

تبیین نقش حمایت اجتماعی در کمک‌جویی درمان زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار

فهیمة رشیدی فکاری^۱، سپیده حاجیان^۲، سودابه درویش^۳، حمید علوی مجد^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بی‌اختیاری ادرار، عارضه‌ی مزمن و یک استیگمای اجتماعی (Social stigma) است. از عوامل مهم و تأثیرگذار بر توانایی کنار آمدن بیماران با ماهیت‌های مزمن، حمایت اجتماعی است که بر رفتارهای بیماران اثرگذار است و سبب تغییر کیفیت زندگی می‌شود، اما حمایت اجتماعی می‌تواند روشی برای ارتقای کمک‌جویی درمان نیز باشد. هدف از انجام این مطالعه، تبیین نقش حمایت اجتماعی بر کمک‌جویی درمان زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار می‌باشد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی کیفی، ۲۰ زن با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادراری، مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی-درمانی شهر تهران به صورت هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند و عمیق انجام شد. برای واکاوی داده‌ها، از نرم‌افزار مکس کیودا (MAXQDA) استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان، دو درون‌مایه را نمایان ساخت. درون‌مایه‌ی خلأ حمایتی شامل سه طبقه‌ی اصلی «حمایت اطلاعاتی ناکارآمد اطرافیان»، «فقدان حمایت همسر»، «فقدان حمایت خانواده» و درون‌مایه‌ی حمایت فعال شامل دو طبقه‌ی اصلی «حمایت اطلاعاتی اطرافیان»، «همدلی همسر» بود.

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی کارآمد از منابع متفاوت همچون همسر، خانواده و دوستان، می‌تواند بر ترغیب و ایجاد رفتارهای کمک‌جویی درمان زنان با بی‌اختیاری ادرار نقش مثبت به‌سزایی داشته باشد؛ در حالی که حمایت اجتماعی منفی و ناکارآمد اطرافیان، می‌تواند از موانع مهم در پی‌گیری برای درمان بیماری محسوب شود.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی؛ زن؛ بی‌اختیاری ادراری؛ مطالعه‌ی کیفی

ارجاع: رشیدی فکاری فهیمة، حاجیان سپیده، درویش سودابه، علوی مجد حمید. تبیین نقش حمایت اجتماعی در کمک‌جویی درمان زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۰؛ ۳۹ (۶۱۵): ۱۳۳-۱۲۶.

مقدمه

بی‌اختیاری ادرار، یکی از مشکلات شایع زنان است که در سنین مختلف رخ می‌دهد و مختص سن خاصی نمی‌باشد (۱) و به طور میانگین از هر ۵ زن، یک نفر بی‌اختیاری ادرار را تجربه می‌کند (۲). در ایران، توسط یک مرور نظام‌مند و فرا تحلیل، شیوع کلی بی‌اختیاری ادراری در زنان ۴۶ درصد گزارش شده است (۳). بی‌اختیاری ادرار بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان تأثیرگذار است. بنابراین، درمان این مشکل باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۴-۵). در حالی که شواهد حکایت از خود درمانی مبتلایان برای

کنترل علائم دارد (۶) و در نتیجه، عدم کمک‌جویی برای درمان، یک چرخه‌ی معیوب را در پیشرفت این اختلال و تضعیف کیفیت زندگی مبتلایان ایجاد می‌کند.

کمک و حمایت از سوی دیگران یا به اصطلاح «حمایت اجتماعی»، از طریق دو منبع رسمی (کارکنان) و غیر رسمی (اطرافیان همچون خانواده، همسر، دوست) و به طرق مختلف شامل حمایت‌های اطلاعاتی، ابزاری و عاطفی برای بیماران فراهم می‌شود (۷)، اما مقصود از حمایت اجتماعی، بیشتر حمایتی است که بیمار از سوی منابع غیر رسمی (اطرافیان) دریافت می‌کند (۸)؛ در صورتی که

۱- دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار، جراح و متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤوّل: سپیده حاجیان؛ دانشیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: s.hajian@sbmui.ac.ir

مصاحبه شونده به افشای مصاحبه و یا عدم تمایل به ادامه‌ی مصاحبه، از مطالعه کنار گذاشته می‌شد. نمونه‌گیری شرکت کنندگان در مطالعه تا زمانی که اشیاع اتفاق بیفتند، ادامه پیدا کرد؛ به عبارتی، تا زمانی که با نمونه‌ی جدید، اطلاعات بیشتری به دست نیاید و داده‌ها تکراری باشند. تأیید وجود بی‌اختیاری ادرار در نمونه‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی «تشخیص بی‌اختیاری ادراری Bradley» (Questionnaire for urinary incontinence diagnosis) که در ایران ترجمه و روایی‌سنجی شده بود، انجام شد (۱۳).

پس از جمع‌آوری اطلاعات اولیه (همچون اطلاعات فردی و جمعیت‌شناسی، مدت ابتلا به بیماری)، برای رسیدن به هدف اصلی مطالعه، مصاحبه‌ی نیمه ساختارمند توسط سؤال با مفهوم «از زمانی که مبتلا به بی‌اختیاری ادراری شده‌اید، اطرافیان چطور به شما برای درمان کمک کرده‌اند؟» آغاز و با سؤالات راهنمای دیگر ادامه پیدا می‌کرد. مصاحبه‌ها به صورت فردی انجام می‌شد و توسط دستگاه ضبط صوت دیجیتال با کسب اجازه از مشارکت کنندگان، ضبط می‌گردید. مدت زمان متوسط مصاحبه‌ها ۳۰-۶۰ دقیقه بود. بعد از هر مصاحبه، پژوهشگر برای تبدیل مکالمات ضبط شده به متن تایپ شده در قالب محتوای الکترونیک، اقدام می‌کرد. سپس، متن تایپ شده، چند بار مرور می‌شد و برای واکاوی در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰، وارد می‌شد. تحلیل محتوای کیفی در این مطالعه، بر اساس مراحل توصیه شده توسط Graneheim و Lundman انجام شد (۱۴).

در این مطالعه، برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌های جمع‌آوری شده از معیارهای اعتبار (Credibility)، اعتماد (Dependability)، تناسب (Transferability) و قابلیت تأیید (Conformability) استفاده شد. بدین منظور، روش‌ها و اقدامات متنوعی شامل مرور صحبت‌ها توسط مشارکت کنندگان و بازخورد و بازنگری مصاحبه‌ها، بازبینی مکرر یافته‌ها توسط اعضای تیم تحقیق، درگیری مداوم و طولانی محقق با پدیده، کسب مقبولیت پژوهشگر با گذراندن کارگاه‌های مصاحبه و تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی، استفاده از تکنیک کدگذاری مجدد، شرح مبسوط مراحل انجام مصاحبه‌ها، مرور گزارشات توسط صاحب‌نظران خارج از تیم تحقیق انجام شد.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان این مطالعه، ۲۰ زن با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار با میانگین سنی $51/65 \pm 10/78$ و میانگین مدت زمان بی‌اختیاری $4/10 \pm 3/95$ سال بودند. مشخصات مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

حمایت اجتماعی، می‌تواند از سوی منابع غیر رسمی، در جهت سوق دادن بیمار به منبع رسمی نیز باشد. به عبارت دیگر، انواع حمایت‌ها، از جمله همدلی، مالی و ابزاری، ممکن است در راستای رسیدن به کمک حرفه‌ای نیز باشد که از ظرفیت حمایت اجتماعی، در این راستا کمتر استفاده شده است. در حالی که حمایت‌های غیر رسمی می‌توانند تسهیل‌کننده‌ی کمک‌جویی حرفه‌ای باشند (۹).

در برخی بیماری‌ها، بیماران، کمک‌های غیر رسمی را بر کمک‌جویی حرفه‌ای ترجیح می‌دهند که می‌تواند مربوط به ماهیت بیماری یا دسترسی و اعتماد بیشتر به اطرافیان باشد (۱۰). با این وجود، در رابطه با کمک‌جویی غیر رسمی نگرانی وجود دارد؛ چرا که ممکن است کمک‌ها آسیب زننده، منع‌کننده یا بی‌فایده باشند و به عبارتی، حمایت از سوی اطرافیان می‌تواند نقش منفی نیز داشته باشد (۱۱). از طرفی، ممکن است عدم دریافت به موقع کمک‌های حرفه‌ای، پیامدهای نامطلوب به دنبال داشته باشد (۱۲). بنابراین، می‌توان گفت کمک‌جویی حرفه‌ای، جایگاه و اهمیت ویژه‌ی خود را در هر بیماری دارد.

از این رو، برای ارتقای کمک‌جویی رسمی در بی‌اختیاری ادرار، که ماهیت خصوصی دارد، بهتر است از چگونگی تأثیر منابع حمایت غیر رسمی بر کمک‌جویی آگاهی پیدا کرد. در این راستا، مطالعه‌ای با هدف تبیین نقش حمایت اجتماعی بر کمک‌جویی درمان زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار طراحی شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک پژوهش کیفی است که با استفاده از مصاحبه‌های فردی نیمه ساختارمند و عمیق در زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادراری انجام شد. همچنین، رویکرد انتخاب شده برای انجام این مطالعه کیفی، رویکرد تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis) بود. مطالعه‌ی حاضر، بعد از تصویب در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین، تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش (IR.SBMU.PHNM. 1397.33) در سال‌های ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف و پس از اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی از شرکت کنندگان، صورت گرفت؛ به این ترتیب که شرکت کنندگان در مطالعه، از بین زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار دارای معیارهای ورود، مراجعه کننده به درمانگاه‌های اورولوژی مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل تاریخچه‌ی ابتلا به بی‌اختیاری ادرار به مدت حداقل ۶ ماه، ایرانی بودن، تکلم به زبان فارسی و توانایی انتقال و تبادل اطلاعات به محقق، عدم بارداری در زمان مطالعه و عدم ابتلا به اختلال روانی شناخته شده بود. در صورت عدم تمایل

افتادگی مثانه داشت ... خوب شد، من تازه این مشکلو پیدا کردم، نداشتم، خواهرم گفت برو تو هم شاید افتادگی پیدا کردی که این طوری شدی، اومدم ببینم دکتر چی می‌گه» (م ۱۶).

«مامانم هم این مشکل را داره، دکتر رفته، قرص بهش داده، می‌گه بهترم، می‌گه اگه قرصو نخورم بی‌اختیار می‌شم ...» (م ۹).

فقدان حمایت همسر

به دلیل اهمیت و نقش تأثیرگذار همسر در ارتباط با زن در کانون خانواده، بنابراین به عنوان طبقه‌ای مجزا از اطرافیان در نظر گرفته شد و نقش آن به صورت اختصاصی بررسی گردید. در بررسی مصاحبه‌های انجام شده، همسر نیز نقش دوگانه‌ای داشت؛ به طوری که طبقه‌ی اصلی فقدان حمایت همسر در درون‌مایه‌ی خلأ حمایتی و طبقه‌ی اصلی همدلی همسر در درون‌مایه‌ی حمایت فعال جای گرفت. نقش منفی همسر در کمک‌جویی، از درون‌مایه‌ی خلأ حمایتی، در طبقه‌ی فقدان حمایت همسر از طریق نگرانی از تهدید زندگی مشترک، عدم حمایت عاطفی و ابزاری، خود را نشان داد.

۱. نگرانی از تهدید زندگی مشترک: در رابطه با زیر طبقه‌ی نگرانی از تهدید زندگی مشترک، برخی مشارکت کنندگان علت عدم مراجعه یا تأخیر و عدم پی‌گیری‌ها را ترس از عوارض درمان بر رابطه‌ی جنسی و همچنین، نگرانی از تحمیل هزینه بر همسر بیان کردند و به دلیل پیش‌گیری از ایجاد مشکل و برای تثبیت زندگی زناشویی از کمک‌جویی پرهیز کرده بودند که این ترس و نگرانی به فقدان حمایت از سوی همسر بر می‌گردد. بنابراین، بیمار با پنهان کردن بی‌اختیاری و مدارا کردن با عوارض و مشکلات آن، مراجعه‌ی خود را به تعویق می‌انداخت. از نقل قول‌هایی که بر این زیر طبقه دلالت دارند:

«دکترم گفته عمل کن، ولی می‌ترسم، چون دیگه نمی‌تونم رابطه (رابطه‌ی جنسی) داشته باشم، خیلی‌ها را عمل می‌کنند، نمی‌تونن رابطه داشته باشن، یک مدت هم که در برگه نوشته ۳-۶ ماه اصلا نباید رابطه داشته باشی» (م ۲).

«جراحی این مشکلو داره که روی رابطه‌ی جنسی تأثیر می‌گذاره» (م ۱۸).

«من مشکل بی‌اختیاری را به همسرم نگفتم، خیلی با همسرم رودربایستی دارم» (م ۱۲).

«من مرخصم، مدام پول دکتر می‌دم، کلافه شدم. بعضی وقت‌ها با آقامون دعوا می‌شم، می‌گه من چقدر پول دکتر بدم؟ ... با این وضع نمی‌شه برم دنبال مشکل ادراریم ...» (م ۱).

۲. عدم حمایت عاطفی همسر: در رابطه با زیر طبقه‌ی عدم حمایت عاطفی همسر، برخی مشارکت کنندگان، عدم همدلی و درک مشکل از سوی همسر -که به فقدان حمایت عاطفی و صمیمیت بر می‌گردد- را بیان کردند که می‌تواند از مهم‌ترین بازدارنده‌های

۲. ایجاد تردید نسبت به پیامدهای درمان: همچنین، برخی اطرافیان با ایجاد ترس و ناباوری نسبت به اثربخش بودن درمان یا بیان غیر مؤثر بودن درمان یا تجارب درمانی معکوس، باعث عدم کمک‌جویی اولیه یا پی‌گیری‌های بعدی و ایجاد تأخیر در کمک‌جویی برای درمان شده بودند. در این رابطه، برخی شرکت کنندگان بیان کردند:

«دخترام گفتن مامان برای چی می‌خوای دکتر بری؟، یکی از دخترام گفت که مادر دوستش این مشکلو داشته ... عمل جراحی شده، دکتر موقع عمل، مثانه شو سوراخ کرده ... می‌گفتن نرو، راستش من ترسیدم، به مدت با خودم کلنجار رفتم که بهتره پی‌گیر نشم ...» (م ۱۱).

«یکی از اقوام ما مشکل بی‌اختیاری داشت، ولی شدید نبود، فقط چون وسواس بود، رفت عمل کرد، الان بیچاره شده، مرتب ترشح و عفونت داره، ریزشش هم در حدی شده که زن با این سن مرتب پوشک می‌کنه ...» (م ۶).

«یکی می‌گه جراحی کن یکی می‌گه نکن، یکی از آشنايانمون جراحی کرده ولی از قبلش بلتر شده، نمی‌دونم چکارکنم ...» (م ۷).

«شنیدم اون‌هایی که به عمل کشیده زیاد فرق نکرده، دوباره عین قبل شده» (م ۸).

«دوستام می‌گن، ما هم این طوری هستیم ... یکی از دوستانم عمل کرده، می‌گه باز هم این مشکلو دارم ...» (م ۳).

حمایت اطلاعاتی اطرافیان

از درون‌مایه‌ی حمایت فعال، حمایت اطلاعاتی اطرافیان در جهت مثبت و در نتیجه تأثیر در تسریع کمک‌جویی درمان، در صحبت‌های برخی مشارکت کنندگان بیان شد.

۱. ترغیب به درمان توسط اطرافیان: نقش اطلاعاتی اطرافیان از طریق ترغیب بیمار برای پی‌گیری به واسطه‌ی تشویق برای مراجعه و معرفی مکان‌های درمانی، مشاهده شده بود که از نقل قول‌های آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

«دکتر زنانم گفت برای مشکل ادراری پی‌گیری کن، خواهرم هم تأیید کرد، گفت دکتر برو، حتما پی‌گیری کن ...» (م ۸).

«ادرارم را نمی‌تونم نگه دارم، هر جا می‌رم دنبال دستشویی هستم، چند ساله که این مشکل را دارم، دخترم گفت دکتر برو، ببینیم چه مشکلی داری ...» (م ۱۳).

«دخترم پیش یک دکتر رفته بود، گفت خیلی خوبه، گفت مامان بیا شما هم برو» (م ۵).

۲. انتقال تجارب مثبت از درمان: به علاوه، بیان اطلاعات صحیح و مثبت اطرافیان از طریق انتقال تجارب نتیجه‌بخش درمانی و به ویژه تجارب مثبت از درمان‌های غیر تهاجمی نیز بر کمک‌جویی بیمار برای دریافت درمان مؤثر یافت شد که می‌توان به مثال‌های زیر اشاره کرد:

«خواهرم این مشکل را داشت اما خیلی ساله که عمل کرده،

تصمیم‌گیری برای کمک‌جویی درمان محسوب شود. نقل قول‌های زیر بر عدم حمایت عاطفی همسر دلالت دارند:

«برای رفتن به دستشویی می‌دوم، شوهرم فحش می‌ده، می‌گه این چه مسخره بازیه در میاری، می‌گه نمی‌شه تو زودتر بری دستشویی؟!»،
آنچه بی‌اختیار بهم فشار میاد، نمی‌تونم خودمو نگاه دارم» (م ۱).

«شوهرم از قبل مشکل منو می‌دونست ولی اهمیت نمی‌داد...» (م ۵).
«به شوهرم گفتم برای مشکل بی‌اختیاریم می‌خوام دکتر برم، گفت نمی‌خواد بری... گفتم بهش تو وضعیت منو نمی‌دونی...» (م ۲).

۳. عدم حمایت ابزاری همسر: زیر طبقه‌ی عدم حمایت ابزاری همسر، از صحبت‌های برخی مشارکت‌کنندگان که علت عدم کمک‌جویی یا تأخیر برای مراجعه را ارایه نشدن خدمات تسهیلی توسط همسر یا عدم حمایت مالی از سوی او برای درمان می‌دانستند، شکل گرفت. از نقل قول‌های شرکت‌کنندگان در این رابطه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

«امروز صبح منتظر بودم شوهرم منو بیمارستان بیاره، گفته بود که می‌رسونمت... دیدم غر می‌زنه، گفتم خودم برم، خونمون دور نیست (به بیمارستان) اما باید پیاده بیام» (م ۱۷).

«... اون خانمهایی که از نظر مالی به شوهرشون وابسته هستن، نمی‌تونن برای خودشون وقت بگذارن و بیان ببینن چه مشکلی دارن...» (م ۲۰).

«شوهرم از قبل مشکل منو می‌دونست اما اهمیت نمی‌داد، تا من گفتم ششصد تومن بده برم عمل شم، مگه بدتر از اینم برای یه زن هست؟! گفت نه نرو جای دیگه، به جایی بلدم (مرکز درمانی دولتی) می‌برمت...» (م ۵).

همدلی همسر

از درون‌مایه‌ی حمایت‌فعال، طبقه‌ی اصلی همدلی همسر از درک متقابل زوج و حمایت ابزاری منتج شده است. در این طبقه، نقش همسر به واسطه‌ی درک متقابل زوج و حمایت ابزاری از سوی همسر عامل تسهیل در کمک‌جویی بود.

۱. درک متقابل زوج: برخی مشارکت‌کنندگان علت مراجعه و کمک‌جویی را ممانعت از دل‌زدگی عاطفی، اجتناب از آزدگی و رنجش همسر و درک بیماری از سوی او بیان کردند که مجموع این عوامل، درک متقابل زوجین را نشان می‌داد که منشأ اصلی آن به همدلی همسر بر می‌گردد. از نقل قول‌های شرکت‌کنندگان در رابطه با زیر طبقه‌ی درک متقابل زوج، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

«... بی‌اختیاری ممکنه این مشکلو داشته باشه که روی روحیه‌ی جنس مخالف تأثیر بزاره، به نظرم سردی میاره...» (م ۸).

«مرتب خونه زندگی را می‌شستم... شوهرمو زجر می‌دادم...» (م ۷).
«آلان با آقامون اوادم، اون گفت بیا بریم، گفت به خاطر خودت

که اذیت می‌شی...» (م ۱۵).

۲. حمایت ابزاری همسر: در رابطه با زیر طبقه‌ی حمایت ابزاری همسر، برخی مشارکت‌کنندگان حمایت مادی توسط همسر و همراهی او را عامل مثبت در کمک‌جویی خود بیان کرده بودند. از نقل قول‌های این زیر طبقه، می‌توان به صحبت‌های زیر از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد:

«همسرم گفت بیا بریم (بیمارستان)... هر چقدر پولش بشه اشکال نداره، تو باید خوب شی، من پام هم که شکست، پلاتین گذاشتم کلی هزینه کرد، خسیس نیست» (م ۱۹).

«به همسرم بی‌اختیاریمو گفتم... بیچاره شوهرم پول داد که من تونستم بیام» (م ۱۰).

«شوهرم خیلی هواسو داره،... الان هم خودش منو آورده، من تنهایی نمی‌تونستم بیام» (م ۱۸).

«من دوست دارم خوب شم، هم به خاطر خودم و هم شوهرم که پا به پام همه جا اومده، باید خوب شم» (م ۷).

فقدان حمایت خانواده

در مصاحبه‌های این مطالعه، فقدان حمایت خانواده، از درون‌مایه‌ی خلأ حمایتی، به دلیل اهمیت تأثیر باورها و تفکرات حاکم در خانواده بر رفتار زنان، طبقه‌ای مجزا را به خود اختصاص داد. این طبقه از زیر طبقات باورهای نادرست در خانواده و انتظارات متعدد از زن تشکیل شده است که به عنوان مانعی برای کمک‌جویی به دست آمدند.

۱. وجود باورهای نادرست در خانواده: در صحبت‌های مشارکت‌کنندگان، وجود دیدگاه منفی و ادراک نادرست از بیماری، سبب القای برخی باورهای غلط از سوی خانواده در بیمار به چشم می‌خورد که شامل شرم از مبتلا شدن به بی‌اختیاری به علت بار منفی بی‌اختیاری در خانواده و همچنین، بی‌اختیاری ادرار را به فرایندهای فیزیولوژیک (همچون متعاقب زایمان) نسبت دادن و طبیعی انگاشتن بی‌اختیاری بود که این باورهای نادرست، انگیزه‌ی پی‌جویی درمان را در بیمار از بین می‌برد. از نقل قول‌های این زیر طبقه می‌توان به صحبت‌های زیر از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد:

«از فامیل خجالت می‌کشم، این که خانواده‌ام بگن این نمی‌تونه ادرارشو نگه داره، ادرارش می‌ریزه» (م ۱۲).

«آگه دکتر برم باید یه دروغی بگم... یکی منو ببینه، حالا آخر عمری مضحکه دست عروسم بشم که مادر شوهرم خودشو خیس می‌کنه...» (م ۲۰).

«می‌گن خانم‌ها چون رحم دارن و باردار می‌شن، بدنشون شل میشه... مثانه و رحم به جایی وصل نیستن... زود می‌فتن...» (م ۱۵).

«بی‌اختیاری صد در صد علتش زایمانه، زایمان‌های پشت سر هم، نخوردن، کار کردن، سقط و خونریزی‌هایی که کردی اینا باعث شده...» (م ۹).
«مامانم می‌گه بی‌اختیاری از زایمان طبیعی... مامانم نمی‌تونه

ادراشونگه داره ولی من چون سزارینیم، آگه تا شب سرفه نکنم، می‌تونم ادرامو نگه دارم» (م ۴).

۲. انتظارات متعدد از زن: در رابطه با زیر طبقه ی انتظارات متعدد از زن، از صحبت‌های برخی مشارکت‌کنندگان دیدگاه سنتی، زن به عنوان محور خانواده مسؤول انجام امور روزانه، مراقبت از فرزندان و رسیدگی به همسر و سایر افراد منزل مشاهده می‌شد که به عنوان یکی از بازدارنده‌هایی به دست آمد که بیماران را از مراجعه به پزشک برای درمان منع می‌کرد و سبب شده بود بیمار با وجود داشتن نشانه‌های بیماری، اهمیت دادن به نیازهای اعضای خانواده را اولویت بر بیماری خود قرار دهد. از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در مورد این زیر طبقه، می‌توان به چند مورد اشاره کرد:

«شوهرم برای قلبش ۶ ماه بیمارستان رفت، خدا شاهده من ۶ ماه از ساعت ۶ صبح بیمارستان می‌رفتم، ساعت ۲ خونه میومدم، هم نهار هم شام و هم کار خونه، یک سبد هم دستم، آب و غذا و دارو، با دستم می‌چرخاندم، با شوهرم همراهی می‌کردم ... ولی کسی از من مراقبت نمی‌کنه» (م ۱۷).

«من از ۳-۲ سال پیش این مشکلو داشتم، ولی بچه هام کوچک هستن، یکیشون ۳ سال و نیمه، یکی دو ساله، الان هم عمل بشم نمی‌دونم چکارکنم» (م ۱۴).

بحث

در پژوهش حاضر، با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی در کمک‌جویی درمان زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار، با استفاده از ظهور درون‌مایه‌های خلأ حمایتی، حمایت فعال و ۵ طبقه‌ی اصلی، حمایت اطلاعاتی ناکارآمد اطرافیان، فقدان حمایت همسر، فقدان حمایت خانواده، حمایت اطلاعاتی اطرافیان و همدلی همسر تبیین شد.

از حمایت اجتماعی به عنوان عامل انگیزشی قوی در قصد کمک‌جویی در زنان با بی‌اختیاری یاد شده است (۱۵). در این مطالعه نیز اطرافیان با حمایت اطلاعاتی، از طریق ترغیب مراجعه و انتقال تجارب مطلوب از درمان، تأثیر مثبت بر کمک‌جویی داشتند. با وجود این، همان‌گونه که در این مطالعه نیز مشاهده شد، اطرافیان گاه تأثیرات بازدارنده‌ای در کمک‌جویی بیماران برای درمان دارند (۱۱). در این مطالعه، حمایت اطلاعاتی ناکارآمد اطرافیان، باعث ایجاد تردید در تصمیم‌گیری اولیه برای مراجعه و همچنین، ایجاد تردید نسبت به پیامدهای درمانی شده بود که می‌تواند مربوط به آگاهی پایین اطرافیان باشد. بنابراین، اطرافیان ناآگاه، از طریق آرایه‌ی اطلاعات و راهنمایی‌های نادرست و ایجاد ترس‌های نابه‌جا نسبت به درمان، با تصور این که جراحی تنها درمان بی‌اختیاری است، بیمار را از مسیر درست درمان منحرف می‌کنند.

علاوه بر این، همان‌طور که در مصاحبه‌ها دیده شد، حمایت‌های

عاطفی و ابزاری همسر چه در جهت مثبت و تقویت‌کننده و چه در جهت منفی، تأثیر به‌سزایی در رفتارهای کمک‌جویی زنان داشت. حمایت همسر، به عنوان مهم‌ترین و نزدیک‌ترین فرد در خانواده به زن، تأثیر مثبت روان‌شناختی و فیزیکی در برخورد با مسایل استرس‌زای زندگی در زن دارد (۱۶، ۷).

در این میان، مهم‌ترین اصل، همدلی است که باعث ایجاد حس اطمینان در زن برای بازگویی مشکلات ناشی از بیماری و چاره‌جویی برای درمان با همسر به عنوان منبع اولیه و قوی حمایتی می‌شود. همچنین، برخی شرکت‌کنندگان در این مطالعه، با تصور تهدید زندگی جنسی به دنبال درمان‌های جراحی، درمان بی‌اختیاری ادرار را به تعویق انداخته بودند و با وجود تأثیر منفی علایم بیماری بر کارکرد جنسی و کیفیت زندگی، با بیماری در سکوت سازش می‌کردند. این نکته، قابل اهمیت است که خود بی‌اختیاری ادرار بدون درمان نیز تأثیر مستقیم بر ایجاد اختلال در رابطه‌ی جنسی دارد (۱۷). علاوه بر این، وابستگی مالی به همسر، از موارد مؤثر دیگر در تصمیم‌گیری برای کمک‌جویی درمان بود که در مصاحبه‌ها دیده می‌شد. به دلیل وجود نگرش غالب، رأس قدرت بودن مردان در خانواده و منبع اصلی تأمین کننده‌ی درآمد و گاه تنها منبع و این که مرجع اصلی تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی توزیع و هزینه‌کردن آن هستند، بنابراین رفتارهای کمک‌جویی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

طبقه‌ی دیگری از این مطالعه، نقش منفی خانواده بود. بیشتر اعتقادات، نگرش‌ها و رفتارهای مؤثر بر سلامت در خانواده شکل می‌گیرد (۱۹-۱۸) که گاه نادرست می‌باشند و تأثیر منفی بر رفتارها دارند؛ به طوری که در یافته‌ها نیز دیده می‌شود، دو نمونه از باورهای غلط در خانواده که بر رفتار فرد و کمک‌جویی او تأثیر گذاشته بود، شامل بار منفی بیماری در خانواده و نسبت دادن بی‌اختیاری ادرار به روندهای طبیعی بود. در واقع، وجود حس شرم ناشی از بار منفی بیماری در خانواده‌ها، مانع از پی‌گیری و کمک‌جویی شده بود؛ در حالی که اگر به این بیماری نگاهی به دور از استیگما وجود داشته باشد، ممکن است رفتارهای کمک‌جویی راحت‌تر در زنان مبتلا صورت گیرد. علاوه بر این، عادی‌انگاری و طبیعی دانستن این اختلال به عنوان یک پدیده‌ی زنانه به ویژه پس از زایمان، تمایل افراد را برای مراجعه به درمان کاهش می‌دهد. نسبت دادن بی‌اختیاری به فرایندهای طبیعی از علل عدم کمک‌جویی در زنان با بی‌اختیاری ادرار گزارش شده است (۲۰).

از موارد دیگری که خانواده در آن نقش داشت، نقش‌های چند گانه و وظایف متعدد زنان بود که درمان آن‌ها را به تعویق انداخته بود؛ در حالی که اگر همکاری و همدلی بین اعضای خانواده وجود داشته باشد و همه‌ی مسایل مربوط به اعضای خانواده، از وظایف زن شمرده نشود، احتمال توجه به بیماری و پی‌گیری آن نیز بیشتر خواهد بود.

و پیش‌گیری کننده و چه در مداخلات درمانی، نقش اطرافیان را مد نظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی، با طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۱۶۰۲۴ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت مالی و همچنین، شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد حمایت اجتماعی اطرافیان در قالب منابع مختلف همچون همسر، خانواده و دوستان، می‌تواند عامل مهمی در تسهیل رفتارهای کمک‌جویی درمان در زنان با تجربه‌ی بی‌اختیاری ادرار محسوب شود؛ در حالی که فقدان همدلی و همراهی از سوی اطرافیان در کنار آگاهی ناکافی آن‌ها، از ماهیت بیماری و روش‌های مؤثر درمانی، از مهم‌ترین موانع کمک‌جویی درمان به شمار می‌روند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مراقبین چه در برنامه‌های آموزشی

References

1. Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg H, Riphagen F. Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: Prevalence and consequences. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 43(3): 229-34.
2. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Can Fam Physician* 2005; 51: 84-5.
3. Rashidi F, Hajian S, Darvish S, Alavi Majd H. Prevalence of urinary incontinence in Iranian women: systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 21(12): 94-102. [In Persian].
4. Charalambous S, Trantafylidis A. Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelvipiperineology* 2009; 28: 51-3.
5. Torkzadeh A, Poormomeni AA, Zargham M. The effect of two types of exercise therapy on improvement of stress urinary incontinence in women. *J Isfahan Med Sch* 2016; 34(378): 341-6. [In Persian].
6. Park S, Yeoum S, Kim Y, Kwon HJ. Self-management experiences of older Korean women with urinary incontinence: A descriptive qualitative study using focus groups. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017; 44(6): 572-7.
7. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol* 2004; 59(8): 676-84.
8. Lotfi R, Ramezani Tehrani F, Yaghmaei F. Social support and HIV prevention among women "at risk": A qualitative study. *Payesh* 2013; 12(5): 467-78. [In Persian].
9. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 157.
10. Fonseca A, Gorayeb R, Canavarro MC. Womens help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery* 2015; 31(12): 1177-85.
11. Offer D, Howard KI, Schonert KA, Ostrov E. To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(4): 623-30.
12. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; 43(5): 683-714.
13. Mokhlesi SS, Kariman N, Ebadi A, Khoshnejad F, Dabiri F. psychometric properties of the questionnaire for urinary incontinence diagnosis of married women of Qom city in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017; 15(10): 955-66. [In Persian].
14. 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.
15. Wu C, Wang K, Sun T, Xu D, Palmer MH. Predicting help-seeking intention of women with urinary incontinence in Jinan, China: A theory of planned behaviour model. *J Clin Nurs* 2015; 24(3-4): 457-64.
16. Taghani R, Ashrafizaveh A, Ghanbari SM, Azmoude E, Tatari M. Marital satisfaction and its associated factors at reproductive age women referred to health centers. *J Educ Health Promot* 2019; 8: 133.
17. Duralde ER, Rowen TS. Urinary incontinence and associated female sexual dysfunction. *Sex Med Rev* 2017; 5(4): 470-85.
18. Noroozi V. The impact of family's behavior styles on the student's mental conditions and their viewpoint on human-relationships at school. *Journal of Educational Innovations* 2004; 2(6): 31-56. [In Persian].
19. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: The importance of family meals. *J Adolesc Health* 2003; 32(5): 365-73.
20. Vethanayagam N, Orrell A, Dahlberg L, McKee KJ, Orme S, Parker SG, et al. Understanding help-seeking in older people with urinary incontinence: an interview study. *Health Soc Care Community* 2017; 25(3): 1061-9.

Exploring the Role of Social Support in Treatment Seeking among the Women with Experience of Urinary Incontinence

Fahimeh Rashidi-Fakari¹, Sepideh Hajian², Soodabeh Darvish³, Hamid Alavi-Majd⁴

Original Article

Abstract

Background: Urinary incontinence is a chronic complication and a social stigma. One of the important and influential factors on the ability of patients to cope with the nature of chronic diseases is social support that affects patients' behaviors, and changes the quality of life. However, social support can also be a way to improve treatment-seeking help. The aim of this study was to explore the role of social support in treatment seeking among the women with experience of urinary incontinence.

Methods: In this qualitative study, 20 women with experience of urinary incontinence referred to teaching hospitals in Tehran, Iran, were purposefully selected. Data collection was done through semi-structured and in-depth interviews. MAXQDA software was used for data analysis.

Findings: In the data analysis of participants' experiences, two themes were emerged, support deficiency theme including three main categories of "incompetent information support by others", "lack of spouse support", and "lack of family support", and active support theme including two main categories of "informative support by others" and "spouse empathy".

Conclusion: Effective social support from different sources such as spouse, family, and friends can play a significant positive role in encouraging and creating treatment-seeking behaviors in women with urinary incontinence. While negative and inefficient social support by others can be considered as important obstacles in pursuing the treatment of the disease.

Keywords: Social support, Woman, Urinary incontinence, Qualitative evaluation

Citation: Rashidi-Fakari F, Hajian S, Darvish S, Alavi-Majd H. **Exploring the Role of Social Support in Treatment Seeking among the Women with Experience of Urinary Incontinence.** J Isfahan Med Sch 2021; 39(615): 126-33.

1- PhD Candidate of Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Centre, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynaecology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Professor, Department of Biostatistics, School of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Sepideh Hajian, Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Centre, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Email: s.hajian@sbmu.ac.ir