

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان : العلوم الإجتماعية

الشعبة : علم النفس

التخصص علم النفس العيادي

مقدمة من قبل : بزالة أم السعد

مذكرة بعنوان

الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان

دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة -

لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	الإسم و اللقب
رئيسا	جامعة قاصدي مرباح	أ.د. قدور نويبات
مشرفا و مقررا	جامعة قاصدي مرباح	أ.د. وردة بلحسيني
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح	د. مريم بن سكريفة

السنة الجامعية: 2025 / 2026

قوله تعالى :

" يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ "

[المجادلة: 11]

شكر و تقدير

﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴾
[النمل: 19]

أحمد الله تعالى و منه التوفيق و أسأله أن يجعله علما نافعا خالصا لوجهه الكريم .
أتقدم بأسمى عبارات الإحترام و التقدير و الإمتنان لأستاذتي الفاضلة و المشرفة على هذا العمل الأستاذة وردة بلحسيني التي لم تبخل علي بالتوجيهات القيمة و دعمها .
كما أتقدم بجزيل الشكر لكل من الأستاذ نوبيات قدور و الأستاذة بن سكريفه مريم على قبولهما مناقشة هذه المذكرة .
الشكر الموصول كذلك لكل طاقم مستشفى محمد بوضياف بورقلة على ما قدموه من تسهيلات أثناء فترة التطبيق الميداني خاصة النساء المصابات بالسرطان اللاتي يتلقين العلاج على حسن تعاونهن و قبولهن المشاركة في هذا البحث راجية من الله الشفاء و العافية لهن و لجميع مرضى المسلمين .
أتقدم كذلك بالشكر الجزيل للسيدة بايع راسو رئيسة مصلحة الطفولة بناحية حاسي مسعود سونطراك و السيد حجاج محمد العيد رئيس فرع ورقلة سونطراك على تقديم التسهيلات المهنية و الدعم المعنوي لأكمل مشوار الدراسة .

و لا أنسى من تركتا بصمتهما على هذه المذكرة حبيبتي بزالة هاجر و لبلاطة كنزة شكرا لكما على مساعدتي في كتابة حروف هذه المذكرة ، كل التوفيق لكما .

ملخص الدراسة بالعربية :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة - و من هنا جاءت التساؤلات التالية

- ما مستوى الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان؟
- هل تختلف درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف السن؟
- هل تختلف درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف الحالة الاجتماعية ؟

و من خلال التساؤلات تمت صياغة الفرضيات الآتية :

- نتوقع مستوى مرتفع من الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان تعزى لمتغير السن ($39 \geq$ سنة) ($39 <$ سنة).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (عازبات) (متزوجات).

و للتأكد من صحة الفرضيات تم استخدام مقياس الكمالية لـ **حسين فايد 2005** ، و بعد التأكد من ملائمة المقياس و خصائصه السيكمترية ، تم تطبيقه على عينة الدراسة المقدرة ب (50) ، امرأة مصابة بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة - و تم اختيار العينة بطريقة العينة الميسرة ، و قد تم اختيار المنهج الوصفي الاستكشافي تمت معالجة البيانات بعد جمعها و تفرغها باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية "**SPSS V23**"

وكانت نتائج الدراسة كما يلي :

- مستوى الكمالية منخفض لدى النساء المصابات بالسرطان
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان في مستشفى محمد بوضياف - ورقلة- تعزى إلى متغير السن ($39 \geq$ سنة) ($39 <$ سنة) .
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان في مستشفى محمد بوضياف - ورقلة- تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية (متزوجات و عازبات) .

و في الأخير تمت مناقشة النتائج وفق التراث النظري ، و الدراسات السابقة .

الكلمات المفتاحية : الكمالية و السرطان .

Abstract

The present study aimed to investigate perfectionism among a sample of women diagnosed with cancer at Mohammed Boudiaf Hospital in Ouargla. Accordingly, the study sought to answer the following questions:

- What is the level of perfectionism among women diagnosed with cancer?
- Are there statistically significant differences in perfectionism scores among women diagnosed with cancer according to age?
- Are there statistically significant differences in perfectionism scores among women diagnosed with cancer according to marital status?

Based on these questions, the following hypotheses were formulated:

- A high level of perfectionism is expected among women diagnosed with cancer.
- There are statistically significant differences in perfectionism scores among women diagnosed with cancer attributable to age (≤ 39 years vs. > 39 years).
- There are statistically significant differences in perfectionism scores among women diagnosed with cancer attributable to marital status (single vs. married).

To test these hypotheses, the Perfectionism Scale developed by Hussein Fayid (2005) was used. After verifying the suitability of the instrument and its psychometric properties, it was administered to a sample of 50 women diagnosed with cancer at Mohammed Boudiaf Hospital in Ouargla. The sample was selected using a convenience sampling method. The study adopted a descriptive-exploratory approach, and the collected data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 23.

The study yielded the following results:

- The level of perfectionism among women diagnosed with cancer was low.
- No statistically significant differences were found in perfectionism levels among women diagnosed with cancer at Mohammed Boudiaf Hospital in Ouargla attributable to age (≤ 39 years vs. > 39 years).
- No statistically significant differences were found in perfectionism levels among women diagnosed with cancer at Mohammed Boudiaf Hospital in Ouargla attributable to marital status (married vs. single).

Finally, the findings were discussed in light of the theoretical literature and previous studies.

Keywords: Perfectionism, Cancer.

الفهرس

الصفحة	قائمة المحتويات
ت	الشكر والعرفان
ث	ملخص الدراسة بالعربية
ج	ملخص الدراسة بالإنجليزية
ح	فهرس المحتويات
ذ	فهرس الجداول
ر	فهرس الملاحق
01	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول : الإطار المنهجي	
07	مشكلة الدراسة
10	تساؤلات الدراسة
10	فرضيات الدراسة
10	أهداف الدراسة
10	أهمية الدراسة
11	التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة
12	حدود الدراسة
12	الدراسات السابقة
الفصل الثاني : الكمالية	

17	تمهيد
18	ماهية الكمالية
18	أنواع الكمالية
20	أبعاد الكمالية
21	الفروق بين الكمالية السوية (تكيفية) و المرضية (اللاتكيفية).....
22	النظريات المفسرة
25	أسباب الكمالية
26	خصائص الأفراد ذوي الكمالية
27	خلاصة الفصل
الفصل الثالث : مرض السرطان	
30	تمهيد
31	تعريف مرض السرطان.....
31	أنواع الأورام السرطانية
33	العوامل المتسببة في الإصابة بمرض السرطان
35	تطور مرض السرطان
36	مراحل الإصابة بمرض السرطان
38	علاج مرض السرطان
39	الآثار النفسية لمرض السرطان
41	سيكولوجية المرأة المصابة بالسرطان
46	خلاصة الفصل

الجانب الميداني	
الفصل الرابع : إجراءات الدراسة	
50	تمهيد
51	منهج الدراسة
51	الدراسة الإستطلاعية
52	اداة الدراسة
56	الدراسة الأساسية
56	عينة الدراسة الأساسية
57	الاساليب الإحصائية
59	خلاصة الفصل
الفصل الخامس : عرض و تحليل نتائج الدراسة	
62	تمهيد
63	عرض و تحليل نتيجة الفرضية الأولى.....
64	عرض و تحليل نتيجة الفرضية الثانية
65	عرض و تحليل نتيجة الفرضية الثالثة.....
66	خلاص الفصل
الفصل السادس : تفسير و مناقشة نتائج الدراسة	
69	تمهيد
70	تفسير و مناقشة الفرضية الاولى
72	تفسير و مناقشة الفرضية الثانية.....

74	تفسير و مناقشة الفرضية الثالثة
76	الإستنتاج العام
79	قائمة المراجع
83	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	الاسم الجدول	الصفحة
01	الفرق بين الكمالية السوية والمرضية	20
02	نتائج صدق مقياس الكمالية بطريقة المقارنة الطرفية	54
03	نتائج معامل ثبات مقياس الكمالية بطريقة التجزئة النصفية.	55
04	نتائج معامل ثبات مقياس الكمالية بطريقة ألفا كرونباخ	55
05	عينة الدراسة و توزيعها حسب السن و الحالة الاجتماعية	57
06	نتائج المتوسط الحسابي واختبار "ت" للعينة الواحدة لمقياس الكمالية لدى عينة النساء المريضات بالسرطان	63
07	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة الكلية في الكمالية حسب متغير السن ($39 \geq$ سنة / $39 <$ سنة)	64
08	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة الكلية في الكمالية حسب متغير الحالة الاجتماعية (متزوجات - عازبات).	65

جدول الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
85	مقياس الكمالية	01

المقدمة

مقدمة :

يُعدّ السرطان من أكثر الأمراض المزمنة انتشارًا في العالم، ومن أكثرها تأثيرًا على حياة الأفراد من مختلف الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية، نظرًا لما يفرضه من تحديات معقدة تتجاوز حدود المعاناة الجسدية لتشمل مختلف أبعاد الشخصية. فالإصابة بهذا المرض لا تمثل مجرد خلل عضوي يستدعي التدخل الطبي والعلاجي، بل تُعدّ تجربة حياتية ضاغطة قد تُحدث تغيرات عميقة في نظرة الفرد إلى ذاته ومستقبله وعلاقاته الاجتماعية، وتدفعه إلى إعادة تقييم أولوياته وأهدافه الحياتية. كما أن طبيعة المرض وما يرتبط به من إجراءات تشخيصية وعلاجية طويلة الأمد، وما يصاحبها من مخاوف مرتبطة بالألم أو احتمالية الانتكاس أو الوفاة، تجعل منه مصدرًا مهمًا للضغط النفسي والانفعالي.

وتُعد المرأة من أكثر الفئات تأثرًا بالانعكاسات النفسية للإصابة بالسرطان، خاصة عندما يتعلق الأمر بأمراض تمس صورة الجسد أو الأدوار الأسرية والاجتماعية التي تضطلع بها. فالمرأة المصابة بالسرطان قد تواجه تغيرات جسمية ووظيفية تؤثر في إدراكها لذاتها وثقتها بنفسها، كما قد تجد نفسها أمام مسؤوليات ومتطلبات جديدة تستدعي التكيف مع ظروف صحية غير مألوفة. ومن هذا المنطلق، أصبح الاهتمام بالجوانب النفسية للمصابات بالسرطان ضرورة أساسية لا تقل أهمية عن الاهتمام بالجوانب الطبية، لما لذلك من دور في تحسين التوافق النفسي وجودة الحياة والمساهمة في نجاح العملية العلاجية.

وفي إطار دراسة العوامل النفسية المرتبطة بالتكيف مع المرض، برز مفهوم الكمالية باعتباره أحد المتغيرات الشخصية التي استقطبت اهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة. وتشير الكمالية إلى نزعة الفرد نحو السعي إلى تحقيق مستويات عالية من الأداء ووضع معايير مرتفعة للحكم على الذات، حيث يسعى الشخص الكمالي إلى إنجاز أعماله بأفضل صورة ممكنة مع الحرص على تجنب الأخطاء والنقائص. غير أن الكمالية ليست نمطًا واحدًا، فقد تكون كمالية تكيفية تدفع الفرد إلى المثابرة والإنجاز وتنمية القدرات، وقد تكون كمالية لا تكيفية تتجسد في النقد الذاتي المفرط والشعور الدائم بعدم الرضا والخوف من الفشل، الأمر الذي يجعلها عاملاً مؤثرًا في الصحة النفسية والتوافق النفسي.

وتكتسب دراسة الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان أهمية خاصة، بالنظر إلى طبيعة الظروف التي تفرضها الإصابة بهذا المرض. فالمرأة التي كانت تسعى إلى أداء أدوارها المختلفة وفق معايير عالية قد

تجد نفسها مضطرة إلى مراجعة توقعاتها من ذاتها والتخلي عن بعض المتطلبات التي كانت تعتبرها أساسية قبل المرض، نتيجة التغيرات الجسدية والنفسية التي ترافق مسار العلاج. كما أن مواجهة المرض قد تدفعها إلى إعادة ترتيب أولوياتها الحياتية والتركيز على المحافظة على الصحة والتكيف مع الوضع الجديد بدل الانشغال بتحقيق مستويات مثالية من الأداء. وفي المقابل، قد تستمر بعض المريضات في تبني معايير صارمة تجاه أنفسهن، مما قد يزيد من معاناتهن النفسية ويؤثر في قدرتهن على التكيف مع المرض.

ومن هنا تبرز أهمية البحث في مستوى الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان، والكشف عن طبيعة هذه السمة في ظل الظروف الصحية والنفسية التي يعشنها.

و بناء على ما سبق جاءت هذه الدراسة لتستكشف هذه السمة المتمثلة في الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة - وفقا لخطة تكونت من 06 فصول كانت على النحو التالي :

- الجانب النظري شمل الفصل الأول ، و الذي تناول مشكلة الدراسة و تساؤلاتها و كذا الفرضيات ، مع إبراز أهمية و أهداف الدراسة ، و كذا تقديم تعريفات إجرائية و أخيرا حدود الدراسة .
- أما الفصل الثاني تناول الكمالية من حيث تعريفها و أنواعها و الفروق بين الكمالية السوية و المرضية و أهم النظريات المفسرة لها و كذا خصائص الأفراد ذوي الكمالية و أسبابها .
- و يليه الفصل الثالث و تم التطرق فيه إلى مرض السرطان تعريفه ، أنواع الأورام ، و العوامل المسببة ، تطوره و مراحل الإصابة به ، علاجه الآثار النفسية لمرض السرطان ، سيكولوجية المرأة المصابة بالسرطان .

أما الجانب الميداني فيحتوي على مايلي :

- شمل الفصل الرابع المعنون ب الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية و تم التطرق فيه إلى منهج الدراسة و الدراسة الاستطلاعية وكذا أدوات الدراسة مرورا ب الدراسة الأساسية و حتما الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .

- أما الفصل الخامس فتناول عرض و تحليل نتائج الفرضيات يليه الفصل السادس كان عبارة عن تفسير و مناقشة النتائج وفقا لفرضيات الدراسة ، تم تقديم خلاصة الدراسة و المقترحات و ختامها قائمة المراجع و الملاحق .

الجانِب النظري

الفصل الأول :

الإطار المنهجي

1. مشكلة الدراسة
2. التساؤلات
3. فرضيات الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. أهمية الدراسة
6. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة
7. حدود الدراسة
8. الدراسات السابقة

1. مشكلة الدراسة :

يعد السعي الدؤوب نحو تطوير الذات وتحقيق الأفضل سمة جوهرية تميز الكيان الإنساني، حيث يسعى الفرد باستمرار إلى تجاوز إمكاناته الراهنة وبلوغ مستويات عليا من الكفاءة والتميز في مختلف مجالات حياته العلمية والمهنية والشخصية، وتعتبر هذه النزعة الفطرية نحو الارتقاء والتحسين بمثابة القوة الدافعة للإنجاز والإبداع والتطور، حيث يميل الإنسان بطبعه إلى وضع أهداف وطموحات تمنح حياته معنى واتجاها واضحا ومع ذلك، فإن هذا المسار التطوري قد يتخذ منحى مغايرا حينما يتحول من وسيلة للنمو إلى غاية في حد ذاتها، محكومة بمعايير صارمة وتوقعات غير واقعية، مما ينقل الفرد من دائرة الطموح الصحي إلى دائرة الضغط النفسي المستمر، ويتحول السعي نحو الأفضل من محرك للنمو إلى مشكلة نفسية تؤثر سلبا على الصحة النفسية للفرد وهذا ما عرفته الأدبيات النظرية بمفهوم الكمالية.

حيث تبرز ظاهرة الكمالية كسمة شخصية معقدة، تعبر عن نمط معرفي وسلوكي يتسم بوضع معايير عالية جداً وغير قابلة للتحقيق، يصاحبها ميل مفرط للتقييم الذاتي النقدي، وانشغال دائم بالأخطاء، مع ربط تقدير الذات كلياً بمستوى الإنجاز المحقق، إن هذا السمة النفسية لا تقتصر على مجرد الرغبة في النجاح، بل تتعداه إلى خوف مرضي من الفشل، حيث يعيش الفرد في حالة من التوجس الدائم من عدم تلبية توقعاته الشخصية أو توقعات الآخرين، مما يجعله عرضة للهشاشة النفسية والاضطرابات الوجدانية، نتيجة لصلابة معرفية تجعل الفرد يرى العالم من منظور "الكل أو لا شيء"، ويحول أي إخفاق بسيط إلى كارثة وجودية تهدد ببيان الذات، يعرفها هاماتشيك (1978) أنها نظرة الفرد إلى عمله ومجهوده على أنه غير جيد رغم ما يبدو على هذا الأداء من جودة، وينظر إلى أدائه على أنه لا بد أن يكون أفضل باستمرار، ويصاحب ذلك عدم الرضا كسمة دائمة ومصاحبة، ويضع لنفسه مستويات لا يستطيع الوصول إليها بإمكاناته وقدراته مع الخوف من الفشل. (الجمعان، مسعد علي، د.س، ص 362)

ومن هذا المنطلق، فإن فهم الكمالية لا ينفصل عن دراسة السياقات الضاغطة التي قد تسهم في ظهورها أو تفاقمها، خاصة تلك المرتبطة بالأمراض المزمنة التي تمس سلامة الفرد الجسدية والنفسية، وتقرض عليه تحديات تتعلق بالتكيف وإعادة التوازن النفسي.

ويعد مرض السرطان أحد أبرز هذه الأمراض المزمنة حيث تشير الإحصائيات العالمية إلى أن السرطان يمثل أحد أبرز المشكلات الصحية في العالم، حيث سجلت حوالي 20 مليون حالة إصابة

جديدة و9.7 مليون حالة وفاة سنة 2022، كما يُصاب شخص واحد من كل خمسة أشخاص بالسرطان خلال حياته، ويتسبب هذا المرض في وفاة واحدة من كل ست وفيات عالمياً، ومن المتوقع أن يرتفع عدد الإصابات إلى 35 مليون حالة سنوياً بحلول عام 2050 (منظمة الصحة العالمية، 2024). أما في الجزائر، فقد تم تسجيل حوالي 64,713 حالة إصابة جديدة و35,778 حالة وفاة بسبب السرطان سنة 2022، مع معدل إصابة بلغ 141.2 حالة لكل 100,000 نسمة، ويعد سرطان الثدي وسرطان القولون وسرطان الرئة من أكثر الأنواع انتشاراً (GLOBOCAN, 2022).

ولا يقتصر تأثير السرطان على الجانب العضوي فحسب، بل يمتد ليشمل البنية النفسية والاجتماعية للمريض، فافرضاً واقعاً جديداً يتسم بفقدان السيطرة على الجسد وتغير الأدوار الحياتية، مما يضع السمات الشخصية للفرد، وعلى رأسها الكمالية، في اختبار حقيقي للمواجهة أو التكيف. تعتبر الإصابة بمرض السرطان صدمة وجودية تضع الفرد أمام مواجهة مباشرة مع محدودية قدراته الجسدية، وهو ما قد يتناقض مع بنية الشخصية الكمالية التي قد تنشأ السيطرة والكمال المطلق، فالسرطان بطبيعته الغامضة وغير المتوقعة قد يكسر وهم التحكم الذي يعيشه الشخص الكمال. وبتسليط الضوء على فئة النساء المصابات بالسرطان، نجد أن الضغوط قد تتضاعف بشكل دراماتيكي، وبتسليط الضوء على فئة النساء المصابات بالسرطان، يتضح أن حجم الضغوط النفسية والانفعالية قد يتضاعف بصورة ملحوظة، نظراً لما تتمتع به المرأة من خصوصية ترتبط بصورتها الجسدية وإحساسها بالأنوثة، فضلاً عن أدوارها الاجتماعية المتعددة كزوجة وأم وركيزة أساسية في تماسك الأسرة، الأمر الذي قد يجعل تجربة المرض لا تقتصر على المعاناة الجسدية فحسب، بل تمتد لتشمل مخاوف تتعلق بتغير المظهر، وفقدان بعض مظاهر الهوية الأنثوية، والشعور بالعبء أو القلق بشأن قدرتها على الاستمرار في أداء أدوارها ومسؤولياتها المعتادة، مما يزيد من حدة التوتر النفسي ويؤثر في توازنها الانفعالي وتوافقها النفسي. فالمصابة لا تواجه خطر المرض المهدد للحياة فحسب، بل قد تواجه أيضاً تهديدات تمس هويتها الأنثوية وصورتها الجسدية، حيث تترك العلاجات الطبية من جراحات استئصال أو علاج كيميائي وإشعاعي آثاراً عميقة على الجسد، مما قد يضع المرأة في مواجهة معايير الجمال والأنوثة التي قد تكون هي نفسها قد وضعتها كمعايير كمالية لا تقبل المساومة.

وفي هذا السياق العيادي، قد تصبح الكمالية عاملاً معيقاً لعملية التكيف النفسي فالمرأة التي قد اعتادت على معايير أدائية أو جمالية صارمة قد تجد نفسها في صراع مع جسد لا يلبي تلك المعايير، مما قد يؤدي إلى ظهور المخططات المعرفية اللاتكيفية التي تعزز مشاعر الذنب والدونية. إن عدم القدرة

على القيام بالأدوار الأسرية أو المهنية بنفس الكفاءة السابقة قد يولد لدى المرأة الكمالية صراعاً داخلياً ، حيث قد ترفض تقبل الضعف وتعتبره فشلاً شخصياً، مما قد يزيد من حدة الضغوط النفسية.

عند استقراء التراث السيكلوجي العيادي، نجد أن الدراسات السابقة قد أولت اهتماماً ملحوظاً بالكمالية وعلاقتها بمتغيرات نفسية متعددة، حيث ركزت مجموعة من الأبحاث على ارتباط الكمالية باضطرابات الأكل، مثل دراسة Stackpole وآخرون (2023)، التي أظهرت أن الكمالية تعتبر عاملاً مهماً في ظهور واستمرار اضطرابات الأكل.

كما ربطت دراسات أخرى بين الكمالية وتشوه صورة الجسم، مثل دراسة Mahfoud وآخرون (2023)، التي بينت أن الكمالية ترتبط باضطراب إدراك صورة الجسم نتيجة السعي الصارم نحو المعايير المثالية. وهو ما يتقاطع مع واقع مريضة السرطان، علاوة على ذلك، تناولت بعض الدراسات الكمالية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي تحديداً، نظراً

لخصوصية هذا النوع من السرطان وتأثيره المباشر على رمزية الأنوثة، على سبيل المثال دراسة Banville وآخرون (2024)، التي كشفت أن الكمالية تمثل عاملاً نفسياً مهماً لدى مريضات سرطان الثدي وترتبط بالنقد الذاتي المرتفع وصعوبة التكيف النفسي مع المرض.

ورغم ثراء هذه الدراسات وتنوعها، إلا أنه يُلاحظ ندرة الأبحاث -حسب اطلاعنا- التي تتناول الكمالية كمتغير مركزي ومستقل لدى عينة أوسع من النساء المصابات بأنواع مختلفة من السرطان دون الاختصار على سرطان الثدي فقط، كما أن الحاجة ملحة لفهم كيف تتجلى هذه السمة في ظل التحديات الاجتماعية والثقافية التي تواجهها المرأة المصابة، والتي قد تفرض عليها معايير كمالية إضافية تتعلق بالصبر والتحمل وإخفاء الألم. إن هذه الفجوة البحثية تدعو إلى دراسات وصفية استكشافية تهدف إلى تحديد مستوى الكمالية لدى هذه الفئة، واستكشاف الفروق المحتملة في هذا المستوى تبعاً لمتغيرات ديموغرافية أساسية مثل الحالة الاجتماعية، والعمر، وذلك لتقديم صورة أولية شاملة تسهم في توجيه الأبحاث المستقبلية وبرامج الدعم النفسي. إن هذه الدراسة تأتي لتسد هذا النقص المعرفي و العيادي، من خلال محاولة فهم البنية النفسية للمرأة المصابة بالسرطان من زاوية الكمالية، باعتبارها مفتاحاً لفهم آليات التكيف أو الانهيار. فالكشف عن مستوى الكمالية لدى هذه الفئة هو ضرورة عيادية لتصميم برامج دعم نفسي تركز على تعديل المخططات المعرفية المتصلبة ومساعدة المريضات على تقبل الذات في ظل المتغيرات الصحية الجديدة. وذلك ما دفعنا نحو طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان؟
- هل تختلف درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف السن؟
- هل تختلف درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف الحالة الاجتماعية؟

2. فرضيات الدراسة :

- نتوقع مستوى مرتفع من الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان تعزى لمتغير السن ($39 \geq$ سنة) ($39 <$ سنة).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية . (متزوجات) و (عازبات) .

3. أهداف الدراسة:

- تحديد مستوى الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان.
- الكشف عن الفروق في درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف السن ($39 \geq$ سنة) ($39 <$ سنة).
- الكشف عن الفروق في درجات الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوجات) و (عازبات).

4. أهمية الدراسة:

1.3. الأهمية النظرية :

- إثراء الجانب النظري: تبرز أهمية هذه الدراسة في تناولها لموضوع "الكمالية" في سياق جديد وهو مرض السرطان، وهو مجال يعاني من نقص كبير في الدراسات العربية والمحلية.
- تأصيل متغير الكمالية في السياق المحلي: تساهم الدراسة في فهم "مستوى" الكمالية لدى المرأة الجزائرية المصابة بالسرطان، مما يوفر مرجعاً نظرياً حول كيفية استجابة الشخصية الكمالية لصدمة المرض المزمن بعيداً عن السياقات الأكاديمية التقليدية.

- فهم المحددات الديموغرافية والطبية للكمالية: تبرز الأهمية في تحليل كيفية تقاطع (السن، الحالة الاجتماعية) مع النزعات الكمالية، مما يغني الأدبيات النفسية بتصورات حول العوامل التي قد تزيد أو تخفف من حدة السمة لدى المريضة بالسرطان.

2.3. الأهمية التطبيقية:

- توجيه التدخل النفسي حسب مستوى الكمالية المرصود: تساهم نتائج الدراسة في تزويد الأخصائيين النفسيين بتقدير واقعي لمستوى الكمالية لدى المريضات، مما يسمح بتحديد الحالات الأكثر عرضة لجلد الذات والانهيار النفسي، ووضع خطط علاجية تتناسب مع شدة هذه السمات.
- تفريد الرعاية النفسية بناءً على الفروق العمرية والاجتماعية: تتيح نتائج البحث (حول فروق السن والحالة الاجتماعية) للأخصائيين فهم الخصوصية النفسية لكل فئة؛ فالمريضة الشابة أو المتزوجة قد تواجه ضغوطاً كمالية تختلف عن غيرها، مما يساعد في تقديم دعم نفسي "مخصص" يراعي التزاماتها وأدوارها الاجتماعية.
- فتح آفاق لبحوث إرشادية مستقبلية: تقديم مادة علمية ميدانية حول المتغيرات المدروسة، تشكل منطلقاً للباحثين لتصميم برامج وقائية تهدف إلى خفض حدة الكمالية لدى مريضات السرطان في البيئة الجزائرية بناءً على معطيات واقعية.

5. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

- **الكمالية:** هي الرغبة في الوصول إلى الكمال وعدم رضا الفرد عن مجهوداته وأدائه بالرغم من جودة هذا الأداء وهذه الكمالية إما أن تكون بالتوجيه الذاتي حيث يضع الفرد لنفسه مستويات عالية ويحاول تحقيقها، أو أن تكون مكتسبة اجتماعياً حيث يكتسبها الفرد من إدراكه للمواقف الاجتماعية المحيطة به، أو أن تكون بتوجيه الآخرين حيث يضع الآخرون للفرد مستويات عالية ويحاول تحقيقها بدافع منهم.
- و تعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي تتحصل عليها المصابات بالسرطان على مقياس الكمالية للدكتور حسين فايد (2005).

6. حدود الدراسة :

الحدود المكانية : تم إجراء الدراسة الميدانية لموضوع دراستنا الحالية بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة - و بالضبط بمصلحة الأورام السرطانية .

الحدود الزمنية : تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الجامعي 2025 / 2026 خلال الفترة الممتدة بين 2026 / 04 / 05 إلى غاية 2026 / 05 / 07 .

الحدود البشرية : تم إجراء الدراسة على عينة من النساء المصابات بالسرطان اللاتي يتلقين علاجاً كيميائياً و تتراوح أعمارهن بين (18 / 65 سنة) و قسمت العينة إلى فئتين (≥ 39 سنة / < 39 سنة)

7. الدراسات السابقة :

حسب اطلاعنا في التراث السيكولوجي العربي الذي تناول متغيرات الدراسة الحالية، لاحظنا ندرة لافتة في الدراسات العربية التي تربط بشكل مباشر بين الكمالية وفئة النساء المصابات بالسرطان.

حيث اتجهت معظم الأدبيات العربية المتوفرة نحو دراسة الكمالية في سياقات نفسية مغايرة، تركزت في مجملها حول اضطرابات الأكل، أو تشوه صورة الجسد، أو علاقتها بالتحصيل الدراسي والقلق لدى طلبة الجامعات. وفي المقابل، نجد أن الدراسات التي تناولت مريضات السرطان عربياً قد ركزت بشكل مكثف على متغيرات تقليدية مثل (الاكتئاب، قلق الموت، أو جودة الحياة)، دون التطرق لسمة الكمالية كعامل شخصي قد يؤثر على مسار التكيف مع المرض أو إدراك المعاناة ولهذا السبب تم الاعتماد على بعض الدراسات الأجنبية الأقرب لموضوع الدراسة الحالية ويمكن عرضها كالتالي:

• دراسة كاترين بانفيل وآخرون (Catherine Baneville et al., 2024)

دراسة نوعية للكمالية لدى نساء كماليات مصابات بسرطان الثدي غير النقيلي، هدفت هذه الدراسة إلى فهم التجربة الذاتية للكمالية لدى نساء يعرّفن أنفسهن بأنهن كماليات، وذلك في سياق الإصابة بسرطان الثدي غير النقيلي حيث اعتمدت الدراسة على المنهج النوعي، تم استخدام مقابلات شبه موجهة لجمع البيانات، وتحليلها باستخدام التحليل الموضوعي (Thematic Analysis)

ركزت الدراسة على استكشاف المعنى الشخصي للكمالية وكيفية تمثيلها في حياة المشاركات اليومية بعد الإصابة، دون الاعتماد على مقاييس كمية أو اختبارات إحصائية، أجريت الدراسة على عينة قصدية تكونت من (10) نساء متعافيات من سرطان الثدي (في مراحله الأولى إلى الثالثة)، ممن أنهين العلاج الأساسي ولم يتجاوز عاماً واحداً، واللاتي حددن أنفسهن كشخصيات كمالية.

أظهرت النتائج مجموعة من الموضوعات التي تعكس التجربة المعاشة للكمالية، مثل السعي المفرط للسيطرة، والخوف من الفشل، والضغط الداخلي للحفاظ على صورة مثالية رغم المرض. وقدمت الدراسة فهماً عميقاً للأبعاد النفسية والتجريبية للكمالية في سياق المرض.

• دراسة فيرونيك ماسيكوت (Veronique Massicotte, 2023)

بعنوان دور الكمالية في التكيف النفسي مع السرطان، حيثسعت هذه الدراسة إلى فحص دور الكمالية في التكيف النفسي لدى مريضات السرطان، وذلك من خلال تحليل العلاقة بين كل من أبعاد الكمالية وهي الطموح نحو المعايير العالية (Aspiration perfectionniste)، والانشغالات الكمالية (Préoccupation perfectionniste)، والتكيف النفسي، والأعراض النفسية والجسدية (الأرق، والتعب، والألم، وصعوبات الإدراك، وانخفاض جودة الحياة الجسدية) عبر الزمن، واعتمدت لذلك على المنهج الطولي (Prospective Longitudinal Design)، حيث تم إجراء قياسات متعددة في مراحل مختلفة من العلاج (قبل العلاج، أثناءه، بعده، وبعد ستة أشهر من انتهائه)، مما أتاح تتبع تطور المتغيرات محل الدراسة.

تكونت عينة الدراسة من (40) مريضة مصابات بسرطان الثدي غير النقيلي، خضعن جميعهن للعلاج الكيميائي، وقد تم اختيارهن وفق معايير طبية محددة دون اشتراط وجود سمة الكمالية مسبقاً.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ديناميكية بين الكمالية والتكيف النفسي، حيث ارتبطت الانشغالات الكمالية بارتفاع مستويات القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية، كما بينت أن الكمالية تؤثر في مسار التكيف النفسي عبر مراحل العلاج المختلفة. وتبرز أهمية هذه الدراسة في اعتمادها على التصميم الطولي الذي يسمح بفهم تطور العلاقات بين المتغيرات عبر الزمن.

• دراسة كلوديا تروديل وآخرون (Claudia Trudel et al.,2017)

حول العلاقة بين الكمالية والأعراض النفسية لدى مرضى السرطان والدور الوسيط لفرط الاستثارة واستراتيجيات التكيف، سعت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين الكمالية والأعراض النفسية لدى مرضى السرطان، مع التركيز على الدور الوسيط لكل من فرط الاستثارة (Hyperarousability) واستراتيجيات التكيف (Coping strategies)

اعتمدت الدراسة على تصميم طولي، حيث تم قياس المتغيرات في مرحلتين زمنيتين (عند التشخيص أو الجراحة، وبعد شهرين).

تكونت عينة الدراسة من (853) مريضاً يعانون من أنواع مختلفة من السرطان، ما يمنح الدراسة طابعاً واسعاً من حيث التنوع والحجم.

أسفرت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين ارتفاع مستويات الكمالية وزيادة الأعراض النفسية، كما تبين أن فرط الاستثارة يعزز من تأثير الكمالية على هذه الأعراض، في حين تسهم استراتيجيات التكيف في تفسير هذه العلاقة. وتؤكد هذه النتائج أن الكمالية تمثل عاملاً نفسياً مهماً يؤثر في الصحة النفسية لمرضى السرطان من خلال آليات وسيطة.

الفصل الثاني :

الكمالية

تمهيد

1. ماهية الكمالية

1.1 تعريف الكمالية

1.2 أنواع الكمالية

1.3 أبعاد الكمالية

1.4 الفرق بين الكمالية السوية (التكيفية) والمرضية (اللاتكيفية)

2. النظريات المفسرة للكمالية المرضية

3. أسباب الكمالية

4. خصائص الأفراد ذوي الكمالية

خلاصة الفصل

تمهيد:

تتعدد السمات المكونة لبناء شخصية الإنسان، وتتداخل فيما بينها لتشكل أسلوب استجابته لذاته وللعالم من حوله، ومن بين هذه السمات ما يتجاوز كونه مجرد دافع للأداء ليصبح محورياً تدور حوله رؤية الفرد لكفاءته وقيمه الشخصية وهو ما يُعرف بالكمالية، حيث تمثل هذه الأخيرة أحد الأنماط النفسية العميقة التي تعكس رغبة مستمرة في بلوغ أقصى درجات الإتقان، مما يولد ديناميكية نفسية خاصة تستحق البحث والاستقصاء، وانطلاقاً من كونها سمة معقدة تتقاطع فيها النزعات الفردية مع التوقعات الاجتماعية، يأتي هذا الفصل لاستعراض الأسس التي يقوم عليها هذا المفهوم، ممهداً الطريق لفهم أعمق لآلياته وتأثيراته على التوازن النفسي العام.

1. ماهية الكمالية :

1.1. تعريف الكمالية :

أ. لغة:

- الكمالية مشتقة من الفعل "كَمَلَ" كمَلاً أي تثبتت فيه صفات الكَمال، والكَامِل من الرجال الجامعُ للمناقب الحسنة. (مجمع اللغة العربية، 2004، ص 798)

ب. اصطلاحاً:

- ينظر للكمالية بأنها سمة شخصية تتصف بالسعي نحو تحاشي العيوب ووضع توقعات عالية من الأداء (Gould, 2012, p. 9) وتشير لتقويم مفرط للذات ينصب على مراقبة أداء المطالب الشخصية في ضوء معايير ذاتية عالية للوصول لمستويات مرتفعة بغض النظر عن العواقب أو النتائج. (Egan, 2014, p. 4-5)
- سلاذ وآخرون (1990): هي أسلوب عام مميز للفرد ينحو به نحو الأداء المتقن والتخلص من الأخطاء وإحراز التقبل من المحيطين به، ويصاحب ذلك مشاعر الرضا أحياناً.
- شولير (1999): إنها مفهوم مركب من الأفكار والسلوكيات التي ترتبط بالمستويات والمعايير المرتفعة بشدة، والآمال والتوقعات بالنسبة لأداء الفرد، والكمالية قد تكون سوية صحية أو عصابية ذات خلل وظيفي.
- هويت وفليت (1991): هي سمة شخصية تدفع الفرد إلى وضع المعايير العالية للذات وللآخرين، والاعتقاد بوجود متطلبات غير واقعية مفروضة من البيئة الاجتماعية المحيطة به.. (الجمعان، مسعد علي، د.س، ص 362)

1.2. أنواع الكمالية :

تم تقسيم الكمالية إلى نوعين أساسيين، إحداهما سوي وتكفي صحي، والآخر مرضي لا تكفي سلبي:

• الكمالية السوية (التكيفية) :

بالصيغة التكيفية للكمالية يصنع الفرد لذاته مستويات أداء مرتفعة لكنها متناسبة مع قدراته وإمكانياته الشخصية ويسعى من تلقاء ذاته لتحقيق أهدافه ويكافح من أجل ذلك لكنه يقنع بما يصل إليه من نتائج ويتقبلها ويشعر بالرضا والسعادة سواء استطاع إنجاز ما يروى إليه أم لا لذا فهو قادر على تطوير أهدافه وتوقعاته ومعاييره وفقاً لسياق الموقف. (إبراهيم، 2019، ص 59)

وهي التي يشعر الفرد فيها بالسعادة الحقيقية من خلال القيام بجهود وأعمال صعبة ويشعر بالرضا عن أدائه وفقاً لجودته ومستواه ويقدر ذاته إيجابياً ويسعد بأدائه ومهاراته وتعجبه براعته ويضع لنفسه مستويات تتناسب مع قدرته وإمكانياته وقد عرف "هاماكيك" الكمالية السوي بأنه الفرد الذي ينظر إلى عمله ومجهوده على أنه جيد ويقدره تقديرًا حقيقيًا والذي يشق السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير ذاته من خلال أدائه أي أن شعوره بالسعادة يتناسب مع أدائه ورضاه عنه ومن ذلك يتضح أن للكمال السوي بعض الصفات التي يتميز بها الفرد وتشمل تقدير الذات بشكل مناسب والشعور العام بالسعادة والشعور العام بالرضا والسعي إلى الإتقان في العمل (رزاق، جبار، 2020، ص 10)

• الكمالية (اللاتكيفية) :

✓ عرفها جابر وكفافي (1993) في معجم علم النفس والطب النفسي بأنها الميل القهري لمطالبة الآخرين ومطالبة الذات أيضًا بأعلى مستوى من الأداء أو أعلى من المستوى الذي يتطلبه الموقف على الأقل (جابر، كفافي، 1993، ص 2698)

✓ أما موسوعة علم النفس والتحليل النفسي فتعرف الكمالية في هذا السياق على أنها مصطلح متعدد الأبعاد في جميع المجالات وفيما يخص علم النفس فإنه مكافئ للمثالية التي قد تتسم بالوسواسية وتميز النمط الوسواسي وقد تكون تكوينًا عكسيًا لخبرات طفولية متناقضة لها وهي في الآن نفسه قد تكون نوعًا من الإغلاء لدى المثاليين الذين يبالغون بتحقيق المثل العليا الفاضلة ويسعون دومًا للعمل على بلوغها (السكري، 2022، ص 10)

- ✓ وتعرّف أيضا بأنها الرغبة في أن يكون المرء مثالياً، أو أن يبدو بمظهر المثالية، أو أن يعتقد بوجود بلوغ الكمال. وهي تتجاوز مجرد امتلاك معايير عالية، لتصبح سعياً قهرياً يجعلك تشعر بأنك لست جيداً بما يكفي إلا إذا كنت كاملاً (Martin, 2019, p 5)
- ✓ يرى هويت وآخرون (Hewitt et al., 1991) أن مفهوم الكمالية من أكثر المفاهيم التي تركز على نواتج السلوك أكثر من نوع السلوك نفسه وترتبط بأهداف الفرد وسعيه نحو تحقيق هذه الأهداف سواء بشكل سوي أو بشكل غير سوي (العبيدي، 2020، ص 21)
- ✓ وعرفها هاماتشيك (Hamachek, 1978) بأنها عدم القدرة على استحسان الأداء الشخصي مهما كان جيداً، حيث يبدو للكمالي العصابي أنه قادر على — بل يجب عليه — الأداء بشكل أفضل، ويصعب عليه الشعور بالرضا لأنه يعتقد أنه لا يقوم بالأمر بشكل جيد بما فيه الكفاية لتحقيق هذا الشعور (الأبرش، 2023، ص 100).

1.3 أبعاد الكمالية :

شهد تحديد مفهوم الكمالية اختلافاً بين العلماء، كما عرف أيضاً تحديد أبعادها جدلاً كبيراً بينهم، فقد وضع كل من هويت وفلت (Hewitt and Flett, 1991) نموذجاً للكمالية متعدد الأبعاد يتكون من ثلاثة أبعاد وهي:

- **البعد الأول: الكمالية الموجهة نحو الذات**، وفيها يحدد الفرد معايير عالية من الأداء لنفسه ويحاول الوصول إليها، ومن الممكن أن تكون الكمالية في هذا الاتجاه قوة صحية دافعة لتحقيق أهداف عالية فتكون الكمالية الإيجابية، أو قد تكون عاملاً مشكلاً بسبب الإحباط وفقدان الشهية في بعض الأوقات وقد يؤدي إلى الانتحار، ويكون هذا كمالية سلبية، وبذلك يتضح أن الكمالية الموجهة نحو الذات قد تكون سلبية أو إيجابية، وبذلك يتضح أن الأفراد أصحاب الكمالية الموجهة نحو الذات تدفعهم حاجتهم إلى الإنجاز أكثر من خوفهم من الفشل. (ميخائيل، شويخ، محمد، 2025، ص ص 5-6)

- **البعد الثاني: الكمالية الموجهة نحو الآخرين**، وفيها يحدد الفرد معايير عالية تجاه الأفراد المهمين بالنسبة إليه والتأكيد على ضرورة الوصول إلى تلك المعايير، ويرتبط بالتقييم النقدي لأداء الآخرين واتهامهم الدائم بالتقصير وعدم الثقة بأدائهم لدرجة قد تصل إلى تكوين مشاعر معادية ضدهم. (ميخائيل، شويخ، محمد، 2025، ص ص 5-6)

البعد الثالث: الكمالية الموجهة نحو الخارج، وفيها يهتم الفرد بقدرته على الوصول إلى التوقعات التي يفرضها عليه الآخرون والتي يفسرها بأنها ذات أهمية بالنسبة له، على الرغم من كونها توقعات عالية قد يعجز الفرد عن تحقيقها، إلا أنه لا يبلغ حد الرضا عن ذاته إلا بتحقيقها.(ميخائيل، شويخ، محمد، 2025، ص ص 5-6).

1.4 الفرق بين الكمالية السوية (التكيفية) والمرضية (اللاتكيفية) :

يمكن توضيح الفرق بين الكمالية السوية والكمالية في النقاط المعروضة في الجدول التالي:
(العبيدي، 2020، ص 25)

جدول رقم (01): الفرق بين الكمالية السوية والمرضية

الكمالية (اللاتكيفية)	الكمالية السوية (التكيفية)
معايير التميز غير قابلة للتحقيق لا بشكل شخصي ولا بشكل إنساني.	معايير التميز يمكن تحقيقها بشكل شخصي أو بشكل انساني.
أهداف تحتفظ بالقيمة الاجتماعية والثقافية.	أهداف لها قيمة اجتماعية وثقافية مهمة.
إدراك مضطرب للنسبية وانشغال مفرط بالتفاصيل على حساب ما هو مهم.	إدراك للنسبية وإعطاء الأولوية للمهم دون إغفال أهمية التفاصيل.
الترتمت وصلابة النهج الكمالي فيما يتعلق بالمحيط أو أهمية النشاط دون مراعاة للآخرين.	مرونة متطلبات الكمال (التعديل والارتقاء إلى المستوى الأمثل) تبعا للمحيط أو أهمية النشاط.
الحط من قيمة الذات لأقل الأخطاء التي ينظر إليها على أنها فشل وشك إلى درجة الهوس حول جودة وإتقان الأداء وعدم القدرة على تقبل الخطأ.	النقد الذاتي وشك معقول يمكن من اكتشاف الأخطاء المحتملة والسيطرة عليها، قبل العيوب الخاصة.
تغلب العواطف والتجارب السلبية (عدم الرضا والقلق والخجل والشعور بالذنب والخوف الزائد من الفشل وتقدير ذات مشروط بالأداء والحساسية من الرفض).	تغلب العواطف والتجارب الإيجابية (الرضا، الفرح، المتعة، وتقدير الذات).

التفكير الجدلي الذي يوافق بين المتناقضات، والانفتاح على قبول الأمر المطلق والنسبي في آن واحد.	التفكير الانشطاري الذي يفضل الأضداد المطلقة: الكل أو لا شيء، جيد أو سيء، أبيض أو أسود
التقاليد الاجتماعية مندمجة مع العفوية والشعور بالوافق.	اعتبار التقاليد الاجتماعية كمتطلبات ملزمة (استبدال كلمة "يجب").
تقدير واقعي لاحتمال وقوع الأحداث السلبية من أجل تجنب وقوعها.	المبالغة في تقدير احتمال وقوع الأحداث السلبية واستدامتها.

2. النظريات المفسرة للكمالية :

1.2. نظرية التحليل النفسي :

ينظر التيار السيكوندينامي إلى جملة الأعراض العصابية المصاحبة للسلوك الكمال والي تتراوح بين قلق الكمالية ومشاعر الخوف الاجتماعي وبعض الاضطرابات الفسيولوجية كالأرق واضطرابات الأكل، لأنها محاولات تخرج بها الأنا من دائرة صراع حاد تتعرض له مع معطيات الهو من ناحية ومع ما تفرضه الأنا العليا من صرامة من ناحية أخرى، فقد تكون مشاعر الدونية (inferiority) أحد محركات تلك المستويات العالية من فرض المرء لإنجازات وأعمال غير واقعية لا يقدر عليها كتعويض زائد عن الدونية، وأن الاجتهاد في تحقيق الذات لما فرضته على نفسها من مستويات أداء عالية يتيح لها عمل إفراغات نجدها للتنفيس عن حدة الصراع من قبيل نوبات الغضب والقلق والتبدل المزاجي الحاد (خليفة، آيت قني، 2023، ص 70).

وقد ميز (هورني، 1950) بين الذات الواقعية التي تعبر عما نحن عليه وعن الجوهر الأساسي للشخصية بما في ذلك من احتمالات التطوير وتحقيق الذات، والذات المثالية التي تعبر عما نعتقد أنه يجب أن نكون عليه ويستخدم كنموذج يساعدنا في تطوير الإمكانيات وتحقيق الذات، وعادة ما يكون هناك توافق بين الذات المثالية والذات الحقيقية وذلك لأن الذات المثالية تعتمد على التقييم الواقعي لقدرات وإمكانيات الفرد، أما بالنسبة للأشخاص العصبيين فيكون هناك انفصال بين الذات الحقيقية والمثالية ينتج ذلك عن اعتقادهم بأنهم يجب أن يكونوا قادرين على تحمل كل شيء ومدركين لكل شيء ومحبوبين من

الجميع ومنتجين دائماً، ويشير هورني إلى هذا النوع من السعي للكمال بأنه كمالية عصبية أو الكفاح من أجل المجد أو تسلط الأفكار الوجدانية (أبو سليمة، 2015، ص 530).

أما أدار "Adler" فيرى أن الكفاح للتفوق والكمال كلاهما سمة فطرية للنمو الإنساني تتضمن كل جوانب الصحة، وفيها يكون الدافع للكمالية موجهاً نحو الحصول على الفوائد الاجتماعية أو تحسين ورفي المجتمع بدلاً من تحسين ورفي الذات، وينظر إلى الجانب غير الصحي على أنه ميكانيزم تعويضي عندما تتغلب على الفرد مشاعر النقص. (بيبي، لهزيل، ص 579)

2.2. النظرية السلوكية :

يركز المدخل السلوكي في تفسير الكمالية على تأثير البيئة الخارجية في تنشئة الطفل وكيف يمكن أن تؤثر هذه البيئة في تشكيل سمات الكمالية لديه مثل نموذج التوقعات الاجتماعية ونموذج التعلم الاجتماعي.

• **نموذج التوقعات الاجتماعية:** مشتق من قيمة الذات، فالطفل يتعلم أنه سيحظى بقبول وحب الوالدين من خلال المستويات العالية لأدائه والتي يتوقعها منه الوالدان، وأنه إذا لم يكن أدائه جيداً بما فيه الكفاية فلن يحظى بهذا الحب والتقبل، ولأن الطفل في حاجة إلى الشعور بحب والديه وتقبله له يصبح دافعه للكمالية ليس خارجياً فقط وإنما داخلياً أيضاً، ويعد نموذج التوقعات الاجتماعية الذي أعده هامشيك (Hamachek, 1978) يعتمد على توقعات الوالدين المرتفعة، وعندما يحدث النقص في أي من توقعات الوالدين تحدث الكمالية، فالطفل يطور الكمالية من خلال والديه أو من خلال مواجهة الإهمال الوالدي. (خليفة، آيت قني، 2023، ص 71)

• **نموذج التعلم الاجتماعي:** طبقاً له فالأطفال يتعلمون السلوكيات من الآخرين عن طريق الملاحظة والتقليد، وإذا كان الآباء كماليين فإن الأطفال يسعون جاهدين لأن تكون سلوكياتهم كمالية مثل آبائهم. (أبو سليمة، 2015، ص 530-531)

3.2. النظرية المعرفية :

يرى أنصار النظرية المعرفية أن الكمالية تمثل أحد الأفكار غير العقلانية الخاطئة والسلبية عن الذات، فقد أشارت إلى أن هناك معتقدات خاطئة تؤثر في طريقة تفكير بعض الأفراد، حيث يدركون الأشياء بأسلوب ثنائي متطرف: أبيض أو أسود، جيد أو سيء، صادق أو كاذب، دون وعي بأن

الأمر قد تكون أكثر تعقيداً مما تبدو عليه. هذا النوع من التفكير له آثار سلبية ليس فقط على الصحة النفسية، بل يؤدي أيضاً إلى سعي الفرد نحو الكمال المطلق بشكل غير واقعي.

ويذكر أنصار التوجه المعرفي أن الاعتقاد بإمكانية تحقيق الكمال وتجنب الخطأ بأي ثمن يرتبط بالخوف من الفشل، وهو ما يشبه إلى حد كبير بعض مظاهر الاختلال الوظيفي المرتبط باضطراب الوسواس القهري، وأن السعي وراء الكمال يعد أحد المعتقدات الزائفة الستة الشائعة لدى العديد من المرضى، حيث يعتقد البعض أنه يجب أن أقاتل لأصل إلى الكمال، وغالباً ما يكون هؤلاء الأفراد منشغلين بمحاولات مستمرة لإثبات تفوقهم والحصول على اعتراف الآخرين بهم، مما يجعلهم في حالات دفاع مستمر، وإذا فشلوا في ذلك فقد يؤدي الأمر إلى مشكلات نفسية خطيرة. تؤدي الأفكار غير العقلانية إلى أن بعض هذه الأفكار ترتبط بالكمالية (ميخائيل، شويخ، محمد، 2025، ص 8).

4.2. النظرية الإنسانية :

إن وجهة النظر الإنسانية تؤكد على الجوانب الإيجابية في الطبيعة الإنسانية، وهو ما أدى بكل من ذوي التوجه الإنساني إلى التركيز على حرية الاختيار والكفاح من أجل الأهداف من أجل تحقيق الذات وصولاً إلى الإنسانية المتكاملة، ومن أصحاب هذا التوجه كل من "ماسلو" و"روجرز"

• **ماسلو (Maslow):** يعبر "ماسلو" عن الكمالية بمفهوم الحاجة إلى تحقيق الذات الذي وضعه على رأس هرم الحاجات في نظريته. يؤكد مضمون نظرية "ماسلو" سعي الفرد لتحقيق أقصى ما يمكن من الأهداف، فالفرد بطبيعته يبحث عن الكمال، ففي حالة استقرار الفرد أي إذا حصل على الحاجات الفسيولوجية يتجه إلى تحقيق أهداف مادية أخرى، وبعد إكمال جميع الحاجات يتجه بصورة مباشرة إلى تحقيق الكمال عن طريق تحقيقه الأهداف المحددة بكل أنواعها، فالنفس الإنسانية في سعي دائم نحو الكمال، فلا تكتفي من شيء إلا وتبحث وتوسع إلى الكمال بجانبه المادي والمعنوي، فما زال الإنسان في تطور مستمر، ولولا هذه الخاصية لما رأينا هذا التقدم العلمي والتكنولوجي الهائل والقفزة العمرانية وتنوع وسائل النقل وغيرها (خليفة، آيت قني، 2023، ص 71).

• **روجرز (Rogers):** يرى "روجرز" أن الفرد يستجيب تبعاً لإدراكه لظواهر مختلفة للواقع من حوله، حيث يكون لكل فرد إطاره المرجعي الخاص به، وهو يريد أن يكون محبوباً ومحترماً ولديه حاجة لأن يكون ذا شأن ومكان في حياته. أي أن لدى الفرد نزعة أو حاجة إلى السعي نحو

تحقيق الذات، ويكافح الفرد ليس للاحتفاظ بذاته فقط بل من أجل تحسين ذاته أيضًا في اتجاه الكمال والتكامل والاستقلال، واستجابة لرغبة الإنسان أن يكون محترمًا من الآخرين المحيطين به فإنه يضع لنفسه مستويات ومعايير وأهدافًا عالية ويحاول تحقيقها ليحصل على تقدير وحب وإعجاب الآخرين، ولعل السعي أن يكون كاملاً هو أفضل ما يمكن أن ينال به احترام الآخرين (خليفة، آيت قني، 2023، ص 72).

3. أسباب الكمالية :

- يرى كل من "كلارك" و"كوكر" أن العلاقة الخاصة بين الطفل ووالديه هي المسؤولة عن نمو الكمالية لدى الفرد، إذ إن هناك أربعة أنماط من الخبرات المبكرة التي ترتبط بالتفكير الكمالي، هي: الأساليب الوالدية المتعلقة بكثرة المطالب التي يصاحبها النقد الشديد، والتوقعات الوالدية المرتفعة بشدة، والنقد غير المباشر، وغياب الاستحسان الوالدي أو الاستحسان الوالدي المشروط أو غير الثابت. (العبيدي، 2015، ص 164)
- الترتيب الولادي أحد العوامل المؤثرة في تشكل صفة الكمالية عند الطفل، فالطفل الوحيد أو المولود الأول ينعم بفترة أطول من الوقت بصحبة والديه أو بالقرب منهما، وبالتالي يتنامى لديه الميل لمحاكاة سلوكاته وقياسها على ضوء سلوكيات الراشدين ومعاييرهم. (العبيدي، 2015، ص 164)
- عقد مقارنات بين الفرد وغيره من الذين يتفوقون عليه مع تجاهل مواطن القوة والتميز لديه.
- أن يكون الوالدان أنفسهما من الساعين إلى الكمالية فيتعلم الأبناء هذا الأسلوب منهما. (الزبيدي، ناصر، شاعر، 2021، ص 491).

4. خصائص الأفراد ذوي الكمالية :

يتسم الأشخاص ذوو الكمالية بمجموعة من الخصائص التي تميزهم عن غيرهم من الأشخاص، منها ما يلي:

- **الخوف من الرفض:** إن نشأة الأطفال في بيت يحصلون فيه على الحب المشروط مما يدفعهم إلى تحقيق توقعات الأبوين خوفاً من الرفض والبحث عن استحسان الآخرين، لذا يخشى الكمالى من الرفض من قبل الآخرين ويعتقد أنه إذا سمح للآخرين برؤية عيوبه أو أخطائه لن يتقبله الآخرون. (الزبيدي، ناصر، شاعر، 2021، ص 491)
- **الخوف الشديد من الفشل:** يرون أي خطأ على أنه كارثة ويعتبرونه دليلاً على عدم الكفاءة.
- **القلق المفرط:** ينشغلون دائماً بالتفكير في الأخطاء المحتملة ونتائجها السلبية.
- **النقد الذاتي القاسي:** يميلون إلى جلد الذات عند عدم تحقيق معاييرهم المرتفعة.
- **المماثلة والتردد:** قد يتجنبون المهام خشية عدم إنجازها بشكل مثالي.
- **الحساسية للنقد:** يتأثرون بشدة بأي ملاحظات سلبية حتى لو كانت بقاءة.
- **التقييم الذاتي السلبي:** يشعرون بعدم الرضا عن أنفسهم بغض النظر عن مدى نجاحهم.
- **التوتر والاكتئاب:** يعانون من ضغوط نفسية تؤدي إلى القلق المزمن أو الاكتئاب.
- **عدم القدرة على الاحتفال بالنجاحات:** حيث يركزون على العيوب بدلاً من الإنجازات.
- **الاعتماد على التقدير الخارجي:** يسعون للحصول على القبول والتقدير من الآخرين بدلاً من الاكتفاء بتقديرهم الذاتي. (ميخائيل، شويخ، محمد، ص ص 6-7)

خلاصة الفصل :

تناول هذا الفصل مفهوم الكمالية باعتبارها سمة شخصية تتمثل في سعي الفرد إلى تحقيق مستويات عالية من الأداء والإتقان، وقد تكون في صورتها التكيفية دافعاً إيجابياً للإنجاز وتحقيق الذات، أو في صورتها اللاتكيفية مصدرًا للضغط النفسي وعدم الرضا عن الذات. كما تم عرض أهم النظريات المفسرة للكمالية، والتي اختلفت في تفسيرها بين العوامل النفسية الداخلية، والتنشئة الأسرية والاجتماعية، والعمليات المعرفية، والدوافع الإنسانية نحو تحقيق الذات. وتطرق الفصل كذلك إلى الأبعاد الرئيسة للكمالية. كما استعرض أبرز خصائص الأفراد ذوي الكمالية وأهم الأسباب والعوامل المساهمة في نشأتها. ومن خلال ذلك يتضح أن الكمالية مفهوم متعدد الأبعاد تتداخل في تكوينه عوامل نفسية واجتماعية ومعرفية، الأمر الذي يجعل فهمه ضرورياً لتفسير العديد من السلوكيات والانفعالات المرتبطة بالتوافق النفسي.

الفصل الثالث :

مرض السرطان

تمهيد

1. تعريف مرض السرطان
 2. أنواع الأورام السرطانية
 3. العوامل المتسببة في الإصابة بمرض السرطان
 4. تطور مرض السرطان
 5. مراحل الإصابة بمرض السرطان
 6. علاج مرض السرطان
 7. الآثار النفسية لمرض السرطان
 8. سيكولوجية المرأة المصابة بمرض السرطان
- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعدّ السرطان من الأمراض المزمنة الخطيرة التي لا تقتصر آثارها على الجانب الجسدي، بل تمتد إلى الجوانب النفسية والاجتماعية، وتبدو هذه الآثار أكثر وضوحًا لدى المرأة، خاصة في حالات سرطان الثدي لما يحمله من دلالات مرتبطة بالأنوثة وصورة الجسد. وغالبًا ما تواجه المرأة المصابة مشاعر الخوف والقلق وعدم اليقين منذ لحظة التشخيص، إضافة إلى التغيرات الجسدية الناتجة عن العلاج والتي قد تؤثر في تقديرها لذاتها. كما قد تعاني من اضطرابات انفعالية وصعوبات في التكيف مع المرض ومتطلباته، خاصة في ظل مسؤولياتها الأسرية والاجتماعية. لذلك يُعد الدعم الأسري والاجتماعي والرعاية النفسية من العوامل الأساسية التي تساعد على التكيف مع المرض وتحقيق قدر أفضل من التوازن النفسي.

1. تعريف مرض السرطان :

- في بعض الاحيان يسمى السرطان (الورم الخبيث) (مايعني حرفيا النمو الجديد السيئ). إن الكلمة الإنجليزية (CANCER) مستمدة من الكلمة اليونانية كارنيكوس (السلطعون البحري) كما كان يسميه الاطباء اليونانيين الاولين بسبب ضخامة حجم السلطعون في الوسط و مخالفه الممتدة التي شكلت تشابها مع أورام سرطان الثدي و هو أول شكل ملاحظ لذلك المرض (مالكوم ، 1992 ، ص 9)
- هو "عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خللاً في المادة الوراثية (DNA) ، مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى، وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته." (تومي، سامية، 2017، ص 217)
- هو عدة أمراض متعلقة ببعضها تبدأ في الخلايا، وهي الوحدات الأساسية المكونة للجسم. ومن أجل فهم مرض السرطان، من المفيد أن تعرف ماذا يحدث حين تتحول الخلايا السليمة إلى خلايا سرطانية. (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. 2014 ، ص 4)
- يعرفه المدني (2020) : يُعد مرض السرطان من أكثر الأمراض شراسة، والذي يخشى كثيرون حتى من ذكره، والسرطان هو أحد أنواع الأورام التي تظهر على هيئة انتفاخ غير طبيعي ينتج من زيادة التكاثر الخلوي غير المنضبط، ويظهر على جزء من أجزاء الجسم، ويتكون الورم من أنسجة جديدة تختلف في تركيبها عن النسيج الأصلي الذي تكوّن منه، وللسرطان أنواع عديدة تختلف باختلاف الأسماء، ويرجع اختلاف أسماء هذه الأورام إلى شكلها، أو إلى منشأ الخلية، أو نوع الأنسجة التي يظهر فيها. (المدني، 2020، ص 1)
- و يعرفه

2. أنواع الأورام السرطانية :

غالباً ما يُنسب السرطان إلى المكان أو جزء الجسم الذي بدأ فيه، ولكن بعض أجزاء جسم الإنسان تحتوي على عديد من أنواع الأنسجة؛ ولذلك وحتى يكون التقسيم أكثر دقة يتم تقسيم أنواع

السرطان بناءً على نوعية الخلايا التي نشأ منها، وحتى لو انتقل إلى جزء آخر من أجزاء جسم الإنسان. فمثلاً إذا نشأ السرطان في الرئة وانتقل إلى الكبد، فما زال يسمى سرطان الرئة. وتستعمل عدة اصطلاحات سريرية (إكلينيكية) لأنواع السرطانات المختلفة، وهي كالتالي:

2.1. الأورام السرطانية:

ينشأ هذا النوع من السرطان من الخلايا الطلائية (نوع من الخلايا تتحد معاً مكونة نسيجاً يغطي الأعضاء الخارجية والغدد)، وتشمل هذه المجموعة أنواعاً عديدة من السرطانات السائدة وخاصة لدى المسنين، فتقريباً تشمل جميع السرطانات التي تحدث في الثدي، والبروستاتة، والرئة، والبنكرياس، والقولون. ويمثل هذا النوع من السرطان (80 - 90 %) من جميع أنواع السرطانات. (المدني، 2020، ص 16)

2.2. الساركوما:

ينشأ هذا النوع من الأنسجة الضامة مثل: العظام، والغضاريف، والأنسجة الدهنية والأنسجة الرخوة، والأعصاب. ويتطور السرطان من خلايا تبدأ من خلايا اللحم المتوسطة خارج النخاع العظمي. ويوجد أكثر من 50 نوعاً فرعياً من أنواع الساركومة، تميل بعض الأنواع إلى إصابة الأطفال بصفة رئيسية، بينما يصيب بعضها الآخر البالغين في أغلب الأحيان. وقد يصعب تشخيص هذه الأورام الأمر الذي قد يؤدي إلى الخلط بينها وبين أنواع عديدة أخرى من الأورام. (المدني، 2020، ص 16)

2.3. الورم اللمفي :

يبدأ هذا النوع من السرطان في الخلايا اللمفاوية (الخلايا التائية، أو الخلايا البائية). وتعتبر هذه الخلايا جزءاً من خلايا الدم البيضاء التي تحارب الأمراض كجزء من جهاز المناعة، ويؤدي هذا السرطان إلى: تجمع الخلايا اللمفاوية في العقد اللمفاوية، والأوعية اللمفاوية، وفي أعضاء أخرى من الجسم . (المدني، 2020، ص 16)

2.4. اللوكيميا (ابيضاض الدم):

يبدأ هذا النوع من السرطان في الأنسجة التي تكون في الدم النخاع العظمي، بحيث لا تكون أوراماً صلبة، ولكن يظهر عدد كبير من كريات الدم البيض غير الطبيعية؛ مما يزاحم كريات الدم الطبيعية، وينخفض مستواها؛ ومن ثم يؤدي إلى صعوبة حصول الأنسجة على الأكسجين الكافي، والتحكم في النزف، ومحاربة العدوى. وهناك أنواع مختلفة من اللوكيميا قسمت بناءً على الحالة (حادّة، أو مزمنة) ونوعية الخلية الدموية التي بدأت السرطان. (المدني، 2020، ص 16)

2.5. ورم الخلية الجنسية :

ينشأ السرطان من هذا النوع في الخلايا الأولية والتي غالباً ما تظهر في الخصية (ورم منوي)، أو المبيض (ورم مبيضي، أو ورم إنتاشي). (المدني، 2020، ص 17)

3. العوامل المتسببة في الإصابة بمرض السرطان :

1.4. العوامل الغذائية ونمط الحياة:

تُعدّ العوامل المرتبطة بالنظام الغذائي ونمط الحياة من أبرز المحددات التي تسهم في زيادة خطر الإصابة بالسرطان، حيث يختلف تأثيرها باختلاف نوع السرطان. ويلعب النظام الغذائي دوراً مهماً في التأثير على الإيقاعات السيركادية (البيولوجية) وعلى توازن ميكروبيوتا الأمعاء، التي تُعدّ عنصراً أساسياً في الحفاظ على التوازن المناعي والأیضي، إضافة إلى دورها في الحماية من الأمراض المختلفة. وقد أظهرت الدراسات أن اختلال توازن البكتيريا المعوية يرتبط بزيادة خطر الإصابة بالأمراض الالتهابية والعدوى. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 462)

2.4. اضطراب نمط الحياة والإيقاع السيركادي:

تؤدي أنماط الحياة الحديثة مثل التعرض المستمر للإضاءة الصناعية، والعمل بنظام الورديات، وتغيرات السفر المتكررة، إضافة إلى الاعتماد على الأغذية غير الصحية، إلى اضطراب النظام السيركادي. وينتج عن ذلك تأثير سلبي على الصحة العامة، حيث توجد علاقة تبادلية بين النظام الأیضي والنظام السيركادي، إذ يؤثر اختلال أحدهما على الآخر بشكل مباشر، مما يزيد من قابلية الجسم للإصابة بالسرطان. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 462)

3.4. العوامل الجينية المرتبطة بالساعة البيولوجية:

تؤثر المتغيرات الوراثية في جينات الساعة البيولوجية على وظائف الأیض واستجابة الجسم الغذائية، وقد تؤدي إلى عدم الاستقرار الجيني، مما يعزز خطر الإصابة بالسرطان. وقد ربطت الدراسات بين اضطرابات جينات الساعة البيولوجية وبين الأمراض الأیضية والسرطانية، حيث يؤدي اضطراب الإيقاعات البيولوجية إلى حالات التهابية وضعف في الجهاز المناعي، مما يزيد من احتمالية الإصابة بأمراض مزمنة مختلفة. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 462)

4.4. اضطرابات النوم والسهر الليلي:

تشير الأدلة العلمية إلى أن الأفراد الذين يعانون من السهر الليلي أو اضطرابات النوم هم أكثر عرضة للإصابة بأنواع مختلفة من السرطان، مثل سرطان الثدي والبروستاتا والقولون. ويرجع ذلك إلى اضطراب الساعة البيولوجية الذي يؤثر على التوازن الوظيفي للجسم، كما قد يعزز قدرة الخلايا السرطانية على البقاء واستغلال الطاقة المتاحة للنمو. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 463)

5.4. التوتر النفسي ومحور HPA :

يُعد التوتر النفسي من العوامل غير المباشرة المرتبطة بالإصابة بالسرطان، رغم عدم وجود دليل قاطع على كونه سببًا مباشرًا. ويعمل التوتر من خلال محور تحت المهاد - النخامي - الكظري (HPA)، الذي ينظم استجابة الجسم للضغط النفسي عبر إفراز هرمونات مثل الكورتيزول. وعند استمرار التوتر لفترات طويلة، يحدث ضعف في المناعة واضطرابات فسيولوجية قد ترفع من خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان، كما قد يؤثر على نمو الخلايا الورمية من خلال هرمونات التوتر. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 463)

6.4. التدخين والكحول كعوامل سلوكية خطرة:

يسهم التوتر النفسي بشكل غير مباشر في زيادة السلوكيات الخطرة مثل التدخين واستهلاك الكحول، وهما من أهم عوامل الخطر المؤكدة للإصابة بالسرطان. وقد صنّفت الوكالة الدولية لأبحاث السرطان الكحول كمادة مسرطنة مؤكدة، حيث يحتوي الإيثانول على خصائص جينوتوكسيدية تؤدي إلى تلف الحمض النووي، وزيادة الإجهاد التأكسدي، وتعزيز الطفرات الجينية. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 464)

7.4. التبغ (التدخين):

يُعد التبغ من أخطر العوامل المسببة للسرطان، لاحتوائه على مواد كيميائية سامة مثل النيكوتين والقطران والفورمالدهيد والبنزوبيرين. وتؤدي هذه المواد إلى تلف الخلايا والحمض النووي، مما يزيد من احتمالية تطور الخلايا السرطانية ونمو الأورام الخبيثة. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 464)

8.4. العوامل الجينية والإبيجينية:

ينشأ السرطان نتيجة عملية معقدة تشمل تفاعلات بين العوامل الجينية والإبيجينية على مراحل متعددة. وتؤدي التغيرات الإبيجينية الناتجة عن التفاعل بين العوامل الوراثية والبيئية إلى تعديل بنية ووظيفة الجينوم، مما يساهم في تطور الخلايا السرطانية. كما تظهر هذه التغيرات فروقًا واضحة بين الخلايا السرطانية والخلايا الطبيعية، نظرًا للدور الأساسي للآليات الإبيجينية في تحديد هوية الخلايا ووظائفها. (مريامة حنصالي ، نسرین سلاطینة ، 2024 ، ص 465)

9.4. المؤثرات النفسية :

تساهم المؤثرات النفسية بصورة بيولوجية قاطعة في ظهور المرض الخبيث ، و ذلك من خلال العلاقات المتبادلة التي تربط بين مكونات منظومة الضغط النفسي في الجسم : الأعصاب و الغدد الهرمونية و الجهاز المناعي و مراكز الدماغ التي تدرك فيها العواطف و تعالج . (جابور ، 2023 ص 123)

4. تطور مرض السرطان :

يظهر السرطان نتيجة حدوث طفرات جينية داخل خلية من خلايا الجسم؛ مما يؤدي إلى إنتاج وانتشار خلايا غير طبيعية، وبعض هذه الطفرات الجينية تكون وراثية، ولكن معظمها يحدث نتيجة للتراكم مع الوقت بعوامل مرتبطة بالنمط المعيشي والبيئي. ويعتبر تطور السرطان عملية معقدة تمر بمراحل يمكن اختصارها كالتالي:

3-1 الابتداء :

يتم في هذه المرحلة التعرض إلى مواد أو عوامل لها القدرة على إحداث طفرات جينية قد يمكن تجنبها. ومن أمثلة المواد، أو العوامل محتملة الخطورة لحدوث السرطان: ملوثات البيئة، والعوامل الكيميائية الأخرى، والتغيرات الهرمونية غير الطبيعية، والتعرض للإشعاع، أو الجسيمات المشعة، والعدوى بالفيروسات، وتدخين السجائر، والأشعة فوق البنفسجية. وفي حالة عدم تجنب الطفرات الجينية بواسطة مضادات الأكسدة والمواد الأخرى في الطعام، وكذلك آليات الحماية بالجسم، يتم انتقال هذه المرحلة إلى المرحلة التالية (التحفيز) . (المدني، 2020 ، ص 13)

2-3 التحفيز:

يتم في هذه المرحلة تحفيز نمو الخلايا السرطانية غير الطبيعية التي تبدأ بتلف الحمض النووي (الدنا)، وذلك بظهور التغيرات الخلوية التي تطور الورم من خلال انقسام المادة الوراثية التالفة في منطقة محددة، وقد تستمر هذه المرحلة من (10 - 30) عاماً، ومن أمثلة المواد أو العوامل المحفزة: تدخين السجائر، والأشعة فوق البنفسجية، وملوثات البيئة والعوامل الكيميائية الأخرى، والإفراط في تعاطي الكحول، والسمنة وقلة النشاط البدني، والإفراط في تناول الدهون. وفي حالة عدم إصلاح عملية التحفيز بواسطة مضادات الأكسدة والمواد الأخرى في الطعام، وتناول الألياف، وتحفيز تقوية جهاز المناعة، والمحافظة على وزن الجسم الصحي، يتم الانتقال إلى مرحلة حدوث الورم السرطاني (النمو والتطور) في نهاية هذه المرحلة. (المدني، 2020، ص 13)

3-3 النمو والتطور:

وهي عملية معقدة تؤدي إلى تطور الخلايا السرطانية، بحيث يصبح لها القدرة على مهاجمة أنسجة أخرى. ويستعمل مصطلح مسرطن على المادة التي يمكن لها أن تؤثر على مراحل التطور الثلاث في الوقت نفسه. (المدني، مرجع السابق ، ص 14)

4-3 الانتشار:

ينتشر السرطان من خلال مهاجمة الأنسجة المجاورة إلى أن يصل إلى الدم أو الأوعية اللمفية. وقد يمكن لمجموعة صغيرة من الخلايا السرطانية الانفصال عن الورم الأساسي والانتقال إلى أجزاء أخرى من جسم الإنسان، وقد يستقر وينمو في جزء الجسم الجديد، وفي هذه الحالة يسمى السرطان الثانوي أو النقائل. (المدني، 2020، ص 14)

5. مراحل الإصابة بمرض السرطان :

تعتبر طريقة دراسة مراحل السرطان مهمة؛ حيث تدل على حجم السرطان، ومدى نموه، ومن ثم تساعد الفريق المعالج في اختيار الطريقة المناسبة للعلاج. فقد يوصي الفريق المعالج بعلاج موضعي مثل: الجراحة، أو المعالجة الإشعاعية، وذلك إذا كان السرطان في منطقة محددة؛ حيث يكون العلاج في هذه الحالة كافياً للتخلص تماماً من السرطان. ولكن قد يحتاج المريض لعلاج يصل إلى جميع أجزاء الجسم؛ وذلك في حالة انتشار السرطان، ففي هذه الحالة تستعمل المعالجة الكيميائية.

وفي بعض الأحيان إذا لم يتأكد الفريق المعالج من انتشار السرطان إلى جزء آخر في الجسم من عدمه يتم البحث عن خلايا سرطانية في العقد اللمفية المجاورة لمكان السرطان؛ حيث يشير وجود خلايا سرطانية في العقد اللمفية إلى بداية انتشار السرطان؛ وهذا يعني انفصال خلايا سرطانية من الورم الأساسي، وحجزها في العقد اللمفية. ولكن لا يعني بالضرورة وصول السرطان إلى مكان آخر بالجسم. (المدني، 2020، ص 14 - 15)

وهناك أكثر من طريقة لتحديد مراحل السرطان، ولكن أكثرها شيوعاً واستعمالاً هي تقسيمها إلى أربع مراحل كالتالي:

- **المرحلة الأولى:** يكون الورم السرطاني صغيراً نسبياً، ومازال في المكان نفسه الذي بدأ منه. ويمكن للمريض اكتشاف الورم السرطاني في هذه المرحلة سواء بالشعور به خاصة إذا كان في الثدي، أو من خلال انتفاخ البطن إذا كان في القولون، أو المبيض وفي هذه المرحلة يصيب الورم العضو فقط. (المدني، 2020، ص ص 14 - 15)
- **المرحلة الثانية:** يكون حجم السرطان أكبر من المرحلة الأولى، ولم يبدأ في الانتشار إلى الخلايا المجاورة، ولكن في بعض الأحيان يعني الوصول إلى هذه المرحلة الثانية ظهور الخلايا السرطانية في العقد اللمفية المجاورة للورم السرطاني.
- **المرحلة الثالثة:** يكون حجم السرطان أكبر من المرحلة الثانية، ومن الممكن أنه قد بدأ في الانتشار إلى الأنسجة المجاورة، ووجود خلايا سرطانية في العقد اللمفية بالمنطقة، مثل: سرطان الرئة الذي يصاحبه انتشار الورم في الغدد الموجودة بالقفص الصدري والثدي والمعدة. (المدني، 2020، ص 14 - 15)
- **المرحلة الرابعة:** وهي مرحلة انتشار السرطان من مكان النشوء إلى عضو آخر بالجسم، ويسمى في هذه الحالة السرطان الثانوي، أو النقائل السرطانية. وهي أكثر المراحل خطورة؛ لأنها لا تصيب العضو والمناطق المجاورة فقط بل تنتشر إلى أعضاء أخرى كما في حالة ورم الثدي، حيث ينتشر إلى المعدة أو المخ أو العظام، وهكذا يصبح الورم الذي أصاب العضو الأصلي أولياً والذي أصاب عضواً آخر ثانوياً. (المدني، 2020، ص 14 - 15)

6. علاج مرض السرطان :

أ. العلاج الطبي للألم الناتج عن السرطان ومضاعفاته :

يساعد العلاج الإشعاعي الموضعي أو كامل الجسم في زيادة فاعلية معالجات الآلام المختلفة بتأثيره المباشر على أنسجة الأورام وتقليصه لحجمها، وهو مفيد بصفة خاصة لتخفيف الألم الناتج عن انتقال السرطان إلى العظام، كما قد يستخدم العلاج الكيماوي لنفس الغرض أي تقليص حجم الورم المسبب للألم. بينما تستخدم الجراحة لإزالة جزء من نسيج الورم أو استئصاله كلياً مما يخفف ويسكن الألم بشكل مباشر إضافة إلى تخفيف المضاعفات والأعراض الناجمة عن وجد إعاقات أو انسدادات ناشئة عن تضخم كتلة الورم، مثل وجود انسداد بالأمعاء أو ناتجة عن ضغط الورم على الأعضاء الحيوية والأنسجة المجاورة، مثل الرئة أو الحبل الشوكي.

يعد الألم عارضاً معتاداً وشائعاً عقب تلقي العلاجات الكيماوي والإشعاعي وقد ينتج عن نشوء فقر الدم أو تجمع المركبات السامة ومخلفات الخلايا بالجسم، إضافة إلى أن بعض المرضى يتجاوبون مع التشخيص والعلاجات بتغيرات في الحالة النفسية والمزاج واختلال معدلات النوم والراحة. وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات ربطت ما بين الألم والعلاج الإشعاعي ومنذ زمن طويل، غير أن العلاقة بينهما ما تزال مبهمه، وقد ينتج الألم عن الحاجة المتزايدة للطاقة اللازمة لإصلاح أنسجة الجلد المتضررة ورغم انخفاض حدته عقب انتهاء الدورات العلاجية إلا أن الكثير من المرضى لا يعودون لمستوياتهم العادية من الفاعلية والنشاط، ومن الملاحظ أن نسبة الألم المزمن تزيد عند كبار السن، والمرضى بأورام متقدمة، أو عند تلقي توليفات علاجية مشتركة (مثل العلاجات الكيماوي والإشعاعي معاً) . (نبية حنان، 2014 ص 22)

ب. الإيمان و الأمل و تأثير الدواء الوهمي :

يقرر الثلث أو أكثر من المعالجة بالأدوية الوهمية أن لها نتائج إيجابية بصفة عامة . فإذا كان التحسن عند تجربة العقاقير على الناس مقصور على ثلثهم تقريباً فإن تلك العقاقير لا تعبر أفضل من الأدوية الوهمية بوجه عام .

إن هناك شيئاً مشابهاً في لتأثير الدواء الوهمي في البرامج البديلة لرعاية مرضى السرطان ، و أنا أسميه (تأثير غرف الانتظار) ، إذ يتحسن عشرة في المئة تقريباً من الناس في هذه البرامج ، كما تتحسن نسبة أكبر نتيجة لأسباب مجهولة في المجتمع الطبي . و لكنني اعتقد

أن السبب يعود إلى الأمل الكبير كما يدل عليه جلوس المرضى في غرفة الانتظار .و إذا آمن المريض إيماناً قوياً بفائدة العلاج فإن قوة الإيحاء قادرة على العمل المؤثر ، و تؤدي إلى تغيير أساسي في البيئة الداخلية للجسم . وقد لا تكون للعلاج البديل قيمة علاجية في ذاته إذ تراوح معدل نجاحه بين عشر و عشرين في المئة . (د. بيرني ، 2003 ، ص 23)

7. الآثار النفسية لمرض السرطان :

حسب (وليدة مرزاقه، 2009) يحمل تعبير الآثار النفسية لمرض سرطان جانبيين: من جهة الآثار النفسية للمرض لحظة اكتشافه، ومن جهة أخرى آثار العلاج، وطرق تكيف المرضى مع العلاجات الشاقة والطويلة المدى.

وفي هذين المستويين فإنه يمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية والتكيف غير المناسب إلى ارتفاع المعاناة التي يعبر عنها المريض عن طريق كلمة "ألم" وتقيد سيء بالعلاج الذي يعرض فرص شفاء المريض للخطر يمكن أن تجتمع التظاهرات المتتالية لتهديد مرض السرطان في مجموعات أساسية والمتمثلة في:

• الخوف من الموت:

يبدأ من خلال كلمة "سرطان" التي تدعى في الذهنيات بالمرض الخطير القاتل، وفي هذا السياق المعلومات المنقولة وغير المنقولة إلى المريض خلال مختلف مراحل مرضه لها شطرين، يمكن لها أن تساعد على العيش كما هو، أو أن تحمل له معاناة إضافية. (بساسي نور الهدى ، 2013 ، ص 32)

• الخوف من المعاناة:

يظهر مرتبطاً بمفهوم مرض السرطان هو مرض قاتل "على نار هادئة" ويتدعم هذا الخوف من المعاناة من خلال حقيقة أن الآلام لا تزال غير هادئة كفاية، مما يولد صعوبات مع المحيط.

إن رؤية المريض لمعاناة أقربائه غير محتملة، وتولد عدة سلوكيات دفاعية، ويعيش المعالجون من جهم شعور بالفشل والإخفاق، العجز، الذنب نتيجة عدم التحكم في آلام مرضهم، حيث يظهرون شعوراً بالإحباط في العلاقة مع المريض، الذي فقد الثقة في المعالج نتيجة ثبات واستمرار الآلام. (بساسي نور الهدى ، 2013 ، ص 33)

• **الخوف من البتر أو القطع:**

يتمثل أساساً أثناء القيام بعملية جراحية، تعتمد الآثار النفسية لفقدان عضو على تمثيلاته والاستثمار الوجداني الذي يكون فيه العضو هو الموضوع.

إن فكرة فقدان الطحال، الرئة، الخصية، الثدي، الرحم والإصبع....، تولد نفس صعوبات التكيف ولكن مهما كانت التمثيلات المرتبطة بالعضو واستثمار المريض فيه، فإن كل البتر تبين نقص قيمة الذات الذي سيواجهه مريض السرطان. (بساسي نور الهدى ، 2013 ، ص 33)

• **الخوف من تغير صورة الجسم:**

يتأثر المريض بالعبارات أو الكلمات التي توجه إليه، والمتعلقة بتأثير سمية العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة على جسمه، تدرك التغيرات الجسمية على الجسم بالنسبة للمعالجين ظاهرة روتينية، في حين يعيش المحيط العائلي والاجتماعي هذه التغيرات كسمة وأثر لمرض السرطان، ككشف عن مرض خطير ومهدد.

يمكن أن تضطرب شخصية المريض بصورة خطيرة بسبب تغيرات صورته الجسمية، وتؤدي إلى رفض العلاج الكيميائي أو الانتحار بسبب فقدان الشعر... يمس السرطان الدور الاجتماعي، لا سيما العائلي والمهني للمريض مثل كل الأمراض الخطيرة ويدرك المرضى منذ بداية مرضهم النتائج الأكثر إثارة للقلق والمتعلقة بالسرطان.

مثل التراجع في الدور الحياتي الذي كان يؤديه المريض، كأب، ابن، أم.. كما يفقد المريض سيطرته على مقدرات حياته، ويصبح جزءا كبيرا منها خاضع لمقتضيات المرض والعلاج، ويتبع فقدان السيطرة، فقدان الاستقلالية بما يعني تزايد اعتماد المريض على الآخرين.(بساسي نور الهدى ، 2013، ص 34)

• **فقدان القدرة على ذواتهم وعلى محيطهم:** وفي الواقع يجر مرض السرطان غالبا انقطاع في

الوضعية الاجتماعية ومشاكل مالية ويؤدي التوقف عن العمل وفقدان الدور العائلي بالمريض، إلى الإحساس بعدم الجدوى والنفع .

بالإضافة إلى ما يعيشه المريض من إحساس بالفقد، فقد ينتابه إحساس آخر وهو عدم الأمان

بسبب الخطر الداهم والمستقبل المجهول، فالعيش في أجواء غياب التيقن وعدم الثقة في المستقبل

من المشاعر التي تتولد بقوة لدى مرضى السرطان، كما أن رد فعل المريض على التهديد، وغياب الأمان، يتمثل في الإحساس العام بالقلق المرتبط بالحيرة والارتباك في الحاضر والمستقبل. وغالبا ما يترافق هذا الإحساس العام بالضيق والتوكل، مع صعوبة في إيجاد معلومات تسمح له بفهم مرضه .

يمكن أن تحمل محاولات المريض لإيجاد سببية منطقية، إحساسا بالذنب وبالتالي يدرك المريض المرض كعقوبة لخطأ وغالبا ما تكون وجهة الإدراك هذه في السرطانات المرتبطة بالتدخين. يفسر هذا الإحساس بالقلق، خضوع وانقياد الكثير من المرضى المستعدين لقبول أي شيء في سبيل إيجاد منفذ أو مخرج للمأزق الذي يجذرون أنفسهم فيه وكذلك لتهديد الموت الذي يطاردهم. (بساسي نور الهدى ، 2013 ، ص 35)

- **يترافق مرض السرطان بتغير عميق في الحياة اليومية:** حيث يفقد المريض الاهتمام بما كان يجلب له المتعة قبل المرض، أو يمثل أعماله الاعتيادية، يظهر المريض لا مبالاة نحو الغير، والتي يفهمها المحيط الأكثر قرابة، فهو لا يهتم إلا بنفسه، مرضه، ألمه يصبح المريض عدوانيا بالنسبة للأقارب والمعالجين.

ومقابل ذلك تثير هذه العدوانية تناقضا وجدانيا في وسط العائلة التي تلعب دورين في آن واحد،

العائلة المستسلمة القادرة على تحمل كل شيء، والعائلة القوية التي تدافع وتقاوم من خلال إعطاء أحكام توعيفية، والتي لا تساعد المرضى بشيء خاصة أولئك الذين لديهم غالبا ضيق من قبل ومن هذه الأحكام "عليك أن تأكل عليك أن تكافح عليك أن تبذل جهدا من أجلنا"

(بساسي نور الهدى ، 2013 ، ص 35)

8. سيكولوجية المرأة المصابة بالسرطان :

يشكل السرطان تهديدًا أساسيًا وتغيرات مركبة تمس حياة المصابة اليومية ووضعتها الاجتماعية ومحيطها، فكل ما تعودت عليه المصابة يتغير، فتستجيب بالقلق أمام هذه الوضعية التي لا تستطيع تحملها، بحيث تتجاوز قدراتها، مما يؤثر على جودة حياة المصابة. ويتوقف هذا التأثير على الفرد ومحيطه.

إن الموقف الذي مر ويمر به الفرد له تأثيرات مختلفة، نتكلم هنا عن الضغط المدرك. ولمواجهة القلق يلجأ الفرد إلى توظيف قدرات معرفية وسلوكية فعالة، كما يلجأ إلى تبني ميكانيزمات دفاعية خاصة به للتكيف مع الوضعية. تعتبر التجربة الشخصية للفرد في معالجة مثل هذه الوضعيات، سواء كانت ناجحة أو فاشلة، فينتج عن ذلك أحاسيس إيجابية اتجاه الفريق الطبي إن كان هذا الأخير في المستوى أم لا، وذلك إذا تم اتباع واحترام عقد الشفاء والذي غالبًا ما يكون ضمنيًا، وذلك له تأثير هام على ثقة المصاب في فريقه الطبي، لذلك فإنه من الضروري التعرف على ردود الأفعال النفسية التي يمر بها المصاب خصوصًا في المراحل الحرجة من المرض. (شدي، 2015، ص 108)

أ. اضطراب التكيف:

يتسبب السرطان في مجموعة من الاستجابات المعرفية والانفعالية والسلوكية، ويحاول المصاب الحفاظ على أعلى مستوى وظيفي ممكن، يظهر ذلك من خلال استجابات المصابين. يهدف التكيف النفسي إلى الحفاظ على الوحدة النفسية والجسمية، وإلى تعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون.

إن ردود الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض، والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة وإدراك مختلف التهديدات المستقبلية التي قد تحصل، قد تتجح في الوصول إلى التكيف كما قد تفشل.

إن حالة الضيق الانفعالي الناتجة تظهر على شكل قلق واكتئاب تصاحب المصابة منذ المراحل الأولى من المرض: ظهور الأعراض الأولى، التشخيص، مرحلة العلاج، مرحلة الانتكاسة وما ينتج عنها من يأس، المرحلة ما قبل النهائية، والمرحلة النهائية التي تتسم بأضرار نفسية هامة. ويختلف التكيف مع السرطان من حالة إلى أخرى. (شدي، 2015، ص 108-109)

ب. الحصر:

الحصر هو استجابة تكيفية، وإحساس شاق وغير عادي، وحالة خوف لكن موضعه غير محدد، وإحساس لا يتناسب مع الموقف المنسوب إليه. وهو انفعال شائع عند المصابين بالسرطان ومحيطهم، لكن الحدود التي تفصل بين الاستجابة العادية والمرضية تبقى غير واضحة. ويتوقف ذلك على كل من شدة الأعراض والمدة، فيكون عبارة عن مرحلة عادية مؤقتة تكيفية واستجابة للخطر الذي يسببه السرطان، وتعتبر استجابة عادية تستمر من سبعة إلى عشرة أيام بعد التشخيص.

الحصر الناتج عن اضطراب التكيف، والذي يؤدي إلى الإصابة بالذعر النفسي وتغيرات الهلع، قد يحصل للفرد ويدوم لفترة مؤقتة، ويكون مرتبطاً بالمرض وتشخيصه وعلاجه. أما الحصر الناتج عن اضطراب القلق (قلق عام، رهاب...) والذي في الغالب يسبق ظهور السرطان، فإذا كان الحصر مفرطاً، يسبب معاناة دالة إكلينيكيًا، تؤثر على الوظيفة النفسية والاجتماعية والمهنية أو مجالات أخرى هامة، ويدوم ذلك لمدة زمنية معتبرة.

يعتبر الحصر أحد الأعراض المصاحبة للمصاب في مختلف المراحل التي يمر بها أثناء الفحص، وفي فترة التشخيص والعلاج. حسب Simont M. et al., 1998، قام بدراسة على عينة مكونة من 663 امرأة مصابة بالسرطان كانت ستخضع للجراحة، فوجد أن 44% من الحالات تظهر لديهن أعراض التوتر، و52% تعاني من قلق الموت، و71% من الخوف من العملية الجراحية. (شدي، 2015، ص 112-114)

ج. الاكتئاب:

من الضروري اعتبار السرطان على أنه أزمة تتسبب في اضطرابات تمس السلوك والمزاج، كالاكتئاب عند المصابين بالسرطان. هذا الأخير له تأثير مباشر على جودة الحياة، وعلى قدرة المريض في تحمل علته وخضوعه للعلاج. وللاكتئاب تأثير مباشر على تطور المرض، مما يشير إلى أهمية الوقاية.

إن تشخيص النوبات الكبرى للاكتئاب يحتاج إلى وجود عرضين أساسيين يكونان مصحوبين بأعراض ثانوية، مع استمرارية هذه الأعراض عبر الزمن. ومجموع الأعراض الضرورية هو خمسة

أعراض على الأقل. وتمثل الأعراض الأساسية للاكتئاب: مزاجًا مكتئبًا مستمرًا، وفقدان اللذة والاهتمام والرغبة في ممارسة النشاطات. وتستمر الأعراض طوال اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين.

أما فيما يخص نسبة انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، فإن النتائج التي توصلت إليها الدراسات كانت مختلفة بسبب عدم الاعتماد على أداة واحدة. ففي دراسة تحليلية لـ Mitchell, 2011 ، شملت 70 دراسة أجريت على عينة بلغ مجموعها 10071، كانت النتائج كالتالي:

نسبة الاكتئاب بمختلف أشكاله: 16.3%.

EDM: 6%.

اضطرابات التكيف: 32.1% (مجموعة من التجليات الاكتئابية أو الحصرية أو السلوكية الناتجة عن أسباب حالية، ولكن شدتها ومدتها ليست كافية حتى تعتبر بمثابة اضطرابات الحصر أو الاكتئاب). (شدمي، 2015، ص118-120)

د. الصدمة النفسية:

يرتبط السرطان مباشرة بالخوف من الموت ومن المعاناة، كما يرتبط بتدهور الجسم وبفقدان السلامة الجسدية والنفسية. أثناء الإعلان عن الإصابة بالسرطان يجب دائمًا أخذ بعين الاعتبار الوضع الاجتماعي والدور العائلي للمصابة، التي تظهر عدم الارتياح، بالإضافة إلى الخوف من التشوه أو من فقدان الأنوثة، مع صعوبة في تقبل التشخيص، ومع الخوف من العلاج خصوصًا إذا كان العلاج كيميائيًا لما له من آثار جانبية تمس صورة المرأة الجسدية.

إن الإعلان عن الإصابة بالسرطان يؤدي إلى الإصابة بصدمة نفسية، نتيجة التصادم بين الواقع والمستحيل حسب Broquen (1997) كيفما كانت الإصابة الجسدية، فإن التمثلات الذهنية الخاصة بهذه الإصابة هي السبب في توتر الحالة، وهذه التمثلات لا تتناسب مع تلك الموجودة لدى الفرد.

حسب البحث الذي قام به Lelorain (2009) ، فإن حالة القلق ما بعد الصدمة تعبر عنها المصابات بعد مدة طويلة من تشخيص إصابتهن، من الناحية الكيفية والكمية، وأثناء المقابلات. وفي كلتا

الحالتين يشمل التغيير في الغالب النقاط التالية: تقدير أكبر للحياة، مشاعر القوة الشخصية، ونظرة جديدة للآخرين.

إن المدة الزمنية التي تتبع العلاج هي المدة التي تظهر فيها أعراض القلق ما بعد الصدمة. أغلب المصابات يتفاوضن مع أنفسهن حول تاريخهن، صورتهم، علاقاتهن العائلية والحميمية، ورغباتهن ورغبات الآخرين. بعض الحالات تعيش ما أسماه T. Dhomont التفكك الصدمي، الذي قد يصل إلى درجة التفكك الشخصي، وهي حالة من الانفصال عن الذات.

تستمر المصابة بحالة القلق ما بعد الصدمة في تقديم الشكاوى وأخذ موضع الضحية أثناء مواجهتها للعلاج العنيف والألم الناتج، كحالة شخص عاش صدمة واستمرت لديه ذكريات متكررة تجتاحه على شكل كوابيس وأرق ليلي فجائي، مع شعور مستمر بأن هذا العنف يمكن أن يتجدد بعد أي مثير. يركز المصاب على جسده ويلاحظ أي عرض قد يظهر، ويعتبره بداية اعتداء محتمل.

إن إعادة معاودة مشكلة الصدمة النفسية الناتجة عن الإصابة بالسرطان تم الاهتمام بها ودراستها في مجال علم الأورام النفسي، بهدف الكشف عن الاضطرابات النفسية التي تنتج عن الإصابة بالسرطان. وهي حالة تزيد من حدة الألم والمعاناة، أما من الناحية النفسية فتعيش حالة الصدمة فعالية من الذهول والشك والخوف والقلق الكارثي، وهو حالة من القلق الشديد بسبب الوعي بالوضعية المصحوبة بحزن ويأس وغضب، مع الشعور بالذنب والعار. لذلك من المهم الاهتمام بعملية الوقاية منذ الإعلان عن الإصابة بالسرطان من أجل التخفيف من شدة الصدمة. (شدمي، 2015، ص 126-127)

خلاصة الفصل :

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل، يتضح أن السرطان يمثل مرضًا معقدًا تتداخل في نشأته وتطوره عوامل بيولوجية وبيئية وسلوكية متعددة، كما تختلف أنواعه ومراحله وطرق علاجه باختلاف خصائصه وانتشاره. ولا تقتصر آثار هذا المرض على الجانب الجسدي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض، لما يرافقه من مشاعر الخوف والقلق وفقدان الأمان وتغير صورة الذات. ومن ثم، فإن فهم طبيعة السرطان وانعكاساته المختلفة يعدّ أساسًا ضروريًا لفهم التجربة النفسية للمريض والتعامل معها في إطار التكفل النفسي العيادي.

الجانف المياني

الفصل الرابع :

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1. منهج الدراسة
 2. الدراسة الاستطلاعية
 3. أداة الدراسة
 4. الدراسة الأساسية
 5. عينة الدراسة الأساسية
 6. الأساليب الإحصائية
- خلاصة الفصل

تمهيد :

بعد استكمال الجانب النظري و الذي تم التطرق فيه إلى متغير الدراسة ، يليه هذا الفصل الخاص بالإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية و الذي نعرض فيه المنهج المتبع في الدراسة ، و كذا عينة الدراسة و الأدوات المستخدمة في البحث و خصائصها السيكمترية ، و كذا عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة و المعتمدة في تفريغ البيانات و معالجتها و ذلك تمهيدا لعرض النتائج و تحليلها و مناقشتها في الفصول اللاحقة .

1. منهج الدراسة:

يعتبر المنهج المسار الذي من خلاله يتم الوصول إلى حقائق و حل مشكلات بحثية بطريقة موضوعية و لكل دراسة منهج تعتمد عليه بحيث يكون مرتبط بطبيعة الموضوع الذي تتناوله الدراسة .

و يعرف المنهج بأنه : " مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة، اعتمادا على جمع الحقائق و البيانات و تصنيفها و معالجتها و تحليلها تحليلًا كافيًا و دقيقًا لاستخلاص دلالتها و الوصول إلى نتائج و تعميمات عن الظاهرة . (مهريّة ، 2017 ، ص 70)

و أنسب منهج لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي يعتبر " طريقة لوصف الظاهرة المدروسة و تصويرها كميًا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة و تصنيفها و تحليلها و إخضاعها للدراسة الدقيقة .(بوحوش و ذنبيات ، 2007 ، 139)

و لرصد سمة الكمالية لدى المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف -ورقلة - تم الاعتماد بالضبط على المنهج الوصفي الاستكشافي ، و تم اختيار هذا المنهج لملائمته لطبيعة الدراسة و أهدافها.

2. الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة من خطوات الإجراءات الميدانية للدراسة ، فهي تمكن الباحث من التعرف على الظاهرة التي يرغب في دراستها ، و التحقق من الخصائص السيكومترية إلى استطلاع الظروف التي يجري فيها البحث و العقبات التي يمكن أن تقف في طريقه و بالتالي محاولة ضبطها و التحكم فيها حتى تؤثر على نتائج البحث (صالحى مليكة ، 2023 ، ص 68)

الدراسة الاستطلاعية " تقرب الباحث من ميدان بحثه و تزوده بمعلومات أولية حول الظاهرة محل الدراسة ، و بهذا فهي تعتبر أساسا جوهريا لبناء البحث " . (محي الدين مختار ، 2000 ، ص 47)

2.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تتضح أهداف الدراسة الاستطلاعية للدراسة الحالية فيما يلي :

- التعرف على ميدان إجراء الدراسة الأساسية ، و الحصول على المعطيات الأولية .
- التمكن من التدريب الأولي على الدراسة الميدانية

- استطلاع الظروف التي تجرى فيها الدراسة الأساسية و التعرف على العقبات التي تقف في طريق إجرائها ، و بالتالي إيجاد الحلول اللازمة لها .
- معرفة ما إذا كان المقياس واضحاً و مفهوماً ، و كذا ملاءمته لمستوى أفراد العينة

2.2 عينة الدراسة الاستطلاعية :

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة تتكون من 24 امرأة مصابة بالسرطان و يخضعن للعلاج الكيميائي بمستشفى محمد بوضياف بورقلة ، و تم اختيار العينة بطريقة قصدية بحيث لديها نفس الخصائص عينة الدراسة الأساسية ، و ذلك لغرض التحقق من ملائمة استبيان الكمالية لأفراد العينة و مدى وضوحه .

3. أداة الدراسة :

بناءً على متغير الدراسة تم الاعتماد على المقياس الآتي :

مقياس الكمالية (2005) إعداد الباحث حسين فايد ، الطبعة الأولى ، مصر .

3.1 وصف مقياس الكمالية :

مقياس الكمالية الذي تم إعداده من طرف (حسين فايد ، 2005) مخصص لمقياس الكمالية لدى الأفراد ، إذ يحتوي على 03 أبعاد " الكمالية الموجهة نحو الذات و نحو الآخرين و المكتسبة اجتماعياً " ، و هذه الأبعاد موزعة على 28 بند تتم الإجابة على كل بند منها وفق خمسة بدائل و هي كالآتي :

(لا تنطبق مطلقاً ، تنطبق بدرجة بسيطة ، تنطبق بدرجة متوسطة ، تنطبق بدرجة كبيرة ، تنطبق بدرجة كبيرة جداً)

و تتراوح تقديراتها الكمية بين (1-2 - 3 - 4 - 5) على الترتيب .

وقد أعدت جميع عبارات المقياس في الاتجاه نحو الكمالية غير السوية، وبالتالي فكلما حصل المبحوث على درجة مرتفعة على عبارات المقياس كلما كان ذلك في اتجاه المزيد من الكمالية غير السوية لديه. تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 28 إلى 140، وتشير الدرجة 28 إلى عدم وجود الكمالية، أما الدرجة 70 فتمثل مستوى معتدلاً من الكمالية، بينما تشير الدرجة 140 إلى مستوى مرتفع من الكمالية غير السوية. وعليه تتحدد الكمالية من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس الكمالية (فايد ، 2005 ، ص 4)

أ. الخصائص السيكمترية لمقياس الكمالية النسخة الأصلية :

من أجل إعداد هذا المقياس قام حسين علي فايد بالخطوات التالية:

تم الرجوع إلى بعض المصادر المتخصصة في علم النفس الكلينيكي والاجتماعي والاطلاع على بعض المقاييس الأجنبية (Forst et all, 1993) ، (Hewitt and Flett, 1991)

واستنادًا إلى هذه المصادر تم وضع 42 بندًا، وقد عرضت على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس وذلك لتحديد أمرين:

- حذف العبارات التي لا تعد مقياسًا جيدًا للكمالية في البيئة المحلية.
- اقتراح أي تعديل في صياغة أي عبارة.
- تم حذف خمس عبارات وتعديل الصورة الأولى في ضوء آراء المحكمين وتوجيهاتهم.
- تطبيق المقياس على عينة من طالبات الفرقين الأولى والثانية بلغ عددهن 162 طالبة كدراسة استطلاعية، وذلك لدراسة ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس، واعتمادًا على هذه الخطوة تم حذف 8 بنود لم تصل ارتباطاتها إلى حد الدلالة الإحصائية، وأصبح طول المقياس في صورته قبل النهائية 29 عبارة و بعد التعديل أصبح 28 بند . (فايد ، 2005 ، ص5)

ب. الخصائص السيكمترية لمقياس الكمالية للدراسة الحالية :

1. حساب صدق مقياس الكمالية بطريقة المقارنة الطرفية:

بعد تطبيق المقياس على عينة قوامها (24) فردا ومن ثم تفرغ النتائج وترتيبها تنازليا وأخذ نسبة 33.33 % فئة عليا و 33.33 % فئة دنيا، تم حساب صدق مقياس الكمالية بطريقة المقارنة الطرفية، وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول رقم (02) يوضح نتائج صدق مقياس الكمالية بطريقة المقارنة الطرفية

المؤشرات الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
الفئة العليا / ن = 8	107.62	8.19	15.82	14	0.01
الفئة الدنيا / ن = 8	54.37	4.83			

من خلال الجدول رقم (01) نلاحظ المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (107.62) بانحراف معياري قدره (8.19)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (54.37) بانحراف معياري قدره (4.83)، وبحساب قيمة "ت" المحسوبة التي بلغت (15.82) عند مستوى دلالة (0.01) فإن الفروق ذات دلالة جوهرية، ومنه فبنود مقياس الكمالية تميز تمييزاً واضحاً بين الفئة العليا والفئة الدنيا وهذا ما يؤكد صدق المقياس.

2. حساب ثبات مقياس الكمالية بطريقة التجزئة النصفية:

يقصد بثبات الاختبار أن يكون على درجة عالية من الدقة والاتقان والاتساق والاطراد فيما يزودنا به من بيانات عن السلوك المفحوص، وقياسه قياساً متسقاً في ظروف مختلفة ومتباينة (سوسن مجيد، 2010، 66). وتم التحقق من ثبات مقياس الكمالية كالتالي:

وتعني هذه الطريقة تجزئة الاختبار الواحد إلى نصفين متساويين، يشمل النصف الأول غالباً البنود الفردية والثاني البنود الزوجية، ثم يحسب معامل الارتباط (بيرسون) بين الجزأين، والذي يشير إلى الدرجة التي تتطابق فيها درجات نصفي الاختبار، ومن ثم يعدل الخطأ الناتج بقانون آخر (صلاح مراد، فوزية هادي، 2002، 194).

وبما أن حساب الثبات بالتجزئة النصفية هو عبارة عن ثبات نصف الاختبار وليس كله، لذلك ينبغي تصحيح معامل الارتباط الذي يمثل معامل الثبات في التجزئة النصفية بمعادلة (سبيرمان براون). وبعد معالجة البيانات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (03) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس الكمالية بطريقة التجزئة النصفية.

معامل الارتباط المحسوب " ر "		مؤشرات إحصائية
بعد التعديل	قبل التعديل	المتغيرات
0.95	0.92	البنود الفردية لمقياس الكمالية
		البنود الزوجية لمقياس الكمالية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن " ر " المحسوبة قبل التعديل (0.92)، و " ر " بعد التعديل بلغت (0.95)، وعليه فمقياس الكمالية على مستوى ممتاز من الثبات.

3. حساب ثبات مقياس الكمالية بطريقة ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (04) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس الكمالية بطريقة ألفا كرونباخ

مستوى الدلالة	معامل ألفا (α)	ن	مؤشرات إحصائية المتغيرات
0.01	0.90	28	مقياس الكمالية

نلاحظ من خلال الجدول السابق (03) أن معامل ثبات مقياس الكمالية الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا لـ ($\alpha = 0.90$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، مما يؤكد تمتع مقياس الكمالية بمستوى ممتاز من الثبات.

وبناء على النتائج السابقة نجد أن قيم الصدق والثبات جيدة، وبالتالي يمكننا الاعتماد على مقياس الكمالية في هذه الدراسة.

4. الدراسة الأساسية :

تمت الدراسة بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة - بمصلحة الاورام السرطانية خلال الفترة المدة بين 2026/04/05 إلى غاية 2026/05/07 ، و التي تم فيه إختيار عينة الدراسة الأساسية .

5. عينة الدراسة الأساسية :

تكونت عينة الدراسة من 50 امرأة مصابة بالسرطان بحيث يتلقين العلاج الكيميائي بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة - و قد روعي في اختيار العينة شمولها لجميع أنواع السرطانات دون استثناء و قد تم اختيار العينة (المعاينة) بطريقة قصدية تماشيا مع هدف الدراسة و المتمثل في الكشف عن سمة الكمالية لدى هذه الفئة ، كما حددت الخصائص الديموغرافية في الحالة الاجتماعية (عازبات / متزوجات) و السن و قد قسمت العينة إلى فئتين حسب السن .

- الفئة الأولى (من 20 إلى 39 سنة)

- الفئة الثانية (أكثر من 39 سنة)

أ- مبررات تقسيم العينة إلى فئتين:

تقسيم المريضات إلى فئتين (20-39 سنة، وأكثر من 39 سنة) له مبررات علمية دقيقة، منها:

المرحلة الإنجابية: الفئة الأولى (20-39) غالبا ما تكون في سن الإنجاب، حيث تلعب الهرمونات دورا مهما في نشوء بعض السرطانات مثل سرطان الثدي والمبيض.

التغيرات الهرمونية: بعد سن الأربعين تبدأ التغيرات المرتبطة بمرحلة ما قبل انقطاع الطمث، مما يؤثر على طبيعة الأورام واستجابتها للعلاج.

الاختلاف في نمط الإصابة: بعض السرطانات أكثر شيوعا أو أكثر عدوانية في الفئة الأصغر سنا، بينما في الفئة الأكبر قد ترتبط الإصابة بعوامل تراكمية مثل التعرض المزمن أو الأمراض المصاحبة.

الاستجابة للعلاج: النساء الأصغر سنا عادة أكثر قدرة على تحمل العلاجات المكثفة، بينما الأكبر سنا قد يتأثرن بالأمراض المزمنة أو ضعف المناعة.

جدول (05) يوضح عينة الدراسة و توزيعها حسب السن و الحالة الاجتماعية

المتغيرات الديموغرافية		العدد	النسبة المئوية	المجموع
الفئة الأولى (أقل من 39 سنة)		28	56%	50 ن 100 %
	الفئة الثانية (أكثر من 39 سنة)	22	44 %	
عازبات		24	48 %	50 ن 100 %
	متزوجات	26	52 %	

4.2 إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية :

أجريت الدراسة الأساسية بدءا من 2026/04/05 إلى غاية 2026/05/07 حيث تم فيها تطبيق استبيان الكمالية على عينة من النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة - و هذا بعد أخذ و الحصول على الموافقة الشفهية منهن ، بعد توضيح الغرض الرئيسي و الهدف من الدراسة و أهمية رأيهن و تقديم الشكر مقدما و التأكيد على السرية التامة للمعلومات ، و الحرص على أن يكون التطبيق أكثر دقة و ضبطا ، تم شرح كيفية الإجابة على استبيان الكمالية ، و التأكيد على ضرورة تحري الصدق في الإجابة ، كما ليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة .

6. الأساليب الإحصائية :

تعرف الأساليب الإحصائية على إنها " طرق فنية تستعمل لمعالجة بيانات البحوث بصورة رقمية وفق معايير محددة " . (بشير معمرية ، 2022 ، ص 476)
و لتحليل و استخراج النتائج تمت الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (ssps.v21 المناسبة لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق الدراسة الأساسية .
و قد اعتمدنا في هذه الدراسة على الأساليب الإحصائية التالية :

- تم استخدام المتوسط الحسابي و المعياري .
- تم استخدام الاختبار " T " للعينة الواحدة ذلك لمعرفة مستوى الكمالية.

- تم استخدام الاختبار " T " لعينتين مستقلتين لقياس الفروق حسب السن و الحالة الاجتماعية

خلاصة الفصل :

تم في هذا الفصل عرض الإجراءات المنهجية حيث قمنا باستخدام المنهج الوصفي الاستكشافي لملائمته لطبيعة الموضوع و أهدافه و الذي من خلاله يتم وصف الظاهرة و تحليلها و تفسيرها ، استهلت بإجراء دراسة استطلاعية للتأكد من البيئة الميدانية و صلاحية الأدوات و كيفية اختيار العينة و وضوحها و من ثم التطرق إلى أدوات الدراسة و خصائصها السيكمترية و قد أستخدم مقياس الكمالية علي حسي لغايد ، 2005 و من ثم الانتقال إلى الدراسة الأساسية و إجراءاتها و تم تطبيقها على 50 امرأة مصابة بالسرطان بمستشفى - محمد بوضياف - ورقلة - مع تحديد مواصفتهن الديموغرافية بدقة و ختاماً بالأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات و الإجابة عن فرضيات الدراسة .

الفصل الخامس :

عرض و تحليل نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الأولى

2. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الثانية

3. عرض و تحليل نتيجة الفرضة الثالثة

خلاصة الفصل

تمهيد :

يُخصّص هذا الفصل لعرض النتائج المتحصل عليها من الدراسة الميدانية وتحليلها في ضوء فرضيات البحث، وذلك بالاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة. وقد تم تنظيم النتائج وفق تسلسل فرضيات الدراسة، بهدف إبراز المؤشرات الإحصائية المتعلقة بمستوى الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان والكشف عن الفروق المرتبطة ببعض المتغيرات الديموغرافية.

1. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى:

والتي نصها: نتوقع مستوى مرتفع للكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار "ت" للعينة الواحدة لمعرفة الفروق بين المتوسطات، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

أولاً: تم حساب المتوسط الفرضي: عدد الفقرات $\times$ (الدرجة القصوى + الدرجة الدنيا) / 2

$$84 = 28 \times (1+5) / 2 =$$

الجدول رقم (06) يوضح نتائج المتوسط الحسابي واختبار "ت" للعينة الواحدة لمقياس الكمالية لدى

عينة النساء المريضات بالسرطان

مؤشرات إحصائية المتغيرات	العينة ن	درجة الحرية	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	مستوى الدلالة
الكمالية	50	49	84	78.24	20.17	-2.019	دال عند 0.05

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة البالغ عددها (50) قد بلغ (78.24) وبانحراف معياري يقدر بـ (20.17)، كما أن المتوسط النظري بلغ (84)، وتم حساب اختبار الفرق بين المتوسطين وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين الحسابي والفرضي حين بلغت قيمة الاختبار التائي "ت" لعينة واحدة (-2.019) عند درجة حرية (49)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، و لصالح المتوسط الفرضي وعليه فإن مستوى الكمالية منخفض لدى النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة-.

2. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

والتي نصها: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى عينة من النساء المريضات بالسرطان باختلاف السن ($39 \leq$ سنة / $39 <$ سنة).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات في الكمالية لدى عينة من النساء المريضات بالسرطان حسب متغير السن ($39 \leq$ سنة / $39 <$ سنة)

الجدول رقم (07) يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة الكلية في الكمالية حسب متغير السن ($39 \leq$ سنة / $39 <$ سنة)

الدالة الإحصائية	" ت " المحسوبة	درجة الحرية	$39 <$ سنة ن=22		$39 \leq$ سنة ن=28		مؤشرات إحصائية المتغيرات
			ع	م	ع	م	
غير دال	0.29	48	21.38	77.27	19.53	79.00	الكمالية

يتضح من الجدول السابق أن:

- متوسط درجات النساء اللواتي سنهن ($39 \leq$ سنة) المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف -بورقلة -على مقياس الكمالية قدر بـ: (79.00) بانحراف معياري قدره (19.53).
- بينما كان متوسط درجات النساء اللواتي سنهن ($39 <$ سنة) المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة -على مقياس الكمالية يساوي (77.27) بانحراف معياري قدره (21.38).
- وكانت نتيجة قيمة "ت" المحسوبة تساوي (0.29) بدرجة حرية (48) وهي قيمة غير دالة إحصائية وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى النساء المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة - حسب متغير السن.

3. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة:

والتي نصها: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى عينة من النساء المريضات بالسرطان باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوجات- عازبات).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات في الكمالية لدى عينة من النساء المريضات بالسرطان حسب متغير الحالة الاجتماعية (متزوجات- عازبات).

الجدول رقم (08) يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة الكلية في الكمالية حسب متغير الحالة الاجتماعية (متزوجات- عازبات).

الدلالة الإحصائية	" ت " المحسوبة	درجة الحرية	عازبات ن=24		متزوجات ن=26		مؤشرات إحصائية
			ع	م	ع	م	المتغيرات
غير دال	0.26	48	20.39	77.45	20.34	78.96	الكمالية

يتضح من الجدول السابق أن:

- متوسط درجات النساء المتزوجات المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف- بورقلة -على مقياس الكمالية قدر بـ: (78.96) بانحراف معياري قدره (20.34).
- بينما كان متوسط درجات النساء العازبات المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة - على مقياس الكمالية يساوي (77.45) بانحراف معياري قدره (20.39).
- وكانت نتيجة قيمة "ت" المحسوبة تساوي (0.26) بدرجة حرية (48) وهي قيمة غير دالة إحصائية، وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى النساء المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف -بورقلة- حسب متغير الحالة الاجتماعية متزوجات- عازبات.

خلاصة الفصل :

من خلال عرض النتائج وتحليلها، تبين أن مستوى الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة - لم يكن مرتفعاً، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية تعزى إلى متغيري السن والحالة الاجتماعية.

الفصل السادس :

تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. تفسير و مناقشة الفرضية الأولى

2. تفسير و مناقشة الفرضية الثانية

3. تفسير و مناقشة الفرضية الثالثة

4. الإستنتاج العام

تمهيد :

يُخصَّص هذا الفصل لتفسير ومناقشة النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، من خلال ربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة، قصد الوقوف على دلالاتها الإكلينيكية والتحقق من مدى انسجامها مع فرضيات الدراسة.

1. تفسير و مناقشة الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى على ما يلي :

- توقع مستوى مرتفع للكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة -

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة البالغ عددها (50) قد بلغ (78.24) وبانحراف معياري يقدر بـ (20.17)، كما أن المتوسط النظري بلغ (84)، وتم حساب اختبار الفرق بين المتوسطين وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين الحسابي والفرضي حين بلغت قيمة الاختبار التائي "ت" لعينة واحدة (-2.019) عند درجة حرية (49)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، و لصالح المتوسط الفرضي وعليه فإن مستوى الكمالية منخفض لدى النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة-.

و يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الإصابة بمرض السرطان يعتبر حدث صادما مما يجعل المصابة به تعيد ترتيب أولويات الحياة و تكون أكثر انشغالا بالصحة و البقاء و التكيف مع المرض بدل الانشغال بتحقيق المعايير المثالية التي تميز الشخصية الكمالية و التي تقوم على وضع معايير مرتفعة و غير واقعية للأداء مع النقد الذاتي المفرط و الخوف من الخطأ.

وعليه، تشكل الإصابة بالسرطان نقطة تحول في حياة المريضة، إذ تفرض عليها إعادة النظر في أدوارها اليومية وتوقعاتها الذاتية، والتخلي عن بعض المعايير التي كانت تحكم نمط حياتها، في ظل واقع جديد يتسم بفقدان الإحساس بالتحكم في الجسد والتكيف مع التغيرات التي يفرضها المرض.

كما تشير بعض الدراسات السابقة إلى نتائج تتقاطع جزئياً مع نتائج الدراسة الحالية، ومن بينها دراسة (MASSICOTTE 2023) التي درست العلاقة بين الكمالية و التكيف النفسي لدى مريضات السرطان ، إذ توصلت إلى أن الكمالية ليست صفة ثابتة بالشدة نفسها عند كل المريضات ، بل هناك مريضات يطورن بمرور الوقت أساليب التكيف مع المرونة و تقليل نزاعات الكمالية خلال مرحلة العلاج.

و دراستنا لا تتفق جزئياً مع دراسة (2024 و آخريـن BANVILLE) و التي درست الكمالية لدى المصابات بسرطان الثدي و فهم كيفية ظهورها أثناء فترة المرض وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن الكمالية لدى المصابات بسرطان الثدي تعتبر عاملاً نفسياً مهماً . إذ ترتبط بالنقد الذاتي المرتفع و

صعوبة التكيف مع المرض و تختلف مع نتائج الدراسة الحالية فيمكن تفسير هذا الاختلاف انطلاقا من تركيز دراسة **BANVILLE** على عينة من المصابات بسرطان الثدي فقط ، إذ يرتبط بصورة الجسد و الهوية الأنثوية بدرجة كبيرة ، بينما الدراسة الحالية ركزت على كل أنواع الإصابات .

و من الدراسات السابقة التي لا تتفق جزئيا مع نتائج الدراسة الحالية نجد دراسة :

(**EGAN . WADE & SHAFRAN 2011**) و التي درست الكمالية كعملية عابرة للاضطرابات: مراجعة إكلينيكية و كانت تهدف إلى دراسة العلاقة بين الكمالية و الإضطرابات النفسية و دور الكمالية في إستمرار الأعراض النفسية و صعوبة العلاج .

و أسفرت نتائج هذه الدراسة على ان الكمالية عامل نفسي يرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية كالقلق و الإكتئاب و صعوبات التكيف ، و الأشخاص الكماليون هم الأكثر عرضة لضغوط النفسية .

من خلال ما سبق يمكن تفسير الاختلاف في النتائج بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة في كون أن هذه الدراسة تهدف إلى استكشاف مستوى الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان بـ مستشفى محمد بوضياف - ورقلة - و المستوى المنخفض الذي أظهرته النتائج ، قد يعكس تجربة المرض و ما تفرضه من تحديات على الصعيد الصحي و النفسي قد تسهم في إعادة ترتيب أولويات المريضة و نظرتها لذاتها و تبني مواقف أكثر واقعية اتجاه قدراتهن .

كما أن السياق الاجتماعي و الثقافي للبيئة الجزائرية قد يساهم في تخفيف مستوى الكمالية من خلال تقديم الدعم و المساندة أثناء مواجهة المرض و خلال مسار العلاج ، و هذا ما قد يفسر المستوى المنخفض للكمالية الذي أظهرته النتائج .

2. تفسير و مناقشة الفرضية الثانية :

تتص الفرضية الثانية على ما يلي :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان باختلاف السن ($39 \geq$ سنة / $39 <$ سنة)

يتضح من الجدول رقم 06 أن :

- متوسط درجات النساء اللواتي سنهن ($39 \geq$ سنة) المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف -بورقلة -على مقياس الكمالية قدر ب: (79.00) بانحراف معياري قدره (19.53).
- بينما كان متوسط درجات النساء اللواتي سنهن ($39 <$ سنة) المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة -على مقياس الكمالية يساوي (77.27) بانحراف معياري قدره (21.38).
- وكانت نتيجة قيمة "ت" المحسوبة تساوي (0.29) بدرجة حرية (48) وهي قيمة غير دالة إحصائيا وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى النساء المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة - حسب متغير السن.

غياب الفروق العمرية في الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان ، يمكن تفسيره بطبيعة التجربة المرضية ذاتها أي الإصابة بالسرطان تعتبر حدث ضاغط في أي مرحلة عمرية كانت و بالتالي المريضة بالسرطان تواجه قلق و مخاوف تتعلق بجوانب عديدة " العلاج ، التغيرات الجسدية ، تطور المرض ، الخوف من الموت و التغيرات الحياتية التي يفرضها المرض ."

كما تعيش المرأة المصابة بالسرطان حالة من الصدمة و الشك و القلق الكارثي و هو حالة من القلق الشديد بسبب الوعي بالوضعية المصحوبة بحزن و يأس و غضب ، مع الشعور بالذنب و العار (شامي ، 2015 ، ص 127)

كما يمكن تفسير غياب الفروق العمرية في الكمالية باعتبارها سمة شخصية تكونت عبر سنوات من التنشئة و لا يمكن أن تتغير بمجرد التقدم في العمر إذ عرفت الكمالية بأنها نمط من التفكير يتميز بوضع معايير مرتفعة للذات و السعي المستمر نحو الأداء المثالي مع النقد الذاتي المفرط و الخوف من الخطأ .

و من الدراسات التي تتفق جزئيا مع الدراسة الحالية نجد دراسة (1997. و آخرون ، GREIMEL) ، و التي تناولت موضوع (دراسة الفروق النفسية وجودة الحياة بين فئات عمرية مختلفة من مرض السرطان) و أسفرت نتائجها على ما يلي : عدم وجود فروق جوهرية بين الفئات العمرية في كثير من المؤثرات النفسية و أن طبيعة المرض قد تكون أكثر تأثيرا من العمر نفسه في تشكيل الاستجابة النفسية .

و من الدراسات التي تتفق جزئيا مع الدراسة الحالية نجد (2018 و آخرون GABRIELLE COTE) و التي تناولت موضوع الكمالية و التكيف النفسي لدى الأشخاص المصابين بالسرطان ، بهدف معرفة ما إذا كان هناك تأثير بالعمر و الجنس و بعض الخصائص الديموغرافية على الكمالية و أساليب التكيف و قد أسفرت نتائج الدراسة على أن الكمالية ترتبط بطريقة مواجهة المرض أكثر من ارتباطها بالعمر ، و أن إستراتيجيات التكيف و الخصائص النفسية أكثر تأثيرا من المتغيرات الديموغرافية .

تتوافق الدراسة الحالية جزئيا أيضا مع دراسة : (2023 ATHENA DANILLIDOU) التي درست موضوع الفروق العمرية و الشفقة الذاتية عبر مراحل الرشد بهدف معرفة ما إذا كانت الكمالية تختلف باختلاف السن ، فلم تظهر فروق كبيرة في أبعاد الكمالية بين المراحل العمرية المختلفة و أن الكمالية تبقى مستمرة نسبيا عبر المراحل العمرية .

و بالتالي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية حسب السن ، يمكننا القول أن الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان لا ترتبط بشكل مباشر بالسن بقدر ما ترتبط بطريقة إدراك المرض و القدرة على التكيف مع الضغوط الجسمية و النفسية التي يفرضها المرض .

3. تفسير و مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على ما يلي :

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوجات - عازبات) "

يتضح من الجدول رقم 07 أن :

- متوسط درجات النساء المتزوجات المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف- بورقلة -على مقياس الكمالية قدر ب: (78.96) بانحراف معياري قدره (20.34).
- بينما كان متوسط درجات النساء العازبات المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف - بورقلة - على مقياس الكمالية يساوي (77.45) بانحراف معياري قدره (20.39).
- وكانت نتيجة قيمة "ت" المحسوبة تساوي (0.26) بدرجة حرية (48) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية لدى النساء المريضات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف -بورقلة- حسب متغير الحالة الاجتماعية متزوجات-عازبات.

و بالتالي يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الإصابة بالسرطان ، سواء كانت المرأة متزوجة أو عازبة يفرض عليها مواجهة تحديات متشابهة كالخوف من المرض و العلاج و الخوف المستقبل ... و اضطراب صورة الجسد و هي ضغوط يمكن أن تمس جميع المصابات بغض النظر عن وضعهن الاجتماعي (متزوجات ، عازبات) .

ومن جهة أخرى الكمالية باعتبارها سمة شخصية تتكون عبر مسار طويل من التنشئة و الخبرات و التوقعات الذاتية و الاجتماعية ، فهي لا ترتبط بكون المرأة متزوجة أم عازبة و إنما ترتبط بطريقة إدراكها لذاتها و معايير النجاح و الأداء التي تتبناها ، فهذه الخصائص يمكن أن تكون لدى العازبات و المتزوجات على حد سواء .

و تتفق دراستنا جزئياً مع دراسة (HEWITT & FITT 2002) إذ تناولت هذه الدراسة مفهوم الكمالية من حيث التعريفات النظرية و الأبعاد النفسية و العوامل المرتبطة بها ، و علاقتها بسوء التوافق و الاضطرابات النفسية المختلفة .

و كانت النتائج المتوصل إليها تشير إلى العوامل الشخصية و المعرفية و الانفعالية أكثر تأثير من الخصائص الاجتماعية العامة كما أشارت إلى ارتباط الكمالية بالبناء المعرفي للشخصية كما ترتبط أيضا بالنقد الذاتي المفرط و الخوف من تقييم الآخرين .

و من الدراسات التي تتفق جزئيا مع دراستنا الحالية نجد دراسة (OTTO و STOENER 2006) بحيث تناولت موضوع الكمالية المرضية و فحص العوامل المرتبطة بهما و توصلت إلى عدة نتائج إذ أشارت إلى أن العوامل المعرفية و الشخصية أكثر قدرة على تفسير الكمالية من المتغيرات الديموغرافية ، كما توصلت إلى أن للكمالية أبعاد مختلفة و لا تقتصر على نمط واحد .

و عليه يمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائية في الكمالية حسب الحالة الاجتماعية (عازبات ، متزوجات) لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان في مستشفى محمد بوضياف - ورقلة - ، أن الكمالية لدى النساء المصابات بالسرطان لا تتحدد بكون المرأة متزوجة أو عازبة ، و إنما تتأثر بدرجة أكبر بالعوامل النفسية المرتبطة بشخصية المريضة و كيفية إدراكها لمرضها و الإستراتيجيات التي تعتمد عليها في التكيف مع التحديات الجسدية و الانفعالية التي يفرضها السرطان .

4. الاستنتاج العام :

من خلال النتائج المتحصل عليها تبين أن مستوى الكمالية كان منخفضا لدى عينة من النساء المصابات السرطان في مستشفى محمد بوضياف - ورقلة - .

مما يدفعنا للقول أن ظروف المرض و ما يتبعه من تحديات نفسية و صحية قد يجعل المريضة تعيد ترتيب أولويتها و التخفيف من المعايير الصارمة التي كانت تتبناها قبل الإصابة بالمرض بحيث تصبح مهتمة بالصحة و التكيف مع مراحل العلاج أكثر من سعيها إلى تحقيق المثالية في الأداء .

كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الكمالية تعزى لتغير السن و هذا يدل على أن الإصابة بهذا المرض لدى النساء بغض النظر عن المرحلة العمرية له تأثير و يفرض ضغوط و تحديات نفسية قد تكون متشابهة لدى مختلف الفئات العمرية.

كما أظهرت النتائج أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ، و يمكن تفسير ذلك بأن تجربة المرض بالسرطان ما يرتبط به من مخاوف و آلام و تغيرات حياتية تشكل خبرة ضاغطة مشتركة تؤثر في جميع المريضات بدرجات متقاربة .

و بما أن الإصابة بالسرطان له انعكاسات جسيمة و نفسية فلا بد من دراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالسرطان من منظور عيادي متكامل ، كما يمكن تقديم مجموعة من الاقتراحات :

1. إثراء المكتبة العربية و الجزائرية بمزيد من البحوث المتعلقة بالكمالية في المجال الصحي خاصة لدى مرضى الأمراض المزمنة .
2. توسيع حجم العينات و إشراك مؤسسات إستشفائية متعددة ، في مختلف الولايات بهدف تعميم النتائج بصورة أدق .
3. تعزيز خدمات الدعم النفسي الموجهة للنساء المصابات بالسرطان داخل المستشفيات .
4. تنظيم برامج إرشادية توعوية تساعد المريضات على التكيف النفسي مع المرض و مراحل العلاج المختلفة .
5. إجراء دراسات مستقبلية حول علاقة الكمالية بمتغيرات نفسية أخرى لدى مريضات السرطان مثل الاكتئاب، القلق، جودة الحياة، الصلابة النفسية، الشفقة بالذات، والأمل.

6. إجراء دراسات مقارنة بين النساء المصابات بالسرطان ونساء غير مصابات للكشف عن طبيعة الفروق في مستوى الكمالية.
7. إجراء دراسات طويلة تتابع تطور الكمالية لدى المريضات عبر مراحل التشخيص والعلاج والتعافي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

أولا : مراجع باللغة العربية :

- إبراهيم، جيهان أحمد حلمي (2019). المرونة النفسية وعلاقتها بالسعي نحو الكمالية لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف، عدد أكتوبر، الجزء الأول.
- الأبرش، رغد عادل (2023). الكمالية العصبية وعلاقتها بالأحادية والتعددية في التفكير لدى طلبة جامعة البعث. مجلة جامعة البعث، المجلد 45، العدد 17.
- أبو سليم، نجلاء فتحي (2015). الكمالية العصبية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية - جامعة بورسعيد، المجلد 18، العدد 18.
- بساسي، نور الهدى. (2012-2013). التوافق النفسي والاجتماعي لمرضى السرطان: دراسة ميدانية بالمركز الجهوي لمكافحة السرطان بمدينة ورقلة. مذكرة ليسانس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر .
- ببيي، مرزاق، محمد لهزيل (2022). الخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لمقياس الكمالية لدى عينة من طلبة الجامعة. دراسات نفسية وتربوية، المجلد 15، العدد 1.
- تومي، سامية. (2017). جودة الحياة الأسرية والدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان من منظور علم النفس الإيجابي: دراسة حالة بمركز مكافحة السرطان بباتنة. مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، المجلد 2، العدد 1.
- جابر، عبد الحميد، كفاي علاء الدين (1993). معجم علم النفس والطب النفسي (الطبعة السادسة)، القاهرة: دار النهضة العربية.
- جابور ماتي، (2023). عندما يقول الجسد لا ، ترجمة إيمان سعودي ، الطبعة الأولى. القاهرة: عصير الكتب للترجمة والنشر والتوزيع.
- الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2014). السرطان ومرحلة الطفولة. الطبعة الأولى، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان.
- حنصالي، مريامة، وسلاطنية، نسرين. (2024). الوراثة اللاجينية: دور العوامل النفسية والبيئية في الوقاية من السرطان. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، المجلد 13، العدد 2.

- خليفة، مباركة، آيت قني سعيد نعيمة (2023). الكمالية بين عقاب النفس (العصابية) والشعور بالرضا (السوية) لدى المراهق المتمدرس. مجلة الروائز، المجلد 7 العدد 1.
- د.ببرني سيغل . (2003) . السلام و الحب و الشفاء الطريق إلى العلاج الذاتي ، ترجمة عزت شعلان ، الطبعة 01 ، القاهرة : دار الشروق .
- رزاق، مصطفى، عامر جبار . (2020). الكمالية (السوية/العصابية) وعلاقتها بالإبداع الانفعالي لدى طلبة كلية التربية للعلوم الإنسانية. مجلة العلوم الإنسانية، كلية التربية للعلوم الإنسانية، المجلد 27 ، العدد 3.
- الزبيدي، عبد السلام جودت، عقيل خليل ناصر، شاكرا لىث حسن(2021). الكمالية العصبية لدى الطلبة المتميزين وأقرانهم العاديين. مجلة مركز بابل للدراسات الإنسانية، المجلد 11، العدد 3.
- السكري، عماد الدين محمد (2021). النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الكمالية التكيفية واللا تكيفية والقلق الأكاديمي والاندماج الأكاديمي لدى طلبة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 32 ، العدد 114.
- شدمي، رشيدة. (2015) . واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي .أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- العبيدي، حسن حميد عبد. (2020) . النزعة الكمالية وعلاقتها ببعض السمات الشخصية لدى أعضاء الهيئة التدريسية .رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القادسية، العراق.
- العبيدي، عفراء إبراهيم خليل (2015). الكمالية العصبية وعلاقتها بالاستقرار النفسي لدى طلبة الجامعة. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، المجلد 04 ، العدد 14 .
- مالكوم شوارتز ، (1992) . السرطان ، ماهو؟ أنواعه ، محاربته ، ترجمة عماد أبو السعد ، الطبعة 01 ، ميلة الجزائر : دار الهدى .
- مجمع اللغة العربية بالقاهرة (2004). المعجم الوسيط (الطبعة الرابعة). القاهرة: مكتبة الشروق الدولية.
- المدني، خالد علي. (2020) . السرطان ، (ط1). المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت.

- ميخائيل، روزانا نجيب لبيب، شويخ، هناء أحمد محمد، ومحمد، إبراهيم حسن (2025) .
الكمالية العصابية كمتغير وسيط بين الألكسيثيميا واضطراب فقدان الشهية العصبي لدى
المراهقات .مجلة الصحة العقلية والعلوم العصبية، المجلد 7، العدد 2.
- نبيه، حنان. (2013-2014). الحاجات النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان: دراسة
استكشافية بالمركز الجهوي لمكافحة السرطان بولاية ورقلة. مذكرة ليسانس في علم النفس
العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- نيار عبد الكريم ، (2024) . الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي و علاقته بالإغتراب
النفسي لدى الطلبة الجامعيين ، مذكرة ماستر علم النفس العيادي ، كلية الآداب و اللغات و
العلوم الاجتماعية ،جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت - الجزائر

ثانيا : مراجع أجنبية :

1. مراجع إنجليزية :

- Banville, C., et al. (2024). A qualitative study of perfectionism among self-identified perfectionist women with nonmetastatic breast cancer. Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice.
- Côté, G., Lacombe, L., O'Neill-Readman, L., Massicotte, V., Ivers, H., & Savard, J. (2021). Perfectionnisme et stratégies d'adaptation : Contribution du sexe, de l'âge et du type de *cancer*. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(2)
- Daniilidou, A. (2023). Understanding the Relationship Between the Multidimensional Perfectionism and Self-Compassion in Adults: The Effect of Age. *Europe's Journal of Psychology*, 19(4).
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a Transdiagnostic Process: A Clinical Review. *Clinical Psychology Review*, 31(2)

- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2014). Cognitive–Behavioral Treatment of Perfectionism. New York, NY: The Guilford Press.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (Eds.). (2002). Perfectionism: Theory, Research, and Treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
 - Gould, J. (2012). Overcoming Perfectionism. Denmark: Ventus Publishing ApS.
- Greimel, E. R., Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1997). Physical and psychosocial outcomes in cancer patients: A comparison of different age groups. *British Journal of Cancer*, 76(2),
- Martin, S. (2019). The CBT Workbook for Perfectionism: Evidence–Based Skills to Help You Let Go of Self–Criticism, Build Self–Esteem, and Find Balance. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Myers, C., Waldron, C., Bennett, K., & Cahir, C. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on women living with and beyond breast cancer: A qualitative study of women's experiences and how they varied by social determinants of health. *BMC Cancer*
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4).

الملاحق

مقياس الكمالية

تعليمات المقياس:

أرجو منك قراءة التعليمات التالية بعناية وليس فيها إجابات صحيحة وأخرى خطأ، المهم تعبر عن رأيك بصدق وأمانة.

المطلوب أن تقرأي كل عبارة وتحدي انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (✓) —حسب درجة موافقتك— أمام اختيار واحد من الاختيارات الخمسة التالية (لا تنطبق مطلقاً، تنطبق بدرجة بسيطة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة، تنطبق بدرجة كبيرة جداً).

مع العلم أن إجاباتك ستكون في محل سرية تامة وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وشكراً

البيانات الشخصية:

✓ السن:

✓ الحالة الاجتماعية:

رقم البند	نص البند	تنطبق بدرجة كبيرة جدا	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة بسيطة	لا تنطبق مطلقا
1	لا أشعر بالرضا أبدا نحو أدائي.					
2	أنتقد نفسي بقوة.					
3	أشعر أحيانا أنني خويا أو فارغا من الداخل.					
4	يبدو أن مميزاتي وإيجابياتي ليست كافية.					
5	حينما أحقق هدفا ما فإنني لا أشعر بالرضا وأحاول وضع هدف أصعب منه واندفع للعمل فيه.					
6	أشعر بعدم الرضا إذا أخطأت أو أهملت.					
7	أنا دائما غير موفق أو صائب في اتخاذ القرارات.					
8	يجب دائما أن أكون ناضجا.					
9	إنَّ أحد أهدافي أن أكون شخصا كاملا.					
10	أشعر دائما بالرغبة في أن أكون شخصا كاملا.					
11	أشعر باضطراب إذا أخطأت في عمل ما.					
12	أحاول أن أكون شخصا مرتبا ومنظما.					
13	لديّ شكوك حتى بالنسبة للأشياء البسيطة					

					التي أفعلها أو أقولها.	
					14 أستغرق وقتا طويلا لعمل شيء ما حتى يصبح عملا صحيحا ودقيقا.	
					15 أشعر بالخجل من أدائي.	
					16 إذا لم أبذل جهد في عمل ما أشعر بالذنب.	
					17 توجد لدي رغبة في أن أكون أفضل شخص في الوجود.	
					18 أنا حساس جدا لنقد الآخرين.	
					19 أحدد أهدافا لنفسي أعلى بكثير مما يفعل معظم الناس.	
					20 أقارن دائما نفسي مع الذين اعتبرهم أفضل مني.	
					21 يضع الناس لي أهدافا مرتفعة جدا ويتوقعون مني تحقيقها.	
					22 لكي يقبلني الناس يجب أن أكون أعظم شخص في الوجود.	
					23 كلما قلت الأخطاء التي ارتكبتها كلما زاد حب الناس لي.	
					24 أشعر أنه يجب أن أكون أكثر دقة وكفاءة لأنال المزيد من الرضا والتقبل من الآخرين.	
					25 أقيس نفسي بمستويات الآخرين.	
					26 يتوقع معظم الناس مني أن أكون شخصا ممتازا.	

					لا يتوقع الناس مني شيئاً أقل من أن أكون كاملاً.	27
					يتوقع الناس أن أكون شخصاً كاملاً.	28