



UMSHA Press



Original Article

Exploring the Process of Women's Confrontation with Symptoms of Pelvic Floor Disorders

Zahra Hadizadeh-Talasaz^{1,2} , Talaat Khadivzadeh^{2,*} , Hossein Ebrahimipour³ , Nayereh Khadem Ghaebi⁴ 

¹ Nursing and Midwifery Care Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Health Science Research Center, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Article history:

Received: 21 February 2023

Revised: 01 May 2023

Accepted: 11 July 2023

ePublished: 20 December 2023

*Corresponding author:

Talaat Khadivzadeh, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Email:

khadivzadeht@mums.ac.ir



Background and Objective: Pelvic floor disorders (PFDs) are defined as defects in the muscle and ligamentous plates that cause disorders in the anterior, medial, and posterior walls. Symptoms of these disorders can affect various aspects of a woman's life. The results of the studies show that there is a lack of knowledge regarding this process. Therefore, the present study aimed to explain the process of women's confrontation with the symptoms of PFDs.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted between 2017 and 2020. A total of 38 participants were included using a purposive and theoretical sampling method. To answer the research question, data were collected using semi-structured in-depth interviews. To find out how women coped with the symptoms of PFDs, Corbin and Strauss' (2015) grounded theory was used. The data were analyzed in four phases, namely 1- analysis of data for concepts, 2- analysis for context, 3- analysis for process, and 4- integration of categories. MAXQDA10 software was used to manage and analyze the qualitative data.

Results: In the present study, the main concern of the participants was "deprivation of normal life" and the theory extracted from the data was "symptom management to normalize the situation". This theory was the result of five actions/responses that included mental exploration by observing symptoms and attempting to find reassurance, attempting to hide the illness, trying to resolve marital conflicts, adopting self-management strategies, and actively following up on treatment. Finally, there was a spectrum of consequences ranging from adjustments to the disease to partial recovery. Participants' concerns were related to the "dominance of symptoms in the dimensions of individual and interpersonal life", which included seven sub-concepts.

Conclusion: The main finding of this study was the presentation of the theory of "symptom management to normalize the situation", which explained the process in which women faced the symptoms of PFDs. According to this theory, women sought strategies in various contexts in response to their worries and tried to normalize their lives through management.

Keywords: Pelvic Floor Disorders; Women; Grounded Theory



Extended Abstract

Background and Objective

Pelvic floor disorders (PFDs) are defects in the muscle and ligamentous plates that cause disturbances in the anterior, medial, and posterior walls. Dealing with the symptoms of these disorders can affect numerous aspects of a woman's life. The process of PFD onset is influenced by the complex interaction of individual, cultural, social, and religious factors. The disorder is hidden in plain sight but has detrimental effects on the daily activities of those affected. Therefore, accurate recognition of this problem is the first step in helping women who suffer from this disorder. The behavior of people in different societies is different when they face different diseases. Qualitative studies conducted with different methods were not able to answer our research question. The results of the studies demonstrate a lack of knowledge about this process. Consequently, the present study was conducted to explain the process of women's confrontation with the symptoms of PFDs.

Materials and Methods

This study was carried out in the gynecology clinics of Imam Reza and Qaim hospitals in Mashhad between 2017 and 2020. The inclusion criteria were suffering from any type of PFD based on their self-reported symptoms and subsequently confirmed by a medical examination, being able to clearly express their experiences, being Muslim and Iranian, and having consent to participate in the study. Exclusion criteria were being under 18 years of age, pregnant, in the postpartum period, and having Alzheimer's disease. A total of 38 participants were selected through purposive and theoretical sampling methods. Data were collected using semi-structured in-depth interviews to answer research questions, such as "How did you notice the symptoms of PFDs?", "How did you cope with it?", and "What impact (positive and negative) did it have on your life?" To find out how women coped with the symptoms of PFDs, Corbin and Strauss' (2015) grounded theory was used as an analysis tool. Data were analyzed in four phases: 1- analysis of data for concepts, 2- analysis for context, 3- analysis for

process, and 4- integration of categories. MAXQDA10 software was used to manage and analyze the qualitative data.

Results

Thirty-eight subjects participated in this study that included 24 women with PFDs, 4 spouses and family members of the subjects, and 10 specialists. The total number of original codes was 1,510, which were reduced to 505 merged codes after removing duplicates. At the end of the data analysis, there were 72 sub-concepts, 19 concepts, and 5 main categories were obtained. In the present study, the main concern of the participants was "deprivation from normal life", and the theory extracted from the data was "symptom management to normalize the situation". This theory was the result of five actions/responses that included mental exploration by observing symptoms and attempting to find reassurance, trying to hide illness, trying to resolve marital conflicts, adopting self-management strategies, and actively following up on treatment. Finally, there was a spectrum of consequences ranging from adjustments to the disease to partial recovery. Participants' concerns were related to the "dominance of symptoms in the dimensions of individual and interpersonal life", which included seven sub-concepts.

Conclusion

The main finding of this study was the presentation of the theory of "symptom management to normalize the situation", which explained the process in which women faced the symptoms of PFDs. According to this theory, women sought strategies in different contexts in response to their concerns and tried to normalize their lives through management. Among the limitations of this study, one can mention the cultural issues as they could not easily talk about these disorders, especially when their voice was recorded. Another limitation of the study was the reluctance of some women to record the interview because the topic was related to their private body parts and they were afraid that others would find out about their problems. The researcher attempted to resolve these issues by providing explanations to gain the trust of the participants.

Please cite this article as follows: Hadizadeh-Talasaz Z, Khadivzadeh T, Ebrahimipour H, Khadem Ghaebi N. Exploring the Process of Women's Confrontation with Symptoms of Pelvic Floor Disorders. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2023; 31(4): 254-264. DOI: 10.32592/ajnmc.31.4.254

تبیین فرآیند رویارویی زنان با نشانه‌های اختلالات کف لگن

زهرا هادی زاده طلاسا^۱، طلعت خدیوزاده^{۲*}، حسین ابراهیمی پور^۳، نیره خادم^۴

^۱ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ مدیریت خدمات بهداشتی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

^۴ گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات کف لگن شامل نقصان در ورقه‌های عضلانی و لیگامانی است که موجب اختلال در دیواره‌ی قدامی، میانی و خلفی می‌شود. رویارویی با نشانه‌های این اختلالات می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی یک زن را تحت تأثیر قرار دهد. باتوجه به نبودن دانش در این زمینه، مطالعه‌ی حاضر باهدف تبیین فرآیند رویارویی زنان با نشانه‌های اختلالات کف لگن انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کیفی در سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ انجام شده‌است. طی نمونه‌گیری هدفمند و نظری ۳۸ مشارکت‌کننده وارد شدند و با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته، داده‌ها جمع‌آوری و با روش گردن‌دثوری کوربین و اشتراوس (۲۰۱۵) طی چهار مرحله (۱- تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، ۲- برای زمینه، ۳- برای فرایند، ۴- ترکیب طبقات) تجزیه و تحلیل گردیده‌است. از نرم افزار MAXQDA10 برای مدیریت و تحلیل داده‌های کیفی کمک گرفته شده‌است.

یافته‌ها: در مطالعه‌ی حاضر دغدغه اصلی مشارکت‌کنندگان «سلب زندگی عادی» و تئوری استخراج‌شده از داده‌ها، «داره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی سازی شرایط» بود. این تئوری حاصل کنش/واکنش پنج‌گانه شامل: کنکاش ذهنی با مشاهده‌ی نشانه‌ها و تلاش برای اطمینان‌یابی، تلاش برای پنهان کردن بیماری، تلاش برای حل اختلافات زناشویی، به‌کارگیری راهبردهای خودمدیریتی و پیگیری فعالانه‌ی درمان بود و درنهایت پیامدی با طیف همساز با بیماری تا بهبودی نسبی داشت. دغدغه‌ی مشارکت‌کنندگان در زمینه‌ی «چیرگی نشانه‌ها بر ابعاد زندگی فردی و بین فردی» که شامل هفت زیرمفهوم بود، رخ می‌داد.

نتیجه‌گیری: نتیجه اصلی این مطالعه ارائه تئوری «داره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی سازی شرایط» است. براساس این تئوری زنان در پاسخ به دغدغه‌ی خود، در جستجوی راه‌کارهای مقابله‌ای در زمینه‌های مختلف برآمده و سعی می‌کنند از راه اداره‌ی نشانه‌ها، زندگی خود را عادی سازند.

واژگان کلیدی: اختلالات کف لگن؛ زنان؛ گردن‌دثوری

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۰۲

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: طلعت خدیوزاده،

دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز

تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

ایمیل: khadivzadeht@mums.ac.ir

استناد: هادی زاده طلاسا، زهرا؛ خدیوزاده، طلعت؛ ابراهیمی پور، حسین؛ خادم، نیره. تبیین فرآیند رویارویی زنان با نشانه‌های اختلالات کف لگن. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۲، ۳۱(۴): ۲۶۴-۲۵۴.

مقدمه

زده می‌شود و با افزایش سن افزایش می‌یابد [۳]. به‌طور کل حدود ۳۰ درصد زنان، مبتلا به نوع علامت دار اختلالات کف لگن هستند. نشانه‌های این اختلالات در افراد، با توجه به شدت آن و نوع اختلال، گوناگون است و افراد درگیر، با طیفی از نشانه‌های جسمی و روانی روبه‌رو می‌شوند [۴]. زنان مبتلا به اختلالات کف لگن در معرض خطر بیشتر خشونت خانگی و ننگ اجتماعی به دلیل کاهش

اختلالات کف لگن (Pelvic Floor Disorders) (PFDs) اصطلاحی چترگونه است که طیفی از مشکلات بالینی را در برمی‌گیرد [۱]. اختلال عملکرد کف لگن شامل نقصان در ورقه‌های عضلانی و لیگامانی است که موجب اختلال در دیواره‌ی قدامی (مثانه و مجرای ادرار)، میانی (دستگاه تناسلی) و خلفی (آنورکتال) می‌شود [۱، ۲]. شیوع این اختلال در محدوده ۱۲ تا ۴۲ درصد تخمین

شاهد چالش‌ها و شکوه‌گویی‌های این زنان بوده است. همچنین ابتلا برخی آشنایان و ارتباط نزدیک با آن‌ها و مشاهده‌ی مشکلاتشان باعث شده است که محقق درک عینی از مشکلات این گروه داشته باشد و درصد بررسی عمیق‌تر و یافتن راه‌حل برای دغدغه‌ها و مشکلات آن‌ها برآید. پژوهشگر به‌عنوان یک ماما وظیفه‌ی خود دانسته که با شناخت این چالش‌ها و شناسایی زمینه و ابعاد پدیده اختلالات کف لگن، گامی مهم در حل یک معضل بهداشتی باروری بردارد. براین اساس مطالعه‌ی حاضر با هدف کشف فرآیند رویارویی در زنان دارای نشانه‌های اختلالات کف لگن انجام شده است.

روش کار

روش تحقیق براساس سنخیت با نوع پدیده‌ی موردنظر، پرسش پژوهشگر و قابلیت اجرا انتخاب شده است. پژوهش حاضر به شیوه‌ی گزندتئوری و روش کوربین و اشتراوس ۲۰۱۵ انجام شده تا پاسخی مناسب برای پرسش پژوهشی «فرآیند رویارویی با نشانه‌های اختلالات کف لگن چگونه است؟» بیابد. مراحل نمونه‌گیری و تحلیل این مطالعه از اسفند ۱۳۹۶ تا دی ۱۳۹۹ به طول انجامید. انتخاب روش مطالعه بستگی به پرسش موردنظر دارد. روش گزندتئوری زمانی مناسب است که هدف مطالعه کشف فرایندهای روانی-اجتماعی، تشریح مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر و مخفی شکل دهنده‌ی رفتار و درک شرایط مسبب و زمینه‌ای رفتار باشد [۱۶]. علت استفاده از روش گزندتئوری در پژوهش حاضر، شناسایی فرایندهای روانی-اجتماعی در پاسخ به رودرویی با اختلالات کف لگن است. در مطالعات مختلف نیز بیان شده است که اختلالات کف لگن مشکلی پنهان است و بیشتر افراد از بازگو کردن آن شرم دارند. همچنین روش گزندتئوری زمانی مناسب است که افراد در مورد پدیده‌ای، بی‌دانش یا کم‌دانش باشند و پژوهش زیادی در آن موضوع انجام نشده باشد [۱۷]. از طرفی این مطالعه درصد توسعه‌ی تئوری اساسی برگرفته از داده‌های واقعی است که در محیطی طبیعی صورت گرفته است.

در این پژوهش به منظور تسهیل انتخاب شرکت‌کنندگان و دستیابی به اطلاعات کامل و جامع آنها، درمانگاه زنان بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) شهر مشهد به عنوان محیط اولیه پژوهش (جهت شناسایی شرکت‌کنندگان احتمالی) انتخاب شده است. مراکز انتخاب شده، طیف گسترده‌ای از بیماران را (از نظر درجه‌ی بیماری، سن، محل سکونت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، شغل، نوع زایمان، مرتبه‌ی بارداری، نوع درمان و درمان نشده) در بر گرفته است. بیشتر مصاحبه‌ها در بیمارستان و برخی در منزل یا محل کار مشارکت‌کنندگان انجام شده است.

حجم نمونه توسط داده‌های جمع‌آوری شده و تجزیه و تحلیل آن‌ها مشخص شد. در این مطالعه نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف شروع و براساس داده‌ها و طبقات حاصله تا اشباع داده‌ها برحسب ویژگی، ابعاد، عمق و تغییرپذیری مفاهیم به شیوه نظری ادامه یافت.

بهره‌وری و انعطاف‌پذیری جنسی قرار دارند. این افراد دارای ترس دائمی از شکست پیوند زناشویی، انزوا، شرم و عدم حمایت عاطفی هستند. همچنین بیشتر در سکوت و بدون درمان این بیماری را تحمل می‌کنند و ناخودآگاه از پیامدهای روانی و اجتماعی آن رنج می‌برند [۵]. حمید و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای بر روی زنان منوپوز مسلمان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار در تهران از این مشکل به‌عنوان «لکه‌ای در زندگی» یاد کردند یعنی این مشکل می‌تواند تأثیرات مخربی بر تمام جنبه‌های زندگی آن‌ها داشته باشد و همچنین بیان کردند این مفهوم در مطالعات غربی دیده نشده است، که این موضوع می‌تواند تأکیدی بر اهمیت بیشتر این مشکل در زنان مسلمان باشد [۶].

فرآیند رویارویی با اختلالات کف لگن تحت تأثیر تعامل پیچیده‌ی عوامل فردی، فرهنگی، اجتماعی و مذهبی قرار دارد [۷]. این اختلال پنهان است اما اثرات زیان‌آور خود را بر فعالیت‌های روزمره فرد می‌گذارد [۸]. بنابراین شناسایی عمیق این مشکل در رویارویی با این اختلال، نخستین گام در راه کمک به زنانی است که از آن رنج می‌برند [۹]. شیوه‌ی برخورد افراد در رویارویی با این مشکل تنها به نوع و شدت بیماری وابسته نیست، بلکه به درک فرد از مشکل و میزان کنترل آن بستگی دارد [۱۰]. رفتار افراد در جوامع مختلف وقتی با بیماری‌های گوناگون روبه‌رو می‌شوند متفاوت است [۱۱]. مطالعه‌ی اتنوگرافی در انگلیس که بر روی سه فرهنگ ترک، افریقا و یهود ارتودکس انجام گرفت، نشان داد که فرهنگ، تأثیر قابل‌توجهی بر رفتار افراد در رویارویی با این مشکل دارد و فرآیند تطابق و جستجوی کمک در این سه فرهنگ متفاوت است [۱]. پژوهش‌هایی با رویکرد کیفی به بررسی تجربیات و ادراکات و چالش‌های رویارویی با اختلالات کف لگن صورت گرفته است. این مطالعات با استفاده از روش‌های مختلف مطالعات کیفی از جمله آنالیز محتوا، فنومنولوژی، قوم‌نگاری و گزندتئوری انجام شده‌اند. مطالعه‌ی آنالیز محتوا، به علت ماهیت روش‌های خرد، قادر به کشف فرآیند رویارویی با اختلالات کف لگن نیست [۱۲]. مطالعات انجام‌شده با روش فنومنولوژی تنها به بررسی تجربیات زنان مبتلا به این مشکل پرداخته است [۱۳، ۱۰]. مطالعات گزندتئوری انجام‌شده محدود است و به تبیین درک تصویر بدنی، مدیریت بی‌اختیاری ادراری و بهبودی از بی‌اختیاری ادراری پرداخته است اما به کشف فرآیند رویارویی با اختلالات کف لگن نپرداخته است [۱۴، ۱۵]. با توجه به اینکه نظریه‌ی منسجم و همه‌جانبه که بتواند به تبیین فرآیند رویارویی با اختلالات کف لگن در زنان بپردازد و متناسب با شرایط بومی کشور ما و جامعه‌ی مسلمان باشد، وجود نداشت، براین اساس روش گزندتئوری، روشی مناسب برای پاسخ به پرسش این مطالعه است.

پژوهشگر به‌عنوان ماما در محیط‌های درمانی و ارائه خدمات و همچنین به‌عنوان مربی در بخش‌های آموزشی، بسیار زیاد با افرادی که مبتلا به اختلالات کف لگن بوده‌اند برخورد داشته است. ازین‌رو

با تشکیل طبقات اولیه، داده‌ها پژوهش را به سمت سایر افرادی که اطلاعات موردنیاز برای تکامل نظریه را داشتند (مانند کادر بهداشت و درمان و سایر اعضای خانواده) سوق داد. به این ترتیب در این مطالعه ۳۸ مشارکت کننده وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:

- ✓ ابتدا به هر نوع اختلال کف لگن (براساس نشانه‌های خوداظهاری فرد و سپس تأیید با معاینه‌ی پزشک) شامل افتادگی اعضای لگن، اختلالات مثانه‌ای و روده‌ای
- ✓ توانایی بیان شفاف و یادآوری تجربیات مرتبط با بیماری
- ✓ مسلمان و ایرانی بودن
- ✓ راضی بودن از شرکت در مطالعه
- ✓ بیش از ۱۸ سال سن داشتن
- ✓ باردار نبودن
- ✓ در دوره‌ی پس از زایمان نبودن
- ✓ نداشتن آلزایمر

در این مطالعه، روش اصلی جمع آوری داده‌ها، مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته به صورت فردی بود که توسط نویسنده اول انجام شد. مصاحبه‌ها با تعدادی پرسش از پیش تهیه شده (که در ارتباط با موضوع بود) آغاز می شد: «چگونه متوجه نشانه‌ها اختلالات کف لگن شدید؟»، «چگونه با آن برخورد کردید؟»، «چه تأثیری (مثبت و منفی) در زندگی شما داشته است؟ در چه زمینه‌ای؟». اگرچه پرسش‌ها از پیش تهیه شده بود اما مصاحبه‌ها براساس پاسخ مشارکت کنندگان هدایت می شد و پرسش‌های مصاحبه (باتوجه به شرایط و مفاهیم جدید تولید شده) بارها مورد بازبینی‌ها قرار گرفته‌است. همچنین در جلسه مصاحبه در موارد لازم از پرسش‌های کاوشی و پیگیرانه، به منظور روشن شدن منظور مشارکت کننده و با هدف عمیق تر شدن بر موضوع، استفاده شد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، از همه مشارکت کنندگان خواسته شد رضایت‌نامه کتبی را مطالعه و امضا کنند. تمامی مصاحبه‌ها (ضمن دریافت رضایت مشارکت کنندگان) توسط دستگاه (Voice Recorder) ضبط شدند و به منظور حفظ ارتباط داده‌ها و احساسات مشارکت کنندگان، کلمه به کلمه در نرم‌افزار MAXQDA ۱۰ نوشته شد. پس از پایان نوشتن، خط به خط متن کد داده شد. جمع آوری و تحلیل داده‌ها از آغاز تحقیق به صورت پیوسته و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، پس از تکمیل اولین مصاحبه با مشارکت‌کننده انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش اشتراوس و کوربین (۲۰۱۵) استفاده گردید. از نظر کوربین و اشتراوس (۲۰۱۵) فرآیند تحلیل به منظور رسیدن به نظریه پایه شامل چهار مرحله است:

- ✓ میکرو تحلیل و تشکیل مفاهیم
- ✓ تحلیل داده‌ها برای زمینه
- ✓ مرتبط ساختن فرایند با تحلیل داده‌ها و مرحله پایانی

تحلیل

✓ ترکیب یا یکپارچه‌سازی طبقات برای ساخت تئوری برای دست‌یابی به دقت علمی و اعتبار یافته‌ها از معیارهای بیان شده توسط کوربین و اشتراوس استفاده شد که شامل این موارد است:

۱. قابلیت کاربرد یافته‌ها (Applicability)
۲. تناسب (Fit)
۳. مفاهیم
۴. عمق (Depth)
۵. زمینه‌ای بودن مفاهیم (Contextualization)
۶. منطق (Logic)
۷. تغییرپذیری (Variation)
۸. خلاقیت (Creativity)
۹. حساسیت (Sensitivity)
۱۰. یادآورها (memos) [۱۶]

در ارتباط با این معیارها اقدامات زیر صورت گرفت:

۱. جهت بررسی قابلیت کاربردی بودن یافته‌ها از کارکنان بهداشت و درمان، در خصوص کاربردی بودن داده‌ها نظرخواهی شد.
۲. جهت بررسی تناسب یافته‌ها با تجارب افراد حرفه‌ای و داستان مشارکت کننده‌ها، یافته‌ها در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت و از آن‌ها نظرخواهی شد. آن‌ها بیان داشتند که توانسته‌اند تجارب مشترکی پیدا کنند. همچنین تلاش شد تناسب نتایج با مرور توسط گروه پژوهش تأمین شود.
۳. جهت دست‌یابی به مفاهیم، یافته‌ها با سطوح انتزاع متفاوت طبقه‌بندی شدند و جهت اطمینان از ابعاد و ویژگی‌هایشان از نظر اساتید مختلف استفاده شد.
۴. برای دستیابی یافته و طبقات عمیق، مصاحبه‌های عمیق صورت گرفت و نظرات اساتید آشنا به مطالعه‌ی کیفی در مورد اغنای مطالعه پرسیده شد.
۵. به همین منظور در تمام فرایند به زمینه‌های میکرو و ماکرو توجه شد و هم‌زمان با تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، به مفاهیمی مربوط به زمینه نمایان می‌شد.

۶ منظور وجود منسجم و منطقی در یافته‌ها می باشد. از آنجایی که یافته‌ها باید قابل باور و ملموس باشند و موجب سردرگمی خواننده نشوند، در این پژوهش توضیح مفصلی از تمامی مراحل پژوهش داده شده است تا ناظرین خارجی و افرادی که در تحقیق شرکت نداشته‌اند بتوانند در مورد مراحل مطالعه به آسانی قضاوت کنند.

نتایج

از ۳۸ شرکت کننده در این مطالعه ۲۴ نفر مبتلا به اختلالات کف لگن، ۴ نفر همسر و خانواده‌ی فرد مبتلا (دو همسر، خواهر و فرزند دختر) و ۱۰ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت و متخصصان (فلوشیپ اختلالات کف لگن، متخصص زنان، متخصص اورولوژی، دکترای روانشناسی، دکترای تخصصی بهداشت باروری (۳ نفر)، فوق

میکروتحلیل و تحلیل داده‌ها برای مفاهیم

مجموع کل کدهای اولیه ۱۵۱۰ بود که پس از حذف موارد تکراری به ۵۰۵ کد ادغام یافته کاهش یافت. در پایان مرحله‌ی تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، ۷۲ زیرمفهوم، ۱۹ مفهوم و پنج طبقه‌ی اصلی پدیدار شد. کشف دغدغه‌ی اصلی در انتهای مرحله‌ی تحلیل داده‌ها برای مفاهیم براساس کوربین ۲۰۱۵ باعث توجه به چگونگی حل آن توسط مشارکت کنندگان شد. مشقت‌بار شدن عملکرد ناشی از دردهای جسمانی، به‌هم‌ریختگی انسجام روانی و نگرانی از وضعیت حال و آینده همراه با بیماری، زیرمفاهیمی هستند که دغدغه‌ی اصلی مشارکت کنندگان یعنی «سلب زندگی عادی» از آن‌ها ظهور یافته است (جدول ۱). این دغدغه با مفاهیم، بیانات و روایات گوناگون دیده شد. برخی بیماران از خروج توده‌ای از واژن رنج می‌بردند. آن‌ها به‌اندازه‌ای درد و ناراحتی داشتند که موجب می‌شد دست از فعالیت‌های عادی روزانه بکشند «خب من زیاد نمی‌تونستم کار خونه کنم، سریا زیاد می‌ایستادم انگار رحمم میخواست بزنه بیرون؛ اما مجبور بودم نیم ساعت کار کنم، نیم ساعت دراز بکشم» (مشارکت کننده شماره ۱، ۴۹ ساله) خستگی از آبکشی‌های مکرر و شستشو در صحبت‌های آن‌ها دیده می‌شد. یکی از آن‌ها در این رابطه بیان کرد:

«اوایل هر یک قطره که میومد همش می‌شستم خودمو، شورتمو عوض می‌کردم، دیدم نمی‌شه اینجوری، خسته شده بودم. الان فقط قبل نماز اینکارو می‌کنم؛ اما مدام نجس هستم دیگه، چون با حرکت می‌ریزه.» (مشارکت کننده شماره ۵، ۴۳ ساله)

تحلیل برای زمینه

برای کشف زمینه‌ی مؤثر بر دغدغه‌ی «سلب زندگی عادی»

این پژوهش بر روی عوامل تأثیرگذار فردی، محیطی، سازمانی، خانوادگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و تاریخی (که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر روی دغدغه اثر گذاشته) متمرکز شده است. شرایط زمینه‌ای ایجادکننده دغدغه در جدول ۲ نشان داده شده که طبقه‌ی اصلی «استیلای نشانه‌ها بر ابعاد زندگی فردی و بین فردی» از این شرایط ظهور یافته است. در ادامه دو نمونه از زمینه با نقل قول، بیان شده است.

نشانه‌ها بر ابعاد زندگی فردی و بین فردی پدیدار کرده و زندگی عادی را از آن‌ها سلب می‌کند. به‌عنوان نمونه در زمینه‌ی ابعاد فردی، یکی از زیرمفاهیم، کاهش عزت‌نفس است که از شرایط زمینه‌ای میکرو است. این زیرمفهوم از طبقات اولیه‌ی «احساس شرم موقعیتی»، «خود مقایسه‌گری منفی»، «تحقیر شدن مداوم» و «تصور تناسلی منفی» پدیدار شده است.

مشارکت کنندگان زیادی بودند که از شرم تجربیات تلخی که برایشان پیش آمده بود و نداشتن زندگی عادی سخن گفتند. یکی از آن‌ها بیان داشت: «اتفاق خجالت‌آوری که یک‌بار برام افتاد این بود که خونه پسر و عروسم مهمونی بودم که ادرارم ریخت و مبلشون خیس شد. مونده بودم چه جویری از جام پاشم» (مشارکت کننده شماره ۱۶، ۶۱ ساله)

باورهای هنجاری و تابویی از ابعاد ماکرو زمینه‌ساز ایجاد دغدغه بود. این زیرمفهوم با ویژگی‌هایی همچون «نگرش منفی و نادرست جامعه» و «نامتعارف بودن بیان مسائل مرتبط با اندام تناسلی در شرایط فرهنگی جامعه» مشخص شد. یکی از اعضای کادر بهداشت و درمان بیان داشت: «به خاطر تابوهای فرهنگی جامعه و اینکه عادت نداریم درباره‌ی این مسائل صحبت کنیم معمولاً موضوعات مربوط به رابطه‌ی جنسی نادیده گرفته می‌شه، در صورتی‌که واقعا این وظیفه‌ی ماست که حتی بیمار چیزی هم نگفت ما بپرسیم» (دکترای بهداشت باروری)

جدول ۱: مفهوم سلب زندگی عادی و زیرمفهوم و طبقات اولیه

مفهوم	زیر مفهوم	طبقات اولیه
سلب زندگی عادی	مشقت‌بار شدن عملکرد ناشی از دردهای جسمانی	دشواری در کنترل نشانه‌ها
		تداخل نشانه‌های ادراری با فعالیت‌های فیزیکی
		نداشتن فعالیت‌های معمول بدنی به دلیل فشار لگنی
		دشواری فعالیت به علت عفونت‌های پی‌درپی
	به‌هم‌ریختگی انسجام روانی	اختلال سیکل خواب در بستر نشانه‌ها
		احساس درماندگی و فرسودگی از کشمکش‌های دائمی با نشانه‌ها
		مشغولیت مداوم ذهنی به جوانب بیماری
		احساس ناپاکی مداوم
		راضی نبودن به علت بیماری
		درک رنج بیماری در زندگی
نگرانی از وضعیت حال و آینده همراه با بیماری	نگرانی از وضعیت حال و آینده	نگرانی از آینده‌ی مبهم بیماری
		احساس خطر در روابط زناشویی
		نگرانی و ترس مداوم ناشی از آشکار شدن نشانه‌ها نزد دیگران

جدول ۲: مفهوم استیلائی نشانه‌ها بر ابعاد زندگی فردی و بین فردی و زیر مفاهیم و طبقات اولیه

مفهوم	زیر مفهوم	طبقات اولیه
استیلائی نشانه‌ها بر ابعاد زندگی فردی و بین فردی	باورهای هنجاری و تابویی	نگرش منفی و نادرست افراد جامعه نامتعارف بودن مسائل مرتبط با اندام تناسلی در شرایط فرهنگی جامعه احساس شرم موقعیتی تحقیر تصویر تناسلی منفی خود مقایسه‌گری منفی
	کاهش عزت نفس	کاستی در وظایف زنانه نارضایتی همسر نارضایتی فردی از رابطه‌ی جنسی خشونت‌های عاطفی و کلامی همسر خشونت‌های جنسی همسر
	افول زندگی زناشویی	سخت شدن سفر و تفریحات مختل شدن فعالیت‌های شغلی
	اختلال در فعالیت‌های اجتماعی	درک تشدید در گذر زمان درک بروز نشانه‌های نوظهور درک دوره‌های بهبودی و تشدید نشانه‌ها جو حمایتی ناکافی آموزشی جهت رفع نشانه‌ها
	ادراک ماهیت متغیر و پیش‌رونده بیماری	کاستی پوشش بیمه‌ای در درمان حقوق از دست‌رفته عدم توانایی سیستم در جلب اعتماد مردم
	ضعف سیستم درمان در بهبود نشانه‌ها	تحمیل هزینه بر پیکره خانواده فشار روانی از هزینه‌های درمان
	عدم تطابق بار مالی درمان نشانه‌ها با بضاعت زنان	

فرآیند

گام بعدی در آنالیز داده‌ها شناسایی استراتژی‌ها و فرایندها (عمل/تعامل/هیجانان) بود که زنان مبتلا به اختلالات اعضای لگن در پاسخ به دغدغه‌ی اصلی (در پی رویارویی با اختلالات اعضای لگن در زمینه‌های ذکر شده) باهدف برطرف ساختن دغدغه به کار می‌بستند. این استراتژی‌ها در پنج زیرمفهوم و ۲۲ طبقه اولیه جای گرفتند. استراتژی‌های استخراج شده شامل «کنکاش ذهنی با مشاهده‌ی نشانه‌ها و تلاش برای اطمینان یابی»، «تلاش برای پنهان کردن بیماری»، «تلاش برای حل اختلافات زناشویی»، «به‌کارگیری راهبردهای خودمدیریتی» و «پیگیری فعالانه‌ی درمان» بود، که همگی تحت یک عنوان انتزاعی تر به نام «اداره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی‌سازی شرایط» قرار گرفتند.

کنکاش ذهنی با مشاهده‌ی نشانه‌ها و تلاش برای اطمینان یابی از طبقات اولیه‌ی «تطبیق نشانه‌ها با دانسته‌ها و تجربیات قبلی»، «رصد کردن و ارزیابی پایداری نشانه‌ها» و «تلاش جهت کسب آگاهی از نوع مشکل» ظهور یافت. به‌عنوان نمونه برخی مشارکت‌کنندگان به علت نداشتن آگاهی از مشکلات لگنی، نشانه‌ها را به بیماری و مشکلاتی که می‌شناختند، نسبت می‌دادند از جمله یکی از مشارکت‌کنندگان بیان داشت: «یک چیزی به اندازه‌ی گردو از پشتم زده بیرون. فکر کردم غده‌ی چربی‌ه اول. آخه تو دستم یک

عده دارم رفتم پیش متخصص گفتم... داری.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳، ۴۵ ساله)

در مفهوم تلاش برای پنهان کردن بیماری، بیشتر زنان تمایل داشتند در پشت نقاب به زندگی خود ادامه دهند، نقابی که رضایت، جذابیت و قدرتمند بودن را نشان می‌داد، درحالی‌که در پشت این نقاب مشکلات و نگرانی‌های بسیاری وجود داشت که زندگی عادی را از آن‌ها می‌گرفت. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه بیان داشت: «گه خانواده‌ی شوهرم بفهمن می‌گن نگاه کن این عیب دار شده. ترسیدم پشت سرم حرف بزنی منم بهشون میگم اصلا هیچی هم نشدم. خیلی هم راحت زایمان کردم.» (مشارکت‌کننده شماره ۷، ۳۶ ساله)

مفهوم تلاش برای حل اختلافات زناشویی با ویژگی‌هایی همچون «پارادوکس عملی و احساسی نسبت به روابط جنسی»، «تلاش برای کاستن مشکلات رابطه‌ی جنسی» و «اتخاذ سیاست‌های مثبت و منفی در مقابل خشونت» مشخص شد. به‌عنوان نمونه بیشتر مشارکت‌کنندگان برای جلوگیری از ریزش ادرار حین رابطه‌ی جنسی مثانه‌ی خود را خالی می‌کردند، اما همیشه این کار پاسخگو نبود. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان بیان داشت: «قبل از رابطه هم میرفتم دستشویی، اما گاهی فایده نداشت...» (مشارکت‌کننده شماره ۱، ۴۹ ساله)

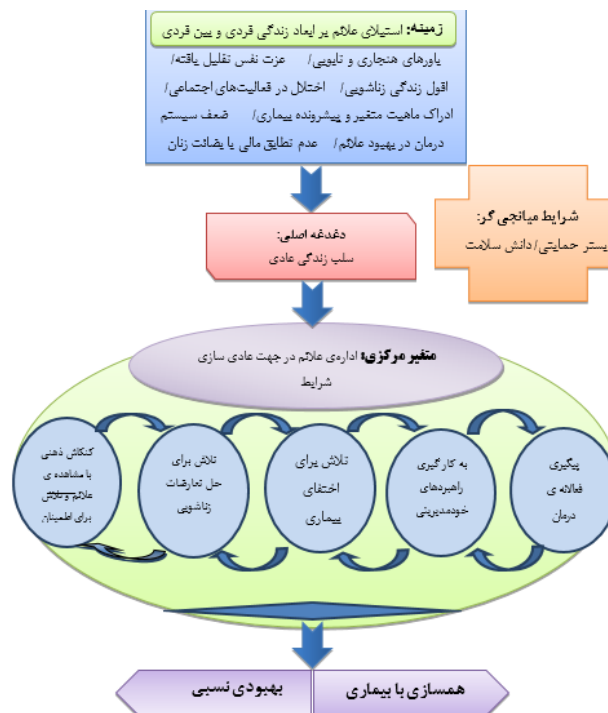
در ارتباط با مفهوم به‌کارگیری راهبردهای خودمدیریتی،

پيامد

داده‌های مطالعه و بیانات مشارکت کنندگان نشان داد به‌کارگیری استراتژی‌های مختلف در پاسخ به دغدغه‌ی سلب زندگی عادی پیامدهایی را به دنبال داشته است که بر روی طیفی تحت عنوان طبقه‌ی «از همسازی با بیماری تا بهبودی نسبی» قرار می‌گیرد. زیرطبقه‌ی همسازی با بیماری از زیرمفاهیم: «تداوم بیماری به‌عنوان همراه شناخته‌شده زندگی»، «مدارا با مشکلات بیماری»، «تسلیم تقدیر شدن» و «انتظار برای بهبودی» ظهور یافت. بهبودی نسبی پس از اتخاذ رویکرد پیگیری فعالانه‌ی درمان از زیرمفاهیم «تغییر شرایط بیماری»، «بازگشت به زندگی عادی»، «رضایت‌مندی نسبی از موقعیت جاری» و «سازش آسان» ظهور یافت.

ترکیب و یکپارچه‌سازی طبقات

در این پژوهش مفهوم انتزاعی «اداره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی‌سازی شرایط» به‌عنوان طبقه‌ی مرکزی و فرایند اساسی روانی-اجتماعی که سایر مفاهیم را به هم متصل می‌کند، پدیدار شد. این تئوری حاصل کنش/واکنش پنج‌گانه‌ای بود که در تصویر ۱ مشاهده می‌شود.



تصویر ۱: اداره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی‌سازی شرایط

مشارکت کنندگان در مرحله‌ای از بیماری تلاش داشتند خودشان مدیریت بیماری را به دست گیرند و در جهت رفع دغدغه‌ی سلب زندگی عادی گام بردارند. تمام مشارکت کنندگان الگوی فعالیت خود را در جهت کاستن شدت نشانه‌ها و کم‌کردن مشقت‌های نشانه‌ها در زندگی روزمره تغییر می‌دادند. به‌عنوان نمونه یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفت: «موقع لباس شستن یک چارپایه‌ی کوچک می‌دارم و می‌شینم/ اینجوری فشار به شکم کمتر میاد و حالت زور برام کمتر میشه رحم‌نمیزنه بیرون» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲، ۴۳ ساله)

مفهوم پیگیری فعالانه‌ی درمان از طبقات اولیه‌ی «کندوکاو فعالانه اطلاعات از منابع مختلف»، «حرکت در مسیر درمان»، «تکاپو جهت انجام درمان کارآمد» و «اولویت‌سنجی جهت درمان مشکل» ظهور یافت. به‌عنوان نمونه برخی از مشارکت‌کنندگان به جستجوی اطلاعات در اینترنت به‌عنوان منبعی جهت کسب اطلاعات پرداخته بودند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان داشت: «از وقتی فهمیدم، رفتم تو اینترنت راجیش خوندم، بعضی هارو دیدم که کلا رحمشون اومده بود بیرون، عکساش که خیلی بد بود...» (مشارکت‌کننده شماره ۷، ۳۶ ساله)

بحث

مشقت‌بار شدن عملکرد ناشی از دردهای جسمانی، به‌هم‌ریختگی انسجام روانی و نگرانی از وضعیت حال و آینده همراه با بیماری، زیرمفاهیمی هستند که دغدغه‌ی اصلی مشارکت کنندگان «سلب زندگی عادی» از آن‌ها ظهور یافته است. در همین راستا Roet بیان کرد از ۱۹

مشارکت‌کننده ۱۸ نفر بیان کردند تداخل نشانه‌های ادراری با فعالیت‌های فیزیکی محدودیت‌های زیادی در زندگی اجتماعی آنها ایجاد کرده است [۱۳].

مطالعه‌ی دیگری مفهوم زندگی با بدن غیرقابل کنترل را گزارش کرده است. این موضوع زمینه‌ی درگیری مداوم آن‌ها با عواطف منفی مختلفی

از جمله احساس ناتوانی، اضطراب، ناامیدی، عصبانیت و از دست دادن زندگی عادی است [۱۸].

شرایط زمینه‌ای ایجادکننده دغدغه شامل مفاهیمی چون «باورهای هنجاری و تابویی»، «کاهش عزت‌نفس»، «فول زندگی زناشویی»، «اختلال در فعالیت‌های اجتماعی»، «ادراک ماهیت متغیر و پیش‌رونده بیماری»، «ضعف سیستم درمان» و «عدم تطابق بار مالی درمان نشانه‌ها با بضاعت زنان» بود که طبقه‌ی اصلی «چیرگی نشانه‌ها بر ابعاد زندگی فردی و بین فردی» از این شرایط ظهور یافت. در همین راستا Elstad و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی کیفی در بوستون بیان داشتند مشارکت کنندگان از اختلالات کف لگن به‌عنوان مشکلی که موجب متفاوت شدن از سایر افراد می‌شود، یاد می‌کنند [۱۹]. مطالعه‌ی کیفی در زنان سوئدی در سال ۲۰۱۰ نشان می‌دهد افتادگی اعضای لگن به‌صورت منفی بر عزت‌نفس مبتلایان اثر می‌گذارد. زنان مبتلا به بیماری از بدن خود به‌صورت دائمی به‌عنوان یک وضعیت ناراحت‌کننده، شرم‌آور، غیرطبیعی یاد می‌کنند که باعث از بین رفتن جذابیت آنها شده است [۱۲]. ناتوانی در انجام امور زنانه، نارضایتی همسر از روابط جنسی و انواع خشونت‌های وارد شده بر زنان به علت بیماری‌شان کیفیت زندگی زناشویی را کاهش داده و زمینه‌ای برای تشدید نگرانی‌های آنها شده است. نتایج سایر مطالعات تأییدی بر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر است. از جمله مطالعه‌ی مروری آوری و همکاران در سال ۲۰۱۳ گزارش کرده است که مبتلایان به علت مشکلات ناشی از نشانه‌ها، در ایفای نقش‌های مادری دچار اختلال می‌شوند [۲۰]. مطالعه‌ی کمی در سال ۲۰۱۹ شیوع اختلال عملکرد جنسی در مبتلایان را ۷۶/۴ درصد و اختلال روابط زناشویی را ۸۹/۵ درصد بیان کرده است [۲۱]. یکی از مشکلات ابتلا به اختلالات کف لگن که توسط بیماران گفته شده است، اختلال در زندگی اجتماعی است. کانگ و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ی در ایالت متحده و کره گزارش کرده‌اند که این اختلال نه تنها یک مشکل بهداشتی، جسمی و بیماری است، بلکه باید به‌عنوان یک مشکل اجتماعی در نظر گرفته شود [۲۲]. مطالعه‌ی مروری در سال ۲۰۱۷ گزارش کرده است که در بیشتر مطالعات به اختلال در جنبه‌های اجتماعی اشاره شده است [۱۸]. بیماران در فرآیند رویارویی با اختلالات کف لگن و اداره‌ی نشانه‌ها با نگرانی‌های متعددی روبه‌رو می‌شدند که ناشی از درک ماهیت متغیر و پیش‌رونده بیماری بود. ژنگ و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ی خود به ماهیت چندوجهی بی‌اختیاری ادرار اشاره کردند [۲۳]. یکی از مسائلی که بر دغدغه‌ی بیماران می‌افزاید خدمات ناکافی آموزشی، حمایتی، ارتباطی است. هادی زاده و همکاران (۱۴۰۱) بیان کردند در سیستم درمانی برای اختلالات کف لگن ضعف‌هایی وجود دارد که این موضوع می‌تواند زمینه‌ای برای عدم استفاده‌ی بهینه از خدمات شود [۲۴].

استراتژی‌های استخراج‌شده از مطالعه شامل «کنکاش ذهنی با مشاهده‌ی نشانه‌ها و تلاش برای اطمینان یابی»، «تلاش برای

پنهان کردن بیماری»، «تلاش برای حل اختلافات زناشویی، «به‌کارگیری راهبردهای خودمدیریتی» و «پیگیری فعالانه‌ی درمان» است، که همگی تحت یک عنوان انتزاعی تر به نام «اداره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی‌سازی شرایط» قرار گرفتند. مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی Komorowski & Chen نیز از کلمات عدم اطمینان (Uncertainty)، عدم آشنایی با بیماری و نشانه‌های آن (Unfamiliar) و شرایط مبهم (Vague condition) صحبت کردند [۲۵]. استراتژی دیگری که بیماران به علت شرم، دیدگاه منفی جامعه و ترس از برچسب خوردن به کار می‌بردند، پنهان‌نمودن بیماری بود. در همین راستا مطالعه‌ی کیفی بر روی زنان اسپانیایی نشان داد مخفی نگه داشتن بیماری یکی از مهم‌ترین استراتژی‌هایی است که بیماران در رویارویی با این بیماری به کار می‌بندند. مبتلایان برای پنهان کردن نشانه‌های خود از روشهای مختلفی استفاده می‌کنند: از سفر اجتناب کرده، مکان‌های رفت‌وآمدشان را کنترل شده انتخاب می‌کنند و به‌طور کل زندگی اجتماعی خود را محدود می‌کنند [۲۶]. در بیماری‌هایی که فرد را برای مدت طولانی درگیر می‌کند نقش خود بیمار در کنترل و مدیریت بیماری اهمیت می‌یابد. مطالعه‌ی متاسنتزی در سال ۲۰۱۳ با عنوان دیدگاه‌های روان‌شناختی در بی‌اختیاری ادرار بیان کرد تم ثابت در اغلب مطالعات مدیریت علائم جسمی و روان‌شناختی بیماری بوده است. خودمدیریتی تقریباً در تمام موارد، پیش از اقدام به درمان‌های پزشکی توسط مبتلایان انجام می‌شود و میزان موفقیت در اقدامات بعدی فرد را مشخص می‌سازد [۲۰]. موانع و تسهیل‌کننده‌های جستجوی درمان برای پیگیری فعالانه درمان در مطالعه‌ی دیگر پژوهشگران به‌طور کامل تبیین شده است [۲۷]. مطالعه‌ی بیل‌گیس و همکاران (۲۰۱۷) بر روی اختلالات کف لگن در مردان و زنان نشان می‌دهد که زنان دیرتر از مردان به جستجوی درمان برمی‌آیند و آن را برای مدت زیادتری تحمل می‌کنند و در صورتی درمان را جستجو می‌کنند که مشکلاتشان برای مدت طولانی ادامه داشته باشد [۲۸]. به‌طور کلی جستجوی درمان و کمک به‌شدت نشانه‌ها بستگی ندارد بلکه به‌میزان تأثیر بر زندگی روزانه بستگی دارد [۲۹].

تئوری اداره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی‌سازی شرایط یک تئوری اختصاصی موقعیتی است و تنها در مورد فرآیند رویارویی با نشانه‌های اختلالات کف لگن در زنان ایرانی است. در برخی مطالعات، تئوری‌های اختصاصی‌تری برآمده از مطالعات گزندتئوری ارائه شده است که در تمام افراد مبتلا به اختلالات کف لگن صادق نیست زیرا بیشتر آنها تنها برای یک جنبه از اختلالات بیان شده است. همچنین تمام این تئوری‌ها در شرایط زمینه‌ای جوامع دیگر با سطح اقتصادی-اجتماعی متفاوت ارائه شده است. از جمله‌ی این تئوری‌ها «رنج و امید» و «بازیابی کنترل» است [۳۰، ۱۴]. استراتژی‌های پاسخ‌دهی مبتلایان در رویارویی با نشانه‌های اختلالات کف لگن در جهت عادی‌سازی شرایط از جمله یافته‌های کاربردی و مهمی است که می‌تواند جهت مداخلات کارا مبتنی بر

زندگی خود را عادی سازند. یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی و درمانی کمک نماید تا درک بیشتری نسبت به فرایند رویارویی این زنان و چالش‌های این بیماران پیدا کرده و با اجرای مداخلات مناسب باعث بهبود کیفیت زندگی و رضایت آنان شوند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت همکاری‌های لازم و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و کسانی که ما را در انجام این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه نتیجه پایان نامه مقطع دکترای تخصصی بهداشت باروری است که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS. REC.1396.365) به تصویب رسیده است.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی، اجرا، تحلیل، جمع‌بندی و همچنین نگارش مقاله همکاری داشته‌اند.

حمایت مالی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد منابع مالی این پژوهش را تأمین کرده است.

REFERENCES

1. Theresa P. Coping and help seeking behaviour in women with Pelvic Floor Dysfunction: the emic perspective. [Doctoral Thesis]. City University London; 2010.
2. Lalwani N, Moshiri M, Lee JH, Bhargava P, Dighe MK. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction. *Radiol Clin North Am*. 2013;51(6):1127-39. PMID: 24210448 DOI: 10.1016/j.rcl.2013.07.004.
3. Gaddam R, Gangadharan K, Shivaraju P, Basappa PK. Prevalence of pelvic floor dysfunction in women attending obstetrics and gynaecology OPD at PES Institute of Medical Sciences and Research, Kuppam. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2020;9(12):5087-94. DOI: 10.1820/2320-1770.iircog20205251.
4. Shrestha B, Onta S, Choulagai B, Poudyal A, Pahari DP, Uprety A, et al. Women's experiences and health care-seeking practices in relation to uterine prolapse in a hill district of Nepal. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):1-9. PMID: 24490616 DOI: 10.1186/1472-6874-14-20.
5. Adhikari D. A qualitative study on uterine prolapse and quality of life. Presented for the Bachelor's degree in Public Health Nepal Maharajgunj Medical Campus: Institute of Medicine Tribhuvan University; 2011.
6. Hamid TA, Pakgozar M, Ibrahim R, Dastjerdi MV. "Stain in life": The meaning of urinary incontinence in the context of Muslim postmenopausal women through hermeneutic phenomenology. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;60(3):514-21. PMID: 25662038 DOI: 10.1016/j.archger.2015.01.003.
7. Rizk DE, El-Safy MM. Female pelvic floor dysfunction in the Middle East: a tale of three factors—culture, religion and socialization of health role stereotypes. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(5):436-8. PMID: 16411017 DOI: 10.1007/s00192-005-0055-9.
8. Kao HT, Hayter M, Hinchliff S, Tsai CH, Hsu MT. Experience of pelvic floor muscle exercises among

تجارب زنان مبتلا، به کار گرفته شود. با توجه به درک بیماران مبنی بر دریافت خدمات ناکافی از طرف کادر بهداشتی-درمانی، لازم است با قرار دادن نتایج در اختیار کارکنان، آن‌ها را به سمت ارائه‌ی خدمات جامع‌تر هدایت نمود. کادر بهداشت و درمان می‌تواند نقش مشاوره‌ای جامعی برای مبتلایان به‌ویژه در فرایند جستجوی درمان داشته باشند، تا هر فرد بتواند آگاهانه تصمیم به درمان بگیرد. توانمندسازی بیماران به کمک آموزش جامع و آگاه‌سازی در این راه می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به وابستگی فرهنگی موضوعاتی مانند اختلالات کف لگن اشاره کرد. زنان به راحتی در مورد این‌گونه مسائل صحبت نمی‌کنند. از دیگر محدودیت‌های مطالعه، تمایل نداشتن برخی از زنان به ضبط مصاحبه بود، از طرفی این موضوع مربوط به اندام خصوصی آن‌ها بود و از طرفی می‌توسیدند که دیگران از مشکلاتشان آگاهی پیدا کنند که تلاش شد با جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان این مشکل برطرف شود.

نتیجه‌گیری

نتیجه اصلی این مطالعه ارائه‌تئوری «اداره‌ی نشانه‌ها در جهت عادی‌سازی شرایط» است که فرایند رویارویی زنان با نشانه‌های اختلالات کف لگن را تبیین می‌نماید. براساس این تئوری زنان در پاسخ به دغدغه‌ی خود، در جستجوی راه‌کارهای مقابله‌ای در زمینه‌های مختلف برآمده و تلاش می‌کنند از راه اداره‌ی نشانه‌ها،

- women in Taiwan: a qualitative study of improvement in urinary incontinence and sexuality. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1985-94. PMID: 25662587 DOI: 10.1111/jocn.12783.
9. Mousavi A, Mostafaei P. Assessment of the frequency of pelvic organ prolapse and its risk factors in menopausal women referred to the hospitals of Iran University of Medical Sciences in 2004. *RJMS*. 2007;14(54):167-77.
10. Hale S, Grogan S, Willott S. "Getting on with it": women's experiences of coping with urinary tract problems. *Qual Res Psychol*. 2009;6(3):203-18.
11. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu. Rev. Public Health*. 2004 Apr 21;25:439-55. DOI:10.1146/annurev.publhealth.25.10.1802.123000
12. Pakbaz M, Persson M, Löfgren M, Mogren I. 'A hidden disorder until the pieces fall into place'-a qualitative study of vaginal prolapse. *BMC Womens Health*. 2010;10:1-9. PMID: 20497526 DOI: 10.1186/1472-6874-10-18
13. Roets L. The experience of women with genital prolapse. *J Democ Nurs Organ South Africa*. 2007;3(3):7-14. DOI: 10.4102/curations.v30i3.1090.
14. Hayder D, Schnepf W. Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative study. *West J Nurs Res*. 2010;32(4):480-96. PMID: 20685906 DOI: 10.1177/0193945909354903.
15. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C, Oliphant SS, Zyczynski HM. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(5):441.e1-5. PMID: 21292234 DOI: 10.1016/j.ajog.2010.12.024.
16. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Sage Publications; 1990.
17. Adib M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Tehran: Bashri publication; 2015.

18. Mendes A, Hoga L, Gonçalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implementat Rep*. 2017;**15**(5):1350-408. [PMID: 28498174](#) [DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003389](#).
19. Elstad EA, Taubenberger SP, Botelho EM, Tennstedt SL. Beyond incontinence: the stigma of other urinary symptoms. *J Adv Nurs*. 2010;**66**(11):2460-70. [PMID: 20735505](#) [DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05422.x](#).
20. Avery JC, Braunack-Mayer AJ, Stocks NP, Taylor A, Duggan P. Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *OA Women s Health*. 2013;**1**(1):9. [DOI: 10.13172/2053-0501-1-1-662](#).
21. Trang HN, Cuong PH, Tuyet HT. Prevalence of female sexual dysfunction among women with pelvic organ prolapse diagnosed by pispq-12 and related factors in Hung Vuong Hospital, Vietnam. *Open J Obstet Gynecol*. 2019;**9**(7):1005-18. [DOI: 10.4236/ojog.2019.97098](#).
22. Kang Y, Crogan NL. Social and cultural construction of urinary incontinence among Korean American elderly women. *Geriat Nurs*. 2008;**29**(2):105-11. [PMID: 18394511](#) [DOI: 10.1016/j.gerinurse.2008.01.002](#).
23. Zhang NR. A Grounded theory of urinary incontinence using a transcultural perspective: State University of New York at Binghamton; 2018.
24. Hadizadeh Z, Khadivzadeh T, Ebrahimipour H, Khadem N. Exploring the experiences of women with pelvic floor disorders with received medical services: a qualitative study. *J Torbat Heydariyeh Uni Med Sci*. 2022;**10**(2):25-40.
25. Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. *Health Care Women Int*. 2006;**27**(2):169-81. [PMID: 16484160](#) [DOI: 10.1080/07399330500457887](#).
26. Pintos-Díaz MZ, Alonso-Blanco C, Parás-Bravo P, Fernández-de-las-Peñas C, Paz-Zulueta M, Fradejas-Sastre V, et al. Living with Urinary Incontinence: Potential Risks of Women's Health? A Qualitative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a Specialized Center. *Int J Environ Res Public Health* 2019;**16**(19):3781. [PMID: 31597365](#) [DOI: 10.3390/ijerph16193781](#).
27. Hadizadeh-Talasaz Z, khadivzadeh T, Ebrahimipour H, Khadem Ghaebi N. Explaining facilitators and barriers to treatment-seeking in women with pelvic organ prolapse: A qualitative study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2019;**22**(3):16-31. [DOI: 10.22038/IJOGI.2019.13387](#).
28. Bilgic D, Kizilkaya Beji N, Ozbas A, Cavdar I, Aslan E, Yalcin O. Coping and help-seeking behaviors for management of urinary incontinence. *Low Urin Tract Symptoms*. 2017;**9**(3):134-41. [PMID: 28868663](#) [DOI: 10.1111/luts.12120](#).
29. Abhyankar P, Uny I, Semple K, Wane S, Hagen S, Wilkinson J, et al. Women's experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2019;**19**(1):1-2.
30. Delarmelindo RD, Parada CM, Rodrigues RA, Bocchi SC. Between suffering and hope: rehabilitation from urinary incontinence as an intervening component. *Cien Saude Colet*. 2013;**18**:1981-91. [PMID: 23827902](#) [DOI: 10.1590/s1413-81232013000700013](#).