التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي: مقارنة بين استئصال الكتلة الورمية والاستئصال الكلي

د. لطيفة الشعلان
أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس
بكلية التربية/ جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

د. الجوهرة الصقيه
أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس
بكلية التربية/ جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

د. الجوهرة الجبيله
أستاذ علم النفس المساعد بقسم علم النفس
بكلية التربية/ جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى التوافق لدى الناجيات السعوديات من سرطان الثدي، ومعرفة الفروق بين اللواتي أجرين الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما Mastectomy واللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط Lumpectomy. وهدفت أيضا إلى الكشف عن الفروق بين اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تقل عن السنوات الخمس، وبين اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تصل لخمس سنوات فأكثر. كما هدفت إلى التعرف على الفروق في التوافق بين المتزوجات وغير المتزوجات، وبين الأكبر سنا والأصغر سنا، ممن أجرين الاستئصال الكلي.

تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) فتاة وسيدة من الناجيات السعوديات من سرطان الثدي، المقيمات في عدة مدن سعودية، شكلن جميع من قبل التعاون مع الباحثات، خلال النصف الأول من عام (٢٠١٦). بلغت نسبة المتزوجات (٨٣%) من حجم العينة وغير المتزوجات (١٧%). وبلغت نسبة من أجرين الاستئصال الكلي (٦٨.٥%)، ونسبة من أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط (٣١.٥%). وشكلت نسبة الناجيات اللواتي أعمارهن أقل من ٤٨ سنة (٥٨%) من العينة، بينما نسبة الناجيات اللواتي أعمارهن أكثر من ٤٨ سنة (٤٢%) من العينة.

استخدمت الباحثات مقياس التوافق لدى مرضى السرطان (PAIS-SR) الذي قام بإعداده ليونارد ديروجيتس (Leonard Derogatis,1986) والمتكون من سبعة مقاييس فرعية بعد إعداد نسخة مختصرة منه، وإجراء المواءمة الثقافية لها.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

(١) إن الناجيات من سرطان الثدي يتمتعن بمستوى توافق جيد. (٢) إن الناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط أكثر توافقا مقارنة باللواتي أجرين الاستئصال الكلي. (٣) عدم وجود فروق دالة في التوافق بين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تقل عن السنوات الخمس، وبين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال منذ فترة زمنية تصل لخمس سنوات فأكثر. (٤) عدم وجود فروق دالة في التوافق بين الناجيات المتزوجات، والناجيات غير المتزوجات، ممن أجرين الاستئصال الكلي. (٥) عدم وجود فروق دالة في التوافق بين الناجيات الأكبر سناً، والناجيات الأصغر سناً، ممن أجرين الاستئصال الكلي.

تمت مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء نتائج الأبحاث السابقة، والاطار الثقافي الاجتماعي لعينة الدراسة. واختتمت الباحثات هذه الدراسة بمجموعة من التوصيات المقترحة.

الكلمات المفتاحية: التوافق، سرطان الثدي، الناجيات من سرطان الثدي.

التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي: مقارنة بين استئصال الكتلة الورمية والاستئصال الكلي

د. لطيفة الشعلان
أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس
بكلية التربية/ جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

د. الجوهرة الصقيه
أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس
بكلية التربية/ جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

د. الجوهرة الجبيله
أستاذ علم النفس المساعد بقسم علم النفس
بكلية التربية/ جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

مقدمة الدراسة:

يبدو بأن تأثير سرطان الثدي على التوافق يحدث منذ لحظة انتظار المرأة لنتيجة التشخيص، وهي في حالة من الترقب والقلق والشك المبدئي. يعقب ذلك الشعور بالصدمة وعدم التصديق والخوف من الموت، مصحوبًا بصعوبة كبيرة في اتخاذ قرار سريع حول العلاج (Lam & Fielding,2003)

وتُعدّ المرحلة اللاحقة وهي (الجراحة) مرحلة بالغة الدقة في تأثيرها على التوافق. وقد وجد سيلفا وكرسبو وكانافارو (Silva,Crespo & Canavarro,2012) في دراسة أخضعوا فيها النساء للقياس خلال ثلاث فترات: فترة الجراحة، ثم فترة العلاج المساعد، ثم بعد ستة أشهر من نهاية العلاج، أن التأثير الأكبر للمرض على التوافق، حدث خلال مرحلة الجراحة، عندما كُن المصابات أكثر قلقًا مما كُن عليه في المرحلتين اللاحقتين. ويمتد التأثير السلبي كما وجد لام وآخرون (Lam et al, 2009) إلى الأسبوعين الأولين بعد إجراء الجراحة، إذ اتضح انخفاض درجات النساء في مقاييس فعالية الذات، والرضا عن الاستشارة، والتفاؤل.

وتستمر معاناة النساء مع الضغط النفسي ومشكلات التوافق إلى فترة أخرى بعد نهاية مرحلة العلاج، بسبب المشاعر المختلطة من الشك، وعدم الثقة في إجراءات ونتائج العلاج الذي خضعن له (Lauver& Apm, 2007).

وقد اتضح أن النساء يعانين من صعوبات في الأداء العصبي النفسي، مثل الرتابة في إنجاز الأعمال، وبطء التعلم، والصعوبات المعرفية، التي تكون مرتبطة بالضغط النفسي الناتج عن التشخيص، أكثر من كونها أعراضًا للمرض أو للعلاج. (Boivin et al ,2008). وفي حين تتحسن جودة الحياة الإجمالية خلال فترة عامين من إجراء الجراحة، تبقى الوظائف المعرفية، ومقاييس أعراض الأرق والإمساك والإسهال بدون أن يطرأ عليها تحسن، مما يشير إلى صعوبات التوافق التي تمتد فترة طويلة لدى الناجيات، بعد نهاية مرحلة العلاج (Hartl et al, 2010).

توصل موشير وزملاؤه (Mosher et al, 2013) في دراستهما لـ(٤٤) ناجية من سرطان الثدي، سجلن أعمق أفكارهن ومشاعرهن في مقالات تم تحليلها، إلى (٣) أبعاد ترتبط بمسألة التوافق، على النحو التالي: الأول، انخفاض جودة الحياة بما في ذلك أعراض العبء الفيزيولوجي والاضطرابات العاطفية، وتعطيل الأنشطة اليومية. الثاني: تفاقم محنة الناجيات بسبب القيود الاجتماعية بشأن الإفصاح عن المشاعر والمخاوف. الثالث: ازدياد الوعي بقصر الحياة، والبحث عن المعنى الكامن في تجربة المرض.

كذلك وجد الحجار وأبو اسحق (٢٠٠٧) من بحثهما على عينة من الناجيات الفلسطينيات، أن المرض يؤثر على التوافق، وأن التأثير الأسوأ كان على البُعد الجسمي والنفسي والاجتماعي والأسري على التوالي.

كما ظهر من دراسة على الأقلية الإسبانية في الولايات المتحدة الأمريكية، أن التوافق الجنسي يتأثر سلبًا بسبب المرض، خاصة مايتعلق بانخفاض الرغبة، والصعوبات المتزايدة في الاستثارة والنشوة (Christie, Meyerowitz & Maly, 2010). بل إن لام وآخرون (Lam et al,2009)توصلوا من دراستهم على النساء الصينيات في غضون شهر، وأربعة، وثمانية، من بعد العملية الجراحية، إلى أن أكثر المقاييس الفرعية للتوافق تحسنت خلال الشهر الثامن من المتابعة، باستثناء الوظيفة الجنسية.

يمكن القول إن عددًا من الدراسات انتهت إلى انخفاض التوافق النفسي لدى الناجيات. وتمثل ذلك في المعاناة من المخاوف والاكتئاب ومشاعر الغضب الدفين وانخفاض تقدير الذات واختلال الشعور بالهوية والمشاعر السلبية نحو الجسد واستخدام استراتيجيات تعايش تتسم بالتشوش ونقص الفاعلية (الخوالدة،٢٠٠٢)

.(Holly&Kennedy,2003; Lauver&Apm,2007)

ويُعدّ الخوف من الموت أكثر مثيرات الخوف شيوعًا، إذ وُجد لدى (٨١%) من المصابات (Ohaeri, Ofi & Campbell,2012). أما نسبة الاكتئاب بينهن فتراوحت من (٣٨%-٤٨%) حسب الاختلافات العرقية (Christie, Meyerowitz & 2010 Maly,).

مع ذلك فقد أظهرت دراسات أخرى تعارضًا واضحًا. على سبيل المثال أثبتت دراسة أجريت على نساء أردنيات مصابات بسرطان الثدي في مرحلته المبكرة، أنهن يتمتعن بشكل دالّ إحصائيًا بتوافق كلي ونفسي وزواجي واجتماعي (الثابت، ٢٠٠٩).

إن التأثير على التوافق لايكون مصدره صدمة التشخيص أو توابع المرض وحسب، فحتى العلاج برغم ما يحققه في رفع معدلات الشفاء، والبقاء على قيد الحياة، يمكن أن يكون له تأثيره السلبي على التوافق. ففي واحدة من الدراسات المبكرة، وجد مارجولس وزملاؤه (Margolis et al,1989)أن المريضات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي mastectomy، حصلن بعد الجراحة على درجات أعلى بشكل دالّ في الاكتئاب والأفكار الانتحارية، مقارنة بمن أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط lumpectomy.

معنى ذلك أن احتمالية تأثر الوظائف النفسية كالهوية والثقة واحترام الذات وجودة الحياة Quality of Life ترتفع لدى المصابات المضطرات للجراحة المتمثلة في الاستئصال الكلي عوضًا عن استئصال الورم وحده مع الاحتفاظ بشكل الثدي (ربيع،٢٠١٣؛ الشحروري،٢٠٠٤)

(Wagland et al,2015; Park , Zlateva & Blank,2009؛Cohen et al,2000)

لكن النتائج لم تكن متسقة دائمًا، فهناك أبحاثًا أخرى لم تعزز العلاقة بين التوافق ونوع العلاج. مثلاً سيلفا وكرسبو وكانافارو(Silva, Crespo & Canavarro,2012) لم يجدوا تأثيرًا محددًا، لنوع الجراحة ونوع العلاج المساند على التوافق ونمو ما بعد الصدمة.

ولم يكن بعيدًا عنهم هارتل وزملاؤه (Hartl et al,2010) الذين درسوا عينة قوامها(٢٠٠) امرأة مشخصة بسرطان الثدي، في غضون أسبوعين، ثم (٦) و(١٢) و(١٨) و(٢٤) شهرًا

بعد الجراحة، وتوصلوا إلى أن حجم الورم والجراحة والعلاج الكيميائي المساعد، لم تتنبأ بالتوافق بجودة الحياة على المدى الطويل.

من جهة أخرى، فإن تأثير المرض ونوع الجراحة والعلاج على التوافق، لا يمكن فهمه من دون دراسته في ضوء متغيرات مهمة، مثل عمر المصابة، والدعم المعلوماتي، والدعم الاجتماعي الذي يأخذ أشكالًا متنوعة من دعم الشركاء والأسرة ككل، إلى دعم الأطباء والطواقم الصحية والقائمين على الرعاية.

بالنسبة إلى التثقيف والدعم المعلوماتي، فإن دراسة هيل (Hill, 2012) على مجموعة من الناجيات من سرطان الرحم والثدي والقائمين بالرعاية، لفتت النظر إلى أهمية الدعم المعلوماتي في تنمية تواصل المريضات مع ذواتهن، وتواصلهن الاجتماعي مع الآخرين، مما رفع من مستوى التوافق لديهن.

الشيء نفسه توصل له شنج (Cheng, 2010) من أن سرطان الثدي يوثر بشكل كبير على حياة المرأة اليومية، ويُضعف من قدرتها على تحمل مسؤلياتها الاجتماعية، مما يجعلها في حاجة ماسة إلى التثقيف والتوعية ودعم الأخصائيين الاجتماعين العاملين في مجال الرعاية، لتحقيق أقصى قدر ممكن من التوافق.

فالدعم المعلوماتي، والتثقيف بالمرض وطبيعته ومساره، وخيارات العلاج، يلعب دورًا مهمًا في التوافق. ففي دراسة أوهايري و أوفي وكامبل Ohaeri, Ofi & Campbell, (2012) على عينة من النساء النيجيريات المصابات بسرطان الثدي، تبين أن (٦٣.٤%) منهن لا يعرفن ما يكفي من المعلومات عن طبيعة المرض. وكانت المعرفة بالمرض وكيفية إدارة الضغوط المرتبطة به، ترتبط عكسيًا بشكل دالّ مع الضغط النفسي.

فيما يتعلق بالدعم الاجتماعي عامة، وجدت عدة دراسات أنه يرتبط ايجابيًا بالتوافق، كما في دراسة ساماركو وزميله (Sammarco & Konecny, 2008) على عينة من النساء اللاتينيات.

أيضًا دراسة ليم (Lim, 2006) التي توصلت إلى الأثر الايجابي للدعم الاجتماعي في تحسين الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية للناجيات من سرطان الثدي. كما تجدر الإشارة إلى أن الدعم والعلاقات الأسرية والزواجية المتينة قبل الإصابة بالمرض تُقلل من مشكلات التوافق بعد الإصابة (الخوالدة،٢٠٠٢).

كذلك بحث هولي وزملاؤه (Holly et al, 2003) دور الدعم الاجتماعي بعد مرور ثلاثة أشهر على الجراحة، ووجدا أن الرضا عن دعم الشركاء والأسرة والأطباء يرتبط بالتوافق.

ويأخذ دعم الشريك من بين كافة أنواع الدعم الاجتماعي أهمية خاصة. ففي دراسة كرايستي وميرويتز ومالي (Christie, Meyerowitz & Maly, 2010) على (٦٧٧) إمرأة بيضاء من أُصول إسبانية وغير إسبانية، جُمعت بياناتهن عن طريق المقابلات الهاتفية، اتضح بأن الناجيات العازبات كُن أكثر عرضة للاكتئاب مقارنة بالناجيات اللواتي كُن مع شركاء.

كذلك في دراسة كنسنجير وزملاؤه (Kinsinger et al,2011) التي أجريت على (١٣٠) امرأة مصابة بسرطان الثدي، لبحث العلاقة المحتملة بين دعم الشريك المدرك والتوافق على مدى (١٢) شهرًا في مرحلة ما بعد الجراحة، أثبتت نتائجها ارتباط دعم الشريك المدرك بصعوبات جنسية ونفسية أقل، وبمزيد من الرضا عن العلاقة.

وفي دراسة أخرى أكثر تفصيلاً، قام بها منج (Ming,2002)، وهدفت إلى بحث المنبئات النفسية بالتوافق لدى الناجيات في هونج كونج، أظهرت النتائج وجود أربعة عوامل لها علاقة دالّة بالتوافق، ثلاثة منها ترتبط مباشرة بالشريك وهي: إدراك الناجية لتصور الشريك لها، وإدراك الشريك لتصور شريكته لنفسها، وإدراك الشريك للهيئة والمنظر الجسمي لشريكته.

ولابد من ملاحظة أن المرض ذاته يلقي عبئًا نفسيًا كبيرًا على الشركاء، مما قد يحدّ من مقدرتهم في دعم شريكاتهم. ففي دراسة هولبرت (Holbert, 2011)، اتضح أن سرطان الثدي يسبب قدرًا كبيرًا من الضغط على علاقة الشريكين، وأن شركاء الناجيات أنفسهم بحاجة إلى دعم نفسي لتحسين التوافق بين الطرفين وتحقيق الرضا.

وكذلك توصل فيلدمان وبروسارد (Feldman & Broussard, 2006) في دراستهما عن التوافق لدى الأمريكيين المصابات شريكاتهم بسرطان الثدي ومازلن في مرحلة العلاج، إلى أن هؤلاء الشركاء يعانون من الاكتئاب والقلق، وأن مرض شريكاتهم أثّر سلبًا على أسلوب حياتهم، وأنهم بحاجة لخدمات موظفي الرعاية الاجتماعية.

فيما يتعلق بمتغير العمر، فهناك بعض التعارض في نتائج الدراسات، فبعضها أيّد أن التأثير الأسوأ على التوافق حدث للنساء الأصغر سنًا، وبعضها الآخر وجد أن ذلك كان من نصيب النساء الأكبر سنًا، ولم يجد بعضها الآخر فروقًا في التوافق عائدة إلى عمر الناجيات.

على سبيل المثال وجد ستانتون ودانوف بيرج وهيوجينس (Stanton, Danoff-burg & Huggins,2002) أن توافق الناجيات في الفئة العمرية من (٢٨-٤٥) كان أدنى مقارنة بالناجيات من عمر (٥٠) فأكثر.

النتيجة ذاتها توصل إليها مور ومالين وألن (Mor, Malin & Allen, 1994) من دراستهم التي شملت (٢٢٦) امرأة مصابة، بدأن في العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، إذ أظهرت نتائجها أن النساء الأصغر سنًا يعانين من مستوى منخفض في التوافق.

على العكس من ذلك، فإن علي (٢٠٠١) وجدت من دراستها على عينة من الناجيات الأردنيات، أن متوسط أداء النساء فوق سن الأربعين على مقياس (بيك) للاكتئاب كان أعلى من متوسط أداء المريضات تحت سن الأربعين.

بالمقابل، هناك دراسات لم تتوصل إلى فروق تُذكر، فدراسة الجهني (٢٠١٣) التي هدفت إلى المقارنة بين الناجيات الأصغر سنًا والناجيات الأكبر سنًا، في جودة الحياة والتوافق النفسي، أوضحت نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين.

كذلك لم يجد الحجار وأبو اسحق (٢٠٠٧) في دراستهما على عينة من النساء الفلسطينيات، فروقًا ذات دلالة في التوافق تُعزى لمتغير العمر. أيضًا فإن الثابت (٢٠٠٩) باستثناء التوافق النفسي، لم تجد فروقًا في التوافق الزواجي والاجتماعي يمكن عزوها لمتغير العمر.

مشكلة الدراسة:

بناء على جميع ما تقدم، تتحدد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

١- مامستوى التوافق لدى الناجيات السعوديات من سرطان الثدي؟

٢- هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما Mastectomy والناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط Lumpectomy؟

٣- هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تقل عن السنوات الخمس وبين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تصل لخمس سنوات فأكثر ؟"

٤- هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات المتزوجات والناجيات غير المتزوجات ممن أجرين الاستئصال الكلي ؟"

٥- هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات الأكبر سنا والناجيات الأصغر سنا ممن أجرين الاستئصال الكلي ؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على:

١- مستوى التوافق لدى الناجيات السعوديات من سرطان الثدي.

٢- الفروق في التوافق بين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما Mastectomy والناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط Lumpectomy

٣- الفروق في التوافق بين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تقلّ عن السنوات الخمس والناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تصل لخمس سنوات فأكثر.

٤- الفروق في التوافق بين الناجيات المتزوجات والناجيات غير المتزوجات ممن أجرين الاستئصال الكلي.

٥- الفروق في التوافق بين الناجيات الأكبر سنًا والناجيات الأصغر سنًا ممن أجرين الاستئصال الكلي.

أهمية الدراسة:

تكتسب الدراسة الحالية أهميتها مما يلي:

١- كونها مشمولة في حقل علم نفس الصحة Health Psychology الذي يُعدّ من حقول علم النفس البالغة الأهمية، خاصة مع ما ثبت علميًا من الرابطة المشتركة، أو التأثير المتبادل، بين الأمراض الفيزيولوجية البحتة وبين الحياة النفسية.

٢- كونها مشمولة في نطاق علم النفس الإيجابيPositive Psychology، الذي يبحث في الجوانب المشرقة في النمو الإنساني، كالصلابة والتوافق والأمل، وكل مايضفي على وجود الإنسان إرادة المعنى.

٣- كون عينة الدراسة من ضمن العينات الصعبة في توفيرها أو جذبها للاستجابة، لما لهذه المرض من حساسية وتعقيدات جسدية ونفسية واسعة.

٤- كون النتائج ستوفر مؤشرات علمية، قد تساعد الهيئات الصحية والنفسية والبحثية في المملكة، سواء الحكومية أو المنضوية تحت لواء المجتمع المدني في تخطيط استراتيجياتها وبرامجها لخدمة هذه الفئة من النساء.

مصطلح الدراسة:

التوافق:

يعرّف به دي ريدر وزملاؤه (deRidder et al, 2008) أنه تلك العملية الدينامية dynamic التي تتضمن شعور الفرد بالرضا عن انجازه، وتمتعه بالمهارات التكيفية، وتدني مشاعره السلبية، مقابل ارتفاع في شعوره النفسي الإيجابي، وتمتعه بحالة من الكفاية الوظيفية Adequate Function مثل قيامه بواجباته وأنشطته اليومية، وشعوره بالرضا في مجالات عديدة من الحياة.

وتُعرّف الباحثات التوافق إجرائيًا: أنه الدرجة الكلية التي تحصل عليها الناجية على مقياس التوافق المستخدم في هذه الدراسة.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بالعينة التي أتيحت للباحثات من السعوديات الناجيات من سرطان الثدي، المقيمات في المملكة. وتتحدد مكانيًا بالمدن الخمس التالية: الرياض وجدة والمدينة المنورة والأحساء وأبها. وتتحدد زمانيًا بفترة التطبيق الواقعة في النصف الأول من عام (٢٠١٦). كما تتحدد الدراسة بالأداة المستخدمة لقياس التوافق، وبالمتغيرات موضع الدراسة.

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الارتباطي المقارن الذي يُعدّ أكثر المناهج اتساقًا مع المشكلة.

مجتمع الدراسة:

تشكل مجتمع الدراسة من جميع الناجيات السعوديات من مرض سرطان الثدي المقيمات في داخل المملكة.

عينة الدراسة:

تشكلت عينة الدراسة الأساسية من (٢٠٠) فتاة وسيدة من الناجيات السعوديات من سرطان الثدي، شكلن جميع من قبل التعاون مع الباحثات. وتم التطبيق الميداني في خمس مدن بالمملكة خلال النصف الأول من عام (٢٠١٦) بالتعاون والتنسيق مع فروع جمعية "زهرة" لسرطان الثدي.

أداة الدراسة:

استخدمت الباحثات مقياس The Psychological Adjustment to Illness Scale-self Report (PAIS-SR)؛ الذي قام بإعداده ليونارد ديروجيتس (Leonard Derogatis, 1986). ويتكون من (٤٦) بندًا، تشكل سبعة مقاييس فرعية كالتالي:

- العناية الصحية Health care Orientation
- البيئة المهنية Vocational Environment
- البيئة المنزلية Domestic Environment
- العلاقات الجنسية Sexual Relationships
- العلاقات العائلية الممتدة Extended Family Relationships
- البيئة الاجتماعية Social Environment
- الصعوبات النفسية Psychological Distress

تتم الإجابة عن المقياس باختيار من بين أربعة بدائل، وفقًا لمقياس ليكرت Likert Scale هي: أبدًا، أحيانًا، كثيرًا، كثيرًا جدا. ولكل مقياس من المقاييس الفرعية درجة مجمعة واحدة، إضافة إلى الدرجة المجمعة الكلية للمقياس. وتشير الدرجة العالية على المقياس إلى ارتفاع درجة التوافق لدى الناجية، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض درجة التوافق

لديها، وأقصى درجة يمكن أن تحصل عليها المفحوصة (٧٨) درجة، بينما (الصفر) هو أقل درجة يمكن الحصول عليها.

وقد تم اشتقاق معايير المقياس بالتطبيق على عينة من (170) مريض بـ Cardiac Bypass و(114) مريض بـ Heterogeneous Cancer. وقد كان معامل ألفا Alpha للمقاييس الفرعية عالياً في عينة مرضى السرطان (.93). وتم التحقق من الثبات الداخلي Interrater Reliability في مجموعتين من مرض السرطان وكان على التوالي (r= .86 , r= .83).

كما تم استخدام المقياس في عدد كبير من الدراسات وأثبت كفاءة عالية كدراسة لاد (Ladd , 1999) ودراسة رودريجو وزملاؤه (Rodrigue et al , 2000).

قامت الباحثات الحاليات بإعداد نسخة مختصرة من المقياس، بعد تحكيمه وإجراء مواءمة له على الثقافة السعودية. وفي ضوء ذلك تم حذف مقياسين فرعيين هما: مقياس البيئة المهنية ومقياس العلاقات الجنسية، وذلك بسبب الاختلافات الثقافية والحضارية فيما يتعلق بموضوع العلاقات الجنسية. وأيضًا لكون نسبة النساء العاملات في السعودية من ضمن النسب المتدنية عالميًا، مما يُرجح معه بأن أغلبية العينة ستكون من غير العاملات.

كما تم حذف (٨) عبارات من بعض المقاييس الفرعية لأسباب مختلفة، وهي على النحو التالي: العبارات (٧,٦,٢) من مقياس العناية الصحية. العبارات (٤,٢,١) من مقياس البيئة المنزلية. وعبارتي (٦,٥) من مقياس الصعوبات النفسية.

وبذلك أصبح مجموع عبارات النسخة المختصرة من المقياس الخاصة بالبيئة السعودية مكونة من (٢٦) عبارة، تنتظم في خمسة مقاييس فرعية هي: العناية الصحية، البيئة المنزلية، العلاقات العائلية الممتدة، البيئة الاجتماعية، الصعوبات النفسية.

تم حساب ثبات وصدق مقياس التوافق، بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية المكونة من (٦٠) ناجية، تم اختيارهن عشوائيًا من عينة الدراسة الأساسية، فكانت النتائج كما يلي:

جدول (١)

معاملات ثبات وصدق مقياس التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي (ن = ٦٠)

العبارات	معامل ألفا لـ كرونباخ	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس عند حذف درة العبارة
١	٠.٩١٦	**٠.٣٨	**٠.٣٣
٢	٠.٩١٨	*٠.٢٦	*٠.٢٥
٣	٠.٩١٨	*٠.٢٧	*٠.٢٦
٤	٠.٩١٣	**٠.٥٩	**٠.٥٥
٥	٠.٩١٦	**٠.٣٧	*٠.٣١
٦	٠.٩١٣	**٠.٥٦	**٠.٥١
٧	٠.٩١٢	**٠.٦٠	**٠.٥٦
٨	٠.٩١٤	**٠.٥٥	**٠.٤٩
٩	٠.٩١٤	**٠.٥٢	**٠.٤٧
١٠	٠.٩١٢	**٠.٦٣	**٠.٥٨
١١	٠.٩١٠	**٠.٧٦	**٠.٧٣
١٢	٠.٩١٣	**٠.٥٧	**٠.٥٢
١٣	٠.٩١١	**٠.٦٦	**٠.٦١
١٤	٠.٩١٢	**٠.٦١	**٠.٥٦
١٥	٠.٩١٢	**٠.٦٣	**٠.٥٩
١٦	٠.٩١٠	**٠.٧٣	**٠.٧٠
١٧	٠.٩١٣	**٠.٥٨	**٠.٥٣
١٨	٠.٩١١	**٠.٦٨	**٠.٦٥
١٩	٠.٩١٣	**٠.٥٩	**٠.٥٤
٢٠	٠.٩٠٩	**٠.٧٥	**٠.٧١
٢١	٠.٩١٢	**٠.٦٣	**٠.٥٨
٢٢	٠.٩١٢	**٠.٦٢	**٠.٥٨
٢٣	٠.٩١٤	**٠.٥٣	**٠.٤٧
٢٤	٠.٩١٢	**٠.٦٢	**٠.٥٨
٢٥	٠.٩١٤	**٠.٥٣	**٠.٤٨
٢٦	٠.٩١٣	**٠.٥٨	**٠.٥٣
معامل ألفا الكلي للمقياس = ٠.٩١٦			
معامل الثبات الكلي للمقياس بطريقة التجزئة النصفية لـ سبيرمان/ براون = ٠.٩٣٤			
معامل الصدق الذاتي للمقياس = ٠.٩٥٧			

* دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) ** دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- إن معامل ألفا لـ كرونباخ للمقياس في حالة غياب العبارة أقل من أو يساوي معامل ألفا لـ كرونباخ الكلي للمقياس في حالة وجودها، أي أن تدخل عبارات المقياس لا يؤدي إلى انخفاض معامل الثبات الكلي للمقياس، مما يدل على أن جميع عبارات المقياس تسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للمقياس، وهذا يشير إلى أن جميع عبارات المقياس ثابتة.
- إن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات والدرجة الكلية للمقياس (في حالة وجود درجة العبارة في الدرجة الكلية للمقياس) دالّة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) أو (٠.٠٥) مما يدل على الاتساق الداخلي وثبات جميع عبارات مقياس التوافق.
- إن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات والدرجة الكلية للمقياس (في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للمقياس) دالّة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) أو (٠.٠٥) مما يدل على صدق جميع عبارات مقياس التوافق.
- إن معاملي الثبات الكلي للمقياس بطريقتي ألفا لـ كرونباخ والتجزئة النصفية لـ سبيرمان/براون مرتفعان (٠.٩١٦، ٠.٩٣٤) على الترتيب، مما يدل على الثبات الكلي لمقياس التوافق.
- إن معامل الصدق الكلي الذاتي للمقياس مرتفع (٠.٩٥٧)، مما يدل على الصدق الكلي لمقياس التوافق.

من الإجراءات السابقة تأكد للباحثات ثبات وصدق مقياس التوافق، ومن ثم صلاحيته لقياس التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي.

والجدول التالي يبين توزيع عينة الدراسة حسب المتغيرات التالية: الحالة الزواجية، نوع الجراحة، وقت إجراء الجراحة، العمر، مدى التمتع بخدمات جمعية "زهرة" لسرطان الثدي:

جدول (٢)

توزيع عينة البحث وفقًا لبعض المتغيرات الديموجرافية

م	المتغير	المجموعات الفرعية	التكرار	النسبة المئوية
١	الحالة الزواجية	غير متزوجة	٣٤	%١٧.٠
		متزوجة	١٦٦	%٨٣.٠
٢	نوع الجراحة	استئصال الكتله الورمية فقط	٦٣	%٣١.٥
		الاستئصال الجذري لأحد الثديين أو كليهما	١٣٧	%٦٨.٥
م	المتغير	المجموعات الفرعية	التكرار	النسبة المئوية
٣	متى أجريت الجراحة؟	أقل من ستة أشهر	٢٨	%١٤.٠
		من ستة أشهر إلى أقل من ٥ سنوات	١٠٤	%٥٢.٠
		من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات	٥٢	%٢٦.٠
		من ١٠ سنوات فأكثر	١٦	%٨.٠
٤	العمر	من ١٨ إلى أقل من ٢٨	٨	%٤.٠
		إلى أقل من ٣٨ من ٢٨	٣٥	%١٧.٥
		من ٣٨ إلى أقل من ٤٨	٧٣	%٣٦.٥
		من ٤٨ إلى أقل من ٥٨	٦١	%٣٠.٥
		من ٥٨ فأكثر	٢٣	%١١.٥
٦	هل سبق وأن تمتعت بخدمات جمعية "زهرة" لسرطان الثدي؟	لا	٧٣	%٣٦.٥
		نعم	١٢٧	%٦٣.٥

الأساليب الإحصائية

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام:

اختبار (ت) T-Test للعينة الواحدة، اختبار (ت) T-Test للعينتين المستقلتين، وتحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد One-Way ANOVA.

نتائج الدراسة:

السؤال الأول:

للإجابة عن السؤال الأول الذي ينص على أنه: "ما مستوى التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي"؟ تم استخدام اختبار (ت) T-Test للعينة الواحدة لدراسة الفرق بين متوسط عينة الناجيات في التوافق والقيمة (٥٠.٧) التي تساوي ٦٥% من الدرجة الكلية للمقياس التي تشير إلى مستوى جيد من التوافق. فكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٣)

نتائج اختبار (ت) للعينة الواحدة لدراسة الفرق بين متوسط عينة الناجيات في التوافق والقيمة (٥٠.٧) التي تساوي ٦٥% من الدرجة الكلية للمقياس والتي تشير إلى مستوى جيد من التوافق (ن = ٢٠٠)

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة التي تساوي ٦٥% من الدرجة الكلية للمقياس	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
التوافق	٤٩.٦٤	١٣.٤٧	٥٠.٧	١.١١	غير دالة

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

عدم وجود فرق دالّ إحصائيًا بين متوسط عينة الناجيات من سرطان الثدي في التوافق الذي يساوي (٤٩.٦٤) والقيمة (٥٠.٧) التي تساوي ٦٥% من الدرجة الكلية للمقياس والتي تشير إلى مستوى جيد من التوافق.

ومن إجمالي نتائج السؤال الأول يتضح أن متوسط عينة الناجيات من سرطان الثدي في التوافق قريب من القيمة التي تشير إلى مستوى جيد من التوافق.

السؤال الثاني

للإجابة عن السؤال الثاني الذي ينص على أنه: "هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما Mastectomy والناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط Lumpectomy ؟" تم استخدام اختبار (ت) T-Test للعينتين المستقلتين. فكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٤)

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفرق في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما والمريضات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط

نوع الجراحة	التوافق			قيمة (ت) ودلالتها
	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	
استئصال الكتلة الورمية فقط	٦٣	٥٢.٣٨	١٢.٨٤	*١.٩٧
الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما	١٣٧	٤٨.٣٨	١٣.٦٢	

* دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥)

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود فرق دالّ إحصائيًا عند مستوي (٠.٠٥) في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما والناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط، وذلك لصالح متوسط درجات الناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط.

ومن إجمالي نتائج السؤال الثاني يتضح أن الناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط أكثر توافقًا مقارنة بالناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي لأحد الثديين أو كليهما.

السؤال الثالث

للإجابة عن السؤال الثالث الذي ينص على أنه: "هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تقل عن السنوات الخمس وبين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تصل لخمس سنوات فأكثر ؟" تم استخدام اختبار (ت) T-Test للعينتين المستقلتين. فكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٥)

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفرق في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تقل عن الخمس سنوات وبين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تصل لخمس سنوات فأكثر (ن = ١٣٧)

وقت إجراء الاستئصال الكلي	التوافق			قيمة (ت) ودلالتها
	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	
أقل من ٥ سنوات	٩٠	٤٧.٦٨	١٣.٢٧	٠.٨٣
٥ سنوات فأكثر	٤٧	٤٩.٧٢	١٤.٣١	غير دالة

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

عدم وجود فرق دالّ إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تقل عن السنوات الخمس وبين الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي منذ فترة زمنية تصل لخمس سنوات فأكثر. أي أنه يوجد تقارب في درجة التوافق لدى الناجيات في المجموعتين.

ومن إجمالي نتائج السؤال الثالث يتضح عدم اختلاف التوافق لدى الناجيات باختلاف وقت إجراء الاستئصال الكلي (أقل من ٥ سنوات/٥ سنوات فأكثر).

السؤال الرابع:

للإجابة عن السؤال الرابع الذي ينص على أنه: "هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات المتزوجات والناجيات غير المتزوجات ممن أجرين الاستئصال الكلي ؟" تم استخدام: اختبار (ت) T–Test للعينتين المستقلتين. فكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٦)

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفرق في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات المتزوجات والناجيات غير المتزوجات ممن أجرين الاستئصال الكلي (ن = ١٣٧)

الحالة الزواجية	التوافق			قيمة (ت) ودلالتها
	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	
غير متزوجة	٢٣	٤٨.٧٤	١٢.٦٩	٠.١٤
متزوجة	١١٤	٤٨.٣١	١٣.٨٥	غير دالة

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- عدم وجود فرق دالّ إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات المتزوجات والناجيات غير المتزوجات ممن أجرين الاستئصال الكلي. أي أنه يوجد تقارب في درجة التوافق لدى الناجيات في المجموعتين.
- ومن إجمالي نتائج السؤال الرابع يتضح عدم اختلاف التوافق باختلاف الحالة الزواجية (متزوجة/غير متزوجة) لدى الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي.

السؤال الخامس:

للإجابة عن السؤال الخامس الذي ينص على أنه: "هل توجد فروق دالّة إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات الأكبر سنا والناجيات الأصغر سنا ممن أجرين الاستئصال الكلي ؟" تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد One-Way ANOVA فكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٧)

نتائج تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد عند دراسة الفروق في التوافق لدى الناجيات اللاتي أجرين الاستئصال الكلي التي ترجع إلى عمر الناجية (ن = ١٣٧)

عمر الناجية	التوافق			مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) ودلالتها
	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري					
من ١٨ إلى أقل من ٢٨	٤	٤١.٢٥	٣.٧٧	بين المجموعات	٥٠٣.٤٩	٤	١٢٥.٨٧	٠.٦٧ غير دالة
من ٢٨ إلى أقل من ٣٨	٢٥	٤٩.٨٨	١٠.٨٧					
من ٣٨ إلى أقل من ٤٨	٤٧	٤٩.٠٤	١٤.٧٠					
من ٤٨ إلى أقل من ٥٨	٤٦	٤٦.٧٠	١٤.٠٨	داخل المجموعات	٢٤٧١٢.٧٨	١٣٢	١٨٧.٢٢	
من ٥٨ فأكثر	١٥	٥٠.٨٧	١٤.٥٨					

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- عدم وجود فرق دالّ إحصائيًا في التوافق بين متوسطي درجات الناجيات الأكبر سنًا والناجيات الأصغر سنًا ممن أجرين الاستئصال الكلي. أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في التوافق لدى الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي ترجع إلى عمر الناجية.

ومن إجمالي نتائج السؤال الخامس يتضح عدم اختلاف التوافق باختلاف العمر لدى الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي.

مناقشة النتائج وتفسيرها

يتضح من نتائج السؤال الأول أن الناجيات من سرطان الثدي يتمتعن بمستوى توافق جيد، وتُعدّ هذه النتيجة ملفته للانتباه. ومع أنها تتفق مع دراسة الثابت (٢٠٠٩)، إلى أنها تختلف مع نتائج العديد من الدراسات السابقة، التي أشارت إلى انخفاض مستوى التوافق لدى الناجيات، كدراسة الحجار (٢٠٠٣) ودراسة الخوالدة (٢٠٠٢)، وكذلك دراسات (Lauver & Apm,2007; Holly et al ,2003).

وتعزو الباحثات هذه النتيجة إلى أن المرأة السعودية راكمت في نفسها مع تطور المجتمع وتشابك أدوارها فيه، عوامل إيجابية من الصلابة والقوة الذاتية، والمقدرة على تحمل المشقة النفسية والجسدية، والصمود أمام الشدائد والأزمات، مكنتها من تحقيق هذا التوافق. كما يمكن تفسير هذه النتيجة، في ضوء طبيعة المجتمع السعودي، الذي تُعدّ الأسرة فيه من المكونات الأساسية لتحقيق التوافق، بما تقدمه لأفرادها من دعم ومساندة. وهو الدعم الذي يلعب دورًا كبيرًا في التخفيف من الضغوط النفسية، أثناء الخبرات المفصلية في حياة الفرد، كالإصابة بمرض عُضال. كما أن هذا الشكل من الدعم الأسري يرفع من درجة الشعور بالأمن لدى الناجية (Suwankhong & Lamputtong,2016). وتُرجح الباحثات أن الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه الناجيات، انعكس إيجابًا على مقدرتهن في تحمل صدمة المرض، ومراحل العلاج الشاقة والمعقدة، مما قوّى لديهن العزيمة وبث فيهن الأمل. وقد تبين أن غياب أو ضعف الدعم الاجتماعي يعد سببًا مباشرًا لسوء التوافق وصعوبة التعايش مع المرض ((Sammarco & Konecny,2008; Lim,2006.

ويرتبط بالدعم الاجتماعي الافصاح عن الذات Self-disclosure والتعبير عن المشاعر، كإحدى استراتيجيات التعايش Coping Strategies، التي تعتقد الباحثات أنها كانت من سمات عينة الدراسة الحالية في المجمل. وقد أكدت دراسة هالستيد وفيرنسلير (Halstead & Fernsler,1994) بأن حديث مرضى الأورام السرطانية مع الآخرين للتعبير عما بداخلهم من أفكار ومشاعر له أثر فعال في خفض المشقة لديهم.

كما تفسر الباحثات هذه النتيجة في ضوء مايتسم به الدين الاسلامي من وجوب الإيمان بالقضاء والقدر، وضرورة التسليم بما يصيب الانسان من مصائب ورزايا، وأنها من باب الاختبار والتمحيص. فكل ما يصيب الإنسان من أذى مهما صغر أو كبر، يدخل

ضمن الحط من الخطايا ورفع الدرجات، فقال النبي (عليه السلام): "مَا مِنْ مُسْلِمٍ يُشَاكُ شَوْكَةً فَمَا فَوْقَهَا إِلا رَفَعَهُ اللَّهُ بِهَا دَرَجَةً، وَحَطَّ بِهَا خَطِيَّةً. كما أن الدين يرشد المؤمن إلى استراتيجيات تساهم في التوافق عامة وفي أوقات الشدة خاصة، كالاستعانة بالصبر والصلاة وتقديم البذل والصدقات. وهذا ما دلّت عليه بعض الدراسات السابقة، إذ توصل نورثاوس ولاتن وريدي (Northouse, Laten & Reddy,1995) إلى أن المصابات اللواتي يلجأن للسلوك الديني يحققن مستوى توافق أعلى من غيرهن. ووجدوا أن متغير السلوك الديني أكثر أهمية من الدعم الاجتماعي. كما أن دراسة الحجار وأبو اسحق (٢٠٠٧) أثبتت وجود علاقة موجبة دالّة بين التوافق والسلوك الديني لدى المصابات.

وكذلك توصل لين ويو وليفين (Lynn, Yoo & Levine,2014) في دراستهم على النساء الناجيات من سرطان الثدي، أن حضور الشعائر الدينية وأداء الصلوات وقراءة الكتاب المقدس، من أهم الاستراتيجيات التي ساعدتهن على مواجهة المرض. وتوصلت دراسة اشنج وزملائه (Ashing et al,2003) أن المعتقدات الدينية هي أكثر مصادر الدعم والمساندة للناجيات من سرطان الثدي.

كما تعزو الباحثات هذه النتيجة إلى ما تؤديه مؤسسات المجتمع المدني من مساندة تثقيفية وتوعوية، ومنها جمعية "زهره" لسرطان الثدي التي استفاد من خدماتها (٦٣.٥%) من إجمالي عينة الدراسة الحالية. وتمتد خدمات هذه الجمعية الفريدة من تقديم البرامج النفسية والإرشادية للناجيات وأسرهن، إلى تأسيس وحدات كشف متنقلة زادت من فرص اكتشاف المرض مبكرًا، مما ساهم في رفع معدلات النجاة. كما أن الثقافة والتوعية التي تنشرها هذه الجمعية ساعد على التخفيف من الشعور بالوصمة الاجتماعية social stigma مما ساهم في التوافق الجيد. وقد توصلت دراسة هيلجسون وزملاؤه (Helgeson et al,1999) إلى وجود تأثير ايجابي على التوافق لدى الناجيات اللواتي خضعن لبرامج التثقيف مقارنة بغيرهن. كما توصل باحثون آخرون إلى أهمية التثقيف بالمرض والانفتاح المعلوماتي في رفع مستوى التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي (Hill,2012; Cheng,2010; Ohaeri,Ofi & Campbell,2012).

وترى الباحثات أن المجتمع السعودي يشهد منذ عقدين شكلاً من الانفتاح الواسع اجتماعيًا وإعلاميًا، في طرح موضوع سرطان الثدي، على طاولة النقاش المجتمعي. وهو النقاش البنّاء الذي اشتركت فيه وسائل الإعلام التقليدية، ومنصات الإعلام الجديد خاصة مع ظهور نشطاء من سيدات ناجيات، استندن إلى تجاربهن السابقة في بث روح الإيجابية، وتقديم الدعم المعلوماتي لغيرهن. فمن المحتمل بأن هذه الاتجاهات والأجواء الصحية نوعًا ما، قد ساهمت في تراجع الصورة النمطية القديمة عن المرض التي تحيطه بمشاعر الحرج والخزي.

من جهة أخرى، تعتقد الباحثات أن تطور الصناعة التعويضية المتمثلة في ماتحتاجه الناجية من أدوات تكميلية كالشعر المستعار والأشكال المجسمة لتعويض الثدي المفقود من الناحية الجمالية، ساهمت في رفع درجة التوافق. خاصة مع سهولة توفير هذه المتطلبات من المتاجر المتخصصة في المملكة، أو عن طريق الشراء من منافذ البيع الإلكتروني. يضاف إلى ذلك التطور الهائل في مجال الجراحة التجميلية في المملكة خلال السنوات الأخيرة، ومن ذلك ما يخص جراحة الثدي الترميمية.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة، في ضوء أن نسبة من أجرين جراحة الاستئصال في المدة الزمنية (من ستة أشهر إلى أقل من عشر سنوات)، بلغت (٧٨%) من إجمالي حجم عينة الدراسة الحالية. معنى ذلك أن الناجيات قد تجاوزن مشاعر الشك وعدم الثقة والصعوبات في الأداء النفسي والعصبي كالرتابة وبطء التعلم، والصعوبات المعرفية التي ترتبط بالتشخيص، أكثر من كونها أعراضًا للمرض في حد ذاته (Lauver & Apm,2007; Boivin et al,2008).

أما فيما يتعلق بنتائج السؤال الثاني، فقد توصلت الدراسة الحالية إلى أن الناجيات من سرطان الثدي اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط، كُن أكثر توافقًا مقارنة بالناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي.

وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة مارجولس وزملائه (Margolis et al,1989)، بينما تختلف مع نتائج عدد من الدراسات السابقة، كدراسة سيلفا وكرسبو وكانافارو(Silva,Crespo& Canavarro,2012) ، ودراسة هارتل وزملاؤه Hartl et al,2010) التي توصلت إلى عدم وجود تأثير محدد لنوع الجراحة والعلاج على التوافق.

وترى الباحثات بأنه يمكن تفسير النتيجة الحالية، في ضوء مايلعبه الجسد من دور مركزي في الهوية، إذ أن عدم اكتمال الجسد أو فقدان عضو من أعضائه، يؤثر في الصورة الذهنية له، التي تتشكل بطريقة تزداد تعقيدًا في ثقافة المجتمعات الحديثة، إذ تُوضع حمولة كبيرة على الأفراد فيما يختص بالأبعاد الجسدية في شخصياتهم. وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات السابقة كدراسة لندول وبيرجبوم (Lindwall&Bergbom, 2009)، وسيسشو ومارتن (Sischo & Martin, 2015).

وقد وجد بيوت زيجلر وزملاؤه (Piot-Ziegler et al, 2010) أن المرأة التي خضعت للاستئصال الكلي للثدي، تواجه تحديًا عصيبًا يقودها إلى أزمة هوية مؤلمة Identity Crisis. فرغم الجراحات الترميمية لمكان الثدي، تبقى المرأة أسيرة حزن مقيم في استرجاع ذكرى جسدها الماضي.

كما ترى الباحثات، بأنه يمكن تفسير النتيجة، في ضوء مفهوم تقدير الذات Self-esteem، حيث يُعد ثدي المرأة من أهم علامات الأنوثة، وله وظيفة ورمزية عالية في البعد الأنثوي للجسد، لم تتغير بتغير الثقافات أو مراحل تاريخ الإنسان. فمن أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط، لم يفقدن هذا العضو الذي يشكل ذروة التناسق الجمالي في جسد المرأة. وقد توصل ربيع (٢٠١٣) إلى أن تقدير الذات ينخفض لدى من أجرين استئصالًا كليًا. كما توصل باحث آخر إلى أن مشاعر الأنوثة تكون من أكثر الأبعاد تضررًا لدى الناجيات اللواتي خضعن لعمليات الاستئصال (Frost et al,2011).

كما تعزو الباحثات هذه النتيجة إلى أن استئصال الكتلة الورمية مع الاحتفاظ بالثديين يجعل الناجيات أقل عرضة للمشكلات الجنسية المرتبطة بالجاذبية والاستثارة والرضا. فقد توصل ريجو وآخرون (Raggio, et al,2014) إلى أن الاستئصال الجذري لدى الناجيات، يؤدي إلى العديد من المشكلات الجنسية، كانخفاض الرغبة وعدم الرضا. فالحياة الجنسية للناجية من سرطان الثدي تتضرر في عدة جوانب كالرغبة والنشوة، إضافة إلى مشاعر النفور من الشريك والقلق من العلاقة، وتزداد هذه المشاعر السلبية بشكل دالّ إحصائيًا في حال الاستئصال الكلي كما أثبتت العديد من الدراسات السابقة،

(Panjari et al,2011; Schover et al,1995; Boehmer et al,2014; Christie,Meyerowitz & Maly,2010; Lam et al,2009)

إضافة إلى ذلك تعزو الباحثات هذه النتيجة، إلى أن الاحتفاظ بالثديين يعزز لدى الناجية المشاعر المرتبطة برمزية الإنجاب والأمومة والرضاعة، مما يُسهم في توافقها بشكل أفضل ممن خضعت للاستئصال. وهذا أكدته نتائج كيرك مان وزملاؤه (Kirkman et al,2014) من أن المصابات بسرطان الثدي تظهر لديهن مستويات مرتفعة من القلق بشأن الخصوبة والصحة الانجابية.

كما تفسر الباحثات نتيجة الدراسة الحالية، بأن الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال التام، قد عانين جسديًا بشكل يفوق معاناة اللواتي أجرين استصال الكتلة الورمية فقط. سبب هذه المعاناة إزالة مساحة أكبر من الانسجة والعضلات والغدد اللمفاوية، إضافة إلى الآثار الجسدية الجانبية على المدى الطويل. (Breastcancer Org, 2016).

أما بالنسبة إلى نتائج السؤال الثالث، فقد توصلت الدراسة الحالية إلى عدم وجود اختلاف في التوافق لدى الناجيات ممن أجرين الاستئصال الكلي، يعود إلى اختلاف وقت إجراء الجراحة، سواء أقل من ٥ سنوات، أو أكثر من ٥ سنوات.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة الثابت (٢٠٠٩)، التي أكدت عدم وجود فروق في توافق الناجيات من سرطان الثدي تبعًا لاختلاف مدة العلاج. لكن النتيجة الحالية من جهة أخرى تختلف مع نتيجة الشحروري (٢٠٠٤)، التي أظهرت وجود فروق في التوافق بين الناجيات اللواتي مضى على اجرائهن للجراحة أكثر من ثلاثة أعوام، والناجيات اللواتي مضى على اجرائهن للجراحة أقل من عام واحد ، لصالح المجموعة الأولى. كما تختلف كذلك مع نتيجة كوهين وزملاؤه (Cohen et al,2000) التي وجدت أن النساء اللواتي اجرين الاستئصال التام، مررن بضغط نفسي متناقص مع مرور الزمن، خاصة بعد مرور (٤٠) شهرًا فصاعدًا على اجراء الجراحة، مقارنة بمن أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط.

تفسر الباحثات هذه النتيجة في ضوء نتيجة السؤال الأول التي أشارت إلى تمتع الناجيات في هذه الدراسة إجمالا بمستوى توافق جيد. كما تفسر الباحثات ما أفضت إليه نتيجة هذا السؤال، بكون المدة الفاصلة عن الجراحة لعبت بشكل مختلف لدى المجموعتين، لكنها أدت في النهاية إلى نتيجة متقاربة في مستوى التوافق. فمن جهة، يُرجح أن من أجرين الاسئصال

من فترة تقل عن السنوات الخمس، لازالت مستويات الدعم الاجتماعي والإقبال على مصادر التثقيف مرتفعة لديهن، لقصر خبرة المرض نسبيًا. بالمقابل، فإن من أجرين الاسئصال من فترة تصل لخمس سنوات أو أكثر، قد نجحن مع الزمن والخبرة في تطوير استراتيجيات توافق تكيفية، وزادت لديهن مشاعر الثقة والطمأنينة في النجاة.

وفيما يتعلق بنتائج السؤال الرابع، فقد دلّت على عدم وجود اختلاف في التوافق لدى الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال، باختلاف الحالة من متزوجة أو غير متزوجة. المعنى أن وجود الزوج من عدمه، لم يكن عاملاً حاسمًا، في التوافق لدى الناجيات. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة ثلاثة باحثين هم كريستي وماي روتز ومالي (Christie, 2010 ,Meyerowitz & Maly) الذين توصلوا إلى وجود فروق في التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي، باختلاف الحالة الزواجية لصالح المرأة المتزوجة. كما تختلف مع نتيجة دراسة كنسنجيرا وزملاؤه (Kinsinger et al, 2011)، وتختلف أيضًا مع دراسة منج (Ming 2002)، الذي توصل إلى وجود أربعة عوامل ترتبط بالتوافق لدى الناجيات، ثلاثة منها تتعلق مباشرة بالشريك.

وتفسر الباحثات النتيجة الحالية، في ضوء طبيعة خبرة النجاة من هذا المرض العُضال. فهي من الخبرات الوجودية الكبرى التي يمر بها الإنسان، والتي قد تضفي على وجوده الإنساني معنى جديدًا، قوامه الأمل والإدراك الواعي لأهمية الحياة والسلام الداخلي Inner Peace . فمن هذه الخبرة الوجودية تستمد المرأة كما ترى الباحثات عوامل القوة والدافعية للمقاومة والكفاح، من دون ربط ذلك بالضرورة بوجود رجل إلى جانبها كشريك.

كما تفسر الباحثات هذه النتيجة، في ضوء العامل المعرفي في فهم وإدراك الاستئصال لدى المرأة الناجية. فالمرأة المتزوجة من جهة، ربما كانت متقبلة، لكونها حققت أحد أهدافها السامية في تكوين أسرة صغيرة، تتمثل من خلالها الاستقلالية والرفقة العاطفية والاشباع الأمومي والنفسي. ويُعد تقبل الشريك لمرض شريكته كما ينعكس في الدعم والاحتواء والمشاركة الوجدانية عاملاً مساعدًا في التوافق. وهذا ما توصلت له دراسة كارتر وكارتر (Carter & Carter,1993). كما أن الدعم المقدم في حال وجود الأبناء، سيساعد على مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض وتبعاته.

لكن، ومن جهة أخرى، فإن المرأة غير المتزوجة قد تكون تخففت من وطأة التوتر والضغط، المرتبط بوجود شريك. فقد أكدت بعض النتائج مثل ماتوصل له هولبرت (Holbert, 2011) وكذلك فيلدمان وبروسارد (Feldman & Broussard,2006) إلى أن المرض يلقي عبئًا على شركاء الناجيات، ويسبب قدرًا من الضغط على العلاقة، وأسلوب الحياة، مما يعرض الشركاء أنفسهم إلى المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية.

إضافة إلى أن الاستئصال لدى المرأة غير المتزوجة، يجعلها أقل عرضة لتعقيدات الحياة الجنسية، ووجود شريك يقاسمها مسائل حميمية، مما ينعكس على توافقها بشكل حسن. وهذا ما أظهرته نتائج العديد من الدراسات السابقة.

(Panjari et al,2011; Schover et al,1995; ;Raggio et al,٢٠١٤ Boehmer et al, ,2014; Christie,Meyerowitz & Maly,2010; Lam et al,2009)

كما يعتبر القلق من الموت من المخاوف الشائعة، التي تمر بها المرأة الناجية. ويمكن أن يساعد عدم وجود أبناء في تخفيف مخاوف الناجيات من الموت، الذي لايرتبط بالخوف من الفناء الشخصي المحتوم وحسب، بل يمتد إلى القلق من ترك الأطفال في عهدة آخرين كأوصياء عليهم (Christie,Meyerowitz & Maly,2010).

أما نتائج السؤال الخامس والأخير، فقد أكدت عدم وجود اختلاف في التوافق لدى الناجيات اللواتي أجرين الاستئصال الكلي باختلاف عمر المريضة. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج العديد من الدراسات، كدراسة الجهني (٢٠١٤)، ودراسة الحجار وأبو اسحق (٢٠٠٧)، ودراسة الثابت (٢٠٠٩)، التي لم تتوصل إلى وجود فروق في التوافق لدى الناجيات باختلاف العمر. بينما تختلف مع نتائج دراسات أخرى توصلت إلى أن النساء الأصغر سنًا، يعانين من مستويات منخفضة من التوافق، مقارنة بالمريضات الأكبر سنًا

(Stanton, Danoff-burg & Huggins,2002; Mor, Malin & Allen,2003)

وتفسر الباحثات نتيجة هذه الدراسة، في ضوء أن الناجية الأكبر سنًا التي أجرت الاستئصال الكلي، أعطاهاعامل النضج والتجربة، قدرة على تحقيق نسبة من التوافق خاصة، وهي ترى نفسها محظوظة في النجاة التي حُرم منها غيرها. في المقابل، فإن الناجية الأصغر سنًا، قد أمدها عامل الشباب بمقدرة على الصمود والرؤية المتفائلة. ومن المرجح أن

النساء الأصغر أكثر ميلًا للإفصاح والتعبير عن مشاعرهن بما يزيد من تقبلهن لحالتهن المرضية، ويُحسِن من مستوى التوافق لديهن. وقد أكدت دراسة هالستيد وفيرنسلير (Halstead & Fernsler,1994) أن حديث مرضى الأورام السرطانية مع الآخرين، له أثاره الفعّالة في خفض المشقة لديهم، كما وجدت الدراسة أن الإفصاح كاستراتيجيه للمواجهة، هو أكثر شيوعًا لدى المرضى الأصغر سنًا مقارنة بالمرضى الأكبر سنًا.

خلاصة القول، إن النساء السعوديات الناجيات من سرطان الثدي، يتمتعن بشكل عام بمستوى توافق جيد، ساهمت فيه حزمة من العوامل والظروف التي تم استعراضها ومناقشتها حسب رؤية الباحثات. مع الأخذ في عين الاعتبار، أن مستوى التوافق يكون أعلى لدى الناجيات اللواتي أجرين استئصال الكتلة الورمية فقط، مقابل من أجرين الاستئصال الكلي. في حين لم يظهر أي اختلاف في مستوى التوافق لدى الناجيات، يمكن عزوه لعمر الناجية، أو حالتها الزواجية، أو المدة الفاصلة عن إجرائها للجراحة.

التوصيات المقترحة:

في ضوء النتائج التي توصلت لها الدراسة يمكن تقديم المقترحات التالية:

١- تطوير قاعدة معلوماتية خاصة بكل مايتعلق بسرطان الثدي في المملكة يستفيد منها الباحثون ومقدمو الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية.

٢- توفير دعم نفسي وتثقيفي للأسر، والشركاء على وجه التحديد، لحمايتهم أنفسهم من مخاطر الإجهاد،والمشقة النفسية، المترتبة على رعايتهم للناجيات. وأيضًا لتوعيتهم بطرق التوافق مع محنة المرض التي تمر بها الأسرة.

٣- ضرورة بث الثقافة ودعم الناشطات اللواتي قدمن تجاربهن الفريدة من خلال منصات التواصل الاجتماعي، وذلك بمنحهن الفرصة في المعارض واللقاءات والاجتماعات الترفيهية وندوات الجامعات، للقيام برسالتهن السامية في تقديم الدعم المعلوماتي وإشاعة روح الإيجابية والأمل بالحياة.

٤- إجراء دراسات بحثية مقارنة لقياس التوافق لدى فئات السرطان الأخرى، مع إجراء دراسات مقارنة بين الذكور والإناث، مما يساعد المخططين للخدمات

الصحية والنفسية والاجتماعية، في وضع البرامج والتدخلات المناسبة لتعزيز مستوى التوافق لدى هذه الفئات.

٥- إجراء دراسات حالة نوعية تبحث في التجارب الفردية للمرأة في التعايش مع سرطان الثدي، ومقاومة مضاعفاته الجسدية والنفسية، مما سيساعد في فهم أكثر لعمق التجربة الوجودية التي تمر بها هؤلاء الناجيات.

٦- حثّ المستشفيات الكبرى والمراكز العلاجية على عقد لقاءات دورية وجلسات إرشاد جماعي بين الناجيات وغيرهن ممن مازلن تحت وطأة المرض، لمساعدة الأخيرات على تخطي الأزمة، والاستفادة من تجارب من سبقهن في هذه الخبرة المصيرية.

٧- القياس الدوري لمستوى التوافق لدى الناجيات من سرطان الثدي، وضرورة توفير برامج التدخل المناسبة على الصعيدين الفردي والجماعي، ضمن عيادات ومراكز تشخيص ومعالجة الأورام.

٨- حثّ وزارة العمل والتنمية الاجتماعية على تقديم الدعم المادي للناجيات من الشريحة الاجتماعية الدنيا، ليتمكنّ من توفير الأدوات والوسائل التجميلية المساعدة، لتحسين صورة الجسم فيما يتعلق بفقدان الثدي وشعر الرأس.

المراجع:

أولا: المراجع العربية:

١. الثابت، اوهام. (٢٠٠٩). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لدى المصابات بسرطان الثدي المبكر في الاردن. *رسالة دكتوراه*، الاكاديمية العربية المفتوحة بالدنمارك.

٢. الجهني،ياسمين.(٢٠١٣). جودة الحياة والتوافق النفسي لدى المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي:دراسة مقارنة. *رسالة ماجستير*، جامعة الملك عبدالعزيز بجدة.

٣. الحجار،بشير.(٢٠٠٣). التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. *رسالة ماجستير*، الجامعة الاسلامية بغزة.

٤. الحجار، بشير. ابو اسحق، سامي. (٢٠٠٧). التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى. *مجلة الجامعة الاسلامية (سلسلة الدراسات الانسانية)*، ع(١)، ج(١٥)،ص:٥٦١-٥٩٢.

٥. الخوالدة،عبدالباسط. (٢٠٠٢). سرطان الثدي في الأردن:دراسة اجتماعية. *رسالة ماجستير*،الجامعة الاردنية.

٦. ربيع، هبه. (٢٠١٣). بعض المتغيرات المنبئة بالرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي: *دراسات نفسية*. مصر،ع(٤)، ج(٢٣)، ص:٤١٩-٤٥٧.

٧. الشحروري،تهاني. (٢٠٠٤). أثر نوع المعالجة الجراحية على التكيف النفسي وجودة الحياة لدى النساء الاردنيات المصابات بسرطان الثدي، *رسالة ماجستير*، الجامعة الاردنية.

٨. علي، إيمان. (٢٠٠١). الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات :دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات. *رسالة ماجستير، الجامعة* الاردنية.

ثانيا: المراجع الإنجليزية

9. Ashing, K, Padilla, G, Tejero,J & Kagawa-Singer,M .(2003). Understanding the breast cancer experience of Asian American women. *Journal of the Psychological, Social & Behavioral Dimensions of Cancer*, 12 (1): 38-58.

10. Boehmer,U, Ozonoff,A, Timm,A, Winter,M & Potter,J .(2014). After Breast Cancer: Sexual Functioning of Sexual Minority Survivors. *Journal of Sex Research*,51(6):681-689.
11. Boivin, M, Smith, S, Haan, P, Symonds, L, Khattree, R & Osuch, J. (2008, April 15). *Cognitive impairment in women newly diagnosed with breast cancer*. (The 60 The annual meeting of the American Academy of Neurology, Chicago, IL).
12. Breast Cancer Org. (2016). Surgery. Available at Http://www.breastcancer.org/treatment/surgery
13. Carter,R & Carter,C.(1993). Individual and marital adjustment in spouse pairs subsequent to mastectomy. *The American journal of Family Therapy*. 21(4):291-300.
14. Cheng,T.(2010). Continuing a normal life as a normal person: A hermeneutic phenomenological study on the reconstruction of self identity of Chinese women within the lived experience of breast cancer survivorship. *Ph.D*, University of Toronto, Canada.
15. Christie, K, Meyerowitz,B & Maly,R.(2010). Depression and Sexual Adjustment following Breast Cancer in Low-income Hispanic and Non-Hispanic White Women. *Journal of the Psychological, Social & Behavioral Dimensions of Cancer*,19(10):1069-077.
16. Cohen,L, Hack,T, de Moor,C, Katz,J, & Goss,P. (2000). The Effects of Type of Surgery and Time on Psychological Adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7(6):427-434.
17. deRidder,D, Geenen,R, Kuijer,R, van Middendorp,H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet.* 372:246-254.
18. Derogatis, L. (1986). The psychological adjustment to illness scale (PAIS)**.** *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1):77-91.
19. Feldman, B & Broussard,C. (2006). Men's adjustment to their partners breast cancer: A dyadic coping perspective, *Journal of Health and Social Work*,31(2):117-127.
20. Frost,M, Hoskin,T, Hartmann,L, Degnim,A, Johnson,J, Boughey,J.(2011). Contralateral prophylactic mastectomy: long-term consistency of satisfaction and adverse effects and the significance of informed decision-making, quality of life, and personality traits. *Annals of Surgical Oncology*,18(11):3110-3116.

21. Halstead,M & Fernsler, J. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Journal of Cancer Nursing*, 17(2):94-100.
22. Härtl, K, Engel,J, Herschbach,P, Reinecker,H, Sommer,H. & Friese,K.(2010). Personality Traits and Psychosocial Stress: Quality of Life over 2 Years following Breast Cancer Diagnosis and Psychological Impact Factors. *Journal of the Psychological, Social & Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(2): 160-169.
23. Helgeson,V, Cohen,S, Schulz,R &Yasko,J.(1999). Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *The Journal of the American Medical Association*,56(4):340-347.
24. Hill, A. (2012). Compassionate communication training with cancer patients and caregivers: Empathy, self-compassion and well being. *MA*, University of San Francisco, United States.
25. Holbert, J. (2011). The relationship of involvement in a support group, communication patterns and marital satisfaction in couples with a genetic mutation for breast and ovarian cancer. *Ph.D*, The University of Akron, United States.
26. Holly, P, Kennedy, A, Taylor,A & Beedie,A. (2003). Immediate breast reconstruction and psychological adjustment in women who have undergone surgery for breast cancer: A preliminary study. *Journal of Psychology, Health & Medicine*,8(4):441-452.
27. Kinsinger, S, Laurenceau, J, Carver, C, & Antoni, M. (2011). Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Journal of Psychology & Health.* 26(12): 1571-1588.
28. Kirkman,M, Winship,I, Stern,C, Neil,S, Mann,G & Fisher,J.(2014). Women's Reflection on Fertility & Motherhood After Breast Cancer & its Treatment. *European Journal of Cancer Care*,23(4): 502-513.
29. Ladd, K. (1999). The effect of social support on the psychological adaptation of an individual receiving an alternate from of nutrition therapy. *MA*, Grand valley state university, United States.
30. Lam, W & Fielding, R. (2003). The evolving experience of illness for Chinese women with breast cancer: A qualitative study. *Journal of The Psychological, Social & Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(2):127-140.

31. Lam,W, Chan,M, Hung,W, Fielding,R. (2009). Social adjustment among Chinese women following breast cancer surgery. *Journal of the Psychological, Social & Behavioral Dimensions of Cancer*. 18(11):1189-1198.
32. Lauver, D & Apm, B. (2007). Stressors and coping among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nursing*, 30(2):101-111.
33. Lim, J. (2006).The impacts of social support on quality of life for breast and qynecological cancer survivors: A cross-cultural comparison between Korean Americans and Koreans. *Ph.D*, University of Southern California, United States.
34. Lindwall,L & Bergbom,I.(2009). The altered body after breast cancer surgery. *International journal of Qualitative studies on health and well-being*. 4(4):280-287.
35. Lynn,B, Yoo,G,J & Levine,E. (2014). 'Trust in the lord': Religious & Spiritual Practices of African American Breast Cancer Survivors. *Journal of the Religion & Health*, 53(6):1706-1716.
36. Margolis,G, Goodman,R, Rubin, A, Pajac, T. (1989). Psychological factors in the choice of treatment for breast cancer. *The Journal of Consultation & Liaison Psychiatry*, 30(2):192-197.
37. Ming, V. (2002). Psychological Predictors of Marital Adjustment in Breast Cancer Patients. *Journal of Psychology, Health & Medicine*,7(1): 37-51.
38. Mor, V, Malin, M & Allen, S. (1994). Age differences in the psychological problems encountered by breast cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*,16:191-197.
39. Mosher,C, Johnson,C, Dickler,M, Norton,L, Massie,M & Duhamel,K.(2013). Living with metastatic breast cancer: a qualitative analysis of physical, psychological,& social sequelae. *The Breast Journal*. 19(3): 285-292.
40. Northouse,L, Laten,D & Reddy,P. (1995). Adjustment of Women & Their Husbands to Recurrent Breast Cancer. *Journal of Research in Nursing & Health.* 18(6):515-524.
41. Ohaeri,B, Ofi,A & Campbell,O.(2012). Relationship of knowledge of psychosocial issues about cancer with psychic distress and adjustment among breast cancer clinic attendees in a Nigerian teaching hospital. *Journal of the Psychological, Social & Behavioral Dimensions of Cancer*.21(4): 419–426.

42. Panjari,M, Robin,J, Bell,M, Susan,R & Davis,M.(2011). Sexual Function after Breast Cancer.*The Journal of Sexual Medicine*,8(1):294-302.
43. Park,C, Zlateva,L & Blank,T.(2009): Self-identity after Cancer:"Survivor", "Victim", "Patient",& "Person with Cancer". *Journal of General Internal Medicine*,24(2):430-435.
44. Piot-ziegler,C, Sassi,M, Raffoul,W & Delaloye,J.(2010). Mastectomy, Body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15(3):470-510.
45. Raggio,G, Butryn,M, Arigo,D, Mikorski,R & Palmer,S.(2014). Prevalence & Correlates of Sexual Morbidity in long-term Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychology & Health*, 29(6): 632-650.
46. Rodrigue, J, Kanasky,J, Jackson,S, & Perri,M.(2000). The psychosocial adjustment to illness scale-self-report: factor structure and item stability**.** *Journal of American Psychological Association*, 12(4):409-413.
47. Sammarco, A & Konecny,L. (2008). Quality of life, social support and uncertainty among Latina breast cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5):844-849.
48. Schover,L, Yetman,R, Tuason,L, Meisler,E, Esselstyn,C, Hermann,R, Grundfest-Broniatowski,S & Dowden,R .(1995). Partial Mastectomy & Breast Reconstruction Acomparison of Their effects on Psychosocial adjustment Body Image & Sexuality. *Journal of Cancer*,75(1):54-64.
49. Silva,S, Crespo,C & Canavarro,M.(2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies & posttraumatic growth. *Journal of Psychology & Health*.27(11):1323-1341.
50. Sischo,L & Martin,P.(2015). The Price of Femininity or just pleasing my self? Justifying breast surgery. *Journal of Gender Issues*,32(2):77-96.
51. Stanton,A, Danoff- burg,S & Huggins,M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as

predictors of adjustment. *Journal of the Psychological, Social & Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2):93-102.

52. Suwankhong,D &Lamputtong,p.(2016). Social support & women living with breast cancer in south of Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1):39-47.
53. Wagland,R, Fenlon,D, Tarrant,R, Howard-Jones,G & Richardson,A.(2015). Rebuilding self-confidence after cancer: a feasibility study of life-coaching. *Journal of Supportive Care in Cancer*,23(3):651-659.

Adjustment among breast cancer survivors: A comparison between lumpectomy and mastectomy

Abstract:

The aims of this study were to examine the level of adjustment among Saudi female breast cancer survivors and to examine the differences in adjustment between: (1) patients who underwent mastectomy and patients who underwent lumpectomy, (2) patients who underwent mastectomy surgery less than five years ago and those who underwent the surgery more than five years ago, and (3) single and married patients, and younger and older patients, who underwent mastectomy.

The sample of the study consisted of (200) Saudi female breast cancer survivors. The sample's characteristics were as follows: underwent mastectomy, 68.5%; underwent lumpectomy, 31.5%; married, 83%; single, 17%; younger than 48-years-old, 58%; older than 48-years-old, 42%.

The authors of this study prepared a culturally-adapted version of Leonard Derogatis's Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR), which consists of seven sub-scales. The modified version was tested for validity and reliability.

The findings of the study were as follows: (1) breast cancer survivors show a moderate level of adjustment, (2) breast cancer survivors who underwent lumpectomy show a higher level of adjustment compared to those who underwent mastectomy, (3) no statistical difference in adjustment between those who underwent mastectomy less than five years ago and those who underwent the surgery more than five years ago, (4) no statistical difference in adjustment between single and married patients who underwent mastectomy, and (5) no statistical difference in adjustment between younger and older patients who underwent mastectomy.

The results of the study were discussed and interpreted in light of previous research results and the cultural framework of the study sample. The authors concluded the study with a set of recommendations.

Key words: breast cancer survivors, adjustment, mastectomy, lumpectomy. breast cancer,