

Original Article

Explaining the Process of Fulfilling the Mothering Role in Breast Cancer Patients: A Grounded Theory Study

Akram Ghahramanian¹, Vahid Zamanzadeh², Leila Valizadeh³, Effat Mazaheri*⁴

1. Department of Medical Education Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989143539854, E-mail: mzaherieffat@yahoo.com

Article info

Article history:

Received: Dec 04, 2023

Accepted: Feb 06, 2024

Keywords:

Role Play
Mothering Role
Breast Cancer
Grounded Theory

ABSTRACT

Background: Women with breast cancer who have children may change the way they play their mothering role due to the enormous burden of this disease. Therefore, this study was aimed to explain the process of fulfilling the mothering role in breast cancer patients.

Methods: This qualitative study was conducted with a grounded theory approach. Participants included women with breast cancer who had children less than 16 years of age and participated in the study using purposive theoretical sampling. A total number of 23 mothers, 4 children, 2 spouses, and 2 healthcare providers were interviewed. Data collection method included in-depth and face-to-face unstructured interviews until achieving data saturation. Interviews were conducted between May 2018 and January 2019. The study settings were the Oncology Center of Shahid Ghazi Tabatabai at Tabriz University of Medical Sciences and Reyhaneh Charity in Ardabil. Data were analyzed using the Corbin and Strauss (2008) approach.

Results: In the contextual data analysis, four main categories “physical limiters of the role”, “psychological burden of the disease”, “perceived children’s consequences of the mother”, and “supports: being with and for mother” were identified. Three main strategies including “self-preparation”, “role reorganization” and “personal and family reorganization” were used to achieve the “redefined mothering role stability” outcome. Accordingly, the core variable of the study was “supervisory participatory model” in playing the mothering role. Using the share/monitoring mechanism, they were trying to regain their mothering role and were able to continue it as a new normal mother by formulating a participatory regulatory model.

Conclusion: Mothers increased the ability to respond their mothering role self-expectations, applying the participatory regulatory model, with the support of role alternatives and gradual liberation from dependence on others. Therefore, identifying this model and the applied strategies can help health care professionals support, advise and educate mothers and families to help them fulfill their mothering role.

Copyright © 2024 Ardabil University of Medical Sciences.

How to cite this article: Ghahramanian A, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Mazaheri E. Explaining the Process of Fulfilling the

Mothering Role in Breast Cancer Patients: A Grounded Theory Study. Journal of Health & Care. 2024;25(4):385-399

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Journal web address: <https://hcjournal.arums.ac.ir/>



تبیین فرآیند ایفای نقش مادری در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان:

یک مطالعه نظریه زمینه‌ای

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

۱. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقاء ایمنی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۵۳۹۸۵۴ ایمیل: mazaheriefat@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: در زنان مبتلا به سرطان پستان که دارای فرزند هستند، با توجه به بار بیشمار بیماری، ممکن است نحوه ایفای نقش مادری تغییر یابد. هدف این مطالعه، تبیین فرآیند ایفای نقش مادری در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد نظریه زمینه‌ای انجام شد. مشارکت کنندگان زنان مبتلا به سرطان پستان دارای فرزند زیر ۱۶ سال بودند که با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری هدفمند و نظری وارد مطالعه شدند. گردآوری داده‌ها به وسیله مصاحبه عمیق غیرساختارمند با ۳۳ مادر، ۴ فرزند، ۲ همسر و ۲ مشارکت‌کننده از پرسنل درمانی طی اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ تا دی ماه ۱۳۹۸ در مرکز انکولوژی شهید قاضی طباطبایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و موسسه خیریه ریحانه انجام گرفت. داده‌ها با روش اشتراوس کوربین (۲۰۰۸) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها برای زمینه، چهار طبقه اصلی «محدودکننده‌های جسمانی نقش»، «بار روانی بیماری»، «پیامدهای فرزندی درک شده توسط مادر»، و «حمایت‌ها: بودن با و برای مادر» را شناسایی کرد. مادران از سه راهبرد اصلی شامل «آماده‌سازی خود»، «بازسازماندهی نقش‌ها» و «بازسازی خود و خانواده» برای دستیابی به پیامد «ثبات نقش مادری باز تعریف شده» استفاده می‌کردند. طبقه مرکزی مطالعه تحت عنوان «الگوی مشارکتی نظارتی» در ایفای نقش مادری نامگذاری شد. مادران توانستند با قالب بندی الگوی مشارکتی نظارتی، نقش مادری خود را به عنوان مادری عادی جدید، تداوم بخشند.

نتیجه‌گیری: مادران توانستند با به کارگیری الگوی مشارکتی نظارتی و به کمک جایگزین‌های نقش و رهایی تدریجی از وابستگی به دیگران، توانایی پاسخ به انتظارات نقش مادری از خود را افزایش دهند. لذا، شناسایی این الگو و راهبردهای به کار رفته می‌تواند به متخصصین مراقبت سلامت کمک کند تا با حمایت و ارائه مشاوره و آموزش به این مادران و خانواده‌ها، آنان را در ایفای نقش مادری یاری نماید.

کلمات کلیدی: ایفای نقش، نقش مادری، سرطان پستان، نظریه زمینه‌ای

دریافت: ۱۴۰۲/۹/۱۳ پذیرش: ۱۷/۱۱/۱۴۰۲

مقدمه

شایع‌ترین تشخیص‌ها و علت مرتبط با مرگ در زنان، در سرتاسر جهان است (۱). سرطان پستان در زنان ایرانی، ۲۳/۶ درصد گزارش شده که نشان‌دهنده

بر اساس گزارشات آماری اخیر، سرطان پستان در زنان نسبت به سرطان ریه پیشی گرفته و یکی از

که این موضوع باعث مشکلات اجتماعی در فرزندان و خانواده می‌شود (۱۱). مادران جوان مبتلا به سرطان پستان اغلب با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ناپایدارتری روبرو هستند و دچار مشکلات جسمانی، افسردگی، اضطراب و نگرانی درباره آینده، به‌ویژه در بازگشت به نقش مادری، می‌شوند (۱۲).

گسست نقش مادری در مادران مبتلا به سرطان پستان به معنای تهدید نقش‌ها و هویت مادری، ناتوانی در تفسیر و پاسخ به نیازها و رفتارهای کودکان، و حمایت برای پذیرش وضعیت بیماری به منظور ادامه دادن نقش مادری است (۱۳). مطالعه‌ای توسط مظاهری و همکاران نشان داد که مادران مبتلا به سرطان دچار محدودیت‌های فیزیکی بیشتری بوده، با بار روانی بالا، نیازهای برآورده نشده فرزندان، نگرانی و ترس در فرزندان و نیاز به حمایت دیگران روبرو هستند (۱۱). این مطالعه بیانگر ضرورت بررسی عمیق تأثیر ابتلا به سرطان بر نقش مادری زنان است. مطالعات کیفی امکان کشف نیازهای مددجویان از زبان خودشان را فراهم می‌کنند و با این روش می‌توان داده‌های غنی‌تری را از تجارب فردی افراد، به دست آورد (۱۴). با توجه به اهمیت نقش مادری در رشد و تربیت کودکان، بررسی فرآیند ایفای نقش مادری در زنان مبتلا به سرطان پستان امری ضروری و حیاتی به نظر می‌رسد. از طرفی نقش مادری زنان مبتلا به سرطان پستان متأثر از عوامل محیطی و فرهنگی است که در زندگی روزمره و خانواده تأثیر می‌گذارد. فرآیند ایفای نقش مادری در این زمینه تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی و فرهنگی، شیوه‌های پاسخ‌گویی به بیماری، ارتباط با فرزندان و در دسترس بودن منابع و حمایت‌های اجتماعی قرار دارد. بنابراین بررسی این مسئله از منظر تئوری زمینه‌ای، این امکان را فراهم می‌کند که الگوها و راهکارهایی برای مدیریت بهتر نقش مادری در دوران بیماری سرطان پستان ارائه شود. لذا بر اساس مطالعات محدود درباره تأثیر سرطان بر نقش

شیوع بالای آن در زنان ایرانی است (۲). بسیاری از این زنان در زمان ابتلا به بیماری در سن باروری بوده و دارای فرزندان زیر ۱۸ سال هستند (۳).

تعریف مادری به عنوان نقش اجتماعی برای «افرادی که مسئولیت مراقبت و هماهنگی فعالیت‌های روزانه خود را با فرزندان دارند» توسط رودیک^۱ ارائه شده است. او ابتدا حفاظت، تربیت و پذیرش اجتماعی را به عنوان وظایف اصلی مادران توصیف کرد (۴) و سپس این تعریف را بازبینی کرده و وظایف اصلی مادران را به محافظت، پرورش و آموزش تغییر داد (۵). روی^۲ نیز در تئوری خود نقش را به عنوان مجموعه‌ای از انتظارات افراد نسبت به دیگران توضیح داده است. او نقش‌ها را به دسته‌بندی‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم کرده و نقش مادری را جزء نقش‌های ثانویه معرفی کرده است (۶).

فرآیند دستیابی به نقش مادری، شامل تثبیت صلاحیت‌های مورد نیاز برای این نقش، یادگیری رفتارهای مناسب و پذیرش هویت مادری است (۷). این فرآیند تحت تأثیر ویژگی‌های شخصی، چشم‌انداز زندگی، باورها، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، آمادگی، دانش، مهارت و وضعیت روانشناختی قرار می‌گیرد (۸). موفقیت در نقش مادری زمانی رخ می‌دهد که مادر صلاحیت‌های لازم برای مراقبت از فرزند، عشق و تعهد به فرزند، پذیرش مسئولیت‌های مادری و توازن میان نقش جدید و نقش‌های قبلی را داشته باشد (۹). این موفقیت باعث رشد عاطفی و شناختی فرزند، ایجاد دلبستگی، سلامتی و صلاحیت‌های اجتماعی در فرزند می‌شود (۷).

نقش مادری پس از ابتلا به سرطان پستان با تغییرات چشمگیری نظیر کاهش توانایی مراقبت از فرزند و مشکلات روانی به علت ترس از مرگ مواجه می‌شود (۱۰). مادران مبتلا به سرطان پستان با محدودیت‌های فیزیکی و بار روانی بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند

¹ Ruddick

² Roy

مادری زنان، مطالعاتی با روش تئوری زمینه‌ای برای بررسی فرایند ایفای نقش مادری در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. لذا این مطالعه با هدف تبیین فرایند ایفای نقش مادری در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار

این مطالعه بر اساس پارادایم طبیعت‌گرایی و با بهره‌گیری از روش کیفی با هدف «تبیین فرآیند ایفای نقش مادری در مادران مبتلا به سرطان پستان در زمینه فرهنگی اجتماعی ایران» بر مبنای رویکرد گراند تئوری، نسخه کوربین و اشتروس (۲۰۰۸) در مرکز انکولوژی بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز، از اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ تا دی ماه ۱۳۹۸ انجام شد.

مشارکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بر اساس معیارهای ورود از جمله تشخیص سرطان پستان، تکمیل دوره اولیه درمان اعم از جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، عدم وجود متاستاز، مشارکت در دوره پیگیری بیماری و داشتن فرزندان ۱۶ سال و کمتر انتخاب شدند. مصاحبه اول تحلیل شد؛ سؤال‌هایی که در مصاحبه‌های بعدی باید پرسیده می‌شد، بر اساس مفاهیم کشف شده در تحلیل قبلی پایه‌گذاری شد. یعنی روند مصاحبه‌های بعدی طبق تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های قبلی طی می‌شد. در واقع با پیشرفت مطالعه، از نمونه‌گیری نظری (مادران، همسران، فرزندان و پرسنل درمانی) استفاده شد. نمونه‌گیری تا زمان اشباع طبقات و عدم ظهور کدهای جدید در دو یا سه مصاحبه آخر و توسعه مفاهیم، ویژگی‌ها، ابعاد هر طبقه و ظهور تئوری به منزله اشباع داده‌ها در نظر گرفته شد.

در این مطالعه، مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار تا نیمه‌ساختارمند، اصلی‌ترین روش جمع‌آوری داده‌ها بود، با این وجود از یادداشت در عرصه، روزنگاری و یادآورنویسی نیز استفاده شد. مصاحبه با زبان اصلی و

مادری مشارکت‌کنندگان و پژوهشگر (ترکی)، با یک سوال کلی و باز از بیمار آغاز شد. نمونه سوالات کلی از مادران شامل «لطفاً از تجربه خودتان بعد از ابتلا به سرطان پستان در مورد انجام مسئولیت‌های مادری صحبت کنید» و نمونه سوالات از همسران و فرزندان شامل «لطفاً از تجربه خودتان در مورد فعالیت‌هایی که مادر/ همسران برای مراقبت از فرزندان انجام می‌دهد، برایم صحبت کنید» بود. مصاحبه‌ها بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان و سوالات تکمیلی دیگر توسط پژوهشگر ادامه پیدا کرد. در طول فرآیند مصاحبه از سوالات کاوشی نظیر «می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح بدهید؟»، «چرا»، «چگونه» و سایر سوالات کاوشی استفاده شد. در پایان هر مصاحبه به مشارکت‌کنندگان این فرصت داده شد تا در صورت تمایل، مواردی به صحبت‌های خود اضافه کنند. مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۵ دقیقه تا ۱ ساعت بود. کلیه مصاحبه‌ها به تعداد ۳۱ مصاحبه (۲۳ مادر، ۴ فرزند، ۲ همسر و ۲ مشارکت‌کننده از پرسنل درمانی) به شکل حضوری انجام شد.

در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها، از روش کوربین و اشتراس، نسخه ۲۰۰۸ استفاده شد. مدیریت داده‌ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA10 انجام گرفت. متن مصاحبه و داده‌های حاصل از مشاهده، چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفت تا درک کلی از آن به دست آید. سپس داده‌ها به قطعات قابل مدیریت تبدیل شد. بعد از ایجاد واحد معنایی، پژوهشگر در هر یک از سطرها و جملات، پدیده‌ها و مفاهیم اصلی را شناسایی کرده و کدی به آن اختصاص داد. پس از استخراج کدهای اولیه، آنها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها گروه‌بندی و مفاهیم مشابه تشکیل شدند. در کدگذاری محوری، کدها بر اساس ویژگی‌های مشترک خود در طبقات مجزا قرار گرفتند. این طبقات به تفکیک داده‌های مربوط به زمینه، فرآیند و پیامد تقسیم شدند. طی تحلیل، طبقات شکل گرفته

مورد مقایسه قرار گرفتند و در صورت نیاز، با هم ادغام یا تفکیک شدند.

جهت دقت علمی^۱ داده‌های به دست آمده از روش لینکلن و گوبا^۲ (۱۹۸۵) شامل اعتبار^۳، اطمینان‌پذیری^۴ یا قابلیت اعتماد، تاییدپذیری^۵ و قابلیت انتقال^۶ استفاده شد (۱۵). پژوهشگر جهت تأمین این معیارها اقدامات ذیل را انجام داد: تعامل طولانی با مشارکت‌کنندگان و داده‌ها، اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد با مشارکت‌کنندگان، بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان و اعمال نظرات آن‌ها، تعامل طولانی مدت با داده‌ها و بررسی کلیه مراحل تحقیق توسط تیم تحقیق و اعمال نظرات آن‌ها، بازبینی کدهای استخراج شده توسط تیم تحقیق، مقایسه تم‌های حاصل از تحلیل با یکدیگر، بحث تا رسیدن به

توافق در شرایط عدم توافق در مورد تم‌ها، حسابرسی تحقیق و کنترل داده‌ها توسط همتایان، نگهداری مستندات اولیه مطالعه و مراحل آن برای استفاده سایرین در آینده، توصیف دقیق کل فرآیند تحقیق، خصوصیات مشارکت‌کنندگان و زمینه پژوهش همچنین انتخاب مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع جهت استفاده از یافته‌ها در سایر جوامع با ویژگی‌های مشابه.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۳۵ مصاحبه (مادران ۲۵، فرزندان ۵، پرسنل و همسران ۵) با میانگین مدت زمان مصاحبه مادران ۲۴ دقیقه، فرزندان ۴۲ و همسران و پرسنل ۵۷ دقیقه انجام شد. دامنه سنی مادران بین ۳۷ تا ۴۹ سال و دامنه تحصیلات مادران از بیسواد تا تحصیلات دانشگاهی متغیر بود (جدول ۱).

- ¹ Rigor
² Lincoln & Guba
³ Credibility
⁴ Dependability
⁵ Confirmability
⁶ Transferability

جدول ۱. مشخصات فردی اجتماعی مادران مشارکت‌کننده در مطالعه

کد مشارکت‌کننده	سن مادر	تعداد فرزند ≤۱۶	تحصیلات	شغل	شغل همسر	ساکن	مدت ابتلا به بیماری (ماه)	درمان‌های دریافت شده
۱	۴۹	۱	بیسواد	خانه دار	راننده	تبریز	۵	ماستکتومی یکطرفه و لنفادنکتومی + شیمی درمانی + رادیوتراپی
۲	۳۹	۲	فوق تخصص	پزشک	مهندس	تبریز	۱۲	ماستکتومی یکطرفه + شیمی درمانی
۳	۳۷	۱	لیسانس	خانه دار	مهندس	تبریز	۱۲	ماستکتومی یکطرفه و لنفادنکتومی + شیمی درمانی
۴	۴۹	۲	راهنمایی	خانه دار	راننده	تبریز	۹	ماستکتومی یکطرفه + شیمی درمانی
۵	۴۲	۱	ابتدایی	خانه دار	راننده	میاندوآب	۱۵	ماستکتومی رادیکال یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی
۶	۴۷	۱	سیکل	خانه دار	بساز بفروش	تبریز	۶	ماستکتومی رادیکال یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی
۷	۳۹	۱	سیکل	خانه دار	آزاد	تبریز	۲۴	ماستکتومی یکطرفه + شیمی درمانی
۸	۳۸	۱	پنجم	خانه دار	کابینت ساز	بناب	۸	ماستکتومی دوطرفه و لنفادنکتومی + شیمی درمانی + رادیوتراپی

ماسکتومی دوطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۴	تبریز	تعمیر کار وسایل صوتی	خانه دار	بیسواد	۱	۴۱	۹
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی رادیوتراپی	۴	بستان آباد	کارگر	خانه دار	پنجم ابتدایی	۱	۴۱	۱۰
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی	۸	تبریز		خانه دار	راهنمایی	۱	۴۰	۱۱
ماسکتومی یکطرفه و لنفادنکتومی + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۲۴	تبریز	کارگر	خانه دار	پنجم ابتدایی	۲	۳۷	۱۲
ماسکتومی رادیکال یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۲۴	تبریز	آزاد	خانه دار	دیپلم	۱	۴۳	۱۳
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۲۴	اردبیل	کارمند	معلم	لیسانس	۱	۳۹	۱۴
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی	۶	اردبیل	کارمند	معلم	فوق دیپلم	۲	۳۳	۱۵
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی	۸	سراب	آزاد	خانه دار	دیپلم	۱	۴۶	۱۶
ماسکتومی رادیکال یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۱۲	اردبیل	کارمند	کارمند	فوق دیپلم	۱	۴۳	۱۷
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۱۲	اردبیل	کارمند ارتش	کارمند	دیپلم	۱	۴۹	۱۸
ماسکتومی رادیکال یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۱۲	اردبیل	کارمند	کارمند	کارشناس مامایی	۱	۳۹	۱۹
ماسکتومی رادیکال یکطرفه + شیمی درمانی + رادیوتراپی	۱۲	تهران	کارمند	آرایشگر	فوق دیپلم	۱	۴۵	۲۰
ماسکتومی رادیکال یکطرفه + ایمونو تراپی	۷	اردبیل	آزاد	کارمند	دانشجوی کارشناسی	۱	۳۷	۲۱
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی	۸	اردبیل	کارگر	خانه دار	راهنمایی	۱	۴۶	۲۲
ماسکتومی یکطرفه + شیمی درمانی	۱۲	تهران	کارمند بازنشسته	معلم	دبیرستان	۱	۴۷	۲۳

در ایفای نقش مادری نامگذاری شد. این طبقه مرکزی شامل زیرطبقات «سهم پذیری» و «نظارت» بود. جزئیات زیرطبقات عوامل زمینه‌ای طی دو مقاله به چاپ رسیده است (۱۶،۱۱) و در این مقاله ارائه نمی‌شود. لذا طبقه مرکزی مطالعه به عنوان یافته نهایی ارائه خواهد شد.

طبقه مرکزی

داستان مشارکت کنندگان، رسم دیگرام‌ها و بررسی یادآورها کمک کرد تا طبقه مرکزی به نام «الگوی ایفای نقش مشارکتی نظارتی» ظهور یابد. باید عنوان کرد که

در تحلیل داده‌ها برای زمینه، چهار طبقه اصلی «محدودکننده‌های جسمانی نقش»، «بار روانی بیماری»، «پیامدهای فرزندی درک شده توسط مادر»، و «حمایت‌ها: بودن با و برای مادر» شناسایی شد. تحلیل داده‌ها برای فرایند، شامل سه طبقه اصلی مربوط به راهبردها با عناوین «آماده سازی خود»، «بازسازماندهی نقش‌ها» و «بازسازی خود و خانواده» و یک طبقه اصلی مربوط به پیامد با عنوان «ثبات نقش مادری بازتعریف‌شده» بود. بر این اساس طبقه مرکزی مطالعه تحت عنوان «الگوی مشارکتی نظارتی»

خانواده و یا اطرافیان داوطلب به تفویض اختیار مراقبتی با حفظ نظارت بر عملکرد افراد اقدام نمودند. مادران توانستند با استفاده از مکانیسم سهم‌پذیری/ نظارت، نقش مادری خود را در مراحل مختلف بیماری با عنوان مادری عادی جدید ارائه دهند. طبقه مرکزی «الگوی ایفای نقش مشارکتی نظارتی» و زیرطبقات آن در ادامه توضیح داده می‌شود (جدول ۲ و ۳).

ایفای نقش مادری قبل از ابتلا به بیماری بیشتر به شکل مادرمحور، انفرادی و مبتنی بر تقاضای کمک از سوی مادر بود. اما ابتلاء مادران به سرطان پستان منجر به عدم تعادل در عملکرد مادری و ناتوانی برای تداوم ایفای نقش مادری شد. بنابراین مادران، با کسب حمایت از جایگزین‌های ایفاگر نقش مادری، به خصوص اعضای قدرتمند خانواده از قبیل همسر، فرزندان ارشد

جدول ۲. نمونه طبقات، زیرطبقات، کدها و نقل قول‌های حاصل از مصاحبه با شرکت کنندگان

طبقه اصلی	زیرطبقات	ویژگی‌ها	کدهای باز	نقل و قول‌ها	
بازسازماندهی نقش‌ها	وکالت دادن به جایگزین‌ها	تقسیم وظایف نقش مادری بین مراقبین جایگزین	تفویض اختیار مراقبت از فرزندان به همسر و اطرافیان	دو تا خواهرهام بهم کمک می‌کنند، حتی اگه من نباشم، مطمئنم که خواهرهام بهتر از من می‌تونند از بچه‌هام مراقبت کنند (۶.م)	
				از وقتی بیمار شدم، همکاری همسرم بیشتر شده من هم ازش میخوام تا در رسیدگی به تکالیف درسی بچه‌ها همکاری کنه (۱۲.م)	
	استفاده از خدمات مراکز نگره داری کودک	واگذاری مسئولیت انجام کارهای شخصی به فرزندان	بعد از بیماری، بچه‌ها کارهای مربوط به خودشان را بر عهده گرفته اند و با کمک هم تونستیم از مراحل بحرانی بیماری بگذریم (۱۹.م)		
			همیشه سعی دارم به عنوان مادر دو فرزند، نیازهای بچه‌هامو در اولویت قرار دهم ... (۱۴.م)		
تعدیل وظایف نقش‌ها	ارزیابی موقعیت و اولویت بندی نقش‌ها	استفاده از موسسات آموزشی جهت توسعه مهارت در فرزندان	متمرکز شدن روی نیازهای اولویت‌دار فرزندان	این احساس رو دارم که وجودم تنها برای من نیست و سعی دارم تا مسئولیت‌هایی که در برابر دخترم دارم را خوب انجام بدم (۲۳.م)	
				هماهنگی جهت تعدیل زمان اشتغال (کار نیمه وقت، کاهش اضافه کاری)	با توجه به اینکه کارم معلمی است، تصمیم گرفتم کارم را کم کنم و تا زمان بازنشستگی نیمه وقت کار کنم (۲۷.م)
	تعدیل مسئولیت‌های شغلی همراه با مادری و بیماری	درخواست بازنشستگی زودتر از موعد	۲۷ سال کار کردم سه سال مانده الان توی مرخصی هستم و فعلا مدارک را آماده کردم تا ببینم منو بازنشسته می‌کنند یا نه (۲۷.م)		
			کاهش حمایت از مادر با بازیابی نسبی سلامتی مادر	در حال حاضر وضعیت خوبی دارم و اعضای خانواده‌ام هم وقتی می‌بینند وضعیت خوبی دارم کارها را تا حدودی به عهده‌ی خودم گذاشتند (۱.م)	
ثبات نقش	عادی سازی عملکرد	رهایی از وابستگی	کاهش کمک طلبی از اطرافیان	دوست داریم حالا که وضعیت مان تا حدودی به حالت عادی برگشته از نظر مالی و انجام کارهای خونه مستقل باشیم و دیگران را بیشتر اذیت نکنیم (۲۰.م)	
				انجام دادن کارها بدون درخواست کمک از دیگران	فعلا که بیماریم کنترل شده سعی می‌کنم کارها را بدون کمک دیگران انجام بدم (۱۵.م)
	پذیرش کارکرد خانواده	پذیرش کارکرد خانواده	گیری‌های خانواده	دستیابی به استقلال در تصمیم گیری‌های خانواده	راستش روزهای اول بیماری خیلی دست و پامان را کم کرده بودیم ولی حالا تونستیم خودمان در مورد کارها تصمیم گیری کنیم و دیگران را در تصمیم گیری‌ها دخالت نمی‌دهیم (۱.م)

رضامندی از انجام وظایف	ارزشگذاری به سلامت فرزندان	ارتقاء نگاه سلامت محور	"زمانی که می‌تونم کارهای خودم و فرزندانم رو انجام بدم، خیلی خوشحال میشم و احساس رضایت می‌کنم (م.۱۱)
رضایت از تقسیم وظایف بین اعضای خانواده	رفتارهای خودمراقبتی		خوبی خوشحال هستیم که فرصتی پیش آمد تا همه خودشان را امتحان کنند و همچنان از مسئولیت‌های جدید راضی هستیم (م.۲۷)
تغییر سبک زندگی	مراجعات منظم به مرکز درمانی سرطان		غذاهایی می‌خورم که ارگانیک باشد و سعی می‌کنم دخترم هم این موارد را رعایت کند (م.۲۷) از وقتی بیماریم تحت کنترل هست بیشتر پیاده روی می‌کنم (م.۲۲)
			با توکل به خدا بیماری را پیگیری می‌کنم. آمپول‌ها رو می‌زنم تا خدا چی بخواد. ببینم بالاخره چی میشه و هر سه ماه مرتب بیماریم را پیگیری می‌کنم (م.۲۳)

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 توانستند با قالب‌بندی الگوی مشارکتی نظارتی، نقش مادری خود را به عنوان مادری عادی جدید، تداوم بخشند. این طبقه شامل دو زیرطبقه سهم‌پذیری و نظارت بود.

سهم‌پذیری

مادران از طریق برنامه‌ریزی برای بازیابی نقش و درگیر شدن فعال در نقش تلاش کردند با الگودهی برنامه‌های مراقبتی و جایگزین‌سازی، به تدریج بر حسب مراحل بیماری و بهبودی، مسئولیت‌های مادری خود را افزایش دهند. مادری چنین بیان می‌کرد: «فعلاً بیماریم کنترل شده و می‌تونم کارهای معمول خونه و

مراقبت از فرزندانم رو انجام بدم، سعی می‌کنم کارها را بدون کمک آنان انجام بدم» (م.۱۵).

نظارت

مادران از طریق تصمیم‌گیری‌های مشارکتی با جایگزین‌ها و با الگودهی برنامه‌های مراقبتی به تدریج بیشترین سهم‌پذیری از نقش مادری را با کمترین نظارت بر مراقبین جایگزین کسب کردند. «حالا که توانایی دارم می‌خوام، کارها را خودم انجام بدم ولی از کمک اطرافیانم هم استفاده کنم» (م.۳). مادران جهت رهایی از وابستگی، الگوی مشارکتی نظارتی را برای حفظ تعادل در عملکرد خود به کار گرفتند. نقل قول زیر از این یافته حمایت می‌کند: «اگرچه فرزندانم و همسرم در انجام دادن کارها کمک می‌کنند ولی همیشه حواسم هست تا کارها درست و به موقع انجام بشه» (م.۲۳).

جدول ۳. ویژگی‌های طبقه مرکزی

نظارت	سهم‌پذیری
۱. تصمیم‌گیری مشارکتی با جایگزین‌ها	۱. برنامه‌ریزی برای بازیابی نقش
۲. الگودهی برنامه‌های مراقبتی جایگزین‌ها	۲. درگیر شدن فعال در نقش
۳. توجه به تعهد گری جایگزین‌ها	۳. پاسخ به انتظارات نقش
۴. پایش پیامد برنامه‌های جایگزین‌سازی	۴. ارائه مادری عادی جدید

مادران شامل سه طبقه و هشت زیرطبقه به شرح زیر به دست آمد:

تحلیل داده‌ها برای تبیین فرایند ایفای نقش مادری

طی تجزیه و تحلیل داده‌ها، طبقات مربوط به فرایند ایفای نقش مادری و راهبردهای مورد استفاده توسط

خانواده و اطرافیان باعث شد مادران با انگیزه بیشتری برای برعهده گرفتن کارها تلاش کنند: «اطرافیان خیلی به من کمک کردند تا بتونم دوباره سر پا بشم» (م.۲۲). مادران توانستند اعتماد به نفس لازم را جهت برآوردن همزمان نیازهای مراقبتی درمانی خود و فرزندان به دست آورند.

کسب حمایت اطلاعاتی

مادران مشارکت کننده، 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 اطلاعات کسب کردند: «در مورد عوارض شیمی درمانی و تأثیراتش روی خودم و بچه، اطلاع زیادی نداشتم و زمانی که درمانگاه می‌رفتم از سایر بیماران سوالاتم رو می‌پرسیدم» (م. ۷).

طبقه دوم: راهبرد بازسازماندهی نقش‌ها

مادران به دلیل تعدد وظایف ناشی از نقش‌های مادری، همسری، بیماری و شغلی درصدد بازسازماندهی نقش‌ها بودند، لذا از راهبردهای وکالت دادن به جایگزین‌ها و تعدیل کردن وظایف نقش‌ها استفاده کردند تا بتوانند زمان بیشتری را به ایفای نقش مادری خود اختصاص دهند. این طبقه شامل زیرطبقه‌ها «وکالت دادن به جایگزین‌ها» و «تعدیل وظایف نقش‌ها» بود.

وکالت دادن به جایگزین‌ها

مادران از طریق وکالت دادن به جایگزین‌ها توأم با نظارت، درصدد سازماندهی نقش‌های مادری بودند تا بتوانند با فعالیت موازی با جایگزین‌ها، تأثیرات بیماری در فرزندان را به حداقل برسانند. مادران در این زمینه چنین بیان کردند: «دخترم مسئولیت انجام کارهای خانه را پذیرفته بود» (م.۱۳). «خواهرام و یا دخترم کارها رو انجام میدن، حواسم هست تا اگه مشکلی پیش بیاد، راهنماییشون کنم» (م.۶).

آماده سازی خود (خودآگاهی جهت بازیابی نقش، بسیج روانی جهت تداوم نقش و کسب حمایت‌های اطلاعاتی)، بازسازماندهی نقش‌ها (جایگزین‌های ایفاگر نقش و تعدیل وظایف نقش‌ها) و بازسازی خود و خانواده (راهبردهای ذخیره انرژی، توسعه ارتباطات و محافظت از فرزندان)

طبقه اول: راهبرد آماده سازی خود

مادران به دنبال مواجهه با تغییر در توانایی خود برای ایفای نقش مادری بعد از بیماری، 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 بکارگیری راهبرد آماده‌سازی خود به ایفای نقش مادری خود تداوم بخشند. این طبقه شامل زیرطبقه‌ها: «بازیابی خودآگاهانه نقش»، «بسیج روانی جهت تداوم نقش» و «کسب حمایت‌های اطلاعاتی» بود.

بازیابی خودآگاهانه نقش

مادران با بازاندیشی نسبت به ادامه نقش به بازشناسی و اولویت بندی نیازهای تغییر یافته فرزندان اقدام نموده و چنین بیان می‌کردند: «نمی‌تونم نسبت به خواسته‌های فرزندانم بی‌تفاوت باشم، در شرایط فعلی اونا به یک مادر فداکار نیاز دارند» (م.۳). یکی از مادران در مورد نیازهای اطلاعاتی چنین می‌گفت: «گاهی در مورد بیماری از دخترم سوال می‌کردم، دخترم توی اینترنت دنبال اطلاعاتی در مورد بیماری من می‌گشت» (م.۸). مادران به این آگاهی رسیدند که جهت برآوردن نیازهای تغییر یافته فرزندان، باید با جلب حمایت از اطرافیان، نقش مادری خود را ایفا کنند.

بسیج روانی جهت تداوم نقش

مادران با مدیریت کردن خستگی روانی و بی‌حوصلگی خود توانستند تمرکز ذهنی لازم برای هماهنگی برنامه‌های مراقبتی فرزندان خود را به دست آورند «کارهای فرزندانم را در اولویت قرار میدم، کارهای غیر ضروری را حذف کردم» (م.۱۵). حمایت اعضای

تعدیل وظایف نقش

مادران مسئولیت‌های شغلی خودشان را از طریق اشتغال به صورت نیمه وقت، کاهش ساعات اضافه کاری و درخواست بازنشستگی زودتر از موعد، کاهش داده بودند و مادران خانه‌دار نیز از طریق کاهش فعالیت‌های بیرون از منزل توانسته بودند، زمان بیشتری را با فرزندان بگذرانند و چنین بیان می‌کردند: «تصمیم گرفتم، به صورت نیمه وقت کار کنم و اضافه کاری بردارم» (م.۲۳). «زیاد مسافرت نمی‌ریم. در مراسم‌ها زیاد شرکت نمی‌کنم، تلاش می‌کنم دچار خستگی نشم تا بتوانم کارها رو سرو سامون بدم» (م.۱۷). بنابراین 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 سوم: راهبرد بازسازی خود و خانواده

در تلاش جهت ترمیم آسیب‌های ناشی از بیماری در اعضای خانواده، مادران در تلاش بودند تا بتوانند وظایف مراقبتی تفویض نشده را به طور مستقل انجام دهند و بر انجام وظایف تفویض شده به جایگزین‌ها نظارت کنند. این طبقه شامل زیرطبقه «راهبردهای ذخیره انرژی»، «توسعه ارتباطات» و «حفاظت از فرزندان» بود.

راهبردهای ذخیره انرژی

مادران با ساده‌سازی کارها، تعادل بین استراحت و فعالیت و با تغییر نحوه انجام کارها، سعی داشتند انرژی خود را ذخیره نمایند تا وظایف مادریشان را متناسب با توان جسمی خود انجام دهند. مادری چنین می‌گفت: «هفته‌ای یک بار خونه رو جارو برقی می‌کشم و بیشتر، غذاهای ساده برای چند وعده درست می‌کنم» (م.۱۵). راهبردهای ذخیره انرژی، به مادران کمک می‌کرد تا با غلبه بر خستگی ناشی از بیماری و درمان، نقش مادری خود را متناسب با توانایی جسمی و روانی ایفا نمایند.

توسعه ارتباطات

مادران از طریق ایجاد جو روانی مثبت در خانواده و با افزایش تعاملات فرزندان با دیگر بچه‌ها ارتباطات خود را توسعه دادند و چنین بیان می‌کردند: «با افراد فامیل زیاد رفت و آمد می‌کنیم تا بچه‌ها بیشتر با هم بازی کنند» (م.۱۳). مادران با توسعه ارتباطات با اطرافیان بر محدودیت‌های ناشی از بیماری که منجر به کاهش همراهی فرزندان در موقعیت‌های اجتماعی و اجتماعی شدن آنان شده بود، غلبه می‌کردند.

محافظت از فرزندان

مادران با مخفی کردن علائم جسمی خود، تظاهر به بهبودی، پنهان کاری و دور نگه داشتن فرزندان از مسایل درمانی، از فرزندان خود محافظت می‌کردند و چنین بیان می‌کردند: «خیلی مراقب بودم، بچه‌ها متوجه این موضوع (ماستکتومی) نشوند. زیاد بچه‌ها را در جریان بیماری قرار نمی‌دادم» (م.۵). مادران از طریق تقویت باور غلبه بر بیماری و واگذاری مسئولیت به فرزندان تلاش داشتند تا پیامدهای منفی در فرزندان را به حداقل برسانند.

پیامد

ثبات نقش مادری بازتعریف شده

پیامدها، حاصل پاسخ‌های عملی، تعاملی یا احساسی مادران به رویدادها بود. مشارکت کنندگانی که دغدغه گسست در نقش مادری را به دنبال سرطان پستان تجربه کرده بودند، با به کارگیری راهبردهای لازم توانستند به پایداری و یا ثبات در نقش برسند. دستیابی به این پیامد به معنی این بود که آنها با عادی سازی عملکرد در ایفای نقش و ارتقاء نگاه سلامت محور به موقعیتی رسیده بودند که ضمن کاهش وابستگی‌ها به افراد و منابع خارج از خانواده، بیشتر بر پذیرش کمک و تشریک مساعی همسر و فرزندان در امور کاری منزل و فرزندان متکی می‌شدند.

عادی سازی عملکرد

مادران تلاش کردند تا با بهبود نسبی وضعیت سلامتی نظارت و مدیریت خود را در برابر وظایف جدید

رسیدند که در اولین گام به بازشناسی و اولویت بندی نیازهای تغییر یافته فرزندانش اقدام کنند. مشارکت کنندگان در مرحله آماده سازی خود نیازمند پذیرش روانی مساله بودند. مهارت در توجه و تمرکز، کنترل استرس، حفظ انگیزش و افزایش اعتماد به نفس از مشخصات آمادگی روانی جهت عمل است (۱۸).

مادران جهت تداوم نقش مادری اقدام به بسیج روانی از طریق تقویت منابع انگیزشی درون زاد از قبیل عشق فرزندی و منابع انگیزشی برون زاد مانند منابع حمایتی نمودند. نقش خانواده در بوجود آوردن محیط حمایتی از بیمار، کلیدی است (۱۹)، بطوری که نتیجه یک مطالعه کیفی نیز نشان داد که بیماران در طول تشخیص و درمان از حمایت مالی و معنوی خانواده و اطرافیان برخوردار بودند (۲۰). مطالعه حیدری نیز نشان داد با توجه به ثبات پایه خانواده در ایران، اکثر بیماران مبتلا به سرطان در منزل توسط اعضای خانواده مراقبت می شوند (۲۱). لذا، مادران توانستند با حفظ تمرکز ذهنی و روانی در انجام وظایف با بکارگیری راهبرد آماده سازی، برنامه های مراقبتی فرزندان را هماهنگ کنند.

حمایت های اطلاعاتی، به عنوان یکی از انواع منابع حمایت اجتماعی به مادران کمک کرد تا با درک نیاز به حمایت اطلاعاتی از منابع اطلاعاتی متعدد از قبیل پرسنل درمانی و همتایان، کسب اطلاعات کنند. در مطالعه راشی^۱ و همکاران نیز شبکه های حمایتی قابل دسترس، یکی از تم های ظهور یافته بود (۲۲). بنابراین مادران بایستی با کسب اطلاعات لازم در مورد بیماری و نحوه مراقبت از فرزندان بتوانند، انتظارات از نقش را به عنوان مادری عادی جدید بر آورده سازند.

بازسازماندهی نقش ها، دومین راهبرد مادران بود. نقش، مجموعه ای از رفتارهای مشخص کننده افراد در یک بافت اجتماعی خاص (۲۳) و بازسازماندهی، عمل

تعریف شده برای اعضای خانواده حفظ کنند. مادری گفت: «حالا که دوره ی سخت بیماری تمام شده با کمک همسر و فرزندانم سعی می کنیم، عادی زندگی کنیم» (م، ۱۷).

ارتقاء نگاه سلامت محور

مادران با اولویت دادن به سلامت فرزندان و پیگیری برنامه های مراقبتی آنها، ارزشگذاری به سلامت فرزندان را در رفتارهای مراقبتی خود نشان می دادند و انجام فعالیت های ورزشی و مراجعات منظم جهت پیگیری بیماری در پی ارتقاء نگاه سلامت محور مادران بود. مادری گفت: «بعد از بیماری در مورد سلامتی فرزندانم خیلی حساس شدم و از اینکه ممکنه فرزندانم در آینده به بیماری من مبتلا شوند، خیلی از پزشک سوال می پرسم» (م، ۱۳). لذا مادران سعی داشتند از تهدیدات ناشی از بیماری به عنوان فرصتی جهت برقراری تعادل مجدد در عملکرد خود استفاده کنند.

بحث

در پاسخ به این سؤال پژوهش که «ایفای نقش مادری در زنان مبتلا به سرطان پستان چگونه است؟» یافته های مطالعه نشان داد که مادران جهت غلبه بر گسست نقش مادری از سه راهبرد آماده سازی خود، بازسازماندهی نقش ها و بازسازی خود و خانواده استفاده کردند و با استفاده از مکانیسم سهم پذیری/ نظارت توانستند با قالب بندی الگوی مشارکتی نظارتی، نقش مادری خود را به عنوان یک مادر عادی جدید، تداوم دهند.

مادران با بکارگیری راهبرد آماده سازی از طریق خود آگاهی، بسیج روانی و کسب حمایت های اطلاعاتی، توانستند حساسیت مادری کاهش یافته ی خود را اصلاح و به ایفای نقش مادری بعد از بیماری اقدام کنند. خود آگاهی، فرایند چندبعدی، درون نگرانه، مبتنی بر آگاهی، درک افکار فردی، احساسات، اعتقادات و ارزش های فردی است (۱۷). مادران به این آگاهی

¹ Rashi

تغییر دادن دستورات قبلی در ارتباط با موقعیت و زمان یا سلسله مراتبی است که قبلاً دارای ساختار مشخصی بوده است (۱۸). مادران مشارکت‌کننده برای بازسازماندهی نقش‌ها از راهبردهای وکالت‌دادن به جایگزین‌ها و تعدیل وظایف نقش‌ها استفاده کردند. آمبروسو^۱ و همکاران بیان کردند که ترس مادر ناشی از مرگ و بی‌مادر شدن فرزندان بر مدیریت بیماری اثرات منفی دارد (۲۴). در یک مطالعه دیگر نیز بر اهمیت حمایت اطرافیان از مادران مبتلا به سرطان پستان، تاکید شده است (۲۵).

مشارکت‌کنندگان جهت تعدیل وظایف نقش‌ها، تلاش کردند با اولویت دادن به نقش مادری نسبت به سایر نقش‌ها، مراقبت‌های عاطفی را، همزمان با مراقبت‌های جسمی به فرزندان خود ارائه دهند. با توجه به زمینه فرهنگی اجتماعی ایران انتظار می‌رود، مادران حتی حین بیماری، وظایف خودشان را به عنوان مادر انجام دهند (۲۶).

در این مطالعه در مراحل اولیه بیماری، سهم‌پذیری و نظارت از ایفای نقش مادری به شدت کاهش یافته بود. مادران فعالیت‌ها و وظایف سایر نقش‌ها را کاهش داده بودند تا بتوانند با استفاده از راهبرد بازسازماندهی نقش‌ها، عدم تعادل نقش‌ها و نارسایی در نقش را به حداقل برسانند. در مطالعه کوس و انتو^۲ نیز، تغییرات طولانی مدت نقش‌ها و وظایف مادری بعد از ابتلا به سرطان پستان در مادران و اعضای خانواده تاکید شده است (۲۷).

بازسازی خود و خانواده، آخرین راهبرد طی فرایند ایفای نقش مادری بود. بازسازی، فرایند ساختن یا خلق کردن دوباره چیزی است که آسیب دیده یا تخریب شده است (۱۸). مادران تلاش می‌کردند تا بتوانند وظایف مراقبتی تفویض نشده که سهم‌پذیری آنان را در انجام وظایف مادری حفظ می‌کرد، انجام دهند و بر انجام وظایف تفویض شده به جایگزین‌های نقش،

نظارت کنند. مادران از راهبردهای ذخیره انرژی، توسعه ارتباطات و محافظت از فرزندان استفاده می‌کردند تا بتوانند وظایف خود را انجام دهند.

راهبردهای ذخیره انرژی یکی از زیرطبقات بازسازی خود و خانواده بود. ذخیره انرژی^۳، برقراری تعادل بین زمان استراحت و فعالیت در دوره خستگی مرتبط با بیماری همراه با برنامه خودمراقبتی در طول روز است (۲۸). مشارکت‌کنندگان با سازمان‌دهی و ساده‌سازی کارها انرژی خود را جهت ایفای نقش مادری حفظ می‌کردند. نتایج مطالعه صادقی و همکاران نشان داد که اجرای برنامه ذخیره انرژی منجر به کاهش خستگی مرتبط با سرطان شده و در ارتقاء سبک زندگی سالم موثر می‌باشد (۲۹). لذا، چنین استنباط می‌شود که مادران با کسب حمایت و مثبت اندیشی برای حفظ انرژی تلاش می‌کنند تا بتوانند بعد از ابتلا به سرطان رویه‌های زندگی عادی را حفظ نمایند.

توسعه ارتباطات یکی دیگر از زیرطبقات بازسازی خود و خانواده بود که یکی از ویژگی‌های این زیرطبقه، ایجاد جو روانی مثبت در خانواده بود. مادران با حفظ ارتباط باز تلاش می‌کردند تا اثرات منفی بیماری را در فرزندان خود مدیریت کنند. در مطالعه حاضر نیز مادران با استفاده از این راهبرد از آسیب روانی فرزندان جلوگیری کرده و مهارت‌های اجتماعی فرزندان خود را توسعه می‌دادند. مرور متون نشان داد مطالعات کمی ارتباط مادر- فرزند در فرایند بیماری را مورد بررسی قرار داده‌اند (۳۱،۳۰). بعلاوه، بیشتر مطالعات در کشورهای غربی بوده (۳۲،۲۲) و مطالعات کمی در کشورهای آسیایی انجام شده است (۳۴،۳۳).

محافظت از فرزندان یکی از زیرطبقات بازسازی خود و فرزندان بود. مادران با مخفی کردن علائم جسمی و دور نگه داشتن فرزندان از مسایل درمانی تلاش

³ Energy Conservation

¹ Ambrosio

² Kuswanto

نشان داد همزمانی تجربه سرطان و مادری یعنی تغییر کردن ارزش‌ها، معناسازی زندگی بعد از بیماری و تغییر کردن رویه‌های مراقبت از فرزند (۳۸). والدین جهت کمک به سازگاری اعضای خانواده با بیماری از راهبردهایی مثل حفظ کردن رویه‌های مراقبت از فرزندان استفاده می‌کنند و سازگاری با سرطان، نیازمند متعادل کردن بیماری و تقاضاهای والدینی می‌باشد (۲۲).

از نکات قوت مطالعه حاضر بالابودن تعداد مصاحبه‌ها از مادران و تنوع نمونه‌ها (همسران، فرزندان و پرسنل بهداشتی درمانی) بود. ولی از آنجایی که فرآیند ایفای نقش مادری تا حدودی تحت تاثیر فرهنگ هر قومی قرار می‌گیرد و در این مطالعه بیشتر نمونه‌ها از فرهنگ ترکی (آذربایجان شرقی و اردبیل) بودند و این مطالعه منعکس‌کننده ویژگی‌های فرهنگی یک جامعه هست، لذا مطالعات دیگر با نمونه‌های بیشتر و در فرهنگ‌های متفاوت در خانواده‌هایی که با سرطان مقابله می‌کنند، نیاز هست. از دیگر محدودیت‌های مطالعه، انتخاب اکثریت مشارکت‌کنندگان از یک مرکز آموزشی درمانی بود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که مادران مبتلا به سرطان پستان، با برنامه ریزی برای بازیابی نقش، سعی در کسب سهم بیشتری از نقش مادری خود بعد از بیماری دارند و به تدریج می‌توانند با به کارگیری الگوی مشارکتی نظارتی، با کمک جایگزین‌های نقش و رهایی تدریجی از وابستگی به دیگران، توانایی پاسخ به انتظارات نقش مادری از خود را افزایش دهند. لذا، شناسایی این الگو و راهبردهای به کار رفته می‌تواند به متخصصین مراقبت سلامت کمک کند تا با حمایت و ارائه مشاوره و آموزش به این مادران و خانواده‌ها، آنان را در ایفای نقش مادری یاری نموده و با توسعه برنامه‌های مداخله‌ای روانی اجتماعی برای مادران و

می‌کردند، تأثیرات پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی فرزندان را به حداقل برسانند. شیرستا^۱ و همکاران در تحلیل مفهوم نقش مادری، محافظت کردن را یکی از ویژگی‌های نقش مادری بیان کردند (۳۵). در یک مطالعه دیگر، تم‌هایی از قبیل محافظت از فرزندان و فرآیند فاش‌سازی بیماری برای فرزندان در راستای محافظت از آنها ظاهر شد (۳۶). تفاوت مطالعه حاضر با سایر مطالعات، ارتقا قدرت تاب‌آوری از طریق واگذاری مسئولیت به فرزندان بود که کمتر در مطالعات قبلی، به آن اشاره شده است.

مادران با بکارگیری راهبردهای آماده‌سازی، بازسازماندهی نقش‌ها و بازسازی خود و خانواده توانستند، نقش مادری خود را از طریق قالب بندی الگوی مشارکتی نظارتی ایفا کنند. مطالعه کوسوانتو^۲ نشان داد، مادران زمانی که فرزندان‌شان از نظر روانی، عاطفی تحت تاثیر تشخیص بیماری مادر قرار بگیرند، دیسترس روانی و گسست هویت مادری را بیشتر درک کرده و با پذیرش یک هویت جدید اجازه می‌دند تا دیگران در تکمیل نقش مادری‌شان به آنان کمک کنند (۲۷). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مادران تلاش کردند از طریق الگوی مشارکتی نظارتی به عنوان مادر عادی جدید، موفق عمل کنند. در مطالعه سمپل^۳ نیز، درونمایه‌هایی نظیر تلاش برای مادری خوب، تمرکز روی نیازهای فرزندان و حفظ کردن رویه‌های عادی خانواده به عنوان اقدامات مادران در جهت عادی سازی عملکرد خود در ایفای نقش مادری شناخته شدند (۳۷).

پیامد ایفای نقش مادری با الگوی مشارکتی نظارتی در مشارکت‌کنندگان، ارزشگذاری به سلامت فرزندان و پیگیری برنامه‌های مراقبت از خود به دنبال ارتقا نگاه سلامت محور بود. مطالعه دی کاسترو^۴ و همکاران

¹ Shrestha

² Kuswanto

³ Semple

⁴ De Castro

تشکر و قدردانی

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

خانواده‌های آنان، زمینه رشد پس از آسیب را در راستای مراقبت با کیفیت از فرزندان تسریع نمایند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- 1- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71:209-49.
- 2- Kazeminia M, Salari N, Hosseinian-Far A, Akbari H, Bazrafshan M-R, Mohammadi M. The prevalence of breast cancer in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*. 2022;20(1):14.
- 3- American cancer society. Breast cancer facts & figures 2017-2018. Atlanta. American Cancer Society, Inc; 2017.
- 4- Ruddick S. Maternal thinking. *Feminist Studies*. 1980;6(2):342-67.
- 5- Ruddick S. Maternal thinking: toward a politics of peace. Reprint, Revised ed: Beacon Press; 1995.
- 6- Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model. 3 ed. USA: Pearson Prentice Hall; 2008.
- 7- Alligood MR. Nursing Theory-E-Book: Utilization & Application. Elsevier Health Sciences; 2021.
- 8- Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A, Nedjat S, Montazeri A. Journey to motherhood in the first year after child birth. *Journal of Family & Reproductive Health*. 2016;10(3):146-53.
- 9- 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. *Western Journal of Nursing Research*. 2018;40(4):502-19.
- 10- Ambrósio DCM, Dos Santos MA. Social support to women after mastectomy: a review study. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(3):851-65.
- 11- Mazaheri E, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Foladi N, Phillips F. Perceived parenting threats and opportunities of Iranian mothers with breast cancer: a qualitative study. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2021;23(2):190-95.
- 12- 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. *Journal of Buon*. 2018;23(1):1-6.
- 13- Mazaheri E, Ghahramanian A, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Onyeka TC. Disrupted mothering in Iranian mothers with breast cancer: a hybrid concept analysis. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):1-17.
- 14- De Castro EK, Dornel A, De Sousa M. The experience of motherhood during cancer treatment. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2018;23:1-16.
- 15- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Sage; 1985.
- 16- Mazaheri E, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Onyeka TC. Being with and for mother: from perceived difficulties to rebalancing the mothering role in women with breast cancer. *Nursing and Midwifery Studies*. 2021;10(3):203-11.
- 17- Rasheed SP, Younas A, Sundus A. Self-awareness in nursing: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(5-6):762-74.

- 18- Dictionary C. Cambridge free English dictionary and thesaurus. Cambridge: Cambridge University Press. Available from: [https://dictionary ...](https://dictionary...); 2019.
- 19- 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. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1-2):22-30.
- 20- Noorisanchooli H, Rahnam M, Haghghi M, Hashemi S, Younesbarani Z. The familial experiences of women with breast cancer referring to chemotherapy clinic: a qualitative study. *Clinical Cancer Investigation Journal*. 2018;7(6):210-16.
- 21- Hydary L, Mokhtari Hesari P. Common breast cancer family care giving problems. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2015;8(2):7-14.
- 22- Rashi C, Wittman T, Tsimicalis A, Loiselle CG. Balancing illness and parental demands: coping with cancer while raising minor children. *Oncology Nursing Fourm*. 2015;42(4):337-44.
- 23- Biddle BJ. Role theory: expectations, identities, and behaviors. New York: Academic Press; 2013.
- 24- Ambrósio DCM, Santos MAd. Social support to women after mastectomy: a review study. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2015;20(3):851-64.
- 25- 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. *International Journal of Cancer*. 2014;135(11):2668-77.
- 26- Kian F, Etemadi O, Bahrami F. Exploring parenting styles of insecure Iranian mothers. *Early Child Development and Care*. 2020;190(15):2414-21.
- 27- 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.
- 28- Chan R. Self-management associated with fatigue in patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study. Queensland University of Technology; 2014.
- 29- 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 Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016;17(10):4783-90.
- 30- Al-Zaben F, Al-Amoudi SM, El-deek BS, Koenig HG. Impact of maternal breast cancer on school-aged children in Saudi Arabia. *BMC Research Notes*. 2014;7:1-5.
- 31- Asbury N, Lalayiannis L, Walshe A. How do I tell the children? women's experiences of sharing information about breast cancer diagnosis and treatment. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;18(6):564-70.
- 32- Lewis FM, Brandt PA, Cochrane BB, Griffith KA, Grant M, Haase JE, et al. The enhancing connections program: a six-state randomized clinical trial of a cancer parenting program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(1):12-23.
- 33- Kim S, Ko YH, Jun EY. The impact of breast cancer on mother-child relationships in Korea. *Psycho-Oncology*. 2012;21(6):640-46.
- 34- Yoshida S, Otani H, Hirai K, Ogata A, Mera A, Okada S, et al. A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness. *Supportive Care in Cancer*. 2010;18:439-47.
- 35- Shrestha S, Adachi K, A Petrini M, Shrestha S. Maternal role: a concept analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019;7(3):1732-41.
- 36- 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.
- 37- Semple C, McCaughan E. Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychosocial intervention for young children. *European Journal of Cancer Care*. 2013;22(2):219-31.
- 38- De Castro EK, Dornel ALK, De Sousa MA. The experience of motherhood during treatment. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2018;23(39559):1-16.