

الكمالية كمنبئ بتقدير الذات لدى الراشدين اللبنانيات المصابات بإضطرابات الأكل

جنان جانا¹، أ.د. نرمين عوني محمد²

قسم علم النفس - جامعة بيروت العربية / لبنان^{1&2}

قبول البحث: 09/05/2025

مراجعة البحث: 05/04/2025

استلام البحث: 10/03/2025

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى تحديد الفروق في متغير الكمالية ومتغير تقدير الذات والكشف عن العلاقة بينهما والتعرف على الدور التنبؤي للكمالية في تقدير الذات لدى عينة من الإناث الراشدين المصابات بالنهم العصبي وباضطراب الشرهية عند تناول الطعام. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، تكونت العينة من (104) راشدة من بيروت وضواحيها بواقع (51) راشدة من المصابات بالنهم العصبي، و (53) راشدة من المصابات باضطراب الشرهية عند تناول الطعام. تم استخدام مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، ومقياس الكمالية (المعايير، النظام، التباين) من اعداد سلايني وآخرون وتعريب كيرا وآخرون. أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عینتي الدراسة في متغيري المعايير والتباين لصالح الراشدين المصابات بالنهم العصبي. كما ظهر ارتباط سالب جوهري بين أبعاد الكمالية وتقدير الذات لدى عینتي الدراسة. كما أمكن التنبؤ بتقدير الذات من خلال أبعاد الكمالية الثلاث أي المعايير والنظام والتباين وكانت المعادلة تقدير الذات = $35.302 - 0.654 \times (\text{النظام}) - 0.086 \times (\text{المعايير}) - 0.073 \times (\text{التباين})$. الكمالية هو عامل تنبؤي لاستدامة اضطرابات الأكل ويؤثر على تقدير الذات لدى الأفراد المصابين باضطرابات الأكل. تؤكد هذه النتائج على زيادة الوعي بالعوامل المنبئة في تقدير الذات نظراً لأهميته في استدامة اضطرابات الأكل. كما تساهم نتائج هذه الدراسة في التأسيس لفهم أعمق لدور الكمالية وتقدير الذات في اضطرابات الأكل وأهمية تضمينهما في علاج اضطرابات الأكل.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الشرهية عند تناول الطعام، النهم العصبي، الكمالية، تقدير الذات، راشدين.

Abstract

The study aimed to identify differences in the variables of perfectionism and self-esteem, examine their relationship, and explore the predictive role of perfectionism in self-esteem among a sample of women with bulimia nervosa and binge-eating disorder. The sample included 104 women with bulimia nervosa and binge-eating disorder, using the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Almost Perfect Scale-Revised (standards, discrepancy, and order) by Slaney et al. which was translated and adapted to Arab populations by Kira et al.

The results revealed statistically significant differences between the two samples in standards and discrepancy measures of perfectionism in favor of adults with Bulimia Nervosa. A significant negative correlation was also found between the dimensions of perfectionism and self-esteem among the samples. Additionally, self-esteem could be predicted by the three dimensions of perfectionism: standards, organization, and discrepancy. The equation obtained was:

Self-esteem = 35.302 - 0.654 × (organization) - 0.086 × (standards) - 0.073 × (discrepancy). Perfectionism is a key factor that perpetuates eating disorders and impacts self-esteem, especially among affected individuals. These findings emphasize the importance of addressing perfectionism and self-esteem in treatment plans for eating disorders.

Keywords: binge eating disorder (BED), bulimia nervosa (BN), perfectionism, self-esteem, women

المقدمة

من الشائع أن يستحضر مصطلح "اضطراب الأكل" صورة المراهقات والفتيات في أوائل العشرينيات، إذ تُعرف فترة المراهقة بأنها المرحلة الأكثر شيوعاً لظهور هذه الاضطرابات. ومع ذلك، فإن اضطرابات الأكل ليست حكراً على هذه الفئة العمرية، فقد تستمر مع الشخص لسنوات، بل وتظهر في مراحل لاحقة من الحياة، خاصة مع التغيرات الجسدية التي ترافق التقدم في العمر. إن مرحلة الرشد، التي يُفترض أن تكون ذروة الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرارات، قد تصبح في بعض الحالات بيئة خصبة لترسيخ سلوكيات أكل مضطربة بدلاً من معالجتها. ففي هذه المرحلة من النضج والاستقلال، يسهل التعيم على اضطرابات الأكل وتأجيل مواجهتها، مما يؤدي إلى تأخر اكتشاف المشكلة حتى تظهر مضاعفات صحية عديدة، أبرزها سوء التغذية أو الإفراط والشره في الأكل وما يستتبعه من سلوكيات تعويضية كالنقيض الذاتي أو سوء استخدام الملينات أو ممارسة الرياضة بشكل مفرط¹. كما أن التحديات والضغوط الاجتماعية التي يواجهها الأفراد في مرحلة الرشد، مثل التوقعات المجتمعية والكمالية المفرطة، قد تساهم في تعقيد هذه الاضطرابات. فالكثير من الراشدين، خصوصاً اللواتي يسعين إلى تحقيق معايير مثالية في المظهر، قد يجدن أنفسهن عالقات في دائرة من التحكم الصارم في الأكل كوسيلة لتعزيز الشعور بالسيطرة والكفاءة. وفي بعض الحالات، يرتبط اضطراب الأكل ارتباطاً وثيقاً بتقدير الذات، حيث تصبح صورة الجسم عاملاً حاسماً في تحديد القيمة الذاتية. لذا، فإن تعزيز الوعي حول العلاقة بين الكمالية واضطرابات الأكل، إلى جانب الوعي بالتقدير الذاتي القائم على جوانب متعددة تتجاوز شكل الجسم والمظهر الخارجي، يعدّ أمراً جوهرياً في الوقاية والعلاج، مما يساعد الراشدين على بناء علاقة صحية ومتوازنة مع أجسامهم وأنماطهم الغذائية. لذا، فإن التعرف على اضطرابات الأكل في مرحلة الرشد، والاعتراف بتداخل عوامل مؤثرة على استدامتها كالكمالية وتقدير الذات، وطلب الدعم الطبي والنفسي، تعدّ حجر الأساس في الوقاية والعلاج من هذه الاضطرابات. انطلاقاً من ذلك، تسعى هذه الدراسة إلى استكشاف الدور التنبؤي للكمالية في تقدير الذات لدى عينة من الراشدين اللبانيات المصابات باضطرابات الأكل، وذلك في ظل الانتشار الواسع لهذه الاضطرابات، خاصة في المجتمعات العربية، بما في ذلك لبنان. ويعود هذا الانتشار إلى عوامل عديدة أبرزها تأثير معايير جمالية دخيلة ثقافياً كالأجسام "المثالية" و "الجسم النحيل"².

مشكلة الدراسة

تحتل دراسة مرحلة الرشد باهتمام متزايد نظراً لدورها المحوري في تطور المجتمع، إذ تشكل هذه الفئة النسبة الأكبر من الأفراد، وتعدّ مرحلة مليئة بالفرص لكنها تشهد أيضاً ارتفاعاً في معدلات الاضطرابات النفسية، ومنها اضطرابات الأكل. مع استمرار التطور الجسدي والنفسي والاجتماعي، قد تنشأ هذه الاضطرابات أو تستمر خلال الرشد، نتيجة تفاعل عوامل وراثية، بيولوجية، ونفسية³. بلغ معدل انتشار اضطرابات الأكل في الشرق الأوسط 31.4% بين 17,679 فرداً (12-33 عاماً)، مع ارتفاع النسبة لدى الإناث، حيث تأثرت بالعمر، الجنس، مؤشر كتلة الجسم، العادات الغذائية، والتحصيل الأكاديمي⁴.

أظهرت دراسة⁵ Zeeni et al أن طلاب الجامعات اللبنانية لديهم وعي مرتفع بالسرعات الحرارية وقلق متزايد بشأن صورة الجسم، مع رغبة ملحوظة في النحافة، ما يعكس نزعة كمالية مصحوبة بقلق مفرط حول التقييمات السلوكية^{6,7}. وتؤدي الكمالية إلى استدامة اضطرابات الأكل⁸. يؤثر ذلك على تقدير الذات، حيث يرتبط تدنيه بسلوكيات غذائية غير سوية، مثل التقييد الغذائي، والميل إلى تقييم الذات بناءً على وزن الجسم وشكله⁹. فالسعي لتحقيق معايير غير واقعية للجمال قد يدفع المصابات باضطرابات الأكل إلى تبني سلوكيات قهرية، مما ينعكس على تقدير الذات نتيجة الاعتماد على ضبط الأكل والتحكم بالوزن كمؤشرات للقيمة الذاتية.

من هنا، جاءت الحاجة إلى دراسة العلاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين المصابات باضطرابات الأكل، لفهم دور هذه العوامل النفسية في سياق اضطرابات الأكل.

أهداف الدراسة

- الكشف عن الفروق بين الراشدين المصابات بالشراهة عند تناول الطعام والراشدين المصابات بالنهم العصبي في كل من الكمالية وتقدير الذات.
- التعرف على العلاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين اللاتي يعانين من الشراهة عند تناول الطعام.
- التعرف على العلاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين اللاتي يعانين من النهم العصبي.
- التنبؤ بتقدير الذات من خلال الكمالية لدى الراشدين اللبانيات المصابات باضطرابات الأكل.

أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من جانبين رئيسيين:

- 1- الأهمية النظرية : تسلط الدراسة الضوء على الكمالية وتقدير الذات وهي من العوامل المرتبطة بالصحة النفسية، خاصة في سياق اضطرابات الأكل. كما تبرز أهميتها في تناولها لفئة الراشدين، وهي شريحة عمرية لها دور محوري في المجتمع اللبناني، ورغم أن اضطرابات الأكل غالباً ما تبدأ خلال مرحلة المراهقة، إلا أن انتشارها المتزايد بين النساء في مرحلة الرشد، استدعى دراسة العوامل النفسية المساهمة في استمرارها أو تفاقمها في هذه المرحلة العمرية.

2- الأهمية العملية : تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسة في تقديم بيانات تسهم في فهم دور الكمالية وتقدير الذات في اضطرابات الأكل ضمن البيئة اللبنانية، مما يدعم تصميم استراتيجيات وقائية وتطوير برامج علاجية تعزز تقدير الذات وتحد من النزعة الكمالية، لتحسين فاعلية التدخلات النفسية الموجهة للراشدين المصابات باضطرابات الأكل.

حدود الدراسة

- الحدود البشرية: عينة الدراسة قوامها (104) مقسمة الى مجموعتين، تضم المجموعة الأولى الراشدين المصابات بالتهم العصبي (ن=51) ، وتضم المجموعة الثانية الراشدين المصابات باضطراب الشرهه للطعام (ن=53).
- الحدود المكانية: ثلاث عيادات تُعنى بتقديم خدمات نفسية و/أو إستشارات غذائية في بيروت وضواحيها.
- الحدود الزمانية: العام 2023-2024.

مصطلحات الدراسة

- الكمالية Perfectionism : وهي "السعي نحو الكمال" وتنقسم إلى نوعين: النوع الاول هو السعي للكمال وهو تكيفي وإيجابي، أما النوع الثاني فهو التناقض الذاتي وهو غير تكيفي ويعمل على زيادة النقد واللوم الذاتي، وهو مرتبط باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطراب الوسواس القهري¹⁰. يمكن تقدير الكمالية من خلال الدرجة التي تحصل عليها المشاركات في الدراسة على مقياس الكمالية.
- تقدير الذات Self-esteem: اشار روزنبرغ Rosenberg الى أن تقدير الذات هو التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة لنفسه، ويعبر به عن اتجاه الإستحسان أو الرفض¹¹. ويُقدّر تقدير الذات من خلال الدرجة التي تحصل عليها المشاركات في الدراسة على مقياس روزنبرغ لتقدير الذات.
- اضطرابات الأكل Eating Disorders: تُعرّف بأنها اضطراب مستمر في السلوك الغذائي يؤثر على كمية أو نوعية استهلاك الطعام، مما ينعكس سلباً على الصحة الجسدية أو الأداء النفسي والاجتماعي للفرد⁴.

الإطار النظري

يؤثر النظام الغذائي على السلوك، النشاط الذهني والعضلي، والحالة النفسية والجسمية، حيث قد يشير أي اضطراب في عادات تناول الطعام إلى اختلال سلوكي مرتبط بعوامل نفسية واجتماعية، منها تقدير الذات¹². مع التقدم في العمر وتزايد التحديات النفسية والاجتماعية، تزداد سلوكيات الأكل المضطربة، وتُعدّ الإناث أكثر عرضة لهذه الأنماط خلال مرحلتي المراهقة والرشد، نتيجة الضغوط المجتمعية التي تفرض معايير مثالية للجمال والنحافة⁹. يبرز هذا التأثير في مرحلة الرشد، حيث تزداد الاستقلالية والمسؤوليات المهنية والاجتماعية.

تلعب الكمالية وتقدير الذات دوراً رئيسياً في اضطرابات الأكل، إذ يدفع السعي لتحقيق معايير غير واقعية للجمال إلى تبني أنماط غذائية صارمة أو غير صحية، مما يؤثر على تقدير الذات ويزيد من اضطرابات الأكل.

الكمالية Perfectionism

في التسعينيات، برزت رؤية متعددة الأبعاد للكمالية، حيث تُعد دافعًا لتحقيق الإنجاز بمعايير عالية، وترتبط إيجابيًا أو سلبًا بالصحة النفسية^{13,14}. ميّز أدلر (Adler 1956) بين الكمالية السوية، التي تتمثل في السعي للإتقان، والكمالية العصابية، المصحوبة بمشاعر النقص والمعايير غير الواقعية. واعتبر بيك (Beck 1976) الكمالية نسقًا معرفيًا مضطربًا يتسم بالتفكير المشوش والتعميم الزائد، بينما ربطها بندورا (Bandura 1986) بتقديرات الوالدين للكمالية لدى الأطفال¹⁵.

اقترح سلاو وأونز¹⁶ نموذج الكمالية المزدوجة، حيث ترتبط الكمالية السلبية بالمخاوف من الفشل والتجنب، بينما تحفز الكمالية الإيجابية النجاح والمواجهة¹⁷. كما أكد ستوبر وستوبر¹⁸ أن الكمالية تؤثر على مظهر الفرد وعلاقاته الاجتماعية، وقُسمت إلى:

- الكمالية المرتبطة بالمخاوف (ECP- Evaluation Concerns Perfectionism) تُركز على الفجوة بين التوقعات والأداء، والخوف من الأخطاء وتقييم الآخرين.
- الكمالية المعيارية الشخصية (PSP- Personal Standard Perfectionism) السعي لتحقيق معايير عالية¹⁹.

تُجمع التفسيرات النظرية على وجود نوعين من الكمالية، الكمالية الإيجابية التكيفية التي تعزز النجاح والتفوق، والكمالية السلبية غير التكيفية التي ترتبط بالخوف من الفشل والنقد الذاتي المفرط. بذلك، لا تُعد الكمالية دائمًا سلبية، بل قد تكون قوة دافعة لتحقيق الأهداف إذا بقيت ضمن حدود معقولة. كما تلعب تفاعلات الفرد مع بيئته دورًا أساسيًا في تحديد أثرها النفسي، إما كحافز للتقدم أو كعامل مؤدي للاضطرابات.

تقدير الذات Self-esteem

عرّف فايد (1997) تقدير الذات بأنه اتجاهات الفرد نحو نفسه، سواء كانت إيجابية أو سلبية، حيث يشير التقدير المرتفع إلى الشعور بالقيمة والأهمية، بينما يعكس التقدير المنخفض عدم الرضا عن الذات¹¹. وضع ماسلو (1943) تقدير الذات ضمن هرم الحاجات، حيث يشمل احترام الذات (الجدارة، الكفاءة، والثقة بالنفس) والتقدير من الآخرين (المكانة، التقبل، والانتباه)²⁰. أما روزنبرغ (1978) فقد أوضح أن تقدير الذات يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، حيث يتأثر بتقييم الأسرة، وينقسم إلى تعبير ذاتي (إدراك الفرد لذاته) وسلوكي (تصرفاته التي تعكس مدى تقبله لذاته)²¹. في سياق اضطرابات الأكل، يؤدي تدني تقدير الذات إلى عدم التكيف، والسعي للنحافة، وعدم الرضا عن الجسم²². العوامل المؤثرة في تقدير الذات تنقسم إلى ثلاث فئات متداخلة:

- العوامل الذاتية: تشمل القدرات العقلية وصورة الجسد، حيث يرتبط صغر الحجم بالرضا لدى الإناث.
- العوامل الاجتماعية: تشمل المعايير المجتمعية، والدور الاجتماعي، والعلاقات الأسرية.
- العوامل الوضعية: تشمل الضغوط والتحديات الصحية²⁰.

يُعد تقدير الذات عملية متغيرة تتأثر بعوامل ذاتية، اجتماعية، ووضعية. وفقًا لماسلو، فهو مستمد من الإنجازات الشخصية والاعتراف الخارجي، بينما ركّز روزنبرغ على ربطه بقيمة الفرد الشخصية.

اضطرابات الأكل Eating Disorders

وفقاً للجمعية الوطنية لاضطرابات الأكل (NEDA – National Eating Disorder Association)، تبدأ هذه الاضطرابات غالباً بين سن 18 و 21 عاماً، حيث يُقدّر أن 10-20% من الإناث و 4-10% من الذكور في الجامعة يعانون منها، مع تزايد مستمر في هذه النسب. تشكل اضطرابات الأكل خطراً صحياً خطيراً، إذ ترتبط بمضاعفات طبية واعتلال نفسي قد يهدد الحياة. يتميز فقدان الشهية العصبي بالتقييد الشديد للطعام وفقدان الوزن المفرط، مع خوف مستمر من السمنة. ويتسم النهم العصبي بنوبات نهم يتبعها سلوكيات تعويضية مثل التقيؤ الذاتي، استخدام المسهلات، أو الإفراط في الرياضة، إضافةً إلى تقييم الذات وفقاً للوزن والشكل¹³. أما اضطراب الشرهية عند تناول الطعام، فيتمثل في تناول كميات كبيرة من الطعام بفترة قصيرة مع فقدان السيطرة والشعور بالخل أو الذنب، دون سلوكيات تعويضية كالنقيء أو التمارين المفرطة. تعود أسبابه لعوامل مثل تأثير الأسرة، الأقران، ووسائل الإعلام التي تروج لمعايير غير واقعية للجمال²³.

نتيجةً للتغيرات الاجتماعية والثقافية السريعة، أصبح مفهوم النحافة مقبولاً على نطاق واسع، مما أدى إلى انتشار سلوكيات الأكل المضطربة، عدم الرضا عن الجسم، والأنظمة الغذائية المقيدة. كما لوحظت أعراض مثل الشرهية، القيء الذاتي، واستخدام المليينات ضمن اضطرابات الأكل في المجتمعات العربية².

الكماالية وتقدير الذات لدى الراشدين في ضوء النهم العصبي واضطراب الشرهية عند تناول الطعام

ترتبط الكماالية سلباً بالصحة النفسية، إذ تسهم في اضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، الوسواس، واضطرابات الأكل²⁴. وجدت دراسة Limburg et al.²⁵ أن المساعي والمخاوف الكماالية ترتبط إيجابياً بأعراض اضطرابات الأكل، بينما أوضحت Vincent et al.²⁶ أن "المخاوف الكماالية" تؤثر بشكل أقوى على الشرهية عند تناول الطعام مقارنة بـ "السعي للكماالية". كما تُعد الكماالية السريرية، التي تتميز بالقلق بشأن الأخطاء والمعايير الشخصية، من العوامل الرئيسية لاستدامة اضطرابات الأكل وفقاً لنظرية التشخيص العابر²⁷. ويرتبط الكمال الموجه ذاتياً والموصوف اجتماعياً بالأفكار التلقائية لمرضى النهم العصبي والشرهية¹⁷. تظهر الكماالية غير التكيفية في النقد الذاتي والتقييم السلبي للذات، مما يؤدي إلى تجنب المواقف خوفاً من الأخطاء، ويؤثر على الاستقرار النفسي²⁸. كما أن الأهداف غير الواقعية للكماالية تزيد من مشاكل التكيف النفسي مثل الاكتئاب وتدني تقدير الذات¹³. يعد تدني تقدير الذات عاملاً رئيسياً في نشأة اضطرابات الأكل، حيث يركز المصابون بهذه الاضطرابات على شكل الجسم والوزن كمعايير تقييم ذاتي، مما يؤدي إلى تفاقم المشكلة²⁹.

تظهر اضطرابات الأكل غالباً خلال الانتقال إلى الرشد، إذ يتراوح متوسط عمر الإصابة بفقدان الشهية العصبي والنهم العصبي بين 15 و 19 عاماً، بينما يظهر اضطراب الشرهية عند تناول الطعام بين 23 و 24 عاماً. يتمتع الراشدون بحرية أكبر في الأدوار الاجتماعية مقارنة بالمراهقين، لكنهم يواجهون مسؤوليات جديدة مثل العمل والأسرة³⁰.

تشمل عوامل الخطر النفسية النحافة المثالية المدركة، الكماالية، المزاج السلبي، القلق من الوزن، وتدني تقدير الذات⁹. وتختلف أسباب اضطرابات الأكل لدى الراشدين، حيث ترتبط بأحداث مثل الحمل، الطلاق، أو انقطاع الطمث، إذ تشكل التغيرات الهرمونية والجسدية في مرحلة الرشد المتأخر، خاصة زيادة الوزن، فترة عالية الخطورة لظهور الاضطرابات³¹.

يواجه الراشدون مشاعر الخجل لارتباط اضطرابات الأكل بالمراهقين، إضافة إلى عقبات في تلقي العلاج بسبب مسؤولياتهم العائلية. كما يعانون من عواقب صحية أشد، مثل التدهور السريع في الأداء المعرفي نتيجة الحميات الغذائية المقيدة³².

دراسات بحثت في الكمالية، وتقدير الذات، واضطرابات الأكل

قام زيني وآخرون⁵ Zeeni et al. بدراسة مقارنة بين الثقافات للكشف عن العلاقة بين سلوك الأكل والتأثيرات الاجتماعية والثقافية فيما يتعلق بالمظهر وصورة الجسم لدى طالبات الجامعات من ثقافتين مختلفتين، وهما قبرص ولبنان. وقد وُجد أن الطلاب اللبنانيين كانوا أشد تأثراً في سلوكهم الغذائي بالعوامل الثقافية والاجتماعية.

أما دراسة ضومط وآخرون³³ Doumit et al. فهدفت إلى الكشف عن مدى القابلية للإصابة باضطرابات الأكل (ED) لدى 949 راشدة لبنانية بالإضافة إلى التعرف إلى الارتباط بين اضطرابات الأكل والتوتر والقلق والاكتئاب وعدم الرضا عن صورة الجسم (BID) والأكل المختل وظيفيا ومؤشر كتلة الجسم والانتماء الديني (مسيحي أو مسلم أو درزي أو غيره) والتدين ومستوى النشاط. أظهرت النتائج أن القلق كان له التأثير الأكبر على زيادة الاستعداد لاضطرابات الأكل، يليه مستوى التوتر، ثم عدم الرضا عن صورة الجسم، والاكتئاب والأكل المقيد. علاوة على ذلك، وجد أن للتدين دور وقائي في الحد من القلق واضطرابات الأكل.

كما أجرت سانشيز رويز وآخرون³ Sanchez-Ruiz et al (2017) دراسة عن المتغيرات النفسية والاجتماعية والمتغيرات المتعلقة بالوزن كمنبئات لاضطرابات الأكل من خلال أبعاد الأكل المضطرب (أي الأكل المقيد والخارجي والعاطفي) لدى طلاب الجامعات اللبنانية. تكونت العينة من 244 طالبة جامعية (143 طالبة) تتراوح أعمارهن بين 18 و31 عاماً. استخدمت الدراسة تحليل المسار ومن أبرز ما توصلت إليه من نتائج هو أن الضغط الإعلامي والكمالية هما منبئان باضطرابات الأكل عن طريق الأكل المقيد.

أما الدراسة المستعرضة التي أجرتها بزري وآخرون³⁴ Bizri et al. عن مدى إنتشار اضطرابات الأكل لدى طلبة كلية الطب في لبنان، فأشارت بأن وصمة العار المجتمعية ونقص الوعي جعلت من سلوكيات الأكل المضطربة بين الطلاب أمراً صعب التعرف إليه. كما هدفت الدراسة إلى تقييم مدى انتشار اضطرابات الأكل والعوامل المحتملة المرتبطة بها بين طلاب الطب في الجامعة الأمريكية في بيروت - لبنان (AUB). خلصت النتائج إلى أن هناك مستوى عالٍ من سلوكيات الأكل المضطربة غير المعترف بها وغير المعالجة بين الطالبات في الجامعة المذكورة.

أجرت كولمسي وآخرون⁹ Colmsee et al. مراجعة منهجية لـ 13 دراسة ضمت اناث من عمر الطفولة إلى الرشد المبكر بهدف الكشف عن أهمية تدني تقدير الذات في تطور اضطرابات الأكل. أبرزت النتائج مدى تأثير تقدير الذات على اضطرابات الأكل ($r = -.23$ ، $p = -.09$). بالإضافة إلى ذلك، فإن تدني تقدير الذات يعمل كعامل خطر عالمي universal risk factor لاضطرابات الأكل المختلفة.

هدفت دراسة محمود وإبراهيم¹³ والتي أجريت على عينة من طلاب المعهد التمريضي في جامعة بنها الى البحث عن العلاقة بين الكمالية واضطرابات الأكل. أظهرت النتائج أن أعلى نسبة من الطلاب الذين شملتهم الدراسة لديهم مستوى من الكمالية المعتدلة moderate perfectionism، في حين أن أكثر من نصف الطلاب الذين شملتهم الدراسة يعانون من اضطرابات الأكل بمستوى معتدل moderate eating disorders. أيضا، كان هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين مؤشر كتلة الجسم الكلي، الكمالية الكلية، واضطرابات الأكل الكلية. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك ارتباط إيجابي بين اضطراب الأكل والكمالية.

هدفت دراسة Asl et al.³⁵ إلى التحقق من الدور الوسيط للكفاءة الذاتية وتقدير الذات في العلاقة بين الكمالية والتفاعل السلبي مع اضطرابات الأكل. وأظهرت النتائج ارتباط سلبي بين اضطرابات الأكل وتقدير الذات، وبين تقدير الذات وكل من الكمالية والتفاعل السلبي، والذي عُرِف في هذه الدراسة كاستجابة انفعالية سلبية. كما كشف تحليل المسار عن دور وسيط لتقدير الذات والكفاءة الذاتية في العلاقة بين التفاعل السلبي والكمالية مع اضطرابات الأكل، مما يبرز أهميتهما كعوامل وقائية ضد الآثار السلبية للكمالية والتفاعل السلبي.

بيّنت دراسة Stackpole et al.³⁶ أن أبعاد الكمالية تسهم في نشأة واستدامة اضطرابات الأكل لدى كل من العينات السريرية وغير السريرية. وأكدت النتائج أن المساعي الكمالية والمخاوف الكمالية ترتبط بشكل كبير باضطرابات الأكل، كما دعمت الحجة بأن كلا البعدين يمثلان عوامل رئيسية في الوقاية والعلاج من اضطرابات الأكل.

التعليق على الدراسات السابقة

تشير الدراسات السابقة إلى أن اضطرابات الأكل أصبحت قضية صحية رئيسية تستلزم تحديد العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بها لتحقيق الوقاية الفعالة. تميّزت الدراسة الحالية بتناول متغيرات جديدة لم تُبحث سابقاً، مثل النهم العصبي واضطراب الشهادة عند تناول الطعام، وعلاقة الكمالية بتقدير الذات لدى الراشدين المصابات باضطرابات الأكل في لبنان، مما يجعلها فريدة من نوعها من حيث الموقع والعينة.

أظهرت دراسات سابقة انتشاراً واسعاً لسلوكيات الأكل المضطربة غير المعترف بها أو المعالجة³⁴، كما تأثر سلوك الأكل لدى الطلاب اللبنانيين بالعوامل الثقافية والاجتماعية⁵، وُجد أيضاً أن القلق يزيد من الاستعداد لاضطرابات الأكل³³، بينما للكمالية دور تنبؤي بها³. كما بيّنت بعض الأبحاث أن انخفاض تقدير الذات يشكل عامل خطر عالمي لاضطرابات الأكل⁹، وأن الكمالية ترتبط إيجابياً بها^{13,36}. من جهة أخرى، أظهرت بعض الدراسات دور تقدير الذات والكفاءة الذاتية في تخفيف تأثيرات الكمالية والتفاعل السلبي على اضطرابات الأكل³⁵.

قدمت هذه الأبحاث فهماً معمقاً لعوامل الخطر المرتبطة باضطرابات الأكل في لبنان، ما يساعد في تطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية فعالة. تتوافق الدراسة الحالية مع بعضها في الرؤية، لكنها تركز على دور الكمالية في التنبؤ بتقدير الذات لدى الراشدين، بهدف تعزيز التوعية بالمخاطر النفسية والجسدية لهذه الاضطرابات.

فروض الدراسة

- توجد فروق دالة إحصائية في كل من الكمالية وتقدير الذات بين الراشدين اللاتي يعانين من الشراهة عند تناول الطعام والراشدين المصابين بالنهم العصبي.
- توجد علاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين اللاتي يعانين من الشراهة عند تناول الطعام.
- توجد علاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين اللاتي يعانين من النهم العصبي.
- يمكن التنبؤ بتقدير الذات من خلال الكمالية لدى الراشدين اللبنانيات المصابات باضطرابات الأكل.

المنهج والإجراءات

منهج الدراسة

المنهج المعتمد في الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي التنبؤي وذلك بهدف وصف العلاقة بين الكمالية وتقدير الذات، وتحديد الدور التنبؤي للكمالية في تقدير الذات لدى الراشدين المصابات باضطرابات الأكل.

عينة الدراسة

تشكلت عينة الدراسة من الراشدين وتكونت من عينتين: عينة الدراسة الاستطلاعية، خصصت هذه العينة للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (تقنين مقاييس الدراسة)، وهي مكونة من الراشدين السويات (100). وعينة الدراسة الأساسية قوامها (104) راشدة لبنانية تراوحت أعمارهن بين 20 و35 موزعة على مجموعتين: المجموعة الأولى قوامها (ن=53) شملت المصابات باضطراب الشراهة عند تناول الطعام، أما المجموعة الأخرى وعدد أفرادها (ن=51) وتضم المصابات بالنهم العصبي. كان متوسط العمر لدى عينة المصابات باضطراب الشراهة عند تناول الطعام (م=27.30) بانحراف معياري (ع=4.47). أما عينة المصابات بالنهم العصبي، فبلغ متوسط العمر (م=27.39) بانحراف معياري (ع=4.64). وبلغت قيمة "ت" = -0.101 وهي غير دالة. تم اختيار العينة من ثلاث عيادات تُعنى بتقديم خدمات نفسية و/أو استشارات غذائية لذوي السلوكيات المضطربة للأكل في بيروت وضواحيها.

أدوات الدراسة

استخدمت الدراسة الأدوات التالية:

مقياس الكمالية **(APS-R) Almost Perfect Scale-Revised** - إعداد Slaney وآخرون (1996) ترجمة كيرا Kira et al. وآخرون¹⁰

يحتوي المقياس على ثلاثة أبعاد: المعايير والنظام والتباين (Standards, order, and discrepancy) للتمييز بين الكمال التكيفي وغير التكيفي³⁷. وفي عام 2018، قام كيرا وآخرون Kira et al.¹⁰ بتعريبه وإجراء دراسة أبرزت خصائصه السيكومترية من خلال تطبيقه على عينة مصرية. إن تقديرات الإتساق الداخلية لـ APS-R راوحت من 0.85 إلى 0.92. يحتوي بعد المعايير على موثوقية ألفا alpha reliability تبلغ 0.59 (عادل إلى ضعيف)، وبعد النظام لديه موثوقية ألفا تبلغ 0.81 (جيد)، وبعد التباين لديه موثوقية ألفا من 0.77 (ملائم إلى جيد).

يتألف مقياس الكمالية (APS-R) من 23 بند تقيس ابعاد المعايير، التباين، والنظام. تتم الاستجابة للبند على مقياس تقدير من سبع نقاط تراوحت بين لا أوافق بشدة، وأوافق بشدة. إن تصحيح المقياس يتم من خلال جمع البنود لكل بعد. إذا بلغ مجموع الدرجات 42 أو أكثر في بعد المعايير يعتبر كمالي، إذا بلغ مجموع الدرجات 42 أو أكثر في بعد التباين يعتبر كمالي غير متكيف. إذا حصل الفرد على أقل من 42 في بُعد التباين يعتبر كمالي متكيف.

تم التأكد من الإتساق الداخلي لمقياس الكمالية، وذلك كما طبق على عينة من الراشدين (ن = 100).

أ- معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية للمقياس

يعرض الجدول (1) معاملات الارتباط المتبادلة بين كل بند والدرجة الكلية لأبعاد مقياس الكمالية (الاتساق الداخلي).

الجدول (1): الارتباط بين البند والدرجة الكلية لأبعاد مقياس الكمالية (ن = 100)

البُعد	رقم البند	معامل الارتباط	البُعد	رقم البند	معامل الارتباط	
المعايير	1	0.696**	النظام	3	0.553**	
	5	0.623**		6	0.618**	
	8	0.610**		9	0.583**	
	12	0.632**		11	0.661**	
	14	0.721**		13	0.628**	
	18	0.620**		15	0.367**	
	22	0.748**		16	0.627**	
				17	0.666**	
2	0.842**	19		0.582**		
4	0.828**	20		0.727**		
7	0.684**	21		0.757**		
10	0.807**	23		0.657**		
* دال عند مستوى 0.05						
** دال عند مستوى 0.01						

يتضح من الجدول (1) ما يلي:

- ارتباط جميع بنود بعد المعايير بالدرجة الكلية له، وكانت جميع البنود دالة احصائياً عند مستوى 0.01 ومن ثم لم يحذف اي بند من بنود هذا المقياس الفرعي ليبقى 7 بنود.
- ارتباط جميع بنود بعد التباين بالدرجة الكلية له، وكانت جميع البنود دالة احصائياً عند مستوى 0.01 ومن ثم لم يحذف اي بند من بنود هذا المقياس الفرعي ليبقى 12 بنوداً.

- ارتباط جميع بنود المقياس الفرعي النظام بالدرجة الكلية له، وكانت جميع البنود دالة احصائياً عند مستوى 0.01 ومن ثم لم يحذف اي بند من بنود هذا المقياس الفرعي ليبقى 4 بنود.

ب- حساب ثبات مقياس الكمالية

للتحقق من ثبات ابعاد الكمالية (ن=100)، تم حساب معامل الفا كرونباخ لكل بعد فكانت النتائج كالتالي:

- معامل ثبات الفا لبعد المعايير = 0.78

- معامل ثبات الفا لبعد التباين = 0.85

- معامل ثبات الفا لبعد النظام = 0.79

جميع معامل ثبات ألفا مرتفعة مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات التي يمكن الركون و الإعتماد عليها .

مقياس روزنبرغ لتقدير الذات (Rosenberg Self Esteem Scale (RSES) (1965) - ترجمة أبو سعد³⁸

يتألف المقياس من 10 أسئلة ويتم تصحيح المقياس من خلال جمع الدرجات، وكلما كانت علامة الفرد اعلى دل ذلك على تقدير مرتفع للذات حيث تتراوح الدرجة الكلية من 0-40. قام أبو سعد (2011) بتعريبه وسيتم تطبيق النسخة المنشورة في كتابه على عينة الدراسة الحالية. يتميز مقياس روزنبرغ بمعامل ثبات وصدق عاليين، وراوحت درجة الثبات بين (0.73 - 0.81)³⁸.

تم التأكد من الإتساق الداخلي لمقياس روزنبرغ لتقدير الذات، وذلك كما طبق على عينة من الراشدين (ن = 100).

أ- معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية للمقياس

يعرض الجدول (2) معاملات الارتباط المتبادلة بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس روزنبرغ تقدير الذات (الإتساق الداخلي).

الجدول (2): الارتباط بين البند والدرجة الكلية لمقياس روزنبرغ تقدير الذات (ن = 100)

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1	0.702**	6	0.359**
2	0.679**	7	0.814**
3	0.779**	8	0.422**
4	0.702**	9	0.721**
5	0.674**	10	0.802**
* دال عند مستوى 0.05			
** دال عند مستوى 0.01			

يتضح من الجدول (2) ارتباط جميع بنود مقياس روزنبرغ لتقدير الذات بالدرجة الكلية على المقياس. وكانت جميع البنود دالة احصائياً عند مستوى 0.01 ومن ثم لم يحذف اي بند من بنود المقياس ليبقى طول المقياس 10 بنود.

ب- حساب ثبات مقياس تقدير الذات روزنبرغ

للتحقق من ثبات مقياس تقدير الذات لروزنبرغ، تم حساب معامل الفا كرونباخ وبلغ معامل الثبات 0.852 وهو معامل ثبات مرتفع يمكن الإعتماد والركون إليه.

الأساليب الإحصائية:

استخدمت الدراسة أساليب إحصائية لتحليل البيانات، ومنها اختبار "ت" لحساب الفروق بين متوسطين. كما استخدمت معامل ارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين المصابين بكل من اضطراب الشره عند تناول الطعام والنهم العصبي، وأيضاً تم استخدام تحليل الانحدار بهدف تحديد التنبؤ للكمالية في تقدير الذات لدى عينة الدراسة. نتائج الدراسة:

نصّ الفرض الأول للدراسة على: "توجد فروق دالة إحصائية في كل من الكمالية وتقدير الذات بين الراشدين المصابين بالشره عند تناول الطعام والراشدين المصابين بالنهم العصبي".

للتحقق من صحة هذا الفرض، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لدلالة الفروق بين عينتين مستقلتين (راشدين مصابين باضطراب الشره عند تناول الطعام / راشدين مصابين بالنهم العصبي)، ويعرضها الجدول التالي: الجدول (3): نتائج استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين الراشدين المصابين باضطراب الشره عند تناول الطعام والراشدين المصابين بالنهم العصبي في متغيرات الدراسة

المتغيرات	عينة راشدين مصابين باضطراب الشره عند تناول الطعام BED (ن = 53)		عينة راشدين مصابين بالنهم العصبي BN (ن = 51)		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
المعايير الكمالية	31.40	8.61	39.06	6.30	-5.192**	0.01
Standards						
التباين	57.96	5.96	65.61	7.94	-5.538**	0.01
النظام Order	18.36	3.99	18.33	3.99	0.032	غير دال
تقدير الذات RSES	15.87	3.67	15.75	4.39	0.154	غير دال
* قيمة "ت" دالة عند مستوى 0.05 عندما تكون > 1.984						
** قيمة "ت" دالة عند مستوى 0.01 عندما تكون > 2.626						

يُتضح من الجدول (3) ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطات درجات عينة راشدين مصابين باضطراب الشره عند تناول الطعام (BED- Binge eating Disorder) وعينة راشدين مصابين بالنهم العصبي (BN- Bulimia Nervosa) على بُعدي المعايير والتباين (من مقياس الكمالية)، ولصالح راشدين مصابين بالنهم العصبي.

- لم تظهر فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة راشدات مصابات باضطراب الشره عند تناول الطعام وعينة راشدات مصابات بالنهم العصبي على بُعد النظام (من مقياس الكمالية) وكانت قيمة "ت" غير دالة (0.787)، وكذلك في تقدير الذات وكانت قيمة "ت" غير دالة (0.258).

وبذلك تحققت صحة الفرض الاول بشكل جزئي

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع الى طبيعة متغير الكمالية وطبيعة أبعادها، وذلك على النحو التالي:

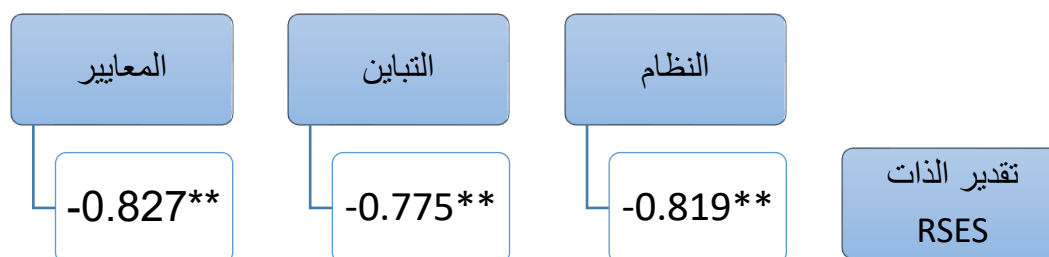
- الكمالية هي نزعة شخصية تنسم بالسعي إلى معايير أداء عالية مع ميول مفرطة للتقييم النقدي، وتنقسم إلى تقييم المخاوف الكمالية، الذي يعكس التفاوت بين التوقعات والأداء الفعلي، والمعايير الشخصية المرتفعة، أي السعي لتحقيق معايير عالية¹⁹. أظهرت النتائج أن الراشدات المصابات بالنهم العصبي أكثر ميلاً لوضع معايير شخصية عالية مقارنة بالمصابات باضطراب الشره عند تناول الطعام، مع تركيز أكبر على تحقيقها، مما أدى إلى تفاوت بين التوقعات والأداء الفعلي، وأسهم في تعزيز سلوكيات الأكل المضطربة.
- يتركز التباين بين عيني الدراسة في وضع معايير شخصية عالية، خاصة فيما يتعلق بضبط الأكل، الوزن، وشكل الجسم، نظراً لارتباط الكمالية بسلوكيات الأكل المضطربة. فكلما ارتفعت المعايير، زادت وتيرة هذه السلوكيات، مما يفسر النتائج الحالية. تمتلك المصابات بالنهم العصبي معدلات أعلى من السلوكيات التعويضية، مثل التطهير، الإفراط في الرياضة، أو استخدام الملينات¹، مما يعكس معايير أكثر صرامة مقارنة بالمصابات بالشره عند تناول الطعام، اللواتي يمارسن نهم الطعام دون سلوكيات تعويضية. بذلك، يظهر الارتباط بين المعايير المرتفعة والسلوكيات المضطربة بوضوح لدى المصابات بالنهم العصبي، حيث يؤدي سعيهن المستمر لتحقيق معايير غير واقعية إلى استدامة اضطراب الأكل³⁹.

ان المخاوف المرتبطة بالكمالية كالخوف من ارتكاب الأخطاء، والخوف من الأحكام الاجتماعية السلبية، والشعور بالتفاوت بين التوقعات والأداء¹⁸ يبين مدى أهمية التأثيرات الاجتماعية والثقافية على سلوك الأكل المضطرب، وهو ما دعمته نتيجة دراسة "زيني وآخرون".⁵ Zeeni et al. من ناحية التأثيرات الثقافية والاجتماعية على سلوك الأكل حيث أظهرت نتائجها أن الطلاب اللبنانيون كانوا أكثر تأثراً من ذويهم في قبرص بهذه العوامل. ولا شك ان الانتشار الواسع لسلوك المضطرب في الأكل في المجتمع اللبناني كشفت عنه دراسة "بزري وآخرون"³⁴ Bizri et al.، كما وجدت دراسة "ضومط وآخرون"³³ Doumit et al. أن القابلية للإصابة باضطرابات الأكل في المجتمع اللبناني عائدًا الى القلق الذي كان له التأثير الأكبر على زيادة الاستعداد لاضطرابات الأكل. مما يبرز أهمية التدخلات التي تستهدف إدارة القلق جنباً إلى جنب مع معالجة النزعة الكمالية، للحد من هذه الاضطرابات في المجتمع اللبناني.

وتشير الباحثتان على أنه يمكن أن تختلف النتائج الخاصة بالفرض الاول إذا ما طبقت على عينات أخرى من المصابات باضطرابات الأكل وبأحجام أكبر من الدراسة الحالية.

نصّ الفرض الثاني للدراسة على ما يلي: "توجد علاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين اللاتي يعانين من الشراهة عند تناول الطعام".

للتأكد من صحة هذا الفرض، تم حساب معاملات ارتباط "بيرسون" من الدرجات الخام مباشرة للتعرف الى العلاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى عيّنتي الدراسة (راشدين مصابات باضطراب الشراهة عند تناول الطعام)، ويوضحها الشكل (1):



* دال عند مستوى 0.05

** دال عند مستوى 0.01

يتضح من الشكل (1) وجود علاقة دالة سالبة عند مستوى (0.01) بين درجات الراشدين المصابات باضطراب الشراهة عند تناول الطعام عينة الدراسة على أبعاد الكمالية أي المعايير والتباين والنظام ودرجاتهن على تقدير الذات. وتعني نتيجة الفرض الثاني أنه كلما ارتفعت الكمالية لدى الراشدين المصابات بالشراهة عند تناول الطعام عينة الدراسة كلما انخفض لديهن تقدير الذات، والعكس صحيح. وبذلك تحققت صحة الفرض الثاني

ويمكن تفسير النتيجة الخاصة بالفرض الثاني على النحو التالي:

- إن الكمالية قد ترتبط بانخفاض تقدير الذات لدى افراد عينة الدراسة من المصابات باضطراب الشراهة عند تناول الطعام، وهذه النتيجة من شأنها ان تسلط الضوء على أن أي تدخل نفسي في إطار الكمالية من شأنه ان يساهم أيضا في تعزيز تقدير الذات.
- إن التفسير المقترح لطبيعة هذه الارتباطات يتمثل في أن الراشدين اللواتي يظهرن مستوى عالٍ من الكمالية يكنّ أكثر عرضة لظهور اضطرابات نفسية منها اضطرابات الأكل، فالمساعي والمخاوف الكمالية لها ارتباطات كبيرة باضطرابات الأكل ولهما دور في الوقاية من هذه الاضطرابات وعلاجها³⁶.
- يعد تدني تقدير الذات من العوامل المرتبطة بمسببات اضطرابات الأكل واستدامتها، وهو يعتمد على قدرة الفرد المتصورة على تحقيق أهداف معينة في الحياة، فالفرد الذين يعانون من اضطرابات الأكل

يقيم نفسه حصراً على أساس شكل الجسم ووزنه ومدى ضبطه لسلوك الأكل، ويُعدّ هذا التقييم المفرط للشكل والوزن بمثابة الأساس المرضي لمعظم اضطرابات الأكل²⁹.

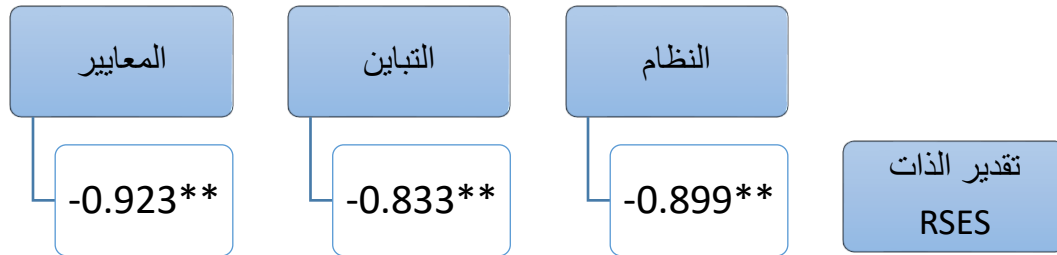
- إن اضطراب الشرهية عند تناول الطعام يتخلله نوبات من فقدان السيطرة على كمية ونوعية الطعام ومشاعر الخجل أو الذنب²³، هذا بدوره يتعارض مع ما تضعه الإرشادات من معايير كمالية يصعب تحقيقها كالحصول على جسم نحيف وسلوك سوي لتحقيق هذه المعايير.

ومن الدراسات التي تدعم العلاقة الارتباطية السالبة بين الكمالية وتقدير الذات دراسة "Asl et al.³⁵ أصل وآخرون" كما وجدت دراسة Vicente et al²⁶ أن المخاوف الكمالية مرتبطة بشدة بأعراض اضطراب الشرهية عند تناول الطعام، في المقابل وجدت دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية عدم وجود ارتباط كبير بين تقدير الذات واضطرابات الأكل⁴⁰.

نصّ الفرض الثالث للدراسة على ما يلي: "توجد علاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى الراشدين اللاتي يعانين من النهم العصبي".

للتأكد من صحة هذا الفرض، تم حساب معاملات ارتباط "بيرسون" من الدرجات الخام مباشرة للتعرف الى العلاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى عيّنتي الدراسة (راشدين مصابات بالنهم العصبي)، ويوضحها الشكل (2):

الشكل (2): العلاقة بين الكمالية وتقدير الذات لدى راشدين مصابات بالنهم العصبي



* دال عند مستوى 0.05

** دال عند مستوى 0.01

يتضح من الشكل (2) وجود علاقة دالة سالبة عند مستوى (0.01) بين درجات الراشدين المصابات بالنهم العصبي عينة الدراسة على أبعاد الكمالية أي المعايير والتباين والنظام ودرجاتهن على تقدير الذات وهو دال عند مستوى (0.01). وتعني نتيجة الفرض الثالث أنه كلما ارتفعت الكمالية لدى الراشدين المصابات بالنهم العصبي عينة الدراسة كلما انخفض لديهن تقدير الذات، والعكس صحيح.

وبذلك تحققت صحة الفرض الثالث

ويمكن تفسير النتيجة الخاصة بالفرض الثالث على النحو التالي:

• إن الكمالية إما أن تؤدي إلى حياة مُرضية (عندما تكون تكيفية)، أو أن يكون لها آثار نفسية غير صحية عندما تكون غير تكيفية، وتتجلى الآثار السلبية للكمال على الصحة النفسية للفرد من خلال ارتباطها بمجموعة متنوعة من الاضطرابات، مثل الاكتئاب والقلق والوساوس واضطرابات الأكل²⁴.

• إن الكمالية ترتبط بشكل إيجابي بأعراض اضطرابات الأكل²⁵، على وجه التحديد، ارتبط الكمال الموجه ذاتياً والموصوف اجتماعياً بالأفكار التلقائية لمريض النهم العصبي¹⁷.

• إن تدني تقدير الذات من شأنه أن يكون عاملاً محافظاً على المبالغة في تقدير الوزن والشكل، ولعل شعور المصابات باضطراب النهم العصبي باليأس بشأن قدرتهم على التغيير يؤثر على امتثالهم للعلاج.

• وبالنظر إلى تقدير الذات لدى عيّنتي الدراسة من الراشدين المصابات باضطرابات الأكل، نجد اضطراب سلوك الأكل لديهن كالأكل بنهم أو التطهير هو بحد ذاته تعبير سلوكي عن مدى تقبلهن لذاتهن. فحسبما أشار روزنبرغ، إن تقدير الذات ينقسم إلى تعبير ذاتي أي إدراك الفرد لذاته ووصفه لها، وتعبير سلوكي ويدل على الأساليب السلوكية التي تبين مدى تقبل الفرد لذاته والتي تكون قابلة للملاحظة الخارجية²¹.

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة⁹، التي أبرزت أهمية تقدير الذات في اضطرابات الأكل، حيث يعدّ انخفاضه عامل خطر عالمي لهذه الاضطرابات. وإيضاً دراسة محمود وإبراهيم (2021)، التي وجدت ارتباطاً إيجابياً بين الكمالية واضطرابات الأكل، مما يشير إلى دورها في استدامة هذه الاضطرابات. وأكدت دراسة³⁵ Asi et al. العلاقة السلبية بين اضطرابات الأكل وتقدير الذات، والذي بدوره يرتبط سلباً بالكمالية.

فالكمالية بأبعادها المختلفة، سواء السعي لتحقيق معايير مثالية أو المخاوف المرتبطة بإمكانية تحقيقها، تؤدي إلى تفاقم أعراض اضطرابات الأكل. فعلى سبيل المثال، يشمل النهم العصبي تقييماً مفرطاً للذات يعتمد فقط على الشكل والوزن¹³. وهذا يتماشى مع دراسة³⁶، التي أكدت ارتباط أبعاد الكمالية بنشأة واستدامة اضطرابات الأكل، حيث يرتبط كل من المساعي الكمالية والمخاوف الكمالية بشكل وثيق بهذه الاضطرابات، بما في ذلك النهم العصبي.

نصّ الفرض الرابع من فروض الدراسة على ما يلي: "يمكن التنبؤ بتقدير الذات من خلال الكمالية لدى الراشدين اللبنانيات المصابات باضطرابات الأكل".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد Multiple Regression، وكان المتغير التابع هو تقدير الذات، والمتغير المستقل هو الكمالية بأبعادها الثلاثة (المعايير، النظام، التباين)، تم إدخال المتغيرات المستقلة الثلاثة في تحليل الانحدار الخطي المتعدد على طريقة التحليل المتتابع Stepwise لدرجات المشاركات؛ التي بموجبها تدخل المتغير المستقل في حسابات المعادلة الخطية الخاصة بالتنبؤ بأثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع - له أثر دال إحصائياً - عندما تكون قيمة

الدلالة الإحصائية أقل من (0.05)، وتخرجه منها عندما تكون قيمة الدلالة الإحصائية أكبر من (0.10) . ويوضح جدول (4) نتائج هذا التحليل على النحو التالي:

الجدول (4): نتائج تحليل تباين الانحداري لتأثير الكمالية (بأبعادها: المعايير، النظام ، والتباين) على تقدير الذات

النموذج	مصدر الاختلاف	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	الدلالة	معدل التحديد		
1	بين المجموعات (الانحدار)	1263.194	1	1263.194	319.749	دال عند مستوى 0.01	0.75		
	داخل المجموعات (البواقي)	402.960	102	3.951					
	الكلي	1666.154	103						
2	بين المجموعات (الانحدار)	1319.456	2	659.728	192.192		دال عند مستوى 0.01	0.79	
	داخل المجموعات (البواقي)	346.698	101	3.433					
	الكلي	1666.154	103						
3	بين المجموعات (الانحدار)	1332.768	3	444.256	133.256			دال عند مستوى 0.01	0.80
	داخل المجموعات (البواقي)	333.386	100	3.334					
	الكلي	1666.154	103						

يتضح من جدول (4) أن قيم "ف" المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية في النماذج الثلاثة، مما يدل على وجود علاقة انحدارية بين المتغير المستقل (الكمالية: المعايير، النظام، التباين) والمتغير التابع (تقدير الذات)، ويوضح جدول (5) معامل الارتباط المتعدد ومربع معامل الارتباط المتعدد والخطأ المعياري للقياس ونسب مساهمة المتغيرات المستقلة في المتغير التابع بطريقة الانحدار المتدرج.

جدول (5) معامل الارتباط المتعدد ومربع معامل الارتباط المتعدد والخطأ المعياري للقياس ونسب مساهمة المتغيرات المستقلة

في المتغير التابع بطريقة الانحدار المتدرج (ن=104)

النموذج Model	معامل الارتباط المتعدد R	مربع معامل الارتباط المعدل R ²	الخطأ المعياري	نسبة المساهمة
1	0.871 ^a	0.756	1.98761	75.6%
2	0.890 ^b	0.788	1.85274	78.8%

79.4%	1.82588	0.794	0.894 ^c	3
-------	---------	-------	--------------------	---

a.predectors النظام

b.predector النظام، المعايير

c.predectors النظام، المعايير، التباين

d.dependent variable تقدير الذات

وبموجب طريقة الانحدار المتعدد يتم إدخال قيم المتغيرات المستقلة واحدا تلو الآخر إلى نموذج الانحدار، ومن جدول (5) نجد أنه عند إدخال بُعد النظام (نموذج 1) بلغت قيمة مربع معامل الارتباط المعدل (0.756) ويفسر (75.6%) من التباين الحادث في المتغير التابع (تقدير الذات)، وعند إضافة بُعد المعايير (نموذج 2) ارتفعت قيمة مربع معامل الارتباط المعدل (0.788) وقد فسرت (78.8%) من التباين الحادث في المتغير التابع، وعند إضافة بُعد التباين (نموذج 3) أصبحت قيمة معامل الارتباط المعدل (0.794) وقد فسر (79.4%) من التباين الحادث في المتغير التابع، أى أن الكمالية قد أسهمت في تفسير (79.4%) من التباين الحادث في تقدير الذات. ويوضح جدول (6) دلالة أبعاد الكمالية الداخلة في معادلة الانحدار في كل من النماذج الثلاثة.

الجدول (6): معاملات معدل الانحدار للتنبؤ بتقدير الذات من الكمالية (بأبعادها: المعايير، النظام، والتباين)

النموذج	المحور	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	الدلالة
1	الثابت	31.990	0.926	-----	34.556	دال عند مستوى 0.01
	النظام	-0.882	0.049	-0.87	-17.882	
2	الثابت	32.898	0.892	-----	36.898	
	النظام	-0.693	0.066	-0.684	-10.560	
	المعايير	-0.125	0.031	-0.262	-4.048	
3	الثابت	35.302	1.490	-----	23.697	
	النظام	-0.654	0.067	-0.646	-9.691	
	المعايير	-0.086	0.036	-0.180	-2.369	0.02
	التباين	-0.073	0.036	-0.144	-1.998	0.04

يتضح من جدول (6) ومن النموذج الثالث الذى يحتوى أبعاد الكمالية ذات أكبر ارتباط وإسهام في التباين الكلى لدرجات تقدير الذات والتي بلغت (79.4%)، واتضح أيضا أن جميع قيم "ت" دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05)، ومن ثم يمكن صياغة المعادلة التنبؤية لتقدير الذات من خلال أبعاد الكمالية على النحو التالى:

$$\text{تقدير الذات} = 35.302 - 0.654 \times (\text{النظام}) - 0.086 \times (\text{المعايير}) - 0.073 \times (\text{التباين})$$

وتعنى النتيجة أنه يمكن التنبؤ بتقدير الذات من خلال الكمالية، وأن الكمالية قد أسهمت إسهاما دالا في تفسير التباين الحادث في تقدير الذات الراشادات المصابات باضطرابات الأكل عينة الدراسة الحالية. وبذلك تكون تحققت صحة الفرض الثالث فيما يخص قدرة الكمالية في التنبؤ بتقدير الذات لدى الراشادات المصابات باضطرابات الأكل عينة الدراسة.

ويمكن تفسير تأثير الكمالية الدال السالب في تقدير الذات (القدرة التنبؤية للكمالية في تفسير التباين الحادث في تقدير الذات) لدى الراشادات المصابات باضطرابات الأكل عينة الدراسة في ضوء الأسباب التي تم توضيحها في تفسير نتائج الفرض الثاني والثالث للدراسة الحالية وذلك في ضوء علاقة كل من أبعاد الكمالية وتقدير الذات.

كما يمكن تفسير تأثير الكمالية في تقدير الذات بالرجوع للأسباب التالية:

- قد ترغب الراشادات المصابات باضطرابات الأكل في السيطرة على سلوكهن الغذائي ولكنهن غالباً ما يفقدن السيطرة، وقد يلجأ بعضهن الى السلوكيات التعويضية كالأكل بنهم او التطهير وهو بحد ذاته تعبير سلوكي عن مدى تقبلهن لذاتهن.
- إن تدني تقدير الذات يحفز المصابات باضطرابات الأكل على تحقيق أهدافهن المرجوة في مجال ضبط وزن الجسم وشكله لتحسين تقيّماتهم الذاتية المتعلقة بالمظهر⁴¹، وهذه المبالغة المفرطة في تقييم الوزن والشكل يدفع إلى اتباع نظام غذائي صارم والذي بدوره يؤدي إما إلى انخفاض الوزن أو الإفراط في تناول الطعام.
- تتمثل الكمالية كمنبئ بتقدير الذات من خلال السعي لتحقيق معايير النحافة دون الاخذ بالاعتبار الاثار النفسية الضارة كالقلق المفرط ازاء صورة الجسم، ويؤدي الفشل في تلبية المعايير الشخصية العالية إلى التقييم السلبي والنقد الذاتي، كما أن السعي المتكرر لتحقيق أهداف جديدة تتعلق بالوزن والتحكم في الأكل يعمل على الحفاظ على اضطراب الأكل⁴¹.

من الدراسات السابقة التي ابرزت الدور التنبؤي للكمالية في اطار اضطرابات الأكل، دراسة "سانشيز رويز وآخرون - Sanchez³ Ruiz et al." والتي خلصت الى ان الضغط الإعلامي والكمالية منبئة باضطرابات الأكل عن طريق الأكل المقيد.

إن التفسير المقترح لهذه النتيجة هو أن تقدير الذات قد يتأثر بالمعايير الشخصية التي يضعها الفرد وبمدى واقعيّتها من ناحية التطبيق وهو ما نعينه بالتباين، وبالتالي إن اتساع الفجوة بين ما نضعه من معايير واهداف وما هو قابل للتطبيق من شأنه أن ينعكس سلبا على مدى تقبل الفرد لذاته ومدى تقييمه السلبي لها. كما أن الأفراد الذين يعانون من تدني تقدير الذات قد يظهرون سوء تكيف نفسي يدفعهم الى السعي والرغبة في النحافة والنهم والتطهير وعدم الرضا عن الجسم²².

الخلاصة

- النهم العصبي يبدأ بالإمتناع القهري عن تناول الطعام، يتبعه نوبات قهرية من تناول الطعام بكميات كبيرة، يصاحبها سلوكيات تعويضية للتخلص من الطعام الزائد. أما الشراهة عند تناول الطعام فهي النهم للطعام في غير مواعيده وبكميات متزايدة دون الانخراط في سلوكيات تعويضية. الهدف المشترك في كلتا الحالتين هو التحكم في الأكل، وشكل الجسم ووزنه.
- الراشادات المصابات بالنهم العصبي يمتلكن معايير مثالية تتباين مع أهدافهن الواقعية بشكل أكبر مقارنة بالراشادات المصابات بالشراهة عند تناول الطعام، حيث كانت الفروق دالة إحصائيًا في بعض أبعاد الكمالية لصالح الراشادات المصابات بالنهم العصبي. قد يكون ذلك نتيجة سعيهن المفرط لتبني معايير النحافة المثالية، ما يؤدي إلى تباين بين ما يتوقعنه من أنفسهن وما يمكنهن فعلًا تحقيقه. في المقابل، المصابات بالشراهة عند تناول الطعام يعانين من الإفراط في تناول الطعام مع محاولات تحكم غير ناجحة في السلوك الغذائي. ولكن قد تكون معاييرهن المثالية أقل صرامة، مما يقلل من التباين بين الأهداف الواقعية والمعايير المثالية مقارنة بالمصابات بالنهم العصبي.
- اضطرابات الأكل تؤثر بشكل مشابه على تقدير الذات لدى الراشادات المصابات بالنهم العصبي والشراهة عند تناول الطعام، وبالتالي لم تظهر فروق جوهرية بينهما في تقدير الذات. يعود ذلك إلى أن هذه الاضطرابات تشترك في العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر على عملية تقييم الذات. وغالبًا ما تساهم اضطرابات الأكل في جعل الأفراد يشعرون بعدم الرضا عن أنفسهم أو بتدني قيمتهم الذاتية بسبب التركيز المستمر على وزنهم وشكلهم.
- في مرحلة الرشد، حيث يواجه الفرد تحديات مهنية وعائلية واجتماعية، يصبح التأثير النفسي للمعايير المثالية أكثر وضوحًا. المصابات بالنهم العصبي والشراهة عند تناول الطعام في هذه المرحلة قد يكنّ عرضة لتوقعات غير واقعية حول شكل الجسم أو السلوك الغذائي، ما يؤدي إلى تباين بين المعايير المثالية والقدرة على تحقيقها، وبالتالي شعورهن بالإحباط وتدني تقدير الذات. إن الارتباط السالب الجوهري بين أبعاد الكمالية (المعايير، النظام، والتباين) وتقدير الذات لدى المصابات بالنهم العصبي والشراهة عند تناول الطعام في مرحلة الرشد يعني أن زيادة المعايير المثالية المرتبطة بالكمالية تتوافق مع تدني تقدير الذات.
- الكمالية لا تقتصر على كونها مجرد سمة شخصية، بل هي عامل تنبؤي رئيسي قد يساعد في التنبؤ بتقدير الذات في سياق اضطرابات الأكل لدى الراشادات. قد تسهم المبالغة في النظام إلى جانب المعايير غير الواقعية والتباين بين الامكانيات والاهداف إلى تدني تقدير الذات متدني.

التوصيات

- تصميم برامج تدخل نفسي تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي المعزز تستهدف الراشادات المصابات باضطرابات الأكل، عبر تعديل المعتقدات والسلوكيات غير الواقعية وتحقيق التوازن بين السعي للكمال وقبول الذات.
- تطوير برامج إرشادية لتعزيز تقدير الذات لدى الراشادات المصابات باضطرابات الأكل، من خلال مهارات التواصل، توكيد الذات، وإدارة المشاعر السلبية.

- زيادة الوعي المجتمعي حول تأثير الكمالية على اضطرابات الأكل عبر ورش عمل وبرامج توعوية تستهدف الراشدين، وتعزيز بيئة مشجعة تسهم في رفع تقدير الذات وتقليل الضغط المرتبط بالكمال.

قائمة المراجع

1. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a longitudinal study of Adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), 559–568. Doi: 10.1016/j.jada.2006.01.003
2. Melisse, B., De Beurs, E., & Van Furth, E. F. (2020). Eating disorders in the Arab world: a literature review. *Journal of Eating Disorders*, 8(59). doi: 10.1186/s40337-020-00336-x
3. Sanchez-Ruiz, M. J., El-Jor, C., Kharma, J. A., Bassil, M., & Zeeni, N. (2017). Personality, emotion-related variables, and media pressure predict eating disorders via disordered eating in Lebanese university students. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 313–322. Doi: 10.1007/s40519-017-0387-8
4. Albrahim, T., Alrubaish, A. A., & Alfadhliyah, J. T. S. (2022). Prevalence of eating disorders and disordered eating attitudes in students in Arab countries: a scoping review. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*, 10(2), 595–606. Doi: 10.12944/crnfsj.10.2.16
5. Zeeni, N., Gharibeh, N., & Katsounari, I. (2013). The influence of sociocultural factors on the eating attitudes of Lebanese and Cypriot students: a cross-cultural study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(s1), 45–52. Doi: 10.1111/jhn.12059
6. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. Doi: 10.1007/bf01172967
7. 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. Doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
8. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. Doi: 10.1037/0033-2909.128.5.825
9. Colmsee, I. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low Self-Esteem as a risk factor for eating disorders. *Zeitschrift Für Psychologie*, 229(1), 48–69. Doi: 10.1027/2151-2604/a000433
10. Kira, I., Shuwiekh, H., Rice, K., & Ashby, J. (2018). Is the “Almost Perfect Scale” Almost Perfect? The Psychometric Properties of the Arabic Version of APS-R and Its Short Form. *Psychology*, 9(7), 1875–1897. Doi :10.4236/psych.2018.97109
11. Al-Rad’aan, D., & Al-Suwailih, B. (2014). Self-esteem and its relationship with academic achievement among a sample of students from the Basic Education College in Kuwait. *Journal of Educational Sciences*, 3(2), 73–97.

12. Thompson, J. K., & Smolak, L. (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, Prevention, and Treatment*. Taylor & Francis.
13. Mahmoud, D., & Ibrahim, F. (2021). Perfectionism and Eating Disorder among Nursing Students of Technical Institute at Benha University. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 23(4), 97–120. Doi: 10.21608/tsnj.2021.210230
14. Juwono, I. D., Kun, B., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2022). Healthy and unhealthy Dimensions of perfectionism: Perfectionism and mental health in Hungarian adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(5), 3017–3032. Doi: 10.1007/s11469-022-00771-8
15. Qaddour, N., & Al-Aswad, M. (2018). Perfectionism as a predictor of social anxiety among a sample of university students. *Journal of the Faculty of Basic Education for Educational and Human Sciences, University of Babylon*, 40, 202–217.
16. Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372–390. Doi: 10.1177/01454455980223010
17. Fang, T., & Liu, F. (2022). A review on perfectionism. *Open Journal of Social Sciences*, 10(01), 355–364. Doi: 10.4236/jss.2022.101027
18. Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 530–535. Doi: 10.1016/j.paid.2008.12.006
19. Blankstein, K. R., Dunkley, D. M., & Wilson, J. (2008). Evaluative Concerns and Personal Standards Perfectionism: Self-esteem as a Mediator and Moderator of Relations with Personal and Academic Needs and Estimated GPA. *Current Psychological Research & Reviews*, 27(1), 29–61. doi: 10.1007/s12144-008-9022-1.
20. Draghmeh, B. (2018). *Body image perception and its relationship with social fears and self-esteem among a sample of university students in Palestine* [Unpublished master's thesis]. Al-Quds Open University, Jerusalem.
21. Ismail, M. (2013). *Perceived body image and its relationship with self-esteem among a sample of adolescents in Nablus schools* [Unpublished master's thesis]. Al-Quds University, Jerusalem.
22. Mahfoud, D., Pardini, S., Mróz, M., Hallit, S., Obeid, S., Akel, M., Novara, C., & Brytek-Matera, A. (2023). Profiling orthorexia nervosa in young adults: the role of obsessive behaviour, perfectionism, and self-esteem. *Journal of Eating Disorders*, 11(188). Doi: 10.1186/s40337-023-00915-8
23. Al-Qaisi, L. (2020). Eating disorders and their relationship with body image and maternal eating habits. *Al-Balqa Journal for Research and Studies*, 23(1), 129–137.
24. Fekih-Romdhane, F., Sawma, T., Obeid, S., & Hallit, S. (2023). Self-critical perfectionism mediates the relationship between self-esteem and satisfaction with life in Lebanese university students. *BMC Psychology*, 11(4). Doi: 10.1186/s40359-023-01040-6
25. Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. doi: 10.1002/jclp.22435

26. Vicent, M., González, C., Quiles, M. J., & Sánchez-Meca, J. (2023). Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1). doi: 10.1186/s40337-023-00817-9
27. Ralph-Nearman, C., Williams, B. M., Ortiz, A. M. L., & Levinson, C. A. (2024). Investigating the theory of clinical perfectionism in a transdiagnostic eating disorder sample using network analysis. *Behavior Therapy*, 55(1), 14–25. Doi: 10.1016/j.beth.2023.05.001
28. Al-Subaie, S., & Khalifa, H. (2020). Perfectionism and its relationship with self-esteem and body image among a sample of adolescents using smartphones to edit their personal photos in Jeddah (A comparative study). *Journal of the Faculty of Arts Research, Menoufia University*, 31(120), 1871–1920.
29. Jong, M. (2021). Transdiagnostic treatment for eating disorders. Retrieved June 8, 2024, from <https://hdl.handle.net/1887/3209226>
30. Potterton, R., Richards, K., Allen, K., & Schmidt, U. (2020). Eating Disorders During Emerging Adulthood: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 10. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.03062
31. Maine, M., & Kelly, J. (2016). *Pursuing Perfection: eating disorders, body myths, and women at midlife and beyond*. https://openlibrary.org/books/OL28834153M/Pursuing_Perfection
32. Samuels, K. L., Maine, M. M., & Tantillo, M. (2019). Disordered eating, eating disorders, and body image in midlife and older women. *Current Psychiatry Reports*, 21(8). Doi: 10.1007/s11920-019-1057-5
33. Doumit, R., Khazen, G., Katsounari, I., Kazandjian, C., Long, J., & Zeeni, N. (2015). Investigating vulnerability for developing eating disorders in a multi-confessional population. *Community Mental Health Journal*, 53, 107–116. Doi: 10.1007/s10597-015-9872-6
34. Bizri, M., Geagea, L., Kobeissy, F., & Talih, F. (2020). Prevalence of Eating Disorders Among Medical Students in a Lebanese Medical School: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4 (16), 1879–1887. Doi: 10.2147/ndt.s266241
35. Asl, E. M., Rostami, H., Sadegh, A. M., Abdi, L., & Behrouzian, F. (2022). Mediating Role of Self-esteem and Self-efficacy in the Relationship of Perfectionism and Negative Reactivity with Eating Disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences/Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1). Doi :10.5812/ijpbs.111449
36. Stackpole, R., Greene, D., Bills, E., & Egan, S. J. (2023). The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*, 50, 101769. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2023.101769
37. Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130–145. Doi: 10.1080/07481756.2002.12069030
38. Abu Saad, A. (2011). *Guide to psychological and educational measurement scales and tests* (2nd ed.). Debono Center for Teaching Thinking, Amman.
39. Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating: The proven program to learn why you binge and how you can stop* (2nd ed.). Guilford Press.

40. Melisse, B., Blankers, M., De Beurs, E., & Van Furth, E. F. (2022). Correlates of eating disorder pathology in Saudi Arabia: BMI and body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 10(1). Doi: 10.1186/s40337-022-00652-4
41. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. Doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8