

Strategies Used to by Mothers with Breast Cancer to Apply the Mothering Role: A Qualitative Study

Vahid Zamanzadeh¹, Akram Ghahramanian², Leila Valizadeh³, Effat Mazaheri^{4*} 

1. Professor in Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. Professor in Nursing, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
4. Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Article Info

Received: 2020/10/03;
Accepted: 2021/04/15;
Published Online: 2021/09/21

 [10.30699/ajnmc.29.3.220](https://doi.org/10.30699/ajnmc.29.3.220)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Women with breast cancer often experience alterations in their mothering roles both because of the disease and the reduced ability for child care. However, many women with breast cancer try to play their mothering roles as they did before the disease. This study aimed to discover the strategies used by Iranian women with breast cancer to manage their mothering roles in the process of the disease and survival.

Methods: A qualitative content analysis study was conducted on 23 mothers with breast cancer. Semi-structured interviews were used to collect data and a conventional content analysis method was used to analyze the data simultaneously with data collection.

Results: Totally 1200 non-duplicate codes were extracted from the data and were categorized into four categories. Self-preparation was the first category and included three subcategories, namely, self-awareness for regaining the role, psychological mobilization to continue the role, and seeking informational support. Role reorganizing was the second category and had two subcategories, namely assigning to alternate people, and modifications of maternal duties. Self- and family-reconstruction was the third category and included three subcategories of energy conservation, communication development, and child protection. Playing a participatory-supervisory role was the fourth category and had two subcategories of participation and supervision.

Conclusion: Identifying the strategies used to play the mothering role can help health care professionals to support, provide advice, and train the mothers with breast cancer and their families. It also helps mothers to play their mothering role during the disease.

Keywords: Mothering role, Breast cancer, Qualitative study


Corresponding Information: Effat Mazaheri, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran. Email mazaheriefat@yahoo.com

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Valizadeh L, Mazaheri E. Strategies Used to by Mothers with Breast Cancer to Apply the Mothering Role: A Qualitative Study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2021; 29 (3):220-232

راهبردهای مورد استفاده مادران مبتلا به سرطان پستان برای ایفای نقش مادری: یک مطالعه کیفی

وحید زمان زاده^۱، اکرم قهرمانیان^۲، لیلا ولیزاده^۳، عفت مظاهری^{۴*} 

۱. استاد، گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. استاد، گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. استادیار، گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۷/۱۲	مقدمه: زنان مبتلا به سرطان پستان اغلب به دلیل بیماری یا در اثر کاهش توانایی مراقبت از فرزند، تغییراتی را در نقش مادری خود تجربه می‌کنند. با وجود این بسیاری از آنها می‌کوشند تا همانند قبل از بیماری، ایفاگر نقش مادری خود باشند. این مطالعه با هدف کشف راهبردهای مورد استفاده زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان، در مدیریت برنامه‌های فرزندپروری و ایفای نقش والدی در دوره بیماری و بقایافتگی انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۶	روش کار: در یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی، ۲۳ مادر مبتلا به سرطان پستان وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند، جمع‌آوری و هم‌زمان تحلیل شدند.
انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰	یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به ایجاد ۱۲۰۰ کد غیر تکراری شد. طبقه‌بندی کدها منجر به ظهور ۴ طبقه و ۱۰ زیرطبقه شامل راهبرد آماده‌سازی خود (با سه زیرطبقه بازیابی خودآگاهانه نقش، بسیج روانی جهت تداوم نقش و کسب حمایت‌های اطلاعاتی)، راهبرد بازسازی خود و خانواده (با سه زیرطبقه راهبردهای حفظ انرژی، توسعه ارتباطات و محافظت از فرزندان) و الگوی ایفای نقش مشارکتی (با دو زیرطبقه سهم‌پذیری و نظارت) شد.
نویسنده مسئول: عفت مظاهری استادیار، گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران پست الکترونیک: mazaheriefat@yahoo.com	نتیجه‌گیری: شناسایی راهبردهای به کار رفته برای ایفای نقش مادری می‌تواند به متخصصین مراقبت سلامت کمک کند تا با حمایت و دادن مشاوره و آموزش، به این مادران و خانواده‌هایشان آنان را در ایفای نقش مادری حین بیماری یاری نمایند.
	کلیدواژه‌ها: نقش مادری، سرطان پستان، مطالعه کیفی

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

که مادر صلاحیت مورد نیاز برای مراقبت از فرزند، عشق و تعهد به فرزند و برقراری تعادل بین نقش جدید و نقش‌های قبلی را کسب نماید [۴]. پیامدهای موفقیت در نقش مادری برای فرزند، رشد عاطفی و شناختی، دلبستگی، سلامتی و صلاحیت اجتماعی است [۳].

نقش مادری در اثر ابتلا به بیماری و از طریق کاهش توانایی مراقبت از فرزند ممکن است تغییر یابد [۵]. ابتلای زنان به سرطان پستان هم‌زمان با ایفای نقش مادری، اثرات

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان و پنجمین علت مرگ در زنان ایرانی است [۱]. میانگین سن بیماران در ایران، تقریباً ۱۰ سال جوان‌تر از کشورهای غربی است [۲]. بسیاری از این زنان در زمان ابتلا به سرطان پستان، ایفاگر نقش مادری نیز هستند. دستیابی به نقش مادری فرآیندی است که در آن صلاحیت‌های لازم برای نقش مادری، با یادگیری رفتارهای متناسب، تثبیت خود در نقش و پذیرش هویت مادری کسب می‌شود [۳] و موفقیت در نقش مادری زمانی حاصل می‌شود

چگونگی مواجهه مادران با موقعیت جدید برای استمرار نقش مادری باید مورد کاوش عمیق قرار گیرد [۱۶]. Vaziri و همکاران نیز با تأکید بر تأثیرات سرطان پستان روی تجارب نقش مادری، بر اساس شرایط اجتماعی اقتصادی و شرایط خانوادگی، بررسی در این زمینه را ضروری می‌داند [۱۶]. یافته‌های مطالعه Tavares و همکاران نشان می‌دهد که تشخیص سرطان پستان با چالش‌های زیادی از نظر ایفای نقش مادری همراه است که نیازمند بررسی است [۹]. در حال حاضر، بر انجام مطالعات در حوزه تأثیر سرطان بر عملکرد، کیفیت زندگی و درک تندرستی مادران تأکید می‌شود [۱۷]. با وجود اینکه مطالعات در مورد تأثیر سرطان پستان روی سلامتی مادران زیاد است ولی تأثیر آن روی ایفای نقش مادری در مادرانی که فرزند وابسته دارند، کم است [۱۸].

از طرف دیگر شواهد حاکی از آن است که خدمات معمول ارائه شده در مراکز مراقبتی متناسب با نیازهای مادران و زنان نیستند [۱۹، ۱۰]. زنانی که احساس می‌کنند از سوی مراقبین سلامت به عنوان مادر شناخته نمی‌شوند و فقط به عنوان یک بیمار در نظر گرفته می‌شوند، در انجام مسئولیت‌های خود در ارتباط با رفاه کودکان و ثبات زندگی خانوادگی دچار مشکلات زیادی می‌شوند. با وجود اینکه پرستاران می‌توانند، پاسخگوی نگرانی‌های مادران مبتلا به سرطان دارای کودک وابسته باشند و از طریق درک مسائل و مشکلات ایفای نقش مادری توأم با ابتلا به سرطان، در حمایت اجتماعی و روانی از این بیماران مؤثر باشند [۱۹] ولی مطالعه Arber نشان می‌دهد پرستاران انکولوژی در این زمینه، از اعتماد به نفس و مهارت کافی برخوردار نیستند [۲۰].

از آنجا که پژوهش کیفی، دارای منشأ فلسفی انسان‌گرایانه و طبیعت‌گرایانه است که به درک معانی تعاملات اجتماعی بین افراد کمک می‌نماید و از نظر این دیدگاه واقعیت پیچیده و پویا است [۲۱] که هدف آن بررسی عمیق تجارب به همان نحوی است که در زندگی واقعی افراد روی می‌دهد. بنابراین، جهت پی بردن به فرآیند ایفای نقش مادری در بیماران مبتلا به سرطان پستان، باید دیدگاه مشارکت‌کنندگان، تعاملات آنان با سایر افراد، زندگی آنان با بیماری و راهبردهایی که احتمالاً برای ایفای نقش مادری انتخاب می‌کنند مورد توجه قرار گیرد. بنابراین، این مطالعه با هدف کشف راهبردهای مورد استفاده مادران ایرانی مبتلا به سرطان پستان، در مدیریت برنامه‌های فرزندپروری و ایفای نقش مادری در دوره بیماری و بقایافتگی،

منفی بیماری [۶] و مشکلات ناشی از مسئولیت‌های مراقبت از فرزند را تشدید می‌کند [۷]. Yfantis و همکاران بیان می‌کنند، مادران جوان مبتلا به سرطان، با علائمی مثل خستگی، درد پستان و دست‌ها و ادم لنفاوی دست روبه‌رو هستند که با توانایی آنان در مراقبت از فرزند مقابله می‌کنند. آنان به‌ویژه در مورد بازگشت به نقش مادری نگران هستند [۸] و زمانی که تجربه درمان بیماری مزمن و ایفای نقش مادری هم‌زمان باشد، احساس ترس، خشم و گناه در آنان باعث می‌شود، در مورد مادر خوب بودن، دچار احساس تردید و گناه شوند [۹]. به‌دنبال تغییرات جسمی و روانی ناشی از سرطان پستان و درمان آن، روابط اجتماعی و تعاملات صمیمانه مادران با خانواده و اطرافیان دچار تغییر شده و بیماران در زندگی خانوادگی و اجتماعی احساس از هم گسیختگی می‌کنند [۱۰]. Mousvi Diva و همکاران نیز تأکید می‌کنند که مادران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان در ابعاد عملکرد خانوادگی از قبیل حل مشکل، ارتباطات و نقش‌ها ضعیف‌تر از مادران سالم هستند [۱۱].

Strickland بیان می‌کند در موقعیت ابتلا به سرطان، مادر ناخواسته در موقعیت سختی قرار گرفته و جهت «بیمار» و «مادری ایدئال» "Intensive mothering" تلاش می‌کند [۱۰]. به‌گفته Goodwin بحث پیرامون «مادری ایدئال» در هر جامعه بر اساس انتظارات از نقش مادری در آن جامعه شکل می‌گیرد [۱۲]. بنابراین، ضرورت ایفای نقش مادری در کنار پیگیری درمان‌های بیماری، مادر را مجبور می‌کند تلاش‌های بیشتری برای ایجاد تعادل بین مسئولیت مادری و مدیریت بیماری انجام دهد [۱۰]. در این شرایط آنها علاوه بر تغییر در رویه‌های مراقبتی و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای، اهمیت دارد تا روی کمک و حمایت افراد دیگر جهت مراقبت از کودک حساب کنند [۱۳].

خانواده، نقش کلیدی در به وجود آوردن محیط حمایتی برای عضو بیمار دارد و تحقیقات اهمیت حمایت خانواده، جهت خود مدیریتی وضعیت‌های مزمن مثل سرطان را نشان می‌دهد [۱۴]. در متون مشخص شده است که حمایت اجتماعی برای بیماران مبتلا به سرطان مفید بوده و بیمار اغلب این حمایت را از طرف اعضای خانواده دریافت می‌کند [۱۵].

با توجه به زمینه فرهنگی اجتماعی جامعه ایران که نقش مادری را ارزشمند می‌داند، بیماری می‌تواند بر نقش مادری و ایفای آن تأثیرات فراوانی گذاشته و این تغییر نقش‌ها و

همه متن مصاحبه‌ها کلمه به کلمه بازنویسی شدند و توسط نویسندۀ اول و دوم چندین بار برای درک محتوای کلی خوانده شد و واحدهای معنی استخراج شدند و سپس به واحدهای معنایی متراکم به عنوان کد تبدیل شدند. در مرحله بعد، کدها برای شباهت‌ها و تفاوت‌ها مقایسه شدند و زیرطبقات و طبقات اصلی با توافق بین محققان استخراج شد. از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ [۲۳]، برای مدیریت داده‌ها استفاده شد.

از معیارهای پیشنهادی Lincoln و Guba [۲۴]، برای قابلیت اطمینان یا ریگور مطالعه استفاده شد. اعتبار از طریق اختصاص زمان کافی به جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تعامل طولانی‌مدت با داده‌ها، حداکثر نمونه‌گیری از تغییرات، بررسی همتایان و صاحب‌نظران خارج از تیم تحقیق انجام شد. همچنین جهت افزایش اعتبار داده‌ها و تفاسیر مربوط به آنها از چک کردن توسط مشارکت‌کنندگان (Member check) استفاده شد. بدین منظور بخشی از متن مصاحبه‌ها به همراه کد اصلی در اختیار دو مشارکت‌کنندۀ مطلع قرار گرفت تا ایده‌های استخراج شده را با تجارب خودشان مقایسه کنند که کدها توسط آنان تأیید شدند. مفاهیم و طبقات تهیه شده توسط ناظران و کارشناسان ماهر بررسی و بازبینی و تأیید شدند. برای انتقال‌پذیری داده‌ها، مصاحبه‌های انتخاب شده به همراه کد و دسته‌بندی با دو مادر مبتلا به سرطان پستان غیر از مشارکت‌کنندگان به اشتراک گذاشته شد و آنها تأیید کردند که این کدها نمایانگر تجربیات واقعی آنها هستند. برای اطمینان از قابلیت اطمینان، دو متخصص که عضو تیم تحقیق نبودند اما با مطالعات کیفی آشنا بودند، واحدهای معنایی، زیرطبقات و طبقات اصلی را تأیید کردند. بررسی همکار توسط نویسندگان همکار همچنین به ایجاد اطمینان از یافته‌ها کمک کرد. برای اطمینان از تأییدپذیری، تمام مراحل مطالعه به طور واضح به منظور حسابرسی خارجی مستند شدند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله بخشی از نتایج رساله دکترای پرستاری است که از سوی معاونت تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC-1396.1253 تصویب شده است. رضایت آگاهانه از همه مشارکت‌کنندگان گرفته شد و قبل از مصاحبه، اطلاعاتی در مورد هدف، روش مطالعه، محرمانه بودن داده‌ها، داوطلبانه

با رویکرد تحلیل محتوا انجام شد تا نتایج آن بتواند در شناسایی راهبردهای مورد استفاده مادران برای بازگشت به نقش مادری و تسهیل به‌کارگیری آنها در یک محیط حمایتی از سوی پرستاران، کمک‌کننده باشد.

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی قراردادی است. در این مطالعه ۲۳ مادر مبتلا به سرطان پستان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بیمارستان شهید قاضی طباطبایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند از اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ تا دی ماه ۱۳۹۸ با حداکثر تنوع در نمونه‌گیری از نظر سن، سطح تحصیلات، نوع درمان و تعداد فرزندان انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه تشخیص قطعی ابتلا به سرطان پستان بدون شواهد متاستاز، تکمیل دوره درمان و بودن در مرحله پیگیری درمان، داشتن فرزند یا فرزندان ۱۶ سال و کمتر بود (داشتن نیازهای مراقبتی بیشتر) انتخاب شدند. اشباع داده‌ها زمانی به دست آمد که هیچ کد یا مفهوم جدیدی از مصاحبه‌ها ظاهر نشد و همه طبقات و ارتباط بین آنها کاملاً توسعه پیدا کردند. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته انجام شد. مصاحبه‌ها در زمان و مکان دلخواه مشارکت‌کنندگان و با هماهنگی قبلی در اتاق ویزیت درمانگاه انکولوژی بیمارستان شهید قاضی طباطبایی انجام گرفت. مدت زمان مصاحبه در دامنه ۳۵ تا ۸۵ دقیقه بود. نمونه سؤالات عبارت بودند از، با توجه به تجربه خودتان، می‌توانید در مورد ایفای نقش مادری در مادران مبتلا به سرطان پستان صحبت کنید؟ می‌توانید در مورد تغییرات در نقش مادری بعد از ابتلا به سرطان پستان صحبت کنید؟ مادران مبتلا به سرطان پستان برای کنار آمدن با این موقعیت و انجام وظایف مادری خود چه کار می‌کنند؟ روند مصاحبه براساس پاسخ مشارکت‌کنندگان و کدهای حاصل از تحلیل هم‌زمان داده‌ها، هدایت و از سؤالات پیگیر و کاوشی شامل «منظورتان از این چیست؟» و «آیا می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح دهید؟» نیز استفاده می‌شد.

روش تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی Lundman و Graneheim [۲۲] انجام شد. برای این منظور

بودن شرکت در مطالعه و آزادی کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان در مطالعه در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با ۲۳ مادر مبتلا به سرطان پستان در دامنه سنی ۳۳ الی ۴۹ سال (جدول ۱)، منجر به ظهور ۱۸۰۰ کد اولیه و ۱۲۰۰ کد غیر تکراری شد. دسته بندی کدهای ثانویه منجر به ظهور ۴ طبقه و ۱۰ زیرطبقه شامل راهبرد آماده‌سازی خود (با سه زیرطبقه بازبایی خودآگاهانه نقش، بسیج روانی جهت تداوم نقش و کسب حمایت های

اطلاعاتی)، راهبرد بازسازماندهی نقش‌ها (با دو زیرطبقه وکالت دادن به جایگزین‌ها و تعدیل کردن وظایف مادری)، راهبرد بازسازی خود و خانواده (با سه زیرطبقه راهبردهای حفظ انرژی، توسعه ارتباطات و محافظت از فرزندان) و الگوی مشارکتی نظارتی (با دو زیرطبقه سهم‌پذیری و نظارت) شد که مادران مبتلا به سرطان پستان از این سه راهبرد برای ایفای نقش مادری به شکل مشارکتی نظارتی و بازبایی سهم خود از نقش مادری استفاده می‌کردند (جدول ۲). این طبقات با زیرطبقات آنها در ادامه توضیح داده شده است.

جدول شماره ۱. مشخصات فردی اجتماعی مادران مشارکت‌کننده در مطالعه

تعداد مصاحبه	مدت مصاحبه (دقیقه)	ساکن	درمان‌های انجام شده	مدت ابتلا به بیماری (ماه)	شغل همسر	شغل مادر	تحصیلات مادر	تعداد فرزند ≤۱۶	تعداد مادر فرزندان	سن	ردیف
۱	۶۴	تبریز	ماستکتومی یکطرفه و لنفادنکتومی	۵	راننده	خانه دار	بیسواد	۱	۴	۴۹	۱
۲	۵۰	تبریز	ماستکتومی یکطرفه	۱۲	مهندس	پزشک	فوق تخصص	۲	۲	۳۹	۲
۱	۸۴	تبریز	ماستکتومی یکطرفه و لنفادنکتومی	۱۲	مهندس	خانه دار	لیسانس	۱	۱	۳۷	۳
۱	۳۰	تبریز	ماستکتومی یکطرفه	۹	راننده	خانه دار	راهنمایی	۲	۴	۴۹	۴
۱	۳۰	میان‌دوآب	ماستکتومی رادیکال یکطرفه	۱/۵	راننده	خانه دار	ابتدایی	۱	۳	۴۲	۵
۱	۵۰	تبریز	ماستکتومی رادیکال یکطرفه	۶	بازار فروش	خانه دار	سیکل	۱	۲	۴۷	۶
۱	۳۲	تبریز	ماستکتومی یکطرفه	۲۴	آزاد	خانه دار	سیکل	۱	۲	۳۹	۷
۱	۴۵	بناب	ماستکتومی دو طرفه و لنفادنکتومی	۸	کابینت ساز	خانه دار	پنجم ابتدایی	۱	۲	۳۸	۸
۱	۴۰	تبریز	ماستکتومی دو طرفه	۴	تعمیر کار وسایل صوتی	خانه دار	بیسواد	۱	۳	۴۱	۹
۱	۳۲	بستان آباد	ماستکتومی یکطرفه	۴	کارگر	خانه دار	پنجم ابتدایی	۱	۲	۴۱	۱۰
۱	۳۵	تبریز	ماستکتومی یکطرفه	۸		خانه دار	راهنمایی	۱	۲	۴۰	۱۱
۱	۴۶	تبریز	ماستکتومی یکطرفه و لنفادنکتومی	۲۴	کارگر	خانه دار	پنجم ابتدایی	۲	۳	۳۷	۱۲
۱	۴۰	تبریز	ماستکتومی رادیکال یکطرفه	۲۴	آزاد	خانه دار	دیپلم	۱	۲	۴۳	۱۳
۱	۶۰	اردبیل	ماستکتومی یکطرفه	۲۴	کارمند	معلم	لیسانس	۱	۲	۳۹	۱۴
۱	۶۰	اردبیل	ماستکتومی یکطرفه	۶	کارمند	معلم	فوق دیپلم	۲	۲	۳۳	۱۵
۱	۳۵	سراب	ماستکتومی یکطرفه	۸	آزاد	خانه دار	دیپلم	۱	۲	۴۶	۱۶
۱	۵۸	اردبیل	ماستکتومی رادیکال یکطرفه	۱۲	کارمند	کارمند	فوق دیپلم	۱	۲	۴۳	۱۷
۱	۵۰	اردبیل	ماستکتومی یکطرفه	۱۲	کارمند ارتش	کارمند	دیپلم	۱	۳	۴۹	۱۸
۱	۵۰	اردبیل	ماستکتومی رادیکال یکطرفه	۱۲	کارمند	کارمند	کارشناس مامایی	۱	۲	۳۹	۱۹
۱	۴۰	تهران	ماستکتومی رادیکال یکطرفه	۱۲	کارمند	آرایشگر	فوق دیپلم	۱	۱	۴۵	۲۰

ردیف	سن مادر	تعداد فرزندان	تعداد فرزندان ≤ 16	تحصیلات مادر	شغل مادر	شغل همسر	مدت ابتلا به بیماری (ماه)	درمان‌های انجام شده	ساکن	مدت مصاحبه (دقیقه)	تعداد مصاحبه
۲۱	۳۷	۲	۱	دانشجوی کارشناسی	کارمند	آزاد	۷	ماستکتومی رادیکال یکطرفه	اردبیل	۴۳	۲
۲۲	۴۶	۱	۱	راهنمایی	خانه دار	کارگر	۸	ماستکتومی یکطرفه	اردبیل	۳۰	۱
۲۳	۴۷	۲	۱	دبیرستان	معلم	کارمند بازنشسته	۱۲	ماستکتومی یکطرفه	تهران	۷۰	۱

جدول شماره ۲: طبقات و زیرطبقات فرآیند ایفای نقش مادری در مادران مشارکت‌کننده در مطالعه

زیرطبقات	طبقات
بازیابی خودآگاهانه نقش بسیج روانی جهت تداوم نقش کسب حمایت‌های اطلاعاتی وکالت دادن به جایگزین‌ها تعدیل کردن وظایف نقش‌ها	راهبرد آماده‌سازی خود
راهبردهای ذخیره انرژی توسعه ارتباطات محافظت از فرزندان	راهبرد بازسازی خود و خانواده
نظارت سهم‌پذیری	الگوی مشارکتی نظارتی

طبقه ۱: راهبرد آماده‌سازی خود

مادران در تلاش بودند با برنامه‌ریزی و سازماندهی در انجام وظایف مادری، خودشان را برای موقعیت به وجود آمده و تغییراتی که در ایفای نقش مادری بعد از بیماری رخ داده است، آماده نمایند. مادران به دنبال مواجهه با مشکلات جسمی و روانی ناشی از سرطان پستان و تغییر در توان خود برای ایفای نقش مادری، به این درک می‌رسیدند که حفظ تداوم نقش مادری و هویت مادری‌شان، مستلزم استفاده از منابع حمایتی مختلف برای بازیابی نقش مادری است. بنابراین آنها از طریق بازیابی خودآگاهانه نقش و با تقویت منابع انگیزشی و درک نیاز به حمایت اطلاعاتی، جهت کسب دانش از منابع متعدد اطلاعاتی تلاش می‌کردند تا با به‌کارگیری راهبرد آماده‌سازی خود به ایفای نقش مادری خود تداوم بخشند. این طبقه شامل زیرطبقات (۱) بازیابی خودآگاهانه نقش، (۲) بسیج روانی جهت تداوم نقش، و (۳) کسب حمایت‌های اطلاعاتی بود.

۱-۱- بازیابی خودآگاهانه نقش

مادران نقاط قوت و ضعف خود را می‌شناختند و به تأثیری که می‌توانستند در اطرافیان جهت جلب مشارکت آنان در انجام وظایف مادری داشته باشند، آگاه بودند.

مادران با بازاندیشی نسبت به ادامه نقش و درک ضرورت بازگشت به نقش، به بازشناسی و اولویت‌بندی نیازهای تغییریافته فرزندان اقدام نموده و چنین بیان می‌کردند: «همه‌ش به خود می‌گفتم که همسر و فرزندانم به من نیاز دارند، به معجزه شروع دوباره باور داشتم» (م.۲۲). «نمی‌تونم نسبت به خواسته‌های فرزندانم بی‌تفاوت باشم، در شرایط فعلی اونا به یک مادر فداکار نیاز دارن، باید دوباره سر پا بشم» (م.۳).

یکی از مادران درمورد نیازهای اطلاعاتی چنین می‌گفت: «گاهی در مورد بیماری از دخترم سؤال می‌کردم، دخترم توی اینترنت دنبال اطلاعاتی در مورد بیماری من می‌گشت و همه‌ش می‌گفت: ای کاش یه نفر بود که به ما، در این مورد اطلاعاتی می‌داد.» (م.۱)

مادران درک کردند که باید به نیازهای تغییر یافته عاطفی، اطلاعاتی و مشاوره‌ای فرزندان خود پاسخگو باشند و با درک حساسیت ایفای نقش مادری به این آگاهی رسیدند که جهت

«زمانی که حین درمان بیماری به دخترم شیر می‌دادم، خیلی نیاز داشتم تا کسی به سؤالات من در این مورد جواب بده.» (م.۸).

«در مورد اینکه بیماری چه تأثیرات بدی ممکنه روی خودم و بچه‌ها بنداره، اطلاع زیادی نداشتم و زمانی که درمانگاه می‌رفتم از سایر بیماران که وضعیت شان مثل من بود، سؤالاتم رو می‌پرسیدم.» (م.۷). «رفتار پرسنل درمانی خیلی خوبه هر سؤالی داشته باشم، از شون می‌پرسم.» (م.۱۱). بنابراین مادران با کسب حمایت از منابع متعدد اطلاعاتی، برای تداوم نقش مادریشان هم‌زمان با بیماری تلاش می‌کردند.

طبقه ۲: راهبرد بازسازی نقش‌ها

مادران درصدد بازسازی هویت و نقش مادری خود بودند که با ابتلا به سرطان پستان آسیب دیده بود. مادران برای بازسازی نقش‌های مادری، همسری، بیماری و شغلی که تعدد وظایف آنها به نارسایی در ایفای نقش مادری دامن می‌زد، از راهبردهای وکالت دادن به جایگزین‌ها و تعدیل کردن وظایف نقش‌ها استفاده می‌کردند، این راهبردها عدم تعادل و فشار نقش را کاهش و به تداوم نقش مادری کمک می‌کردند. این طبقه شامل زیرطبقه‌ها (۱) وکالت دادن به جایگزین‌ها و (۲) تعدیل کردن وظایف نقش‌ها بود.

۱-۲- وکالت دادن به جایگزین‌ها

مادران از طریق تقسیم وظایف نقش مادری، بین مراقبین جایگزین (برای مثال فرزندان ارشد دختر و خواهران خود) که به صورت هسته‌های یاریگری خودجوش، برای کمک به تداوم نقش مادری شکل گرفته بود، در تلاش بودند تا با تفویض اختیار توأم با نظارت، قادر به تداوم نقش مادری شوند. مادران برای توسعه برخی مهارت‌های عملی در فرزندان، از منابع خارج از خانواده از قبیل موسسات آموزشی مثل مهدهای کودک و موسسات آموزشی حرفه‌ای، به عنوان دیگر جایگزین‌های نقش استفاده کردند و چنین بیان می‌کردند:

«دخترم مسئولیت انجام کارهای خانه را پذیرفته بود و...» (م.۱۳). «خواهرام و یا دخترم کارها رو انجام میدن، حواسم هست تا کارها آن طوری که می‌خوام پیش بره و اگه مشکلی پیش بیاد، راهنمایشون می‌کنم.» (م.۶)

مادران مشارکت‌کننده درخصوص استفاده از موسسات آموزشی، خدماتی/رفاهی به عنوان مراقبین جایگزین چنین بیان می‌کردند: «مهدکودکی که فرزندانم را جهت آموزش و نگاه‌داری به آنجا می‌برم، کمک حالم هست.» (م.۲). «دخترم میگه مامان

برآوردن نیازهای تغییر یافته فرزندان، ایفای نقش مادری شان باید با جلب حمایت از اطرافیان انجام شود.

۲-۱- بسیج روانی جهت تداوم نقش

مادران از عشق فرزندی به عنوان عاملی برای ارتقای حساسیت مادری، برای توجه و تمرکز بیشتر روی برآوردن نیازهای فرزندان خود سود بردند. مادران با مدیریت کردن خستگی روانی و بی‌حوصلگی خود توانستند، تمرکز ذهنی لازم برای هماهنگی برنامه‌های مراقبتی فرزندان خود را به دست آورند و چنین بیان می‌کردند:

«عشقی که به دخترم دارم، منو سرپا نگه داشته و می‌تونم در این شرایط سخت، ازش مراقبت کنم.» (م.۱۵). «برای جلوگیری از حواس‌پرتی، هر روز برنامه می‌نویسم، مثلاً امروز باید فلان غذا رو بپزم و یا برای فلان کار چقدر وقت بندارم.» (م.۱۷). «کارهای فرزندانم را در اولویت قرار می‌دم تا به خاطر بی‌حوصلگی به تاخیر نیفته، کارهای غیر ضروری را حذف کردم تا بتونم به کارهای اصلی برسم.» (م.۱۵)

حمایت اعضای خانواده و اطرافیان نیز به عنوان مشوقی برای پذیرش نقش مادری بعد از بیماری بود. این حمایت‌ها، باعث شد مادران با انگیزه بیشتری جهت کسب موقعیت قبلی خود در خانواده تلاش کنند. و چنین بیان می‌کردند: «طرافیان خیلی به من کمک کردند تا بتونم دوباره سر پا بشم و به عنوان سرپرست خانواده، هم بر بیماری غلبه کنم و هم شغلم رو ادامه بدم.» (م.۲۲)

بنابراین مادران مشارکت‌کننده در مطالعه اقدام به بسیج روانی از طریق تقویت منابع خودانگیزی کردند تا با غلبه بر استرس خود انگیزش و اعتمادبه‌نفس لازم را جهت برآوردن نیازهای هم‌زمان مراقبتی درمانی خود و نیازهای فرزندان را داشته باشند.

۳-۱- کسب حمایت اطلاعاتی

حمایت‌های اطلاعاتی، به عنوان یکی از انواع منابع حمایت اجتماعی به مادران کمک کرد تا خودشان را جهت مدیریت نقش مادری هم‌زمان با بیماری آماده کنند. مادران مشارکت‌کننده، به دلیل عدم آگاهی در مورد تأثیر عوارض بیماری و درمان در خود و اعضای خانواده، نیاز به حمایت اطلاعاتی را درک کردند و از منابع متعدد اطلاعاتی از قبیل پرسنل درمانی، رسانه‌ها، دوستان و همتایان جهت مراقبت از فرزندان کسب اطلاعات کردند و اینگونه بیان می‌کردند:

و تغییر نحوه انجام کارها، انرژی خود را برای مقابله با موانع ایفای نقش مادری، ذخیره می‌نمودند و چنین بیان می‌کردند:

«مراقبت از فرزندانم را با اولویت‌بندی انجام می‌دهم تا کارها با کمترین خستگی انجام بشه، بعضی چیزها رو تغییر دادم، هفته‌ای یک بار خونه رو جاروبرقی می‌کشم. با استراحت کردن در فواصل انجام کارها، نمی‌ذارم زیاد خسته بشم. بیشتر غذاهای ساده و برای چند وعده درست می‌کنم و گاهی هم غذای حاضری می‌خوریم.» (م، ۱۵)

مادران با هدایت‌گری ذهن از طریق راز و نیاز، مثبت اندیشی، تمرینات بدنی، انحراف فکر و اجتناب از افکار منفی تلاش کردند در مراقبت از فرزندان موفق عمل کنند و چنین بیان می‌کردند:

«همه‌ش در حال ذکر هستم و می‌دانم خداوند مهربان به من کمک می‌کنه تا دوباره سلامتی خودمو به دست بیارم و از بچه‌ها مراقبت کنم.» (م، ۱۷). «در حال استراحت، عضلات بدنم رو ورزش می‌دم و ... به اتفاقات مثبتی که بعد از بیماری افتاده فکر می‌کنم مثل صمیمی شدن فرزندان با هم.» (م، ۲۳). «موسیقی گوش دادن، باعث می‌شه فکر و خیال سراغم نیاد.» (م، ۲۳).

راهبردهای ذخیره انرژی به مادران کمک کرد تا با غلبه بر خستگی ناشی از بیماری و درمان، ایفای نقش مادری شان متناسب با توانایی جسمی و روانی باشد.

۲-۳- توسعه ارتباطات

مادران از طریق ایجاد جو روانی مثبت در خانواده و آرام نگه داشتن محیط خانه، ارتباط بازی را با فرزندان خود فراهم نمودند. آنان با ایجاد موقعیت هم‌بازی شدن فرزندان با دیگر کودکان و کیفی‌سازی فعالیت‌های تفریحی، تعاملات فرزندان را با دیگران توسعه می‌دادند و چنین می‌گفتند:

«تلاش می‌کنم جو خونه رو آرام نگه دارم، برنامه‌ها را طوری ترتیب میدم تا خودم و اعضای خانواده احساس آرامش کنیم. زمانی که سرخالم، با بچه‌ها در مورد مدرسه و کارهای خونه صحبت می‌کنیم و ...» (م، ۱۸). «با افراد فامیل زیاد رفت و آمد می‌کنیم تا بچه‌ها بیشتر با هم ارتباط داشته باشند و با هم، هم‌بازی بشن.» (م، ۱۳)

مادران در مورد کیفی‌سازی فعالیت‌های تفریحی چنین می‌گفتند:

"بچه‌هام رو نمی‌تونستم زیاد برای گردش بیرون ببرم، پدرشان حیاط بساط کباب راه می‌ندازه و ... به جای بیرون رفتن

به من آشپزی یاد بده ولی من حوصله ندارم و ... اونو در کلاس آشپزی ثبت نام کردم.» (م، ۷)

مادران از طریق وکالت دادن به جایگزین‌ها و تفویض اختیار توأم با نظارت در صدد سازماندهی نقش‌های مادری بودند تا بتوانند با فعالیت موازی با جایگزین‌ها، وضعیت را سامان‌دهی نمایند و تأثیرات بیماری در فرزندان را به حداقل برسانند.

۲-۲- تعدیل کردن وظایف نقش

مادران با ارزیابی موقعیت و اولویت‌بندی وظایف نقش‌ها، سعی کردند تمرکز کافی در مراقبت از فرزندان داشته باشند، آنان مسئولیت‌های شغلی خودشان را از طریق اشتغال به صورت نیمه‌وقت، کاهش اضافه‌کاری و درخواست بازنشستگی زودتر از موعد، کاهش داده بودند. مادران فعالیت‌های بیرون از منزل را کاهش داده بودند تا بتوانند زمان بیشتری را با فرزندان بگذرانند و چنین بیان می‌کردند:

«تصمیم گرفتم به صورت نیمه‌وقت کار کنم و اضافه‌کاری برنذارم.» (م، ۲۳). «زیاد مسافرت نمی‌ریم. در مراسم‌ها زیاد شرکت نمی‌کنم، تلاش می‌کنم دچار خستگی نشم تا بتونم کارها رو سرو سامون بدم.» (م، ۱۷)

تعدیل کردن وظایف نقش‌ها راهبردی بود که مادران با متوسل شدن به آن در تلاش برای حفظ صلاحیت مادری و تداوم نقش مادری به عنوان مادر عادی بودند.

طبقه ۳: راهبرد بازسازی خود و خانواده

بازسازی، فرآیند ساختن یا خلق کردن دوباره چیزی است که آسیب دیده یا تخریب شده است. تلاش برای دستیابی به توصیف کامل از یک حادثه با استفاده از اطلاعات در دسترس و یا تلاش برای برقراری مجدد آنچه، طی حادثه‌ای آسیب دیده است [۲۵]. مادران نیازمند ترمیم آسیب‌های ناشی از بیماری در خود و خانواده بودند تا بتوانند وظایف مراقبتی تفویض نشده را مستقلاً انجام دهند و بر انجام وظایف تفویض شده نظارت کنند. آنان در تلاش بودند تا با کسب تجارب مثبت از بیماری، توانایی تنظیم عملکرد نقش مادری خود را به حداکثر برسانند. این طبقه شامل زیرطبقه‌ها (۱) راهبردهای ذخیره انرژی، (۲) توسعه ارتباطات و (۳) محافظت از فرزندان بود.

۳-۱- راهبردهای ذخیره انرژی

مادران با سامان دادن کارها، ساده‌سازی کارها و تعادل بین استراحت و فعالیت، سعی داشتند وظایف مادریشان را متناسب با توان جسمی خود انجام دهند و با حذف کارهای غیر ضروری

در اکثر مواقع بچه‌ها رو توی حیاط خونه سرگرم می‌کنیم» (م.۹)

مادران با برقراری ارتباطات باز با فرزندان و توسعه ارتباطات با اطرافیان بر محدودیت‌های بیماری که منجر به کاهش همراهی فرزندان در موقعیت‌های اجتماعی و اجتماعی شدن آنان شده بود، غلبه می‌کردند.

۳-۳- محافظت از فرزندان

محافظت از فرزندان به عنوان یکی از نقش‌های ارتباطی مادران در مراقبت از فرزندان است. مادران با مخفی کردن علائم جسمی خود، تظاهر به بهبودی می‌کردند. پنهان کاری از طریق صحبت نکردن در مورد بیماری و دور نگه داشتن فرزندان از مسائل درمانی، اقداماتی در راستای محافظت از فرزندان بود. مادران چنین بیان می‌کردند:

«سعی می‌کنم از صحبت در مورد بیماری در خانواده جلوگیری کنم و ...» (م.۲۰). «زمانی که با جراحی سینه‌م رو برداشتند، خیلی مراقب بودم، بچه‌ها متوجه این موضوع نشن. تصمیم گرفتیم که زیاد بچه‌ها را در جریان بیماری قرار ندیم» (م.۵)

مادر دیگر در خصوص محافظت از فرزند چنین می‌گفت: «بچه‌ها را کم‌کم آماده کردیم تا با تغییراتی که توی خونه به وجود آمده، کنار بیان» (م.۱۰). «طوری رفتار کردم که فرزندانم فکر کنند، این هم یکی از مشکلاتی است که با کمک هم می‌تونیم ازش عبور کنیم. بچه‌ها با قبول مسئولیت، باور کردن که توانایی انجام کارهای بیشتری رو دارن» (م.۲۲)

مادران با افزایش دادن قدرت تاب‌آوری فرزندان از طریق تقویت باور غلبه بر بیماری و ارتقای خودکارآمدی و همچنین از طریق واگذاری مسئولیت به آنان، در تلاش بودند تا پیامدهای منفی ناشی از بیماری در فرزندان را به حداقل برسانند.

طبقه ۴: الگوی ایفای نقش مشارکتی نظارتی

مادران جهت تداوم نقش مادری خود، با کسب حمایت از منابع درون و خارج خانواده، به عنوان جایگزین‌های ایفاگر نقش مادری، به تفویض اختیار مراقبتی توأم با حفظ نظارت بر عملکرد جایگزین‌ها اقدام کردند و با استفاده از مکانیسم سهم‌پذیری/نظارت در تلاش جهت بازیابی نقش مادری خود بودند و توانستند با قالب‌بندی الگوی مشارکتی نظارتی، نقش مادری خود را به عنوان مادری عادی جدید، تداوم بخشند. این طبقه شامل زیرطبقه‌ها (۱) سهم‌پذیری و (۲) نظارت بود.

۴-۱- سهم‌پذیری

مادران از طریق برنامه‌ریزی برای بازیابی نقش و درگیر شدن فعال در نقش تلاش کردند، به انتظارات از نقش مادری پاسخ دهند. بدین جهت با الگودهی برنامه‌های مراقبتی و پایش پیامد برنامه‌های جایگزین‌سازی، به تدریج به عنوان یک مادر عادی جدید برحسب مراحل بیماری و بهبودی، سهم‌پذیری از نقش مادری را افزایش دادند. مادری چنین بیان می‌کرد:

«فعلاً بیماریم کنترل شده و می‌تونم کارهای معمول خونه و مراقبت از فرزندانم رو انجام بدم و دیگه بیشتر نمی‌خواهم اطرافیانم توی زحمت بیفتند، سعی می‌کنم کارها را بدون کمک آنان انجام بدم» (م.۱۵)

۴-۲- نظارت

مادران از طریق تصمیم‌گیری‌های مشارکتی با جایگزین‌ها همچنین با الگودهی برنامه‌های مراقبتی و پایش پیامد برنامه‌های جایگزین‌سازی به تدریج و بر حسب مراحل بیماری و بهبودی، از طریق مکانیسم سهم‌پذیری و نظارت، بیشترین سهم‌پذیری از نقش مادری را با کمترین نظارت بر مراقبین جایگزین کسب کردند. مادران چنین بیان می‌کردند: «گرچه فرزندانم و همسرم در انجام دادن کارها کمک می‌کنند ولی همیشه حواسم هست تا کارها درست و به‌موقع انجام بشه» (م.۲۳). «تصمیم گرفتم حالا که تاحدودی توانایی دارم، بیشتر درگیر کارهای بچه‌ها بشم و کارها رو خودم انجام بدم ولی از کمک اطرافیانم هم استفاده کنم تا مراقبت از فرزندانم روی برنامه منظم پیش بره» (م.۳)

مادران با بیشترین سهم‌پذیری از نقش مادری و کمترین نظارت بر مراقبین جایگزین جهت رهایی از وابستگی، الگوی مشارکتی نظارتی را برای حفظ تعادل در عملکرد و ارتقای سلامت خود و خانواده به کار گرفتند.

بحث

در پاسخ به این سؤال که راهبردهای مورد استفاده مادران ایرانی مبتلا به سرطان پستان، در مدیریت برنامه‌های فرزندپروری و ایفای نقش والدی در دوره بیماری و بقایافتگی چیست؟ چهار طبقه و ده زیرطبقه ظاهر شدند. اولین طبقه ظاهر شده در صحبت با مشارکت‌کنندگان «آماده‌سازی خود» با زیرطبقه‌ها «بازیابی خودآگاهانه نقش»، «بسیج روانی جهت تداوم نقش» و «کسب حمایت‌های

می‌رود، مادران حتی حین بیماری، وظایف خودشان را به عنوان مادر انجام دهند [۳۰]؛ این یافته دور از انتظار نیست. در سایر مطالعات نیز بر تغییراتی که در نقش‌ها و وظایف مادری بعد از ابتلا به سرطان پستان در مادران و اعضای خانواده رخ می‌دهد، تأکید شده است [۳۱، ۳۲].

سومین طبقه ظاهر شده در صحبت با مشارکت‌کنندگان «بازسازی خود و خانواده» با زیرطبقات «راهبردهای ذخیره انرژی»، «توسعه ارتباطات» و «محافظت از فرزندان» بود. مادران با به‌کارگیری این راهبردها تلاش کردند به تداوم نقش مادری‌شان و ترمیم آسیب‌های ناشی از بیماری در خود و فرزندان‌شان اقدام کنند. ساده‌سازی و سازماندهی کارها و هدایت‌گری ذهنی از طریق منابع معنوی، موسیقی و تمرکز ذهن، از ویژگی‌های راهبرد ذخیره انرژی در این مطالعه بود. مطالعه Sadeghi و همکاران نیز نشان داد، گوش دادن به موسیقی، مدیتیشن و فعالیت‌های سرگرم‌کننده می‌تواند در کاهش خستگی و حفظ انرژی در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد [۳۳] که همسو با مطالعه ما بود. توسعه ارتباطات از دیگر ابعاد بازسازی خود و خانواده بود؛ مادران از این راهبرد، برای کمک به تکامل اجتماعی و توسعه مهارت‌های اجتماعی فرزندان استفاده می‌کردند. مادران در تلاش بودند تا تعاملات فرزندان با اطرافیان را افزایش دهند. در راستای نتایج این مطالعه، مطالعه‌ای روی والدین مبتلا به سرطان نشان داد مادران برای ایجاد وضعیت عادی در منزل حداکثر تلاش خود را به کار می‌گیرند تا فرزندان باوجود بیماری مادر، بتوانند فعالیت‌ها و ارتباطات عادی خود را ادامه دهند [۳۴]. محافظت از فرزندان از دیگر راهبردهای به کار گرفته شده توسط مادران بود، آنان سعی می‌کردند کودکان را از جریان اطلاعات مربوط به بیماری و درمان دور نگه دارند و با مخفی نمودن شدت علائم بیماری و تظاهر به بهبودی در تلاش برای کاهش بار روانی بیماری در فرزندان بودند. بسیاری از مطالعات انجام شده به شکل مرور سیستماتیک نیز، بر راهبردهایی از قبیل متعادل کردن بین گفتن واقعیت و محافظت از فرزندان، فاش نکردن بیماری و علائم برای فرزندان توسط مادران برای محافظت از فرزندان تأکید شده است [۵، ۹] که همسو با مطالعه ما بود و تفاوت مطالعه ما با سایر مطالعات، ارتقای قدرت تاب‌آوری فرزندان به عنوان یک راهبرد محافظت از فرزندان بود که مادران با توجه به درک از بیماری سرطان پستان و ماهیت طول‌کشنده و قابل برگشت آن، نیاز به تاب‌آور شدن فرزندان را درک نموده و با

اطلاعاتی» بود. مادران مشارکت‌کننده، با به‌کارگیری راهبرد آماده‌سازی خود، ضمن بازشناسی و اولویت بندی نیازهای تغییر یافته فرزندان، به ایفای نقش مادری خود تداوم دادند. یافته‌های مطالعه Wilson و همکاران در مادران مبتلا به بیماری مزمن نشان داد، مادران با انگیزه بقا با برآورده کردن نیازهای فرزندان در تلاش هستند تا شکل‌دهی مجددی به هویت خودشان به عنوان مادر بدهند [۲۶]. مشارکت‌کنندگان مطالعه با تقویت منابع خود انگیزشی از قبیل عشق فرزندی، ترغیب و تشویق اطرافیان و با تمرکز ذهنی در انجام وظایف در بسیج قوای روانی خود تلاش کردند. در این راستا Noorisanchooli و همکاران گزارش کردند، مادران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، در طول تشخیص و درمان از حمایت مالی و معنوی خانواده و سایرین برخوردار می‌شوند و این حمایت‌ها آنها را در بازیابی نقش مادری کمک می‌کند [۲۷]. حمایت‌های اطلاعاتی، به عنوان یکی از انواع منابع حمایت اجتماعی، به مادران مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر کمک می‌کرد تا به آماده‌سازی خود جهت ایفای نقش مادری اقدام کنند. در مطالعه Rashi و همکاران، والدین با تشخیص سرطان از جمله مادران مبتلا به سرطان پستان نیز، موقعیت‌هایی را تجربه کرده بودند که نیاز به اطلاعات و حمایت داشتند [۲۸] که در راستای مطالعه ما است. دومین طبقه ظاهر شده در صحبت با مشارکت‌کنندگان «بازسازماندهی نقش‌ها» با زیرطبقات «وکالت دادن به جایگزین‌ها» و «تعدیل کردن وظایف نقش‌ها» بود. مشارکت‌کنندگان با توجه به تجربه نقش بیماری، با تعدد نقش‌ها در موقعیت جدید، روبه‌رو شدند و برای بازسازماندهی این موقعیت، از راهبردهای وکالت دادن به جایگزین‌ها و تعدیل کردن وظایف نقش‌ها استفاده کردند. در راستای این یافته، Vaziri و همکاران اشاره می‌کنند، مادران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده، با متمرکز شدن روی درمان بیماری نمی‌توانند نقش‌های مدیریتی خود را در خانه انجام دهند؛ بنابراین، اعضای خانواده باید مسئولیت‌های بیشتری را بپذیرند [۱۶]. سایر مطالعات نیز همسو با یافته‌های این مطالعه، از نیاز مادران مبتلا به سرطان، به مشارکت اعضای خانواده در امور مراقبتی و انجام وظایف مادران در خانه حمایت می‌کنند [۲۹]. نتایج نشان داد مشارکت‌کنندگان به تعدیل وظایف نقش‌ها اقدام کردند تا بتوانند با اولویت دادن به نقش مادری نسبت به سایر نقش‌ها، تمرکز کافی روی نیازهای اولویت‌دار فرزندان خود داشته باشند. با توجه به زمینه فرهنگی اجتماعی ایران که انتظار

نتیجه‌گیری

مادران با کسب حمایت از منابع درون و خارج خانواده، به عنوان جایگزین‌های ایفاگر نقش مادری از تهدیدات ناشی از بیماری به عنوان فرصتی جهت برقراری تعادل مجدد در عملکرد خود استفاده کردند و با قالب‌بندی الگوی مشارکتی/نظارتی، نقش مادری خود را تداوم بخشیدند. راهبردهای مورد استفاده در این مطالعه می‌تواند برای توسعه الگوی مشارکتی نظارتی ایفای نقش مادری و ارتقای تاب‌آوری در اعضای خانواده مادران مبتلا به سرطان پستان، زمینه‌ساز توسعه مدل‌های حمایتی برای ایفای نقش مادری در مراقبت خانواده‌محور از این مادران باشد. یافته‌های مطالعه می‌تواند جهت طراحی برنامه‌های آموزشی و مشاوره برای مادران و خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز انکولوژی و مراکز بهداشتی استفاده شود. متخصصان مراقبت سلامت می‌توانند در ارائه مشاوره به این مادران تنها بر وضعیت سلامتی متمرکز نباشند بلکه عملکرد این مادران را نیز در مراقبت از فرزندان مد نظر قرار دهند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای پرستاری است که از سوی معاونت تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۵/۷۰۶۹۶۰ و کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1396.1253 تصویب شده است. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز به جهت حمایت مالی از این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از تمامی مشارکت‌کنندگان شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

منابع مالی

ندارد.

تفویض مسئولیت‌های بیشتر به فرزندان، به آن توجه خاصی داشتند که در مطالعات دیگر کمتر به آن توجه شده است.

«الگوی مشارکتی نظارتی» چهارمین طبقه ظاهر شده در صحبت با مشارکت‌کنندگان با زیرطبقه «سه‌پذیری» و «نظارت» بود. در مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات، یافته جالب این مطالعه، استفاده از راهبرد جایگزین‌های نقش مادری به طور برنامه‌ریزی شده و تحت نظارت بود که به مادران کمک می‌کرد برحسب توانایی جسمانی و روانی خود در خط سیر بیماری، میزان کمک دریافتی از آنها و سهم خود از ایفای نقش مادری را مدیریت نمایند. بنابراین، مادران از طریق تصمیم‌گیری‌های مشارکتی با جایگزین‌ها و با الگودهی برنامه‌های مراقبتی آنان تلاش کردند به تدریج بر حسب مراحل بیماری و بهبودی، بیشترین سهم‌پذیری از نقش مادری را با کمترین نظارت بر مراقبین جایگزین کسب کنند. مطالعات متعددی نشان دادند که مادران مبتلا به سرطان پستان با اولویت دادن به نیازهای فرزندان، تلاش زیادی را جهت مادری خوب انجام می‌دهند تا از این طریق بتوانند به عادی‌سازی رویه‌های فرزندان و امور منزل کمک کنند. درونمایه اصلی بسیاری از مطالعات که در مورد والدین مبتلا به سرطان انجام شده، از قبیل تلاش برای مادری خوب، حفظ کردن روتین در خانواده و فرزندان، تمرکز روی نیازهای فرزندان و تلاش برای حفظ کردن رویه‌های عادی خانواده در راستای نشان دادن تلاش مادران برای عادی‌سازی عملکرد خود در ایفای نقش مادری است [۳۴-۳۶، ۲۸]. در مطالعه حاضر مادران با پذیرش کارکرد خانواده، در رسیدن به شرایط عادی شدن عملکرد در خود و خانواده از طریق الگوی مشارکتی نظارتی تلاش کردند.

با وجود نکات قوت مطالعه حاضر از جمله بالابودن تعداد مصاحبه‌ها، این مطالعه نیز دارای محدودیت‌هایی است از جمله اینکه در این مطالعه مادرانی که سرطان پستان پیشرفته در مراحل ۲ و ۳ داشتند مصاحبه نشدند. اکثریت مشارکت‌کنندگان، متعلق به سطوح متوسط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه ایرانی بودند؛ بنابراین، مطالعات بیشتری با نمونه‌های بیشتر و متفاوت در زمینه‌های فرهنگ‌های متفاوت و در مراحل پیشرفته بیماری نیاز هست.

References

- Haghighat S, Akbari M, Ghaffari S, Yavari P. Standardized breast cancer mortality rate compared to the general female population of Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012; 13(11):5525-8. [DOI:10.7314/APJCP.2012.13.11.5525] [PMID]
- Shahidsales S, Hosseini S, Ahmadi-Simab S, Ghavam-Nasiri M. The importance of prognostic factors (ER, PR, P53) in breast cancer and their relationship with stage of disease. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2014; 57(2):457-63.
- Allgood M, Tomey A. *Nursing theorists and their work*. 5 ed. St. Louis: Elsevier; 2014.
- Brown SG, Hudson DB, Campbell-Grossman C, Kupzyk KA, Yates BC, Hanna KM. Social support, parenting competence, and parenting satisfaction among adolescent, African American, mothers. *West J Nurs Res*. 2018; 40(4):502-19. [DOI:10.1177/0193945916682724] [PMID] [PMCID]
- Vallido T, Wilkes L, Carter B, Jackson D. Mothering disrupted by illness: a narrative synthesis of qualitative research. *J Adv Nurs*. 2010; 66(7):1435-45. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05350.x] [PMID]
- Ambrósio DCM, Santos MAD. Social support to women after mastectomy: a review study. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(3):851-64. [DOI:10.1590/1413-81232015203.13482014] [PMID]
- Bultmann JC, Beierlein V, Romer G, Möller B, Koch U, Bergelt C. Parental cancer: Health-related quality of life and current psychosocial support needs of cancer survivors and their children. *Int J Cancer*. 2014; 135(11):2668-77. [DOI:10.1002/ijc.28905] [PMID]
- Yfantis A, Intas G, Tolia M, Nikolaou M, Tsoukalas N, Lymperi M, et al. Health-related quality of life of young women with breast cancer. Review of the literature. *J BUON*. 2018; 23(1):1-6.
- Tavares R, Brandão T, Matos PM. Mothers with breast cancer: A mixed-method systematic review on the impact on the parent-child relationship. *Psycho-Oncology*. 2018; 27(2):367-75. [DOI:10.1002/pon.4451] [PMID]
- Strickland JT. Helene Hudson Lecture Young mothers' engagement with the cancer care system. *Can Oncol Nurs J/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2015; 25(3):270-4.
- Mousvi Diva R, Moghadam N, Amani O. Evaluating family functioning and spiritual health in women with breast cancer, cancer-treated and healthy women. *Iran J Psych Nurs*. 2017; 5(5):49-56. [DOI:10.21859/ijpn-05057]
- Goodwin S, Huppatz K. Mothers making class distinctions: the aesthetics of maternity. *The Good Mother: Contemporary Motherhoods in Australia*. Sydney: Sydney University Press; 2010. p. 69. [DOI:10.2307/j.ctv1sr6kqj.8]
- Bultmann JC BV, Romer G, Möller B, Koch U, Bergelt C. Parental cancer: Health-related quality of life and current psychosocial support needs of cancer survivors and their children. *Int J Cancer* 2014; 135(11):2668-77. [DOI:10.1002/ijc.28905] [PMID]
- Whitehead L, Jacob E, Towell A, Abu-Qamar Me, Cole-Heath A. The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1-2):22-30. [DOI:10.1111/jocn.13775] [PMID]
- Drageset S, Lindstrøm TC, Giske T, Underlid K. Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scand J Caring Sci*. 2016; 30(2):340-8. [DOI:10.1111/scs.12250] [PMID]
- Vaziri S, Lotfi Kashani F, Akbari ME, Ghorbani Ashin Y. Comparing the motherhood and spouse role in women with breast cancer and healthy women. *Iranian J Breast Dis*. 2014; 7(2):76-83.
- Ruddick S. Maternal thinking. *Fem Stud*. 1980; 6(2):342-67. [DOI:10.2307/3177749]
- De Castro EK, Dornel ALK, De Sousa MA. The experience of motherhood during treatment. *Int J Behav Med*. 2018; 23(39559):1-16. [DOI:10.4025/psicoestud.v23i0.39559]
- Hashemi-Ghasemabadi M, Taleghani F, Kohan S, Yousefy A. Living under a cloud of threat: the experience of Iranian female caregivers with a first-degree relative with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2017; 26(5):625-31. [DOI:10.1002/pon.4198] [PMID]
- Arber A. How do nurses "Think Family" and support parents diagnosed with cancer who have dependent children? *Asia-Pac J Oncol Nurs*. 2016; 3(3):214. [DOI:10.4103/2347-5625.189809] [PMID] [PMCID]
- Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004; 24(2):105-12. [DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001] [PMID]
- Software V. MAXQDA analytics pro [Computer program]. Author Berlin; 2016.
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. illustrated, reprint ed. New York: Sage publications; 1985.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Classic ed. London: Taylor & Francis; 2015. [DOI:10.4324/9781315802428]
- Wilson S. 'When you have children, you're obliged to live': motherhood, chronic illness and biographical disruption. *Sociol Health Illn*. 2007; 29(4):610-26. [DOI:10.1111/j.1467-9566.2007.01008.x] [PMID]
- Noorisanchooli H, Rahnam M, Haghighi MJ, Hashemi SA, Younesbarani Z. The familial experiences of women with breast cancer referring to chemotherapy clinic: A qualitative study. *Clin*

- Cancer Invest J. 2018; 7(6):210-6. [DOI:10.4103/ccij.ccij_92_18]
28. Rashi C, Wittman T, Tsimicalis A, Loiselle CG. Balancing illness and parental demands: Coping with cancer while raising minor children. *Oncol Nurs Fourm.* 2015; 42(4):337-44. [DOI:10.1188/15.ONF.337-344] [PMID]
 29. Bekteshi V, Kayser K. When a mother has cancer: pathways to relational growth for mothers and daughters coping with cancer. *Psycho-Oncology.* 2013; 22(10):2379-85. [DOI:10.1002/pon.3299] [PMID]
 30. Kian F, Etemadi O, Bahrami F. Exploring parenting styles of insecure Iranian mothers. *Early Child Dev Care.* 2019:1-8.
 31. Kuswanto CN, Stafford L, Sharp J, Schofield P. Psychological distress, role, and identity changes in mothers following a diagnosis of cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology.* 2018; 27(12):2700-8. [DOI:10.1002/pon.4904] [PMID]
 32. Mazzotti E, Serranò F, Sebastiani C, Marchetti P. Mother-child relationship as perceived by breast cancer women. *Psychology.* 2012;3(12):1027. [DOI:10.4236/psych.2012.312154]
 33. Sadeghi E, Gozali N, Tabrizi FM. Effects of energy conservation strategies on cancer related fatigue and health promotion lifestyle in breast cancer survivors: A randomized control trial. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016; 17(10):4783-90.
 34. Helseth S, Ulfsæt N. Parenting experiences during cancer. *J Adv Nurs.* 2005; 52(1):38-46. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03562.x] [PMID]
 35. Öhlén J, Holm AK. Transforming desolation into consolation: Being a mother with life-threatening breast cancer. *Health Care Women Int.* 2006; 27(1):18-44. [DOI:10.1080/07399330500377226] [PMID]
 36. Semple C, McCaughan E. Family life when a parent is diagnosed with cancer: Impact of a psychosocial intervention for young children. *Eur J Cancer Care.* 2013; 22(2):219-31. [DOI:10.1111/ecc.12018] [PMID]