

تبیین تجارب زنان مبتلا به اختلالات کف لگن از خدمات درمانی دریافت شده:

یک مطالعه کیفی

زهرا هادی زاده پلاساز^۱، طلعت خدیوزاده^۲، حسین ابراهیمی پور^۳، نیره خادم^۴

۱. استادیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. استاد، مدیریت خدمات بهداشتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

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

چکیده

زمینه و هدف: مبتلایان به اختلالات کف لگن علیرغم شیوع بالای مشکل در جامعه کمتر به دنبال استفاده از خدمات درمانی هستند. مطالعات مختلف بیان کردند یکی از مشکلات مهم در ارائه خدمات درمانی به افراد مبتلا به اختلالات کف لگن عدم توجه به ترجیحات و انتظارات آنها می باشد. لذا، این مطالعه با هدف تبیین تجارب زنان مبتلا به اختلالات کف لگن از خدمات درمانی دریافت شده صورت پذیرفت.

روش ها: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی تحلیل محتوا مرسوم گراهام و لومن بر روی ۲۴ نفر از زنان مبتلا به اختلال کف لگن انجام شد. مشارکت کنندگان با رعایت حداکثر تنوع به صورت هدفمند با در نظر گرفتن معیارهای ورود شامل ابتلا به هر نوع از اختلالات کف لگن طبق اظهارات خود فرد، توانایی در به خاطر آوردن و بیان شفاف تجربیات، مسلمان و ایرانی بودن، انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته تا اشباع داده ها ادامه یافت. مصاحبه ها به صورت دیجیتالی ضبط، سپس کلمه به کلمه در نرم افزار MAXQDA10 پیاده و بلافاصله کددهی می شدند. تجزیه و تحلیل داده ها، هم زمان و به طور مستمر با جمع آوری اطلاعات انجام می گرفت.

نتایج: پس از طبقه بندی و کدبندی داده ها از مجموع مضمون های یافت شده یک طبقه اصلی شامل ضعف سیستم درمان در مدیریت اختلال استخراج شد. این طبقه دارای هشت زیر طبقه شامل: نارسایی در ارائه خدمات آموزشی، بی توجهی به حقوق مراجع، عدم توانایی سیستم در جلب اعتماد مردم، عدم پوشش مناسب بیمه ای، تحمیل بار مالی بر خانواده بود.

نتیجه گیری: در سیستم درمانی برای اختلالات کف لگن ضعف هایی وجود دارد که این موضوع می تواند زمینه ای برای عدم استفاده ی بهینه از خدمات شود. لازم است به گونه ای برنامه ریزی شود تا افراد مبتلا بتوانند از حمایت های بیشتر بیمه ای و آموزش های جامع برخوردار شوند. سیاستگذاران باید تدابیری بی اندیشند تا خدمات ارزان تر و با کیفیت تر با در نظر گرفتن حقوق مراجعین و جلب رضایت و اعتماد بیماران ارائه شود.

کلید واژه ها:

افتادگی اعضای لگن،
اختلالات کف لگن،
بی اختیاری ادرار، خدمات
درمانی، تحلیل محتوا

تمامی حقوق نشر برای
دانشگاه علوم پزشکی
تربت حیدریه محفوظ
است.

مقدمه

اختلالات کف لگن (PFDs) از جمله بی‌اختیاری ادرار (UI)، بی‌اختیاری مدفوع (FI) و پرولاپس اندام لگن (POP) شرایط رایجی هستند که بر عملکرد جنسی، وضعیت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی تأثیر می‌گذارند (۱). اگرچه اختلالات کف لگن یک عامل تهدید کننده زندگی نیست، اما موضوع بسیار مهمی است زیرا باعث ایجاد عوارض عمده در زنان می‌شود و می‌تواند کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (۲). شیوع جهانی PFDs بین ۱۴ تا ۴۲ درصد گزارش شده است (۳)، اما شیوع واقعی بالاتر است. اندازه‌گیری میزان شیوع واقعی این بیماری دشوار است زیرا اکثر مبتلایان آن را گزارش نمی‌کنند و آن را به وضعیت خصوصی و فردی مربوط می‌دانند (۴). در برخی مطالعات از این مشکل به عنوان "اپیدمی خاموش" یاد کرده‌اند (۵، ۶). در مطالعات تخمین زده شده است که تعداد کل افراد مبتلا به PFD در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۴۲/۸ میلیون نفر خواهد رسید (۱، ۲). و همکاران در مطالعه‌ای گزارش کردند از ۲۰۱۰ تا ۲۰۵۰ میزان استفاده از خدمات درمانی برای اختلالات کف لگن ۴۷/۲٪ افزایش خواهد داشت (۲).

اختلالات کف لگن درمان‌های متعدد دارویی، مکانیکی، فیزیوتراپی، جراحی و درمان‌های محافظه‌کارانه (تغییرات رفتاری، تمرینات بدنی، استفاده از انواع پساری) دارند (۳، ۴). استفاده یا عدم استفاده از این درمان‌ها به عوامل متعددی بستگی دارد (۵، ۶). در مطالعات گوناگون، با توجه به تفاوت کیفیت خدمات، دسترسی به سیستم سلامت و سیستم تامین مالی، خدمات ارائه شده به زنان مبتلا به PFD مختلف گزارش شده است (۷-۱۰). طی مطالعه‌ی اتنوگرافی در انگلیس بر روی سه فرهنگ ترک، آفریقا و یهود ارتودکس هیچ کدام وضعیت اقتصادی را عامل عدم مراجعه برای درمان ذکر نکردند، زیرا خدمات بهداشتی رایگان در اختیارشان بود (۷)، در حالی که در سایر مطالعات در کشورهای دیگر با شرایط اقتصادی و اجتماعی مختلف و شرایط سیستم‌های بهداشتی متفاوت

وضعیت اقتصادی به عنوان یک عامل مهم ذکر شده است و در جوامع گوناگون این عامل تأثیر متفاوت در دریافت خدمات بهداشتی-درمانی دارد (۸، ۹). Chalise and detal و همکاران با انجام مطالعه‌ای در نپال بیان داشتند در دسترس بودن و هزینه‌ی مناسب درمان تأثیر قابل توجهی در استفاده از خدمات سلامت مادری و باروری دارد. به همین منظور در مان در کمپ‌های سیار در نپال نقش قابل توجهی در درمان زنان مبتلا به افتادگی اعضای لگن داشته است و در واقع موانع دسترسی مالی را برطرف کرده است (۱۰). مطالعه Abhyankar نشان داد زنان مشارکت کننده از خدمات آموزشی دریافت شده رضایت کافی نداشتند (۱۱). در مطالعه‌ای در چین در سال ۲۰۰۶ محققین اذعان داشتند زنان مبتلا در مواجهه با اختلالات کف لگن خدمات ارائه شده به صورت طب چینی را بیشتر از سایر درمان‌ها استفاده می‌کنند (۱۲). مطالعات مختلف بیان کردند یکی از مشکلات مهم در ارائه‌ی خدمات درمانی به افراد مبتلا به اختلالات کف لگن عدم توجه به ترجیحات و انتظارات آنها می‌باشد (۱۳، ۱۴).

در مورد اختلالات کف لگن با توجه به شیوع بالای این مشکل لازم است درک زنان مبتلا از خدمات دریافتی تبیین شود. به دلیل متفاوت بودن خدمات ارائه شده به بیماران در هر جامعه و فرهنگ، تبیین دیدگاه زنان درباره‌ی خدمات درمانی دریافت شده در جامعه‌ی ایران ضروری بنظر می‌رسد. از این طریق می‌توان درک زنان از خدمات دریافت شده و نیازهای آنها را کتکاو کرد و از این طریق مسئولین قادر خواهند بود تا شرایط مناسب را برای ارائه خدمات بهتر مراقبتی فراهم نمایند و خدماتی را پایه ریزی کنند که مبتنی بر ترجیحات و انتظارات بیماران باشد. با جستجو در مطالعات انجام شده، مطالعه‌ای که به روش کیفی، دیدگاه زنان مبتلا به اختلالات کف لگن درباره‌ی خدمات درمانی دریافت شده بررسی کرده باشد، یافت نشد. از این رو هدف از مطالعه‌ی حاضر تبیین تجارب زنان مبتلا به اختلالات کف لگن از خدمات درمانی دریافت شده، می‌باشد.

روش‌ها

این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای مرسوم در راستای دیدگاه زنان مبتلا به اختلالات کف لگن درباره‌ی خدمات درمانی دریافت شده از اسفند ۱۳۹۶ تا دی ۱۳۹۹ انجام شد. نمونه‌گیری پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی مشهد با روش هدفمند با در نظر گرفتن حداکثر تنوع (از نظر نوع زایمان، سن، شغل، تحصیلات، محل زندگی شهری و روستایی، نوع اختلال) از افراد مراجعه کننده به درمانگاه‌های زنان بیمارستان‌های امام رضا و قائم در شهر مشهد انجام شد. با توجه به اینکه این دو بیمارستان جزو بیمارستان‌های دولتی بزرگ و اصلی شهر مشهد می‌باشد، که علاوه بر افراد بومی از شهرستان‌های اطراف نیز به آن مراجعه می‌کنند و تعداد مراجعین زیادی دارد که می‌تواند تنوع مشارکت کنندگان را در برگیرد، نمونه‌گیری در این مکان‌ها صورت گرفت. ۲۴ نفر از زنان مبتلا به اختلالات کف لگن که واجد شرایط بودند وارد مطالعه شدند. معیارهای واجدین شرایط شرکت در مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به هر نوع از اختلالات کف لگن طبق اظهارات خود فرد و سپس تایید با معاینه شامل افتادگی اعضای لگن، اختلالات مثانه‌ای و روده‌ای، توانایی در به خاطر آوردن و بیان شفاف تجربیات، مسلمان و ایرانی بودن و داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل سن کمتر از ۱۸ سال، زنان باردار، پست پارتوم و ابتلا به الزایمر بود.

علاقه‌مندان شرکت در مطالعه پس از توضیح مقدماتی، آشنایی با پژوهشگر و اهداف مطالعه، پس از اخذ رضایت شفاهی و کتبی مبنی بر شرکت در مطالعه و ضبط صدا حین مصاحبه با داشتن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. کلیه‌ی مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر (نفر اول) و در محلی با هماهنگی مشارکت‌کنندگان به جهت راحتی آنها انجام می‌شد. مصاحبه تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها و نرسیدن به کد جدید در سه مصاحبه آخر ادامه یافت. در مجموع با ۲۴ مصاحبه شونده ۲۸ مصاحبه انجام شد. با چهار نفر از شرکت‌کنندگان بیش از یک مصاحبه انجام یافت.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. محور سؤال‌های مصاحبه، در خصوص خدمات درمانی دریافت شده بود. تعدادی سؤال باز و کلی، راهنمای محقق در جمع‌آوری اطلاعات قرار گرفت سوالاتی مانند "لطفاً تجارب خود را در خصوص خدمات دریافت شده بیان نمایید"، "ارائه‌دهندگان خدمت به چه نیازی از شما توجه می‌کنند؟" و همچنین سوالات کاوشی از قبیل "می‌توانید در این مورد مثال مطرح کنید؟"، "می‌توانید منظورتان را از این حرف شفاف‌تر بیان کنید؟" و "آیا این صحیح است که شما احساس می‌کنید.....؟" جهت عمیق‌تر شدن درک پژوهشگر از پدیده پر سیده شد. در انتها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط مشارکت کنندگان تکمیل گردید. مدت مصاحبه‌ها از ۶۵-۲۰ دقیقه با توجه به شرایط و حوصله مشارکت‌کنندگان متفاوت بود.

اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها، به روش تحلیل محتوای مرسوم Lundman و Graneheim تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل محتوای مرسوم معمولاً در طرحی مطالعاتی به کار می‌رود که هدف آن شرح یک پدیده است. این نوع طرح، اغلب هنگامی مناسب است که نظریه‌های موجود یا ادبیات تحقیق در باره پدیده مورد مطالعه محدود باشد. در این حالت پژوهشگران از به کار گرفتن مقوله‌های پیش‌پنداشته می‌پرهیزند و در عوض ترتیبی می‌دهند که مقوله‌ها از داده‌ها ناشی شوند. در این حالت، محققان خودشان را بر امواج داده‌ها شناور می‌کنند تا شناختی بدیع برایشان حاصل شود (۱۵). با توجه به اینکه مرور متون تحقیقاتی نشان داد تحقیقات در زمینه موضوع مطالعه‌ی حاضر در جامعه ما محدود می‌باشد، پژوهشگر از روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم در مطالعه خود استفاده نمود. در این پژوهش، مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط، سپس کلمه به کلمه در نرم افزار MAXQDA10 پیاده و بلافاصله کددهی می‌شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم زمان و به‌طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌گرفت. متن نوشته شده مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل‌دهنده و کوچک‌ترین واحدهای معنادار شکسته می‌شد. سپس کدها

بر خانواده بود. حل نشدن مشکل بیماران حتی با مراجعه به واحدهای بهداشت و درمان موجب بروز نگرانی و ناراضیاتی برای بیماران می‌شد.

نارسایی در ارائه خدمات آموزشی

نگاه تک بعدی کادر بهداشت و درمان به مشکلات جسمی و فقدان جامع‌نگری به مسائل آموزشی در بیان اکثر مشارکت‌کنندگان دیده می‌شد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان مشکلاتی نظیر ضعف در آموزش توسط کادر بهداشت و درمان را در مواجهه با اختلالات کف لگن تجربه کرده بودند. عدم اختصاص وقت کافی، عدم آموزش در پیشگیری، در مورد بیماری، آموزش‌های مناسب بعد از عمل جراحی، در مورد انواع روش‌های درمان و آموزش‌های سریع و نامفهوم و بدون توجه به نیاز، عدم توجه به توان و ظرفیت بیمار و عدم دریافت اطلاعات در مورد مشکلات و عوارض آینده‌ی بیماری در صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به چشم می‌خورد. اکثر آنها از نحوه‌ی ارائه‌ی اطلاعات توسط کادر بهداشت و درمان ناراضی بودند.

«من فقط فکر می‌کردم درمانش جراحیه، هیچکس حتی دکتر رفتم نگفت میشه درمانای دیگه هم انجام داد. من از دوستم شنیدم درمانای دیگه هم داره...» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴، ۲۲ ساله)

تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان از عدم دریافت آموزش در مورد کم شدن مشکلات و دغدغه‌هایشان سخن گفتند:

«اصلاً آموزش خاصی داده نمیشه، فقط میگن این قرص بخور، این پماد رو بمال، همین. آدم دو ست داره تو ضیح هم بهش بدن و بگن چیکار کنیم دوباره این مشکلات ایجاد نشه، چه جوری مشکلمون کمتر بشه.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱، ۲۸ ساله)

تعدادی از مشارکت‌کنندگان که آموزش در مورد پیشگیری از ابتلا بعد از زایمان و مراقبت‌های صحیح از خود را دریافت نکرده بودند، یکی از آنان بیان کرد:

«بهداشت بهم گفت یک ورزشایی بعد زایمان بوده باید انجام می‌دادی تا افتادگی نگیری و رحمتم زودتر جمع بشه. گفتم شما

بازخوانی می‌شد تا براساس تشابه معنایی در زیرطبقات قرار گیرد و در ادامه طبقات اصلی تشکیل شد.

در طول مطالعه از معیارهای دقت علمی که توسط لینکولن و گوبا (Lincoln and Guba) استفاده شد. پژوهشگر با تماس طولانی مدت با مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد آنان، تلفیق گروه‌های مختلف پرستاری در گرایش‌ها و بخش‌های مختلف، استفاده از راهنمای مصاحبه، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی و مقایسه مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابهات و تفاوت‌ها، چک کردن مجدد یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان، ارائه تحلیل داده‌ها به صورت مشروح و مبسوط و توصیفات عمیق و غنی از پژوهش برای خوانندگان، سعی در تأمین این معیارها نمود.

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، پژوهشگر بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه برای انجام مصاحبه‌ها اقدام نمود. در ابتدای مصاحبه اطلاعات اصلی در مورد مطالعه از قبیل هدف مطالعه، روش مصاحبه، اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات، حق آن‌ها برای شرکت یا در صورت تمایل خروج از مطالعه و اطمینان از نگهداری فایل صدا داده شد و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و ضبط صدا از آن‌ها کسب شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۴ مددجو در طیف سنی ۶۵-۲۸ سال با میانگین سنی $45/38 \pm 10/12$ مشارکت کردند. سطح تحصیلات آنان از سیکل تا لیسانس متغیر بود. بیشترین نوع زایمان به روش واژینال انجام شده بود. میانگین مدت ابتلا به افتادگی $6/1 \pm 3/44$ بود (جدول ۱).

در پایان مرحله‌ی تحلیل داده‌ها پس از طبقه‌بندی و کدبندی داده‌ها، یک طبقه‌ی اصلی با عنوان ضعف سیستم درمان در مدیریت اختلال پدیدار شد که در جدول دو نشان داده شده است. این طبقه دارای هشت زیر طبقه شامل: نارسایی در ارائه خدمات آموزشی، بی‌توجهی به حقوق مراجع، عدم توانایی سیستم در جلب اعتماد مردم، عدم پوشش مناسب بیمه‌ای، تحمیل بار مالی

این صورت آنها بهتر می‌توانستند در مورد مشکلات جنسی‌شان حرف بزنند:

«میدونی مشکلات خانوما زیاده اما آدم روش نمیشه بیر سه و نمیدونه آدم چه چیزایی مهمه یا چه چیزایی عادیه یا چیا زشته، اگه دکتر مستقیم سوال کنه از آدم راجب علائمت، راجب مشکلات جنسی راحت‌تر آدم میتونه در موردش صحبت کنه.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱، ۲۸ ساله)

بی‌توجهی کادر درمانی به حقوق مراجع

اکثر مشارکت‌کنندگان به مصادیقی از عدم رعایت حقوق خود هنگام مراجعه به سیستم بهداشت و درمان به ویژه در مراکز دولتی اشاره نمودند. این موضوع زمینه‌ی رنج بیماران را فراهم می‌کرد. صف‌های طولانی انتظار، شلوغی اتاق‌های ویزیت و معاینه، حضور پسرهای دانشجوی در اتاق ویزیت در درمانگاه‌های بیمارستان‌های دانشگاهی، نارضایتی از محیط درمان، جو ارتباطی نامناسب و حضور تعداد زیادی دانشجوی از شکایت‌های اکثر مشارکت‌کنندگان در مورد حقوق خود بود. برخی از مشارکت‌کنندگان از جو ارتباطی نامناسب و حرف زدن با بداخلاقی و تمسخر کادر بهداشت و درمان ناراضی بودند. آنها گفتند:

«یک بار رفتم یک دکتری اینقدر با بداخلاقی حرف میزد و یک چیزی که می‌گفتی آدمو مسخره می‌کرد مثلا می‌گفت "چه چیزایی بی‌ارزشی رو مطرح می‌کنید مشکل اصلی تو بگو" اصلا روت نمی‌شد سوالی بپرسی» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱، ۲۸ ساله)

بسیاری از مشارکت‌کنندگان به کم بودن وقت ویزیت‌ها به دلیل حضور تعداد زیادی افراد در اتاق و تعداد زیاد بیماران به عنوان دلیلی برای عدم دریافت آموزش اشاره کردند.

«خانم دکتر سرش خیلی شلوغ بود، وقتش پر، داشت برای دانشجوها توضیح می‌داد و این همه بیمار تو نوبت هستن و خانوم دکتر داشت می‌گفت من نیم ساعت دیگه باید برم و کلاس دارم. واسه همین فرصت نشد بپرسم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۸، ۵۵ ساله)

بهم نگفتین. گفتن عجیبه فراموش کردیم. حتی بهم نگفتن بعد زایمان نباید کار سخت بکنی. من همون چند روز بعدش از جام بلند می‌شدم کار خونه و کار دو تا بچه مدرسه‌ای دیگم رو انجام می‌دادم.» (مشارکت‌کننده شماره ۷، ۳۶ ساله)

تعدادی از مشارکت‌کنندگان که در روستا زندگی می‌کردند، از عدم برخورداری زنان روستا از آموزش شکایت می‌کردند. یکی از آنان چنین می‌گفت:

«اگه تو روستا بهمون آموزش بدن که خانم‌ها چه کارهایی بکنن یا نکنن که این مریضی‌ها براشون پیش نیاد، یک کلاسی می‌داشتن خوب می‌شد. اخه ما سواد در حد دبستان داریم، دیگه راجع به هیچی اطلاعات که نداریم. خیلی خانم‌های روستا این مشکلات رو دارن...» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲، ۴۳ ساله)

تعدادی از مشارکت‌کنندگان که از راه دور مراجعه کرده بودند و ویزیت‌هایی که دریافت کرده بودند ابراز نارضایتی می‌کردند. یکی از آنان سهل‌انگاری کارکنان در بررسی مشکل و دادن اطلاعات لازم را دلیلی بر نارضایتی خود اذعان داشت:

«من اینهمه راه اومدم، نه مشکلمو درست بررسی کردن، نه آموزشی بهم دادن، هیچ، هیچ» (مشارکت‌کننده شماره ۸، ۵۸ ساله)

یکی از مسائلی که در آموزش‌ها به آن توجهی نمی‌شد، گفتگو در مورد مسائل جنسی بود. مسائل جنسی به دلیل حساسیت‌های مذهبی و فرهنگی، شرم و حیا نادیده گرفته می‌شد و اغلب مشارکت‌کنندگان، آموزشی در این مورد دریافت نمی‌کردند.

«تو رابطه‌ی جنسیم بعد از این بیماری خیلی مشکل پیدا کردم. قبلا اینجوری نبودم. اما هیچکس بهمون آموزشی هم نمیده بدونیم حالا چیکار کنیم بهتر بشه.» (مشارکت‌کننده شماره ۴، ۲۸ ساله)

از طرف دیگر برخی از مشارکت‌کنندگان انتظار داشتند اگر مسائل و مشکلات جنسی از سوی کادر بهداشت و درمان مطرح شود و شروع کننده‌ی سوال در مورد این مشکلات باشند، در

را طی کرده، چند ماشین عوض کرده و کلی سختی‌های راه را تحمل کرده بود، بیان کرد:

«دکترای اونجا رو (تریت) قبول ندارم. مرکز بهداشتم داره اما من نفرتم. من حتی زایمانم او دمدم مشهد انجام دادم. اونجا در حدی داره که مشکلات سادتو برطرف کنن واسه مشکل من خواهرام بهم گفتن باید بری پیش متخصص. منم اونجا نفرتم پیش بهداشت، فکر می‌کردم نمی‌تونن کاری کنن.» (مشارکت‌کننده شماره ۸، ۵۸ ساله)

بسیاری از مشارکت‌کنندگان به انجام اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز دولتی اعتماد چندانی نداشتند، به همین دلیل اکثر بیماران برای تصمیم به درمان و تشخیص بیماری خود به چندین پزشک مراجعه می‌کردند. آنها به علت ارزانتر بودن ویزیت‌های بیمارستان‌های دولتی ابتدا به آنجا مراجعه کرده اما برای اطمینان از تشخیص و تصمیم‌گیری برای درمان به پزشک خصوصی مراجعه کرده بودند. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اذعان داشت:

«اول رفتم بیمارستان ام‌البینین، که دولتی هست، بعد برای اینکه مطمئن بشم رفتم پیش دکتر x اون خصوصیه خیلی دکتر خوبیه،.....» (مشارکت‌کننده شماره ۲۴، ۴۸ ساله)

عدم پوشش مناسب بیمه‌ای

برخی بیماران از عدم پوشش بیمه برای موارد درمانی و تشخیصی اختلالات کف لگن شکایت می‌کردند و این موضوع مشکلات آنان را بیشتر می‌کرد. زیرا موجب می‌شد مشکلات زنان حل نشده باقی بماند. همین امر موجب چالشی برای بیماران خصوصاً افراد با وضع اقتصادی ضعیف‌تر شده بود. فقدان پوشش بیمه‌ای برای برخی بیماران و عدم قبول سازمان‌های بیمه‌ای برای پرداخت هزینه‌های تشخیصی و درمانی موجب شده بود تا سهم زیادی از هزینه‌ها از جیب بیماران یا سایر اعضای خانواده‌ی آنها پرداخت شود. حتی بیمارانی که از نظر وضعیت اقتصادی در حالت مطلوبی قرار داشتند، از شیوه‌ی حمایت سازمان‌های بیمه‌ای و عدم خدمات‌رسانی صحیح شکایت داشتند.

بسیاری از مشارکت‌کنندگان از حضور تعداد زیاد دانشجوی هنگام معاینه‌ی دستگاه تناسلی در درمانگاه بیمارستان آموزشی شاکی بودند، بیان داشت:

«آخه این درسته این همه دانشجوی وایستن بالا سرت و اندام تناسلی تو ببینن، خودشونم باشن ناراحت میشن، دو روز پیشم تو بیمارستان x هم همین وضعیت بود. استرس آدم بیشتر میشه، خجالت می‌کشه، معذب میشه، حداقل یک نفر بیاد» (مشارکت‌کننده شماره ۲۴، ۴۷ ساله)

مشارکت‌کننده‌ای که معطلی زیاد و خستگی ناشی از صف‌های طولانی انتظار در درمانگاه بیمارستان دولتی شاکی بود و توان رفتن به بیمارستان خصوصی جهت درمان را نداشت، بیان کرد: «اینقدرم این روزای ویزیت انیت شدم که نگو. چند روز از صبح ساعت ۶:۳۰ می‌اومدیم، تا ساعت ۱۱ شب بیمارستان بودیم. دیگه اشکم در اومد. حاضر بودم فرش زیر پامو بفروشم برم دکتر و جای خصوصی اما این همه علاف و سرگردون و خسته نشم. دیگه می‌رفتم خونه داغون بودیم با شوهرم..... امروزم از ساعت ۶ بیدار شدم. شوهرم با موتور منو آورده، ساعت ۶:۴۵ اینجا بودم که وقت بگیرم. الانم که دکتر هنوز نیومده (ساعت ۱۱:۳۰)» (مشارکت‌کننده شماره ۱۷، ۵۰ ساله)

عدم توانایی سیستم در جلب اعتماد مردم

بسیاری از مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که امکانات تشخیصی و درمانی در شهرهای بزرگ متمرکز است و برخی از بیماران ساکن در شهرستان در دسترسی به آن امکانات با سختی مواجهه بودند. آنها اعتقاد داشتند سیستم درمانی در شهرهای بزرگ قابل اعتمادتر هستند. این موضوع باعث می‌شد جهت دسترسی به این امکانات رنج سفر متحمل شوند. بنا به اظهار مشارکت‌کنندگان اگر چه تلاش‌هایی برای بهبود وضعیت امکانات در شهرستان‌ها انجام شده اما همچنان این موضوع به عنوان یک مشکل برای بیماران مطرح بود.

برخی مشارکت‌کنندگان با تحمل رنج سفر و طی مسافت طولانی توانسته بودند به خدمات تخصصی مورد اطمینان خود دسترسی پیدا کنند. مشارکت‌کننده‌ای که مسافت دوری تا مشهد

نمیده، نمی‌دونم که ما چه قدر مشکل داریم» (مشارکت‌کننده ۳۵ ساله، ۲ زایمان طبیعی).

تحلیل بار مالی بر خانواده

عدم تطابق بار مالی درمان علایم با بضاعت زنان موجب می‌شد مشکلات آنها حل نشده باقی بماند. اکثر بیماران اذعان داشتند که درگیری طولانی مدت با بیماری بار مالی زیادی برای آنها ایجاد کرده، خصوصاً که آنها اکثراً درآمد مستقلی نداشتند و وابسته به همسر بودند. اگرچه این بار برای همه یکسان نبود و از کم تا زیاد متغیر بود، ولی در کل اکثر مشارکت‌کنندگان به نوعی به عدم تطابق بار مالی درمان علایم با بضاعت زنان اشاره داشتند.

برخی مشارکت‌کنندگان با وجودی که خود شاغل بودند و درآمد مستقل داشتند، توان پرداخت برای درمان را نداشتند و همسران نیز مسئولیت تامین هزینه را به عهده نمی‌گرفتند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان داشت:

«پولش خیلی زیاد بود، دیدم ندارم. من که درآمد آنچنانی ندارم..... شوهرم مشکلاتمو میبینه اما به روی خودش نمیاره. می‌گه پولشو ندارم.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، ۳۵ ساله)

بسیاری از مشارکت‌کنندگان از افزایش هزینه‌ها و وضعیت نابسامان جامعه شاکی بودند، یکی از آنها اذعان کرد:

«پیش هر دکتری رفتم هزینه‌شو بالا می‌گفتن، ۳ میلیون، ۴ میلیون. پولش رو از کجا بیارم..... هزینه هام که هر روز میرن بالا، درآمد شوهرم که بیشتر نشده، اما همه چی گرون شده، شب می‌خوابی صبح پا میشی یک پنیر ساده هم گرون میشه، خب آدم می‌گه از کجا بیاریم.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱، ۲۸ ساله)

اکثر بیماران برای اطمینان از تشخیص و اتخاذ یک پروتکل درمانی مناسب و یافتن پزشک و نوع درمانی با هزینه‌ی کمتر مجبور بودند، از پزشکی به پزشک دیگر، از شهری به شهر دیگر بروند که این امر خود هزینه‌هایی را بر خانواده تحمیل می‌کرد. آنها معتقدند که درمان برای آنها بسیار پرهزینه است.

تعدادی از مشارکت‌کنندگان به علت نداشتن پوشش بیمه‌ای درمان مشکل خود را به تاخیر انداخته بودند و در این مدت رنج مشکلات را به دوش می‌کشیدند. یکی از آنان چنین بیان نمود:

«دکتر x رفتم هزینه‌هاش زیاد بود، بعد دو تا بیمارستان رفتم، دیدم هزینه‌هاش زیاده، ۲-۳ ساله ریگه پیگیری نکردم، ریگه تا برای بیمه اقدام کردیم و واستادم تا بیمه شدم، الان اومدم که درمان کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۲۴، ۴۸ ساله)

مشارکت‌کننده‌ای که وضع مالی مناسبی داشت نیز از هزینه‌های بالا و عدم حمایت بیمه در درمان مشککش و عدم قبول بیمه برای آزمایش‌های تشخیصی شاکی بود اذعان کرد:

«من الان باید ۹۰۰ و خورده ای پول نوار مثانه بدم فقط، بیمارستان امام رضا ۶۰۰ تومنه اما یک ماه ریگه وقت می‌ده، بیمه هم قبول نمی‌کنه این نوار رو..... حداقل بیمه که قبول کنه این درمان و عمل رو. همین نوار مثانه چه که قبول نمی‌کنن..... آخه این مشکل اگه میگفتن فقط میخواد زیبایی عمل کنه و برای رابطه‌ی جنسیه بهتره، خب اون هیچی بیمه نده، اما من که از عفونت‌های شدید و ریزش ادرار شاکی هستم برای من چرا بیمه قبول نکنه.....» (مشارکت‌کننده شماره ۲۰، ۳۰ ساله)

مشارکت‌کننده‌ای دیگر نیز که از عدم توانایی پرداخت هزینه‌ها بدون حمایت بیمه شاکی بود، گفت:

«تا الان هنوز عمل نکردم یک میلیون و نیم خرج کردم. اون نوار مثانه خیلی گرون بود. بیمه هم قبول نمی‌کرد..... از کجا بدم. با بیمه هم چیزی کم نمیشه.....» (مشارکت‌کننده شماره ۱۷، ۵۰ ساله)

تعدادی از مشارکت‌کنندگان به خطای بیمه‌ها در دسته‌بندی جراحی مربوط به مشکل به عنوان جراحی زیبایی اشاره کردند. عدم پوشش هزینه‌ی جراحی ترمیم عضلات کف لگن توسط بیمه‌های درمانی باعث عدم توانایی برخی زنان برای درمان شده بود:

«گفتن درمانش عمله، ماهم که پولش رو نداریم، برای همین فعلاً بی‌خیالش شدم. آخه گفتن چون هنوز شدید نیست بیمه هم قبول نمی‌کنه و افتادگی‌ها رو به عنوان عمل زیبایی میدونه و هزینه شو

تومن. بیمه هم قبول نمی‌کرد. اکوم کردن باز هزینه داشت. آزمایشش هم گرون شد، شد ۱۰۰ تومن. یک ویزیت دکتر تیروئید با دفترچه ۵۵ شد... از کجا بدم. مگه ما چه قدر درآمد داریم...» (مشارکت کننده شماره ۱۷،۵۰ ساله)

اکثر مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند هزینه‌های درمان در مطب‌های خصوصی آنقدر بالاست که در نهایت تصمیم به مراجعه به مراکز دولتی گرفته‌اند تا شاید بتوانند درمانشان را با هزینه‌ی کمتری انجام دهند. یکی از بیماران در این رابطه چنین گفت:

«دکتر گفت خرج عملش میشه ۱۰ میلیون. من که ندارم اون همه بدم. واسه همین او مدم اینجا ببینم دکترای اینجا چی میگن...» (مشارکت کننده شماره ۱۳، ۴۵ ساله).

«هرجا عمل کنم باید چند روزی بمونم، تو این شهرم کسی رو نداریم، برام خیلی سخته... همین خودش هزینه داره...» (مشارکت کننده شماره ۱۲، ۴۳ ساله)

از نظر بسیاری از مشارکت‌کنندگان بالا بودن هزینه‌های تشخیصی، درمانی و توانبخشی از جمله مسائلی بود که هزینه‌های زیادی بر پیکره خانواده تحمیل می‌کرد. اکثراً با اضافه شدن هزینه‌های مشکلات و درمان بیماری با مشکلات و چالش مالی بیشتری مواجه می‌شدند. یکی از بیماران تجربه‌ی خود را از هزینه‌های بالا چنین بیان کرد:

«تا الان هنوز عمل نکردم یک میلیون و نیم خرج کردم. نوار مثانه خیلی گرون بود. ۳۰۰ فقط رفتیم از بیرون شلنگشو خریدیم، ۳۰۰ بیمارستان گرفت، ۳۰ پول لباس و یک سری وسایل گرفتن، ۱۵۰ هم نمیدونم برای یک چیز دیگه گرفتن خلاصه شد ۸۰۰

جدول ۱- مشخصات زمینه‌ای زنان مشارکت کننده در مطالعه

ردیف	سن (سال)	تحصیلات	شغل	محل سکونت	سابقه‌ی بارداری	نوع زایمان	سن منوبوز (سال)	مدت ابتلا (سال)	مدت مصاحبه (دقیقه)
۱	۴۹	اول دبیرستان	قالی باف	شهر	G4 L4	۳ واژینال، ۱ سزارین	۴۸ سال و ۷ ماه	۱۴	۶۰
۲	۶۵	اول راهنمایی	خانه‌دار	شهر	G4L3ab1	واژینال	۵۰	۸-۷	۳۰
۳	۳۵	اول راهنمایی	خانه‌دار	شهر	G4L3ab1	۲ واژینال، ۱ سزارین	-	۹	۴۰
۴	۲۸	اول راهنمایی	کارهای روستا و قالی بافی	روستا	G2 L2	واژینال	-	۵	۴۵
۵	۴۳	اول راهنمایی	خانه‌دار	شهر	G4L4	واژینال	۳۹	۹	۳۵
۶	۵۴	دیپلم	مربی ورزش	شهر	G4L3ab1	سزارین	۵۳	۱۵	۳۰
۷	۳۶	دیپلم	خانه‌دار	شهر	G4 L4	واژینال	-	۲	۶۵
۸	۵۸	سیکل	نان پزی، قالی بافی	روستا	G6 L6	واژینال	۴۸	۵-۶	۵۰
۹	۴۹	لیسانس	آرایشگر	شهر	G3L2ab1	واژینال	-	۷	۴۰
۱۰	۳۵	دیپلم	منشی	شهر	G2L2	واژینال	-	۳	۵۰
۱۱	۳۸	ابتدایی	خانه‌دار	روستا	G6 L6	واژینال	-	۷	۳۵
۱۲	۴۳	ابتدایی	کشاورز	روستا	G5L4D1	۴ واژینال، ۱ سزارین	-	۴	۴۰
۱۳	۴۵	راهنمایی	خانه‌دار	شهر	G1L1	سزارین	-	۴	۳۰
۱۴	۳۲	دیپلم	معلم	شهر	G3L3	۳ واژینال	-	۳	۳۰
۱۵	۴۸	ابتدایی	خانه‌دار	شهر	G5L4ab1	۴ واژینال، ۲ ماه گذشته	-	۱	۴۰

۳۵	۷	۵۰	هواژینال، سزارین	G7L6ab1	شهر	خانه دار	راهنمایی	۶۱	۱۶
۵۰	۷	۴۹	واژینال	G4 L4	شهر	کارگر مسافر خونه	راهنمایی	۵۰	۱۷
۲۰	۲	۵۱	واژینال	G2L2	شهر	آشپز	دبیرستان	۵۵	۱۸
۲۰	۵	-	۲واژینال، سزارین	G3L2D1	شهر	کارگر منازل	ابتدایی	۳۸	۱۹
۶۵	۵	-	واژینال	G2L2	شهر	خانه دار	فوق دیپلم	۳۰	۲۰
۲۰	۶	-	۱واژینال، سزارین	G3L2ab1	شهر	خانه دار	دبیرستان	۴۱	۲۱
۲۰	۸-۹	۴۸	-	-	روستا	کار روستا	ابتدایی	۵۸	۲۲
۲۰	۸-۷	-	واژینال	G4L3ab1	روستا	کار روستا	ابتدایی	۵۰	۲۳
۲۵	۳	-	واژینال	G5L5	شهر	خانه دار	دبیرستان	۴۸	۲۴

جدول ۲- طبقه، زیرطبقات و کدهای اولیه استخراج شده

طبقه اصلی	زیر طبقات	کدهای اولیه
ضعف سیستم درمان در مدیریت اختلال	نارسایی در ارائه خدمات آموزشی	<p>کم اهمیت تلقی کردن بیماری</p> <p>عدم اختصاص وقت کافی برای آموزش</p> <p>اولویت دهی پایین به آموزش مسائل جنسی</p> <p>آموزش بدون توجه به ظرفیت و توان بیمار</p> <p>آموزش سریع و نامفهوم</p> <p>درک آموزش ناکافی</p>
	بی توجهی به حقوق مراجع	<p>صف‌های طولانی انتظار</p> <p>شلوغی اتاق‌های ویزیت و معاینه</p> <p>حضور پسرهای دانشجو در اتاق ویزیت</p> <p>نارضایتی از محیط درمان</p> <p>حضور تعداد زیادی دانشجو</p> <p>جو ارتباطی نامناسب</p> <p>بی توجهی به نیاز محرمانه بودن ویزیت</p>
	عدم توانایی سیستم در جلب اعتماد مردم	<p>بی اعتماد به پزشک شهرستان</p> <p>پنداشتن به نبود متخصص ماهر در شهرستان</p> <p>عدم اعتماد به سیستم ارائه‌ی خدمات در شهرستان</p> <p>بی اعتمادی به بیمارستان‌های دولتی</p> <p>تصور موثرتر بودن پزشک در مطب‌های خصوصی</p>
	عدم پوشش مناسب بیمه‌ای	<p>عدم حمایت بیمه در موارد خفیف</p> <p>عدم حمایت بیمه در موارد ترمیم زیبایی واژن</p> <p>عدم حمایت بیمه در تست‌های تشخیصی</p> <p>عدم برخورداری از پوشش بیمه‌ای</p>

تحمیل بار مالی بر خانواده	_ تامین هزینه های رفت و آمد _ تامین خرج عمل _ درآمد پایین خانواده _ نابسامانی وضعیت اقتصادی جامعه _ بالا بودن هزینه های درمان _ هزینه های مصرف پد _ تامین هزینه های توانبخشی _ تامین هزینه های مراکز خصوصی
---------------------------	---

بحث

صرف شده است. بنابراین آنها در مورد اینکه چه روش درمانی را انتخاب کنند، بسیار گیج می شدند (۱۹). کم اهمیت انگاری این مشکل و عدم توضیح و آموزش کافی در باره ی آن در صحبت‌های اکثر مشارکت کنندگان دیده شد. مشارکت کنندگان مطالعه‌ی Doshani و همکاران بیان داشتند از تیم درمان هیچ توصیه‌ی کاربردی برای مدیریت شرایط دریافت نمی‌کنند و اغلب این بیماری را به عنوان شرایطی عادی تلقی می‌کنند (۲۰). مطالعه‌ی Abhyankar و همکاران در انگلستان بیان داشتند از اولین ملاقات‌شان با پزشک عمومی رضایت نداشتند، زیرا آنها این مشکل را اغلب جدی نمی‌گیرند و بیان می‌دارند می‌توان با پد آن را کنترل کرد و نیاز به ارجاع به متخصص ندارد. در صورتی که بیماران استفاده از پد را گران، ناپسند، عرق کردن و غیرقابل تحمل توصیف می‌کردند (۱۱). در مطالعه‌ی حاضر برخی از مشارکت کنندگان از آموزش‌ها و توصیه‌های بعد از زایمان در مورد اختلالات کف لگن رضایت نداشتند و برخی آموزشی برای پیشگیری دریافت نمی‌کردند. برخی یافته‌های مطالعات دیگر نیز حاکی از همین امر بود. Mason و همکاران بیان داشتند به آنها اطلاعاتی در مورد این وضعیت ارائه نشده بود و از متخصصان بهداشت می‌خواستند هشدار را برای بروز این وضعیت در طی بارداری و بعد از زایمان ارائه دهند. آنها خصوصاً معتقد بودند اطلاعات باید از دوران بارداری داده شود و پس از زایمان مجدد تاکید شود (۲۱). Wieslander و همکاران بیان کردند بیماران اذعان داشتند اغلب از پرسیدن سوال واهمه دارند با اینکه اطلاعات کمی دارند و سوال‌های زیادی برای پرسیدن

مطالعه‌ی حاضر به تبیین دیدگاه زنان مبتلا به اختلالات کف لگن درباره‌ی خدمات درمانی دریافت شده پرداخت که موجب پدیدار شدن طبقه‌ی ضعف سیستم درمان در مدیریت اختلال شد. در مطالعه‌ی حاضر مشارکت کنندگان از اینکه نمی‌توانستند راحت با پزشک‌شان در مورد مشکلات و مسائل مربوط به اندام تناسلی صحبت کنند ناراحت بودند. خصوصاً مسائل جنسی به دلایل حساسیت‌های مذهبی و فرهنگی، شرم و حیا نادیده گرفته می‌شد و اغلب مشارکت کنندگان آموزشی در این مورد دریافت نمی‌کردند. از طرف دیگر مشارکت کنندگان معتقد بودند اگر این مسائل از سوی کادر بهداشت و درمان مطرح شود آنها بهتر می‌توانند در مورد مشکلات‌شان حرف بزنند. چندین مطالعه نیز به این موضوع اذعان داشتند که صحبت درباره‌ی این مسائل برای بیماران دشوار است و آنها انتظار دارند پزشک‌ها جو را طوری آماده کند که بیماران به راحتی درباره‌ی مشکلات ادراری و تناسلی خود صحبت کنند. آنها احساس می‌کردند که متخصص بهداشت و درمان باید درباره‌ی این مسائل به عنوان یک موضوع روتین سؤال کنند، نه اینکه منتظر بماند تا بیمار موضوع را آغاز کند (۱۶-۱۸). در مطالعه‌ی حاضر مشارکت کنندگان از اختصاص زمان کم به آموزش شکایت داشتند. در همین راستا، در مطالعه‌ی کیفی بر روی دو گروه از زنان انگلیسی و اسپانیایی زبان، اکثر بیماران اظهار داشتند در یک ویزیت در مورد گزینه‌های درمانی اطلاعات زیادی به یکباره به آنها داده می‌شود، در حالی که زمان بسیار کمی برای توضیح

اقتصادی و اجتماعی مختلف و شرایط سیستم‌های بهداشتی متفاوت این عامل مهم ذکر شده است و در جوامع گوناگون این عامل تاثیر متفاوت در نحوه‌ی برخورد افراد با این مشکل دارد (۸، ۹). متاسفانه در ایران بیمه‌ی درمانی به دلیل وضعیت خاص اقتصادی اجباری و همه‌گیر نیست و بخش اعظم هزینه‌های مالی به عهده‌ی خود بیمار است. حتی افرادی که بیمه دارند نیز نمی‌توانند به اندازه‌ی لازم از آن بهره ببرند زیرا برخی بیماری‌ها از جمله درمان برخی اختلالات کف لگن، انواع خفیف بیماری و آزمایش‌های تشخیصی آن با بیمه پذیرفته نمی‌شود. اختلالات کف لگن بار مالی زیادی برای بیمار ایجاد می‌کند. تامین هزینه‌های تشخیصی، درمانی، توانبخشی و سفر به شهر دیگر برای یافتن درمان کارا هزینه‌های زیادی برای بیمار به همراه داشت که در کنار هزینه‌های جاری خانواده، درآمد پایین و وضعیت اقتصادی جامعه موجب عدم تطابق بار مالی برای بیماران می‌شد. تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان از عدم تطابق بار مالی ناشی از مشکلات‌شان نسبت به بضائت خود جهت درمان شکایت داشتند، این موضوع برای افرادی با وضع اقتصادی خوب اگرچه کم رنگ‌تر بود اما از بار مالی ناشی از بیماری ناراضی بودند. مطالعات زیادی در مورد بار مالی اختلالات کف لگن صحبت کرده‌اند. پورت بیان کرد بیماران از مشکلات مالی برای تهیه‌ی پد، قرص و همچنین روزهای دست رفته‌ی کاری خود صحبت می‌کنند (۲۳). مطالعه‌ی تویی و Barker بیان کرد برای کنترل علائم خود باید اقداماتی انجام دهند که این اقدامات موجب تحمیل هزینه بر آنها می‌شود از جمله تهیه‌ی پدهای بهداشتی، انجام ورزش و اقدامات توانبخشی بود (۱۷). مطالعه‌ی مروریه Kenton با عنوان بار جهانی اختلالات لگن بیان کرد، یک نفر از هر نه زن در طول زندگی تحت عمل اختلالات کف لگن قرار می‌گیرند و ۳۰ درصد متحمل عمل جراحی مجدد می‌شوند که این عمل‌ها بار مالی زیادی برای زنان دارد. آنها هزینه‌های مستقیم درمان اختلالات کف لگن را برابر با درمان نئوپلاسم پستان و درمان ناباروری ذکر کردند. همچنین بیان کردند ناتوانی برای کار کردن، تامین هزینه‌ی

دارند. علت این عدم سوال پرسیدن را ترس از مسخره شدن توسط پزشک، غرق در اطلاعات زیادی شدن و عدم درک آنها از اطلاعات دریافتی، اذیت شدن پزشک برای پاسخگویی مطرح کردند (۱۹). مشارکت‌کنندگان در مطالعه‌ی هادی زاده و همکاران بیان کردند آموزش و افزایش آگاهی مراجعین نسبت به اختلالات کف لگن، یکی از تسهیل‌کننده‌های استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی می‌باشد (۲۲).

برخی مشارکت‌کنندگان از بی‌اعتمادی به سیستم بهداشتی-درمانی شهرستان‌ها صحبت کردند و مشارکت‌کنندگان سختی سفر به مسافت‌های دورتر را برای دریافت خدمات درمانی مطمئن‌تر به جان می‌خریدند اما این موضوع موجب دیرتر استفاده کردن از خدمات بهداشتی-درمانی برای بیماری‌شان می‌شد. اما در نپال حتی به کمپ‌های سیار جراحی در نزدیک محل سکونت که موجب دسترسی سریع و آسان به درمان می‌شود اعتماد می‌کنند و موانع دور بودن و حمل و نقل را حذف می‌کنند (۱۰). در مطالعه‌ی هادی زاده و همکاران عدم دسترسی به درمان با کیفیت را یکی از موانع در راه جستجوی درمان بیان می‌کردند (۲۲). به طور کل، سیستم درمان اگر در انجام وظایف خود آنطور که باید انجام وظیفه ننماید، حقوق بیماران نادیده انگاشته شود، و بی‌اعتمادی به سیستم درمانی وجود داشته باشد و بیمه حلال معضلات بیماران نباشد، مشکلات بیماران حل نشده باقی مانده و زمینه را برای تشدید مشکلاتشان بیشتر می‌کند.

در مطالعه‌ی حاضر برخی بیماران از عدم پوشش مناسب بیمه برای موارد درمانی و تشخیصی اختلالات کف لگن شکایت می‌کردند. حتی بیمارانی که از نظر وضعیت اقتصادی در حالت مطلوبی قرار داشتند، از شیوه‌ی حمایت سازمان‌های بیمه‌ای و عدم خدمت‌رسانی صحیح ناراضی بودند. در مطالعه‌ی کیفی Porrett بر روی سه گروه ترک‌ها و افریقایی‌ها و یهودیان هیچ کدام وضعیت اقتصادی را عامل عدم مراجعه برای درمان ذکر نکردند، زیرا خدمات بهداشتی رایگان در اختیارشان بود (۷). در حالی که در سایر مطالعات در کشورهای دیگر با شرایط

قرار گیرد. به همین منظور لازم است اطلاعات کافی و آموزش‌های لازم در زمینه‌ی پیشگیری، مراقبت در ابعاد مختلف جسمی، جنسی، روانی، اجتماعی و راهبردهای خودمدیریتی جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران به بیماران داده شود. نتایج این تحقیق می‌تواند موجب توجه هر چه بیشتر مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی-درمانی برای اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمانی برای زنان مبتلا به اختلالات کف لگن که بیماری‌ای خاموش و مغفول است، شود. همچنین با توجه به کاستی در پوشش بیمه‌ای و بالا بودن هزینه‌های تشخیصی و درمانی برای این گروه از بیماران، لازم است تدابیری اندیشیده شود تا افراد بتوانند در این مورد از حمایت‌های بیشتر بیمه‌ای بهره‌مند گردند. راه اندازی مراکز درمانی مجهز در مناطق دور از مرکز و شهرستان‌های کمتر توسعه یافته می‌تواند قدری از مشکلات بیماران برای دسترسی به خدمات را کاهش دهد و این امر نیازمند برنامه‌ریزی توسط مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی-درمانی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی ضعف سیستم درمان در مدیریت اختلال با ویژگی‌هایی چون "نارسایی در ارائه خدمات آموزشی"، "عدم پوشش مناسب بیمه‌ای"، "بی‌توجهی به حقوق مراجع"، "بی‌اعتمادی به سیستم درمانی" و "تحمیل بار مالی بر خانواده" تبیین شد. بیماران از خدمات ناکافی کادر بهداشتی-درمانی ناراضی بودند. آنها فقدان اطلاعات و پشتیبانی ارائه شده توسط کارکنان بهداشت و درمان احساس ناامیدی کرده و بیان نمودند که اطلاعات ارائه شده توسط پزشکان و کادر درمان و مراقبت ناکافی بوده و زمان کافی به آنها اختصاص داده نمی‌شود. همچنین آنها به ضایع شدن حق و عدم رعایت حقوق اعتقاد داشتند. بی‌اعتمادی به سیستم درمانی خصوصاً به سیستم درمانی بیمارستان‌های دولتی و شهرستان‌ها در صحبت‌های اکثر مشارکت‌کنندگان موج می‌زد که در کنار کاستی‌هایی که پوشش بیمه و تحمیل هزینه بر پیکره خانواده در درمان و تشخیص اختلالات کف لگن داشت، موجب تشدید دغدغه‌ی بیمار می‌گشت.

پدهای بهداشتی و شست و شوی مداوم نیز بار مالی برای بیمار دارد (۲۴). Chalise بیان کرد در دسترس بودن و هزینه‌ی مناسب درمان تأثیر قابل توجهی در استفاده از خدمات سلامت مادری و باروری دارد. به همین منظور در مان در کمپ‌های سیار در نپال به صورت رایگان و توسط متخصصین در ایام خاصی صورت می‌گرفت (۱۰).

محدودیت‌های پژوهش بخشی جداناپذیر در تمامی تحقیقات است و بیان آن می‌تواند سایر پژوهشگران را یاری کند تا در طراحی پژوهش‌های آینده راهکارهایی برای برطرف نمودن این محدودیت‌ها بیابند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه که در ذات تحقیقات کیفی نهفته است، تعمیم‌پذیری جزئی این دست مطالعات است. به همین منظور پژوهشگر تلاش نمود تا با رعایت تنوع پذیری بر پایه‌ی نمونه‌گیری نظری تا حدی به رفع این محدودیت همت گمارد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به وابستگی فرهنگی موضوعاتی مانند مشکل افتادگی اعضای لگن اشاره کرد، به دلیل اینکه این موضوع بسیار خصوصاً بود، سخن گفتن در این مورد برایشان مشکل بود و به همین دلیل تمایلی برای مصاحبه در این مورد نداشتند، اما تلاش شد با بیان اینکه حدوداً چه سوالاتی پرسیده می‌شود، توضیح کامل هدف پژوهش و بیان محرمانه بودن اطلاعات و مصاحبه‌ها اعتماد مشارکت‌کنندگان جلب شود.

نتایج این مطالعه از مصاحبه‌ی عمیق و بررسی تجارب زنان مبتلا به اختلالات کف لگن در مورد خدمات درمانی به دست آمده است. با توجه به درک بیماران مبنی بر دریافت خدمات نارسا و ناکافی از طرف کادر بهداشتی-درمانی، لازم است با قرار دادن نتایج در اختیار کارکنان، آنها را به سمت ارائه‌ی خدمات جامع‌تر هدایت نمود. همچنین با تربیت نیروهای بهداشت باروری متخصص حول موضوع اختلالات کف لگن که بحث گسترده و شایعی در میان زنان در سنین مختلف می‌باشد، می‌توان به این بیماری که مورد غفلت واقع شده توجه و کمک بیشتری نمود. با توجه به نقش مهم بیمار در مدیریت و کنترل علائم، آموزش‌های خود مراقبتی به بیماران باید در دستور کار

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه پایان‌نامه مقطع دکترای تخصصی بهداشت باروری می‌باشد که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS.REC.1396.365) به تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت همکاری‌های لازم، تشکر و قدردانی میشود. همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و کسانی که ما را در انجام این طرح یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

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

مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: زهرا هادی زاده طلاساز، طلعت خدیوزاده، حسین ابراهیمی پور، نیره خادم
- (۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: زهرا هادی زاده طلاساز، طلعت خدیوزاده، حسین ابراهیمی پور، نیره خادم
- (۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: زهرا هادی زاده طلاساز، طلعت خدیوزاده، حسین ابراهیمی پور، نیره خادم

References

- Xu P, Wang X, Guo P, Zhang W, Mao M, Feng S. The effectiveness of eHealth interventions on female pelvic floor dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*. 2022.
- Wu JM, Kawasaki A, Hundley AF, Dieter AA, Myers ER, Sung VW. Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011;205(3):230.
- Milart P, Woźniakowska E, Czuczwar P, Woźniak S. Pelvic organ prolapse in women: how is it diagnosed and treated currently? *Przegląd menopauzalny= Menopause review*. 2015;14(3):155-60.
- Whitehead WE, Bharucha AE. Diagnosis and Treatment of Pelvic Floor Disorders: What's New and What to Do. *Gastroenterology*. 2010;138(4):1231-5.e4.
- 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.
- Taple BJ, Griffith JW, Weaver C, Kenton KS. Enhancing behavioral treatment for women with pelvic floor disorders: Study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2020;17:100514.
- Porrett T. Coping and help seeking behaviour in women with Pelvic Floor Dysfunction—the emic perspective: City University London; 2010.
- Begashaw B, Tessema F, Gesesew HA. Health Care Seeking Behavior in Southwest Ethiopia. *PloS one*. 2016;11(9):e0161014.
- Ahmed A, Zaky N. Health Care-Seeking Behaviors among Women Suffering from Urinary Incontinence. *J Nurs Care*. 2016;5(319):2167-1168.1000319.
- 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 journal of public health*. 2016;5(2):141-8.
- 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 women's health*. 2019;19(1):1-12.
- Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. *Health care for women international*. 2006;27(2):169-81.
- Jonatan S, Berek J. *Novak's Gynecology*. 14th. New York: Lippincott Williams and Wilkins Publishers; 2012. p. 138-9.
- Mendes A, Hoga L, Gonçalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2017;15(5):1350-408.
- Hashemnezhad H. Qualitative Content Analysis Research: A Review Article. *Journal of ELT and Applied Linguistics (JELTAL)*. 2015;3(1).
- Wagg AR, Kendall S, Bunn F. Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. *Primary Health Care Research & Development*. 2017;18(5):448-62.

17. Toye F, Barker KL. A meta-ethnography to understand the experience of living with urinary incontinence: 'is it just part and parcel of life?'. *BMC urology*. 2020;20(1):1-25.
18. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2007;21(3):305-12.
19. Wieslander CK, Alas A, Dunivan GC, Sevilla C, Cichowski S, Maliski S, et al. Misconceptions and miscommunication among Spanish-speaking and English-speaking women with pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal*. 2015;26(4):597-604.
20. Doshani A, Pitchforth E, Mayne CJ, Tincello DG. Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester. *Family practice*. 2007;24(6):585-93.
21. Mason L, Glenn S, Walton I, Hughes C. Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. *Midwifery*. 2001;17(3):212-21.
22. Hadizadeh-Talasaz Z, Ebrahimipour H, Khadem Ghaebi N. Explaining facilitators and barriers to treatment-seeking in women with pelvic organ prolapse: A qualitative study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2019;22(3):16-31.
23. Porrett T, s CCLC. Coping mechanisms in women living with pelvic floor dysfunction. *Gastrointestinal Nursing*. 2008;6(3):30-9.
24. Kenton K, Mueller ER. The global burden of female pelvic floor disorders. *BJU international*. 2006;98 Suppl 1:1-5; discussion 6-7.

Exploring the experiences of women with pelvic floor disorders with received medical services: a qualitative study

Zahra Hadizadeh-Talasaz¹, Talaat khadivzadeh^{2*}, Hossein Ebrahimipour³,
Nayereh Khadem Ghaebi⁴

1. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Professor, Department of Obstetrics and Genecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding author: Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran E-mail: khadivzadeht@mums.ac.ir

Abstract

Background & Aim: Despite the high prevalence of the problem in society, people with pelvic floor disorders are less likely to seek medical services. Various studies stated that one of the important problems with providing medical services to people with pelvic floor disorders is not paying attention to their preferences and expectations. Therefore, this study was conducted with the aim of exploring the experiences of women with pelvic floor disorders with received medical services.

Methods: The present study was conducted by designing the conventional qualitative content analysis approach of Graneheim and Lundman on 24 women with pelvic floor disorders. The participants were selected with maximum diversity in a purposeful manner, taking into account the entry criteria, including suffering from any type of pelvic disorder according to the person's own statements, the ability to remember and clearly express experiences, being Muslim and Iranian. Data collection was done with semi-structured in-depth interviews and continued until data saturation. The interviews were digitally recorded and then coded word by word in MAXQDA10 software. Analysis of data is done simultaneously and continuously with the collection of information.

Results: After categorizing and coding the data, one main themes named "weakness of the treatment system in disorder management" were extracted. This category has eight sub-categories including insufficient educational services to relieve symptoms, disregarding the rights of clients, the inability of the system to gain people's trust, lack of proper insurance coverage, imposing financial burden on the family.

Conclusion: There are weaknesses in the treatment system for pelvic floor disorders, which can be a reason for not using the services optimally. It is necessary to plan for people with pelvic floor disorders in such a way getting more insurance support and comprehensive training. Policymakers should provide better quality services, taking into account the rights of the clients and gaining the satisfaction and trust of the patients.

Keywords:

Pelvic Organ
Prolapse, Pelvic
Floor Disorders,
Urinary
Incontinence,
Medical
Services,
Content
Analysis

How to Cite this Article: Hadizadeh-Talasaz Z, khadivzadeh T, Ebrahimipour H, Khadem Ghaebi N. Exploring the experiences of women with pelvic floor disorders with received medical services: a qualitative study. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2022;10(2):25-40.