مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال هفتم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۳

مقایسه نقش مادری و همسری زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم

شهرام وزیری: دانشیار، دکترای روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

فرح لطفی کاشانی: دانشیار، دکتری روان‌شناسی تخصصی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

محمد اسماعیل اکبری: فوق تخصص جراحی غدد و سرطان، رئیس مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یاسمن قربانی عشین*: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

چکیده

مقدمه: پستان در زنان به عنوان یک قسمت مهم بدن، هویت زنانه، حس زنانگی، تمایلات جنسی، جذابیت فیزیکی و پرورش حس مادری را با خود مرتبط ساخته است. هدف این پژوهش شناخت بازخورد زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده نسبت به خانواده، کنش‌های متقابل، خود و فعالیت‌های جنسی و مقایسه آن با زنان سالم بود.

روش بررسی: در این پژوهش مقایسه‌ای، ۲۶ زن مبتلا به سرطان پستان تحت عمل ماستکتومی از مراجعین بیمارستان شهدای تجریش، به صورت هدفمند انتخاب و با ۲۶ نفر سالم همتاسازی شدند. هردو گروه با استفاده از آزمون جملات نیمه تمام ساکس از نظر نحوه بازخورد (متعادل- نامتعادل) نسبت به خانواده، کنش‌های متقابل، خود و فعالیت‌های جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمرات بازخوردهای زنان مبتلا به سرطان پستان در نقش مادری متعادل تر از زنان سالم است اما، بازخورد آنها نسبت به همسر، واحد خانوادگی، روابط جنسی، ترس‌ها، احساس گناه، توانایی‌های خود، گذشته و آینده، نامتعادل‌تر از زنان سالم است ($P<0.05$).

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد که دیدگاه زنان مبتلا به سرطان پستان به نقش مادری در مقایسه با زنان سالم، مثبت‌تر بوده اما آنها در مقایسه با زنان سالم، سوگیری منفی و نامتعادلی نسبت به همسر، نسبت به روابط جنسی، ترس‌ها، احساس گناه، توانایی‌های خود، گذشته و آینده نشان می دهند. این موضوع بخصوص در اقدامات درمانی و حمایتی باید مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، ماستکتومی، نقش مادری، نقش همسری.

* نشانی نویسنده پاسخگو: دتمشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد رودهن، یاسمن قربانی عشین

نشانی الکترونیک: Ghorbani.yasaman@yahoo.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]

مقدمه

رشد روزافزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرات زیان بار آن بر تمامی ابعاد زندگی بیمار (جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی، اقتصادی) سبب شده است توجه متخصصان بیش از پیش به این بیماری معطوف شود. در بین انواع مختلف سرطان که زنان به آنها مبتلا هستند، سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان دنیا است. در سال ۲۰۱۱، ۲/۵ میلیون نفر در کشورهای پیشرفته و ۳/۵ میلیون نفر در کشورهای در حال توسعه مبتلا به سرطان پستان بودند (۱)، این در حالی است که پستان، قویاً با هویت زنانگی، حس زنانگی، تمایلات جنسی، جذابیت فیزیکی و جنسی، پرورش و حس مادری مرتبط است (۲) و به همین خاطر تشخیص و درمان سرطان پستان، یک عامل استرس‌زای قابل توجه است که با آشفتگی‌های روان‌شناختی متعدد و پیامدهای فیزیکی منفی همراه است.

تصویر ضعیف از بدن (۳ و ۴) درد، تورم، ضایعات پوستی، اختلال در اشتها و کاهش عملکرد فیزیکی (۵) در این بیماران وجود دارد. تغییر در بدن بیمار، آشفتگی هیجانی و بیگانگی او را برمی‌انگیزاند و به تصور از بدن وی آسیب می‌رساند (۶). از دست دادن پستان در اغلب موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می‌شود، موضوعی که مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌کند (۷). مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نیز به این نتیجه رسیدند که زنان مبتلا به سرطان پستان احساس می‌کنند عمکرد جنسی‌شان تحت تأثیر بیماری و درمان آن تغییر کرده است (۲، ۸ و ۹). فوایر و همکاران نشان دادند که مشکلات عملکرد جنسی و تصویر ذهنی از بدن، از مشکلات شایع بیماران مبتلا به سرطان پستان است (۹). آنن سرتوز و همکاران، در تحقیقات خود با زنان مبتلا به سرطان پستان دریافتند که عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می‌بیند و باعث تصویر بدنی منفی، کاهش حس زنانگی و کاهش فعالیت جنسی می‌شود (۱۰ و ۱۱). در پی تغییر در سطح جسمی و روانی، روابط اجتماعی و تعاملات صمیمانه بیمار با اطرافیان نیز دگرگون می‌شود و بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود احساس از هم گسیختگی می‌نماید (۱۲) و به علت اختلال در تصویر ذهنی از بدن خود، مشکلاتی در زمینه روابط جنسی نیز تجربه می‌کنند. این افراد ممکن است در تعاملات زناشویی و روابط صمیمانه به صورت منفی رفتار نماید (۶). همچنین زمانی که زن به عنوان یک والد و مادر، مبتلا به سرطان باشد؛ کل خانواده و عملکرد آن با آشفتگی روبرو می‌شود (۱۳). این بیماری با نقش و عملکرد مادر، رابطه با فرزندان و عملکرد فرزندان تداخل می‌کند (۱۴). در واقع، تشخیص و درمان سرطان پستان نیاز به نقش‌های خانوادگی جدیدی را ایجاد می‌کند، زیرا تمرکز مادر بیشتر روی درمان است و به علت اثرات درمان، زمان‌هایی وجود دارد که مادر نمی‌تواند نقش مفید خود را به عنوان مدیر منزل اجرا کند. بنابراین، اعضاء خانواده نیازمند سازگاری با نقش‌های جدیدی هستند و باید مسئولیت بیشتری را به عهده بگیرند (۱۲). به تازگی، توجه به اثر سرطان پستان بر فعالیت‌های روزانه مادر، نقش مادری و فرزندان افزایش یافته است. مرور تحقیقات اخیر با تمرکز بر اثرات سرطان پستان مادر بر روی فرزندان، حاکی از آن است که عملکرد روان‌شناختی کودکان با مادران مبتلا به سرطان پستان تغییر می‌کند. هرچند این تغییرات در سطح جدی نیست، ولی آنها مشکلات سازگاری در عملکرد فیزیکی، شناختی، رفتاری و روانی- اجتماعی را تجربه می‌کنند. از این‌رو، مداخلات برای این گروه، متمرکز بر کم کردن استرس و تسهیل سازگاری روان‌شناختی در رابطه مادر- فرزند است (۱۴). به طورکلی، مادران مبتلا به سرطان پستان، از یک سو تلاش می‌کنند که بین نیازهای شخصی و نیازهای خانوادگی خود تعادل برقرار کنند (۱۵) و از سوی دیگر با حفظ هویت مادر بودن خود دست و پنجه نرم می‌کنند. این نشان می‌دهد که تلاش برای درمان، بر نقش مادر مبتلا به سرطان پستان در مراقبت و رابطه او با فرزندانش اثر می‌گذارد (۱۶). بنابراین رابطه مادر- فرزند، از این بیماری اثر می‌پذیرد. زنی که مبتلا به سرطان پستان است، نه تنها یک شریک زناشویی بلکه یک مادر، یک خواهر، یک دختر و حتی یک دوست است که همه این نقش‌ها بر هم و بر بیمار اثر دارند، وی و بیماریش بر افراد دیگر در زندگیش و دیگران نیز به نوبه خود بر او اثر خواهند گذاشت (۱۲).

با توجه به این مسئله که سرطان پستان با اثر بر ظاهر و فیزیولوژی زنان، تصویر ذهنی آنان از خویش را خدشه‌دار می‌سازد، این بیماری با نقش و عملکرد مادر، رابطه با

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]

فرزندان و عملکرد فرزندان تداخل می‌کند (۱۴)، تمایلات جنسی او را خراب کند (۱۷). رفتارهای یک زن از قبیل فعالیت جنسی، به علت عدم احساس راحتی با تغییرات در پستان، می‌تواند کاهش یابد. این تغییرات به شدت با درمان جراحی سرطان ارتباط دارد. به دنبال جراحی پستان، برداشت زنان از نقش‌های جنسیتی مختلف و احساسات زنانگی که مهم‌ترین موضوع برای تمایلات جنسی سالم هستند، آسیب می‌بیند (۶). تغییرات بدنی آشکار یا ضمنی در زنان مبتلا به سرطان پستان، بر تجارب‌شان از زنانگی و تمایلات جنسی در نقش‌های مادری و همسری (یا شریک اثر می‌گذارد. لذا مهم است که به این تغییر نقش‌ها و اثر این تغییرات بر روابط بیمار و شبکه خانوادگی وی توجه شود. هدف این پژوهش شناخت بازخورد زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده نسبت به خانواده، کنش‌های متقابل، خود و فعالیت‌های جنسی و مقایسه آن با زنان سالم بود.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل بیماران زن مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان شهدای تجریش بود که مورد عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفته بودند. ملاک‌های ورود شامل؛ تشخیص سرطان پستان و برداشته شدن یک یا هر دو پستان، سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال، نداشتن بیماری روانی و عدم متاستاز بود. برای بررسی عملکرد بیماران مبتلا به سرطان پستان، از جملات ناتمام ساکس[1] استفاده شده است. حجم نمونه از ۵۲ نفر (۲۶ نفر افراد سالم و ۲۶ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان که طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۱ مورد تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفته‌اند) تشکیل شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در دسترس در نظر گرفته شد. به این صورت که از بین زنانی که به مراکز درمانی- بهداشتی سرطان پستان در بیمارستان شهدا تهران مراجعه کرده بودند، ۲۶ نفر انتخاب شده به همراه ۲۶ زن سالم، پس از آگاهی در مورد روش تحقیق و اهداف آن و اطمینان از محرمانه بودن داده‌ها، با اخذ رضایت وارد مطالعه شدند. یک مصاحبه کوتاه با هر یک از افراد انجام شد تا بدین ترتیب هم ارتباط و همدلی لازم که شرط مهم اجرای آزمون است برقرار شود. ابتدا با انجام مصاحبه تشخیصی ملاک‌های ورود کنترل شد. پس از آگاهی کامل آزمودنی‌ها از روش انجام پژوهش و اخذ رضایت کتبی آنها، از آزمودنی‌ها خواسته شد که جملات ناتمام را کامل کنند. سپس پاسخ‌هایی که نشان‌دهنده نقش مادری و نقش همسری بود در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جملات ناتمام ساکس استفاده شد. این آزمون را می‌توان یک آزمون‌های فرافکنی نیمه ساخت یافته تلقی کرد که ماده‌های آن شامل بخش آغازین جمله‌هایی است که آزمودنی باید آنها را به صورت یک اندیشه کامل درآورد. آزمون دارای ۶۰ ماده است که در مجموع ۱۵ بازخورد را اندازه می‌گیرد. در این آزمون، هر ماده به صورت یک جمله ناتمام بوده و آزمودنی باید با استفاده از مقدمات مطرح شده در جمله آن را کامل کند. این آزمون هم به صورت گروهی و هم به صورت فردی اجرا می‌شود. در نمره‌گذاری آزمون بر حسب محتوای جمله‌های کامل شده به هر سئوال، صفر، ۱ یا ۲ داده می‌شود (نمره صفر برای بازخورد عادی، ۱ برای بازخورد و سوگیری نسبتاً نامتعادل و بیمارگونه و ۲ برای پاسخ‌های نامتعادل و بیمارگونه). در مواردی که متعادل یا نامتعادل بودن سوگیری قابل تشخیص نباشد از علامت X استفاده می‌شود. پس از جمع کردن نمره‌های ماده‌های آزمون، شاخصی برای متعادل یا نامتعادل بازخورد بدست می‌آید (۱۸). در این پژوهش مجموع نمرات ارایه شده به پاسخ‌های آزمودنی‌ها در بازخورد نسبت به نقش مادری، نقش همسری، واحد خانوادگی، روابط جنسی، ترس‌ها، احساس گناه، توانایی‌های خود، گذشته و آینده در گروه‌ها با یکدیگر مقایسه شدند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل شد و تفاوت نمرات دو گروه در هر یک از ابعاد مورد اندازه‌گیری، با استفاده از آزمون تی در گروه‌های مستقل محاسبه شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران مبتلا به سرطان پستان، ۴۴/۱۵ و میانگین سنی افراد سالم ۴۰/۳۸ بود. ۱۹ نفر (۷۳٪) از بیماران مبتلا به سرطان پستان متاهل و ۳ نفر (۱۱٪)

[1] Sacks Sentence Completion Test

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]

مجرد بودند و ۴ نفر (۱۵٪) از آنها نیز بیوه یا مطلقه بودند. ٪) مجرد بودند و ۱ نفر (۴٪) از آنها نیز بیوه یا مطلقه بودند. ۱۹ نفر (۴۵٪) از فرزندان بیماران مبتلا به سرطان پستان دختر و ۲۳ (۵۵٪) نفر از فرزندان آنها پسر بود درحالی‌که ۲۲ نفر (۶۳٪) از فرزندان آزمودنی‌های سالم دختر و ۱۳ نفر (۳۷٪) پسر بودند. در جدول ۱ مولفه‌های دموگرافیک، آزمودنی‌های سالم و مبتلا به سرطان پستان ارایه شده است.

یافته‌ها نشان داد که میانگین بازخورد زنان مبتلا به سرطان به نقش مادری ۰/۳۷ و میانگین بازخورد زنان سالم به این موضوع ۱/۱۹ است. این موضوع نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان پستان بازخورد متعادل‌تر و سالم‌تری به نقش مادر نشان دادند. این درحالی است که در سایر متغیرها میانگین بازخورد زنان مبتلا به سرطان نامتعادل تر و بیمارگونه‌تر از افراد سالم است. برای مقایسه معناداری این تفاوت‌ها در جدول ۲ میانگین نمرات آزمودنی‌ها را با استفاده از آزمون تی مستقل مورد سنجش قرار داده‌ایم. برای ایجاد یک دید منطقی، هر مقایسه را یک‌بار با فرض یکسانی واریانس و بار دیگر با فرض عدم یکسانی واریانس مورد آزمون قرار داده‌ایم. جدول شماره ۲ ضمن ارایه میانگین و انحراف معیار هر متغیر نتایج آزمون تی و معناداری آنها را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود بازخورد گروهها نسبت به تمام متغیرها از نظر آماری معنادار است اما، درحالیکه بیماران مبتلا به سرطان پستان بازخورد متعادل تر و سالم تری به نقش مادر نشان می دهند در سایر متغیرها یعنی نسبت به واحد خانوادگی، زن، روابط جنسی، ترس ها، احساس گناه، توانایی خود، گذشته، از بین آزمودنی‌های سالم ۲۴ نفر (۹۲٪) متاهل و ۱ نفر (۴ آینده و هدفها، بازخورد نامتعادل و ناسالمی نشان می دهند.

بحث

هدف این پژوهش شناخت بازخورد زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده نسبت به خانواده، کنش‌های متقابل، خود و فعالیت‌های جنسی و مقایسه آن با زنان سالم بود. برای نیل به این هدف از روش مقایسه‌ای و شیوه نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و ۲۶ زن مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده با ۲۶ زن سالم و با استفاده از آزمون جملات ناتمام ساکس مورد مقایسه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تی در گروه‌های مستقل نشان داد که بین نقش مادری در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم و بازخورد آنها نسبت به واحد خانوادگی، زن، روابط جنسی، ترس‌ها، احساس گناه، توانایی خود، گذشته، آینده و هدف‌ها، تفاوت معناداری وجود دارد.

در واقع می‌توان گفت که دیدگاه زنان دمبتلا به سرطان پستان به نقش مادری در مقایسه با زنان سالم، مثبت‌تر بوده است. زنان مبتلا به سرطان پستان به عنوان یک مادر، در مقابله با بیماری در طی فرایند تشخیص، درمان و پیشرفت بیماری، سطح بالای آشفتگی و استرس را تجربه می‌کنند. این هیجان‌های منفی می‌تواند بر وظایف مادری و مراقبت از فرزندان اثر بگذارد. به عبارتی دیگر، سرطان پستان استحکام و ثبات نقش مادری را تهدید می‌کند و توانایی مادر برای مراقبت از فرزندان را تضعیف می‌سازد (۱۹).

جدول ۱: توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیر		سالم	مبتلا به سرطان
		(درصد) تعداد	(درصد)تعداد
متاهل		۲۴ (۹۲)	۱۹ (۷۳)
وضعیت تاهل	بیوه/مطلقه	۱(۴)	۴ (۱۵)
مجرد		۱(۴)	۳ (۱۱)
تعداد فرزندان	دختر	۲۲ (۶۳)	۱۹ (۴۵)
	پسر	۱۳ (۳۷)	۲۳ (۵۵)
سن	انحراف معیار ± میانگین	۴۰/۳۸ ±۱۰/۴۴	۴۴/۱۵ ± ۸/۰۴

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات بازخورد بیماران مبتلا به سرطان پستان و آزمودنی‌های سالم بر حسب متغیرهای پژوهش

بازخوردها نسبت به:	گروه‌ها	انحراف معیار	میانگین	تی گروه‌های مستقل	(p-value)
نقش مادری	سالم	۱/۱۷۸	۱/۱۹	۳/۳۱۷	P=۰/۰۰۲
	بیمار	۰/۴۹۲	۰/۳۷		
واحد خانوادگی	سالم	۰/۵۵۵	۰/۳۳	۵/۷۱۶	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۶۲۵	۲/۲۲		
زن	سالم	۰/۷۳۴	۰/۶۷	۵/۸۸۶	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۴۲۴	۲/۴۸		
روابط جنسی	سالم	۰/۵۰۱	۰/۴۱	۸/۸۸۸	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۳۸۵	۲/۹۳		
ترس‌ها	سالم	۰/۷۸۴	۰/۶۷	۱۰/۰۹۵	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۳۳۰	۳/۶۷		
احساس گناه	سالم	۰/۷۸۶	۰/۸۱	۶/۸۳۳	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۳۰۲	۲/۸۱		
توانایی خود	سالم	۰/۸۳۲	۰/۳۳	۱۰/۰۷۷	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۷۶۱	۴/۱۱		
گذشته	سالم	۰/۵۰۹	۰/۵۲	۹/۶۵۶	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۰۳۸	۲/۶۷		
آینده	سالم	۰/۵۰۶	۰/۴۴	۱۴/۱۴۰	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۰/۵۶۷	۴/۹۳		
هدف‌ها	سالم	۰/۶۴۳	۰/۵۲	۶/۰۲۴	P=۰/۰۰۱
	بیمار	۱/۷۷۲	۲/۷۰		

از آنجایی که در تمام فرهنگ‌ها نقش مادری بخشی از هویت زنان است، به نظر می‌رسد که شرایط بیماری و روند درمان، این هویت را به خطر می‌اندازد، و این بیماران به شیوه‌های مختلف سعی می‌کنند این بحران را کنترل و از هویت مادر بودن خود دفاع نمایند. به اعتقاد مازوتی و همکاران، بیشترین تمرکز مادران درگیر با سرطان پستان بر این است که در این شرایط بچه‌ها را از رنج کشیدن محافظت کرده و نقش خود را به عنوان مادر حفظ کنند. بر این اساس، می‌توان پیش بینی کرد که مادران تحت این شرایط، درک بهتری از نقش مادری پیدا می‌کنند و به اهمیت نقش خود در رابطه با مراقبت و رسیدگی به فرزندان و نیازهایشان نیز پی می‌برند (۱۹). از سوی دیگر، به اعتقاد آدامز و دل، مادر بودن به معنی قدرت داشتن است زیرا آنها می‌توانند فرزندان خود را کنترل کنند (۲۰).

بنابراین مادران مبتلا به سرطان پستان بسیار به موقعیت «مادر بودن» خود نزدیک می‌شوند زیرا این محدوده‌ای از زندگی آنها است که هنوز توانایی اعمال قدرت دارند و از دست دادن این موضع قدرت می‌تواند آشفته‌کننده باشد. با توجه به موارد ذکر شده می‌توان گفت که احتمالاً حفظ جایگاه مادری در این زنان سبب نگرش مثبت‌تر به نقش مادری شده است. شکل‌گیری رابطه مادر و فرزند نیز روندی بسیار ویژه و تجربه‌ای شگفت‌انگیز است. از لحاظ اجتماعی و فرهنگی این رابطه یکی از قوی‌ترین روابط عاطفی است که باعث سلامت و آرامش روان می‌شود. از لحاظ عاطفی مادر مهم‌ترین عنصر زندگی کودک است و سلامت جسم و روان وی به سلامت مادر وابسته است. از آنجایی که برای دلبستگی که بین مادر و فرزند از بدو تولد شکل می‌گیرد نمی‌توان جایگزینی یافت، اگر مادر دچار

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]

مشکل یا بیماری شود بدون شک رابطه مادر- فرزند نیز دستخوش تغییر می‌گردد. موقعیت بحرانی سرطان پستان و جراحی، یک چالش جدید برای رابطه مادر- فرزند است؛ به طوری که کارکرد روان‌شناختی این کودکان تغییر می‌کند و آنها مشکلات سازگاری، شناختی، رفتاری و روانی- اجتماعی را تجربه می‌کنند (۱۴). ادوارد و همکاران میزان استرس بالا و مشکلات روان‌شناختی برای فرزندان با مادران مبتلا به سرطان پستان را گزارش دادند (۲۱). در مطالعه والش، منیل، اویس مادران مبتلا به سرطان مشکلات هیجانی و سازگاری با فرزندانشان را مطرح نمودند (۸). می‌توان گفت به دلیل نوع تجربه این مادران، آگاهی ایشان نسبت به لزوم و اهمیت ارتباط مادر- فرزند افزایش می‌یابد که این خود می‌تواند عاملی دیگر برای مثبت‌تر شدن دیدگاه مادران مبتلا به سرطان پستان به رابطه مادر- فرزند باشد. افزون بر این، آنها درک می‌کنند که فرزندانشان به دلیل نگرانی از وضعیت مادر و ترس از دست دادن آنها، بیشتر به مادر توجه و رسیدگی می‌کنند. افزایش حس دلسوزی و حمایت آنها نسبت به مادر موجب می‌شود صمیمت بین فرزندان و مادر بیشتر گردد. آدامز و دل، در تحقیق خود دریافتند زنانی که درمان ماستکتومی را انتخاب نمودند، به عنوان یک مادر نگران فرزندان خود هستند. آنها بخشی از بدن(پستان) را قربانی این نگرانی می‌کنند، تا احتمال بقاء خود را به حداکثر رسانده و زمان بیشتری در کنار فرزندانشان باشند (۲۰). کیم، کو و جان، در مطالعه اکتشافی دریافتند که بیشترین دغدغه این مادران، نگرانی در مورد مراقبت از فرزندان، وضعیت سلامت و حمایت از آنها است. این مادران نه تنها برای مراقبت از خود بلکه برای ادامه مراقبت از فرزندان شان مبارزه می‌کنند (۱۴). مطالعات نشان دادند که درمان ماستکتومی در زنان سرطانی بر روابط زناشویی و ایفای نقش همسری زنان آسیب می‌رساند و تغییرات بدنی آشکار در زنان تحت جراحی، بر تجارب شان از زنانگی و تمایلات جنسی در نقش همسری(یا شریک) اثر می‌گذارد (۲۲). هر چند در بین نقش همسری در گروه زنان مبتلا به سرطان و زنان سالم تفاوت معنادار وجود نداشت ولی براساس یافته‌های بدست آمده نگرش منفی زنان مبتلا به سرطان بیشتر از نگرش مثبت است. شاید این مسئله به پیشینه فکری زنان ایرانی در مورد موقعیت بالاتر مردان برمی‌گردد و ایشان هنوز به مردسالاری در کشور خویش معتقدند. پاسخ‌های دو گروه به نقش همسر مشابه و شامل این موارد بود: «قوی بودن مرد، غفلت از زن و ندیده شدن زن توسط همسر، مرد به زن به عنوان زیر دست نگاه می‌کند و یا اینکه در نهایت مرد می‌رود و مجدداً زن می‌گیرد». این باور فرهنگی که مرد مجاز است و می‌تواند آن طور که تمایل دارد برای زندگیش چه در موقعیت داشتن زن سالم و چه در مورد موقعیت داشتن زن مبتلا به سرطان تصمیم گیرد، شاید در شرایط این بیماری پررنگ‌تر شود و دلیلی بر وجود عدم تفاوت در دیدگاه این دو گروه از زنان باشد. در مصاحبه‌های اولیه با شرکت‌کنندگان در این پژوهش معلوم شد که اکثریت قابل توجهی از این افراد نه تنها کیفیت ارتباطی مثبت با همسران خود ندارند بلکه شماری از آنها تجربه خیانت را از طرف همسران خود داشته اند. احتمالا این وابستگی و احساس نیاز به فرزند به مراتب وقتی کیفیت ارتباط با همسر مختل و دچار اشکال باشد بیشتر است. به این دلیل که این افراد با احساس از دست دادن جذابیت جنسی و کمرنگ شدن نقش همسری، تمام تمرکز خود را به نقش مادری دارند درگیری‌های عاطفی بیشتری را نسبت به فرزندان خود نشان می‌دهند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، اطلاع‌رسانی و آموزش نتایج پژوهش به افرادی که با زنان مبتلا به سرطان در ارتباط هستند جهت ارائه خدمات روان‌شناختی سازنده‌تر به این گروه از بیمارن توصیه می‌گردد. همچنین با توجه به آمار بالای شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی، اقدامات پژوهشی جهت شناسایی و کشف نیازهای این بیماران پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کمبود جامعه آماری این پژوهش(زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده) اشاره کرد، بنابراین تعمیم دادن نتایج به جامعه دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین با توجه به اینکه مراحل اجرای آزمون توسط آزمونگر زن صورت گرفته، احتمال سوگیری(مثبت یا منفی) در پاسخ‌های آزمودنی‌ها وجود دارد و با توجه به اینکه قسمتی از تحلیل نتایج به صورت کیفی و توسط پژوهشگر انجام گرفت، تاثیر نگرش و باورهای پژوهشگر در ارتباط با تحلیل یافته‌ها باید مدنظر قرار گرفته شود.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]

References

1. Campbell-Enns HJ, Woodgate RL. Decision making for mothers with cancer: Maintaining the mother-child bond. Eur J Oncol Nurs 2013; 17(3):261-8.
2. Manganiello A, Hoga LAK, Rebete LM, Miranda CM, Rocha CAM. Sexuality and of breast cancer patients post mastectomy. Eur J Oncol Nurs 2011; 15(2):167-72.
3. Sarenmalm K, Ohlén J, Odén A, Gaston-Johansson F. Experience and predictors of symptoms, distress, and health-related quality of life over time in postmenopausal women with recurrent breast cancer. Psychooncology 2008; 17(5): 497-505.
4. Vogt E, van der Heide A, van Leeuwen AF, Visser AP, Cleiren MP, Passchier J, van der Maas PJ. Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. Psychooncology 2005; 14(4): 262-73.
5. Butler L, Koopman C, Cordova M, Garlan R, DiMiceli S, Spiegel D. Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. Psychosomatic Medicine 2003; 65(3): 416-26.
6. Frierson GM. The breast impact of treatment scale: The assessment of body image distress for breast cancer patients. A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy. The Ohio State University 2003.
7. Bakewell RT, Volker DL. Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. Journal of Oncology Nursing 2005; 29(6):697-702.
8. Walsh SR, Manuel JC, Avis NE. The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. Families, Systems and Health 2005; 23(1): 80-93.
9. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer 2006 Jul;15(7):579-94.
10. Onen Sertoz O, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkac M. Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study. Psychiatric Derg 2004; 15(4): 264-75.
11. Hannoun-Levi JM. Treatment of breast and uterus cancer: physiological and psychological impact on sexual function. Cancer Radiotherapy 2005; 9(3): 175-82.
12. Ginter AC. The consequences of mothers' breast cancer experiences for their adult daughters' intimate relationship decisions. A dissertation for the degree of Master of Science. University of Miami 2010.
13. Krattenmacher T, Kuhne F, Ernst J, Bergelt C, Romer G, Moller G. Parental cancer: Factors associated with children's psychological adjustment. Journal of psychosomatic research 2012; 72(5):344-56.
14. Kim S, Ko YH, Jun EY. The impact of breast cancer on mother-child relationships in Korea. Psycho-oncology 2012; 21(6): 640-46.
15. Billhult A, Segesten K. Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. Scand J Caring Sci 2003; 17(2): 122-28.
16. Coyne E, Borbasi S. holding it all together: breast cancer and its impact on life for younger women. Contemporary Nurse 2006; 23(2): 157-69.
17. Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: A review. Maturitas 2010; 66(4): 397–407.
18. Pasha Sharifi H. Theory and application of intelligence and personality tests, Tehran, Sokhan Publication 1997.
19. Mazzotti E, Serranò F, Sebastiani C, Marchetti P. Mother-Child Relationship as Perceived by Breast Cancer Women. Psychology 2012; 3(12): 1027-34.
20. Adams E, Dell P. Being a good mother: a discourse analysis of women's experiences of breast cancer and motherhood. Psychology of Women Section Review 2008; 10: 3-12.
21. Edwards L, Watson M, Roberts S, et al. Adolescent's stress responses and

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]

psychological functioning when a parent has early breast cancer. Psycho-Oncology 2008; 17(10): 1039–47.

22. Klaeson K. Bertero CM. Sexual identity following breast cancer treatments in premenopausal women. Qualitative Studies on Health and Well-being 2008; 3: 185-92.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.8.8]