

## مرونة الأنا وعلاقتها بالدافعية النفسية لدى مرضى السرطان بمكة المكرمة

د. خديجة بنت جميل حلواني

أستاذ النمو المساعد

قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية

## Ego Resilience and Its Relationship with Psychological Motivation Among Cancer Patients in MAKKAH

Dr. Khadeja Jamil Halawani

Assistant Professor of Development

Department of Psychology, College of Education, Umm Al - Qura University, KSA

<https://orcid.org/0009-0006-2324-6910>

[kjhalawani@uqu.edu.sa](mailto:kjhalawani@uqu.edu.sa)

**Abstract:** This study aimed to investigate the dynamic correlational relationship between ego resilience and psychological motivation among cancer patients in Makkah Al-mukarrama, while exploring differences based on gender, type of cancer, and marital status. Utilizing a descriptive-analytical approach (both correlational and comparative), the study was conducted on a sample of 50 cancer patients. Data were collected using the Ego Resilience Scale and the Psychological Motivation Scale. The results revealed a high level of ego resilience for the total score (4.25) and across all sub-dimensions, with "creative positive thinking" ranking first, followed by "relationship formation", "balance", and finally "self-awareness". Similarly, psychological motivation scored high on the total score (4.11) and across all its sub-dimensions (humanitarian, social, behavioral, and cognitive). Comparative analysis demonstrated statistically significant differences between males and females across all dimensions of psychological motivation and its total score, consistently favoring females. Regarding marital status, significant differences were found exclusively in two dimensions of ego resilience: "self-awareness" and "creative positive thinking", whereas no significant differences were observed in the remaining dimensions or the total ego resilience score. Furthermore, significant differences were found based on the type of cancer in all dimensions of psychological motivation and its total score, as well as in the self-awareness and creative thinking dimensions of ego resilience. Finally, the results confirmed a strong, statistically significant positive correlation between all dimensions of ego resilience and psychological motivation.

**Keywords:** Ego Resilience, Psychological Motivation, Cancer Patients

**المستخلص:** هدف البحث إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية الدينامية بين مرونة الأنا والدافعية النفسية لدى مرضى السرطان بمكة المكرمة، والوقوف على طبيعة الفروق في هذه المتغيرات تبعاً للنوع (الجنس)، ونوع الإصابة، والحالة الاجتماعية؛ ولتحقيق ذلك تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي بأسلوبيه الارتباطي والفارقي على عينة قوامها (٥٠) مريضاً ومريضةً بالسرطان، واعتمدت الباحثة مقياسي مرونة الأنا والدافعية النفسية، وأسفرت نتائج البحث عن مجيء مستوى مرونة الأنا مرتفعاً على الدرجة الكلية بمتوسط حسابي (٤,٢٥)، وعلى مستوى الأبعاد الفرعية؛ حيث تصدر بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي المرتبة الأولى، يليه تكوين العلاقات، ثم التوازن، وأخيراً الوعي الذاتي. كما جاءت الدافعية النفسية مرتفعة في درجتها الكلية بمتوسط حسابي (٤,١١) وفي جميع أبعادها (الإنساني، الاجتماعي، السلوكي، والمعرفي). وعلى صعيد الفروق الإحصائية، كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في جميع أبعاد الدافعية النفسية وفي درجتها الكلية، وجاءت هذه الفروق كاملة لصالح الإناث، في حين أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية تُعزى لتغير الحالة الاجتماعية في بُعدين فقط من أبعاد مرونة الأنا هما (الوعي الذاتي، والتفكير الإيجابي الإبداعي)، مع عدم وجود فروق دالة في باقي الأبعاد والدرجة الكلية للمرونة، بالإضافة إلى وجود فروق دالة إحصائية وفق نوع الإصابة في جميع أبعاد الدافعية النفسية ودرجتها الكلية وفي بُعدي الوعي الذاتي والتفكير الإيجابي لمرونة الأنا. كما أكدت النتائج وجود علاقات ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائية بين جميع أبعاد مرونة الأنا وأبعاد الدافعية النفسية.

**الكلمات المفتاحية:** الدافعية النفسية، مرونة الأنا، مرضى السرطان.

توثيق البحث (APA Citation):

جميل، خديجة. (٢٠٢٦). مرونة الأنا وعلاقتها بالدافعية النفسية لدى مرضى السرطان بمكة المكرمة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١٩ (٣)، ٨٧٥-٩٢٠.

نُشر في: ١٨ / ٠٣ / ١٤٤٨ هـ

قُبِلَ في: ٠٢ / ٠١ / ١٤٤٨ هـ

استُلمَ في: ٢٤ / ١٠ / ١٤٤٧ هـ

Received on: 12/04/2025

Accepted on: 18/06/2025

Published on: 01/09/2026

## المقدّمة:

يؤثّر مرض السرطان بشكلٍ عميقٍ على الصّحّة البدنية بشكلٍ عام، والصّحة النفسية والاستقرار العاطفي وجودة الحياة للمصابين بشكلٍ خاص. وغالبًا ما يُثير تشخيص السرطان وعلاجه سلسلةً من الاستجابات النفسية، بما في ذلك القلق، والاكتئاب، والخوف من عودة المرض، واضطرابات كبيرة في إحساس الفرد بهويّته وتخطيطه للمستقبل (Li et al., 2023). في ظلّ هذا المشهد المعقّد لرعاية مَرْضَى السرطان، أصبح فهم الآليات النفسية التي تُسهم في مرونة المريض وقدرته على التكيف أمرًا بالغ الأهمية؛ لتطوير مناهج علاجية شاملة تُلبّي احتياجات الصّحّة البدنية والنفسية على حدٍّ سواء.

وتتسم التجربة النفسية لمَرْضَى السرطان بمجموعة فريدة من التحدّيات التي تتجاوز بكثير الجوانب الطبية للعلاج. إذ يتعيّن على المَرْضَى التعامل مع حالة عدم اليقين بشأن تشخيص حالتهم، ومواجهة الآثار الجانبية للعلاج، والتعامل مع التغيّرات في مظهرهم الجسدي وقدراتهم، وغالبًا ما يواجهون أسئلة وجودية حول المعنى والغاية والموت (Park et al., 2020). ويمكن لهذه التحدّيات أن تؤثر بشكلٍ كبيرٍ على الدافع النفسي لديهم، الذي يشمل الحافز والطاقة والعزيمة التي يمتلكها الأفراد للانخراط في العلاج، والحفاظ على الأمل، والعمل على التعافي والتكيف.

ويمثّل الدافع النفسي لدى مَرْضَى السرطان عاملاً حاسماً في الالتزام بالعلاج، وجودة الحياة، والنتائج الإجمالية. ويشمل هذا الدافع أبعاداً متعدّدة، منها: الرغبة في الخضوع للعلاج الطبي، والحرص على الحفاظ على العلاقات والأنشطة الاجتماعية، والعزيمة على مواجهة التحدّيات المرتبطة بالعلاج، والقدرة على تصوّر الأهداف المستقبلية والعمل على تحقيقها (Ahmadi et al., 2022).

في الوقت نفسه، برزت مرونة الأنا كبنية نفسية أساسية تؤثر على كيفية تكيف الأفراد مع ضغوطات الحياة الكبيرة والتعافي منها، بما في ذلك تشخيص السرطان وعلاجه. وتشير إلى القدرة على التكيف بمرونة مع الظروف المتغيّرة، والحفاظ على الاستقرار النفسي في مواجهة الشدائد، والتعافي من التجارب الصادمة أو المجهدة (Abedini & Joibari, 2023). وبالنسبة لمَرْضَى السرطان، تتجلى مرونة الأنا في القدرة على الحفاظ على التوازن النفسي، على الرغم من التحدّيات العديدة المرتبطة بحالتهم، والتكيف مع التغيّرات في ظروفهم الجسدية والاجتماعية، والحفاظ على شعورهم بالقدرة على التأثير والتحكّم في حياتهم.

إن العلاقة بين الدافع النفسي ومرونة الأنا لدى مَرْضَى السرطان معقّدة ومتعدّدة الجوانب. فبينما يُسهم كلاً المفهومين في تحقيق نتائج نفسية إيجابية؛ يبقى فهم الآليات التي يتفاعلان من خلالها مجالاً مهمّاً للبحث (Faghani et al., 2022).

ومن خلال ممارسة مسارات مترابطة متعدّدة تُنبئ مرونة الأنا؛ يمكن العمل على تعزيز الوعي الذاتي، ممّا يسمح للأفراد بإدراك أفكارهم ومشاعرهم وأنماط سلوكهم بشكلٍ أوضح؛ الأمر الذي يُسهّل استجابات أكثر

تكيّفًا مع المواقف الصعبة (Sarenmalm et al., 2017). كما تساعد الأفراد على إدارة المشاعر الصعبة، دون الشعور بالإرهاق أو اللجوء إلى استراتيجيات تكيّف غير فعّالة. والوعي غير المُتَحَيّز، ممّا يُقلِّل من المعاناة الإضافية التي غالبًا ما تُصاحب مقاومة الظروف الصعبة (Zimmaro et al., 2020).

وقد يؤثّر الدافع النفسي على رغبة الفرد وقدرته، من خلال توفير أدوات عملية لإدارة التحدّيات، والحفاظ على الأمل (Zhang et al., 2016). وقد أظهرت دراسات تحليلية حديثة أدلة قوية على فعالية التداخلات العلاجية النفسية لدى مَرَضَى السرطان، حيث لُوَحِظت آثار ملحوظة في مجالات نتائج متعدّدة، بما في ذلك الضيق النفسي، وجودة الحياة، والإرهاق، ووظائف الجهاز المناعي (Telles et al., 2024)، ويُعدُّ تعزيز الدافعية أكثر فعالية في المراحل المبكّرة للمرض، مما يَحَقِّق الهدف ويضمن التغيير المنشود (Rodríguez-Romero et al., 2022)، وتدعم هذه النتائج الأسس القادرة بالفعل على إحداث تغييرات قابلة للقياس في أنواع النتائج النفسية والفسيولوجية المتوقّعة لدى مَرَضَى السرطان، وذلك في حال نجاح الأدلة التداخلية في تعزيز المرونة النفسية لديهم.

وتشمل الآليات المحدّدة في العلاقة بين الدافع النفسي ومرونة الأنا: تعزيز التنظيم العاطفي، وتحسين المرونة المعرفية، وزيادة التعاطف مع الذات، وتقبُّل أكبر للغموض (Arefian et al., 2023). وتتوافق هذه الآليات بشكل وثيق مع النماذج النظرية للمرونة، التي تُؤكِّد على أهمية العمليات المعرفية والعاطفية التكيّفية في تسهيل التعافي والتكيّف بعد التعرُّض لضغوطات كبيرة.

وأظهرت الأبحاث التي تناولت التداخلات في رعاية مَرَضَى السرطان؛ نتائج واعدة في تلبية الاحتياجات النفسية المعقّدة لهؤلاء المَرَضَى (Ibrahim et al., 2025). وقد بيّنت الدراسات إمكانيّة إدخال تعديلات تعالج التحدّيات والمخاوف الخاصة التي يواجهونها، بما في ذلك الخوف من عودة المرض، والآثار الجانبية للعلاج، والمخاوف الوجودية المتعلّقة بالموت ومعنى الحياة.

فإذا كانت هذه التداخلات بالفعل وسيطة في العلاقة بين الدافع النفسي ومرونة الأنا؛ فإن هذه المعرفة قد تُسهم في تطوير تداخلات مُوجّهة تُساعد مَرَضَى السرطان على استخدام مواردهم النفسية الحالية بشكل أكثر فعالية، مع بناء مهارات تأقلم وقدّرات مرونة إضافية (Yousefi et al., 2022).

### مشكلة البحث:

يواجه مَرَضَى السرطان تحدّيات غير مسبقة تُختبر مواردهم النفسية، وآليات التكيّف لديهم، بطرائق قد تُسهِّل أو تُعيق قدراتهم على اجتياز العلاج والتعافي بنجاح (Zimmermann et al., 2018). وقد ازدادت أهمية فهم العمليات النفسية المعقّدة التي تُسهم في المرونة لدى مَرَضَى السرطان، خاصة مع إدراك أنظمة الرعاية الصحيّة للدور المحوري للرفاهية النفسية في الرعاية الشاملة لمَرَضَى السرطان.

وتمثل مرونة الأنا والدافع النفسي عند مَرْضَى السرطان تحديًا بحثيًا متعَدّد الأوجه، وله آثار بالغة على الفهم النظري والممارسة السريرية على حدٍّ سواء. حيث يشمل الدافع النفسي: الحافز الداخلي، والعزيمة، والطاقة الموجهة نحو تحقيق الأهداف التي يمتلكها المَرْضَى خلال رحلة علاجهم، بما في ذلك رغبتهم في الانخراط في العلاج، والحفاظ على الأمل رغم حالة عدم اليقين، والمشاركة الفعّالة في عملية التعافي (Li et al., 2023). ويُعدُّ هذا الدافع موردًا نفسيًا بالغ الأهمية؛ إذ يُمكنه التأثير على الالتزام بالعلاج، وفعالية آليات التكيف، والتأقلم العام مع تجربة السرطان.

من ناحية أخرى، تمثل مرونة الأنا القدرة على الحفاظ على الاستقرار النفسي، والتكيف بفاعلية مع الظروف المتغيّرة، والتعافي من التجارب الصادمة أو شديدة التوتر، مثل: تشخيص السرطان وعلاجه (Abedini & Joibari, 2023). وبالنسبة لمَرْضَى السرطان، تتجلى مرونة الأنا في القدرة على الحفاظ على التوازن العاطفي، رغم التحديّات المرتبطة بالعلاج، والتكيف مع التغيّرات في الأداء البدني والأدوار الاجتماعية، والحفاظ على الشعور بالقدرة على التأثير والتحكّم في مواجهة عدم اليقين بشأن مستقبلهم.

ويُعدُّ فهم الآليات التي تجعل التفاعل المتبادل بين الدافع النفسي ومرونة الأنا أمرًا ضروريًا لتطوير خدمات دعم نفسي قائمة على الأدلة، والتي يمكنها تحسين نتائج المَرْضَى وجودة حياتهم (Ahmadi et al., 2022). وُتمثل نقص الأبحاث التي تتناول تحديدًا دور الدافع النفسي ومرونة الأنا لدى مَرْضَى السرطان في سياقات الشرق الأوسط، ولا سيّما المملكة العربية السعودية؛ ثغرةً كبيرةً في الدراسات المنشورة. وقد أُجريت معظم الأبحاث الحالية حول رعاية مَرْضَى السرطان على مجتمعات غربية، ممّا يحدُّ من فهمنا لكيفية تأثير العوامل الثقافية على فعالية وآليات التدخّلات القائمة (Ng et al., 2019).

علاوةً على ذلك، فإن السياق الصحيّ الفريد في المملكة العربية السعودية، والذي يميّز بمزيج من التكنولوجيا الطبية المتقدّمة، وممارسات العلاج التقليدية، وأنظمة الدعم الأسري والمجتمعي القوية؛ قد يؤثر على كيفية تفاعل العوامل النفسية - كالدافع ومرونة الأنا - لدى مَرْضَى السرطان. ويُعدُّ فهم هذه العلاقات ضمن هذا السياق المحدّد أمرًا بالغ الأهمية؛ لتطوير خدمات دعم نفسي فعّالة.

ويمثّل قياس وتقييم المفاهيم النفسية - كالدافع والحافز النفسي ومرونة الأنا - لدى مَرْضَى السرطان الناطقين بالعربية؛ تحديّات منهجية إضافية. فقد طُوّرت العديد من أدوات التقييم الحالية، ووُثِّقت في مجتمعات غربية، ممّا يُثير تساؤلات حول صلاحيتها الثقافية، ومدى ملاءمتها للاستخدام في سياقات الشرق الأوسط (Park et al., 2020). ويؤثّر هذا القصور على كلّ من: القدرة على إجراء بحوث دقيقة، والقدرة على تطوير تقييمات وتدخّلات سريرية قائمة على الأدلة.

كما أن الاختلافات المحتملة بين الجنسين في العلاقة بين الدافع النفسي ومرونة الأنا لدى مريض السرطان؛ تمثل اعتباراً مهماً آخر. فقد أشارت الأبحاث إلى أن الرجال والنساء قد يختلفون في استراتيجيات التكيف، وأنماط التعبير العاطفي، واستجاباتهم لأنواع مختلفة من التدخلات النفسية (Zhang et al., 2016). وفي السياق الثقافي المحافظ للمملكة العربية السعودية، قد تؤثر الأدوار والتوقعات الجندرية بشكل أكبر على كيفية ظهور هذه العمليات النفسية، وتفاعلها بين مريض السرطان.

ومن ناحية أخرى، لا يزال فهم كيفية مساعدة المريض على الحفاظ على هذه الممارسات مع مرور الوقت والاستمرار في جني فوائدها؛ أمراً صعباً (Telles et al., 2024). ويكتسب هذا الأمر أهمية خاصة لمريض السرطان الذين قد يواجهون تحديات مستمرة في العلاج والمتابعة والتكيف، ويمكن أن يستفيدوا من ممارسة البقطة الذهنية بشكل مستمر.

وتُضيف العلاقات التفاعلية المحتملة بين الدافع النفسي ومرونة الأنا تعقيداً إضافياً على فهم هذه العمليات. فبدلاً من العلاقات الخطية البسيطة؛ فإنه قد تؤثر هذه المتغيرات على بعضها البعض، وذلك في حلقات تغذية راجعة معقدة تتطور بمرور الوقت، مع تقدّم المريض في رحلة علاجهم من السرطان (Arefian et al., 2023). ويتطلب فهم هذه العلاقات الديناميكية مناهج تحليلية متطورة، وتصاميم بحثية طويلة.

كما تشهد معدلات الإصابة بالسرطان في المملكة العربية السعودية ارتفاعاً مطرداً، مما يخلق طلباً متزايداً على خدمات رعاية شاملة لمريض السرطان تلبي الاحتياجات الطبية والنفسية على حدٍ سواء. وقد حدّد مُقدّمو الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الحاجة إلى خدمات دعم نفسي قائمة على الأدلة، ومناسبة ثقافياً وفعالة للمجتمع المحلي (Ibrahim et al., 2025).

بالإضافة إلى العلاقة الوثيقة بين علم النفس، وعلم الأورام التي لا تزال غير واضحة، مما يُتيح رؤى ثرية متعددة التخصصات، تُسهم في مجالات نفسية متعدّدة (Carlson, 2016)، كما التزام تحسين رعاية مريض السرطان في المملكة العربية السعودية، والمساهمة في تطوير خدمات الدعم النفسي المناسبة، والتجربة الشخصية المرضية السابقة للباحثة تُشكّل هذه التحديات المتعدّدة الأوجه مشكلةً بحثية معقدة، تتطلب مناهج متعدّدة التخصصات، وحساسية ثقافية، ودقّة منهجية. ويمثّل بحث العلاقة بين الدافع النفسي ومرونة الأنا لمريض السرطان بالسعودية؛ فرصةً لسدّ ثغرات معرفية مهمّة، والمساهمة في تطوير خدمات دعم نفسي أكثر فعالية وملاءمة ثقافياً لمريض السرطان في هذه المنطقة (Zhou et al., 2024).

#### أسئلة البحث:

يتطلّب بحث العلاقة بين مرونة الأنا والدافعية النفسية لدى مريض السرطان في المملكة العربية السعودية؛ دراسةً شاملة للعلاقات والآليات المتعدّدة المترابطة. وقد صُمّمت أسئلة البحث التالية لمعالجة مختلف أبعاد هذه الظاهرة النفسية المعقدة:

١. ما مستوى مرونة الأنا لدى عيّنة من مَرْضَى السرطان بمكة؟
٢. ما مستوى الدافعية النفسية لدى عيّنة من مَرْضَى السرطان بمكة؟
٣. هل توجد فروق دالة إحصائية بين استجابات أفراد العيّنة من مَرْضَى السرطان في مقياس مرونة الأنا تُعزى لمتغيرات: (الجنس، نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية؟
٤. هل توجد فروق دالة إحصائية بين استجابات أفراد العيّنة من مَرْضَى السرطان في مقياس الدافعية النفسية تُعزى لمتغيرات: (الجنس، نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية؟
٥. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مرونة الأنا والدافعية النفسية لعيّنة من مَرْضَى السرطان بمكة؟

#### أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

١. التعرف على مستوى مرونة الأنا لدى مَرْضَى السرطان في مكة المكرمة.
٢. التعرف على مستوى الدافع النفسي لدى مَرْضَى السرطان في مكة المكرمة.
٣. الكشف عن الفروق في مرونة الأنا لدى مرضى السرطان حسب الجنس ونوع الإصابة والحالة الاجتماعية.
٤. الكشف عن الفروق في الدافعية النفسية لدى مَرْضَى السرطان تُعزى لمتغيرات: (الجنس، نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية).
٥. الكشف عن العلاقة الارتباطية بين مرونة الأنا والدافعية النفسية لدى مرضى السرطان بمكة.

#### أهمية البحث:

##### ١. الأهمية النظرية:

- تنبثق أهمية البحث نظرياً من طبيعة العيّنة وهم مَرْضَى السرطان الذين تظهر لديهم بعض المشكلات النفسية بسبب ما يفرضه عليهم طبيعة المرض وعلاجه.
- كما تكمن الأهمية فيما:
- يُقدّمه هذا البحث من إسهاماتٍ في الفهم النظري لعلم النفس الصحيّ، وعلم نفس الأورام، وعلم النفس عبر الثقافات.
  - يُعزّز هذا البحث الفهم النظري للعوامل الثقافية في التكيّف النفسي من خلال دراسة كيفية تفاعل الأطر الثقافية والاجتماعية مع العمليات النفسية كالدافع النفسي والمرونة النفسية، وتُعدّ هذه المساهمة ذات أهمية خاصة.

- نظرًا لمحدودية التطور النظري في علم النفس العابر للثقافات للصحة والمرض في السياقات الإسلامية؛ يُسهم هذا البحث في تطوير النماذج النظرية من خلال دراسة دورها كآلية وسيطة، لا مجرد نتيجة تدخّل علاجي.

## ٢. الأهمية التطبيقية:

- تمتد الآثار العملية لهذا البحث لتشمل مجالات متعدّدة في رعاية مريض السرطان وخدمات الدعم النفسي. وتوفّر النتائج إرشادات قائمة على الأدلة لتطوير التدخلات الملائمة لمريض السرطان في المملكة العربية السعودية والسياقات الثقافية المشابهة. وتُعَدُّ هذه الإرشادات ضرورية؛ نظرًا لتزايد الوعي بأهمية التكيف الثقافي في التدخلات النفسية، ومحدودية توفّر المناهج المعتمدة ثقافيًا في هذه المنطقة.
- يُقدّم هذا البحث أطراً عملية لدمج العامل النفسي في خدمات رعاية مريض السرطان الحالية ضمن أنظمة الرعاية الصحية التي تعمل في سياقات ثقافية مختلفة. ويتناول هذا الدليل الإرشادي تحديات عملية، مثل: القبول الثقافي، والتوافق الاجتماعي، ومعوّقات نظام الرعاية الصحية، واحتياجات تدريب مُقدّمي الرعاية.
- يُقدّم البحث رؤى قيّمة لمقدّمي الرعاية الصحية العاملين مع مريض السرطان بالمملكة العربية السعودية، من خلال تحديد العوامل النفسية التي تُسهم في المرونة والتكيف، ويمكن لهذه المعرفة أن تُفيد في التقييم السريري، وتخطيط العلاج، وتطوير خدمات الرعاية التي تُلبي الاحتياجات الطبية والنفسية معًا.

## مصطلحات البحث:

### أولاً: مرونة الأنا ego resilience:

تُعرّف مرونة الأنا بأنها: "التكيف الناتج الذي يتبع التعرّض للأحداث الحياتية المؤلمة" (بن طالب، ٢٠٢٤، ص. ٥٢٤).

كما عرّفها يونس (٢٠١٨، ص. ١٠) بأنها: "استعداد الفرد وقدرته على التفاعل الإيجابي مع ظروف الحياة المتغيّرة الضاغطة، ومواجهة التحديات التي تنعكس على استجابته السلوكية للمواقف الحياتية وعلاقته الاجتماعية".

وتعرّفت الباحثة مرونة الأنا بأنها تعني: القدرة على التكيف الإيجابي مع التحديات والصعوبات، والتعافي من التجارب السلبية.

وتُعرّف إجرائيًا في البحث الحالي: بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس مرونة الأنا من إعداد الباحثة.

## ثانياً: الدافعية النفسية psychological motivation:

يُعرّف أبو جادو (٢٠١٦) الدافع الداخلي بأنه: "القوة التي توجد داخل النشاط التي تجذب الفرد نحوه، وينظر الكثير من الباحثين والعلماء إلى أن الدوافع مصدر للطاقة البشرية، والأساس الذي يُعتمد عليه في تكوين العادات والميول والممارسات للأفراد" (ص.٢٩٣).

وعرّفت الباحثة الدافعية النفسية بأنها: القوة الداخلية المحركة للسلوك، والمحفزة على تحقيق الهدف والإنجاز والإبداع وتخطّي الازمات.

وتعرّف الدافعية النفسية إجرائياً في البحث الحالي: بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس الدافعية النفسية من إعداد الباحثة.

### حدود البحث:

الحدود الزمانية: تمّ تطبيق البحث خلال الفصلين الدراسيين الأول والثاني ١٤٤٧هـ.

الحدود المكانية: مدينة مكة المكرمة.

الحدود البشرية: مَرْضَى السرطان بمكة (ذكور وإناث) من أعمار ١٨ إلى ٥٥ سنة، بمتوسط (٤٨,٢٩) عاماً، من رُؤاد مدينة الملك عبد الله الطبية، ومركز الأبحاث بمستشفى الملك فيصل التخصصي.

الحدود الموضوعية: الكشف عن العلاقة بين مرونة الأنا والدافعية النفسية.

### أدبيات البحث:

يُعدّ تحديد العوامل الوقائية في نتائج الصحة النفسية أمراً بالغ الأهمية؛ إذ يُقدّم رؤى قيّمة حول نقاط الضعف والقوة التي يستخدمها الأفراد لمواجهة الضغوط النفسية. ويُساعد هذا التحديد على توضيح العلاقات بين عوامل الضغط النفسي، والعوامل الوقائية، والرفاهية. وسوف يتناول هذا القسم المتغيّرات الرئيسة للبحث بالتفصيل:

### • مرونة الأنا ego resilience:

تتمثّل مرونة الأنا في الأبعاد النفسية والاجتماعية والانفعالية لشخصية الفرد، التي تُكسبه القدرة على التوافق والتكيف مع الأحداث الصادمة والأحداث التي تُعزّل سير نموه في الاتجاه الطبيعي (الهنداوي، ٢٠٢٠؛ Newman, 2019).

يرجع الأساس النظري لمفهوم مرونة الأنا إلى بلوك وبلوك (Block and Block 1980) اللذين أشارا إلى أن مرونة الأنا تمثّل قدرة ديناميكية تعمل على إجراء تعديلات لمستوى الفرد في السيطرة على الاستجابات التي يقدّمها تجاه المتطلبات الموقفية. وتختلف مرونة الأنا عن بناء المرونة النفسية، بأن مرونة الأنا تمثّل إحدى خصائص الشخصية المستقرّة، والتي لا تشتمل على افتراض التعرّض لمخاطرة، ومع ذلك، فإن كلاً من هذين البنائين مؤشّران لدرجات محدّدة من التكيف الإيجابي تجاه الضغوط النفسية والمشكلات (جمعة، ٢٠٢٤).

كما تُعرّف بأنها: عملية التحكّم والتكيّف مع المشاكل السلوكية والانفعالية الناتجة عن الإجهاد والضغط التي يمرُّ بها الفرد، وهي سمة شخصية تتمثّل بقدرته على التكيف بشكلٍ إيجابي مع التغيّرات والضغوطات التي يتعرّض لها؛ نظرًا لأن من يتمتع بمستوى عالٍ من مرونة الأنا يُظهر مرونةً أكبر عند مواجهته لتجارب جديدة وصعبة، كما أن مرونة الأنا هي التكيّف الإيجابي مع الضغوط والتحديات الموقفيّة (No et al., 2020; Um et al., 2019).

إن مرونة الأنا لدى الفرد تشرح القدرة على التكيّف الإيجابي وتقبُّل آراء الآخرين، والانفتاح عليهم، والقابلية للتغيّر، وتوفير حلول عديدة للمشكلة الواحدة (بن طالب، ٢٠٢٤، ص. ٥٢٦). وتُعدّ مرونة الأنا بمثابة بناء مرتبط بالتنظيم الذاتي، وبالتالي، من المتوقع أن يتأثر بالمزاجيّة، ومهارات التأقلم، والمراقبة الفعّالة، والحالة الانفعالية (Bridgett et al., 2015).

وتُعدّ المرونة بناءً ذا وجهين، مع وظيفة واحدة للحفاظ على استقرار نظام الشخصية وسلامته، والوظيفة الأخرى لضبط نظام الشخصية بطريقة تكيفيّة مع البيئة المتغيّرة ديناميكيًا (Farkas, & Orosz, 2015). ويؤكد "بيك" أن مرونة الأنا تُعدّ جزءًا أساسيًا من النظرية المعرفية؛ لأنها تستطيع جعل الفرد له مستويات أعلى في حلّ المشكلات، مما يساعد على تعديل نمط وطريقة الأفكار لتقبُّل التغيّرات البيئية المحيطة، وهذا ما يدفع الفرد إلى تغيير سلوكه بما يتلاءم مع الأفكار والمعتقدات؛ لتحقيق السعادة والصحة النفسية وجودة الحياة (عابدين والشرقاوي، ٢٠١٦).

أشارت دراسات بلوك وبلوك (Block and Block (1980 أن مرونة الأنا جذريّة المنشأ مع تكوين الشخصية، مما يستدعي الفهم والإدراك والإيجابية. الأمر الذي ينعكس على الأفراد بمرونة عالية، حيث يكون لديهم الكثير من الاهتمامات الواسعة، ومستويات من التطلّعات والطموح أعلى من المستوى العادي، وحالة من الاتّزان الانفعالي والمرح، وإصرار على إتقان المهارات الاجتماعية والحياتية، ومفهوم عالٍ ومُتنام لجودة ومعنى الحياة، وخصوصًا الإناث (علي وحسن، ٢٠٢١).

وفي ضوء ذلك، عرّفت الباحثة مرونة الأنا بأنها تعني: القدرة على التكيّف الإيجابي مع التحدّيات والصعوبات، والتعافي من التجارب السلبية.

#### • الدافعيّة النفسيّة psychological motivation:

تُشكّل الدافعية مُلتقى اهتمام معظم الباحثين والعاملين في المجال النفسي، ويُنظر إليها على أنها تعني: المحرّكات التي تقف وراء سلوك الإنسان، حيث ترتبط بحالة الفرد الداخلية عند حدوث السلوك من جهة، وبمثيرات البيئة الخارجية من جهة أخرى، ويُجمع جميع المختصّين بالدراسات النفسية أن سبب تعدّد الأنشطة وتنوّعها؛ يعود بالدرجة الأولى إلى كثرة الدوافع والاهتمامات لدى الإنسان (الزغول، ٢٠١٦).

تُعرّف الدوافع النفسية بأنها: العمليات الديناميكية التي تُحفّز وتُوجّه وتُديم السلوكيات الهادفة ( Nauzeer & Jaunky, 2021).

وأشار الزغول (٢٠١٦) أن الدافعية تؤدّي أولاً: إلى توليد السلوك؛ لأنها تُنشّط وتُحرّك السلوك من أجل إشباع حاجة أو استجابة، وثانياً: شدّة السلوك، بمعنى مدى إلحاح الحاجة أو الدافع إلى الإشباع، وثالثاً: تُحافظ على ديمومة واستمرارية السلوك، بمعنى أنها تمّد السلوك بالطاقة اللازمة حتى يتم الإشباع أو تحقيق الغايات. وتباينت التعريفات للدافعية باختلاف مدارس علم النفس، حيث افترض أعلام المدرسة السلوكية أن الدافعية حالة تُسيطر على سلوك الفرد، وتظهر على شكل استجابات مستمرة؛ للحصول على التعزيز المطلوب، واعتقد العلماء المعرفيون أن السلوك محدّد يبدأ وينتظم بوساطة الخطط والأهداف والتوقعات والتفسيرات، بينما يرى الاجتماعيون وجود مصدرين أساسيين للدافعية، أولهما: التوقعات والأفكار حول النتائج الممكنة للسلوك وتتأثر بكفاية الفرد الذاتية، والمصدر الثاني من وجهة نظرهم: يرتبط بوضع الأهداف، حيث تصبح بمثابة معايير لتقويم الأداء، وتختلّ معها الإيجابية المتوقعة في حالة النجاح، والنتائج السلبية في حالة الفشل. وبذلك، يحتاج وبشدّة مريض السرطان لمواجهة المرض لتعلّم حُسن اتخاذ القرارات، والقدرة على المواجهة، والثقة بالنفس، وإدارة الدافعية الذاتية، وإعادة تفسير أحاسيس الألم، والقدرة على المواجهة، وكيفية الاستمتاع بالحياة؛ لأنه بمجرد تشخيص المرض ينتاب الشخص المصاب حالة من الاكتئاب الذي يعوقه عن أداء الوظائف الحياتية بشكل طبيعي، فضلاً عن الجهد المتواصل لمتابعة العلاج لمدة سنوات، والمعاناة من الألم (ياسين وآخرون، ٢٠١٧). لذلك، احتلّت الدافعية حيّزاً كبيراً من البحث والدراسة في القرن العشرين، ممّا أدّى إلى بناء نظريات الدافعية على نحوٍ مستقل، والاعتراف بأهميتها في تفسير السلوك الإنساني وتشكيله وتعديله، وأن أبرز الاتجاهات النفسية في تفسير الدافعية للفرد تتمثّل في تركيز أصحاب المنحى الإنساني مثل: العالم "ماسلو"، و"كارل روجرز"؛ على الحرّية الشخصية للفرد، والقدرة على اختيار واتخاذ القرارات، والسعي الذاتي للنمو والتطور (الزغول، ٢٠١٦).

حيث تؤثر الدافعية النفسية على الاستجابة للعلاج، وإدارة الألم لذوي الأمراض المزمنة ومَرْضَى السرطان، وأوضح سيرجالا (Syrjala 2014) أن ٣٨ % من الناجين من مرض السرطان والأمراض المزمنة يعانون من اضطرابات المزاج، والعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.

#### الدراسات السابقة:

#### الدراسات التي تناولت مرونة الأنا وبعض المتغيّرات:

هدفت دراسة بني خالد وملحم (٢٠٢٣) إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الفاعلية الذاتية الانفعالية ومرونة الأنا لدى الطلبة المراهقين في الأردن. تكوّنت العيّنة من ٥١١ طالباً وطالبة من الصفوف: (التاسع، والعاشر، والأول الثانوي)، خلال الفصل الدراسي الأول ٢٠٢٠، أُختيروا بالطريقة الطبقية العشوائية. ولتحقيق

أهداف الدراسة؛ استخدم مقياسي: (الفاعلية الذاتية الانفعالية، ومرونة الأنا). أسفرت النتائج عن وجود مستوى مرتفع من الفاعلية الذاتية الانفعالية ومرونة الأنا لدى الطلبة المراهقين، وعدم وجود فروق دالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس في جميع مجالات الفاعلية الذاتية الانفعالية، وفي بُعد: التنظيم المثالي لمرونة الأنا، باستثناء التعامل الفاعل مع انفعالات الآخرين للكفاءة الذاتية الانفعالية، والانفتاح على الخبرة لمرونة الأنا، حيث كان لدى الإناث أعلى من الذكور، ولا توجد فروق تُعزى لمتغير الصف في جميع مجالات الفاعلية الذاتية الانفعالية، وجميع مجالات مرونة الأنا، بينما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين فاعلية الذات الانفعالية ومرونة الأنا لدى الطلبة المراهقين.

وتناولت دراسة الشريبي (٢٠٢٤) تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال مريضى السرطان بهدف خفض الضغوط النفسية لديهن، وما يترتب على ذلك من تحسين الجوانب النفسية، وطبقت الباحثة مقياس المرونة النفسية، ومقياس الضغوط، كلاهما من إعداد الباحثة، وتم تطبيقهما على عينة من ١٥٠ من الأمهات، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في إثراء المرونة وخفض الضغوط لدى العينة التجريبية.

وهدفت دراسة البياضية والضلاعين (٢٠٢٤) إلى تعرف مستوى المرونة النفسية لمريضات السرطان قيد العلاج، ولتحقيق أهدافها؛ تم تطوير مقياس المرونة النفسية. استخدم المنهج الوصفي التحليلي، وتكون مجتمع الدراسة من جميع مريضات السرطان قيد العلاج المدرجة أسماؤهن في سجلات جمعية نبض الحياة في محافظة الكرك، وعددهن (٣٠٠) مريضة، أختير منهن (٣٠) مريضة كعينة استطلاعية لإجراءات الصدق والثبات، وتم عرض الدراسة على عينة مسحية من مريضات السرطان بلغ حجمها (٦٦) مريضة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة النتائج الآتية: أن مستوى المرونة النفسية لدى مريضات السرطان قيد العلاج في محافظة الكرك؛ جاء متوسطاً، وعدم وجود اختلافات في تصوّرات المريضات في مستوى المرونة النفسية تُعزى لمتغيري: (الحالة الاجتماعية، والعمر).

وأجرت توران ودورال (Turan and Dural (2025) دراسة مقطعية ارتباطية لبحث آثار الرفاهية الروحية على قلق الموت والمرونة النفسية لدى مريضى السرطان. وذلك على عينة مكونة من ٢٦٠ مريضاً بالسرطان، تم إدخالهم إلى العيادة الخارجية لعلم الأورام وأمراض الدم في مستشفى جامعي في شرق تركيا، بين أكتوبر ٢٠٢١ وأبريل ٢٠٢٢. تم جمع البيانات باستخدام "نموذج المعلومات الشخصية"، و"مقياس الرفاهية الروحية (FACIT-sp)، ومقياس قلق الموت (DAS)، ومقياس المرونة الموجزة (BRS). وقد وُجد أن مريضى السرطان يتمتعون بمستوى متوسط من الرفاهية الروحية والمرونة النفسية وارتفاع مستوى قلق الموت. كما وُجد أن قلق الموت والمرونة النفسية لدى مريضى السرطان يزدادان مع تحسّن حالتهم النفسية.

وهدفت دراسة شين وجو (Shin and Jo (2025) إلى إيجاد تأثير جودة النوم والمرونة على جودة حياة مريضى السرطان. حيث جمعت البيانات من سبتمبر إلى نوفمبر ٢٠٢٣، من خلال استبانات وُزعت على ١٥٨ مريضاً بالسرطان. حيث أكّدت نتائج هذه الدراسة أن جودة نوم مريضى السرطان، ومرونتهم، وتكرار إصابتهم

بالسرطان؛ أثّرت على جودة حياتهم. بناءً على نتائج هذه الدراسة، يمكن تطوير استراتيجيات تدخّل ترميضية خاصة بكلّ مريض، وتطبيقها لتحسين جودة حياة مريض السرطان.

وجنّدت دراسة سونغ وآخرين (Song et al. (2025) مجموعةً تكوّنت من ٤٧٦ مريضةً، مُشخّصات حديثاً بسرطان الثدي، بين يناير ٢٠١٧ وأغسطس ٢٠١٨، من مستشفى أكاديمي واحد في سيول- كوريا. قُيّمت نماذج خُماسيّة العوامل لسمات الشخصية في البداية. أُجريت تقييمات جودة الحياة قبل الجراحة وحتى ١٨ شهرًا بعدها. استُخدم تحليل المجموعات K-means لبناء مجموعات شخصية. قُورنت مسارات جودة الحياة طويلة المدى في مجموعات BCS بين المجموعات، مع تعديل المرونة الفردية. علاوة على ذلك، حُسبت درجة المخاطر متعدّدة الجينات (PRS) للعصائية، أشار تحليل المجموعات إلى نتائج تأثير سمات الشخصية الفردية على جودة الحياة على المدى الطويل لدى مريض سرطان الثدي. وتشير هذه النتائج إلى إمكانية تطبيق تدخّلات مُستهدفة لتحسين جودة الحياة على المدى الطويل بناءً على سمات الشخصية المُخصّصة.

#### الدراسات التي تناولت الدافعية النفسية:

هدفت دراسة كريبر (Krebber et al. (2017) استكشاف العلاقات بين سلوك ممارسة الرياضة بين الناجيات من سرطان الثدي وثلاثة مفاهيم سلوكية من نظريات متميزة: الكفاءة الذاتية من نظرية المعرفة الاجتماعية، والدافعية من نظرية تقرير المصير، والعادات من نظرية العادة. حيث شارك المرضى في البرنامج التدخلي لأسباب داخلية (مثل مساعدة الذات) وأخرى خارجية (مثل طلب أحد المتخصصين في الرعاية الصحية أو للمساهمة في تحسين الرعاية الصحية). وأشار المشاركون إلى تجارب إيجابية وسلبية مع البرنامج. فقد اعتبر العديد منهم المشاركة وسيلة ممتعة للعمل على الذات، بينما وصفها آخرون بأنها مواجهة مباشرة. وأعرب البعض عن خيبة أملهم لشعورهم بأن البرنامج لم يُحقّق لهم أي فائدة أو أنهم شعروا بتدهور حالتهم مؤقتًا، لكن معظم المشاركين لاحظوا نتائج إيجابية للبرنامج (مثل الشعور براحة أكبر وتعلم ما هو مهم في الحياة).

كان الغرض من دراسة حسيني وآخرين (Hosseini et al. (2021) استكشاف معنى الدافع للشفاء لدى مريض السرطان، تم استخدام منهج البحث النوعي لتصميم للدراسة. جُمعت البيانات باستخدام مقابلات فردية شبه منظمة، واستُخلصت المواضيع منها باستخدام أسلوب تحليل المحتوى الاستقرائي. شملت العينة ٣٤ مريضاً بالسرطان، و ٤ من أفراد أسرهم، وأخصائيًا نفسيًا، وطبيب أورام، و ٣ ممرضات. أُجريت المقابلات مع المشاركين في عيادات السرطان أو أقسام العلاج الكيميائي، واسفرت النتائج عن أن الدافع النفسي يلعب دورًا حيويًا في قدرة الشخص على الشفاء، وتم تحديد ثلاثة محاور رئيسية وسبع فئات. وتم تحديد المحاور على النحو التالي: (١) الرغبة في البقاء، (٢) روح التفاؤل، (٣) الانتماء والمسؤولية، وإن فهمًا أفضل للدافعية من شأنه أن يُحسّن الدعم النفسي والاجتماعي في ترميض الأورام.

كان الهدف من دراسة دوروسيني (Durosini et al. (2021 فهم أولي لعملية تغير الدوافع لدى متعافيات السرطان اللواتي شاركن في تدخل رياضي لتعزيز جودة حياتهن، وذلك باستخدام منهجية النظرية المجذرة (الترميز المفتوح، والترميز المحوري، والترميز الانتقائي)، لوصف عملية تغير الدوافع خلال مشاركة النساء في التدخل النفسي لتحسين جودة حياتهن. من بين ١٤ امرأة أُجريت معهن مقابلات، أفادت ١٣ منهن بتغير دوافعهن للمشاركة خلال الأشهر الأولى من الانخراط، حيث تحولت معظم هذه الدوافع من فردية إلى جماعية (أي من الاهتمام بالذات إلى تكوين صداقات مع المشاركات الأخريات وإثراء عضوية المجموعة)، ومن النمو البدني إلى النمو النفسي (أي السعي ليس فقط إلى الصحة البدنية، بل أيضاً إلى تحقيق الذات). وتوضح هذه المناقشة الجوانب الأولية لعملية تغير الدافع، وتُبرز أهمية رصد ديناميكيات الدافع ضمن التدخلات النفسية.

هدفت دراسة سيبري وبرافيتوني (Sebri and Pravettoni (2022) انخراط المشاركات في مشروع لتحسين دوافعهن الذاتية وذلك بتصميم برامج ترويجية خاصة تعتمد على النشاط البدني والجلسات النفسية؛ لدعم جودة حياة ورعاية الناجيات من سرطان الثدي، أجابت خمس وأربعون امرأة لديهن تاريخ إصابة بسرطان الثدي على بعض الأسئلة قبل البرنامج وبعده، وتم تحليل النتائج وفقاً لإجراءات التحليل الموضوعي. حيث برزت الرفاهية البدنية والنفسية كموضوعين رئيسيين من المشاركات، وتوصلت النتائج إلى أهمية مراعاة احتياجات ودوافع مريضات سرطان الثدي للمشاركة في التدخلات الرامية إلى تعزيز جودة الحياة.

### التعقيب على الدراسات السابقة:

تتفق الدراسات والأدبيات السابقة على ضرورة الاهتمام والتدخل المبكر لمُرضى السرطان من لحظة اكتشاف المرض؛ للرفع من كفاءة التكيف والدافعية النفسية لتحسين جودة الحياة على المدى الطويل، من أجل تعزيز تقبل التغيرات الحياتية والجسدية والعلاجية، كما يُروّدهم بالقدرة على التعايش مع التجارب مهما كانت مؤلمة، ومقاومة النزعات نحو الاستسلام والانفعال العاطفي التي قد تُفاقم القلق والاكتئاب والانعزال الاجتماعي، فضلاً عن الخوف من الظروف الجديدة والمتغيرة.

حيث اتفقت الدراسات جميعها تقريباً على العينة من مُرضى السرطان؛ للكشف عن العلاقة الارتباطية بين الفاعلية الذاتية الانفعالية ومرونة الأنا، كما في دراسة (بني خالد وملحم، ٢٠٢٣)، والتعرّف على مستوى المرونة النفسية لمريضات السرطان قيد العلاج كما في دراسة (البياضية والضلاعين، ٢٠٢٤)، وآثار الرفاهية الروحية على قلق الموت والمرونة النفسية لدى مُرضى السرطان، كما في الدراسة المقطعية لتوران ودورال (Turan and Dural (2025، ودراسة سونغ وآخرين (Song et al. (2025 للكشف عن سمات الشخصية الفردية على جودة الحياة على المدى الطويل لدى مُرضى سرطان الثدي.

ودراسة ياسين وآخرين (٢٠١٧) للكشف عن علاقة تمكين الذات بمجموعة من المتغيرات الديموجرافية، والكشف عن درجة إدارة الألم التي تحدّد تمكين الذات لمريضات سرطان الثدي، ماعدا دراسة الشرييني (٢٠٢٤)

التي تناولت تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال مَرْضَى السرطان بهدف خَفْض الضغوط النفسية لديهم، وما يترتب على ذلك من تحسين الجوانب النفسية للمَرْضَى، واستُخدم المنهج الوصفي في أغلبية الدراسات التي تمَّ الاطِّلاع عليها، عدا دراسة الشربيني (٢٠٢٤) التي استخدمت المنهج شبه التجريبي لتطبيق البرنامج، وتنوّعت المقاييس المستخدمة ووسائل جمع البيانات باختلاف أهداف الدراسات، وكشفت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين فاعليّة الذات الانفعالية ومرونة الأنا لدى الطلبة المراهقين كما في دراسة (بني خالد وملحم، ٢٠٢٣)، وأظهرت النتائج فاعليّة البرنامج في إثراء المرونة وخَفْض الضغوط لدى العيّنة التجريبية كما في دراسة الشربيني (٢٠٢٤) التي كشفت عن أهمية تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال مَرْضَى السرطان بهدف خَفْض الضغوط النفسية لديهم، وما يترتب على ذلك من تحسين الجوانب النفسية، كما أسفرت نتائج دراسة البياضية والضلاعين (٢٠٢٤) أن مستوى المرونة النفسية لدى مريضات السرطان قيّد العلاج في محافظة الكرك؛ جاء متوسطاً، وعدم وجود اختلافات في تصوّرات المريضات في مستوى المرونة النفسية تُعزّي لتغيّري: (الحالة الاجتماعية، والعمر).

وقد وُجِدَ أن مَرْضَى السرطان يتمتّعون بمستوى متوسط من الرفاهية الروحية والمرونة النفسية وارتفاع مستوى قلق الموت، كما وُجِدَ أن قلق الموت والمرونة النفسية لدى مَرْضَى السرطان يزدادان مع تحسّن حالتهم النفسية كما في دراسة (Turan & Dural, 2025)، بينما أكّدت نتائج دراسة شين وجو (Shin and Jo, 2025) أن جودة نوم مَرْضَى السرطان، ومرونتهم، وتكرار إصابتهم بالسرطان؛ أثّرت على جودة حياتهم. أشارت نتائج تأثير سمات الشخصية الفردية على جودة الحياة على المدى الطويل لدى مَرْضَى سرطان الثدي، وتشير هذه النتائج إلى إمكانية تطبيق تدخّلات مُستهدفة لتحسين جودة الحياة على المدى الطويل بناءً على سمات الشخصية المُخصّصة كما في دراسة (Song et al., 2025)، وخلصت أيضاً دراسة ياسين وآخرين (٢٠١٧) إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والمستوى التعليمي ونوع العلاج المستخدم تبعاً لتمكين الذات بمكوّناته لمريضات سرطان الثدي، وأنه يُسهم التغلّب على الألم بنسبة إسهام إيجابية دالة للتنبؤ بمستوى تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي.

كما هدفت الدراسات إلى أهمية استكشاف الدافعية النفسية لمريضات السرطان والعمل على تحسينها، بتقديم العون الجسدي والنفسي من خلال البرامج والفعاليات الترويجية، كدراسة كلٍّ من: (Durosini, et al., 2021; Hosseini, et al., 2021; Krebber, et al., 2017; Sebri & Pravettoni, 2022).

استفادت الباحثة من الأدبيات السابقة في منهجية البحث الحالي، والإطار النظري، وإعداد الأدوات؛ لكن تختلف من حيث إيجاد العلاقة بين متغيّري مرونة الأنا والدافعية النفسية لدى عينة من مَرْضَى السرطان بالمملكة، مما يسهم في فتح الباب لمزيدٍ من البحوث؛ لتعزيز الدعم النفسي والجسدي لأفراد العينة.

## الطريقة والإجراءات:

### منهج البحث:

استخدم البحث الحالي المنهج الوصفي التحليلي الارتباطي الفارقي؛ نظرًا لمناسبته لأهداف وطبيعة البحث.

### مجتمع البحث:

تكوّن مجتمع البحث من جميع المرضى المصابين بالسرطان بمدينة مكة المكرمة، ممن يتلقون الرعاية الصحية أو المتابعة العلاجية خلال فترة تطبيق البحث.

### عينة البحث:

تكوّنت عينة البحث من (٥٠) مريضاً/مريضةً بالسرطان بمدينة مكة المكرمة. بمتوسط عمري (٤٨,٢٩) عامًا وانحراف معياري تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة، وفيما يأتي وصف العينة:

#### جدول 1

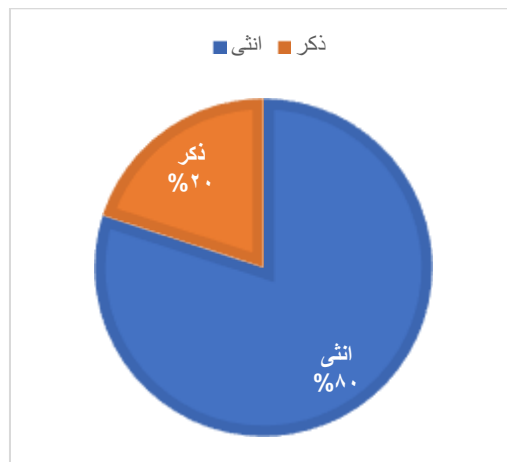
توزيع العينة وفقًا للنوع

| النوع    | العدد | النسبة |
|----------|-------|--------|
| أنثى     | 40    | 80.0   |
| ذكر      | 10    | 20.0   |
| الإجمالي | 50    | 100.0  |

يشير جدول (١): إلى توزيع أفراد العينة وفق متغير النوع، حيث بلغ عدد الإناث (٤٠) بنسبة مئوية قدرها (٨٠,٠٪)، في حين بلغ عدد الذكور (١٠) بنسبة مئوية قدرها (٢٠,٠٪)؛ ليصبح إجمالي أفراد العينة (٥٠) مفحوصًا بنسبة (١٠٠٪). وتوضح هذه النتائج أن غالبية أفراد العينة من الإناث، وهو ما قد يعكس طبيعة الفئة المتاحة للبحث، أو ارتفاع نسبة مشاركة الإناث مقارنة بالذكور في التطبيق الميداني للبحث.

#### شكل 1

توزيع العينة وفقًا للنوع



## جدول 2

توزيع العينة وفقاً لنوع الإصابة

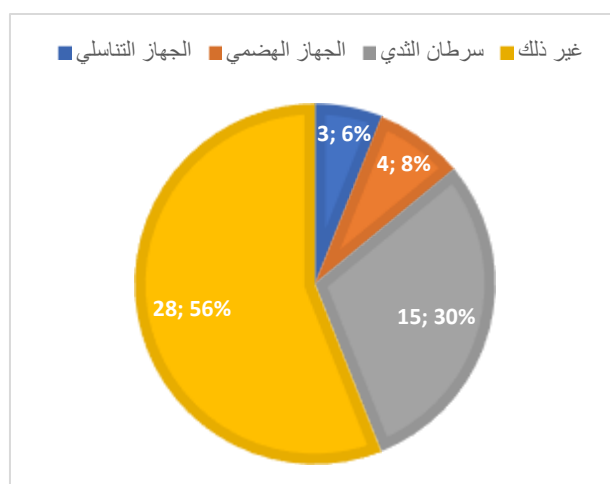
| نوع الإصابة     | العدد | النسبة |
|-----------------|-------|--------|
| الجهاز التناسلي | 3     | 6.0    |
| الجهاز الهضمي   | 4     | 8.0    |
| سرطان الثدي     | 15    | 30.0   |
| غير ذلك         | 28    | 56.0   |
| الإجمالي        | 50    | 100.0  |

يشير جدول (٢): إلى توزيع أفراد العينة وفقاً لنوع الإصابة، حيث يتبين أن أعلى نسبة من أفراد العينة كانوا ضمن فئة "غير ذلك" بعدد (٢٨) مفحوصاً ونسبة (٥٦,٠٪)، تليها فئة سرطان الثدي بعدد (١٥) مفحوصاً ونسبة (٣٠,٠٪)، ثم فئة الجهاز الهضمي بعدد (٤) مفحوصين ونسبة (٨,٠٪)، وأخيراً، فئة الجهاز التناسلي بعدد (٣) مفحوصين ونسبة (٦,٠٪).

وتشير هذه النتائج إلى تنوع حالات الإصابة داخل العينة، مع غلبة الحالات المصنفة ضمن "غير ذلك"، وهو ما يعكس تعدد أنواع السرطان أو الحالات المرضية المشمولة في البحث، بالإضافة إلى ارتفاع تمثيل حالات سرطان الثدي مقارنةً ببقية الأنواع.

## شكل 2

توزيع العينة وفقاً لنوع الإصابة



## جدول 3

توزيع العينة وفقاً للحالة الاجتماعية

| الحالة الاجتماعية | العدد | النسبة |
|-------------------|-------|--------|
| متزوج/ة           | 24    | 48%    |
| مطلق/ة            | 10    | 20%    |
| غير متزوج/ة       | 9     | 18%    |

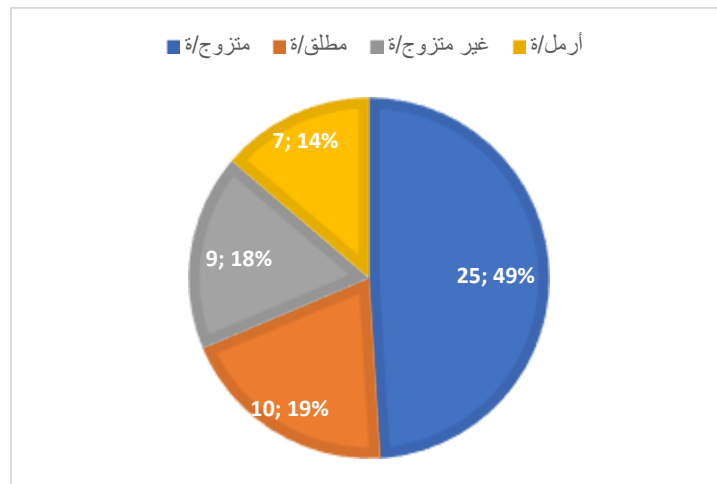
| الحالة الاجتماعية | العدد | النسبة |
|-------------------|-------|--------|
| أرمل/ة            | 7     | 14%    |
| الإجمالي          | 50    | 100.0  |

يشير جدول (٣): إلى توزيع أفراد العينة وفقاً للحالة الاجتماعية، حيث يتضح أن فئة المتزوجين/المتزوجات جاءت في المرتبة الأولى بعدد (٢٤) مفحوصاً ونسبة (٤٨٪) من إجمالي أفراد العينة، تلتها فئة المطلّقين/المطلّقات بعدد (١٠) مفحوصين ونسبة (٢٠٪). كما بلغ عدد غير المتزوجين/غير المتزوجات (٩) مفحوصين بنسبة (١٨٪)، في حين جاءت فئة الأرمال في المرتبة الأخيرة بعدد (٧) مفحوصين ونسبة (١٤٪) من إجمالي أفراد العينة.

ويشير ذلك إلى أن ما يقرب من نصف أفراد العينة من المتزوجين/المتزوجات، وهو ما يعكس ارتفاع تمثيل هذه الفئة مقارنةً ببقية الفئات الاجتماعية، في حين توزعت النسبة المتبقية بين المطلّقين وغير المتزوجين والأرامل بنسب متفاوتة، مما يدل على تنوع الحالات الاجتماعية لأفراد العينة؛ الأمر الذي قد يسهم في توفير تمثيل أكثر شمولاً للخصائص الاجتماعية المرتبطة بمتغيرات الدراسة.

### شكل 3

توزيع العينة وفقاً للحالة الاجتماعية



### أدوات البحث:

لتحقيق أهداف البحث؛ اعتمدت الباحثة على الأدوات الآتية:

أولاً: مقياس مرونة الأنا لدى مريض السرطان إعداد الباحثة (٢٠٢٥):

يهدف المقياس إلى تقييم مرونة الأنا لدى مريض السرطان، واعتمدت الباحثة في بناء المقياس على النظريات المعاصرة لمرونة الشخصية ومرونة الأنا، ولا سيما أعمال كلٍّ من: بلوك وكريمين Block and Kremen (1996)، وبونانو (2004) Bonanno، وروتر (1987) Rutter، التي تؤكد قدرة الفرد على التكيف مع الظروف الصعبة، والتحكّم في الاستجابات الانفعالية، والاستفادة من التجارب الصعبة كفرص للنمو الشخصي.

تكوّن المقياس في صورته الأولى من (٢٥) فقرة موزعة على أربعة أبعاد رئيسة، ويُجاب عنه وفق مقياس ليكرت ليكرت الخماسي (دائمًا=٥، غالبًا=٤، أحيانًا=٣، نادرًا=٢، أبدًا=١) للعبارة الموجبة، وتُصحح العبارات السالبة في الاتجاه العكسي. وفيما يأتي عرض لأبعاد المقياس:

- بُعد الوعي الذاتي: يتضمّن ١١ عبارة، ويقيس قدرة الفرد على التعرف على مشاعره وأفكاره، وإدارة الذات، والتكيف مع المواقف الصعبة.
  - بُعد تكوين العلاقات: يتضمّن ٥ عبارات، ويقيس قدرة الفرد على بناء علاقات صحيّة ومستقرة، والحفاظ عليها رغم الضغوط، والاستفادة من الدعم الاجتماعي.
  - بُعد التوازن: ويتضمّن ٤ عبارات، ويقيس قدرة الفرد على إدارة الانفعالات، والحفاظ على استقرار المشاعر، والتفاعل المتزن مع البيئة المحيطة.
  - بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي: ويتضمّن ٥ عبارات، ويقيس قدرة الفرد على تحويل التحدّيات إلى فرص للنمو، واستخدام المرونة الفكرية والإبداعية لحلّ المشكلات اليومية.
- وقد تمّ عرض المقياس على مجموعة من المحكّمين المختصّين، وبناءً على آراء المحكّمين؛ تمّ إجراء التعديلات المقترحة التي حظيت بنسبة اتّفاق بلغت (٨٠٪)، حيث أُعيدت صياغة بعض العبارات، بما يعزّز دقّة القياس ووضوحه.

#### صدق الاتساق الداخلي:

للتحقّق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس مرونة الأنا، تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه بعد استبعاد درجتها من مجموع البُعد، وكذلك بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، ويُعد هذا الإجراء من المؤشرات المهمة لصدق البناء الداخلي، إذ يوضح مدى اتساق العبارات مع أبعادها ومع المقياس ككل، وجدول (٤) التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول 4

معاملات ارتباط عبارات مقياس مرونة الأنا بأبعادها وبالدرجة الكلية للمقياس

| البعد        | العبارة | الارتباط بالبُعد | الارتباط بالدرجة الكلية | البعد          | العبارة | الارتباط بالبُعد | الارتباط بالدرجة الكلية |
|--------------|---------|------------------|-------------------------|----------------|---------|------------------|-------------------------|
| الوعي الذاتي | 1       | 0.695**          | 0.765**                 | تكوين العلاقات | 12      | 0.753**          | 0.804**                 |
|              | 2       | 0.042            | -0.022                  |                | 13      | 0.726**          | 0.653**                 |
|              | 3       | 0.836**          | 0.896**                 |                | 14      | 0.776**          | 0.855**                 |
|              | 4       | 0.716**          | 0.745**                 |                | 15      | 0.498**          | 0.539**                 |
|              | 5       | 0.675**          | 0.769**                 |                | 16      | 0.840**          | 0.768**                 |
|              | 6       | -0.146           | -0.122                  | التوازن        | 17      | 0.775**          | 0.786**                 |
|              | 7       | -0.140           | -0.156                  |                | 18      | 0.837**          | 0.772**                 |
|              | 8       | 0.819**          | 0.842**                 |                | 19      | 0.443**          | 0.578**                 |
|              | 9       | 0.775**          | 0.878**                 |                | 20      | 0.838**          | 0.767**                 |
|              | 10      | 0.491**          | 0.650**                 | التفكير        | 21      | 0.827**          | 0.781**                 |
|              | 11      | 0.666**          | 0.749**                 |                | 22      | 0.878**          | 0.874**                 |



| البُعد                    | معامل ألفا كرونباخ | معامل التجزئة النصفية | معامل سبيرمان-براون |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|
| التفكير الإيجابي الإبداعي | 0.824              | 0.807                 | 0.812               |
| الدرجة الكلية للمقياس     | 0.853              | 0.835                 | 0.867               |

يتضح من الجدول (٦): أن معاملات الثبات لمقياس مرونة الأنا جاءت مرتفعة ومقبولة سيكومترياً؛ إذ تراوحت قيم معامل ألفا كرونباخ بين (٠,٨٥٦)، لبُعد الوعي الذاتي و(٠,٨٢٤) لبُعد التفكير الإيجابي الإبداعي، في حين بلغ معامل ألفا للدرجة الكلية للمقياس (٠,٨٥٣)، وهي قيمة مرتفعة تعكس درجة عالية من الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس وأبعاده الرئيسة والفرعية. كما تراوحت قيم معامل التجزئة النصفية بين (٠,٦١١) لبُعد الوعي الذاتي و(٠,٨٣٥) للدرجة الكلية للمقياس، مما يشير إلى مستوى جيد من التجانس بين نصفي المقياس. كذلك تراوحت معاملات الثبات المصححة باستخدام معادلة سبيرمان-براون بين (٠,٧٥٨ : ٠,٨٦٧)، حيث سجل بُعد الوعي الذاتي أقل قيمة، في حين سجلت الدرجة الكلية للمقياس أعلى قيمة، وهو ما يدل على تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الاستقرار والثبات.

وبوجه عام، تشير هذه النتائج إلى أن أبعاد مقياس مرونة الأنا والدرجة الكلية تتمتع بمستويات مرتفعة من الثبات، الأمر الذي يؤكد صلاحية المقياس للتطبيق على عينة البحث الأساسية، ويعزز الثقة في النتائج التي يمكن التوصل إليها من خلاله.

#### ثانياً: مقياس الدافعية النفسية لدى مَرْضَى السرطان إعداد الباحثة (٢٠٢٥):

يهدف المقياس إلى تقييم الدافعية النفسية لدى مَرْضَى السرطان، واعتمدت الباحثة في بناء مقياس الدافعية النفسية على الإطار التكاملي لنظريات الدافعية النفسية، ولا سيما نظرية تحديد الذات لـ ديتشي ورايان (Deci & Ryan)، ونظرية التعلم الاجتماعي لـ باندورا (Bandura)، حيث تمّ توظيف هذه التصورات النظرية في تحديد أبعاد المقياس وصياغة عباراته بما يتلاءم مع الخصوصية النفسية والصحية لمَرْضَى السرطان. وتكوّن المقياس في صورته الأولى من (٢٥) فقرة يُجاب عنها وفق تدرّج ليكرت الخماسي (دائماً=٥، غالباً=٤، أحياناً=٣، نادراً=٢، أبداً=١) للعبارات الموجبة، وتصحح العبارات السالبة في الاتجاه العكسي موزعة على أربعة أبعاد رئيسة تمثّل الجوانب المختلفة للدافعية النفسية، وذلك على النحو الآتي:

- البُعد السلوكي: يتضمّن ٨ عبارات، ويركّز على الاستجابات الظاهرة، والمثابرة، وتوجيه السلوك نحو الهدف.
- البُعد المعرفي: يتضمّن ٥ عبارات، ويؤكد دور التفكير، والتوقعات، وتحديد الأهداف، وتفسير الخبرات في توجيه السلوك.
- البُعد الإنساني: يتضمّن ٦ عبارات، ويؤكد على الحرّية الشخصية، وتحقيق الذات، والنمو النفسي، والقدرة على اتخاذ القرار.

- البُعد الاجتماعي: ويتضمن ٦ عبارات، ويؤكد على أثر التفاعل الاجتماعي، والنَّمذجة، والدعم الاجتماعي في تعزيز الدافعية.

وتمَّ التحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على مجموعة من المحكِّمين المختصِّين، وبناءً على آرائهم؛ تمَّ إجراء التعديلات المقترحة التي حظيت بنسبة اتِّفاق بلغت (٨٠٪)، حيث أُعيدت صياغة بعض العبارات.

### صدق الاتساق الداخلي:

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الدافعية النفسية، تمَّ حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة العبارة من مجموع البُعد، وكذلك بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، ويُعد هذا الإجراء من المؤشرات المهمة لصدق البناء الداخلي، إذ يوضح مدى اتساق العبارات مع أبعادها ومع المقياس ككل، وجدول (٧) التالي يوضح ذلك:

جدول 7

معاملات ارتباط عبارات مقياس الدافعية النفسية بأبعادها وبالدرجة الكلية للمقياس

| البعد    | رقم العبارة | الارتباط بالبُعد | الارتباط بالدرجة الكلية | البعد     | رقم العبارة | الارتباط بالبُعد | الارتباط بالدرجة الكلية |
|----------|-------------|------------------|-------------------------|-----------|-------------|------------------|-------------------------|
| السلوكي  | 1           | 0.553**          | 0.440**                 | المعرفي   | 9           | 0.484**          | 0.343*                  |
|          | 2           | 0.100            | 0.121                   |           | 10          | 0.454**          | 0.680**                 |
|          | 3           | 0.626**          | 0.671**                 |           | 11          | 0.591**          | 0.734**                 |
|          | 4           | 0.575**          | 0.732**                 |           | 12          | 0.636**          | 0.598**                 |
|          | 5           | 0.825**          | 0.762**                 |           | 13          | 0.716**          | 0.868**                 |
|          | 6           | 0.073            | 0.631**                 |           |             |                  |                         |
|          | 7           | 0.630**          | 0.795**                 |           |             |                  |                         |
|          | 8           | 0.712**          | 0.631**                 |           |             |                  |                         |
| الإنساني | 14          | 0.548**          | 0.877**                 | الاجتماعي | 20          | 0.779**          | 0.672**                 |
|          | 15          | 0.627**          | 0.489**                 |           | 21          | 0.835**          | 0.787**                 |
|          | 16          | 0.600**          | 0.665**                 |           | 22          | 0.868**          | 0.802**                 |
|          | 17          | 0.619**          | 0.557**                 |           | 23          | 0.635**          | 0.564**                 |
|          | 18          | 0.675**          | 0.719**                 |           | 24          | 0.721**          | 0.839**                 |
|          | 19          | 0.075            | 0.086                   |           | 25          | 0.792**          | 0.798**                 |

(\*\*) دال إحصائيًا عند مستوى (0.01).

(\*) دال إحصائيًا عند مستوى (0.05).

يتضح من الجدول (٧): أن غالبية عبارات مقياس الدافعية النفسية ارتبطت ارتباطًا موجبًا ودالًا إحصائيًا بأبعادها وبالدرجة الكلية للمقياس، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي وصدق البناء. كما تبين وجود بعض العبارات التي لم تحقق معاملات ارتباط دالة إحصائية، وهي العبارة (2) والعبارة (6) من البعد السلوكي، والعبارة (19) من البعد الإنساني، وهو ما يشير إلى عدم اتساقها مع الاتجاه العام للبُعد الذي تنتمي إليه، وبناءً على ذلك تم استبعادها عند إعداد الصورة النهائية للمقياس، في حين تؤكد بقية النتائج صلاحية معظم العبارات لمقياس الأبعاد المستهدفة.

كما تمَّ حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس؛ وذلك للتحقق من مدى إسهام كل بُعد في قياس البناء الكلي الذي وُضع المقياس لقياسه، والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

## جدول 8

معاملات ارتباط أبعاد مقياس الدافعية النفسية بالدرجة الكلية للمقياس

| البعد           | معامل الارتباط (ر) |
|-----------------|--------------------|
| البعد السلوكي   | 0.894**            |
| البعد المعرفي   | 0.841**            |
| البعد الإنساني  | 0.799**            |
| البعد الاجتماعي | 0.880**            |

(\*\*) دال إحصائياً عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول (٨): أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الدافعية النفسية والدرجة الكلية للمقياس جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، حيث تراوحت قيمها بين (٠,٧٩٩) للبعد الإنساني و(٠,٨٩٤) للبعد السلوكي، وتشير هذه النتائج إلى وجود ارتباطات قوية بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، مما يعكس اتساق الأبعاد مع البناء النظري الذي يقيسه المقياس، ويؤكد تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من صدق البناء الداخلي، وصلاحيته لأبعاده لمقياس الدافعية النفسية لدى أفراد العينة.

### ثبات مقياس الدافعية النفسية:

للتحقق من ثبات مقياس الدافعية النفسية، تم استخدام طريقتين من أكثر أساليب الثبات شيوعاً في الدراسات النفسية والتربوية، هما: معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، وطريقة التجزئة النصفية (Split-Half Reliability)، مع تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان-براون (Spearman-Brown)، وذلك لكل بُعد من أبعاد المقياس وللدرجة الكلية.

## جدول 9

مؤشرات ثبات أبعاد مقياس الدافعية النفسية والدرجة الكلية

| البعد                 | معامل ألفا كرونباخ | معامل التجزئة النصفية | معامل سبيرمان-براون |
|-----------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|
| البعد السلوكي         | 0.772              | 0.749                 | 0.825               |
| البعد المعرفي         | 0.765              | 0.730                 | 0.793               |
| البعد الإنساني        | 0.752              | 0.703                 | 0.826               |
| البعد الاجتماعي       | 0.815              | 0.857                 | 0.844               |
| الدرجة الكلية للمقياس | 0.819              | 0.860                 | 0.857               |

يتضح من الجدول (٩): أن معاملات الثبات لمقياس الدافعية النفسية جاءت جميعها مرتفعة ومقبولة سيكومترياً، حيث تراوحت قيم معامل ألفا كرونباخ بين (٠,٧٥٢) للبعد الإنساني و(٠,٨١٥) للبعد الاجتماعي، بينما بلغ معامل ألفا للدرجة الكلية للمقياس (٠,٨١٩)، وهي قيمة مرتفعة تعكس درجة عالية من الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس. كما تراوحت قيم معامل التجزئة النصفية بين (٠,٧٠٣: ٠,٨٥٧)، والدرجة الكلية

(٠,٨٦٠) مما يشير إلى مستوى جيد من التجانس بين نصفي المقياس. كذلك تراوحت معاملات الثبات المصححة باستخدام معادلة سبيرمان-براون بين (٠,٨٢٥) للبعد السلوكي و(٠,٨٤٤) للبعد الاجتماعي، في حين بلغت (٠,٨٥٧) للدرجة الكلية للمقياس، وهي قيم تدل على تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات. وبوجه عام، تشير هذه النتائج إلى أن أبعاد مقياس الدافعية النفسية والدرجة الكلية تتمتع بمستويات مرتفعة من الثبات، الأمر الذي يؤكد صلاحية المقياس للاستخدام في التطبيق الميداني على عينة البحث الأساسية، ويعزز الثقة في النتائج التي يمكن التوصل إليها من خلاله.

#### نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها:

**نتائج السؤال الأول الذي ينصُّ على: ما مستوى مرونة الأنا لدى عينة من مرضى السرطان بمدينة مكة المكرمة؟**

للإجابة عن هذا السؤال، تمَّ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس مرونة الأنا وأبعاده الفرعية، وقد تمَّ تحديد مستوى الاستجابة وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي من خلال تقسيم مدى الدرجات (٥-١=٤) على عدد مستويات التقدير الثلاثة (منخفض، متوسط، مرتفع)، فكانت قيمة طول الفئة (١,٣٣). وبناءً عليه تمَّ تحديد مستويات التقدير على النحو الآتي:

- من (١,٠٠) إلى أقل من (٢,٣٣): مستوى منخفض.
- من (٢,٣٤) إلى أقل من (٣,٦٧): مستوى متوسط.
- من (٣,٦٨) إلى (٥,٠٠): مستوى مرتفع.

**جدول 10**

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة من مرضى السرطان على مقياس مرونة الأنا

| البعد                     | ن  | الحد الأدنى | الحد الأعلى | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|---------------------------|----|-------------|-------------|-----------------|-------------------|---------|
| الوعي الذاتي              | 50 | 1.00        | 5.00        | 4.03            | 0.63              | مرتفع   |
| تكوين العلاقات            | 50 | 1.00        | 5.00        | 4.44            | 0.68              | مرتفع   |
| التوازن                   | 50 | 1.00        | 5.00        | 4.36            | 0.78              | مرتفع   |
| التفكير الإيجابي الإبداعي | 50 | 1.00        | 5.00        | 4.48            | 0.76              | مرتفع   |
| مقياس مرونة الأنا ككل     | 50 | 1.00        | 5.00        | 4.11            | 0.63              | مرتفع   |

تشير نتائج الجدول (١٠): إلى أن مستوى مرونة الأنا لدى أفراد العينة جاء مرتفعاً على الدرجة الكلية للمقياس، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (٤,١١) بانحراف معياري قدره (٠,٦٣)، وهو ما يعكس تمتع مرضى السرطان بدرجة مرتفعة من مرونة الأنا، وعلى مستوى الأبعاد الفرعية، جاء بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤,٤٨) وانحراف معياري (٠,٧٧)، وبمستوى مرتفع، يليه بُعد تكوين العلاقات بمتوسط حسابي بلغ (٤,٤٤) وانحراف معياري (٠,٦٣)، ثم بُعد التوازن بمتوسط حسابي بلغ (٤,٣٦) وانحراف

معياري (٠,٧٨)، وأخيراً، بُعد الوعي الذاتي بمتوسط حسابي بلغ (٤,٠٣) وانحراف معياري (٠,٦٣)، وجميعها جاءت ضمن المستوى المرتفع.

وتدل هذه النتائج على أن أفراد العينة يتمتعون بقدرة جيدة على التكيف مع الضغوط والتحديات المرتبطة بالمرض، كما يمتلكون مستويات مرتفعة من التفكير الإيجابي، والقدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية الداعمة، والحفاظ على التوازن النفسي في مواجهة المواقف الصعبة، ويلاحظ أن هذا النمط من النتائج يعكس وجود موارد نفسية داخلية فعّالة لدى المرضى، تمكّنهم من إعادة تفسير المواقف الضاغطة بصورة أكثر إيجابية، والحد من الآثار الانفعالية السلبية المصاحبة للمرض، وقد يُعزى ذلك إلى أن تجربة التعايش مع المرض وما يصاحبها من تحديات نفسية وصحية تسهم في تنمية استراتيجيات تكيفية إيجابية تساعد المرضى على إعادة تنظيم خبراتهم الانفعالية والتعامل بمرونة مع متطلبات الحياة اليومية، بالإضافة إلى احتمالية استفادتهم من الدعم الأسري والاجتماعي والخدمات العلاجية والإرشادية المقدمة لهم، مما يعزز من قدرتهم على الصمود النفسي وتحقيق درجة أعلى من الاتزان الانفعالي في مواجهة الضغوط المستمرة.

كما يمكن تفسير ارتفاع مستوى مرونة الأنا لدى أفراد العينة في ضوء ما تشير إليه الأدبيات النفسية من أن المرونة النفسية تتعزز من خلال توافر مصادر الدعم الاجتماعي والأسري، والشعور بالأمل، والقدرة على إعادة تفسير المواقف الضاغطة بصورة أكثر إيجابية، فضلاً عن تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية والقدرة على مواجهة الأزمات. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات كلٍّ من: وبني خالد وملحم (٢٠٢٣)، والبياضية والضلاعين (٢٠٢٤)، والشربيني (٢٠٢٤)، وياسين وآخرين (٢٠١٧)، ليو وآخرين (2023) Luo et al.، وأوبسومر وآخرين (2022) Opsomer et al.، وشين وجو (2025) Shin and Jo، وسونغ وآخرين (2025) Song et al. التي أشارت إلى أن مرضى السرطان غالباً ما يُظهرون مستويات مرتفعة من المرونة النفسية عندما تتوافر لديهم الموارد الشخصية والاجتماعية الداعمة التي تساعدهم على التكيف الإيجابي مع المرض ومتطلباته العلاجية.

#### نتائج السؤال الثاني الذي ينصُّ على: ما مستوى الدافعية النفسية لدى عيّنة من مَرْضَى السرطان؟

للإجابة عن هذا السؤال؛ تمَّ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الدافعية النفسية سواء على مستوى الأبعاد أو الدجة الكلية، وقد رأت الباحثة تقسيم المستويات إلى ثلاثة أنواع: (مرتفع-متوسط-منخفض)، وقد تمَّ تحديد مستوى المتغيّرات لدى عيّنة البحث بناءً على المعيار التالي: تمَّ حساب مدى الدرجات (٥-١=٤)، وتمَّ تقسيمه على عدد المستويات (٤÷٣=١,٣٣)، وبعد ذلك، تمَّت إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس وهي واحد صحيح)؛ وذلك لتحديد الحدِّ الأعلى لكل مستوى، وهكذا أصبحت الفئات كما يأتي:

من ١ إلى أقل من ٢,٣٣ مستوى منخفض.  
من ٢,٣٤ إلى أقل من ٣,٦٧ مستوى متوسط.  
٣,٦٨ فأكثر مستوى مرتفع.

#### جدول 11

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة من مرضى السرطان على مقياس الدافعية النفسية (ن = ٥٠)

| المستوى | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الحد الأعلى | الحد الأدنى | ن  | البعد                      |
|---------|-------------------|-----------------|-------------|-------------|----|----------------------------|
| مرتفع   | 0.72              | 4.13            | 5.00        | 1.00        | 50 | البعد السلوكي              |
| مرتفع   | 0.73              | 4.13            | 5.00        | 1.00        | 50 | البعد المعرفي              |
| مرتفع   | 0.76              | 4.41            | 5.00        | 1.00        | 50 | البعد الإنساني             |
| مرتفع   | 0.71              | 4.33            | 5.00        | 1.00        | 50 | البعد الاجتماعي            |
| مرتفع   | 0.63              | 4.11            | 4.95        | 1.00        | 50 | مقياس الدافعية النفسية ككل |

أظهرت نتائج الجدول (١١): أن مستوى الدافعية النفسية لدى عينة من مرضى السرطان جاء مرتفعاً على الدرجة الكلية للمقياس، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤,١١) بانحراف معياري (٠,٦٣)، مما يشير إلى تمتع أفراد العينة بدرجة عالية من الدافعية النفسية بشكل عام، كما جاءت جميع الأبعاد الفرعية ضمن المستوى المرتفع، حيث تصدر البعد الإنساني المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (٤,٤١)، يليه البعد الاجتماعي (٤,٣٣)، ثم البعد السلوكي والمعرفي بمتوسط متقارب (٤,١٣ لكل منهما)، وهو ما يعكس اتساقاً نسبياً في مستويات الدافعية عبر أبعادها المختلفة، مع بروز واضح للجوانب الإنسانية والاجتماعية لدى أفراد العينة، ويُشير هذا النمط من النتائج إلى أن الدافعية النفسية لدى مرضى السرطان ترتبط بدرجة كبيرة بالعلاقات الإنسانية والدعم الاجتماعي، إضافة إلى الدوافع المرتبطة بالالتزام بالعلاج والسعي للحفاظ على جودة الحياة، وهو ما يعكس طبيعة التفاعل النفسي الإيجابي مع المرض.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء طبيعة مرض السرطان كأحد الأمراض المزمنة التي تتطلب من المريض مستوى مرتفعاً من التكيف النفسي والاستمرار في الالتزام بالعلاج لفترات طويلة، مما يعزز من تنشيط الدافعية الداخلية والخارجية على حد سواء. كما أن مسار العلاج وما يرتبط به من إجراءات طبية متكررة، وآثار جسدية ونفسية، يدفع المرضى إلى تطوير أنماط من التحمل النفسي وإعادة تنظيم أهدافهم الحياتية بما يتناسب مع متطلبات المرحلة المرضية، كما أن الدعم الاجتماعي والأسري يمثل عاملاً أساسياً في رفع مستوى الدافعية النفسية، حيث يساهم في تخفيف الضغوط النفسية وتحفيز المرضى على الاستمرار في مواجهة المرض. ويُضاف إلى ذلك أن شعور المريض بالاحتواء والتقدير من المحيطين به يعزز من إحساسه بالمعنى والقدرة على السيطرة النسبية على ظروفه الصحية، وهو ما ينعكس إيجاباً على مستوى التزامه بالعلاج واستجابته النفسية للمرض، ويُقوي من استمرارية الدافعية لديه رغم التحديات المستمرة التي يفرضها المرض.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه ريزو-كاسادو وآخرون (Ruiz-Casado et al. (2023 من أن الدافعية النفسية تُعد عاملاً مهماً في تحسين الظروف النفسية والسلوكية والاجتماعية لمريض السرطان أثناء العلاج الكيميائي، كما تتسق مع نتائج بوديسافليجيفيك وآخرين (Budisavljevic et al. (2024 التي أكدت أن تشخيص السرطان يُنشّط عمليات نفسية تتعلق بالتكيف مع الضغوط الحادة الناتجة عن المرض مقارنة بالأشخاص الأصحاء، كما تدعم هذه النتيجة ما توصل إليه ميشيلسين وإستش (Michaelson and Esch (2021 من أن مريض السرطان يحتاجون إلى مستويات مرتفعة من الدافعية منذ بداية التشخيص وحتى مراحل العلاج الطويلة، نظراً لطبيعة المرض المزمنة وما يتطلبه من تغييرات سلوكية واستباقية، وفي السياق ذاته، أشارت دراسات كلٍّ من: دوروسيني وآخرين (Durosini et al. (2021، وحسيني وآخرين (Hosseini et al. (2021، وكريبر وآخرين (Krebber et al. (2017، وسيبري وبرافيتوني (Sebri & Pravettoni (2022 أن المعرفة بالمرض، والخوف من الوصمة الاجتماعية، والتجارب المرتبطة بمشاهدة معاناة المرضى الآخرين؛ تمثل مصادر مهمة لتعزيز الدافعية النفسية لمريض السرطان، وهو ما يفسر الارتفاع الملحوظ في مستويات الدافعية لدى أفراد العينة الحالية. نتائج السؤال الثالث والذي ينص على: هل توجد فروق دالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة في مقياس مرونة الأنا تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية (الجنس، نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية)؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم تقسيم النتائج ومناقشتها وفقاً للمتغيرات الديموغرافية على النحو التالي:

#### أ) الفروق في مرونة الأنا وفقاً لمتغير الجنس:

للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث في أبعاد مقياس مرونة الأنا والدرجة الكلية، تم استخدام اختبار "ت" (t-test) للعينتين المستقلتين، ويوضح الجدول (١٢) النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول 12

نتائج اختبار "ت" للفروق في أبعاد مرونة الأنا والدرجة الكلية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور ن=١٠ / إناث ن=٤٠)

| البعد                     | الجنس | ن  | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) | درجات الحرية | مستوى الدلالة            |
|---------------------------|-------|----|-----------------|-------------------|----------|--------------|--------------------------|
| الوعي الذاتي              | ذكر   | 10 | 40.8            | 4.91              | 2.063    | 48           | 0.044<br>دالة عند (0.05) |
|                           | أنثى  | 40 | 45.17           | 6.22              |          |              |                          |
| تكوين العلاقات            | ذكر   | 10 | 21.31           | 2.02              | 0.422    | 48           | 0.675<br>غير دالة        |
|                           | أنثى  | 40 | 21.62           | 3.72              |          |              |                          |
| التوازن                   | ذكر   | 10 | 16.19           | 1.97              | 1.448    | 48           | 0.154<br>غير دالة        |
|                           | أنثى  | 40 | 17.13           | 3.35              |          |              |                          |
| التفكير الإيجابي الإبداعي | ذكر   | 10 | 20.2            | 4.1               | 2.103    | 48           | 0.041<br>دالة عند (0.05) |
|                           | أنثى  | 40 | 22.98           | 3.64              |          |              |                          |

| البعد                      | الجنس | ن  | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) | درجات الحرية | مستوى الدلالة |
|----------------------------|-------|----|-----------------|-------------------|----------|--------------|---------------|
| الدرجة الكلية لمرونة الأنا | ذكر   | 10 | 99.1            | 9.46              | 1.857    | 48           | 0.069         |
|                            | أنثى  | 40 | 108.2           | 14.6              |          |              | غير دالة      |

يتضح من الجدول (12): عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس مرونة الأنا؛ حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (1.857) بمستوى دلالة (0.069) وهو مستوى أكبر من (0.05) مما يعني انتفاء الدلالة إجمالياً، كما انعدمت الفروق الدالة في بُعدي تكوين العلاقات والتوازن؛ إلا أن النتائج كشفت بدقة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في بُعدين فرعيين، هما: بُعد الوعي الذاتي حيث بلغت قيمة (ت) (2.063) بمستوى دلالة 0.044، وبُعد التفكير الإيجابي الإبداعي بقيمة (ت) بلغت 2.103 ومستوى دلالة 0.041، وجاءت الفروق في كلا البُعدين لصالح الإناث اللاتي سجلن متوسطات حسابية أعلى (45.17 و 22.98)، مقارنة بالذكور (40.80 و 20.20).

ويُعزى تشابه مستويات مرونة الأنا بين الجنسين في قيمتها الكلية الإجمالية سيكولوجياً إلى صدمة التهديد الوجودي المشترك؛ إذ إن المعاناة من الأورام السرطانية كمرض مهدد للحياة تذيب الفروق الفردية والنمطية التقليدية القائمة على الجنس عند استدعاء آليات الدفاع والصمود الكلية للأنا. إلا أن التميز اللافت للإناث وتفوقهن الدال في بُعدي: (الوعي الذاتي، والتفكير الإيجابي الإبداعي)؛ يجد تفسيره السيكولوجي العميق في الخصائص البنائية والاجتماعية والانفعالية للمرأة؛ فالإناث يملكن تاريخياً في مجتمعاتنا مرونة أعلى في الإفصاح الانفعالي والالتحام بمكونات الذات ومراقبة المشاعر والتعبير عنها دون حرج (الوعي الذاتي)، مقارنة بالذكور الذين تفرض عليهم التنشئة والنمطية الاجتماعية كبت قلقهم وإظهار الصلابة الجامدة وتجنب مراجعة الضعف الداخلي مما يعطل وعيهم الذاتي بمشاعرهم أثناء الأزمة. هذا الانفتاح الانفعالي لدى المرأة يتيح للأنا فرصة إعادة تقييم الموقف المعرفي بمرونة أكبر، واستدعاء ميكانيزمات تفكير ابتكارية وتفاؤلية لتوليد بدائل تكيفية يومية مع بروتوكولات العلاج المضنية وصورة الجسد المتغيرة (التفكير الإيجابي الإبداعي)، مما يمنح الإناث تفوقاً تمايزياً في قنوات المرونة الفرعية وإن تساوين مع الذكور في الطاقة البقائية الكلية الإجمالية للأنا.

وتتسق هذه النتيجة في جزئيتها الكلية مع دراسة بني خالد وملحم (٢٠٢٣) في تأكيدها على استقرار البناء الإجمالي لمرونة الأنا عبر النوع الإنساني عند مجابهة الكروب المصيرية الشديدة. كما تتقاطع وتتكامل في تميز أبعادها الفرعية للإناث مع دراسة توران ودورال (2025) Turan and Dural التي أوضحت أن ديناميكيات التكيف مع السرطان ترتبط ببني الشخصية الأكثر عُموماً واستراتيجيات المعالجة الوجدانية، والتي تتمايز فيها النساء إيجابياً بفضل قدراتهن المتقدمة على الاستبصار الداخلي والتفعيل المرن لخيارات التفكير الإيجابي.

## ب) الفروق في مرونة الأنا وفقاً لمتغير نوع الإصابة بالسرطان (الجهاز الهضمي، الثدي، الجهاز التناسلي، أنواع أخرى):

لمعرفة دلالة الفروق الإحصائية في مرونة الأنا وأبعادها تبعاً لمتغير نوع الإصابة، تم إعادة توزيع العينة (ن=

٥٠) وتطبيق اختبار تحليل التباين (One-Way\ ANOVA)، وجاءت النتائج كما في جدول (١٣):

جدول 13

نتائج تحليل التباين الأحادي لأبعاد مرونة الأنا والدرجة الكلية وفقاً لنوع الإصابة بالسرطان (الجهاز الهضمي، الثدي، الجهاز التناسلي، أنواع أخرى) (ن = ٥٠)

| البعد                      | مصدر التباين   | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | مستوى الدلالة   | حجم الأثر ( $\eta^2$ ) |
|----------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|-----------------|------------------------|
| الوعي الذاتي               | بين المجموعات  | 383.57         | 3            | 127.86         | 3.929    | 0.014           | 0.204                  |
|                            | داخل المجموعات | 1496.93        | 46           | 32.54          |          | دالة عند (0.05) |                        |
| تكوين العلاقات             | بين المجموعات  | 15.12          | 3            | 5.04           | 0.491    | 0.690           | 0.031                  |
|                            | داخل المجموعات | 472.26         | 46           | 10.27          |          | غير دالة        |                        |
| التوازن                    | بين المجموعات  | 21.14          | 3            | 7.05           | 0.673    | 0.573           | 0.042                  |
|                            | داخل المجموعات | 482.16         | 46           | 10.48          |          | غير دالة        |                        |
| التفكير الإيجابي الابداعي  | بين المجموعات  | 115.14         | 3            | 38.38          | 3.141    | 0.034           | 0.170                  |
|                            | داخل المجموعات | 562.1          | 46           | 12.22          |          | دالة عند (0.05) |                        |
| الدرجة الكلية لمرونة الأنا | بين المجموعات  | 1346.06        | 3            | 448.69         | 2.449    | 0.076           | 0.138                  |
|                            | داخل المجموعات | 8429.16        | 46           | 183.24         |          | غير دالة        |                        |

يتضح من نتائج الجدول (١٣): وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في بُعدي الوعي الذاتي والتفكير الإيجابي الإبداعي تبعاً لنوع الإصابة بالسرطان، حيث بلغت قيمة (ف) للوعي الذاتي (٣,٩٢٩) عند مستوى دلالة (٠,٠١٤)، وبحجم أثر بلغ ( $\eta^2 = 0.204$ )، كما بلغت قيمة (ف) لبُعد التفكير الإيجابي الإبداعي (٣,١٤١) عند مستوى دلالة (٠,٠٣٤)، وبحجم أثر بلغ ( $\eta^2 = 0.170$ )، وتشير هذه النتائج إلى أن نوع الإصابة يسهم في تفسير نسبة متوسطة من التباين في هذين البعدين. وفي المقابل، لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في بُعدي تكوين العلاقات والتوازن، ولا في الدرجة الكلية لمرونة الأنا، مما يدل على أن مرونة الأنا بوصفها بناءً نفسياً عاماً تتسم بقدرٍ من الاستقرار النسبي عبر أنواع الإصابات السرطانية المختلفة.

ولتحديد اتجاه الفروق، تم حساب المقارنات البعدية في بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي وفق نوع الإصابة بالسرطان،

وجدول (١٤) يوضح نتائج ذلك:

جدول 14

نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي وفق نوع الإصابة بالسرطان

| الأبعاد      | نوع الإصابة (I) | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المجموعة المقارنة (J): الجهاز التناسلي | فرق المتوسط (I - J) | مستوى الدلالة |
|--------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------------------------------------|---------------------|---------------|
| الوعي الذاتي | سرطان الثدي     | 45.2            | 7.09              |                                        | *10.20              | 0.014         |

| الأبعاد          | نوع الإصابة (I) | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المجموعة المقارنة (J): الجهاز التناسلي | مستوى الدلالة |
|------------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------------------------------------|---------------|
|                  | أنواع أخرى      | 42.81           | 6.7               | 7.81*                                  | 0.029         |
|                  | الجهاز الهضمي   | 42.17           | 6.34              | 7.17*                                  | 0.041         |
|                  | الجهاز التناسلي | 35              | 0                 | —                                      | —             |
|                  | سرطان الثدي     | 22.68           | 3.12              | 7.68*                                  | 0.034         |
| التفكير الإيجابي | الجهاز الهضمي   | 22.5            | 1.97              | 7.50*                                  | 0.038         |
| الإبداعي         | أنواع أخرى      | 22.26           | 4.07              | 7.26*                                  | 0.043         |
|                  | الجهاز التناسلي | 15              | 0                 | —                                      | —             |

يتضح من الجدول (١٤): أن مرضى سرطانات الجهاز التناسلي سجلوا أدنى المتوسطات في كل من بُعدي الوعي الذاتي والتفكير الإيجابي الإبداعي مقارنة بمرضى سرطان الثدي، ومرضى الجهاز الهضمي، ومرضى الأنواع الأخرى من السرطان. فقد بلغت فروق المتوسطات في بُعد الوعي الذاتي (١٠,٢٠) لصالح مرضى سرطان الثدي، و(٧,٨١) لصالح فئة الأنواع الأخرى، و(٧,١٧) لصالح مرضى الجهاز الهضمي. كما بلغت فروق المتوسطات في بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي (٧,٦٨) لصالح مرضى سرطان الثدي، و(٧,٥٠) لصالح مرضى الجهاز الهضمي، و(٧,٢٦) لصالح فئة الأنواع الأخرى، مما يشير إلى أن المرضى المصابين بسرطانات الجهاز التناسلي كانوا الأقل تمتعاً بمظاهر الوعي الذاتي والتفكير الإيجابي الإبداعي مقارنة ببقية الفئات.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة في الدرجة الكلية لمرونة الأنا وفي بُعدي تكوين العلاقات والتوازن؛ بأن الإصابة بالسرطان -على اختلاف مواضعها التشريحية- تمثل خبرة ضاغطة مشتركة تفرض على المرضى مواجهة تحديات متشابهة تتعلق بالخوف من المرض والعلاج والمستقبل، مما يؤدي لتنشيط آليات تكيف نفسية متقاربة بين مختلف فئات المرضى. وبالتالي، فإن البناء العام لمرونة الأنا يظل مستقرًا نسبيًا.

أما الفروق التي ظهرت في بُعدي الوعي الذاتي والتفكير الإيجابي الإبداعي، فقد تعود إلى الخصائص النفسية والاجتماعية المرتبطة ببعض أنواع السرطان، ولا سيما سرطانات الجهاز التناسلي. فهذه الإصابات ترتبط غالباً بقضايا حساسة تمس صورة الجسد، والخصوبة، والأدوار الزوجية والأسرية، والهوية الجندرية؛ الأمر الذي قد يفرض على المريض ضغوطاً انفعالية إضافية تؤثر في طريقة إدراكه لذاته وتقييمه لقدراته ومستقبله. كما أن هذه الضغوط قد تحدّ من قدرته على توظيف التفكير الإيجابي أو ابتكار أساليب تكيفية جديدة تساعد على التعامل الفعال مع المرض، وهو ما يفسر انخفاض مستويات التفكير الإيجابي الإبداعي لدى هذه الفئة مقارنة بغيرها. ومن جهة أخرى، قد يكون مرضى سرطان الثدي والجهاز الهضمي والأنواع الأخرى أكثر قدرة على الاستفادة من مصادر الدعم الأسري والاجتماعي، أو أكثر ميلاً إلى تبني استراتيجيات تكيف إيجابية تساعد على إعادة تفسير الخبرة المرضية بصورة أكثر واقعية وتفاؤلاً، الأمر الذي انعكس في ارتفاع مستويات الوعي الذاتي والتفكير الإيجابي الإبداعي لديهم مقارنة بمرضى سرطانات الجهاز التناسلي.

وتتفق هذه النتيجة مع التصور النظري الذي قدّمه بلاك وبلاك (1980) Block and Block، وكريمين وبلوك (1996) Kremen and Block والذي يرى أن مرونة الأنا تمثل سمة نفسية مستقرة نسبياً تساعد الفرد على التكيف مع المواقف الضاغطة والمحافظة على توازنه النفسي، وهو ما يفسر عدم ظهور فروق دالة في الدرجة الكلية لمرونة الأنا بين أنواع الإصابة المختلفة. كما أن بعض المكونات الفرعية للمرونة النفسية قد تتأثر بطبيعة الضغوط ونوع التهديد الذي يواجهه الفرد، رغم بقاء البناء الكلي للمرونة مستقراً نسبياً.

**ج) الفروق في مرونة الأنا وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية:**

للكشف عن دلالة الفروق الإحصائية في مرونة الأنا وأبعادها تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (غير متزوج، متزوج، مطلق، أرمل) لحجم العينة المعدل ( $n = 50$ )، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)، والجدول (١٥) يوضح ذلك:

**جدول 15**

نتائج تحليل التباين الأحادي لأبعاد مرونة الأنا والدرجة الكلية وفقاً للحالة الاجتماعية (غير متزوج، متزوج، مطلق، أرمل) ( $n = 50$ )

| البعد                      | مصدر التباين   | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | مستوى الدلالة | حجم الأثر ( $\eta^2$ ) |
|----------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------------|------------------------|
| الوعي الذاتي               | بين المجموعات  | 383.57         | 3            | 127.86         | 3.923    | 0.014         | 0.204                  |
|                            | داخل المجموعات | 1496.93        | 46           | 32.54          |          |               |                        |
| تكوين العلاقات             | بين المجموعات  | 15.12          | 3            | 5.04           | 0.491    | 0.690         | 0.031                  |
|                            | داخل المجموعات | 472.26         | 46           | 10.27          |          |               |                        |
| التوازن                    | بين المجموعات  | 34.91          | 3            | 11.64          | 0.688    | 0.223         | 0.090                  |
|                            | داخل المجموعات | 353.41         | 46           | 7.68           |          |               |                        |
| التفكير الإيجابي الإبداعي  | بين المجموعات  | 185.48         | 3            | 61.83          | 5.221    | .004          | 0.254                  |
|                            | داخل المجموعات | 544.7          | 46           | 11.84          |          |               |                        |
| الدرجة الكلية لمرونة الأنا | بين المجموعات  | 385.55         | 3            | 128.52         | 0.630    | 0.600         | 0.039                  |
|                            | داخل المجموعات | 9390.17        | 46           | 204.13         |          |               |                        |

يتضح من نتائج الجدول (١٥): وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $0.05$ ) بين متوسطات درجات المرضى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في بُعدين أساسيين هما: بُعد الوعي الذاتي حيث بلغت قيمة (ف) (3.929) وبمستوى دلالة (0.014) وحجم أثر بلغ (0.204)، وبُعد التفكير الإيجابي الإبداعي بقيمة (ف) بلغت (5.221) وبمستوى دلالة مرتفع (0.004) وبمجموع أثر قوي قُدّر بـ (0.254). في المقابل، لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في بُعدي (تكوين العلاقات، والتوازن) وفي الدرجة الكلية لمرونة الأنا التي بلغت قيمة (ف) لها (0.630) بمستوى دلالة غير دال بلغ (0.600).

ولتحديد اتجاه الفروق تم حساب المقارنات البعدية في أبعاد الوعي الذاتي والتفكير الإيجابي الإبداعي وفق الحالة الاجتماعية، وجدول (١٦) يوضح نتائج ذلك:

جدول 16

نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في الأبعاد التي ظهرت فيها فروق دالة وفق الحالة الاجتماعية

| البعد                     | الحالة الاجتماعية (I) | الحالة الاجتماعية (J) | فرق المتوسطات (I-J) | الدالة   |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------|
| الوعي الذاتي              | مطلق/ة                | غير متزوج             | 2.44                | 0.05     |
|                           | مطلق/ة                | أرمل/ة                | 1.94                | غير دالة |
|                           | مطلق/ة                | متزوج/ة               | 1.35                | غير دالة |
|                           | متزوج/ة               | غير متزوج             | 1.09                | غير دالة |
| التفكير الإيجابي الإبداعي | مطلق/ة                | أرمل/ة                | 3.72                | 0.05     |
|                           | مطلق/ة                | غير متزوج             | 3.16                | 0.05     |
|                           | مطلق/ة                | متزوج/ة               | 1.63                | غير دالة |
|                           | متزوج/ة               | أرمل/ة                | 2.09                | غير دالة |
|                           | متزوج/ة               | غير متزوج             | 1.53                | غير دالة |

يتضح من الجدول (١٦): وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً في بُعدين أساسيين؛ أولهما: بُعد الوعي الذاتي، حيث جاءت هذه الفروق البعدية لصالح فئة (مطلق/ة) في مقابل فئة (غير متزوج) بفارق متوسطات قدره (٢,٤٤)، وثانيهما: بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي، حيث جاءت المقارنات البعدية لتؤكد تفوق فئة (مطلق/ة) بشكل دال إحصائياً على كل من فئة (أرمل/ة) بفارق (٣,٧٢) وفئة (غير متزوج) بفارق (٣,١٦)، كما ظهر تفوق فئة (متزوج/ة) على فئة (أرمل/ة) بفارق بلغ (2.09).

ويُفسر ثبات الدرجة الكلية لمرونة الأنا وعدم تأثرها بالوضع الأسري الراهن (زواج، طلاق، ترميل، عزوبية) بأن المرونة كبناء نفسي دينامي ترتبط أساساً بقوة الأنا ومقاومتها المتجذرة في الشخصية عبر سياقات تراكمية ممتدة منذ الطفولة، مما يجعلها سمة راسخة عابرة للمواقف الصادمة كالأورام، حيث تنشط آليات الدفاع الذاتي وإعادة التقييم المعرفي لإعادة ضبط التوازن بمعزل عن المتغير الاجتماعي أو البيئي الراهن للمريض؛ فالشخص المرن يستطيع توظيف مصادره النفسية لمجابهة المرض سواء كان محاطاً بشريك حياة أو يواجهه بمفرده.

ويُعزى تفوق فئة المطلقين والمطلقات في بُعد الوعي الذاتي إلى طبيعة الديناميات النفسية المصاحبة لخبرة الطلاق؛ حيث يمثل الانفصال صدمة حياتية وهزة وجدانية كبرى تسبق في كثير من الأحيان خبرة الإصابة بالمرض العضوي، حيث إن عبور الفرد لهذه الأزمة بنجاح وتكيفه مع تبعاتها يفرضان عليه نوعاً من الالتحام القسري مع الذات، وإعادة تقييم للإمكانات والقدرات الشخصية، مما يرفع لديه بالضرورة مستويات الوعي الذاتي والمراقبة للصيقة للمشاعر والمكونات المعرفية. هذا المخزون الارتدادى المتشكل من أزمة الطلاق يعمل كخط دفاع نفسي مسبق وجزء من النمو التالي للصدمة، مما يجعل المريض أكثر نضجاً واستعداداً لقراءة مكونات نفسه والوعي

بمتطلباتها عند حدوث صدمة مرض السرطان، مقارنة بفئة غير المتزوج الذي قد يفتقر تاريخه النفسي لخبرة عبور الأزمات الحياتية المركبة الصاخلة لبنية الأنا.

كما يمكن تفسير تميز فئة المطلقين في بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي من خلال واقع ما بعد الانفصال، والذي يفرض على الفرد استقلالية كاملة وإعادة هيكلة شاملة لإدارة تفاصيل الحياة ومسؤولياتها اليومية بجهد منفرد. هذه الظروف الحياتية الصعبة تسهم في تنمية مهارات المرونة المعرفية وآليات التكيف الإبداعي لإيجاد حلول وبدائل غير تقليدية للمشكلات؛ وعندما يواجه هذا المريض صدمة السرطان، فإنه يستدعي هذه المنظومة الإبداعية النشطة للتعامل مع بروتوكولات العلاج وموازنة شؤون حياته بنظرة تفاؤلية واعية. ويظهر هذا التمايز بوضوح عند المقارنة بفئة الأراذل؛ حيث يؤدي تداخل مشاعر الفقد الحزين والحداد المستمر على الشريك الراحل مع ألم المرض العضوي إلى تثبيط الطاقة النفسية وحجب القدرة على التفكير الإيجابي الإبداعي.

تتفق هذه النتائج في أبعادها الدالة وتفسيراتها السيكلوجية مع الأطروحات النظرية الكلاسيكية لكل من بلوك وكريمين (1996) Block and Kremen التي تؤكد أن المرونة النفسية ومكوناتها لا تنمو في فراغ، بل تُصقل وتتطور من خلال شدة وتنوع الخبرات الضاغطة التي يمر بها الفرد في حياته ونجاحه في تجاوزها، وهو ما تجسده كفاءة فئة المطلّقين في الدراسة الحالية. ودراسة البياضية والضالعين (٢٠٢٤) التي انتهت إلى أن المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية الراهنة قد يذوب أثرها في الدرجة الكلية للمرونة عند مواجهة الأزمات المصيرية والمهددة للبقاء، نظراً لأن الصدمة تستدعي أقصى طاقة تكيفية إجمالية لدى الإنسان بغض النظر عن حالته الأسرية. وفي المقابل، تختلف هذه النتيجة مع بعض الأدبيات التقليدية التي كانت تميل إلى إعطاء الأفضلية التكيفية المطلقة لفئة المتزوجين بناءً على فرضية الدعم الزواجي الخارجي، لتثبت الدراسة الحالية أن جودة آليات التكيف الداخلي المستقلة والوعي المصقول بالخبرات السابقة قد تفوق في فاعليتها مجرد وجود شبكة دعم اجتماعي خارجي.

نتائج السؤال الرابع والذي ينص على: هل توجد فروق دالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة من مَرْضَى السرطان في مقياس الدافعية النفسية تُعزى لمتغيرات: (نوع الجنس، نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية)؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم تقسيم النتائج ومناقشتها وفقاً للمتغيرات الديموغرافية على النحو التالي:

أ) الفروق في الدافعية النفسية وفقاً لمتغير الجنس:

للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث في أبعاد الدافعية النفسية والدرجة الكلية، تم استخدام اختبار "ت" (t-test) للعينتين المستقلتين، ويوضح الجدول (١٧) النتائج التي تم التوصل إليها:

## جدول 17

نتائج اختبار "ت" للفروق في أبعاد الدافعية النفسية والدرجة الكلية تبعاً لمتغير الجنس (ن = ٥٠)

| البعد                          | الجنس | ن  | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) | درجات الحرية | مستوى الدلالة |
|--------------------------------|-------|----|-----------------|-------------------|----------|--------------|---------------|
| البعد السلوكي                  | ذكر   | 10 | 28.4            | 5.78              | 2.442    | 48           | 0.018         |
|                                | أنثى  | 40 | 32.8            | 4.93              |          |              |               |
| البعد المعرفي                  | ذكر   | 10 | 17.1            | 2.96              | 3.193    | 48           | 0.003         |
|                                | أنثى  | 40 | 20.23           | 2.8               |          |              |               |
| البعد الانساني                 | ذكر   | 10 | 22.7            | 2.46              | 2.418    | 48           | 0.020         |
|                                | أنثى  | 40 | 25.95           | 4.48              |          |              |               |
| البعد الاجتماعي                | ذكر   | 10 | 23.5            | 3.34              | 2.137    | 48           | 0.038         |
|                                | أنثى  | 40 | 26.6            | 5.15              |          |              |               |
| الدرجة الكلية للدافعية النفسية | ذكر   | 10 | 91.7            | 11.38             | 3.056    | 48           | 0.004         |
|                                | أنثى  | 40 | 105.58          | 13.16             |          |              |               |

يتضح من الجدول (١٧): وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في الدرجة الكلية للدافعية النفسية وفي جميع أبعادها (السلوكي، والمعرفي، والإنساني، والاجتماعي) لصالح الإناث؛ حيث بلغت قيمة (ت) للدرجة الكلية (3.056) وهي دالة عند مستوى (0.01) لصالح مريضات العينة بمتوسط حسابي قدره (105.58) مقابل (91.70) للذكور، كما ظهرت فروق دالة لصالح الإناث في البعد المعرفي عند مستوى (0.01) بقيمة (ت) بلغت (3.193)، بمتوسط (20.23) مقابل (17.10) للذكور، وفي الأبعاد السلوكية والإنسانية والاجتماعية عند مستوى دلالة (0.05).

ويُعزى هذا التفوق الشامل للإناث في منظومة الدافعية النفسية إلى طبيعة استجابتهن السيكولوجية وسلوكهن التكيفي؛ فارتفاع الدافعية الكلية والسلوكية يعكس لديهن مرونة نفسية أعلى وامتناعاً نشطاً للمتطلبات العلاجية، بينما يشير تميزهن المعرفي إلى رغبة أعمق وانفتاح أكبر نحو البحث عن المعلومات وفهم تفاصيل المرض وبروتوكولاته لتطوير استراتيجيات مواجهة مستنيرة وإيجاد معنى للتجربة، مقارنة بالذكور الذين قد يميلون إما للإنكار المعرفي أو الاعتماد المطلق على الكادر الطبي دون فحص التفاصيل. كما تظهر الإناث تفوقاً في البعدين الإنساني والاجتماعي؛ نظراً لتمسكهن بالحياة مدفوعات بأدوارهن الأسرية والوجدانية، وقدرتن العالية على تفعيل شبكات الدعم الاجتماعي والتعبير عن المشاعر، في حين يميل الذكور غالباً إلى الانكفاء على الذات وتحمل الضغوط بشكل فردي وصامت؛ صوناً لصورتهم النمطية حول القوة والتحمل.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة حسيني وآخرين (Hosseini et al. (2021 التي أوضحت أن دافع الشفاء ومقاومة المهددات الصحية يتشكل من محاور جوهرية مثل الرغبة في البقاء والانتماء والمسؤولية، وهي محاور تبنتها مريضات العينة الحالية بشكل أكثر نشاطاً وتفعيلاً في واقعهم العلاجي، كما يعزز تميز الإناث في البعد المعرفي

والسلوكي ما أشارت إليه دراسة كريبر وآخرين (Krebber et al 2017) من أن الانخراط في البرامج العلاجية التكيفية يحركه دافع داخلي معرفي وسلوكي واعٍ يهدف إلى "مساعدة الذات وتطوير مهارات فهم وإدارة مواجهة المرض"، وهو ما يظهر بجلاء في استجابات الإناث اللاتي أظهرن دافعية أعلى للفهم والتحرك السلوكي الإيجابي لمواجهة تداعيات المرض مقارنة بالذكور. ب) الفروق في الدافعية النفسية وفقاً لمتغير نوع الإصابة بالسرطان ومعرفة دلالة الفروق الإحصائية في الدافعية النفسية وأبعادها تبعاً لمتغير نوع الإصابة بالسرطان (الجهاز الهضمي، الثدي، الجهاز التناسلي، أنواع أخرى) لحجم العينة المعدل ( $n = 50$ )، تم تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA \ One-Way)، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول (١٨):

#### جدول 18

نتائج تحليل التباين الأحادي لأبعاد الدافعية النفسية والدرجة الكلية وفقاً لنوع الإصابة بالسرطان (الجهاز الهضمي، الثدي، الجهاز التناسلي، أنواع أخرى) ( $n = 50$ )

| البعد                          | مصدر التباين   | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | مستوى الدلالة | حجم الأثر ( $\eta^2$ ) |
|--------------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------------|------------------------|
| البعد السلوكي                  | بين المجموعات  | 442.14         | 3            | 147.38         | 7.065    | 0.001         | 0.315                  |
|                                | داخل المجموعات | 959.54         | 46           | 20.86          |          |               |                        |
| البعد المعرفي                  | بين المجموعات  | 147.65         | 3            | 49.22          | 7.588    | 0.000         | 0.331                  |
|                                | داخل المجموعات | 298.35         | 46           | 6.49           |          |               |                        |
| البعد الإنساني                 | بين المجموعات  | 138.44         | 3            | 46.15          | 2.512    | 0.070         | 0.141                  |
|                                | داخل المجموعات | 845.3          | 46           | 18.37          |          |               |                        |
| البعد الاجتماعي                | بين المجموعات  | 92.15          | 3            | 30.72          | 1.261    | 0.298         | 0.076                  |
|                                | داخل المجموعات | 1120.1         | 46           | 24.35          |          |               |                        |
| الدرجة الكلية للدافعية النفسية | بين المجموعات  | 2154.1         | 3            | 718.03         | 3.779    | 0.016         | 0.198                  |
|                                | داخل المجموعات | 8740.21        | 46           | 190            |          |               |                        |

تكشف نتائج الجدول (١٨): عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الدرجة الكلية للدافعية النفسية؛ حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة له (3.779) بمستوى دلالة (0.016) وحجم أثر قوي بلغت قيمته (0.198) وتمايزت هذه الفروق بشكل صريح وحاد جداً في بعدين فرعيين أساسيين عند مستوى دلالة مرتفع وقاطع (0.01): البعد السلوكي الذي سجل قيمة (ف) بلغت (7.065) ومستوى دلالة (0.001) وبحجم أثر قوي جداً قُدِّرَ بـ (0.315)، والبعد المعرفي الذي بلغت قيمة (ف) المحسوبة له (7.588) بمستوى دلالة قطعي (0.000) وبحجم أثر مرتفع للغاية قُدِّرَ بـ (0.331). وفي المقابل، لم تكشف النتائج الإحصائية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في البعدين الإنساني والاجتماعي.

ولتحديد اتجاه الفروق تم حساب المقارنات البعدية للأبعاد الدالة وفق نوع الإصابة بالسرطان، وجدول (١٩) يوضح نتائج ذلك:

جدول 19

نتائج اختبار شيفيه (Scheffé) للمقارنات البعدية الثنائية للأبعاد الدالة والدرجة الكلية للدافعية وفقاً لنوع الإصابة بالسرطان (ن = ٥٠)

| البعد الدال            | (I) نوع الإصابة | (J) نوع الإصابة      | فرق المتوسطات (I - J) | مستوى الدلالة |
|------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| البعد السلوكي          | الجهاز التناسلي | سرطان الثدي          | -12.04*               | 0.001         |
|                        |                 | الجهاز الهضمي        | -9.00*                | 0.005         |
|                        |                 | أنواع أخرى (غير ذلك) | -10.26*               | 0.002         |
| البعد المعرفي          | الجهاز التناسلي | سرطان الثدي          | -7.08*                | 0             |
|                        |                 | الجهاز الهضمي        | -4.83*                | 0.012         |
|                        |                 | أنواع أخرى (غير ذلك) | -6.53*                | 0.001         |
| الدرجة الكلية للدافعية | الجهاز التناسلي | سرطان الثدي          | -28.76*               | 0.015         |
|                        |                 | الجهاز الهضمي        | -22.50*               | 0.042         |
|                        |                 | أنواع أخرى (غير ذلك) | -24.53*               | 0.028         |

يتضح من نتائج الجدول (١٩): أن اتجاه الفروق الدالة إحصائياً كانت لصالح فئات الأورام الأخرى في مقابل الانخفاض الحاد والبارز لمرضى سرطان الجهاز التناسلي؛ حيث أظهرت المقارنات البعدية نمطاً إحصائياً موحداً ومستمرّاً في جميع المؤشرات الدالة. ففي البعد السلوكي، تبين وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) بين فئة سرطان الجهاز التناسلي وكل من سرطان الثدي بفارق (-١٢,٠٤)، والجهاز الهضمي بفارق (-٩,٠٠)، والأنواع الأخرى بفارق (-١٠,٢٦) وجاءت الفروق كلها لصالح المجموعات الأخيرة. وتكرر المشهد ذاته في البعد المعرفي بفروق دالة لصالح سرطان الثدي (-٧,٠٨)، والجهاز الهضمي (-٤,٨٣)، والأنواع الأخرى (-٦,٥٣). كما انسحب هذا التدهور الإحصائي على الدرجة الكلية للدافعية النفسية؛ حيث ظهرت فروق دالة وضحت تدني فئة الجهاز التناسلي أمام سرطان الثدي بفارق (-٢٨,٧٦)، والجهاز الهضمي بفارق (-٢٢,٥٠)، والأنواع الأخرى بفارق (-٢٤,٥٣)، مما يؤكد التراجع الشامل لهذه الفئة الوجيهة.

ويُعزى هذا التراجع والانخفاض الحاد في مستويات الدافعية النفسية (معرفياً وسلوكياً وإجمالاً) لدى مرضى سرطان الجهاز التناسلي سيكولوجياً ودينامياً وثقافياً إلى الحساسية الفائقة والطبيعة الرمزية والرجسية لهذا النطاق العضوي في الشخصية الإنسانية؛ إذ إن إصابة الجهاز التناسلي تضرب مباشرة جوهر البناء النفسي الرمزي للهوية الجسدية، والنوعية، والقدرة الوالدية والخصوبة لدى الفرد، مما يولد مشاعر حادة من القلق الوجودي والمهانة الرجسية المشحونة بالخزي والوصمة الثقافية المضمرة في مجتمعاتنا المحافظة. هذا التهديد العميق للهوية يقود سيكولوجياً إلى حدوث انطفاء حاد في الطاقة النفسية، ودخول المريض في حالة من الانكفاء العاطفي والزهد واليأس، مما يثبط نشاطه المعرفي ويحجب رغبته في فهم تفاصيل المرض والتخطيط للمستقبل (البعد المعرفي)، كما

يشل طاقته وحيويته السلوكية ويدفعه نحو العزوف عن ممارسة أنشطة الرعاية الذاتية والامتنال لمتطلبات العلاج الشاقة (البعد السلوكي). وعلى النقيض من ذلك، فإن مريضات سرطان الثدي أو مريض الجهاز الهضمي يتلقون احتواءً ومساندة وتضامناً اجتماعياً وعالمياً معلناً ومكثفاً وبرامج إرشادية وترويجية تحميهم من الوصمة والصمت، وتحافظ على حيويتهم المعرفية والسلوكية، بينما يفسر انعدام الفروق في البعدين الإنساني والاجتماعي تقارب الحاجة العامة والدفاعية لجميع مرضى الأورام نحو الدعم والمشاركة الاجتماعية لمواجهة الفناء بغض النظر عن طبيعة ورمهم.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسي: دروسيني وآخرين (Durosini et al. (2021، وبرافيتوني وسوبري (Pravettoni and Sebri (2022) اللتين ركزتتا على متعافيات سرطان الثدي، وأكدتتا أن دافعية هؤلاء المرضى قابلة للتطور والتحول الإيجابي النشط (من الدوافع الفردية البدنية إلى الدوافع المعرفية والاجتماعية التشاركية وتحقيق الذات) بفضل البرامج النفسية والترويجية الحاضنة لهم، وفي المقابل، يفتقر مريض سرطان الجهاز التناسلي لهذه الديناميكيات التمكينية، وهو ما يتفق مع رؤية حسيني وآخرين (Hosseini et al. (2021 في أن غياب روح التفاؤل والانتماء والمسؤولية نتيجة لحساسية المرض يشل دافع الشفاء الأساسي، مما يبرر التدني البارز في استجابات هذه الفئة على مقياس الدافعية.

### ج) الفروق في الدافعية النفسية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية:

للكشف عن دلالة الفروق الإحصائية في الدافعية النفسية وأبعادها تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (غير متزوج، متزوج، مطلق، أرمل) لحجم العينة المعدل (ن = ٥٠)، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way/ ANOVA)، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول (٢٠):

جدول 20

نتائج تحليل التباين الأحادي لأبعاد الدافعية النفسية والدرجة الكلية وفقاً للحالة الاجتماعية (غير متزوج، متزوج، مطلق، أرمل) (ن = ٥٠)

| البعد                  | مصدر التباين   | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | مستوى الدلالة | حجم الأثر (η <sup>2</sup> ) |
|------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------------|-----------------------------|
| البعد السلوكي          | بين المجموعات  | 353.86         | 3            | 117.95         | 5.178    | 0.004         | 0.252                       |
|                        | داخل المجموعات | 1047.82        | 46           | 22.78          |          |               |                             |
| البعد المعرفي          | بين المجموعات  | 35.93          | 3            | 11.98          | 1.344    | 0.272         | 0.081                       |
|                        | داخل المجموعات | 410.07         | 46           | 8.91           |          |               |                             |
| البعد الإنساني         | بين المجموعات  | 115.2          | 3            | 38.4           | 2.034    | 0.122         | 0.117                       |
|                        | داخل المجموعات | 868.4          | 46           | 18.88          |          |               |                             |
| البعد الاجتماعي        | بين المجموعات  | 85.12          | 3            | 28.37          | 1.158    | 0.336         | 0.070                       |
|                        | داخل المجموعات | 1127.15        | 46           | 24.5           |          |               |                             |
| الدرجة الكلية للدافعية | بين المجموعات  | 1327.44        | 3            | 442.48         | 1.140    | 0.343         | 0.069                       |

| البعد   | مصدر التباين   | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | مستوى الدلالة | حجم الأثر ( $\eta^2$ ) |
|---------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------------|------------------------|
| النفسية | داخل المجموعات | 10140.1        | 46           | 220.44         |          | غير دالة      |                        |

تُشير نتائج الجدول (٢٠): إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الدرجة الكلية للدافعية النفسية وفي أبعادها (المعرفي، الإنساني، الاجتماعي) تعزى للحالة الاجتماعية، في حين ثبت وجود فروق دالة إحصائية في البعد السلوكي فقط، حيث بلغت قيمة (ف) (٣,٥٣٩) وبمستوى دلالة (٠,٢٢)، وبمجم أثر مرتفع ( $\eta^2 = 0.187$ )، وأوضحت المقارنات البعدية أن فئة (غير المتزوجين) هم الأقل دافعية سلوكية وبفارق دال إحصائياً عن فئات المتزوجين، والمطلقين، والأرامل.

ولتحديد اتجاه الفروق تم حساب المقارنات البعدية في البعد السلوكي وفق الحالة الاجتماعية، وجدول

(٢١) يوضح نتائج ذلك:

جدول 21

نتائج اختبار شيفيه (Scheffé) للمقارنات البعدية الثنائية للبعد السلوكي للدافعية النفسية وفقاً للحالة الاجتماعية (ن = ٥٠)

| البعد الدال   | (I) الحالة الاجتماعية | (J) الحالة الاجتماعية | فرق المتوسطات (I - J) | مستوى الدلالة |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| البعد السلوكي | غير متزوج             | متزوج/ة               | -6.00*                | 0.012         |
|               |                       | مطلق/ة                | -5.83*                | 0.024         |
|               |                       | أرمل/ة                | -7.00*                | 0.008         |
|               | متزوج/ة               | مطلق/ة                | 0.17                  | 0.920         |
|               |                       | أرمل/ة                | -1.00                 | 0.780         |
|               |                       | أرمل/ة                | -1.17                 | 0.750         |

يتضح من الجدول (٢١): عن اتجاه الفروق في البعد السلوكي للدافعية النفسية؛ حيث تبين أن فئة (غير المتزوجين) سجلت انخفاضاً حاداً ودالاً إحصائياً مقارنة بجميع المجموعات الأخرى، وقد أسفرت المؤشرات عن وجود فروق دالة إحصائية بين فئة غير المتزوج وفئة متزوج/ة بفارق (٦,٠٠-)، وفئة مطلق/ة بفارق (٥,٨٣-)، وفئة أرمل/ة بفارق (٧,٠٠-)، وجاءت الفروق في جميع هذه المقارنات الثنائية لصالح الفئات الثلاث الأخيرة (المتزوجين والمطلقين والأرامل) والذين تقاربت متوسطاتهم السلوكية دون وجود فروق دالة فيما بينهم، مما يؤكد تأخر فئة غير المتزوجين (العزاب) سلوكياً في منظومة دافعية الشفاء.

ويُفسر هذا التميز السلوكي الواضح للفئات التي ارتبطت بسياقات أسرية حالية أو سابقة (المتزوج، والمطلق، والأرامل) مقارنة بغير المتزوجين سيكولوجياً ودينامياً بأن وجود أدوار ومسؤوليات اجتماعية وأسرية والتزامات متبادلة تجاه الآخرين - مثل الأبناء، أو استحضار ذكرى الشريك الراحل، أو الالتزام نحو الأسرة الممتدة - يعمل بمثابة مشيرات دافعية ومحفزات خارجية قوية تحجر المريض وتدفعه سلوكياً للامتثال الصارم لمتطلبات العلاج، والالتزام بالحماية الغذائية، والمحاربة الصلبة من أجل البقاء كنوع من المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية المفروضة عليه من واقع

دوره الأسري. وفي المقابل، فإن الفرد غير المتزوج قد يفتقر إلى هذه الروابط الالتزامية المركبة والمحفزات العلائقية المباشرة داخل المنزل، مما يجعله أكثر عرضة للميل نحو الزهد السلوكي، والاستسلام لتبعات المرض، والتقاعد عن ممارسة الأنشطة التكيفية المساعدة على الشفاء نتيجة لضعف قنوات المسؤولية البينية وتدني مستوى الضغط الاجتماعي الإيجابي المحيط به.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة حسيني وآخرين (Hosseini et al. (2021 التي توصلت في تحليلها المحتوي إلى أن فئة "الانتماء والمسؤولية" تشكل ركيزة بنائية حاسمة لنهوض دافع الشفاء لدى مريض الأورام، حيث يمثل الشعور بالمسؤولية نحو الأبناء أو الشريك الوقود السلوكي الحقيقي للمقاومة؛ وهو ما يبرهن على سبب تأخر غير المتزوجين سلوكياً في العينة الحالية لضعف هذا الرابط التكيفي لديهم. كما تدعم هذه النتيجة ما خلصت إليه دراسة دروسيني وآخرين (Durosini et al. (2021 من أن الدوافع النفسية لدى مريض السرطان تتحول ديناميكياً من أطرها الفردية الضيقة إلى أطر جماعية علائقية تتمثل في الاهتمام بالآخرين والمسؤوليات المشتركة، لتعمل هذه الجماعية الأسرية أو الاجتماعية كمحرك سلوكي محوري يرفع من كفاءة ونشاط المريض وحيويته السلوكية في مواجهة تحديات الأزمة الصحية الخطيرة.

### نتائج السؤال الخامس الذي ينصُّ على: هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مرونة الأنا والدافعية النفسية لدى مريض السرطان؟

للإجابة عن هذا السؤال؛ تمَّ استخدام معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة على مقياس الدافعية النفسية، ودرجاتهم على مقياس مرونة الأنا، وجاءت النتائج كما هي موضحة بالجدول الآتي:

جدول 22

معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة على مقياس الدافعية النفسية، ودرجاتهم على مقياس مرونة الأنا

| المتغيرات                            | البعد السلوكي | البعد المعرفي | البعد الإنساني | البعد الاجتماعي | مقياس الدافعية النفسية<br>(الدرجة الكلية) |
|--------------------------------------|---------------|---------------|----------------|-----------------|-------------------------------------------|
| الوعي الذاتي                         | 0.673**       | 0.714**       | 0.784**        | 0.747**         | 0.847**                                   |
| تكوين العلاقات                       | 0.664**       | 0.762**       | 0.655**        | 0.754**         | 0.824**                                   |
| التوازن                              | 0.438**       | 0.543**       | 0.757**        | 0.704**         | 0.710**                                   |
| التفكير الإيجابي الإبداعي            | 0.758**       | 0.691**       | 0.805**        | 0.811**         | 0.890**                                   |
| مقياس مرونة الأنا<br>(الدرجة الكلية) | 0.684**       | 0.728**       | 0.822**        | 0.819**         | 0.887**                                   |

يتضح من نتائج الجدول (٢٢): وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠١) بين جميع أبعاد مرونة الأنا وأبعاد الدافعية النفسية، وكذلك بين الدرجة الكلية لكل من المقياسين. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٤٣٨) و (٠,٨٩٠)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة، مع ميل واضح نحو القوة في أغلب الارتباطات، وقد أظهرت النتائج أن بُعد الوعي الذاتي ارتبط ارتباطاً

موجباً ودالاً إحصائياً بجميع أبعاد الدافعية النفسية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٦٧٣) و(٠,٧٨٤)، وبلغ ارتباطه بالدرجة الكلية للدافعية النفسية (٠,٨٤٧)، مما يشير إلى دوره المحوري في تعزيز الدافعية، كما جاء بُعد تكوين العلاقات في ارتباطات موجبة ودالة إحصائياً مع أبعاد الدافعية النفسية، تراوحت بين (٠,٦٥٥) و(٠,٧٦٢)، وبلغ ارتباطه بالدرجة الكلية (٠,٨٢٤)، وهو ما يعكس أهمية العلاقات الاجتماعية الداعمة في رفع مستوى الدافعية، أما بُعد التوازن فقد سجل ارتباطات موجبة تراوحت بين (٠,٤٣٨) و(٠,٧٥٧)، مما يشير إلى أن القدرة على الاتزان الانفعالي تسهم بدرجة متوسطة إلى مرتفعة في تعزيز الدافعية النفسية، في حين أظهر بُعد التفكير الإيجابي الإبداعي أعلى معاملات الارتباط مع أبعاد الدافعية النفسية، حيث تراوحت بين (٠,٦٩١) و(٠,٨١١)، وبلغ ارتباطه بالدرجة الكلية للدافعية النفسية (٠,٨٩٠)، وهو أعلى معامل ارتباط في النموذج، مما يدل على أهميته البارزة في تفسير ارتفاع الدافعية، كما بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس مرونة الأنا والدرجة الكلية لمقياس الدافعية النفسية (٠,٨٨٧)، وهي قيمة مرتفعة ودالة إحصائياً، تعكس قوة العلاقة بين المتغيرين.

وتشير النتائج بوجه عام إلى أنه كلما ارتفع مستوى مرونة الأنا لدى أفراد العينة ارتفع مستوى الدافعية النفسية لديهم، وهو ما يعكس وجود علاقة تكاملية بين القدرة على التكيف النفسي وتنظيم الانفعالات من جهة، وبين مستوى الدافعية نحو مواجهة المرض والالتزام بالعلاج من جهة أخرى. كما يبدو أن الأفراد ذوي مرونة الأنا المرتفعة أكثر قدرة على مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض، وأكثر استعداداً للحفاظ على مستويات مرتفعة من الدافعية النفسية.

يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء أن مرونة الأنا تُعد من العوامل النفسية الأساسية التي تمكّن الفرد من التكيف الفعال مع الضغوط والأزمات الصحية، خاصة في سياق مرض السرطان، حيث تتطلب طبيعة المرض قدرة مستمرة على التكيف وإعادة التنظيم النفسي والانفعالي. فالأفراد ذوو مرونة الأنا المرتفعة يتمتعون بقدرة أكبر على الحفاظ على التوازن النفسي، وتبني أنماط من التفكير الإيجابي، مما ينعكس مباشرة على مستوى الدافعية النفسية لديهم، كما أن مرونة الأنا تسهم في تعزيز القدرة على تنظيم الانفعالات وبناء علاقات اجتماعية داعمة، وهو ما يوفر مصادر خارجية وداخلية للدافعية، ويزيد من قدرة المريض على الاستمرار في مواجهة متطلبات العلاج والمرض. إضافة إلى ذلك، فإن الأفراد ذوي المرونة المرتفعة غالباً ما يمتلكون مهارات أفضل في المثابرة وتوجيه الجهد نحو تحقيق الأهداف رغم العقبات، مما يجعلهم أكثر قدرة على الاستمرار في السلوك العلاجي وعدم الاستسلام للإحباط.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه بلوك وكريمين (Block and Kremen 1996) من أن مرونة الأنا تمثل القدرة على التكيف الناجح مع المتطلبات البيئية المتغيرة من خلال ضبط الذات، كما تتسق مع ما أوضحه

بلوك وبلوك (1980) Block and Block من أن الأفراد ذوي المرونة المرتفعة يتميزون بقدرة أكبر على التعامل مع الضغوط والتعافي من الخبرات الانفعالية السلبية، مع انخفاض إدراكهم للضغط النفسي مقارنة بغيرهم. **التوصيات والبحوث المقترحة:**

**توصي الباحثة:**

- **برامج التدخل النفسي المبكر:** تصميم برامج إرشادية وتدريبية متخصصة تهدف إلى رفع مستوى مرونة الأنا لدى المرضى، مما ينعكس بشكل مباشر على تعزيز دافعتهم النفسية نحو الاستشفاء ومقاومة المرض.
  - **إشراك الأخصائيين النفسيين:** أهمية إدراج أخصائي الصحة النفسية ضمن الفريق الطبي المعالج لمرضى السرطان، لتقديم الدعم المستمر الذي يعزز الدافعية النفسية ومرونة الأنا ويخفف من حدة الضغوط والتوترات.
  - **تفعيل دور الأسرة والدعم الاجتماعي:** المساندة الأسرية والاجتماعية في بناء مرونة الأنا للمريض، بتثقيف أسر المرضى بطرق التواصل الإيجابي وتقديم الدعم العاطفي.
  - **تعزيز تقبل الذات والواقع:** التوجيه بجلسات الإرشاد النفسي نحو قبول الذات وإعادة صياغة الأفكار السلبية، حيث تساهم هذه الخطوات في استثمار "مرونة الأنا" بشكل فعال لتوليد دافعية وتفاؤل.
  - **مزيد من الدراسات التتبعية:** إجراء دراسات تتبعية تدرس التغيرات في مستويات مرونة الأنا والدافعية لدى المرضى عبر مراحل العلاج المختلفة، للوقوف على الاحتياجات النفسية المتجددة.
- البحوث المقترحة:**

- فاعلية برنامج تروحي جماعي لتعزيز مرونة الأنا والدافعية النفسية لدى مريضات السرطان بالمملكة.
- فاعلية برنامج تفاعلي رقمي لتحسين مرونة الأنا والدافعية النفسية والبدنية لمرضى السرطان بالمملكة.
- برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تحسين الدافعية النفسية لدى مريضات السرطان بالمملكة.
- نموذج بنائي للعلاقات السببية بين مرونة الأنا والدافعية النفسية لمرضى السرطان بمكة المكرمة.
- الدور الوسيط لمرونة الأنا في العلاقة بين الدافعية النفسية وجودة الحياة لدى مريضات السرطان بالمملكة.

**قائمة المراجع:**

**أولاً: المراجع العربية:**

- أبو جادو، صالح محمد. (٢٠١٦). علم النفس التربوي. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بني خالد، أنور تيسير، وملحم، محمد أمين حسين. (٢٠٢٤). الفاعلية الذاتية الانفعالية وعلاقتها بمرونة الأنا لدى الطلبة المراهقين في الأردن. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ٢ (٢)، ٣٧٥-٣٩٠.
- بن طالب، فاطمة الهدار محمد. (٢٠٢٤). مرونة الأنا وعلاقتها بالذكاء الروحي لدى طلبة جامعة المرقب بمدينة الخمس: دراسة إقليمية. *مجلة العلوم الإنسانية*، (٢٩)، ٥١٨-٥٤١.

- البياضية، تسنيم محمد علي، والضلاعين، أنس. (٢٠٢٤). مستوى المرونة النفسية لدى مريضات السرطان قيد العلاج في ضوء بعض المتغيرات. *العلوم التربوية، ٣٢(٢)*، ٢٠١-٢٢٤.
- جمعة، نوري صالح محمود. (٢٠٢٤). المرونة النفسية لدى طلاب كلية الآداب بجامعة بني وليد في ضوء بعض المتغيرات. *مجلة جامعة بني وليد للعلوم الإنسانية والتطبيقية، ٩(١)*، ٦٤٧-٦٦٠.
- الزغول، عماد عبد الرحيم. (٢٠١٦). مبادئ علم النفس التربوي. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الشربيني، واثم علي مصطفى. (٢٠٢٤). تنمية المرونة النفسية لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال مرضى السرطان. *مجلة كلية الآداب بقنا، ٣٣(٦٢)*، ٧٤٣-٨٢٥.
- عابدين، حسن سعد. (٢٠١٦). مهارات تنظيم الذات والمرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة الأكاديمية لدى طلاب جامعة الإسكندرية. *مجلة كلية التربية، ٢٦(٦)*، ١٥٣-٢٣٤.
- علي، هيثم أحمد علي، وحسن، عباس كرجي. (٢٠٢١). مرونة الأنا لدى طلبة الجامعة. *مجلة ديالي، ٩٠(٩)*، ٢٧٤-٣٠٣.
- كيلان، بيداء. (٢٠٢١). التوافق النفسي. *المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، ٦٠(١)*، ١٥٢-١٦٥.
- الهنداوي، غادة محمد مبارك. (٢٠٢٠). التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى طلاب الجامعة بمنطقة عرعر. *مجلة شباب الباحثين في العلوم التربوية، ٥(٥)*، ١٧٣٨-١٧٧٣.
- ياسين، حمدي محمد، وسري، هبة إسماعيل، وقطب، منى محمد أحمد. (٢٠١٧). تمكين الذات وإدارة الألم لمريضات سرطان الثدي. *مجلة البحث العلمي في الآداب، ١٨(٣)*، ١-٢٥.
- يونس، ياسمين محمد. (٢٠١٨). الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى عينة من طالبات معلمات رياض الأطفال. *المجلة التربوية، ٥٢(٥٢)*، ٥٥٧-٦٣٠.

#### ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- Abedin, H. S. (2016). Self-Regulation Skills and Psychological Resilience and Their Relationship to the Quality of Academic Life Among Students at Alexandria University. *Journal of the Faculty of Education, 26(6)*, 153-234.
- Abedini, M., & Joibari, A. (2023). The Relationship between Resilience and Mindfulness with Mental toughness by the Mediating Role of Self-Compassion in Cancer Patients. *Basic & Clinical Cancer Research, 1(14)*, 59-69.
- Abu Jadu, S. M. (2016). *Educational Psychology*. Dar Al-Masirah for Publishing, Distribution, and Printing.
- Ahmadi, Z., Moghadam, N., & Rahmati, A. (2022). Predicting pain catastrophizing based on psychological resilience and mindfulness in patients with cancer: mediating role of positive emotions. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9(5)*, 130-141.
- Al-Bayadiyah, T. M. A., & Al-Dala'een, A. (2024). The Level of Psychological Resilience Among Cancer Patients Under Treatment in Light of Some Variables. *Educational Sciences, 32(2)*, 201-224.

- Al-Hindawi, G. M. M. (2020). Social interaction and its relationship with psychological resilience among university students in Arar region. *Journal of Young Researchers in Educational Sciences*, (5), 1738–1773.
- Ali, H. A., & Hassan, A. K. (2021). Ego resilience among university students. *Diyaly Journal*, (90), 274–303.
- Al-Sherbini, W. A. M. (2024). Developing Psychological Resilience to Reduce Psychological Stress Among Mothers of Children with Cancer. *Journal of the Faculty of Arts in Qena*, 33(62), 743-825.
- Al-Zaghoul, E. A. (2016). *Principles of Educational Psychology*. Dar Al-Masirah for Publishing and Distribution.
- Arefian, M., Asgari-Mobaraké, K., Fazilatpur, M., Zanguri, V., & Akrami, M. (2023). Proposing and evaluating a model of depression, stress, resilience and spirituality in relation to pain in women with breast cancer: Investigating the mediating role of mindfulness. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, (62), 1-7.
- Bani Khalid, A. T., & Malham, M. A. H. (2024). Emotional Self-Efficacy and its Relationship to Ego Flexibility Among Adolescent Students in Jordan. *Jordanian. Journal of Educational Sciences*, 2(2), 375-390.
- Ben Taleb, F. M. (2024). Ego resilience and its relationship with spiritual intelligence among students of Elmergib University in Al-Khoms: An empirical study. *Elmergib Journal of Humanities*, (29), 518–541.
- Block, J. H. & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Development of cognition, affect, and social relations* (pp. 39-101). Psychology Press.
- Block J. H., Kremen, A. M. (1996). IQ and egoresiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personal Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Bridgett, D. J., Burt, N. M., Edwards, E. S. & Deater-Deckard, K. (2015). Intergenerational transmission of self-regulation: A multidisciplinary review and integrative conceptual framework. *Psychological Bulletin*, 141(3), 602-654.
- Budisavljevic, A., Plavetic, N. D., Klaric, K., Kelemenic-drazin, R., & Letica-crepulja, M. (2024). The Impact of Newly Diagnosed Early Breast Cancer on Psychological Resilience, Distress Levels, and the Perception of Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(677), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060677>.
- Carlson, L. (2016). Mindfulness-based interventions for coping with cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 5-12.
- Casey, B. J. (2013). The Teenage brain. *Current Directions in Psychological Science*, (22), 114-120.

- Durosini, I., Savioni, L., Triberti, S., Guidi, P., & Pravettoni, G. (2021). The motivation journey: a grounded theory study on female cancer survivors' experience of a psychological intervention for quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 950.
- Faghani, F., Choobforoushzadeh, A., Sharbafchi, M., & Poursheikhali, H. (2022). Effectiveness of mindfulness-based supportive psychotherapy on posttraumatic growth, resilience, and self-compassion in cancer patients. *Wiener klinische Wochenschrift*, (134), 593-601.
- Farkas, D., & Orosz, G. (2015). Ego-resiliency reloaded: a three-component model of general resiliency. *PloS one*, 10(3), 1-26.
- Hosseini, F., Alavi, N. M., Mohammadi, E., & Sadat, Z. (2021). Motivation for healing in cancer patients: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(6), 555-561.
- Ibrahim, A., Ali, S., & Omar, M. (2025). Revitalizing Minds: Exploring the Transformative Power of Mindfulness-Based Nursing Interventions on Depression and Resilience in Oncology Patients-A Quasiexperimental Approach. *International journal of nursing practice*, 31(2), e70005. <https://doi.org/10.1111/ijn.70005>
- Jumaa, N. S. M. (2024). Psychological resilience among students of the Faculty of Arts at Bani Waleed University in light of some variables. *Bani Waleed University Journal of Humanities and Applied Sciences*, 9(1), 647-660.
- Kilan, B. (2021). Psychological adjustment. *International Journal of Educational and Psychological Sciences*, 60(1), 152-165.
- Krebber, A. M. H., van Uden-Kraan, C. F., Melissant, H. C., Cuijpers, P., van Straten, A., Becker-Commissaris, A., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). A guided self-help intervention targeting psychological distress among head and neck cancer and lung cancer patients: motivation to start, experiences and perceived outcomes. *Supportive Care in Cancer*, 25(1), 127-135.
- Levesque C., Brown K. W. (2007). Mindfulness as a moderator of the effect of implicit motivational self-concept on day-to-day behavioral motivation. *Motivation and Emotion*, 31(4), 284-299. <https://doi.org/10.1007/s11031-007-9075-8>
- Li, J., Li, C., Puts, M., Wu, Y., Lyu, M., Yuan, B., & Zhang, J. (2023). Effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, and fatigue in people with lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, (140), 1-14.
- Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., Munoz, M., & Specia, M. (2007). A qualitative study of self-perceived effects of mindfulness-based stress reduction

- (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(1), 59-69.
- Michaelsen, M. M., & Esch, T. (2021). Motivation and reward mechanisms in health behavior change processes. *Brain Research*, (1757), 1-37. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2021.147309>
- Nauzeer, S., & Jaunky, V. C. (2021). A meta-analysis of the combined effects of motivation, perception, and attitude on academic performance. *Pedagogical Research*, 6(3), em0099.
- Newman, H. L. (2019). *The impact of stress on resilience: Examining the moderated effects of a savoring intervention*. HANNAH L. NEWMAN.
- Ng, X., Lau, Y., & Klainin-Yobas, P. (2019). The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, (28), 1563-1578.
- No, B., Kang, S., Lee, N., & Choi, N. (2020). The structural relationship among trajectories of ego-resilience, neglectful parenting, bilingual competency, and acculturative stress of multicultural adolescents in South Korea. *Sustainability*, (12), 1-17.
- Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., Sado, M., Nakagawa, A., Takahashi, M., Hayashida, T., & Fujisawa, D. (2020). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Wellbeing and Quality of Life in Patients with Breast Cancer - a Randomized Control Trial. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), 381-389.
- Rodríguez-Romero, R. Falces, C., Kostov, B., Garcia-Planas, N., Blat-Guimerà, E., Alvira-Balada, M. C., López-Poyato, M., Benito-Serrano, M., Vidiella-Piño, I., Zamora-Sánchez, J., Benet, M., Garnacho-Castaño, M., Santos-Ruiz, S., Santesmases-Masana, R., Roura-Rovira, S., Benavent-Areu, J., Sisó-Almirall, A., & González-de Paz, L.. (2022). motivational interview program for cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial in primary healthcare. *BMC Primary Care*, 23(1), 106.
- Ruiz-casado, A., Ferriz, R., Romero-elías, M., & Gonz, D. (2024). Exploring the perceived benefits of a motivational exercise program (FIT-CANCER) in colorectal cancer patients during chemotherapy treatment: A qualitative study from self-determination theory. *European Journal of Integrative Medicine*, (65), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2023.102328>
- Ryan R. M., Deci E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
- Sarenmalm, E., Mårtensson, L., Andersson, B., Karlsson, P., & Bergh, I. (2017). Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Medicine*, (6), 1108 - 1122.

- Sebri, V., Durosini, I., Mazzoni, D., & Pravettoni, G. (2022). Breast cancer survivors' motivation to participate in a tailored physical and psychological intervention: a qualitative thematic analysis. *Behavioral Sciences*, 12(8), 271.
- Shin, J. M., & Jo, M. J. (2025). The Impact of Quality of Sleep and Resilience on the Quality of the Life of Patients with Cancer. *Journal of muscle and joint health*, 32(1), 1-9.
- Song, I. M., Cho, E. Y., Baek, J. H., & Lee, S. K. (2025). Exploring the Impact of Personality Trait Clusters on the Quality of Life of Breast Cancer Survivors: An 18-Month Prospective Follow-Up Study. *Cancer Medicine*, 14(9), 1-9.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Yi, J. C., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703-1711.
- Telles, R., Whitney, B., Froelich, S., & Lutgendorf, S. (2024). Mindfulness-based psychosocial interventions and psychological wellbeing in cancer survivorship: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, (18), 723-749.
- Turan, G. B., & Dural, G. (2025). Does spiritual well-being affect death anxiety and psychological resilience in cancer patients? *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 90(4), 1909-1924.
- Um, Y., Choi, Y., & Yoo, S. (2019). Relationships between smartphone dependency and aggression among middle school students: Mediating and moderating effects of ego-resilience, parenting behaviour, and peer attachment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 1-18.
- Vago D. R., Silbersweig D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, (6), 1-30. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Yassin, H. M., Sari, H. I., & Qutb, M. A. (2017). Self-empowerment and pain management among breast cancer patients. *Journal of Scientific Research in Arts*, 18(3), 1-25.
- Younis, M. Y. (2018). Perceived self-efficacy and its relationship with psychological resilience among a sample of kindergarten female teachers. *Educational Journal*, (52), 557-630.
- Yousefi, A., Naeimijoo, P., Ghadiany, M., Lighvan, M., Bakhtiyari, M., & Arani, A. (2022). A randomized control trial of the effectiveness of online Mindfulness-Based Cancer recovery program on psychological well-being, caregiver burden and resilience in cancer patients' caregivers. *Medical Science*, 26(123), ms181e2098. <https://doi.org/10.54905/disssi/v26i123/ms181e2098>

- Zhang, J., Xu, R., Wang, B., & Wang, J. (2016). Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in medicine*, (26), 1-10.
- Zhou, B., Mui, L. G., Li, J., & Hu, J. (2024). The impact of mindfulness-based interventions on the experiences of cancer patients: A qualitative meta-synthesis. *Patient Education and Counseling*, (127), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108353>
- Zimmaro, L., Carson, J., Olsen, M., Sanders, L., Keefe, F., & Porter, L. (2020). Greater mindfulness associated with lower pain, fatigue, and psychological distress in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, (29), 263 - 270.
- Zimmermann, F., Burrell, B., & Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, (30), 68-78.