

دور التسوية الأكاديمي والكمالية العصبية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة

مي إدريس محمد أحمد*
maiedris492@gmail.com

ملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى بحث دور التسوية الأكاديمي والكمالية العصبية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس بكلّيات الآداب، بجامعة القاهرة، والزقازيق، وكفر الشيخ، وعين شمس. تكونت عينة الدراسة من ٥٥ عضواً من هيئة التدريس (٢٥ من الذكور، و٣٠ من الإناث). بلغ متوسط العمر للذكور $39,92 \pm 4,89$ سنة، وللإناث $43,03 \pm 7,11$ سنة. تم تطبيق مقياس التسوية الأكاديمي من إعداد الباحثة، وقائمة الأعراض الجسمية لأحمد عبد الخالق سنة ٢٠٠٣ (Abdel-Khalek, 2004)، ومقياس الكمالية العصبية من إعداد الباحثة. كشفت نتائج الدراسة عن العلاقة الموجبة بين كل من التسوية الأكاديمي والكمالية العصبية والأعراض النفسية الجسمية. كما توصلت الدراسة إلى أن كل من متغيري التسوية الأكاديمي والكمالية العصبية قد أسهما في تفسير ٢٠,١٪، ٢٠,٥٪ علي التوالي من تباين الدرجة علي الأعراض النفسية الجسمية. كما كشف تحليل الانحدار المتعدد عن أن هذين المتغيرين معا قد أسهما في تفسير ٣٢,٦٪ من تباين الدرجة علي الأعراض النفسية الجسمية. ونوقشت النتائج في ضوء التراث النظري والتجريبي السابق.

كلمات مفتاحية: التسوية الأكاديمي، الكمالية العصبية، الأعراض النفسية الجسمية

* أستاذ مساعد بقسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

مدخل إلى مشكلة الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار دور كل من التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة. يشير التسويف الأكاديمي Academic procrastination إلى الميل إلى إرجاء المهام الأكاديمية إلى وقت لاحق لأسباب غير عقلانية (Serdar et al., 2021). تم دراسة هذا التسويف بكثافة لدى عينات من طلبة الجامعة (e.g: Çapan, 2010; Rahardjo et al., 2013; Ahmed et al., 2023; Ghasempour et al., 2024). بينما أجريت دراسات محدودة عن التسويف الأكاديمي لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، تناولت التسويف للمهام الأكاديمية أو الإدارية كما في دراسة سمر الونداني (٢٠١٨)، أو التسويف للمهام الإدارية مثل دراسة محمد ضاحي توني ومحمد عبد الله توني (٢٠١١)، أو التسويف الخاص بالإنتاجية العلمية مثل دراسة مروة محمد وهناء محمود (٢٠٢٢). وتمثل الإنتاجية العلمية لعضو هيئة التدريس الأنشطة العلمية والأكاديمية كافة منذ حصوله على درجة الدكتوراه، وتتضمن: الكتب العلمية، والبحوث المنشورة، والإشراف على رسائل الماجستير والدكتوراه (منار المرسي، ٢٠١٩). وتعد الإنتاجية العلمية معياراً أساسياً للتقدم الوظيفي لأعضاء هيئة التدريس، ومؤشراً لتصنيف الجامعات عالمياً. حيث تنال التصنيفات العالمية للجامعات اهتماماً من مختلف دول العالم المتقدمة والنامية لكونها تمثل مؤشراً على موقع ومكانة كل جامعة بالنسبة للجامعات الأخرى سواء على المستوى المحلي، أو الإقليمي، أو العالمي (أسماء أحمد، ٢٠٢٣).

وتعد دراسة مروة محمد وهناء محمود (٢٠٢٢) الدراسة الوحيدة في حدود اطلاع الباحثة التي تناولت التسويف الأكاديمي الخاص بأحد مؤشرات الإنتاجية العلمية وهو إجراء أبحاث الترقية لدى أعضاء هيئة التدريس؛ حيث هدفت هذه الدراسة إلى وضع تصور للحد من هذا التسويف الأكاديمي. وفي دراستهما توصلتا إلى أن ٥٨,٦٪ من ٢٣٩ من أعضاء هيئة التدريس بجامعة أسيوط (١٣٠ مدرساً، ١٠٩ أستاذاً مساعداً) من الجنسين، من كليات نظرية وعملية شملت: كليات الآداب، والتربية، والزراعة والطب البيطري قد أقرروا بالتسويف الأكاديمي فيما يتصل بأبحاث الترقية. من ناحية أخرى، وفقاً لتقارير الاعتماد والجودة بكلية الآداب بجامعة القاهرة لسنة ٢٠٢٣/٢٠٢٤ بلغت نسبة الأساتذة المساعدين المتفرغين ٣٥,٣٥٪ من مجمل الأساتذة المساعدين بالكلية، وبلغت نسبة المدرسين المتفرغين ١٠,١٥٪ من مجمل المدرسين بالكلية* (بيان أعضاء هيئة التدريس للعام الجامعي ٢٠٢٣-٢٠٢٤، ٢٠٢٤). تشير النتائج السابقة إلى أن هناك نسبة غير قليلة من أعضاء هيئة التدريس ممن يسوفون في القيام بأبحاث الترقية، ويعد هذا التسويف الأكاديمي المتصل بأبحاث الترقية محور اهتمام الدراسة الحالية.

* نتوجه الباحثة بخالص الشكر إلى الأستاذة الدكتورة/ أماني رفعت مدير وحدة ضمان الجودة بكلية الآداب، جامعة القاهرة لإتاحة البيان الخاص بأعضاء هيئة التدريس.

أشار العديد من الدراسات إلى بعض النتائج والمترتبات السلبية للتسويق (Asio & de Dios, 2021)، ومن أبرزها علاقة التسويق بانخفاض الأداء الأكاديمي، والاكتئاب، والقلق (Jochmann et al., 2024)، وتدني الرضا عن الحياة، وانخفاض الشعور بحسن الحال في العمل (Dardara & Al-Makhalid, 2022). ولا تقتصر العواقب السلبية للتسويق على انخفاض نجاح وإنتاجية الأنشطة بل تمتد إلى الخبرات الانفعالية الحادة الناتجة عن إخفاقات الفرد، وعدم رضاه عن نتائج أنشطته، حيث يفقد ثقته بنفسه، وينخفض تقديره لذاته، مما قد يؤدي إلى شعور مزمن بالذنب. كما يمكن أن ينشأ عديد من الأعراض النفسية الجسمية Psychosomatic symptoms نتيجة لهذا التسويق (Romash et al., 2022)، والتي تُعرف بأنها مجموعة من المشكلات الصحية التي تنعكس في اختلالات وظائف مختلف أعضاء الجسم، حيث يكون للمتغيرات الانفعالية والنفسية الاجتماعية دور مهم في نشأتها (Płaczekiewicz, 2024).

وقد لوحظت علاقة التسويق بالأعراض النفسية الجسمية لأول مرة في دراسة طولية أجراها تيس Tice وباوميستر Baumeister سنة ١٩٩٧، حيث أفاد الطلاب المعتادون على التسويق بانخفاض مستويات المشقة لديهم ومشكلات صحية أقل في بداية الفصل الدراسي مقارنة بالطلبة غير المسوفين. وبحلول نهاية الفصل الدراسي أفادوا بارتفاع مستويات المشقة لديهم ومعدل أعلى من المشكلات الصحية. شكلت نتائج هذه الدراسة أساساً لصياغة نموذج التسويق - الصحة لسيروا وزملائها سنة ٢٠٠٣، والذي حاول الباحثون من خلاله تفسير ارتباط التسويق بالمشكلات الصحية من خلال افتراض أدوار وسيطة لكل من المشقة، والسلوكيات الصحية (Sirois et al., 2003). وقد دعمت الدراسات بقدر من الاتساق العلاقة الموجبة بين التسويق والأعراض النفسية الجسمية، سواء من خلال اختبار نموذج سيروا وزملائها لدي طلاب الجامعة (Sirois et al., 2023)، ولدي البالغين (Sirois, 2007)، أو من خلال دراسات اختبرت علاقة التسويق الأكاديمي بالأعراض النفسية الجسمية لدي طلبة الجامعة (Malobabic et al., 2019)، فضلاً عما توصل إليه بعض الباحثين من قدرة التسويق على التنبؤ بالآلام الأطراف العلوية في الجسم لدي طلبة الجامعة (Johansson et al., 2023).

وتُعد الكمالية العصابية Neurotic perfectionism القطب غير التوافقي من الكمالية، وهو القطب السائد على امتداد التراث عند تعريف الكمالية (Chung & Lee, 2024). وتعرف بأنها وضع معايير عالية جداً للأداء والجهد الكبير لتحقيقها، والتي ترتبط بنقد شديد للذات، والحساسية المرتفعة للأخطاء (Abdolkarimi et al., 2024). ويدعم التراث العلاقة الموجبة بين الكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسمية، حيث توصل الباحثون إلى العلاقة الموجبة بين أفكار الكمالية الآلية Perfectionistic automatic thoughts والأعراض النفسية الجسمية لدي طلبة الجامعة (Flett et al., 2012)، وكذلك العلاقة الموجبة بين الكمالية والاضطرابات النفسية الجسمية لدي طلبة الجامعة (ولاء بدوي، ٢٠١٨). كما ارتبطت الكمالية إيجاباً بالأعراض النفسية الجسمية لدي الممرضين (Abdolkarimi et al., 2024).

ناحية أخرى، تشير النتائج إلى قدرة الكمالية على التنبؤ بالاضطرابات النفسية الجسمية (ولاء بدوي، ٢٠١٨)، كما أن لها تأثيراً جوهرياً على الأعراض النفسية الجسمية (Abdolkarimi et al., 2024). فضلاً عما سبق، أظهرت الدراسات أن الكمالية عامل استهداف للاضطرابات النفسية الجسمية؛ حيث ترتبط بالعديد من المشكلات الجسمية من بينها: الألم المزمن، والتعب، والصداع النصفي (Feizollahi et al., 2022). كما توصل بعض الباحثين إلى أن الكمالية تتفاعل مع أحداث الحياة للتنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية (Molnar et al., 2017).

ومن خلال اطلاع الباحثة على التراث السابق، توصلت إلى وجود فجوة بحثية تتعلق بغياب دراسة علاقة كل من التسويق الأكاديمي المتصل بالإنتاجية العلمية لأعضاء هيئة التدريس بالجامعة (وتحديدًا التسويق الخاص بأبحاث الترقية)، وكذلك علاقة الكمالية العصابية بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس، وهو ما يعد مبرراً أساسياً لإجراء الدراسة الحالية. وتتمثل أهمية ومبررات بحث العلاقة بين متغيرات الدراسة لدى هذه الفئة المهنية بصفة خاصة فيما يلي:

- ١- وفقاً للتأثير السلبي لمتغيري التسويق الأكاديمي والكمالية العصابية كما دعمه التراث السابق، يمثل هذان المتغيران مصدراً لإعاقة الانتاج العلمي لأعضاء هيئة التدريس من ناحية، وخفض الكفاءة الصحية من ناحية أخرى. وهو ما يفقد المجتمع أهم عنصر بشري في تقدمه وهو أعضاء هيئة التدريس بالجامعة.
- ٢- تمكن نتائج الدراسة من التمهيد لدراسات تالية تبحث العوامل التي تسهم في كل من التسويق الأكاديمي والكمالية العصابية؛ مما يمكن من الحفاظ على عدم تفاقم الأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هذه المهنة المتميزة.
- ٣- تختلف دلالة تسويق المهام بين الطلبة وأعضاء هيئة التدريس؛ حيث تنتهي مشقة التأجيل لدى الطلبة بانتهاء الفصل الدراسي أو علي أقصى تقدير السنة الدراسية، ومن ثم المشقة لديهم مؤقتة. أما ما يتصل بأعضاء هيئة التدريس فإن تأجيل الإنتاج العلمي الخاص بالترقي الوظيفي يرتبط بمدة زمنية أطول؛ مما يطرح احتمال استمرار المشقة المرتبطة بالتسويق. وهو ما يفترض دلالة مرضية أعلى لتسويق أعضاء هيئة التدريس استناداً إلى العلاقة الوثيقة بين المشقة المزمنة وتدني الصحة الجسمية (Pilafas et al., 2021; Stanislawska- Kubiak et al., 2023) وهو ما يتطلب ضرورة بحث العلاقة بين التسويق الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية.
- ٤- تبدو الكمالية العصابية أكثر ارتباطاً بأعضاء هيئة التدريس بالجامعة مقارنة بالطلبة، رغم تعدد الدراسات المتعلقة بالكمالية العصابية لدى الطلبة (مثل: دراسة سامية صابر، ٢٠٠٩؛ بديةة بنهان، ٢٠١٣؛ Meiri, 2024)؛ نظراً لأن السعي للتميز وتحقيقه - أحد مظاهر الكمالية العصابية - يعد مكوناً أساسياً في حياة أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، بداية من التعيين في الوظيفة حتي الوصول إلى درجة الأستاذية. وهو ما يستلزم ضرورة بحث

دلالاتها السلبية لدى أعضاء هيئة التدريس من خلال اختبار ارتباطها بالأعراض النفسية الجسمية. وفقاً لما سبق، يمكن صياغة أسئلة الدراسة في الآتي:
أسئلة الدراسة:

- ١- ما مدى علاقة التسويف الأكاديمي بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة؟
- ٢- ما مدى علاقة الكمالية العصابية بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة؟
- ٣- هل يسهم التسويف الأكاديمي في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة؟
- ٤- هل تسهم الكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة؟
- ٥- هل يتفاعل التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية معاً في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة؟

الأهمية النظرية للدراسة:

- ١- أهمية تأكيد دور التسويف الأكاديمي بوصفه مصدراً للمشقة من خلال قدرته على التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية.
- ٢- تقدم نتائج الدراسة أهمية واضحة لدور الكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية.
- ٣- قد تدعم نتائج الدراسة دور تفاعل التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية في زيادة التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية.

الأهمية التطبيقية للدراسة:

- ١- تقديم برامج متخصصة عن تأثيرات التسويف الأكاديمي المتعلق بالإنتاج العلمي على صحة أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، حيث يمكن لهذه البرامج تقليل تأثير التسويف أو على الأقل تعديل طريقة تعامل العضو معه كمصدر مشقة في حياته المهنية.
- ٢- تقديم برامج متخصصة لتمييز الكمالية السوية عن العصابية، وتنمية الكمالية السوية عند التعامل مع نشاط الإنتاج العلمي لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة.

المفاهيم الأساسية للدراسة والأطر النظرية المفسرة لها

أولاً: التسويف الأكاديمي:

أ- تعريف التسويف:

تُعرف ظاهرة تأجيل المهام Postponing tasks والواجبات لوقت لاحق بالتسويف. وقد نشأ مصطلح التسويف من المصطلح اللاتيني Procrastination الذي يعني التأخير Delay و Deferral وذلك من خلال ضم كلمتين هما: Pro، و Crastinus التي تعني غداً (Malobabic et al., 2019). حيث يشير هذا المفهوم إلى تأجيل المهام، والفشل في البدء أو إكمال أنشطة مهمة، أو القيام بمهام غير ذات

أهمية بدلاً من الأكثر أهمية رغم وعي الفرد بالنواتج السلبية لهذا التأجيل (Khalifa, 2023). ويصف ستيل Steel سنة ٢٠٠٧ التسويف بأنه التأجيل الإرادي لمسار عمل قصدي علي الرغم من توقع أن يزيد هذا التأجيل الأمور سوءاً (Dardara & Al-Makhalid, 2022). كما يعرفه تيل Teel سنة ٢٠٠٧ بأنه تأخير البدء، أو إكمال سلوك مخطط له، أو تأخير صناعة القرار (Kurtovic et al., 2019). ويُعد التسويف أحد مظاهر الفشل في تنظيم الذات (Ahmad et al., 2019; Malobabic et al., 2023). وتشير التقديرات إلي أن ٥٠٪ من الطلاب، و١٥٪ إلي ٢٥٪ من الراشدين يسوفون بشكل مزمن (Sirois et al., 2021; Sirois et al., 2023). وقد قام ميلجرام Milgram بأول تحليل لظاهرة التسويف، وافترض أن كثرة المتطلبات والمواعيد النهائية في المجتمعات المتقدمة تؤدي إلي التسويف (Salehi, 2020). وقد أشار بعض الباحثين إلي التسويف بوصفه سمة شخصية مستقرة عبر الوقت وعبر المواقف، في حين افترض البعض الآخر التسويف نتاجاً لعوامل بيئية وسياقية تتغير عبر الوقت. وأحد الأمثلة علي هذا، مدى قرب الموعد النهائي لإكمال المهمة، حيث يرجح أن يماطل الفرد في المهام التي تعد بعيدة مؤقتاً (Ahmad et al., 2021).

من ناحية أخرى افترض فيراري Ferrari وزملاؤه في فترة التسعينيات من القرن الماضي نوعين من التسويف السلوكي المزمّن، الأول يتعلق بالميل إلي تأخير القيام بالمهام بوصفه محاولة للبحث عن الإثارة، وللتغلب علي الملل، واعتقاداً من الفرد أنه سيؤدي أفضل تحت الضغط، وهو ما يطلق عليه تسويف الإثارة Arousal procrastination، أما النوع الثاني فيعكس انخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس. حيث يقوم الفرد بتأجيل إكمال المهام التي قد تكشف عن ضعف قدراته وهو ما يسمى بالتسويف التجنبي Avoidant procrastination (Ferrari et al., 2009). تتعدد أسباب التسويف عبر التراث؛ ومن بينها نقص الطموح الشخصي (Serdar et al., 2021)، والميل إلي إعطاء أولوية للمكافآت الفورية علي الأهداف طويلة المدى، والشعور بعدم الراحة المرتبط بالمهام التي يعتبرها الفرد صعبة أو مملة أو مسببة للقلق، مما يدفعه للتسويف لتجنب هذه المشاعر غير المريحة. وكذلك السعي نحو الكمال والخوف من الفشل، وتدني تقدير الذات، وعدم كفاءة إدارة الوقت (Saini & Singh, 2024).

ب- تعريف التسويف الأكاديمي:

يحدث التسويف في مجالات الدراسة، والعمل، والنشاطات اليومية، ونشاطات أوقات الفراغ، والأسرة، والعلاقات الاجتماعية. وعلي الرغم من حدوثه في العديد من مجالات الحياة، فإنه أكثر شيوعاً في مجالي التعليم والعمل (Malobabic et al., 2019). ويمثل التسويف الأكاديمي نوعاً فرعياً من التسويف يقتصر علي المهام الأكاديمية ذات المواعيد النهائية، ويرتبط بآثار غير مرغوبة مثل: انخفاض الأداء الدراسي، وزيادة المشقة (Agarwal & Joy, 2023). ويشير إلي الميل إلي إرجاء المهام الأكاديمية إلي وقت لاحق لأسباب غير عقلانية (Serdar et al., 2021).

ويعرف التسويق الأكاديمي بأنه رغبة واسعة النطاق، ودائمة من المتعلم لتأجيل النشاطات الأكاديمية (Gargari et al., 2011)، كما يعرف بأنه تأخير متعمد وغير ضروري في بدء أو إنهاء مهمة أكاديمية مثل: إعداد الواجبات، والاستعداد للمتحانات، وذلك لأسباب غير منطقية علي الرغم من أن الطالب يتوقع أن يعاني من عواقب سلبية نتيجة هذا التأخير (Abdullah et al., 2024). كما يعرف التسويق الأكاديمي بأنه تأجيل البدء أو إنهاء النشاط الأكاديمي مع معرفة أن هذا سيؤدي إلي آثار غير مرغوبة مثل: انخفاض الدرجات، وإضاعة الفرص، وزيادة المشقة (Agarwal & Joy, 2023).

وقد تم دراسة التسويق الأكاديمي بكثافة علي عينات من الطلبة وخاصة طلبة الجامعة مثل دراسة معاوية أبو غزال (٢٠١٢)، وفاتن عبد الفتاح وشيري حليم (٢٠١٨)، وعفت أحمد وزملائها (Ahmed et al., 2023)، وسارة عبد الله وزملائها (Abdullah et al., 2024)، وقاسمبور وزملائه (Ghasempour et al., 2024). وربما يرتبط هذا بسهولة دراسة الطلبة المسوفين؛ حيث مهام الدراسة تتطلب درجة واضحة من تنظيم الذات وإدارة الوقت (Jochmann et al., 2024). من ناحية أخرى، تم دراسة التسويق الأكاديمي لدي أعضاء هيئة التدريس بالجامعة - محور اهتمام الدراسة الحالية - وتعددت مؤشرات هذا التسويق عبر الدراسات، وعلي سبيل المثال تناول البعض التسويق في المهام الأكاديمية والإدارية بوصفها مؤشرا علي التسويق الأكاديمي (مثل: سمر الودناني، ٢٠١٨)، وتناول البعض التسويق الأكاديمي فيما يخص الإنتاجية العلمية (مثل: مروة محمد، وهناء محمود، ٢٠٢٢)، في حين تناول البعض التسويق في بعض الأعمال الإدارية مثل أعمال الجودة مؤشرا علي التسويق الأكاديمي (مثل: محمد ضاحي توني، ومحمد عبد الله توني، ٢٠١٧).

وتتناول الدراسة الحالية التسويق الأكاديمي المتصل بأبحاث الترقية لدرجتي أستاذ مساعد وأستاذ. وتتبنى الدراسة تعريف مروة محمد وهناء محمود (٢٠٢٢) لهذا النوع من التسويق بأنه تأجيل أعضاء هيئة التدريس البدء في إجراء البحوث العلمية، أو التلؤك في استكمالها في إحدى مراحل البحث العلمي.

الأطر النظرية المفسرة للتسويق:

من خلال الاطلاع علي التراث السابق يوجد العديد من النظريات المفسرة للتسويق من بينها: نظرية الدافعية المؤقتة، ونظرية فاعلية الذات. وفيما يلي عرض لهما.

١- نظرية الدافعية المؤقتة (Temporal Motivation Theory (TMT)

قدم سنيل وكونيج Konig سنة ٢٠٠٦ نظرية الدافعية المؤقتة، وتسهم هذه النظرية في تفسير عمليات اتخاذ القرار (Ahmed et al., 2023)، كما تُعد من أكثر النظريات فاعلية في تفسير التسويق (Netzer Turgeman & Pollak, 2023). تفترض النظرية أن الفرد يعطي الأولوية دائما للأنشطة التي تؤدي إلي أعلى عائد أو فائدة. ونظرا للميل الفطري لدي الأفراد للاستخفاف المفرط بالأهداف المستقبلية، فإنهم يميلون إلي تأجيل المهام التي تحقق أهداف بعيدة ولكنها قيمة، مفضلين المهام ذات الأهداف الأقرب وإن كانت المكافآت أقل (Steel & Konig, 2006)، أي أنهم

يخفزون من أهمية المكافأة المستقبلية، ويبالغون في تقدير المتعة الحالية (Siaputra, 2010). في هذه النظرية تم دمج مفاهيم أساسية من أربع نظريات في الدافعية هي: نظرية اقتصاديات البيكو Picoeconomics أو الخصم الزائد Hyperbolic discounting لأينسلي Ainslie وهاسلام Haslam سنة ١٩٩٢ (Ahmad et al., 2021)، ونظرية التوقع لفروم Vroom سنة ١٩٦٤، ونظرية الاحتمال التراكمي لترارسكي Trersky وكهنمان Kahneman سنة ١٩٩٢، ونظرية الحاجة لدولارد Dollard وميلر Miller سنة ١٩٥٠. وتعد المفاهيم محور اهتمام النظرية: القيمة Value، والتوقع Expectancy، والوقت، وما ارتبط بهم من الخسائر والمكاسب (Steel & Konig, 2006).

يقصد بالقيمة مقدار الرضا أو انخفاض الحافز الذي يعتقد الفرد أن نتيجة ما تحققه. أما التوقع فيشير إلى الاحتمال المدرك لحدوث نتيجة ما. أما مفهوم الوقت يتضمن ثلاثة مكونات هي: حساسية الأفراد للتأخير Sensitivity to delay، الذي يعادل الاندفاعية، والتأخير الزمني Time delay، وهو الوقت اللازم لتحقيق النتيجة، (أما المكون الثالث هو Z أو رقم (١) الذي يضاف في معادلة النظرية؛ لمنع نتائج المعادلة من أن يصبح لا نهائياً عندما يكون التأخير صفراً فعلياً) (Steel & Konig, 2006). وقد قدم ستيل وزملاؤه (2018) الصيغة المبسطة للمعادلة الممثلة للنظرية، الموضحة في شكل (١)، والتي تمثل الآلية التي تكمن خلف دافعية القيام بإكمال مهمة ما (Netzer Turgeman & Pollak, 2023).

شكل (١) معادلة نظرية الدافعية المؤقتة (Steel et al., 2018)

$$\text{الدافعية} = \frac{\text{التوقع} \times \text{القيمة}}{1 + \text{الاندفاعية} \times \text{التأخير الزمني}}$$

وفقا لهذه النظرية، تزداد الدافعية للأداء عندما يكون الأفراد واثقين من الحصول (أي التوقع) على المكافأة (أي القيمة)، وتنخفض عندما يكون هناك وقتاً طويلاً قبل تحقيق المكافأة (أي التأخير)، وعندما يكون الأفراد حساسين للتأخير (أي مندفعين) (Steel et al., 2018).

وقد أورد ستيل وكونيج مثالا لتفسير التسويف وفقا للنظرية، وهو تسويف الطالب الجامعي لأحد الأنشطة الأكاديمية وهو كتابة مقال. غالبا ما يكون هذا النشاط بغضا لكثير من الطلاب، كما أن مكافأة إنجازه تعد بعيدة نسبيا فقد تكون في نهاية الفصل الدراسي. ومما يزيد الأمور تعقيدا أن الأنشطة الاجتماعية وغيرها من الإغراءات متاحة بسهولة وممتعة، ولا يوجد تأخير في السعي ورائها أو في مكافئتها، كما أن عواقبها السلبية بعيدة زمنياً. ورغم أن الانغماس فيها يسبب تراكماً مرهقا للعمل، إلا أن الطالب يستطيع تجنب مواجهة العواقب حتي وقت لاحق (Steel & Konig, 2006).

٢- نظرية فاعلية الذات: Self-Efficacy Theory

أشار الباحثون إلى أن نظرية فاعلية الذات تعد من أبرز إسهامات باندورا (Bandura) في مجال التحصيل الدراسي، والتعلم، والدافعية (Bhati & Sethy, 2022). وقد تم افتراض نظرية فاعلية الذات لتفسير التسويف (Rozental & Carlbring, 2014). تعرف فاعلية الذات بأنها معتقدات الأفراد عن قدرتهم على القيام بمستويات محددة من الأداء، والتي تؤثر على الأحداث الجوهرية في حياتهم (Bandura, 1994). وتمارس فاعلية الذات تأثيرها على الأداء من خلال أربع عمليات نفسية هي: العمليات المعرفية، حيث يتأثر تحديد الأهداف الشخصية بفاعلية الذات، فكلما كانت فاعلية الذات أعلى كانت التحديات التي يضعها الأفراد لأنفسهم أعلى وكان التزامهم تجاهها أقوى. وعمليات الدافعية، حيث تؤدي معتقدات فاعلية الذات إلى تحفيز الأفراد إلى ما يمكن فعله، وتوقع النتائج المحتملة، وتسهم فاعلية الذات المرتفعة في التخطيط لمسارات الأداء، وتوقعات إيجابية للنتائج، وتدعيم المثابرة في مواجهة الصعوبات، ومقاومة الإخفاقات. والعمليات الوجدانية التي تشير إلى دور فاعلية الذات في التأثير على مقدار المشقة والاكتئاب المتعلق بالمواقف الصعبة. فكلما ارتفعت فاعلية الذات كان الفرد أكثر قدرة على السيطرة على مصادر المشقة، ومن ثم أكثر جرأة في القيام بأنشطة مرهقة. وعمليات الاختيار، وتشير إلى دور فاعلية الذات في اختيار الأنشطة، حيث يختار الفرد الأنشطة التي يري إمكان التعامل معها، ويتجنب الأنشطة التي تتجاوز قدرته على المواجهة (Bandura, 1977; 1994). ومن ثم ما نعتقد عن أنفسنا يؤثر بقوة على اختيارنا للمهام، ومستوى الجهد المبذول، والمثابرة، وكيفية أدائها (Hajloo, 2014).

وفقا لهذه النظرية، الأفراد الذين يتسمون بفاعلية ذات مرتفعة يمكنهم استعادة شعورهم بفاعليتهم وكفاءتهم بعد الإخفاقات، وينسبون فشلهم إلى قلة الجهد أو نقص المهارات التي يمكن اكتسابها، ومن ثم يؤدي بهم هذا التوجه إلى تحقيق الإنجازات الشخصية. وعلى النقيض، يظهر المنخفضون في فاعلية الذات تجنباً للمهام الصعبة لأنهم يعتبرونها تهديداً شخصياً، كما يتسمون بضعف الالتزام بالأهداف التي يسعون لتحقيقها، والتراخي في بذل الجهد، والاستسلام بسهولة في مواجهة العقبات (Bandura, 1994). ومن ثم تمارس قوة فاعلية الذات دوراً في القيام بالسلوك واستمراره، ويؤدي ضعفها إلى السلوك التجنبي (Hajloo, 2014). وبناءً على هذا، يرتبط تدني تقدير فاعلية الذات بزيادة الميل إلى التسويف (Rozental & Carlbring, 2014). ويدعم هذا الدراسات التي توصلت إلى العلاقة السالبة بين فاعلية الذات والتسويف (Singh & Srivastava, 2024)، والعلاقة السالبة بين فاعلية الذات الأكاديمية (معتقدات فاعلية الذات عن قدرات الأفراد في إنجاز المهام الأكاديمية) والتسويف الأكاديمي (Liu et al., 2020; Rad et al., 2025). وتتبنى الباحثة نظرية فاعلية الذات لباندورا في تفسير التسويف، حيث تربط جوانب معرفية ودافعية ووجدانية فضلاً عن عمليات الاختيار لإنجاز المهمة بعملية التسويف.

ثانياً: الكمالية العصابية:

أ- تعريف الكمالية:

يُعد مفهوم الكمالية من المفاهيم الشائعة في التراث، حيث أشار هورني Horney إلى الكمالية باستبداد الينبغيات Shouds، واعتبرها حالة شخصية شديدة العصابية، خالية من أي جوانب إيجابية (Stoeber, 2018). ووصف إليس Ellis الكمالية بأنها تعكس وجود من يؤمنون بمعتقد غير منطقي وهو "وجود حل صحيح ودقيق ومثالي للمشكلات، وأن عدم إيجاد هذا الحل الأمثل كارثة" (Woodfin, 2022). وقد عرف هولندر الكمالية بأنها سمة شخصية سلبية بطبيعتها تتجلى في مطلب غير واقعي من الذات أو من الآخرين لتحقيق أداء جيد في جميع الأوقات والأماكن (Stoeber, 2012)، فهي ممارسة مطالبة الذات أو الآخرين بأداء أعلى مما تتطلبه المواقف (Woodfin, 2022). ويعرف بيرنز Burns الشخص الكمال بأنه الفرد الذي يضع معايير عالية تتجاوز حدود المعقول، ويسعى بطريقة قهرية نحو أهداف مستحيلة، ويقيم قيمته بالكامل في ضوء الانتاجية والإنجاز (Besser et al., 2020). كما عرف فليت Flett وزملاؤه الكمالية بأنها أسلوب عصابي منتشر (Fang & Liu, 2022). وعرف فروست Frost وزملاؤه الكمالية بأنها وضع معايير عالية جداً للأداء مصحوبة بنقد مبالغ للذات (Woodfin, 2022; Hill et al., 2024). وتعني الكمالية وضع معايير عالية جداً للأداء، والجهد الكبير لتحقيقها والتي ترتبط بنقد شديد للذات، والحساسية المرتفعة للأخطاء (Abdolkarimi et al., 2024). والكمالية في صورتها المتطرفة هي الحاجة إلى الكمال في جميع أوجه الحياة. ويضع من يتمتعون بهذه السمة أهدافاً بعيدة المنال دائماً (Hochwarter & Byrne, 2010). فالكمالية تشير إلى وضع معايير مرتفعة استثنائية للأداء، وأهداف غير واقعية يصاحبها تقييمات نقدية للذات في حال عدم استيفاء هذه المعايير (Umandap & Teh, 2020; Feizollahi et al., 2022)، فضلاً عن المخاوف بشأن ارتكاب الأخطاء (Sederlund et al., 2020). وتعد الكمالية سمة شخصية متعددة الأبعاد تتميز بالسعي نحو التميز، والنقد المفرط لأداء الفرد عندما لا تلبي النتائج التوقعات، مع مستويات مرتفعة من الضيق الناجم عن ارتكاب الأخطاء (Benedetto et al., 2024).

ب- تعريف الكمالية العصابية:

تُعد افتراضات هاماتشيك Hamachek سنة ١٩٧٨ من أوائل الافتراضات التي ميزت بين الجانب الإيجابي والسلبي للكمالية، والذي ينعكس في الكمالية السوية والكمالية العصابية. يتمثل الفارق الأساسي بينهما في أن الكمال السوي أو التوافقي يضع أهدافاً واقعية لنفسه، ويشعر بالرضا عن جهده وإنجازاته، كما يتمتع بالمرونة الكافية لتحمل الأخطاء. وعلى العكس، يضع الكمال العصابي معايير أداء غير واقعية مع الشعور بالقلق وعدم الرضا عن الأداء (Benedetto et al., 2024). وفقاً لهاماتشيك وهولندر فالأفراد الكماليون العصائبيون أو غير التوافقين هم من يضعون معايير عالية يصعب تحقيقها، ويسمحون بهامش خطأ ضئيل نسبياً (Lo & Abbott, 2019)، ويؤكد هاماتشيك أن الكماليين العصائبيين لا يرضون أبداً

بإنجازاتهم (Agrawal & Joy, 2023)، وأن تفكيرهم غالبا ما يتبع مبدأ الكل أو العدم All or Nothing، والذي يعد معتقد غير عقلاني يؤدي به إلى افتراض أن جودة العمل الأقل من الكمال تعني الفشل (Belgin, 2019). وفي المقابل، يعرف الكماليون الطبيعيون أو التكيفيين بأنهم من يضعون معايير مرتفعة ولكن قابلة للتحقق، ويستمتعون بأدائهم ويميلون إلى أن يكونوا أكثر تفاؤلاً بشأن النجاح في المستقبل (Lo & Abbott, 2019). وقد قدم هاماتشيك مقياسا للكمالية العصابية يعكس ثلاثة أبعاد هي: الكمالية الموجهة نحو الذات Self-oriented perfectionism حيث يضع الفرد معايير مرتفعة لنفسه ويحاول تحقيقها، والكمالية المحددة اجتماعيا Socially prescribed perfectionism، ويعني أن الشخص الكمالي يعتقد بأن الآخرين لديهم توقعات مثالية عنه، ويجب عليه تحقيق هذه التوقعات. أما البعد الثالث فهو الخوف من الفشل ويعكس الميل إلى تفسير الأخطاء على أنها إخفاقات وأن الفشل سيؤدي إلى فقد احترام الآخرين (Hadi et al., 2022).

ومن أبرز سمات الكمالية العصابية: إدراك التفاوت بين المعايير والأداء، حيث يدرك الكمالي العصابي بأنه يفشل باستمرار في تحقيق المعايير التي وضعها لنفسه، مما يؤدي به إلى نقده لذاته، والشعور بانعدام القيمة. أما السمة الثانية فتشير إلى أحد التشوهات المعرفية وهو التفكير بثنائية الكل أو العدم، فالنتائج لدي الكمالي العصابي تتبع الصواب التام أو الخطأ التام، فهم فاشلون تماما في إدراك ما بين هذين الطرفين، ونظرا لارتفاع معايير الأداء لديهم بحيث يصعب تحقيقها فهم يعتقدون دائما بفشلهم. في حين تُعرف الكمالية التوافقية أو السوية بأنها السعي لتحقيق معايير مرتفعة، مع شعور الفرد بالرضا عما يحققه من إنجازات، مع التسامح مع الذات دون اللجوء لنقد الذات القاسي عند حدوث العيوب (Chung & Lee, 2024).

وقد عرفت سامية صابر (٢٠٠٩) الكمالية العصابية بأنها خاصية شخصية، تجعل الفرد يهتم بتحقيق الكمال في كل مظاهر الحياة. وتتعاكس في أربعة أبعاد هي: المستويات العالية والمبالغ فيها للأداء (من الفرد لذاته، ومن الفرد للآخرين، ومن الآخرين نحو الفرد)، والخوف من الفشل، وعدم الرضا بوجه عام، والشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس. في حين عرفت بديعة بنهان (٢٠١٣) بأنها مفهوم متعدد الأبعاد، يبدو في الدرجات المرتفعة على عوامل: القلق تجاه الأخطاء، أو الشكوك حول الأفعال، وإدراك النقد الوالدي، والآمال والتوقعات الوالدية المبالغ فيها بما يجعلها اضطرابا عصابيا. وتعرفها بشري أرنوط (٢٠١٥) بأنها ميل الفرد لوضع مستويات عالية وبشكل مبالغ فيه لأدائه ولأداء الآخرين، وكذلك الاهتمام بالأخطاء، وإدراكه للضغط من توقعات الوالدين ونقدهم لأدائه، كذلك الحاجة لاستحسان الآخرين وقبولهم لأدائه، والميل للتنظيم والتخطيط المفرط والسعي الدؤوب للتميز.

ويعرف أحمد عبد الجواد (٢٠١٩) الكمالية العصابية بأنها الرغبة في الوصول إلى الكمال وإحراز التميز فيما يقوم به الفرد من مهام، وعدم رضاه عن أدائه لها، نتيجة قيامه بتحديد معايير مرتفعة وغير واقعية للأداء، وإلزام نفسه بها، وقيامه بالحكم على إنجازاته في ضوءها، مع حساسيته الشديدة للأخطاء، ونقده السلبي لذاته. كما تعرف نازة نين محمد (٢٠٢٥) الكمالية العصابية بأنها تشمل أربعة أبعاد هي: معايير

الأداء العالية، والخوف من الفشل والنقد، وطلب الاستحسان، والأفكار الوسواسية وهي الأفكار القهرية التي تراود الطالب من حيث الشك في أداء أعماله ومراجعة الذات والانشغال الزائد بالتفاصيل وعدم الثقة بأداء الآخرين.

وفي الدراسة الحالية، تتبنى الباحثة مفهوم الكمالية العصابية لأحمد عبد الجواد (٢٠١٩) وهو الرغبة في الوصول إلى الكمال وإحراز التميز فيما يقوم به الفرد من مهام، وعدم رضاه عن أدائه لها، نتيجة قيامه بتحديد معايير مرتفعة وغير واقعية للأداء، وإلزام نفسه بها، وقيامه بالحكم على إنجازاته في ضوءها، مع حساسيته الشديدة للأخطاء، ونقده السلبي لذاته.

أبعاد الكمالية:

شهدت فترة التسعينيات من القرن الماضي صياغة نماذج لأبعاد الكمالية توضح المظاهر الممثلة للكمالية. من هذه النماذج ما يلي:

أ- نموذج فروست Frost وزملائه سنة ١٩٩٠:

يُعد هذا النموذج أحد أبرز نماذج أبعاد الكمالية (Bußenius & Harendza, 2019). وفيه قسم فروست وزملاؤه الكمالية إلى ستة أبعاد هي: المعايير الشخصية، والقلق بشأن الأخطاء، والشكوك حول الأفعال، وتوقعات الوالدين، والنقد الوالدي، والتنظيم. ويقصد بالمعايير الشخصية وضع معايير غير واقعية، وإعطاء أهمية مفرطة لهذه المعايير لتقييم الذات. بينما يقصد بالقلق بشأن الأخطاء ردود الفعل السلبية تجاه الأخطاء وتفسيرها بوصفها فشلاً. أما الشكوك حول الأداء فتعني الميل للشعور بأن المشاريع لا تنجز على النحو المطلوب. والتنظيم الذي يعني أهمية النظام (Frost et al., 1990). أما توقعات الوالدين فتعني شعور الفرد بأن لوالديه معايير وتوقعات مرتفعة جداً عنه. أما نقد الوالدين فيشير إلى الشعور بأن الوالدين ينتقدان بشدة إذا فشلوا في تلبية هذه التوقعات (Woodfin, 2022). وقدم فروست وزملاؤه مقياس الكمالية متعددة الأبعاد (FMPS) الذي يتضمن هذه الأبعاد (Frost et al., 1990). وافترضوا أن القلق بشأن الأخطاء هو السمة الأساسية للكمالية المرضية، بينما تمثل المعايير الشخصية والتنظيم السمات الإيجابية للكمالية (Fang & Liu, 2022).

ب- نموذج هيويت Hewitt وفليت Flett سنة ١٩٩١:

قدم هيويت وفليت سنة ١٩٩١ نموذج للكمالية، يفترض فيه ثلاثة مكونات لسلوك الكمالية هي: الكمالية الموجهة نحو الذات، والكمالية الموجهة نحو الآخرين Other-oriented perfectionism والكمالية المحددة اجتماعياً. تتضمن الكمالية الموجهة نحو الذات سلوكيات مثل: وضع معايير صارمة للذات، وتقييم سلوك الفرد وتوبيخه بشدة، والسعي للكمال في كل ما يقوم به، والسعي لتجنب الفشل. أما الكمالية الموجهة نحو الآخرين فتشير إلى وضع الفرد معايير غير واقعية للآخرين المهمين في حياته، وإعطاء أهمية لكون الآخرين مثاليين مع تقييم أدائهم بصرامة. يشبه هذا المكون في جوهره الكمالية نحو الذات، ولكن السلوك هنا موجه نحو الخارج. أما الكمالية المحددة اجتماعياً فهي إدراك الفرد أن الآخرين لديهم معايير غير واقعية عنه، ويمارسون ضغوطاً عليه ليكون مثالي. وقدم الباحثان مقياس الكمالية متعددة الأبعاد (MPS-H)، الذي يتضمن هذه الأبعاد (Hewitt & Flett, 1991). وفقاً لهذا

النموذج، فإن الكمالية ليست مجرد سعي إيجابي نحو التميز، بل هي سعي دؤوب نحو الكمال، بحيث لا يرغب الكمال في أن يكون كاملا فحسب، بل يطالب بالكمال (Molnar et al., 2017).

ج- نموذج العاملين للكمالية لستوبر Stoeber وأوتو Otto سنة ٢٠٠٦:
قام فروست وزملاؤه بتحليل عاملي لنموذجه ونموذج هيويت وفليت وتوصلوا إلى عاملين هما: العامل الأول: يشمل المعايير الشخصية، والتنظيم من مقياس فروست وزملاؤه، والكمالية الموجهة نحو الذات، ونحو الآخرين من مقياس هيويت وفليت. بينما يضم العامل الثاني القلق بشأن الأخطاء، والشكوك حول الأفعال وتوقعات الوالدين، والنقد الوالدي من مقياس فروست، والكمالية المحددة اجتماعيا من مقياس هيويت وفليت. عرف فروست وزملاؤه العامل الأول بالسعي الإيجابي Positive strivings والثاني اهتمامات التقييم غير التوافقية Maladaptive evaluation concerns (Stoeber, 2018). وفيما بعد قام ستوبر Stoeber وأوتو Otto (2006)، بتحليل العديد من الدراسات التي امتدت من سنة ١٩٩٠ إلى سنة ٢٠٠٤، وتوصلا إلى بعدين أساسيين للكمالية هما: السعي نحو الكمالية والاهتمامات بالكمالية. يشير السعي نحو الكمالية إلى وضع معايير أداء بالغة الارتفاع، بينما تشير الاهتمامات بالكمالية إلى القلق المرتبط بارتكاب الأخطاء، والخوف من التقييم السلبي من الآخرين، والشعور بالتباين بين توقعات الفرد وأدائه. ويظهر البعدان أنماطا متباينة من العلاقات؛ فبينما يرتبط السعي نحو الكمالية بالوعي، والمواجهة التوافقية، ومؤشرات حسن الحال الذاتي، والرضا عن الحياة. ترتبط الاهتمامات بالكمالية بالعصائية، والمواجهة غير التوافقية، ومؤشرات سوء التوافق النفسي، والاكتئاب (Stoeber, 2012). يفترض أن العامل الأول ممثل للمظاهر التوافقية للكمالية، بينما يمثل العامل الثاني المظاهر غير التوافقية للكمالية (Benedetto et al., 2024). ويتسق هذا مع ما أشار إليه دميان Damian وزملاؤه سنة ٢٠١٣ من أن السعي نحو الكمالية (الذي يضم الكمالية الموجهة نحو الذات، والمعايير الشخصية) يمكن اعتباره توافقياً، في حين الاهتمامات بالكمالية (التي تشمل الكمالية المحددة اجتماعيا، والقلق بشأن الأخطاء، والشكوك حول الأفعال) غير توافقية (Sommantico et al., 2024).

ويدعم التراث الجانب غير التوافقي للاهتمامات بالكمالية؛ حيث ارتبطت بعض مظاهرها: المستويات المبالغة للأداء، والخوف من الفشل، وعدم الرضا بوجه عام، والشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس باضطرابات الأكل لدى الجنسين (سامية صابر، ٢٠٠٩). كما ارتبطت بارتفاع مستوى المشقة، والقلق، وانخفاض تقدير الذات، والكفاءة الأكاديمية، والاكتئاب، والانتحار، وانخفاض الشعور بحسن الحال (Benedetto et al., 2024).

الأطر النظرية المفسرة للكمالية:

يوجد العديد من النظريات الارتقائية المتصلة بالكمالية التي تتفق علي أن الكمالية تنشأ غالبا في مرحلة الطفولة، وأن الوالدين، أو خبرات الطفولة السلبية عوامل

مهمة في هذا السياق (Woodfin, 2022). ومن هذه النظريات نموذج التوقعات الاجتماعية، ونموذج التعلم الاجتماعي. وفيما يلي عرض لهما.

١- نموذج التوقعات الاجتماعية Social expectation model

يؤكد هذا النموذج أن الكمالية تنشأ استجابة لموافقة مشروطة مرتبطة بتوقعات الوالدين وانتقاداتهم. يستند هذا النموذج بدرجة كبيرة إلى ما قدمه ميسيلدين Missildine الذي افترض أن الكماليين لديهم آباء يشجعونهم بلا هوادة للقيام بالأحسن. وبدلاً من مكافأتهم علي تحسن أنفسهم، يذكر هؤلاء الآباء أطفالهم برفع معاييرهم. وبمرور الوقت، يتسبب هذا في تعلم الطفل أن أي شيء يفعله لن يكون جيداً بما فيه الكفاية. كما افترض ميسيلدين أن الكماليين لديهم آباء ينتقدونهم بشدة عندما لا يرتقون إلى مستوى توقعاتهم. بناءً على هذا النموذج، توفر توقعات الوالدين وانتقاداتهم ظروفاً مواتية للكمالية. ويمكن أن تؤدي توقعات الوالدين إلى تعلم الأطفال أن المسار الصحيح بعد النجاح هو رفع معاييرهم. وبالمثل، قد يدمج الكماليون انتقادات الوالدين في نفوسهم، مما يجعلهم عرضة لتوبيخ أنفسهم بدلاً من تهدئة أنفسهم في مواجهة الفشل (Smith et al., 2022). وفي هذا السياق، أشار إنس Enns وزملاؤه إلى أن التربية القاسية - أسلوب تربية يتميز بقلّة الرعاية، والنقد الشديد، والتوقعات المرتفعة، والرقابة الأبوية - تنبئ بالكمالية غير التوافقية (Sommanitico et al., 2024).

٢- نموذج التعلم الاجتماعي Social learning model

نشأ هذا النموذج عن الدراسة الرائدة لباندورا وزملائه. ويفترض النموذج أن الأطفال يصبحون كماليين من خلال ملاحظة وتقليد سلوك والديهم المثالي. وعلى سبيل المثال، أظهر باندورا وكوبرز Kupers أن الأطفال الذين شاهدوا شخصاً بالغاً يكافئ نفسه فقط بعد استيفاء معايير عالية كانوا أقل عرضة لمكافأة أنفسهم ما لم يستوفوا معايير عالية أيضاً. وبالمثل، افترض فليت وزملاؤه، أن الكمالية يمكن أن تنتقل عبر الأجيال بسبب ميل الأطفال إلى تقديس ممثلي الرعاية المثاليين والرغبة في تقليدهم (Smith et al., 2022). وبالتالي يشير هذا النموذج إلى أن الأطفال قد يقلدون الآباء ذوي الميول الكمالية (Woodfin et al., 2022).

وتتبنى الباحثة نموذج التعلم الاجتماعي في تفسير الكمالية؛ حيث يفسر نشأة الكمالية وارتقاءها عبر العمر من خلال التعلم الاجتماعي بالنمذجة وخاصة الوالدين.

ثالثاً: الأعراض النفسية الجسمية:

استخدم ألكسندر Alexander سنة ١٩٥٠ مصطلح النفسي الجسدي للإشارة إلى كيفية أن تقوم العوامل النفسية بتعجيل أو تفاقم سبعة أمراض محددة تسمى السبعة المقدسة The holy seven وهي: قرحة المعدة Peptic ulcer، والربو القصبي Bronchial asthma، والتهاب المفاصل الروماتويدي Rheumatoid arthritis، والتهاب القولون التقرحي Ulcerative colitis، وارتفاع ضغط الدم Hypertension، والتهاب الجلد العصبي Neurodermatitis، والتسمم الدرقي Thyrotoxicosis (Hange et al., 2013). وتعامل وينر Weiner سنة ١٩٨٢ مع مفهوم الطب النفسي الجسدي Psychosomatic medicine علي أنه يتناول تأثير

المرض ودلالاته والعوامل النفسية والاجتماعية التي تمارس دورا في التهيؤ للمرض، وبدايته، واستمراره (Malobabic et al., 2019). وتُعرف الأعراض النفسية الجسمية أو الاضطرابات النفسية الجسمية بأنها مجموعة من المشكلات الصحية، التي تنعكس في اختلالات وظائف مختلف أعضاء وأجهزة الجسم؛ حيث للمتغيرات الانفعالية والنفسية الاجتماعية دور مهم في نشأتها (Płaczekiewicz, 2024). ويستخدم هذا المصطلح لوصف الفرد الذي يعاني من شكاوي صحية ليس لها سبب جسدي واضح (Malobabic et al., 2019). كما تعرف بأنها اضطرابات تتميز بتغيرات فسيولوجية تنشأ جزئيا علي الأقل من عوامل انفعالية (Nisar & Srivastava, 2018). وعرف أفريموف Efremov مصطلح Psychosomatics ومشتقاته بوصفه مفهوم مركب للمظاهر الجسمية الناجمة عن المشكلات النفسية، والذي يتميز بتعدد أشكال الأعراض بشكل كبير في ظل غياب العلامات الموضوعية للأمراض تفسر مثل هذه الصورة الإكلينيكية (Efremov, 2024).

وقد عرف الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية (DSM-II). ١٩٦٨ الاضطرابات النفسية الجسمية بأنها أعراض نفسية جسمية يسببها عوامل انفعالية، وغالبا ما تخضع لتحكم الجهاز العصبي اللاإرادي. وتعد التغيرات النفسية المتضمنة تلك التي تصاحب طبيعيا حالات انفعالية محددة، ولكن في هذا السياق تكون أكثر شدة واستمرارية (Nagabhushana et al., 2004).

وتعد المظاهر الأكثر شيوعا للأعراض النفسية الجسمية في الجانب الجسدي: التوتر العضلي، والصداع، والأرق، وفقدان الشهية، وانخفاض الرغبة الجنسية. وفي الجانب السلوكي: التسويف، وصعوبة الوفاء بمسؤوليات العمل، والتدخين، والاجترار، والتغير في كمية الطعام. وفي الجانب الانفعالي: العصبية، والبكاء، والشعور بالمشقة، والاكتئاب، فضلا عن اضطرابات الانتباه والذاكرة (Malobabic et al., 2019). كما تشير هذه الاضطرابات إلى أعراض جسدية مثل: اضطرابات التنفس، والجهاز الهضمي، والعضلات والعظام، واضطرابات الجلد، وتشمل أيضا اضطرابات أخرى مثل: الصداع النصفي، والدوار، والتعب المفرط، والغثيان حيث ترتبط الأحداث النفسية ارتباطا وثيقا بالأعراض الجسمية (Feizollahi et al., 2022; Abdolkarimi et al., 2024).

وتسمي الأعراض النفسية الجسمية بالأعراض غير المفسرة طبيا Medically unexplained symptoms (MUS). أغلبية هذه الأعراض تشفي تلقائيا وتكون بسيطة، ولكن قد يسبب بعضها إعاقة شديدة للفرد. وتشيع هذه الأعراض بين الجمهور العام مثل: الصداع، والدوار، والتعب، وآلام الجهاز العضلي الهيكلي واضطرابات الجهاز الهضمي؛ حيث يقدر بأن ٨٠٪ من الأفراد يعانون من عرض واحد أو أكثر في فترة من حياتهم. ونظرا لأن هذه الأعراض ترتبط بالخلل في جودة الحياة، وفقدان الوظيفة، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية فإن تقييمها يعد أساسيا علي مستوى الرعاية الإكلينيكية والدراسة العلمية (Heidari et al., 2021).

وفي الدراسة الحالية، تم تناول الأعراض النفسية الجسمية من قائمة أحمد عبد الخالق للأعراض الجسمية (SSI) (Abdel- Somatic Symptoms Inventory (SSI) (Khalek, 2004)، الذي يشمل مجموعة من الاضطرابات التي ترتبط بالأجهزة الأساسية في الجسم ومنها: اضطرابات الجهاز الهضمي (مثل عسر الهضم، والإمساك)، واضطرابات الجهاز العصبي (مثل الصداع النصفي، والدوار)، واضطرابات الجهاز القلبي الوعائي (مثل ارتفاع وانخفاض ضغط الدم)، واضطرابات الجهاز التنفسي (مثل الحساسية، وصعوبة التنفس)، واضطرابات الجهاز الحسي (مثل ضعف الحواس، وطنين الأذن)، واضطرابات الجهاز العضلي والهيكلية (مثل آلام الأطراف، وأسفل الظهر)، فضلاً عن اضطرابات النوم والكلام، والتعب.

تشخيص الاضطرابات النفسية الجسمية:

تم تضمين مفهوم الطب النفسي الجسدي في النسخة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-I) لسنة ١٩٥٢ تحت مسمى الاضطرابات النفسية الجسمية، وفي النسخة الثانية (DSM-II) لسنة ١٩٦٨ تم وضعه تحت مسمى الاضطرابات النفسية الفسيولوجية اللاإرادية والحشوية. وفي سنة ١٩٨٠، في النسخة الثالثة (DSM-III) تمت إعادة التسمية لتكون العوامل النفسية المؤثرة علي الحالات الجسمية (Nagabhushana et al., 2004). وفي نسخته الرابعة (DSM-IV) ١٩٩٤، تم تسميتها اضطرابات الجسدية Somatization disorders، وتتضمن هذه الفئة جميع الشكاوي الجسمية التي تؤدي بالمريض إلى طلب العلاج، أو إلى الاختلال في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو الوظائف المهمة الأخرى (شعبان جاب الله، وهويدا الشيبية، ٢٠١٧). وفي النسخة الخامسة (DSM-5) لسنة ٢٠١٣، وضعت تحت مسمى اضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة، وفي هذه النسخة كان هناك اختلافان أساسيان عن النسخة الرابعة وهما: استبعاد شرط أن تكون الأعراض الجسمية غير مفسرة طبياً، وضرورة وجود بعض السمات النفسية السلوكية للتشخيص. ولاستيفاء معايير التشخيص يجب توفر ما يلي:

- ١- توفر واحد أو أكثر من الأعراض الجسمية المثيرة للضيق و/ أو التي تسبب إعاقة كبيرة في الحياة اليومية.
 - ٢- وجود واحد أو أكثر من الأفكار والمشاعر و/ أو السلوكيات المفرطة المتعلقة بالأعراض الجسمية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها وهي:
 - أفكار غير ملائمة ومستمرة حول خطورة الأعراض.
 - استمرار ارتفاع مستوى القلق حول الصحة أو الأعراض.
 - بذل وقت وجهد مفرط لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية.
- (American psychiatric association, 2013).

ورغم أن أي عرض قد لا يوجد بشكل مستمر، فإن حالة الأعراض تستمر لأكثر من ستة أشهر. وتصنف الحالة طفيفة عند توفر عرض واحد فقط من الأعراض النفسية السلوكية، ومتوسطة عند توفر عرضين أو أكثر منهم، في حين تصنف شديدة عند توفر عرضين أو أكثر من الأعراض النفسية السلوكية بالإضافة إلى شكاوي

جسمية متعددة (أو عرض جسدي شديد للغاية) (Henningsen, 2018). وقد استمر هذا التشخيص في مراجعة النسخة الخامسة المعدلة (DSM-TR) (APA, 2022). وتشمل هذه الاضطرابات مدى واسعاً من الأعراض العضوية من بينها: أمراض الجهاز الهضمي مثل قرحة القولون، واضطرابات الأكل. وأمراض القلب والأوعية الدموية مثل اختلال ضغط الدم. وأمراض الجهاز التنفسي مثل الربو الشعبي، وإصابات البرد المعتادة. والاضطرابات الجلدية مثل الأرتيكاريا وتساقط الشعر. والأمراض النفسية الجسمية مثل التهاب المفاصل الروماتيزمي (سمية المرشدي، ٢٠٢٢).

الأطر النظرية المفسرة للأعراض النفسية الجسمية:

تتعدد الأطر والنظريات التي تناولت الاضطرابات النفسية الجسمية، التي تمثل المشقة مفهوماً جوهرياً بها، ومن هذه النظريات نظرية سيلبي للمشقة، والنموذج المعرفي السلوكي للأعراض غير المبررة طبياً. وفيما يلي عرض لهما.

١- نظرية هانز سيلبي في المشقة:

قدم هانز سيلبي Selye نظريته في المشقة من خلال تجاربه على الحيوانات، ومنها توصل إلى أن الكائن الحي يستجيب بطريقة نمطية لمختلف المنبهات مثل: العدوي، والحرارة، والتسمم (رغم أن هناك استجابة نوعية لكل منبه)، تمثل هذه الاستجابة النمطية المظاهر الجسمية للمشقة. وكانت أبرز المظاهر التي توصل إليها: تضخم قشرة الغدة الكظرية، وضمور الغدة الزعترية الليمفاوية، وقرحة الجهاز الهضمي (Selye, 1952). وبناءً على هذا، عرف سيلبي المشقة بأنها رد فعل فسيولوجي شامل للعديد من مسببات المشقة بدايةً من التهديدات الجسمية إلى التحديات النفسية بهدف الحفاظ على التوازن الداخلي للجسم (Ghasemi et al., 2024). وقد أطلق سيلبي على هذه الاستجابة زملة التكيف العام General adaptation syndrome (GAS)، والتي افترض ثلاث مراحل لها تحدث عند التعرض للمشقة هي: مرحلة الإنذار، ومرحلة المقاومة، ومرحلة الإنهاك (Selye, 1950).

في مرحلة الإنذار يحدث تنشيط لمحور الوطاء - الغدة النخامية - الغدة الكظرية (HPA)، ويتم إطلاق الكاتيكولامينات (الأدرينالين والنورادرينالين)، ومن تأثيراتها زيادة معدل التنفس، والعرق، وزيادة إمدادات الدم إلى الأعضاء الحيوية، وانخفاض التفاعلات المناعية الالتهابية. وقد يشكو الفرد من ألم في الصدر، وتسارع ضربات القلب، والصداع، وعسر الهضم. وفي مرحلة المقاومة: يحدث انخفاض حاد في استجابات مرحلة الإنذار (Rice, 2012)، وهي مرحلة تعكس التكيف الكامل مع المشقات (Rochette et al., 2023). ثم المرحلة الأخيرة وهي مرحلة الإنهاك: التي تحدث إذا لم يتمكن الكائن من العودة إلى الاتزان الداخلي قبل مرحلة الإنذار، وفيها يزداد نشاط الغدد الصماء، وتبدأ مستويات الكورتيزول المرتفعة في التأثير سلباً على الجهاز القلبي الوعائي والجهاز الهضمي والجهاز المناعي (Rice, 2012).

وفقاً لهذه النظرية يفترض أن زملة التكيف العام السبب الرئيسي لكون المشقة مصدراً أساسياً للمشكلات الصحية؛ حيث تخل المشقة بالتوازن الطبيعي للجسم، وتعد من أهم العوامل في تخفيض مقاومته، وتحفيز الآليات المختلفة للمرض (Rice,

(2012). وقد أشار سيلبي إلي ضرورة دراسة الآثار الصحية للمشقة المتكررة والمزمنة، وأن العوامل المسببة للمشقة قد تهدد الحياة ما لم تتخذ الإجراءات الكافية للقضاء علي تأثيراتها السلبية (Stanislawska-Kubiak et al., 2023).

واتساقا مع نظرية سيلبي وتأكيدا لدور المشقة، أشار कुमार Kumar إلي أنه يمكن تفسير العلاقة بين الجانب النفسي والجسمي من خلال فرضين: الأول، فرض محدد يطرح أن التعبير عن مرض محدد مسبقا يحدث بسبب مثير، أو صراعات، أو مشقات محددة، ويعود ذلك إلي استجابات مرتفعة للجسم، والتي تستمر حتي بعد توقف المثير الذي استدعي هذا التغيير، مما يؤدي في النهاية إلي المرض. أما الفرض الثاني فهو غير محدد، وينص علي أن المشقة العامة تكون ظروف مسبقة لعدد من الأمراض (غير محددة مسبقا بالضرورة). وفقا لهذا الفرض هناك أربعة استجابات تحدث وفقا للمشقة هي: الطبيعية السوية، والعصابية، والذهانية، والنفسية الجسمية (Kumar et al., 2016). ويقصد بالطبيعية السوية ما يعقب اليقظة من فعل دفاعي، أما العصابية فيشير إلي فشل الاستجابة الدفاعية عندما تكون إشارة تنبيه القلق مرتفعة الشدة، أما الذهانية تشير إلي إساءة فهم الإنذار أو تجاهله، أما عند الإصابة بالاضطرابات النفسية الجسمية يكون الدفاع النفسي غير فعال، وتتحول اليقظة إلي أعراض جسمية مما يسبب تغيرات في أنسجة الجسم (Nagabhushana et al., 2004).

ومن ثم تمارس المشقة الدور الأساسي في الإصابة بالأعراض النفسية الجسمية من خلال تنشيطها لمحور الوطاء - الغدة النخامية - الغدة الكظرية (HPA)، مما يؤدي إلي زيادة مستويات الكورتيزول، حيث يقوم الوطاء بإفراز عامل إطلاق الكورتيكوتروبين (CRF) الذي يحفز الغدة النخامية الأمامية لإفراز الكورتيكوتروبين، والذي بدوره يحفز قشرة الغدة الكظرية على إطلاق الكورتيزول، الذي له تأثيرات مضادة للمشقة (Khalil et al., 2020). ويؤدي ارتفاع مستويات الكورتيزول إلي العديد من الأعراض النفسية الجسمية من بينها: اضطرابات الأكل، والصداع، فضلا عن زيادة احتمال الإصابة بتصلب الشرايين، وأمراض القلب، وهشاشة العظام، والسكر، وإعاقة وظيفة المناعة (Kadzikowska-Wrzosek, 2012).

ومن ناحية أخرى، تعمل المشقة على تنشيط الجهاز العصبي السمبثاوي وتزيد من إنتاج الكاتيكولامينات من نخاع الغدة الكظرية. بالإضافة إلى ذلك، يحدث أيضًا تنشيط مناعي، بما في ذلك إطلاق عوامل المناعة الخلطية (السيتوكينات) مثل: الإنترلوكين-١ (IL-1) و (IL-6). ويمكن لهذه السيتوكينات بحد ذاتها أن تسبب إطلاقًا إضافيًا للكورتيكوتروبين (CRF)، مما يعمل بدوره على زيادة تأثيرات الجلوكوكورتيكويد، وبالتالي الحد من تنشيط المناعة ذاتيًا. يسهم التنشيط غير المناسب للجهاز العصبي اللاإرادي، وشبكة الغدد الصماء، والجهاز المناعي إلى الإصابة بالاضطراب الجسمي (Khalil et al., 2020).

٢- النموذج المعرفي السلوكي:

تم وضع النموذج المعرفي السلوكي علي يد داري Deary وزملائه (2007) لتفسير الأعراض غير المفسرة طبيا بصفة عامة، ولزمنة التعب المزمن، وزملة

القولون العصبي بصفة خاصة، حيث يفترض تفاعل فريد بين العوامل المعرفية والسلوكية والفسولوجية التي تسهم في ظهور واستمرار هذه الأعراض. يتكون النموذج من ثلاثة أنواع من العوامل هي: العوامل المهيئة Predisposing factors، والعوامل المرسبة Precipitating factors، وعوامل الإدامة (أو الاستمرار) Perpetuating factors. وفيما يلي عرض لهذه العوامل.

أ- **العوامل المهيئة:** تشمل الوراثة والخبرة المبكرة، حيث توجد أدلة تشير إلى أن بعض بيئات الطفولة المبكرة التي تتسم بالشدائد تزيد من الاستهداف للأعراض غير المفسرة طبياً، ولزلة التعب المزمن، وزلة القولون العصبي. كما أن هناك تأثيراً وراثياً في تطور التعب غير المفسر طبياً. كما تشمل هذه العوامل العصبية، حيث ترتبط بالقلق والاكتئاب، وزيادة التفاعل مع المشقة، وزيادة الإصابة بأمراض مثل الربو، والاستهداف للإصابة بأمراض القلب. كما تكون مرتفعة في الأعراض غير المبررة طبياً، وفي متلازمة التعب المزمن، ومتلازمة القولون العصبي، ولذلك تبدو العصبية مؤشراً مهماً للاستهداف العام للأمراض الجسمية والمعالجة النفسية.

ب- **العوامل المرسبة:** تتضمن الحساسية Sensitization للمثيرات ويقصد بها الميل إلى زيادة الاستجابة نتيجة لتجربة سابقة مشابهة. حيث يمكن أن يؤدي تحفيز التعزيز طويل المدى في مسارات الألم من خلال تجربة سابقة للألم في خفض عتبة التحفيز في المستقبل، مما يحافظ على الشعور بالألم. وهناك محور الوطاء - الغدة النخامية - الغدة الكظرية (HPA)، حيث تسبب المشقة النفسية والجسمية سلسلة من النشاط الهرموني ينتهي بالزيادة في الكورتيزول. وتخفض نسبته لدي مرضي زلة القولون العصبي ومرضي آلام أسفل الظهر والذي تم تفسيره بأن التنشيط الممتد يؤدي إلى انخفاض نشاط الغدة النخامية، ويترتب عليه ألم، وتعب، وحساسية للمشقة. والانتباه: التنشيط المعرفي وتثبيط السلوك. استجابة للتهديد أو المشقة يحدث التنشيط المعرفي حالة من الإثارة حتى يتم التخلص من مصدر المشقة، أما تثبيط السلوك يكون موجهاً نحو المنبهات البغيضة والجديدة مما يسبب تثبيط السلوك والانتباه الانتقائي للمنبهات. يمكن أن يسهم التنشيط الممتد للنظامين في توليد أعراض قد تصبح منبهات منفرة جديدة مما ينتج المزيد من الإثارة، يتجه الانتباه الانتقائي نحو هذه الأعراض ويتطور التحيز المعرفي نحوها مما يضخمها، ويؤدي إلى المزيد من الألم والأعراض (Deary et al., 2007). الانتقال من الانتباه إلى العزو والمعتقدات، ويقصد به أن العزو المرضي أو المعتقدات حول المرض وتهويل الأعراض والمبالغة في تقييم الذات بالضعف يتنبأ بزيادة خبرة الأمراض الجسمية وسلوكيات المرض (سمية المرشدي، ٢٠٢٢). ومن الأمثلة المدعمة، أن المعتقدات حول الآثار الضارة للنشاط البدني ترتبط بنتائج أسوأ في متلازمة التعب المزمن (Deary et al., 2007).

ج- عوامل الإدامة (أو الاستمرار): تمثل هذه العوامل استمرار أحداث الحياة؛ حيث غالبا ما تسبق ظهور زملة التعب المزمن، وزملة القولون العصبي. حيث تسبب التنشيط الممتد وهو ما يتسبب في عواقب عصبية، وغدية، ومناعية كما سبقت الإشارة (Deary et al., 2007).

الافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا النموذج هو أن استمرار الأعراض يتم من خلال دورة ذاتية الاستدامة، تضم العوامل المعرفية، والسلوكية، والفسولوجية. تبدأ بالميل الوراثي للضغط النفسي الجسدي وسهولة الحساسية للضغط، مع شذائ الطفولة التي تزيد من عدد الأعراض، وتخفض من عتبة اكتشافها. كما تؤدي أحداث الحياة والمشقة إلى تغيرات فسيولوجية تنتج المزيد من الأعراض وتنشط عمليات الحساسية والانتباه الانتقائي، مما يقلل بدرجة كبيرة من عتبة اكتشاف الأعراض. وترتبط إشارات المشقة بالأعراض من خلال التشريط الكلاسيكي، وتؤدي أنماط النشاط المرتبطة بالأعراض إلى مزيد من الحساسية من خلال التشريط الإجرائي. وتقوم المشقة طويلة المدي لخبرات المرض بتنشيط الآليات الفسيولوجية، وتنتج مزيدا من الأعراض والحساسية والانتباه الانتقائي والتجنب. وبالتالي يصبح الفرد حبيسا في حلقة مفرغة من ثبات الأعراض (Mobini, 2015).

وتتبنى الباحثة نظرية سيلبي، حيث التركيز علي الدور الجوهرية للمشقة في التهيؤ للإصابة بالأعراض والاضطرابات النفسية الجسمية.

النماذج النظرية والنتائج المدعمة لعلاقة التسويف والكمالية بالأعراض النفسية الجسمية

أولا: النماذج النظرية لعلاقة التسويف بالأعراض النفسية الجسمية:

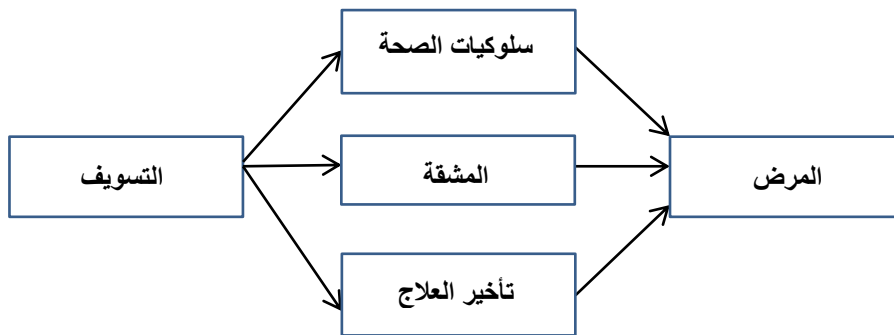
من خلال الاطلاع علي الأطر النظرية التي تناولت العلاقة بين التسويف والأعراض النفسية الجسمية، تم التوصل إلي نموذج التسويف - الصحة الذي قدمته سيروا وزملاؤها سنة ٢٠٠٣ (Sirois et al., 2003)، والذي يعد النموذج الأول والوحيد الذي يركز علي تأثير التسويف علي الصحة، والعوامل الوسيطة لهذا التأثير (Jochmann et al., 2024). كما يوفر هذا النموذج أساسا نظريا مفيدا لكيفية تأثير التسويف علي جوانب صحية مختلفة (Johansson et al., 2023). وفيما يلي عرض لهذا النموذج.

نموذج التسويف - الصحة لسيروا وزملائها:

يشير نموذج التسويف - الصحة لسيروا وزملائها سنة ٢٠٠٣ إلي أن التسويف يؤثر علي الصحة الجسمية من خلال مسارات مباشرة وغير مباشرة (Sirois, 2007) تتضمن المسارات المباشرة توليد مشقة غير ضرورية، حيث ميل المسوف إلي تأجيل المهام يُعد سبباً مباشراً لحالته المزاجية السلبية وزيادة المشقة (Sirois et al., 2003)، والتي ترتبط بنشاط فسيولوجي قد يؤدي إلي تغيرات في وظيفة المناعة مما قد يؤثر سلبا علي الصحة الجسمية. أما المسارات غير المباشرة فهي المسارات السلوكية وتفاعل الشخصية مع البيئة، والتي تنعكس في تأخير السلوكيات الوقائية، وتعزيز السلوكيات غير الصحية (Sirois, 2007). وتتأثر السلوكيات الوقائية (أو سلوكيات

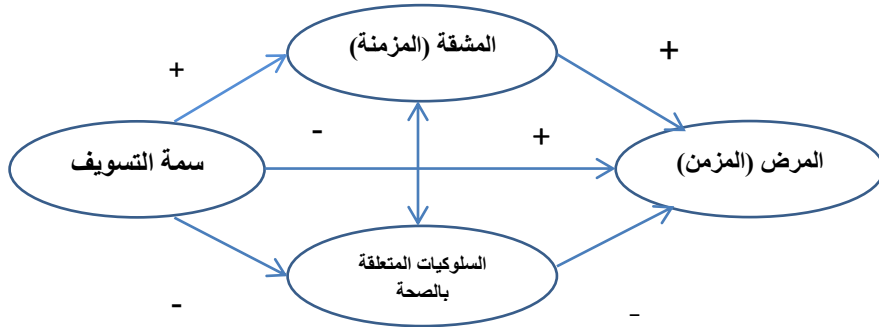
الصحة) بالمشقة، ونظرا للعلاقة السالبة بين التسويف والوعي، وارتباط الأخير إيجابا بالسلوكيات الصحية الإيجابية، افترضت سيروا وزملاؤها أن ترتبط سلوكيات الصحة بكل من ارتفاع المشقة، وتدني الصحة الجسمية؛ حيث تعزز المشقة السلوكيات غير الصحية، وتعيق السلوكيات الصحية. ويؤثر تأخير طلب العلاج - الذي يعد سلوكا مسوفا - علي علاقة التسويف بالصحة الجسمية، بمعزل عن المشقة؛ ففي ظل هذا التأخير قد تستمر المشكلات الصحية أو تتفاقم وتسهم في تدهور الحالة الصحية للفرد (Sirois et al., 2003). ويعرض الشكل (٢) نموذج الوسائط المفترض لعلاقة التسويف بالمرض.

شكل (٢) نموذج الوسائط المفترض لعلاقة التسويف بالمرض (Sirois et al., 2003)



وفي مرحلة تالية، تمثل امتدادا زمنيا للنموذج السابق، افترضت سيروا وزملاؤها دورا لسمعة التسويف في الاستهداف للإصابة بالأمراض المزمنة. وقدمت نموذجا يضم ثلاثة مسارات يعرضها شكل (٣). المسار الأول: وهو التأثير المباشر لسمعة التسويف علي الأمراض المزمنة. أما المسار الثاني والثالث، وهما المساران الوسيطان حيث يشير المسار الثاني إلي أن التسويف يسبب المشقة؛ لأن المماطلين يدركون باستمرار أن لديهم العديد من المهام التي يتعين عليهم إنجازها. وتعمل المشقة علي تنشيط محور الوطاء - الغدة النخامية - الغدة الكظرية (HPA)، وزيادة إثارة الجهاز العصبي اللاإرادي وإضعاف جهاز المناعة؛ مما يسهم في تطور الأمراض. وفي هذه المرحلة، تميز سيروا بين الآثار قصيرة وطويلة المدى للتسويف علي الصحة. ويفترض علي المدى القصير أن تسبب حالات التسويف الفردية مشقة حادة مما يؤدي إلي مشاكل صحية حادة مثل: الالتهابات أو الصداع. وعلي المدى الطويل، يسبب التسويف المزمّن مشقة مزمنة مما يؤدي إلي أمراض مزمنة مع مرور الوقت. أما المسار الوسيط الثاني: فيشير إلي أن التسويف يؤدي إلي مرض مزمن عبر سوء السلوك الصحي؛ حيث يبدي المماطلون نوايا أقل للقيام بسلوكيات تعزز الصحة أو الامتناع عن سلوكيات ضارة بالصحة نظرا لانخفاض ثقتهم بأنفسهم في قدرتهم علي رعاية صحتهم (Jochmann et al., 2024).

شكل (٣) نموذج التسويف - الصحة لسيروا وزملائها ٢٠١٦
(Jochmann et al., 2024)



وفقا لهذا النموذج، يعمل التسويف علي توليد مشقة غير ضرورية، حيث يتعين علي المماطل أن يتعامل مع العواقب الشخصية والاجتماعية لتأجيل المهام. كما تشير الدراسات إلي أن التسويف المزمن يرتبط بالميل نحو الأفكار المسببة للمشقة Stressogenic وتقييمات الذات السلبية التي يمكن أن تسهم في استمرار المشقة. تؤدي هذه المشقة إلي المخاطر الصحية الناجمة عن تنشيط الأنظمة الفسيولوجية المشاركة في الاستجابة للمشقة ودورها في تطور مشاكل الصحة الجسمية علي المدى القصير والطويل. وعلي سبيل المثال، يؤدي تنشيط نظام المشقة إلي زيادة احتمال الإصابة بالعدوي وإثارة الجهاز العصبي اللاإرادي مما قد يؤدي إلي ارتفاع معدل ضربات القلب، واضطراب وظائف الجهاز الهضمي والنوم. أما المسار السلوكي وهو السلوكيات الصحية السيئة بما في ذلك تجنب السلوكيات المعززة للصحة (مثل: التغذية الصحية) الذي يسببه التسويف يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض خاصة لمن يمتلكون عوامل استهداف للإصابة (Sirois et al., 2023).

الأدلة المدعمة لنموذج التسويف - الصحة:

خضع هذا النموذج للاختبار في العديد من الدراسات التي أجريت علي عينات المراهقين والبالغين، وكانت النتائج مدعمة بدرجة واضحة؛ حيث ارتبط التسويف بعدد أكبر من المشكلات الصحية الجسمية (Sirois, 2007; Malobabic et al., 2019; Dardara & Al-Makhalid, 2022; Johansson et al., 2023) وبانخفاض التقدير الذاتي للصحة العامة وهو ما يعد مؤشراً منبئاً بالنواتج الصحية الموضوعية السيئة مثل: استجابات الكورتيزول للمشقة، والمرض، والوفاة (Malobabic et al., 2019). كما توصلت الدراسات إلي الدور الوسيط للمشقة في العلاقة بين التسويف والصحة الجسمية (Sirois, 2007; Sirois et al., 2023). وتتسق هذه النتيجة الأخيرة مع النتائج التي تدعم العلاقة المستقرة إلي حد كبير بين التسويف والمستويات المرتفعة من المشقة (Ferrari et al., 2009; Klingsieck, 2013; Asio, 2021; Khalifa, 2023).

ومن ناحية أخرى، يدعم التأثير السلبي للتسويق علي الصحة الجسمية ارتباط التسويق بمدي متنوع من مظاهر تدهور حسن الحال للفرد. وعلي سبيل المثال، العلاقة الموجبة بين التسويق والعديد من الانفعالات السلبية، ومنها القلق والاكتئاب (Ferrari et al., 2009; Gargari et al., 2011; Dardara & Al-Makhalid, 2022; Gundogdu, 2023; Khalifa, 2023) ونقد الذات، والغضب، والخجل، والشعور بالذنب (Khalifa, 2023)، وانخفاض كل من الرضا عن الحياة، والشعور بحسن الحال في العمل (Dardara & Al-Makhalid, 2022)، وانخفاض مستوي التحمل والعصبية (Asio, 2021).

ثانياً: التصورات النظرية التي تناولت علاقة الكمالية بالأعراض النفسية الجسمية:
نعرض في هذا السياق لافتراضات مولنار وزملانه علي النحو التالي:

افتراضات مولنار وزملانه (2017):

صاغ مولنار وزملانه عدة افتراضات لتفسير تأثير الكمالية علي الصحة الجسمية، ومن أبرز هذه الافتراضات أن الكمالية ترتبط بنشأة المشقة، وهو ما يؤدي بالشخص الكمال إلي أن يكون مستهدفاً للإصابة بالأمراض الجسمية. وقد استند الباحثان بصفة أساسية إلي نموذج المشقة - الاستهداف للكمالية لهيوييت وفليت سنة ١٩٩٣، وفي هذا النموذج، افترض أن تتوسط المشقة علاقة الكمالية بالصحة الجسمية، أو تقوم بتعديل هذه العلاقة من خلال زيادة أو تخفيض الاستهداف أو المقاومة. وقد أكد هيوييت وفليت علي أربعة جوانب مهمة للمشقة هي: نشأة المشقة، وتوقعها، واستمرارها، وتعزيزها. وفيما يتصل بنشأة المشقة، افترض هيوييت وزميله سنة ٢٠٠٢ أن الكمالية تشارك بكثافة في التعرض للمشقة من خلال السعي المستمر للمعايير المستحيلة. امتد مولنار وسيروا من هذا الافتراض إلي طرح أن الشخص الكمال مقارنة بغير الكمال يواجه مستويات هائلة من المشقة خلال حياته. تبدو هذه المشقة في أحداث الحياة الكبرى والمنغصات اليومية، فضلاً عن التفاعلات الاجتماعية السلبية، والصراعات الشخصية والتي توصلت الدراسات إلي العلاقة الموجبة بينهما والكمالية. فالكمالي المتطرف يكون تحت ضغوط مستمرة وصارمة ليكون مثالي ويلبي المطالب التي فرضها علي نفسه أو مطالب الآخرين. تؤدي هذه الضغوط إلي الارهاق الانفعالي والجسدي خاصة لدى الكماليين الذين يقيمون حياتهم وفقاً لرابطة تقدير الذات المستند إلي النشاط (Molnar et al., 2017).

وقد استندت افتراضات مولنار وزملانه إلي أن الكمالية تولد المشقة إلي عدة نتائج من بينها: ما توصل إليه ويرتز Wirtz سنة ٢٠٠٧ من أن الاهتمامات بالكمالية خاصة الاهتمام بالأخطاء يرتبط باستجابة كورتيزول مرتفعة عند مواجهة مشقات نفسية اجتماعية. كما توصل لويتن Luyten وزملانه سنة ٢٠١١ إلي أن بعض الكماليين يولدوا لأنفسهم المشقة، وأن هذه المشقة تنشأ جزئياً من استنادهم إلي التقييمات المعرفية السلبية، واستخدامهم أساليب مواجهة تجنبية. كما توصل رايس Rice وزملانه سنة ٢٠١٥ إلي أن الطلبة الكماليين ينتقلون إلي مستوي مشقة مرتفع بعد مرورهم بخبرة فشل أكاديمي. وبمجرد أن تنشأ المشقة، يكون الشخص الكمال

مستهدفاً للمعاناة وكذلك للمشكلات الصحية، وفقاً لزيادة تفاعله مع المشقة، وعدم قدرته على تنظيم مستويات المشقة لديه (Molnar et al., 2017). وافترض مولنار وزملاؤه أن الشخص الكمال الأكثر استهدافاً للمشكلات الصحية هو الكمال التفاعلي، وهو المصطلح الذي ارتبط بوصف فليت وهيويت سنة ٢٠١٦ لمفهوم الاستجابية الكمالية *Perfectionistic reactivity*. ويعني هذا المفهوم أن معظم الاستهداف الوراثي للشعور بالمشقة ليكون الفرد مثالياً، يستند إلى كيفية تفاعله عندما تكون الأحداث اليومية والخبرات غير مثالية، ولا تتناسب مع رؤيته المثالية. ويتضمن هذا المفهوم مدى واسعاً من الاستجابات السلوكية والدافعية والانفعالية والمعرفية غير التوافقية التي تعكس ميول تقييم الذات وفقاً لمبدأ الكل أو العدم لدى الشخص الكمال. وهو مستهدف أيضاً لصياغة استنتاجات سلبية عن نفسه، قد تنعكس في شعوره الدائم بالخلج، وعدم الكفاءة. وتتمثل المشكلة الأكبر عندما تتجمع المشقة، والشعور بعدم الكفاءة لتكوين شعور عميق باليأس. وقد افترض مولنار وزملاؤه أن هناك فئة من الكماليين مستهدفين لليأس، ونظراً لأن هناك تراثاً متزايداً عن دور اليأس في نشأة المشكلات الصحية، وتفاقم هذه المشكلات، فإنه يجب تناول اليأس كمتغير وسيط مهم في العلاقة بين الكمالية والمشكلات الصحية (Molnar et al., 2017).

الأدلة المدعمة لافتراضات مولنار وزملائه:

افترض هولرويد Holroyd سنة ٢٠٠٢ أن الكمالية من العوامل النفسية التي تشارك في تفاقم أعراض الصداع وتسهم في إزمائه، وتوصل بيرن Byrne وهوتشوارتر Hochwarter سنة ٢٠١٠ إلى أن الكمالية تسهم في هذا من خلال زيادة المشقة، والاستجابات الانفعالية السلبية (Wilson et al., 2024). وقد أظهرت الدراسات أن الكمالية عامل استهداف للاضطرابات النفسية الجسمية؛ حيث ترتبط بالعديد من المشكلات الجسمية من بينها: الألم المزمن، والتعب، والصداع، والصداع النصفي. وقد أكد بوبينيوس Bußenius وهاريندزا Harendza علاقة الكمالية بالاضطرابات النفسية الجسمية لدى المتقدمين إلى كلية الطب (Feizollahi et al., 2022). وقد توصل فليت وزملاؤه سنة ١٩٩٥ إلى أن المرتفعين على الكمالية المحددة اجتماعياً يقرون أعراض اكتئاب أعلى عندما يخبرون مستويات مرتفعة من أحداث الحياة السلبية. كما وجد دانكلي Dunkley وزملاؤه سنة ٢٠١٤ أن المرتفعين على الاهتمامات بالكمال قد كشفوا عن زيادة أكبر في الوجدان السلبي والحزن في الأيام التي خبروا فيها مستويات مرتفعة من المشقة اليومية (Suh et al., 2022). وتدعيما لفروض مولنار وزملائه من أن الكمالية ترتبط بنشأة المشقة، سواء من خلال المعايير غير الواقعية أو طريقه التعامل مع المشقات التي تتسم بالحدة التي تفرضها الكمالية، وهو ما يعكس قدر واضح من قسوة التعامل مع الذات لدى الشخص الكمال، تناول الباحثون الرحمة بالذات *Self-compassion*، والذي تعرفه نيف Nuff بأنه اتجاه صحي نحو الذات حيث مشاعر الشفقة والتعاطف مع الذات، وغياب النقد عند المعاناة، أو الفشل - مما يتعارض مع خصائص الكمالية - وتوصلوا إلى دور

هذا المفهوم في تعديل العلاقة بين الكمالية غير التوافقية والمشكلات الصحية (Benedetto et al., 2024).

ثالثاً: الافتراضات عن العلاقة بين التسويف والكمالية:

هناك العديد من الافتراضات المدعومة للعلاقة بين التسويف والكمالية. من هذه الافتراضات أن الأفراد الذين يتسمون بالكمالية، يميلون إلى وضع معايير مرتفعة لعملهم، ويظهرون درجة كبيرة من نقد الذات. وتؤدي هذه المظاهر من الكمالية إلى صعوبة في بدء المهام أو إكمالها لاعتقادهم بأن النتائج لن تلي توقعاتهم بالكمال. كما أن الخوف من الفشل يؤدي بهم إلى التسويف كوسيلة للهروب من المهمة. كذلك قد ينشغل الشخص الكمالى بالتفاصيل الصغيرة ويخصص لها وقتاً طويلاً، بينما لا يخصص وقتاً كافياً للعمل المراد إنجازه مما يؤدي إلى زيادة التسويف. بالإضافة إلى أن الشخص الكمالى غالباً ما يواجه صعوبة في اتخاذ القرارات؛ لانشغاله باتخاذ الخيار الأمثل مما يؤدي إلى التردد وفي النهاية التسويف (Agarwal & Joy, 2023).

من ناحية أخرى، أشار بعض الدراسات إلى أن الكمالية من مصاحبات ميول التسويف المزمن (Specter & Ferrari, 2000). ويتسق هذا مع ما أشار إليه هامانتيك من أن الفشل في تحقيق الكمال وعدم القدرة على الوصول إلى توقعات الفرد والآخرين لدى الكمالى العصابي يسبب مشاعر العجز التي تؤدي إلى التسويف الذي يسمح للفرد بتجنب أداء أقل من الأداء المثالي المنشود (Hadi et al., 2022). كما ترتبط الشخصية المسوفة بعدة صفات من بينها: تدني تقدير الذات، والمستوى المرتفع من نقد الذات، والخوف والقلق من الفشل خاصة عند اقتراب الموعد النهائي لأداء المهمة والانتفاء منها (نشوة عبد الله، ٢٠٢٠)، وهي سمات تعد من المعالم الأساسية للكمالية (Sederlund et al., 2020). وفي هذا السياق، افترض بعض الباحثين أن التسويف ينشأ من تكامل بين ثلاثة مكونات هي: الخوف من الفشل، والنفور من المهمة، والكسل (Laziness) (Malobabic et al., 2019). كما افترض البعض أن الكمالى العصابي يكون مدفوعاً بالخوف من الفشل بدلاً من الرغبة في الإنجاز وهو ما يؤدي إلى نتائج سلبية مثل التسويف والتردد (Benedetto et al., 2024). وقد توصل بعض الباحثين إلى أن التوقعات والنقد الوالدي المدرك المرتفع ينبئ بالميل إلى التسويف في السياقات الأكاديمية (Sommantico et al., 2024).

وحديثاً، أشارت نازة نين محمد (٢٠٢٥) إلى أن التسويف غالباً ما يكون أحد أعراض الكمالية؛ نظراً لأن الكماليين يهتمون بإنهاء المهمة على أكمل وجه فإنهم يميلون إلى تأجيلها لأطول فترة ممكنة. من ناحية أخرى تتفق الكمالية مع التسويف في ارتباطها بمستويات مرتفعة من المشقة (Jamil et al., 2021; Benedetto et al., 2024)، فضلاً عن ارتباطها على غرار التسويف بالاكتئاب (Davis, 1997; Sumi et al., 2001; Jamil et al., 2021; Hadi et al., 2022; Wilson et al., 2024).

يمكن أن نخلص مما سبق إلى أن كلا من التسويف والكمالية يعكسان دلالة سلبية من خلال ارتباطهما بمستويات مرتفعة من المشقة، فالتسويف في جوهره تأجيل المهام مما يجعلها مصدرًا مستمراً للضغط حتى إنهاؤها، في حين أن الكمالية تعكس التمسك

بمعايير غير واقعية للأداء مما يجعل الفشل في إنجازها أمراً متوقعا، وبالتالي يصبح الفرد في مواجهة مستمرة مع خبرات الفشل المتتالية، مما يشكل مصدرا مستمرا للضغط. ومن ثم يمثل المفهومان معا مستوي أعلي من المشقة مقارنة بالمشقة المتصلة بكل مفهوم علي حدة.

الدراسات السابقة:

يمكن تصنيف الدراسات السابقة إلي فئتين هما:

١- الدراسات التي اهتمت ببحث العلاقة بين التسويق الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية.

٢- الدراسات التي اهتمت ببحث العلاقة بين الكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسمية. وفيما يلي عرض لهذه الدراسات.

أولا: الدراسات التي اهتمت ببحث العلاقة بين التسويق الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية.

في دراسة أجراها سيروا (Sirois, 2007) هدفت إلي اختبار نموذج التسويق - الصحة لدي الراشدين؛ من خلال اختبار الأدوار الوسيطة المفترضة لكل من المشقة والسلوكيات الصحية في العلاقة بين التسويق والصحة. تكونت عينة الدراسة من ٢٥٤ (٧٦ ذكراً، ١٧٨ أنثي) من عدة دول كانت: ٥٩,٣٪ من كندا، و ٣٦,٨٪ من أمريكا، و ١,٦٪ من كل من أوروبا وأستراليا. كان متوسط أعمارهم ٣٣,٨ ± ١٢,٤ سنة. تم تطبيق مقياس لاي Lay العام للتسويق (GPS) سنة ١٩٨٦ الذي يقيس الميول العامة نحو التسويق عبر مجموعة من المهام غير الممتعة. كما تم تطبيق قائمة الراشدين للتسويق (AIP-R) لجونسون Johnson وماكون McCown سنة ٢٠٠١ لقياس التأخير المزمن في أداء المهام بدافع تجنب المهام غير المريحة. كما تم تطبيق مقياس فرعي للتسويق من استبيان ملبورن لاتخاذ القرار (MDMQ-P) لقياس الميل إلي تأجيل اتخاذ القرارات. كما تم تقدير عدد ونوع المشاكل الصحية باستخدام استبيان التاريخ الطبي المختصر Brief Health History Questionnaire لسيروا وجيك Gick لسنة ٢٠٠٢. يتضمن الاستبيان ١٣ مشكلة صحية جسمية حادة مثل: نزلات البرد، والصداع، واضطرابات الجهاز الهضمي التي عاني منها الفرد خلال الستة أشهر الأخيرة. تم قياس المشقة خلال فترتي الأسبوعين، والستة أشهر الأخيرة. ولقياس السلوكيات الصحية، تم تطبيق قائمة سلوكيات الصحة (WBI) لسيروا وبيشيل Pychyl سنة ٢٠٠٢، يتضمن سلوكيات مثل: تناول الطعام الصحي، وممارسة الرياضة. كما تم تطبيق سلوكيات الرعاية الصحية وتضمنت سؤالين عن زيارة طبيب الأسنان لفحوصات دورية، وزيارة الطبيب سنوياً لإجراء فحص طبي سنوي. كما تم قياس سلوكيات السلامة المنزلية. توصل الباحث إلي العلاقة الموجبة بين التسويق (من خلال مقياسي لاي العام للتسويق، وقائمة الراشدين للتسويق لجونسون وماكون) وكل من: المشكلات الصحية الحادة، والمشقة خلال فترتي القياس. كما ارتبط التسويق سلباً بكل من سلوكيات الصحة، وسلوكيات الرعاية الصحية (زيارة طبيب الأسنان)، والسلامة المنزلية. وكشفت نتائج نمذجة المعادلات البنائية عن توسط المشقة للعلاقة بين التسويق والصحة الجسمية بدرجة كاملة، في حين لم يكن للسلوكيات الصحية دور

وسيط عند تناول التأثير المشترك مع المشقة في الاعتبار. وخلص الباحث إلي أن التسويف قد يزيد من الاستهداف لزيادة المشقة وبالتالي المزيد من المشكلات الصحية. دعمت هذه الدراسة العلاقة بين التسويف وارتفاع المشقة والمشكلات الصحية الحادة، وممارسة سلوكيات صحية أقل.

في دراسة تالية لسيروا وتوستي Tosti (2012) هدفت إلي بحث الدور الوسيط للتأمل Mindfulness في علاقة التسويف بالمشقة وتدني الصحة. تكونت عينة الدراسة من ٣٣٩ طالباً (٦٢ ذكراً، ٢٧٧ أنثى) بلغ متوسط أعمارهم 21.7 ± 4.9 سنة. تم تطبيق مقياس لاي للتسويف العام، ومقياس الوعي الانتباهي المتعلق Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) لقياس قدرة الفرد علي البقاء منتبها أثناء النشاطات اليومية، وقائمة كنتاكي لمهارات التأمل Kentucky Inventory Mindfulness Skills (KIMS)، لبائر Baer وألين Allen سنة ٢٠٠٤ التي تتضمن أربعة أنواع من مهارات التأمل هي: الملاحظة، والوصف، والتصرف بوعي، والقبول للخبرة دون أحكام. وتم الاختصار في الدراسة علي مهارتي التصرف بوعي والقبول للخبرة دون أحكام. كما تم قياس ممارسات التأمل (مثل: التأمل). وطبق مقياس المشقة المدركة Perceived stress scale لكوهين Cohen وويليامسون Williamson سنة ١٩٨٨ لتقدير المشقة المدركة. كما تم تقدير درجة المشقة خلال فترتي الأسبوعين، والسنة أشهر الأخيرة. تم تقدير الحالة الصحية من خلال بند تقدير لمستوي الصحة الجسمية من استبيان الصحة المختصر (SF-36) للوير Ware وشيربورن Sherbourne سنة ١٩٩٢. توصل الباحثان إلي العلاقة الموجبة بين التسويف وكل من المشقة، وتدني الصحة الجسمية، كما ارتبطت المشقة بتدني الصحة الجسمية. أما التأمل فقد ارتبط سلباً بالتسويف وبالمشقة وإيجاباً بالصحة الجسمية. كشفت نمذجة المعادلات البنائية عن انخفاض التأمل بوصفه وسيطاً بين التسويف وكل من المشقة وتدني الصحة. وفسر الباحثان هذه النتيجة بأن انخفاض التأمل لدي المسوفين يتسق مع نتائج تدعم تقييمهم السلبي لأنفسهم، ومن ثم ميلهم إلي تبني مواقف ناقدة وأحكاماً نحو المهام التي يواجهون صعوبة في إنجازها مما يعوق المثابرة في القيام بها. ويؤدي نقد الذات إلي توليد مشقات غير ضرورية تؤثر علي الصحة المدركة، كما أن ضعف المثابرة وعدم إنهاء المهام يتسبب في مزيد من المشقة، وهو ما يؤدي في النهاية إلي تدني الصحة الجسمية.

وفي دراسة قام بها مالوبابيك Malobabic وزملاؤه (2019) كان من أهدافها اختبار العلاقة بين الأعراض النفسية الجسمية والتسويف الأكاديمي لدي طلبة كلية الرياضة والتعليم الجسدي. تكونت عينة الدراسة من ٤٢٤ طالباً (٣١٧ ذكراً، ١٠٧ أنثى)، تراوحت أعمارهم بين ١٩ و٢٦ سنة. تم تطبيق مقياس الأعراض النفسية الجسمية لفوليك - برتوفيتش Vulic-Prtovic سنة ٢٠٠٥، ٢٠١٦ لتقدير التكرار والعبء المدرك للأعراض الجسمية التي تشيع في الرعاية الأولية. يتضمن المقياس ٣٥ بنداً يعكس ٣٥ عرضاً جسدياً وإحساسات تتصل بخمس فئات هي: الألم العضلي الهيكلي Pain-Musculoskeletal، والأعراض العصبية الزائفة Pseudoneurological، والجهاز الهضمي Gastrointestinal، والتنفسي

Respiratory، والقلبي الوعائي Cardiovascular، والجلدية Dermatological. ويطلب من الفرد تقدير درجة تكرار كل عرض خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة، وكذلك تحديد الدرجة التي يؤثر بها كل عرض جسدي علي النشاطات اليومية للفرد. كما تم تطبيق مقياس تقييم التسويف للطلاب Procrastination Assessment for Students (PASS) لسولومون Solomon وروثبلوم Rothblum سنة ١٩٨٤. ويقيس ست مهام أكاديمية من بينها: كتابة فصل دراسي، والدراسة للاختبار، والقيام بواجبات القراءة الأسبوعية. توصل فريق الباحثين إلى العلاقة الموجبة بين معظم فئات الأعراض النفسية الجسمية باستثناء الأمراض الجلدية والتسويف الأكاديمي.

وفي دراسة لجوهانسون Johansson وزملائه (2023) هدفت إلى اختبار قدرة التسويف علي التنبؤ بمؤشرات صحية أسوأ بعد متابعة ٩ أشهر. تكونت عينة الدراسة النهائية من ٢٥٨٧ طالبا (٩٦٦ ذكراً، ١٦٢١ أنثى)، من طلاب جامعات في السويد. تم قياس التسويف باستخدام ٥ بنود من النسخة السويدية لمقياس التسويف. في حين شملت مؤشرات الصحة: مشاكل الصحة العقلية (تتضمن أعراض الاكتئاب، والقلق، والمشقة)، وآلام معيقة (تتصل بالرقبة و/أو أعلي الظهر، وأسفل الظهر، والأطراف العلوية والسفلية)، وسلوكيات أسلوب الحياة غير الصحية (مثل: انخفاض جودة النوم، وتخطي وجبة الإفطار)، وعوامل الصحة النفسية والاجتماعية (الوحدة والصعوبات الاقتصادية)، والصحة العامة. توصل الباحثون إلي أن مستويات التسويف المرتفعة قد ارتبطت بتدهور مؤشرات صحية عند المتابعة وهي: المستويات الأعلى من الاكتئاب، والقلق، والمشقة، والشعور بالأم معيقة في الأطراف العلوية، ومستويات أسوء من عوامل الصحة النفسية والاجتماعية (زيادة الشعور بالوحدة وزيادة الصعوبات الاقتصادية). من ناحية أخرى، لم تتوصل الدراسة إلي علاقة بين التسويف وكل من: الألم الشديد في المناطق الأخرى من الجسم (الرقبة و/أو أعلي الظهر، أو أسفل الظهر، أو الأطراف السفلية)، وسلوكيات أسلوب الحياة غير الصحية، والصحة العامة.

وقامت سيروا وزملاؤها (2023) بدراسة من أهدافها اختبار دور التسويف في التنبؤ زمنيا بكل من المشقة والسلوكيات الصحية والمشكلات الصحية. تكونت عينة الدراسة من ٣٢٨ طالبا، من مختلف أقسام جامعة كارلتون بكندا. أجريت الدراسة علي ثلاث فترات زمنية يفصل بين كل منها شهر. في القياس الأول تم تطبيق مقياس لاي العام للتسويف (GPS) سنة ١٩٨٦، وتم قياس المشقة من خلال مقياس المنغصات Hassles Scale لكانر وزملائه سنة ١٩٨١؛ لتقدير شدة الضغوط اليومية الشائعة التي حدثت خلال الشهر الماضي، وتم تطبيق النسخة المختصرة لـ Lu سنة ١٩٩١ من هذا المقياس. كما تم تطبيق قائمة سلوكيات الصحة (WBI) لسيروا سنة ٢٠٠١ (يتضمن بنوداً خاصة بالتغذية الصحية، وممارسة الرياضة بانتظام). وتم تقدير عدد ونوع المشاكل الصحية باستخدام استبيان التاريخ الصحي المختصر لسيروا وجيك سنة ٢٠٠٢. تم تطبيق جميع المقاييس في القياسات الثلاثة، باستثناء مقياس التسويف الذي اقتصر تطبيقه علي القياس الأول. توصل الباحثون إلي ارتباط التسويف بالمتغيرات الصحية في الاتجاه المتوقع عبر القياسات الثلاثة؛ حيث ارتبط إيجاباً بالمشقة

وبالمشكلات الصحية وسلبا بالسلوكيات الصحية. وعند إجراء تحليل المسار، وجدت علاقة غير مباشرة بين التسويف والمشكلات الصحية من خلال المشقة. دعمت نتائج الدراسة أن علاقة التسويف المزمن بتدني الصحة الجسمية تعزي بدرجة أساسية إلي ارتفاع المشقة، وأن هذه العلاقات مستقرة بمرور الزمن.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت ببحث العلاقة بين الكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسدية.

قام مولنار Molnar وزملاؤه (2006) بدراسة هدفت إلي اختبار الدور الوسيط للوجدان السلبي والإيجابي في العلاقة بين الكمالية والصحة الجسمية. تكونت عينة الدراسة من ٤٩٢ من الجمهور العام منهم ١٩٤ ذكراً، و ٢٩٨ أنثى، بلغ متوسط أعمارهم ٣١ ± ٢,٨ سنة. تم تطبيق مقياس الكمالية متعددة الأبعاد (MPS-H) لهيوت وفليت سنة ١٩٩١ ويتضمن: الكمالية الموجهة نحو الذات، والكمالية نحو الآخرين، والكمالية المحددة اجتماعياً. كما تم تطبيق قائمة الوجدان السلبي والإيجابي Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) ولواطسن Watson وزملائه سنة ١٩٨٨، وتم من خلاله قياس الوجدان الإيجابي مثل: اليقظة والاهتمام، والوجدان السلبي مثل: الشعور بالذنب، والضيق. وتم تقدير الصحة الجسمية من خلال أربعة مؤشرات تشكل متغيراً كامناً للصحة الجسمية هي: الصحة المدركة (من خلال بند يتم فيه تقدير الفرد لمستوي صحته الجسمية مقارنة بأقرانه في نفس المرحلة العمرية)، والأعراض (مقتبسة من ماكميلان لسنة ١٩٥٧، ويتم حساب متغير مركب من الإجابة عن ٢١ بنداً تتصل بمشكلات صحية مثل: مشكلات النوم، وضيق التنفس، واضطراب المعدة، والتعب، ويتم قياس تكرار كل عرض، مع تقدير مدي تأثير هذه الجوانب علي الأداء اليومي)، وبنديين لتقييم المرض الجسدي (يشمل عدد زيارات الطبيب، وعدد أيام البقاء في الفراش مريضاً خلال العامين الماضيين). تم ترميز جميع الإجابات علي المؤشرات الأربعة بحيث تعكس القيم الأعلى صحة جسمية أفضل. توصل فريق الباحثين إلي ارتباط الكمالية الموجهة نحو الذات بالصحة الجسمية الأفضل، وأن هذه العلاقة يتوسطها بالكامل ارتفاع الوجدان الإيجابي وانخفاض الوجدان السلبي. وعلي العكس، ارتبطت الكمالية المحددة اجتماعياً بتدهور الصحة الجسمية، وتوسط هذه العلاقة جزئياً انخفاض الوجدان الإيجابي وارتفاع الوجدان السلبي.

وفي دراسة قام بها أوفوجي Ofoghi وبشارات Besharat (2010) هدفت إلي اختبار العلاقة بين مظاهر الكمالية والصحة الجسمية. تكونت عينة الدراسة من ٢٧٤ من الجمهور العام، ١٢٠ من الذكور، و ١٥٤ من الإناث، بلغ متوسط العمر ٣٣ ± ٧,٧٣ سنة. تم تطبيق مقياس طهران للكمالية متعددة الأبعاد Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (TMPS) لبشارات سنة ٢٠٠٤، يتضمن ثلاثة مقياس هي: الكمالية نحو الذات، والكمالية نحو الآخرين، والكمالية المحددة اجتماعياً. تم تطبيق قائمة الصحة الجسمية Physical Health Inventory (PHI)، تتضمن القائمة ٢٤ بنداً لقياس أربعة عوامل تشكل متغير كامن للصحة الجسمية هي: الصحة المدركة (من خلال بند يتم فيه تقدير الفرد لمستوي صحته الجسمية مقارنة بأقرانه في نفس المرحلة العمرية)، والأعراض (مقتبسة من ماكميلان

لسنة ١٩٥٧، ويتم حساب متغير مركب من الإجابة عن ٢١ بنداً تتصل بمشكلات صحية مثل: ضيق التنفس، واضطراب المعدة، والتعب، ويتم قياس تكرار كل عرض، مع تقدير مدي تأثير هذه الجوانب علي الأداء اليومي)، وبندين لتقييم المرض الجسمي (يشمل عدد زيارات الطبيب، وعدد أيام البقاء في الفراش مريضاً خلال العامين الماضيين). تم ترميز جميع الإجابات علي المؤشرات الأربعة بحيث تعكس القيم الأعلى صحة جسمية أفضل. توصل الباحثان إلي العلاقة الموجبة بين الكمالية نحو الذات والصحة الجسمية. في حين ارتبطت الكمالية المحددة اجتماعياً سلباً بالصحة الجسمية. أما الكمالية نحو الآخرين لم ترتبط بالصحة الجسمية. فسر الباحثون نتائج الدراسة بأن الكمالية نحو الذات تعزز دوافع الفرد بصورة ديناميكية ومستمرة للوصول إلي وضع أفضل، وأن هذا المصدر القوي للدافع يتعارض مع أعراض المرض الجسمي، أما الكمالية المحددة اجتماعياً حيث الكمالية التي يفرضها الآخرون علي الفرد مرهقة وتضر بالصحة وترتبط بتدهورها. أما الكمالية نحو الآخرين حيث ينتقل مركز الضغط من الفرد إلي الآخرين، ربما لا يكشف عن ارتباط واضح بالصحة الجسمية.

وفي دراسة تالية قام بها فليت وزملاؤه (2012) كان من أهدافها اختبار الدور الوسيط لكل من المنغصات اليومية Daily hassles والوجدان السلبي في العلاقة بين الأفكار التلقائية للكمالية والأعراض النفسية الجسمية. تكونت عينة الدراسة من ٢٢٨ طالبا جامعياً منهم ٧١ طالبا، و١٥٧ طالبة، بلغ متوسط أعمارهم 18.9 ± 2.3 سنة. تم تطبيق قائمة معارف الكمالية (PCI) Perfectionism Cognitions Inventory لفليت وزملائه سنة ١٩٩٨. وقيس تكرار الأفكار التلقائية التي تشير إلي الحاجة إلي الكمالية خلال الأسبوع الماضي ومن أمثلة هذه الأفكار: لماذا لا يمكنني أن أكون كاملاً؟. وتم تطبيق قائمة الوجدان السلبي والإيجابي (PANAS) لواطسن وزملائه سنة ١٩٨٨، ويتم من خلاله قياس الوجدان الإيجابي مثل: اليقظة والاهتمام، والوجدان السلبي مثل: الشعور بالذنب، والضيق. كما طبقت قائمة خبرات الحياة الحديثة لطالبة الجامعة Inventory of College Students Recent Life Experiences (ICSRLE) لكوهن Kohn وزملائه سنة ١٩٩٠، لقياس منغصات الحياة اليومية التي تتعلق بعوامل مثل: ضغط الوقت، والاغتراب الأكاديمي. وتم تطبيق قائمة فحص الأعراض النفسية الجسمية (PSC) لأتانسو Attansio وزملائه سنة ١٩٨٤. ويتضمن ١٧ عرضاً مثل: الصداع، والتعب، والدوار. وتقيس هذه القائمة مؤشري تكرار وشدة العرض النفسي الجسمي، وتم الاقتصار في الدراسة علي تكرار العرض. توصلت الدراسة إلي العلاقة الموجبة بين الكمالية والأعراض النفسية الجسمية، كما توسطت المنغصات اليومية والوجدان السلبي هذه العلاقة.

وفي دراسة لولاء بدوي (٢٠١٨) هدفت إلي التعرف علي النموذج البنائي للعلاقات بين الكمالية والاضطرابات النفسية الجسمية والضغط النفسية لدي طلاب الجامعة. وتكونت عينة الدراسة من ٢٠٠ من طالبات كلية التربية بجامعة الملك خالد. تراوحت أعمارهن بين ١٨ و٢٥ سنة. تم تطبيق النسخة العربية من مقياس الكمالية لكوريا Correia وزملائه سنة ٢٠١٧ التي أعدتها الباحثة، يتكون المقياس من ستة أبعاد هي: القلق تجاه الأخطاء، والشكوك حول الأفعال، والتوقعات الوالدية، والنقد

الوالدي، والمعايير الشخصية، والتنظيم. قامت الباحثة بتطبيق نسخة مختصرة من مقياس الأعراض الجسدية من قائمة كورنل لكيف Keev وزملائه للاضطرابات السيكوسوماتية، والتي قام بتعريبها محمود أبو النيل سنة ١٩٩٥. شملت هذه النسخة المختصرة ستة مقياس فرعية تتصل بالجهاز العصبي، والقلب والأوعية الدموية، والجهاز التنفسي، والجهاز الهضمي، والجلد، والتعب. كما تم تطبيق مقياس الضغوط النفسية للقُدومي و خليل لسنة ٢٠١١. كشفت النتائج عن ارتباط الدرجة الكلية للكمالية بكل من الدرجة الكلية لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية، والدرجة الكلية علي كل مقياس فرعي للقائمة، بالإضافة إلي العلاقة الموجبة بين الدرجة الكلية للكمالية والدرجة الكلية للضغوط النفسية. ووفقا لنتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي، توصلت الدراسة إلي أن مكونات الكمالية: الشكوك حول الأفعال، والقلق تجاه الأخطاء، والتنظيم، والتوقعات الوالدية، والنقد الوالدي تنبأت بمقدار ٥١,٧٪ من الاضطرابات النفسية الجسمية.

وفي دراسة حديثة قامت بها ماندانا عبد الكريم وزملاؤها (Abdolkarimi et al., 2024) هدفت إلي اكتشاف التفاعل بين الصلابة النفسية والكمالية والمشقة والأعراض النفسية الجسمية، وتم استخدام نمذجة المعادلات البنائية لتحليل المسار، حيث المشقة والأعراض النفسية الجسمية تمثل متغيرات تابعة، والصلابة النفسية والكمالية متغيرات منبئة. شملت العينة ٣٤٠ ممرضا وممرضة من مازندران Mazandaran بايران، منهم ٨٦ ممرضا، ٢٥٤ ممرضة. تراوحت أعمارهم بين أقل من ٢٥ سنة إلي ٥٥ سنة. (١٦,٧٪ أقل من ٢٥ سنة، ٥٧,١٪ بين ٢٥ و ٣٥ سنة، و ١٩,٥٪ بين ٣٥ و ٤٥ سنة، و ٦,٧٪ بين ٤٥ و ٥٥ سنة). تم تطبيق مقياس طهران للكمالية متعددة الأبعاد (TMPS) لبشارات سنة ٢٠١١، يقيس ثلاثة مكونات للكمالية هي: الكمالية نحو الذات، والكمالية نحو الآخرين، والكمالية المحددة اجتماعيا. كما تم تطبيق استبيان تاكاتا وساكاتا للأعراض النفسية الجسمية Takata and Sakata Psychosomatic Questionnaire لقياس عدد الشكاوي النفسية الجسمية. كما تم تطبيق استبيان كوباسا Kobasa وزملائها للصلابة Hardiness Questionnaire الذي تضمن مكونات: الالتزام، والتحدي، والتحكم. واستبيان مشقة التمريض Nursing Stress Questionnaire. توصل الباحثون إلي العلاقة الموجبة بين مكونات الكمالية موضع الدراسة وكل من المشقة، والأعراض النفسية الجسمية. وفي النموذج النهائي لتحليل المسار، كانت أعلى قيمة للمسار بين الكمالية نحو الآخرين والأعراض النفسية الجسمية، بينما غاب المسار الدال بين نوعي الكمالية: نحو الذات، والمحددة اجتماعيا والأعراض النفسية الجسمية. كما أن الكمالية نحو الآخرين ومكوني الصلابة: الالتزام والتحكم أمكنهم التنبؤ بمقدار ٨٤٪ من الدرجة علي الأعراض النفسية الجسمية. أكدت نتائج هذه الدراسة أهمية الكمالية نحو الآخرين لدي هذه الفئة المهنية.

تعقيب علي الدراسات السابقة:

- ١- من خلال الاطلاع علي التراث البحثي السابق للدراسة الحالية، لم تتوصل الباحثة إلي دراسة تناولت العلاقة بين التسويف بصفة عامة أو التسويف الأكاديمي بصفة خاصة والأعراض النفسية الجسمية لدي أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، أو دراسة تناولت العلاقة بين الكمالية بصفة عامة أو الكمالية العصابية بصفة خاصة والأعراض النفسية الجسمية لدي أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، وكذلك ندرة الدراسات التي تناولت الدور التنبؤي لكل من التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية بالأعراض النفسية الجسمية لدي أعضاء هيئة التدريس بالجامعة علي نحو خاص. وهو ما يشكل ندرة واضحة في التراث، فضلاً عن الفجوة الزمنية الواضحة بين الدراسات خاصة المتصلة بالتسويف، ولهذا أجريت الدراسة الحالية.
- ٢- يوجد عدد محدود من الدراسات التي تناولت العلاقة بين التسويف بصفة عامة، والتسويف الأكاديمي بصفة خاصة والأعراض النفسية الجسمية. وفي حدود هذه الدراسات، ارتبط التسويف الأكاديمي إيجاباً بالأعراض النفسية الجسمية لدي طلبة الجامعة (Malobabic et al., 2019)، كما ارتبط بالتسويف بصفة عامة لدي هؤلاء الطلبة بتدني الصحة الجسمية (Sirois & Tosti, 2012) وبالمشكلات الصحية (Sirois, 2023)، كما تنبأ التسويف لديهم بأحد مؤشرات تدهور الصحة الجسمية وهو الألام في الأطراف العلوية للجسم (Johansson et al., 2023). في حين ارتبط التسويف إيجاباً بعدد ونوع المشكلات الصحية الحادة لدي الراشدين (Sirois, 2007).
- ٣- يوجد أيضاً عدد محدود من الدراسات التي اهتمت باختبار العلاقة بين الكمالية والأعراض النفسية الجسمية. وفي سياق هذه الدراسات المحدودة، كان هناك تعارض في النتائج؛ حيث توصلت بعض الدراسات إلي العلاقة الموجبة بين أفكار الكمالية الآلية والأعراض النفسية الجسمية لدي طلبة الجامعة (Flett et al., 2012)، والعلاقة الموجبة بين أبعاد الكمالية لكوريا وزملائه التي تماثل أبعاد فروست وزملائه (Frost et al., 1991) والاضطرابات النفسية الجسمية لدي طلبة الجامعة أيضاً (ولاء بدوي، ٢٠١٨). وكذلك العلاقة الموجبة بين الكمالية من منظور هيويت وفليت (1991) والأعراض النفسية الجسمية لدي الممرضين (Abdolkarimi et al., 2024) بالإضافة إلي قدرة الكمالية علي التنبؤ بالاضطرابات النفسية الجسمية (ولاء بدوي، ٢٠١٨)، كما أن لها تأثيراً جوهرياً علي الأعراض النفسية الجسمية وتحديد الكمالية نحو الآخرين (Abdolkarimi et al., 2024). بينما توصلت دراستي مولنار وزملاؤه (2006)، وأوفوجي وبشارت (2010) إلي العلاقة الموجبة بين الكمالية والصحة الجسمية.

فروض الدراسة:

- ١- توجد علاقة موجبة بين التسويف الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة.
- ٢- توجد علاقة موجبة بين الكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة.
- ٣- يسهم التسويف الأكاديمي في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة.
- ٤- تسهم الكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة.
- ٥- يتفاعل كل من التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية معا في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة.

منهج الدراسة وإجراءاتها

المنهج:

تستند الدراسة الراهنة إلي المنهج الوصفي الارتباطي؛ حيث تهدف الدراسة إلي بحث إسهام كل من التسويف الأكاديمي، والكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة من الجنسين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٥٥ من أعضاء هيئة التدريس (٢٥ من الذكور، و ٣٠ من الإناث)، من مختلف أقسام كليات الآداب ببعض الجامعات. تكونت عينة الذكور من (١٧) من أعضاء هيئة التدريس بآداب القاهرة، و (١) من آداب جامعة كفر الشيخ، و (١) من كلية الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس، و (٦) من آداب جامعة بنها. في حين كانت عينة الإناث من كلية الآداب، جامعة القاهرة. وكانت تخصصات أفراد العينة: اللغات الشرقية، واللغة العربية، والجغرافيا، والوثائق والمكتبات، وعلم النفس، واللغة الفرنسية، واللغة الإسبانية. وقد تم اختيارهم بناء علي الشروط التالية:

- ١- الخلو من الأمراض الجسدية المزمنة مثل: الربو، والسكري (Malobabic et al., 2019).

- ٢- أن يتجاوز شغل العضو في وظيفة مدرس أو أستاذ مساعد سنتين علي الأقل، وهي مدة تسمح بصدق اختبار مفهوم التسويف الأكاديمي لديهم.
 - ٣- ألا يتجاوز العمر ٥٥ سنة؛ نظرا لأن معظم أعضاء هيئة التدريس يحصلون علي الترقية حتي درجة أستاذ قبل هذا العمر.
- تم مقابلة ٧٣ من أعضاء هيئة التدريس، ٣٢ من الذكور، و ٤١ من الإناث. استبعد منهم ١٨ عضوا (٧ ذكور، و ١١ من الإناث)، وكان استبعادهم بسبب معاناتهم من أمراض جسدية مزمنة من بينها: الإصابة بمرض السكري، والانزلاق الغضروفي، وقصور الغدة الدرقية. وتم اختيار ٥٥ عضوا في عينة الدراسة الأساسية. ويعرض جدول (١) خصائص عينة الدراسة.

جدول (١) خصائص عينة الدراسة

م	المتغير	العينة الكلية (ن=٥٥)		مجموعة الأعضاء (ن=٢٥)		مجموعة العضوات (ن=٣٠)	
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
١	العمر	٤١,٦٢	٦,٣٤	٣٩,٩٢	٤,٨٩	٤٣,٠٣	٧,١١
٢	السنوات المنقضية علي شغل الوظيفة الحالية	٤,٨٧	٢,٤٦	٤,٤٨	٢,٤٩	٥,٢٠	٢,٤٣
٣	الدرجة الوظيفية:	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
	مدرس أستاذ مساعد	٣٩	٪٧٠,٩	١٨	٪٧٢	٢١	٪٧٠
		١٦	٪٢٩,١	٧	٪٢٨	٩	٪٣٠
٤	الحالة الاجتماعية:	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
	أعزب	٧	٪١٢,٧	١	٪٤	٦	٪٢٠
	متزوج	٤١	٪٧٤,٥	٢٣	٪٩٢	١٨	٪٦٠
	مطلق	٥	٪٩,١	--	--	٥	٪١٦,٧
	أرمل	٢	٪٣,٦	١	٪٤	١	٪٣,٣

أدوات الدراسة:

تتكون أدوات الدراسة مما يلي:

- ١ - مقياس التسوييف الأكاديمي (إعداد الباحثة)
- ٢ - مقياس الكمالية العصابية (إعداد الباحثة)
- ٣ - قائمة الأعراض الجسمية لأحمد عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2004).
- ١ - مقياس التسوييف الأكاديمي: (إعداد الباحثة)

من خلال الاطلاع علي التراث النظري لمفهوم التسوييف الأكاديمي، والمقاييس المتاحة للتسوييف الأكاديمي. كما سبقت الإشارة تمت دراسة التسوييف الأكاديمي بكثافة لدي طلاب الجامعة وتناولت المقاييس المهام الأكاديمية في الحياة التعليمية، وأكثرها شيوعا مقياس تقييم التسوييف الأكاديمي للطلاب (PASS) لسولومون وروبثلوم (1984) التي تناولته العديد من الدراسات (Ahmed et al., 2023; Rad et al., 2025) (e g: Çapan, 2010; Belgin, 2019)، ومقياس التسوييف الأكاديمي (APS) لتشاكيجي Cakici سنة ٢٠٠٣ (Serdar et al., 2021)، ومقياس التسوييف الأكاديمي لفاتن عبد الفتاح وشيري حليم (٢٠١٨)، ومقياس التلكؤ الأكاديمي لنشوة عبد الله (٢٠٢٠). وهي مقاييس لا تتناسب جوهريا مع التسوييف الأكاديمي محور اهتمام الدراسة الحالية.

وتعد دراسة مروة محمد وهناء محمود (٢٠٢٢) الدراسة الوحيدة في حدود اطلاع الباحثة، التي تناولت التسوييف الأكاديمي المتصل بأبحاث الترقية، وفيها تم قياس التسوييف الأكاديمي من خلال حساب تكرار ونسب الإجابة عن ثلاثة أسئلة: هل تعتبر نفسك ممن يقومون بالتسوييف الأكاديمي؟ حدد أكثر المراحل البحثية التي تزيد فيها درجة التسوييف (التحضير والتجهيز للبحث، أثناء إجراء البحث، الانتهاء من

البحث)، وبمرور الوقت، هل التسوييف يزيد، كما هو، يقل؟ وبناء علي ما سبق، تم إعداد مقياس للتسوييف الأكاديمي، يتضمن بنوداً تعكس التأجيل في جميع جوانب القيام بأبحاث الترقية. وفيما يلي عرض لخطوات إعداده.

خطوات إعداد مقياس التسوييف الأكاديمي:

تم تصميم مقياس التسوييف الأكاديمي ليعكس التسوييف في الإنتاج العلمي الخاص بالترقية في الوظيفة الجامعية. وتم تبني تعريف مروة محمد وهناء محمود (٢٠٢٢) للتسوييف الأكاديمي بأنه: تأجيل أعضاء هيئة التدريس البدء في إجراء البحوث العلمية، أو التلکؤ في استكمالها في إحدى مراحل البحث العلمي. وتم صياغة البنود في جمل تقريرية تضمنت ٢١ بنداً. ومن أمثلة البنود:

- أستغرق وقتاً طويلاً في تعديل الأبحاث التي أنجزتها.
- أهدر وقتاً كثيراً دون إنتاج علمي.

الخصائص السيكومترية لمقياس التسوييف الأكاديمي:

أولاً: صدق مقياس التسوييف الأكاديمي:

تم حساب صدق مقياس التسوييف الأكاديمي من خلال الصدق الظاهري (صدق المحكمين)، والصدق التمييزي. وفيما يلي عرض لهما.

أ- الصدق الظاهري (صدق المحكمين) لمقياس التسوييف الأكاديمي:

تم عرض المقياس علي ثمانية من أعضاء هيئة التدريس*؛ لتحديد مدى ملائمة لقياس التسوييف الأكاديمي. ويعرض جدول (٢) نسب الاتفاق علي بنود المقياس.

جدول (٢) نسب الاتفاق علي بنود مقياس التسوييف الأكاديمي

عدد البنود	نسب الاتفاق
٣	٪١٠٠
٩	٪٨٧,٥
٨	٪٧٥
١	٪٥٠

ترتب علي نسب الاتفاق علي البنود الموضحة في جدول (٢) حذف بند واحد انخفضت فيه نسب الاتفاق عن ٧٠ ٪، وهو البند: أوْجل أي استشارة علمية في البحوث التي أقوم بها؛ لتكرار مضمونه مع البند: أتکاسل في القيام بخطوات بحثية لازمة لاستكمال بحثي (مثل طلب مقال أو کتاب من زميل متخصص) والذي فضله المحكمين. وتم تعديل صياغات بعض البنود، مثل تغيير صياغة البند: عندما يتبادر إلي ذهني فكرة البحث، أسرع بالعمل عليها ليصبح البند: عندما يتبادر إلي ذهني فكرة

* خالص الشکر للأستاذة الأفاضل: الأستاذ الدكتور/ شعبان جاب الله، والأستاذة الدكتورة/ عزة عبد الكريم، ود/ أميمة أنور، ود/ هبة سمير، ود/ أية الله عبده من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس، بآداب القاهرة، والأستاذة الدكتورة/ هناء شويخ أستاذ بقسم علم النفس بكلية الآداب، جامعة الفيوم. ود/ هناء خليفة أستاذ مساعد بقسم علم النفس بآداب كفر الشيخ، والأستاذة الدكتورة/ سحر حسن الأستاذ بقسم علم النفس بآداب بني سويف.

البحث أسرع في تنفيذها. تكون المقياس في صورته النهائية من ٢٠ بندا، يتم تقدير ١٦ بند في اتجاه التسوييف، و ٤ بنود في الاتجاه العكسي. يجاب عن بنود المقياس باختيار أحد بدائل الإجابة: لا تنطبق (الدرجة ١)، تنطبق بدرجة قليلة (الدرجة ٢)، تنطبق بدرجة متوسطة (الدرجة ٣)، تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة ٤)، تنطبق بدرجة كبيرة جدا (الدرجة ٥). تتراوح الدرجة الكلية علي المقياس بين ٢٠ و ١٠٠.

ب- الصدق التمييزي لمقياس التسوييف الأكاديمي:

تم حساب الصدق التمييزي لمقياس التسوييف الأكاديمي من خلال مقارنة الدرجة علي المقياس بين مجموعتين، الأولى يتراوح عدد السنوات المنقضية في الوظيفة الحالية (مدرس، أستاذ مساعد) بين ٢ إلي ٥ سنوات، بينما في المجموعة الثانية تتراوح عدد هذه السنوات بين ٦ و ١٠ سنوات. تم اختيار ٣٦ عضوا (٣٢ من كلية الآداب، جامعة القاهرة، وعضو من كلية الآداب، جامعة كفر الشيخ، و ٣ أعضاء من كلية الآداب، جامعة بنها)، حيث تضمنت كل مجموعة ١٨ عضوا. تتكون الأولى من ٨ ذكور، و ١٠ إناث، منهم ١٥ مدرس، و ٣ أساتذة مساعدين. أما المجموعة الثانية تكونت من ٧ ذكور، و ١١ أنثي، منهم ١٥ مدرس، و ٣ أساتذة مساعدين. ويعرض الجدول (٣) المتوسط والانحراف المعياري لمتغيرات: العمر، والسنوات المنقضية في الوظيفة الحالية، والتسوييف الأكاديمي لدي المجموعتين.

جدول (٣) المتوسط والانحراف المعياري للعمر، وعدد السنوات المنقضية في الوظيفة الحالية، والتسوييف الأكاديمي لدي مجموعتي الصدق التمييزي

م	المتغيرات	المجموعة الأولى (ن=١٨)		المجموعة الثانية (ن=١٨)	
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
١	العمر	٣٩	٥,٢٦	٤٥,١١	٥,٠٣
٢	عدد السنوات المنقضية علي الوظيفة الراهنة	٣,٥٥	١,٠٤	٨	١,٠٣
٣	التسوييف الأكاديمي	٤٩,٧٢	١٤,٣٦	٦٠,٩٤	١٣,٦٦

ويعرض الجدول (٤) نتائج اختبار مان ويتني بين المجموعتين في درجة التسوييف الأكاديمي.

جدول (٤) نتائج اختبار مان ويتني بين مجموعتي الصدق التمييزي في التسوييف الأكاديمي

م	المتغير	المجموعة الأولى (ن=١٨)		المجموعة الثانية (ن=١٨)		قيمة U ويتني مان	قيمة Z	مستوي الدلالة
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب			
١	التسوييف الأكاديمي	١٤,٤٢	٢٥٩,٥٠	٢٢,٥٨	٤٠٨,٥٠	٨٨,٥٠	-٢,٣٣	٠,٠٢

كما يتضح من جدول (٤) توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي المقارنة في اتجاه ارتفاع درجة التسويق الأكاديمي لدى المجموعة الثانية، والتي بلغ متوسط الرتب لديها ٢٢,٥٨ وهي المجموعة التي تراوح عدد السنوات المنقضية في الوظيفة الحالية لديها بين ٦ و ١٠ سنوات، في حين بلغ متوسط الرتب ١٤,٤٢ لدى المجموعة الأولى، وهي التي تراوح عدد السنوات المنقضية في الوظيفة الحالية لديها بين ٢ و ٥ سنوات. تدعم هذه النتيجة صدق المقياس الحالي للتسويق الأكاديمي.

ثانياً: ثبات مقياس التسويق الأكاديمي:

تم حساب الثبات من خلال مؤشري: معامل ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية بعد معادلة تصحيح الطول. ويعرض جدول (٥) معاملات الثبات المستخلصة.

جدول (٥) معاملات ثبات مقياس التسويق الأكاديمي

م		العينة الكلية (ن=٥٥)		مجموعة الأعضاء (ن=٢٥)		مجموعة العضوات (ن=٣٠)	
		معامل ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول
١	مقياس التسويق الأكاديمي	٠,٩٠	٠,٨٩	٠,٩٣	٠,٩٥	٠,٨٥	٠,٨١

يتضح من جدول (٥) أن مقياس التسويق الأكاديمي يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات. وبناء على الإجراءات السابقة يتبين أن مقياس التسويق الأكاديمي يتسم بدرجة واضحة من الصدق والثبات؛ مما يتيح استخدامه في الدراسة الحالية.

٢- مقياس الكمالية العصبية: (إعداد الباحثة)

من خلال الاطلاع على التراث النظري لمفهوم الكمالية العصبية، والمقاييس السابقة ومنها: مقياس الكمالية متعددة الأبعاد لفروست وزملانه (FMPS) (1990)، وقائمة الكمالية (PI) لهيل Hill وزملانه (Hill et al., 2004)، ومقياس الكمالية لسامية صابر (٢٠٠٩)، ومقياس طهران للكمالية متعددة الأبعاد (TMPS) لببشارات Besharat (2011). ومقياس كوريا وزملانه سنة ٢٠١٧ (ولاء بدوي، ٢٠١٨)، ومقياس الكمالية العصبية ليماني Yamani سنة ٢٠١٨ (Meiri, 2024)، ومقياس الكمالية العصبية لليلي ثجيل وأنوار الشوك (Thijail & Al-Shok, 2021)، ومقياس الكمالية العصبية لنازه نين عثمان (٢٠٢٥). تبين أن المقاييس السابقة غير مناسبة، ولم يتم الاستفادة منها في الدراسة الحالية؛ لعدم ملاءمتها لعينة الدراسة الحالية من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة حيث طبقت على عينات من طلاب الجامعة وممرضين. وبناء على ما سبق، تم إعداد مقياس للكمالية العصبية، وفيما يلي عرض لخطوات إعداده.

خطوات إعداد مقياس الكمالية العصبية:

تم إعداد مقياس الكمالية العصبية في الدراسة الحالية استناداً إلى تعريف أحمد عبد الجواد (٢٠١٩) بأنها الرغبة في الوصول إلى الكمال وإحراز التميز فيما يقوم به الفرد من مهام، وعدم رضاه عن أدائه لها، نتيجة قيامه بتحديد معايير مرتفعة وغير

واقعية للأداء، وإلزام نفسه بها، وقيامه بالحكم علي إنجازاته في ضوءها، مع حساسيته الشديدة للأخطاء، ونقده السلبي لذاته.

تم صياغة بنود المقياس الحالي للكمالية العصابية ليشمل ثلاثة مظاهر هي: المعايير المرتفعة للأداء، والتركيز علي الأخطاء، والنقد السلبي للذات. تكون المقياس في صورته الأولى من ٣٠ بنداً في جمل تقريرية. تم صياغة ١٠ بنود للمظهر الأول، و ٩ بنود للمظهر الثاني، و ١١ بند للمظهر الثالث. ومن أمثلة البنود وفقاً لمظاهر الكمالية العصابية موضع الدراسة ما يلي:

- أ- المعايير المرتفعة للأداء، ومن أمثلة بنود هذا المظهر:
 - لدي رغبة قوية في تحقيق التميز في كل ما أقوم به.
 - أحرص علي أن يكون مستوي أدائي لأي عمل مثالياً.
- ب- التركيز علي الأخطاء، ومن أمثلة بنود هذا المظهر:
 - يزعجني بشدة فكرة أن أقع في خطأ ما في أي عمل أقوم به.
 - لا أتقبل أن أخطئ في أي عمل أقوم به.
- ج- النقد السلبي للذات، ومن أمثلة بنود هذا المظهر:
 - أردد لنفسني "هناك دائماً أداء أفضل مما أقوم به".
 - أثق في قدراتي (بند عكسي).

الخصائص السيكومترية لمقياس الكمالية العصابية:

أولاً: صدق مقياس الكمالية العصابية:

تم حساب صدق مقياس الكمالية العصابية من خلال الصدق الظاهري (صدق المحكمين)، وصدق المفهوم. وفيما يلي عرض لهما.

أ- الصدق الظاهري (صدق المحكمين) لمقياس الكمالية العصابية:

تم عرض المقياس علي ثمانية من أعضاء هيئة التدريس المشار إليهم من قبل؛ لتحديد مدى ملاءمته لمقياس الكمالية العصابية. ويعرض جدول (٦) نسب الاتفاق علي بنود المقياس.

جدول (٦) نسب الاتفاق علي بنود مقياس الكمالية العصابية

عدد البنود	نسب الاتفاق
١٥	١٠٠٪
١٣	٨٧,٥٪
١	٧٥٪
١	٦٢,٥٪

من خلال نسب الاتفاق علي البنود الموضحة في جدول (٦)، تم حذف بند واحد من مكون المعايير المرتفعة للأداء انخفضت فيه نسب الاتفاق عن ٧٠ ٪ لتكراره مع أحد البنود، وهو البند: أحاول أن أنجز أعمالتي دون أي نقائص (أو عيوب)، والذي تكرر مضمونه مع البند: أبذل قصاري جهدي ليكون عملي خالياً من العيوب (أو الأخطاء)، وتم الإبقاء علي البند الأخير. أصبح المقياس في صورته النهائية من ٢٩ بنداً، ٩ بنود للمعايير المرتفعة للأداء، و ٩ بنود للتركيز علي الأخطاء، و ١١ بند للنقد السلبي للذات. يتم تقدير ٢١ بنداً في اتجاه الكمالية العصابية، و ٨ بنود في الاتجاه

العكسي. يجاب عن بنود المقياس باختيار أحد بدائل الإجابة: لا تنطبق (الدرجة ١)، تنطبق بدرجة قليلة (الدرجة ٢)، تنطبق بدرجة متوسطة (الدرجة ٣)، تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة ٤)، تنطبق بدرجة كبيرة جداً (الدرجة ٥). تتراوح الدرجة الكلية علي المقياس بين ٢٩ و ١٤٥. وعلي المكونات الفرعية بين ٩ و ٤٥ لكل من المعايير المرتفعة للأداء، والتركيز علي الأخطاء، وبين ١١ و ٥٥ للنقد السلبي للذات.

ب- صدق المفهوم:

تم حساب صدق المفهوم لمقياس الكمالية العصابية من خلال حساب معامل الارتباط بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية علي المقياس. ويعرض جدول (٧) معاملات الارتباط المستخلصة.

جدول (٧) معاملات ارتباط المكونات الفرعية بالدرجة الكلية علي مقياس الكمالية العصابية

م	مكونات مقياس الكمالية العصابية	العينة الكلية (ن=٥٥)	مجموعة الأعضاء (ن=٢٥)	مجموعة العضوات (ن=٣٠)
أ	المعايير المرتفعة للأداء	٠,٤٨**	٠,٤٥*	٠,٥٨**
ب	التركيز علي الأخطاء	٠,٨٦**	٠,٨٢**	٠,٨٧**
ج	النقد السلبي للذات	٠,٧٢**	٠,٥٥**	٠,٨٢**

(*) دال عند ٠,٠٥ (***) دال عند ٠,٠١

يتبين من الجدول (٧) أن هناك قدراً مرضياً من صدق المفهوم من خلال قيمة ودلالة الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون فرعي والدرجة الكلية علي المقياس. **ثانياً: ثبات مقياس الكمالية العصابية:**

تم حساب الثبات بمؤشري: معامل ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية بعد معادلة تصحيح الطول. يعرض جدول (٨) معاملات الثبات المستخلصة.

جدول (٨) معاملات ثبات مقياس الكمالية العصابية

م	مقياس الكمالية العصابية	العينة الكلية (ن=٥٥)		مجموعة الأعضاء (ن=٢٥)		مجموعة العضوات (ن=٣٠)	
		معامل ألفا	القسمة النصفية	معامل ألفا	القسمة النصفية	معامل ألفا	القسمة النصفية
		كرونباخ	بعد تصحيح الطول	كرونباخ	بعد تصحيح الطول	كرونباخ	بعد تصحيح الطول
١	مقياس الكمالية العصابية	٠,٨١	٠,٧٨	٠,٧٤	٠,٦٦	٠,٨٥	٠,٨٢

كما يتضح من جدول (٨) يكشف مقياس الكمالية العصابية عن قدر مقبول من الثبات. وبناء علي الإجراءات السابقة يتمتع مقياس الكمالية العصابية بقدر واضح من الصدق والثبات؛ مما يتيح استخدامه في الدراسة الحالية.

٣- قائمة الأعراض الجسمية

تم استخدام قائمة الأعراض الجسمية (SSI) التي أعدها أحمد عبد الخالق سنة ٢٠٠٣. تتكون القائمة من ٦٠ بنداً، تعكس مدى واسعاً من المشكلات الصحية مثل: آلام الأسنان، وصعوبة التنفس، واضطراب المعدة، وآلام المفاصل. يجاب علي البنود

باختيار أحد البدائل: لا (الدرجة صفر)، أحيانا (الدرجة ١)، كثيرا (الدرجة ٢)، دائما (الدرجة ٣)، تتراوح الدرجة الكلية علي القائمة بين صفر و ١٨٠. تشير الدرجة المرتفعة علي القائمة إلي تكرار أعلي للشكاوي والأعراض الجسمية (Abdel-Khalek, 2004).

في دراسة قامت بها سمية المرشدي، ارتبطت الدرجة علي القائمة ارتباطا موجبا بالضغط الأسرية علي عينة من الأزواج بلغت ٩٠، وعينة من الزوجات بلغت ١٣٠. كما بلغ معامل ألفا للقائمة علي عينة من ٣٠ من الأزواج، و ٣٠ من الزوجات ٠,٩١، وبلغ ثبات القسمة النصفية ٠,٩٢، ٠,٩٤، للعينتين السابقتين علي التوالي (سمية المرشدي، ٢٠٢٢).

تم حساب ثبات قائمة الأعراض الجسمية في الدراسة من خلال مؤشري: معامل ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية بعد تصحيح معامل الطول، ويعرض جدول (٩) معاملات الثبات المستخلصة.

جدول (٩) معاملات ثبات قائمة الأعراض الجسمية

م		العينة الكلية (ن=٥٥)		مجموعة الأعضاء (ن=٢٥)		مجموعة العضوات (ن=٣٠)	
		معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول
١	قائمة الأعراض الجسمية	٠,٩٥	٠,٩٠	٠,٩٥	٠,٨٩	٠,٩٥	٠,٩٠

كما يتضح من جدول (٩) تنسم القائمة بمعاملات ثبات مرتفعة، وهو ما يتسق مع معاملات الثبات السابقة علي القائمة والتي توصلت إليها سمية المرشدي (٢٠٢٢).
إجراءات التطبيق:

تمت مرحلة التطبيق خلال الفترة من شهر مايو ٢٠٢٤ حتي شهر فبراير ٢٠٢٥. تم مقابلة أعضاء هيئة التدريس مقابلة فردية، كان يتم فيها سؤال العضو عن معاناته من أي أمراض جسمية، ووفقا لإجابته يحدد إمكان التطبيق عليه أو استبعاده من العينة. وعند اختياره في العينة، يتم تطبيق استمارة الدراسة فرديا، والتي شملت ما يلي:
أ- بيانات أساسية: تضمنت النوع، وتاريخ الميلاد، والتخصص، والوظيفة، وعدد السنوات المنقضية علي الوظيفة الراهنة، والحالة الاجتماعية.
ب- مقاييس الدراسة: وطبقت بالترتيب مقياس التسويق الأكاديمي، وقائمة الأعراض الجسمية، ثم مقياس الكمالية العصابية. واستغرق التطبيق من ٢٠ إلى ٢٥ دقيقة تقريبا.

التحليلات الإحصائية للدراسة:

تضمنت التحليلات الإحصائية للدراسة ما يلي:

- ١- حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة.
- ٢- معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة.
- ٣- معامل الانحدار البسيط.
- ٤- معامل الانحدار المتعدد.

عرض نتائج الدراسة:

أولاً: الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة:

يعرض جدول (١٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية للتسويق الأكاديمي، والكمالية العصبية، والأعراض النفسية الجسمية لدى عينة الدراسة.

جدول (١٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة لدى عينة

الدراسة (ن=٥٥)

م	المتغيرات	العينة الكلية (ن=٥٥)		مجموعة الأعضاء (ن=٢٥)		مجموعة العضوات (ن=٣٠)	
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
١	التسويق الأكاديمي	٥٢,٩١	١٤,٥٥	٤٩,٢٤	١٥,٨٥	٥٥,٩٧	١٢,٨٥
٢	الكمالية العصبية	٩٨,٧١	١٢,٥٨	٩٦,٣٠	١٠,٤٤	١٠٠,٧٠	١٣,٩٨
٣	الأعراض النفسية الجسمية	٣٩,٥٨	٢٢,٢٠	٣٣,٤٤	٢٠,٢٤	٤٤,٧٠	٢٢,٧٨

لتحديد إمكان التعامل مع كل مجموعة علي حدة أو ضمهما في عينة واحدة في التحليلات الإحصائية الأساسية، تم حساب اختبار (ت) لدلالة الفروق في كل من: التسويق الأكاديمي، والكمالية العصبية، والأعراض النفسية الجسمية بالإضافة إلي العمر، وعدد السنوات المنقضية في الوظيفة الحالية. ويعرض جدول (١١) النتائج المستخلصة.

جدول (١١) اختبار (ت) لدلالة الفروق بين مجموعتي الأعضاء (ن=٢٥) والعضوات (ن=٣٠) في التسويق الأكاديمي، والكمالية العصبية، والأعراض النفسية الجسمية، والعمر، وعدد السنوات المنقضية في الوظيفة الحالية

م	المتغيرات	مجموعة الأعضاء (ن=٢٥)		مجموعة العضوات (ن=٣٠)		قيمة ت	مستوي الدلالة
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
١	العمر	٣٩,٩٢	٤,٨٩	٤٣,٠٣	٧,١١	١,٩٢	٠,٠٦
٢	عدد السنوات في الوظيفة الحالية	٤,٤٨	٢,٤٩	٥,٢٠	٢,٤٣	١,٠٨	٠,٢٩
٣	التسويق الأكاديمي	٤٩,٢٤	١٥,٨٥	٥٥,٩٧	١٢,٨٥	١,٧٤	٠,٠٩
٤	الكمالية العصبية	٩٦,٣٠	١٠,٤٤	١٠٠,٧٠	١٣,٩٨	١,٢٩	٠,٢٠
٥	الأعراض النفسية الجسمية	٣٣,٤٤	٢٠,٢٤	٤٤,٧٠	٢٢,٧٨	١,٩٢	٠,٠٦

يتبين من جدول (١١) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الأعضاء والعضوات في جميع المتغيرات موضع المقارنة، وإن كان هناك ميل لارتفاع درجة الإناث علي متغيرات الدراسة الثلاثة: التسويق الأكاديمي، والكمالية العصبية، والأعراض النفسية الجسمية، فضلاً عن ميل أيضا ليكن أكبر عمرا. واستنادا إلي غياب الفروق الدالة بين المجموعتين في كل المتغيرات موضع المقارنة؛

سيتم ضم المجموعتين في عينة واحدة عند إجراء التحليلات الإحصائية الأساسية للدراسة.

ثانياً: التحليلات الإحصائية الأساسية:

سيتم عرض نتائج التحليلات الإحصائية الأساسية وفقاً لفروض الدراسة كما يلي:

١- اختبار الفرض الأول حول العلاقة بين التسويف الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية: تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين، ويعرض جدول (١٢) نتيجة معامل الارتباط.

جدول (١٢) معامل ارتباط بيرسون بين التسويف الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية لدى عينة الدراسة (ن=٥٥)

م	التسويف الأكاديمي	الأعراض النفسية الجسمية
١	٠,٤٥**	

(**) مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من جدول (١٢) ارتباط التسويف الأكاديمي بالأعراض النفسية الجسمية ارتباطاً موجباً دالاً.

٢- اختبار الفرض الثاني حول العلاقة بين الكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسمية: تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين، ويعرض جدول (١٣) نتيجة معامل الارتباط.

جدول (١٣) معامل ارتباط بيرسون بين الكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسمية لدى عينة الدراسة (ن=٥٥)

م	الكمالية العصابية	الأعراض النفسية الجسمية
١	٠,٤٥**	

(**) مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من جدول (١٣) ارتباط الكمالية العصابية بالأعراض النفسية الجسمية ارتباطاً موجباً دالاً.

٣- اختبار الفرض الثالث حول دور التسويف الأكاديمي في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية: تم حساب معامل الانحدار الخطي البسيط؛ لتحديد إسهام التسويف الأكاديمي في الأعراض النفسية الجسمية. ويعرض جدول (١٤) نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لدى عينة الدراسة (ن=٥٥).

جدول (١٤) نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لإسهام التسويف الأكاديمي في الأعراض النفسية الجسمية لدى عينة الدراسة (ن=٥٥)

المتغير المنبئ	المتغير التابع	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة (ت) ودالاتها	قيمة (ف) ودالاتها	القيمة الثابتة
التسويف الأكاديمي	الأعراض النفسية الجسمية	٠,٤٤٨	٠,٢٠١	٠,٦٨٤	٠,٤٤٨	٠,٠٠١	١٣,٣١٧	٣,٤١٨

يتضح من جدول (١٤) أن المتغير المنبئ (التسويف الأكاديمي) أسهم في تباين المتغير التابع (الأعراض النفسية الجسمية)، فقد بلغ معامل الارتباط المتعدد بين المتغيرين (٠,٤٤٨)، وأحدث تباينا مقداره (٠,٢٠١) من تباين المتغير التابع (الأعراض النفسية الجسمية). بناء على هذه النتائج، يمكن التوصل إلى أن التسويف الأكاديمي أسهم في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى عينة الدراسة بنسبة (٢٠,١٪) تقريبا. وبناء على ما سبق، يمكن صياغة معادلة الانحدار الدالة على التنبؤ كما يلي:

الأعراض النفسية الجسمية = ٣,٤١٨ + (٠,٦٨٤) x الدرجة الكلية للتسويف الأكاديمي

٤- اختبار الفرض الرابع حول دور الكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية: تم حساب معامل الانحدار الخطي البسيط؛ لتحديد إسهام الكمالية العصابية في الأعراض النفسية الجسمية. ويعرض جدول (١٥) نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لدى عينة الدراسة (ن=٥٥).

جدول (١٥) نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لإسهام الكمالية العصابية في الأعراض النفسية الجسمية لدى عينة الدراسة (ن=٥٥)

المتغير المنبئ	المتغير التابع	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة (ت) ودالاتها	قيمة (ف) ودالاتها	القيمة الثابتة
الكمالية العصابية	الأعراض النفسية الجسمية	٠,٤٥٢	٠,٢٠٥	٠,٧٩٨	٠,٤٥٢	٠,٠٠١	١٣,٦٤٢	٣٩,٢٢٤

يتبين من جدول (١٥) أن المتغير المستقل (الكمالية العصابية) أسهم في تباين المتغير التابع (الأعراض النفسية الجسمية)، فقد بلغ معامل الارتباط المتعدد بين المتغيرين (٠,٤٥٢)، وأحدث تباينا مقداره (٠,٢٠٥) من تباين المتغير التابع

(الأعراض النفسية الجسمية). بناء علي هذه النتائج، يمكن التوصل إلي أن الكمالية العصبية قد أسهمت في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدي عينة الدراسة بنسبة (٢٠,٥٪) تقريبا. وبناء علي ما سبق، يمكن صياغة معادلة الانحدار الدالة علي التنبؤ كما يلي:

الأعراض النفسية الجسمية = ٣٩,٢٢٤ + (٠,٧٩٨) x الدرجة الكلية للكمالية العصبية

٥- اختبار الفرض الخامس حول دور التفاعل بين متغيري التسويق الأكاديمي، والكمالية العصبية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدي عينة الدراسة: قبل عرض نتائج تحليل الانحدار المتعدد، تم حساب معامل الارتباط بين التسويق الأكاديمي والكمالية العصبية وتعرض نتائجه في جدول (١٦)، في حين يعرض جدول (١٧) نتائج تحليل الانحدار المتعدد.

جدول (١٦) معامل ارتباط بيرسون بين التسويق الأكاديمي والكمالية العصبية لدي عينة الدراسة (ن=٥٥)

م	الكمالية العصبية
١	التسويق الأكاديمي
	*٠,٢٤

(*) مستوي دلالة ٠,٠٥

كما يتبين من جدول (١٦) توجد علاقة موجبة دالة بين التسويق الأكاديمي والكمالية العصبية. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات مثل دراسة أحمد عبد الجواد (٢٠١٩)، ودراسة نازة نين محمد (٢٠٢٥).

جدول (١٧) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتفاعل متغيري التسويق الأكاديمي والكمالية العصبية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدي عينة الدراسة (ن=٥٥)

المتغيرات المنبئة (التسويق الأكاديمي والكمالية العصبية)	معامل الارتباط ر	معامل التحديد ر ^٢	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة ت	الدلالة	قيمة ف	الدلالة	القيمة الثابتة
التسويق الأكاديمي	٠,٥٧١	٠,٣٢٦	٠,٥٤٧	٠,٣٥٩	٣,٠٥٧	٠,٠٠٤	١٢,٥٦٦	٠,٠٠٠١	٥٢,٩٠٢
الكمالية العصبية			٠,٦٤٣	٠,٣٦٥	٣,١٠٥	٠,٠٠٣			

يتبين من جدول (١٧) قدرة النموذج المكون من التسويق الأكاديمي، والكمالية العصبية على التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية؛ حيث استطاع المتغيران تفسير ٣٢,٦٪ من تباين الدرجة علي الأعراض النفسية الجسمية. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية كما يلي:

الأعراض النفسية الجسمية = ٥٢,٩٠٢ + (٠,٥٤٧) x الدرجة الكلية للتسويق الأكاديمي + (٠,٦٤٣) x الدرجة الكلية للكمالية العصابية

مناقشة النتائج:

هدفت الدراسة الراهنة إلى اختبار دور كل من التسويق الأكاديمي والكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة. توصلت الدراسة إلى العلاقة الموجبة بين كل من التسويق الأكاديمي والكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسمية بنفس قيمة معامل الارتباط ($r=0,45$). كما توصلت الدراسة إلى أن التسويق الأكاديمي، والكمالية العصابية قد أسهما بمقدار ٠,٢٠١٪، و ٢٠,٥٪ علي التوالي من تباين الدرجة علي الأعراض النفسية الجسمية، كما أسهم المتغيران معا بمقدار ٣٢,٦٪ من تباين الدرجة علي الأعراض النفسية الجسمية. وسوف يتم مناقشة النتائج الحالية وفقا لتصنيف النتائج إلي: النتائج المتصلة بعلاقة التسويق الأكاديمي بالأعراض النفسية الجسمية وقدرته علي التنبؤ بهذه الأعراض. والنتائج المتصلة بعلاقة الكمالية العصابية بالأعراض النفسية الجسمية وقدرتها علي التنبؤ بهذه الأعراض. والنتائج المتصلة بدور تفاعل التسويق الأكاديمي والكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية.

أولاً: مناقشة النتائج المتصلة بعلاقة التسويق الأكاديمي بالأعراض النفسية الجسمية وقدرته علي التنبؤ بهذه الأعراض: افترضت الدراسة العلاقة الموجبة بين التسويق الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية، كما افترضت أن التسويق الأكاديمي يتنبأ بهذه الأعراض. دعمت النتائج هذين الفرضين؛ حيث ارتبط التسويق الأكاديمي إيجابا بالأعراض النفسية الجسمية، كما تدعم دور هذا المتغير في التنبؤ بمقدار ٢٠,١٪ من الدرجة علي هذه الأعراض. ويتفق تدعيم الفرض الأول مع ما توصلت إليه سبيروا وزملاؤها (2007) من العلاقة الموجبة بين التسويق وعدد ونوع المشاكل الصحية الحادة لدي عينة من الراشدين، كما تتسق مع دراسة سبيروا وتوستي (2012) التي توصلت إلي علاقة التسويق بتدني الصحة الجسمية المدركة. كما تتفق مع نتيجة مالوبايك وزملائه (2019) التي توصلت كذلك إلي العلاقة الموجبة بين التسويق الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية لدي طلبة الجامعة. كما تتسق هذه النتيجة مع ما أشار إليه بعض الباحثين من ارتباط التسويق بالعديد من الشكاوي الجسمية مثل: نزلات البرد، واضطرابات الجهاز الهضمي، والأرق، والصداع، واضطرابات الأكل (Dardara & Al-MaKhalid, 2022). من ناحية أخرى، يتسق تدعيم الفرض الثاني مع ما توصل إليه جوهانسون وزملاؤه (2023) من قدرة التسويق علي التنبؤ بالآلام في الأطراف العليا بعد متابعة ٩ أشهر لعينة من طلبة الجامعة، كما تتفق مع نتيجة دراسة سبيروا وزملائه (2023) التي تشير إلي استقرار العلاقة الموجبة بين التسويق والمشاكل الصحية والتي توسطها المشقة عبر الزمن.

كما تتسق العلاقة الموجبة بين التسويق الأكاديمي (المتصل بالأبحاث العلمية) والأعراض النفسية الجسمية، وتنبؤ التسويق الأكاديمي بهذه الأعراض مع الدور السلبي للتسويق التي أكدها التراث السابق سواء كان تسويق المهام بصفة عامة لدي

الراشدين (Sirois, 2007)، أو طلبة الجامعة (Johansson et al., 2023; Sirois et al., 2023)، أو تسويق أكاديمي لدي طلبة الجامعة (Malobabic et al., 2019). وتتسق هذه النتيجة مع ما أشار إليه روماش Romash وزملاؤه (2022) من أن للتسويق عواقب سلبية ليست فقط انخفاض نجاح وإنتاجية الأنشطة، بل أيضا الخبرات الانفعالية الحادة الناتجة عن اخفاقات الفرد، وعدم رضاه عن نتائج أنشطته، مما يؤدي لفقدان ثقته بنفسه، وبقدراته، مما قد يغرقه في شعور مزمن بالذنب، مع زيادة احتمال إصابته بالعديد من الأمراض النفسية الجسمية. كما تتسق النتيجة الراهنة مع ما أشار إليه جاميل Jamil وزملاؤه (2021) من أن للتسويق تأثيرات سلبية علي جوانب عديدة من الحياة من بينها الترقى المهني، والصحة النفسية والجسمية، وجودة الحياة. وبصفة عامة، تنتظم النتيجةان السابقتان مع النتائج التي تدعم العلاقة المستقرة إلي حد كبير بين التسويق والمستويات المرتفعة من المشقة (Ferrari et al., 2009; Klingsieck, 2013; Asio, 2021; Khalifa, 2023)، كما تتسق مع ما أشار إليه صالح Salehi (2020) من أن الموظفين المسوفين يعانون من ضغوط نفسية ومهنية، وأن من سماتهم: التعب، واليأس، وترك العمل، والتعب عنه، والمشكلات النفسية والجسمية. هذه النتائج في مجملها تشكل تدعيما لنموذج التسويق - الصحة لسيروا وزملائها، حيث العلاقة الموجبة بين التسويق والأعراض النفسية الجسمية، ودور المشقة الجوهرية في توسط هذه العلاقة (Sirois, 2007; Sirois et al., 2023).

كما يطرح التراث عبر العديد من الدراسات معوقات الإنتاجية العلمية لعضو هيئة التدريس، من بينها ما توصل إليه محمد البدوي (٢٠١٩) من أن هناك معوقات منها: كثرة الأعباء الإدارية، والأعباء التدريسية، وارتفاع تكلفة النشر، وضعف اهتمام المجتمع بأهمية الإنتاج العلمي، وتوظيفه في خدمة المجتمع، وضعف العائد من الإنتاج العلمي، والشعور بعدم الجدوى من إجراء الأبحاث لعدم الأخذ بنتائجها. وكذلك ما أكدته منار المرسي (٢٠١٩) من دور غياب الاستفادة من الأبحاث في خفض دافعية القيام بها، بالإضافة إلي قلة المرتبات والحوافز. فضلاً عما طرحته أسماء أحمد (٢٠٢٣) من ضعف البنية التحتية للبحث العلمي (المواد والعينات والأجهزة)، وانخفاض العائد المادي من الإنتاج العلمي، وقلة الوقت الكافي للبحث العلمي، وضغوط العمل ومناخه حيث البيئة غير المشجعة علي الإنتاج العلمي.

ومن ثم، يمكن تناول هذه المعوقات وفقاً لنظرية فاعلية الذات (Bandura, 1977)، بوصفها تهديدا للأهداف الشخصية لعضو هيئة التدريس، وهي الإنتاج العلمي في الدراسة الحالية. كما يمكن أن تؤثر سلبي علي دافعيته للإنجاز، وتعيق توقعه لنتائج مجهوده، فضلاً عما قد تسببه من مشقة. في سياق هذه المعوقات، خاصة أن أغلبها يتجاوز إمكانات عضو هيئة التدريس، يمكن أن تؤثر سلبي علي تقييمه لقدراته وإن كانت مرتفعة. ويتسق هذا مع ما أشار إليه باندورا (1993) من أهمية العائد الاجتماعي للأداء، والذي يعد تجاهله أحد المعوقات التي تواجه عضو هيئة التدريس، كما سبقت الإشارة. ومن ثم، يؤدي هذا به إلي أن يكون أكثر استهدافاً للتسويق في مهمة النشاط العلمي.

ومن ناحية أخرى، تستند مهنة عضو هيئة التدريس إلى التميز في مجال التخصص والنمو العلمي حتى النهاية، وبالتالي نتوقع صراعا بين الرغبة لدى المعظم من الأعضاء نحو الترقى الوظيفي من جانب، ومعوقات حقيقية تمثل عقبات تهدد القدرة علي الإنتاج العلمي للعضو من جانب آخر. ربما ينعكس هذا الصراع في الأعراض النفسية الجسمية، والتي يتوقع في ظل استمرار هذه المعوقات أن تؤدي إلي أمراضا جسمية أكثر خطورة، قد تهدد صحة عضو هيئة التدريس. وبالتالي تعد العلاقة الموجبة بين التسويف الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية، وقدرة التسويف علي التنبؤ بهذه الأعراض نتيجتين بحاجة إلي متابعة ورصد ما يطرأ عليهما من تغير في إطار استمرار معوقات الإنتاجية العلمية.

ثانياً: مناقشة النتائج المتصلة بعلاقة الكمالية العصابية بالأعراض النفسية الجسمية وقدرتها علي التنبؤ بهذه الأعراض: افترضت الدراسة العلاقة الموجبة بين الكمالية العصابية والأعراض النفسية الجسمية، كما افترضت أن الكمالية العصابية تتنبأ بهذه الأعراض. دعمت النتائج هذين الفرضين؛ حيث ارتبطت الكمالية العصابية إيجابا بالأعراض النفسية الجسمية، كما تدعم دور هذا المتغير في التنبؤ بمقدار ٢٠,٥٪ من الدرجة علي هذه الأعراض. وتتسق نتيجة الفرض الأول مع نتائج دراسة ولاء بدوي (٢٠١٨) والتي توصلت إلي العلاقة الموجبة بين الاضطرابات النفسية الجسمية ومكونات الكمالية التي تماثل مكونات الكمالية في الدراسة الراهنة، وهي القلق تجاه الأخطاء، والشكوك حول الأفعال، والمعايير الشخصية. حيث ارتبط القلق تجاه الأخطاء إيجابا باضطرابات الجهاز العصبي، والتنفسي، والهضمي، في حين ارتبطت الشكوك حول الأفعال إيجابا بكل من اضطرابات الجهاز العصبي، والقلبي، والتنفسي، والجلد والتعب. أما المعايير الشخصية فقد ارتبطت إيجابا باضطرابات الجهاز التنفسي والتعب. كما تتسق النتيجة الراهنة مع دراسة ماندانا عبد الكريم وزملائها (Abdolkarimi et al., 2024) التي توصلت إلي العلاقة الموجبة بين الكمالية نحو الذات والشكوك النفسية الجسمية. من ناحية أخرى، يتفق تدعيم قدرة الكمالية العصابية علي التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية مع ما توصلت إليه ولاء بدوي (٢٠١٨) في الدراسة سالفة الذكر؛ حيث تنبأت الشكوك حول الأفعال بمقدار ٣١٪ من الدرجة علي الاضطرابات النفسية الجسمية، في حين تنبأ القلق حول الأخطاء مع الشكوك حول الأفعال بمقدار ٣٧,٤٪.

وتتفق النتيجةتان الحاليتان مع افتراضات مولنار وزملائه (2017) التي تدعم قدرة الشخص الكمال علي توليد المشقة، من خلال معايير المستحيلة، وتقييماته الحادة لأدائه، ونقده السلبي لذاته، فضلا عما يتسم به من أساليب غير تكيفية يمثلها مفهوم التفاعل المثالي أو الكمال الذي وصفه فليت وهوييت سنة ٢٠١٦. كما تتفق مع ما افترضه هولرويد سنة ٢٠٠٢ من أن الكمالية أحد العوامل التي تسهم في تفاقم أعراض الصداع وإزمانه (Wilson et al., 2024). وتتسق مع نتائج كشفت عن ارتباط الكمالية بالعديد من المشكلات الجسدية من بينها: الألم المزمن، والتعب، والصداع، والصداع النصفي (Feizollahi et al., 2022). ويتسق هذا مع ما أشار إليه باترسون Patterson وزملاؤه (2021) من أن الكمالية غير التوافقية ترتبط بالعديد

من الأمراض الجسمية من خلال مسار المشقة مثل: قرحة المعدة، والصداع النصفي، والتعب المزمن، وارتفاع ضغط الدم. وبناء على خصائص الكمالية العصابية حيث معايير الأداء غير الواقعية (Benedetto et al., 2024)، التي يصعب تحقيقها (Lo & Abbott, 2019)، والخوف من ارتكاب الأخطاء (Sederlund et al., 2020)، والخوف من الفشل (نازه نين محمد، ٢٠٢٥)، وعدم الرضا بوجه عام (سامية صابر، ٢٠٠٩)، وقياس قيمة الفرد بشكل كامل في ظل الإنتاجية والإنجاز (Besser et al., 2020)، يتوقع عند تفاعل هذه الخصائص مع أحد المعوقات الأساسية في المجال المهني، وهي معوقات أداء وظيفة عضو هيئة التدريس مثل: نقص الإمكانيات والتجهيزات اللازمة للعملية التعليمية، وزيادة الأعباء الوظيفية (فتحي رشوان، ٢٠٢٣)، فضلا عن المعوقات - التي تم الإشارة إليها سابقا - التي تتصل بالترقية العلمية (محمد البدوي، ٢٠١٩؛ منار المرسى، ٢٠١٩؛ أسماء أحمد، ٢٠٢٣)، يفترض أن يصبح الشخص الكمالى معرضا لمستويات متزايدة من المشقة. قد تؤدي هذه المستويات من المشقة بالشخص الكمالى إلى مواجهة مرحلة الإنهاك التي افترضها سيللي، حيث استمرار التنشيط الفسيولوجي على المستوى العصبي والغدي والمناعي، مما يؤدي إلى انخفاض قدرته على التكيف وتجهؤه للأمراض (Selye, 1952; Rice, 2012). وربما يؤدي هذا مبدئيا إلى إصابته بالأعراض النفسية الجسمية، والتي قد تتفاقم في ظل الكمالية العصابية والمعوقات في السياق الجامعي.

ثالثاً: النتائج المتصلة بدور تفاعل التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية: افترضت الدراسة أن يسهم كل من التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية معاً في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية. دعمت النتائج هذا الفرض؛ حيث تنبأ متغيرا الدراسة معاً بمقدار ٣٢,٦ ٪ من درجة الأعراض النفسية الجسمية. تتجاوز هذه القيمة ما تنبأ به كل من التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية للأعراض النفسية الجسمية، والذي بلغ ٢٠,١ ٪، و ٢٠,٥ ٪ على التوالي. وقد تعكس القدرة الأعلى للمتغيرين معاً على التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية التأثير السلبي لمصدرين للمشقة يمثلها هذان المفهومان. ويتسق هذا الاحتمال مع التراث النظري من خلال نموذج التسويف - الصحة، الذي تؤكد فيه الدور الجوهري للمشقة في توسط علاقة التسويف بالمشكلات الصحية (Sirois, 2007; Sirois et al., 2023)، كما يتسق هذا الاحتمال مع افتراضات مولنار وزملائه التي طرحت بوضوح دور الكمالية في نشأة المشقة (Molnar et al., 2017). كما يتفق مع الدراسات التي تشير إلى العلاقة المستقرة بين كل من التسويف والكمالية والمستويات المرتفعة من المشقة (Jamil et al., 2021; Benedetto et al., 2024).

ويبدو أن هذا التأثير السلبي لمصدري المشقة (التسويف، والكمالية) يتمثل في تشكيل مشقة مستمرة وبالتالي تصبح مزمنة، وذلك استنادا إلى طبيعة التفاعل بين هذين المتغيرين التي تضمن استمرار المشقة. ومن الأدلة على هذا التفاعل، ما أشارت إليه نازه نين محمد من أن التسويف غالبا هو أحد أعراض الكمالية؛ لأن الشخص الكمالى يهتم بإنهاء المهمة على أكمل وجه ومن ثم يميل إلى تأجيل هذه المهمة لأطول فترة

ممكنة (نازه نين محمد، ٢٠٢٥). كما أن خوفه من الفشل يؤدي به إلي التسويف للهروب من المهمة، فضلا عن انشغاله بالتفاصيل وإضاعة الوقت فيها علي حساب المهمة الأساسية، مما يؤدي به إلي التسويف (Agarwal & Joy, 2023). وهو ما يعني دائرة مغلقة من مثالية الأداء (الكمالية بكل مظاهرها) وتسويف المهام. وفي ظل التفاعل المتوقع بين التسويف والكمالية، عند مواجهة معوقات السياق الجامعي سواء ما يتعلق منها بالعملية التعليمية أو الترقية الجامعية - التي سبق ذكرها - تزداد الأمور سوءا خاصة لمن يتسم بارتفاع الكمالية العصابية والتسويف الأكاديمي معاً. فمن ناحية، فإن الشخص الكمالي يطالب نفسه بمستويات غير واقعية من الإنجاز، عند فشله - المتوقع، والذي يتأكد في سياق هذه المعوقات - يؤدي به هذا إلي المشقة، والاكتئاب والقلق فضلا عن افتقاده للرضا حتي وإن حاله النجاح في مهامه (Hadi et al., 2022). ومن ناحية أخرى، يتيح التسويف راحة مؤقتة بسبب تجنب المهام، ولكنه يمهّد لمشقة مؤجلة نظرا لتراكم المهام المطلوبة. هذه الحياة الشاقة المجهدة للكمالي المسوف من أعضاء هيئة التدريس تجعله هدفا سهلاً لاستمرار المشقة، وبالتالي عرضة لتدهور صحته الجسمية. ربما يفسر هذا قدرة متغيري التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية علي التنبؤ بدرجة أعلي بالأعراض النفسية الجسمية مقارنة بتنبؤ كل متغير علي حدة بهذه الأعراض.

هدفت الدراسة الراهنة إلي اختبار دور كل من التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية في التنبؤ بالأعراض النفسية الجسمية لدي عينة من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة. وتوصلت الدراسة إلي العلاقة الموجبة بين كل من التسويف الأكاديمي والكمالية العصابية من ناحية والأعراض النفسية الجسمية من ناحية أخرى، وتنبؤ كل متغير منهما بهذه الأعراض، وزيادة القدرة علي التنبؤ عند تضمين المتغيرين معاً. وتعد النتائج الراهنة نتائج حديثة في المجال، تحتاج إلي متابعة لتحديد إمكان استقرارها عند مستوي الأعراض النفسية الجسمية أم سيحدث تدهور صحي أعلي. وبالتالي فإن هذه النتائج بمثابة إشارة تنبيهية لضرورة الاهتمام بهذه الفئة المهنية التي تعد عنصراً أساسياً في تقدم المجتمعات.

دراسات مستقبلية مقترحة:

- ١- إلي أي مدى تختلف النتائج الراهنة عند إجراء الدراسة علي أعضاء هيئة التدريس في الكليات العملية؟
- ٢- ما هو دور متغيرات مثل الخوف من الفشل وتقدير الذات مقابل متغيرات مثل معوقات الإنتاجية العلمية في توسط أو تعديل العلاقة بين التسويف الأكاديمي والأعراض النفسية الجسمية؟
- ٣- ما دور المرحلة العمرية لعضو هيئة التدريس في هذا الإطار من المتغيرات؟

قائمة المراجع:

- أحمد عبد الجواد (٢٠١٩). التسوية الأكاديمي في علاقته بالكمالية العصابية والمرونة النفسية لدى طلاب الجامعة. **مجلة كلية التربية،** بنها، ٥ (١٢٠)، ١٤٣ - ٢٣٤.
- أسماء أحمد (٢٠٢٣). واقع الإنتاجية العلمية ومعوقاتها لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة الفيوم (دراسة ميدانية). **مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية،** ١٧ (٨)، ٩٨٦ - ٨٩٢.
- بديعة بنهان (٢٠١٣). فعالية الإرشاد بالمعنى في خفض الكمالية العصابية وأثره في رفع تقدير الذات وخفض حدة الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المتفوقين عقليا. **المجلة المصرية للدراسات النفسية،** ٢٣ (٨٠)، ١٣٧ - ٢٠٩.
- بشري أرنوط (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج الواقعي في خفض الكمالية العصابية وزيادة فاعلية الذات الأكاديمية لدى طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك خالد. **مجلة الإرشاد النفسي،** ٤٢ (٥٤)، ٣٢ - ١٠٣.
- بيان أعضاء هيئة التدريس بالكلية للعام الجامعي ٢٠٢٣-٢٠٢٤ (٢٠٢٤). **وحدة ضمان الجودة والاعتماد،** كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- سامية صابر (٢٠٠٩). الكمالية العصابية (غير السوية) وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة. **مجلة شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية،** مركز الخدمة للاستشارات البحثية واللغات، جامعة المنوفية، ١-٣٧.
- سمر الودداني (٢٠١٨). التسوية الأكاديمي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى عينة من عضوات هيئة التدريس بجامعة الملك عبد العزيز بجدة. **مجلة البحث العلمي في التربية،** ١٩، ٤٩٥ - ٥١٦.
- سمية المرشدي (٢٠٢٢). التعقل كمتغير معدل للعلاقة بين الضغوط الأسرية والأعراض النفسية الجسمية لدى عينة من الأزواج والزوجات. **رسالة دكتوراه (غير منشورة)،** قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- شعبان جاب الله، هويدا الشيبية (٢٠١٧). العلاقة بين المساندة الاجتماعية والأمراض النفسية الجسمية لدى عينة من طلاب الجامعة اليمينية. **دراسات عربية،** ١٦ (٣)، ٥٩٣ - ٦٤٦.
- فاتن عبد الفتاح، شيري حليم (٢٠١٨). التسوية الأكاديمي لدى طلبة الجامعة وعلاقته بكل من التدفق النفسي والرضا عن الدراسة الجامعية لديهم. **مجلة كلية التربية،** بنها، ٢٩ (١١٦)، ١ - ٦١.
- فتحي رشوان (٢٠٢٣). معوقات تنمية القدرة التنافسية بالتعليم الجامعي المصري. **مجلة البحث في التربية وعلم النفس،** ٣٨ (٤)، ٣٥٣ - ٣٨٣.
- محمد البدوي (٢٠١٩). معوقات الإنتاجية العلمية وأثرها على الاغتراب الوظيفي لدى أعضاء هيئة التدريس (دراسة تطبيقية بجامعة الإسكندرية). **مجلة الإدارة التربوية،** ٢١، ٤٢٧ - ٢٨١.
- محمد ضاحي توني، محمد عبد الله توني (٢٠١٧). التعلم المنتشر وعلاقته بمهارات ضمان جودة التعليم وخفض التسوية الأكاديمي لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة. **مجلة البحوث في مجالات التربية النوعية،** سوهاج، ٣ (١٢)، ٨٥ - ١.
- مروة محمد، هناء محمود (٢٠٢٢). تصور للحد من التسوية الأكاديمي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة أسيوط لتحسين إنتاجيتهم العلمية. **المجلة التربوية،** سوهاج، ٩٨ (٩٨)، ٢٣٥ - ٣٣٦.

معاوية أبو غزال (٢٠١٢). التسويف الأكاديمي: انتشاره وأسبابه من وجهة نظر الطلبة الجامعيين. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ٨(٢)، ١٣١-١٤٩.

منار المرسي (٢٠١٩). بعض العوامل التي تؤثر على الإنتاجية العلمية لأعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية. *مجلة كلية التربية بالمنصورة*، ١٠٧(٤)، ٣٦٥-٤٠١.

نازه نين محمد (٢٠٢٥). التسويف الأكاديمي وعلاقته بالكمالية العصابية لدى طلبة الجامعة. *مجلة جامعة التنمية البشرية، العراق*، ٦٨-٨٢.

نشوة عبد الله (٢٠٢٠). التلكؤ الأكاديمي وعلاقته بأنماط التعلم والتفكير والتخصص الدراسي لدى طالبات الجامعة. *دراسات عربية*، ١٩(١)، ١٢٩-١٨٧.

ولاء بدوي (٢٠١٨). النموذج البنائي للعلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والكمالية والضغط النفسية لدى طالبات الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٥٦، ٣٢١-٣٨٦.

- Abdel-Khalek, A. M. (2004). Can somatic symptoms predict depression?. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 32(7), 657-666. <https://doi.10.2224/sbp.2004.32.7.657>
- Abdolkarimi, M., Sadeghi-Yarandi, M., & Sakari, P. (2024). Investigating the relationship between personality traits of hardiness and perfectionism with stress and psychosomatic symptoms: A cross-sectional study nurses in Iran. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01832-4>
- Abdullah, S. E., Shehata, Y.M., Ramadan, F.H., & Morsy, S.R. (2024). Relationship between academic procrastination behavior and self-regulation among nursing students. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 26(2), 63-77.
- Agarwal, M., & Joy, M. (2023). The relationship between academic procrastination and different dimensions of perfectionism: The role of self-critical, rigid, and narcissistic perfectionism in college students. *The International Journal of Indian Psychology*, 11(3). <https://doi.10.25215/1103.257>
- Ahmad, Z., Munir, N., & Hussain, M. (2021). Procrastination and job performance of employees working in public and private sector organizations. *Pakistan Social Sciences Review*, 5(2), 1161-1176.
- Ahmed, I., Bernhardt, G. V., & Shivappa, P. (2023). Prevalence of academic procrastination and its negative impact on students. *Biomedical and Biotechnology Research Journal (BBRJ)*, 7(3), 363-370. https://doi.10.4103/bbrj.bbrj_64_23
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

- Asio, J. M. R. (2021). Procrastination and work productivity of academic staff: Implications to the institution. *Shanlax International Journal of Arts, Science and Humanities*, 9(1), 46-53.
<https://doi.org/10.34293/sijash.v9i1.4068>
- Asio, J. M. R., & de Dios, E. E. R. (2021). Demographic profiles and procrastination of employees: Relationships and determinants. *International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences*, 7(1), 36-45. <https://dx.doi.org/10.20469/ijhss.7.20004-1>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (1994) Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Belgin, B. (2019). *Academic procrastination and academic perfectionism as predictors of self-forgiveness*. Master Dissertation, Middle East Technical University, Turkey.
- Benedetto, L., Macidonio, S., & Ingrassia, M. (2024). Well-being and perfectionism: Assessing the mediational role of self-compassion in emerging adults. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(5), 1383-1395.
<https://doi.org/10.3390/ejihpe14050091>
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Tehran multidimensional perfectionism scale. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 79-83.
- Besser, A., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Hewitt, P. L. (2020). Are perfectionistic thoughts an antecedent or a consequence of depressive symptoms? A cross-lagged analysis of the perfectionism cognitions inventory. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 99-111.
<https://doi.org/10.1177/0734282919877764>
- Bhati K., & Sethy T. P. (2022). Self-efficacy: Theory to educational practice. *International Journal of Indian Psychology*, 10(1), 1123-1128.
<https://doi.org/10.25215/1001.112>
- Bußenius, L., & Harendza, S. (2019). The relationship between perfectionism and symptoms of depression in medical school applicants. *BMC Medical Education*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1823-4>
- Çapan, B. E. (2010). Relationship among perfectionism, academic procrastination and life satisfaction of university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1665-1671.
- Chung, C. H. P., & Lee, A. M. (2024). Bidimensional perfectionism and psychological distress: The roles of self-esteem and self-compassion. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.07.24.24310699>

- Dardara, E. A., & Al-Makhalid, K. A. (2022). Procrastination, negative emotional symptoms, and mental well-being among college students in Saudi Arabia. *Annals of Psychology*, 38(1), 17-24. <https://doi.org/10.6018/analesps.462041>
- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 421-426.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781-797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002>
- Efremov, A. (2024). Psychosomatics: Communication of the central nervous system through connection to tissues, organs, and cells. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 22(4), 565-577. <https://doi.org/10.9758/cpn.24.1197>
- Fang, T., & Liu, F. (2022). A review on perfectionism. *Open Journal of Social Sciences*, 10(1), 355-364. <https://doi.org/10.4236/jss.2022.101027>
- Feizollahi, Z., Asadzadeh, H., & Mousavi, S. R. (2022). Prediction of symptoms of psychosomatic disorders in university students based on perfectionism mediated by smartphone addiction. *Caspian Journal of Health Research*, 7(3), 151-158. <https://doi.org/10.32598/CJHR.7.3.421.1.7>
- Ferrari, J. R., Barnes, K. L., & Steel, P. (2009). Life regrets by avoidant and arousal procrastinators: Why put off today what you will regret tomorrow?. *Journal of Individual Differences*, 30(3), 163-168. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.30.3.163>
- Flett, G. L., Stainton, M., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., & Lay, C. (2012). Procrastination automatic thoughts as a personality construct: An analysis of the procrastinatory cognitions inventory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30(4), 223-236. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0150-z>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Gargari, R. B., Sabouri, H., & Norzad, F. (2011). Academic procrastination: The relationship between causal attribution styles and behavioral postponement. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5(2), 72-76.
- Ghasemi, F., Beversdorf, D. Q., & Herman, K. C. (2024). Stress and stress responses: A narrative literature review from physiological mechanisms to intervention approaches. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 18. <https://doi.org/10.1177/18344909241289222>

- Ghasempour, S., Babaei, A., Nouri, S., Basirinezhad, M. H., & Abbasi, A. (2024). Relationship between academic procrastination, self-esteem, and moral intelligence among medical sciences students: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01731-8>
- Gundogdu, U. (2023). Cognitive and behavioral predictors of procrastination behavior in adolescents at a mental health clinic in Turkey. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(4), 1358-1370. <https://doi.org/10.1177/13591045221146025>
- Hadi, N.S., & Kareem, A. A. (2022). The neurotic perfectionism of first grade teachers. *Journal of Positive School Psychology*, 6(6), 4413-4424.
- Hajloo, N. (2014). Relationships between self-efficacy, self-esteem and procrastination in undergraduate psychology students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(3), 42-49.
- Hange, D., Mehlig, K., Lissner, L., Guo, X., Bengtsson, C., Skoog, I., & Björkelund, C. (2013). Perceived mental stress in women associated with psychosomatic symptoms, but not mortality: Observations from the population study of women in Gothenburg, Sweden. *International Journal of General Medicine*, 6, 307-315. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S42201>
- Heidari, Z., Feizi, A., Rezaei, S., Roohafza, H., & Adibi, P. (2021). Psychosomatic symptoms questionnaire (PSQ-39): A psychometric study among general population of Iranian adults. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03278-z>
- Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 23-31.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 80-91.
- Hill, A. P., Madigan, D. J., Curran, T., Jowett, G. E., & Rumbold, J. L. (2024). Exploring and evaluating the two-factor model of perfectionism in sport. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 42(6), 612-634. <https://doi.org/10.1177/07342829241231149>
- Hochwarter, W. A., & Byrne, Z. S. (2010). The interactive effects of chronic pain, guilt, and perfectionism on work outcomes. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(1), 76-100.

- Jamil, L., Ashouri, A., Zamirinejad, S., & Mahaki, B. (2021). Investigating the structural model of procrastination based on transdiagnostic factors. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 35. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.120>.
- Jochmann, A., Gusy, B., Lesener, T., & Wolter, C. (2024). Procrastination, depression and anxiety symptoms in university students: A three-wave longitudinal study on the mediating role of perceived stress. *BMC Psychology*, 12. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01761-2>
- Johansson, F., Rozental, A., Edlund, K., Côté, P., Sundberg, T., Onell, C., & Skillgate, E. (2023). Associations between procrastination and subsequent health outcomes among university students in Sweden. *JAMA Network Open*, 6(1). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49346>
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2012). Perceived stress, emotional ill-being and psychosomatic symptoms in high school students: The moderating effect of self-regulation competences. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(3), 25-33.
- Khalifa, T. S. M. (2023). Performance perfectionism and its relation to academic procrastination and depression among early childhood student teachers. *Information Sciences Letters*, 5, 1589-1598. <http://dx.doi.org/10.18576/isl/120508>
- Khalil, E., Ibrahim, N. A., Al Shayeb, M., Kuduruthullah, S., & Hassan, M. (2020). Stress-related oral manifestations disorders in a population sample of patients attending Ajman university dental clinics. *J. Int. Dent. Med. Res*, 13, 577-586.
- Klingsieck, K. B. (2013). Procrastination in different life-domains: Is procrastination domain specific?. *Current Psychology*, 32(2), 175-185. <https://doi.org/10.1007/s12144-013-9171-8>
- Kumar, N. N., Panchaksharappa, M. G., & Annigeri, R. G. (2016). Psychosomatic disorders: An overview for oral physician. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, 28(1). <https://doi.org/10.4103/0972-1363.189979>
- Kurtovic, A., Vrdoljak, G., & Idzanovic, A. (2019). Predicting procrastination: The role of academic achievement, self-efficacy and perfectionism. *International Journal of Educational Psychology*, 8(1), 1-26. <https://doi.org/10.17583/ijep.2019.2993>
- Liu, G., Cheng, G., Hu, J., Pan, Y., & Zhao, S. (2020). Academic self-efficacy and postgraduate procrastination: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01752>
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2019). Self-concept certainty in adaptive and maladaptive perfectionists. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(2). <https://doi.org/10.1177/2043808719843455>

- Malobabic, M., Živković, D., & Randelović, N. (2020). The severity of psychosomatic problems and procrastination in students. *Facta Universitatis, Series: Teaching, Learning and Teacher Education*, (1), 109-119. <https://doi.org/10.22190/FUTLTE1902109M>
- Meiri, E. A. F. (2024). Neurotic perfectionism and Its correlation with psychological resilience among a sample of university students. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 13937-13951. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.6538>
- Mobini, S. (2015). Psychology of medically unexplained symptoms: A practical review. *Cogent Psychology*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2015.1033876>
- Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & DeCourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 482-500.
- Molnar, D. S., Sirois, F. M., Flett, G. L., Janssen, W. F., & Hewitt, P. L. (2017). Perfectionism and health: The roles of health behaviors and stress-related processes. In: J. Stoeber (ed.). *The Psychology of Perfectionism* (pp. 200-221). Routledge, London.
- Nagabhushana, D., Rao, B. B., Mamatha, G. P., Annigeri, R., & Raviraj, J. (2004). Stress related oral disorders-A review. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, 16(3), 197-200.
- Netzer Turgeman, R., & Pollak, Y. (2023). Using the temporal motivation theory to explain the relation between ADHD and procrastination. *Australian Psychologist*, 58(6), 448-456. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2218540>
- Nisar, H., & Srivastava, R. (2018). Fundamental concept of psychosomatic disorders: A review. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*, 3(1), 12-18.
- Ofoghi, Z., & Besharat, M. A. (2010). Perfectionism and physical ill-health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1119-1123. <https://doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.246>
- Patterson, H., Firebaugh, C. M., Zolnikov, T. R., Wardlow, R., Morgan, S. M., & Gordon, B. (2021). A systematic review on the psychological effects of perfectionism and accompanying treatment. *Psychology*, 12(1), 1-24. <https://doi.org/10.4236/psych.2021.121001>
- Pilafas, G., Prouzou, A., Strongylaki, N. P., Menti, D., & Lyrakos, G. (2021). Introducing the 'Psychosomatic Screening Questionnaire-29' (PSSQ-29): Reliability and validity in an epidemiological sample of 1,158 participants in Greece during the COVID-19 domestic lockdown. *Int J Health Sci Res*, 11(6), 52-65. <https://doi.org/10.52403/ijhsr.20210609>

- Placzkiewicz, B. (2024). Teaching nursing students to provide emotional support to patients with psychosomatic disorders. *Long-Term Care Nursing*, 9 (1), 33-41. [https://doi.org/10.19251/pwod/2024.1\(4\)](https://doi.org/10.19251/pwod/2024.1(4))
- Rad, H. F., Bordbar, S., Bahmaei, J., Vejdani, M., & Yusefi, A. R. (2025). Predicting academic procrastination of students based on academic self-efficacy and emotional regulation difficulties. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-87664-7>
- Rahardjo, W., Juneman, J., & Setiani, Y. (2013). Computer anxiety, academic stress, and academic procrastination on college students. *Journal of Education and Learning (EduLearn)*, 7(3), 147-152.
- Rice, V. H. (2012). Theories of stress and its relationship to health. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (2nd ed., pp. 22-42). Sage Publications, Inc.
- Rochette, L., Dogon, G., & Vergely, C. (2023). Stress: Eight decades after its definition by Hans Selye: "Stress is the spice of life". *Brain Sciences*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/brainsci13020310>
- Romash, I., Neyko, V., Romash, I., Vynnyk, M., Gerych, O., & Pustovoyt, M. (2022). The nature of the manifestation of procrastination among medical university teachers during the period of altered psycho-emotional state during forced social distancing due to the COVID-19 pandemic and its impact on the quality of life. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*, 49(52). [https://doi.org/10.33120/ssspj.vi49\(52\).267](https://doi.org/10.33120/ssspj.vi49(52).267)
- Rozental, A., & Carlbring, P. (2014). Understanding and treating procrastination: A review of a common self-regulatory failure. *Psychology*, 5(13), 1488-1502. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.513160>
- Saini, J. K., & Singh, M. (2024). The relationship between procrastination and perfectionism in student population of Delhi NCR. *International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR)*, 6(2). <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i02.16744>
- Salehi, R. (2020). Effect of ACT on work procrastination and work performance. *Preventive Counseling*, 1(1), 33-46.
- Sederlund, A. P., Burns, L., R., & Rogers, W. (2020). Multidimensional models of perfectionism and procrastination: Seeking determinants of both. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14). <https://doi:10.3390/ijerph17145099>
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392. <https://doi: 10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Selye, H. (1952). Allergy and the general adaptation syndrome. *International Archives of Allergy and Immunology*, 3(4), 267-278.

- Serdar, E., Demirel, D.H., & Demirel, M. (2021). The relationship between academic procrastination, academic motivation and perfectionism: A study on teacher candidates. *Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET*, 20(4), 140-149.
- Siaputra, I. B. (2010). Temporal motivation theory: Best theory (yet) to explain procrastination. *Anima Indonesian Psychological Journal*, 25(3), 206-214.
- Singh, K., & Srivastava, A. (2024). Self-efficacy and procrastination: A correlation study. *International Journal of Indian Psychology*, 12(2), 2373-2379. <https://doi.10.25215/1202.204>
- Sirois, F. M. (2007). "I'll look after my health, later": A replication and extension of the procrastination-health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 15-26. <https://doi.10.1016/j.paid.2006.11.003>
- Sirois, F. M., Melia-Gordon, M. L., & Pychyl, T. A. (2003). "I'll look after my health, later": An investigation of procrastination and health. *Personality and individual differences*, 35(5), 1167-1184.
- Sirois, F. M., Stride, C. B., & Pychyl, T. A. (2023). Procrastination and health: A longitudinal test of the roles of stress and health behaviours. *British Journal of Health Psychology*, 28(3), 860-875. <https://doi.10.1111/bjhp.12658>
- Sirois, F. M., & Tosti, N. (2012). Lost in the moment? An investigation of procrastination, mindfulness, and well-being. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30(4), 237-248.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Baggeley, D. L. (2022). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology*, 63(1), 16-31. <https://doi.org/10.1037/cap0000288>
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31(4), 503-509.
- Sommantico, M., Postiglione, J., Fenizia, E., & Parrello, S. (2024). Procrastination, perfectionism, narcissistic vulnerability, and psychological well-being in young adults: An Italian study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8). <https://doi.10.3390/ijerph21081056>
- Specter, M. H., & Ferrari, J. R. (2000). Time orientations of procrastinators: Focusing on the past, present, or future?. *Journal of Social Behavior & Personality*, 15(5).
- Stanisławska-Kubiak, M., Stelcer, B., Wojciechowska, J., Kułacz, K., Szybowicz, U., & Mojs, E. (2023). Psychosomatic symptoms associated with traumatic events experienced in medical students. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 36(5), 606-617.

- Steel, P., & König, C. J. (2006). Integrating theories of motivation. *Academy of Management Review*, 31(4), 889-913.
- Steel, P., Svartdal, F., Thundiyil, T., & Brothen, T. (2018). Examining procrastination across multiple goal stages: A longitudinal study of temporal motivation theory. *Frontiers in Psychology*, 9. [https:// doi: 10.3389/fpsyg.2018.00327](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00327)
- Stoeber, J. (2012). The 2× 2 model of perfectionism: A critical comment and some suggestions. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 541-545. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.029>
- Stoeber, J. (Ed.). (2018). *The psychology of perfectionism: Theory, research, application*. Routledge, London.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.
- Suh, H., Hong, J., Rice, K., & Kelly, V. (2022). International and domestic graduate student satisfaction with life: Application of the perfectionism diathesis-stress model. *Journal of International Students*, 12(1), 216-238. <https://doi.org/10.32674/jis.v12i1.2679>
- Sumi, K., Tsuzuki, S., & Kanda, K. (2001). Neurotic perfectionism, perceived stress, and self-esteem among Japanese men: A prospective study. *Psychological Reports*, 88(1), 19-22.
- Thijail, L. N., & Al-Shok, A. F. (2021). Neurotic perfectionism among students of the kindergarten department and Its relationship to some variables. *Psychology and Education*, 58(2), 8953-8969.
- Umandap, J. D., & Teh, L. A. (2020). Self-compassion as a mediator between perfectionism and personal growth initiative. *Psychological Studies*, 65(3), 227-238. <https://doi.org/10.1007/s12646-020-00566-8>
- Wilson, A., Aghaziarati, A., & Saadati, M. (2024). Exploring the psychosomatic effects of perfectionism in patients with chronic tension-type headaches: A qualitative study. *Journal of Personality and Psychosomatic Research*, 2(4), 36-43. <https://doi.org/10.61838/kman.jprr.2.4.6>
- Woodfin, V. I. (2022). *Self-compassion and perfectionism*. Master Dissertation, University of Bergen, Norway.

The Role of Academic Procrastination and Neurotic Perfectionism to Predicting Psychosomatic Symptoms among Teaching Members in University.

Abstract:

The current study aims to examine the role of academic procrastination and neurotic perfectionism to predicting psychosomatic symptoms among a sample of teaching members at the faculties of arts, Cairo University, Zagazig, Kafr El-Sheikh, and Ain Shams. The study sample consisted of 55 members (25 male, 30 female). The average age for male 39.92 ± 4.89 , and 43.03 ± 7.11 for female. The study included the following tools: The Academic Procrastination Scale prepared by the researcher, Somatic Symptoms Inventory prepared by Ahmed Abdel-Khalek, 2003 (Abdel-Khalek, 2004), and Neurotic Perfectionism Scale prepared by the researcher. The results revealed positive significant correlation between both of academic procrastination, neurotic perfectionism, and psychosomatics symptoms. The results showed that academic procrastination and neurotic perfectionism contributed to explained 20.1% and 20.5% respectively of psychosomatic symptoms. Multiple regression analysis revealed that both variables (academic procrastination, neurotic perfectionism) contributed to explained 32,6% of psychosomatic symptoms. The results were discussed within theoretical and experimental literature.

Key Words: Academic Procrastination, Neurotic Perfectionism, Psychosomatic Symptoms.