

Perception and Experiences of Patients with Endometriosis about Pain: A Qualitative Study

Hedyeh Riazi^{1,2},
Najmeh Tehranian³,
Saeideh Ziaei⁴,
Eesa Mohammadi⁵,
Ebrahim Hajizadeh⁶

¹ PhD in Reproductive Health, Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁵ Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁶ Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received March 17, 2015 Accepted August 26, 2015)

Abstract

Background and purpose: Endometriosis is a chronic and debilitating disease which is associated with a variety of morbid symptoms. This study aimed at exploring the perception and experiences of patients with endometriosis about pain.

Materials and methods: A qualitative research was performed in 18 patients with endometriosis attending Arash Hospital (Tehran, 2014). They were selected by purposive sampling. Data was collected by semi-structured interview and analyzed using a conventional content analysis.

Results: Two main themes emerged from the participants' experiences: 1) disruption of individual and family life and 2) feelings of threat and vulnerability. The first theme included two categories: suffering varied and diffused pain and disruption of sexual activity. Categories of the second theme were: complaints of severe and intolerable pain and various actions taken to reduce the pain.

Conclusion: The findings suggest that patients with endometriosis suffer various pains that influence different parts of the body. These pains are often felt with great intensity and may have devastating consequences on their lives. Deep attention should be paid to the symptoms of these patients and health authorities should not trivialize their pain so that early diagnosis is made and suitable interventions are performed to promote such patients' health.

Keywords: Endometriosis, pain, qualitative research

درک و تجارب زنان مبتلا به اندومتريوز از درد: یک مطالعه کیفی

هدیه ریاضی^۱
نجمه تهرانیان^۳
سعیده ضیایی^۴
عیسی محمدی^۵
ابراهیم حاجی زاده^۶

چکیده

سابقه و هدف: اندومتريوز بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است که با علائم متنوع و پرعارضه‌ای همراه است. این مطالعه با هدف تبیین درک و تجارب بیماران مبتلا به اندومتريوز از درد صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه به روش کیفی بر روی ۱۸ بیمار مبتلا به اندومتريوز مراجعه کننده به بیمارستان آرش تهران، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق به روش نمونه‌گیری هدفمند در سال ۱۳۹۳ انجام شد. داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌های حاصل از تجارب مشارکت کنندگان منجر به شکل‌گیری دو تم با عناوین "اختلال در زندگی فردی و خانوادگی" و "احساس تهدید و آسیب‌پذیری" شد. تم اول متشکل از طبقات ناراحتی از دردهای متنوع و پراکنده و اختلال در فعالیت جنسی و تم دوم متشکل از طبقات: شکایت از درد شدید و غیر قابل تحمل و اقدامات مختلف در مواجهه با درد بود.

استنتاج: بیماران مبتلا، از دردهای متنوعی رنج می‌برند که باعث درگیری مناطق مختلف بدن شده و اغلب با شدت زیادی حس می‌شود و می‌تواند مولد پیامدهای مخربی در زندگی آنان باشد. توجه عمیق‌تر و بیش‌تر به علایم بیماران و بی‌اهمیت ندادن این علائم از سوی متولیان سلامت در جامعه به منظور تشخیص سریع‌تر و مداخلات لازم در راستای ارتقاء سلامت این بیماران ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اندومتريوز، درد، درک، تحقیق کیفی

مقدمه

بیماری هستند و به صورت سیکلیک و یا مداوم از درد رنج می‌برند. این درد می‌تواند با فعالیت‌های روزانه همراه باشد و به صورت قاعدگی دردناک، مقاربت دردناک، اجابت مزاج دردناک و یا دفع ادرار دردناک خود را نشان دهد(۴). به علاوه، بیماران در معرض خطر

اندومتريوز 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 می‌باشد(۲). درد یکی از شایع‌ترین تظاهرات اندومتريوز است(۳) به طوری که ۷۱ درصد افراد مبتلا به درد لگنی مبتلا به این

E-mail: Tehranian@modares.ac.ir

مؤلف مسئول: نجمه تهرانیان - تهران: بزرگراه جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس - دانشکده پزشکی

۱. دکترای بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۵. استاد، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۶. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۴/۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۵/۲۷

مطالعات موجود اکثراً از نوع کمی هستند و بیش تر مطالعات کیفی در کشورهای انگلستان و استرالیا انجام شده است (۱۹، ۱۸). به علاوه مطالعات اندک انجام شده اغلب بر کیفیت زندگی زنان مبتلا متمرکز شده و به علائم بیماری نپرداخته‌اند وجود محدودیت‌های متدولوژیکی در بسیاری از مطالعات انجام شده و خلاء های قابل توجه در منابع، لزوم مطالعات بیش تر در جوامع مختلف را آشکار می‌سازند (۱۸). از آن‌جا که درد پدیده‌ای ذهنی است و در افراد مختلف به طرق متفاوت، درک و بیان می‌شود و در این میان نقش فرهنگ و بستر مورد مطالعه قابل اغماض نمی‌باشد (۱۳)، لزوم یک مطالعه کیفی با هدف تبیین درک و تجارب بیماران مبتلا به اندومتريوز از درد در این زمینه احساس می‌شود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از خرداد تا دی ماه ۱۳۹۳ با رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. در این روش، اطلاعات به طور مستقیم از مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری شد و دانش تولیدشده بر اساس تجارب منحصر به فرد مشارکت‌کنندگان به دست می‌آمد (۲۰). ۱۸ بیمار مبتلا به اندومتريوز در این مطالعه شرکت کردند. معیار ورود بیماران تشخیص بیماری از طریق لاپاروسکوپی بود و مواردی که بر اساس سایر روش‌های تشخیصی، مشکوک به ابتلا به اندومتريوز بودند، وارد مصاحبه نمی‌شدند. افراد شرکت‌کننده در مطالعه به گفته خود بیمار، مبتلا به بیماری دیگری نبودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و در بیمارستان آرش تهران (یکی از مراکز ارجاعی از کلیه مناطق کشور) انجام شد. حداقل زمان مصاحبه ۲۰ و حداکثر ۵۵ دقیقه بود. کلیه مصاحبه‌ها در اتاق استراحت پرسنل بخش انجام شد. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این مطالعه داده‌ها با ۱۶ نفر اشباع گردید، اما برای اطمینان بیش تر با ۲ نفر دیگر هم مصاحبه شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. مصاحبه‌ها با سؤالاتی نظیر

بی‌خوابی، افسردگی، کم‌خونی، سرطان تخمدان و احتمالاً سرطان پستان و اختلالات اتوایمیون قرار دارند. از طرف دیگر، عوارض جانبی ناشی از درمان‌های دارویی و جراحی نیز بر مشکلات بیماران می‌افزایند (۵). اندومتريوز به عنوان یک بیماری خاص، در سلامت جامعه مورد توجه قرار گرفته است (۶). بار اقتصادی ناشی از این بیماری که شامل مراقبت‌های بهداشتی و انجام اقدامات به منظور کاهش درد و سایر شکایات است، بسیار قابل توجه بوده و تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که جامعه سالانه هزینه‌ای حدود ۹۵۷۹ یورو به ازاء هر فرد بیمار متحمل می‌شود که مربوط به ابعاد مختلف تشخیصی، درمانی و علائم بیماری است (۷-۹). از آن‌جا که این بیماری تظاهرات خارجی ندارد، بنابراین درد بیمار به عنوان یکی از محورهای اساسی بیماری به شمار می‌آید لذا توجه خاص به این بعد از بیماری از نکات اساسی محسوب می‌شود (۱۰). علی‌رغم آن که تجربه زندگی با اندومتريوز برای بسیاری از بیماران کاملاً سخت است، آن‌گونه که باید به مشکلات و درد بیماران توجه نشده و زنان مبتلا، مدت‌های مدیدی از اثرات زیانبار بیماری رنج می‌برند (۱۱). درد ناشی از بیماری اندومتريوز اغلب آن‌گونه که انتظار می‌رود مورد توجه قرار نگرفته و بعضاً ممکن است حتی طبیعی نیز انگاشته شود (۱۰، ۱۲). در بسیاری از موارد پرسنل بهداشتی درمانی، درد بیماران را سایکوسوماتیک دانسته و اقدام خاصی انجام نمی‌دهند (۱۳). مطالعات متعددی در خصوص ابعاد روحی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اندومتريوز انجام شده است (۱۴، ۱۵) و برخی مطالعات نیز به جنبه‌های جنسی بیماری توجه کرده‌اند (۱۶، ۱۷). علائم بیماری و پیامدهای ناشی از آن می‌تواند در بسترهای مختلف فرهنگی، اهمیت متفاوتی داشته باشند، حال آن‌که در مطالعات موجود به این ویژگی پرداخته نشده است. علی‌رغم اهمیت شناسایی درد در بیماران مبتلا به اندومتريوز که مشکل اصلی آنان می‌باشد، تاکنون در این زمینه در ایران تحقیقی با رویکرد کیفی انجام نیافته است و

پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و مجوز کمیته اخلاقی این دانشگاه انجام شد. کسب اجازه شرکت در مطالعه و بر خورداری مشارکت کنندگان از حق کناره گیری از پژوهش در هر زمان و اجازه ضبط صوتی مصاحبه‌ها با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی تحقق یافت و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی محرمانه خواهد ماند.

یافته ها

مشارکت کنندگان متشکل از ۱۸ بیمار مبتلا به اندومتريوز بودند که از طریق لاپاروسکوپی تشخیص بیماری در آنان قطعی شده بود. سن مشارکت کنندگان بین ۲۳ تا ۳۷ و میانگین سنی آنان ۲۸/۸ (SD=۲/۵) سال بود. سطح تحصیلات آنان از سیکل تا دانشگاهی متغیر بود و هیچ یک از آنان سابقه زایمان را نداشتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
سن		
۲۳-۲۷	۵	۲۷/۷
۲۸-۳۲	۱۱	۶۱/۱
۳۳-۳۷	۲	۱۱/۲
تحصیلات		
سیکل	۵	۲۷/۷
دیپلم	۹	۵۰
دانشگاهی	۴	۲۲/۳
شغل		
خانه دار	۱۴	۷۷/۷
شاغل	۴	۲۲/۳
وضعیت تاهل		
متاهل	۱۷	۹۴/۴
مجرد	۱	۵/۶

تحلیل داده‌های حاصل از تجارب مشارکت کنندگان منجر به شکل گیری دو تم شد. تم اول "اختلال در زندگی فردی و خانوادگی" بود که مشکل از طبقات: ناراحتی از دردهای متنوع و پراکنده و اختلال در فعالیت جنسی و تم دوم "احساس تهدید و آسیب پذیری" بود که مشکل از طبقات: شکایت از درد شدید و غیر قابل تحمل و اقدامات مختلف در مواجهه با درد بود (جدول شماره ۲). نمونه‌ای از روند استخراج یک تم در جدول شماره ۳ آورده شده است.

"ممکن است در مورد بیماری و دردهای ناشی از آن توضیح دهید؟"، "وقتی درد داشتید چه می کردید؟"، "درد ناشی از این بیماری چه مشکلات خاصی برای شما ایجاد کرده است؟" و "زندگی با درد چه حسی در شما ایجاد کرده است؟" شروع شد و با سؤالات اکتشافی نظیر منظورتان چیست؟ چطور؟ چرا؟ ممکن است در این مورد بیش تر توضیح دهید یا مثالی بزنید تا منظورتان را بیشتر بفهمم، ادامه یافت. مصاحبه‌ها با اجازه بیماران ضبط می شد و در همان روز، هر مصاحبه کلمه به کلمه تایپ شده و سپس کدگذاری می شد و پس از تحلیل هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام می گرفت. به منظور تحلیل و پردازش اطلاعات ابتدا تمام داده‌های صوتی به صورت متن نسخه نویسی شده و چندین بار مطالعه می شد و سپس کدهای اولیه از داده‌های خام استخراج می شدند. در طول فرایند کدگذاری، پژوهشگر به صورت مداوم کدگذاری را کنترل می کرد تا از نظر تکرار بین مشارکت کنندگان اطمینان حاصل کند. کدهای اولیه بر اساس تفاوت‌ها یا شباهت‌ها در طبقات مختلف تقسیم بندی شده و در نهایت طبقات و درونمایه‌ها شکل گرفتند. جهت اطمینان از صحت و استحکام داده‌های تحقیق از معیارهای اعتبار پذیری، تأیید پذیری، اعتماد پذیری و انتقال پذیری استفاده شد (۲۱). خواندن مکرر مصاحبه‌ها، خلاصه سازی و دسته بندی اطلاعات و هم چنین مقایسه مستمر کدها، شیوه کمک کننده به تأمین اعتبار داده‌ها در این پژوهش بود. برای تأیید صحت داده‌ها، کدهای استخراج شده به خود مصاحبه شونده برگردانده می شد تا صحت این برداشت‌ها را تأیید یا اصلاح کند. اعتماد پذیری داده‌ها، از طریق بازبینی اعضای تیم تحقیق و افراد صاحب نظر به دست آمد. انتقال پذیری داده‌ها از طریق ارایه کامل روش پژوهش همراه با ارایه مثال‌هایی از بیانات مشارکت کنندگان انجام گرفت تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد.

ملاحظات اخلاقی

این تحقیق با تصویب شورای پژوهشی دانشکده

جدول شماره ۲: زیرطبقات، طبقات و تم‌های حاصل از تبیین درک و تجارب بیماران مبتلا به اندومتريوز از درد

تم	طبقه	زیر طبقه
اختلال در زندگی فردی و خانوادگی	ناراحتی از دردهای متنوع و پراکنده	- درد اندام فوقانی - درد های لگنی و اندام تحتانی
احساس تهدید و آسیب پذیری	- شکایت از درد شدید و غیر قابل تحمل - اقدامات مختلف در مواجهه با درد	- شدت و نوع درد - استفاده از روش های دارویی - استفاده از روش های غیر دارویی - مراجعه به پزشک و تزریق مسکن وریدی

تم اول: اختلال در زندگی فردی و خانوادگی

این تم شامل ۲ طبقه با عناوین ناراحتی از دردهای متنوع و پراکنده و اختلال در فعالیت جنسی بود.

ناراحتی از دردهای متنوع و پراکنده:

بیماران از دردهای متنوع و پراکنده‌ای شاکی بودند که در اندام فوقانی، لگن و اندام تحتانی بارز می‌شد. دردهای شکمی، دردهای لگنی، کمردرد، سر درد، درد مقعد، درد پستان و درد اندام تحتانی توسط بیماران مطرح شده بود. ابراز ناراحتی از دردهای شکمی توسط قریب به اتفاق مشارکت کنندگان ذکر شده بود. به عنوان مثال بیماران چنین ابراز کرده بودند: «زیر دلم همیشه درد داشتم وقتی پر بود می‌شدم دردش بیشتر بود» (بیمار ۱۲). این دردها با شدت‌های متفاوت و بیشتر تر

اوقات تشدید شونده همراه با پر بود تجربه می‌شود به طوری که بیماران به کرات آن را بیان کرده بودند: «کل شکمم درد می‌کرد انقدر درد می‌کرد که نمی‌تونستم نفس بکشم یعنی حتی در حد نفس کشیدن هم درد می‌گرفت» (بیمار ۴). یکی دیگر از انواع درد که در بیماران مبتلا به اندومتريوز بروز می‌کند، دردهای لگنی است: «انگار که درد لگنم مزمن شده بود. همیشه من درد حس می‌کردم» (بیمار ۱۹). از دردهای دیگری که بیماران از آن شاکی بوده‌اند کمر درد بود که اغلب همزمان با قاعدگی تشدید می‌یافت: «دردش قابل توصیف نیست مثلاً گاهی دل و کمرم داشت می‌اومد پایین. انگار یک چیزی محکم خورده به کمرم اونجوری درد می‌کرد. کمر درد شدید...» (بیمار ۱۷). یکی دیگر از ناراحتی‌های ابراز شده سردرد است که می‌تواند باعث ایجاد مشکلات عدیده‌ای در فعالیت‌های روزمره افراد شود: «.... سردردهای شدیدی هم داشتم یعنی من ۱۰ روز مونده به پر بودم سردرد می‌گرفتم یعنی به مغز سرم می‌زد. سردرد از پشت رگ گردنم شروع می‌شد تا کف سرم چشمام تاری می‌دید اصلاً نمی‌تونستم از جام بلند بشم بلند می‌شدم می‌خوردم زمین یعنی تا ۲۴ ساعت من این سردرد رو داشتم» (بیمار ۲). این سردرد اغلب به صورت شدید گزارش شده و ممکن است در اوایل

جدول شماره ۳: نمونه ای از روند استخراج تم

تم	طبقه	زیر طبقه	کد	نقل قول
احساس تهدید و آسیب پذیری	شکایت از درد شدید و غیر قابل تحمل	- شدت و نوع درد	- درد تیر کشنده	- موقع نهمگاری هم دردهای مزمن داشتم که به صورت تیر کشیدن کوچک از ناحیه بالای ماته شروع می‌شد می‌اومد بالا....
			- درد انفجاری	- در حد انفجار بود یعنی فکر می‌کردم داخل شکم چیزی منفجر می‌شد می‌گفتم الان شکم پاره می‌شه یا اینکه عضلات شکم از هم باز می‌شه....
احساس تهدید و آسیب پذیری	استفاده از روش های دارویی - استفاده از روش های غیر دارویی - مراجعه به پزشک و تزریق مسکن وریدی	- استفاده از روش های دارویی - استفاده از روش های غیر دارویی - مراجعه به پزشک و تزریق مسکن وریدی	- درد شدید تر از درد زایمان	- پر بودم که تمام می‌شد یکی دو روز که خوب بودم سست راستم مدام درد داشتم. یعنی این درد دائمی بود البته زیاد نبود
			- دردهای وحشتناک	- درد شدید که هیچ کاری نمی‌تونی بکنی نه بشینی نه باشی هیچ کار یعنی کسی از کثرت رد بشه دردت بدتر می‌شه خیلی شدید... مادرم می‌گوید من ۴ تا بچه آوردم طبیعی هم زایمان کردم اینطور نبوده....
احساس تهدید و آسیب پذیری	اقدامات مختلف در مواجهه با درد	- استفاده از روش های دارویی - استفاده از روش های غیر دارویی - مراجعه به پزشک و تزریق مسکن وریدی	- کاهش درد با مصرف مسکن	- بعدا فهمیدم که با خوردن دو تا متفامیک اسید بهتر می‌شم
			- بهبود درد با مصرف LD یا HD	- برای اینکه خوب بشم بتونم بخوابم باید قرص می‌خوردم... انقدر هر روز هر روز قرص خورده بودم که معده ام درد گرفته بود دیگه نمی‌تونستم مسکن بخورم
احساس تهدید و آسیب پذیری	اقدامات مختلف در مواجهه با درد	- استفاده از روش های دارویی - استفاده از روش های غیر دارویی - مراجعه به پزشک و تزریق مسکن وریدی	- کاهش درد در پاسخ به گرما	- هرماه می‌رفتم سونوگرافی قرص LD یا HD بهم می‌داد تا بهتر بشم....
			- کاهش درد در اثر فشار روی شکم	- تنها چیزی که کمی به مادرم می‌رسه حوله داغه که میذارم رو شکمم
احساس تهدید و آسیب پذیری	اقدامات مختلف در مواجهه با درد	- استفاده از روش های دارویی - استفاده از روش های غیر دارویی - مراجعه به پزشک و تزریق مسکن وریدی	- کاهش درد با استراحت	- احساس می‌کردم اگر یک چیز سنگین روی شکم بگذارم آرام می‌شم. یک چیز سنگین می‌گذاشتم در حد ۴ یا ۵ دقیقه آرام می‌شد
			- تشدید درد پس از فعالیت و کار سنگین	- هوش دراز می‌کشیدم و استراحت داشتم. با دراز کشیدن بهتر می‌شوم خیلی دوست دارم دراز بکشم.
احساس تهدید و آسیب پذیری	اقدامات مختلف در مواجهه با درد	- استفاده از روش های دارویی - استفاده از روش های غیر دارویی - مراجعه به پزشک و تزریق مسکن وریدی	- نیاز به مراجعه به پزشک در طی قاعدگی	- ولی تخت که می‌خواهم دردم یک کم آرام می‌شد حتماً باید تخت می‌خواهم باهام را می‌زد به دیوار.
			- نیاز به سرم و مسکن وریدی در زمان پر بود	

پریود با شدت بیش‌تری احساس شود: «سر درد شدید هم داشتم. وقتی خونریزیم زیاد بود قرص اسید فولیک می‌خوردم ولی باز هم سردرد شدید داشتم. از پشت سرم بیش‌تر. بیش‌تر پشت سرم بود تا بالای سرم. در دو روز اول پریودم یعنی وقتی خونریزی شدید بود سر دردم خیلی زیاد بود» (بیمار ۸). اما نکته مهمی که در این بین به چشم می‌خورد، طبیعی‌انگاشتن سر درد از جانب پزشک و یا عدم توجه کافی به آن و تشخیص نادرست است: «پیش‌دکتر تو تهران رفتم بهش گفتم گفت به این می‌گن میگرن قبل پریودی» (بیمار ۸). یکی دیگر از ناراحتی‌های ابراز شده درد مقعد است که معمولاً به صورت درد فشاری تجربه شده است: «انگار که یک فشاری در مقعد باشه یکی مقعد را فشار بدهد یک درد خاصی است. مقعد فقط درد می‌کنه. یعنی انگار یک چیزی هی فشارش بده فقط درد می‌گیره دردش به حدی است که قابل تحمل نیست شاید بخوای فریاد بزنی» (بیمار ۴). درد مقعد در اغلب موارد هنگام دفع و در زمان قاعدگی افزایش می‌یابد: «من موقعی که برای مدفوع دستشویی می‌رفتم پشتم درد می‌گرفت موقعی که عادت بودم مقعد یا بالاترش درد می‌گرفت. انگار که چیزی فشار بیاره موقع دفع.... بیش‌تر موقع قاعدگی مخصوصاً روز اول و دومش» (بیمار ۶). درد پستان از دیگر دردهایی است که بیماران از آن شکایت داشتند: «نوک سینه‌ام خیلی تیر می‌کشید. اگر دستم اشتباهی می‌خورد درد شدیدی داشت» (بیمار ۵). نهایتاً درد اندام تحتانی از سایر شکایاتی است که باعث آزار بیماران می‌گردد: «یک پایم کاملاً سر می‌شد» (بیمار ۵). گاهی اوقات درد پاها به دنبال انتشار درد شکم یا کمر تجربه می‌شود: «... شکمم، کمرم، حتی می‌زد به ران‌های پام» (بیمار ۹). دردهای فوق‌الذکر می‌تواند با زندگی افراد و برنامه‌های روزمره آنان تداخل داشته باشد. اکثر بیماران به‌قدری درد و ناراحتی دارند که دست از فعالیت‌های روزانه می‌کشند: «مثل دردهای پریود شروع می‌شد ولی آنقدر زیاد بود که همش احتیاج به استراحت و دراز

کشیدن داشتم. از کارهای خونم می‌افنادم و به کارهای شرکت هم نمی‌رسیدم. روزهای اول و دوم نمی‌رفتم سرکار» (بیمار ۱۱). بیماران توانایی خود را در اداره امور زندگی از دست داده و احساس می‌کنند که نیاز به حمایت و رسیدگی دارند: «اصلاً نمی‌تونستم بلند شم. سه روز در ماه همیشه این‌جوری بودم ... آنقدر دردم شدید بود که می‌خوایدم تو خونه نمی‌تونستم کاری انجام بدم حتی دستشویی هم به زور می‌رفتم ... کم کار شدم مثلاً کم‌تر به زندگیم می‌رسم همش می‌رم خونه بابام که یکی بتونه بهم برسه چون درد داشتم ... من واقعاً نمی‌تونستم کارهای خانه‌ام را انجام بدهم» (بیمار ۷).

اختلال در فعالیت جنسی:

اظهارات بیماران حاکی از آن بود که دردها در بعضی مواقع مانند حین نزدیکی خود را بیش‌تر نشان می‌دهند: «... به‌خصوص موقع نزدیکی اصلاً انگار یک چیزی تو لگنم می‌ترکید خیلی درد داشتم» (بیمار ۱۰) و یا: «نزدیکی می‌کنم درد دارم. اصلاً نمی‌تونم. گریه می‌کنم. زیر شکم خیلی درد می‌کنه. اصلاً 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). درد حین نزدیکی در بعضی از بیماران بقدری شدید تجربه شده است که احساس انفجار در زیر شکم را داشته‌اند: «... انگار زیر شکم داره منفجر می‌شه. حس خیلی بدی داشتم. مدل‌های نزدیکی را اصلاً نمی‌تونیم انجام دهیم از بس درد شدید دارم. زیر دلم در ناحیه تخمدان‌ها کامل زیر دلم درد می‌گیره» (بیمار ۵). مشکلات ناشی از دردهای این بیماران می‌تواند تا حدی پیش‌رود که در زندگی خانوادگی افراد و ارتباط با همسر نیز تاثیرگذار باشد: «اوایل فکر می‌کردم مال ازدواج است که این مشکل برام پیش‌اومده 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 ۱۶).

تم دوم: احساس تهید و آسیب پذیری

این تم حاکی از آن است که بیماران همواره در معرض تهید ناشی از دردهای شدید هستند و در جستجوی راه حل های مختلف می باشند که در نهایت منجر به آسیب پذیری آنان می گردد. این تم شامل دو طبقه با عناوین شکایت از درد شدید و غیر قابل تحمل و اقدامات مختلف در مواجهه با درد بود.

شکایت از درد شدید و غیر قابل تحمل:

بسیاری از بیماران دردها را به صورت درد وحشتناک و غیر قابل تحمل بیان کرده اند: «من خیلی دردهای وحشتناکی داشتم... خیلی غیر قابل تحمل بود» (بیمار ۱۳). وحشتناک بودن دردها به صور مختلفی بیان شده است: «دردش اصلاً قابل تحمل نیست. با درد پیوند خیلی فرق داره. به بدنم جوری فشار میاد که انگار داره چیزی خارج می شه. دولا می موم» (بیمار ۹) و یا این که: «یک درد شدیدی بود که من روزمینگیر می کرد. انقدر داد و فریاد می زدم که همه می فهمیدند» (بیمار ۷). بعضی دیگر شدت درد را با درد زایمان مقایسه کرده و آن را شدیدتر از درد زایمان دانسته اند: «درد شدید که هیچ کاری نمی تونی بکنی نه بشینی نه پاشی هیچ کار یعنی کسی از کنارت رد بشه دردت بدتر می شه. خیلی شدید... مادرم می گوید من ۴ تا بچه آوردم طبیعی هم زایمان کردم این طور نبوده...» (بیمار ۴) و بعضی دیگر به صورت درد انفجاری آن را بیان کرده اند: «موقع دل پیچه آدم چطور درد شکم داره من ۱۰ یا ۲۰ برابر اون درد را داشتم. در حد انفجار بود. یعنی فکر می کردم داخل شکم چیزی منفجر می شه. می گفتم الان شکم پاره می شه یا این که عضلات شکم از هم باز می شه» (بیمار ۱).

اقدامات مختلف در مواجهه با درد:

بیماران در مواجهه با درد به انواع روش های دارویی

و غیر دارویی روی آورده و بعضی از بیماران ذکر کرده اند که دردشان به مسکن های معمولی پاسخ نداده و برای رهایی از درد نیاز به سرم و مسکن وریدی دارند: «... اما پیوند که می شدم ۱۲ ساعت اول پیوند خیلی شدید بود به طوری که با ۲ یا ۳ تا ژلوفن که می خوردم آرام نمی شدم. یعنی باید حتما می رفتم زیر سرم آمپول مسکن می زدم تا آرام بشم» (بیمار ۱۷). بیان بیماران حاکی از آن بود که آنان همواره درصدد یافتن راهی برای کاستن دردهایشان بوده اند و در این راستا به روش های دارویی و یا غیر دارویی پناه می بردند: احساس می کردم اگر یک چیز سنگین روی شکم بگذارم آرام می شم. یک چیز سنگین می گذاشتم در حد ۴ یا ۵ دقیقه آرام می شد» (بیمار ۹) و یا این که: «از شدت درد نمی تونم حرکت کنم. تنها چیزی که کمی به دادم می رسه حوله داغه که میذارم رو شکم» (بیمار ۱۶). در برخی از موارد حتی کمک طلبیدن از اورژانس ذکر شده است: «مجبور می شدم به اورژانس زنگ بزنم. بعدها فهمیدم که با خوردن دو تا مفنایمیک اسید بهتر می شم» (بیمار ۲). بعضی از بیماران به حدی درد داشتند که استفاده از مواد مخدر به آنان توصیه شده بود: «از زور درد نعره می کشیدم و با دستام زمینو می کشدم. یادمه یه روز همسایه ها اومدن ببینن چی شده بعدش خانم همسایه یه چیزی یواشکی داد به مادرم که بده به من. مواد مخدر برام آورده بود بلکه دردم ساکت بشه» (بیمار ۷).

بحث

بیماری اندومتروز با بروز و شکایت از دردهای متنوع و پراکنده همراه است و بیماران از این بابت دچار مشکلات فراوانی می شوند. درد، یکی از عمده ترین شکایات و علائمی است که به صورت بیماران به آن اشاره می کنند و در مطالعات دیگر نیز بر این نکته اشاره شده است (۲۲). گرچه مکانیسم درد ناشی از اندومتروز به خوبی شناخته نشده است اما بافت قاعدگی به عنوان محرکی برای دردهای التهابی از طریق فعال سازی

سلول‌های ایمنی درونی و پایانه‌های اعصاب محیطی معرفی شده است (۲۳). این دردها با شدت‌های متفاوتی تجربه شده و اغلب همراه با قاعدگی بوده‌اند و یا در زمان قاعدگی بدتر شده بودند. چسبندگی‌های مرتبط با اندومتریوز می‌توانند در ایجاد قاعدگی دردناک موثر باشند. درد مرتبط با اندومتریوز عمقی، ممکن است به دنبال تحت فشار قرار گرفتن و یا انفیلتراسیون اعصاب در فضای لگنی زیر پریتونن توسط ایمپلنت‌های اندومتریوز باشد. این درد ویژگی‌های خاصی دارد که بسته به این که محل آناتومیکی و یا ارگان درگیر شده کجا باشد متفاوت است (مانند درگیری سیستم ادراری یا علائم روده‌ای) (۲۲). اندومتریوز می‌تواند دردهای مزمن لگنی نیز ایجاد کند که ناشی از چسبندگی، التهاب و یا کیست تخمدان باشد (۲۴). یکی از تظاهرات شایع این دردها بدتر شدن آن‌ها قبل و یا در طی قاعدگی است به طوری که قاعدگی دردناک در بعضی از مطالعات به عنوان شایع‌ترین یافته ذکر شده است که در راستای مطالعه حاضر می‌باشد (۲۵). معمولاً دیسمنوره اولیه در اثر افزایش یا عدم تعادل در میزان ترشح پروستاگلاندین از اندومتر در طی قاعدگی ایجاد می‌شود. علائمی مانند سردرد نیز که در پژوهش حاضر نیز توسط بیماران به آن اشاره شده بود، از عوارض ترشح پروستاگلاندین‌ها و مشتقات آن‌ها به جریان خون سیستمیک می‌باشند. ساخت اسید آراشیدونیک و مسیر سیکلوکسیژناز توسط کاهش غلظت پروژسترون در اواخر فاز ترشحي فعال می‌گردد. میزان پروستاگلاندین اندومتر در اواخر فاز ترشحي سه برابر بیشتر از فاز پروليفراتيو است که در دوران قاعدگی افزایش بیشتری نیز می‌یابد. غلظت پروستاگلاندین‌های E2 و F2a در خون قاعدگی زنان مبتلا به دیسمنوره بیشتر از زنان با قاعدگی‌های بدون درد است. در بین پروستاگلاندین‌ها، PGF2a به عنوان شایع‌ترین دلیل ایجاد درد شناخته شده است (۲۶). در زنان مبتلا به اندومتريوز، غلظت پروستاگلاندین‌ها در خون قاعدگی بالاتر است. هم‌چنین انقباضات غیر عادی رحمی به

صورت افزایش تناوب، شدت و تون فشار پایه‌ای انقباضات در این زنان دیده می‌شود که این امر می‌تواند بیانگر علت وجود دیسمنوره شدید در بیماران مبتلا به اندومتريوز باشد که به صورت دل درد، کمر درد و دردهای لگنی تظاهر می‌یابد. ضایعات اندومتريوزی و چسبندگی‌ها نیز در ایجاد این درد دخیل می‌باشند (۲۷). سردرد شدید شکایت دیگری است که ممکن است در اوایل دوره قاعدگی شدیدتر باشد و معمولاً از جانب پزشکان توجه زیادی به آن نمی‌شود.

در مطالعه Karp و همکاران (۲۰۱۱) شیوع سردردهای میگرنی در طول زندگی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن لگنی ۶۷ درصد ذکر شده بود که افزایش شدت سردرد با کاهش کیفیت زندگی همراه بوده است. ارتباط قوی بین سردرد و دردهای مزمن لگنی احتمالاً مطرح‌کننده پاتوفیزیولوژی مشترکی برای این دو است (۲۸). زنان مبتلا به اندومتريوز به میزان بیش‌تری مبتلا به اختلالات اتوایمیون و اندوکراین، فیرومیالژی، سندرم خستگی مزمن و بیماری اتوپیک هستند (۲۹). میگرن نیز ارتباط مشابهی با لوپوس اریتماتوز سیستمیک، آسم و آلرژی و فیرومیالژی دارد (۳۰-۳۲). در مطالعه Tietjen (۲۰۰۶) سیستمیت بینایی، سندرم خستگی مزمن و اضطراب در زنان مبتلا به میگرن که اندومتريوزشان با لاپاروسکوپی تایید شده بود نسبت به زنان مبتلا به میگرنی که مبتلا به اندومتريوز نبودند، به میزان بالاتری گزارش شد (۳۳). در مطالعه Ferrero و همکاران (۲۰۰۴) شیوع میگرن در افرادی که مبتلا به اندومتريوز بودند، از نظر آماری نسبت به افراد غیر مبتلا بالاتر بود و این امر بیانگری رابطه بین اندومتريوز و میگرن بود. پاتوفیزیولوژی مشترکی که در این دو مشکل به چشم می‌خورد نقش پروستاگلاندین‌ها در پاتوژنز میگرن است که در اندومتريوز نیز افزایش سطوح پروستاگلاندین‌ها به چشم می‌خورد (۳۴). از طرفی اختلال در تنظیم نیتريك اکسید نیز در هر دو مشکل وجود دارد (۳۵،۳۶). با توجه به وجود یافته‌های گسترده در

تاثیرگذار باشند. محدودیت‌های جسمی ناشی از بیماری، زندگی روزانه فرد را تخریب می‌کند (۴۱) و درد شدید منجر به افت کیفیت زندگی به ویژه در حیطه فعالیت‌های فیزیکی می‌شود (۱۴) با توجه به این که زندگی فردی و خانوادگی تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرند به نظر می‌رسد علاوه بر درد و مشکلات جسمی لازم است که به جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماری نیز توجه شود. از این رو اطلاع‌رسانی مداوم در خصوص جنبه‌های بالینی و تظاهرات بیماری می‌تواند منجر به ارتقای پیامدهای درمانی شود (۴۲). یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی، بعد جنسی است که به دلیل وجود درد حین مقاربت در مبتلایان به اندومتروز تحت الشعاع قرار گرفته و منجر به ایجاد اختلال در فعالیت جنسی می‌گردد (۴۳) 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 شده و باعث اختلال در زندگی خانوادگی شود. تاثیر منفی بر ارتباط زوجین به ویژه ارتباطات جنسی در سایر مطالعات نیز نشان داده شده است (۴۴). بیماران مبتلا به دلیل درگیری لیگامان یوتروساکرال، بن بست دو گلاس، فورنیکس خلفی واژن و دیواره قدامی رکتوم دچار درد حین مقاربت می‌شوند (۱۷) و این درد تاثیر قابل توجهی بر اعتماد به نفس و ارتباط جنسی دارد (۴۵). مطالعه‌ای در چین شیوع اختلال عملکرد جنسی در مبتلایان را ۷۳ درصد ذکر کرده است (۴۶). سایر مطالعات نیز نزدیکی دردناک را از شایع‌ترین علائم اندومتروز دانسته‌اند، که کیفیت زندگی جنسی را تحت الشعاع قرار می‌دهد (۳۸). بیماران مبتلا از آسیب‌های شدید عملکرد جنسی رنج برده و از نظر رضایت جنسی، انگیزه و ارگاسم دچار مشکلات اساسی می‌شوند (۴۴). عدم توانمندی زنان در راستای ایجاد و برقراری بعد جنسی زندگی قطعاً 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

مطالعات مختلف لزوم توجه پزشکان به شکایت بیماران از سردرد و در نظر داشتن احتمال ابتلا به اندومتروز بیش از پیش مشخص می‌گردد. درد اندام تحتانی نیز به عنوان یکی دیگر از شکایات در بیماران مبتلا به اندومتروز گزارش شده است که در راستای سایر مطالعات است و به نظر می‌رسد که تخریب یا لیز شدن اعصاب با بدتر شدن درد پا همراه باشد. در مطالعه Walch و همکاران (۲۰۱۴)، بر روی ۴۴ زن مبتلا و ۵۸ کنترل، نشان داده شد که اکثریت زنان در گروه مبتلا به اندومتروز در مقایسه با زنان گروه کنترل، قبل از عمل جراحی از درد پا شکایت داشتند (به ترتیب ۴۵/۵ و ۲۵/۹ درصد). بنابراین شیوع پادرد در مبتلایان بیش‌تر است اما شدت این درد در دو گروه تفاوتی نداشته است. پس از لاپاروسکوپی شدت درد در هر دو گروه کاهش یافته بود (۳۷).

براساس نتایج این مطالعه، تجربه درد ناشی از بیماری اندومتروز به صورت متفاوتی بر زندگی زنان مبتلا تاثیرگذار است و به علت مشکلات طبی، اختلالاتی در زندگی فردی و خانوادگی افراد ایجاد می‌کند. زنان مبتلا به علت درد و مشکلات ناشی از بیماری اغلب به استراحت می‌پردازند و نمی‌توانند مانند قبل در فعالیت‌های مشترک خانوادگی ایفای نقش نمایند لذا به دلیل عدم برآورده شدن انتظارات اطرافیان و خانواده بیمار، روابط آنان مخدوش می‌شود. براساس سایر مطالعات نیز اندومتروز اثرات عمیقی بر زنان و خانواده‌های آنان می‌گذارد. سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که درد و مشکلات ناشی از اندومتروز می‌تواند بر بعد روحی روانی و ارتباطات بیماران نیز تاثیرگذار باشد (۳۹، ۳۸). زنان مبتلا ذکر کرده بودند که نمی‌توانند به مدیریت منزل و امور خانه بپردازند. زنان مبتلا به دلیل عدم توانایی در انجام وظایف خانه داری احساس گناه می‌کنند (۴۰). بیش‌ترین حیطه‌ای که به دنبال اندومتروز تحت تاثیر قرار می‌گیرد، سلامت روحی روانی است و علائمی مانند اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا گزارش شده است (۹) که همه می‌توانند بر روابط خانوادگی افراد

زیاد این بعد از زندگی، به روابط جنسی تن داده و درد ناشی از آن را تحمل نمایند (۴۷). بیماران توصیف های متفاوتی از درد داشته و شدت یا نوع آن را به صورت متفاوتی ذکر کرده و در عین حال در جستجوی راه حل های اثربخش برای کاهش و تخفیف دردهایشان بوده اند. اکثر بیماران درد خود را خیلی شدید، غیر قابل تحمل، وحشتناک و یا انفجاری گزارش کرده بودند.

در مطالعه Denny (۲۰۰۴)، درد به صورت شدید یا طاق فرسا ذکر شده بود (۳). در مطالعات مشابه توصیف بیماران از درد به صورت ضربان دار، مالشی یا تیر کشنده به پاها بوده است (۴۸). بنابراین شاید بتوان با پرسش از بیمار در خصوص نوع درد موجود تا حدی به تشخیص نزدیک شد. بررسی نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد در اکثر موارد، درد به حدی شدید است که تحمل آن بسیار مشکل می باشد لذا یافتن راه هایی برای آموزش کادر پزشکی که ممکن است این دردها را به یک مشکل پاتولوژیک زمینه ای برای اندومترئوز نسبت ندهند، می تواند نقش موثری در تشخیص بیماری داشته باشد (۴۹).

بیماران برای رهایی از درد دست به هر اقدامی می زنند. ممکن است از روش های طبی یا غیر طبی مانند طب سوزنی استفاده نمایند (۵۰). زنان به دنبال رهایی از مصرف دارو و ضمنا رهایی از درد هستند (۵۱). در یک مطالعه که در ژاپن انجام شده است، نشان داده شده که استفاده از مسکن برای کاهش دردهای قاعدگی در ۳۳ درصد زنان ژاپنی صورت می گیرد و در ۶ درصد از زنان این داروها موثر نبوده و نیاز به استراحت در بستریدا می کردند. بر اساس این مطالعه، یک سوم از زنانی که پیروید می شده اند نیاز به مداخلات طبی جهت کاهش درد داشته اند (۲۷). در مطالعه دیگری، مراجعه به پزشک، مصرف مسکن، استفاده از بطری آب گرم و یا تحمل کردن درد از دیگر برخوردهای زنان نسبت به درد بوده است (۱۳). بر اساس برخی مطالعات نیز زنان برای رهایی از درد به تغییر سبک زندگی مانند تغذیه یا ورزش و یا طب مکمل روی آورده اند (۱۸). به هر حال از بین بردن

درد، توجه اصلی بیماران را به خود اختصاص می دهد (۵۲) و همان گونه که در مطالعه حاضر نیز دیده شد حتی ممکن است به استفاده از مواد مخدر تشویق شوند. لذا لازم است به منظور پیشگیری از چنین معضلاتی هر چه زودتر بیماری را تشخیص داده و اقدامات درمانی شروع گردد. از آن جا که ارتباطی بین وسعت یا مرحله بیماری با درد وجود ندارد، بیماران از همان ابتدا از علایم دردناک شکایت دارند و توجه عمیق تر به این شکایات می تواند در تشخیص زودرس بیماری نقش بسزایی داشته باشد. شناخت بهتر ویژگی های بیماری که در این مطالعه نمایان شد، می تواند در ارتقاء تشخیص و درمان کمک کننده باشد. بنابراین یافته های حاصل از این مطالعه می تواند نگرش متولیان سلامت را نسبت به درد و علائم بیماران به چالش کشیده و باعث شود علاوه بر حمایت های پزشکی از بیمار، توجه به جنبه های زیستی، روانی و خانوادگی را نیز مد نظر قرار دهند. انجام مطالعات عمیق تر در زمینه پیامدهای بیماری و برنامه ریزی توسط ارایه کنندگان و مسئولین خدمات سلامت در جامعه به منظور تشخیص سریع تر و مداخلات لازم و پایش مستمر وضعیت سلامت این بیماران در راستای ارتقاء سلامت زنان مبتلا ضروری می باشد. از طرفی افزایش آگاهی زنان نسبت به بیماری و دردهای ناشی از آن می تواند نقش موثری در شناخت وضعیت های غیر طبیعی داشته و نهایتاً منجر به تشخیص سریعتر بیماری گردد.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب در دانشگاه تربیت مدرس جهت اخذ مدرک دکتری تخصصی رشته بهداشت باروری با کد اخلاق ۵۲/۶۹۳ می باشد. نویسندگان مقاله از مسئولین دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مادی و معنوی از این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را می نمایند. هم چنین از همکاری صمیمانه مشارکت کنندگان در این تحقیق سپاسگزاری می شود.

References

- Denny E. I never know from one day to another how I will feel: pain and uncertainty in women with endometriosis. *Qual Health Res* 2009; 19(7): 985-995.
- Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qual Health Res* 2007; 17(5): 571-585.
- Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs* 2004; 46(6): 641-648.
- Signorile PG, Baldi A. New evidence in endometriosis. *Int J Biochem Cell Biol* 2015; 60: 19-22.
- Altman G, Wolczyk M. Endometriosis: Overview and Recommendations for Primary Care Nurse Practitioners. *JNP* 2010; 6(6): 427-434.
- Moragianni VA. Can we finally move away from the surgical diagnosis of endometriosis? *Fertil Steril* 2012; 98(3): 609.
- Simoens S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. *Hum Reprod Update* 2007; 13(4): 395-404.
- 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. *Hum Reprod* 2012; 27(5): 1292-1299.
- 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. *Reprod Biomed Online* 2014; 28(1): 116-124.
- Seear K. The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Soc Sci Med* 2009; 69(8): 1220-1227.
- Greene R, Stratton P, Cleary SD, Ballweg ML, Sinaii N. Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril* 2009; 91(1): 32-39.
- Schenken RS. Delayed diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006; 86(5): 1305-1306.
- Markovic M, Manderson L, Warren N. Endurance and contest: women's narratives of endometriosis. *Health (London)* 2008; 12(3): 349-367.
- Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 142(1): 53-56.
- Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25(2): 123-133.
- Evangelista A, Dantas T, Zendron C, Soares T, Vaz G, Oliveira MA. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. *J Sex Med* 2014; 11(1): 140-145.
- Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril* 2005; 83(3): 573-579.
- 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. *Hum Reprod Update* 2013; 19(6): 625-639.
- Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on

- women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2014; 14: 123.
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-1288.
21. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013; 15(3): 398-405.
22. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update* 2005; 11(6): 595-606.
23. Laux-Biehlmann A, d'Hooghe T, Zollner TM. Menstruation pulls the trigger for inflammation and pain in endometriosis. *Trends Pharmacol Sci* 2015; 36(5): 270-276.
24. Amer S. Endometriosis. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2008; 18(5): 126-133.
25. Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E, Montanari G, Villa G, Seracchioli R. Dysmenorrhea, Absenteeism from School, and Symptoms Suspicious for Endometriosis in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014; 27(5): 258-265.
26. Crosignani P, Olive D, Bergqvist A, Luciano A. Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. *Hum Reprod Update* 2006; 12(2): 179-189.
27. Harada T. Dysmenorrhea and endometriosis in young women. *Yonago Acta Med* 2013; 56(4): 81-84.
28. Karp BI, Sinaii N, Nieman LK, Silberstein SD, Stratton P. Migraine in women with chronic pelvic pain with and without endometriosis. *Fertil Steril* 2011; 95(3): 895-899.
29. Sinaii N, Cleary SD, Ballweg ML, Nieman LK, Stratton P. High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. *Hum Reprod* 2002; 17(10): 2715-2724.
30. Nicolodi M, Sicuteri F. Fibromyalgia and migraine, two faces of the same mechanism. Serotonin as the common clue for pathogenesis and therapy. *Adv Exp Med Biol* 1996; 398: 373-379.
31. Davey G, Sedgwick P, Maier W, Visick G, Strachan DP, Anderson HR. Association between migraine and asthma: matched case-control study. *Br J Gen Pract* 2002; 52(482): 723-727.
32. Whitelaw DA, Hugo F, Spangenberg JJ, Rickman R. Headaches in patients with systemic lupus erythematosus: a comparative study. *Lupus* 2004; 13(7): 501-505.
33. Tietjen GE, Conway A, Utley C, Gunning WT, Herial NA. Migraine is associated with menorrhagia and endometriosis. *Headache* 2006; 46(3): 422-428.
34. Ferrero S, Pretta S, Bertoldi S, Anserini P, Remorgida V, Del Sette M, et al. Increased frequency of migraine among women with endometriosis. *Hum Reprod* 2004; 19(12): 2927-2932.
35. Alpay Z, Saed GM, Diamond MP. Female infertility and free radicals: potential role in adhesions and endometriosis. *J Soc Gynecol Investig* 2006; 13(6): 390-398.
36. Buzzi MG, Moskowitz MA. The pathophysiology of migraine: year 2005. *J Headache Pain* 2005; 6(3): 105-111.
37. Walch K, Kernstock T, Poschalko-Hammerle G, Gleiß A, Staudigl C, Wenzl R. Prevalence and severity of cyclic leg pain in women with endometriosis and in controls-effect of laparoscopic surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 179: 51-57.

38. Fritzer N, Tammaa A, Salzer H, Hudelist G. Dyspareunia and quality of sex life after surgical excision of endometriosis: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 173: 1-6.
39. 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. *Hum Reprod (Oxford, England)* 2013; 28(9): 2389-2397.
40. Maasoumi R, Lamyian M, Khalaj Abadi Farahani F, Montazeri A. Women's perception of sexual socialization in Iran: A qualitative study. *Journal of Qualitative studies in Health Science* 2013; 2(3): 221-233.
41. 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. *Fertil Steril* 2010; 93(7): 2424-2428.
42. Wimberger P, Grubling N, Riehn A, Furch M, Klengel J, Goekenjan M. Endometriosis - A Chameleon: Patients' Perception of Clinical Symptoms, Treatment Strategies and Their Impact on Symptoms. *Geburtshilfe Frauenheilkunde* 2014; 74(10): 940-946
43. Evangelista A, Dantas T, Zendron C, Soares T, Vaz G, Oliveira MA. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. *J Sex Med* 2014; 11(1): 140-145.
44. Di Donato N, Montanari G, Benfenati A, Monti G, Bertoldo V, Mauloni M, et al. Do women with endometriosis have to worry about sex? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 179: 69-74.
45. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007; 33(3): 189-193.
46. Jia SZ, Leng JH, Sun PR, Lang JH. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis. *Obstet Gynecol* 2013; 121(3): 601-606.
47. 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. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 169(2): 392-396.
48. Ballard K, Lane H, Hudelist G, Banerjee S, Wright J. Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 2010; 94(1): 20-27.
49. Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 139(1): 111-115.
50. Wayne PM, Kerr CE, Schnyer RN, Legedza AT, Savetsky-German J, Shields MH, et al. Japanese-Style Acupuncture for Endometriosis-Related Pelvic Pain in Adolescents and Young Women: Results of a Randomized Sham-Controlled Trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(5): 247-257.
51. Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. *Complement. Ther Nurs Midwifery* 2003; 9(2): 62-68.
52. Kennedy S. Should a diagnosis of endometriosis be sought in all symptomatic women? *Fertil Steril* 2006; 86(5): 1312-1313.