المواقف الوجودية وعلاقتها بالمناعة النفسية لدى مرضى السرطان في اليمن

Existential Attitudes and Their Relationship to Psychological Immunity among Cancer Patients in Yemen

10.35781/1637-000-187-005

د. طه ناجي العوبلي[1]
د. خالد عبد الرحمن الشميري[2]
د. أحلام حزام الحمادي[3]
د. فؤاد عبد الله سيف[4]
د. فواز محمد الشهاري[5]

1 أستاذ الصحة النفسية المشارك - جامعة إب
2أستاذ الارشاد النفسي المشارك– جامعة تعز
3أستاذ الارشاد النفسي المساعد- جامعة تعز
4 أستاذ التربية الخاصة المساعد – جامعة تعز
5 أستاذ الصحة النفسية المساعد – جامعة إب

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان في اليمن، والتعرف على الاختلافات في المواقف الوجودية والمناعة النفسية وفقًا لمتغيرات ديموغرافية وسريرية كـ (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومدة المرض).

تألفت عينة الدراسة من 83 مريضًا بالسرطان من المركز الوطني للأورام والمؤسسة الوطنية لمكافحة السرطان. استخدم الباحثون مقياس المواقف الوجودية من إعداد محمد أحمد سعفان (2008)، ومقياس المناعة النفسية، من إعداد الباحثين، تم التحقق من صحة وموثوقية مقياس المناعة النفسية وفقًا للإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة. اعتمدت الدراسة تصميمًا بحثيًا وصفيًا ارتباطيًا.

أظهرت النتائج أن مستوى المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان كان متوسطًا. وقد احتل بُعد الشعور بالذنب المرتبة الأولى، يليه بعد الموت، ثم المرض، ثم الألم، على التوالي، مع وقوع جميع الأبعاد ضمن المستوى المتوسط. كما أشارت النتائج إلى أن مستوى المناعة النفسية لدى مرضى السرطان كان مرتفعًا.

وتوصلت نتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان، وكانت نسبة التباين بين المناعة النفسية المواقف الوجودية محدودة، إذ لم تتجاوز 5.2% من التباين، والتي تشير إلى أن المواقف الوجودية ليست العامل الوحيد الذي قد يُسهم في تعزيز المناعة النفسية لدى مرضى السرطان.

كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المواقف الوجودية أو المناعة النفسية تُعزى إلى متغيرات الجنس، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو مدة الإصابة بالمرض.

الكلمات المفتاحية: المواقف الوجودية، المناعة النفسية، مرضى السرطان، اليمن، الشعور بالذنب، الألم، المرض، الموت.

ISSN : 2410-1818

Existential Attitudes and Their Relationship to Psychological Immunity among Cancer Patients in Yemen

Dr. Taha Naji Alawbal[1]
Dr. Khalid Abdul Rahman Al-Shmeiri[2]
Dr. Ahlam Hizam Al-Hamadi[3]
Dr. Fuad Abdullah Saif[4]
Dr. Fawaz Mohammed Al-Shehari[5]

1 Associate Professor of Mental Health- Ibb University
2 Associate Professor of Counseling Psychology - Taiz University
3 Assistant Professor of Counseling Psychology- Taiz University
4 Assistant Professor of Special Education - Taiz University
5 Assistant Professor of Mental Health- Ibb University

Abstract

The study aimed to identify the level of existential attitudes and psychological immunity among cancer patients in Yemen، examine the nature of the relationship between existential attitudes and psychological immunity، and determine whether there were differences in existential attitudes and psychological immunity according to selected demographic and clinical variables، namely gender، age، marital status، and duration of illness.

The study sample consisted of 83 cancer patients from the National Oncology Center and the National Cancer Foundation. The researchers used the Existential Attitudes Scale، developed by Mohammed Ahmed Saafan (2008)، and the Psychological Immunity Scale، developed by the researchers. The validity and reliability of the Psychological Immunity Scale were established in accordance with the methodological procedures followed in the study. The study employed a descriptive-analytical research design.

The findings showed that the level of existential attitudes among cancer patients was moderate. The guilt dimension ranked first، followed by death، illness، and pain، respectively، with all dimensions falling within the moderate level. The findings also indicated that the level of psychological immunity among cancer patients was high.

Furthermore، the results revealed a statistically significant relationship between existential attitudes and psychological immunity among cancer patients. However، the proportion of variance in psychological immunity explained by existential attitudes was limited، as existential attitudes accounted for approximately 5.2% of the variance in psychological immunity، with the relationship being negative (inverse). This finding suggests that existential attitudes are not the only factors that may contribute to strengthening psychological immunity among cancer patients.

ISSN : 2410-1818

Regarding differences according to demographic and clinical variables، the findings indicated that there were no statistically significant differences in existential attitudes or psychological immunity attributable to gender، age، marital status، or duration of illness.

Keywords: Existential Attitudes، Psychological Immunity، Cancer Patients، Yemen، Guilt، Pain، Illness، Death.

المقدمة

يمثل السرطان أحد أبرز التحديات الصحية العالمية، ويُعد من الأسباب الرئيسة للوفاة على مستوى العالم. ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن السرطان للعام (2024) تسبب في نحو 9.8 مليون وفاة عالميًا عام 2024، بما يقارب وفاة (1من6) وفيات، كما بلغ عدد الحالات الجديدة المشخَّصة بالسرطان في العام نفسه نحو 20.6 مليون حالة، الأمر الذي يعكس الحجم الكبير والمتزايد للعبء العالمي، وتشير التقديرات الحديثة إلى أن العبء العالمي للسرطان مرشح لمزيد من الارتفاع خلال السنوات القادمة؛ إذ يُتوقع أن يصل عدد حالات الإصابة الجديدة إلى نحو(35) مليون حالة سنويًا بحلول عام 2050، مقارنة بنحو 20.6 مليون حالة في عام 2024، ولا تقتصر خطورة السرطان على ارتفاع معدلات الإصابة والوفيات، بل تمتد إلى الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تترتب على الإصابة بالمرض بالنسبة للمرضى وأسرهم(WHO)،(2024 .

ويشير التقرير العالمي عن حالة السرطان لعام 2026 إلى أن العبء النفسي والاجتماعي للسرطان قد يكون عميقًا وممتدًا، وأن تشخيص المرض قد يرتبط باضطرابات في الرفاه الانفعالي، وأعباء مالية واجتماعية كبيرة، فضلًا عن الضغوط التي يتحملها مقدمو الرعاية، كما يؤكد التقرير وجود تفاوتات كبيرة بين البلدان في فرص التشخيص المبكر والحصول على العلاج والرعاية الداعمة والبقاء على قيد الحياة(WHO) ،. (2026

كما كشفت التقديرات عن وجود تفاوت واضح في عبء المرض بين البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل المنخفض، حيث تتركز نسبة كبيرة من الحالات والوفيات في البلدان ذات الدخل المنخفض والتي تواجه تحديات أكبر في الوقاية والكشف المبكر والعلاج، الأمر الذي يجعل السرطان ليس مجرد تحدٍ طبي، وإنما مشكلة صحية وإنسانية ذات أبعاد اجتماعية ونفسية متزايدة (Sung et al.، 2026) .

كما يمثل علاج السرطان عبئًا اقتصاديًا متزايدًا في الدول ذات الدخل المرتفع؛ فقد بلغ متوسط الإنفاق السنوي المباشر على رعاية السرطان في الولايات المتحدة نحو713 دولارًا أمريكيًا للفرد، وهو أعلى مستوى للإنفاق للفرد بين الدول التي شملتها الدراسة لـ(39) بلدا، بما يعكس الارتفاع الكبير

ISSN : 2410-1818

في الموارد الاقتصادية اللازمة لرعاية مرضى السرطان(Ngo et al.، 2026) ، وحجم الإنفاق لرعاية مرضى السرطان في أوربا يتضاعف سنوياً حيث كان حجم الإنفاق لرعاية مرضى السرطان عام 1995(62) مليار يورو وفي 2023 بلغ حجم الإنفاق 146 مليار يورو(Manzano et al.، 2025) .

وتُعد اليمن كغيرها من دول العالم النامية ذات الدخل المنخفض وتعيش ظروفا استثنائية نتيجة الحرب الأهلية والتي سببت انهيار كلي او جزئي للخدمات الصحية وصعوبة الوصول إليها لجميع المرضى ومرضى السرطان بشكل خاص، ولعدم وجود تقارير دقيقة عن حالات الإصابة بمرض السرطان وضعف الرصد والتقييم لهذه المشكلة وطرق مواجهتها التي جعلت من هذا المرض مشكلة لم يتم التعامل معها بالشكل المناسب (Ibrahim et al، 2024) ، وتشير منظمة الصحة العالمية في تقريرها للعام 2024 بأن عدد حالات الإصابة السنوية في اليمن لا تقل عن 30 ألف حالة وأن ما لا يقل عن 12 ألف حالة وفاة تكون بسبب مرض السرطان بأنواعه المختلفة (WHO، 2026)

ومرض السرطان كما هو عبءٌ على الدول فإنه أيضا يمثل أعباءً صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية وروحية كبيرة على المريض، وذلك لطبيعة المرض وإجراءاته العلاجية، إلى جانب الألم الجسدي والإرهاق المستمر وعدم قدرة المريض على ممارسة أنشطته اليومية وأدواره الحياتية الروتينية، وقد ينعزل كلياً وتضطرب علاقاته الاجتماعية وتضعف إنتاجيته وقدرته وكفاءته المهنية، والكثير من المرضى يعاني من مضاعفات العلاج وتأثيراته الجانبية، هذه المعاناة لا تقتصر على المريض وحده بل تمتد إلى أسرته التي تتحمل أعباءً متعددة إلى جانب الأعباء الاقتصادية أيضا يتطلب منهم تقديم الرعاية والدعم والمساندة ومساعدته على التكيف مع مرضه وواقعه الحالي.(Azzani et al، Alzehr ; 2020 et al، 2022)

وتوصلت نتائج العديد من الدارسات إلى أن مرضى السرطان يُعدون من أكثر الفئات عرضة للمعاناة النفسية والجسدية وللاضطرابات النفسية والعقلية مقارنة بعامة السكان، حيث ترتفع لديهم معدلات الاضطراب عن غيرهم العاديين، كما أنهم يعانون من الإحباط والذنب والمعاناة الوجودية القلق الوجودي، والاكتئاب والقلق والضيق النفسي والخوف من الموت أو عودة المرض والعزلة ومشاعر الذنب مشاعر الخزي والعار والشعور بعدم الثقة واضطرابات التكيف واضطراب الكرب التالي ما بعد الصدمة والعزلة واضطرابات النوم والشهية وزيادة الأفكار الانتحارية ومنها على سبيل الحصر كدراسة.Carlson et al، & Ghodsi، M.، (2025) & Dehnavi، (2025) & Rebecca et al.، (2025) &Chen et al.،H. (2025) & Bach ، S.، (2024) & Ryu، (2024) & Ikhile et al.، (2022) & Van Beek et al.،et al. ، (2021) &Heike et al.، (2021) & Walker et al.، (2019) &Sharpe et al.،(2018).

ويرى فلاسفة وعلماء النفس الوجوديون كأمثال كيركيجار وهيدجر وسارتر ورولوماي وايرفين يالوم وفيكتور فرانكل أن المرض (مرض السرطان) لا يمثل فقط عوارض صحية تؤثر على جسد الإنسان وفاعليته في الحياة فحسب بل هو خبرة وتجربة وجودية أصيلة في الإنسان لمواجهة حقائق

ISSN : 2410-1818

الوجود الإنساني كالمرض والألم والمصير والذنب والإحباط والقلق الوجودي هذه الحقائق تثير لديه مخاوف وجودية تتعلق بالموت وفقدان المعنى والألم والمعاناة والذنب والمسؤولية تجاه الذات والآخرين (Carreno & Eisenbeck، 2022)، وفي المقابل يؤكد فرانكل(2006) على أن الإنسان يمتلك القدرة على اكتشاف المعنى حتى في أقسى الظروف، وأن المعاناة لا تعد عبئاً فقط، بل يمكن أن تتحول إلى مصدر للمعنى والنمو النفسي عندما يتم تبني اتجاهٍ واعٍ ومسؤول تجاه تلك المعاناة مما يمنح لحياته قيمة ومعنى (Frankl، 2006، pp. 85)، فالمعاناة والذنب والألم والمرض والموت حتميات ومواقف وجودية لا مفر للإنسان من مواجهتها، قد تفرض عليه قيوداً ومعوقات، وقد تزيده خبرةً ونموً تقوي إرادته الحرة وتزيد من فاعليته ووجوده، فالإنسان هو القادر الوحيد على تصميم عالمه الخاص وصنع أفكاره ومشاعره وسلوكياته وتطلعاته أو العيش في حالة التيه والسقوط والألم، فهو من يحدد موقفه من نفسه والآخرين وخالقه، وموقفه من شعوره بالذنب والألم وموقفه من مرضه وموته (سعفان، 2008، 6).

وفي ضوء ذلك يمكن لمريض السرطان استعادة توازنه وأن يجعل لحياته معنى وقيمة بالنظر إلى البيئة المحيطة من حول بأنها بيئة تدعمه وتسانده في التخفيف من آلامه ومعاناته فهو بذلك يعيد تأطير أفكاره ومشاعره وسلوكياته بطريقة إيجابية تجاه ذاته والآخرين، وسيتجاوز آلامه ومعاناته ومرضه وسيُقوى جهازه النفسي المناعي (Psychological Immune System) الذي يعزز مواجهته مع المرض وتأثيراته الجسيمة والنفسية والاجتماعية.

ويؤكد جيلبرت (Gilbert، 2006) بأن الإنسان يمر بالكثير من الأحداث والتهديدات الصعبة التي تؤثر على كيانه وعلاقاته في جوانب حياته المختلفة والتي تخلق له العديد من المشكلات ومع مرور الزمن تتراجع تأثيرات تلك الأحداث ويتمكن بعدها الفرد من استعادة توازنه ومواصلة حياته بصورة طبيعية أو بصورة متكيفة ويرجع ذلك إلى ما يمتلكه من موارد نفسية ذاتية تتمثل في جهازه النفسي المناعي الذي يسهم في تنظيم الاستجابة الانفعالية وتعزيز التكيف في مواجهة الواقع وتحدياته.

والمناعة النفسية (Psychological Immune) أو الجهاز النفسي المناعي هو أحد المفاهيم الحديثة المتصلة بعلم النفس الإيجابي وأهمها (شمبوليه، 422.2019) والذي يشير إلى مجموعة الموارد والقدرات والإمكانيات النفسية والمعرفية والعاطفية التي تمكن الفرد من مواجهة ضغوطات الحياة واستعادة التوازن والتكيف مع واقعه وبيئته الاجتماعية (أحمد ، 2024). ويُعد آتيلا أولاه (Attila Olah) أهم المنظرين لهذا المفهوم حيث يُعرف المناعة النفسية بأنها: نظام وقائي نفسي يتكون من مجموعة من السمات والقدرات مثل التفكير الإيجابي والإحساس بالسيطرة والكفاءة الذاتية والمرونة النفسية والقدرة على إيجاد المعنى في المواقف الصعبة، Olah،(2000)، ويعرفها (Gilbert، 2006) بأنها: النظام المسؤول عن مواجهة الضغوط وحماية الذات من المشاعر السلبية والأمراض النفسية. كما يعرفها

ISSN : 2410-1818

(Wilson & Gilbert،2007) بأنها: توظيف للقدرات المعرفية بهدف تحسين الحالة المزاجية للأفراد عن طريق الوصول للأسباب المنطقية والمبررات وراء الأحداث والأزمات الضاغطة.

وتشير العديد من الدراسات كما أوردتها (شمبولة 2021، أحمد 2019) بأهمية المناعة النفسية للأفراد المعرضين للأزمات والأحداث الضاغطة فهي تعزز لديهم الإصلاح المستمر والشامل للذات وتساعدهم في مواجهة الأحداث السلبية وتدعم التفكير الإيجابي، كما تسهم في التصدي للمشاعر السلبية وتمكنهم من تقييم ردود أفعالهم وتبني مشاعر إيجابية لمواجهة العجز والإحباط واليأس، وتساعدهم في إحداث التوازن بين التوقعات السلبية والإيجابية والتفكير بطريقة عقلانية وتنمي لديهم القدرة على حل المشكلات وبناء علاقات إيجابية صحية وتنمي لديهم معنى وقيمة لحياتهم كما أنها تعزز أساليب تكيفهم وتوافقهم مع ذواتهم وبيئتهم المحيطة (أحمد، 2019 و شمبولة، 2021).

بناءً على ما تقدم يمكن القول بأن الموارد النفسية الوقائية التي تشكل جوهر المناعة النفسية بمدلولاتها المختلفة كـ (المرونة النفسية، الصمود النفسي، المرونة النفسية معنى الحياة والتكيف الإيجابي والتفاؤل.. الخ) لدى مرضى السرطان الذين يمتلكون مستويات أعلى من تلك الموارد فإنهم يتمتعون بقدرة أكبر على مواجهة التحديات المرتبطة بالمرض وستسهم في تعزيز وتحسين جودة حياتهم وتقلل من اضطراباتهم النفسية والسلوكية وتساعدهم في استعادة توازنهم وتكيفهم وتجعلهم أكثر رضاً وقبولاً بواقعهم الحالي كدراسة

Kim، et al، (2024)& (Ding et al.، 2024 &Rahman et al.، (2024) & Yang et al.، (2024)

مما سبق يتضح أن مرض السرطان لا يمثل تهديداً للحياة الجسدية للإنسان فحسب، بل يشكل حدثاً وجودياً وتجربة عميقة تعيد تشكيل إدراك الفرد لذاته ولمعنى وجوده وللعالم من حوله، إذ يجد المريض نفسه في مواجهة مباشرة مع معطيات وجودية كالمصير، والحرية، والعزلة، والمعاناة، والموت. وفي خضم هذه المواجهة تختلف استجابات المرضى تبعاً لما يمتلكونه من موارد وقدرات ذاتية تمكنهم من الصمود والتكيف والمحافظة على استعادة توازنهم النفسي والاجتماعي رغم المعاناة الكبيرة التي يفرضها المرض، الأمر الذي يجعل المناعة النفسية أحد المفاهيم الجوهرية لفهم الفروق الفردية لدى مرضى السرطان في كيفية تعاملهم مع المرض وتحدياته.

ومع توسع الدراسات في مجال علم النفس بميادينه وموضوعاته المختلفة إلا أن هناك ندرة بحسب علم الباحثين لدراسة تسعى للكشف العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة الحالية المواقف الوجودية -المناعة النفسية لدى مرضى السرطان خاصة في البيئة العربية.

ومن هذا المنطلق تبرز الحاجة لهذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين المواقف الوجودية المتمثلة بالذنب والألم والمرض والموت والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان، وتقديم رؤية أكثر شمولاً للخبرة

ISSN : 2410-1818

الإنسانية لمرضى السرطان، والتعرف على العوامل التي تساعدهم على تجاوز المعاناة وتحويلها إلى خبرة إنسانية أصيلة ذات قيمة ومعنى.

وعليه، تأتي الدراسة الحالية محاولةً للإسهام في سد فجوة معرفية في مجال علم النفس الإيجابي وعلم النفس الوجودي، وتوفر إطاراً علمياً يمكن الاستناد إليه في بناء برامج إرشادية وعلاجية تراعي الاحتياجات الخاصة بمرضى السرطان، وبما يعزز قدرتهم على استعادة توازنهم النفسي والاجتماعي والتكيف مع المرض وتحسن من نوعية حياتهم في مواجهة المرض وتحدياته.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في سؤالها الرئيس: ما طبيعة العلاقة بين المواقف الوجودية (الذنب، الألم، المرض، الموت) والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس عدد من الأسئلة الفرعية هي:

- ما مستوى المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان؟
- ما مستوى المناعة النفسية لدى مرضى السرطان؟
- ما طبيعة العلاقة بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في الاتجاه نحو المواقف الوجودية تعزى للمتغيرات الديموغرافية والمرضية (الجنس – العمر – الحالة الاجتماعية - مدة الإصابة بالمرض) لدى مرضى السرطان؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في المناعة النفسية تعزى للمتغيرات الديموغرافية والمرضية (الجنس - العمر - الحالة الاجتماعية - مدة الإصابة بالمرض) لدى مرضى السرطان؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في جانبين هما:

1. الأهمية النظرية

- إثراء الأدب النظري في مجال علم النفس الوجودي من خلال دراسة المواقف الوجودية (الألم - الذنب - المرض - الموت) لدى مرضى السرطان .
- تزويد الدارسين والمهتمين بمعرفة علمية ذات صلة بالعوامل النفسية التي تسهم في التكيف مع الإصابة بالسرطان .
- توفير إطاراً نظريا لمتغير نوعي والمتمثل في المناعة النفسية لدى مرضى السرطان.
- الكشف عن أهمية الدعم النفسي الاجتماعي لتنمية المناعة النفسية لدى مرضى السرطان.
- لفت نظر الدارسين والمهتمين بفعالية الجانب الروحي وتنمية الموارد الذاتية لدى مرضى السرطان لتعزيز المناعة النفسية لديهم.

ISSN : 2410-1818

2. الأهمية التطبيقية

- عرض نتائج علائقية في التعرف على مستوى المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان بما يسهم في فهم احتياجاتهم النفسية بصورة أدق .
- تزويد العاملين مع مرضى السرطان ببعض الموجهات التي قد تساعدهم في تقديم خدمات الدعم النفسي الاجتماعي وتصميم البرامج الإرشادية والعلاجية الموجهة لهذه الفئة.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في توفير مؤشرات عملية تساعد متخذي القرار في المستشفيات والمراكز العلاجية لتبني برامج متخصصة للعلاج النفسي الوجودي لمرضى السرطان .

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة بشكل رئيس إلى التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان.

ويتفرع من هذا الهدف الأهداف الفرعية الآتية:

- التعرف إلى مستوى المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان .
- التعرف إلى مستوى المناعة النفسية لدى مرضى السرطان .
- التعرف على الفروق في المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان تبعًا للمتغيرات الديموغرافية والمرضية: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الإصابة.
- التعرف على الفروق في المناعة النفسية لدى مرضى السرطان تبعًا للمتغيرات الديموغرافية والمرضية: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الإصابة.

مصطلحات الدراسة

المواقف الوجودية: Existential Attitudes

لا يوجد تعريف خاص بالمواقف الوجودية وإنما ذكرت بصيغ متعددة وكان لعلماء وفلاسفة المدخل الوجودي تعاريف خاصة تستند تلك التعاريف إلى فلسفتهم الخاصة إلى الإنسان ووجوده والحياة وخبرته الذاتية والواقع المعاش للفرد.

ولذلك سنعرفها بمضمونها أو مدلولاتها بحسب أفكار علماء وفلاسفة المدخل الوجودي.

عرفها سعفان (2008) بأنها: الواقع الحقيقي أمام الإنسان أو هو الشيء نفسه الذي يشكل الحدود التي لا يمكن تجنبها أو اجتيازها ولذلك يجب عليه مواجهتها مباشرة في مجالات حياته.

ويشير إلى ذلك يالوم (Yaloom،2008) باسم الحتميات (المسلمات) (existential givens) والتي يعرفها بأنها: الهموم القصوى للبشر وهي المعطيات التي لا مفر منها لوجودنا، ويقول مهما بدت

ISSN : 2410-1818

قاتمة فإنها تحمل في طياتها بذور الحكمة والخلاص، ويحددها في أربع مسلمات هي الموت والعزلة والمسؤولية واللامعنى.

ويعرف الباحثين المواقف الوجودية إجرائيا بأنها: المواقف الحتمية التي ترافق الإنسان في مسيرة حياته المختلفة ولا يستطيع أن يتجنبها ، ونتعرف عليها بواسطة الحالة الشعورية او اللاشعورية لدى مريض السرطان في أفكاره ومشاعره وسلوكياته.

المناعة النفسية: Psychological Immunity

يعرفها آتيلا أولاه:olah)،(2004 بأنها: نظام وقائي تطوري متكامل لموارد الشخصية المعرفية والانفعالية والسلوكية يتمكن خلالها الفرد من مقاومة الضغوط والإنهاك ومقاومة ما ينتج عنها من آثار والتعامل بهدف تعزيز الصحة النفسية ودعم التناسق بين مبادئ الفرد ومتطلبات البيئة olah،2004،(p.654). ويعرفها عصام زيدان (2013) بأنها: قدرة الفرد على حماية ذاته من التأثيرات السلبية المحتملة للضغوط والتهديدات والمخاطر والإحباطات والأزمات النفسية، والتخلص منها عن طريق التحصين النفسي باستخدام الموارد الذاتية والإمكانات الكامنة في الشخصية. وتعرف بأنها: قدرة الشخص على مواجهة الكروب وتحمل الصعوبات ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر ينتج عنه الغضب والعدوانية والانتقام واليأس والعجز والانهزامية والتشاؤم، وتمد الفرد بمناعة إضافية تنشط أجهزة المناعة الجسمية لديه (حسان، ولاء، 2009، ص 63).

ويعرف الباحثين المناعة النفسية إجرائيا بأنها: الجهاز الوقائي الذاتي لمريض السرطان الذي يساعده على تحصين ذاته من المشاعر السلبية الناتجة عن إصابته بمرض السرطان واستعادة توازنه مع ذاته وتكيفه مع واقعه وبيئته الاجتماعية.

الإطار النظري

تمهيد

تمثل الخبرة الإنسانية محوراً أساسياً في تشكّل علاقات الإنسان بذاته والآخرين وخالقه، وتؤثر نظرته للحياة في طبيعة تفاعله مع مواقف الحياة المختلفة التي مر بها في مراحل نموه النفسي والاجتماعي، فكلما ارتبطت خبرات الفرد بمواقف إيجابية داعمة فإنها تسهم في نضج ونمو الفرد والانتقال الآمن بين مراحل حياته المختلفة وينعكس ذلك على إحساسه بالقيمة والمعنى والكفاءة الذاتية والقدرة على مواجهة التحديات والصعوبات، وعلى النقيض من ذلك فإن تراكم خبرات الألم والفشل والفقد قد تشكل لدى الفرد اتجاهات سلبية نحو ذاته والحياة بشكل عام وتعزز مشاعر اليأس والتشاؤم والعجز وتضعف صحته ورفاهته النفسية والاجتماعية على حد سواء.

يؤكد Marzieh (2005) إن استمرار تعرض الفرد للشدائد والمحن يؤدي تدريجياً إلى أن يفقد الفرد قدرته على المقاومة والمواجهة وتصبح صحته الجسدية والنفسية مهددة ويكون عاجزا عن

ISSN : 2410-1818

التكيف والتواصل مع من يحيطون به بشكل إيجابي، مما يجعله فرداً سلبيا كثير الشكوى والقلق من المستقبل وذلك بسبب تلك الضغوط التي أصابت مشاعره وقدراته الأخرى بما فيها القدرة على المواجهة والتفكير السليم وإدراكه لنفسه وللعالم من حوله (Marzieh، 2005، p.136)، وتؤكد عدد من الدراسات بأن مريض السرطان يعد من أكثر الأفراد المعرضين لمصادر الضغوط الداخلية والخارجية، حيث ارتبط هذا المرض في الذاكرة الإنسانية بالموت أولاً وبالعديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية والسلوكية، كما تتسم أفكار المريض بالتشاؤم والمشاعر السلبية والحزن والانعزال فهو يفكر بذاته ومرضه وأسرته ومستقبله ومستقبل أولاده وينتابه التفكير في كيف سيكون عبء على أسرته كما يعايش مشاعر الحزن والأسى واليأس والعجز والانسحاب والتقوقع حول الذات وغيرها من الاضطرابات الأخرى.

1. مرض السرطان

يعد مرض الأورام (السرطان) من الأمراض التي جاء ذكرها في كتابات فلاسفة وعلماء الحضارات القديمة الإغريقية واليونانية كما جاء ذكرها والاهتمام بها لدى علماء المسلمين القدماء، فقد ذكر أبو بكر الرازي في كتابه الحاوي فصلاً كاملاً عن السرطان والقروح السرطانية وتحدث عن وصف الأورام وكذلك قام بتصنيفها وكيفية علاجها، وعرض ابن سيناء في كتابه القانون في الطب في عدد من الصفحات حديثاً عن الأورام وأسبابها وأعراضها وكيفية علاجها، كما يذكر الطبري في كتابه فردوس الحكمة أن أبقراط قال: السرطان وجع لا يعالج وإن عولج هلك صاحبه وإن لم يعالج بقي زماناً طويلاً، كما ذُكر عند ثابت بن قرة في كتابه الذخيرة في علم الطب، وكذلك علي بن العباس في كتابه كامل الصناعة الطبية عن مرض السرطان، وذكره مهذب الدين علي بن أحمد البغدادي في كتابه المختارات في الطب وخصص محمد بن علي القربلياني مقالته الأولى من كتابه الاستقصاء والأبرام في علاج الجراحات والأورام.

وفي عصرنا الحديث وبتوسع الدراسات العلمية عن مرض السرطان وأسبابه وطرق علاجه فقد جاءت الكثير من التعريفات والمصطلحات والأنواع لمثل هذه المرض فقد عرفه Weinberg (2023) بأنه: مرض يتميز بالتكاثر غير المنضبط للخلايا وقدرتها على غزو الأنسجة المجاورة والانتشار إلى مواقع بعيدة في جسم الفرد. وتعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنه: مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تصيب أي عضو أو نسيج في الجسم، وتتميز بقدرتها على الانتشار خارج موقعها الأصلي. كما يعرفه المعهد العالمي للسرطان (N C I، 2025) سريرياً بأنه: مجموعة من الأمراض التي تتميز بالانقسام غير المنضبط للخلايا وانقسامها بصورة غير طبيعية مما يؤدي إلى غزو الأنسجة المحيطة والانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم عبر عمليتي العزو الانبثاث. ويشير Arian et al (2021) إلى أن مرض السرطان يصنف إلى أكثر من (200) نوع. كما صنفت جمعية السرطان الأمريكية السرطان (ACS) إلى أكثر من 100 نوع حددتها في عدد من المجموعة كل مجموعة فيها العديد من الأنواع.

ISSN : 2410-1818

وبحسب دراسة Veach et al (2013) فقد صنفت السرطانات إلى ثلاث مجموعات هي:

1. السرطان الظاهر: وهي أورام تصيب الأغشية المحيطة بالأعضاء والتي تكون الإصابة فيها ومن هذه الأورام سرطان الثدي والجلد والبنكرياس والبروستاتا.
2. السرطان الليمفاوي: وهو ورم يصيب الأنسجة الليمفاوية
3. سرطان الدم: وهي من أكثر أنواع السرطان انتشاراً خاصة بين الأطفال ويقسم إلى ثلاث مجموعات رئيسة هي: (الصلبة، الليمفاوية، اللوكيميا).

وبحسب دراسة Vandenberg et al (2009) فإن مرض السرطان يمثل أحد أبرز القضايا والتحديات الصحية في عصرنا الحاضر فهو يمثل تحدٍ عالمي يتجاوز كونه مرضاً عضوياً ليصبح ظاهرة إنسانية متعددة الأبعاد الصحية والنفسية والاجتماعية، ولما يمثله من أعباء مالية تتجاوز قدرة الأفراد والأسر كما أنه يثقل ميزانية الدول لمواجهته.

ويُشير التقرير السنوي لمعهد العلوم للبيانات البشرية للعام 2025(IQVIA) أن العبء الاقتصادي العالمي للسرطان للفترة من 2020 إلى 2050 سيبلغ بنحو 35 تريليون دولار أمريكي، ويشير تقرير المعهد السويدي لاقتصاديات الصحة (IHE) للعام 2023 بأن أوربا تخصص ما يقارب 6-7 ٪ من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية لمرضى السرطان. ويشيرNgo et al (2026) إلى أن حجم الإنفاق على مرضى السرطان يظهر فجوة كبيرة بين الدول المتقدمة والدول النامية حيث تراوحت التكلفة السنوية للفرد الواحد كدولة مثل أثيوبيا 1.43 دولارًا وبين الولايات المتحدة الأمريكية بلغت التكلفة إلى 713 دولارًا، وهذا الإنفاق السنوي ارتبط إيجابياً بمعدلات البقاء على قيد الحياة في الدول ذات الدخل المرتفع، ولكنه أظهر زيادة في الوفيات في البلدان ذات الدخل المنخفض.

وشهدت العقود الأخيرة في الكثير من الدول خاصة ذات الدخل المرتفع تزايداً كبيراً لدى علماء النفس بدراسة هذا المرض بأبعاده النفسية والاجتماعية والروحية، ويعود هذا الاهتمام إلى الزيادة المستمرة في معدلات الإصابة عالمياً، وإلى ما يفرضه المرض على الفرد والأسرة والمجتمع والدولة.

ويرى علماء النفس الوجوديون بأن مرض السرطان هو تجربة إنسانية وجودية تتجاوز الأعراض العضوية البيولوجية أو الخلل الوظيفي، وأن على الإنسان أن يعيش تلك التجربة ويسعى إلى فهمها وكيفية التعايش معها وإدراك المعنى الكامن ورائها وتأثيرها ويجعل منها فرصة لاكتشاف المعاني والقيم الخلاقة في ذاته وحياته رغم المعاناة والألم.

حيث يرى رولوماي 1958 بأن المرض يمثل إحدى الخبرات التي تكشف للإنسان هشاشته الوجودية وحدود سيطرته على العالم التي تجعله في مواجهة مباشرة مع قضايا الوجود الإنساني وجهاً لوجه، فالإنسان الذي يعاني يصبح أكثر وعياً بمحدودية وجوده الأمر الذي يفتح له المجال لإعادة تقييم حياته واكتشاف معانٍ جديدة لوجوده (35-42)، ويرى فرانكل(1982): بأن المرض (المعاناة) عندما تكون هي المصير المحتوم والذي يجب أن يعيشه الإنسان فإن عليه أن يتقبل آلامه ومعاناته كما لو أنها

ISSN : 2410-1818

مهمة مفروضة عليه، نعم هي مهمة فريدة ومتميزة، وعليه أن يعترف بالحقيقة بأنه حتى في المعاناة هو فريد ووحيد في هذا الكون ولا يستطيع أحد أن يخلصه من معاناته أو يعاني بدلاً عنه، ففرصته الوحيد كيف يكتشف معنى المعاناة وحقيقتها (فرانك، 1982، ص111).

2. المواقف الوجودية: Existential Attitudes

يعرفها سعفان(2008) بأنها: خبرة إنسانية يعيشها الإنسان في واقعه ويدركها حسياً ونفسياً وأخلاقياً وهذه المواقف قد تفرض عليه قيوداً ومعوقات قد تزيد من خبرته وتقوي إرادته في التصرف وتزيد من فعالية الذات ومن وجوده، وقد تجعل الفرد يعيش حالة من الأسى والألم والمعاناة، هذه المواقف تتحدد بناءً على حالته المزاجية وخبراته الماضية وتركيبته المعرفية وتطلعاته المستقبلية، فهو منفتح مع الماضي والحاضر والمستقبل فهو من يصنع عالمه ويُكون مشاعره ويبني تطلعاته وعوائقه من خلال الظروف والأحوال التي يعيشها أو التي يفهمها أو التي يتمناها أو هي جميعاً.

وهنا سنقوم باستعراض الأبعاد الخاصة بالمواقف الوجودية والتي تمثلت في الآتي:

- **الشعور بالذنب Feeling Guilt:** هو خبرة إنسانية عاشها الإنسان ومازال يعيشها، وهو شعور غير سار لأنه سلبي وناقد للذات ويرتبط في الغالب بالماضي ويتبعه الخوف من الحاضر والقلق من المستقبل، فهو ظاهرة شخصية لأن الذي يشعر به هو صاحبه وهو ظاهرة اجتماعية لأنه يحدث بين الأشخاص وهو ظاهرة دينية لأنه يحدد طبيعة علاقات الإنسان بخالقه (سعفان، 2008، ص 6).

ويُعدّ الشعور بالذنب لدى مرضى السرطان من أكثر الخبرات النفسية-الوجودية عمقًا، لأنه لا يقتصر على مجرد انفعال سلبي عابر، بل يمتد إلى إعادة تقييم المريض لمسار حياته واختياراته وعلاقاته ومعنى وجوده في ظل تهديد المرض، ويتجلى الشعور بالذنب لدى مريض السرطان في عدة صور منها في صورة لوم الذات على أسباب المرض، أو الندم على تأخر الفحص والعلاج، أو الإحساس بأن المرض فرض عبئًا نفسيًا وماديًا على الأسرة. وتشير بعض الدراسات بأن الذنب الوجودي يرتبط بمفاهيم الأصالة، والقلق الوجودي، والمسؤولية الشخصية والاجتماعية، وهي كلها أبعاد تزداد حدتها لدى مرضى السرطان بسبب اقترابهم الوجداني من أسئلة الفناء والمعنى.(Arian et al، 2024، pp. 381–382).

ويرى (Yalom،1980) بأن الذنب الجودي ينشأ عندما يواجه الإنسان الفجوة بين ما كان يمكن أن يكونه وبين ما أصبح عليه بالفعل، أي بين الإمكانات الممكنة والحياة المعاشة فعليًا. وعند مرضى السرطان، تصبح هذه الفجوة أكثر حضورًا بسبب الإحساس بتهديد الزمن وضيق الفرصة، ما يدفع المريض إلى مراجعة قراراته السابقة، وعلاقاته، وأهدافه المؤجلة، وهنا لا يتمثل الذنب الوجودي فقط في المرض ذاته، بل في الإحساس بأن الفرد لم يعش حياته بالصورة التي كانت ممكنة له، أو أنه أجّل ما هو جوهري حتى باغته المرض.(p. 31)

ISSN : 2410-1818

ويرى Veach et al (2013) بأن مشاعر الذنب تُتعزز من المرحلة الأولى (التشخيص) حتى المرحلة النهائية، حيث ينشأ الشعور بالذنب من الحكم السلبي على سلوك الفرد نفسه، الذي لا يقتصر على مجموعة من الآلام العاطفية فحسب، بل يشمل أيضًا تأنيب الضمير والقلق الناجمين عن الأفكار المزعجة والشعور بالوحدة والبكاء، كما أن الشعور بالذنب هو نتيجة إدراك الفرد لمخالفته للمعايير والقيم التي ورثها عن أسلافه، ويدفع الشعور بالذنب الشخص إلى التصرف بقلق وخوف، فلا يستطيع التكيف بشكل مناسب مع بيئته مما يؤدي إلى الاكتئاب والعزلة.

ويشير Arian، et al . (2024) بأن للذنب الوجودي لدى مرضى السرطان ستة أبعاد أو موضوعات رئيسية تتمثل في: الشعور بعدم عيش الحياة كما كانوا يتمنونها، الندم على الفرص المفقودة، الإحساس بالتقصير تجاه الأسرة والآخرين، لوم الذات بشأن المرض، الإحساس بعدم استحقاق الحياة مقارنة بالآخرين، صعوبة المصالحة مع الذات.

- **الألم الوجودي:Existential Pain**

يشير Gahlinger (2006) بأن الألم يأتي بأشكالٍ وألوانٍ مختلفة، ليس كخيطٍ يمتد من الألم العصبي إلى الألم النفسي بل هو أشبه بنسيجٍ من الخيوط المتداخلة، حيث يُساهم كل خيطٍ فيه في تكوين الكل ويُساعد في تحديده، وأن الألم لا يقتصر على الإحساس الجسدي أو الاستجابة الانفعالية، وإنما يمتد ليشمل **البعد الوجودي** الذي يتمثل في فقدان المعنى، والإحساس بالعجز، واليأس، والانفصال عن الذات والمجتمع، والشعور بانهيار الهوية الثقافية وفقدان الهدف من الحياة. ويرى أن هذه الجوانب قد تكون أكثر إيلامًا من الألم البدني نفسه، لأنها تمس جوهر الوجود الإنساني . (Gahlinger، 2006)

ويُعدّ الألم من أكثر الخبرات الإنسانية شيوعًا وإزعاجًا لدى مرضى السرطان لما لها من الآثار السلبية على جودة حياتهم، حيث تشير التقديرات أن ما بين (17 ٪ - 70٪) من مرضى السرطان يشعرون بألم شديد، تلعب فيه العوامل النفسية دورًا مهمًا في تجربة الألم، فمعظم سلوكيات الألم مكتسبة وتتأثر بالبيئة ومشاعر ومعتقدات وتوقعات الفرد، ويمكن أن يتحكم المريض بها من خلال فهم الجوانب العاطفية والمعرفية في مرحلة تفسير الألم، وتشير بعض الدراسات بأن المعتقدات السلبية حول الألم تؤثر على نتائج العلاج، وقد تتسبب في تحويل الألم الشديد إلى ألم مزمن وقد تُحدث آثارًا سلبية على الصحة العامة والكفاءة الذاتية وأداء المريض .(Ramezanzade Tabriz et al، 2018)

ويعرف سعفان (2008) الألم بأنه: خبرة ذاتية للمعاناة يدرك فيها الفرد ضعفه وعجزه أمام الألم سواء كان جسدياً أو نفسياً بما يثير انشغالاً عميقاً بالذات ويؤثر في إدراكه لوجوده ومعنى حياته. وتعرفه.Ferrell، et al (1995) بأنه معاناة تؤثر في إحساس الإنسان بالمعنى والغاية والهوية، ويظهر بصورة خاصة لدى المرضى المصابين بأمراض مهددة للحياة، عندما يبدأ الفرد بالتساؤل عن قيمة حياته ومستقبله ومصيره. ويعرفه .Kissane، et al (2021): بأنه معاناة ناتجة عن الإحساس بفقدان المعنى أو

ISSN : 2410-1818

الأمل أو القيمة الشخصية عند مواجهة مرض خطير أو الاقتراب من الموت، وهو ما يؤدي إلى الضيق الوجودي واليأس إذا لم يُعالج بصورة مناسبة.

- **المرض الوجودي:Existential Illness**

ويرى Svenaeus (2000) بأن المرض يغير الطريقة التي يعيش بها الإنسان في العالم فهو اضطراب في الوجود وتغير في معنى المكان والزمان وفقدان الإحساس بالانتماء إلى الجسد. كما أنه يمثل تهديدًا لوجود الفرد ، فيعيد تفسير الزمن والجسد والآخرين والموت.

والمرض بوصفه موقفا وجوديا يختلف عن الألم والضيق والمعاناة والإحباط الوجودي فهو يشكل المعاناة والألم والضيق كخبرات إنسانية وجودية تجعل الفرد يغير الطريقة التي يدرك بها ذاته والعالم من حوله (Tarbi & Meghani ،2019)

وتشيرCarel ،H)2016) بأن المرض هو انهيار للمعنى في حياة المريض بسبب اضطراب العادات والتوقعات والقدرات، ففيه تتزعزع بنى المعنى وينهار التماسك العام لحياة الفرد ، ويفرض على الإنسان التعرف إلى هشاشة ومحدودية وجوده، ويقوض افتراضاته وتصوراته السابقة حول الصحة والاستمرارية والسيطرة والمستقبل الأمر الذي يجعله يعيد تفسير مجريات حياته في ضوء الواقع الجديد الذي فرضه المرض، وقد يمثل فرصة لاستكشاف حياته ومعناها وأهدافها وقيمها وأفضل السبل لتعديلها ، فالمريض يعيش بشكل مباشر في مواجهة مع قلق الموت، وفقدان السيطرة، وتغيير صورة الجسد ، الخوف من المستقبل، وتقييم الحياة، البحث عن المعنى، زيادة التساؤلات الروحية والدينية، تغير وتبدل العلاقات الاجتماعية (Carel2016p.38،)

والمرض كما يراه فلاسفة وعلماء النفس الوجوديون يرون بأن الوجود الإنساني لا يُعرّف فقط من خلال الجسد ، وإنما من خلال طريقة عيشه لمعاناته والمعنى الذي يمنحه لتجربته المرضية. فهو حالة إنسانية يواجه فيها الفرد اضطرابًا في استمرارية حياته المعتادة ، مما يدفعه إلى إعادة تقييم معنى حياته ، وإعادة النظر في قيمه وأهدافه وعلاقاته مع ذاته والآخرين والعالم.

فقد قدم هيدجر مفهوم المرضة بأنه عدم القدرة على الوجود كما أن الموت هو العجز التام عن الوجود وإغلاقاً لجميع الاحتمالات الوجودية ، ويصف المرض بأنه تجربة شعور دائم بغرابة مُزعجة في وجود المرء في العالم ، حيث يصبح انخراطنا في العالم غير متماسك ويفقدنا الاحساس بالنظام والمعنى ينشأ هذا الإحساس من تغير ظروف التجسيد ، وفقدان تناغم الجسد مع البيئة (Carel2016153-p.150،).

ويرى Frank (1995) أن المرض يضع الإنسان أمام تحدٍ وجودي يتمثل في كيفية الاستمرار في العيش بالجسد المريض نفسه بعد أن أصبح مختلفاً عما كان عليه قبل المرض فالمريض لا يواجه مجرد خلل عضوي بل يواجه سؤالاً وجودياً يتعلق باستمرارية هويته، إذا يصبح مطالباً بإعادة تعريف ذاته

ISSN : 2410-1818

والتكيف مع جسد فقد بعض وظائفه أو تغيرت صورته وهو ما يجعل المرض تجربة تمس معنى الوجود ذاته أكثر من كونها حدثاً طبيا Frank)،1995، p. 28) .

وتؤسس رؤية فرانكل هذه أهمية خاصة إذا أن مرض السرطان لا يغير الحالة الصحية فحسب بل يغير علاقة المريض بجسده ويجعله أكثر وعياً بمحدودية الذات، حيث تتحول التغيرات الجسدية الناتجة عن المرض أو العلاج أو فقدان أحد أعضاء الجسم أو التغيرات في الشكل والمظهر إلى رموز وجودية تعيد تشكيل تصور المريض لهويته ومستقبله، وتدفعه إلى البحث عن معنى جديد للحياة في ظل المرض واستعادة توازنه وتكيفه.

ويؤكد Yalom (1980) بأن المرض الخطير يجعل المريض يكتشف المعطيات (الحتميات)الوجودية كالموت والحرية والعزلة واللامعنى أكثر حضوراً في وعيه، ولذلك يتحول ذلك الوعي إلى فرصة لا عادة تقييم الحياة وإذا فشل الفرد في ذلك يصبح مصدراً للمعاناة وعدم التكيف مع ذاته وعالمه من حوله (p.8)

- **الموت :Death**

يمثل الموت أحد القضايا الرئيسية في الفكر الوجودي، إذ لا يُنظر إليه بوصفه حدثًا بيولوجيًا يقع في نهاية الحياة فحسب، وإنما باعتباره موقفًا وجوديًا يكشف حقيقة الوجود الإنساني ويحدد طريقة عيش الإنسان لحياته، فالوعي بالموت يجعل الإنسان مدركاً محدودية وجوده وفناءه، ويحرره من الانغماس في الحياة اليومية الزائفة، ويدفعه إلى البحث عن المعنى وتحمل مسؤولية اختياراته الوجودية Shim، 2020، p.973)).

ويرى سعفان (2008): بأن الموت صفة وجودية خُلقت ضد الحياة، وأنه زوال الحياة بالنسبة للإنسان، وقد يتم الموت بمقدمات مثل المرض وعدم القدرة على دفع الخطر، وقد يتم فجأة وقد يرتبط بالآثار المترتبة عليه، أو باليته نفسها وهي حالة الموت وهيئته (ص8).

ويعد كيركيجارد (Kierkegaard) الأب المؤسس للاتجاه الوجودي فهو يرى بأن الموت خبرة وجودية ضرورية تتيح للفرد اكتشاف ذاته الحقيقية، فالإنسان لا يصبح أصيلًا إلا عندما يواجه محدودية وجوده ويعيش حياته بوعي ومسؤولية، وجعل القلق أمام الموت مدخلًا للتحول الوجودي والنضج الشخصي للإنسانBuben) ،. 2013، p. 967) .

ويمثل الموت في فلسفة هيدجر (Heidegger) المفهوم المحوري حيث يرى أن الموت هو الإمكانية الأكثر خصوصية ويقينًا لكل إنسان، وأن استحضار الإنسان لحقيقة موته لا يقوده إلى التشاؤم، بل يساعده على التحرر من العيش وفق توقعات الآخرين، ويقوده إلى الوجود الأصيل، لأن الإنسان لا يدرك قيمة حياته إلا عندما يواجه حقيقة فنائه بصورة واعيةBuben) ، 2013، p 384) .

ويرى Frankl (1959) بأن الموت يمثل حافزاً للحياة ويراه أحد المصادر الأساسية لإضفاء المعنى على الحياة، وأن محدودية الزمن والبقاء يمنح الحياة قيمتها، وأن إدراك الإنسان لفنائه يمثل حافزاً

ISSN : 2410-1818

لتحقيق القيم وتحمل المسؤولية وأن الحياة لا تفقد معناها بسبب الموت، بل إن الموت يمنحها قيمة أكبر لأنه يجعل كل لحظة غير قابلة للتكرار(Frankl، 1959، p137). وأما May (1983) فيرى أن القلق المرتبط بالموت يمثل قلقًا وجوديًا طبيعيًا، وليس عرضًا مرضيًا، وأن مواجهة هذا القلق يساعد الإنسان على تنمية الشجاعة والإبداع والقدرة على اتخاذ القرارات الأصيلة، بينما يؤدي إنكار الموت إلى فقدان المعنى والعيش بصورة سطحية. ويشير كل من Yalom (2021) لقد اختبر فكرة الموت في محطات كثيرة من حياته فقد رأى موت الأصدقاء والأقران وكذلك واجهه مرض زوجته مارلين يالوم بالسرطان والتي الف معها كتاب بعنوان (مسألة الحياة والموت) وفي أحد فصول هذا الكتاب والذي كان تحت عنوان: مواجهة النهايات، يؤكدا Yalom & Yalom (2021، p2) بأن الموت موقفًا وجوديًا أساسيًا يدفع الإنسان إلى مواجهة حقيقة فنائه، والبحث عن معنى لحياته، وتقدير علاقاته الإنسانية قبل أن تنتهي، وهو ما يجعل الوعي بالموت قوة دافعة نحو حياة أكثر أصالة ومعنى، وليس مجرد مصدر للخوف أو القلق، ويؤكد Yalom (2018) أيضا بأن القلق من الموت حتمية وجودية يختبرها كل إنسان بطريقته الخاصة؛ حيث تتخذ أشكالاً مختلفة تتراوح بين الوعي الخفي كخلفية مستمرة للحياة، والخوف الصريح من الفناء وعزلة القبر، وصولاً إلى تذوقه كل يوم عبر تجارب النوم وفقدان الماضي بالنسيان(Yalom، 2018، p.14). وتؤكد Shim(2020) بأن الوعي بالموت عندما يُواجه بصورة تكاملية وليس بطريقة هروبيه أو إنكارية، يسهم في تنمية الأصالة، وتعزيز المعنى، وتحسين العلاقات الإنسانية، بينما يرتبط تجنب التفكير بالموت بارتفاع مستويات القلق الوجودي والضيق النفسي.

مما سبق يتضح لنا بأن فلاسفة وعلماء النفس الوجوديون جعلوا من مواقف الوجود الإنساني في حتمياته المختلفة قضايا تبعث في النفس الإنسانية الاصالة والابداع واستكشاف المعنى في حياة الإنسان، جعلوا من تلك القضايا مصادر للتطور والنمو الفردي ونظروا إلى المعاناة والألم قوة دافعة لتقييم حياته لتجاوزاً آلامه متحلياً بالشجاعة والابداع ليعيد ترتيب أولوياته وقيمه واتجاهات بما يحقق سعاته وهناءه النفسي والاجتماعي.

3. المناعة النفسية: Psychological Immunity

تعود الجذور العلمية لمفهوم المناعة النفسية (Psychological Immunity)إلى منتصف تسعينيات القرن العشرين، حيث يُعد عالم النفس المجري أتيلا أولاه (Attila Oláh)أول من وضع الأساس النظري لهذا المفهوم، من خلال تطويره لنموذج نظام المناعة النفسية (Psychological Immune System)، الذي يفسر قدرة الفرد على مواجهة الضغوط والأزمات اعتمادًا على منظومة متكاملة من الموارد المعرفية والانفعالية والسلوكية(Oláh، 1995 ، 2000). وقد تطور المفهوم لاحقًا من خلال إسهامات عدد من الباحثين، من أبرزهم جيلبرت (Gilbert)، وكاجان (Kagan)، وباربانيل (Barbanell)، والذين وسعوا الإطار المفاهيمي للمناعة النفسية وربطوه بعمليات التكيف

ISSN : 2410-1818

والمرونة والنمو النفسي، وقد عرف أولاه (Oláh) المناعة النفسية: بأنها نظام متكامل من الموارد المعرفية والانفعالية والسلوكية يعمل كمنظومة وقائية تسهم في حماية الفرد من الآثار النفسية السلبية للضغوط، وتعزز قدرته على التكيف الإيجابي والمحافظة على النمو النفسي وتنشيط موارده الذاتية لمواجهة الأزمات، وأشار جيلبرت وزملاؤه(Gilbert et al) إلى أن المناعة النفسية: تتمثل في مجموعة من العمليات المعرفية والانفعالية التي تمكن الفرد من الحد من التأثيرات النفسية السلبية للأحداث الضاغطة من خلال إعادة تفسير الخبرات المؤلمة وتعديل إدراكها واستخدام استراتيجيات معرفية تحافظ على الاتزان النفسي، في حين عرّفها كاجان(Kagan) بأنها قدرة الفرد على حماية ذاته النفسية عبر تنظيم الانفعالات، والمحافظة على تماسك الشخصية، وتنمية التفكير المفاهيمي بما يعزز مواجهة المواقف الضاغطة دون فقدان الاتزان النفسي، أما باربانيل(Barbanell) فقد نظر إليها بوصفها آلية نفسية وقائية تساعد الفرد على تجاوز الخبرات المؤلمة، والتعامل مع المشاعر السلبية المرتبطة بها، وتحويلها إلى خبرات تسهم في النمو النفسي والتكيف الإيجابي (زيدان، 2013).

وتكتسب المناعة النفسية أهمية متزايدة في مجال علم نفس الأورام (Psycho-oncology)، نظرًا لطبيعة التحديات النفسية والوجودية التي يواجهها مرضى السرطان عبر مختلف مراحل المرض، بدءًا من تلقي خبر التشخيص، مرورًا بإجراءات العلاج وما يصاحبها من آثار جسدية ونفسية، وانتهاءً باحتمالات الانتكاسة أو الوفاة. وتفرض هذه الخبرات الضاغطة على المريض الحاجة إلى امتلاك منظومة من الموارد النفسية الوقائية التي يفترض أن تعزز قدرته على التكيف مع المرض والتعامل مع متطلباته وآثاره النفسية والاجتماعية، وتتمثل هذه الموارد في مجموعة من القدرات والسمات الذاتية الداخلية التي تسهم في الحفاظ على اتزانه النفسي، وتخفيف التأثيرات السلبية المرتبطة بالمرض، وتعزيز قدرته على مواجهة أزمات وضغوط المرض، فضلاً عن مساعدته في إعادة بناء تصوراته عن ذاته ومرضه، وإعادة تشكيل المعاني الشخصية المرتبطة بالحياة والمعاناة، بما يدعم تكوين اتجاهات وقيم أكثر إيجابية تجاه الذات والآخرين والمستقبل، ويعزز التكيف النفسي والنمو في مواجهة الخبرة المرضية.

وأشار أولاه (Oláh،2000) إلى أن للمناعة النفسية العديد من الوظائف والخصائص تمثلت في مساعدة الفرد على التفكير الإيجابي، وتنمية المرونة النفسية، وحل المشكلات، وضبط الانفعالات، وتحقيق التوازن الانفعالي، وتعزيز استراتيجيات المواجهة الفاعلة، بما ينعكس إيجابياً على التوافق النفسي وجودة الحياة، وقد قسم اولاه المناعة النفسية إلى ثلاثة أنظمة رئيسية هي: نظام معتقدات الإقدام(Approach-Belief System) ، ونظام المراقبة والإبداع والتنفيذ–Monitoring–Creating) (Executing System، ونظام التنظيم الذاتي(Self-Regulating System) ، موضحاً أن هذه الأنظمة تعمل بصورة تكاملية لتدعيم قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط، وتنمية موارده الشخصية، والمحافظة على توازنه النفسي.(زيدان، 2013).

ISSN : 2410-1818

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أهمية المناعة النفسية لدى مرضى السرطان في تخفيف الاضطرابات وتحسين جودة الحياة والتكيف مع المرض، فقد أشارت دراسة (Van et al،(2021 إلى أن المشكلات النفسية، كالقلق والاكتئاب والضغوط، تعد من أكثر المشكلات شيوعاً لدى مرضى السرطان، وترتبط بانخفاض جودة الحياة وارتفاع الأعباء الصحية، وتعزيز الموارد النفسية الوقائية لدى هذه الفئة يقلل من تلك المشكلات، واشارة دراسة Antoni& Dhabhar، ((2019 أن الموارد النفسية الإيجابية وإدارة الضغوط تسهم في تحسين التكيف النفسي، وقد تنعكس بصورة غير مباشرة على بعض المؤشرات المناعية والوظيفية لدى مرضى السرطان.

دراسات سابقة

سنقوم بعرض عدد من الدراسات السابقة التي تعزز أهمية الدراسة الحالية بمتغيراتها المختلفة ومدلولاتها النظرية وبما يدعم التأطير النظري لها حيث سيتم عرضها لتشمل عدة جوانب لمتغيرات الدراسة والمتمثلة بالمواقف الوجودية والمناعة النفسية وعلاقتها بمرضى السرطان ومشكلاتهم وأزماتهم الوجودية والحياتية.

- دراسة **Arian ،M.، et al.، (2024)** بعنوان: كيف يختبر مرضى السرطان الشعور بالذنب الوجودي (دراسة نوعية)، هدفت الدراسة إلى استكشاف تجربة الشعور بالذنب الوجودي لدى مرضى السرطان، وفهم كيفية إدراكهم لهذه المشاعر وتأثيرها على صحتهم النفسية. واعتمد الباحثون المنهج النوعي من خلال إجراء مقابلات معمقة مع مرضى السرطان وتحليل البيانات باستخدام التحليل الموضوعي، وأظهرت النتائج أن الشعور بالذنب الوجودي يعد تجربة نفسية شائعة لدى مرضى السرطان، يكون من خلال الإحساس بالذنب تجاه الأسرة أو الحياة أو الماضي، كما يرتبط بمحاولات إعادة تفسير معنى المرض والمعاناة. وبينت نتائج الدراسة أن هذا النوع من الذنب يؤدي إلى ضغوط نفسية إضافية إذا لم تتم معالجتها، لكنه قد يتحول إلى عامل لإعادة بناء المعنى في بعض الحالات. وأوصت الدراسة بضرورة إدراج البعد الوجودي في الرعاية النفسية لمرضى السرطان.
- دراسة **Chen ،J.، et al.، (2024)** بعنوان: (عوامل الخطورة المرتبطة بالأفكار الانتحارية لدى مرضى السرطان: مراجعة منهجية وتحليل بعدي) هدفت الدراسة إلى تحديد عوامل الخطورة المرتبطة بظهور الأفكار الانتحارية لدى مرضى السرطان، وتقدير قوة العلاقة بين هذه العوامل وخطر التفكير في الانتحار. واعتمد الباحثون المنهج الوصفي باستخدام المراجعة المنهجية والتحليل البعدي، حيث جرى تحليل الدراسات التي تناولت الأفكار الانتحارية لدى مرضى السرطان في بيئات صحية مختلفة، وتبين من النتائج أن الاكتئاب الشديد، والقلق، والألم المزمن، وضعف الدعم الاجتماعي، وانخفاض جودة الحياة، والتشخيص المتأخر، وتقدم مراحل المرض، تمثل أبرز العوامل المرتبطة

ISSN : 2410-1818

بزيادة احتمالية ظهور الأفكار الانتحارية، كما وضحت النتائج أن التدخلات النفسية المبكرة، وتعزيز الدعم الأسري والاجتماعي، والتقييم الدوري للصحة النفسية، تسهم في الحد من خطر الانتحار لدى مرضى السرطان. وأوصى الباحثون بضرورة إدراج تقييم خطر الانتحار ضمن بروتوكولات الرعاية النفسية في مراكز علاج الأورام.

- دراسة**Ibrahim، A.، et al.، (2024)** بعنوان (إحصاءات السرطان في اليمن: معدلات الإصابة والوفيات لعام (2020)هدفت الدراسة إلى تقديم صورة وبائية شاملة عن معدلات الإصابة والوفيات بالسرطان في اليمن خلال عام 2020، مع تحليل التوزيع الجغرافي والديموغرافي للحالات. واعتمد الباحثون المنهج الوصفي التحليلي بالاستناد إلى بيانات السجلات الوطنية وتقارير الصحة العامة، بهدف تحديد العبء الصحي للسرطان في السياق اليمني، وتوصلت النتائج إلى ارتفاع معدلات الإصابة والوفيات بمرض السرطان في اليمن، مع وجود تفاوت ملحوظ بين الفئات العمرية والمناطق الجغرافية، كما أشارت إلى ضعف النظام الصحي، وتأخر التشخيص، ومحدودية خدمات العلاج التي أسهمت في زيادة العبء النفسي والمادي على المرضى، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز برامج الكشف المبكر، وتطوير البنية التحتية الصحية، وتحسين الوصول إلى خدمات علاج الأورام.
- دراسة**Sun et al.) ،(2024** بعنوان: فاعلية العلاج المرتكز على المعنى في تحسين الجوانب الروحية، والصحة النفسية، وجودة الحياة لدى مرضى السرطان: مراجعة منهجية وتحليل تلوي للتجارب العشوائية المحكمة، سعت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية العلاج المرتكز على المعنى لدى مرضى السرطان من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي شمل ثماني تجارب عشوائية ضمت (1251) مريضاً. وأظهرت النتائج أن العلاج المرتكز على المعنى أدى إلى تحسين الإحساس بمعنى الحياة، والرفاه الروحي، وتقدير الذات، وخفض القلق والاكتئاب واليأس والضيق النفسي، بالإضافة إلى تحسين جودة الحياة. وخلصت الدراسة إلى أن التدخلات الوجودية المرتكزة على المعنى تعد من أكثر الأساليب النفسية فاعلية في تعزيز الموارد النفسية الوقائية لدى مرضى السرطان، بما ينعكس إيجابياً على قدرتهم على التكيف مع المرض.
- دراسة **Tian et al)،(2024** بعنوان: فاعلية التدخلات النفسية الإيجابية لدى مرضى السرطان، هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية التدخلات النفسية الإيجابية في تحسين جودة الحياة، وتعزيز المؤشرات النفسية الإيجابية، وخفض المؤشرات النفسية السلبية لدى مرضى السرطان، واعتمدت الدراسة المنهجية على المراجعة المنهجية والتحليل التلوي وفق إرشادات PRISMA، وتكونت عينة الدراسة من (29) تجربة عشوائية محكمة، وشملت آلاف مرضى السرطان من مختلف الفئات العمرية وأنواع السرطان، حيث مثلت هذه الدراسات مجتمع التحليل. وتنوعت التدخلات النفسية المستخدمة، وشملت العلاج المرتكز على المعنى، والعلاج النفسي الإيجابي، والتدخلات القائمة على اليقظة الذهنية، ومراجعة الحياة، والكتابة التعبيرية، والعلاج بالقبول والالتزام، وعلاج الانتباه

ISSN : 2410-1818

وإعادة التفسير، وتدريب التعاطف، والعلاج الروحي، وأظهرت نتائج الدراسة أن التدخلات النفسية الإيجابية كان لها تأثير إيجابي دال إحصائيا في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان، كما أسهمت في تعزيز العديد من المؤشرات النفسية الإيجابية، مثل الرفاه النفسي، والإحساس بمعنى الحياة، وتقدير الذات، والتفاؤل، والمرونة النفسية، والكفاءة الذاتية .وفي المقابل، أدت هذه التدخلات إلى خفض المؤشرات النفسية السلبية، ومن أهمها الاكتئاب، والقلق، واليأس .

- دراسة **Semenenko et al ،(2023.)** بعنوان: مراجعة التدخلات النفسية لدى مرضى السرطان، هدفت الدراسة إلى مراجعة أهم التدخلات النفسية المستخدمة مع مرضى السرطان وتقييم فاعليتها في تحسين الصحة النفسية والتكيف مع المرض. واعتمدت الدراسة على مراجعة شاملة للأدبيات الحديثة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج النفسي الوجودي، والعلاج المرتكز على المعنى، والعلاج بالقبول والالتزام، واليقظة الذهنية، وبرامج الدعم النفسي والاجتماعي. وأظهرت النتائج أن هذه التدخلات أسهمت في خفض مستويات القلق والاكتئاب والضيق النفسي، وتعزيز المرونة النفسية، والإحساس بالمعنى، وتحسين جودة الحياة، كما أشارت إلى أن التدخلات التي تركز على المعنى والموارد النفسية الوقائية تعد من أكثر التدخلات فاعلية لدى مرضى السرطان، ولا سيما في المراحل المتقدمة من المرض
- دراسة**Bach ،A.، et al.،(2022)** بعنوان: (الاعتلالات النفسية المصاحبة لدى الناجين من السرطان عبر الأنواع المختلفة للأورام: مراجعة منهجية) هدفت الدراسة إلى مراجعة الأدلة العلمية المتعلقة بانتشار الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى الناجين من السرطان، والكشف عن الفروق بين أنواع الأورام المختلفة في طبيعة تلك الاضطرابات. واعتمد الباحثون المنهج الوصفي من خلال المراجعة المنهجية، حيث جرى تحليل الدراسات التي تناولت الاعتلالات النفسية لدى الناجين من السرطان، أظهرت النتائج أن الناجين من السرطان يعانون من معدلات مرتفعة من الاكتئاب، واضطرابات القلق، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات النوم، مع اختلاف معدلات الانتشار تبعًا لنوع الورم ومرحلة العلاج والعوامل الديموغرافية. كما أوضحت الدراسة أن استمرار الأعراض النفسية بعد انتهاء العلاج يؤثر في جودة الحياة والعودة إلى ممارسة الأنشطة اليومية، وأوصت بضرورة المتابعة النفسية طويلة المدى للناجين من السرطان ضمن برامج الرعاية اللاحقة للعلاج.
- دراسة **Carreno)، D.، Eisenbeck & N.، (2022** بعنوان :الخبرات الوجودية في السرطان: قابلية التكيف مع معنى الحياة. هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين الخبرات الوجودية لدى مرضى السرطان وقدرتهم على التكيف مع معنى الحياة، وكيف يساهم إدراك المعنى في تعزيز التكيف النفسي، واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال مراجعة المفاهيم والدراسات الوجودية ذات الصلة بمرضى السرطان، وأظهرت النتائج أن مرضى السرطان يمرون بتجارب وجودية عميقة تتعلق بالمعنى، والموت، والهوية، وأن القدرة على إعادة بناء معنى الحياة تُعد عاملًا أساسيًا في

ISSN : 2410-1818

التكيف النفسي وتحسين جودة الحياة، كما بينت الدراسة أن المرونة (مدلولات المناعة) الوجودية تساعد المرضى على مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض، وأوصت بدمج التدخلات الوجودية ضمن الرعاية النفسية لمرضى السرطان.

- دراسة**Holland، J. C.، et al.، (2021)** بعنوان: إدارة الضيق النفسي لمرضى السرطان: دليل الممارسة السريرية في علم الأورام، تسعى هذه الدراسة إلى تحديث الإرشادات السريرية الخاصة بالكشف عن الضيق النفسي وإدارته لدى مرضى السرطان، وتقديم إطاراً علمياً للممارسات القائمة على دليل تشخيص الاضطرابات النفسية والتدخل المبكر، واستخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي من خلال مراجعة الأدلة العلمية والبحوث السريرية المنشورة، والاستناد إلى توصيات الخبراء لإعداد الإرشادات الإكلينيكية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الضيق النفسي يُعد أحد المؤشرات المهمة التي ينبغي تقييمها بصورة دورية لدى جميع مرضى السرطان، لارتباطها بزيادة معدلات الاكتئاب والقلق، وضعف الالتزام بالخطة العلاجية، وانخفاض جودة الحياة. كما أكدت الإرشادات أهمية إجراء الفحص النفسي المنتظم منذ لحظة التشخيص وخلال جميع مراحل العلاج والمتابعة، مع إحالة المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الضيق النفسي إلى خدمات الصحة النفسية المتخصصة. وأوصت الدراسة بدمج التقييم النفسي ضمن الرعاية الروتينية لمرضى السرطان باعتباره معياراً أساسيًا للرعاية الشاملة.
- دراسة**Walker، J.، et al.، (2021)** بعنوان: (الاكتئاب والقلق والاضطرابات النفسية الأخرى لدى مرضى السرطان في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل: مراجعة منهجية وتحليل بعدي) سعت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى السرطان في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، والكشف عن الاختلافات في معدلات الانتشار مقارنة بالدول مرتفعة الدخل. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي باستخدام المراجعة المنهجية والتحليل البعدي، حيث حللت نتائج الدراسات المنشورة التي تناولت المرضى في عدد كبير من الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، وأظهرت النتائج أن الاكتئاب والقلق وغيرهما من الاضطرابات النفسية تنتشر بنسب مرتفعة بين مرضى السرطان في هذه الدول، ويرجع ذلك إلى محدودية الموارد الصحية، وضعف خدمات الدعم النفسي، والتحديات الاقتصادية والاجتماعية التي يواجهها المرضى، كما وضحت الدراسة أن نقص خدمات الصحة النفسية يؤدي إلى تأخر التشخيص والعلاج، مما ينعكس سلبًا على جودة الحياة والالتزام بالعلاج. وأوصى الباحثون بدمج خدمات الصحة النفسية ضمن برامج رعاية مرضى السرطان، خاصة في البيئات محدودة الدخل والموارد.
- دراسة **Antoni & Dhabhar)،(2019** بعنوان: تأثير الضغط النفسي الاجتماعي وإدارة التوتر على الاستجابات المناعية لدى مرضى السرطان، هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين الضغوط النفسية، والتدخلات النفسية، ووظائف الجهاز المناعي لدى مرضى السرطان. وبينت الدراسة أن

ISSN : 2410-1818

الضغوط النفسية المزمنة تؤدي إلى اضطراب العديد من المؤشرات المناعية وارتفاع العمليات الالتهابية ، في حين تسهم برامج إدارة الضغوط، والعلاج المعرفي السلوكي، والاسترخاء، والتدخلات الداعمة في تحسين التكيف النفسي وتقليل الضيق الانفعالي، كما قد تؤدي إلى تحسن بعض المؤشرات المناعية الحيوية، مثل نشاط الخلايا القاتلة (NK Cells)، والاستجابات الالتهابية، الأمر الذي يؤكد أن تعزيز الموارد النفسية يمثل جزءاً مهماً من الرعاية الشاملة لمرضى السرطان.

- دراسة **Philipp et al.)، (2019** بعنوان (وصف تقبل الموت لدى مرضى السرطان (هدفت الدراسة إلى تحديد الخصائص الديموغرافية والطبية والنفسية المرتبطة بتقبل الموت لدى مرضى السرطان، والكشف عن أثر تقبل الموت في خفض الضيق النفسي الوجودي مع مرور الوقت، وكان الافتراض الرئيس في الدراسة أن تقبل الموت يمثل أحد مؤشرات التكيف النفسي الإيجابي لدى مرضى السرطان، إلا أن العوامل المرتبطة به لم تكن محددة بصورة كافية، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الطولي، وشملت العينة 307 مرضى يعانون من أنواع مختلفة من السرطان، كان نحو 69%منهم في مراحل متقدمة من المرض، بمتوسط عمر بلغ 59.6سنة، وقد أُجري قياس أولي للمشاركين، ثم أُعيد التقييم بعد عام واحد، حيث شارك 153مريضًا في المتابعة. واعتمد الباحثون على مقياس تقبل الموت، إضافة إلى مقاييس للأعراض الجسدية، والإحباط الوجودي، والاكتئاب، والقلق، وأظهرت النتائج أن متوسط تقبل الموت لدى المرضى كان 4.33 من 7، ولم يطرأ عليه تغير دال إحصائيًا بعد مرور عام، كما تبين أن المرضى ذوي المستويات المرتفعة من تقبل الموت كانوا أكثر احتمالًا لأن يكونوا أكبر سنًا، ومن الذكور، والأرامل، ومن المصابين بالمرحلة الرابعة من السرطان، في حين انخفضت مستويات تقبل الموت كلما طالت المدة منذ تشخيص المرض، كذلك أوضحت الدراسة أن ارتفاع تقبل الموت تنبأ بانخفاض مستويات الضيق الوجودي والقلق بعد عام من المتابعة، لكنه لم يكن مرتبطًا بانخفاض أعراض الاكتئاب، وخلص الباحثون إلى أن تقبل الموت يمثل موردًا نفسيًا تكيفيًا يساعد مرضى السرطان على مواجهة المرض بصورة أكثر مرونة، ويخفف من معاناتهم الوجودية والقلق المرتبط بالموت. كما أكدت الدراسة أن الإصابة بسرطان متقدم لا تمنع الوصول إلى مستوى مرتفع من تقبل الموت، الأمر الذي يدعم أهمية دمج الموضوعات الوجودية المتعلقة بالموت ضمن التدخلات النفسية المقدمة لمرضى السرطان.
- دراسة **Vargay) ،A.، et al.، (2019** بعنوان (خصائص وتغيرات الكفاءة والمناعة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي اللاتي تلقين العلاج بالتنويم الإيحائي أو العلاج بالموسيقى أو الرعاية النفسية الخاصة)،سعت الدراسة إلى استكشاف خصائص المناعة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي، والكشف عن مدى التغير الذي يطرأ عليها أثناء العلاج الكيميائي وبعده في ظل ثلاثة أساليب للتدخل النفسي هي: التنويم الإيحائي، والعلاج بالموسيقى، والاهتمام النفسي الخاص، وتكونت عينة الدراسة من (61) مريضة بسرطان الثدي كن يتلقين العلاج الكيميائي، واستخدم الباحثون

ISSN : 2410-1818

مقياس الكفاءة الذاتية ومقياس المناعة النفسية، ، إلى جانب تطبيق ثلاثة برامج نفسية مختلفة ومتابعة التغيرات التي تطرأ على المريضات خلال مراحل العلاج. وقد ركزت الدراسة على عدد من الأبعاد الرئيسة للمناعة النفسية، من أبرزها التفكير الإيجابي، والإحساس بالسيطرة، والمرونة النفسية، والقدرة على حل المشكلات، وتنظيم الانفعالات، والكفاءة الذاتية، والتوافق مع الضغوط، وأظهرت نتائج الدراسة أن المناعة النفسية لدى المريضات شهدت تحسناً تدريجياً خلال فترة العلاج، ولا سيما لدى المجموعة التي تلقت جلسات التنويم الإيحائي، حيث ارتفعت درجات العديد من مكونات المناعة النفسية، مثل القدرة على ضبط الانفعالات، والتفكير الإيجابي، والإحساس بالتماسك النفسي، والقدرة على مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض. كما أوضحت النتائج أن التدخلات النفسية ساعدت في تعزيز الموارد النفسية الوقائية التي يعتمد عليها المرضى في التكيف مع السرطان، الأمر الذي انعكس إيجابياً على توافقهم النفسي خلال مراحل العلاج. وخلص الباحثون إلى أن المناعة النفسية ليست سمة ثابتة، وإنما منظومة ديناميكية يمكن تنميتها من خلال التدخلات النفسية المناسبة، وهو ما يدعم توظيفها في برامج الرعاية النفسية لمرضى السرطان.

بالرجوع إلى الدراسات السابقة نلاحظ بانها أكدت على ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية، ولا سيما القلق والاكتئاب والضيق النفسي، لدى مرضى السرطان والتي ارتبطت بعوامل مثل شدة المرض، والألم، وضعف الدعم الاجتماعي، وتراجع جودة الحياة. كما تبين أن الموارد النفسية الإيجابية بمدلولاتها (المناعة النفسية)، مثل المرونة النفسية، والتحكم المدرك، والرفاه الروحي، ومعنى الحياة، تسهم في تعزيز التكيف النفسي والحد من الآثار الانفعالية للمرض. كما أظهرت فاعلية التدخلات النفسية، وخاصة التدخلات النفسية الإيجابية، في تحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدى المرضى. وركزت بعض الدراسات على الجوانب الوجودية مثل معنى الحياة والذنب الوجودي والرفاه الروحي، وأكدت أهميتها في مواجهة تجربة السرطان. إلا أن الجهود البحثية التي درست المواقف الوجودية والمناعة النفسية معًا ما تزال محدودة، كما يندر تناول هذه العلاقة لدى مرضى السرطان في البيئة العربية واليمنية خاصةً حسب علم الباحثين، الأمر الذي يبرز الحاجة إلى الدراسة الحالية للكشف عن طبيعة العلاقة بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان في البيئة اليمنية .

منهجية الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي لوصف الاتجاه نحو المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان والمناعة النفسية.

ISSN : 2410-1818

ثانيا: مجتمع الدراسة: تكوّن مجتمع الدراسة من مرضى السرطان في المركز الوطني للأورام، المؤسسة الوطنية لمكافحة السرطان صنعاء ولا يوجد عدد محدد حيث أنهما مكان معاينة وفحوصات وعلاج، وأخيراً استحدث مركز لأجراء العمليات الجراحية الخاصة بمرضى السرطان في المؤسسة.

ثالثا: عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (83) مريضا من مرضى السرطان.

ثالثاً: أدوات الدراسة: تمثل عملية جمع المعلومات من أهم الخطوات المنهجية للبحث العلمي وبقدر ما تكون البيانات دقيقة وموضوعية وشاملة تكون النتائج صحيحة وتتنوع الأدوات التي يعتمد عليها الباحث بحسب موضوع وطبيعة الدراسة والتصميم المنهجي (أبو القاسم، 2001، 71)، وتمثلت أدوات الدراسة في:

1. مقياس المواقف الوجودية: الذي أعده سعفان (2008) وتكون المقياس من (40) فقرة توزعت إلى أربعة أبعاد هي الذنب وتشمل (10) فقرات، الألم وتشمل (10) فقرات، الألم وتشمل (10) فقرات، الموت وتشمل (10) فقرات، وتم استخراج الخصائص السيكومترية من صدق وثبات كما جاء عند سعفان.
2. المناعة النفسية: كان من إعداد الباحثين حيث تم الرجوع إلى العديد من المقاييس الخاصة بالمناعة النفسية كمقياس: حميد وآخرون (2025)، نور الدين وحسني (2022)، مقياس شعبان (2020)، مقياس النعيمي وآخرون(2020) الغريب، راضي فتحي (2017)،الاعجم، نادية رزوقي (2013)، زيدان، عصام (2013)، (Connor & Davidson (2003 ترجمة: الوكيل، ومقياس (Oláh، 1996).

رابعاً: صدق وثبات مقياس المناعة النفسية

تم التأكد من صدق المقياس من خلال استخرج الصدق الظاهري والاتساق الداخلي وتم استخراج الثبات بواسطة معادلة ألفا كرونباخ والصدق الذاتي كما يلي:

1. صدق الاتساق الظاهري (صدق المحكمين):

يُعد صدق الأداة من الخصائص السيكومترية الجوهرية، ويُقصد به قدرة الأداة على قياس المتغير أو السمة التي وُضعت لأجلها بدقة وموضوعية (عودة، 2010، 68). وللتأكد من كفاءة وملاءمة الأداة لبيئة عينة الدراسة، تم التحقق من الصدق الظاهري او صدق المحتوى من خلال عرض المقياس (المناعة النفسية) في صورته الأولية البالغة (30) فقرة على عدد من المحكمين ذوي الاختصاص في علم النفس، والصحة النفسية في عدد من الجامعات اليمنية، بقوام (7) محكمين، وتم حساب نسب الاتفاق بناءً على ملاحظاتهم وتقييمهم لمدى ملاءمة الفقرات للبيئة اليمنية، وتجدر الإشارة إلى أنه في ضوء ملاحظات السادة المحكمين، تم إجراء بعض التعديلات اللغوية، وتكييف عدد من المصطلحات لتلائم ثقافة وخصوصية المجتمع اليمني، وذلك لضمان وضوح العبارات ودقتها وتجنب أي لبس لدى المستجيبين.

ISSN : 2410-1818

2. صدق الاتساق الداخلي: يُعدّ صدق الاتساق الداخلي أحد مؤشرات الصدق البنائي للمقياس، ويهدف إلى التحقق من مدى اتساق فقراته وتجانسها في قياس السمة المراد قياسها، وذلك من خلال تحديد درجة ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وللتحقق من هذا النوع من الصدق، طُبّق المقياس بصورته الأولية على عينة استطلاعية من مجتمع الدراسة، من خارج أفراد العينة الأساسية، ثم حُسبت معاملات ارتباط **بيرسون** بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس وكانت كما يلي:

جدول رقم (1) معاملات الاتساق الداخلي لفقرات مقياس المناعة النفسية

م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة		م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة		م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.72	0.001		**11**	0.67	0.001		**21**	0.68	0.001
2	0.81	0.001		**12**	0.72	0.001		**22**	0.74	0.001
3	0.65	0.001		**13**	0.84	0.001		**23**	0.71	0.001
4	0.77	0.001		**14**	0.79	0.001		**24**	0.88	0.001
5	0.70	0.001		**15**	0.66	0.001		**25**	0.75	0.001
6	0.85	0.001		**16**	0.68	0.001		**26**	0.73	0.001
7	0.69	0.001		**17**	0.71	0.001		**27**	0.80	0.001
8	0.74	0.001		**18**	0.80	0.001		**28**	0.69	0.001
9	0.83	0.000		**19**	0.66	0.001		**29**	0.77	0.001
10	0.76	0.001		**20**	0.73	0.001		**30**	0.86	0.001

تشير نتائج الجدول (1) إلى أن معاملات ارتباط فقرات المقياس بالدرجة الكلية تراوحت بين (0.65 – 0.88) وهي معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.001)، مما يشير إلى وجود مستوى جيد من الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس والدرجة الكلية له.

ثبات المقياس: يُقصد بثبات المقياس أن يعطي نفس القيمة فيما لو تم إعادته أكثر من مرة تحت نفس الظروف، وعدم تغيرها بشكل كبير، فيما لو أعيد تطبيق المقياس على أفراد العينة عدة مرات خلال فترة زمنية معينة (ملحم، 2005، 269)، وقد تم التحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية حجمها (20) فرد من مجتمع الدراسة من خارج العينة الأساسية.

ISSN : 2410-1818

ولحساب الثبات المقياس تم استخدام معادلة "ألفا كرونباخ" (Cronbach's Alpha)، والصدق الذاتي كما هو مبين في الجدول رقم (2):

جدول رقم (2) يوضح ثبات مقياس المناعة النفسية

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	الصدق الذاتي*
المناعة النفسية (المقياس ككل)	**30**	**0.88**	**0.94**

يتبين من الجدول (2) أن قيمة معامل "ألفا كرونباخ" للاتساق الداخلي لمقياس المناعة النفسية ككل بلغت (0.88)، وهي قيمة مرتفعة تدل على مستوى عالٍ من ثبات واستقرار القياس، مما يعني أن فقرات المقياس متجانسة وتقيس بثبات نفس السمة المستهدفة، كما بلغت قيمة الصدق الذاتي (0.94) وهي قيمة دالة مرتفعة.

وبناءً على النتائج السابقة، يُمكن القول إن مقياس المناعة النفسية يتمتع بمستوى مناسب من الصدق والثبات تجعله في صورته النهائية أداة صالحة للتطبيق الميداني على عينة الدراسة الأساسية.

خامساً: حدود الدراسة

اقتصرت الدراسة على:

1- الحدود الموضوعية: تمثلت الكشف عن طبيعة العلاقة بين المواقف الوجودية لمرضى السرطان والمناعة النفسية.

2- الحدود الزمنية: الفترة الزمنية للدراسة كانت في عام (2025 - 2026)، أما فترة جمع البيانات الميدانية خلال شهر (6، 7، 8، 9) من العام (2025م).

3- الحدود المكانية: المركز الوطني للأورام - المستشفى الجمهوري صنعاء - المؤسسة الوطنية لمكافحة السرطان صنعاء.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة: استعمل الباحثون لتحليل استجابات عينة الدراسة برنامج (Spss) من خلال اختيار المعالجات الإحصائية المناسبة للدراسة.

سابعاً: خصائص عينات الدراسة:

جدول رقم (3) يبين توزيع استجابات عينة الدراسة بحسب متغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة المرض

خصائص العينة	المتغير	التكرار	النسبة
الجنس	ذكر	**6**	**7.23**
	أنثى	**77**	**92.77**

ISSN : 2410-1818

خصائص العينة	المتغير	التكرار	النسبة
	الإجمالي	**83**	**100.00**
العمر	40-20	**32**	**38.55**
	60-41 فما فوق	**51**	**61.45**
	الإجمالي	**83**	**100.00**
الحالة الاجتماعية	عازب	28	33.73
	متزوج	35	42.17
	منفصل	11	13.25
	أرمل	9	10.84
	الإجمالي	83	100.00
فترة الإصابة المرض	أقل من عام	22	26.51
	من 1 - 3 سنوات	38	45.78
	من 3 - 5 سنوات	16	19.28
	من 5 - 10 سنوات	2	2.41
	أكثر من 10 سنوات	5	6.02
	الإجمالي	83	100.00

يتبين من الجدول (3) يتضح أن أعلى نسبة من استجابات عينة الدراسة بحسب متغير الجنس كانت (92.77) لجنس الإناث، بفارق كبير عن جنس الذكور (7.23)، أما ما يتعلق بمتغير الحالة الاجتماعية فقد كانت أعلى نسبة للحالة الاجتماعية "متزوج" بواقع (35) مريضاً بنسبة (42.17)، يليهم فئة "العزاب" بتكرار (28) حالة بنسبة (33.73)، وكانت الحالة الاجتماعية "الأرامل" في المرتبة الأخيرة بنسبة (10.84)، وما يتعلق بمتغير المؤهل العلمي كانت أعلى نسبة للمرضى الذي يحملون المؤهل العلمي "أمي" بتكرار (35) مريضاً بنسبة (42.17)، يليها المؤهل العلمي "أساسي" بواقع (24) مريضاً بنسبة (28.92)، وأقل مؤهل علمي "جامعي" بواقع (8) حالات بنسبة (9.64)، وما يتعلق بمتغير مدة المرض فقد سجلت الفترة الزمنية "من 1 - 3 سنوات" أعلى تكرار بواقع (38) حالة بنسبة (45.78)، تليها الإصابات الحديثة "أقل من عام" بتكرار (22) حالة بنسبة (26.51)، وكانت أقل مدة "من 5 - 10 سنوات" بواقع حالتين بنسبة (2.41).

ISSN : 2410-1818

الإجابة عن أسئلة الدراسة:

السؤال الأول: وينص على ما مستوى المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان؟

جدول رقم (4): يوضح المتوسطات والأوزان النسبية والانحرافات المعيارية لمستوى المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان

م	أبعاد المقياس	متوسط حسابي	الوزن النسبي	انحراف معياري	دلالة لفظية	ترتيب
1	الذنب	3.482	69.64	0.72	متوسط	1
2	الألم	3.263	65.25	0.71	متوسط	4
3	المرض	3.277	65.54	0.92	متوسط	3
4	الموت	3.359	67.18	0.84	متوسط	2
المتوسط العام		3.345	66.90	0.69	متوسط	

يتبين من الجدول رقم (4) أن الاتجاه العام لعينة الدراسة نحو "المواقف الوجودية" **جاء بدرجة متوسطة،** حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي العام (3.345) بوزن نسبي (66.90) وانحراف معياري (0.69)، وهي أكبر من قيمة المتوسط المرجح للدراسة المقدر حسابيًا بـ(3)، وبوزن نسبي (0.67)، هذه النتيجة تؤكد بأن مرضى السرطان يعانون من خبرة وجودية عميقة نتيجة الإصابة بالمرض، إلا أن هذه الخبرة ومقتضياتها لم تصل إلى المستوى الأعلى لدى جميع المرضى، فالإصابة بمرض السرطان ليس بالضرورة يؤدي إلى أزمة وجودية مرتفعة أو شديدة لدى كل المصابين، ولكن قد تتأثر هذه النسبة بعدة عوامل منها مستوى التكيف النفسي، وفي أي مرحلة هو المرض، وطبيعة وشكل الدعم الأسري والاجتماعي الذي يحصله المريض، واتجاهات المريض الدينية والثقافية، وتعد الخبرة الشخصية والموارد الذاتية من أهم العوامل في مواجهة المرض والتي قد تدفع الكثير من المرضى في تمكنهم من التكيف مع المرض وإعادة تقييم حياتهم وترتيب أولوياتهم والبحث عن قيمة ومعنى لحياتهم، وهو ما يجعل استجاباتهم للمرض تختلف باختلاف تلك العوامل وغيرها.

تتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات التي أشارت إلى أن مرضى السرطان يعانون من مستويات متوسطة أو مرتفعة تجاه المواقف والمعاناة الوجودية ومدلولاتها التي تؤثر على نظرتهم لحاضرهم ومستقبلهم كدراسة Vehling et al، (2022) والتي توصلت إلى أن غالبية مرضى السرطان يعانون من اتجاهات وجودية خاصة ترتبط بإعادة بناء معنى الحياة أكثر من ارتباطها بشدة المرض نفسه، وأن هذه الاتجاهات تتأثر بمستوى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهم، ودراسة Wang et al،(2023) إلى أن مرضى السرطان أظهروا مستويات متوسطة من الضيق الوجودي، وأن الدعم الأسري والمرونة النفسية

ISSN : 2410-1818

كانا من أهم العوامل المخففة لتلك الخبرات، وتنسجم هذه النتائج مع نتائج دراسة Liu et al، (2024) التي بينت أن الاتجاه نحو المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان لا تكون بالضرورة في مستوى واحد لدى جميع مرضى السرطان لكنها تختلف باختلاف المرحلة العلاجية، ونوع السرطان، والإدراك الشخصي للمرض، ومستوى جودة الحياة لديهم، كما تتفق مع نتائج المراجعة المنهجية التي أجراها Boston et al،(2011) لمراجعة 64 دراسة عن المعاناة الوجودية لدى مرضى الرعاية التلطيفية و توصلت نتائجها إلى أن غالبية المرضى يواجهون قضايا تتعلق بالموت والمعنى والهوية والذنب، إلا أن شدتها غالبًا ما تكون متوسطة إلى شديدة وتتفاوت بين المرضى باختلاف الموارد النفسية الذاتية والاجتماعية المقدمة للمريض.

إجابة السؤال الثاني والذي ينص على: ما مستوى المناعة النفسية لدى مرضى السرطان؟

جدول رقم (5) يبين المتوسط والوزن النسبي والانحراف المعياري لتقديرات عينة الدراسة حول المناعة النفسية لمرضى السرطان

م	الفقرة	متوسط حسابي	وزن نسبي	انحراف معياري	دلالة لفظية	ترتيب
1	أستطيع التكيف مع التغيير.	3.639	72.77	1.293	عال	24
2	لدى علاقات داعمة وآمنة.	3.843	76.87	1.410	عال	16
3	الايمان بالله والقضاء والقدر يساعدني على تخطي الصعوبات.	4.807	96.14	0.653	عال جدًا	1
4	يمكنني أن أتدبر الأمور مهما حدث.	3.952	79.04	1.047	عال	10
5	النجاح الذي يحققه الفرد يعطيه الثقة لمواجهة التحديات	4.349	86.99	0.993	عال جدًا	4
6	الجانب الإيجابي في شخصيتي يمدني بالقوة	4.470	89.40	0.967	عال جدًا	3
7	التعامل مع الضغط بنجاح يمدني بالقوة.	4.036	80.72	1.254	عال	9
8	استعيد توازني بعد مروري بمشقة بسهولة.	3.735	74.70	1.149	عال	17
9	أعتقد أن كل شيء يحدث لسبب.	4.157	83.13	1.174	عال	7
10	أبذل كل ما في وسعي في كل الأحوال.	4.169	83.37	1.124	عال جدًا	6
11	أستطيع تحقيق اهدافي.	3.663	73.25	1.328	عال	22
12	لا أستسلم حتى لو بدا لي أن الامل مفقود.	3.687	73.73	1.522	عال	20
13	أعرف لمن أتوجه لطلب المساعدة.	3.699	73.98	1.429	عال	19

ISSN : 2410-1818

م	الفقرة	متوسط حسابي	وزن نسبي	انحراف معياري	دلالة لفظية	ترتيب
14	أستطيع التركيز والتفكير بوعي تحت تأثير أي ضغط	3.699	73.98	1.377	عال	18
15	أفضل تولي زمام أمور حل المشكلات التي تواجهني	3.880	77.59	1.273	عال	14
16	لا يحبطني الفشل ولو تكرر ذلك.	3.651	73.01	1.549	عال	23
17	أنظر لنفسي كشخص صلب وقوي.	3.904	78.07	1.367	عال	13
18	أستطيع اتخاذ القرارات الصعبة أو غير المألوفة	3.313	66.27	1.431	متوسط	27
19	أستطيع التعامل مع مشاعري غير السارة.	3.675	73.49	1.424	عال	21
20	أومن بحدسي في فهم الأشياء.	3.615	72.29	1.421	عال	25
21	أستطيع تحقيق اهدافي ولو تعرضت لصعوبات	3.868	77.35	1.257	عال	15
22	أشعر بأنني أسيطر على شؤون حياتي.	3.928	78.55	1.295	عال	11
23	أحب خوض التحديات والمغامرات.	3.361	67.23	1.686	متوسط	26
24	أعمل بجد لكي أحقق أهدافي.	3.928	78.55	1.341	عال	12
25	أفخر بما حققته من إنجازات	4.325	86.51	1.170	عال جدًا	5
26	أستطيع تقديم المساعدة للأخرين.	4.554	91.08	0.953	عال جدًا	2
27	يصفني الآخرين بأنني شخص متفائل.	4.048	80.96	1.413	عال	8
28	أخاف كثيراً من القادم.	2.446	48.92	1.632	متوسط	29
29	أجد نفسي منعزلاً عن العالم الذي أعيش فيه.	2.181	43.61	1.389	متوسط	30
30	أجد صعوبة في التخلص من مشاعري الحزينة.	3.253	65.06	1.439	متوسط	28
المتوسط العام		3.794	75.89	0.658	عال	

يتضح من الجدول رقم (5) أن تقديرات عينة الدراسة لمستوى المناعة النفسية **جاءت بدرجة عالية** بصفة عامة، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي العام (3.79) بوزن نسبي (75.89) وانحراف معياري (0.66)، وهو ما يشير إلى أن أفراد العينة يمتلكون منظومة من الموارد النفسية والاجتماعية والروحية التي تساعدهم على التكيف مع المرض ومواجهة آلامه ومعاناته وأزماته، رغم ما يفرضه المرض عليهم

ISSN : 2410-1818

من تهديدات صحية ونفسية واجتماعية. وتشير هذه النتيجة إلى طبيعة المناعة النفسية باعتبارها نظامًا متكاملاً من الموارد المعرفية والانفعالية والاجتماعية التي تعمل على حماية الفرد من الآثار السلبية للضغوط كما جاء أشار إليها آتيلا أولاه Oláh)، (1998.

وبالنظر إلى فقرات المقياس، يتضح أن أعلى الفقرات كانت "الإيمان بالله والقضاء والقدر يساعدني على تخطي الصعوبات "بمتوسط (4.807) ووزن نسبي (96.14٪)، وهي أعلى قيمة في المقياس تعكس هذه النتيجة قيمة الدين والتدين وقوة الاعتقاد بالله عزوجل لدى المجتمع اليمني ولا سيما لدى مرضى السرطان الذين يواجهون تهديدًا مباشرًا لحياتهم، فالإيمان يوفر للفرد تفسيراً معرفياً ورحياً خاصاً للمعاناة يساعد المريض على التخفيف من مشاعر العجز وعدم الإحباط والتشاؤم ويسهم في تقليل الضغوط النفسية، ويعزز الأمل والتفاؤل والطمأنينة والنظرة الإيجابية للحياة، هذه الموارد تمثل تلك القوة الوقائية للفرد لمواجهة اشكال المعاناة والمرض وتخفف من أثر الضغوط النفسية على المريض وتزيد من قدرته على التكيف والصمود أمام مرضه، هذه النتيجة تتفق مع دراسة Jenkins & Pargament، (1995) التي إشارة إلى أن الدين والروحانية يعد مصدراُ للتكيف يساعد المرضى للبحث عن معنى لحياتهم وترتيب اولوياتهم لمواجهة الخوف من المرض والموت. وجاءت في المرتبة الثانية الفقرة "أستطيع تقديم المساعدة للآخرين "بمتوسط (4.554)، هذه النتيجة تحمل دلالة نفسية اجتماعية خاصة إذ تشير إلى أن المريض لا يرى نفسه متلقيًا للدعم فقط، بل يحتفظ بدوره الاجتماعي وقدرته على العطاء، وهو ما يعزز الشعور بالكفاءة والقيمة الذاتية. والدين الإسلامي يحث على الفعل المتعدي(التعاون ومد يد العون والمساعدة) ويشجع عليه لتزكية النفس وكذلك ليعم الخير بين أفراد المجتمع، كما أن مد يد المساعدة في ديننا الاسلامي يعتبر قربة وتقرب إلى الله عزوجل وفيها من محو الذنوب والخطايا وتخفيف من مشاعر الذنب وتأنيب الضمير، كما أن الانتقال إلى خارج الذات بأفعال إيجابية تؤكد عليه ادبيات علم النفس الإيجابي والتي جعلت من التسامح والعفو والغفران والتسامي من قضايا رئيسية فيها وهي تعزز المناعة النفسية لدى الفرد وتزيد من حالة التكيف مع المرض وتحقيق الصحة النفسية لديهم.

أما الفقرة "الجانب الإيجابي في شخصيتي يمدني بالقوة "والتي جاءت في المرتبة الثالثة (4.470)، فتشير إلى أن المرضى يعتمدون بدرجة كبيرة على السمات الشخصية الإيجابية مثل التفاؤل والثقة بالنفس والأمل بوصفها مصادر داخلية للمقاومة النفسية. ويتفق ذلك مع نموذج أولاه Oláh ، (1998) للمناعة النفسية الذي يجعل من السمات الإيجابية والكفاءة الذاتية من أهم مكونات النظام الوقائي النفسي للفرد.

في المقابل لم تختلف هذه النتيجة في الفقرات التي جاءت بمستويات أقل والتي مثلت الجانب السلبي من شخصية المريض حيث جاءت الفقرة "أخاف كثيرًا من القادم "بدرجة متوسطة (2.446)،

ISSN : 2410-1818

وهي من الفقرات السلبية، ويفسر انخفاض متوسطها على أنه مؤشر إيجابي، إذ يدل على أن الخوف من المستقبل ليس مرتفعًا لدى أفراد العينة، رغم أن السرطان بطبيعته يرتبط بالغموض والخوف من الموت والاضطرابات النفسية، ويمكن تفسير ذلك بأن مستوى الإيمان بالله، وقدرة الفرد على العطاء والمساعدة والدعم الأسري والاجتماعي، والتكيف التدريجي مع المرض، كلها عوامل ساعدة المريض على خفض مستوى القلق المرتبط بالمستقبل.

أما أدنى فقرة في المقياس فكانت "أجد نفسي منعزلاً عن العالم الذي أعيش فيه "بمتوسط (2.181)، وهي أيضًا فقرة سالبة، ويُعد انخفاضها مؤشرًا إيجابيًا وهذا يوضح بأن غالبية المرضى لا يشعرون بالعزلة الاجتماعية، وانهم يتلقون الدعم والمساندة من اسرهم ومحيطهم الاجتماعي الذي يتميز بها المجتمع اليمني، حيث يحظى مريض السرطان غالبًا بدعم كبير من الأسرة والأقارب والمحيط الاجتماعي، الأمر الذي يحد من شعوره بالوحدة والانعزال.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أظهرته العديد من الدراسات والتي أشارت إلى أن ارتفاع المناعة النفسية يرتبط بارتفاع القدرة على التكيف وجودة الحياة والصمود النفسي لدى مرضى السرطان. فقد بينت دراسة (Al-Hanawi et al، (2023 أن الموارد النفسية الإيجابية والمرونة النفسية تعد من أهم العوامل التي تساعد مرضى الأمراض المزمنة على التكيف مع الضغوط وتقليل الاضطرابات الانفعالية. كما أوضحت دراسة(Zhang et al) ، (2023 أن المرضى الذين يمتلكون مستويات مرتفعة من الصمود والموارد النفسية يظهرون قدرة أكبر على مواجهة العلاج وتحمل الضغوط وتحقيق توافق نفسي أفضل. كذلك توصلت دراسة

(Chen et al) ، (2024إلى أن ارتفاع الموارد النفسية الواقية يقلل من مستويات الضيق النفسي ويعزز جودة الحياة لدى مرضى السرطان، في حين أكدت دراسة (Kim et al، (2024 أن الدعم الاجتماعي والتفاؤل والكفاءة الذاتية تمثل مكونات رئيسة للحماية النفسية لدى مرضى الأورام، وترتبط بانخفاض أعراض القلق والاكتئاب .وفي المقابل، قد تختلف هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي وجدت انخفاضًا في المناعة النفسية أو الموارد النفسية لدى بعض عينات مرضى السرطان، خاصة لدى المرضى في المراحل المتقدمة أو الذين يعانون من أعراض جسمية شديدة أو نقص في الدعم الاجتماعي.

ISSN : 2410-1818

السؤال الثالث وينص على: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان؟

جدول (6): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للعلاقة بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان.

المتغير المستقل	المتغير التابع	R	R2	F	Sig	β	T	Sig
المواقف الوجودية	المناعة النفسية	.228a	0.052	4.44	.038b	−.228−	-2.19-	0.038
الثابت						4.52	12.87	0.000

يتبين من نتائج الجدول (6) وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية، والتي أظهرت **علاقة تنبؤية عكسية دالة إحصائياً بين المواقف الوجودية والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان،** إذ تشير هذه النتيجة بأن المواقف الوجودية وبنحو (5.2٪) فقط من التباين مع المناعة النفسية، تظهر تلك الدلالة أي أنه كلما كان الاتجاه نحو المواقف الوجودية كبيراً كانت المناعة النفسية منخفضة والعكس صحيح، كما تشير طبيعة العلاقة إلى أن المناعة النفسية تتأثر أيضاً بعوامل نفسية واجتماعية ودينية وصحية أخرى لدى مرضى السرطان.

هذه العلاقة تظهر أن ازدياد حدة المواقف الوجودية التي يعيشها مريض السرطان، والمتمثلة في الانشغال بالمرض والألم والموت والذنب، قد يؤدي إلى استنزاف موارد الفرد الذاتية، وتقلل من قدرته على التكيف مع الضغوط المرتبطة بالمرض، مما ينعكس في انخفاض مستوى المناعة النفسية، والمواقف الوجودية عندما تسيطر بصورة سلبية على المريض والتي قد تضعف الشعور بالأمل، والكفاءة الذاتية، والمرونة النفسية، ويمكن تفسير محدودية نسبة التباين المفسرة (5.2٪) بأن المناعة النفسية لا تتحدد بالمواقف الوجودية فقط، وإنما قد تتأثر أيضاً بمجموعة واسعة من العوامل الأخرى، كالدعم الأسري والاجتماعي، والمعتقدات الدينية، ومدة الإصابة، ونوع السرطان، ومستوى المرونة النفسية، واستراتيجيات المواجهة، ومستوى الرعاية الصحية، وما يجعل أثر المواقف الوجودية قائماً لكنه ليس العامل الوحيد المحدد للمناعة النفسية.

تتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات من حيث أهمية العوامل الوجودية والنفسية في تكيف مرضى السرطان ومواجهتهم للمرض ومع المناعة النفسية ومدلولاتها العلمية حيث اتفقت مع دراسة (Carreño& Eisenbeck ، (2022 في تأكيد أهمية الخبرة الوجودية ومعنى الحياة في قدرة مرضى السرطان على التكيف مع المرض، كما اتفقت مع دراستا (Kim et al ، 2024; Sun et al، (2024في إبراز أهمية المعنى والجانب الوجودي في تعزيز الصحة النفسية والتكيف لدى مرضى

ISSN : 2410-1818

السرطان؛ وهذا يتفق مع افتراض الدراسة الحالية بأن المواقف المرتبطة بالمرض والموت والألم والذنب يمكن أن ترتبط بمستوى الموارد النفسية لدى المريض. واتفقت مع دراسة (Dhabhar & Antoni، (2019في إبراز العلاقة بين العوامل النفسية والموارد المناعية لدى مرضى السرطان؛ إذ تناولت أثر الضغط النفسي وإدارته في الاستجابات المناعية لدى مرضى السرطان. وتوصلت دراسة (Vargay et al، (2019أهمية المناعة النفسية بوصفها موردًا نفسيًا لدى مرضى السرطان. واتفقت مع دراستا (Arian et al، Ramezanzade et al ; 2018، (2024 في تناولهما للذنب الوجودي لدى مرضى السرطان، معتقدات وتصورات الألم وعلاقتها بالضغط والقلق والاكتئاب واستراتيجيات المواجهة. وتدعم الدراستان أهمية الذنب والألم بوصفهما خبرتين نفسيتين ووجوديتين يمكن أن تساعدا مريض السرطان على التكيف واستعادة توازنه النفسي والاجتماعي. كما أظهرت دراسة

Van et al ،(2021) أهمية المشكلات النفسية المصاحبة للسرطان وعلاقتها بتجربة المرض والذي مثل أحد ابعاد الاتجاه نحو المواقف الوجودية في الدراسة الحالية.

إجابة السؤال الرابع وينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المواقف الوجودية والمناعة النفسية تعزى إلى بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مدة المرض) لدى مرضى السرطان؟

جدول رقم (7) يوضح فروق الدلالة الإحصائية لاستجابات عينة الدراسة حول اتجاه مرضى السرطان نحو المواقف الوجودية وعلاقته بالمناعة النفسية بما يعزو لمتغير الجنس (t- test)

أبعاد الدراسة	جنس العينة						قيمة (t)	مستوى الدلالة
	ذكر			أنثى				
	متوسط حسابي	وزن نسبي	انحراف معياري	متوسط حسابي	وزن نسبي	انحراف معياري		
الذنب	3.233	0.647	0.267	3.501	0.700	0.083	−0.870	0.384
الألم	3.100	0.620	0.200	3.275	0.655	0.083	−0.590	0.564
المرض	3.350	0.670	0.284	3.271	0.654	0.107	0.201	0.841
الموت	3.450	0.690	0.273	3.352	0.670	0.097	0.275	0.784
المواقف الوجودية	3.283	0.657	0.232	3.350	0.670	0.080	−0.270	0.821
المناعة النفسية	3.961	0.792	0.229	3.781	0.756	0.076	0.642	0.523

ISSN : 2410-1818

يتبن من الجدول (7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (a<0.05) بين متوسطات استجابات الذكور والإناث في المستوى الكلي **للمواقف الوجودية** وكذلك أبعاد المقياس للمواقف الوجودية المتمثلة بـ (الذنب، الألم، المرض، الموت) وكذلك **المناعة النفسية**، إذ جاءت جميع قيم مستوى الدلالة الحقيقي (P-Value) أكبر من القيمة الجدولية المعتمدة (0.05)، وكانت أكبر قيمة لمستوى الدلالة كان في بُعد "المرض" بقيمة بلغت (0.841)، وهي قيمة مرتفعة تدل على تماثل كبير بين الذكور والإناث في رؤيتهم للمرض كمهدد للحياة؛ فكلا الجنسين يشعر بنفس القدر من القلق تجاه فقدان الاستقلالية وزيادة الاعتمادية والضعف الجسدي الذي يفرضه مرض السرطان، وأقل قيمة لمستوى الدلالة جاء في بُعد "الذنب" بقيمة بلغت (0.384)، إلا أن هذه النتيجة تشير إلى أن بُعد الذنب هو الأكثر الأبعاد في إظهار تمايز طفيف بين استجابة الذكور والاناث، حيث نلاحظ أن المتوسط الحسابي للإناث في هذا البعد (3.501) أعلى قليلاً من الذكور (3.233)، مما قد يوحي بميل الإناث نحو لوم الذات والشعور بتأنيب الضمير والنظر إلى الذات بأنها أصبحت عالة على الآخرين والتحسر على الذات.

كما توضح هذه النتيجة بأن تشخيص الإصابة بمرض السرطان يمثل حدثاً وجودياً ضاغطاً وشديد التأثير على الأفراد بغض النظر عن جنسهم، فبمجرد تشخيص الفرد بمرض السرطان يبدأ التفكير في احتمالية الموت والخوف منه، ويصبح المريض ذكراً أو أنثى منشغلاً بقضايا الحياة والوجود والمرض والألم والمعنى والنهاية وكيفيتها، كما يظل منشغلاً بحاضره ومستقبله وكيفية مواجهة معاناة وآلام العلاج الكيمائي او الاشعاعي، كما يكون مشغلاً بحياة اطفاله وأسرته وكيفية توفير المبالغ المالية للعلاج، والتفكير بأنه سيكون عالة وعبءً على الآخرين وغيرها من القضايا الحياتية الخاصة، ومن ناحية أخرى تؤكد هذه النتائج بإن المناعة النفسية تعتمد على مجموعة من الموارد الشخصية والاجتماعية والروحية، مثل الإيمان بالله، والأمل، والصبر، والتقبل، والرضا بقضاء الله وقدره، وهي عوامل يستفيد منها الذكور والإناث بدرجة متقاربة مما يقلل ظهور فروق جوهرية بينهما، كما يمكن تفسير عدم وجود فروق في الاتجاه نحو المواقف الوجودية والمناعة النفسية تعزى لمتغير الجنس إلى طبيعة تشابه الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمرضى خاصة في ظل استمرار الظروف الإنسانية الصعبة وضعف الخدمات الصحية التي يمر بها المجتمع اليمني، الأمر الذي يجعل تجربة الإصابة بمرض السرطان لا تختلف بين أفراد المجتمع اليمني بمختلف فئاتهم.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما اشار (Kenneth P،2011) في كتابه العلاج النفسي إلى أن التكيف الروحي والديني مع المرض يعتمد بصورة أكبر على أساليب التكيف الديني والموارد الروحية أكثر من اعتماده على الخصائص الديموغرافية ومنها الجنس، وأن مواجهة المرض المهدد للحياة يؤدي إلى تفعيل استراتيجيات روحية متقاربة لدى الرجال والنساء، كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة Van et al، (2021)والتي وضحت أن العوامل الأكثر تأثيراً في التكيف النفسي لدى مرضى

ISSN : 2410-1818

السرطان تتمثل في الدعم الاجتماعي، والمرونة النفسية، والقدرة على التكيف، وليس الجنس في حد ذاته، كما اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة

Antoni &. Dhabhar، (2019) بأن الاستجابة النفسية للسرطان تتحدد بدرجة الضغوط المدركة وأساليب المواجهة والدعم الاجتماعي أكثر من تأثرها بالنوع الاجتماعي.

جدول رقم (8) يوضح فروق الدلالة الإحصائية لاستجابات عينة الدراسة حول اتجاه مرضى السرطان نحو المواقف الوجودية وعلاقته بالمناعة النفسية بما يعزو لمتغير فئات العمر (t- test)

المتغيرات	الفئة العمرية بالسنوات						قيمة (t)	مستوى الدلالة
	39-20			60-40				
أبعاد الدراسة	متوسط حسابي	وزن نسبي	انحراف معياري	متوسط حسابي	وزن نسبي	انحراف معياري		
الذنب	3.430	0.686	0.096	3.597	0.719	0.145	-1.000	0.320
الألم	3.243	0.649	0.110	3.278	0.656	0.121	-0.240	0.831
المرض	3.217	0.643	0.131	3.372	0.674	0.165	-0.740	0.461
الموت	3.230	0.646	0.130	3.528	0.706	0.138	-1.560	0.129
المواقف الوجودية	3.280	0.700	0.101	3.444	0.710	0.126	-1.020	0.312
المناعة النفسية	3.866	0.773	0.088	3.740	0.748	0.132	0.829	0.410

يوضح الجدول رقم (8) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (a<0.05) بين متوسطات استجابات المرضى في الفئة العمرية (20 سنة أو أقل) والفئة العمرية (40- 60 سنة فما فوق) في جميع أبعاد الدراسة الاتجاه نحو المواقف الوجودية وكذلك المناعة النفسية، إذ كانت جميع قيم مستوى الدلالة الحقيقي (P-Value) أكبر من القيمة المعتمدة (0.05)، مما يشير إلى أن الاتجاه نحو المواقف الوجودية لدى مرضى السرطان في اليمن تتسم بالثبات والاستقرار عبر المراحل العمرية المختلفة، وأن مواجهة المرض تخلق حالة من التشابه تتجاوز عامل السن. حيث كانت أكبر قيمة لمستوى الدلالة في بُعد "الألم" بقيمة بلغت (0.831)، والتي تؤكد أن إدراك الألم بين المرضى بمختلف أعمارهم تكاد متقاربة الى حد كبير ؛ فالوجع الجسدي وتأثيره النفسي يفرض خصوصيته على المريض بغض النظر عن مرحلته العمرية، وأقل قيمة في بُعد "الموت" بقيمة بلغت (0.129)، ويشير إلى أن بُعد الموت هو الأكثر حساسية للفروق العمرية؛ حيث نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة الأكبر سناً (40 - 60 سنة) بلغ (3.528) وهو أعلى من الفئة الشابة (3.23)، مما قد يعكس زيادة طفيفة في التأمل الوجودي في قضايا

ISSN : 2410-1818

الفناء لدى الكبار بحكم طبيعة المرحلة العمرية، لكنها لم تصل لدرجة الفرق الجوهري إحصائيا، ولأن تجربة مرض السرطان مرتبطة وبشكل كلي لدى جميع الأفراد بالموت فكانت هذه النتيجة التي لم تعطي فروقاً احصائية واضحة قد تعزى إلى متغير العمر.

وتتفق هذه النتيجة من حيث الاتجاه العام مع عدد من الدراسات التي تم عرضها سابقا والتي تؤكد أن الاستجابة النفسية لمرض السرطان تتأثر بتفاعل مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والمرضية، وليس بالعمر منفردًا.

جدول رقم (9) يوضح فروق الدلالة الإحصائية لاستجابات عينة الدراسة حول اتجاه مرضى السرطان نحو المواقف الوجودية وعلاقته بالمناعة النفسية بما يعزو لمتغير الحالة الاجتماعية (ANOVA)

أبعاد الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط الفرق	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الذنب	بين المجموعات	3.904	3	1.301	2.658	0.054
	داخل المجموعات	38.68	79	0.49		
	الإجمالي	42.58	82			
الألم	بين المجموعات	6.657	3	2.219	5.029	0.003
	داخل المجموعات	34.86	79	0.441		
	الإجمالي	41.51	82			
المرض	بين المجموعات	1.353	3	0.451	0.526	0.666
	داخل المجموعات	67.73	79	0.857		
	الإجمالي	69.09	82			
الموت	بين المجموعات	0.643	3	0.214	0.298	0.827
	داخل المجموعات	56.9	79	0.72		
	الإجمالي	57.54	82			
المواقف الوجودية	بين المجموعات	2.415	3	0.805	1.748	0.164
	داخل المجموعات	36.38	79	0.46		
	الإجمالي	38.79	82			
المناعة النفسية	بين المجموعات	1.533	3	0.511	1.187	0.32
	داخل المجموعات	34	79	0.43		
	الإجمالي	35.54	82			

ISSN : 2410-1818

يتبين من الجدول (9) إلى وجود تباين في دلالة الفروق بين أبعاد الدراسة؛ كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a<0.05) في معظم الأبعاد للمواقف الوجودية مع المناعة النفسية، بينما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية واضحة في بُعد "الألم" فقط، هذا يشير إلى أن الحالة الاجتماعية، بما تحمله من أدوار ومسؤوليات ودعم أسري، لا تؤثر بشكل جوهري على البنية الوجودية لدى مرضى السرطان، لكنها تلعب دوراً حاسماً في كيفية إدراكه وتفاعله مع تجربة الألم الجسدي والنفسي، حيث كانت أكبر قيمة لمستوى الدلالة في بُعد (الموت) بقيمة (0.827)، التي تؤكد أن رهبة الموت والقلق الوجودي المرتبط به هي حقيقة إنسانية مطلقة تتساوى أمامها كافة الفئات الاجتماعية؛ فالمريض سواء كان أعزباً أو متزوجاً يواجه حتمية الفناء بذات المشاعر والمنطلقات، وأقل قيمة لمستوى الدلالة في بُعد (الذنب) بقيمة بلغت (0.054) وهي أكبر من (0.05)، إلا أنها تشير إلى حساسية عالية لهذا البعد تجاه الحالة الاجتماعية؛ حيث يميل المجموع بفرق ضئيل نحو التمايز، ربما بسبب اختلاف نوعية الالتزامات الأخلاقية تجاه الأسرة أو الشريك، لكنها لم تصل لمرحلة التأكيد الإحصائي، أما بُعد الألم فقد كانت قيمة (ف) المحسوبة (5.029) بمستوى دلالة (0.003)، وهي قيمة أصغر بكثير من (0.05)، أي أن إدراك الألم والموقف الوجودي منه يختلف باختلاف الحالة الاجتماعية للمريض. ربما يكون ذلك باعتبار الحالة الاجتماعية تحدد شبكة الأمان المباشرة للمريض؛ فالمتزوج مثلاً قد يجد في شريكه دعماً يخفف من وطأة الألم أو قد يشعر بمرارة أكبر لعدم قدرته على القيام بواجباته، بينما قد يعاني الأعزب أو المطلق من وحدة الألم وغياب السند العاطفي المباشر لحظة اشتداد الوجع، مما يجعل استجابتهم للألم متمايزة إحصائيا، ويمكن تتبع الفروق في الجدول التالي:

جدول رقم (10) يبين اختبار (LSD) لتتبع فرق الدلالة الإحصائي بين المجموعات فيما يتعلق اتجاه مرضى السرطان نحو المواقف الوجودية وعلاقته بالمناعة النفسية بما يعزو لمتغير الحالة الاجتماعية

أبعاد الدراسة	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	متوسط الفرق	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	أقل قيمة للمتوسط	أعلى قيمة للمتوسط
الألم	أرمل	عازب	.58333*	0.255	0.025	0.077	1.09
	متزوج		.91048*	0.248	0	0.416	1.405
	منفصل		.86970*	0.299	0.005	0.275	1.464
* The mean difference is significant at the 0.05 level.							

يتبين من الجدول (10) وجود فروقاً جوهرية بين الحالة الاجتماعية "أعزب" وبقية الحالات (أرمل، متزوج، منفصل)، حيث كانت جميع الفروق لصالح المجموعات الأخرى وبمستويات دلالة قوية (أقل من 0.05)، وكانت أعلى قيمة لمتوسط الفروق بين فئتي (أعزب) و(متزوج) حيث بلغت (0.910)

ISSN : 2410-1818

بمستوى دلالة (0.000). يشير هذا إحصائيا إلى وجود بون شاسع في إدراك الألم بين الفئتين؛ فالمتزوجون سجلوا متوسطات أعلى في بُعد الألم (باعتبار الفقرات كانت تقيس عدم القدرة على التحمل أو الحساسية للألم)، مما يعني أن عبء الألم لدى المتزوجين أثقل وجودياً من العزاب، وكانت الفروق بين العزاب مقابل المنفصل بمتوسط الفرق (0.869) بمستوى دلالة (0.005) لصالح فئة المنفصلين، بما يعزز فكرة أن من مروا بتجربة زواج (سواء استمرت أو انتهت بانفصال) يظهرون حساسية أو معاناة أعمق مع الألم مقارنة بمن لم يسبق لهم الزواج، أما الفروق بين العزاب مقابل الأرمل التي كانت بمتوسط فرق (0.583) بمستوى دلالة (0.025)، ورغم أنه أقل الفروق مقارنة بالبقية، إلا أنه لا يزال دالاً إحصائيا، مما يؤكد أن فقدان الشريك يزيد من وطأة الألم الوجودي والجسدي مقارنة بفئة العزاب، ويفسر ذلك بأن فئة المتزوجين بأن تجربة الألم لدى المريض المتزوج ليست جسدية وحسب بل الألم الأكبر لديهم هو الألم العاطفي والنفسي وذلك قد يرجع إلى عدة افتراضات منها خوفه من التقصير في أدوار العائلة، أو قلقه على مصير الشريك والأبناء، فالألم هنا يكتسب صبغة المسؤولية، وغيرها من القضايا التي قد تشغل بال الشخص المتزوج في مواقف الحياة المختلف.

جدول رقم (11) يوضح فروق الدلالة الإحصائية لاستجابات عينة الدراسة حول اتجاه مرضى السرطان نحو المواقف الوجودية وعلاقته بالمناعة النفسية بما يعزو لمتغير مدة المرض (ANOVA)

أبعاد الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
الذنب	بين المجموعات	2.662	3	0.887	1.756	0.162
	داخل المجموعات	39.920	79	0.505		
	الإجمالي	42.580	82			
الألم	بين المجموعات	3.360	3	1.120	2.319	0.082
	داخل المجموعات	38.150	79	0.483		
	الإجمالي	41.510	82			
المرض	بين المجموعات	0.961	3	0.320	0.371	0.774
	داخل المجموعات	68.130	79	0.862		
	الإجمالي	69.090	82			

ISSN : 2410-1818

أبعاد الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
الموت	بين المجموعات	1.851	3	0.617	0.875	0.458
	داخل المجموعات	55.690	79	0.705		
	الإجمالي	57.540	82			
المواقف الوجودية	بين المجموعات	1.074	3	0.358	0.750	0.526
	داخل المجموعات	37.720	79	0.477		
	الإجمالي	38.790	82			
المناعة النفسية	بين المجموعات	1.494	3	0.498	1.156	0.332
	داخل المجموعات	34.040	79	0.431		
	الإجمالي	35.540	82			

يشير الجدول (11) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a<0.05$) في جميع أبعاد الدراسة المواقف الوجودية والمناعة النفسية تعزى لمتغير مدة المرض، كانت جميع قيم مستوى الدلالة الحقيقي (P-Value) أكبر من القيمة المعتمدة الجدولية (0.05)، أي أن استجابات المرضى ومواقفهم الوجودية ومستوى مناعتهم النفسية تتسم بالثبات النسبي، ولا تتأثر بشكل جوهري بطول أو قصر المدة الزمنية التي قضاها المريض مع السرطان، كانت أكبر قيمة لمستوى الدلالة بُعد (المرض) بقيمة (0.774) وتشير إلى أن رؤية المريض لذاته (كشخص ضعيف أو محتاج للمساعدة) تظل ثابتة سواء كان في بداية تشخيصه أو بعد مرور سنوات؛ فمكرة (المرض) كمهدد للهوية الشخصية لا تتغير بمرور الوقت، وأقل قيمة لمستوى الدلالة (الأكثر اقتراباً من التمايز): سُجلت في بُعد (الألم) بقيمة (0.082) التي تشير إلى وجود نزعة بسيطة للاختلاف في إدراك الألم بمرور مدة المرض، ربما بسبب التعود أو الإنهاك التراكمي، لكنها لم تصل لمستوى الفرق المعتد به إحصائيا.

ISSN : 2410-1818

التوصيات المقترحات:

بناءً على نتائج واستنتاجات الدراسة، تم عرض التوصيات والمقترحات كما يلي:

التوصيات:

- تعزيز المناعة النفسية من خلال تفعيل دور الدعم الروحي من خلال التوعية الارشاد الديني والمناهج الدراسية والبرامج الاذاعية والتلفزيونية.
- إدماج البعد الوجودي ضمن برامج الرعاية التلطيفية، وعدم الاقتصار على المسكنات الطبية للألم الجسدي.
- تدريب وتوعية أسر المرضى في كيفية التعامل مع مريض السرطان في المراكز والمؤسسات الخاصة بمرضى السرطان.
- ادخال برامج الدعم النفسي الاجتماعي في المراكز والمرافق الخاصة بمرضى السرطان.
- تشجيع المبادرات التطوعية للمرضى أنفسهم لتعزيز شعورهم بالفاعلية الاجتماعية.
- تدريب الأطقم الطبية على مهارات التواصل الايجابي مع مرضى السرطان.
- تصميم حملات توعية مجتمعية لتغيير النظرة النمطية للسرطان كعجز شامل، حمايةً للصورة الذاتية للمريض.

المقترحات

- إجراء دراسة طولية لتتبع تطور المناعة النفسية لدى المرضى في مراحل العلاج المختلفة (الكيماوي، الإشعاعي).
- اجراء دراسات في التدخلات النفسية الوجودية لتنمية المرونة والمناعة النفسية لدى مرضى السرطان.
- اجراء دراسات كيفية مع فئات اخرى من مرضى السرطان.
- عمل دراسات مرجعية لمشكلات مرضى السرطان الجمهورية اليمنية.
- شمول الدراسة الحالية في جميع محافظات الجمهورية اليمنية ولجميع الفئات من مرضى السرطان.
- دراسة تتبعية لمرضى السرطان المتعافين.

ISSN : 2410-1818

قائمة المراجع

أحمد، دعاء عوض. (2019). فعالية برنامج قائم على إدارة الانطباعات في تحسين الشفقة بالذات والمناعة النفسية لدى طلبة كلية التربية. *مجلة كلية التربية*، (74)، 681-744.

الرازي، أبو بكر (2000). الحاوي في الطب. دار الكتب العلمية. القاهرة.

الأعجم، نادية محمد رزوقي. (2013). *المناعة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى طلبة الجامعة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة ديالى، العراق.

أبو القاسم، عبد القادر صالح، وآخرون. (2001). *المرشد في إعداد البحوث والدراسات العلمية* (ط. 1). مركز البحث العلمي والعلاقات الخارجية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

ابن سينا. (د.ت.). *القانون في الطب*. مكتبة المثنى، بغداد.

حسان، ولاء إسحاق. (2009). *فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة*، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

حميد، سارة أكرم، محمد، نور عصام، وعبد الرزاق، فراس عبد المنعم. (2025). *المناعة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى طلبة كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة*، جامعة ديالى. Zanco Journal of Human Sciences، 29(Con. 1)، ?–511. https://doi.org/10.21271/zjhs.29.Con.1.34502

زيدان، عصام محمد. (2013). *المناعة النفسية: مفهومها وأبعادها وقياسها*. *مجلة كلية التربية، جامعة طنطا*، (15)، 352-411.

سعفان، محمد أحمد إبراهيم. (2008). *مقياس الاتجاهات نحو المواقف الوجودية (الذنب، الألم، المرض، الموت)*. دار الكتاب الحديث.

شمبولة، هالة محمد. (2021). *فعالية برنامج تدريبي لتنشيط المناعة النفسية في خفض التفكير الخرافي لدى طلاب تكنولوجيا البصريات*. *مجلة كلية التربية*، (131)، 419–444.

فرانكل، فيكتور إميل. (1982). *الإنسان يبحث عن المعنى: مقدمة في العلاج بالمعنى – التسامي بالنفس*: ترجمة طلعت منصور. ط1. الكويت: دار القلم.

محمد محمود الحاج. (2008). *الأورام والسرطان وعلاجه في الطب*. جمعية مكافحة السرطان، الموصل.

ملحم، سامي محمد. (2005). *القياس والتقويم* (ط. 3). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

نور الدين، أفراح نصر الدين، وحسني، علاء الدين علي. (2022). المناعة النفسية لدى طلبة جامعة الموصل. *مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية*، *3*.(2).

ISSN : 2410-1818

الوكيل، الغريب عبد السميع، وراضي، فتحي مصطفى. (2017). مقياس المناعة النفسية: تكوينه وخواصه السيكومترية من واقع طلبة المرحلة الثانوية. *مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة*، 100(3)، 215-240.

المراجع الاجنبية

Antoni، M. H.، & Dhabhar، F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer، 125*(9)، 1417–1431. https://doi.org/10.1002/cncr.31943

Arian، M.، Khanjani، M. S.، Adams، M.، Ebadi، A.، Younesi، S. J.، Azkhosh، M.، & Hosseinzadeh، S. (2024). How might cancer patients experience existential guilt? A qualitative research. *Palliative & Supportive Care، 22*(2)، 381–386. https://doi.org/10.1017/S1478951523001414

Arian، M.، Masoumi، R.، & Shojaei، S. F. (2021). Feelings of shame and guilt in patients with cancer and their family caregivers. *International Journal of Cancer Management، 14*(8)، e117159. https://doi.org/10.5812/ijcm.117159

Bach، A.، Knauer، K.، Graf، J.، Schäffeler، N.، & Stengel، A. (2022). Psychiatric comorbidities in cancer survivors across tumor subtypes: A systematic review. *World Journal of Psychiatry، 12*(4)، 623–635. https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i4.623

Boston، P.، Bruce، A.، & Schreiber، R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *Journal of Pain and Symptom Management، 41*(3)، 604–618. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010

Buben، A. (2013). Heidegger's reception of Kierkegaard: The existential philosophy of death. *British Journal for the History of Philosophy، 21*(5)، 967–988. https://doi.org/10.1080/09608788.2013.825576

Buben، A. (2016). Heidegger and the supposed meaninglessness of personal immortality. *Journal of the American Philosophical Association، 2*(3)، 384–399. https://doi.org/10.1017/apa.2016.22

Carel، H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press.

Carreño، D. F.، & Eisenbeck، N. (2022). Existential insights in cancer: Meaning in life adaptability. *Medicina، 58*(4)، 461. https://doi.org/10.3390/medicina58040461

Chen، J.، Ping، Z.، Hu، D.، Wang، J.، & Liu، Y. (2024). Risk factors associated with suicidal ideation among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology، 14*، 1287290. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1287290

Dehnavi، M.، & Ghodsi، H. (2025). Efficacy of psychosocial interventions for managing anxiety and depression in cancer patients: A systematic review of

ISSN : 2410-1818

randomized controlled trials. *Asian Pacific Journal of Cancer Nursing*. https://doi.org/10.31557/apjcn.2303.20251211

Ding، Y.، Wang، X.، Zhang، F.، Yan، H.، Liu، Y.، & Zhang، L. (2024). The relationship between perceived social support، coping style، and the quality of life and psychological state of lung cancer patients. *BMC Psychology*، *12*، 439. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01927-y

Essue، B. M.، Iragorri، N.، Fitzgerald، N.، & de Oliveira، C. (2020). The psychosocial cost burden of cancer: A systematic literature review. *Psycho-Oncology*، *29*(11)، 1746–1760. https://doi.org/10.1002/pon.5516

Ferrell، B. R.، Grant، M.، Funk، B.، Otis-Green، S.، & Garcia، N. (1995). Quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*، *22*(6)، 915–922.

Doi: 10.1007/s12262-010-0033-4

Frank، A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body، illness، and ethics*. University of Chicago Press.

Frankl، V. E. (2006). *Man's search for meaning* (I. Lasch، Trans.). Beacon Press. (Original work published 1946).

Gahlinger، P. M. (2006). Existential pain: Impressions from an American Indian reservation. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*، *20*(2)، 41–44. https://doi.org/10.1300/J354v20n02_09

Gilbert، D. T. (2006). *Stumbling on happiness*. Knopf.

Gilbert، D. T.، & Wilson، T. D. (2007). Prospection: Experiencing the future. *Science*، *317*(5843)، 1351–1354. https://doi.org/10.1126/science.1144161

Holland، J. C.، Andersen، B.، & Breitbart، W. S. (2021). *Distress management (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology)* (Version 1.2021). National Comprehensive Cancer Network.

Ibrahim، A.، El Baldi، M.، Mohammed، S.، El Rhazi، K.، & Benazzouz، B. (2024). Cancer statistics in Yemen: Incidence and mortality in 2020. *BMC Public Health*، *24*، 962. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18207-4

Ikhile، D.، Ford، E.، Glass، D.، Gremesty، G.، & van Marwijk، H. (2024). A systematic review of risk factors associated with depression and anxiety in cancer patients. *PLOS ONE*، *19*(3)، e0296892. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296892

Jenkins، R. A.، & Pargament، K. I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*، *13*(1–2)، 51–74. https://doi.org/10.1300/J077V13N01_04

Kim، M.، Kang، K. J.، & Ryu، S. (2025). Effects of web-based interventions on anxiety and depression in patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*، *34*، e70167. https://doi.org/10.1002/pon.70167

ISSN : 2410-1818

Kissane، D. W.، Clarke، D. M.، & Street، A. F. (2001). Demoralization syndrome: A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care، 17*(1)، 12–21. https://doi.org/10.1177/082585970101700103

N. (2025). *Comparator* ، & Wilking، T.، Hofmarcher، C.، Svedman، A.،Manzano *costs and access to ،report on cancer in Europe 2025: Disease burden medicines and molecular diagnostics*. Institute for Health Economics (IHE). https://www.efpia.eu/media/nbbbsbhp/ihe-comparator-report-on-cancer-in-europe-2025.pdf

May، R. (1983). *The discovery of being: Writings in existential psychology*. W. W. Norton.

Mitchell، A. J.، Chan، M.، Bhatti، H.، Halton، M.، Grassi، L.، Johansen، C.، & Meader، N. (2011). Prevalence of depression، anxiety، and adjustment disorder in oncological، hematological، and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology، 12*(2)، 160–174. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X

Ngo، P.، Shah، R.، Vignat، J.، Collins، L.، Cunnama، L.، Hwang، I.، Bray، F. I.، Yabroff، K. R.، & Soerjomataram، I. (2026). The direct costs of cancer care: A review of recent trends and variations in 39 countries. *JNCI Monographs، 2026*(72)، 3–14. https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgag005

Oláh، A. (2000). *Psychological immune system: A new concept of coping and resilience*. Eötvös University Press.

Pargament، K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.

Philipp، R.، Mehnert، A.، Lo، C.، Müller، V.، Reck، M.، & Vehling، S. (2019). Characterizing death acceptance among patients with cancer. *Psycho-Oncology، 28*(4)، 854–862. https://doi.org/10.1002/pon.5030

Ramezanzade Tabriz، E.، Mohammadi، R.، Roshandel، G. R.، & Talebi، R. (2018). Pain beliefs and perceptions and their relationship with coping strategies، stress، anxiety، and depression in patients with cancer. *Indian Journal of Palliative Care، 24*(4)، 475–479. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_30_18

Semenenko، E.، Banerjee، S.، Olver، I.، & Ashinze، P. (2023). Review of psychological interventions in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer، 31*(4)، 210. https://doi.org/10.1007/s00520-023-07675-w

Shim، S.-H. (2020). The existential meaning of death and reconsidering death education through the perspectives of Kierkegaard and Heidegger. *Educational Philosophy and Theory، 52*(9)، 973–985. https://doi.org/10.1080/00131857.2020.1716334

Sun، M.، Tian، X.، Peng، Y.، Wang، Z.، Lu، Y.، & Xiao، W. (2024). Effects of meaning therapy on spirituality، psychological health، and quality of life in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing، 11*(4)، 100388. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100388

ISSN : 2410-1818

Sung، H.، Filho، A. M.، Laversanne، M.، Ferlay، J.، Siegel، R. L.، Soerjomataram، I.، Jemal، A.، & Bray، F. (2026). Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians، 76*(4)، e70090. https://doi.org/10.3322/caac.70090

Svenaeus، F. (2011). Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine. *Medicine، Health Care and Philosophy، 14*(3)، 333–343. https://doi.org/10.1007/s11019-010-9301-0

Tarbi، E. C.، & Meghani، S. H. (2019). A concept analysis of the existential experience of adults with advanced cancer. *Nursing Outlook، 67*(5)، 540–557. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.03.006

Tian، X.، Zhou، X.، Sun، M.، Yu، N. X.، Peng، Y.، Zheng، X.، & Xiao، W. (2024). The effectiveness of positive psychological interventions for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing، 33*(9–10)، 3752–3774. https://doi.org/10.1111/jocn.17358

Tillotson، L.، & Bultz، B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer، 90*(12)، 2297–2304. https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601887

Van Beek، F. E.، Wijnhoven، L. M. A.، Holtmaat، K.، Custers، J. A. E.، Prins، J. B.، Verdonck-de Leeuw، I. M.، & Jansen، F. (2021). Psychological problems among cancer patients in relation to healthcare and societal costs: A systematic review. *Psycho-Oncology، 30*(11)، 1801–1835. https://doi.org/10.1002/pon.5753

Vandenberg، T.، Nagi، N.، Garcia، B.، Kirk، C.، Gilchrist، J.، Poirier، S.، Allen، H.، Driedger، A.، Fournie، K.، Basahi، M.، & Robinson، M. (2009). The National Oncology Program: A Yemeni-Canadian partnership. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy، 2*(1)، 294–298. https://doi.org/10.1016/S1658-3876(09)50041-6

Vargay، A.، Józsa، E.، Pájer، A.، & Bányai، É. (2019). The characteristics and changes of psychological immune competence of breast cancer patients receiving hypnosis، music or special attention. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika، 20*(2)، 139–158. https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.009

Veach، T. A.، Nicholas، D. R.، & Barton، M. A. (2013). *Cancer and the family life cycle: A practitioner's guide*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203782514

Walker، Z. J.، Xue، S.، Jones، M. P.، & Ravindran، A. V. (2021). Depression، anxiety، and other mental disorders in patients with cancer in low- and lower-middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *JCO Global Oncology، 7*، 1233–1250. https://doi.org/10.1200/GO.21.00056

Weinberg، R. A. (2023). *The biology of cancer* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.

ISSN : 2410-1818

World Health Organization. (2024). *Country cooperation strategy for WHO and Yemen 2024–2025*. https://www.who.int/countries/yem

World Health Organization. (2025). *Cancer*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

Yang، Q.، Yang، J.، Xiang، X.، Zhao، Y.، Sun، X.، Xing، Y.، Jiang، N.، Wang، Y.، Ran، H.، & Huang، Q. (2024). Association between sensory processing sensitivity and quality of life among cancer patients: A mediation and moderation of resilience and social determinants. *Health and Quality of Life Outcomes، 22*، 68. https://doi.org/10.1186/s12955-024-02283-6

Yang، Y.-L.، Liu، L.، Wang، Y.، Wu، H.، Yang، X.-S.، Wang، J.-N.، & Wang، L. (2013). The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer، 13*، 393. https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-393

Yalom، I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Yalom، I. D. (2018). *Staring at the sun: Overcoming the dread of death*. Piatkus.

Yalom، I. D.، & Yalom، M. (2021). *A matter of death and life*. Stanford University Pres.

https://www.cancer.org/cancer/types.html

ISSN : 2410-1818

مجلـــة الأندلس للعلوم الإنسانيـة والاجتماعيـة
مجلـــة دوليـــة شهـريـــة علميـــة محكمـــة
الترقيـم الدولي الإلكتروني: ISSN:2410- 521X
الترقيـم الدولـي الورقـي :ISSN:2410- 1818
البريد الإلكتروني : journal@andalusuniv.net

المجلـة مفهرسـة فـي المواقـع الآتيـة :

العام	2021	2022	2023	2024	2025
معامل أرسيف	0.2692	0.1954	0.3759	0.3068	0.5978
معامل التأثير العربي	1.60	1.73	1.25	1.55	1.59