

تبیین تسهیل‌کننده‌ها و موانع جستجوی درمان در زنان مبتلا به افتادگی اعضای لگن: مطالعه کیفی

زهرا هادی‌زاده پلاسا^۱، دکتر طلعت خدیوزاده^{۲*}، دکتر حسین ابراهیمی‌پور^۳، دکتر
نیره خادم^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه آموزشی مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۷

خلاصه

مقدمه: جستجوی درمان در حوزه افتادگی اعضای لگن، متأثر از مؤلفه‌های اجتماعی- فرهنگی می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهند که زنان در حوزه بیماری‌های ادراری- تناسلی کمتر به جستجوی درمان و مراقبت از خود می‌پردازند. مطالعه حاضر با هدف تبیین تسهیل‌کننده‌ها و موانع جستجوی درمان در زنان مبتلا به افتادگی اعضای لگن انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۵ نفر از زنان مبتلا به افتادگی و مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های زنان بیمارستان قائم (عج) و امام رضا (ع) مشهد انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تمام مصاحبه‌ها ضبط و به دقت تایپ گردید و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای مرسوم گریهام به‌وسیله نرم‌افزار MAXqda انجام گرفت.

یافته‌ها: پس از طبقه‌بندی و کدبندی داده‌ها از مجموع مضمون‌های یافت شده، ۲ طبقه اصلی استخراج شد. درون‌مایه تسهیل‌کننده‌های جستجوی درمان شامل ۸ زیرطبقه: درک حمایت همسر و خانواده، دریافت توصیه‌های تیم بهداشتی به درمان، درک تشدید علائم، وجود تجربیات مثبت درمان در اطرافیان، اعتقاد به ضرورت درمان در سنین پایین‌تر، ترس از عوارض آینده، مشقت بار شدن انجام تکالیف دینی و زجرآور شدن برقراری رابطه جنسی بود. موانع جستجوی سلامت شامل ۹ طبقه: عدم آگاهی در مورد افتادگی اعضای لگن، بی‌میلی شخصی برای مراجعه جهت درمان، میزان دسترسی و فراهم بودن درمان، وجود تجربیات منفی درمان در اطرافیان، وضعیت اقتصادی- مالی، شرم از بازگو کردن مشکل تناسلی، عوامل مرتبط با فرزندان و خانواده، نداشتن فردی جهت حمایت و همراهی و بهبود نسبی و گهگاهی علائم بیماری بود.

نتیجه‌گیری: تسهیل‌کننده‌ها و موانع در جستجوی سلامت و درمان زنان در حوزه افتادگی اعضای لگن که در این مطالعه شناسایی شده است، در درک نیازهای بهداشتی آنان کمک می‌کند و می‌تواند به‌عنوان کمکی برای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و مشاوره‌های مؤثر توسط برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت باروری و مراقبین سلامت در نظر گرفته شود.

کلمات کلیدی: افتادگی اعضای لگن، پژوهش کیفی، تسهیل‌کننده‌ها، جستجوی درمان، زنان، موانع

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر طلعت خدیوزاده؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

khadivzadeht@mums.ac.ir؛ پست الکترونیک: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱

مقدمه

افتادگی اعضای لگن (POP)¹ در نتیجه وجود ضعف یا آسیب در عضلات، لیگامان‌ها و سایر ساختارهای حمایت کننده واژن به وجود می‌آید و به صورت افتادگی دیواره قدامی، خلفی، رحمی و قله واژن به درون واژن تعریف می‌گردد. زنان مبتلا به اختلالات کف لگن در معرض علائمی هستند که کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد (۱، ۲). شیوع این اختلال در جوامع غربی از ۷۶-۳۸٪ متغیر است (۳). شیوع آن در سال ۲۰۰۸ در کشور استرالیا ۵۳٪ گزارش شد (۴). آدهیکاری (۲۰۱۱) این اختلال را یکی از علل اصلی ناتوانی مادران ذکر کرده و برآورد کرده در حدود ۴۴/۵-۱۰٪ از زنان ۴۹-۱۵ ساله در مناطقی خاص مبتلا به افتادگی هستند و بیان کرده شیوع واقعی اختلال، بیشتر از میزان‌های برآورد شده می‌باشد (۵). در مطالعه اخلاقی (۲۰۰۴) که بر روی ۲۴۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان حضرت زینب (س) شهر مشهد انجام شد، در ۸۹٪ زنان حداقل یکی از اختلالات کف لگن شامل: اختلالات کف لگن (شامل بی‌اختیاری ادراری استرسی و فوریتی)، بی‌اختیاری مقعدی (دفع گاز یا مدفوع)، شلی و خشکی واژن، مقاربت دردناک، در ۷۴٪ حداقل دو مورد و در ۵۴٪ سه مورد یا بیشتر وجود داشت (۶). با وجود شیوع بالا در مطالعات، بیان شده که همچنان این اعداد واقعی نبوده و کمتر از میزان واقعی هستند، زیرا تعداد زیادی از افراد به دلایل مختلف از جمله دلایل فرهنگی، شرم و مهم‌تر از همه نداشتن آگاهی و اطلاعات نسبت به این بیماری، داشتن این بیماری را ابراز نمی‌کنند (۷).

اختلالات کف لگن درمان‌های متعدد دارویی، مکانیکی، فیزیوتراپی، جراحی و درمان‌های محافظه‌کارانه (تغییرات رفتاری، تمرینات بدنی، استفاده از انواع پساری) دارند (۸). عوامل متعددی وجود دارد که باعث افزایش یا کاهش استفاده از این درمان‌ها می‌شوند (۵). در واقع، فرآیندهایی که زنان را به دنبال جستجوی کمک تخصصی می‌رسانند، پیچیده هستند و بستگی به عوامل مختلفی دارد. این عوامل شامل: درک میزان مقابله و کنترل بیماری، در دسترس بودن خدمات، نگرش و

دانش در مورد افتادگی‌ها و درمان‌های آن می‌باشد (۷). آمارها نشان می‌دهد که زنان در رابطه با مشکلات بهداشتی و بیماری‌های خود بیشتر از مردان به دنبال درمان، مشورت‌های پزشکی و غربالگری می‌روند، اما مطالعات مختلف نشان داده‌اند که در حوزه بیماری‌های مرتبط به دستگاه ادراری-تناسلی، زنان کمتر رفتارهای جستجوی درمان و مراقبت از خود نشان می‌دهند (۹، ۱۰). در مطالعات مختلف با شرایط فرهنگی-اجتماعی متفاوت، عوامل مختلفی بر جستجوی درمان تأثیرگذار است و رفتار افراد در جوامع مختلف هنگامی که با بیماری‌های گوناگون مواجه می‌شوند، متفاوت است (۱۱). مواجهه با افتادگی‌های اعضای لگن تحت تأثیر تعامل پیچیده عوامل فردی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی جامعه قرار دارد (۱۲، ۱۳). در مطالعات مختلف رفتار و واکنش افراد در مواجهه با مشکل افتادگی اعضای لگن در کشورهای مختلف متفاوت بوده است. طی مطالعه اتنوگرافی در انگلیس بر روی سه فرهنگ ترک، آفریقا و یهود ارتودکس معلوم شد که فرهنگ، تأثیر قابل توجهی بر رفتار افراد در مواجهه با این مشکل دارد و فرآیند تطابق و جستجوی کمک در این سه فرهنگ متفاوت می‌باشد. در این مطالعه در بین ترک‌ها و آفریقایی‌ها هنگام مواجهه با این مشکل، احساس شرم از صحبت در رابطه با آن وجود داشت. همچنین زنان آفریقایی از شایعات و صحبت‌هایی که بقیه پشت سرشان خواهند کرد، ترس داشتند، در صورتی که یهودیان به سلامتی خود توجه زیادی داشتند و از بیان مشکلات خود ترس نداشتند. ترک‌ها احساس انزوا و تنهایی و عدم حمایت بیشتری می‌کردند، در حالی که در فرهنگ یهود، حمایت اجتماعی و جمع‌گرایی، قلب این فرهنگ محسوب می‌شد و در بیماری‌ها و مشکلات یکدیگر را یاری می‌کردند. هیچ‌کدام از سه فرهنگ، وضعیت اقتصادی را عامل عدم مراجعه برای درمان ذکر نکردند، زیرا خدمات بهداشتی رایگان در اختیارشان بود، درحالی که در سایر مطالعات در کشورهای دیگر با شرایط اقتصادی و اجتماعی مختلف و شرایط سیستم-های بهداشتی متفاوت، این عامل مهم ذکر شده بود و در مناطق گوناگون این عامل تأثیر متفاوتی در نحوه برخورد

¹ pelvic organ prolapse

افراد با این مشکل دارد (۱۶-۱۴). در مطالعه‌های اتنوگرافی در نپال، زنان بیان کردند حتی با وجود مشکل مجبورند بدون استراحت شب و روز کار کنند و فرصتی برای توجه کردن به وضعیت خود ندارند (۱۷). حجم قابل توجه مطالعات انجام شده بر روی افراد مبتلا به افتادگی اعضای لگن، نشان از تعدد و پیچیدگی عوامل مرتبط با جستجوی درمان در زمان و مکان‌های مختلف دارد و این یافته‌ها بیانگر آن است که نحوه مواجهه با این مشکل در جوامع مختلف متفاوت است. در افراد مسلمان به این دلیل که لکه‌بینی و خروج‌های مکرر ادرار بر روی احکام شرعی اثر دارد و همچنین در جهت حفظ پاکی و طهارت ممکن است با مشکلات عدیده‌ای مواجه باشند، این مشکلات با سایر ادیان متفاوت است و رفتارهای جستجوی درمان آنها نیز به طبع متفاوت باشد. اگرچه چندین مطالعه کمی در ایران به بررسی موضوع پرولاپس لگنی پرداخته است، اما مطالعات کیفی ابزار کامل‌کننده فهمیدن تجارب افراد و عمق وضعیت موجود است. تحقیق کیفی منجر به کشف مسائل غیر منتظره‌ای می‌شود که ممکن است توسط سؤالات از پیش تعریف شده روش کمی تشخیص داده نشود، بنابراین روش کیفی برای انجام این مطالعه انتخاب شد تا با بررسی دیدگاه‌های مختلف، اطلاعات جامع‌تری در مورد تسهیل‌کننده و موانع جستجوی درمان جمع‌آوری گردد. با توجه به تجربیات متفاوت مبتلایان به این اختلال در مطالعات ذکر شده، لازم است مطالعه‌ای جامع در ایران انجام شود، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین تسهیل‌کننده‌ها و موانع جستجوی سلامت در زنان مبتلا به افتادگی اعضای لگن انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی از اسفند ۱۳۹۶ تا مرداد ۱۳۹۷ به طول انجامید. شرکت‌کنندگان در این پژوهش از بین افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های زنان بیمارستان قائم (عج) و امام رضا (ع) شهر مشهد و همچنین افرادی که توسط همکاران و دوستان معرفی می‌شدند، انتخاب شدند. در این مطالعه نمونه‌گیری با بیشترین تنوع از نظر سن،

شغل، تحصیلات، محل زندگی شهری و روستایی، نوع افتادگی به روش مبتنی بر هدف شروع و بر اساس داده‌ها و طبقات حاصله تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. پژوهشگر افراد حائز شرایط پژوهش را بر اساس معیارهای ورود و خروج شناسایی نمود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلاء به هر نوع از افتادگی طبق اظهارات خود فرد از جمله رحمی (خروج شیء از واژن)، مثانه‌ای (بی‌اختیاری دفع ادرار با سرفه، خنده، عطسه (بی‌اختیاری استرسی) یا احساس ناگهانی نیاز شدید به دفع ادرار و خیس کردن خود قبل از رسیدن به توالت (بی‌اختیاری اورژانسی ادراری) و روده‌ای (بی‌اختیاری دفع گاز، بی‌اختیاری دفع مدفوع)، سن بیشتر از ۱۸ سال، نبودن در دوره بارداری و پست پارتوم، عدم ابتلاء به الزایمر، توانایی در به خاطر آوردن و بیان شفاف تجربیات، مسلمان و ایرانی بودن و داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مطالعه شامل: نداشتن افتادگی در طی معاینه فیزیکی بود.

پس از انجام هماهنگی‌های لازم و کسب اجازه از دانشگاه، مسئولین مراکز درمانی و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS.REC.1396.365)، افراد واجد شرایط و علاقمند به شرکت در مطالعه شناسایی شده و پژوهشگر ضمن معرفی خود، هدف مطالعه را برای افراد توضیح داد. مدت زمان تقریبی مورد نیاز برای مصاحبه و امکان نیاز به مصاحبه مجدد در جلساتی دیگر اطلاع داده شد و همچنین اطلاع‌رسانی در مورد اینکه صدایشان در طول مصاحبه ضبط می‌شود و ضرورت انجام معاینه و علت آن شرح داده شد. پس از استقرار در محیطی آرام و خلوت با هماهنگی و پس از جلب اعتماد مشارکت‌کننده و اطمینان از تمایل وی برای شرکت در مطالعه، ابتدا فرم رضایت آگاهانه اخذ گردید. مشارکت‌کننده اول مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای مشارکت‌کنندگان از بین زنانی که غنی از اطلاعات بوده، توانایی برقرار ارتباط و تمایل به بیان اطلاعات خود داشتند، انتخاب شد. شرکت‌کننده بعدی بر این سؤال استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن هرچه بیشتر طبقات در حال پدیدار شدن کمک کند. این روال نمونه‌گیری تا اشباع

گرفت. تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری آنها انجام شد. تجزیه و تحلیل و مراحل کدگذاری با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA10 انجام شد. در مطالعه حاضر رویکرد تحلیل محتوای قراردادی به روش گریهام به عنوان اساسی برای راهنمای کار و تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت (۱۸). تحقیق کیفی به روش‌های مختلفی انجام می‌شود. اگرچه روش‌های مختلف دارای وجه تشابهاتی هستند، اما هر کدام از روش‌ها برای پاسخ به سؤالی خاص مناسب می‌باشند. تحلیل محتوای کیفی به دنبال به دست آوردن معنا و محتوای متن است. تحلیل محتوا، فرآیند سازماندهی و یکپارچه‌سازی نوشته‌ها و داده‌های کیفی می‌باشد؛ به گونه‌ای که منجر به پیدایش درون مایه‌ها و مفاهیم می‌شود (۱۹، ۲۰). در مطالعه حاضر نیز هدف سؤال پژوهش، دستیابی به دیدگاه کلی و جدید، معرفی واقعیت و در نهایت ایجاد مفاهیم و درون مایه بود. مصاحبه‌ها چندین نوبت سمع و متن تاپی شده آنها بارها خوانده شد، سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک کد داده شد. پس از آن کدهای مشابه یا دارای معنی و مفهوم شبیه به یکدیگر در یک گروه قرار گرفتند. بر این اساس طبقات اولیه‌ای از کدها به دست آمد. طبقات اولیه به دست آمده نیز با یکدیگر مقایسه شدند و طبقات با معنای مشابه با یکدیگر ادغام شدند. در پایان زیرطبقات و طبقات اصلی به دست آمد (۱۸). در این مطالعه به منظور اطمینان از صحت یافته‌های پژوهش کیفی از معیارهای پیشنهادی لینکولن و گوبا (۱۹۸۵) شامل: اعتبار یا مقبولیت^۱، قابلیت اعتماد یا همسان بودن^۲، انتقال پذیری^۳ و تأییدپذیری^۴ استفاده شد (۲۱). اعتبار مطالعه با اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها به منظور درک عمیق تجربه‌های افراد تحت مطالعه، مطالعه متون توسط مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده و بازنگری و واضح‌سازی توسط هم‌تا حاصل شد؛ بدین ترتیب که محقق برخی از مصاحبه‌ها همراه با کد و طبقات اولیه را در اختیار برخی از دانشجویان دکتری خارج از پژوهش

داده‌ها ادامه یافت؛ به گونه‌ای که داده جدیدی از مصاحبه‌ها به دست نیامد، زیرا تعداد مشارکت‌کنندگان در مطالعات کیفی به وسیله عمق اطلاعات مورد نیاز تعیین می‌شود و وقتی در حوزه مطالعه اشباع اطلاعات حاصل شود، تعداد شرکت‌کنندگان کافی می‌باشد. اشباع اطلاعات وقتی اتفاق می‌افتد که نمونه‌گیری بیشتر، اطلاعات بیشتری فراهم نکند و فقط تکرار داده‌های جمع‌آوری شده قبلی باشد. برخی مشارکت‌کنندگان قبل و برخی بعد از مصاحبه به منظور بررسی شدت افتادگی معاینه شدند. شدت افتادگی اعضای لگن با سیستم استاندارد POP-Q تعیین شد. این سیستم یکی از پرکاربردترین روش‌ها برای تعیین درجه افتادگی می‌باشد که درجه افتادگی را بر اساس فاصله با هایمن می‌سنجد. معاینه در وضعیت لیتانومی با انجام مانور والسالوا انجام شد، سپس در مورد تجارب زنان از افتادگی اعضای لگن و نگرانی‌های آنها سؤال شد. تعدادی سؤال باز و کلی، راهنمای محقق در جمع‌آوری اطلاعات قرار گرفت. سؤالاتی مانند "تجربه خود را از ابتلاء به افتادگی اعضای لگن توضیح دهید"، "نحوه برخورد خود را با این مشکل شرح دهید"، "آیا به جستجوی درمان بوده‌اید؟" از شرکت‌کنندگان پرسیده شد و سپس روند مصاحبه بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان هدایت گردید و همچنین سؤالات کاوشی از قبیل "می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟" و "می‌توانید منظورتان را از این جمله دقیق‌تر بیان کنید؟"، جهت عمیق‌تر شدن درک پژوهشگر از پدیده پرسیده شد. در انتها پرسشنامه اطلاعات فردی مشارکت‌کنندگان تکمیل گردید. تمامی مصاحبه‌ها توسط محقق انجام گرفت. مدت مصاحبه‌ها از ۳۰-۹۰ متفاوت بود. در پایان مصاحبه از مشارکت‌کننده درخواست شد که اگر صحبتی باقی مانده، بیان نماید. مصاحبه‌ها با توجه به وقت و حوصله مشارکت‌کننده، اطلاعات به دست آمده و تمایل شرکت‌کنندگان در یک یا چند نوبت انجام شد. روند جمع‌آوری داده‌ها تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. بعد از گوش دادن به محتوای مصاحبه ضبط شده با دستگاه ضبط Voice Recorder، کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد و پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام

¹ Credibility

² Confirmability

³ Transferability

⁴ Dependability

که با تحقیقات کیفی آشنا بودند، قرار داد و از آنها خواسته شد که نحوه کدگذاری و تجزیه و تحلیل را بررسی و در مورد صحت آنها اعلام نظر نمایند. مشارکت‌کنندگان مختلف با حداکثر تنوع (اعم از زنان با انواع و درجات افتادگی، مدت ابتلاء متفاوت، شغل‌های مختلف، سنین متفاوت، سطح طبقاتی مختلف) در مصاحبه‌ها وارد شدند. برای انتقال‌پذیری، ارائه توصیف وسیعی از خصوصیات جمعیت‌شناختی، تجارب مشارکت‌کنندگان، محیط پژوهش و مراحل تحقیق ارائه شد تا خواننده بتواند امکان کاربرد داده‌ها در سایر محیط‌ها را ارزیابی کند. موارد انجام شده اقداماتی جهت افزایش صحت یافته‌های پژوهش بود.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۵ مددجو در محدوده سنی ۶۵-۲۸ سال با میانگین سنی $43/8 \pm 10/2$ سال مشارکت کردند. سطح تحصیلات آنان از سیکل تا فوق لیسانس متغیر بود. بیشترین نوع زایمان به روش واژینال انجام شده بود. میانگین مدت ابتلاء به افتادگی $6/4 \pm 4/0$ سال بود (جدول ۱).

پس از طبقه‌بندی و کدبندی داده‌ها، از مجموع مضمون‌های یافت شده دو طبقه اصلی شامل تسهیل‌کننده‌های جستجوی درمان و موانع جستجوی درمان استخراج شد. درون‌مایه تسهیل در جستجوی درمان دارای ۸ زیر طبقه شامل: درک حمایت همسر و خانواده، دریافت توصیه‌های تیم بهداشتی به درمان، درک تشدید علائم، وجود تجربیات مثبت درمان در اطرافیان، اعتقاد به ضرورت درمان در سنین پایین‌تر، ترس از عوارض آینده، مشقت بار شدن انجام تکالیف دینی و زجرآور شدن برقراری رابطه جنسی بود.

درون‌مایه موانع جستجوی سلامت دارای ۹ زیرطبقه شامل: عدم آگاهی در مورد افتادگی اعضای لگن، بی‌میلی شخصی برای مراجعه جهت درمان، میزان کم دسترسی و فراهم بودن درمان، وجود تجربیات منفی درمان در اطرافیان، وضعیت اقتصادی- مالی، شرم از بازگو کردن مشکل تناسلی، عوامل مرتبط با فرزندان و خانواده، نداشتن فردی جهت حمایت و همراهی و بهبود نسبی و گهگاهی علائم بیماری بود (جدول ۲). در ذیل هر یک به تفصیل توضیح داده می‌شود.

جدول ۱- مشخصات زمینه‌ای زنان مشارکت‌کننده در مطالعه

سن (سال)	تحصیلات	شغل	وضعیت تاهل	محل سکونت	سابقه بارداری	نوع زایمان	سن منوپوز (سال)	درجه افتادگی	مدت ابتلاء (سال)
۴۹	اول دبیرستان	قالی‌باف	متاهل	شهر	G4 L4	۳ زایمان واژینال، ۱ سزارین	۴۸ سال و ۷ ماه	عدم مشاهده ۱ سال گذشته عمل کرده	۱۴
۶۵	اول راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	شهر	G4L3ab1	واژینال	۵۰	درجه III مثانه، درجه II رحم	۷-۸
۳۵	اول راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	شهر	G4L3ab1	۲ زایمان واژینال، ۱ سزارین	-	درجه II افتادگی مثانه و رحمی	۹
۲۸	اول راهنمایی	کارهای- روستا و قالی‌بافی	متاهل	روستا	G2 L2	واژینال	-	رحم، مثانه، رکتوم، درجه III افتادگی	۵
۴۳	اول راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	شهر	G4L4	واژینال	۳۹	درجه III مثانه و درجه I رحمی	۹
۵۴	دبیرم	مربی ورزش	متاهل	شهر	G4L3AB1	سزارین	۵۳	عدم مشاهده عدم تمایل به معاینه	۱۵
۳۶	دبیرم	خانه دار	متاهل	شهر	G4 L4	واژینال	-	درجه II افتادگی مثانه	۲
۵۸	سیکل	نان‌پزی، قالی‌بافی	متاهل	روستا	G6 L6	واژینال	۴۸	درجه II افتادگی رحم	۵-۶
۴۹	لیسانس	آرایشگری	متاهل	شهر	G3L2ab1	واژینال	-	درجه I افتادگی رحم، درجه II مثانه، افتادگی دیواره رکتوم	۷

۳۵	دیپلم	منشی	متاهل	شهر	G2L2	واژینال	-	درجه II مثانه، درجه II افتادگی رحم	۳
۳۸	ابتدایی	خانه‌دار	متاهل	روستا	G6 L6	واژینال	-	درجه III افتادگی رحم	۷
۴۳	ابتدایی	کشاورز	متاهل	روستا	G5L4D1	۴ واژینال، ۱ سزارین	-	افتادگی رحم درجه III	۴
۴۵	راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	شهر	G1L1	سزارین	-	افتادگی رحم و رکتوم	۴
۳۲	دیپلم	معلم	متاهل	شهر	G3L3	۳ واژینال	-	درجه II مثانه	۳
۴۸	ابتدایی	خانه‌دار	متاهل	شهر	G5L4ab1	۴ واژینال	۲ ماه گذشته	درجه II رحمی، II مثانه	۱

جدول ۲- تم، طبقه و زیرطبقات استخراج شده

طبقه اصلی	زیر طبقه	کدهای اولیه
درک حمایت همسر و خانواده		حمایت‌های عاطفی توسط مادر تأمین هزینه عمل توسط فرزندان حمایت مادر شوهر در مقابل حرف‌های بقیه حمایت مالی همسر جهت درمان همراهی همسر جهت مراجعه به پزشک
		توصیه به عمل برای درمان افتادگی توسط پزشک توصیه پزشک به عمل در صورت تشدید علائم توصیه ماما مبنی بر مراجعه به متخصص توضیح دادن در مورد افتادگی آگاهی دادن در مورد مشکلات و عوارض درمان نکردن
درک تشدید علائم		تشدید علائم به صورت درد و فشار درک درد زیر دل هنگام قاعدگی به‌عنوان علائم تشدید مشکل تشدید علائم به صورت لکه بینی تشدید علائم با افزایش سن تشدید علائم چند سال بعد از یائسگی غیرقابل کنترل شدن علائم
	درک تسهیل کننده‌های جستجوی درمان	موفقیت‌آمیز بودن عمل در اطرافیان بهبود نسبی بعد از درمان در اطرافیان داشتن تجربه عمل موفق در مادر کارا بودن ورزش‌های کگل در دوستان
اعتقاد به ضرورت درمان در سنین پایین‌تر		تحمل بهتر عمل در جوانی بهبود سریع‌تر با انجام عمل در جوانی مؤثرتر بودن عمل در دوران جوانی
	ترس از عوارض آینده	ترس از بدتر شدن بیماری ترس از اضافه شدن سایر بیماری‌ها
مشقت بار شدن انجام تکالیف دینی		عدم احساس رضایت از به جا آوردن فرایض دینی ناتوانی در حضور در مناسک مذهبی سختی در پاک بودن
	مشقت بار شدن برقراری رابطه جنسی	عدم توانایی انجام رابطه جنسی در تمام وضعیت‌ها قطع رابطه جنسی به علت نیاز به ادرار کردن حین رابطه جنسی خروج صدا از واژن و وجود مانع عدم تمرکز در رابطه به علت ترس از ریزش ادرار

عدم آگاهی در مورد افتادگی اعضای لگن	داشتن درکی از علائم به علت سن کم عدم توجه و عدم آگاهی نسبت به افتادگی اطلاع نداشتن از علائم افتادگی
بی میلی شخصی برای مراجعه جهت درمان	ترس از معاینه وحشت از مراجعه به پزشک حضور تعداد زیادی از بیماران در اتاق هنگام ویزیت وقت کوتاه ویزیت زمان های طولانی انتظار برای ویزیت عدم آگاهی به نوع تخصصی که باید مراجعه کنند
میزان دسترسی و فراهم بودن درمان	نبود متخصص ماهر در بیمارستان شهرستان نبود بیمارستان در شهرستان دور بودن مسیر
وجود تجربیات منفی درمان در اطرافیان	مؤثر نبودن عمل افتادگی برای مادر تأثیر حرف دوستان علت عدم مراجعه جهت عمل عدم بهبودی به دنبال درمان در دوستان علت نرفتن به سمت درمان بدتر شدن مشکل بعد از عمل در اطرافیان اضافه شدن مشکلات دیگر بعد از عمل در دوستان
وضعیت اقتصادی - مالی	زندگی پرهزینه تحمیل هزینه درمان بر پیکره خانواده نداشتن درآمد مستقل
شرم از بازگو کردن مشکل تناسلی	احساس شرم از صحبت درباره مشکل با اطرافیان نگفتن به فامیل به علت احساس شرم پنهان سازی بیماری از فرزندان به علت احساس شرم
پیگیری درمان مغل ایفای نقش های متعدد زنان	مراقبت از فرزندان مانع اقدام به درمان ترجیح درس فرزندان علت تأخیر درمان ترجیح فرزندان به خود مشغله کاری
نداشتن فردی جهت حمایت و همراهی	نداشتن فردی جهت همراهی از شهر دیگه تا بیمارستان نداشتن فردی جهت مراقبت بعد از عمل
بهبود نسبی و گهگاهی علائم بیماری	بهبودی نسبی با ترک کارهای سخت انتظار بهبودی به مرور زمان امید به بهبودی خودبه خودی عدم مراجعه به پزشک به علت بهبودی های گهگاهی

درک موانع جستجوی درمان

کردن امکانات لازم عملکرد افراد را برای جستجوی درمان متأثر نمود. در این زمینه یکی از مشارکت کنندگان که در هر بار مراجعه همسرش همراه او بود بیان کرد: "شوهرم ول نمیکنه، اون بیشتر اصرار داره عمل کنم. هر دفعه به زور منو میاره دکتر. میگه یکم به فکر خودت باش. اگه اصرارهای اون نبود شاید نمیومدم" (مشارکت کننده ۲۸ ساله، ۲ زایمان طبیعی). مشارکت کننده دیگری که همسر رفتارهای حمایت گرانه نداشت، تشویق و حمایت های فرزندان را عاملی برای

طبقه تسهیل کننده های جستجوی درمان شامل ۸ زیرطبقه از عواملی است که نقش تسریع کننده را برای جستجوی درمان دارد.

درک حمایت همسر، درک حمایت خانواده

حمایت های دریافت شده از سوی همسر و سایر اعضای خانواده، درک بسیاری از زنان مبتلا را در ارتباط با احساس نیاز یا عدم نیاز به اقدام پزشکی و عملکرد آنان را تحت تأثیر قرار می داد. این حمایت ها به صورت اصرار برای اقدام، تشویق کلامی، کمک های مالی و فراهم

تصمیم به جستجوی درمان گرفته‌اند. در این خصوص مشارکت‌کنندگان چنین گفتند:

"شوهرم می‌گفت برو دکتر اما من جدی نگرفتم، جدی نگرفتم تا الان. دیدم برام مشکل‌ساز شده. حتی الان یک مدتی احساس می‌کنم شدیدتر شده. مثلاً از ماه پیش مثل حالت فشار و درد زایمان پیدا کردم" (مشارکت‌کننده ۳۶، ساله، ۴ زایمان طبیعی).

داشتن تجربیات مثبت درمان مؤثر در اطرافیان:

برخی مشارکت‌کنندگان مؤثر بودن انواع درمان‌های افتادگی در دوستان و آشنایان را دلیلی برای انجام درمان‌ها ذکر کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان داشتن تجربه مثبت عمل در مادر را دلیلی برای انجام عمل در آینده مطرح کرد. "مامانم بعد عملش خوب شد. آگه منم علائمم بدتر شد، مثل مامانم عمل می‌کنم" (مشارکت‌کننده ۴۹، ساله، ۲ زایمان طبیعی).

مشارکت‌کننده دیگر، مؤثر بودن ورزش‌های کف لگن برای دوستان را عاملی برای انجام منظم ورزش بیان کرد. "دوستام گفتن همینطور که نشستی باید هی خودتو رو بهم بکشی و ول کنی، اینا ورزش مثانه هست، می‌گن واسه ما خیلی خوب بوده و ما هر روز انجام می‌دیم، منم از اونروز که گفتن انجام می‌دم روزی چندبار" (مشارکت‌کننده ۶۵، ساله، ۳ زایمان طبیعی).

اعتقاد به ضرورت درمان در سنین پایین‌تر:

برخی مراجعه‌کنندگان تمایل به درمان سریع‌تر داشتند و علت آن را تحمل بهتر عمل، ترس از اضافه نشدن سایر بیماری‌ها در سنین بالاتر و سخت شدن درمان را بیان کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان که کوتاه‌ترین فاصله بین ابتلاء تا مراجعه برای درمان نسبت به سایر مشارکت‌کنندگان داشت و خیلی زود برای جستجوی درمان مراجعه کرده بود بیان کرد: "الان جوونم می‌تونم عمل رو تحمل کنم، سنم بره بالاتر چربی بگیرم، قند بگیرم، دیگه نمیتونم عمل رو تحمل کنم. آدم از بدنش که خبر نداره، دو روز دیگه چه اتفاقی براش می‌افته. حتی ممکنه این افتادگیم شدیدتر بشه. تازه هرچی سن آدم کمتر باشه، عملش هم ممکنه مؤثرتر باشه. زخماش هم بهتر خوب بشه" (مشارکت‌کننده ۳۶، ساله، ۴ زایمان طبیعی).

مراجعه بیان کرد، او در این باره چنین توضیح داد: "بچه‌هام که می‌گن پول عمل و درمان و هر کاری لازم باشه، میدن. طفلی‌ها می‌گن مادر برو عمل کن آگه خوب میشه ما کارگری می‌کنیم میدیم پولشو تو اینقدر درد نکش" (مشارکت‌کننده ۵۸، ساله، ۶ زایمان طبیعی).

توصیه‌های تیم بهداشتی به درمان:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند آگاهی یافتن افراد دارای افتادگی نسبت به بیماری، دریافت توصیه به درمان‌های مختلف، افزایش آگاهی آنها نسبت به مشکل، پیامدها و خطرات عدم پیگیری طولانی‌مدت باعث مراجعه به‌موقع و پیگیری درمان برخی از آنها شده است. هرچه این موضوع سریع‌تر در مراجعه اول بیماران انجام شود، اقدام برای درمان زودتر صورت می‌گیرد. یکی از بیماران بیان داشت آگاهی یافتن نسبت به اضافه شدن مشکلات جدید، عاملی جهت مراجعه سریع‌تر بوده است. "دکتر بهم گفته زودتر باید عمل کنی وگرنه بزرگ‌تر میشه و مانع اجابت مزاجت میشه، منم ترسیدم گفتم به شوهرم باید زودتر عمل کنم" (مشارکت‌کننده ۴۵، ساله، ۱ زایمان سزارین).

مشارکت‌کننده دیگری آگاهی از امکان مشکلات جنسی و زناشویی در صورت ادامه وضعیت را دلیلی بر جستجوی درمان ذکر کرد. "دکتر گفت تو افتادگی رحم داری و دهانه واژنت باز شده و باید ترمیم انجام بدی وگرنه بعداً با شوهرتم به مشکل می‌خوری" (مشارکت‌کننده ۳۵، ساله، ۲ زایمان طبیعی).

درک تشدید علائم با گذشت زمان:

بسیاری از مشارکت‌کنندگانی که به هر دلیلی از جمله بی‌میلی شخصی برای مراجعه جهت درمان، وضعیت اقتصادی - مالی نامناسب، نداشتن فردی جهت حمایت و همراهی، انتظار بهبودی خودبه‌خودی و ترس و نگرانی از درمان‌های تهاجمی از جستجوی درمان سرباز زده بودند و اقدام برای درمان را به تأخیر انداخته بودند، با درک علائم تشدید بیماری و درک تهدید جدی شدن بیماری به جستجوی راه چاره و درمان می‌پرداختند. اکثراً اظهار داشتند که در ابتدا سعی در کنترل علائم نموده‌اند و بعد از مدتی که احساس کردند علائم تشدید و غیرقابل کنترل شده و زندگی روزمره‌شان را مختل نموده است،

خانمی که به علت عدم آگاهی از افتادگی برای درمان دیر مراجعه کرده بود، بعد آگاهی یافتن از مشکل سریعاً برای عمل اقدام کرده بود و بیان داشت: "الان سنم رفته بالا دیر شده، اما باز با خودم می‌گم دو روز دیگه دیرتره، هرچی آدم سنش میره بالا، توانش هم کمتر میشه برای درمان، بعدم با خودم می‌گم اگه درمان نکنم و بعدها که بچه‌ها جمع می‌کنن، ممکنه این ریزش ادرارم برای اونا هم زحمت اضافه‌تر درست کنه. واسه همین می‌گم زودتر عمل کنم" (مشارکت کننده ۶۸ ساله، ۳ زایمان طبیعی).

ترس از عوارض آینده:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان یکی از موارد مهمی که موجب جستجوی درمان می‌شود را ترس از بروز عوارض کوتاه‌مدت و درازمدت این مشکل بیان کرده‌اند. برخی از مبتلایان با شنیدن موارد تشدید یافته از سایر افراد مبتلا، اعضاء تیم بهداشتی و جستجو در اینترنت دچار اضطراب و مراجعه سریع‌تر جهت درمان شده‌اند. به‌طور کلی آگاهی دادن به بیماران در رابطه با عوارض عدم درمان به‌موقع، موجب اقدام سریع‌تر برای درمان می‌گردد.

خانمی که در جلسه اول مراجعه به پزشک تمایلی به مراجعه نداشته و به اصرار و اجبار همسر مراجعه کرده بود، با صحبت کردن با یکی از بیماران، از عوارض احتمالی آینده بیماری ترسیده بود و در جلسه بعدی ویزیت با تمایل شخصی مراجعه کرده بود و در این باره توضیح داد "دفعه قبل در محوطه بیمارستان یک دختر ۲۵ ساله نشسته بود و گریه می‌کرد می‌گفت می‌خوان رحممو بردارن، از عفونت‌های شدید، انگار سرطانی شده. دیگه منم ترسیدم، چون دکتر بهم گفته این عفونت‌های مداومت از افتادگیته" (مشارکت کننده ۲۸ ساله، ۲ زایمان طبیعی).

مشارکت‌کننده دیگر با افتادگی رکتوم بیان داشت: "دکتر بهم گفته اگه درمان نکنم، دیگه جلوی اجابت مزاجم گرفته میشه و نمی‌تونم مدفوع کنم، واسه همین می‌خوام زودتر درمان بشه" (مشارکت کننده ۴۵ ساله، ۱ زایمان سزارین).

مشقت‌بار شدن انجام تکالیف دینی:

برای انجام فرایض دینی، پاک بودن لازم است. بسیاری از زنان مبتلا به افتادگی اعضای لگن اظهار داشتند احساس ناپاکی و نجس بودن مداوم دارند که به این دلیل مدام دوش می‌گیرند و لباسشان را عوض می‌کنند، اما با این حال آنگونه که شایسته است و علاقه دارند، نمی‌توانند تکالیف دینی خود را به جای آورند و همیشه احساس ناراحتی، اضطراب و گناه می‌کنند. برخی زنان بیان داشتند: "وضو می‌گیرم، هنوز به سجاده نرسیده اگه سرفم بگیره دوباره باید برم وضو بگیرم. با ترس و لرز سریع نمازمو می‌خونم دیگه. مثل اولاً نمیتونم طولش بدم. همش تو نمازم بهش فکر می‌کنم که الانه که ادرارم بریزه" (مشارکت کننده ۶۲ ساله، ۳ زایمان طبیعی).

"وقتی بیرون شهری جای مناسبی نیست که خودتو عوض کنی، دیگه بعد برای نماز مشکل‌دار میشی. می‌خونم اما نماز به دلم نمی‌چسبه، همشم فکرم درگیره، بعدم که میام خونه دوباره می‌خونم" (مشارکت کننده ۳۶ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

زجرآور شدن رابطه جنسی:

بسیاری از زنان مشارکت‌کننده اظهار داشتند که رابطه جنسی آنان به دلیل وجود علائم بالینی افتادگی اعضای لگن دچار مشکل شده و موجب ناراحتی در رابطه برای آنان و همسرانشان گردیده است. این افراد اختلال در رابطه جنسی را تهدیدی برای اختلال در زندگی زناشویی می‌دانستند و بر این اساس جهت جستجوی درمان مراجعه می‌کردند. دلایلی از جمله: عدم تمرکز در رابطه به علت ترس از ریزش ادرار، بوی ادرار، عدم جذابیت ناحیه تناسلی، دفع گاز، خروج صدا از واژن و وجود مانع موجب می‌شد آنها کاهش میل جنسی و درد را تجربه کنند و از رابطه‌شان لذت نبرند، اما جهت حفظ زندگی مشترک خود آنان تن به رابطه جنسی زجرآور و عاری از لذت می‌دادند.

یکی از مشارکت‌کنندگان خروج صدا را دلیلی برای عدم رضایت از رابطه جنسی مطرح کرد: "صداها ناھنجار موقع نزدیکی از رحم خارج می‌شه. خیلی بدم میاد، دوست ندارم" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۲ زایمان طبیعی).

فقط آزمایش و داروهای زیاد می‌شه، واسه همین ترجیح میدم نرم دکتر" (مشارکت‌کننده ۳۱ ساله، ۲ زایمان طبیعی).

میزان دسترسی و فراهم بودن درمان

برخی از زنان عدم دسترسی به درمان با کیفیت را یکی از موانع در راه جستجوی درمان بیان می‌کردند. برخی زنان در این رابطه چنین اذعان داشتند:

"خیلی راهمون دوره تا اینجا ۶ تا ماشین عوض کردیم، واقعا داغون شدم. شهرستانی که هستیم در حد درمانگاه داره، مثل اینجا بیمارستان مجهز نیست" (مشارکت‌کننده ۵۸ ساله، ۶ زایمان طبیعی).

"بخوام عمل کنم باید چند روزی اینجا بمونم، تو این شهرم کسی رو نداریم، برام خیلی سخته. اگر نزدیک خودمون می‌تونستم عمل کنم زودتر می‌رفتم واسه درمان" (مشارکت‌کننده ۴۳ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

عدم آگاهی در مورد افتادگی اعضای لگن

اغلب مشارکت‌کنندگان در مورد مشکل افتادگی بی‌اطلاع بودند و در مورد این بیماری و درمان‌های آن اطلاعاتی نداشتند و علائم خود را به سایر وضعیت‌هایی که می‌شناختند از جمله: عفونت ادراری، عفونت‌های رحمی، سیاتیک، کار زیاد و خستگی، عادی تلقی کردن مشکل با افزایش سن و سرماخوردن کلیه‌ها ارتباط می‌دادند. آنها هیچ اطلاعاتی را حتی به‌صورت تصادفی، در مورد افتادگی‌ها اعضای لگن از طریق برنامه‌های تلویزیونی و پمفلت‌های آموزشی دریافت نکرده بودند. به‌علت کم بودن اطلاعات دریافتی از طرق مختلف، آنها خود به‌صورت فعالانه به جستجوی اطلاعات در مورد افتادگی‌ها می‌پرداختند.

تعدادی از زنان به‌علت عدم آگاهی اظهار داشتند که قبل از تشخیص ریزش ادرار، خود را به عفونت ادراری و سرماخوردگی نسبت می‌دادند: "من اول فکر می‌کردم عفونت ادرار دارم که ریزش دارم، به شوهرم گفتم گفت شاید عفونت ادراری داری، یا کلیه‌ات سرما خورده. نمیدونستم که این بیماریه و افتادگی دارم. منم راجبش نشنیده بودم. چون بچم درشت بود، حتی ماماها بهم سر زایمان گفته بودن احتمال داره افتادگی بگیری، اما من اصلاً هیچ درکی نسبت بهش نداشتم و حتی نمیدونستم

برخی از مشارکت‌کنندگان ریزش ادرار را به‌عنوان عاملی جهت سخت شدن رابطه جنسی اذعان کردند "ادرارمو نمی‌تونستم نگه دارم. حتی قبلش می‌رفتم دستشویی، اما فایده نداشت. همش تو رابطه حواسم به اینه که ادرارم نریزه و هم آبروم نره جلو شوهرم هم تخت کثیف نشه" (مشارکت‌کننده ۴۹ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

مشارکت‌کنندگان دیگر، درد را عاملی برای کاهش میل جنسی و عدم تمایل به انجام رابطه بیان کردند "دیگه تمایلی به رابطه ندارم. یعنی مثل قبل تحریک نمی‌شم و هیچ نیازی ندارم. به دردش و ریزش ادرار که فکر می‌کنم میلم سرکوب می‌شه. بعضی موقع‌ها با شوهرم دعوا می‌شه" (مشارکت‌کننده ۳۵ ساله، ۲ طبیعی، ۱ سزارین). طبقه موانع جستجوی درمان شامل ۹ زیرطبقه از عواملی است که نقش ممانعت‌کننده را برای جستجوی درمان دارد و موجب تأخیر درمان می‌شود.

بی‌میلی شخصی برای مراجعه جهت درمان

برخی زنان اظهار داشتند از مراجعه به پزشک سرباز می‌زنند، دلایل آنها برای این موضوع شامل: ترس از معاینه، وحشت از مراجعه به پزشک، حضور تعداد زیادی از بیماران در اتاق هنگام ویزیت، وقت کوتاه ویزیت، زمان‌های طولانی انتظار برای ویزیت، عدم آگاهی به نوع تخصصی که باید مراجعه کنند و ترس و نگرانی از درمان‌های تهاجمی بود.

این مشارکت‌کننده ترس از معاینه‌های پزشکی را علت عدم مراجعه به پزشک بیان کرد: "نمی‌رفتم چون از معاینه داخلی خوشم نمیاد، علتشم اثرات معاینه‌های زیاد زایمان اولمه. قبل از زایمان ۱۴ بار معاینه شدم. از اون موقع ترسیده شدم" (مشارکت‌کننده ۳۵ ساله، ۲ زایمان طبیعی).

یکی از مشارکت‌کنندگان که از مراجعه به پزشک‌های متعدد و بی‌فایده بودن مراجعه به پزشک شاکمی بود گفت: "اگر یک پزشک خانواده وجود داشت که همیشه میرفتی مشکلاتتو بهش می‌گفتی خیلی خوب می‌شد، هر دفعه باید به یک پزشک بریم که نمی‌شناست، بیماری‌های قبلتو نمیدونه، همین که بخوای کمی توضیح بدی هم وقت ویزیتت تموم شده، تو چند دقیقه‌ای هم که ویزیت می‌شیم، مشکلاتمون فهمیده نمی‌شه،

یعنی چی، اما از وقتی فهمیدم رفتم تو اینترنتم راجبش خوندم" (مشارکت کننده ۳۶ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

شرم از بازگو کردن مشکلات تناسلی

یکی دیگر از موانع جستجوی درمان که توسط برخی از مشارکت‌کنندگان بیان شد، شرم و خجالت بود. موضوعات مربوط به اندام‌های تناسلی از موضوعاتی بسیار حساس می‌باشد که افراد تمایلی به صحبت در مورد آن نداشتند. بسیاری از زنان مبتلا اذعان داشتند که تنها با تعدادی از افراد نزدیک خود در مورد مشکلشان صحبت کرده بودند. درک علائم افتادگی به‌عنوان یک وضعیت شرم‌آور به‌جای یک بیماری موجب مخفی کردن آن و در نتیجه تحمل آنها به‌مدت طولانی قبل از جستجوی درمان است و مانع مهمی در دستیابی به خدمات بهداشتی می‌باشد.

دلیل شرم برخی از بیماران معاینه دستگاه تناسلی بود: "واسه همین دکتر اومدن میدونی چقدر خجالت کشیدم؟ الانم به زور شوهرم اومدم. از معاینه شدن خجالت می‌کشم" (مشارکت کننده ۲۸ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

شرم برخی از افراد به‌دلیل عیب پنداشتن افتادگی لگن بود: "من فکر می‌کردم این یک عیب بزرگه، اگه بقیه بفهمن میگن نگاه کن این عیب‌دار شده، واسه همین اصلاً بروز نمی‌دادم که مشکل دارم، هرکار می‌کردم که هیچ کس با خبر نشه از علائم" (مشارکت کننده ۳۶ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

وجود تجربیات منفی درمان در اطرافیان:

برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که تجربه منفی، مانعی برای جستجوی درمان توسط آنان بوده است. "اگه واقعا بدونم خوب می‌شه می‌رم وگرنه نمی‌خوام. دیدم آخه دورم کسایی رو که عمل کردن و خوب نشدن، چه فایده بعداً، فقط یک عمل الکی انجام دادی. دوستانم میگن عملش فایده نداره. موقتی هست و دوباره علائمش بر می‌گرده" (مشارکت کننده ۵۴ ساله، ۳ زایمان سزارین).

وضعیت اقتصادی - مالی خانواده:

برخی از افراد عدم توانایی پرداخت هزینه‌های درمان را به‌عنوان مانعی برای جستجوی درمان ذکر نمودند.

نداشتن درآمد مستقل و عدم همکاری همسر در تأمین هزینه درمان توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان بیان شد.

"میگه هر وقت پولدار شدم برو عمل کن. الان که ندارم. برای من هیچی خرج نمی‌کنه، منم که از خودم درآمدی ندارم" (مشارکت کننده ۵۸ ساله، ۶ زایمان طبیعی).

عدم پوشش هزینه جراحی ترمیم عضلات کف لگن توسط بیمه‌های درمانی، باعث عدم توانایی برخی زنان برای درمان شده بود: "گفتن درمانش عمله، ما هم که پولش رو نداریم، برای همین فعلاً بی‌خیالش شدم. آخه گفتن چون هنوز شدید نیست بیمه هم قبول نمی‌کنه و افتادگی‌ها رو به‌عنوان عمل زیبایی میدونه و هزینه‌شو نمیده، نمی‌دونن که ما چقدر مشکل داریم" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۲ زایمان طبیعی).

یکی از مشارکت‌کنندگان هزینه‌های سنگین یکی از فرزندان‌شان را مانع جستجوی درمان بیان کرده بود: "یک بچه دارم که پاش مشکل داره، برای عملش و فیزیوتراپیش همش باید هزینه کنیم. دیگه پولی برامون نمی‌مونه، سه تا بچه دیگه هم دارم، خرج دارن" (مشارکت کننده ۴۳ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

پیگیری درمان محل ایفای نقش‌های متعدد زنان

برخی مشارکت‌کنندگان مسئولیت‌های خانوادگی، شغلی و مشکلات روزمره خود را مانعی در جهت جستجوی خدمات پزشکی معرفی کردند. آنها به‌علت مشغله‌های روزمره، فعالیت‌های مادری و نبود کسی جهت انجام این امور در نبود آنها مجبور به نادیده گرفتن مسائل مربوط به خود می‌شدند. انجام سایر امور را بر خود ترجیح می‌دادند و بار مشکلات بیماری‌شان را مدت‌ها به‌دوش می‌کشیدند. در مشارکت‌کنندگانی که روزمرگی و مشکلات زندگی مانع از مراجعه به موقع شده بود، تداوم و تشدید علائم منجر به تصمیم برای اقدام گردیده بود.

خانمی که دارای چهار فرزند بود بیان کرد "من همون ۱۰-۱۲ سال پیش شایدم بیشتر دکتر بهم گفت عمل کن، اما من هی یک بچم دانشجو شد، بعد اون یکی، هر کدومم یک شهر رفتن، دو تا هم کوچیک تو خونه بودن واسه همین نشد برم. درس بچه‌هام برام مهم‌تر بود" (مشارکت کننده ۴۹ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

بحث

مطالعه حاضر به تبیین تسهیل‌کننده‌ها و موانع جستجوی درمان در زنان ایرانی مبتلا به افتادگی اعضای لگن پرداخت که موجب پدیدار شدن ۲ طبقه تسهیل‌کننده‌ها و موانع جستجوی سلامت شد. در مطالعات در کشورهای مختلف موانع و تسهیل‌کننده‌ها بر سر راه جستجوی درمان افراد دارای مشکل افتادگی اعضای لگن دارای تشابهات و تفاوت‌هایی بوده است که در زیر به آنها اشاره شده است. در مطالعه حاضر تسهیل‌کننده‌های جستجوی درمان شامل درک حمایت همسر، درک حمایت خانواده، دریافت توصیه‌های تیم بهداشتی به درمان، درک تشدید علائم، وجود تجربیات مثبت درمان در اطرافیان، اعتقاد به ضرورت درمان در سنین پایین‌تر، ترس از عوارض آینده، مشقت‌بار شدن انجام تکالیف دینی و زجرآور شدن رابطه جنسی بود. چالیز و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای کیفی در نپال، تسهیل‌کننده‌های جستجوی درمان در بیماران مبتلا به افتادگی اعضای لگن دسترسی جغرافیایی به تسهیلات، نقش حمایتی داوطلبان سلامت زنان جامعه، رسیدن به انتهای سن باروری، حمایت اعضای خانواده، تشدید علائم و ترس از نتایج کشنده پیشرفت بیماری نام برده شدند (۲۲). برخی عوامل در راستا و برخی برخلاف نتایج مطالعه حاضر بود؛ به‌عنوان مثال دسترسی جغرافیایی به‌عنوان تسهیل‌کننده جستجوی درمان نام برده شده، در صورتی که در مطالعه حاضر در ایران عدم دسترسی، به‌عنوان مانع می‌باشد. علت این امر وجود کمپ‌های سیار جراحی در نزدیک محل سکونت است که موجب دسترسی سریع و آسان به درمان می‌شود و موانع دور بودن و حمل‌ونقل را حذف می‌کند. در این مطالعه زنان به‌دلایل مختلف مراجعه را به تعویق می‌انداختند و تنها زمانی که علائم بدتر می‌شد، تا جایی که زنان درد و مشکلات شدیدی را تجربه کنند و آن را غیرقابل تحمل ببینند، مراجعه می‌کنند. در همین راستا تعدادی از مطالعات دیگر از جمله مطالعه چالیز و همکاران (۲۰۱۶) و پاکباز و همکاران (۲۰۱۰) نیز دریافتند که افزایش شدت علائم به‌عنوان انگیزه افراد برای جستجوی درمان را بیشتر می‌کند (۲۲، ۲۳). با

خانمی که به‌علت مشغله کاری به‌دنبال درمان نمی‌رفت اذعان داشت: "آخه باید کارمو ول کنم، من تو این شهر تنهام، همه دلخوشیم کارمه، یک مدت نرم سره کار خلوت می‌شه و مشتری‌ها نمیان. البته کسی هست کارارو انجام بده، اما کارای اصلی کارمو رو خودم انجام میدم. فعلاً هم دارم ریزه‌ریزه محل کارمو بازسازی می‌کنم، نمی‌تونم برم واسه درمان" (مشارکت‌کننده ۴۹ ساله، ۲ زایمان طبیعی).

نداشتن حمایت و همراهی

اکثر مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که نداشتن فردی جهت همراهی کردن عامل تأخیر در مراجعه آنان بوده است. این زنان علی‌رغم این که در تمام مواقع به حمایت همه اعضای خانواده می‌پرداختند، بسیاری از آنها در مواقع لزوم حمایت کافی دریافت نمی‌کردند.

خانمی که ۹ سال مشکلات مربوط به بیماری‌اش را به دوش می‌کشید، بیان کرد: "بچه‌هام کوچیک بودن، کسی نبود ازم مراقبت کنه. شوهرم مریضه، الانم که پاش شکسته. دخترم شهرستانه و اونجا میره سرکار، الانم گفته فقط همین ماه می‌تونم بیام جات، اگه عمل کنی وگرنه بعدش نمی‌شه" (مشارکت‌کننده ۴۳ ساله، ۴ زایمان طبیعی).

بهبود نسبی و گهگاهی علائم بیماری

بسیاری از بیماران اظهار می‌کردند که دارای دوره‌هایی از تسکین و تشدید مجدد علائم می‌باشند که موجب می‌شود به اشتباه تصور کنند بیماری‌شان در حال بهبودی خودبه‌خودی می‌باشد. افتادگی اعضای لگن با استراحت و بالا گرفتن پاها به‌صورت موقت بهبود می‌یابد، اما پس از شروع دوباره فعالیت، علائم باز می‌گردد.

در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: "من قبلاً نان‌پزی می‌کردم، قالی‌بافی می‌کردم، از وقتی اونارو ترک کردم، رحمم رفته بالا و بهتر شده، همین الانم باز کار که می‌کنم یک استکانی، ظرفی می‌شورم بعد که می‌خوام بشینم درد دارم" (مشارکت‌کننده ۵۸ ساله، ۶ زایمان طبیعی).

وجودی که تشدید بیماری به‌عنوان تسهیل‌کننده می‌باشد، این مورد تسهیل‌کننده منفی است و در زمان دورتری از شروع بیماری موجب اقدام برای درمان می‌شود. از این رو، آموزش زنان در مورد پیامدهای پیشرفت بیماری، تأثیرات بالقوه آن بر سلامتی و اهمیت جستجوی مراقبت در زمان مناسب، ضروری است.

مشقت‌بار شدن انجام تکالیف دینی، یکی از دلایل مهم برای جستجوی درمان در مطالعه بیان شد، زیرا تمیز و دور بودن از نجاست برای زنان مسلمان خصوصاً در مکان‌های مذهبی بسیار بااهمیت است. برای مسلمانان ادرار و خون نجس هستند و برای انجام فعالیت‌های مذهبی نیاز به پاک بودن می‌باشد. برخی مشارکت‌کنندگان در مسافرت‌های مذهبی و یا مناسک مذهبی دغدغه ناپاکی داشتند و این حالت مانع از انجام تکالیف مذهبی آنها می‌شد. در همین راستا تنگکو و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به‌روش پدیدارشناسی در زنان مسلمان از این مشکل به‌عنوان لکه‌ای در زندگی نام برده‌اند که مانع از تمیزی و پاکی آنها می‌شود (۲۴). سانجه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای بر روی زنان مسلمان شمال غرب انگلستان بیان کردند بی‌اختیاری ادرار تأثیر بسیار بیشتری بر کیفیت زندگی زنان مسلمان نسبت به کسانی که یهودی، هندو یا مسیحی هستند، دارد که این موضوع به‌دلیل اهمیت پاکی و طهارت در انجام وظایف دینی می‌باشد که با مشکلات ایجاد شده توسط افتادگی‌ها رعایت پاکی برایشان دشوار می‌گردد (۲۵).

در مطالعه حاضر موانع جستجوی سلامت شامل: عدم آگاهی در مورد افتادگی اعضای لگن، بی‌میلی شخصی برای مراجعه جهت درمان، میزان دسترسی و فراهم بودن درمان، وجود تجربیات منفی درمان در اطرافیان، وضعیت اقتصادی- مالی، شرم از بازگو کردن مشکل تناسلی، عوامل مرتبط با فرزندان و خانواده، نداشتن فردی جهت حمایت و همراهی و بهبود نسبی و گهگاهی علائم بیماری بود. برخی مطالعات بیان کردند تنها ۲۰-۱۰٪ از زنان مبتلا به افتادگی‌های اعضای لگن به جستجوی درمان برای مشکیشان می‌پردازند (۲۶). این درصد کم می‌تواند به‌علت وجود موانع بر سر مراجعه به‌موقع باشد.

در مطالعات دیگر در نپال، نیجریه و اتیوپی دلایل دیگری از جمله: دسترسی، هزینه‌ها و کیفیت خدمات، دیدگاه افراد به سلامتی، درک و تفسیر کلی از بیماری خود، دیدگاه‌های اجتماعی فرهنگی غالب در مورد بیماری، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، نوع سیستم تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی، ویژگی‌های فردی، وظایف و مشغله زیاد زنان در خانواده، ماهیت پدرسالارانه خانواده-ها و به‌ویژه عدم توانایی زنان در مشارکت برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود را ذکر کرده‌اند (۱۵، ۲۲، ۲۷). در مطالعه‌ای کیفی در هند، موانع جستجوی درمان شامل: ترس از عمل، نداشتن وقت و عدم اجازه همسر برای جستجوی درمان بود (۲۸). این مطالعه کیفی نیز همراستا با مطالعه حاضر نشان داد که ترس از عمل و نداشتن وقت از موانع جستجوی درمان هستند، اما هیچ‌کدام عدم اجازه همسر را به‌عنوان مانع ذکر نکردند. در ایران پزشکان مربوط به مشکلات زنان اکثراً زن هستند و مشکل صحبت با پزشکان مرد مانع جستجوی درمان بیان نشد، اما برخلاف نتایج مطالعه حاضر، سانجه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای اکتشافی بر روی بی‌اختیاری‌های ادراری در زنان مسلمان شمال غرب انگلستان، این‌گونه بیان کردند که جستجوی درمان این گروه متفاوت از مسلمانانی است که در سایر کشورها زندگی می‌کنند و از دلایل این موضوع می‌توان به نبود خدمات حساس به فرهنگ در این کشور، عدم راحتی در بازگو کردن مشکلات با پزشک مرد و مشکلات ارتباطی به علت زبان متفاوت اشاره کرد و این زنان در انزوا و تنهایی خود مشکل را تحمل می‌کنند (۲۵). مقایسه این مطالعه و سایر مطالعات نشان می‌دهد زنان مسلمان در جوامع گوناگون شرایط متفاوتی دارند که برای کمک به آنان لازم است نیازهای آنها در هر جامعه با در نظر گرفتن شرایط آن جامعه بررسی شود.

مطالعه حاضر نیز نشان داد عدم آگاهی و دانش به‌عنوان مانعی برای مراجعه جهت جستجوی درمان می‌باشد. علی‌رغم اینکه که در مطالعات مختلف در ایران و جهان بیان کردند که افتادگی اعضای لگن مشکلی شایع در بین زنان است، آنها اطلاعات و دانش کمی نسبت به این مشکل دارند (۲۹). شرستا (۲۰۱۵) بیان داشت ۵۲/۹٪

دارای خصوصیات یک مطالعه کیفی می‌باشد، به همین جهت با توجه به کم بودن تعداد نمونه و انتخاب هدفمند مشارکت‌کنندگان، فاقد تعمیم‌پذیری مطلوب است، اما سعی شد با در نظر گرفتن حداکثر تغییرپذیری در نمونه‌گیری، بر محدودیت موجود غلبه شود.

نتیجه‌گیری

تسهیل‌کننده‌ها و موانع در جستجوی سلامت و درمان زنان در حوزه افتادگی اعضای لگن که در این مطالعه شناسایی شده است، می‌تواند در درک نیازهای بهداشتی آنان کمک کند و به‌عنوان اساسی برای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و مشاوره‌های مؤثر توسط برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت باروری و مراقبین سلامت در نظر گرفته شود. مهم است که زنان را به غلبه بر شرم پیرامون مسائل مربوط به اندام تناسلی تشویق نمود و با افزایش آگاهی آنها از طریق رسانه‌های عمومی در مورد علل، علائم، درمان و شیوه زندگی سالم به پیشگیری و مدیریت آن کمک نمود. همچنین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید در مورد آگاهی بیشتر این مشکل در میان زنان تمرکز کنند و اطمینان دهند که بیان این مشکل موجب تحقیر آنها نمی‌شود. به‌طورکلی با شناخت موانع و تسهیل‌کننده‌های جستجوی سلامت می‌توان برای مراجعه به‌موقع و درمان افراد مبتلا به افتادگی اعضای لگن اقدامات درمانی و آموزشی مناسب برنامه‌ریزی کرد. این مطالعه تنها به رفتارهای جستجوی سلامت پرداخت و به مشکلات و نگرانی‌های زنان مبتلا به افتادگی اعضای لگن نپرداخته است، از آنجا که شناخت مشکلاتی که افراد مبتلا با آن درگیر هستند، می‌تواند به کاهش هرچه بیشتر مشکلات این گروه از افراد کمک کند، لازم است مطالعات آینده با تمرکز بر این موضوع صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه پایان‌نامه دانشجویی مقطع دکتری تخصصی بهداشت باروری می‌باشد که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS.REC.1396.365) به تصویب رسیده

زنان نپال در مورد افتادگی‌های اعضای لگن نشنیده بودند و اطلاعاتی نداشتند، در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته، دانش زنان در مورد این مشکل بیشتر است (۳۰). این موضوع یکی از مواردی هست که تیم پزشکی می‌تواند با آموزش دادن کافی به بیمارانشان مانع را برطرف کنند.

مطالعه حاضر نشان داد زنان مسلمان ایرانی نیز صحبت در مورد مسائل جنسی و تناسلی را موضوعی ناپسند و خجالت‌آور می‌دانند و به راحتی نمی‌توانند در مورد آن صحبت کنند. یکی از راه‌های کاهش تصورات غلط و شرم از صحبت در مورد مشکلات تناسلی، آموزش خصوصاً توسط پرسنل بهداشتی می‌باشد. در این راستا همچنین برخی مطالعات از صحبت در مورد علائم و مشکلات افتادگی به‌عنوان تابو و استیگما صحبت شده که این موضوع مانع از مراجعه زنان برای جستجوی درمانشان می‌شود (۲۲، ۳۱). شریستا (۲۰۱۵) طی مطالعه‌ای در نپال اذعان داشت ۴۸٪ زنان به‌علت شرم به‌دنبال درمان نمی‌روند (۳۰). بورمن و همکار (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای کیفی در هلند نیز از شرم و تابو دانستن افتادگی، به‌عنوان مانعی برای جستجوی درمان نام بردند (۳۲). در راستای مطالعه حاضر، هتچ و همکاران (۲۰۱۱) طی مطالعه‌ای در آمریکای لاتین، موانع عدم جستجوی درمان در زنان علامت‌دار را عقاید موانع فرهنگی و تابوها و خجالت و شرمندگی از صحبت در رابطه با علائم ادراری و تناسلی ذکر کردند (۳۳).

از نقاط قوت این مطالعه، پرداختن به موضوعی بود که اکثر زنان ایرانی به‌صورت پنهانی از آن رنج می‌برند، اما با توجه به شرایط فرهنگی جامعه که صحبت در مورد اندام تناسلی تابو می‌باشد، از صحبت و درمان آن سر باز می‌زنند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به وابستگی فرهنگی موضوعاتی مانند مشکل افتادگی اعضای لگن اشاره کرد، زیرا آنها به راحتی در مورد این مسائل صحبت نمی‌کنند، خصوصاً که با ضبط صدا همراه باشد، اما در ابتدای هر مصاحبه تلاش شد با توضیح کامل هدف پژوهش و بیان محرمانه بودن اطلاعات و مصاحبه‌ها، اعتماد مشارکت‌کنندگان جلب شود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت این پژوهش

است. بدین‌وسیله 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.

منابع

1. Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Vitale SG. Pelvic organ prolapse: the impact on quality of life and psychological well-being. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2018; 39(2):164-6.
2. Low LK, Tumbarello JA. Falling out: authoritative knowledge and women's experiences with pelvic organ prolapse. *J Midwifery Womens Health* 2012; 57(5):489-94.
3. Chauvin C, Chéreau E, Ballester M, Daraï E. Potential relevance of pre-operative quality of life questionnaires to identify candidates for surgical treatment of genital prolapse: a pilot study. *BMC Urol* 2012; 12(1):9.
4. Dietz HP, Simpson JM. Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse. *BJOG* 2008; 115(8):979-84.
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, Nepal: Institute of Medicine Tribhuvan University; 2011.
6. Akhlaghi F. The prevalence of pelvic floor disorders in women that referred to the clinic of gynecology in Zeinab hospital, Mashhad, Iran, 2003. *Iran J Obstet Gynecol Infert* 2004; 7(1):25-31. (Persian).
7. Ahmed AS, Zaky NH. Health care-seeking behaviors among women suffering from urinary incontinence. *J Nurs Care* 2016; 5(319):2167-8.
8. Milart P, Woźniakowska E, Czuczwar P, Woźniak S. Pelvic organ prolapse in women: how is it diagnosed and treated currently? *Prz Menopauzalny* 2015; 14(3):155-60.
9. Hale S, Grogan S, Willott S. "Getting on with it": women's experiences of coping with urinary tract problems. *Qualit Res Psychol* 2009; 6(3):203-18.
10. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S, Bonakchi H, Najmabadi Khadijeh M, Naghavi M, et al. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2015; 31(11):860-5.
11. Dunivan GC, Cichowski SB, Komesu YM, Fairchild PS, Anger JT, Rogers RG. Ethnicity and variations of pelvic organ prolapse bother. *Int Urogynecol J* 2014; 25(1):53-9.
12. Adedokun BO, Morhason-Bello IO, Ojengbede OA, Okonkwo NS, Kolade C. Help-seeking behavior among women currently leaking urine in Nigeria: is it any different from the rest of the world? *Patient Prefer Adherence* 2012; 6:815-9.
13. Poortaghi S, Raiesifar A, Bozorgzad P, Golzari SE, Parvizy S, Rafii F. Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:523.
14. Porrett T. Coping and help seeking behaviour in women with Pelvic Floor Dysfunction: the emic perspective. London: City University; 2010.
15. Begashaw B, Tessema F, Gesesew HA. Health care seeking behavior in southwest Ethiopia. *PloS One* 2016; 11(9):e0161014.
16. Ahmed A, Zaky N. Health care-seeking behaviors among women suffering from urinary incontinence. *J Nurs Care* 2016; 5(319):2167-8.
17. Bonetti TR, Erpelding A, Pathak LR. Listening to "felt needs": investigating genital prolapse in western Nepal. *Reprod Health Matters* 2004; 12(23):166-75.
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2):105-12.
19. Cho JY, Lee EH. Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: similarities and differences. *Qualitat Rep* 2014; 19(32):1-20.
20. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1):107-15.
21. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. Applications of social research questions in information and library. Portland: Book News; 2009.
22. Chalise M, Steenkamp M, Chalise B. Factors enabling women with pelvic organ prolapse to seek surgery at mobile surgical camps in two remote districts in Nepal: a qualitative study. *WHO South East Asia J Public Health* 2016; 5(2):141.
23. Pakbaz M, Persson M, Lofgren M, Mogren I. A hidden disorder until the pieces fall into place--a qualitative study of vaginal prolapse. *BMC Womens Health* 2010; 10:18.
24. Hamid TA, Pakgothar 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.
25. Sange C, Thomas L, Lyons C, Hill S. Urinary incontinence in Muslim women. *Nurs Times* 2008; 104(25):49-52.
26. Pakbaz M. Vaginal prolapse—clinical outcomes and patients' perspectives: a study using quantitative and qualitative methods. Sweden: Umeå University; 2011.

27. Adedokun BO, Morhason-Bello IO, Ojengbede OA, Okonkwo NS, Kolade C. Help-seeking behavior among women currently leaking urine in Nigeria: is it any different from the rest of the world? *Patient Preference Adherence* 2012; 6:815-9.
28. Ravindran TS, Savitri R, Bhavani A. Women's experiences of utero-vaginal prolapse: a qualitative study from Tamil Nadu, India. *Safe Motherhood Initiat Crit Issues* 1999; 11:166-72.
29. Good MM, Korbly N, Kassis NC, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Prolapse-related knowledge and attitudes toward the uterus in women with pelvic organ prolapse symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209(5):481.e1-6.
30. Shrestha B. Challenges in prevention and timely care of uterine prolapse in Nepal. Sweden: University of Gothenburg; 2015.
31. Hayder D, Schnepf W. Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative study. *Western J Nurs Res* 2010; 32(4):480-96.
32. Buurman MB, Lagro-Janssen AL. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci* 2013; 27(2):406-13.
33. Hatchett L, Hebert-Beirne J, Tenfelde S, Lavender MD, Brubaker L. Knowledge and perceptions of pelvic floor disorders among african american and latina women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011; 17(4):190-4.