ابتلا به اندومتریوز و ایفای نقش زنانگی: یک مطالعه کیفی

هدیه ریاضی[1]، نجمه تهرانیان[1*]، سعیده ضیایی[1]، عیسی محمدی[2]، ابراهیم حاجی‌زاده[3]، آرمین فیروزی[4]

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
۲. گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
۳. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
۴. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۳ صص ۷۳۲-۷۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۲۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ آبان ۹۳]

چکیده

اندومتریوز بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است که بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اثرگذار است. این مطالعه با هدف تبیین درک و تجارب بیماران مبتلا به اندومتریوز از ایفای نقش زنانگی به روش کیفی بر روی ۱۸ بیمار مبتلا به اندومتریوز مراجعه کننده به بیمارستان آرش تهران، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق به روش نمونه‌گیری هدفمند در سال ۱۳۹۲ انجام شد. داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌های حاصل از تجارب مشارکت‌کنندگان منجر به شکل‌گیری هفت طبقه و سه درون مایه اصلی تحت عناوین"احساس آسیب‌های ژنیکولوژیکی" ،" مواجهه با اختلال در زندگی زناشویی" و "مواجهه با زندگی اجتماعی مختل شده" گردید. احساس آسیب‌های ژنیکولوژیکی مشتمل بر سه طبقه اختلال قاعدگی، شکایت از کیست آزار دهنده و مشکلات مربوط به عفونت بود. مواجهه با اختلال در زندگی زناشویی، مشتمل بر دو طبقه درد حین نزدیکی و بروز نازایی بود. مواجهه با زندگی اجتماعی مختل شده، مشتمل بر دو طبقه اختلال عاطفی و ارتباطی و اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی بود. یافته‌های این مطالعه حاصل از تجارب زنان مبتلا به اندومتریوز بود که بیانگر ناتوانی در ایفای نقش زنانگی آنها بوده و می‌تواند پیامدهای مخربی بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان داشته باشد. اولا نوع و میزان پیامدهای احتمالی نیاز به مطالعه بیشتر دارد ثانیا این مشکلات و پیامدهای احتمالی، لزوم برنامه‌ریزی توسط ارایه کنندگان و مسئولین خدمات سلامت برای تشخیص زودرس، انجام مداخلات و پایش مستمر وضعیت سلامت این بیماران را مطرح می‌سازد.

کلیدواژه: اندومتریوز، نقش زنانگی، تحقیق کیفی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی
تلفن: ۸۲۸۸۳۵۸۹
E-mail: Tehranian @modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

مقدمه

اندومتریوز بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است که با حضور بافت اندومتر در خارج از رحم مشخص شده[۱] و دارای شیوعی حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد است[۲]. زنان مبتلا، از علائمی مانند دردهای شکمی و لگنی، قاعدگی دردناک، کمر درد و نز رنج می برند[۳]. علائم مرتبط با اندومتریوز علاوه بر مشکلات جسمی، دارای ابعاد روحی روانی و اجتماعی نیز هست که خود می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد[۴]. بار اقتصادی ناشی از این بیماری که سالیانه به منظور مراقبت‌های بهداشتی و درمان نازایی بر جامعه تحمیل می‌شود به ترتیب ۲۸۰۱ و ۱۰۲۳ دلار به ازای هر بیمار برآورد شده است[۵] و تحقیقات اخیر نشان داده اند که جامعه سالانه هزینه‌ای حدود ۹۵۷۹ یورو به ازای هر فرد بیمار متحمل می‌شود[۶]. عوامل هزینه بر مربوط به بعد تشخیصی و درمانی بیماری بوده و علائم همراه بیماری مانند نازایی هستند اما هزینه‌های غیرمستقیم، ناشی از کاهش کیفیت زندگی و توانایی کاری هستند[۷]. مطالعات متعددی در خصوص ابعاد روحی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اندومتریوز انجام شده است[۸، ۴]. مطالعاتی نیز در مورد تجارب زنان از بیماری و تاثیرات ناشی از آن بر زندگی بیماران صورت گرفته[۱،۹] و برخی مطالعات نیز به جنبه های جنسی بیماری توجه کرده اند[۱۰،۱۱]؛ اما هیچکدام از منظر ایفای نقش زنانگی به این بیماری نپرداخته و بر تاثیراتی که بیماری می‌تواند بر این بعد از زندگی داشته باشد متمرکز نشده‌اند. از طرف دیگر علائم بیماری و پیامدهای ناشی از آن می‌تواند در بسترهای مختلف فرهنگی، با اهمیت‌های متفاوتی بروز کنند؛ حال آنکه در مطالعات حاضر به این ویژگی پرداخته نشده است. همچنین به نظر می‌رسد که هیچ یک از مطالعات منحصرا به بررسی ادراک نقش‌های زنانگی این بیماری با رویکرد کیفی نپرداخته‌اند و مطالعات کیفی ناچیزی در مورد این بیماری انجام گرفته است[۱۲]. وجود محدودیت‌های روش‌شناختی در بسیاری از مطالعات انجام شده و خلاء های قابل توجه در منابع، لزوم مطالعات بیشتر در جوامع مختلف را آشکار می‌سازند[۱۳]. بعلاوه به دلیل فرهنگ حاکم بر جامعه ایرانی، ایفای نقش های خاصی از زنان انتظار می رود که قاعدتا با سایر جوامع و بخصوص جوامع غربی که بستر اکثر مطالعات هستند متفاوت است. با عنایت به مطالب فوق و با توجه به اینکه نقش‌های جنسیتی یکی از عوامل اصلی هویت هر فرد بشمار رفته و یکی از اجزای تثبیت شده سلامت محسوب می شوند[۱۴]، مطالعه حاضر با هدف تبیین درک و تجارب مبتلایان به اندومتریوز از ایفای نقش زنانگی انجام شده است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. در این روش، اطلاعات به طور مستقیم از مشارکت کنندگان کسب شده و دانش تولیدشده بر اساس تجارب منحصر به فرد مشارکت‌کنندگان بدست می‌آید[۱۵]. هدف از این مطالعه، تبیین درک و تجارب بیماران مبتلا به اندومتریوز از ایفای نقش زنانگی بود که در راستای پاسخ به این سوال که درک و تجارب بیماران مبتلا به اندومتریوز از ایفای نقش زنانگی چگونه است طراحی گردیده بود. ۱۸ بیمار مبتلا به اندومتریوز که از طریق لاپاروسکوپی تشخیص بیماری در آنان قطعی شده بود در این مطالعه شرکت کردند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و در بیمارستان آرش تهران که یکی از مراکز ریفرال است و بیماران از کلیه مناطق کشور به آنجا مراجعه می‌کنند انجام شد. نمونه‌گیری تا آنجا پیش رفت که داده جدیدی حاصل نشود. در این مطالعه داده ها با ۱۶ نفر اشباع گردید، اما برای اطمینان بیشتر با ۲ نفر دیگر هم مصاحبه شد. جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. مصاحبه‌ها با سؤالاتی نظیر" به عنوان یک زن، این بیماری چه حسی در شما ایجاد کرده است؟ "و" در زندگی با این بیماری چه تجربه‌ها یا مشکلات خاصی داشته‌اید که به حس زنانگی شما مرتبط باشد؟ "شروع شد و با سؤالات اکتشافی نظیر منظورتان چیست؟ چطور؟ چرا؟ ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید یا مثالی بزنید تا منظورتان را بیشتر بفهمم، ادامه یافت. مصاحبه‌ها با اجازه بیماران ضبط می‌شد و در همان روز، هر مصاحبه کلمه به کلمه تایپ شده و سپس کدگذاری می‌شد و پس از تحلیل هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام می‌گرفت. به منظور تحلیل و پردازش اطلاعات ابتدا تمام داده‌های صوتی بصورت متن نسخه‌نویسی شده و چندین بار مطالعه می‌شد و سپس کدهای اولیه از داده‌های خام استخراج می‌شدند. در طول فرایند کدگذاری، پژوهشگر به صورت مداوم کدگذاری را کنترل می کرد تا از نظر تکرار بین مشارکت‌کنندگان اطمینان حاصل کند. کدهای اولیه بر اساس تفاوت‌ها یا شباهت‌ها در طبقات مختلف تقسیم‌بندی شده و نهایتا طبقات و درونمایه‌ها شکل گرفتند. جهت اطمینان از صحت و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

استحکام داده‌های تحقیق از معیارهای اعتبارپذیری، تأییدپذیری، اعتمادپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد[۱۶]. به منظور اعتبارپذیری یا مقبولیت در جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبات نیمه ساختاریافته و غرق شدن و درگیری مداوم محقق در داده‌ها و مقایسه مستمر استفاده شد. همچنین بهره‌گیری از روش مطالعه مکرر، مقایسه مستمر داده‌ها، خلاصه‌سازی و دسته‌بندی اطلاعات، تأمین‌کننده فرایند اعتبار داده‌ها در این پژوهش بود. برای تائید صحت داده‌ها، کدهای استخراج شده به خود مصاحبه شونده برگردانده می‌شد تا صحت این برداشت‌ها را تایید یا اصلاح کند. اعتمادپذیری داده‌ها، از طریق بازبینی اعضای تیم تحقیق و افراد صاحب‌نظر بدست آمد. انتقال پذیری داده‌ها از طریق ارایه کامل روش پژوهش همراه با ارایه مثال‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان انجام گرفت تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد. ملاحظات اخلاقی: این تحقیق با تصویب شورای پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و مجوز کمیته اخلاقی این دانشگاه انجام شد کسب اجازه شرکت در مطالعه و برخورداری مشارکت‌کنندگان از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان و اجازه ضبط صوتی مصاحبه‌ها با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی تحقق یافت و به آ نها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان متشکل از ۱۸ بیمار مبتلا به اندومتریوز بودندکه از طریق لاپاروسکوپی تشخیص بیماری در آنان قطعی شده بود. سن مشارکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۳۷ و میانگین سنی آنان ۲۸/۸ سال بود. سطح تحصیلات آنان از سیکل تا دانشگاهی متغیر بود. هفت طبقه و سه درون مایه اصلی تحت عناوین" احساس آسیب‌های ژنیکولوژیکی" ،" مواجهه با اختلال در زندگی زناشویی" و " مواجهه با زندگی اجتماعی مختل شده " استخراج شد (جدول شماره ۱). احساس آسیب‌های ژنیکولوژیکی مشتمل بر سه طبقه اختلال قاعدگی، شکایت از کیست آزار دهنده و مشکلات مربوط به عفونت بود. مواجهه با اختلال در زندگی زناشویی مشتمل بر دو طبقه درد حین نزدیکی و بروز نازایی بود. مواجهه با زندگی اجتماعی مختل شده مشتمل بر دو طبقه اختلال عاطفی و ارتباطی و اختلال در فعالیت های روزمره زندگی بود.

تم اول: احساس آسیب‌های ژنیکولوژیکی

این درون مایه شامل ۳ طبقه با عناوین اختلال قاعدگی، شکایت از کیست آزار دهنده و مشکلات مربوط به عفونت بود.

اختلال قاعدگی: یکی از مشکلاتی که بیماران را آزار می‌دهد دردهای هنگام قاعدگی است که اکثر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشته‌اند به عنوان مثال: « درد پریودم خیلی شدید بود. نمی توانستم به شکمم دست بزنم اینقدر دردش شدید بود» (بیمار ۱۲).

«دردم از همه بیشتر بود برای همین حس می‌کردم که یک مشکلی دارم» (بیمار۱۷).

قاعدتا تغییر الگوی خونریزی‌های قاعدگی و خونریزی‌های نامنظم، به عنوان یکی از مشکلات اساسی زنان بوده و مطرح‌کننده یک آسیب ژنیکولوژیک در فرد است. به طورمثال برخی از مشارکت کنندگان در این زمینه چنین بیان کردند:

«..... ماهی دوبار را می‌شدم. پریودهام به هم ریخته بود. سه چهار ماه دوبار دوبار می‌شدم به فاصله ۱۰ روز. ۱۰ روز پاک بودم دوباره پریود می‌شدم» (بیمار ۹).

در بسیاری از مواقع، تغییر قاعدگی‌ها، به صورت وجود لکه بینی قبل از پریود تجربه می‌شود:

«لخته‌های خون ازم می‌اومد و لکه بینی داشتم. ۷ روز قبل از اینکه پریود بشم لکه بینی داشتم. یعنی از یک هفته قبل بطور مداوم لکه بینی داشتم اما نمی‌دونستم که مال اندومتریوزه» (بیمار ۲).

گاهی اوقات لکه بینی‌ها فقط به قبل از پریود محدود نبوده و در انتهای پریود نیز ادامه داشته است:

«لکه بینی‌های سیاه هم داشتم قبل و بعد از پریود. قبل از پریود یک هفته قبل از پریود مثلا از روز ۲۲ سیکل شروع می‌شد لکه بینی‌های قهوه‌ای بعد روزهای آخر که نزدیک می‌شد به پریود لکه بینی سیاه می‌شد قهوه‌ای تیره سوخته بود» (بیمار ۴).

شکایت از کیست آزار دهنده: از دیگر عواملی که اکثر بیماران از آن شاکی هستند وجود کیست‌های تخمدان است که اکثرا مقاوم به درمان بوده و در بسیاری از موارد منجر به درد یا سایر علائم می شود و می‌تواند باعث شود تا افراد خود را در وضعیت سلامتی کامل ژنیکولوژیک نبینند:

«کل شکمم درد می‌کرد انقدر درد می‌کرد که نمی‌تونستم نفس بکشم یعنی حتی در حد نفس کشیدن هم درد می‌گرفت. دردش موقع پریود بود. درد شدید در پریود. آنقدر شدید بود که مقعدم دیگه درد نگرفت. شاید خیلی کم. بعد همون ماه خودم تشخیص دادم که این باید کیست باشه وقتی رفتم سونوگرافی کردم گفتند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

که بله کیست‌های شکلاتی است که همون اندومتریوزه و کاریش هم نمی‌تونیم بکنیم» (بیمار ۴).

«... دکترم گفت سونوگرافی انجام بدم دیدند که کیست دارم. گفتند که تخمدانت پلی‌کیستیک است یعنی که کیست می‌سازد. همه ریز و کوچک بود بعد که قرص LD می‌خوردم از بین می‌رفت و خوب می‌شد» (بیمار ۳).

مشکلات مربوط به عفونت: شکایت از عفونت زنان نیز که با آسیب های ژنیکولوژیک ارتباط تنگاتنگی دارد، از دیگر طبقات تشکیل دهنده این درونمایه است. بعضی از بیماران از عفونت‌های شدید و مقاوم به درمان شاکی بوده اند:

«یک مدت فکر کردند که شاید دردش به خاطر عفونت رحم باشه» (بیمار ۱۳).

«هر چه هم که مراجعه می‌کردم دکتر بعد از ازدواجم می‌گفتند که عفونت است خوب نمی‌شود. مثلا ۲ ماه ۳ ماه قرص می‌خوردم خوب بود دوباره عود می‌کرد» (بیمار ۶).

«تورو خدا شما که تحقیق می‌کنید یک جایی مسئله عفونت رو هم مطرح کنید. من از دوران مجردی دائم عفونت داشتم تا دارو مصرف می‌کنم کمی بهتر می‌شه اما دوباره عود می‌کنه. هر کاری می‌کنم خوب نمی شه. دوستم هم که اندومتریوز داره همینطوره. عفونت مارو بیچاره کرده...» (بیمار ۱۷).

درون‌مایه دوم: مواجهه با اختلال در زندگی زناشویی

این درون‌مایه شامل ۲ طبقه تحت عناوین درد حین نزدیکی و بروز نازایی بود. از آنجا که زنان با ایفای نقش به عنوان یک همسر و یک مادر احساس تکامل کرده و با احراز هویت زنانگی خود به دنبال کسب رضایت همسر و نهایتا ثبات در زندگی زناشویی هستند، لذا وجود مشکل در بروز این دو عامل بسیار مهم می‌تواند از عوامل تاثیرگذار در زندگی زناشویی هر زن شود.

درد حین نزدیکی

بسیاری از زنان خود را مجبور به تحمل درد می‌دانستند تا زندگی زناشویی شان از هم پاشیده نشود. به طور مثال برخی از مشارکت کنندگان در این زمینه چنین بیان کردند:

«نزدیکی می‌کنم درد دارم. اصلا نمی‌تونم. گریه می‌کنم. زیر شکمم خیلی درد می‌کنه. اصلا نمی‌تونم نفس بکشم اینقدر شدید است. فقط احساس درد دارم. موقع نزدیکی گریه می‌کنم اما مجبورم دردش را تحمل کنم تا بتونم نزدیکی داشته باشم» (بیمار ۱۲).

«موقع نزدیکی هم درد داشتم. حس خیلی بدی بود. ناراحت می شدم. همسرم اذیت می‌شد. البته او می‌گفت من مشکل ندارم. چون شما اذیت می‌شی من انجام نمی‌دم. من هم سعی می‌کردم تا آنجا که می‌توانم بگذارم که نزدیکی را داشته باشیم. یعنی دردم آنقدر شدید بود که تمایلی به نزدیکی نداشتم. خیلی اذیت شدم. فقط از این بابت ناراحت بودم» (بیمار ۱۶).

درد حین نزدیکی در بعضی از بیماران بقدری شدید تجربه شده است که احساس انفجار در زیر شکم را داشته اند. تجارب اکثر بیماران حاکی از آن است که با اتمام نزدیکی، درد از بین می‌رود:

«..... انگار زیر شکمم داره منفجر می‌شه. حس خیلی بدی داشتم. مدل‌های نزدیکی را اصلا ما نمی‌توانیم انجام دهیم از بس درد شدید دارم. زیر دلم در ناحیه تخمدان‌ها کامل زیر دلم درد می‌گیره. فقط هنگام نزدیکی درد دارم بعد که تموم می‌شه درد هم ساکت می‌شه» (بیمار ۵).

بروز نازایی: از دیگر عواملی که با اختلال در زندگی زناشویی در ارتباط تنگاتنگ است، بروز نازایی است. بیماران در این مورد چنین گفته اند:

«بچه دار شدنم کلی مشکله. چون اکثر خانم‌هایی که این بیماری را دارند تنبلی تخمدان هم دارند» (بیمار ۱۵).

بسیاری از خانم‌ها به دنبال بیماری متوجه می‌شوند که نمی‌توانند باردار شوند:

«..... تا اینکه ازدواج کردم اولش که یکی دو سال بچه نمی‌خواستم اما بعدش که خواستم بچه‌دار شم نازایی داشتم. یک سال دو سال شد که دیدم نمی‌شم» (بیمار ۳).

«من وقتی ازدواج کردم ۷ ماه جلوگیری کردم. بعد از ۷ ماه گذاشتیم برای بچه نشد» (بیمار ۲).

درون‌مایه سوم: مواجهه با زندگی اجتماعی مختل شده

این تم مشتمل بر دو طبقه اختلال عاطفی و ارتباطی و اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی بود.

اختلال عاطفی و ارتباطی: مشکلات ناشی از بیماری ممکن است منجر به ایجاد اختلالات عاطفی یا ارتباطی در مبتلایان گردد.

«بیماریم طولانی شده خیلی خسته شدم. به کسی هم نگفته‌ام که مشکل نازایی دارم همه می‌گویند چهار پنج سال است که ازدواج کرده‌ای چرا بچه‌دار نمی‌شوی؟ ..... حس خیلی بدی بود دیگه همش گریه می‌کردم. می‌گفتم این چرا خوب نمی‌شه. این چیه؟» (بیمار ۶).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

«من همش می‌نشستم گریه می‌کردم می‌گفتم که یه درد داشتم یه درد دیگه هم اضافه شد. بیشتر همش گریه می‌کردم» (بیمار ۱۲).

این امر تا حدی پیش می‌رود که می‌تواند در روابط بین بیمار و همسرش نیز تاثیرگذار باشد. بیماران در این مورد چنین گفته اند:

«اوایل فکر می‌کردم مال ازدواج است که این مشکل برام پیش اومده با شوهرم قهر می‌کردم می‌گفتم مشکل تویی تو باعث شدی که این مشکل برای من پیش اومد بعد فهمیدم که مال عادت ماهیانه خودم هست» (بیمار ۷).

اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی: اکثر بیماران بقدری درد و ناراحتی دارند که دست از فعالیت‌های روزانه می‌کشند.

«خستگی در بدنم هست. افسردگی هم دارم فقط موقع پریود. خستگی و بی‌حوصلگی دارم، دیگر نمی‌توانم کارهای خانه را انجام دهم. دوست دارم پریودم زودتر تمام شود همش دراز می کشم و استراحت دارم» (بیمار ۸).

طبق تجربیات اکثر بیماران، اختلال در زندگی اجتماعی به حدی است که فرد به حالت تقریبا بستری در می‌آید و مجبور است سایر برنامه‌های زندگی خود را با توجه به زمان قاعدگی تنظیم نماید:

«می‌خوابیدم. بلند نمی‌شدم. چون خونریزیم زیاد بود مخصوصا سه روز اول سعی می‌کردم دراز بکشم. یعنی در فعالیت‌های روزمره‌ام اثر داشت و نمی‌تونستم کار کنم چون تا بلند می‌شدم احساس می کردم داره می‌ریزه تند تند نوار عوض می‌کردم ..... هر جا هم که می‌رفتیم مادرم می‌گفت اول عادت بشو وقتی تموم شد بعد بریم. واقعا اذیت می‌شدم روزهای اولش. یعنی تا این حد در مسائل زندگیم اثرگذار بود ۲ روز اولش مخصوصا. بعد هم که ازدواج کردم در این روزها همسرم کمکم می‌کرد و کارهایم را می‌کرد. من فقط استراحت می‌کردم» (بیمار ۶).

بیماران توانایی خود را در اداره امور زندگی از دست داده و احساس می‌کنند که نیاز به حمایت و رسیدگی دارند:

«اصلا نمی‌تونستم بلند شم. سه روز در ماه همیشه اینجوری بودم ..... انقدر دردم شدید بود که می خوابیدم تو خونه نمی‌تونستم کاری انجام بدم حتی دستشویی هم به زور می‌رفتم ..... کم کار شدم مثلا کمتر به زندگیم می‌رسم همش می‌رم خونه بابام که یکی بتونه بهم برسه ..... من واقعا نمی‌تونستم کارهای خانه ام را انجام بدم» (بیمار ۷).

جدول ۱: طبقات و درون مایه های حاصل از تبیین درک و تجارب بیماران مبتلا به اندومتریوز از ایفای نقش زنانگی

طبقه	تم
اختلال قاعدگی	احساس آسیب های ژنیکولوژیکی
شکایت از کیست آزار دهنده	
مشکلات مربوط به عفونت	
درد حین نزدیکی	مواجهه با اختلال در زندگی زناشویی
بروز نازایی	
اختلال عاطفی و ارتباطی	مواجهه با زندگی اجتماعی مختل شده
اختلال در فعالیت های روزمره زندگی	

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، تجربه زندگی با اندومتریوز بر ایفای نقش زنانگی تداخل داشته و احتمالا توانایی زنان در ایفای این نقش را سوال برانگیز می‌نماید. یکی از عواملی که با احساس خوب نسبت به زن بودن و سلامت زنانگی در ارتباط تنگاتنگ است داشتن قاعدگی‌های منظم و طبیعی است حال آنکه در این پژوهش، تجارب بیماران حاکی از اختلال در روند طبیعی قاعدگی‌ها بود که می‌توانست به صورت درد هنگام قاعدگی، بی‌نظمی، لکه بینی قبل از قاعدگی یا افزایش حجم خونریزی بروز نماید. بر اساس سایر تحقیقات نیز اندومتریوز به عنوان شایع‌ترین دلیل دیسمنوره ثانویه شناخته شده است[۱۸، ۱۷] و اکثریت بیماران از قاعدگی دردناک شاکی بوده‌اند[۱۹]. همچنین بین لکه بینی قبل از قاعدگی به مدت دو روز یا بیشتر با اندومتریوز ارتباط معنی‌داری یافت شده است و آن را به عنوان عامل پیشگویی‌کننده بهتری نسبت به قاعدگی دردناک و نزدیکی دردناک شناخته اند[۲۰]. ایجاد اختلال در قاعدگی برای زنان مبتلا به عنوان یک انگ بوده، درنتیجه آنان سعی در مخفی‌کردن این بعد بیماری می‌نمایند که این امر نقش بسزایی در تشخیص دیررس بیماری دارد[۲۱]. به نظر می‌رسد افزایش آگاهی زنان و دختران در خصوص قاعدگی طبیعی و تمایز آن از حالات غیر طبیعی و ایجاد حساسیت های لازم جهت مراجعه به مراکز ذیربط در صورت بروز هرگونه وضعیت غیر طبیعی بتواند تاحدی منجر به کاهش این مشکل شود. بعلاوه توجه کامل نسبت به تاریخچه الگوهای قاعدگی بیمار از جانب پزشکان نیز می‌تواند نقش موثری در تشخیص بیماری داشته باشد. تخمدان‌ها شایع‌ترین محل درگیری در مبتلایان هستند و اندومتریوز تخمدانی به صورت تیپیک، با کیست‌های تخمدان تظاهر می‌یابد که در ۱۷درصد تا ۴۴ درصد از بیماران تشخیص داده می‌شوند[۲۲].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

سابقه کیست‌های تخمدانی به عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده اندومتریوز شناخته شده است[۲۳]. این مطالعه نشان داد که کیست های مقاوم به درمان، بطور نسبتا شایع باعث شکایت زنان می‌شود. براساس سایر مطالعات نیز کیست‌های اندومتریوزی یکی از تظاهرات اصلی این بیماری است که به خوبی به درمان طبی پاسخ نمی‌دهد [۲۴]. بر اساس مطالعه حاضر احتمال همراهی اندومتریوز با عفونتهای لگنی وجود دارد. نتایج سایر مطالعات نیز در همین راستا بوده‌اند[۲۶، ۲۵]. به نظر می‌رسد توجه بیشتر به بیمارانی که از عفونت‌های لگنی مداوم و عود کننده رنج می‌برند بتواند تا حدی در تشخیص زودرس و نهایتا کاهش رنج ناشی از این مشکل تاثیرگذار باشد. ایفای نقش همسری و ایفای نقش مادری، از ابعاد اساسی ایفای نقش زنانگی هستند که بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه، هردو تحت تاثیر قرار گرفته و نهایتا منجر به ایجاد اختلال در زندگی زناشویی می‌گردند. یکی از مهمترین جنبه‌های زندگی زناشویی، ارتباطات جنسی است حال آنکه بر اساس مطالعه حاضر و سایر مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته اند در مبتلایان به اندومتریوز به دلیل درد شدید هنگام مقاربت و یا بعد از آن و وجود اختلال عملکرد جنسی این بعد دچار آسیب می‌گردد[۱۰] و فرد نمی‌تواند در زندگی جنسی، نقش همسری را آنگونه که خود یا همسرش انتظار دارند ایفا نماید و در نتیجه ممکن است ارتباط صمیمانه با همسر مخدوش شود. تاثیر منفی بر ارتباط صمیمانه زوجین بویژه ارتباطات جنسی در سایر مطالعات نیز نشان داده شده است[۲۷]. بیماران مبتلا به دلیل درگیری لیگامان یوتروساکرال، بن بست دوگلاس، فورنیکس خلفی واژن و دیواره قدامی رکتوم دچار درد حین مقاربت می‌شوند[۱۱] و این درد تاثیر قابل توجهی بر اعتماد به نفس و ارتباط جنسی دارد[۲۸]. مطالعه‌ای در چین شیوع اختلال عملکرد جنسی در مبتلایان را ۷۳ درصد ذکر کرده است [۲۹]. سایر مطالعات نیز نزدیکی دردناک را از شایع‌ترین علائم اندومتریوز دانسته اند که کیفیت زندگی جنسی را تحت الشعاع قرار می‌دهد[۳۰]. بر اساس مطالعات انجام شده، بیماران مبتلا از آسیب های شدید عملکرد جنسی رنج برده و از نظر رضایت جنسی، انگیزه و ارگاسم دچار مشکلات اساسی می‌شوند در نتیجه تعداد کمتر مقاربت در ماه منجر به احساس گناه نسبت به همسر و کاهش احساس زنانگی می‌شود[۳۱]. عدم توانمندی زنان در راستای ایجاد و برقراری بعد جنسی زندگی قطعا بر زندگی زناشویی تاثیر گذاشته و حتی ممکن است منجر به عدم ثبات زندگی گردد. به همین دلیل زنان ممکن است برای راضی نگه داشتن همسر و توجه به اهمیت زیاد این بعد از زندگی، به روابط جنسی تن داده و درد ناشی از آن را تحمل نمایند. گاهی نیز آرزوی باردار شدن باعث تحمل چنین دردی می‌شود[۳۲]. مشکلات جنسی یکی از علل قابل توجه در رخداد طلاق در جامعه هستند[۳۳]. پیامدهای جنسی بالقوه ای که می‌تواند به دنبال این بیماری ایجاد شود نیاز به توجه بیشتری دارند. شاید ارجاع بیماران به متخصصان بهداشت باروری و یا روانشناسانی که مشاوره جنسی ارائه می دهند بتواند نتیجه بخش باشد. یکی از جنبه‌های مشخص شده در مطالعه حاضر بروز نازایی است که می‌تواند ناشی از تاثیر بیماری بر حفره لگن، تخمدان‌ها و رحم باشد[۳۴]. یافته‌های سایر مطالعات نیز در همین راستا بوده‌اند[۳۶، ۳۵]. ۲۵ تا ۵۰ درصد زنان مبتلا به نازایی اندومتریوز داشته و ۳۰ تا ۵۰ درصد از زنان مبتلا به اندومتریوز از نازایی رنج می‌برند[۳۷]. ارتباط بین اندومتریوز و نازایی پیچیده است. ممکن است اندومتریوز، دلیل ناباروری و یا یک واقعه همراه با آن باشد [۳۸]. از آنجا که پذیرش روش‌های کمک باروری به علت هزینه بالا و تابوی اجتماعی کم است[۳۹] ممکن است زنان رغبت چندانی به بهره گیری از سرویس‌های درمان نازایی نداشته باشند. از طرفی بر اساس پژوهش‌های انجام شده، زنان مبتلا به اندومتریوزهای پیشرفته‌تر دارای ذخایر تخمدانی کمتر، کیفیت نامناسب اووسیت و جنین و همچنین جایگزینی غیر رضایتبخش جنین در اندومتر می‌باشند[۳۷] لذا احتمال پاسخ مثبت به درمان‌های نازایی در بیماران مبتلا به اندومتریوز کاهش می‌یابد. شواهدی مبنی بر موثر بودن درمان‌های ترکیبی دارویی و جراحی بر نازایی در دست نیست [۴۰]. بنابراین کاهش احتمال باروری در این افراد می‌تواند مولد پیامدهای ناگواری بخصوص در جامعه ایرانی باشد چرا که نازایی در جامعه ما نوعی استیگما محسوب شده و یک زن نابارور خود را به عنوان یک زن کامل تلقی نمی‌کند. نتایج سایر مطالعات نیز در همین راستا بوده است[۴۱]. انتظار هر زن از خود این است که روزی نقش مادری را تجربه کند چراکه باروری یکی از مولفه‌های مهم پایداری و انسجام خانواده است. از طرفی ناباروری می‌تواند بر رضایت جنسی و ارتباط بین زوجین نیز تاثیرگذار باشد این مسئله تا حدی اهمیت دارد که خود می‌تواند منجر به جدا شدن زوجین شود[۴۲]. به نظر می‌رسد بهره‌گیری از مشاورات زوجی در جهت کاهش عوارض و پیامدهای منفی این بعد بیماری بتواند تا حد زیادی کمک کننده باشد. بر اساس مطالعه حاضر بیماری اندومتریوز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

می‌تواند منجر به ایجاد اختلالات عاطفی و نیز اختلال در بعد ارتباطی بین بیمار و همسر یا اطرافیانش شود. درد و مشکلات ناشی از اندومتریوز می‌تواند بر بعد روحی روانی و ارتباطات بیماران نیز تاثیرگذار باشد[۴۴، ۴۳]. در سایر مطالعات نیز علائمی مانند اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا گزارش شده است[۷]. بر اساس بعضی از مطالعات، بیشترین حیطه‌ای که به دنبال اندومتریوز تحت تاثیر قرار می‌گیرد سلامت روحی روانی است[۳]. زندگی با اندومتریوز و عوارض ناشی از درمان‌ها بر خلق بیماران تاثیر گذاشته و منجر به احساس افسردگی، تمایل به گریه کردن و تحریک پذیری می‌شود[۴۵]. از سایر عوامل ذکر شده می‌توان به احساس ناتوانی، حمایت اجتماعی، مسائل مربوط به اشتغال و ارتباطات اشاره نمود[۳]. بر اساس سایر مطالعات نیز زنان به دلیل از دست دادن نقش‌های جنسیتی درک شده مانند کاهش ارتباطات جنسی یا عدم توانایی در انجام وظایف خانه داری احساس گناه می‌کنند. تعدادی از زنان احساس زنانگی نداشته و خود را یک همسر کامل نمی‌دانند و بسیاری از آنان نگران هستند که اگر نتوانند باردار شوند همسرانشان آنان را ترک خواهند کرد[۴۶]. بنابراین شرایط کاری، زندگی اجتماعی و ارتباطات خانوادگی تماما تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرند[۳]. به نظر می‌رسد مراجعه به مشاورین روانشناس برای بیماران مبتلا از اقدامات ثمربخش باشد. این مطالعه اهمیت تجارب بیماران مبتلا به اندومتریوز را در خصوص نقش زنانگی مشخص ساخته و محققین را به تفکر در مورد نحوه کمک به آنان در این بعد وادار می‌کند. در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اندومتریوز یک بیماری پیچیده است که ابعاد گوناگونی دارد و لازم است که از تمامی جهات بر آن متمرکز شده و علاوه بر مسائل تشخیصی یا درمانی که بر بعد جسمی تمرکز دارد، به ابعاد روانشناختی بیماری و جنبه‌های عاطفی و تاثیر آن بر زندگی و احساسی که در فرد نسبت به هویت و نقش زنانگی ایجاد می‌کند نیز توجه شود. توصیه می‌شود به منظور ارتقای سطح درمان بیماران از همکاری متخصصان حوزه روانشناسی و بهداشت باروری جهت ارائه مشاوره در زمینه‌های فوق الذکر در راستای درمان همه جانبه استفاده گردد.

سهم نویسندگان

هدیه ریاضی: انجام مصاحبه ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

نجمه تهرانیان: نظارت بر اجرای مطالعه

سعیده ضیایی: نظارت بر اجرای مطالعه

عیسی محمدی: نظارت بر انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش

ابراهیم حاجی‌زاده: نظارت بر انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

آرمین فیروزی: بررسی صحت ارائه ابعاد روانی، جنسی مقاله

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب در دانشگاه تربیت مدرس جهت اخذ مدرک دکتری تخصصی رشته بهداشت باروری است. نویسندگان مقاله از مسئولان دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مادی و معنوی از این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را می نمایند. همچنین از همکاری صمیمانه مشارکت‌کنندگان در این تحقیق سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1. Denny E. I never know from one day to another how I will feel: pain and uncertainty in women with endometriosis. Qualitative health research 2009; 19: 985-95

2. Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. Qualitative health research 2007; 17: 571-85

3. Sahin S, Beji N. Assessment of quality of life of women with endometriosis. Human reproduction; 2012: Oxford University Press Great Clarendon, Oxford OX2 6DP, England

4. Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 2009; 142: 53-6

5. Simoens S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis :cost estimates and methodological perspective. Human Reproduction Update 2007; 13: 395-404

6. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. Human Reproduction (Oxford, England) 2012; 27: 1292-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

7. Klein S, D'Hooghe T, Meuleman C, Dirksen C, Dunselman G, Simoens S. What is the societal burden of endometriosis-associated symptoms? A prospective Belgian study .Reproductive BioMedicine Online 2014; 28: 116-24
8. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 2004; 25: 123-33
9. Denny E. Women's experience of endometriosis. Journal of advanced nursing 2004; 46: 641-8
10. Evangelista A, Dantas T, Zendron C, Soares T, Vaz G, Oliveira MA. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. The journal of sexual medicine 2014; 11: 140-45
11. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. Fertility and Sterility 2005; 83: 573-9
12. Denny E, Khan KS. Systematic reviews of qualitative evidence: what are the experiences of women with endometriosis? Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology 2006; 26: 501-6
13. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. Human reproduction update 2013; 19: 625-39
14. Vafaei A, Alvarado B, Tomas C, Muro C, Martinez B, Zunzunegui MV. The validity of the 12-item Bem Sex Role Inventory in older Spanish population: An examination of the androgyny model. Archives of gerontology and geriatrics. 2014; 59: 257-63
15. HF H, SE. S. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research 2005; 15: 1277-88
16. Vaismoradi M ,Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nursing & health sciences 2013; 15: 398-405
17. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. American family physician 2014; 89: 341-6
18. Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, Purdie DM, Green AC. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. American journal of obstetrics and gynecology 2010; 202: 534
19. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. Fertility and Sterility 2010; 93: 2424-8
20. Heitmann RJ, Langan KL, Huang RR, Chow GE, Burney RO. Premenstrual spotting of two or more days is strongly associated with histologically confirmed endometriosis in women with infertility. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2014; 211: 9378-2
21. Seear K. The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. Social Science & Medicine 2009; 69: 1220-7
22. Mandai M, Suzuki A, Matsumura N, Baba T, Yamaguchi K, Hamanishi J, et al. Clinical management of ovarian endometriotic cyst (chocolate cyst): diagnosis, medical treatment, and minimally invasive surgery. Current Obstetrics and Gynecology Reports 2012; 1: 16-24
23. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Kennedy SH, Jenkinson C, Zondervan KT. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. Fertil Steril 2012; 98: 692-701
24. Kitajima M, Defrère S, Dolmans M-M, Colette S, Squifflet J, Van Langendonckt A, et al. Endometriomas as a possible cause of reduced ovarian reserve in women with endometriosis .Fertility and Sterility 2011; 96: 685-91
25. Lemaire GS. More than just menstrual cramps: symptoms and uncertainty among women with endometriosis. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2004; 33: 71-9
26. Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. Best Practice & Research Clinical obstetrics & Gynaecology 2004; 18: 201-18
27. Donato ND, Montanari G, Benfenati A, Monti G, Bertoldo V, Mauloni M, et al. Do women with endometriosis have to worry about sex? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 2014; 179: 69-74.
28. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. The journal of family planning and reproductive health care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists 2007; 33: 189-93
29. Jia SZ, Leng JH, Sun PR, Lang JH. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

women with endometriosis. Obstetrics and gynecology 2013; 121: 601-6
30. Fritzer N, Tammaa A, Salzer H, Hudelist G. Dyspareunia and quality of sex life after surgical excision of endometriosis: a systematic review. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 2014; 173 :1-6
31. Donato ND, Montanari G, Benfenati A, Monti G, Bertoldo V, Mauloni M, et al. Do women with endometriosis have to worry about sex? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2014; 179: 69-74
32. Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013; 169: 392-6
33. M G, SK F. Sexual dysfunction is an etiology for latent divorce: essentiality of attending the traind physicion in Family counseling centers. Family Research 2007; 4: 585-608
34. De Ziegler D, Streuli M, Borghese B, Bajouh O, Abrao M, Chapron C. Infertility and endometriosis: a need for global management that optimizes the indications for surgery and ART. Minerva ginecologica 2011; 63: 365-73
35. Bastu E, Bulut B, Dural O, Yasa C, Buyru F, Mutlu F. Comparison of management and ovulation-induction protocols and infertility outcomes in endometriosis. Obstetrics and gynecology 2014; 123:95-6
36. De Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. The Lancet 2010; 376: 730-8
37. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. Obstetrics and gynecology clinics of North America 2012; 39: 535-49
38. Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, Barbieri RL, Marshall LM, Hunter DJ. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. American journal of epidemiology 2004; 160: 784-96
39. Chatterjee S, Dey S, Chowdhury RG, Ganguly DD. Pregnancy outcome in pre-operative danazol treatment followed by laparoscopic correction in infertility associated with endometriosis. Journal of the Indian Medical Association 2012; 110: 694-9
40. Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A. Endometriosis and infertility. Journal of assisted reproduction and genetics 2010; 27: 441-7
41. Winkvist A, Akhtar HZ. God should give daughters to rich families only: attitudes towards childbearing among low-income women in Punjab, Pakistan. Social science & medicine 2000; 51: 73-81
42. Kjaer T, Albieri V, Jensen A, Kjaer SK, Johansen C, Dalton SO. Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica 2014; 93: 269-76
43. Van den Broeck U, Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Wolthuis A, Van Cleynenbreugel B, et al. Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning :comparison of patients with and without bowel resection. Human reproduction (Oxford, England) 2013; 28: 2389-97
44. Fritzer N, Tammaa A, Salzer H, Hudelist G. Dyspareunia and quality of sex life after surgical excision of endometriosis: a systematic review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2014; 173: 1-6
45. Denny E, Culley L, Hudson N, Mitchell H, Law C, Raine-Fenning N, et al. Gender differences in the emotional impact of living with endometriosis. Paper presented to the 18th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI), Vienna, Austria, 24-27 October 2013
46. Maasoumi R, Lamyian M, Khalaj Abadi Farahani F, Montazeri A. Women's perception of sexual socialization in Iran: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2013; 2 : 221-33

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

ABSTRACT

Endometriosis and femininity: a qualitative study

Hedyeh Riazi [1] , Najmeh Tehranian [1*], Saeideh Ziaei [1], Easa Mohammadi [2], Ebrahim Hajizadeh i[3], Armin Firoozi [4]

1. Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Department of biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4. Department of Clinical Psychology- Faculty of Psychology- Kharazmi University, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 723-732
Accepted for publication: 18 August 2014
[EPub a head of print-18 November 2014]

Objective(s): Endometriosis is a chronic and debilitating disease, which affects all aspects of the women's life. The purpose of the present study was to explore the perception and experiences of endometriosis patients about femininity.
Methods: A qualitative research was conducted to obtain data from 18 purposely selected endometriosis patients referring to a teaching hospital in Tehran, Iran. Data were collected by in-depth interviews and were analyzed using a conventional content analysis.
Results: Seven categories and three main themes emerged from the participants' experiences. The themes were: 1) Feeling gynecologic disorders included three categories: menstrual disturbances, complaint of irritating cyst and pelvic infection problems, 2) Disruption in marital life included two categories: dyspareunia and infertility, 3) Disrupted social life included two categories: emotional and communicational disturbances and impairment in daily activities.
Conclusion: The findings of present study showed that endometriosis affects femininity, which may have devastating consequences on individual, family and social life of affected person.

Key Words: Endometriosis, Femininity role, Qualitative research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.9.5]

[*] Corresponding author: Department of Midwifery and Reproductive Health, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 82883817
E-mail: Tehranian@modares.ac.ir