Data Collection	Sexual Outcomes					Pain Outcomes		Psychological Outcomes			Problems / Additional Information
									Desire	Arousal	Orgasm	Frequency of Sex	Global	Dyspareunia	Pelvic *	Depression	Body Image	Global **	
Zobbe 2004, Denmark	504	conven	?	Tot / Sub	abdom	mixed	1 yr	ASQ mail, med.records	nd	?	nd	nd	nd	nd	?	?	?	?	27, 8, 9 / only 319 patients were randomly assigned to Tot vs. Sub; controls had Sub
Roovers 2003, Netherlands	310	conven	44	Tot / Sub	abdom / vagin	?	0.5 yr	ASQ	?	nd	nd	nd	nd	nd	?	?	?	?	27, 7, 8 / post-op: sexual difficulties in 40%; no sign. difference vagin vs. abdom & Tot vs. Sub
Ellstrom 2003, Sweden	74	conven	50	Tot	abdom / lapar	mixed	1 yr	SSQ ?	nd	nd	nd	nd	nd	nd	?	nd	?	nd	7 / 1 st study with random assignment to abdom/lapar; controls had lapar; no sign. difference between/within groups
Gut 2002, Austria	90	conven	52	?	abdom / vagin	PreMen HRT	2 yr	SSQ, ASQ interv, phone, mail	nd	?	?	nd	nd	nd	nd	?	←	?	2, 5 / 40% drop-out rate; controls had vagin; no random assignment
Thakar 2002, GB	279	conven	43	Tot / Sub	abdom	mixed	1 yr	ASQ ?	nd	?	nd	nd	nd	?	nd	?	?	?	7, 8? / 1 st study with random assignment to Tot vs. Sub; 10-20% stop having sex post-op
Rannestad 2001, Norway	284	conven probab	45	?	abdom	?	1 yr	SSQ, ASQ ?	?	?	?	?	nd	?	nd	?	?	nd	27, 5, 7 / controls were a probability sample of women with intact uter
Alexander 1995, GB	202	conven	40	?	abdom / vagin	?	1 yr	SSQ interv	nd	?	?	?	nd	?	?	nd	nd	?	2, 5, 6, 7 / 1 st study with random assignment to uterus sparing surgen
Carlson et al.1994, USA	691	probab	41	?	abdom / vagin	?	1 yr	ASQ face, phone, mail	nd	?	?	?	?	?	nd	nd	nd	?	1, 5, 6, 7 / controls had conservative surgery; women of lower SES choose hys
Bhatia 1990, India	75	conven	46	mixed	abdom	?	4 weeks	SSQ ASQ ?	?	?	?	?	?	?	?	nd	?	nd	5, 6, 7 / controls had minor gynecological surgeries
Kilkku 1983, Finland	212	conven	46	mixed	abdom	mixed	1 yr	ASQ Interv	nd	?	←	?	?	⇒	?	?	?	?	7 / controls had Sub ; no random assignment

Abbreviations

* pelvic pain or abdominal pain independent of sexual activity

** psychological functioning in general

FU = follow-up

probab = probability sample

conven = convenience sample

volun = volunteer sample

hys = hysterectomy / hysterectomy group

pre-op = before Hys

post-op = after Hys

yr = year

SES = socio-economic status

Hysterectomy & Surgery Type

Tot = total Hys

Sub = subtotal Hys

abdom = abdominal Hys

vagin = vaginal Hys

lapar = laparoscopic Hys

LAVH = laparoscopic assisted vaginal Hys

Hormonal Status

PreM = pre-menopausal women with intact ovaries

HRT = menopausal or oophorectomized patients on HRT

Data Collection

SSQ = Standardized structured questionnaire

ASQ = adhoc structured questionnaire/interview

PHYS = physiological measurement

interv = face-to-face interview

phone = phone interview

mail = mailed questionnaire

med.record = medical records

Outcomes

↑ significantly increased post-op as compared to pre-op

↓ significantly decreased post-op as compared to pre-op

⇒ significantly more in group 1 (Hys) compared to controls

⇐ significantly less in group 1 (Hys) compared to controls

nd = no significant difference

? unspecified/not clear/missing/mixed

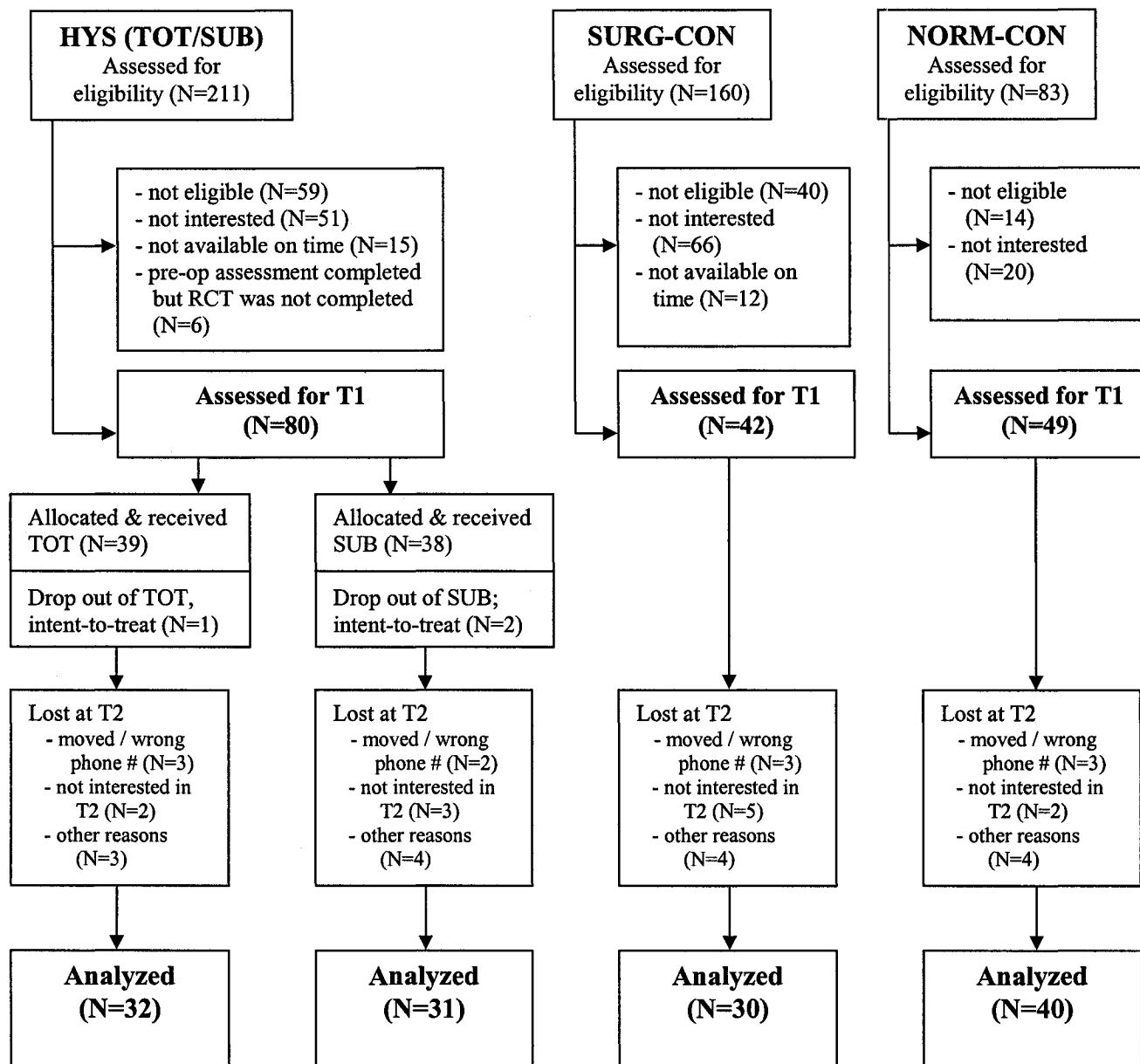
Methodological Problems

1. included cervical carcinomas / cancer patients
2. post-operative functioning compared to functioning at day / time of surgery
3. more than 50% drop-out
4. no or rudimentary data analysis
5. no analysis / presentation of data for different types of hysterectomy
6. no analysis / presentation of data for different types of surgery
7. no analysis / presentation of data for different types of hormonal status
8. assesses patients at inconsistent times before and/or after hysterectomy
9. asks patients to recall psychosexual functioning for time periods longer than 6 months
10. systematic drop-out of women with lower sexual functioning, depression, and SES

Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy:

A Randomized Controlled Trial

Table 1: Participant Flow



Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy:

A Randomized Controlled Trial

Table 2: Demographic and Medical Characteristics

	HYS		CON	
	TOT	SUB	SURG- CON	NORM- CON
Mean Age at T1 +/- SD *	43.8 +/- 5.8	43.5 +/- 4.1	37.5 +/- 8.3	43.6 +/- 6.8
N. of years of education +/- SD	15.2 +/- 3.6	13.9 +/- 2.6	15.5 +/- 3.6	15.4 +/- 3.7
N. of children +/- SD *	1.3 +/- 1.0	1.1 +/- 0.9	0.8 +/- 0.8	1.5 +/- 0.9
N. of married / cohabiting women (%)	21 (65.6)	18 (58.1)	20 (66.7)	26 (65)
N. of women who are dating (%)	7 (21.9)	7 (22.6)	6 (20.0)	4 (10.0)
N. of women who are single (%)	4 (12.5)	6 (19.4)	4 (13.3)	10 (25.0)
N. of women with endometriosis (%) *	6 (18.8)	3 (9.7)	2 (6.7)	0
N. of women with fibroids (%) *	21 (65.6)	27 (87.1)	4 (13.3)	0
N. of women with abnormal bleeding (%) *	19 (59.4)	19 (61.3)	4 (13.3)	0

SD = standard deviation

N. = number

% = percent

***p < 0.05**

Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy:

A Randomized Controlled Trial

Table 3: Sexual Functioning

Means per group + / - SD	HYS		CON	
	TOT	SUB	SURG-CON	NORM-CON
Drive at T1	33.16 +/- 27.71	36.36 +/- 33.37	45.63 +/-25.09	43.53 +/-28.17
to T2*	57.87 +/- 30.05	45.00*+/- 31.07	50.3 +/- 29.47	47.10 +/- 28.82
Arousal at T1	37.38 +/- 32.14	35.37 +/- 31.63	45.87 +/- 29.56	49.13 +/- 28.87
to T2**	56.86 +/- 29.25-	45.87 +/- 30.02	53.80 +/- 29.12	40.98 +/- 28.15
Orgasm at T1	29.94 +/- 28.82	29.28 +/- 31.15	39.20 +/- 28.31	36.45 +/- 30.74
to T2	53.38 +/- 31.54	38.52 +/- 30.38	42.83 +/- 30.67	44.13 +/- 30.52
Sexual Behavior at T1	34.35 +/- 32.55	29.44 +/- 25.45	42.77 +/- 29.93	41.10 +/- 28.79
to T2*	60.71 +/- 29.35	48.29 +/- 32.40	51.17 +/- 33.31	44.23 +/- 32.46
Overall Functioning atT1	33.72 +/- 32.78	28.47 +/- 29.74	38.87 +/- 29.42	38.88 +/- 28.86
to T2.***	58.16 +/- 34.66	46.16 +/- 28.40	38.75 +/- 34.10	37.95 +/- 32.14

SD = standard deviation

***p < 0.05**

**** p < 0.01**

***** p < 0.001**

Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy:

A Randomized Controlled Trial

Table 4: Intensity of Pain (0-10)

Means per group +/- SD	HYS		CON	
	TOT	SUB	SURG-CON	NORM-CON
Unprovoked, Abdomen at T1 to T2 ***	3.25 +/- 3.90 0.31 +/- 1.23	2.39 +/- 3.55* 0.23 +/- 0.80	1.03 +/- 2.76 0.87 +/- 2.65	0.48 +/- 1.72 0.20 +/- 1.26
Gynecological Exam, Abdomen at T1 to T2 ***	3.03 +/- 4.16 0.09 +/- 0.53	2.39 +/- 3.79 0.26 +/- 1.03	0.90 +/- 2.37 0.53 +/- 1.66	0.20 +/- 1.26 0.20 +/- 1.26
Gynecological Exam, Vagina at T1 to T2	1.16 +/- 3.14 0.13 +/- 0.70	1.00 +/- 2.73 0.16 +/- 0.90	0.43 +/- 1.33 0.00 +/- 0.00	0.35 +/- 1.55 0.48 +/- 2.10
Sexual Intercourse, Abdomen at T1 to T2 ***	1.97 +/- 3.03 0.00 +/- 0.00	1.23 +/- 2.74 0.32 +/- 1.28	.043 +/- 1.77 0.17 +/- 0.91	0.20 +/- 1.26 0.00 +/- 0.00
Sexual Intercourse, Vagina at T1 to T2 *	1.47 +/- 3.25 0.50 +/- 2.03	2.45 +/- 3.64 0.00 +/- 0.00	0.57 +/- 1.76 0.00 +/- 0.00	0.52 +/- 1.68 0.13 +/- 0.79

SD = standard deviation

***p < 0.05**

**** p < 0.01**

***** p < 0.001**

Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy:

A Randomized Controlled Trial

Table 5: Psychological Functioning

Means per group +/- SD	HYS		CON	
	TOT	SUB	SURG-CON	NORM-CON
Beck Depression Inventory at T1	5.78 +/- 6.28	5.59 +/- 5.73	2.87 +/- 3.42	2.75 +/- 2.79
to T2	3.03 +/- 3.78	3.00 +/- 3.90	2.50 +/- 3.78	2.05 +/- 2.61
Brief Symptom Inventory at T1	42.62 +/- 36.28	35.78 +/- 33.04	30.37 +/- 24.82	25.17 +/- 23.06
to T2	27.50 +/- 30.91	25.52 +/- 24.08	22.57 +/- 23.03	21.30 +/- 21.20
Body Esteem Scale at T1	45.25 +/- 7.53	45.77 +/- 6.48	45.30 +/- 6.40	44.45 +/- 7.71
to T2	45.75 +/- 6.32	45.45 +/- 6.90	45.17 +/- 8.15	45.65 +/- 7.02
Sexual Self Schema at T1	59.75 +/- 16.02	62.32 +/- 16.62	62.30 +/- 13.61	61.67 +/- 12.99
to T2	60.84 +/- 13.90	63.61 +/- 15.04	62.57 +/- 15.03	60.25 +/- 11.78

SD = standard deviation

***p < 0.05**

**** p < 0.01**

***** p < 0.001**

Part II: The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy:

A Randomized Controlled Trial

Table 6: Adverse Effects at T2

N. of women (%) reporting: (multiple complaints possible)	HYS		CON	
	TOT	SUB	SURG-CON	NORM-CON
Sexual desire reduced	3 (9.4)	4 (12.9)	5 (16.7)	4 (10.0)
Sexual arousal reduced	2 (6.2)	2 (6.4)	6 (20.0)	4 (10.0)
Capacity for orgasm reduced	2 (6.3)	2 (6.4)	3 (10.0)	3 (7.5)
Intensity of orgasm reduced	5 (15.6)	2 (6.4)	2 (6.7)	2 (5.0)
Frequency of sex reduced	1 (3.1)	2 (6.4)	2 (6.7)	3 (7.5)
Abdominal pain got worse	1 (3.1)	1 (3.2)	2 (6.7)	1 (2.5)
Vaginal pain got worse	1 (3.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dyspareunia got worse	1 (3.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Attractiveness negatively affected	0 (0)	3 (9.7)	4 (13.4)	3 (7.5)
Femininity negatively affected	1 (3.1)	0 (0)	1 (3.3)	2 (5.0)

Appendix B: Interviews

I. Screening Interviews

II. Consent Forms

III. Semi-Structured Interviews

1. Hysterectomy Groups Time 1
2. Hysterectomy Groups Time 2
3. Surgical Control Group Time 1
4. Surgical Control Group Time 2
5. Normal Control Group Time 1
6. Normal Control Group Time 2

**ENTREVUE TELEPHONIQUE DE DEPISTAGE POUR LES PATIENTES DE LAPAROSCOPIE
ET LES FEMMES EN BONNE SANTE**

Date de l'appel : _____
Jour/ Mois/ Année

1. Appelez-vous en en réponse à une étude en particulier? OUI NON
Si OUI, laquelle 1) groupe contrôle projet LAVH / hystérectomie sub-totale
 2) sexualité douleur et tempérament
 3) autre _____

2. Comment avez-vous entendu parler de cette étude?

- 1) votre gynécologue/secrétaire
 a) Dr.Bissonnette b) Dr.Lapensée c) Dr.Khalifé d) _____
2) bouche à oreille
3) annonces dans les journaux (lequel? _____)
4) autre _____

Laissez-moi vous informer sur notre étude :

Chaque année plus de 600,000 femmes en Amérique du Nord subissent une ablation de l'utérus pour des conditions bénignes. Conséquemment, l'hystérectomie est présentement la deuxième plus fréquente chirurgie subie par les femmes en âge de reproduction. Malgré ce fait, les conséquences de la pathologie utérine et de l'hystérectomie sur la qualité de vie des femmes ont reçu une attention insuffisante. Parmi les conséquences les plus ignorées sont les effets de l'hystérectomie sur la sexualité des femmes. Ces effets possibles auront une implication significative sur notre compréhension du rôle de l'utérus et du col de l'utérus dans l'excitation sexuelle et l'orgasme féminin. Cette étude comprendra quatre groupes de femme, deux groupes subissant une hystérectomie et deux groupes contrôles dont un subira une laparoscopie et l'autre ne subira aucune chirurgie. Ces groupes contrôles nous permettront d'évaluer les effets de la chirurgie abdominale/pelvienne sur le fonctionnement psychologique et social ainsi que de comparer les patientes subissant une hystérectomie aux femmes en bonne santé. Si vous acceptez de participer et vous êtes éligibles à l'étude, vous ferez partie d'un de ces groupes contrôles.

Aujourd'hui nous déterminerons seulement si vous êtes intéressée à participer à cette étude ainsi qu'évaluer si vous y êtes éligibles. Avez-vous des questions jusqu'à présent?

3. Êtes-vous intéressée à participer à cette étude? OUI NON* (arrêter et exclure)

4. Accepteriez-vous de répondre à quelques questions sur votre histoire médicale et statut socio-démographique, ceci dans le but de déterminer si vous êtes éligible et si vous pouvez être appariée à une patiente subissant une hystérectomie? OUI* NON

5. Puis-je avoir votre nom, S.V.P.? _____

6. Quel est votre langue primaire? Français Anglais Autre _____

7. Êtes-vous ménopausée? OUI* NON

8. Avez-vous déjà subi une ablation des ovaires? OUI* NON

9. Êtes-vous enceinte? OUI* NON

10. Avez-vous déjà subi une hystérectomie? OUI* NON

11. Avez-vous déjà subi un prolapsus de l'utérus (descente de l'utérus)? OUI* NON

12. Avez-vous déjà eu des néoplasmes (des tumeurs/formations anormales)
dans votre utérus ou col de l'utérus? OUI* NON

13. Avez-vous déjà subi de la chimiothérapie à la région abdominale/pelvienne? OUI* NON

14. Prenez-vous présentement des médicaments? OUI* NON

Si OUI, quel(s) médicament(s) prenez-vous et depuis combien de temps?

15. Souffrez-vous présentement d'une condition (trouble) psychiatrique ou psychologique?
OUI NON

Si, OUI quel(s) condition(s) et depuis combien de temps?

16. Souffrez-vous présentement d'une condition (maladie) physique chronique ou aiguë?

OUI NON → sauter à la question 17

Si OUI, qu'avez-vous reçu comme diagnostique ou quels problèmes avez-vous?

- a) saignements anormaux
- b) douleur
- c) autre

17. Est-ce que vous allez subir une laparoscopie? OUI → sauter à la question 17a
NON → sauter à la question 18a

Patientes subissant une laparoscopie

17a. Quelle est la date de votre laparoscopie? Date: _____
Jour / Mois / Année

17b. Quel est la raison pour laquelle vous subissez une laparoscopie?

- a) diagnostique
- b) ligature de trompes
- c) autre _____

17c. Subissez-vous votre laparoscopie pour une condition bénigne (non-cancéreuse)?

OUI NON*

17d. Accepteriez-vous que l'on vous interview 2 à 3 semaines avant votre laparoscopie ainsi que 6 à 7 mois suivant votre laparoscopie?

OUI NON*

Participant en bonne santé, non-laparoscopique

18a. Dans le dernier mois, avez-vous souffert d'une douleur abdominale, pelvienne et/ou génital à l'exception des douleurs menstruelles typiques?

OUI* NON

18b. Avez-vous déjà subi des chirurgies abdominales/pelviennes?

OUI NON

Si OUI, lesquelles

18c. Accepteriez-vous que l'on vous interview maintenant ainsi que dans 6 à 7 mois?

*OUI NON**

→ rencontre les critères d'inclusion pour

Groupe Laparoscopie OUI NON

Groupe Santé OUI NON

Critère pour appairer avec les patientes subissant une hystérectomie

A. Quel âge avez-vous? _____ (30-55)

B. Combien d'années de scolarité avez-vous? _____

C. Demeurez-vous avec un conjoint?

OUI NON

D. Avez-vous des enfants?

OUI NON

→ à déterminer plus tard:

Patiente peut-être appariée avec une patiente d'hystérectomie

Groupe Laparoscopie

OUI

NON

Groupe Santé

OUI

NON

Quand seriez-vous disponible pour participer à cette étude?

*Lundi**Mardi**Mercredi**Jeudi**Vendredi**Sam*

AM

PM

Soirée

Nous vous contacterons pour confirmer si nous pouvons vous appairier à une patiente subissant une hystérectomie.

Quel est le meilleur moyen de vous contacter?

Nos. de téléphone:

Maison: _____ Peut-on laisser un message? OUI NON

Bureau: _____ Peut-on laisser un message? OUI NON

Cellulaire: _____ Peut-on laisser un message? OUI NON

Page: _____ Email: _____

PROTOCOLE HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE PAR LAPAROSCOPIE VERSUS HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ASSISTÉE

Document d'information à l'intention des participantes

INTRODUCTION:

On vous a demandé de collaborer à un projet de recherche. Avant d'y consentir, veuillez lire attentivement ce document d'information. S'il vous reste des questions à poser, n'hésitez pas à vous adresser en toute confiance aux personnes responsables du projet afin de savoir en quoi consistera votre participation. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique du CHUM. Les résolutions incluses dans la Déclaration d'Helsinki s'appliqueront en tout temps.

L'hystérectomie est l'ablation de l'utérus. Il se fait présentement 600 000 hystérectomies par année en Amérique du Nord. C'est la deuxième plus fréquente chirurgie chez les femmes d'âge reproducteur. On estime qu'une femme sur quatre nécessitera une hystérectomie au cours de sa vie. Environ 26 % des hystérectomies sont effectuées par voie vaginale.

La cholécystectomie est l'ablation de la vésicule biliaire et du canal cystique. Il s'agit d'une chirurgie qui peut être réalisée par laparoscopie. Si vous participez à cette recherche vous serez utilisé comme groupe contrôle par rapport à l'objectif de cette recherche.

LAVH ou hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie

Dans les dernières années, une nouvelle méthode de procéder a vu le jour: la LAVH ou hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie. Présentement, environ 14,2 % des hystérectomies vaginales sont associées avec une laparoscopie. L'avantage principal de cette méthode est qu'elle évite une hystérectomie abdominale (la méthode traditionnelle), chez une patiente qui autrement en aurait nécessité une. Essentiellement, durant l'opération, le chirurgien fait trois ou quatre petites incisions à l'abdomen. Dans la première, il introduit une aiguille et injecte un gaz qui gonfle l'abdomen et permet de mieux voir à l'intérieur. Puis, il introduit le laparoscope (appareil muni d'une source lumineuse et d'une caméra de télévision pour visualiser). Par les autres incisions, il introduit les instruments chirurgicaux qui lui permettront de détacher des vaisseaux sanguins et des ligaments auxquels il est rattaché. Finalement, une incision sera pratiquée au fond du vagin afin de compléter le dégagement et le retrait de l'utérus et du col.

Hystérectomie subtotale par laparoscopie

Récemment, une nouvelle méthode de procéder à l'hystérectomie a vu le jour: l'hystérectomie subtotale par laparoscopie qui allie la plus vieille technique d'hystérectomie avec la nouvelle technique chirurgicale, soit la laparoscopie. Cette technique permet d'enlever l'utérus par laparoscopie tout en laissant le col en place. Cette technique permet elle aussi d'éviter une hystérectomie abdominale, méthode traditionnelle nécessitant une ouverture de la cavité abdominale, une hospitalisation de plusieurs jours ainsi qu'une convalescence prolongée. L'hystérectomie subtotale par laparoscopie pourrait présenter certains avantages vis-à-vis de la LAVH. Premièrement, la chirurgie se fait complètement par laparoscopie. Il n'y a pas de chirurgie vaginale. Deuxièmement, le col ainsi que les structures de support de l'utérus sont laissés en place. Bien que cela signifie que l'on devra continuer les examens annuels pour le test du pap, ceci peut présenter des avantages du point de vue du support des structures adjacentes et d'un retour plus rapide à une activité sexuelle normale. Finalement, la récupération après la chirurgie pourrait être plus rapide avec l'hystérectomie subtotale par laparoscopie. Il n'y a aucune étude dans la littérature comparant de façon randomisée ces deux techniques d'hystérectomie.

BUT DE L'ÉTUDE:

Cette étude à laquelle participeront quelques 100 sujets permettra de voir si l'hystérectomie subtotale par laparoscopie est supérieure, inférieure ou comparable à l'hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie. 40 femmes qui subiront une cholécystectomie seront recrutées à titre de groupe contrôle.

CONDITIONS DE PARTICIPATION:

Vous présentez une indication de subir une hystérectomie subtotale par laparoscopie ou une hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie ou bien une cholécystectomie. Vous n'avez pas de contre-indication à la chirurgie. Vous n'avez pas d'histoire de cellules pré-cancéreuses au niveau du col. Vous n'avez pas de prolapsus utérin.

DURÉE DE L'ÉTUDE ET MARCHE À SUIVRE PENDANT VOTRE VISITE:

Votre visite à la clinique de gynécologie ou chirurgie générale durera environ 60 minutes et se fera dans le cadre de votre évaluation pré-opératoire qui est de routine avant une chirurgie. Après votre opération, vous aurez un questionnaire à remplir sur votre satisfaction sur la chirurgie et l'analgésie. La deuxième partie des questionnaires sera remplie dans les 6 mois suivant la chirurgie, lors de votre visite post-opératoire de routine, afin d'évaluer votre degré de satisfaction globale. Ce questionnaire ne devrait prendre que quelques minutes de votre temps. Par la suite, un suivi annuel vous sera suggéré.

INCONFORTS ET RISQUES PRÉVISIBLES:

Les risques inhérents à une participation à cette étude sont les risques inhérents associés avec la procédure chirurgicale que vous devez subir et sont semblables dans les deux cas. Ce sont des risques d'infection, de saignement, et d'atteinte des organes adjacents. Il existe une faible possibilité que l'hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie ou l'hystérectomie subtotale par laparoscopie soit impossible à effectuer en raison de difficultés per-opératoires et que l'on soit obligé d'effectuer une hystérectomie abdominale. Tout ceci serait vrai et s'appliquerait même si vous ne participiez pas à l'étude. L'examen physique et les prises de sang et d'urine que vous subirez font partie de l'évaluation pré-opératoire de routine et seraient nécessaires même si vous ne participiez pas à l'étude. Les prises de sang peuvent causer un léger inconfort et laisser un bleu, et très rarement causer une infection locale ou perte de connaissance. Dans le cas d'une hystérectomie subtotale, le col est laissé en place, vous devrez continuer à avoir une cytologie cervicale annuellement même si le risque de cancer du col est minime.

DROITS DU PARTICIPANT:

Votre participation à cette étude est strictement volontaire et vous pourrez y mettre fin à n'importe quel moment si vous le désirez.

Les informations vous concernant demeureront strictement confidentielles. Lorsque les résultats de l'étude seront publiés, votre participation ne sera jamais mentionnée, nommément ou d'une manière qui risquerait de vous faire reconnaître.

CONCLUSION:

Nous avons tenté de vous donner les grandes lignes de l'étude portant sur l'hystérectomie subtotale par laparoscopie versus l'hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie et la cholécystectomie. Si vous avez la moindre question, votre médecin ou un membre de l'équipe de recherche se fera un plaisir d'y répondre. Si des questions ou commentaires surviennent après votre opération vous pouvez rejoindre l'un des membres de l'équipe de recherche : Dr François Bissonnette 890-8326, Dr André Roy 890-8000 poste 3-2556. Vous aurez droit à un exemplaire de ce document pour vos dossiers.

PROTOCOLE HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE PAR LAPAROSCOPIE VERSUS
HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ASSISTÉE PAR LAPAROSCOPIE COMPARÉ À
LA CHOLÉCYSTECTOMIE PAR LAPAROSCOPIE.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

La soussignée connaît ses droits et ses responsabilités dans le cadre de cette étude. Elle sait qu'elle peut mettre fin à sa participation à n'importe quel moment sans craintes de représailles

La soussignée connaît les risques chirurgicaux inhérents associés.

La soussignée accepte que son dossier médical soit examiné par le représentant de la recherche et par les organismes de surveillance en matière de santé, pourvu que toutes les mesures soient prises pour garantir la confidentialité et l'anonymat.

Signature de la participante: _____

Signature du témoin: _____

Signature du médecin: _____

Formulaire de consentement pour les patientes
Groupe contrôle projet LAVH / hystérectomie sub-totale

Titre du Projet :

Les effets psychologiques et sexuels de l'hystérectomie totale et subtotal.

Chercheurs principaux : Dr. François Bissonnette, Dr. Irv Binik, et Ms. Nicole Flory (M.A.)

But de l'Étude :

Chaque année plus de 600,000 femmes en Amérique du Nord subissent une ablation de l'utérus pour des conditions bénignes. Conséquemment, l'hystérectomie est présentement la deuxième plus fréquente chirurgie subie par les femmes en âge de reproduction. Malgré ce fait, les conséquences de la pathologie utérine et de l'hystérectomie sur la qualité de vie des femmes ont reçu une attention insuffisante. Parmi les conséquences les plus ignorées sont les effets de l'hystérectomie sur la sexualité des femmes. Ces effets possibles auront une importance significative sur notre compréhension du rôle de l'utérus et du col de l'utérus dans l'excitation sexuelle et l'orgasme féminin. Cette étude comprendra quatre groupes de femmes, deux groupes subissant une hystérectomie et deux groupes contrôles dont un subira une laparoscopie et l'autre ne subira aucune chirurgie. Ces groupes contrôles nous permettront d'évaluer les effets de la chirurgie abdominale/pelvienne sur le fonctionnement psychologique et social et de comparer les patientes subissant une hystérectomie aux femmes en bonne santé.

Procédures

Les participantes devront prendre part à deux entrevues dirigées par une personne qualifiée et formée à effectuer des entrevues. Chaque entrevue durera entre 60 à 90 minutes. Le groupe de patientes subissant une laparoscopie prendra part à une entrevue 2 à 3 semaines avant leur laparoscopie et 6 à 7 mois après. Le groupe de femmes en bonne santé prendra part à une entrevue lors de leur recrutement dans l'étude ainsi que 6 à 7 mois après. Les entrevues auront pour but de recueillir des informations sur le statut socio-démographique et l'histoire médicale des participantes. Les participantes devront également remplir des questionnaires standardisés qui se concentreront sur le fonctionnement sexuel, la douleur et le bien-être psychologique.

Risques et Bienfaits

Puisque les questions posées lors des entrevues sont de nature intime et personnelle, la participation à cette étude peut comprendre le risque de se sentir embarrassée. Le bienfait majeur de cette étude est de fournir de nouveaux aperçus sur les effets psychosociaux de la pathologie utérine et de l'hystérectomie. Une meilleure compréhension des effets de la pathologie utérine et de l'hystérectomie pourra nous permettre d'améliorer la santé générale, sexuelle et psychologique des femmes. Entre autre à la fin de l'étude nous aurons une réponse à la question : Est ce que le col de l'utérus a un rôle dans la satisfaction sexuelle de la femme?

Compensation

Les participantes recevront une compensation de 60\$; 25\$ à la première entrevue et 35\$ à la seconde.

Les droits des participantes

Les participantes seront sous aucune obligation de participer à cette étude. Les participantes seront libres de se retirer de l'étude à n'importe quel moment ou encore de refuser de répondre à des questions sans aucune explication de leur part.

Contacts

Si jamais la participante a des questions, plaintes ou insatisfactions avec cette étude, elle pourra communiquer avec l'un des chercheurs principaux (Dr. Irv Binik 398-6095, Ms. Nicole Flory 398-5323). Les questions qui concerneront les droits des participants seront dirigées à une représentante de l'Hôpital Royal Victoria (Pat O'Rourke 842-1231, extension 35655).

Confidentialité

La participation à cette étude est strictement confidentielle. Les dossiers des participantes seront identifiés uniquement par un chiffre et seront disponibles seulement aux membres de l'équipe de recherche. Une liste des chiffres reliée aux noms des participantes sera gardée séparément des dossiers dans une filière barrée sous clé qui sera accessible uniquement par les chercheurs principaux.

Signature de la participante

Les procédures d'évaluation de cette étude m'ont été clairement expliquées et mes questions ont été répondues de façon satisfaisante. J'accepte de participer à cette étude. Je garderai une copie du formulaire de consentement.

Signature (participante) _____

Nom _____

Date _____

Signature (témoin) _____

Nom _____

Date _____

ENTREVUE 1

Numéro du sujet _____

Intervieweur NF Janet _____

Date de l'entrevue ____/____/____

Date de l'hystérectomie ____/____/____
jour mois année**SECTION A: Information Socio-Démographique**

- 1) Date de naissance ____/____/____ Âge: _____
jour mois année
- 2) Lieu de naissance
- | | | |
|----------------------|-----------------|------------------------------------|
| 1. Canada | 2. Etats-Unis | 3. Europe de l'Est |
| 4. Europe de l'Ouest | 5. Afrique | 6. Asie |
| 7. Australie | 8. Moyen-Orient | 9. Amérique Latine/Amérique du Sud |
| 10. Autre _____ | | |
- 3) Quelle est la culture à laquelle vous vous sentez le plus étroitement liée?
- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Canadienne | 2. Québécoise | 3. Américaine |
| 4. Irlandaise/Écossaise/Galloise | 5. Autochtone | 6. Grecque/Italienne |
| 7. Européenne de l'Est | 8. Européenne de l'Ouest | 9. Africaine |
| 10. Asiatique | 11. Australienne | 12. Moyen-Orient |
| 13. Latino/Sud-Américaine | 14. Caraïbes | 15. Autre _____ |
- 4) Quelle est votre langue maternelle?
- | | | |
|-------------|------------|----------------|
| 1. Français | 2. Anglais | 3. Autre _____ |
|-------------|------------|----------------|
- 5) Dans quelle religion avez-vous été élevée?
- | | | |
|-----------|----------------|----------------|
| 0. Aucune | 1. Catholique | 2. Protestante |
| 3. Juive | 4. Autre _____ | |
- 6) Combien d'années de scolarité avez-vous en tout? _____
- 7) Quelle est votre occupation? _____
- 8) Quel est le revenu annuel approximatif de votre ménage?
- | | | |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| 1. \$0 - \$ 9,999 | 4. \$30,000 - \$39,999 | 7. \$60,000 et plus |
| 2. \$10,000 - \$19,999 | 5. \$40,000 - \$49,999 | |
| 3. \$20,000 - \$29,999 | 6. \$50,000 - \$59,999 | |
- 9) Lequel des points suivants décrit le mieux votre statut civil actuel?
- | |
|---|
| 1. mariée (demeurant ensemble OUI NON) |
| 2. partenaire régulier (demeurant ensemble OUI NON) |
| 3. célibataire avec un/des partenaire(s) sexuel(s) |
| 4. célibataire non engagée dans une relation |
- 10) Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation? ____/____ mois/année

POUR LES FEMMES QUI ONT UN/DES PARTENAIRE(S)

- 11) Quel âge a votre partenaire? _____
- 12) Quelle est sa profession? _____
- 13) Êtes-vous d'accord que votre partenaire participe à notre étude? NON OUI
Si OUI, comment pouvons-nous le contacter _____
- 14) Avez-vous des enfants? NON OUI
Si OUI, spécifiez le nombre d'enfants _____
- 15) Auriez-vous aimé avoir d'autres enfants? OUI NON

SECTION B: Histoire médicale

1) Quelle condition médicale vous amène à subir une hystérectomie? [TIME]

1. Endométriose commencée quand _____
traitement subi [antérieur] _____
2. Fibrome # _____ cm commencé quand _____
traitement subi [antérieur] _____
3. Saignements anormaux commencés quand _____
traitement subi [antérieur] _____
4. Autre _____ commencé quand _____
traitement subi [antérieur] _____

2) Quels autres problèmes gynécologiques avez-vous eus?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. Infection vaginale | 2. Infection de la vessie |
| 3. Chlamydia | 4. Gardnerella vaginalis |
| 5. Herpès génital | 6. Condylomes |
| 7. Gonorrhée | 8. V.I.H. |
| 9. Siphylis | 10. Trichomonas |
| 11. Cystites | 12. Kyste |
| 13. Maladie inflammatoire pelvienne | 14. Inflammation utérine |
| 15. Inflammation des ovaires | 16. Fausse-couche |
| 17. Déchirement du vagin | 18. Infertilité |
| 19. Autre (veuillez spécifier: _____) | |
| 0. Aucune | |

3) Quelles interventions gynécologiques avez-vous subies?

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Épisiotomie | 2. Laparoscopie |
| 3. Ovariectomie, l'un (1) ou les deux (2) ovaires | 1 2 |
| 4. Ligatures des trompes | 5. Curetage |
| 6. Avortement | 7. Amputation du vagin |
| 8. Césarienne | |
| 9. Autre: (veuillez spécifier: _____) | |
| 0. Aucune | |

4) Veuillez dresser la liste et la date des autres chirurgies que vous avez subies dans votre vie.

5) Veuillez dresser la liste des maladies graves que vous avez ou avez eues et indiquez la date.

- | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|
| 1. cancer | quel sorte _____ | de _____ | à _____ |
| | | mois/année | mois/année |

6) Veuillez dresser la liste des douleurs NON-pelviennes/génitales dont vous avez souffert de manière régulière au cours du dernier mois.

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------|
| 1. au cou | 2. aux reins | 3. à la gorge |
| 4. aux dents | 5. à l'estomac | 6. au rectum |
| 7. aux jambes | 8. au bas du dos | 9. à la tête |
| 10. autre _____ | 0. aucune | |

SECTION C: Douleur au bassin pelvien

C1) Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs chroniques (non-spécifiques) dans le bassin pelvien? NON
 OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C1 plus tard

C2) Avez-vous ressenti des douleurs lors de votre dernier examen gynécologique?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C2 plus tard
 Si OUI, quand? ____ / ____ mois/année

C3) Avez-vous ressenti des douleurs la dernière fois que vous avez utilisé un tampon?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C3 plus tard
 Si OUI, quand ____ / ____ mois/année

C4) Avez-vous ressenti des douleurs en allant à la selle?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C4 plus tard

C5) Avez-vous ressenti des douleurs en urinant?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C5 plus tard

C6) Avez-vous ressenti des douleurs lors de vos dernières menstruations?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C6 plus tard

C7a) Quand était la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale?
 ____ / ____ mois/année **relations sexuelles au cours du dernier mois: NON OUI**

C7b) si **NON**: Pourquoi, 1. douleur ou inconfort
2. pas de partenaire
3. autre _____

C7b) si **OUI**: En moyenne, combien de relations sexuelles avez vous eu par mois? ____
 Ont-elles été douloureuses? NON OUI
 Si OUI, Combien ont été douloureuses? ____
Si OUI ⇒ faire SECTION C7 plus tard

C8) Avant votre condition médicale, aviez-vous des douleurs lors de vos relations sexuelles?
NON OUI, Si OUI ⇒
faire SECTION C8 plus tard

SECTION C 1: Douleur chronique

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois __heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
---------------	------------	------------	---------------

1. praticien général _____

2. gynécologue _____

3. physiothérapeute _____

4. psychologue _____

5. autre _____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

SECTION C 2: Examens gynécologiques

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 4: Aller à la selle

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 5: Uriner

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |
-

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

SECTION C 6: Menstruations

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __ jours/mois __ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment? _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente
 1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente
 1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment? _____

SECTION C 7: Les relations sexuelles

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. avec l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme

a) le col	b) les parois	c) autre _____
-----------	---------------	----------------
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Durant la menstruation | 2. Avant la menstruation | 3. Après la menstruation |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. avec l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale

3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. avec l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION C 8: Les relations avant la condition médicale

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. avec l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme

a) le col	b) les parois	c) autre _____
-----------	---------------	----------------
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Durant la menstruation | 2. Avant la menstruation | 3. Après la menstruation |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. avec l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____/____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. avec l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION D: Informations sur l'hystérectomie

1) Quelle est votre opinion personnelle: Est-ce que l'hystérectomie change la vie d'une femme?

2) Il y a des femmes qui ont une préférence pour l'une des deux opérations:

l'hystérectomie subtotale (ablation de l'utérus en conservant le col) ou

l'hystérectomie totale (ablation de l'utérus et du col)

Avez vous une préférence?

OUI NON

Si OUI, laquelle?

1. subtotale

2. totale

Si OUI, pourquoi?

1. peur du cancer

2. peur des cicatrices dans le vagin

3. je ne veux plus d'examens gynécologiques

4. autre _____

Si OUI

⇒ faire Section D1 et D2

Si NON

⇒ faire Section D1

SECTION D 1

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous prévoyez suite à votre hystérectomie (subtotale).

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

13) Vieillessement?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

18) Autre _____ ?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

SECTION D 2

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous prévoyez suite à votre hystérectomie (totale).

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

13) Vieillessement?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement				changement le plus positif	

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

18) Autre _____?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

SECTION D 3: AVANT

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous avez vécus à cause de votre condition médicale.

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

13) Vieillessement?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

18) Autre _____ ?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

ENTREVUE 2

Numéro du sujet _____
 Intervieweur NF Janet _____
 Date de l'entrevue ____/____/____
 Date de l'hystérectomie ____/____/____
 jour mois année

SECTION A: Information Socio-Démographique

1) Avez-vous eu des changements dans votre occupation ou votre statut civil après votre hystérectomie?

NON OUI

Si OUI,

1a) Lequel des points suivants décrit le mieux votre statut civil actuel?

1. mariée (demeurant ensemble OUI NON)
2. célibataire avec un partenaire régulier (demeurant ensemble OUI NON)
3. célibataire avec un/des partenaire(s) sexuel(s)
4. célibataire non engagée dans une relation

1b) Quelle est votre occupation actuelle? _____

1c) Quel est présentement votre revenu annuel? _____

1d) Autres _____

SECTION B: Histoire médicale

1) Après votre chirurgie, comment s'est déroulé le rétablissement?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 très mal très bien

2) Quelles complications avez-vous eues? Combien de temps ont-elles durées?

a) faiblesse

de _____ à _____
 mois/année mois/année

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 aucune faiblesse faiblesse la plus intense

b) fatigue

de _____ à _____
 mois/année mois/année

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 aucune fatigue fatigue la plus intense

c) autre _____

de _____ à _____
 mois/année mois/année

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) Êtes-vous en ménopause? NON OUI

9) Prenez-vous des hormones? NON OUI

Si OUI, précisez la sorte _____ la dose _____
mois/année

10) Si vous avez déjà pris des hormones et que vous avez arrêté d'en prendre, indiquez pourquoi _____

11) Évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre santé actuelle (santé médicale et psychologique).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
très mauvaise					excellente					

12) Après votre hystérectomie, avez-vous eu des difficultés psychologiques pour lesquelles vous avez consulté de l'aide professionnelle? NON OUI

Si OUI pourquoi et quand?

1. dépression	de	____/____	mois/année	à	____/____	mois/année
2. angoisse	de	____/____	mois/année	à	____/____	mois/année
3. autre _____	de	____/____	mois/année	à	____/____	mois/année

13) Jusqu'à quel point croyez-vous que le problème pour lequel vous avez subi l'hystérectomie s'est amélioré?

1. amélioration complète (plus aucune douleur)
2. grande amélioration
3. amélioration moyenne
4. peu d'amélioration
5. pas d'amélioration
6. le problème est pire

SECTION C: Douleur au bassin pelvien

C1) Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs chroniques (non-spécifiques) dans le bassin pelvien?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C1 plus tard

C2) Avez-vous ressenti des douleurs lors de votre dernier examen gynécologique?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C2 plus tard

Si OUI, quand? ____ / ____ mois/année

Est-ce que cette douleur est la même que celle ressentie auparavant? OUI NON

C3) Avez-vous ressenti des douleurs en allant à la selle?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C3 plus tard

Est-ce que cette douleur est la même que celle ressentie auparavant? OUI NON

C4) Avez-vous ressenti des douleurs en urinant?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C4 plus tard

Est-ce que cette douleur est la même que celle ressentie auparavant? OUI NON

POUR LES FEMMES QUI ONT UN PARTENAIRE

C5a) Après votre chirurgie, quand avez-vous recommencé à avoir des relations sexuelles sans pénétration vaginale?

jour/mois/année

C5b) Qui a initié la relation sexuelle?

1. moi
2. mon partenaire
3. les deux
4. je ne me souviens pas

C5c) Après votre chirurgie, quand avez-vous recommencé à avoir des relations sexuelles avec pénétration vaginale?

jour/mois/année

C5d) Est-ce que cette première relation avec pénétration a été douloureuse?

NON OUI Si OUI ⇒ faire SECTION C5 plus tard

C5e) Quand était la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale?

____ / ____ mois/année

relations sexuelles au cours du dernier mois: NON OUI

C5f) si NON: Pourquoi pas?

1. douleur ou inconfort
2. pas de partenaire
3. autre _____

C5g) si OUI: En moyenne, combien de relations sexuelles avez-vous eues par mois? ____

Ont-elles été douloureuses? NON OUI

Si OUI, Combien ont été douloureuses? ____

Si OUI ⇒ faire SECTION C6 plus tard

SECTION C1: Douleur chronique

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
aucun										plus prononcé
dérangement										

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

Arrêtez ici si la douleur débuta avant votre chirurgie _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. à cause des complications 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
aucun										plus intense
dérangement										

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres_____

Arrêtez ici si la douleur débuta avant votre chirurgie_____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. à cause des complications 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois __heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4 loisirs 5.autres _____

Arrêtez ici si la douleur débuta avant votre chirurgie _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. à cause des complications 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment _____

SECTION C 2: Examens gynécologiques

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 3: Aller à la selle

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ administrez le MPQ

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune									détresse	
détresse									la plus intense	

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune									détresse	
détresse									la plus intense	

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
aucune											détresse
détresse											la plus intense

SECTION C 5: La première relation

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ administrez le MPQ

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Est-ce que cette douleur ressentie lors de la première relation est la même que celle ressentie avant votre chirurgie? OUI NON

Si NON, quelle est la différence? Décrivez.

4) Lors des rapports sexuels, quand la douleur a-t-elle commencée?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme

a) le col	b) les parois	c) autre _____
-----------	---------------	----------------
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

5) Après votre chirurgie, quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

6) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale

8. chirurgie

9. autre _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Est-ce que cette douleur ressentie lors de la première relation est la même que celle ressentie avant votre chirurgie? OUI NON

Si NON, quelle est la différence? Décrivez.

4) Lors des rapports sexuels, quand la douleur a-t-elle commencée?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

5) Après votre chirurgie, quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

6) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Est-ce que cette douleur ressentie lors de la première relation est la même que celle ressentie avant votre chirurgie? OUI NON

Si NON, quelle est la différence? Décrivez.

4) Lors des rapports sexuels, quand la douleur a-t-elle commencée?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col b) les parois c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

5) Après votre chirurgie, quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

6) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION C 6: Les dernières relations

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Est-ce que cette douleur ressentie lors du dernier mois est la même que celle ressentie avant votre chirurgie? OUI NON

Si NON, quelle est la différence? Décrivez.

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

8) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____/____ mois/année

4) Est-ce que cette douleur ressentie lors du dernier mois est la même que celle ressentie avant votre chirurgie? OUI NON

Si NON, quelle est la différence? Décrivez.

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général _____			
2. gynécologue _____			
3. physiothérapeute _____			

4. psychologue _____
 5. autre _____

8) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Est-ce que cette douleur ressentie lors du dernier mois est la même que celle ressentie avant votre chirurgie? OUI NON

Si NON, quelle est la différence? Décrivez.

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel

Diagnostic

Traitement

#de fois reçu

1. praticien général _____
2. gynécologue _____
3. physiothérapeute _____
4. psychologue _____
5. autre _____

8) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION D: Les changements

1) Est-ce que votre hystérectomie a changé votre vie?

NON OUI

Si OUI, comment

2) Après votre chirurgie, y a-t-il eu des changements dans vos relations sexuelles?

NON OUI

Si OUI, lesquels

3) Est-ce que vous vous sentez moins «complète» ou «féminine» après votre hystérectomie?

NON OUI

Si OUI, comment

4) Après votre hystérectomie, évaluez sur une échelle de -5 à +5 votre niveau de satisfaction face à votre infertilité.

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
insatisfaction			neutre			satisfaction				
la plus prononcée						la plus prononcée				

Commentaires:

5) Après votre hystérectomie, évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre niveau de satisfaction face au support de votre partenaire. (N/A)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune						satisfaction				
satisfaction						la plus prononcée				

Commentaires:

6) Après votre hystérectomie, évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre niveau de satisfaction face à votre chirurgie.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune									satisfaction	
satisfaction									la plus prononcée	

Commentaires: _____

7) Après votre hystérectomie, évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre niveau de satisfaction face à notre étude.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune									satisfaction	
satisfaction									la plus prononcée	

Commentaire: _____

8) Avez-vous obtenu tous les renseignements que vous souhaitiez sur l'hystérectomie?

OUI NON,

Si NON, lesquels manquaient?

9) Auriez-vous aimé recevoir plus d'information d'ordre sexuel avant votre chirurgie?

NON OUI,

Si OUI, quelles questions auriez-vous aimé discuter?

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous avez vécus à la suite de votre hystérectomie.

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

13) Vieillesse?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun					changement le
plus négatif					changement					plus positif

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

18) Autre _____ ?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

19) Souhaitez-vous ajouter quelque chose au sujet de votre experience?

20) Quel type d'hystérectomie avez-vous subie?

1. totale
2. subtotale (en conservant le col)
3. je ne sais pas

ENTREVUE 1

SURG-CON T1

Numéro du sujet _____

Intervieweur NF Janet _____

Date de l'entrevue ____/____/____

Date de la laparoscopie ____/____/____
jour mois année**SECTION A: Information Socio-Démographique**

- 1) Date de naissance ____/____/____ Âge: _____
jour mois année
- 2) Lieu de naissance
- | | | |
|----------------------|-----------------|------------------------------------|
| 1. Canada | 2. Etats-Unis | 3. Europe de l'Est |
| 4. Europe de l'Ouest | 5. Afrique | 6. Asie |
| 7. Australie | 8. Moyen-Orient | 9. Amérique Latine/Amérique du Sud |
| 10. Autre _____ | | |
- 3) Quelle est la culture à laquelle vous vous sentez le plus étroitement liée?
- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Canadienne | 2. Québécoise | 3. Américaine |
| 4. Irlandaise/Écossaise/Galloise | 5. Autochtone | 6. Grecque/Italienne |
| 7. Européenne de l'Est | 8. Européenne de l'Ouest | 9. Africaine |
| 10. Asiatique | 11. Australienne | 12. Moyen-Orient |
| 13. Latino/Sud-Américaine | 14. Caraïbes | 15. Autre _____ |
- 4) Quelle est votre langue maternelle?
- | | | |
|-------------|------------|----------------|
| 1. Français | 2. Anglais | 3. Autre _____ |
|-------------|------------|----------------|
- 5) Dans quelle religion avez-vous été élevée?
- | | | |
|-----------|----------------|----------------|
| 0. Aucune | 1. Catholique | 2. Protestante |
| 3. Juive | 4. Autre _____ | |
- 6) Combien d'années de scolarité avez-vous en tout ? _____
- 7) Quelle est votre occupation? _____
- 8) Quel est le revenu annuel approximatif de votre ménage?
- | | | |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| 1. \$0 - \$ 9,999 | 4. \$30,000 - \$39,999 | 7. \$60,000 et plus |
| 2. \$10,000 - \$19,999 | 5. \$40,000 - \$49,999 | |
| 3. \$20,000 - \$29,999 | 6. \$50,000 - \$59,999 | |
- 9) Lequel des points suivants décrit le mieux votre statut civil actuel?
- | |
|---|
| 1. mariée (demeurant ensemble OUI NON) |
| 2. partenaire régulier (demeurant ensemble OUI NON) |
| 3. célibataire avec un/des partenaire(s) sexuel(s) |
| 4. célibataire non engagée dans une relation |
- 10) Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation? ____/____mois/année
- 11) Avez-vous des enfants? NON OUI
Si OUI, spécifiez le nombre d'enfants _____
- 12) Auriez-vous aimé avoir d'autres enfants? OUI NON

SECTION B: Histoire médicale

1) Quelle raison (condition médicale) vous amène à subir une laparoscopie? [TIME]

1. Endométriose commencée quand _____
traitement subi [antérieur] _____
2. Fibrome # _____ cm _____ commencé quand _____
traitement subi [antérieur] _____
3. Saignements anormaux commencés quand _____
traitement subi [antérieur] _____
4. Infertilité _____ commencé quand _____
traitement subi [antérieur] _____
5. Ligature des trompes _____ commencé quand _____
traitement subi [antérieur] _____
6. Autre _____ commencé quand _____
traitement subi [antérieur] _____

2) Quels autres problèmes gynécologiques avez-vous eus?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. Infection vaginale | 2. Infection de la vessie |
| 3. Chlamydia | 4. Gardnerella vaginalis |
| 5. Herpès génital | 6. Condylomes |
| 7. Gonorrhée | 8. V.I.H. |
| 9. Siphylis | 10. Trichomonas |
| 11. Cystites | 12. Kyste |
| 13. Maladie inflammatoire pelvienne | 14. Inflammation utérine |
| 15. Inflammation des ovaires | 16. Fausse-couche |
| 17. Déchirement du vagin | 18. Infertilité |
| 19. Autre (veuillez spécifier: _____) | |
| 0. Aucune | |

3) Quelles interventions gynécologiques avez-vous subies?

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Épisiotomie | 2. Laparoscopie |
| 3. Ovariectomie, l'un (1) ou les deux (2) ovaires | 1 2 |
| 4. Ligatures des trompes | 5. Curetage |
| 6. Avortement | 7. Amputation du vagin |
| 8. Césarienne | |
| 9. Autre: (veuillez spécifier: _____) | |
| 0. Aucune | |

4) Veuillez dresser la liste et la date des autres chirurgies que vous avez subies dans votre vie.

5) Veuillez dresser la liste des maladies graves que vous avez ou avez eues et indiquez la date.

- | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|
| 1. cancer | quel sorte _____ | de _____ | à _____ |
| | | mois/année | mois/année |

6) Veuillez dresser la liste des douleurs NON-pelviennes/génitales dont vous avez souffert de manière régulière au cours du dernier mois.

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------|
| 1. au cou | 2. aux reins | 3. à la gorge |
| 4. aux dents | 5. à l'estomac | 6. au rectum |
| 7. aux jambes | 8. au bas du dos | 9. à la tête |
| 10. autre _____ | 0. aucune | |

7a) Quels médicaments (contre la douleur et autres) prenez-vous présentement (prescrits ou non)?

	<u>combien de jours/mois</u>	<u>combien de comprimés/jour</u>	<u>douleur pelvienne/génitale</u>
0. aucune			
1. tylenol	___	___	X
2. aspirine	___	___	X
3. ponstan	___	___	X
4. anaprox	___	___	X
5. indocid	___	___	X
6. motrin	___	___	X
7. AINS	___	___	X
8. somnifères	___	___	X
9. autre _____			X

7b) Quels médicaments de la liste ci-dessus prenez-vous pour soulager votre douleur pelvienne/génitale? [encerclez le X correspondant]

8) Évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre santé actuelle (santé médicale et psychologique).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
très mauvaise					excellente					

9) Avez-vous eu des difficultés psychologiques pour lesquelles vous avez consulté de l'aide professionnelle? NON OUI

Si OUI pourquoi et quand?

- | | | | | | | |
|----------------|----|---------|------------|---|---------|------------|
| 1. dépression | de | ___/___ | mois/année | à | ___/___ | mois/année |
| 2. angoisse | de | ___/___ | mois/année | à | ___/___ | mois/année |
| 3. autre _____ | de | ___/___ | mois/année | à | ___/___ | mois/année |

10) Indiquez la date de vos dernières menstruations _____ mois/année

11) Êtes-vous en ménopause? NON OUI

12) Prenez-vous des hormones? NON OUI

Si OUI, précisez la sorte _____ la dose _____ mois/année

13) Si vous avez déjà pris des hormones et que vous avez arrêté d'en prendre, indiquez pourquoi _____

14) Utilisez-vous un moyen contraceptif? NON OUI

Si OUI lequel?

- | | | |
|---|-------------------------|--------------------|
| 1. Condoms | 2. La pilule | 3. Diaphragme |
| 4. Cape cervicale | 5. Gelée spermicide | 6. Coït interrompu |
| 7. Méthodes naturelles | 8. Ligature des trompes | |
| 9. Vasectomie/infertilité du partenaire | 10. Autre _____ | |

SECTION C: Douleur bassin pelvien

C1) Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs chroniques (non-spécifiques) dans le bassin pelvien? NON
 OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C1 plus tard

C2) Avez-vous ressenti des douleurs lors de votre dernier examen gynécologique?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C2 plus tard
 Si OUI, quand? ____ / ____ mois/année

C3) Avez-vous ressenti des douleurs la dernière fois que vous avez utilisé un tampon?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C3 plus tard
 Si OUI, quand ____ / ____ mois/année

C4) Avez-vous ressenti des douleurs en allant à la selle?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C4 plus tard

C5) Avez-vous ressenti des douleurs en urinant?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C5 plus tard

C6) Avez-vous ressenti des douleurs lors de vos dernières menstruations?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C6 plus tard

C7a) Quand avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale pour la dernière fois?
 ____ / ____ mois/année relations sexuelles dans le dernier mois: NON OUI

C7b) si NON: Pourquoi, 1. douleur ou inconfort
2. pas de partenaire
3. autre _____

C7b) si OUI: En moyenne, combien de relations sexuelles avez-vous eu par mois? ____
 Ont-elles été douloureuses? NON OUI
 Si OUI, Combien ont été douloureuses? ____
Si OUI ⇒ faire SECTION C7 plus tard

C8) Avant votre condition médicale, aviez-vous des douleurs lors de vos relations sexuelles?
 N/A NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C8 plus tard

SECTION C 1: Douleur chronique

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
aucun										plus intense
dérangement										

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune								douleur		
douleur								la plus intense		

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune							détresse			
détresse							la plus intense			

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? jours/mois heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun			dérangement le							
dérangement			plus intense							

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? / mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée?

1. avec le fibrome / l'endométriose

0. sans raison apparente

2. autre

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ?

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? jours/mois heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun dérangement										dérangement le plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres_____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? / mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée?

1. avec le fibrome / l'endométriose

0. sans raison apparente

2. autre

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ?

SECTION C 2: Examens gynécologique

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 5: Uriner

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ administrez le MPQ

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 6: Menstruations

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
---------------	------------	------------	---------------

1. praticien général _____

2. gynécologue _____

3. physiothérapeute _____

4. psychologue _____

5. autre _____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente
 1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente
 1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

SECTION C 7: Les relations sexuelles

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ administrez le MPQ

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand la douleur commence-t-elle habituellement?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale

3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a t il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand la douleur commence-t-elle habituellement?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a t il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION C 8: Les relations avant condition médicale

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____/____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand la douleur commence-t-elle habituellement?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme

a) le col	b) les parois	c) autre _____
-----------	---------------	----------------
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Durant la menstruation | 2. Avant la menstruation | 3. Après la menstruation |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a t il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION D: Information sur laparoscopie

1) Quelle est votre opinion personnelle: Est-ce qu'une laparoscopie / votre intervention médicale change la vie d'une femme?

2) Il y a des femmes qui ont une préférence pour l'une des deux opérations:

L'hystérectomie subtotalaire (ablation de l'utérus en conservant le col) ou

L'hystérectomie totale (ablation de l'utérus et du col).

Avez vous une préférence?

OUI NON

Si OUI, laquelle?

1. subtotalaire

2. totale

Si OUI, pourquoi?

1. peur du cancer

2. peur des cicatrices dans le vagin

3. je ne veux plus d'examens gynécologiques

4. autre _____

SECTION D 1

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous prévoyez suite à votre laparoscopie.

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
----	----	----	----	----	---	----	----	----	----	----

changement le
plus négatif

aucun
changement

changement le
plus positif

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

13) Vieillessement?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

18) Autre _____ ?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

SECTION D 3: AVANT

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous avez vécus avec votre condition médicale. (N/A)

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement					changement le plus positif

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

13) Vieillessement?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

18) Autre _____ ?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif				aucun changement			changement le plus positif			

ENTREVUE 2

SURG-CON T2

Numéro du sujet _____
 Intervieweur NF Janet _____
 Date de l'entrevue ____/____/____
 Date de la laparoscopie ____/____/____
 jour mois année

SECTION A: Information Socio-Démographique

1) Avez-vous eu des changements d'occupation ou de votre statut civil suite à votre laparoscopie?

NON OUI

Si OUI,

1a) Lequel des points suivants décrit le mieux votre statut civil actuel?

1. mariée (demeurant ensemble OUI NON)
2. partenaire régulier (demeurant ensemble OUI NON)
3. célibataire avec un/des partenaire(s) sexuel(s)
4. célibataire non engagée dans une relation

1b) Quelle est votre occupation actuelle? _____

1c) Quel est présentement votre revenu annuel? _____

1d) Autres _____

SECTION B: Histoire médicale

1) Après votre chirurgie, comment s'est déroulé le rétablissement?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 très mal excellent

2) Quelles complications avez-vous eu? Combien de temps ont-elles durées?

a) faiblesse

de _____ à _____
 mois/année mois/année

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 aucune faiblesse faiblesse la plus intense

b) fatigue

de _____ à _____
 mois/année mois/année

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 aucune fatigue fatigue la plus intense

c) autre _____

de _____ à _____
 mois/année mois/année

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) Êtes-vous en ménopause? NON OUI

9) Prenez-vous des hormones? NON OUI

Si OUI, précisez la sorte _____ la dose _____ mois/année

10) Si vous avez déjà pris des hormones et que vous avez arrêté d'en prendre, indiquez pourquoi _____

11) Évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre santé actuelle (santé médicale et psychologique).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									excellente	
très mauvaise										

12) Après votre laparoscopie, avez-vous eu des difficultés psychologiques pour lesquelles vous avez consulté de l'aide professionnelle? NON OUI

Si OUI pourquoi et quand?

1. dépression	de	____/____	mois/année	à	____/____	mois/année
2. angoisse	de	____/____	mois/année	à	____/____	mois/année
3. autre _____	de	____/____	mois/année	à	____/____	mois/année

13) Jusqu'à quel point croyez-vous que le problème pour lequel vous avez subi la laparoscopie s'est amélioré?

1. amélioration complète (plus aucune douleur)
2. grande amélioration
3. amélioration moyenne
4. peu d'amélioration
5. pas d'amélioration
6. la situation est pire

SECTION C: Douleur au bassin pelvien

C1) Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs chroniques (non spécifiques) dans le bassin pelvien?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C1 plus tard

C2) Avez-vous ressenti des douleurs lors de votre dernier examen gynécologique?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C2 plus tard

Si OUI, quand? ____ / ____ mois/année

Encerclez le X si la douleur débuta avant la chirurgie **X**

C3) Avez-vous ressenti des douleurs en allant à la selle?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C3 plus tard

Encerclez le X si la douleur débuta avant la chirurgie **X**

C4) Avez-vous ressenti des douleurs en urinant?

NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C4 plus tard

Encerclez le X si la douleur débuta avant la chirurgie **X**

POUR LES FEMMES QUI ONT UN PARTENAIRE

C5a) Après votre chirurgie, quand avez-vous recommencé à avoir des relations sexuelles sans pénétration vaginale?

jour/mois/année

C5b) Qui a initié la relation sexuelle?

1. moi
2. mon partenaire
3. les deux
4. je ne me souviens pas

C5c) Après votre chirurgie, quand avez-vous recommencé à avoir des relations sexuelles avec pénétration vaginale?

jour/mois/année

C5d) Est-ce que cette première relation avec pénétration a été douloureuse?

Si OUI ⇒ faire SECTION C5 plus tard

C5e) Quand était la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale?

____ / ____ mois/année

relations sexuelles au cours du dernier mois: NON OUI

C5f) si NON: Pourquoi pas?

1. douleur ou inconfort
2. pas de partenaire
3. autre _____

C5g) si OUI: En moyenne, combien de relations sexuelles avez-vous eu par mois? _____

Ont-elles été douloureuses? NON OUI

Si OUI, Combien ont été douloureuses? _____

Si OUI ⇒ faire SECTION C6 plus tard

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

Arrêtez ici si la douleur a commencé avant votre chirurgie _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment? _____

SECTION C 2: Examens gynécologiques

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 4: Uriner

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 5: La première relation

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ administrez le MPQ

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

4) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

Arrêtez ici si la douleur débuta avant votre chirurgie _____

5) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

6) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

7) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

8) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée:)
6. autre (veuillez spécifier)

4) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi?
2. NON – pourquoi?

Arrêtez ici si la douleur débuta avant votre chirurgie

5) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

6) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

7) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

8) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale

3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

4) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

Arrêtez ici si la douleur débuta avant votre chirurgie _____

5) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

6) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

7) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

8) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer d'excitation sexuelle en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION C 6: Les dernières relations

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

4) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

Arrêtez ici si la douleur débuta avant votre chirurgie _____

5) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

6) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
 1. avec le fibrome / l'endométriose
 2. suite à des infections vaginales à répétition
 3. lors d'une relation sexuelle
 4. sans raison apparente
 5. quand j'ai changé de partenaire
 6. suite à des infections urinaires à répétition
 7. à l'arrivée de ma ménopause
 8. suite à une chirurgie gynécologique
 9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
 10. autre _____

7) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

8) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION D: Les changements

1) Est-ce que votre laparoscopie a changé votre vie?

NON OUI

Si OUI, comment

2) Après votre chirurgie, y a-t-il eu des changements dans vos relations sexuelles?

NON OUI

Si OUI, lesquels?

3) Est-ce que vous vous sentez moins "complète" ou "féminine" suite à votre laparoscopie?

NON OUI

Si OUI, comment?

5) Après votre laparoscopie, évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre niveau de satisfaction face au support de votre partenaire.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									satisfaction	
aucune										
satisfaction									extrême	

Commentaires: _____

6) Après votre laparoscopie, évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre niveau de satisfaction face à votre chirurgie.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									satisfaction	
aucune										
satisfaction									extrême	

Commentaires: _____

7) Après votre laparoscopie, évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre niveau de satisfaction face à notre étude.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune satisfaction									satisfaction extrême	

Commentaire: _____

8) Avez-vous obtenu tous les renseignements que vous souhaitez au sujet de la laparoscopie?

OUI NON,
Si NON, lesquels manquaient?

9) Auriez-vous aimé recevoir plus d'information d'ordre sexuel avant votre chirurgie?

NON OUI,
Si OUI, quelles questions auriez-vous aimé discuter?

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous avez vécus à la suite de votre laparoscopie.

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement			changement le plus positif		

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement			changement le plus positif		

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le plus négatif					aucun changement			changement le plus positif		

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

13) Vieillessement?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

18) Autre _____ ?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

19) Souhaitez-vous ajouter quelque chose au sujet de votre expérience?

ENTREVUE 1

NORM-CON T1

Numéro du sujet _____

Intervieweur NF Janet _____

Date de l'entrevue _____ / _____ / _____
jour mois année**SECTION A: Information Socio-Démographique**

- 1) Date de naissance _____ / _____ / _____ Âge: _____
jour mois année
- 2) Lieu de naissance
- | | | |
|----------------------|-----------------|------------------------------------|
| 1. Canada | 2. Etats-Unis | 3. Europe de l'Est |
| 4. Europe de l'Ouest | 5. Afrique | 6. Asie |
| 7. Australie | 8. Moyen-Orient | 9. Amérique Latine/Amérique du Sud |
| 10. Autre _____ | | |
- 3) Quelle est la culture à laquelle vous vous sentez le plus étroitement liée?
- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Canadienne | 2. Québécoise | 3. Américaine |
| 4. Irlandaise/Écossaise/Galloise | 5. Autochtone | 6. Grecque/Italienne |
| 7. Européenne de l'Est | 8. Européenne de l'Ouest | 9. Africaine |
| 10. Asiatique | 11. Australienne | 12. Moyen-Orient |
| 13. Latino/Sud-Américaine | 14. Caraïbes | 15. Autre _____ |
- 4) Quelle est votre langue maternelle?
- | | | |
|-------------|------------|----------------|
| 1. Français | 2. Anglais | 3. Autre _____ |
|-------------|------------|----------------|
- 5) Dans quelle religion avez-vous été élevée?
- | | | |
|-----------|----------------|----------------|
| 0. Aucune | 1. Catholique | 2. Protestante |
| 3. Juive | 4. Autre _____ | |
- 6) Combien d'années de scolarité avez-vous en tout? _____
- 7) Quelle est votre occupation? _____
- 8) Quel est le revenu annuel approximatif de votre ménage?
- | | | |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| 1. \$0 - \$ 9,999 | 4. \$30,000 - \$39,999 | 7. \$60,000 et plus |
| 2. \$10,000 - \$19,999 | 5. \$40,000 - \$49,999 | |
| 3. \$20,000 - \$29,999 | 6. \$50,000 - \$59,999 | |
- 9) Lequel des points suivants décrit le mieux votre statut civil actuel?
- | |
|---|
| 1. mariée (demeurant ensemble OUI NON) |
| 2. partenaire régulier (demeurant ensemble OUI NON) |
| 3. célibataire avec un/des partenaire(s) sexuel(s) |
| 4. célibataire non engagée dans une relation |
- 10) Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation? ____ / ____ mois/année
- 11) Avez-vous des enfants? NON OUI
Si OUI, spécifiez le nombre d'enfants _____
- 12) Auriez-vous aimé avoir d'autres enfants? OUI NON

6a) Quels médicaments (*contre la douleur et autres*) prenez-vous présentement (prescrits ou non)?

	<u>combien de jours/mois</u>	<u>combien de comprimés/jour</u>	<u>douleur pelvienne/génitale</u>
0. aucune			
1. tylenol	—	—	X
2. aspirine	—	—	X
3. ponstan	—	—	X
4. anaprox	—	—	X
5. indocid	—	—	X
6. motrin	—	—	X
7. AINS	—	—	X
8. somnifères	—	—	X
9. autre	—	—	X

7) Évaluez sur une échelle de 0 à 10 votre santé actuelle (santé médicale et psychologique).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
très mauvaise											excellente

8) Avez-vous eu des difficultés psychologiques pour lesquelles vous avez consulté de l'aide professionnelle? NON OUI

Si OUI pourquoi et quand?

- | | | | | | | |
|---------------|----|---------|------------|---|---------|------------|
| 1. dépression | de | ___/___ | mois/année | à | ___/___ | mois/année |
| 2. angoisse | de | ___/___ | mois/année | à | ___/___ | mois/année |
| 3. autre | de | ___/___ | mois/année | à | ___/___ | mois/année |

9) Indiquez la date de vos dernières menstruations. _____ mois/année

10) Êtes-vous en ménopause? NON OUI

11) Prenez-vous des hormones? NON OUI

Si OUI, précisez la sorte _____ la dose _____ mois/année

12) Si vous avez déjà pris des hormones et que vous avez arrêté d'en prendre, indiquez pourquoi _____

13) Utilisez-vous un moyen contraceptif? NON OUI

Si OUI lequel?

- | | | |
|---|-------------------------|--------------------|
| 1. Condoms | 2. La pilule | 3. Diaphragme |
| 4. Cape cervicale | 5. Gelée spermicide | 6. Coït interrompu |
| 7. Méthodes naturelles | 8. Ligature des trompes | |
| 9. Vasectomie/infertilité du partenaire | 10. Autre | _____ |

SECTION C: Douleur au bassin pelvien

C1) Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs chroniques (non-spécifiques) dans le bassin pelvien? NON
 OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C1 plus tard

C2) Avez-vous ressenti des douleurs lors de votre dernier examen gynécologique?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C2 plus tard
 Si OUI, quand? ____ / ____ mois/année

C3) Avez-vous ressenti des douleurs la dernière fois que vous avez utilisé un tampon?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C3 plus tard
 Si OUI, quand ____ / ____ mois/année

C4) Avez-vous ressenti des douleurs en allant à la selle?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C4 plus tard

C5) Avez-vous ressenti des douleurs en urinant?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C5 plus tard

C6) Avez-vous ressenti des douleurs lors de vos dernières menstruations?
 NON OUI, Si OUI ⇒ faire SECTION C6 plus tard

C7a) Quand était la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale?
 ____ / ____ mois/année relations sexuelles au cours du dernier mois: NON
O
UI

C7b) si NON: Pourquoi, 1. douleur ou inconfort
2. pas de partenaire
3. autre _____

C7b) si OUI: En moyenne, combien de relations sexuelles avez-vous eu par mois? ____
 Ont-elles été douloureuses? NON OUI
 Si OUI, Combien ont été douloureuses? ____
Si OUI ⇒ faire SECTION C7 plus tard

SECTION C 1: Douleur chronique

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ *administrez le MPQ*

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente

1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
---------------	------------	------------	---------------

1. praticien général _____

2. gynécologue _____

3. physiothérapeute _____

4. psychologue _____

5. autre _____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment? _____

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune									détresse	
détresse									la plus intense	

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? jours/mois heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun			dérangement le							
dérangement			plus intense							

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? / mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée?

1. avec le fibrome / l'endométriose 0. sans raison apparente

2. autre

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment?

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucune douleur la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? jours/mois heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? / mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée?

1. avec le fibrome / l'endométriose

0. sans raison apparente

2. autre

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment?

SECTION C 2: Examens gynécologiques

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ administrez le MPQ

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

SECTION C 4: Aller à la selle

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |
-

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
aucune										la plus intense
douleur										

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
aucune										la plus intense
détresse										

SECTION C 5: Uriner

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ **administrez le MPQ**

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ | Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ | Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ | Location 3. |
-

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__ heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										dérangement le
										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente
 1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment? _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Durant combien de temps ressentez-vous de la douleur? __jours/mois__heures/jour

4) Cette douleur vous empêche-t-elle de poursuivre vos occupations quotidiennes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun										dérangement le
dérangement										plus intense

5) Quelles occupations sont dérangées? 1.travail 2.sommeil 3.sports 4.loisirs 5.autres _____

6) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

7) Comment la douleur a-t-elle commencée? 0. sans raison apparente
 1. avec le fibrome / l'endométriose 2. autre _____

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager vous-même la douleur [sans l'aide de médicaments]? NON OUI, Si OUI, comment ? _____

SECTION C 7: Les relations sexuelles

Habituellement, à quel endroit de la région pelvienne ou génitale ressentez-vous de la douleur?

⇒ administrez le MPQ

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. à l'entrée du vagin / sur la vulve | (diagramme 1) ⇒ Location 1. |
| 2. à l'intérieur du vagin | (diagramme 2) ⇒ Location 2. |
| 3. dans la région pelvienne ou abdominale | (diagramme 3) ⇒ Location 3. |

1. à l'entrée du vagin / sur la vulve

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										douleur
										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										détresse
										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col b) les parois c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation 2. Avant la menstruation 3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général			
2. gynécologue			
3. physiothérapeute			
4. psychologue			
5. autre			

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre

2. à l'intérieur du vagin

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____ / ____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale

3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

3. dans la région pelvienne ou abdominale

1) Évaluez en moyenne sur une échelle de 0 à 10 l'intensité de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										douleur
douleur										la plus intense

2) Évaluez le niveau de détresse psychologique ressentie à cause de la douleur (ou de l'inconfort).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucune										détresse
détresse										la plus intense

3) Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur (ou cet inconfort)? ____/____ mois/année

4) Comment la douleur a-t-elle commencée?

0. avec la première relation sexuelle
1. avec le fibrome / l'endométriose
2. suite à des infections vaginales à répétition
3. lors d'une relation sexuelle
4. sans raison apparente
5. quand j'ai changé de partenaire
6. suite à des infections urinaires à répétition
7. à l'arrivée de ma ménopause
8. suite à une chirurgie gynécologique
9. suite à un stress important (ex., conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
10. autre _____

5) Lors des rapports sexuels, quand commence habituellement la douleur?

1. avec la stimulation manuelle
2. avec la stimulation orale
3. quand le pénis commence à entrer dans le vagin
4. quand le pénis touche une/des partie(s) dans le vagin comme
 - a) le col
 - b) les parois
 - c) autre _____
5. après avoir eu des relations sexuelles (durée: _____)
6. autre (veuillez spécifier _____)

6) Y-a-t-il des relations sexuelles qui sont moins douloureuses?

1. OUI – pourquoi? _____
2. NON – pourquoi? _____

7) Est-ce que la douleur est plus intense à une période spécifique de votre cycle menstruel?

NON OUI, si OUI

1. Durant la menstruation
2. Avant la menstruation
3. Après la menstruation

8) Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour votre douleur?

Professionnel	Diagnostic	Traitement	#de fois reçu
1. praticien général	_____	_____	_____
2. gynécologue	_____	_____	_____
3. physiothérapeute	_____	_____	_____
4. psychologue	_____	_____	_____
5. autre	_____	_____	_____

9) Avez-vous déjà essayé de traiter ou de soulager la douleur? NON OUI

1. changer de position pour les relations sexuelles
2. demander à votre partenaire d'aller plus lentement
3. essayer de m'exciter sexuellement en prolongeant la stimulation manuelle/orale
4. utiliser un lubrifiant
5. physiothérapie
6. psychothérapie
7. thérapie hormonale
8. chirurgie
9. autre _____

SECTION D: Informations sur les changements potentiels

1) Quelle est votre opinion personnelle: Est-ce que l'hystérectomie change la vie d'une femme?

2) Il y a des femmes qui ont une préférence pour l'une des deux opérations:

L'hystérectomie subtotale (ablation de l'utérus en conservant le col) ou

L'hystérectomie totale (ablation de l'utérus et du col).

Avez vous une préférence?

OUI NON

Si OUI, laquelle?

1. subtotale

2. totale

Si OUI, pourquoi?

1. peur du cancer

2. peur des cicatrices dans le vagin

3. je ne veux plus d'examens gynécologiques

4. autre _____

SECTION D 1

Évaluez sur une échelle de -5 à +5 les changements que vous prévoyez dans les 6 mois qui suivront.

1) Douleur abdominale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

2) Douleur vaginale? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

3) Douleur vulvienne? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			
plus négatif			changement				plus positif			

4) Douleur pendant les relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le			aucun				changement le			

plus négatif

changement

plus positif

5) Fréquence des relations sexuelles? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

6) Désir sexuel?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

7) Excitation sexuelle?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

8) Lubrification?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

9) Capacité d'avoir des orgasmes?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

10) Intensité de l'orgasme?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

11) Bouffées de chaleur?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

12) Votre poids?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

13) Vieillessement?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

14) Attirance?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

15) Féminité?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

16) Votre vie de couple? (N/A)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

17) Santé générale?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

18) Autre _____?

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
changement le					aucun				changement le	
plus négatif					changement				plus positif	

ENTREVUE 2**NORM-CON T2****Numéro du sujet** _____**Intervieweur NF Janet** _____**Date de l'entrevue** ____/____/____
 jour mois année**Differences between Time 2 Interviews for surgical controls and normal controls:**

- "laparoscopy" was replaced with "last interview" in most instances
- Questions B1, B2, B13, C5a-C5d were excluded
- the first part of Section D (questions related to surgery) were excluded

Appendix C: Ethics Approval, Advertisements, and Waivers

Ethics Certificate

Advertisements

Waivers from Editor and Publisher

Waivers from Co-Authors



Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

April 6, 2004

Dr. Irv Binik
Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, Quebec H3A 1B1

Dear Dr. Binik:

We are writing in response to your request for Institutional Review Board continuing review of the study A04-B09-03A entitled "*Understanding the Sexual Pain Disorders: Is the pain sexual or is the sex Painful?: The Psychosexual Effects of Total and Subtotal Hysterectomy.*".

The progress report was reviewed and we are pleased to inform you **that full-board re-approval** for the study was provided by the Chair of the Committee on **April 5, 2004**, valid until **April 4, 2005**.

We ask you to take note of the investigator's responsibility to assure that the current protocol and consent document are deposited on an annual basis with the Research Ethics Board of each hospital where patient enrollment or data collection is conducted.

Should any modification or unanticipated development occur prior to the next review, please advise the IRB promptly.

Yours sincerely,

/s/ Lawrence Hutchison, M.D.
Co-chair
Institutional Review Board

cc: Ms. Nicole Flory
Ms. F. Cantini – JGH
Ms. L. Fateen – MUHC/RVH
A04-B09-03A

Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

March 9, 2004

Dr. Irv Binik
Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, Quebec H3A 1B1

Dear Dr. Binik

We have received your request for review by the Institutional Review of a document pertaining to study AØ4-B09-03A entitled "The Psychosexual Effects of Total and Subtotal Hysterectomy".

We are pleased to inform you that full Board approval for the title change from "The Psychosexual Effects of Total and Subtotal Hysterectomy" to "Understanding the sexual pain disorders: Is the pain sexual or is the sex painful?: "The Psychosexual Effects of Total and Subtotal Hysterectomy", was provided on March 8, 2004.

Yours sincerely,

Neil MacDonald, M.D.
Chair,
Institutional Review Board

cc: Ms. Nicole Flory
Ms. F. Cantini – JGH
Ms. L. Fateen – MUHC/RVH
AØ4-B09-03A



Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

June 16, 2003

Dr. Irv Binik
Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, Quebec H3A 1B1

Dear Dr. Binik

We have received your request for review by the Institutional Review of amendments to the study A04-B09-03A entitled "The Psychosexual Effects of Total and Subtotal Hysterectomy".

We are pleased to inform you that full Board approval for the amendment (correspondence dated May 30, 2003), revised protocol (May 2003), revised Recruitment letter (May 2003), revised Telephone Questionnaire (May 2003), and revised Consent form (May 2003) was provided on June 16, 2003.

It is the responsibility of the investigator to assure that the approved amendments and consent form is deposited with the Research Ethics Boards of each hospital where patient treatment and data analysis will take place. **Failure to do so may result in the invalidity of data collected and possible freezing of research funds.**

Yours sincerely,

Neil MacDonald, M.D.
Chair,
Institutional Review Board

cc: Ms. Nicole Flory
Ms. F. Cantini – JGH
Ms. L. Fateen – MUHC/RVH
A04-B09-03A

Department of Psychology

Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, QC, Canada H3A 1B1

Département de psychologie

Pavillon Stewart des Sciences Biologiques
1205, avenue Dr. Penfield
Montréal, QC, Canada H3A 1B1

Tel.: (514) 398-6100
Fax: (514) 398-4896

DATE OF I.R.B.
APPROVAL

JUN 18 2003

Faculty of Medicine
McGill University

May 30, 2003

Neil MacDonald, M.D.
Chair
Institutional Review Board

Re: Amendment to the research project: The Psychosexual Effects of Total and Subtotal Hysterectomy (A00-B09-03A).

Dear Dr. MacDonald,

We are submitting for your consideration an amendment to our ethics proposal because we would like to replace the cholecystectomy patients in our study with a different surgical control group. Cholecystectomy patients tend to be older than our hysterectomy sample, are more often menopausal, and therefore represent a less appropriate control group. To control for the effects of hysterectomy through laparoscopy, we are now proposing to include patients undergoing other forms of gynecological laparoscopic surgeries, i.e., laparoscopy for diagnostic purposes, tubal ligation etc.

Patients undergoing gynecological surgeries through laparoscopy and women in good health undergoing annual pap smears will be referred by gynecologists (Drs. Bissonnette, Lapensée, and Khalifé). Study procedures will remain the same.

Please find the following documents:

- protocol
- recruitment letter for control groups
- consent form for control groups
- screening interview for controls groups
- media advertisements

Sincerely,

Dr. Irv Binik

Nicole Flory, M.A., ~~Ph.D.~~ Candidate
Phone: (514) 398-5323
Fax: (514) 398-4896
email: nflory@ego.psych.mcgill.ca

M.A. OF R.B.

APPROVAL

JUN 16 2003

Study Protocol

Project Title: The Psychosexual Effects of Total and Subtotal Hysterectomy

Faculty of Medicine
McGill University

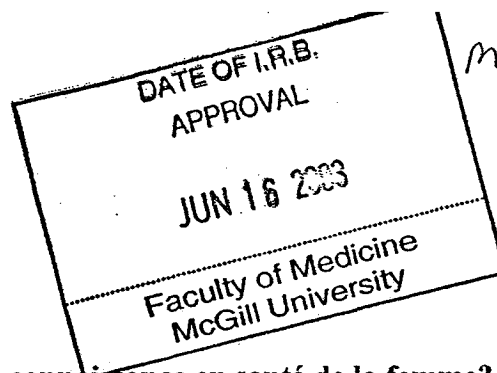
Project Team: Dr. Irv Binik, Dr. François Bissonnette, Ms. Nicole Flory (M.A.)

Introduction

Every year more than 600,000 women in North America decide to undergo a hysterectomy, making this the second most frequent major surgery among reproductive-aged women (Bernhard, 1992; Carlson, Miller, & Fowler, 1994). While cancer accounts for one tenth of all hysterectomies performed, the majority of patients undergoing hysterectomy suffer from benign gynecological conditions, such as endometriosis and uterine fibroids that often cause chronic pelvic pain and pain during intercourse. The effectiveness of hysterectomy for relieving these symptoms, however, has not been adequately evaluated to date (Rhodes, Kjerulff, Langenberg, & Guzinski, 1999). For instance, although 75% of hysterectomy patients reported experiencing pain during intercourse, a mere 14% received a diagnosis of dyspareunia from their gynecologist before their surgery (Lambden, Bellamy, Ogburn-Russell, Preece, et al., 1997). In a significant number of cases dyspareunia also remains unchanged or even increases after hysterectomy (Lambden et al., 1997; Poad & Arnold, 1994).

Little attention has been also paid to the effects of hysterectomy on psychosocial functioning. Among the most ignored effects are sexual outcomes, which have significant theoretical implications for understanding the role of the uterus and cervix in the experience of female sexual arousal and orgasm. While retrospective studies suggest a reduction in sexual interest, arousal, and orgasm after hysterectomy, prospective studies support an increase in sexual functioning (Poad & Arnold, 1994; Rhodes et al., 1999). Controlled studies suggest that post-hysterectomy patients report more sexual problems than healthy women (Bellerose & Binik, 1993). A recent controversy has arisen over whether subtotal or supracervical hysterectomy (in which the cervix is intact) has any advantage over total hysterectomy (in which uterus and cervix are removed) in terms of surgery outcomes. While many theoretical reasons for the advantages for the subtotal approach were outlined, methodologically sound evidence had been absent (Hasson, 1993). A first randomized study comparing total with subtotal hysterectomy, however, shows no different surgical outcomes for the two procedures (Tharkar, Ayers, Clarkson, Stanton, & Manyonda, 2002). While a Finnish study suggested that total hysterectomy had more adverse effects on orgasmic functioning than subtotal hysterectomy (Kilkku, Grönroos, Hirvonen, & Rauramo, 1983), the recent randomized study supported no difference in sexual outcomes between the two procedures (Tharkar et al., 2002).

Past research has also failed to explore the psychological effects of hysterectomy such as changes in mood and body image. While retrospective studies suggest severe adverse effects of hysterectomy with regard to psychological functioning, i.e., depression (Seidenschnur, Beck, Uplegger, Werner, & Kolmorgen, 1989), prospective studies do not support such outcomes (Carlson et al., 1994). Overall controlled studies show no adverse effects of hysterectomy on mood, however body image may be negatively effected (Alexander, Naji, Pinion, Mollison, Kitchener, Parkin, Abramovich, & Russel, 1996; Carlson et al., 1994; Bellerose & Binik, 1993).



Recruitment letter for Control Groups

Désirez-vous nous aider à améliorer notre connaissance en santé de la femme?

Le gynécologue qui effectuera votre test PAP (une cytologie vaginale) ou votre laparoscopie vous a choisie comme étant une des participantes potentielles à un important projet de recherche sur la santé des femmes. Le CHUM-Hôpital St-Luc ainsi que l'Université McGill collaborent sur une étude évaluant les effets de l'hystérectomie sur la santé des femmes. Toutes les femmes qui subiront une cytologie ou une laparoscopie à l'Hôpital St-Luc seront sollicitées pour faire partie d'un groupe contrôle.

Pourquoi cette étude est-elle importante?

Cette étude est importante puisque l'hystérectomie est présentement la deuxième plus fréquente chirurgie subie par les femmes en âge de reproduction. Chaque année plus d'un demi million de femmes en Amérique du Nord subissent une hystérectomie pour des conditions bénignes. Cette étude est unique parce qu'elle s'intéresse de façon méthodique et approfondie aux effets de l'hystérectomie sur la douleur pelvienne ainsi que sur l'adaptation psychologique et sexuelle après l'opération.

Qu'est-ce que votre participation implique?

La participation à notre étude comprend deux entrevues qui se concentreront sur votre santé physique, sexuelle, et psychologique. Toutes les informations seront gardées confidentielles et seront recueillies par une personne qualifiée et formée à effectuer des entrevues. Chaque entrevue durera environ une heure et sera effectuée à un endroit et à une heure qui vous conviendront le plus. Une compensation financière de 60\$ est prévue.

Si vous avez entre 30 et 55 ans et êtes intéressée vous n'avez qu'à téléphoner à la personne responsable des entrevues au 398-5323. Elle pourra répondre à vos questions concernant cette étude et planifier une entrevue éventuelle.

Vos soins médicaux ne seront d'aucune façon affectés par votre décision de participer ou non à cette étude et vous serez libre de vous en retirer à n'importe quel moment.

Sincèrement,

Dr. François Bissonnette, M.D., FRCP(c)

Nicole Flory, M.A.

MAY 2003

Formulaire de consentement pour les patientes
Groupe contrôle projet LAVH / hystérectomie sub-totale

DATE OF I.R.B.
APPROVAL

JUN 16 2003

Faculty of Medicine
McGill University

Titre du Projet :

Les effets psychologiques et sexuels de l'hystérectomie totale et sub-totale

Chercheurs principaux : Dr. François Bissonnette, Dr. Irv Binik, et Ms. Nicole Flory (M.A.)

But de l'Étude :

Chaque année plus de 600,000 femmes en Amérique du Nord subissent une ablation de l'utérus pour des conditions bénignes. Conséquemment, l'hystérectomie est présentement la deuxième plus fréquente chirurgie subie par les femmes en âge de reproduction. Malgré ce fait, les conséquences de la pathologie utérine et de l'hystérectomie sur la qualité de vie des femmes ont reçu une attention insuffisante. Parmi les conséquences les plus ignorées sont les effets de l'hystérectomie sur la sexualité des femmes. Ces effets possibles auront une importance significative sur notre compréhension du rôle de l'utérus et du col de l'utérus dans l'excitation sexuelle et l'orgasme féminin. Cette étude comprendra quatre groupes de femmes, deux groupes subissant une hystérectomie et deux groupes contrôles dont un subira une laparoscopie et l'autre ne subira aucune chirurgie. Ces groupes contrôles nous permettront d'évaluer les effets de la chirurgie abdominale/pelvienne sur le fonctionnement psychologique et social et de comparer les patientes subissant une hystérectomie aux femmes en bonne santé.

Procédures

Les participantes devront prendre part à deux entrevues dirigées par une personne qualifiée et formée à effectuer des entrevues. Chaque entrevue durera entre 60 à 90 minutes. Le groupe de patientes subissant une laparoscopie prendra part à une entrevue 2 à 3 semaines avant leur laparoscopie et 6 à 7 mois après. Le groupe de femmes en bonne santé prendra part à une entrevue lors de leur recrutement dans l'étude ainsi que 6 à 7 mois après. Les entrevues auront pour but de recueillir des informations sur le statut socio-démographique et l'histoire médicale des participantes. Les participantes devront également remplir des questionnaires standardisés qui se concentreront sur le fonctionnement sexuel, la douleur et le bien-être psychologique.

Risques et Bienfaits

Puisque les questions posées lors des entrevues sont de nature intime et personnelle, la participation à cette étude peut comprendre le risque de se sentir embarrassée. Le bienfait majeur de cette étude est de fournir de nouveaux aperçus sur les effets psychosociaux de la pathologie utérine et de l'hystérectomie. Une meilleure compréhension des effets de la pathologie utérine et de l'hystérectomie pourra nous permettre d'améliorer la santé générale, sexuelle et psychologique des femmes. Entre autre à la fin de l'étude nous aurons une réponse à la question : Est ce que le col de l'utérus a un rôle dans la satisfaction sexuelle de la femme?

**ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE DE DÉPISTAGE POUR LES PATIENTES DE LAPAROSCOPIE
ET LES FEMMES EN BONNE SANTÉ**

DATE OF I.R.B.

APPROVAL

JUN 15 2003

Faculty of Medicine
McGill University

Date de l'appel : _____

Jour/ Mois/ Année

1. Appelez-vous en en réponse à une étude en particulier? OUI NON

Si OUI, laquelle

- 1) groupe contrôle projet LAVH / hystérectomie sub-totale
- 2) sexualité douleur et tempérament
- 3) autre _____

2. Comment avez-vous entendu parler de cette étude?

1) votre gynécologue/secrétaire

a) Dr.Bissonnette b) Dr.Lapensée c) Dr.Khalifé d) _____

2) bouche à oreille

3) annonces dans les journaux (lequel? _____)

4) autre _____

Laissez-moi vous informer sur notre étude :

Chaque année plus de 600,000 femmes en Amérique du Nord subissent une ablation de l'utérus pour des conditions bénignes. Conséquemment, l'hystérectomie est présentement la deuxième plus fréquente chirurgie subie par les femmes en âge de reproduction. Malgré ce fait, les conséquences de la pathologie utérine et de l'hystérectomie sur la qualité de vie des femmes ont reçu une attention insuffisante. Parmi les conséquences les plus ignorées sont les effets de l'hystérectomie sur la sexualité des femmes. Ces effets possibles auront une implication significative sur notre compréhension du rôle de l'utérus et du col de l'utérus dans l'excitation sexuelle et l'orgasme féminin. Cette étude comprendra quatre groupes de femme, deux groupes subissant une hystérectomie et deux groupes contrôles dont un subira une laparoscopie et l'autre ne subira aucune chirurgie. Ces groupes contrôles nous permettront d'évaluer les effets de la chirurgie abdominale/pelvienne sur le fonctionnement psychologique et social ainsi que de comparer les patientes subissant une hystérectomie aux femmes en bonne santé. Si vous acceptez de participer et vous êtes éligibles à l'étude, vous ferez partie d'un de ces groupes contrôles.

Aujourd'hui nous déterminerons seulement si vous êtes intéressée à participer à cette étude ainsi qu'évaluer si vous y êtes éligibles. Avez-vous des questions jusqu'à présent?

MAY 2003

AD FOR RECRUITING LAPAROSCOPY PATIENTS

(McGill logo)

Laparoscopy Patients Before Gynecological Surgery Needed

Seeking laparoscopy patients aged 18 to 55 to participate in a research study investigating sexuality, pain, and mood. To be eligible for the study you must not have undergone hysterectomy (i.e., the removal of the uterus) and must be interviewed 2-3 weeks before and 6-7 months after your gynecological surgery through laparoscopy.

Participants will be compensated \$60 for their participation in two interview sessions, each lasting 60-90 minutes. For more information, call Tuuli Kukkonen at (514) 398-5323.

This study is directed by Dr. Irv Binik, Department of Psychology of McGill University and Sex & Couple Therapy Service of the Royal Victoria Hospital.

DATE OF I.R.B.
APPROVAL

JUN 15 2003

Faculty of Medicine
McGill University**AD FOR RECRUITING HEALTHY WOMEN**

(McGill logo)

Healthy Pre-menopausal Women Needed

Seeking healthy pre-menopausal women aged 18 to 55 to participate in a research study investigating sexuality, pain, and mood. To be eligible for the study you must not have undergone hysterectomy (i.e., the removal of the uterus) and must not experience abdominal, pelvic, or genital pain except typical menstrual pain.

Participants will be compensated \$60 for their participation in two interviews, each lasting 60-90 minutes (6-7 months apart). For more information, call Tuuli Kukkonen at (514) 398-5323.

This study is directed by Dr. Irv Binik, Department of Psychology of McGill University and Sex & Couple Therapy Service of the Royal Victoria Hospital.

Étude sur la santé des femmes

PUBLI-REPORTAGE

Nous cherchons des femmes en bonne santé âgées entre 40 et 46 ans, de préférence préménopausées, pour participer à une étude examinant la sexualité, la douleur et l'humeur. Pour être éligible à cette étude, vous ne devez pas avoir subi une hystérectomie ni souffrir de douleur pendant les relations sexuelles ou douleurs abdominale, pelvienne ou génitale à l'exception des douleurs menstruelles typiques.

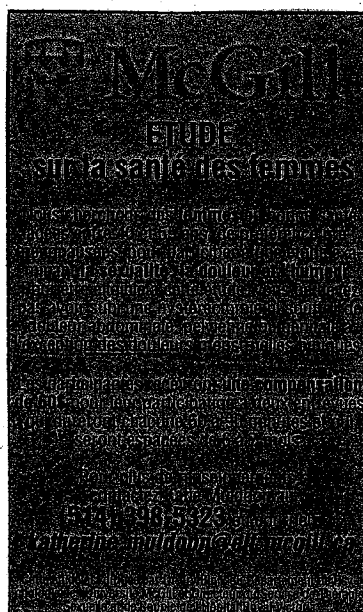
Les participantes recevront une compensation de 60 \$ pour leur participation à deux entrevues qui dureront chacune 60 à 90 minutes et qui seront espacées de 6 à 7 mois. Pour plus de renseignements, contactez

Katie Muldoon au (514) 398-5323

ou courriel : katherine.muldoon@elf.mcgill.ca

Cette étude est dirigée par Dr. Irv Binik du Département de Psychologie de l'Université McGill et Directeur du Service de Thérapie Sexuelle et de Couple de l'Hôpital Royal Victoria.

10010982





June 6, 2005

Our ref: FloryMcGillML6-05

Nicole Flory

Publication: JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH, in press, Flory: "The Psychosocial Effects of Hysterectomy: Literature Review," copyright 2005 Elsevier Inc.

As per your letter dated June 3, 2005, we hereby grant you permission to reprint the aforementioned material at no charge in your thesis subject to the following conditions:

1. If any part of the material to be used (for example, figures) has appeared in our publication with credit or acknowledgement to another source, permission must also be sought from that source. If such permission is not obtained then that material may not be included in your publication/copies.
2. Suitable acknowledgment to the source must be made, either as a footnote or in a reference list at the end of your publication, as follows:

"Reprinted from Publication title, Vol. number, Author(s), Title of article, Pages No., Copyright (Year), with permission from Elsevier."
3. Reproduction of this material is confined to the purpose for which permission is hereby given.
4. This permission is granted for non-exclusive world English rights only. For other languages please reapply separately for each one required. Permission excludes use in an electronic form. Should you have a specific electronic project in mind please reapply for permission.
5. This includes permission for University Microfilms to supply single copies, on demand, of the complete thesis. Should your thesis be published commercially, please reapply for permission.

Yours sincerely,

Michael J. Lacovara
for Elsevier

For your convenience, apply online at www.us.elsevierhealth.com

Elsevier, Inc., 1600 John F. Kennedy Blvd., Ste. 1800, Philadelphia, PA 19103-2899
Phone: (215) 239-3804 Fax: (215) 239-3805 Email: healthpermissions@elsevier.com

Editor: Professor Colin M. Shapiro
Department of Psychiatry
Toronto Western Hospital
University Health Network
399 Bathurst Street, ~~EW 6-504-71~~
Toronto, Ontario, Canada M5T 2S8
Tel: 416-603-5388
Fax: 416-603-~~5036-52~~
E-mail: jpr@uhnres.utoronto.ca

May 26, 2005

To the Graduate and Postdoctoral Studies Office:

I (we) hereby give Nicole Flory permission to include the manuscript entitled "The Psychosocial Effects of Hysterectomy: Literature Review", that is accepted for publication by our journal, in her Ph.D. thesis." A letter from our Publishing House Elsevier will follow, further indicating permission for Ms. Flory to use her accepted manuscript in her Ph.D. thesis.

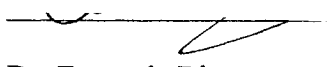
Yours sincerely,

Colin M. Shapiro,
MBBCh, PhD, MRC Psych, FRCP(C)

To the Graduate and Postdoctoral Studies Office

Waivers of Co-Authors

I hereby give Nicole Flory permission to include the manuscripts that I co-authored entitled "The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A literature Review" and "The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy: A Randomized and Controlled Trial" in her Ph.D. thesis.



Dr. François Bissonnette

To the Graduate and Postdoctoral Studies Office

Waivers of Co-Authors

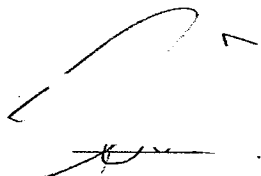
I hereby give Nicole Flory permission to include the manuscripts that I co-authored entitled "The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A literature Review" and "The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy: A Randomized and Controlled Trial" in her Ph.D. thesis.

Rhonda Amsel, M.A.

To the Graduate and Postdoctoral Studies Office

Waivers of Co-Authors

I hereby give Nicole Flory permission to include the manuscripts that I co-authored entitled "The Psychosocial Effects of Hysterectomy: A literature Review" and "The Psychosocial Effects of Total and Subtotal Hysterectomy: A Randomized and Controlled Trial" in her Ph.D. thesis.



Dr. Irv Binik