



جامعة الأزهر - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة في محافظة غزة

Addiction to Social Network and its Relationship to Mental
Disorders among University Students in Gaza Governorate

إعداد الباحثة:

بسمه حسين عيد يونس

إشراف:

الدكتور/ محمد محمد عليان

أستاذ علم النفس المشارك

جامعة الأزهر - غزة

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس
من كلية التربية - جامعة الأزهر - غزة

1437هـ - 2016م



جامعة الأزهر - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير علم النفس

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة عمادة الدراسات العليا بجامعة الأزهر - غزة على تشكيل لجنة المناقشة والحكم على أطروحة الطالب/ة: بسمة حسين عيد يونس، المقدمة لكلية التربية لنيل درجة الماجستير في علم النفس وعنوانها:

إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة في محافظة غزة

وتمت المناقشة العلنية يوم الأحد بتاريخ 2016/10/16م.

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الطالب/ة: بسمة حسين عيد يونس، درجة الماجستير في التربية تخصص علم النفس.

توقيع أعضاء لجنة المناقشة والحكم :

التاريخ: 2016/10/26م	(مشرفاً ورئيساً)	د. محمد محمد عليان
التاريخ: 2016/10/26م	(مناقشاً داخلياً)	د. باسم علي أبو كويك
التاريخ: 2016/10/26م	(مناقشاً خارجياً)	د. جميل حسن الطهراوي

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان: _____

إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات

النفسية لدى طلبة الجامعة في محافظة غزة

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحث لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى. وأني أتحمل المسؤولية القانونية الأكاديمية كاملة حال ثبوت ما يخالف ذلك.

اسم الطالب: بسمه حسين عيد يونس

التوقيع: _____

التاريخ: _____



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قال تعالى:

﴿ قُلْ لَوْ كَانَ الْبَحْرُ مِدَادًا لِكَلِمَاتِ رَبِّي لَنَفِدَ الْبَحْرُ
قَبْلَ أَنْ تُنْفَذَ كَلِمَاتُ رَبِّي وَلَوْ جِئْنَا بِمِثْلِهِ مَدَدًا ﴾

صدق الله العظيم

(سورة الكهف: 109)

إهداء

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار
إلى من علمني العطاء بدون انتظار
إلى من أحمل اسمه بكل افتخار
أرجو الله أن يمد في عمره ليرى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار وستبقى
كلماته أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد..

والذي العزيز

إلى ملاكي في الحياة
إلى معنى الحب
إلى معنى الحنان والتفاني
إلى بسمة الحياة وسر الوجود
إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب
أمي الحبيبة.

إلى من تحلوا بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء..
إلى يناييع الصدق الصافي
إلى من معهم سعدت.. وبرفقتهم في دروب الحياة الحلوة والحزينة سرت
إلى من كانوا معي على طريق النجاح والخير والحب
إخوتي (آمال، منال، نجلاء، مرفت، محمد، أحمد)

إلى كل الأهل والأصدقاء.. إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل..
شكري الجزيل وامتناني
إلى من زرعوا التفاؤل في دربي وقدموا لي المساعدات والتسهيلات والأفكار
والمعلومات، ربما دون أن يشعروا بدورهم بذلك فلهم مني
كل الشكر والتقدير والامتنان

إليكم جميعاً أهدي هذا البحث المتواضع مراجعةً من المولى عز وجل أن يجد القبول والنجاح

شكر وتقدير

قال الله تعالى: "وَقَالَ رَبِّ أَوْزِرْ غَنِيَّ أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ" (النمل: 19).

صدق الله العظيم الرحمن الرحيم الوهاب الكريم الحليم العليم والحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم ومن اهتدى بهديه إلى يوم الدين وبعد...

أسجد لله حمداً وشكراً و عرفاناً وتعظيماً الذي هداني ويسر لي أمري ومنحني العزم والصبر وأعانني على إنجاز هذا العمل العلمي المتواضع وما توفيقني إلا بالله الذي علم بالقلم علم الإنسان ما لم يعلم. واهتداءً بهدى النبي صلى الله عليه وسلم في قوله "من لا يشكر الناس لا يشكر الله" (الترمذي / 1985، 281).

فمن هنا أغتنم الفرصة كي أتقدم بجزيل الشكر والامتنان والعرفان إلى كل من أفاض عليّ دعمه وعلمه فأثمر ذلك وساهم في غرس بذور هذا العمل المتواضع حتى ظهر إلى النور وأخص بالشكر والتقدير والعرفان والدي العزيز رمز الرجولة والتضحية الذي مهد لي الطريق بكل السبل المادية والمعنوية ودفعني إلى العلم وبه أزداد افتخار، ووالدتي الحبيبة التي أمدتني بالحب والحنان ووافر الدعاء في كل صباح ومساءً، فأسأل الله عز وجل أن يجعلهما دائماً سنداً لي وأن يمد الله في عمرهما، ويمنحهما الصحة والعافية.

كما لا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر والامتنان والعرفان لمشرفي الدكتور/ محمد عليان، عميد كلية التربية على تفضله بقبول الإشراف على هذه الرسالة، وما بذله من جهد مخلص في كل مراحل إعداد هذه الرسالة، وما قدمه لي من إرشادات، وتوجيهات، وملاحظات قيمة، ولسعة صدره نحو كل ما صدر مني من خطأ أو تقصير. فلولا الله، ثم توجيهاته القيمة لما كانت هذه الرسالة. جعلك الله لنا فخراً، ورمزاً من رموز العلم وأنعم عليك بالصحة والعافية، كما يسعدني أن أتقدم بالشكر والعرفان لعضوي لجنة المناقشة الدكتور/ جميل الطهراوي، والدكتور/ باسم أبو كويك، على تفضلهما بقبول مناقشة الرسالة وإبداء ملاحظاتهم التي ستسهم في إثراء وتقويم الدراسة.

كما وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير لجامعة الأزهر متمثلة في عمادة الدراسات العليا التي أتاحت لي الفرصة لإكمال دراستي العليا، كما وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة المحكمين الذين بذلوا جهداً طيباً في تحكيم أدوات الدراسة.

كما وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير والعرفان إلى أختي الأستاذة/ منال حسين يونس، مدير في الإدارة العامة للشئون المالية/ بوزارة التربية والتعليم، على إهامي لعنوان الدراسة هذه والتي كانت نصائحها وتوجيهاتها؛ لها أثر بليغ في نفسي وعملي ودراستي، والشكر موصول إلى الزميل/ موسى قنديل، لما قدمه لي من مساعدة في إنجاز هذه الدراسة وفي تطبيق أدوات الدراسة على عينة طلاب جامعة الأزهر فلهم مني كل الشكر والتقدير.

كما وأتقدم بالشكر والعرفان لأختي/ آمال يونس وزوجها، بجمهورية مصر العربية لما قدموه لي من توفير المراجع من المكتبات المصرية في ظل هذه الظروف الصعبة فلهم مني كل التقدير.

ولا أنسى أن أشكر إخوتي على دعمهم المعنوي المتواصل، الذين ما قصدتهم إلا وجدتهم، سنداً وعاوناً لي، في كل وقتٍ وحين.

ولا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر إلى الأخت ديمة الشطلي لما قدمته لي من مساعدة في ترجمة اللغة الانجليزية.

وفي هذا المقام لا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر والعرفان إلى كل من مد لي يد العون في مساعدتي لإنجاز هذه الدراسة وكانت له فيها مساهمة ولو بسيطة فلجميع مني خالص الشكر والتقدير.

وأخيراً.. أسأل الله العلي القدير ذو العرش العظيم أن يرحم الأستاذ الدكتور/ عبد العظيم المصدر برحمته الواسعة، الذي توفاه الله خلال إعدادي لهذه الدراسة ويجزيه خير الجزاء لما قدم من تسهيلات لهذه الدراسة.

والله ولي التوفيق

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف إلى العلاقة بين إدمان شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ومعرفة الفروق في درجة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة وفقاً إلى المتغيرات الديموغرافية التالية: (نوع الجنس، المستوى الدراسي، نوع التخصص، عدد ساعات استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، منخفضي ومرتفعي درجات الإدمان)، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (619) طالباً وطالبة من جامعة الأزهر بغزة بنسبة (0.05) من المجتمع الأصلي تم اختيارها بالطريقة العشوائية للعام 2016/2015م، واستخدمت الباحثة الأدوات الآتية: مقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي من إعداد: الباحثة، ومقياس قائمة الاضطرابات النفسية من إعداد: ليونارد ديروجيتش، رونالدس، ليمان، ولينوكوفي وترجمة للعربية عبد الرقيب البحيري (1984)، وتحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً تم استخدام: برنامج الرزم الإحصائية (spss)، بإجراء المعالجات الإحصائية التالية، إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي، المتوسط الحسابي النسبي (الوزن النسبي)، معامل ألفا كرونباخ، معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، معامل ارتباط بيرسون، اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، تحليل التباين الأحادي، اختبار شيفيه.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0.05) بين إدمان مواقع التواصل الاجتماعي وبين الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية وأبعاده التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، كما وأوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0.05) في الدرجة الكلية للإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث) و نوع التخصص (أدبي، علمي)، ووجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية (0.05) في درجات إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع) لصالح المستوى الأول، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في الدرجات الكلية للاضطرابات النفسية وإدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لعدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("1-3"، "4-6"، "7-9") لصالح ("7-9"، "4-6"، "7-9")، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في أبعاد الاضطرابات النفسية

التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى (0.05) في درجات (القلق، وقلق الخواف) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث) لصالح الإناث، كما لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في درجات العداوة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث) لصالح الذكور، وأظهرت النتائج أيضا عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في أبعاد الاضطرابات النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية، أعراض أخرى) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع)، بينما لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في درجات الحساسية التفاعلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع) لصالح المستوى الثالث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في أبعاد الاضطرابات النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية، أعراض أخرى) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، بينما لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في درجات الوسواس القهري لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي) لصالح تخصص العلمي، وأظهرت النتائج أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في درجات الكلية للاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح مرتفعي الدرجات.

Abstract

This study aims to identify the relationship between the social media and the psychological disorder of Al-Azhar university students in Gaza. And to be aware of the addiction to social media's differences and its psychological sides. These sides of Al-Azhar university students in Gaza are because of the following demographic variables: (sex, academic level, specialization, how much time is spend for social media, the level of addiction of social media). The study used the descriptive method; The study population consisted of 619 students of both male and female of the Al-Azhar students estimating 0,05 of the original population which was chosen by using the stratified random sample of 2015-2016. The study employed the following methods: social media's addiction scale prepared by the researcher, symptoms scale prepared by Leonard Diorgitch, Ronalds, Liman, Lwinkfy and Abed Alrageeb Al Beheree translated it into Arabic (1984). Statistical software packages were used to analysis and process the data by using these statistics moves: descriptive statistics like, percentage and arithmetic, arithmetic average of the relative (relative weight), Cronbach's alpha coefficient, reliability coefficient way spilt half, Pearson correlation coefficient, t-test for two independent samples, analysis of variance, Scheffe' test, and multiple linear regression analysis. The findings of the study are as follows: there is a positive relation, which has a statistical significant at 0,05 level, between the addiction to social media of Al Azhar university students in Gaza and the high level of the following psychological symptoms (Psychosomatic, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid Ideas, psychoticism). Also, the findings show that there is no statistic differences at point 0.05 of the whole measure of social media's addiction to Al Azhar University in Gaza due to sex (male- female) and specialization (literary - scientific).

The study, also, shows significant differences with statistic references (0, 05) at Al Azhar university students' addiction to social media in Gaza referring to first year level's win over other academic levels. The study also clarifies that there is statistic differences at point (0.01) for the total grades of psychological symptoms and social media addiction of al Azhar university students of Gaza. Social media's spending hours are estimating as (1-3, 4-6, 7-9) to let (4-6, 9-7) wins. There are no

statistic significant differences at (0.05) at the following psychological symptoms dimensions: (physical symptoms, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, paranoia imaginative, psychotic) to Al Azhar university students of Gaza due to sex (male- female) while statistic significant differences at (0.05) were found in degrees of (anxiety, phobic anxiety) letting the females win other males of Al Azhar university students. It was, also, observed that there are statistically significant differences at the (0.05) level in the degree of hostility at Al-Azhar University in Gaza students due to gender (male, female) in favor of males. It also showed no statistically significant fundamental differences at the (0.05) level in the dimensions of these psychological and physical symptoms such as: (obsessive-compulsive disorder, depression, anxiety, hostility, anxiety-fear, imaginary paranoia, psychosis, and other symptoms) at Al-Azhar University students. These differences were attributed to the level of study the student is at: first, second, third or fourth year. The presence of statistically substantial significant differences was observed, as well, at the (0.05) level in the levels of interactive sensitivity at Al-Azhar University students. It can be attributed to the attributed to the level of study the student is at: first, second, third or fourth year wherein the third years were the highest of these levels. There were no statistically significant differences at the (0.05) level in the dimensions of these psychological and physical symptoms such as: (interactive allergies, depression, anxiety, hostility, anxiety fear, Paranoia, psychosis, and other symptoms) at Al-Azhar University students in terms of the student's specialization (scientific or literary). Meanwhile, no statistically significant differences were observed at the (0.05) level in the levels and intensity of obsessive-compulsive disorder at Al-Azhar University students due to the type of specialization (scientific, literary) especially the scientific specialization. The results showed, as well, no statistically significant differences at the (0.01) level in the college degrees of psychiatric symptoms in Al-Azhar University students with regards to the degree of addiction (low grades, high grades), and any notable differences were for the benefit of those who had high grades. At the (0.05) level in the degree of hostility at Al-Azhar University in Gaza is attributed to the gender of students (males and females) wherein males were the most hostile. In addition, no statistically significant differences at the (0.05) level were found in the dimensions of these psychological

and physical symptoms such as: (obsessive-compulsive disorder, depression, anxiety, hostility, anxiety fear, Paranoia, psychosis, and other symptoms) at Al-Azhar University students which might be attributed to the level of study (first, second, third and fourth). While no statistically significant differences were observed at the (0.05) level in the levels of interactive sensitivity at Al-Azhar University students due to the level of the level of study, some differences were found that favored the third year students. There was a lack of statistically significant differences at the (0.05) level in the following psychological and physical symptoms dimensions: (interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, anxiety fear, Paranoia, psychosis, and other symptoms) at Al-Azhar University students due to the type of specialization (scientific, literary). In addition, no statistically significant differences at the (0.05) level in the degree of obsessive-compulsive disorder at Al-Azhar University in Gaza students was attributed to the type of specialization (scientific, literary) for the benefit of scientific specialization, and the results showed also no statistically significant differences at the (0.01) level in the college degrees of psychiatric symptoms in Al-Azhar University in Gaza students due to the degree of addiction (low grades, high grades) and any differences found were for the benefit of those who had high grade.

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
ب	آية قرآنية.
ج	إهداء
د	شكر وتقدير.
و	ملخص الدراسة باللغة العربية.
ح	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.
ك	قائمة المحتويات.
س	قائمة الجداول.
ص	قائمة الأشكال.
ص	قائمة الملاحق.
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
2	المقدمة.
4	مشكلة الدراسة.
5	أهمية الدراسة.
6	أهداف الدراسة.
7	مصطلحات الدراسة.
7	حدود الدراسة.
الفصل الثاني الإطار النظري	
10	المبحث الأول: إدمان شبكات التواصل الاجتماعي
10	أولاً: شبكات التواصل الاجتماعي
10	تعريف شبكات التواصل الاجتماعي
12	نشأة شبكات التواصل الاجتماعي وتطورها
13	أنواع مواقع التواصل الاجتماعي
17	خصائص مواقع التواصل الاجتماعي
19	دوافع استخدام مواقع التواصل الاجتماعي
20	التأثيرات الإيجابية والسلبية لمواقع التواصل الاجتماعي
22	ثانياً: إدمان شبكات التواصل الاجتماعي
22	تعريف الإدمان
23	تعريف إدمان الإنترنت
24	تعريف إدمان شبكات التواصل الاجتماعي

رقم الصفحة	الموضوع
24	التصورات النظرية المفسرة لإدمان الإنترنت
28	أسباب إدمان الإنترنت
29	أعراض إدمان الإنترنت
31	علاج إدمان الإنترنت وإدمان شبكات التواصل الاجتماعي
34	المبحث الثاني: الاضطرابات النفسية
34	المقدمة.
34	تعريف الاضطرابات النفسية.
35	التصورات النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية.
37	أسباب الاضطرابات النفسية.
39	خصائص الأفراد المضطربين نفسياً.
40	الاضطرابات النفسية المخصصة للدراسة.
40	تمهيد.
40	أولاً: اضطراب الأعراض الجسمانية
40	تعريف الأعراض الجسمانية.
42	أسباب الأعراض الجسمانية.
42	أعراض الاضطرابات الجسمانية.
45	علاج الاضطرابات الجسمانية.
45	ثانياً: اضطراب الوسواس القهري
45	تعريفات الوسواس القهري.
47	أسباب الوسواس القهري.
49	أعراض الوسواس القهري.
50	علاج الوسواس القهري.
51	ثالثاً: الحساسية التفاعلية
51	تعريفات الإحساسية التفاعلية.
51	سمات الشخصية الحساسة.
52	الأفعال المسيطرة في الشخصية الحساسة.
53	الطرق المثلى للتعامل مع الشخصية الحساسة.
54	رابعاً: الاكتئاب
54	تعريفات الاكتئاب.
55	أسباب الاكتئاب.
58	أعراض الاكتئاب.

رقم الصفحة	الموضوع
60	علاج الاكتئاب.
60	خامساً: القلق
60	تعريف القلق.
61	أسباب القلق.
62	أعراض القلق.
63	علاج القلق.
64	سادساً: العداوة
65	تعريفات العداوة.
66	مظاهر العداوة.
66	أسباب العداوة.
66	علاج العداوة.
67	سابعاً: قلق الخواف
68	تعريف قلق الخواف.
68	أسباب قلق الخواف.
69	أعراض قلق الخواف.
70	علاج قلق الخواف.
71	ثامناً: البارانويا التخيلية
71	تعريف البارانويا التخيلية.
72	أسباب البارانويا التخيلية.
73	أعراض البارانويا التخيلية.
73	علاج البارانويا التخيلية.
74	تاسعاً: الذهانية
74	تعريفات الذهانية.
75	أسباب الذهانية.
75	أعراض الذهانية.
76	علاج الذهانية.
76	خلاصة.
76	تعقيب عام على الإطار النظري.
الفصل الثالث: الدراسات السابقة	
79	أولاً: الدراسات التي تناولت شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها ببعض المتغيرات
84	تعقيب على الدراسات التي تناولت شبكات التواصل الاجتماعي.

رقم الصفحة	الموضوع
86	ثانياً: الدراسات السابقة التي تناولت الاضطرابات النفسية
91	تعقيب على الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية.
93	فروض الدراسة.
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة	
95	منهج الدراسة.
95	مجتمع الدراسة.
96	عينة الدراسة.
99	أدوات الدراسة.
115	أساليب الدراسة.
الفصل الخامس: نتائج الدراسة الميدانية وتفسيرها	
117	نتائج التساؤل الأول وتفسيرها.
121	نتائج السؤال الثاني وتفسيرها.
125	نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها.
127	نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها.
151	توصيات الدراسة.
152	مقترحات الدراسة.
153	قائمة المصادر والمراجع
153	المصادر.
153	المراجع العربية.
161	المراجع الأجنبية.
163	مواقع الإنترنت.

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول (1)	مجتمع الدراسة حسب نوع التخصص ونوع الجنس.	96
جدول (2)	المتغيرات الديموغرافية لأفراد العينة في جامعة الأزهر بغزة.	97
جدول (3)	شبكات التواصل الاجتماعي التي تملك بها حساب شخصي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن=619).	98
جدول (4)	ترتيب مواقع التواصل الاجتماعي من حيث الاستخدام عند طلبة جامعة الأزهر بغزة.	98
جدول (5)	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس.	101
جدول (6)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "مان وتتي" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي.	102
جدول (7)	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي (ن=50).	103
جدول (8)	الأبعاد التسعة لأداة SCL - 90 وعدد وأرقام العبارات التي تعبر عن كل بعد في الاختبار.	106
جدول (9)	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية والدرجة الكلية للمقياس.	107
جدول (10)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد الأعراض الجسمانية والدرجة الكلية للبعد.	108
جدول (11)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد الوسواس القهري والدرجة الكلية للبعد.	109
جدول (12)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد الحساسية التفاعلية والدرجة الكلية للبعد.	109
جدول (13)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد.	110
جدول (14)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد.	111
جدول (15)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد العداوة والدرجة الكلية للبعد.	111
جدول (16)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد قلق الخواف والدرجة الكلية للبعد.	112
جدول (17)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد البارنويا التخيلية والدرجة الكلية للبعد.	112
جدول (18)	معاملات الارتباط بين فقرات بعد الذهان والدرجة الكلية للبعد.	113
جدول (19)	معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة لمقياس (الاضطرابات النفسية) وأبعاده.	114
جدول (20)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	117
جدول (21)	نسبة الموافقة على فقرات مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن=619).	118

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول (22)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الاضطرابات النفسية وأبعاده لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن=619).	122
جدول (23)	الأفراد الذين تجاوزوا الانحراف المعياري الأول ما بعد المتوسط لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	124
جدول (24)	مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لكشف العلاقة بين الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي وبين الاضطرابات النفسية وأبعاده لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	126
جدول (25)	نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس.	128
جدول (26)	نتائج اختبارات لكشف الفروق بين درجات إدمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس.	131
جدول (27)	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي.	132
جدول (28)	نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين بعد الحساسية التفاعلية بالنسبة للمستوى الدراسي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	134
جدول (29)	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي.	135
جدول (30)	نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين درجات إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بالنسبة للمستوى الدراسي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	136
جدول (31)	نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص.	137
جدول (32)	نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات إدمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص.	139
جدول (33)	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي.	140
جدول (34)	نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين درجات مقياس الاضطرابات النفسية وأبعاده بالنسبة لعدد الساعات لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	144
جدول (35)	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي.	145

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
146	نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين درجات إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بالنسبة لعدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	جدول (36)
147	نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجة الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات) على شبكات التواصل الاجتماعي.	جدول (37)

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
شكل (1)	الأوزان النسبية لأبعاد الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.	123

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	رقم الصفحة
ملحق (1)	قائمة بأسماء المحكمين.	165
ملحق (2)	مقياس إيمان شبكات التواصل الاجتماعي بصورته الأولية.	166
ملحق (3)	مقياس إيمان شبكات التواصل الاجتماعي في صورته النهائية.	168
ملحق (4)	مقياس الاضطرابات النفسية، قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90).	171

الفصل الأول خلفية الدراسة

- المقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.
- حدود الدراسة

الفصل الأول

خلفية الدراسة

المقدمة:

مع التطور التاريخي التي وصلت إليه وسائل التواصل الاجتماعي بشكل عام والتي بدأت برسائل تحملها الطيور من مكان إلى آخر والتي كانت تعكس حال الشعوب سواء فرحاً أو حزناً حراً أو سلباً فهي حالات صادقة لا يتدخل بها مزاج الشخص الذي يكتبها حتى وصلنا إلى يومنا هذا، حيث أدى تسارع التطور التكنولوجي إلى حدوث طفرة على كافة المستويات العلمية وانطلاق ثورة حقيقية في عالم الاتصال الافتراضي حيث انتشرت شبكات التواصل الاجتماعي في أرجاء العالم التي ربطت العالم كله بأجزائه المترامية وأصبح مثل قرية صغيرة، وأصبحت تتحكم أو على الأقل تتدخل في شتى سلوكيات الإنسان ونشاطاته المختلفة.

وساهمت مواقع شبكات التواصل الاجتماعي في إضافة الكثير من النضج على تعاملات وتصرفات مستخدميها وعلى الرغم من استخدام تلك المواقع في البداية للدرشة وإقامة الصداقات وتفريغ الشحنات العاطفية، إلا أنه مع مرور الوقت تطورت العلاقة بين المستخدمين ومواقع التواصل الاجتماعي فبدأوا يستخدمونها في تبادل وجهات النظر، وكما نجحت في نقل الأحداث لحظة بلحظة ويمكن تبادل المعلومات ومشاركتها مع دائرة المعارف داخل مواقع التواصل الاجتماعي، وساعدت تلك المواقع الكثير ممن يعانون من المشكلات النفسية من التعامل مع الآخرين على التغلب على هذه المشاكل واستخدام مواقع التواصل الاجتماعي وعلاجها وهذا إذا استخدمت هذه المواقع بأسلوب إيجابي ومعتدل، إلا أنه قد يتخذ منحى آخر غير ذلك إذا زاد استخدام هذه المواقع عن المعدل المقبول وتحول إلى الإفراط في الاستخدام أو إذا أسئ استخدام هذه المواقع أو استخدامها بأسلوب سلبي مبالغ فيه ولغير الأغراض التي أنشئ من أجلها وهنا يتحول استخدام شبكات التواصل الاجتماعي إلى سلوك مرضي وتكون بصدده ظاهرة سلبية خطيرة على حياة الإنسان ووازانه وصحته النفسية. (مجلة نداء الوطن، 2015).

فمع سهولة التواصل عبر هذه المواقع فإن ذلك سيقبل من زمن التفاعل الاجتماعي على الصعيد الشخصي للأفراد والجماعات المستخدمة لهذه المواقع، وكما هو معروف فإن مهارات التواصل الشخصي تختلف عن مهارات التواصل الإلكتروني، ففي الحياة الطبيعية لا تستطيع أن تخلق محادثة شخص ما فوراً وأن تلغيه من دائرة تواصلك بكبسة زر. (فضل الله،

2011: 20)، وأن كثرة استخدام هذه المواقع تؤدي إلى نوع من أنواع الإدمان الذي يقود إلى مشكلاتٍ نفسيةٍ حيث تكسب مستخدميها فرصة للهروب من مجتمعهم والعيش في عالم الأحلام، ويؤثر التعامل مع شبكات التواصل الاجتماعي أيضاً على رؤية المستخدم لنفسه وليس فقط لمجتمعه حيث تضع تلك المواقع مستخدميها تحت المجهر، وتجعلهم في محاولة دائمة للظهور بصورة مثالية وتقديم أنفسهم للعالم الافتراضي بصورة مغايرة للواقع عن طريق نشر صورهم وأخبارهم وما يحدث بحياتهم من أحداث هامة وينتظرون الحكم عليها من قبل أصدقائهم وهو ما يؤدي إلى تزايد القلق والترقب الدائم للحكم الذي يحكمه الأصدقاء على ما هو منشور على الصفحة الشخصية للمستخدم وهو ما يشعره بالأمان والأهمية الوهمية. (نداء الوطن، 2015)

ولقد تناولت العديد من الدراسات العربية منها والأجنبية شبكات التواصل الاجتماعي وربطها بمتغيرات أخرى متعددة ومنها دراسة الطهراوي (2015) التي تناولت الحاجات النفسية المشبعة لدى مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي (الفييس بوك)، ودراسة فانسون (2010) التي تناولت أثر استخدام شبكات التواصل الاجتماعي على العلاقات الاجتماعية وغيرها من الدراسات التي ركزت على شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالمتغيرات المختلفة.

ولكن لم يتطرق أحد من الدراسات السابقة إلى الاستخدام المفرط لشبكات التواصل الاجتماعي (إدمان شبكات التواصل الاجتماعي) وعلاقتها بالصحة النفسية للفرد والتي قد تؤثر سلباً على صحته النفسية من خلال إصابته بالاضطرابات النفسية، في حين وجدت الباحثة بعض الدراسات عن إدمان الإنترنت وعلاقتها ببعض المتغيرات ومنها دراسة عمار (2014) والتي تطرقت إلى إدمان الإنترنت وعلاقته ببعض المتغيرات، ودراسة الخواجة (2014) تناولت الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالتوافق النفسي، ودراسة القرني (2011) وتناولت إدمان الإنترنت وعلاقته بالاضطرابات النفسية، ودراسة زيدان (2008) التي تناولت إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق والاكتئاب والوحدة النفسية والثقة بالنفس.

لذا فإن الباحثة وجدت من خلال التقصي والبحث عن الدراسات السابقة والموضوع نفسه أن شبكات التواصل الاجتماعي أصبحت للأسف تحقق رغبات وأحلام العديد من الشباب الضائع، فهي تخلق لهم عالماً افتراضياً يسجلون عبره كل تفاصيل حياتهم، وأن الجلوس على شبكات التواصل الاجتماعي يؤدي إلى الشعور بحالة أفضل مهما طال الوقت، وهذا يعد إدماناً، والإسراف في الوقت على تلك المواقع يؤدي إلى الانفصال التام عن العالم الخارجي مع مرور الوقت، بالإضافة إلى إهمال التواصل الواقعي مع المقربين كالأهل والأصدقاء، الأمر الذي يصيب مدمن تلك المواقع بحالة من الانطواء، فضلاً عن الأمراض العضوية مثل "الصداع،

وآلام العمود الفقري، والعصبية، وذلك نتيجة للضغط على المراكز العصبية بالجسم. (أبو الوفا و موسى، 2014)

ونظراً للنقص في دراسة متغيرات الدراسة الحالية على حد علم الباحثة، أسهم ذلك كله في دفع الباحثة للقيام بهذه الدراسة، وانطلاقاً من هذا العجز جاءت هذه الدراسة الحالية لسد هذا النقص وزيادة الوعي بمخاطر إدمان شبكات التواصل الاجتماعي والذي هو العنصر الجوهر والرئيسي حول نشوء الاضطرابات النفسية لدى فئة الشباب والطلبة الجامعيين، كما أن الباحثة ومن خلال معاشيتها لأرض الواقع وأن كل من حولها يقوم باستخدام مواقع التواصل الاجتماعي بشكل مفرط فقد لاحظت الباحثة التأثيرات السلبية التي سببها هذا العالم الافتراضي وفصل كل فرد عن واقعه وأهله ومجمعه، وبصفتها أنها أحد أفراد هذا المجتمع، فقد أحست بأهمية هذه الدراسة في كونها إضافة جديدة إلى رصيد الدراسات. لهذا ارتأت الباحثة القيام بهذه الدراسة والتي تبحث "إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة" ومعرفة التأثيرات النفسية والاضطرابات النفسية والاضطرابية الناتجة عن الاستخدام المفرط (إدمان شبكات التواصل الاجتماعي)، من أجل السعي إلى وضع توصيات ومقترحات ربما تساعد في علاج إدمان شبكات التواصل الاجتماعي، وبذلك قد تكون الباحثة استطاعت أن تقدم شيئاً مهماً في زيادة الوعي والمعرفة لدى الطلاب والشباب ومساعدتهم على التخلص من هذا العالم الافتراضي المسيطر على حياتهم الحقيقية مما يساهم في ذواتهم الايجابية.

مشكلة الدراسة:

- تساؤلات الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما العلاقة بين إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة والاضطرابات النفسية ؟

ولقد انبثق عن هذا السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ؟
2. ما مستوى الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية بين الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي وبين الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمتغيرات الديموغرافية (نوع الجنس، المستوى الدراسي، نوع التخصص، عدد ساعات استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، منخفضي ومرتفعي درجات الإدمان)؟

أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من مشكلتها وأهدافها ومتغيراتها وكذلك موضوعها الذي يعتبر حديث في الميدان النفسي ولعل ذلك يتضح مما يلي:

الأهمية النظرية:

1. أن إدمان شبكات التواصل الاجتماعي أصبح ظاهرة لدى جميع المستويات العمرية وخاصة طلاب الجامعة.
2. إلقاء مزيداً من الضوء على ظاهرة نفسية جديدة وهي إدمان شبكات التواصل الاجتماعي.
3. يعد موضوع إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقته بالاضطرابات النفسية لا يزال في مهده والدراسات والبحوث فيه تكاد تكون معدومة أو على الأكثر تقدير نادرة على المستويين العالمي والمحلي وإن كانت بدأت أولى خطواتها على المستوى العالمي.
4. تسليط الضوء على الجوانب السلبية لاستخدامات التكنولوجيا بما فيها مواقع شبكات التواصل الاجتماعي حيث لا تلقى الاهتمام الكافي أو المناسب بما تستحقه، نظراً لقوة جاذبيتها التي لا تقاوم وتجدها وتطورها المذهل يوم بعد يوم وتخطيها لحواجز المكان والزمان والقيود والبروتوكولات.
5. تبرز أهمية الدراسة في أن الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي ما زال في مرحلة الاكتشاف وهذا يتطلب تكثيف الجهود لفهمه والتصدي له بالعلاج والإرشاد وخاصة أن أعداد المستخدمين ومن ثم أعداد المستخدمين الذين أصبحوا يعانون من مشكلات نفسية بسبب الاستخدام المفرط لشبكات التواصل الاجتماعي تتزايد كل يوم.
6. إمداد المكتبة النفسية بمقياس جديد لقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي.
7. يمكن أن تفتح هذه الدراسة آفاق جديدة للباحثين لإجراء المزيد من الدراسات، لمعرفة علاقة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بالمتغيرات النفسية والاجتماعية لدى الشباب وعوامل أخرى.

الأهمية التطبيقية:

1. يمكن أن يستفيد من نتائج الدراسة المتخصصون في المجالات النفسية في تخطيط وعمل البرامج الوقائية والعلاجية لمواجهة ظاهرة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وللتغلب على الآثار المترتبة عليها.
2. التقدم ببعض التوصيات واتخاذ التدابير اللازمة التي يمكن من خلالها الحد من انتشار ظاهرة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي خاصة بين فئة الشباب من طلاب الجامعة.
3. يمكن أن تفيد الدراسة الحالية في إعداد دورات تدريبية تهدف إلى تثقيف الشباب وإرشادهم إلى الآثار السلبية المترتبة على إدمان شبكات التواصل الاجتماعي والاستخدام الأمثل للتعامل مع شبكات التواصل الاجتماعي.
4. يمكن أن تفيد نتائج الدراسة في لفت أنظار أولياء الأمور والمربين لخطورة إدمان مواقع التواصل الاجتماعي على التنشئة النفسية لأبنائهم.
5. قد تفيد هذه الدراسة في زيادة الوعي لدى الشباب الجامعي حول إدمان شبكات التواصل الاجتماعي التي قد تسبب لهم بعض الاضطرابات النفسية والعمل على تقاديبها وتعديلها.
6. يتوقع أن تسهم النتائج التي ستتوصل إليها الدراسة الحالية ومن خلال التوصيات في زيادة الاستخدام الإيجابي لمواقع التواصل الاجتماعي والحد من الإفراط والاستخدام السلبي لمواقع التواصل الاجتماعي.
7. قد تفيد نتائج الدراسة المؤسسات المدنية والمحلية في نشر الوعي وبيان مخاطر الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي.

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى محاولة تحقيق ما يلي:

1. التعرف إلى مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية لدى عينة الدراسة.
2. الكشف عن نوع وطبيعة واتجاه العلاقة بين استخدام شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية.
3. معرفة الفروق في درجة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة وفقاً إلى المتغيرات الديموغرافية التالية: (نوع

الجنس، المستوى الدراسي، نوع التخصص، عدد ساعات استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، منخفضي ومرتقي درجات الإدمان)

مصطلحات الدراسة

1. إدمان شبكات التواصل الاجتماعي:

تُعرف الباحثة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي أنها الرغبة التي لا يمكن السيطرة عليها في تقليل استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، والإفراط في استخدام هذا العالم الافتراضي وعدم الشعور بهدر الوقت أمام هذه المواقع الاجتماعية مع تجاهل والاستغناء عن أداء أعمال أخرى في حياة الفرد.

التعريف الإجرائي لإدمان شبكات التواصل الاجتماعي:

هي زيادة الساعات في استخدام شبكات التواصل الاجتماعي وعدم الشعور بهدر الوقت مع الاستغناء عن أداء أعمال أخرى لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة على قائمة مقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي المعد للدراسة.

2. الاضطرابات النفسية

تتبنى الباحثة تعريف الاضطرابات النفسية حسب تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية "الإصدار الرابع DSM.IV": 0626 هو نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط سواء بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة.

التعريف الإجرائي للاضطرابات النفسية:

هي الأعراض السلوكية والنفسية والعقلية غير السوية والتي تؤثر على حياة الفرد وتؤثر على صحته النفسية والعقلية والشعور بالنقص وعدم الرضا ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة على قائمة مقياس الاضطرابات النفسية المعد للدراسة.

حدود الدراسة:

تتكون محددات الدراسة من ما يلي:

1. محددات موضوعية: تتناول الدراسة الحالية علاقة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي

بالاضطرابات النفسية.

2. **محددات بشرية:** هي فئة طلبة جامعة الأزهر بغزة وهذا يشمل (الطلاب، الطالبات) الفرع الأدبي والعلمي من كل المستويات.
3. **محددات مكانية:** جامعة الأزهر بغزة.
4. **محددات زمنية:** سيتم العمل على توزيع أداة الدراسة على عينة الدراسة في الفصل الدراسي الأول لعام (2015-2016).

الفصل الثاني

الإطار النظري

- المبحث الأول: إدمان شبكات التواصل الاجتماعي
- المبحث الثاني: الاضطرابات النفسية

الفصل الثاني الإطار النظري

تمهيد:

سوف تتناول الباحثة في هذا الفصل أهم متغيرات الدراسة للتعرف على طبيعتها وقد قامت الباحثة بتقسيم الفصل إلى قسمين قسم يتناول إدمان شبكات التواصل الاجتماعي في حين القسم الثاني سيتناول الاضطرابات النفسية على النحو التالي:

المبحث الأول: إدمان شبكات التواصل الاجتماعي

تعرض الباحثة في هذا الجزء مفهوم الإدمان بشكل عام، وإدمان شبكات التواصل الاجتماعي وأسبابه وأعراضه.

أولاً: شبكات التواصل الاجتماعي:

تمهيد:

يواجه العالم اليوم العديد من التطورات المختلفة التي لها الأثر الكبير على المجتمع بصورة عامة وعلى الشباب بشكل خاص ومن أهم هذه التطورات في عالم الانترنت المواقع الاجتماعية التي تطورت بشكل كبير حيث انتشرت الشبكات الاجتماعية في نهاية عام 2007 هي مواقع تستخدم للتواصل والتشبيك الاجتماعي وأشهرها الفيس بوك Facebook، وتميزت بسرعة نقل الخبر وتدعيمه بالصورة الحية والمعبرة، وسرعة مواكبة الأحداث على مدار الساعة ونقلها مباشرة من مكان حدوثها وهذه الشبكات مكنت الناس من التعبير عن طموحاتهم ومطالبهم في حياة حرة من خلال مشاركتهم في تغذية هذه الشبكات بالأخبار والمعلومات وجعلتهم أكثر تفاعل ومشاركة في مختلف القضايا. وأصبحت الشبكات الاجتماعية هي البديل المائل لأنشطة الماضي التقليدية، وحالة التفاعل بين مجتمعات اليوم مع البيئة والمجتمع المحيط هي التي تسيطر على النظام الاتصالي بدرجة لافتة للنظر.

تعريف شبكات التواصل الاجتماعي:

هي عملية التواصل مع عدد من الناس (أقارب، زملاء، أصدقاء...)، عن طريق مواقع وخدمات الكترونية، توفر سرعة توصيل المعلومات على نطاق واسع، فهي مواقع لا

تعطيك معلومات فقط، بل تتزامن وتتفاعل معك أثناء إمدادك بتلك المعلومات، وبذلك تكون أسلوباً لتبادل المعلومات بشكل فوري عن طريق شبكة الإنترنت. (المقدادي، 2013: 24)

شبكات التواصل الاجتماعي هي مواقع إلكترونية اجتماعية على الإنترنت وتعتبر الركيزة الأساسية للإعلام الجديد أو البديل، التي تتيح للأفراد والجماعات التواصل فيما بينهم عبر الفضاء الافتراضي. (صادق، 2008: 218).

وتعرف شبكات التواصل الاجتماعي أيضاً بأنها: شبكات اجتماعية تفاعلية تتيح التواصل لمستخدميها في أي وقت يشاءون وفي أي مكان من العالم، ظهرت على شبكة الإنترنت منذ سنوات وتمكنهم أيضاً من التواصل المرئي والصوتي وتبادل الصور وغيرها من الإمكانيات التي توطد العلاقة الاجتماعية بينهم. (الدليمي، 2011: 183)

ويعرفها الباحثان بويد واليسون (Boyd, D. M. & Ellison, N. B) أنها عبارة عن خدمات توجد على شبكة الويب تتيح للأفراد بناء وإنشاء شخصية عامة أو شبة عامة ضمن نظام محدد، ويمكنهم وضع قائمة لمن يرغبون في مشاركتهم الاتصال ورؤية قوائمهم أيضاً بهم وتلك القوائم التي يصنعها الآخرون خلال النظام (Boyd, D. M، 2013)

وشبكات التواصل الاجتماعي هي منظومة من الشبكات الإلكترونية التي تسمح للمستخدم فيها بإنشاء حساب خاص به ومن ثم ربطه من خلال نظام اجتماعي إلكتروني مع أعضاء آخرين لديهم نفس الاهتمامات والهوايات أو جمعه مع أصدقاء الجامعة أو الثانوية. (فضل الله، 2010: 6)

تصنف هذه المواقع ضمن مواقع الجيل الثاني للويب (ويب 2.0) وسميت اجتماعية لأنها أتت من مفهوم بناء مجتمعات بهذه الطريقة يستطيع المستخدم التعرف إلى أشخاص لديهم اهتمامات مشتركة ففي شبكة الإنترنت والتعرف على المزيد من المواقع في المجالات التي تهتمه ومشاركة صورته ومذكراته وملفاته مع العائلة والأصدقاء وزملاء العمل. (مرجع سابق: 6)

مواقع الشبكات الاجتماعية هي صفحات الويب التي يمكن أن تسهل التفاعل النشط بين الأعضاء المشتركين في هذه الشبكة الاجتماعية الموجودة بالفعل على الإنترنت وتهدف إلى توفير مختلف وسائل الاهتمام والتي من شأنها تساعد على التفاعل بين الأعضاء بعضهم بعض ويمكن أن تشمل هذه الميزات (المراسلة الفورية، الفيديو، الدردشة، تبادل الملفات، مجموعات النقاش، البريد الإلكتروني، المدونات). (فضل الله، 2010: 6)

نشأة شبكات التواصل الاجتماعي وتطورها:

المرحلة الأولى:

بدأت مجموعة من المواقع الاجتماعية في الظهور في أواخر التسعينات مثل (كلاس ميتس) عام 1995 للربط بين زملاء الدراسة، وموقع (دجريزس) عام 1997 حيث ركز الموقع على الروابط المباشرة بين الأشخاص وكانت تقوم فكرته أساساً على فكرة بسيطة يطلق عليها الدرجات الست للانفصال، وظهرت في تلك المواقع الملفات الشخصية للمستخدمين وخدمة إرسال الرسائل الخاصة لمجموعة من الأصدقاء، وظهر أيضاً عدة مواقع أخرى مثل (لايف جورنال) وموقع (كايوورد) الذي أنشئ في كوريا سنة 1999، وكان أبرز ما ركزت عليه مواقع التواصل الاجتماعي في بدايتها خدمة الرسائل القصيرة والخاصة بالأصدقاء.

([http://.eleagyp.com/downloads/2009/amina heba.doc.2013/1/3](http://.eleagyp.com/downloads/2009/amina%20heba.doc.2013/1/3))

المرحلة الثانية:

ويشير شبكات التواصل الاجتماعي إلى مجموعة من التطبيقات على الويب (مدونات، مواقع المشاركة، الوسائط المتعددة وغيرها..)

اهتمت بتطوير التجمعات الافتراضية مركزة على درجة كبيرة من التفاعل والاندماج والتعاون، ولقد ارتبطت هذه المرحلة بشكل أساسي بتطور خدمات شبكة الانترنت، وتعتبر مرحلة اكتمال الشبكات الاجتماعية، ويمكن أن نؤرخ لهذه المرحلة بانطلاق موقع - ماي سبايس وهو الموقع الأمريكي المشهور، ثم موقع الفيس بوك، وتشهد المرحلة الثانية من تطور الشبكات الاجتماعية على الإقبال المتزايد من قبل المستخدمين لمواقع الشبكات العالمية، ويتناسب ذلك مع تزايد مستخدمي الإنترنت على مستوى العالم. وأن الميلاد الفعلي للشبكات الاجتماعية كما نعرفها اليوم كان مع بداية عام 2002، حيث ظهر موقع فرندستر (Friendster) الذي حقق نجاحاً دفع (جوجل) Google إلى محاولة شرائه سنة 2003، وفي النصف الثاني من العام ظهر في فرنسا موقع سكاي روك (sky rock) تحقيق كمنصة للتدوين ثم تحول بشكل كامل إلى شبكة اجتماعية سنة 2007، وقد استطاع موقع سكاي روك تحقيق انتشار واسع ليصل في جانفي 2008 إلى المركز السابع في ترتيب المواقع الاجتماعية وفقاً لعدد المشتركين، ومع بداية 2005 ظهر موقع ماي سبايس الأمريكي الشهير الذي تفوق على جوجل في عدد مشاهدات صفحاته، ويعتبر موقع ماي سبايس من أوائل الشبكات الاجتماعية وأكبرها على مستوى العالم ومعه منافسة الشهير فيس بوك (Facebook) والذي كان قد بدأ في الانتشار المتوازي مع ماي

سبايس، حتى قام فيس بوك في 2007 بإتاحة تكوين تطبيقات للمتطوعين، وهذا أدى إلى زيادة أعداد مستخدمي الفيس بوك بشكل كبير، وعلى مستوى العالم، ونجح بالتفوق وفي عام 2008، أيضاً ظهرت عدة مواقع أخرى تويتر (Twitter)، يوتيوب (YouTube)، لتستمر ظاهرة مواقع الشبكات الاجتماعية في التنوع والتطور. (رامي، 2003: 23)

أنواع مواقع التواصل الاجتماعي:

تمهيد:

منذ الظهور الأول لمواقع التواصل الاجتماعي تعددت وتنوعت بين شبكات شخصية وعامة تطمح لتحقيق أهداف محددة تجارية مثلاً ومنذ بدايتها اختلفت المواقع التي تنصدر القائمة بين سنة وأخرى، ومع تطور مواقع التواصل الاجتماعي أصبح تصنيفها يأتي بالنظر إلى الجماهيرية حيث تنصدر القائمة عدد من الشبكات وأهمها: الفيس بوك، تويتر، يوتيوب، وجوجل بلس، والواتس أب، الأنستقرام وهي المواقع التي نتحدث عنها باعتبارها أهم مواقع التواصل الاجتماعي في الوقت الحالي وكذلك بالنظر إلى اختلاف تخصص كل موقع. وستتناول الباحثة بشيء من التفصيل لهذه المواقع الاجتماعية المختلفة.

أولاً: الفيس بوك Facebook:

يعد الفيس بوك Facebook موقع ويب للتواصل الاجتماعي يمكن الدخول إليه مجاناً وتديره شركة فيس بوك محدودة المسؤولية كملكية خاصة لها. فالمستخدمون بإمكانهم الانضمام إلى الشبكات التي تنظمها المدينة أو جهة العمل أو المدرسة أو الإقليم، وذلك من أجل الاتصال بالآخرين والتفاعل معهم. كذلك يمكن للمستخدمين إضافة أصدقاء وإرسال الرسائل إليهم، وأيضاً تحديث ملفاتهم الشخصية وتعريف الأصدقاء بأنفسهم، ويشير اسم الموقع إلى دليل الصور هيئة التدريس والطلبة الجدد، والذي يتضمن وصفا لأعضاء الحرم الجامعي كوسيلة للتعرف إليهم.

وقد قام مارك زوكربيرج بتأسيس الفيس بوك بالاشتراك مع كل من داستين موسكوفيتز وكريس هيوز الذين تخصصوا في دراسة علوم الحاسب وكانا رفيقي زوكربيرج في سكن الجامعة عندما كان طالبا في جامعة هارفارد. كانت عضوية الموقع مقتصرة في بداية الأمر على طلبة جامعة هارفارد، ولكنها امتدت بعد ذلك لتشمل الكليات الأخرى في مدينة واشنطن وجامعة آيفي ليغ وجامعة ستانفورد. ثم اتسعت دائرة الموقع لتشمل أي طالب جامعي، ثم طلبة المدارس الثانوية، وأخيراً أي شخص يبلغ من العمر 13 عاماً فأكثر. يضم الموقع حالياً أكثر من 350 مليون مستخدم على مستوي العالم. (عامر، 2011: 203-204)

ثانياً: اليوتيوب You Tube:

اختلفت الآراء حول موقع (يوتيوب) وما إذا كان هذا الموقع شبكة اجتماعية أو لا، حيث تميل بعض الآراء إلى اعتباره موقع مشاركة الفيديو، إن تصنيفه كنوع من مواقع التواصل الاجتماعي نظراً لاشتراكه معها في عدة من الخصائص جعلنا نتحدث عنه كأهم هذه المواقع نظراً للأهمية الكبيرة التي يقوم بها في مجال نشر الفيديوهات واستقبال التعليقات عليها ونشرها بشكل واسع.

أي أن اليوتيوب موقع إلكتروني يسمح بدعم نشاط تحميل وتنزيل ومشاركة الأفلام بشكل عام ومجاني، وهو يسمح بالتدرج في تحميل وعرض الأفلام القصيرة من أفلام عامة يستطيع الجميع مشاهدتها إلى أفلام خاصة يسمح فقط لمجموعة معينة بمشاهدتها.

(ساري، 2008: 302)

وهو أحد أشهر المواقع الإلكترونية على شبكة الإنترنت، وتقوم فكرة الموقع على إمكانية إرفاق أي ملفات تتكون من مقاطع الفيديو على شبكة الإنترنت دون أي تكلفة مالية، فبمجرد أن يقوم المستخدم بالتسجيل في الموقع يتمكن من إرفاق أي عدد من الملفات ليراها ملايين الأشخاص حول العالم، كما يتمكن المشاهدون من إدارة حوار جماعي حول مقاطع الفيديو من خلال إضافة التعليقات المصاحبة، فضلاً عن تقييم ملف الفيديو من خلال إعطائه قيمة نسبية مكونه من خمس درجات لتعبر عن مدى أهمية ملف الفيديو من وجهة نظر مستخدمي الموقع.

(حسونة، 2014: 7)

وقد تأسس هذا الموقع سنة 2005 بواسطة ثلاثة موظفين سابقين في شركة باي بال (Pay Pal) وهم تشاد هيرلي، وستيف تشين، وجاود كريم في مدينة كاليفورنيا، ويستخدم الموقع تقنية الأذبي فلاش لعرض المقاطع المتحركة، حيث أن محتوى الموقع يتنوع بين مقاطع الأفلام، والتلفزيون، ومقاطع الموسيقى، والفيديو المنتج من قبل الهواة وغيرها.

ويعد الفيديو المرفوع من قبل جاود كريم بعنوان (أنا في حديقة الحيوان) أول فيديو يتم رفعه على موقع اليوتيوب، وكان بتاريخ 23 ابريل 2005 وتبلغ مدته (19:0) ثانية، ومنذ ذلك الوقت تم رفع المليارات من الأفلام القصيرة، وشاهدها الملايين من أبناء المعمورة وبكل اللغات، ليصبح الموقع الأكثر مشاهدة على الإنترنت ولتشتريه شركة جوجل عام 2006 وتضمه لها، وقد أصبح اليوتيوب اليوم موقِعاً رئيسياً للفنانين والسياسيين وللهاواة على حد سواء لبث مقاطع

الأفلام الخاصة بترويج أفلامهم، وأغانيتهم، ومنتجاتهم للعامه ومجانا، بل تطور اليوتيوب لتستخدمه الجامعات الحكومية لبث برامج النوعية أو الحصص الإلكترونية عبره.
(ساري، 2008: 302)

ثالثاً: جوجل بلس (Google+):

يعتبر موقع جوجل بلس منافساً قوياً لشبكات التواصل الاجتماعي الشهيرة بحيث يحتل مكانة رفيعة بين شبكات التواصل الاجتماعي الأخرى مثل الفيس بوك و تويتر ولكنه في حقيقة الأمر مختلف عنها.

أطلقت شركة جوجل موقع جوجل بلس رسمياً في يونيو 2011، ومنذ بداية انطلاقه تخطى عدد مستخدميها 25 مليون شخص خلال شهره الأول وذلك لم يحققه موقع الفيس بوك في بداية انطلاقه. (فتحي، 2014)

رابعاً: إنستقرام Instagram:

هو تطبيق مجاني لتبادل الصور والفيديو ومشاركتها إما علناً أو سراً وهي شبكة اجتماعية أيضاً، أطلق في أكتوبر عام 2010، ويتيح للمستخدمين التقاط صورة، وإضافة فلتر رقمي إليها، ومن ثم مشاركتها في مجموعة متنوعة من خدمات الشبكات الاجتماعية مثل الفيس بوك والتويتر وشبكة إنستقرام نفسها. وتضاف الصور على شكل مربع، على غرار كوداك وصور بولارويد وتستخدم عادة بواسطة كاميرات الهاتف المحمول ففي البداية كان دعم إنستقرام على الآي فون والآي باد، والآي بود تاتش في أبريل 2012 إضافة إنستقرام دعم لمنصة الأندرويد، وفي يونيو 2013 جرى وضع تطبيق تصوير الفيديو بالشكل المتقطع للمستخدمين.
(<https://ar.wikipedia.org/wiki/إنستقرام>)

خامساً: الواتس آب WhatsApp:

هو تطبيق ترسل فوري، محتكر ومتعدد المنصات للهواتف الذكية ويمكن بالإضافة إلى الرسائل الأساسية للمستخدمين إرسال الصور، الرسائل الصوتية والوسائط.

تأسس الواتس آب في عام 2009 من قبل الأمريكي بريان أكتون والأوكراني جان كوم (المدير التنفيذي أيضاً)، وكلاهما من الموظفين السابقين في موقع ياهو، ويقع مقرها في سانتا كلارا، كاليفورنيا، كما زادت مليارين في نسيان 2012 ومليار في أكتوبر الماضي، وفي 13 من يونيو 2013، أعلنت واتس آب على تويتر أنها قد وصلت سجلاتهم اليومية الجديدة إلى 27 مليار رسالة.

وقد قامت شركة الفيس بوك بشراء الواتس آب في 19 فبراير من العام 2014 بمبلغ 19 مليار دولار أمريكي، والواتس آب متاح لكل نظام الأندرويد، ويتزامن مع جهات الاتصال في الهاتف لذلك لا يحتاج المستخدم لإضافة الأسماء في سجل منفصل.

(<https://ar.m.wikipedia.org/wiki/whatsapp>)

سادسا: شبكة تويتر Twitter:

وكلمة تويتر Twitter تعني بالإنجليزية (مغرد) وهو ما يظهر في شكل الطائر الأزرق واتخذ من العصفورة رمزا له، وهو خدمة مصغرة تسمح للمغردين إرسال رسائل نصية قصيرة لا تتعدى 140 حرفاً للرسالة الواحدة، ويجوز للشخص أن يسميها نصاً مكثفاً لتفاصيل كثيرة، ويمكن لمن لديه حساب في موقع تويتر أن يتبادل مع أصدقائه تلك التغريدات أو التويتيرات من خلال ظهورها على صفحاتهم الشخصية أو في حالة دخولهم على صفحة المستخدم صاحب الرسالة، وتتيح شبكة تويتر خدمة التدوين المصغر، وإمكانية الردود والتحديثات عبر البريد الإلكتروني. (رابحي، 2012)

قد ظهر الموقع في أوائل عام 2006 كمشروع بحثي قامت به شركة Obvious الأمريكية وذلك على نطاق ضيق وغير متاح للجميع، لكن بعد ذلك تم إطلاقه رسمياً في أكتوبر 2006، وفي عام 2009 أصدرت جمعية اللهجة الأمريكية قائمتها السنوية للكلمات الجديدة، وقد اختارت كلمة تويتر وضمنتها بمعنى جديد يختلف عن المعنى الحرفي المعروف وهو التغريد والمعنى الجديد باللغة الإنجليزية هو (the ability to encapsulate human thought in 140 characters) وباللغة العربية (القدرة على احتواء خواطر الإنسان في 140 حرفاً)، ولعل المعنى الجديد للكلمة يعبر عن الدور المتزايد والخطير في تطور دور الموقع على مستوى العالم. (ريان، 2012: 50).

لم يتوقف الموقع عند اللغة الإنجليزية فقط، ففي إبريل 2008 قام الموقع بإطلاق نسخته اليابانية وذلك لكثرة عدد المستخدمين من اليابان ونشاطهم البارز على الموقع ولقيت النسخة اليابانية استحسان المستخدمين في اليابان، وتفوقت بشكل أكبر على النسخة الإنجليزية حيث أصبح في الإمكان وضع إعلانات في النسخة اليابانية على عكس النسخة الإنجليزية التي لا تدعم نظام الإعلانات حتى الآن، كما تم إطلاق الموقع بلغات أخرى بينها العربية.

(شمس الدين، 2013: 78)

خصائص مواقع التواصل الاجتماعي:

تتشارك المواقع الاجتماعية في خصائص أساسية أبرزها:

1. الملفات الشخصية أو الصفحات الشخصية (Profile page):

ومن خلال الملفات الشخصية يمكن التعرف على اسم الشخص، ومعرفة المعلومات الأساسية عنه كالجنس، وتاريخ الميلاد، والاهتمامات والصور الشخصية، بالإضافة إلى غيرها من المعلومات، ويعد الملف الشخصي بوابة الدخول لعالم الشخص، فمن خلال الصفحة الرئيسية للملف الشخصي يمكن مشاهدة نشاط الشخص مؤخراً، ومعرفة من هم أصدقاؤه وما هي الصور الجديدة التي وضعها إلى غير ذلك النشاطات. (جرار، 2012: 37)

2. المشاركة:

وسائل المواقع الاجتماعية تشجع المساهمات وردود الفعل من الأشخاص حيث أنها تطمس الخط الفاصل بين وسائل الإعلام والجمهور. (المقدادي، 2013: 26-27)

3. الانفتاح (Openness):

معظم وسائل الإعلام عبر مواقع التواصل الاجتماعي تقدم خدمات مفتوحة لردود الفعل والمشاركة، أو الإنشاء والتعديل على الصفحات حيث أنها تشجع التصويت والتعليقات وتبادل المعلومات، بل نادراً ما توجد أية حواجز أمام الوصول والاستفادة من المحتوى. (المقدادي، 2013: 26-27)

4. المحادثة (Conversation):

حيث تتميز مواقع التواصل الاجتماعي ووسائل الإعلام الاجتماعي عن التقليدية من خلال إتاحتها للمحادثة في اتجاهين، أي المشاركة والتفاعل عن الحدث أو الخبر أو المعلومة المعروضة. (مرجع سابق: 26-27)

5. الأصدقاء / العلاقات (friends / connections):

وهي بمثابة الأشخاص الذين يتعرف عليهم الشخص لغرض معين، حيث تطلق المواقع الاجتماعية مسمى (صديق) على الشخص المضاف لقائمة الأصدقاء بينما تطلق بعض المواقع الاجتماعية الخاصة بالمحترفين مسمى اتصال أو علاقة على الشخص المضاف للقائمة. (جرار، 2012: 41-42)

6. إرسال الرسائل:

تتيح هذه الخاصية إمكانية إرسال رسائل مباشرة للشخص سواء كان في قائمة الأصدقاء أم لم يكن. (مرجع سابق: 41)

7. ألبومات الصور:

تتيح الشبكات الاجتماعية لمستخدميها إنشاء عدد لا نهائي من الألبومات ورفع مئات الصور عليها، وإتاحة مشاركة هذه الصور مع الأصدقاء للاضطلاع والتعليق عليها. (مرجع سابق: 42)

8. المجتمع (community):

وسائل الإعلام الاجتماعية تسمح للمجتمعات المحلية لتشكل مواقعها الخاصة بسرعة والتواصل بشكل فعال، ومن ثم ترتبط تلك المجتمعات في العالم أجمع حول مصالح أو اهتمامات مشتركة مثل حب التصوير الفوتوغرافي، أو قضية سياسية أو برنامج تلفزيوني مفضل، ويصبح العالم بالفعل قرية صغيرة تحوي مجتمعاً إلكترونياً متقارباً. (المقداوي، 2013: 27)

9. المجموعات (Groups):

تتيح الكثير من المواقع الاجتماعية خاصية إنشاء مجموعة اهتمام، حيث يمكن إنشاء مجموعة بسمى معين وأهداف محددة، ويوفر الموقع الاجتماعي لمالك المجموعة والمنضمين إليها من ساحة أشبه ما تكون بمنتهى حوار مصغر وألبوم صور مصغر، كما تتيح خاصية تنسيق الاجتماعات أو الأحداث ودعوة أعضاء تلك المجموعة له وتحديد عدد الحاضرين والغائبين. (مرجع سابق)

10. الترابط (connecteness):

تتميز مواقع التواصل الاجتماعي بأنها عبارة عن شبكة اجتماعية مترابطة بعضها مع بعض، وذلك عبر الوصلات والروابط التي توفرها صفحات تلك المواقع والتي تربط بمواقع أخرى للتواصل الاجتماعي أيضاً مثل خبر ما على مدونة فيعجبك فترسل إلى معارفك على الفيس بوك، وهكذا مما يسهل ويسرع من عملية انتقال المعلومات. (المقداوي، 2013: 27)

11. الصفحات (Pages):

ابتدع هذه الفكرة موقع الفيس بوك، واستخدمها تجارياً بطريقة فعالة، حيث يعمل حالياً على إنشاء حملات إعلامية موجهة، تتيح لأصحاب المنتجات التجارية أو الفعاليات توجيه صفحاتهم وإظهارها لفئة يحددها من المستخدمين، ويقوم الفيس بوك باستقطاع مبلغ عن كل نقرة يتم الوصول لها من قبل أي مستخدم قام بالنقر على الإعلان، إذ تقوم فكرة الصفحات على إنشاء صفحة يتم فيها وضع معلومات عن المنتج أو الشخصية أو الحدث، ويقوم المستخدمون

بعد ذلك بتصفح تلك الصفحات عن طريق تقسيمات محددة، ثم إن وجدوا اهتماماً بتلك الصفحة يقومون بإضافتها إلى ملفهم الشخصي. (جرار، 2012:42)

دوافع استخدام مواقع التواصل الاجتماعي:

توجد عدة دوافع تجعل الفرد ينتقل من العالم الواقعي إلى العالم الافتراضي وينشأ حساباً واحداً له على الأقل في إحدى مواقع التواصل الاجتماعي، ومن أهم الدوافع التي تدفع الأفراد وخصوصاً الشباب لاستخدام هذه المواقع ما يلي:

1. المشاكل الأسرية:

تشكل الأسرة الدرع الواقي للفرد حيث توفر له الأمن والحماية والاستقرار والمرجعية، ولكن في حالة افتقاد الفرد لهذه البيئة المتكاملة ينتج لديه نوع من الاضطراب الاجتماعي الذي يجعله يبحث عن البديل لتعويض الحرمان الذي قد يظهر مثلاً في غياب دور الوالدين أو أحدهما بسبب مشاغل الحياة أو التفكك الأسري (مرسي، 2012: 157)

2. الفراغ:

بعد الفراغ الذي ينتج عن سوء إدارة الوقت أو حسن استغلاله بالشكل السليم الذي يجعل الفرد لا يحس بقيمته و يبحث عن سبيل يشغل هذا الوقت من بينها مواقع التواصل الاجتماعي حيث أن عدد التطبيقات اللامتناهية الذي تنتجه شبكة الفيس بوك مثلاً لمستخدميها ومشاركة كل مجموعة أصدقاء بالصور و الملفات الصوتية يجعل الفيس بوك خاصة و شبكات التواصل الاجتماعي عامة أحد الوسائل ملء الفراغ و بالتالي يصبح كوسيلة للتسلية و تضييع الوقت عند البعض منهم. (مرجع سابق)

3. البطالة:

تعتبر عن عملية الانقطاع وعدم الاندماج المهني الذي يؤدي لدعم الاندماج الاجتماعي والنفسي ومنه إلى الإقصاء الاجتماعي الذي هو نتيجة تراكم العوائق والانقطاع التدريجي للعلاقات الاجتماعية وهي من أهم المشاكل الاجتماعية التي يعاني منها الفرد والتي تدفعه لخلق حلول للخروج من هذه الوضعية التي يعيشها حتى و إن كانت هذه الحلول افتراضية، فهناك من تجعل منه البطالة واستمراريتها شخصاً ناقماً على المجتمع الذي يعيش فيه باعتباره لم يوفر له فرصة للعمل والتعبير عن قدراته وأيديولوجياته كربط علاقات مع أشخاص افتراضيين من أجل الاحتيال و النصب.

(<http://www.kankji.com/figh/fhles//c.d/7830/doc2013/3/12h>)

4. الفضول:

تشكل مواقع التواصل الاجتماعي عالماً افتراضياً مليئاً بالأفكار والتقنيات المتجددة التي تستهوي الفرد لتجريبها واستعمالها سواءً في حياته العلمية أو العملية أو الشخصية، فمواقع التواصل الاجتماعي تقوم على فكرة الجذب وإذا ما توفرت ثنائية الجذب والفضول تحقق الأمر. (الطيب، 2013)

5. التعارف وتكوين الصداقات:

سهّلت مواقع التواصل الاجتماعي تكوين الصداقات حيث تجمع هذه الشبكات بين الصداقات الواقعية والصداقات الافتراضية فهي توفر فرصة لربط علاقات مع أفراد من نفس المجتمع أو من مجتمعات أخرى مختلفة بين الجنسين أو بين أفراد الجنس الواحد. (مرجع سابق)

التأثيرات الإيجابية والسلبية لمواقع التواصل الاجتماعي:

أولاً: التأثيرات الإيجابية:

لا شك أن تكنولوجيا الشبكات الاجتماعية ومواقع التواصل لها بعداً إيجابياً في حياة الملايين من البشر وفي إحداث التغييرات الثقافية والاجتماعية والسياسية والنفسية في حياة الأفراد والمجتمعات ومن أهم هذه الآثار الإيجابية:

- نافذة مظة على العالم: حيث وجد الملايين من أبناء الشعوب الأجنبية والعربية بشكل خاص في الشبكات الاجتماعية نافذة حرة لهم للاطلاع على أفكار و ثقافات العالم بأسره.
- فرصة لتعزيز الذات: فمن لا يملك فرصة لخلق كيان مستقل في المجتمع يعبر به عن ذاته، فإنه عند التسجيل بمواقع التواصل الاجتماعي و تعبئة البيانات الشخصية، يصبح لك كياناً مستقلاً و على الصعيد العالمي.
- أكثر انفتاحاً على الآخر: إن التواصل مع الغير، سواء أكان ذلك الغير مختلف عنك في الدين والعقيدة والثقافة والعادات والتقاليد، واللون والمظهر والميول، فإنك قد اكتسبت صديقاً ذا هوية مختلفة عنك وقد يكون بالغرفة التي بجانبك أو على بعد آلاف الأميال في قارة أخرى.
- منبر للرأي و الرأي الآخر: إن من أهم خصائص مواقع التواصل الاجتماعي سهولة التعديل على صفحاتها، و كذلك حرية إضافة المحتوى الذي يعبر عن فكرك و معتقداتك، والتي قد تتعارض مع الغير، فالمجال مفتوح أمام حرية التعبير مما جعل

- مواقع التواصل الاجتماعي أداة قوية للتعبير عن الميول والاتجاهات والتوجهات الشخصية تجاه قضايا الأمة المصرية. (معتوق وكريم، 2012)
- **التقليل من صراع الحضارات:** فقد تعزز مواقع التواصل الاجتماعي من ظاهرة العولمة الثقافية، ولكنها في الآن ذاته تعمل على جسر الهوة الثقافية والحضارية، وذلك من خلال ثقافة التواصل المشتركة بين مستعملي تلك المواقع وكذلك تبيان وتوضيح الهموم العربية للغرب بدون زيف الإعلام ونفاق السياسة، مما يقضي في النهاية على تقارب فكري على صعيد الأشخاص والجماعات والدول.
 - **تزيد من تقارب العائلة الواحدة:** فاليوم ومع تطور تكنولوجيا التواصل فإنه أصبح أيسر على العائلات متابعة أخبار بعضهم البعض عبر مواقع التواصل الاجتماعي، خاصة و أنها أرخص من نظيراتها الأخرى من وسائل الاتصال المختلفة.
 - **تقدم فرصة رائعة لإعادة روابط الصداقة القديمة:** حيث بإمكانك من خلال هذه المواقع أن تبحث عن أصدقاء الدراسة أو العمل ممن اختفت أخبارهم بسبب تباعد المسافات أو مشاغل الحياة، و قد ساعدت هذه المواقع في بعض الحالات عائلات فقدت أبناءها إما بسبب التبنى أو الاختطاف أو الهجرة السرية، فيتم العثور على الأبناء. (الموسومي وآخرون، 2011: 47)

ثانياً / التأثيرات السلبية:

- لقد ذكرنا إيجابيات استخدام شبكات التواصل الاجتماعي فمثلما يوجد إيجابيات في المقابل له آثار سلبية فإنه سلاح ذو حدين، ومن أهم هذه السلبيات:
- **يقلل من مهارات التفاعل الشخصي:** فمع سهولة التواصل عبر هذه المواقع فإن ذلك سيقلل من زمن التفاعل على الصعيد الشخصي للأفراد والجماعات المستخدمة لهذه المواقع، وكما هو معروف فإن مهارات التواصل الشخصي تختلف عن مهارات التواصل الإلكتروني، ففي الحياة الطبيعية لا تستطيع أن تخلق محادثة شخص ما فوراً و أن تلغيه من دائرة تواصلك بكبسة زر. (فضل الله، 2011: 20)
 - **إضاعة الوقت:** حيث أنها مع خدماتها الترفيهية التي توفرها للمستخدمين، قد تكون جذابة جداً لدرجة تنسى معها الوقت.
 - **الإدمان على مواقع التواصل:** إن استخدامها خاصة من قبل الشباب بسبب الفراغ يجعله أحد النشاطات الرئيسية في حياة الفرد اليومية، وهو ما يجعل ترك هذا النشاط أو

استبداله أمراً صعباً للغاية خاصة و أنها تعد مثالية من ناحية الترفيه لملء وقت الفراغ الطويل.

- قلة استخدام مواقع التواصل الاجتماعي لغير الترفيه من قبل مجتمعاتنا العربية.
- ضياع الهوية الثقافية العربية و استبدالها بالهوية العالمية لمواقع التواصل: حيث أن العولمة الثقافية هي من الآثار السلبية لمواقع التواصل الاجتماعي بنظر الكثيرين.
- انعدام الخصوصية: تواجه أغلبية المواقع الاجتماعية مشكلة انعدام الخصوصية مما تتسبب بالكثير من الأضرار المعنوية و النفسية على الشباب و قد تصل في بعض الأحيان لأضرار مادية، فملف المستخدم على هذه الشبكة يحتوي على جميع معلوماته الشخصية إضافة إلى ما يبثه من هموم، ومشاكل قد تصل بسهولة إلى يد أشخاص قد يستغلونها بغرض الإساءة و التشهير.
- الصداقات قد تكون مبالغاً فيها أو طاغية في بعض الأحيان: فجميع الأشخاص الذين تعرفهم عبر مواقع التواصل الاجتماعي نضيفهم كأصدقاء و هو لقب غير دقيق، لأن الصداقة تتشكل مع الزمن و ليس فوراً، ففيه نوع من النفاق.
- انتحال الشخصيات: تبقى مجهولة المصدر الحقيقي خلف مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي دافعاً أحياناً إلى استخدامها في الابتزاز وانتحال الشخصية ونشر المعلومات المضللة وتشويه السمعة، أو في الجريمة كالدعارة أو السرقة أو الاختطاف.

(عجم، 2011: 12)

ثانياً: إدمان شبكات التواصل الاجتماعي:

جوهر أي إدمان خطير هو السعي وراء المتعة، والبحث عن (علو) لا تستطيع الحياة العادية أن تعطينا إياه. إن ما يثير القلق بحق هو عدم القدرة على القيام بالعمل من دون المادة المسببة للإدمان، واعتماد الجسم على تجربة معينة والعجز المتزايد عن ممارسة العمل بصورة طبيعية من دونها، ويختلف الإدمان الخطر عن السعي غير المؤذي في طلب المتعة من حيث جوانبه المدمرة بصورة واضحة. فمدمنو الهيروين، مثلاً، يعيشون حياة محطمة: إن حاجتهم المتزايدة إلى الهيروين بجرعات أكبر تعوقهم عن العمل، والاحتفاظ بالعلاقات، والتطور في اتجاهات إنسانية. (الصبحي، 1999: 36)

تعريف الإدمان:

يعرف الإدمان على أنه عادة قهرية للانخراط في أنشطة عديدة مثل استخدام العقاقير، بصرف النظر عن مردود ذلك على حياة الفرد الاجتماعية، والروحية، والعقلية، وعلى السعادة

الشخصية، فبدلاً من مجابهة مشكلات الحياة وضغوطها والتخلص من أحداث الماضي فإن المدمن يستجيب لهذه الأحداث استجابة غير توافقية من خلال اللجوء إلى ميكانزمات مواجهة زائفة. (أبو حمزة وهلال، 2014: 19).

والإدمان هو المداومة على تعاطي مواد معينة أو القيام بنشاطات معينة لمدة طويلة بقصد الدخول في حالة من النشوة أو استبعاد الحزن والاكتئاب ولم يقتصر على تعاطي مواد بعينها بل يشمل إدمانات أخرى غير العقاقير. (عزب، 2003: 117).

والإدمان هو عدم قدرة الإنسان على الاستغناء على شيء ما، بصرف النظر عن هذا الشيء طالما استوفى بقية شروط الإدمان، من حاجة إلى المزيد من هذا الشيء بشكل مستمر حتى يشبع حاجته حين يحرم منه. (نجم، 2012: 117)

والإدمان هو تجاهل الأنشطة والمناسبات ومسؤوليات العمل والدراسة والرياضة أو شكوى المقربين منه من قضاائه الوقت الطويل أمام الإنترنت، وأصبح من المستحيل تقليل وقت متابعة الإنترنت، أو تحديد وقت، مع أعراض انسحابه عندما يكون الشخص بعيداً عن جهاز الكمبيوتر، ويصل معها لمرحلة ترك الواجبات والأعمال المهمة، وتفضيل الحديث مع الناس على الإنترنت بدلاً من المواجهة وجهاً لوجه. (مرجع سابق: 117)

الإدمان هو مرض مثل الإدمان المعروف ومصنف وسط أنواع الإدمان الأخرى. وإدمان الإنترنت من الإدمان السلوكي، والذي يتعرض فيه الشخص للإنترنت لمدة تبدأ من 10 إلى 18 ساعة يومياً. (مرجع سابق: 117)

تعريف إدمان الإنترنت:

إدمان الإنترنت حالة من الاستخدام المرضي وغير التوافقي للإنترنت يؤدي إلى اضطرابات في السلوك ويستدل عليها بعدة ظواهر منها زيادة عدد الساعات أمام الكمبيوتر بشكل مطرد تتجاوز الفترات التي حددها لنفسه في البداية، ومواصلة الجلوس أمام الشبكة على الرغم من وجود بعض المشكلات مثل السهر، الأرق، الجلوس في البيت والعزلة الاجتماعية عن العالم الخارجي ويتحول جهاز الكمبيوتر إلى صديق له، إهمال الواجبات الأسرية وما يعقبه من خلافات ومشاكل ستؤثر على حياتهم العادية، وهذا بالإضافة إلى التوتر والقلق الشديدين في حالة وجود عائق للاتصال كما أدى بالبعض لفقدان علاقات وتفاعلات اجتماعية وتأخر وظيفي والانتواء والعزوف عن المجتمع. (مقدادي، 2006: 45)

وجميع الإدمانات إنما هي محاولات فاشلة للسيطرة على مشاعر الإثم، أو الاكتئاب، أو القلق، وذلك عن طريق النشاط الإدماني الذي يقوم به المدمن، وإنما تتصل بالاتجاهات المضادة للمخاوف. (عزب، 2001: 289)

تعريف إدمان شبكات التواصل الاجتماعي:

تُعرف الباحثة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي أنها الرغبة التي لا يمكن السيطرة عليها في تقليل استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، والإفراط في استخدام هذا العالم الافتراضي وعدم الشعور بهدر الوقت أمام هذه المواقع الاجتماعية مع تجاهل والاستغناء عن أداء أعمال أخرى في حياة الفرد.

التعريف الإجرائي لإدمان شبكات التواصل الاجتماعي:

هي زيادة الساعات في استخدام شبكات التواصل الاجتماعي وعدم الشعور بهدر الوقت مع الاستغناء عن أداء أعمال أخرى لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة على قائمة مقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي المعد للدراسة.

التصورات النظرية المفسرة لإدمان الإنترنت:

1. نظريات التعلم:

ناقشت هذه النظريات التدعيم الإيجابي لاستخدام الإنترنت والذي يمكن أن تؤدي إلى مشاعر من السعادة والنشاط للمستخدم، فمن خلال مفهوم الاشتراط الإجرائي فإن مزيداً من استخدام الإنترنت للأفراد الخجولين أو القلقين سوف يسمح لهم تجنب القلق، ومواقف التفاعل وجهاً لوجه تميل إلى تدعيم الاستخدام من خلال تجنب الاشتراط (Wallance, P; 1999,) (28) نقلاً عن (أبو حمزة وهلال، 2014: 21)

2. نموذج عجز المكافأة:

ويفترض هذا النموذج أن الشخص الأقل رضاء من المكافآت الطبيعية (الطعام، الماء، الجنس) ينتجه إلى البحث عن مواقف مساندة من مسارات مختلفة واستخدام الإنترنت يقدم مكافآت أقل تأخيراً وأشد فاعلية وهو شبيهه بالمواقف التي يستخدم فيها الكحول والعقاقير. (Shoffer, H., 1996: 463) نقلاً عن (مرجع سابق: 21)

3. نموذج خلل المهارات الحياتية:

وهو نموذج طوره (Caplan; 2003) وكان فرضه الأول: هل يطور الفرد المكتئب أو الذي يشعر بالوحدة رؤية سلبية لحياته الاجتماعية؟ وفرضه الثاني هل يغري الكمبيوتر - كوسيلة اتصال - الأفراد الذين يرون أنفسهم منخفضي المهارات الاجتماعية؟ وأوضح في هذا السياق أن استخدام الكمبيوتر كوسيلة تفاعل واتصال يعطي الأفراد مرونة أكبر وتقديم أفضل

للذات من علاقات الوجه للوجه حيث يسهل من التعبير عن الذات والبوح بمعلومات عنها متصلة بالرؤية السلبية لها، ونظر للإنترنت على أنه وسيلة تحرر الفرد اجتماعياً. (Caplan, 2003: 625-648; S. E; 2003). نقلا عن (أبو حمزة وهلال، 2014:21)

4. نظرية الهروب من الذات:

مثل مشكلات الإدمان الأخرى، فإن إدمان الإنترنت يحدث لمحاولة للاغتراب الذاتي المصاحب بحالة مزاجية سلبية حيث إن إدمان الإنترنت ممكن أن يخدم عرض الهروب من صعوبات الواقع.

والهروب من الذات تضمن عدة خطوات هي:

- الأفراد يواجهون الواقع والذي لا يتلاءم من توقعاتهم مثل: الفشل أو العقبات أو النتائج الأخرى غير المرضية فعندما تعزى هذه الصعوبات إلى الذات فالفرد يدرك ذاته حينئذ على أنه يعاني من قصور، أو عجز، أو غير مؤهل، وغير جذاب.
 - الانفعالات السالبة مثل: الاكتئاب والقلق أو حتى محاولات الانتحار تظهر من المقارنة غير المريحة بين الذات الواقعية والذات المثالية.
 - الفرد يستجيب لهذه الحالة غير المريحة بمحاولة الهروب من هذا الفكر إلى حالة لا وعي أو برود تتسم بإنكار المستقبل، وغياب الأهداف البعيدة وجمود الفكر تزيد فيها محاولات الانتحار رغبة في الهروب من اللامعنى أو من مشكلات الحياة. والميل إلى الهروب من الذات قد يكون عاملاً رئيسياً في صياغة مشكلات سلوكية بين المراهقين مثل الإدمان، الاندفاعية.
 - فعندما يتلاءم الإنترنت - كوسيلة هروب - فإن الفرد يدخل إليها باستمرار مما يعطيه شعوراً زائفاً بالقوة، والإنجاز، والعمق، وهي أمور ترفع من قيمة الإنترنت في حياته.
- (Kwon, H. et al; 2009: 10-17) نقلا عن (مرجع سابق: 23)

5. النموذج المعرفي - السلوكي:

إن إدمان التكنولوجيا هو إدمان سلوكي، فإدمان الإنترنت يتسم بوجود عناصر محورية من عناصر الإدمان مثل: الصمت، تغير المزاج، والانسحاب، والصراع، والانتكاسة. ومن هذا المنظور، فإن مدمن الإنترنت يبدي صمناً في ممارسة نشاطه، ويعاني من خبرات الاشتهاة للموضوع الذي يدمنه، ويعاني من الانشغال بالإنترنت عندما تكون الخدمة غير متاحة، ومن أعراض الانسحاب عندما يقلل استخدام الإنترنت، ومن الصراع مع الآخرين بسبب أنشطته على الإنترنت، ومن الانتكاسة بالعودة إلى الإنترنت مرة أخرى. (Peele, 1985; Villant, 1995)

ويصف ديفس (Davis) الاستخدام المرضي للإنترنت على أنه أكثر من إدمان سلوكي فهذا الاستخدام المرضي هو عبارة عن نموذج للعلاقة بين الإنترنت - المعارف - السلوك. وهي كلها عوامل تنتج عن الأفكار السلبية للفرد. فقد أفترض أن هناك صيغتين للاستخدام المرضي للإنترنت:

1. الصيغة الخاصة.

2. الصيغة العامة.

فالصيغة الخاصة تتضمن الاستخدام المكثف أو سوء استخدام محتويات الإنترنت أو وظائفها حيث هذا الفرد قد يتعرض لاضطرابات سلوكية محددة إذا لم يستطع الاستمرار في الدخول للإنترنت.

أما الصيغة العامة فيعرفها (Davis) على أنها استخدام مكثف، ومتعدد الجوانب يؤدي إلى نتائج شخصية، ومهنية سالبة، وتتضمن أعراض هذا الاستخدام العام: المعارف اللاتوافقية، والسلوكيات المتصلة باستخدام الإنترنت والتي لا ترتبط بأي محتوى نوعي أو خاص وأضاف أن الفرد ينسحب، ويتوجه تدريجياً للخبرات التي يواجهها على الإنترنت ويبدأ في صياغة خيالات يفضلها على علاقة الوجه - للوجه أو على التواصل الشخصي المباشر، ومن المنظور المعرفي فإن المدمن ولأسباب غير منطقية يشعر بالخوف والقلق من المشكلات، والأزمات وعلى الرغم من أنه ليس الشخص الوحيد الذي يواجه مشكلات، وأزمات إلا أنه يكون أكثر فزعاً وخوفاً من الآخرين من إدراك تلك الأزمات، والمشكلات، واقترح أن هذا النمط من التفكير قد يؤدي إلى الدخول في استخدام قهري للإنترنت والذي يعمل كميكانيزم هروب نفسي لتجنب المشكلات الواقعية أو المدركة (Davis, R; 2001: 190)

وقد وصف (Davis) أن استخدام المرضي للإنترنت يظهر من خلال عاملين أساسيين هما:

أ. الاستخدام المرضي المحدد: والذي يصف الاستخدام المكثف، وسوء استخدام الإنترنت وتطبيقاتها المختلفة مثل المحادثة، وشبكات التواصل الاجتماعي المختلفة كالفايس بوك والتويتير وغيرها من مواقع التواصل الاجتماعي، واستخدام مواقع الانترنت الخاصة بالألعاب وغيرها.

ب. الاستخدام المرضي العام (غير المحدد): وهو متصل بالوقت الذي يقضيه المستخدم بدون هدف أو غرض محدد. (مرجع سابق : 187-195)

6. النموذج النفسي - العصبي:

أعطى الباحثون الصينيون اهتماماً متزايداً لمشكلة إدمان الإنترنت في المجتمع الصيني واعتبروا هذه الشروط أحد العوامل التي تعرض الحياة الاجتماعية للصغار للخطر وصنفت الأفراد كمدمنين للإنترنت إذا توافرت فيهم أحد الشروط التالية:

- أ. يشعر الفرد بتقدير متزايد للذات وهو يستخدم الإنترنت أكثر من شعوره به في الحياة العادية.
- ب. يشعر الفرد بالاكئاب عندما ينقطع الاتصال بالإنترنت.
- ت. يحاول الفرد إخفاء الوقت الذي يستغرقه في استخدام الإنترنت.
- واقترح (Dr Ying) نموذجاً نفسياً عصبياً لسلوك إدمان الإنترنت، وهو نموذج موضح المفاهيم الأساسية وتأثيراتها كالتالي:
- أ. **الدافع الأساسي:** وتأثيرها رغبة الفرد في البحث عن المتعة وتجنب الألم يتم تصورها من خلال عدة دوافع، واندفاعية لاستخدام الإنترنت.
- ب. **خبرات الشعور بالسعادة:** وتأثيرها أنشطة الإنترنت تحفز الجهاز العصبي المركزي للأفراد الذين يشعرون بالسعادة، والرضا، وهذا الإحساس سوف يؤدي بالفرد إلى الاستمرار في استخدام الإنترنت، والاستمرار في الشعور بالسعادة والتي تنتقل إلى مستوى السعادة الفعلية، وفقدان الإحساس بالتأثير.
- ت. **أعراض التحمل:** بسبب تكرار استخدام الإنترنت فإن عتبة الإحساس لدى الأفراد تزيد لكي تؤدي إلي نفس الإحساس بالسعادة، وهنا يقوم المستخدم بزيادة الوقت المخصص للاستخدام، وتعتبر زيادة مستوى التحمل نقطة الانطلاق لإدمان الإنترنت نتيجة تدعيم خبرات السعادة المتصلة بها.
- ث. **ردود الفعل الناتجة عن الامتناع:** تحدث الاضطرابات النفسية والجسمية بمجرد أن يتوقف الفرد أو يقلل الاستخدام وتتضمن: العصبية، قلة النوم، القلق، وعدم الاستقرار الانفعالي.
- ج. **المواجهة السلبية:** بمجرد أن يواجه الفرد الإحباط تبدأ السلوكيات السلبية التكيفية والتي تتضمن الهروب، والعدوان، والمعتقدات السلبية الزائفة.
- ح. **زيادة التأثير:** وتتضمن خبرات سلبية مع تحمل استجابة الامتناع، والتي تؤثر على الدوافع، وتؤثر على أسلوب المواجهة لدى الفرد، وعلى دوافعه الأساسية. (Tao, Ying, Yue & Hao, 2007)
7. **نظرية التعويض:**

الفرد يجد تعويضاً متصلاً بالهوية الذاتية، وتقديراً للذات، وتفاعلاً اجتماعياً أكثر على الإنترنت.

وبصورة عامة فإن مدمن الإنترنت يجد صعوبة في بناء علاقات صداقة مع الآخرين، ويجد أن الإنترنت هو الفرصة للتخفي وراء ستار إلكتروني للتواصل مع الآخرين بصورة غير

مهددة، فالفرد ممكن أن يخلق شبكة جديدة من العلاقات الاجتماعية، ويقوم بزيارات منتظمة لغرف المحادثة أو شبكات التواصل الاجتماعي (فيس بوك، تويتر، وغيرها) أو يمارس الألعاب التفاعلية حيث يجد مستوى مرتفعاً من الألفة مع مجموعته على أي موقع من هذه المواقع، وبهذا يخلق إحساساً بوجود مجتمع جديد ينتمي إليه. ومثل كل المجتمعات فإن ثقافة هذا المجتمع الإلكتروني لها قواعد، ومعايير، ولغة، وإشارات خاصة بها. وبمجرد أن يصبح الفرد عضواً في أحد هذه المجموعات فإن مدمن الإنترنت يبدأ في التفاعل وإجراء المحادثات ليعوض احتياجاته، فالقدرة على خلق هذا المجتمع الافتراضي تساعد الفرد على ترك عالمه الحقيقي خلف ظهره، ومن خلال هذا التفاعل سواء بتبادل الرسائل أو المحادثات يعوض ما افتقده في عالم الواقع. (Caplan, et al, 2007)

أما عوامل الموقف فقد تلعب هي الأخرى دوراً مهماً في ظهور إدمان الإنترنت فالأفراد الذين يشعرون بالعقبات أو المشكلات الشخصية، أو الذين تواجههم تحديات الحياة ممكن أن يغرقوا أنفسهم في عالم افتراضي ملئ بالمتعة لتعويض هذا النقص فقد أصبح الإنترنت وسيلة هروب نفسي تلهي مستخدميها عن مشكلات عالم الواقع أو صعوبات الموقف. (Young, 2007).

تعقيب على التصورات النظرية المفسرة لإدمان الإنترنت:

تري الباحثة أن النماذج يمكن أن تكون مفسرة أيضاً لإدمان شبكات التواصل الاجتماعي حيث شبكات التواصل الاجتماعي جزء لا يتجزأ من الإنترنت وتري أن الإفراط في استخدام شبكات التواصل الاجتماعي في ضوء الشروط التي تحدد معني أنواع الإدمان الخطيرة تتيح لمستخدمه محو العالم الحقيقي والدخول في حالة عقلية سارة وسلبية. فالقلق والهموم الواقعية تؤجل فعلياً عن طريق الاستغراق في الانخراط في استخدام شبكات التواصل الاجتماعي.

أسباب إدمان الإنترنت:

الأسباب التي تدفع بمستخدم شبكة الإنترنت بتطبيقاته المختلفة إلى الوقوع في الإدمان على الإنترنت تتمثل في:

1. ضعف الفرد في كيفية التعامل مع الضغوط الحياتية واليومية.
2. الضعف في مواجهة المشكلات.
3. عدم إشغال وقت الفراغ بهوايات متنوعة.

4. عدم مقدرة الفرد في إقامة علاقات اجتماعية جيدة بسبب الخجل أو الانطواء على النفس.
5. الشعور بالخواء النفسي، والوحدة.
6. الهرب من الواقع بضرب من الخيال في علاقات تفتقد فيها الحميمية مع الآخر، وتجنب مواجهة الآخر وجهاً لوجه.
7. المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية المتمثلة في الاكتئاب والقلق، اضطرابات النوم، التلعثم، الرهاب الاجتماعي... وغيرها من الاضطرابات والأمراض النفسية والهروب من مداوتها على يد متخصصين.
8. الافتقاد إلى الحب، والعاطفة، والبحث عنه من خلال شبكات الإنترنت.
9. الاغتراب النفسي والهروب من الواقع وما يحيط به من أعراف وتقاليد وقوانين منظمة تفرض ضروبا من القيود على الأفعال، والكلام مما يدفع الفرد إلى الانفصال عن خلجاته ونفسه والدخول في شخصية أخرى من ضرب خياله (تناقض وجداني) يعمل على عدم نضج الشخص، ويعوق نموه النفسي، وغيرها من المسببات التي تدفع بالفرد إلى الإدمان على شبكات الإنترنت. (هاني، 2012)

أعراض إدمان الإنترنت:

إجمالاً يمكن تحديد أعراض الإدمان فيما يلي:

1. زيادة عدد الساعات أمام الإنترنت بشكل مطرد.
2. التوتر والقلق الشديدين في حالة وجود أي عائق للاتصال بالإنترنت قد تصل إلى حد الاكتئاب إذا ما طالت فترة الابتعاد عن الدخول والإحساس بسعادةٍ بالغَةٍ وراحةٍ نفسيةٍ حين يرجع إلى استخدامه.
3. التكلم على الإنترنت في الحياة اليومية، بإلحاح ممل على الآخرين.
4. إهمال الواجبات الاجتماعية والأسرية وربما العمل الوظيفي.
5. استمرار استعمال الإنترنت على الرغم من وجود بعض المشكلات مثل فقدان العلاقات الاجتماعية، والتأخر عن العمل.
6. الرغبة في الجلوس إلى الكمبيوتر، وفتحه في أوقات غير مناسبة حتى الاستيقاظ من النوم، أو أثناء العمل العادي، أي يبقي المدمن وكأنه في حالة ترقب دائم.

(نجم، 2012: 119)

ولقد رصد الخبراء أعراض الإدمان على الإنترنت وعلى شبكات التواصل الاجتماعي حيث يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. **فقدان العلاقات الاجتماعية:** عندما تمنع شبكات التواصل الاجتماعي مستخدميها في الخروج مع الناس في الحياة الحقيقية ويفضلون قضاء بعض الوقت على الشبكة الاجتماعية، فإن السلوك يشير إلى وجود مشكلة في التواصل الاجتماعي لدى الفرد.
2. **فقدان القدرة على النوم:** هو التحقق للمرة الأخيرة قبل النوم من شبكات التواصل الاجتماعي للحفاظ على الدردشة والتصفح على شبكة الإنترنت وتجاوز الوقت المحدد لاستخدام الإنترنت.
3. **التعب الجسدي أو الذهني على الشباب:** السماح لشبكات التواصل الاجتماعي أن تؤثر في وقت الراحة الذي يكون الفرد في حاجة إليه فإن ذلك يؤثر سلباً في مستويات الطاقة والإنتاجية لديه حيث يجبر الفرد نفسه على البقاء مستيقظاً طوال الليل للتواصل الاجتماعي على الإنترنت يؤثر في المزاج ويجعله سريع الغضب.
4. **انخفاض المستوى الدراسي:** أي التراجع على المستوى العام، وذلك لأن هناك وقتاً مقتطعاً من الدراسة والتحصيل العلمي لحساب شبكات التواصل الاجتماعي وتوزيع الاهتمام بين الدراسة وغيرها.
5. **فقدان الاهتمام بالهوايات السابقة.**
6. **الشعور بالاضطراب والقلق عند الابتعاد عن الإنترنت.**
7. **ضعف مهارات التواصل:** حيث يفقد المستخدمين الكثير من مهارات التواصل مع المجتمع ومع الناس من حولهم.
8. **هدر الوقت:** حيث الوقت المهدور يحل مكان المهمات التي يجب على الفرد تنفيذها.

http://www.almaaref.org/books/contentsimages/books/zad_almobalegh/zad_alra_hma_fe_shahr_allah/page/lesson15.htm

وترى الباحثة أن أعراض إدمان شبكات التواصل الاجتماعي ممكن أن تأخذ نفس أعراض إدمان الانترنت حيث أن مواقع شبكات التواصل الاجتماعي جزء لا يتجزأ من الإنترنت. الآثار الضارة للإدمان:

1. **المضار الجسمانية:** منها الأضرار التي تصيب الأيدي من الاستخدام المفرط للفأرة، أضرار تصيب العين نتيجة للإشعاع التي تنبثه شاشات الكمبيوتر، أضرار تصيب العمود الفقري والرجلين نتيجة نوع الجلسة والمدة الزمنية لها مقابل أجهزة الحاسب،

أضرار تصيب الأذنين لمستخدمي مكبرات الصوت، ثم الأضرار المترافقة مثل البدانة وما تسببه من أمراض مرافقة. (نجم، 2012: 121)

2. المضار النفسية: يتحدث العلماء النفسيون عن عالم وهمي بديل تقدمه شبكة الإنترنت وتطبيقات الكمبيوتر مما قد يسبب آثاراً نفسيةً هائلةً خصوصاً على الفئات العمرية الصغيرة، حيث يختلط الواقع بالوهم وحيث تختلق علاقات وارتباطات غير موجودة في العالم الواقعي، قد تؤدي إلى تقليل مقدرة الفرد على أن يجد شخصية نفسية سوية قادرة على التفاعل مع المجتمع والواقع المعيشي.

أما عن الآثار النفسية لإدمان الإنترنت فيقول أن مدمن الإنترنت يحدث له حالة من القلق والاكتئاب والإفراط في تناول الطعام كما يشعر بالوحدة والانطواء، ويتسبب إدمان الإنترنت في عدم قدرته على المواجهة اجتماعياً وهو ما يعكس نقص في البناء والنضج النفسي لديه، فتقل لديه مهارات التواصل ولا يستطيع أن يدخل في علاقات حميمة مع الآخرين، ولا يمكنه التعبير عن نفسه بسهولة ونقل قدرته على اتخاذ القرار. (نجم، 2012: 121)

علاج إدمان الإنترنت وإدمان شبكات التواصل الاجتماعي:

يوجد الآن القليل من مداخل العلاج النفسي المتاحة لإدمان الإنترنت وإدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلى حد علم الباحثة ما زالت الدراسات العلاجية لهذا الاضطراب في الأدبيات النفسية طور البداية، وربما يرجع ذلك إلى أن هذا الشكل من أشكال الإدمان لم يُضمن بعد في الطب النفسي وعلم النفس المرضي بصورة تدعم هذا التوجه العلاجي. وعندما تناولت الباحثة المحاولات العلاجية في مجال إدمان الإنترنت وإدمان مواقع التواصل الاجتماعي وجدت المعلومات في هذا الخصوص مازالت أولية ولا توجد صيغة واحدة في العلاج النفسي يمكن أن تتبناها الباحثة كصيغة ملائمة لعلاج إدمان الإنترنت بوجه عام وإدمان شبكات التواصل الاجتماعي بوجه خاص موضوع الدراسة الحالية.

وعلى الرغم من أن هذا الموضوع ما زال حديثاً إلا أن انتشاره وتواجده بين طلاب الجامعات في تزايد ملحوظ، وقد وجدت الباحثة علاج إدمان الإنترنت قائمة جميعها على المساندة النفسية ومن أهم الحلول المقترحة لعلاج ظاهرة الإدمان على شبكات الإنترنت:

1. عمل العكس: فإذا اعتاد المريض استخدام الإنترنت طوال أيام الأسبوع يُطلب منه

الانتظار حتى يستخدمه في يوم الإجازة الأسبوعية، وإذا كان يفتح شبكات التواصل الاجتماعي أو البريد الإلكتروني أول شيء حين يستيقظ من النوم يُطلب منه أن ينتظر

حتى يفطر، ويشاهد أخبار الصباح، وإذا كان يستخدم الإنترنت في حجرة النوم يُطلب منه أن يستخدمه في حجرة المعيشة... وهكذا.

2. **إيجاد موانع خارجية:** تطلب من المريض ضبط منبه قبل بداية دخوله الإنترنت بحيث ينوي الدخول على الإنترنت ساعة واحدة قبل نزوله للعمل مثلاً أو الجامعة حتى لا يندمج في الإنترنت بحيث يتناسى موعد نزوله.

3. **تحديد وقت الاستخدام:** يُطلب من المريض تقليل وتنظيم ساعات استخدامه بحيث إذا كان مثلاً يدخل على الإنترنت لمدة 40 ساعة أسبوعياً نطلب منه التقليل إلى 20 ساعة أسبوعياً، وتنظيم تلك الساعات بتوزيعها على أيام الأسبوع في ساعات محددة من اليوم بحيث لا يتعدى الجدول المحدد.

4. **الامتناع التام:** فإن إدمان بعض المرضى بتعلق بمجال محدد من مجالات استخدام الإنترنت، فإذا كان المريض مدمناً على الدردشة الجماعية على الإنترنت نطلب منه الامتناع عن تلك الوسيلة امتناعاً تاماً في حين نترك له حرية استخدام الوسائل الأخرى الموجودة على الإنترنت.

5. **إعداد بطاقات من أجل التذكير:** نطلب من المريض إعداد بطاقات يكتب عليها خمساً من أهم المشكلات الناجمة عن إسرافه في استخدام الإنترنت كإهماله لأسرته وتقصيره في أداء عمله مثلاً، ويكتب عليها أيضاً خمساً من الفوائد التي ستنجح عن إقلاعه عن إدمانه مثل زيادة اهتمامه بعمله، ويضع المريض تلك البطاقات في جيبه أو حقيبته حيثما يذهب بحيث إذا وجد نفسه مندمجاً في استخدام الإنترنت يخرج البطاقات ليذكر نفسه بالمشكلات الناجمة عن ذلك الاندماج.

6. **إعادة توزيع الوقت:** نطلب من المريض أن يفكر في الأنشطة التي كان يقوم بها قبل إدمانه للإنترنت، ليعرف ما خسر بإدمانه مثل قراءة القرآن، والرياضة، وقضاء الوقت مع الأسرة، والقيام بزيارات اجتماعية وهكذا.. نطلب من المريض أن يعاود ممارسة تلك الأنشطة لعله يتذكر طعم الحياة الحقيقية وحلاوتها.

7. **المعالجة الأسرية:** في بعض الأحيان تحتاج الأسرة بأكملها إلى تلقي علاج أسري بسبب المشكلات الأسرية، التي يحدثها إدمان الإنترنت بحيث يساعد الأسرة على استعادة النقاش والحوار فيما بينها ولتقتنع الأسرة بمدى أهميتها في إعانة المريض ليقنع عن إدمانه. (نجم، 2012: 123-124)

وترى الباحثة أن الحلول المقترحة لعلاج ظاهرة الإدمان على الإنترنت ممكن أن تكون حلول مقترحة أيضاً للتخلص من إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وقد اقترحت الباحثة عدة حلول لعلاج إدمان شبكات التواصل الاجتماعي هي:

- **الاعتراف بالمشكلة:** فعلى مستخدم شبكات التواصل الاجتماعي بشكل مفرط أن يعترف أنه يمضي الكثير من الوقت أمام هذه المواقع ومن هنا عليه أن يتأكد من أنه يستحق حياة أفضل من ذلك بعد التخلص من هذا الإدمان.
- **تعظيم الاهتمامات الشخصية:** يتيح إدمان مواقع التواصل الاجتماعي إهمال للأعمال الهامة في حياته، وهذا يعني أنهم يتجاهلون خطط حياتهم والتزاماتهم الروتينية بسبب الجلوس على هذه المواقع، لذا يجب أن يعطي الفرد الأولوية للحياة الحقيقية أكثر من الحياة الافتراضية كالالتزام مع الأسرة بعلاقات رائعة ولن يحدث ذلك دون قضاء الوقت معهم.
- **إعطاء الأولوية للأعمال اليومية:** محاولة التمسك بالوقت المتاح لإنجاز الأعمال وبعدها يمكن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي.
- **مقاومة فكرة تصفح مواقع التواصل الاجتماعي بكل عزم لخلق إرادة واعية وقوية من خلال تغيير السلوك الفكري،** فعندما يشعر الفرد بحاجة ملحة للجلوس أمام هذا العالم الافتراضي يجب أن يقوم الفرد ببعض الأعمال والأنشطة اليدوية المختلفة مثل التنظيف، إعداد أعمال مؤجلة للغد، الصلاة، قراءة القران، الدعاء.. وغيرها من الأعمال.
- **يفضل في النهاية أن يستعين مريض الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي بمساعدة من الاختصاصيين النفسيين ولأسيما المدربين على علاج الإدمان لخروج من برائث هذا الإدمان والتعافي منه من خلال البرامج العلاجية المتنوعة وبرامج العلاج الجمعي ومنع الانتكاسة.**

المبحث الثاني: الاضطرابات النفسية:

المقدمة:

للاضطراب النفسي ملامح وأعراض عديدة تختلف من مرض إلى مرض وتتباين شدتها أو حدتها في المرض الواحد من فرد إلى فرد، حتى في المريض الواحد من وقت إلى آخر. وفي ضوء هذه الملامح والأعراض نحكم على سلوكنا أو سلوك الآخرين بالسواء أو عدم السواء، وفي بعض الحالات تكون الأعراض مأساوية وغير عادية ويصبح الشخص غير طبيعي على طول الخط.

ومع النمو المتسارع لشبكات التواصل الاجتماعي زاد من دور ومكانة التكنولوجيا في حياتنا وثقافتنا بشكل مثير وهذه الإثارة جعلت الفرد ملتصق بالكمبيوتر والهواتف الذكية والإنترنت الأمر الذي جعل الفرد يترك الأنشطة الأخرى اليومية والمهمة في حياته ويتجه إلى العالم الافتراضي مما أدى به إلى الاضطرابات النفسية وله أكبر تأثير على صحته النفسية.

ولقد بدأت الكثير من دوائر الطب النفسي تستخدم مصطلح الاضطرابات النفسية بدلاً من كلمة "المرض" وذلك مراعاة للآثار النفسية السلبية لكلمة مرض ويعتبر مصطلح الاضطرابات النفسية حديثاً نسبياً. (محمد ومرسي، 1992: 174)

تعريف الاضطراب النفسي المختلفة:

يعرف الاضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (بصفة عامة) بأن الاضطراب Disorder يعني لغوياً الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، وكذلك في علم الطب النفسي، وهو يطلق على الاضطرابات التي تصيب الجوانب المختلفة من الشخصية، أي أن هذا الاضطراب يعني مجموعة من الأمراض التي تعكس سوء توافق الفرد. (طه وآخرون، 1993: 94-98)

المرض النفسي هو اضطراب وظيفي في الشخصية، لا يرجع إلى إصابة أو تلف في الجهاز العصبي، وإنما يرجع أساساً إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات أو اضطراب علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التي تعرض لها الفرد في ماضي حياته، وخاصة في طفولته المبكرة.

(فهيم، 1997: 198)

والاضطرابات النفسية هي اضطرابات وظيفية في الشخصية، نفسية المنشأ تبدو في صورة اضطرابات نفسية وجسمية مختلفة وتؤثر في سلوك الشخص فتعوق توافقه النفسي وتعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. (زهران، 2004: 480)

وتعرف الاضطرابات النفسية بالاضطرابات الوظيفية ليس لها أساس عضوي ويعتقد أنها تعزى إلى عوامل نفسية مثل الاضطرابات الانفعالية أو التعرض للضغوط ويصدق اللفظ على جميع أنماط الأعصاب النفسية والاضطرابات النفسية الفسيولوجية والاضطرابات التي تتخذ الصيغ الجسمية والاضطرابات الشخصية. (عبد الحميد و كفاي، 1993: 367)

وتتبنى الباحثة تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية " الإصدار الرابع DSM.IV" الاضطراب النفسي بأنه: نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط سواء بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحدٍ أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة. ويؤكد الدليل على وجود القصور أو العجز في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وأن الاضطراب ليس فقط في علاقة الفرد بالمجتمع. (American Psychiatric Association, 1994)

التعريف الإجرائي للاضطرابات النفسية: هي الأعراض السلوكية والنفسية والعقلية غير السوية والتي تؤثر على حياة الفرد وتؤثر على صحته النفسية والعقلية والشعور بالنقص وعدم الرضا ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة على قائمة مقياس الاضطرابات النفسية المعد للدراسة.

التصورات النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية:

يختلف المتخصصون في مجال الصحة النفسية والعقلية في تحديد الاضطرابات النفسية ويرجع ذلك الاختلاف في وجهات النظر المختلفة التي تهتم بتفسير الاضطراب فهناك من يرجع الاضطرابات النفسية إلى عوامل بيولوجية وهناك من يرى أنه لا يمكن النظر إلى الاضطراب إلا إذا تم إدراكه بواسطة الفرد نفسه، والبعض يرى أن السلوك الصريح فقط هو ما يجب علاجه باعتباره سلوكاً مضطرباً وهناك فريق آخر يرى بأن ما يمكن اعتباره سلوكاً سويًا في ثقافة معينة قد يكون غير سوي في ثقافة أخرى ومن هذه النماذج المفسرة لسلوك المضطرب على النحو التالي:

1. النموذج البيولوجي The Biological Model:

يفترض النموذج البيولوجي أن الأسباب الرئيسية وأفضل الأساليب فعالية في علاج السلوك الشاذ تكون بيولوجية بالدرجة الأولى، ويقترح هذا النموذج على وجه التحديد أن

الاختلالات الوظيفية الحيوية للجهاز العصبي على وجه العموم وللمخ على وجه الخصوص تكون مسئولة عن الاضطرابات العقلية، وإن استخدام الأدوية والعقاقير سوف يعدل من هذه الاختلالات الوظيفية ويعالج أو يزيل هذه الظروف. (عبد الرحمن، 2009: 95)

2. النموذج السيكودينامي The Psychodynamic Model:

تقوم دعائم النموذج السيكودينامي على اعتقاد مفاده أن السلوك الإنساني يتأثر بشدة بالعمليات النفسية اللاشعورية التي لا تكون على وعي بها، أو بعبارة أخرى من خلال صراعاتنا الداخلية واندفاعاتنا ورغباتنا ودوافعنا، ويفترض النموذج السيكودينامي أن كلاً من السلوكيات السوية واللاسوية تنتج من تفاعل كل من العوامل الوراثية والبيئية، وأن كلا العاملين يؤثران في السلوك من خلال تأثيرهما على العمليات الشعورية بنفس القدر الذي يؤثران فيه على العمليات اللاشعورية كما يركز علماء السيكودينامية على الأهمية البالغة للسنوات الأولى من العمر معتقدين أن أحداث الطفولة يكون لها تأثير دائم لا ينقطع على الحالة النفسية للفرد على مدار حياته ومن أهم أصحاب هذا النموذج نظرية فرويد في التحليل النفسي. (مرجع سابق: 96)

3. النموذج الإنساني The Humanistic Model:

لقد تطور النموذج الإنساني ونما بعد الحرب العالمية الثانية بقليل مؤكداً على تمييز الشعور أو الوعي الإنساني، ومؤكداً كذلك على أهمية أن يعي كل فرد مدى إدراكه للواقع، وقد ألقى هذا النموذج الضوء والإمكانات الخاصة لكل منا بصرف النظر عن مكانتنا، أو وضعنا، أو قوتنا، أو تأثيرنا في الآخرين، ومن العناصر الهامة الأخرى في هذا النموذج النظرية المتفائلة للإنسان واعتقاده بأن معظم البشر لديهم القدرة على النمو الانفعالي والعقلي واستغلال كل قدراتهم إذا هم حاولوا ذلك. ويعد النموذج الإنساني بمثابة رد فعل عكسي، ويختلف بشكل واضح عن النموذج التحليلي في نظريته التفاؤلية للطبيعة البشرية، وتوجهه المستقبلي، إنه يركز على كل طاقتنا نحو تحقيق الرخاء لأنفسنا وتحقيق أفضل اهتماماتنا ورغباتنا. كما يعارض النموذج الإنساني النموذج البيولوجي بشدة حيث يجزم الأخير أن مصير الإنسان وسلوكه محكوم منذ البداية بما ورثه من جينات ليس له أدنى قدرة على السيطرة عليها، في حين يؤكد النموذج الإنساني إننا نستطيع تحقيق أقصى ما لدينا من طاقة من خلال العمل الجاد والصبر والبصيرة، ومن علماء هذا الاتجاه روجرز و ماسلو. (مرجع سابق: 96)

4. النموذج السلوكي The Behavioral Model:

ويتعارض النموذج السلوكي للشخصية وعلم النفس المرضي بشدة مع كل من النموذج البيولوجي والسيكودينامي، حيث يقترح هذا النموذج أن التعلم يلعب الدور الأساسي في نمو

السلوك، ويندرج تحت هذا النموذج ثلاث طرق رئيسية للتعلم تعد في غاية الأهمية في تكوين سلوك جديد، أو تعديل سلوك قائم وهي: الإشراف الكلاسيكي (الإستجابي)، والإشراف الإجرائي (الأدائي)، والتعلم بالملاحظة. (عبد الرحمن، 2009: 100)

5. نموذج التأثير الاجتماعي The Social Consequence Model:

يركز نموذج التأثير الاجتماعي على واقع أو تأثير الانتماء إلى جماعة معينة في المجتمع على أعضاء هذه الجماعة، والمؤيدون لهذا النموذج يعتقدون بأن الاتجاهات الاجتماعية، والسلوك المتبع إزاء أشخاص بعينهم يتأثر بعوامل كالجنس أو اللون أو السلالة أو الديانة أو المكانة الاجتماعية ويؤثر بدوره على سلوك هؤلاء الأفراد وتنعكس مخاطره في صورة أنماط أو أنواع من الاضطرابات النفسية. (مرجع سابق، 114)

تعقيب على التصورات النظرية لتفسير الاضطرابات النفسية

وترى الباحثة أن النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية جميعها ركزت على سلوك الفرد غير السوي وتتفق الباحثة مع هذه النظريات المفسرة على أن الاضطراب النفسي يؤثر على سلوك المريض نفسه ولا شك أنه يؤثر على سلوك الآخرين في الأسرة تجاه الفرد المريض وتجاه بعضهم البعض، وتتبنى الباحثة النموذج السلوكي الذي اقترح أن التعلم يلعب الدور الأساسي في نمو السلوك لدى الفرد خلال مرحلة الطفولة والمراهقة ونمو الشخصية وتكوينها.

أسباب الاضطرابات النفسية:

يذكر (محمد ومرسي) أن الاضطرابات النفسية هي نتاج لعوامل عديدة منها الذاتية وأخرى الموضوعية والتي تتفاعل مع بعضها البعض، حيث أن ما يميز الاضطرابات النفسية هو تعدد العوامل التي تؤدي إلى حدوثها، وهناك عوامل يمكن أن تؤثر بالفرد فتؤدي به للاضطراب النفسي وهي:

1. عوامل التنشئة الاجتماعية:

تعمل التنشئة الاجتماعية على تحويل الفرد من كائن عضوي إلى شخص اجتماعي تربطه علاقات مع أفراد آخرين يتفاعلون مع بعضهم وتربطهم علاقات قائمة على أسس مشتركة من القيم التي تلعب الدور الكبير في بلورة طرائق حياتهم، وكذلك تهدف التنشئة الاجتماعية إلى إعداد الفرد بحيث يكون قادراً على مواجهه المتطلبات الاجتماعية للحياة، وحيث أن الأسرة هي المصدر الرئيسي للنمو والخبرة لدى الفرد فإن دور الوالدين في تنشئة أطفالهما هو الأساس في حمايتهم من الاضطراب أو إعاقة نموهم، فالوالدان اللذان لا يشبعان حاجات أطفالهما من الحب

والانتماء والحنان وكذلك لا يحميان الأبناء من رفاق السوء ومن الخبرات السلوكية الضارة، وكذلك من يتخذ العقاب الجسدي والنفسي وسيلة للتأديب كل ذلك يؤدي بشكل أو بآخر إلى الاضطراب النفسي لدى الأبناء، وأيضاً الأسرة المفككة والأسرة المهملة لأطفالها والتي يشبع فيها الدلال الزائد للأبناء، كل ذلك سوف يتيح أفراداً يعانون من أشكالاً من الاضطراب النفسي. (محمد ومرسي، 1992:176)

2. العوامل الاقتصادية الاجتماعية:

الإنسان بحاجة إلى الشعور بالأمن والاطمئنان إلى المستقبل، والذي يمكن أن يشعر به الفرد في ظل توفر مصدر دخل ثابت يلبي له كل متطلباته ويجعله يعيش بكرامة هو ومن يعيهم، بالإضافة إلى ذلك فالفرد يحتاج للشعور بالأمن الاجتماعي أيضاً من خلال شعوره بالانتماء إلى أسرة ومجتمع يتساوى فيه الأفراد في الحقوق والواجبات، من خلال قيم تضبط العلاقات الاجتماعية، ولذلك نجد الأفراد الذين يعانون الفقر وينتمون إلى مجتمع تتضح فيه الطبقات الاقتصادية بين أفرادهم قد يعانون الاضطراب النفسي هم أو يكونوا سبب في اضطراب أحد أفراد أسرهم، وكذلك المجتمع الذي لا يشعر أفرادها بالانتماء له لتناقض أهدافه وقيمه يكون بيئة خصبة لظهور الاضطراب النفسي. (مرجع سابق، 177)

3. العوامل النفسية:

لقد تحدث علماء النفس عن العوامل النفسية التي تؤدي إلى الاضطراب النفسي بأكثر من اتجاه كل حسب المدرسة النفسية التي ينتمي إليها، فنجد أن التحليلين اهتموا بما هو لا شعوري من أمور غريزية مكبوتة، وهناك من اهتم بالطبيعة الدونية باعتبارها مصدراً من مصادر الاضطراب النفسي مثل أدلر، وهناك مسببات نفسية أخرى للاضطراب يوردها اريكسون مثل عدم ثقة الفرد بنفسه وبالعالم من حوله وعدم تقديره لذاته أو قدرته على الانجاز وهناك من يري بأن تدهور البناء القيمي لدى الفرد وفشله في تحقيق ذاته ومستويات الطموح غير الواقعية كلها من مسببات الاضطراب النفسي كما يري الاتجاه الفينومولوجي "الإنساني" الوجودي الجشطلتي، أما الاتجاه السلوكي فيرى أن فشل الفرد في اتخاذ القرار والمعارف الخاطئة التي يحصل عليها الوجدان السلبي كل ذلك من مسببات الاضطراب النفسي. (محمد ومرسي، 1992:178)

4. العوامل الوراثية:

هناك اختلاف بين العلماء حول دور الوراثة في الاضطراب النفسي فالعلماء المتحمسون للاتجاه الوراثي يعتبرون أن للوراثة دوراً أساسياً في الاضطراب النفسي، على عكس العلماء

الآخرين الذين يرون أن الوراثة ربما تزود بعض الأفراد بالاستعداد للإصابة بالاضطراب فقط، وإن لم تهيء الظروف المناسبة لظهور المرض فإنه لن يظهر. (مرجع سابق، 179)

ويضيف (حامد زهران، 2004) أن الاضطراب النفسي قد يرجع إلى عدة أسباب منها:

1. **الأسباب النفسية:** وهي أسباب تنتج عن نقص إشباع الحاجات الضرورية للفرد، وكذلك اضطراب العلاقات الاجتماعية والشخصية للفرد، وهي ذات أصل نفسي، تتعلق بالنمو النفسي المضطرب بخاصة في مرحلة الطفولة، ومن أهم هذه الأسباب النفسية الحرمان والصراع والإحباط والخبرات الصادمة والسيئة، والعادات غير الصحيحة.
2. **الأسباب البيئية الخارجية:** وهي كل ما يحيط بالفرد في بيئته ومجاله الاجتماعي من اضطرابات سواء في الأسرة والتنشئة الاجتماعية، وكذلك في المدرسة والمجتمع.
3. **الأسباب الحيوية:** وهي كل ما يطرأ على الفرد من أسباب عضوية وجسمية المنشأ في تاريخ نموه، ومنه العيوب الوراثية، والاضطرابات الفسيولوجية، ونمط التكوين والبنية.
4. **الأسباب الأصلية أو المهيأة:** وهي كل ما من شأنه أن يمهد بحدوث المرض ومن أمثلة ذلك انهيار الوضع الاجتماعي والخبرات الأليمة خاصة في الطفولة وكذلك الاضطرابات الجسمية والعيوب الوراثية.
5. **الأسباب المساعدة:** وهي كل ما يعجل بظهور الاضطراب النفسي من أحداث وأسباب تسبق الاضطراب النفسي. (زهران، 2004: 485)

خصائص الأفراد المضطربين نفسياً:

لدى المضطربين نفسياً بعض الصفات والخصائص ومنها:

1. **النشاط الزائد:** وهو قيام الفرد بنشاط حركي بلا هدف في الغالب ومبالغ فيه، يرافقه سهولة تشتت الفرد وقصر سعة الانتباه ويتصف في الغالب سلوكه بالحمق وسرعة الغضب.
2. **التحصيل الدراسي:** تبين الدراسات بأن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب النفسي يكون تحصيلهم منخفضاً مقارنة بالأفراد العاديين، ويشير العديد من التربويين إلى وجود ارتباط قوي بين ضعف التحصيل والاضطراب النفسي.
3. **السلوك العدواني:** حيث يعتبر من مميزات الاضطراب النفسي ويكون العدوان من خلال إلحاق الأذى بالآخرين أو الذات أو الأشياء، واستخدام العقاب كوسيلة لضبط السلوك العدواني يؤدي إلى زيادة ذلك السلوك.

4. **السلوك الانسحابي:** وهو الفشل من التفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على منافسة الآخرين والأقران.

5. **القلق:** ترى نظريات القوى النفسية أن معظم الاضطرابات النفسية ناتجة عن القلق، والذي يؤدي إلى نماذج سلوكية ينظر لها على أنها مضطربة، وهي مصدر لعدم السعادة الشخصية وتجعل الفرد غير متكيفاً اجتماعياً.

6. **انخفاض وضعف مفهوم الذات:** يفتقر الأفراد المضطربين نفسياً لمفهوم إيجابي عن الذات مقارنة بأقرانهم من الأفراد العاديين، وتكون صورة الذات لديهم سلبية.

7. **سوء التكيف الاجتماعي:** وهو القيام بأفعال لا يرضى عنها المجتمع، ويكون الفرد الغير متكيفاً اجتماعياً في صراع مع القيم التي يجب عليه احترامها في مجتمعه.

(بطرس، 2010: 17-19)

الاضطرابات النفسية التي سوف تتناولها الباحثة في الدراسة الحالية:

تمهيد:

مع الواقع النفسي الحالي والتغيير السريع في جميع مجالات الحياة التي تحيط بالفرد زاد من معاناة الإنسان فضلاً عن الضغوط العديدة، والمشكلات التي لا حصر لها ولا عدد والتي تلقى بالإنسان إلى خضم مشاكل أخرى وأزمات تترك أثارها السلبية بلا شك على النفس والجسم والعقل.

لذا أصبح العالم يعاني من المشكلات النفسية والاضطرابات النفسية نتيجة هذا الواقع لذا سوف تتناول الباحثة في هذا القسم بعض من هذه الاضطرابات النفسية وفق ما قسمها عبد الرقيب البحيري (1984)، والتي من شأنها يمكن قياسها والاستدلال على أعراضها من خلال المقياس المعد لذلك، وذلك على النحو التالي:

أولاً: الأعراض الجسمية: Psychosomatic

يختلف العلماء حول معرفة ماهية الاضطراب الجسماني أي السيكوسوماتي، فمنهم من يرجع حدوث الاضطرابات إلى ضغوط الحياة وأزماتها، ومنهم من يرجعها إلى خطأ في عملية الإشراف والاستجابات للمثيرات البيئية والداخلية، أو اختلال التوازن بين مطالب البيئة والمطالب الداخلية، وكان لذلك دوراً في تعريفات الاضطرابات الجسمية.

تعريف الأعراض الجسمية:

الأعراض الجسمية هي فئة سلوكية تتضمن الألم والضييق الذي يحدث لأعضاء الجسم خاصة المعدة والجهاز التنفسي والدوري والصداع وآلام الظهر - وهي أعراض سيكوسوماتية. (الدوة، 2007: 21)

والأعراض الجسمانية هي اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس أو أصل نفسي، وذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي. (زهران 1994: 485)

كما تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) إن الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ، وهي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية مع السعي المستمر لأجراء فحوصات طبية بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جسمي لهذه الأعراض.

www.almajlis.orginpvie.aspID=164

ويعرف عبد الرحمن العيساوي الاضطرابات الجسمانية على أنها مجموعة من الأمراض التي تنشأ من أسباب أو عوامل نفسية واجتماعية ولكن أعراضها تتخذ شكلاً جسماً أو عضوياً فهي عبارة عن أعراض فيزيقية قد تتضمن الجهاز العصبي الذاتي أو المستقبل ووظائفه وتنتج جزئياً عن أسباب نفسية. (عيسوي، 2000: 271)

ويعرف أحمد عكاشة للاضطرابات الجسمانية (السيكوسوماتية) هي أعراض مرضية جسمية أو اختلال في وظائف الأعضاء نتيجة لما يصاحب خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف لا يتم التعبير عنها بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً هاماً وقوياً وأساسياً، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي، فالأمراض الجسمانية ما هي إلا التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء التي يغذيها الجهاز العصبي اللاإرادي مثل: قرحة المعدة والإثني عشر، والربو الشعبي.. الخ، ويعاني المريض في مثل هذه الأمراض من القلق والاكتئاب، وغالباً ما يهدد القلق حياته (عكاشة، 1980: 355)

وتتبنى الباحثة تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي (APA) على أنها مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية، وتتضمن جهازاً عضوياً واحداً يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصراراً وحدة ويطول بقاؤها ويمكن أن يكون الفرد غير واعٍ شعورياً بهذه الحالة الانفعالية. (عبد المعطي، 2006: 153)

التعريف الإجرائي للاضطرابات الجسمانية: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاضطرابات النفسية المخصص للدراسة في بعد الاضطرابات الجسمانية.

أسباب الاضطرابات الجسمية:

وفيما يلي أسباب الاضطرابات الجسمية كما يشير إليها (البناء، 2006: 311-310):

1. الأمراض العضوية في الطفولة التي تزيد احتمال تعرض أعضاء معينة من الجسم للمرض، وقلق الفرد على صحته.
2. اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج، ونقص الأمن وفقد الحب والخوف من الانفصال والحرمان والحاجة إلى القبول، وفقر واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل وسيادة جو العدوان والمشاحنات والغيرة، والخلافات السرية وعدم السعادة الزوجية..الخ.
3. الصراع الانفعالي الطويل مثل الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال. والكبت الانفعالي (وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة) والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغضب والشعور الطويل بالظلم، والضغط الانفعالي الشديد المستمر والتوتر النفسي، والانفعالي الطويل المزمّن واستدخال التوتر وتحويله داخلياً وتسلبه على عضو ضعيف، فيحدث اضطراب في طاقته الوظيفية العادية. والخوف وعدم الشعور بالأمن. والإحباطات المتراكمة في الأسرة والعمل، والقلق الشامل المستمر وخاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي أو الحركي عنه. والحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق أو الفشل، والمطامح غير الواقعية أو غير الممكن تحقيقها. والضغوط الاجتماعية والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية.
4. التعرض للمواقف الحربية العنيفة.

أعراض الاضطرابات الجسمية:

من أهم أعراض الاضطرابات الجسمية ما يلي:

1. اضطرابات الجهاز الدوري (هي التي تحدث في القلب والدورة الدموية) وأهمها:
 - الذبحة الصدرية: وهي عبارة عن تقلص في الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها مؤقتاً، ويتبع ذلك حدوث آلام في الصدر.
 - عصاب القلب: ويعبر عن مجموعة اضطرابات نفسية المنشأ مجملها اضطراب عمل القلب، ويصاحبه خواف الموت.
 - ارتفاع ضغط الدم: يلاحظ أن العصاب العارض يؤدي إلى ارتفاع عارض في ضغط الدم.

- انخفاض ضغط الدم: ويصاحبه الإنهاك والعزوف عن أي عمل مرهق والرغبة في النوم.

- الإغماء: حيث يفقد المريض وعيه عندما يحدث انخفاض مفاجئ في ضغط الدم.
(البناء، 2006: 313)

2. اضطرابات الجهاز التنفسي: وأهمها

الربو الشعبي: ويطلق عليه أحياناً اسم الربو العصبي، ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعبات وتورم أغشيتها المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية والشعور بالضغط على القفص الصدري وضيق الصدر والنهجان وصعوبة مرور الهواء إلى ومن الرئتين. وتحدث النوبات عادة عقب أحداث انفعالية. (مرجع سابق: 314)

3. اضطرابات الجهاز الهضمي: وأهمها:

- قرحة المعدة أو القرحة الهضمية: يلاحظ أن القلق الوقتي يؤدي إلى اضطراب معدي مؤقت. كذلك يؤدي القلق المزمن إلى قرحة المعدة.

- التهاب المعدة المزمن: ويشمل أعراضاً معدية مختلفة مثل عسر الهضم والتجشؤ أو الجشاء، وإخراج الغازات بكثرة، وقرقرة الأمعاء وآلام البطن.

- التهاب القولون: ويشاهد فيه تناوب الإسهال والإمساك والتقلصات أو المغص وامتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط في البراز.

- فقد الشهية العصبي (الخلفة): ويشاهد فيه رفض الطعام وعدم الرغبة فيه، وعدم الإقبال عليه، وما يصاحب ذلك من نحافة ونقص الوزن، وجفاف الجلد، وبرودة الأطراف... الخ. وقد يحدث نتيجة اضطراب الغدد، وقد يكون رد فعل لخوف السمنة. وفي الحالات الشديدة من فقد الشهية العصبي تظهر أعراض مصاحبة مثل انقطاع الحيض، وغياب الرغبة الجنسية، والهزال، وتشاهد بعض الاضطرابات السلوكية.

- الشرهية: وشرهية الأكل تكون في الغالب نتيجة لرغبة جارفة وحاجة ملحة للحب ولتملك موضوع الحب.

- التقوي العصبي: يشاهد الغثيان والتقيؤ العصبي يرتبط غالباً بالشعور بالذنب، وكرمز لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة في الحمل. (مرجع سابق: 315)

4. اضطرابات الجهاز الغدي: وأهمها:

- مرض السكر: حيث يضطرب التمثيل الغذائي، ويرتفع مستواه في البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الانفعالي.

- **البدانة (السمنة المفرطة)**، حيث يزيد الشحم في الجسم ويزيد وزن الجسم (25%) عن وزنه المعياري. ويقول البعض أن الشخص البدين يعاني من الحرمان، ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات، يشبعها ويعوضها رمزياً بالأكل.
- **التسمم الدرقي (فرط إفراز الدرقية)**: حيث تتضخم الغدة الدرقية ويزيد إفراز هرمون الثيروكسين ويفقد المريض وزنه، ويصبح متوتراً عصبياً وتجحظ عيناه، ويبدو شكله كما لو كان منزعجاً. (البناء، 2006: 315)

5. اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي: وأهمها:

- **آلام الظهر**: وتكون غالباً في أسفل العمود الفقري. وتظهر الآلام بصفة خاصة أثناء العمل والضغط والإجهاد الانفعالي.
- **التهاب المفاصل الروماتزمي**: وأهم أعراضه ألم المفاصل وتورمها وصعوبة الحركة. ويشاهد أكثر لدى الإناث.
- **اضطرابات الجلد: وأهمها:**
- **الشرى (أرتيكاريا)** وهي عبارة عن طفح جلدي بشكل بثور ناتئة بسبب حكاكاً قد يكون شديداً. ويقال أنها تمثل رمزياً البكاء المكبوت.
- **التهاب الجلد العصبي**: ويقال أنه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوتة الحكاك (الحكة) أو الهرش، ويعتبرها الكثيرون تعبيراً عن العدوان المكبوت والتوتر النفسي، والدافع الجنسي، وتعبر عن عقاب الذات كاستجابة للشعور بالذنب.
- **الأكزيما العصبية** وهي مناطق جلدية بها هرش شديد وتظهر غالباً في الرقبة وحول الحجاب وأعلى الصدر والأعضاء التناسلية.
- **سقوط الشعر (الثعلبية)**، ويكون محدوداً أو قد يشمل كل الرأس.
- **فرط العرق**، ويكون العرق غزيراً عادة في الكفين وبطن القدمين وتكون الأطراف باردة. (مرجع سابق: 317-318)

6. اضطرابات في الجهاز العصبي: وأهمها:

- **الصداع النصفي (الشقيقة)**: يؤدي التوتر الانفعالي الزائد الذي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم في المخ إلى الصداع. ويحدث أكثر لدى الإناث.
- **إحساس الأطراف الكاذب**: ويحس به مقطوعو الأطراف. وتعتبر هذه الظاهرة عن بقاء صورة الجسم الأصلية بعد فقد طرف من الأطراف أو عضواً من أعضاء الجسم. وفي

الوضع العادي يبدأ إحساس الأطراف الكاذب في الزوال مع الوقت حين يتوافق المريض وتتكون صورة جديدة للجسم. (البناء، 2006: 318)

علاج الاضطرابات الجسمية:

من الضروري الجمع بين العلاج الطبي والعلاج النفسي لعلاج الاضطرابات الجسمية، وفيما يلي معالم علاج هذه الاضطرابات:

1. **العلاج النفسي:** الممرکز على سبب المرض والذي يتناول النواحي الانفعالية وحل مشكلات الشخصية وإزالة العقبات وحل الصراعات الانفعالية والتنفيس الانفعالي لإزالة القلق المزمن وإعادة الثقة في النفس وتنمية البصيرة وتنمية الشخصية نحو النضج الانفعالي بصفة خاصة. والعلاج النفسي التدعيمي المرن الذي يهدف إلى تعديل نمط حياة المريض ونصح المريض بتجنب مواقف الانفعال الشديد والإجهاد العقلي المتواصل، وأن يأخذ الحياة هوناً. والعلاج النفسي الجماعي مع الحالات المتشابهة الأعراض مثل السمنة والقرحة... إلخ.
2. **العلاج السلوكي:** كما في حالات فقد الشهية العصبي والبدانة مثلاً.
3. **العلاج البيئي:** لتخفيف الضغوط على المريض في الأسرة والعمل والجماعة ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها. والعلاج بالعمل.
4. **العلاج الطبي:** لعلاج الأعراض الجسمية. ففي حالة القرحة يتبع المريض نظاماً معيناً للأكل ويتناول الأدوية اللازمة. وفي حالة البدانة يستعان بالأدوية وتنظيم الغذاء، وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق. وقد يستدعي الأمر التدخل الجراحي في بعض الحالات كما في حالات القرحة مثلاً. ويستعين بعض المعالجين بالدواء الوهمي. (مرجع سابق: 318-319)

ثانياً: الوسواس القهري: Obsessive – compulsive

أهم ما يميز هذا الاضطراب هو الوسواس المتكررة أو الطقوس القهرية التي تكون شديدة لدرجة تسبب الإزعاج والكرب، إما باستهلاك الوقت المتداخل أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد أو أدائه لوظيفته المهنية أو أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين، ولا يستطيع مقاومتها. (حمودة، 1990: 329)

تعريف الوسواس القهري:

الوسواس القهري عبارة عن اضطراب عصابي يتميز بالآتي:

- وجود وساوس على هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف.
- وجود (أعراض) ظهرت في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية.
- يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس أو معقوليتها، وعلمه الأكيد أنه لا تستحق منه كل هذا الاهتمام.
- محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس، وعدم الاستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.
- إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس أو قوتها القهرية عليه مما يترتب عليه شلله الاجتماعي والآن نفسية وعقلية شديدة. (عكاشة، 1998: 136-137).
- **الوسواس القهري** هو فكر متسلط والقهر سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته. (حسن وأحمد، 2002: 76).
- **الوسواس القهري** هو شكوى من وجود أفكار مقتحمة مثيرة للكدر وسلوكيات متكررة غير مرغوب فيها ولكنها تحدث بصورة قهرية. (ديفيد ه. بارلو، 2002: 472)
- الوسواس عبارة عن أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى ويحاول الشخص أن يتجنب أو يتجاهل أو يكبح الأفكار أو النزاعات، أو يحاول تخفيفها، ويعرف الشخص على أن أفكاره الوسواسية من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه. أما الدفعات القهرية، فهي سلوكيات متكررة غير هادفة وعن قصد، وتتم كاستجابة لوسواس طبقاً لقوانين معينة، أو بشكل متكرر نمطي، وخطط هذا السلوك لتقليل أو لمنع عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقف المخيفة. (حمودة، 1990: 329)
- الوسواس القهري هو فكرة أو صورة، أو رغبة اندفاعية، أو مخاوف أو طقوس حركية تسيطر على ذهن المريض وتقتحمه ضد إرادته، وهو على يقين تام بتفاهة وزيف هذه الوسواس ولذا فإنه يحاول التخلص منها بطردها من ذهنه، ولكنه لا يستطيع طردها، ولا يستطيع التوقف عن التفكير فيها. (صديق، 2005: 47)
- الوسواس القهري هي هواجس نفسية تأتي على شكل أفكار، وأوهام، وميول ورغبات أو اندفاعات مصحوب بمشاعر إكراه داخلي جارف. وأساس ذلك هيجان داخلي حاد، يتجسد على هيئة سلوك غير متزن لدى الإنسان. (القايمي، 1996: 9)

وتتبنى الباحثة تعريف (حامد زهران) للوساوس القهرية على أنها أفكار لا شعورية ملحة وثابتة تتردد باستمرار وتقمح نفسها في شعور المريض رغماً عن إرادته، فلا يفكر فيما عداها، ورغم أن المريض نفسه يتحقق من أنها أفكار باطلة وغير معقولة أو تافهة ويحاول التخلص منها بشتى الوسائل إلا أن ذلك يشق عليه ولا يمكنه التخلص منها واستبعادها إرادياً لأنها لا تتأثر بالمنطق، وهذه الأفكار الوسواسية ترتبط عادة بأفعال قهرية يقوم بها المريض بشكل جبري رغم مقاومته الشعورية لها. (زهران، 2005: 137)

التعريف الإجرائي للوساوس القهري: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاضطرابات النفسية المخصص للدراسة في بعد الوسواس القهري.

أسباب الوسواس القهري:

ليست الوسواس كلها نتيجة علة واحدة، ولا تخدم غاية واحدة، فهناك أسباب وتفسيرات مختلفة للوساوس القهرية نجملها فيما يأتي

1. الأسباب الوراثية والبيئية، الأسباب الممهدة:

دلت الدراسات على أن العامل الوراثي يلعب الجانب الأهم في نشأة الوسواس القهري، ومن الأدلة على ذلك: أنه وجد أن أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، وكذلك الإخوة والأخوات وباقي أفراد العائلة كانوا يعانون من الشخصية القهرية.

(عبدالله، 2000: 168)

وقد أجمع المحللون النفسيون على أن أسلوب التربية الصارمة والملتزمة، والإلحاح الشديد على مراعاة الدقة والاستقامة والنظافة والنظام والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة والسلوك الناهي عن الانحراف. كل هذه عوامل تؤدي إلى حدوث حالات الوسواس القهرية. (ذلك أن كبت الدوافع والرغبات المحظورة كبتاً عنيفاً نتيجة تلك الأساليب القاسية في التربية تولد في النفس عقدة الذنب فإذا بالفرد يشعر بالذنب دون أن يدري لماذا يشعر به، أو ما هي الذنوب التي اقترفها، وهنا يكون اللجوء إلى المرض وسيلة للتخفيف من وخز الضمير. فضلاً عن هذا فإن حالات الصراع النفسي التي تكون نتيجة رغبة الفرد في إرضاء دوافعه وغرائزه ثم خوفه من عقاب الوالدين أو المجتمع أو الضمير تستنفذ شطراً عظيماً من طاقته بسبب هذا الصراع مما يجعله عاجزاً عن تحدي الحياة ومواجهة صعوباتها. (مرجع سابق : 169).

2. أسباب فسيولوجية:

هناك من الملاحظات مما يؤكد احتمال نشأة المرض على أساس فسيولوجي منها:

- ظهوره في الأطفال بطريقة غير عادية (حيث لم يكتمل نضج الجهاز العصبي).
- وجود اضطرابات في رسم المخ الكهربائي لهؤلاء المرضى وبطريقة متكررة.
- ظهوره مع بعض أمراض الجهاز العصبي مثل (الحمى المخية، والصراع النفسي الحركي).

وقد اختلفت الآراء في تفسير هذا الأساس الفسيولوجي. فذهب البعض إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرةً أو حركةً أو اندفاعاً، وتستمر هذه الدائرة رغم مقاومة الفرد لها، ورغم استمرار نشاطها فهي تظل على اتصال دائم ببقية الدوائر الكهربائية في اللحاء، ولهذا يدرك الفرد عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكرة تقاوم هذه البؤرة فهي ما تزال متصلة بها.

هذا يعكس حالات الهذات (هذات العظمة أو الاضطهاد) فبسبب أن بؤرة كهربائية نشطة فصلت نفسها عن باقي الدوائر الكهربائية في اللحاء، لذا فهو يؤمن بصحتها نظراً لعدم وجود ما يقاومها في المخ. (عبد الله، 2000: 170)

3. أسباب بيئية وتعليمية:

يؤكد علماء النفس من أصحاب هذا الاتجاه أن ظهور العصاب القهري، يرتبط بشكل عام بالحرمان من الحب والعاطفة ومن التقبل، وخاصة في السنوات المبكرة من العمر، كما يتضح قيمة التأثيرات الوالدية في تكوين الأعراض القهرية لدى الطفل، فالآباء الذين لديهم سمات قهرية يميلون إلى تشجيع أطفالهم على اكتساب هذه السمات وتميئتها، ويفعل الآباء ذلك بطريقة غير مقصودة، ويشعرون في السرور البالغ حين تظهر السمات الخاصة بهم لدى أطفالهم، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن المجتمع مسئول عن ذلك إلى حد ما، حيث أنه يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل التنظيم والنظافة والدقة والهدام، وهذه كلها أمور مرغوبة، ولكن الحصار (القهر) هو المبالغة الشديدة في سمة أو أكثر لدى الشخص بصورة تنقلب فيها السمة، وتصبح مضيعة للوقت والجهد، بدلا من أن تكون مفيدة فالأعراض القهرية، هي صور مبالغ فيها لضبط والنقد الذاتي تنشأ بسبب الاتجاهات الوالدية غير السوية التي تميل إلى تحميل الطفل مسؤوليات وقرارات منذ الطفولة المبكرة، مما يعمل على شعوره بالذنب ومن ثم حاجته إلى التفكير فتتطور ميوله العصبية ويرى السلوكيون التقليديون أن العصاب الوسواسي القهري ممكن أن يتم تعزيزه، طالما أنه يستنفذ كل تفكير الفرد ووقته، حيث يتيح له أن يتجنب الأفكار والأفعال التي تشكل أي إسراع آخر. (الطيب، 1994: 452)

ويخلص أهم أسباب الوسواس القهري فيما يلي:

1. الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة.
2. الحوادث والخبرات الصادمة.
3. الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري.
4. الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان وفقدان الشعور بالأمن.
5. الخوف وعدم الثقة في النفس والكبت.
6. التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة والقسوة والعقاب والتدريب الخاطيء المتشدد والتدريب المتسلط على النظافة والإخراج في الطفولة.
7. تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري.
8. الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير إلى عقاب ذاته ويكون السلوك القهري بمثابة تفكير رمزي وراحة للضمير.
9. يعتبر فرويد حالات الوسواس القهري وترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري.
10. أرجع البعض الوسواس القهري إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو السلوك تماما كما تتعطل الأسطوانة وتكرر نفس النغمة (زهرا، 1997: 511)

الأعراض الإكلينيكية للوسواس القهري:

ويمكن أن تقسم الأعراض إلى التالي:

1. الأفكار أو الصور الوسواسية: وهنا تسيطر على المريض فكرة أو صورة خاصة جيدة أو كريهة، أو جمل معينة تتردد على مخه، أو نغمة موسيقية في تفكيره، وقد تستمر هذه الفكرة أو تلك الصورة أو النغمة، وتظهر في الأحلام أيضاً.
2. الاندفاعات: وهنا يشعر المريض الوسواسي برغبة ملحة بأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها والسيطرة عليها ولكن دون جدوى، وتظهر هذه الاندفاعات في صورة عدوانية (الاعتداء على الآخرين) أو الاعتداء على النفس بالانتحار.
3. الطقوس الحركية: وهنا يشعر المريض بالرغبة الجامحة في القيام بحركات معينة بشكل متكرر، وشاذ مثل غسيل الأيدي مئات المرات، أو غسيل الجسم بعد عمليات التبول.

4. **المخاوف القهرية:** وترتبط هذه المخاوف بالأعراض السابقة، (الأفكار والصور والاندفاعات والطقوس الحركية ومنها الخوف من الأماكن مثل دور العبادة أو المطابخ)
5. **اجترار الأفكار:** وهنا ينتاب الوسواسي أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها مثل إذا كان الله خلقنا فمن الذي خلقه؟، ولا يستطيع التخلص من هذه الأفكار، ولا يحتل تفكيره سوى هذا السؤال ويقع فريسة الإجابة عنه، ولا يستطيع القيام بأي نشاط ذهني آخر.
- ومما سبق يتضح أن الأعراض المرضية الوسواسية مرتبطة بعضها ببعض ارتباطاً وثيقاً وأن الصفة المشتركة بينها هي طابع القهر والإجبار. (مجدي عبد الله، 2000: 172)

علاج الوسواس القهري:

تتعدد المداخل العلاجية ويمكن تلخيصها في:

1. **العلاج الدوائي:** تفيد أحياناً العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب والأدوية المطمئنة الكبرى في اختفاء القلق وقد أثبتت العديد من الدراسات أن عقار (الكوميرامين) له تأثير جيد وإيجابي على مرضي الوسواس القهري وغيره من العقاقير. (أبو هندي، 2003: 178 - 182).
2. **العلاج النفسي:**
 - أ. **العلاج بالتحليل النفسي:** من خلال تمكين المريض من أن يتعرف إلى الصراع عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعوري، مع تحليل متعمق للدفاعات الوسواسية القهرية. (عبد الخالق، 2002: 322-323).
 - ب. **العلاج السلوكي:** وقد أثبت كفاءته في علاج هذا الاضطراب والكثير من أعراضه الناتجة عنه، كما أثبتت العديد من الدراسات التتبعية لنتائج هذه العلامة أنه قد حقق فوائد جيدة في مجال الشفاء. (إبراهيم، 1998).
 - ج. **العلاج المعرفي:** وقد أثبت كفاءته في علاج العديد من الحالات، وذلك من خلال وضع استراتيجيات معينة تهدف إلى تحديد السلوك وما يرتبط به من أفكار لا عقلانية، ثم التعامل مع مثل هذه الأفكار. (ديفيد رجز، إيدناخو، 2002: 469-576).
 - د. **العلاج البيئي والاجتماعي:** يحتاج المريض أحياناً إلى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بميكروبات أو طقوس حركية خاصة. (عكاشة، 1998: 152).

ثالثاً: الحساسية التفاعلية: Interpersonal sensitivity

الحساسية التفاعلية من أهم سمات الشخصية ويعتبر هذا المصطلح جديد في مجال علم النفس واهتمام العلماء به قليل لذلك فالتعريفات التي تخصه قليلة.
تعريف الحساسية التفاعلية:

الحساسية التفاعلية هي أعراض مرضية خاصة بقصور في المشاعر وإحساس بالنقص عند المقارنة بالغير. (الدوة، 2007: 21)

والحساسية التفاعلية هي القدرة على التعبير عن العطف، وكثافة وخصوصية الشعور، وتمثل في الميل إلى عمل روابط عاطفية مع الأشخاص. (Kasimierz Dabrowski 1980)

الحساسية التفاعلية: هي قدرة الفرد على استقبال وتفسير الرسائل غير اللفظية للآخرين، والتي تعكس مشاعرهم وحالاتهم الانفعالية، ويتسم الأفراد المرتفعون على هذه المهارة بالدقة في تفسير الهاديات الانفعالية الصادرة عن الآخرين ومن البنود التي تقيسها من خلال المشاعر الحقيقية للآخرين حتى لو حاولوا إخفاءها. (شوقي، 2002: 46)

وتعرف الباحثة الحساسية التفاعلية بأنها الإحساس بالنقص وعدم الرضا والذي يؤدي بدوره إلى الضعف العام، وضعف في نظرة الفرد لذاته، والاختلال بالشخصية العامة، وكذلك نقص في الاتزان الانفعالي والعواطف وكثيراً ما تقود الفرد الحساس إلى الشعور بالغضب وعدم الشعور بالأمن، مما يؤثر سلباً على علاقته واتصاله مع الآخرين.
سمات الشخصية الحساسة:

الصفات التالية كلما زادت عن الفرد كلما تشكلت الشخصية الحساسة ومن أهم هذه السمات هي:

1. الاستقلالية: تتمتع الشخصية الحساسة باستقلالية قوية، فصاحب هذه الشخصية ليس بحاجة لمساعدة أحد فيصنع القرار بنفسه دون الحاجة لأحد.
2. الحذر: يعد الشخص الحساس حذر جداً في التعامل مع الآخرين، ويفضل معرفة الأشخاص بعمق قبل التعامل معهم أو الثقة بهم.
3. الدفاع عن النفس: هؤلاء الناس لا يترددون في الدفاع عن أنفسهم تحت الضغط أو في حال الهجوم من الآخرين.
4. الحساسية للنقد: يأخذون النقد من الآخرين بشكل جدي ويردون دون الشعور بالخوف أو النتائج.

5. الإدراك والوعي: هم مستمعون ممتازون ويملكون حدة ذهنية في تحليل الحديث وفي تقييم مستويات التواصل.

6. الإخلاص: الأشخاص الحساسون ينظرون بأهمية كبيرة وهم يعلمون بشكل دؤوب لاستخلاص الإخلاص من الآخرين، وهما دائماً يطلبونه من الآخرين، وهو بالتالي شرطهم لبناء علاقة حميمة أو صداقة متينة (الشيخة، 2008)

الأفعال المسيطرة في الشخصية الحساسة:

تسيطر على الأشخاص الحساسين بعض الأفعال أو السلوكيات التي تميزهم عن الآخرين بشكل ملحوظ ومن أبرز هذه الأفعال:

1. العلاقة: الأشخاص ذو الحساسية العالية اتجاهاتهم نحو الانسحاب يمثل صعوبة فريدة في العلاقات، فهم يتجهون نحو الحماية ضد ما اكتسبوه في خبراتهم، والعلاقات القائمة على الاحترام المتبادل تؤدي إلى الأمن والرضا والقبول. (Sophia, 2010)

2. كشفهم للبواعث الخفية عند الناس: الشخصية الحساسة شخصية حذرة بدرجة كبيرة جداً، فتراهم دائماً قلقون مما يخفي الآخرون اتجاههم من مشاعر وقد تكون سلبية تكمن في أنفسهم، فإذا حاول الآخرون السخرية أو التعامل بطريقة مبهمة ملغزة غير مفهومة سيقومون بتحليلها بأنها تهجم من قبل الآخرين عليه، وبما أنهم يتمتعون بقراءة عدة رسائل سماعية على مستويات متنوعة، فهم يدركون هذه الرسائل حتى لو كانت تحت الرمال للضرر بهم، لذا تراهم يتمثلون بكل الشخصيات إلا الشخصيات الساذجة. وعندما تزداد الحساسية في الشخصية، أي كثرة الحذر واليقظة تصبح تفسيراتها سيئة اتجاه الآخرين فيأخذون أحياناً بتحليلات الحديث تحليلات غير واقعية وغير معقولة، وهذا يدفعهم للشك والريبة بكل أفعال الناس وحتى المقربين منهم مما يسهم في تقويض وتدمير علاقتهم مع الآخرين، ويلعب عامل السن دوراً هاماً وخاصة التقدم بالعمر، حيث تصبح هذه الشخصية أكثر شكاً وريبةً في الناس.

3. الحقوق الفردية المكتسبة: لا شك أن المجتمع بحاجة إلى مثل هذه الشخصية، لأن صاحبها يستشعر الممارسات الخاطئة في العادات والتقاليد والهيئات الإدارية وفي توجهاتها المخفية ضد العاملين لديهم، تراهم دائماً وراء أهداف هامة في عالم متغير، وقد تشاهدهم يتزعمون الحقوق المدنية أو درء الظلم عن الضعفاء ودائبو النظر إلى الحرية الإنسانية، فهم عبارة عن الصافرة التي تنطلق لتحذر الناس من الممارسات

الخاطئة التي يفعلها الأقوياء في المجتمع ويملكون الحجة لما يعتقدون به مما يثير إعجاب الناس حولهم وتجمعهم تحت لوائهم، وكلما كثرت الهجمات عليهم كلما قوي ظهورهم، وهم في محاولة دائمة لبناء عالم أفضل من خلال الكشف عن ممارسات مغلوبة وهذا ما يجعلهم مثاليين في دعواته والشخصية اليقظة عندما تصل حد التطرف تسوق العامة إلى الشك في الفئات الأخرى والطوائف المختلفة مما يجعلهم رسل للكره والفتنة في المجتمع. (الشيخة، 2008)

4. المحفزات الساحقة (الزائدة): الشخص الحساس للغاية يستجيب بقوة للمحفزات الخارجية ويصبحون مرهقين من المشاركة في تجهيز هذه المحفزات، فهم ولدوا بجهاز عصبي ربما يرى ويسمع ويشم ويشعر أكثر من الآخرين، وكراشدين هم أيضا يفكرون ويلاحظون أكثر من غيرهم والعملية هي غير واعية أو واعية جسدياً، فالأشخاص الحساسون ينمون ويكبرون وهم يشعرون بالعيب خاصة عند سماع الموسيقى الصاخبة والحشد من الأشخاص أو لمجرد وقت حافل يؤكد لهم في مثل هذه الأوقات حاجتهم إلى قضاء الوقت لوحدهم لاستعادة الهدوء (Aron, 2010)

الطرق المثلى للتعامل مع الشخصية الحساسة:

1. هم بحاجة إلى احترام الآخرين وتأتي قراراتهم مستقلة، وعندما نحترمهم ستفوز بصدقهم وحبهم.
2. لا ترغم هؤلاء الأشخاص على البوح بمشاعرهم أو عواطفهم لأنهم يفضلون إخفاء مشاعرهم عن الآخرين لكنهم يعبرون عن الحب بطريقة مختلفة مثل الاهتمام العملي بالآخرين وليس بالكلمات.
3. هم بطيئون بالتعارف على الآخرين ما إن يتقون بالآخرين يكونوا أفضل الأصدقاء لديهم.
4. توقع دفاعهم أو الصدام معهم إذا نقدتهم، فهي حالة طبيعية عند هذا النوع من الشخصيات، وإذا بدعوا بالدفاع لا تقاطعهم، لأن الطريقة المثلى هو أن توضح مشاعرك حيال المشكلة أو حيالهم، فمن السهل أن يقابلوا الشجار بمثله والهجوم بالهجوم ولذلك من الأفضل الاستماع إليهم والتعامل معهم بالحسنى. (مرجع سابق)
5. يحتاجوا من الأقران أن يكونوا اجتماعيين وبينوا العلاقات الخارجية، لأن الشخصيات الحساسة تفضل هذا السلوك بسبب عدم ميولهم للعلاقات الاجتماعية والتواصل والسهل مع الآخرين.

6. لا تمازح أصحاب هذه الشخصية خاصة في خصوصياتهم أو سلوكهم، لأنهم يعتبرون ذلك تهجم عليهم.
7. إذا رأيت أصحاب هذه الشخصية غيورين وقلقين على إخلاصك لا تأخذ ذلك كأمر تافه لكن برهن لهم حبك وإخلاصك من خلال علاقتك.
8. إذا جرحوا هؤلاء الأشخاص يظل ذلك في ذاكرته طوال العمر، ولذلك لا تحاول تبخيسهم. (الشيخة، 2008)

ويرى البعض الآخر بأن هناك مفاتيح لتربية الشخصية الحساسة وهي: احترام الذات، الحد من الخجل، الانضباط الحكيم، معرفة كيفية معالجة الحساسية مع التركيز على أهم القضايا مهما كان عمر هذه الشخصية، ومساعدتهم للشعور بالسعادة والنجاح في مواقف مختلفة. (Aron, 2010)

رابعاً: الاكتئاب: Depression

تناول عدد كبير من علماء النفس تعريفات عدة عن الاكتئاب من خلال وجهات نظرهم:

تعريف الاكتئاب

الاكتئاب هو شعور مؤقت بالحزن ويعتبر استجابة مناسبة لحدث محبط، أو هو الشعور العميق بالحزن والعجز الذي يمر به بعض الأفراد بعد فقد عزيز أو حبيب.

(الشورجي، 2003: 137)

والاكتئاب هو أحد التقلبات للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية، وقد يكون الاكتئاب أحياناً مصاحباً للإصابة بأي مرض آخر. ووصف الاكتئاب كأحد الأمراض النفسية المعروفة، ويتميز بوجود مظاهر نفسية وأعراض جسدية. (الشريبي، 2001: 17).

والاكتئاب هو حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز، مع اضطراب في النوم والشهية للطعام و أحلام مزعجة. (عبد الله، 2000: 185)

والاكتئاب هو نمط من الشخصية يتميز صاحبه بالإحساس بالعجز واليأس معاً، كما أنهم يقدمون أنفسهم على أنهم أقل فعالية وكفاءة مما هم عليه في حقيقة الأمر، إضافة إلى

غياب التقدير أو اعتبار الذات المبني داخليا أو المبني من داخل البناء النفسي للفرد. مع سمات التشاؤم، فقدان الشعور بالمتعة، الالتزام المفرط بأداء الواجب، والشك في قيمة ما يفعله مع شعور مزمن بالتعاسة والشقاء. (غانم، 2011).

وتتبنى الباحثة تعريف حامد زهران للاكتئاب على أنه حالة يشعر فيها المريض بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس، دون سبب مناسب أو لسبب تافه، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها ولا هدف له فيها، فتتبط عزيمته، ويفقد اهتمامه بعمله وشؤونه ويشعر بتفاوته. (زهران، 2005: 144)

التعريف الإجرائي للاكتئاب: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاضطرابات النفسية المخصص للدراسة في بعد الاكتئاب.

أسباب الاكتئاب:

هناك عوامل كثيرة ومتعددة ومتداخلة تلعب دوراً هاماً في نشأة الاكتئاب النفسي ومنها أسباب داخلية مثل الوراثة والعوامل الفسيولوجية والعوامل النفسية والمعرفية والعوامل الروحية وهناك أسباب خارجية المنشأ مثل المشكلات الأسرية والحياة والفقر والعنف والأسري والجسدي والجنسي والإدمان... من ضغوط الحياة وسوف تتناول الباحثة هذه الأسباب التي تؤدي للاكتئاب النفسي بشي من التفصيل فيما يلي:

1. **العوامل الوراثية:** يرجع أصحاب هذا الاتجاه إلى أن أسباب الاكتئاب تعود إلى عوامل وراثية أو التركيب العضوي لخلايا الدماغ أو الأمراض العضوية في الجسم. فالعامل الوراثي له دور هام في نشأة اضطراب الاكتئاب فقد أكدت الدراسات التي أجريت على التوائم أهميتها حيث أوضحت البحوث أن نسبة انتشار المرض بين التوائم أحادية اللقاح تعادل (95.7%) في حين أنها تعادل 26.3% عند التوائم ثنائية اللقاح و 4% فقط بالنسبة لغير الأقرباء ولكن هذا لا يدل على أن العامل الوراثي وحده يمكن اعتباره السبب الرئيسي وراء الاكتئاب. (الغامدي، 1996: 20)

2. **العوامل الفسيولوجية:** يرجع البعض إلى أن للاكتئاب ارتباط باضطرابات الغدد وخاصة الغدة الكظرية والجنسية وذلك من حيث إفراز هرمون الفوليكتوتروفين وذلك بتأثيره على نمو البويضة ونضجها كما يؤثر في نمو الحيوانات المنوية لدى الذكور وزيادة إفراز هرمون الغدد الدرقية يزيد من عملية الهدم والبناء كما يزيد من سرعة النبض وبالتالي يقل الوزن ويتعرض للأرق وسرعة التهيج وعدم الاستقرار الحركي والتوتر المستمر ويرى

البعض إلى أن هناك ارتباط بين الاكتئاب واضطرابات الجهاز العصبي مثل زهري الجهاز العصبي وأورام الفحص الجبهي حيث تبدأ هذه الأمراض بأعراض اكتئابية ويرجع البعض إلى أن هناك علاقة بين الاكتئاب واضطرابات نسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل المختلفة حيث وجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد عن 50% عن الطبيعي. (الغامدي، 1996: 21)

3. **العوامل النفسية:** ويرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيئة وأن نسبة ذلك ضئيلة جداً والأسباب النفسية هي الأهم منها:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز، أو طلاق أو هزيمة... الخ)، والانهازم أمام الشدائد.
 - الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك)، وفقدان الحب والمساندة العاطفية وفقد الحبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد ثروة أو فقد الكرامة، أو فقد الشرف أو فقد الصحة والفقير الشديد.
 - الصراعات اللاشعورية.
 - الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
 - ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق.
 - التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.. الخ).
 - عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.
 - سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلاً من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى أنه قد يظهر في شكل محاولة الانتحار ويكون الاكتئاب هنا بمثابة الكفارة.
- (زهران، 1997: 515)

4. **العوامل المعرفية:** تفسر المدرسة المعرفية الاكتئاب من خلال عدد من النماذج أهمها:

- أ. **نموذج التشويه المعرفي:** ويعد بيك أحد أهم رواد هذا الاتجاه، حيث تأثر تفسير النظرية المعرفية للاكتئاب بأبحاثه على مدار العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين وحيث يقترح أن ما لدى مريض الاكتئاب من معارف عن الواقع وعن ذاته أصابها التشويه والتحريف، ويرى أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير قبل أن يكون اضطراباً للوجدان، وأن طريقة تفكير المريض والكيفية التي يعالج بها ما يرد

إليه من معلومات، وما يؤمن به أو يعتنقه، وطريقة تفسيره للأحداث من حوله تعد عوامل هامة تسهم في حدوث الاضطرابات المزاجية، ومن ثم فهو يرجع الاكتئاب إلى خلل التفكير ويرى أن هناك مثلث من الأفكار المتشائمة والنظرة السالبة عن الذات والعالم والخبرة والمستقبل، وطبقاً لرأي بيك فإن التشويه المعرفي المسبب للاكتئاب يحدث نتيجة أفكار تلقائية تظهر في عقولنا أو تعلق في أذهاننا على حافة الشعور، ويتقبل مريض الاكتئاب هذه الأفكار التلقائية المشوهة مما يلي:

- **الاستدلال الخاطئ:** بناء تعميمات أو استنتاجات على عناصر معينة في الموقف على الرغم من وجود أدلة مدعمة أو وجود أدلة ضعيفة، فقد يستنتج فرد ما أن رئيسه في العمل يكرهه لأنه لم يبدي ملاحظات ايجابية عنه.
- **التجريد الانتقائي:** حيث يبني المرء استنتاجه على العناصر السلبية والوصول إلى صيغة لنتيجة حدث معين على أساس من تفضيلات مستقلة، على حين يكون هناك تجاهل للبراهين الايجابية والأكثر دقة.
- **المبالغة في التعميم:** حيث يطلق الفرد أحكاماً سلبية كاسحة أو عامة عن ذاته أو عن قدراته، وأهميته الذاتية بناء على حدث واحد قد يكون تافه أو عديم القيمة، فقد يصف فرد ما نفسه بأنه في غاية السوء لأنه نسي موعداً غير ذات قيمة مثلاً. (قوته، 2007: 183)
- **التفخيم والتهويل:** مقبل التحقير والتهوين، أي المبالغة في أهمية وتواتر الأحداث السلبية، والتهوين أو التحقير في شأن الأحداث الإيجابية.
- **لوم وانتقاد الذات:** أي إساءة تفسير الأحداث بشكل يبرز ما لدى الفرد من نقائص وعيوب يجعله يحقر من شأن ذاته ويلقى بالملامة عليها.
- **الكل أو لا شيء:** أي الميل للتفكير في صورة مطلقة.

يرى بيك أن مرضى الاكتئاب لديهم ثلوث معرفي من المخططات السلبية، فهم يتصفون بطرق سلبية من التفكير حول ذاتهم، والعالم من حولهم، ونحو المستقبل، كما يفترض أن الأفكار التلقائية لمرضى الاكتئاب وخواطره السلبية عن ذاته والعالم من حوله تجعله يركز على خبرات الفشل والخسارة دون غيرها، ويتسق هذا الافتراض مع رأي المدرسة السيكودينامية من أن التعرض للفشل والخسارة تسبب الاكتئاب.

ب. **نماذج العزو:** وتتمثل نماذج العزو ثاني أهم التفسيرات المعرفية للاكتئاب وتشمل ثلاث نماذج هي:

1. نموذج العجز المكتسب (المتعلم): وقد افترض هذا النموذج سيلجمان 1975 Seligman ويرى أن الناس الذين يتعرضون لمواقف بغيضة أو مكروهة بشكل غير منضبط أو محكوم سوف يتطور لديهم الاكتئاب الذي ترجع جذوره إلى مشاعر العجز أو اليأس. (قوته، 2007: 184).

2. نموذج أسلوب العزو: ركز امبرسون ورفاقه (1978) الطريقة التي يفسر بها المكتتبين أسباب الأحداث التي وقعت لهم وهو ما يعرف بأسلوب العزو وافترضوا أن مرضى الاكتئاب لديهم ثلاث أنواع من أساليب العزو وهي:

- داخلي: وترجع إلى الميل لعزو الأحداث السالبة إلى مشاعر الفرد الداخلية وعدم كفايته (مثلاً لقد حصلت على درجة منخفضة في الامتحان لأنني غبي).
- ثابتة: وترجع إلى الاعتقاد بأن أسباب الأحداث السالبة ستبقى ثابتة عبر الزمن، مثلاً (لن أحصل على درجة جيدة في الامتحان لأنني سأبقى غيباً)
- الشامل: وترجع إلى الاعتقاد بأن مسببات الأحداث السالبة لها آثار عامة وغير محدودة على حياة الفرد، مثلاً (لقد سبب غبائي لي كل أنواع المشاكل بدءاً من انخفاض تحصيلي في المدرسة إلى عدم وجود عمل وحتى عجزني عن إيجاد الزوجة المناسبة). (سمير قوته، 2007: 185)

3. نموذج الاستهداف للضغط: بسبب الانتقادات التي وجهت إلى النموذجين السابقين قام امبرسون ورفاقه (1989) بمراجعة نموذج العجز المكتسب وبصياغة نموذج الاستهداف للضغط، وطبقاً لهذا النموذج يرون أن العجز أو اليأس يعمل كسبب معجل لنوع معين من الاكتئاب ويعرف باسم اكتئاب اليأس، فالإأس يتطور عندما يتعارض شخص ما لديه حساسية معرفة (استهداف) لبعض حوادث الحياة الضاغطة، ويصدر أساليب عزو سالبة تتميز بالثبات والشمول إزاءها (مرجع سابق: 186).

أعراض الاكتئاب:

1. الأعراض الجسمية ومنها:
 - انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنع.
 - فقدان الشهية ورفض الطعام.
 - الصداع والتعب - لأقل جهد - وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر.

- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي، والضعف الحركي والبطء وتأخر زمن الرجوع.
- الرقابة الحركية واللازمات الحركية.
- توهم المرض والانشغال على الصحة. (البناء، 2006: 162-163)

2. الأعراض النفسية ومنها:

- البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه.
- انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسي على الذات.
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية، والشعور بعدم القيمة والتفاهة.
- القلق والتوتر والأرق.
- فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والسكون والشروود حتى الذهول.
- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترار الأفكار السوداء والاعتقاد بأن لا أمل في الشفاء والانخراط في البكاء أحياناً، والتبرم بأوضاع الحياة، وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها.
- اللامبالاة بالبيئة، ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمور العادية (في المنزل وفي العمل وفي وقت الفراغ).
- بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت.
- الشعور بالذنب واتهام الذات وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها.
- أفكار الانتحار أحياناً. (البناء، 2006: 163-164)

3. الأعراض العامة وأهمها:

- نقص الإنتاج عن ذي قبل وعدم التمتع بالحياة كما كان من قبل.
- سوء التوافق الاجتماعي.
- انكسار النفس وانقباضها.
- فقد المشاركة مع الآخرين. (مرجع سابق: 164)
- يصاحب الاكتئاب التدهور الحركي، الصداع، فقدان الشهية، نقص الوزن، الإمساك، الأرق، البطء في الكلام، التفكير في الانتحار (زهران، 2005: 145)

علاج الاكتئاب:

1. **العلاج النفسي:** ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب منها استخدام الإيحاء، والمساندة، والتدعيم، أسلوب التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، ولكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون (الشرييني، 2001: 238).
2. **العلاج البيئي:** ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء ومن وسائل هذا العلاج والترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى. (مرجع سابق: 239)
3. **العلاج بالأدوية النفسية:** ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين، ويقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته (مرجع سابق: 238)

خامساً: القلق: Anxiety

تناول عدد كبير من علماء النفس تعريفات عدة للقلق ومن خلال وجهات نظرهم الخاصة:

تعريف القلق:

القلق هو حالة من توتر شامل مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، و يصحبها خوف غامض، وأعراض نفسية جسدية مثل ازدياد معدل التنفس، الشعور بالاختناق، الإكثار من التبول، عدم النوم العميق، وازدياد عدد ضربات القلب، فقدان الشهية (الشوربجي، 2003: 138).

والقلق شعور عام بالخشية، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديداً غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة أو الخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا للخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً ومواقف تصعب مواجهتها. (عبد الخالق، 1994: 14).

والقلق شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات

تتكرر في نفس الفرد، وذلك مثل الشعور، بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، والضييق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع. (عكاشة، 1998: 107).
وتتبنى الباحثة تعريف حامد زهران للقلق على أنه نوع من الخوف الغامض غير المحدد المجهول السبب المصحوب بالتوتر والضييق والتهيب وتوقع الأذى وعدم الاستقرار العام مما يعوق المريض عن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطرباً. ويصاحب القلق اضطرابات نفسية جسمية مثل العرق المفرط وصعوبة التنفس والاضطرابات المعوية وسرعة نبضات القلب، ويصاحبه أيضاً التوتر وتغير الصوت واللازمات الحركية والأرق والأحلام المزعجة. (زهران، 2005: 144)

التعريف الإجرائي للقلق: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاضطرابات النفسية المخصص للدراسة في بعد القلق.
أسباب القلق:

تحصر الباحثة أسباب القلق في العوامل والأسباب الآتية:

1. العوامل البيولوجية:

وقد تم حصرها في العوامل الآتية:

- زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولاسيما الشق السيمبثاوي.
- زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholamine's في الدم.
- ارتفاع نسبة نواتج أيض النور أدرينالين.
- انخفاض القدرة الفاصلة بين بدء النوم وظهوروا حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام) وانخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق).
- انخفاض تركيز حامض (جاما بيوتيريك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي.
- ازدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق، وازدياد النشاط الدومامين المرتبط بالقلق.
- ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.
- ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (حركة العصبونات النور أدرينالية). (غانم، 2015: 45) نقلا عن (Kaplan. H. & Sadock, B, 1996).

2. **الوراثة:** كثيراً ما نلاحظ أن والدي المريض، وأحياناً أقاربه الآخرين، يعانون من نفس القلق، وهذا يدل على اضطراب البيئة التي نشأ فيها المريض بقدر ما يدل على أهمية الوراثة، (عمر شاهين وآخرون، 1977)
3. **الاستعداد النفسي** كالشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب والنقص، والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصادياً أو زواجياً أو مهنيًا... إلخ، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية. (البناء، 2006: 95)
4. **مواقف الحياة الضاغطة** كالضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة، ومطالب ومطامح المدنية المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق)، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهجم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، والوالدان العصبيان القلقان أو المنفصلان، وعدوى القلق وخاصة من الوالدين. (مرجع سابق: 96)
5. **مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخوخة**، ومشكلات الحاضر التي تنتشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان... إلخ واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
6. **التعرض للحوادث والخبرات الحادة** (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً)، والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي والتعب والمرض. (زهران، 1977).

ومن أهم الأسباب الأخرى هي توقع خيبة الأمل أو صعوبات العمل، أو فقدان عزيز، أو اضطراب في العلاقة بالجنس الآخر، أو أي صدمة نفسية أخرى، ويمكن أن يكون السبب عضوياً مثل الحمى أو الإصابة أو غيرها (شاهين وآخرون، 1977)

أعراض القلق:

نستطيع حصر الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي في نوعين من القلق لكل منها أعراضه الخاصة:

1. القلق الحاد: وأعراضه النفسية تتلخص في:

- **حالة الخوف الحاد:** حيث يظهر التوتر الشديد والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة أو عدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس والكلام السريع غير المترابط.

- حالة الرعب الحادة: وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارد غزير.
 - إعياء القلب الحاد: مع استمرار القلب يصاب الفرد بإجهاد جسيم، ويصاب بالأرق الشديد لعدة أيام، وينعكس هذا الإعياء على وجه وسلوك وانفعالاته ولغة الشخص المنهك.
2. القلق المزمن: وهو مرحلة تالية من الإصابة تنتج من خلال استمرار القلق لمدة طويلة دون علاج وله العديد من الأعراض والعلامات.
- الأعراض الجسمية: حيث تتأثر أجهزة الجسم الحشوية ولذا من المتوقع أن يشكو الشخص من عديد من الأعراض الخارجية: بالجهاز القلبي الدوري، الجهاز الهضمي، الجهاز التنفسي، الجهاز البولي، الجهاز العضلي، جهاز الغدد الصماء.
 - في حين تكون الأعراض الجسمية: الخوف، التوتر أو التهيج العصبي، ضعف القدرة على التركيز، فقدان الشهية، تناول الخمر أو العقاقير المنومة أو المهدئة، الأمراض السيكوسوماتية. (عكاشة، 1998: 112 - 119)

علاج القلق:

تتعدد المداخل التي تتعامل مع اضطراب القلق العام ويمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

1. العلاج الدوائي:

الديازيبام (الفاليوم)، التوفرانيل (مضاد للاكتئاب)، الالبرازولام (زاناكس)، البارنات (أحد مثبطات خميرة أمين الاوكسيداز الأحادية)، بيوسيار، الايندرال (منظم ضربات القلب)، الكلونازيبام، الكلوميبرأمين، الفلوكزيتين (البروزاك). (Kaplan. H & Sadock, B, 1996).

2. العلاج النفسي:

وتتعدد صور العلاج النفسي وفقاً للمدرسة التي ينتمي إليها المعالج، بل من الممكن أن نجد اختلافاً داخل المدرسة الواحدة ومن أهم المدارس العلاج:

أ. المدرسة التحليل النفسي:

حيث يرى فرويد أن السلوك الشاذ تعبيراً عن صراعات نفسية داخلية، وهو يعتقد أن كل شخص (يكبت) أو يدفع من الشعور والخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلاً عن الرغبات والصراعات وعندما تكبت هذه المواد تصبح لا شعورية، ومع ذلك فهي تؤثر في السلوك الشخصي والاجتماعي للأفراد دون أن يكونوا على وعي بالسبب الحقيقي لأفعالهم

وأقوالهم ومن ثم يتلخص الهدف من العلاج في جعل ما هو لا شعوري شعورياً ويقع على عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التي يفترض أنها تحدد سلوك المريض ويجعله المعالج على وعي بها عن طريق استخدام العديد من التقنيات العلاجية. (عبد الخالق، 1994: 48-49).

ب. العلاج السلوكي:

حيث نجد العديد من الأساليب العلاجية مثل:

1. العلاج بالاسترخاء سواء الاسترخاء العضلي أو النفسي:

أن تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة تمكن المعالج والشخص العادي من استثمارها في أغراض عديدة منها:

- إمكانية استخدام الاسترخاء مع أسلوب التضمين التدريجي في المواقف المثيرة للقلق.
- يستخدم الاسترخاء بوصفه أسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط في حالات القلق الفعلي.
- يستخدم الاسترخاء مع العلاج بطريقة السيكودراما وخاصة حين يطلب المعالج من المريض تمثيل دور شخص ما عادة ما يكون مصدر القلق لديه عالياً أو مرتفعاً.
- يستخدم الاسترخاء للمساعدة في تغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة ومن ثم علاج القلق والمخاوف وتوهم المرض. (إبراهيم، 1998).

2. العلاج عن طريق الكف المتبادل (الجوزيف وولبي):

ويرى أن القلق هو الأساس والمحور في الاضطرابات العصبية، حيث في علاج القلق لا بد من تحديد أمرين:

- شكل استجابات القلق والاستجابات الثانوية المترتبة عليه.
- معرفة المنبهات المثيرة لهذه الاستجابات والظروف التي تحدث فيها وأنه من خلال طريقة التقليل المنظمة للحساسية أو التسكين المنظم أو تكوين مدرج القلق تستبدل استجابة القلق باستجابة الاسترخاء، ومع مواصلة العلاج ينتهي القلق. (عبد الخالق، 1994: 51-55).

سادسا: العداوة: Hostility

العداوة ما زال مفهوم موضع جدل في الأندية الأدبية والنفسية وما زال هناك خلط ما بين العداوة والعدوان أو السلوك العدواني لذلك على حد علم الباحثة فإن مفهوم العداوة لا يزال يفتقر إلى التعريفات الكثيرة.

تعريف العداوة:

العداوة حالة دافعية قد تؤدي إلى سلوك عدواني. (منصور وآخرون، 1989: 464)

يقصد بالعداوة (العداء) هي شعور داخلي بالغضب والعداوة والكراهية موجة نحو الذات أو نحو شخص أو موقف ما، والمشاعر العدائية تستخدم كإشارة إلى الاتجاه الذي يقف خلف السلوك المكون الانفعالي للاتجاه، فالعداوة استجابة اتجاهية تتطوي على المشاعر العدائية والتقويمات السلبية للأشخاص والأحداث. (يوسف، 2000: 267)

والعداوة أي نشاط يقصد به الشخص إيذاء الآخرين دون أن يتضمن ذلك إيذاءً بدنياً يطلق عليه سلوك عدائي، (شريف، 1992: 19)

العداوة شعور داخلي بالغضب والكراهية موجه نحو الذات أو نحو شخص أو موقف ما، وتستخدم المشاعر العدائية كإشارة إلى الاتجاه الذي يقف خلف السلوك أو المكون الانفعالي للاتجاه، فهي استجابة اتجاهية تتطوي على مشاعر العدائية والتقويمات السلبية للأشخاص والأحداث. (العقاد، 2001: 100)

والعداوة تتضمن مجموعة من مشاعر الغضب والاتجاهات المعقدة التي قد تدفع إلى السلوك العدواني الموجه نحو تدمير الأشياء وإيذاء الأشخاص في حين لا يقف مفهوم العدوان عند مجرد مشاعر واتجاهات وإنما هو سلوك تدميري نحو الأشخاص والأشياء (القرشي، 1997: 75)

والعداوة على أنها مشاعر الكراهية والشك والريبة والمفاصلة بل المقاطعة تجاه فرد أو مجموعة من الأفراد والمعاداة عكس المودة فهي تتضمن الجاني المعرفي والوجداني للعدوان، استرشاداً بقول الحق تبارك وتعالى " وبدا بيننا وبينكم العداوة والبغضاء أبدا حتى تؤمنوا بالله وحده "(المتحنة، 4). (أبو حطب، 2002: 23).

وتعرف الباحثة العداوة أنها الشعور الخفي والسلوك الكامن في إلحاق الأذى المتعمد والمقصود بالنفس أو بالآخرين دون أن يلحق أي ضرر نفسي أو بدني نتيجة بعض المشاعر والأفكار والتجارب التي عاشها الفرد في حياته التي جعلته في حالة من الغضب والإحباط. وترى الباحثة من خلال التعريفات السابقة أن العداوة مدفوعة بالرغبة في إيذاء الآخر وأن العداوة ظاهرة عامة وإن مجالها واسع من حيث اختلاف والتعبير عنها، فالأفراد الذين ينشئون في المجتمع، يظهرون هذا الشعور بالعداوة تجاه أنفسهم أو غيرهم حيث قد يكون الشعور قوياً أو ضعيفاً. وقد يكون موجهاً أو غير موجه. علنياً أو خفياً، مباشراً أو غير مباشر أي أن مقدار

العداوة يختلف من فرد لآخر وهذا يرجع إلى كمية الشعور بالغضب أو الإحباط عند كل فرد على حدى.

وهذه العداوة تختلف تماماً عن السلوك العدواني حيث السلوك العدواني يكون ظاهراً منوطاً بتحقيق الأهداف العدوانية.

مظاهر العداوة:

عموما يظهر السلوك العدواني بالمظاهر التالية:

- يبدأ السلوك العدواني بنوبة مصحوبة بالغضب والإحباط ويصاحب ذلك مشاعر من الخجل والخوف.
- تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة أو المتكررة من البيئة.
- سرعة الغضب والانفعال وكثرة الضجيج والامتعاض.
- مشاكسة غيره وعدم الامتثال للأداء والتعليمات وعدم التعاون والترقب والحذر أو التهديد اللفظي وغير اللفظي. (عز الدين، 2010: 154-155)

أسباب العداوة:

تعددت وتنوعت أسباب العداوة ومن بينها ما يلي:

1. **الإحباط:** ويعتبر الإحباط أهم عامل للميول العدوانية عند الشخص، وهذا ما أكده "مصطفى فهمي" بأن العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجته أو تقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل (مهنا، 1994: 170)
2. **الحرمان:** ويكون العدوان بسبب عدم إشباع الحاجات والدوافع مع الاستثارة. (سري، 2000: 43)
3. **الشعور بالنقص:** حيث أن قد يدفع شعور الشخص بنقصه من الناحية الجسمية أو العقلية، كأن يفقد أحد أعضائه وهذا جراء انشغال الفرد بما حوله من أشخاص ومقارنة ما يراه بنفسه مما ينتج عن ذلك صراع بينه وبين نفسه ويولد له سلوكيات عدوانية. (مهنا، 1994: 322)

علاج العداوة:

تعتبر العداوة من بين المشكلات التي أثرت على حياة الفرد بالسلب فإن علاج العداوة والعدوان تتركز على المستويات التالية:

1. العلاج النفسي: ويهتم العلاج النفسي بطبيعة الأعراض للتخلص منها، ومعرفة الأسباب لإزالة آثارها وتشجيع المريض والعمل على تحقيق الشفاء. (سري، 2000: 83)، ويكون العلاج النفسي فردي وجماعي ويجمع بين العلاج المعرفي والسلوكي وذلك بهدف خفض العدوان معرفياً ووجدانياً وسلوكياً، من خلال فهم السلوك وتفسيره في مناخ آمن يتيح للعميل حرية التعبير، وتشجيع التفاعل السليم وضبط الذات، وتحقيق مزيد من الاستبصار، ويفيد العلاج السلوكي بصفة خاصة الإشراف التجنبي بما يؤدي تجنب السلوك العدواني، يستخدم التعليم الذاتي وحل المشكلات بالاعتماد على نفسه، يتم التركيز على التدريب على التفكير أولاً قبل الانفعال وقبل السلوك العدواني لسهل عملية السلوك العدواني. (مرجع سابق: 52)

2. العلاج الاجتماعي: ويدخل تحت هذا العلاج ما يسمى بالعلاج البيئي، وهو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها، أو تغييرها أو ضبطها من البيئة التي أدت على الاضطراب النفسي إلى بيئة تتيح نوعاً من التوافق النفسي للشخص الذي عنده ميول عدوانية. (زهران، 1997: 331)

3. العلاج السلوكي: ويعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي. (مرجع سابق: 237)، وذلك بضبط وتعديل السلوك السوي حيث يعتمد العلاج السلوكي بإعطاء المريض المثير الأصلي الذي كان يسبب له القلق وهو في حالة استرخاء عام، بحيث يظهر المثير ولا تظهر أعراض القلق، ولكن استرخاء المريض يحتاج إلى تمرينات يجب أن تحملها المريض أولاً وهو واقف، جالس، نائم بحيث تشتمل كل أعضاء جسمه وعضلات ذهنه. (العيسوي، 1984: 169)

سابعا: قلق الخوف: Phobic Anxiety

تتميز المخاوف المرضية بأنها تبدأ من خبرة في الطفولة تؤثر في الطفل تأثيراً مخيفاً أو مثيراً للقلق والتي تم كبتها كونها تثير الشعور بالذنب أو الخزي أو لا يمكن تقبلها، ويتم إزاحة الخبرة المخيفة من الموضوع الأصلي إلى موضوعات بديلة ترمز للموضوع الأصلي والفرق بين الخوف العادي والفوبيا، الخوف العادي غريزة وهي حالة يشعر بها كل إنسان في حياته العادية وهي الخوف من أشياء مخيفة فعلاً نتيجة خطر فعلي نتيجة موقف قوي بشكل مفاجئ لا يسمح بالتكيف معه عكس قلق الخوف أو الفوبيا (البناء، 2012: 134)

تعريف قلق الخواف المختلفة:

قلق الخواف مرض نفسي وظيفي يتخذ أعراضاً من بينها شعور المريض بالخوف والقلق من مثيرات ليس من شأنها أن تثير الخوف أو القلق لدى الغالبية العظمى من الناس، وذلك لأنها لا تتضمن خطراً أو تهديداً لحياة الفرد، ومع علمه بذلك إلا أنه يشعر بالخوف عندما يتعرض لمثل هذه المثيرات، ومن أمثلة المثيرات التي تسبب هذه الحالات الخوف من الأماكن العالية والأماكن الواسعة أو الفسيحة والأماكن الضيقة، والخوف من المصاعد والزنزانات، والخوف من الرعد والبرق والضوضاء والحشرات والجراثيم أو الخوف من المياه ومن النار ومن رؤية الدم والأفاعي ومن الأشياء الحادة والخوف من القذارة. (العيسوي، 1992: 157)

قلق الخواف ويقصد به الخواف أو الرهاب أو المخاوف المرضية وهي المخاوف غير المعقولة وغير المنطقية، فالخوف هو رعب مبالغ فيه من موضوع أو موقف ما لا يمثل في حد ذاته تهديداً حقيقياً فمريض الخواف يستجيب بالخوف لموضوع أو موقف ليس هو في حد ذاته مصدر الخطر. (مرجع سابق: 133)

قلق الخواف يحدث نتيجة لمرور الفرد بمواقف وخبرات غير مؤاتية لاسيما ما حدث منها في سنوات الطفولة المبكرة. (مرجع سابق: 158)

وتتبنى الباحثة تعريف حامد زهران لقلق الخواف على انه خوف مرضي لا مبرر له ولا يقاوم ولا يعرف المريض مصدره النفسي، إلا أنه يعرف أنه ليس لخوفه أساس شعوري معقول، ورغم هذا لا يستطيع التخلص منه فيوجه سلوكه. (زهران، 2005: 138).

التعريف الإجرائي لقلق الخواف: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاضطرابات النفسية المخصص للدراسة في بعد قلق الخواف

أسباب قلق الخواف:

تتعدد الأسباب التي قدمت لأسباب اضطراب قلق الخواف (الرهاب) من هذه التفسيرات:

1. **الأسباب الفسيولوجية:** إن العوامل الوراثية تبدو ذات أثر في نقل اضطرابات الحصر وخاصة الاضطرابات التي تتضمن نوبات الفزع وما يرافقها من أعراض أخرى أهمها التجنب.

(Kendler. et. al، 1992، 267-277 pp).

2. الأسباب النفسية:

أ. إطار التحليل النفسي:

وينهض على أساس أن الفرد يعاني صراعاً عصبياً بين نوازعه وغرائزه من ناحية ومثله ومعايير المجتمع من ناحية ثانية، ربما أن الفرد عاجزاً عن مواجهه هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضه ويخاف فإنه يسقط هذا الخوف الداخلي على موضوع خارجي من خلال ميكانيزم الإزاحة أو النقل. (عسكر، 1990: 32-35).

ب. الإطار السلوكي:

يعتمد أنصار هذا الاتجاه في تفسير الاضطراب الخواف (الرهاب) على ميكانيزم التشريط فالرهاب قد مر في الماضي غالباً ما يكون في مرحلة الطفولة قد يتعرض الفرد لخوف شديد، ثم نسي هذا الموقف، ولكن ظل الارتباط قائماً بين هذا الموقف وخبرة الخوف المؤلمة. (إبراهيم وآخرون، 1993).

أعراض قلق الخواف:

فيما يلي أهم أعراض قلق الخواف:

1. كل أنواع المخاوف المرضية مثل الخوف المرضي من: الخوف، الجنس، النساء، الأماكن الواسعة، الأماكن المغلقة، الأماكن المرتفعة، النور، الظلام، البرق، الرعد، الماء، النار، الدم، الجراثيم، الحشرات، الحيوانات، الثعابين، التلوث، التسمم، المرض، الألم، الموت، الزحام، اللغات الأجنبية، الغريباء... إلخ.
2. القلق والتوتر.
3. ضعف الثقة في النفس، والشعور بالنقص، وعدم الشعور بالأمن، والتردد وإضاعة الوقت، يعمل ألف حساب لكل أمر، والجبن، وتوقع الشر، وشدة الحرص، والانسحاب والانفراد، والهروب، أو التهاون والاستهتار، والاندفاع، وسوء السلوك.
4. الإجهاد، والصداع والإغماء، وخفقان القلب، وتصيب العرق، والتقيؤ، وآلام الظهر، والارتجاف، واضطراب الكلام، والبوال أحياناً.
5. السلوك التعويضي مثل: النقد والسخرية، والتحكم، وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.
6. الأفكار الوسواسية، والسلوك القهري.
7. الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي، ويصبح الخواف عائقاً معجزاً مثل: الامتناع عن الأكل في المطاعم، أو الامتناع عن التنزه أو الرياضة أو حتى مغادرة المنزل أو عبور الطريق. (البناء، 2006: 135-136)

علاج قلق الخوف:

يوجد العديد من العلاجات الطبية والنفسية والاجتماعية لقلق المخاوف، فأما عن العلاجات الطبية فإنه يوصف للمريض الأدوية المهدئة والمضادة للقلق، ثم العلاجات النفسية بتوجهاتها المختلفة (تحليلية، سلوكية، معرفية، وجودية... الخ) إلا أن العلاجات النفسية السلوكية تعد الأبرز الآن على الساحة العلاجية للمخاوف.. حيث يجب أولاً إثارة رغبة المريض في العلاج، وفيما يلي أهم ملامح العلاج:

1. العلاج النفسي للخوف:

خاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة، والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك المريض والفهم الحقيقي والشرح والإقناع والإيحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف. ويستخدم أيضاً العلاج النفسي التدميمي، وتنمية الثقة في النفس، وتشجيع النجاح والشعور به، وأبرز نواحي القوة والإيجابية لدى الفرد، وتشجيع المريض على الاعتماد على نفسه، وإكسابه الخبرات بنفسه، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة. ويستخدم كذلك العلاج النفسي المختصر في حالة المخاوف الحديثة الظهور، ويستفيد بعض المعالجين بالتنويم الإيحائي. (البناء، 2006: 137)

2. العلاج السلوكي الشرطي للخوف:

يكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة، وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك وفق الاشرط والتعرض لمواقف الخوف نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمر سارة محببة والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخوف (وقد تستخدم بعض الأدوية المهدئة للتقليل من حدة القلق المصاحب لمثل هذه المواقف). ويستخدم أسلوب التحصين التدريجي بصفة خاصة (شاهين وآخرون، 1977).

كما يفيد العلاج السلوكي التصرفي في علاج مثل هذا النوع من العصاب، وذلك بتعريض المريض تدريجياً للمثير المسبب للمخاوف، عن طريق التخيل للمثير في وضع استرخاء، ثم عرض صور المثير على المريض بالتدريج، وبعد ذلك عرض المثير نفسه في وجود مرضى آخرين، ثم التعريض المفاجئ للمثير بدون أي مقدمات. (ثابت، 1998)

كما أن العلاج السلوكي ينهض على مجموعة من الأسس هي:

- لا يبذل المعالج السلوكي مجهوداً كبيراً، عكس التحليل النفسي في البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك، بل ينظر إلى الاضطراب على أساس أنه (تعليم شاذ) أمكن اكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعلم.
 - إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتزمان إذ أن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو أخطاء التي مر بها الشخص فجعلته يخاف أو يقلق.
 - إن المعالج السلوكي لا يرى ما لا يراه المعالج التحليلي من أنه خطوة أساسية في ضرورة إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة ولذا يرى أن علاج العرض يساوي علاج المرض.
 - يتشكك المعالجون السلوكيون في مقولات أصحاب نظرية التحليل النفسي من إمكانية أن تتحول الأعراض المرضية إلى أعراض مرضية أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض. فالخوف حين يستبدل بخوف آخر قول غير مقبول من وجهه النظر السلوكية.
 - إن العلاج السلوكي يستظل بعبارة التعلم، والتجريب، وفي هذا الاطلاع استطاع العلاج السلوكي أن يتحقق سبقاً في علاج العديد من المخاوف ولدى العديد من الأفراد وفي مختلف الأعمار. (إبراهيم وآخرون، 1993)، (غانم، 2001)، (مليكه، 1990)، (غانم، 2004).
3. **العلاج الجماعي للخوف:** بالتشجيع الاجتماعي، وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم الناضج.
4. **العلاج البيئي للخوف:** بعلاج مخاوف الوالدين، وعلاج الجو المنزلي الذي يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية وعلاج الوالدين والأقارب في حالة عدوى الخوف، وتوجيه الوالدين والمشرفين للمساهمة في ضبط الانفعالات والتقليل من الخوف ببذل محاولات العلاج والتقليل من المشاجرات وعدم الخوف وعدم حكاية الحكايات المخيفة للأطفال. (البناء، 2006: 138)

ثامنا: البارانويا التخيلية: Paranoid Ideas

تعريف البارانويا التخيلية:

مصطلح البارانويا مشتق من الكلمة الإغريقية، ومعناها الجنون، وكانت البارانويا في الماضي تعني الهذيان المزمن وقد اتسع معني البارانويا ليشمل أوهام تلاحق المريض، ولعل

توهماً مفرداً بعينه يلزم المريض فيكثر من الشكوى منه، ويكون مصدر شقائه وبلواه.
(الجسماني، 1998: 77)

وتتبنى الباحثة تعريف حامد زهران للبارانويا التخيلية هي حالة مرضية ذهانية تميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت أي الهذيان والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهذاء النقي أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنظمة نسبياً وعلى اتصال لا بأس به بالواقع ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام الهذيان ويعرف الهذاء أحياناً باسم " ردة فعل الهذاء" وأطلق عليه البعض اسم جنون العظمة وجنون الاضطهاد. (زهران، 1997:543)

التعريف الإجرائي للبارانويا التخيلية: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاضطرابات النفسية المخصص للدراسة في بعد البارانويا التخيلية.

أسباب البارانويا التخيلية:

1. **الوراثة:** لها أثر هام في الاستعداد لهذا المرض، ويوجد في العائلة ومن أقارب المرضى وخاصة الوالدين - عادة - تاريخ إيجابي للمرض العقلي واضطرابات الشخصية (شاهين، 1977).

2. **الصراع النفسي** بين رغبات الفرد في إشباع دوافعه وخوفه من الفشل في إشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا، والإحباط والفشل والإخفاق في معظم مجالات التوافق الاجتماعي والانفعالي في الحياة والذلل والشعور بالنقص وجرح الأنا، والاعتماد الزائد على حيل الدفاع، وظهور هذه الحيل في شكل أعراض الهذاء. ومن أهم حيل الدفاع هنا: الإنكار، والتبرير، والتعويض، والكبت، والإسقاط (مثل إسقاط الدوافع التي تؤدي إلى الشعور بالذنب إلى الخارج على " مضطهديهم ") (زهران، 1997).

3. **اضطراب الجو الأسري** وسيادة التسلطية والكف والنقد ونقص كفاية عملية التنشئة الاجتماعية، والفشل في تحديد مستوى طموح يتناسب مع القدرات (شاهين وآخرون، 1977).

4. **تهديد أمن الفرد** من خلال المنافسة أو الرفض أو الخزي أو الهزيمة.

5. **خبرات الحياة الصادمة**، والمشكلات التي تتركز حول احترام وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية. (زهران، 1997)

6. اضطراب نمو الشخصية قبل المرض وعدم نضجها، تميل إلى غلبة السمات البارانونية والخيالية. (شاهين وآخرون، 1977).

7. الأسباب العضوية: هناك بعض عقاقير مثل الأمفيتامين تحدث أعراضاً بارانونية مباشرة، وقد تترك أثراً دائماً حتى بعد الانقطاع عنها. (البناء، 2006: 230)

أعراض البارانونيا التخيلية:

تتمثل أعراض البارانونيا التخيلية فيما يلي:

1. أوهام ليست غريبة تحدث في الحياة الواقعية وذلك لمدة شهر.
2. وجود هلاوس لمسية وشمية في الاضطراب التوهمي إذا كانت ذات صلة بالموضوع التوهمي.
3. السلوك لا يكون غريباً أو شاذاً بشكل واضح.
4. مدة النوبات المزاجية إذا حدثت بالتزامن مع الأوهام تكون وجيزة مقارنة بالفترات التوهمية.
5. لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة أو على حالة طبية عامة. (زهران، 1997: 544)

علاج البارانونيا التخيلية:

يبدأ العلاج بدراسة الأسباب التي دعت المريض إلى الاستشارة، والتي جعلت هذه المنظومة البارانونية تتصاعد في حدثها، حتى يتوقف التصالح النسبي بين أجزاء الشخصية... وبالتالي عجز التوازن القائم بين المنظومة البارانونية والجهاز السليم الواقعي، ولم يعد التوافق قادراً على الاستمرار دون تدخل أو تصادم (البناء، 2006: 244)

وفيما يلي أهم ملامح علاج الهذاء:

1. **العلاج الطبي:** بالأدوية والعقاقير المضادة للذهان لازم لجعل المريض أكثر طواعية خلال العلاج النفسي. أي أن العلاج الطبي هنا يفيد في بداية العلاج النفسي، ولكنه لا يمكن أن يحل محله. ومن الأدوية المستخدمة (فينوثيازين، وترايفلوبيرازين وتورازين وكلوربرومازين) لأن هذه العقاقير تعمل لتنشيط وتهدة الأجزاء القديمة في المخ، إلى جانب علاج الرجفة الكهربائية. هذا إلى جانب ضرورة العناية بالصحة العامة للمريض والراحة إلى أقصى حد. (شاهين والرخاوي، 1977)

2. **العلاج بالصدمات الكهربائية:** وهي تفيد في أغلب الحالات، وخاصة إذا أعطيت مبكراً، وبالاشتراك مع المهدئات العظيمة، أو بعد إعطاء الأخيرة بكميات كافية ولو لوقت قصير. (شاهين والرخاوي، 1977)

3. **العلاج النفسي:** بهدف تخفيف حدة قلق المريض، وتجديد قدرته على الاتصال على مستوى واقعي في العلاقات الشخصية والتخلص من أوهامه باستخدام العلاج التدعيمي أو العلاج المكثف والجمعي لإعطاء الفرصة لاستيعاب هذا النشاط الداخلي الذي ظهر في شكل مرضي فيبذل المعالج قصارى جهده لحل مثل هذا المشكلات والصعوبات في إدراك الآخرين، والتوجيه والتأهيل النفسي والتربوي والمهني والعلاج بالعمل. والعلاج الاجتماعي وإعادة التطبيع الاجتماعي والعلاج البيئي، ويجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة في حالة السلوك العدوانى للمريض. (البناء، 2006: 244)

تاسعا: الذهانىة: Psychoticism

تعريف الذهانىة:

الذهانىة وجود تدهور مستمر في الوظائف العقلية كالتفكير والتخيل والتصور والإدراك والتذكر والتعلم والاستدلال، و الذهانىة اضطرابات في المزاج أو في الحالة المزاجية واضطراب في إدراك الحقيقة أو الواقع، وما يميز الاضطرابات الذهانىة هو وجود الهالوس السمعية أو البصرية أو الشمية أو اللمسية أو الذوقية لدى المريض، بمعنى إدراكهم لأشياء لا وجود لها في عالم الحقيقة والواقع، وهو اضطراب يصيب الحياة العقلية أو الوظائف العقلية (العيسوي، 1992: 341)

وتتبنى الباحثة تعريف حامد زهران للذهانىة هي اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً ويعيق نشاطه الاجتماعي ويطابق الذهان فى المعنى القانونى والاجتماعى لكلمة " جنون " من حيث احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه ويشاهد فى الذهان الانفصال عن الواقع وتشويهه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح فى السلوك. (زهران، 1997: 527)

التعريف الإجرائى للذهانىة: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاضطرابات النفسية المخصص للدراسة فى بعد الذهانىة

أسباب الذهان:

فيما يلي أهم أسباب الذهان:

1. الاستعداد الوراثي المهيء، إذا توافرت العوامل البيئية المسببة للذهان.
2. العوامل العصبية والسمية والأمراض مثل التهاب المخ وجروح المخ وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي والزهري والتسمم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين.
3. الصراعات النفسية والاحباطات والتوترات النفسية الشديدة، وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والاحباطات والتوترات.
4. المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة.
5. الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الأمن وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة... إلخ. (البناء، 2006: 187-188)

أعراض الذهانية:

وتتمثل أعراض الذهانية فيما يلي:

1. اضطراب النشاط الحركي فيبدو البطء والجمود والحركات الشاذة قد يبدو زيادة في النشاط وعدم استقرار والتخريب.
2. تأخر الوظائف العقلية بشكل واضح واضطراب التفكير من خلال اضطراب سياق التفكير ومحتواه وتظهر الأوهام واضطراب الفهم بشدة.
3. صعوبة التفاهم مع المريض ووجود الهلوس البصرية والسمعية وعدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج.
4. سوء التوافق النفسي والاجتماعي والمهني.
5. اضطراب الانفعال ويبدو التوتر والتبدل والتناقض الوجداني.
6. قد تراود للمريض فكرة الانتحار.
7. اضطراب السلوك فيبدو شاذاً نمطياً واكتساب عادات سلوك تختلف عن طبيعة الفرد.
8. اضطراب مفهوم الذات. (زهران، 1997:539)

علاج الذهان:

جميع حالات الذهان تعالج في مستشفى الأمراض النفسية، وذلك لما يحدثه الذهان من اضطراب شامل للشخصية، ولما يؤدي إليه ذلك من سوء التوافق، ولما يصاحبه من نقص في البصيرة. وفيما يلي أهم ملامح علاج الذهان:

1. **العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للذهان**، كالمهدئات لضبط الانفعالات والسلوك. والعلاج بالصدمات الكهربائية تمهيدا للعلاج النفسي، والتأهيل الطبي النفسي.
2. **العلاج النفسي**: الشامل و التدعيمي فردياً أو جماعياً. وتعديل السلوك الغريب أو الشاذ وتحقيق السلوك العادي بقدر الإمكان، مع الاهتمام بعلاج مشكلات المريض بالاشتراك مع الأسرة.
3. **العلاج الاجتماعي**: وإعادة التثبيح والاندماج الاجتماعي وإعادة التعليم الاجتماعي، وتشجيع التفاعل الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية. والعلاج البيئي والتدخل المباشر في تعديل البيئة. والعلاج بالعمل.
4. **الجراحة النفسية** (كحل أخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية)، بشق مقدم الفص الجبهي، وذلك حتى يقل الإجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية. (البناء، 2006: 189)

خلاصة:

من خلال استعراض الباحثة لجميع الاضطرابات النفسية المخصصة للدراسة الحالية وجدت الباحثة أن القلق النفسي هو اضطراب أولي يأخذ أعراضه الخاصة وأسبابه ولكن يمكن ملاحظة أيضاً أن القلق يظهر كعرض في معظم الاضطرابات النفسية والجسمية والعقلية ويكون علاجه أساساً علاج المرض المسبب له ومن أهم الاضطرابات التي يصاحبها القلق هي الاضطرابات الجسمية، العداوة، قلق الخوف، الوسواس القهري وغيرها من الاضطرابات الأخرى، كما ولاحظت الباحثة أيضاً وجود القلق مع الاستخدام المفرط لشبكات التواصل الاجتماعي.

تعقيب عام على الإطار النظري:

لقد تناولت الباحثة في هذا الفصل متغيرات الدراسة بالتفصيل محاولةً للإمام ما يتعلق في إثراء المفاهيم المرتبطة بمتغيرات الدراسة التي اعتمدت على إدمان شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية حيث تناولت الباحثة موضوع إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بشكل مفصل مستعرضة المفاهيم الأساسية لإدمان الإنترنت وإدمان شبكات

التواصل الاجتماعي والنماذج المفسرة لإدمان الإنترنت والتي أيضاً ممكن أن تكون مفسرة لإدمان شبكات التواصل الاجتماعي حيث شبكات التواصل الاجتماعي جزء لا يتجزأ من الإنترنت والتي أوضحت أنها لها أثر في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والطرق والحلول المقترحة للتخلص من هذا العالم الافتراضي لشبكات التواصل الاجتماعي، كما تناولت الباحثة التأثيرات الايجابية والسلبية لاستخدام شبكات التواصل الاجتماعي كما وتطرقت الباحثة لأهم شبكات التواصل الاجتماعي الأكثر استخداماً للأفراد وتناولتها بشيء من التفصيل، كما تناولت الباحثة الشق الثاني من متغيرات الدراسة وهي الاضطرابات النفسية ذات العلاقة بموضوع الدراسة وكان أهمها (اضطراب الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانونيا التخيلية، الذهانية) متناولة التعريفات المختلفة لتلك الاضطرابات وطبيعتها بشكل مفصل ومعرجة على أهم الأسباب التي أدت إلى هذه الاضطرابات النفسية وأهم الأعراض وبعض الأساليب العلاجية لتلك الاضطرابات بما يخدم موضوع هذه الدراسة، ولقد ساهم الجانب النظري في هذه الدراسة في ازدياد معرفة الباحثة معرفة كبيرة وعظيمة في تفسير وتحليل نتائج الدراسة الحالية، كما تتمنى الباحثة أن يكون هذا الإطار النظري مادة جيدة في مساعدة الباحثين الآخرين في دراستهم المختلفة وزيادة الحصيلة العلمية والمعرفية لديهم.

الفصل الثالث الدراسات السابقة

- الدراسات الخاصة بشبكات التواصل الاجتماعي.
- تعقيب على الدراسات التي تناولت شبكات التواصل الاجتماعي.
- الدراسات الخاصة الاضطرابات النفسية.
- تعقيب على الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية.
- فرضيات الدراسة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد:

تتناول الباحثة في هذا الفصل مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي اهتمت بدراسة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي، وشبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها ببعض المتغيرات ووجدت الباحثة بعد الاطلاع والبحث في الدراسات السابقة والأبحاث انه لا توجد أي دراسات عن إدمان شبكات التواصل الاجتماعي ولكن أخذت الباحثة بعض الدراسات التي تخص إدمان الإنترنت بشكل عام وعلاقتها ببعض المتغيرات، بالإضافة إلى الدراسات التي اهتمت بدراسة الاضطرابات النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات وقد تم تصنيف الدراسات من الأحدث إلى الأقدم وذلك فيما يلي:-

أولاً: الدراسات التي تناولت شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها ببعض المتغيرات:

1. دراسة خاطر (2015):

تهدف هذه الدراسة إلى رصد مدى اعتماد طلبة الجامعات الفلسطينية على شبكات التواصل الاجتماعي أثناء العدوان الإسرائيلي على غزة عام 2014 م، وأسباب هذا الاعتماد وأهدافه ودوافعه، والتأثيرات الناتجة عن هذا الاعتماد. وتنتمي الدراسة إلى البحوث الوصفية، تم توظيف أسلوب مسح وسائل الإعلام، وتم جمع البيانات باستخدام صحيفة الاستقصاء والتي تم توزيعها على عينة طبقية عشوائية قوامها (400) مبحوث من طلبة الجامعات الرئيسية في قطاع غزة، وقد خلصت الدراسة إلى مجموعه من النتائج أهمها: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات اعتماد طلبة الجامعات الفلسطينية على شبكات التواصل الاجتماعي أثناء العدوان الإسرائيلي على غزة عام 2014 م تعزى لمتغير (النوع، الجامعة، المستوى الدراسي)، في حين كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير (المحافظة والتخصص الدراسي).

2. دراسة الطهراوي (2015):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى إشباع الحاجات النفسية لدى مستخدمي شبكة الفيس بوك من طلبة الجامعات والكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات إشباع الحاجات النفسية تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، الكلية، ساعات الاستخدام)، واستخدمت الباحثة استبانة

لقياس الحاجات النفسية، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (546) طالباً وطالبةً من الجامعات تم اختيارها بالطريقة العشوائية، وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الحاجات النفسية المشبعة لدى مستخدمي شبكة التواصل الاجتماعي الفيس بوك من طلبة الجامعات تعزى للمتغيرات (الجنس، عدد ساعات تصفح شبكة التواصل الاجتماعي الفيس بوك)، وتوجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المشبعة لدى مستخدمي شبكة التواصل الاجتماعي الفيس بوك من طلبة الجامعات تعزى إلى متغير الكلية لصالح الكليات الإنسانية.

3. دراسة الزيدي (2014):

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى العلاقة بين إدمان شبكة الإنترنت وكل من التواصل الاجتماعي والتحصيل الدراسي لدى طلبة جامعة نزوي، وتكونت عينة الدراسة من (412) طالباً وطالبةً، وتضمنت أدوات الدراسة: مقياس إدمان الإنترنت، ومقياس التواصل الاجتماعي. وأظهرت نتائج الدراسة عدد مدمني استخدام شبكة الإنترنت (40) مختبراً بنسبة (9.7%) من أفراد عينة الدراسة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس إدمان الإنترنت تعزى لمتغير كلا من (النوع الاجتماعي، والمستوى الدراسي)، وكذلك وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين إدمان الإنترنت والتواصل الاجتماعي، ووجود علاقة ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين إدمان الإنترنت والتحصيل الدراسي.

4. دراسة عمار (2014):

هدفت الدراسة إلى معرفة إدمان الشبكة المعلوماتية (الإنترنت) لدى طلبة جامعة دمشق - فرع درعا في ضوء المتغيرات الآتية: الجنس (الذكور والإناث)، والتخصص، ومستوى التحصيل، والوضع الاقتصادي، وعدد ساعات الجلوس على الشبكة المعلوماتية، والمواقع المفضلة. لقد تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة (674) طالباً وطالبةً من جميع الكليات والمعاهد. واستخدم الباحث مقياس جديد وهو مقياس إدمان الشبكات المعلوماتية. وأظهرت نتائج الدراسة على: عدم وجود فروق ذات دلالة في إدمان الشبكة المعلوماتية تعزى لعامل الجنس، وكان متوسط الجلوس أمام الشبكة المعلوماتية (2.78) درجة يومياً من أصل أربع درجات، تصدرت المواقع الاجتماعية جميع المواقع من حيث نسبة المتصفحين.

5. دراسة الخواجة (2014):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة علاقة الإدمان على الإنترنت بالتوافق النفسي لدى عينة (290) طالباً وطالبةً اختيروا عشوائياً. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث مقياس الإدمان على الإنترنت ومقياس التوافق النفسي، واستخدم الباحث المنهج الوصفي حيث أشارت النتائج إلى ما يأتي: توجد علاقة ارتباط عكسية ما بين الإدمان على الإنترنت والتوافق النفسي لدى طلبة الجامعة. أن درجة التوافق النفسي أدنى لدى مجموعة مدمني الإنترنت ومقارنة بمجموعة غير مدمني الإنترنت. توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الإدمان على الإنترنت، وأن هذا المستوى لصالح الذكور.

6. دراسة الجواد و أحمد (2013):

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق في بعض سمات الشخصية والقلق الاجتماعي بين مستخدمي وغير مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي لعينة من طلاب كلية التربية جامعة المنيا جميع الشعب (150) مستخدم و(150) غير مستخدم لشبكات التواصل الاجتماعي وشملت أدوات الدراسة: استبيان تفضيل استخدام شبكات التواصل الاجتماعي، مقياس سمات الشخصية، مقياس القلق الاجتماعي وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مستخدمي وغير مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي في بعد المظاهر الفسيولوجية للقلق، وبعد القصور في التفاعلات الاجتماعية، وبعد الخوف من التقييمات السلبية، والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي لصالح غير مستخدمي الشبكات. في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستخدمي وغير مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي في الإحجام عن الآخر كأحد أبعاد القلق الاجتماعي. عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من مستخدمي الشبكات في بعض الخصائص الشخصية ما عدا بعد الانفتاح على الخبرة فقد كانت الفروق لصالح الذكور. وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي في القلق الاجتماعي بجميع أبعاده.

7. دراسة شناوي وعباس (2013):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستويات استخدام شبكة التواصل الاجتماعي (الفييس بوك) وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى الطلبة المراهقين، وقد تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، إذ تم تطوير مقياس للكشف عن علاقة استخدام الفييس بوك في التوافق النفسي لدى الطلبة المراهقين، وتم تطبيق المقياس على عينة عشوائية من (466) طالباً وطالبةً من صفوف

العاشر والحادي عشر والثاني عشر، ممن يستخدمون موقع التواصل الاجتماعي (الفييس بوك). وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الفترة الزمنية التي يقضيها الطلبة المراهقون في استخدام الفييس بوك، والتي حصلت على أعلى تكرار هي الفترة أقل من ساعتين يومياً، وأن مستوى التوافق النفسي لدى الطلبة المراهقين الذين يستخدمون الفييس بوك جاءت بدرجة مرتفعة، ووجود علاقة سلبية دالة إحصائية بين الفترة الزمنية التي يقضيها الطلبة المراهقون في استخدام الفييس بوك ومستوى التوافق النفسي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الجنس على فترة استخدام الفييس بوك لدى الطلبة المراهقين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التوافق النفسي تعزى لأثر الجنس، ولصالح الذكور في مجال التوافق الشخصي، بينما كانت لصالح الإناث في مجالات التوافق الأسري والتوافق الاجتماعي والتوافق الأكاديمي وفي الدرجة الكلية.

8. دراسة القرني (2011):

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى إدمان الإنترنت وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز بالمملكة العربية السعودية (الاكتئاب، القلق الاجتماعي، والوحدة النفسية). تكونت عينة الدراسة من (290) طالباً من طلاب جامعة الملك عبد العزيز بمختلف كلياتها العلمية والأدبية واستعانت الدراسة بالأدوات التالية: استبانة جمع البيانات الأولية من إعداد الباحث، مقياس إدمان الإنترنت من إعداد الباحث، مقياس الاضطرابات النفسية ويتضمن (القلق الاجتماعي، الاكتئاب، الوحدة النفسية) من إعداد الباحث. وتم تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة وأسفرت نتائج التطبيق على ما يلي: توجد علاقة ارتباطية موجبه دالة إحصائية بين إدمان الإنترنت والاكتئاب. توجد علاقة ارتباطية موجبه بين إدمان الإنترنت والقلق الاجتماعي. توجد علاقة ارتباطية موجبه بين إدمان الإنترنت والوحدة النفسية. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التخصصات العلمية والتخصصات الأدبية في إدمان الإنترنت.

9. دراسة فانسون (2010، Meshel):

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى أثر شبكات التواصل الاجتماعي على العلاقات الاجتماعية واعتمدت هذه الدراسة على منهج المسح، وقد طبقت الدراسة على عينة بلغ قوامها (1600) شاباً من مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي في بريطانيا، وقد أظهرت أهم نتائج هذه الدراسة أن أكثر من نصف الأشخاص البالغين الذين يستخدمون مواقع من بينها (الفييس بوك وبيبو ويوتيوب) قد اعترفوا بأنهم يقضون أوقات أطول على شبكة الإنترنت من ذلك الوقت

الذي يقضونه مع أصدقائهم الحقيقيين أو مع أفراد أسرهم. وأظهرت الدراسة أيضاً أنهم يتحدثون بصورة أقل عبر الهاتف، ولا يشاهدون التلفاز كثيراً، ويلعبون عدداً أقل من ألعاب الكمبيوتر، ويرسلون كمية من الرسائل النصية وكذلك البريدية، وقد بينت الدراسة أنه نحو (53%) من الذين شاركوا في الدراسة المسحية، بأن شبكات التواصل الاجتماعي على شبكة الإنترنت تسببت بالفعل في تغيير أنماط حياتهم.

10. دراسة زيدان (2008):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقته ببعض المتغيرات النفسية: القلق والاكتئاب والوحدة النفسية والثقة بالنفس. وتكونت عينة الدراسة من (156) من الطلاب الذكور بجامعة المنصورة. وبلغ عدد مدمني الإنترنت (32) طالباً بنسبة، تم إعداد مقياس لإدمان الإنترنت وتطبيقه مع مقاييس أخرى لقياس القلق والاكتئاب والوحدة النفسية والثقة بالنفس على العينة الأساسية. وأظهرت التحليلات الإحصائية أن هناك علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الإدمان وكل من القلق والاكتئاب والوحدة النفسية، وأن هناك علاقة ارتباطية سالبة دالة بين إدمان الإنترنت والثقة بالنفس. كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين مدمني الإنترنت وغير المدمنين في كل من القلق والاكتئاب والوحدة النفسية تتجه نحو المدمنين، وكذلك توجد فروق دالة إحصائية بين مدمني الإنترنت وغير المدمنين في الثقة بالنفس تتجه نحو غير المدمنين.

11. دراسة مقدادي وسمور (2006):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى العلاقة بين إدمان الإنترنت والاستجابات العصابية لدى عينة من مرتادي مقاهي الإنترنت في عمان وإربد، وقد تم ذلك في ضوء عدد من المتغيرات. كما تحرت الدراسة التعرف على أبرز مؤشرات الإدمان على الإنترنت، وأبرز مؤشرات الاستجابات العصابية لدى أفراد العينة. تكونت عينة الدراسة من (570) فرداً من مرتادي مقاهي الإنترنت، كان منهم (440) من الذكور و (130) من الإناث. أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة مدمني الإنترنت كانت (13.3%) من أفراد العينة. كما أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإدمان على الإنترنت والاستجابات العصابية أو بعض مجالاتها، حيث أنه بشكل عام كان هناك علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية بين إدمان الإنترنت ومجالي الاكتئاب (0.26) والاستجابات النفس جسمية (0.34)، أي أنه بزيادة درجة الإدمان على الإنترنت بتوقع زيادة في درجة الاكتئاب والاستجابات النفس جسمية بمقدار هذه الدرجات. أما بشكل خاص فقد كان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدمان الإنترنت

والاستجابات النفس جسمية لدى الإناث (0.83) وإدمان الإنترنت والمقياس الكلي للاستجابات العصبية (0.69)، والمستوى التعليمي دراسات العليا (0.71) والمستوى الاقتصادي المرتفع (0.83)، أي أنه بزيادة درجة إدمان الإنترنت يتوقع أن تزداد درجة الاستجابات النفس جسمية لدى هذه الفئات بمقدار قيم معاملات الارتباط. وقد كانت أبرز مؤشرات إدمان الانترنت تدل على التحمل، أما أبرز مؤشرات الاستجابات العصبية فكانت استجابات اكتبية.

تعقيب على الدراسات التي تناولت شبكات التواصل الاجتماعي:

أولاً: من حيث الهدف:

هدفت عدد من الدراسات السابقة إلى التعرف إلى أهم شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى الشباب من كلا الجنسين ومنها دراسة شناوي وعباس (2013) ودراسة فانسون (2010) كما هدفت بعض الدراسات التعرف إلى إدمان الإنترنت لدى عينات مختلفة من المجتمعات العربية ومنها دراسة الزيدي (2014) ودراسة عمار (2014) ودراسة الخواجة (2014) ودراسة القرني (2011) ودراسة زيدان (2008) ودراسة مقادي وسمور (2006)، كما وهدفت إحدى الدراسات إلى إشباع الحاجات النفسية لدى مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي وهي دراسة الطهراوي (2015)، بينما هدفت دراسة خاطر (2015) إلى معرفة الأسباب وراء اعتماد الطلبة على شبكات التواصل الاجتماعي والتأثيرات الناتجة عن هذا الاعتماد، وأيضاً انفردت دراسة الجواد وأحمد (2013) على هدف فروق في سمات الشخصية بين مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي وغير مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي.

ثانياً: من حيث العينة:

اتفقت معظم الدراسات السابقة على عينة الدراسة وهي عينة الدراسة الحالية وهم طلاب وطالبات الجامعات مثل دراسة القرني (2011) و خاطر (2015) والطهراوي (2015) والزيدي (2014) والجواد وأحمد (2013) والخواجة (2014) وعمار (2014) وزيدان (2008)، وطبقت دراسة على عينة من المراهقين وهي دراسة شناوي وعباس (2013)، وبعد الدراسات طبقت على عينة من الشباب والأفراد المختلف صفاتهم مثل فانسون (2010) ومقادي وسمور (2006).

ثالثاً: من حيث الأدوات:

تشابهت أدوات الدراسة حيث استخدم الباحثون مقاييس شبكات التواصل الاجتماعي من إعدادهم مثل دراسة خاطر (2015) والطهراوي (2015) والجواد واحمد (2013) و

الشناوي وعباس (2013) وفانسون (2010)، وتشابهت أيضا أدوات الدراسة في استخدام الباحثين مقياس إيمان الإنترنت من إعدادهم مثل وعمار (2014) والخواجة (2014) و القرني (2011) وزيدان (2008) والمقدادي (2006).

كما واستخدمت دراسة الزيدي (2014) مقياس إيمان الإنترنت من إعداد أحمد (2007)، وجميع الدراسات اتبعت المنهج الوصفي وهذا هو منهج الدراسة الحالية.

رابعاً: من حيث النتائج

تعددت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، نتيجة لاختلاف هدف وفروض كل منها، ولكن معظمها أظهر عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس مثل دراسة خاطر (2015) و الزيدي (2014) وعمار (2014) والشناوي وعباس (2013)، وبعض الدراسات أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس مثل دراسة الطهراوي (2015) والخواجة (2014) والحواد وأحمد (2013)، وتبين أن معظم الدراسات أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شبكات التواصل الاجتماعي وإيمان الإنترنت وبين متغيرات الدراسة الأخرى.

علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

من خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن دراستها الحالية قد اتفقت مع بعض الدراسات في بعض الجوانب من ناحية، واختلفت مع بعض الدراسات في بعض الجوانب من ناحية أخرى.

أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة:

استخدام بعض متغيرات الدراسات السابقة مثل متغير (الجنس- المستوى التعليمي- التخصص الأدبي أو العلمي - عدد الساعات المستخدمة لشبكات التواصل الاجتماعي)، كما أنها توافقت في استخدامها عينة الدراسة وهي طلاب الجامعة مع بعض الدراسات السابقة.

أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها الدراسة الوحيدة على حد علم الباحثة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية حيث تعتبر الدراسة الحالية أول دراسة يتم إجراؤها على إيمان شبكات التواصل الاجتماعي وربطها بالاضطرابات النفسية والاضطرابات النفسية

التي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة وهذا ما يميز الدراسة الحالية، كما قامت الباحثة بإعداد إحدى مقاييس الدراسة، وهي عبارة عن مقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي مع الاستفادة من المقاييس التي استخدمت في الدراسات السابقة.

الاستفادة من الدراسات السابقة:

من خلال إطلاع الباحثة على الأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت شبكات التواصل الاجتماعي توصلت إلى تصميم إدمان شبكات التواصل الاجتماعي الأكثر ملاءمة للدراسة الحالية.

كما أن عدم وجود، أي دراسة تناولت موضوع إدمان شبكات التواصل الاجتماعي قد طبق على طلبة الجامعة وربطها بالاضطرابات النفسية وهذا ما ساعد الباحثة في تأكيد رغبتها بدراسة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لطلبة الجامعة الفئة الهامة في المجتمع وربطها بالاضطرابات النفسية والتنبؤ بها.

كما ساعدت الدراسات السابقة في صياغة أسئلة الدراسة الحالية، ووضع الفروض المناسبة للدراسة وتحديد أهداف الدراسة وتفسير النتائج التي تم التوصل إليها، وكيفية كتابة الجانب النظري للدراسة الحالية.

ثانياً: الدراسات السابقة التي تناولت الاضطرابات النفسية:

1. دراسة الشواشره والدقس(2013):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أنماط الشخصية ومستوى الاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة لدى المجتمع السعودي، وبيان العلاقة بين أنماط الشخصية وبين مستوى هذه الاضطرابات. وهدفت الدراسة كذلك إلى الكشف عن أثر بعض المتغيرات الديموغرافية: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم) في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية. تكونت عينة الدراسة من (524) راشداً من المجتمع السعودي في مدينة جدة، حيث أعد مقياس الشخصية بالاعتماد على مقياس مايرز بيرجز (MBTI)، ومقياس أنماط الشخصية (PTI)، بالإضافة إلى استخدام قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية الذي أعدته بني مصطفى (2003). بينت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة دالة إحصائية لأنماط الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الدراسة (حالة الاضطراب)، وجود فروق دالة إحصائية لمستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة يعزى لمتغير (الجنس)، حيث يعاني منها الذكور أكثر من الإناث. هناك فروق ذات دلالة إحصائية بما يخص متغير حالة الاضطراب

(سيكوسوماتي، عضوي)، حيث كانت نسبة الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من الأشخاص المصابين بالأمراض العضوية.

2. دراسة أبو ججوح (2012):

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ومعرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية والتعرف إلى الفروق بين الطلبة تبعاً للجنس والمستوى الدراسي (الأول والرابع)، ومكان السكن، وقد استخدم الباحث مقياس الأفكار اللاعقلانية وهو من إعداد سليمان الريحاني (1987) ومقياس قائمة الأعراض المرضية من إعداد ليونارد. ديروجيتش، رونالدس، ليمن، لينوكوفي وترجمة للعربية عبد الرقيب أحمد إبراهيم، وقام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي حيث تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية واشتملت عينة الدراسة على (533) طالباً وطالبة من جامعتين (الأقصى والإسلامية) وخلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية لدى أفراد العينة، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور، إناث). لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة (أول، رابع). لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض، متوسط، مرتفع).

3. دراسة منصور (2011):

تتركز هذه الدراسة في وصف وتحليل المعاقين سمعياً في محافظات غزة من حيث شعورهم بالحساسية الانفعالية وعلاقتها بمهاراتهم الاجتماعية وتهدف إلى التعرف إلى مستوى الحساسية الانفعالية لدى المعاقين سمعياً وبالبالغين والتعرف إلى مستوى المهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعياً وبالبالغين، ومعرفة ما إذا كان مستوى الحساسية الانفعالية ومستوى المهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعياً في محافظات غزة يتأثر ببعض المتغيرات الآتية: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المهنة، نوع الأسرة، منطقة السكن). وتألفت عينة الدراسة من (100) معاق سمعياً تتراوح أعمارهم ما بين (17-45) عاماً (25) أصم موزعين على جمعيات محافظات غزة، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد استبانة جمع البيانات ومقياس الحساسية الانفعالية، ومقياس المهارات الاجتماعية، وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية: مستوى الشعور بالحساسية الانفعالية لدى المعاقين سمعياً في محافظات

غزة متوسط حيث بلغ الوزن النسبي لمستوى الحساسية الانفعالية (68%)، لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى المهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعياً ومستوى الحساسية الانفعالية لدى المعاقين سمعياً، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الحساسية الانفعالية وفي المهارات الاجتماعية لدى المعاق سمعياً تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).

4. دراسة عبد الخالق ومحمد (2011):

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف الفروق بين الجنسين، وتحديد معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية، لدى عينتين من الأطفال المراهقين من مصر (ن= 943) والكويت (ن= 1100). وقد استخدم المقياس متعدد الأبعاد للاكتئاب الأطفال والمراهقين، من وضع عبد الخالق عام 2002 وكشفت النتائج أن متوسط البنات أعلى - جوهرياً - من البنين في الدرجة الكلية للاكتئاب من الدولتين، وخمسة أبعاد فرعية لدى المصريين، وسبعة أبعاد عند الكويتيين. وانفقت المجموعات الأربع على أن أعلى الأعراض الاكتئابية متوسطاً هي: مشكلات النوم، وحصل المصريون من الجنسين على متوسطات أعلى من نظرائهم الكويتيين في الدرجة الكلية وأربعة مقاييس فرعية، وحصلت المصريات على متوسطات أعلى من الكويتيات في ثلاثة مقاييس فرعية واستخرجت معدلات الانتشار بحساب النسبة المئوية لمن تزيد درجاتهم على المئين 95، وتراوحت بين (2.9، 5.9) في المجموعات الأربع، وتشير هذه النتائج إلى وضوح الفروق بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية، فضلاً عن الفروق الدالة بين الثقافات العربية الفرعية.

5. دراسة القبطان (2011):

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً لدى طلاب صعوبات التعلم من حيث النوع والدرجة في الصفوف: (الخامس والسادس والسابع والثامن) من التعليم الأساسي، والتعرف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في حدة الاضطرابات النفسية لمستوي القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية وفقاً لمتغير النوع، والمرحلة التعليمية، والمنطقة السكنية، وقد اشتمل مجتمع الدراسة على جميع طلبة وطالبات ذوي صعوبات التعلم من مدارس الحلقة الثانية بولايات محافظة مسقط، والبالغ عددهم (153) طالباً وطالبة من طلبة ذوي صعوبات التعلم، وقد تم استخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة، كما تم بناء أداة بناء أداة لقياس الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس الحلقة الثانية بمحافظة مسقط، والتي تضمنت ثلاثة مقاييس، مقياس القلق لدى الأطفال، ومقياس الاكتئاب ومقياس المخاوف المرضية ومن نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها: توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في حدة اضطراب القلق والمخاوف المرضية والاكنتاب وفق متغير النوع لصالح الإناث.

6. دراسة الخوابة (2010):

استهدفت هذه الدراسة التعرف إلى علاقة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بالاكنتاب لدى عينة من (296) طالباً وطالبة من طلبة البكالوريوس في كلية الآداب في جامعة السلطان قابوس منهم (142) من الذكور و (154) من الإناث تم اختيارهم عشوائياً. حيث أشارت النتائج إلى ما يلي: تقترن الزيادة في المشاعر الاكنتابية بالزيادة في مشاعر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. مستوى المشاعر الاكنتابية أعلى لدى مجموعة المصدومين مقارنة بمجموعة غير المصدومين. عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى مشاعر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى المشاعر الاكنتابية، إن هذا المستوى أعلى لدى الإناث.

7. دراسة أبو ركاب وقوته (2010):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أهم المشاكل النفسية والاجتماعية لدى كبار السن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل الجنس، السكن، المواطنة، المستوى الاقتصادي، الدعم الاجتماعي والوحدة النفسية، واستخدم الباحثين المنهج الوصفي التحليلي وقد تكونت عينة الدراسة من (1200) شخص ممن يبلغ عمرهم (60) فأكثر، وقد توزعت العينة على محافظات غزة الخمس،. وتم اختبار SCL والذي يقيس عدة اضطرابات نفسية، واختبار الدعم الاجتماعي، اختبار الوحدة النفسية، اختبار جودة الحياة. ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة: (16.6%) يعانون من الخوف، (16.3%) يعانون من الحساسية الانفعالية، و(15.8%) يعانون من الأعراض الحسية، و(15%) يعانون من الاكنتاب النفسي، و(15.8) يعانون من مشاعر العداوة. (18.2%) من كبار السن في القطاع تتردى لديهم نوعية الحياة، وأن حوالي (19.3%) يعانون من الوحدة النفسية. تشير النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي والمشاكل النفسية لدى كبار السن في غزة، بعض المتغيرات، حيث انطبق ذلك على الأعراض الجسمية، الوسواس، الحساسية التفاعلية، الاكنتاب، القلق، العداوة، الخوف، البارانونيا، الذهانبة. وجود فروق بين الذكور والإناث بالنسبة للمشاكل النفسية حيث وجدت فروق فقط على متغير الأعراض الجسمية، الحساسية التفاعلية، كذلك الخوف، أما باقي متغيرات SCL فلم تكن هناك دلالة. تبين أن المواطنين أكثر معاناة من اللاجئيين على متغيرات SCL،

حيث وجدت فروق دالة إحصائية لصالح المواطنين. لا توجد فروق دالة على درجات الوحدة النفسية بالنسبة لمتغيرات الجنس، المواطنة، والسكن، وكذلك متغير التعليم.

8. دراسة المشعان (2009):

تهدف الدراسة إلى بيان علاقة المساندة الاجتماعية بالعصابية والاكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين وغير المتعاطين في دولة الكويت. وتكونت عينة الدراسة من (1217) بواقع (553) من الطلبة، و (296) من الطالبات و (36) من المتعاطين. وأظهرت الدراسة بأنه توجه علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية والعصابية والاكتئاب والعدوانية بينما توجد علاقة موجبة بين العصابية والاكتئاب والعدوانية، توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في العصابية والعدوانية والاكتئاب وتجد أن متوسط درجات العصابية والاكتئاب باتجاه الإناث، العدوانية باتجاه الذكور، توجد فروق دالة إحصائية بين المتعاطين وغير المتعاطين في المساندة الاجتماعية والعصابية والاكتئاب باتجاه المتعاطين. كما لا توجد فروق جوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين في العدوانية.

9. دراسة العنزي (2007):

تهدف الدراسة الحالية إلى فحص العلاقة بين الوسواس القهري والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وهي (العصابية، والانبساطية، والتفاني، والوداعة، والانفتاح على الخبرة)، كما تهدف الدراسة إلى فحص مدى الاختلاف في درجات الوسواس القهري (بأبعاده المختلفة) باختلاف كل من المتغيرات الديموغرافية التالية (الفئات العمرية، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية). تم اختيار العينة من المراجعين الذكور للعيادات الخارجية والمشخصين باضطراب الوسواس القهري والتي قوامها (64) حالة والتي لها الخصائص الديموغرافية التالية: (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة). تم تطبيق المنهج الوصفي الارتباطي. واستخدم الباحث في الدراسة الحالية المقياس العربي للوسواس القهري من إعداد عبد الخالق (1995)، وقائمة عوامل الشخصية السعودية الخمسة للذكور من إعداد الرويتع. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: وجود علاقة سالبة دالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين العصابية والدرجة الكلية للوسواس القهري. وجود علاقة سالبة دالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الانبساطية والدرجة الكلية للوسواس القهري. عدم وجود علاقة، بين التفاني والدرجة الكلية للوسواس القهري. وجود علاقة سالبة دالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الوداعة والدرجة الكلية للوسواس القهري. وجود علاقة سالبة دالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الانفتاح على الخبرة والدرجة الكلية للوسواس القهري. عدم وجود اختلاف في درجات الوسواس القهري باختلاف

الفئات العمرية. عدم وجود اختلاف في درجة الوسواس القهري باختلاف المستوى التعليمي. عدم وجود اختلاف في درجة الوسواس القهري باختلاف الحالة الاجتماعية.

10. مقداي (2006):

استهدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى علاقة الوحدة النفسية بالاكنتاب لدى عينة من (510) طالباً وطالبة من طلبة البكالوريوس في كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت منهم (312) من الإناث و (198) من الذكور. تم اختيارهم عشوائياً. واستخدم الباحث مقياس الشعور بالوحدة النفسية، وقائمة بيك للاكنتاب، حيث أشارت النتائج إلى: وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاكنتاب، وإن مستوى الاكنتاب أعلى لدى الإناث.

تعقيب على الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية:

أولاً: من حيث الهدف

لاحظت الباحثة أنه لم يكن هناك دراسات كافية على حد معرفة الباحثة واطلاعها قد تناولت مجموعة الاضطرابات النفسية ككل من خلال قائمة الأعراض المرضية إلا دراسة ججوح (2012) والتي كانت هدفها التعرف إلى العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، ودراسة أبو ركاب وقوته (2010) ولكن كان لهذه الدراسات دور كبير في التعرف إلى طبيعة بعض الاضطرابات النفسية من خلال خصوصية كل دراسة على حدة.

كما وتنوعت أهداف الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية بشكل عام وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى واختلفت كل دراسة عن الأخرى من حيث الأهداف المرجوة من الدراسة التي تدرس من أجلها

ثانياً: من حيث العينة

اتفقت بعض الدراسات السابقة على عينة الدراسة وهي عينة الدراسة الحالية وهم طلاب وطالبات الجامعة مثل أبو ججوح (2012) والخواجه (2010) والمشعان (2009) ومقداي (2006). كما واختلفت بعض الدراسات وتكونت عينة الدراسة لديهم من ذوي الإعاقة مثل دراسة منصور (2011) وتكونت عينة الدراسة من المعاقين سمعياً والقبطان (2011) وكانت العينة من ذوي صعوبات التعلم، ومنها تناولت بعض الدراسات عينة الدراسة من الأفراد العاديين مثل دراسة الشواشره والدقس (2013) وأبو ركاب وقوته (2010)، كما وتناولت دراسة عينة من

الأطفال والمراهقين وهي دراسة عبد الخالق ومحمد (2011)، ودراسة تناولت عينة الدراسة من المرضى النفسيين المترددين للعيادات النفسية مثل دراسة العنزي (2007).

ثالثاً: من حيث الأدوات

تشابهت أدوات الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة من حيث استخدام الباحثون مقياس قائمة الأعراض المرضية من إعداد ليونارد. ديروجيتش، رونالدس، ليمان، لينوكوفي وترجمة للعربية عبد الرقيب البحيري مثل دراسة أبو ججوح (2012) وأبو ركاب وقوته (2010)، كما تشابهت بعض الدراسات حيث استخدم الباحثون مقياس من إعدادهم مثل دراسة الشواشره والدقس (2013) ومنصور (2011) والقبطان (2011) والخواجة (2010)، كما اتفق بعض الدراسات في مقياس بيك للاكتئاب من إعداد عبد الخالق (2002) مثل دراسة عبد الخالق ومحمد (2011) والمشعان (2009) ومقداي (2006).

رابعاً: من حيث النتائج:

تعددت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، نتيجة لاختلاف هدف وفروض كل منها، ولكن معظمها أظهر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات النفسية المختلفة تعزى إلى اختلاف الجنس (ذكر - أنثى) مثل دراسة أبو ججوح ومنصور (2011) والخواجة (2010) وأبو ركاب وقوته (2010)، بينما أظهرت دراسات أخرى على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات النفسية المختلفة تعزى إلى اختلاف الجنس (ذكر - أنثى) وكانت لصالح الذكور مثل دراسة الشواشره والدقس (2013) وعبد الخالق ومحمد (2011) والمشعان (2009)، ولصالح الإناث دراسة القبطان (2011) والخواجة (2010) والمشعان (2009) والمقداي (2006).

علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

من خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن دراستها الحالية قد اتفقت مع بعض الدراسات في بعض الجوانب من ناحية، واختلفت مع بعض الدراسات في بعض الجوانب من ناحية أخرى.

أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

توافقت الدراسة الحالية من حيث استخدام مقياس قائمة الأعراض المرضية من إعداد ليونارد. ديروجيتش، رونالدس، ليمان، لينوكوفي وترجمة للعربية عبد الرقيب البحيري مع بعض الدراسات السابقة.

كما أن استخدام بعض متغيرات الدراسات السابقة مثل متغير الاضطرابات النفسية، والقلق، الوسواس القهري (الجنس- المستوى التعليمي- التخصص الأدبي أو العلمي)، كما أنها توافقت في استخدامها عينة الدراسة وهي طلاب الجامعة مع بعض الدراسات السابقة، وأيضاً توافقت من حيث المنهج الوصفي.

أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها الدراسة الوحيدة على حد علم الباحثة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية حيث تعتبر الدراسة الحالية أول دراسة يتم إجراؤها على ربط علاقة الاضطرابات النفسية وإدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة وهذا ما يميز الدراسة الحالية.

الاستفادة من الدراسات السابقة:

ساعدت الدراسات السابقة الباحثة على تجميع تراث نفسي عظيم حول الاضطرابات النفسية التي تناولت جميع فئات وشرائح المجتمع من طلاب وكبار وأطفال ومراهقين ومرضى نفسيين وذوي إعاقة وأسوياء حيث كان له الأثر الكبير في الدراسة الحالية من خلال المعلومات الكثيرة التي أسهمت في الإلمام بجوانب مهمة حول طبيعة ماهية بعض الاضطرابات النفسية وآلية تصنيفها.

ومن خلال الدراسات السابقة توصلت الباحثة إلى خصوصية المجتمع الفلسطيني وطبيعته الثقافية والنفسية الخاصة به مما ينعكس على الشباب بشكل خاص مجتمع الدراسة الحالية.

فروض الدراسة:

1. توجد علاقة ارتباطية بين الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي وبين الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة الأزهر بغزة.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان مواقع التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية (نوع الجنس، المستوى الدراسي، نوع التخصص، عدد ساعات استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، منخفضي ومرتفعي درجات الإدمان).

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- الاعتبارات الأخلاقية.
- أدوات الدراسة.
- الأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

المقدمة:

تعرض الباحثة في هذا الفصل الخطوات والإجراءات المتبعة في الجانب الميداني في هذه الدراسة من حيث منهجية البحث، ومجتمع الدراسة الأصلي، والعينة التي طبقت عليها الدراسة، والأدوات التي استخدمتها الباحثة بدراستها، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات والتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة، وضمن الخطوات الاستدلالية التي زدنا بها من برنامج الدراسات العليا وحسب آليات وخطوات البحث العلمي الصحيح والمتفق عليه، للوصول إلى نتائج دقيقة يمكن لنا أن نقدمها إلى الآخرين مبسطة وذات بناء علمي.

منهج الدراسة:

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي الذي يحاول الإجابة على السؤال الأساسي في العلم وماهية وطبيعة الظاهرة موضوع البحث. ويشمل ذلك تحليل الظاهرة، وبيئتها، وبيان العلاقة بين مكوناتها، ومعنى ذلك أن الوصف يتم أساساً بالوحدات أو الشروط أو العلاقات أو الفئات أو التصنيفات أو الأنساق التي توجد بالفعل، وقد يشمل ذلك الآراء حولها والاتجاهات إزائها، وكذلك العمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها والمتجهات التي بزغ عنها، ومعنى ذلك أن المنهج الوصفي يمتد إلى تناول كيف تعمل الظاهرة. (أبو حطب وصادق، 1991: 104)

مجتمع الدراسة الأصلي:

يتكون المجتمع الأصلي من جميع طلبة جامعة الأزهر بغزة، وقد بلغ عددهم (12219) طالباً وطالبة، وهذه الإحصائية تم الحصول عليها من عمادة القبول والتسجيل في الجامعة لسنة (2015-2016).

جدول (1) مجتمع الدراسة حسب نوع التخصص ونوع الجنس

العدد	المتغيرات
	الجنس
5436	ذكر
6783	أنثى
12219	المجموع
	نوع التخصص
4586	علمي
7633	أدبي
12219	المجموع

(عمادة القبول والتسجيل، 2015 - 2016)

عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من عينتين:

- **العينة الاستطلاعية:** تم أخذ عينة مكونة من 50 طالباً وطالبةً من طلبة جامعة الأزهر بغزة وبطريقة عشوائية من طلبة جامعة الأزهر بغزة من الكليات المختلفة من جامعة الأزهر بغزة، بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة من خلال إيجاد معاملات الصدق والثبات لمقاييس الدراسة.
 - **العينة الفعلية:** قامت الباحثة بأخذ عينة مكونة من 619 طالباً وطالبةً من طلبة جامعة الأزهر بغزة، وقد تم سحب العينة بطريقة العينة العشوائية، فقد تم أخذ نسبة (0.5%) من مجتمع الدراسة، وهي نسبة مناسبة للإجابة على أهداف وفرضيات الدراسة، ومن ثم قامت الباحثة بتطبيق المقياس على أفراد العينة.
- وسوف تقوم الباحثة بعرض الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة من خلال التالي:

جدول (2) المتغيرات الديموغرافية لأفراد عينة طلبة جامعة الأزهر بغزة

المتغيرات	التكرار	النسبة %
الجنس		
ذكر	289	46.7
أنثى	330	53.3
المجموع	619	100.0
نوع التخصص		
علمي	234	37.8
أدبي	385	62.2
المجموع	619	100.0
المستوى الدراسي		
الأول	149	24.1
الثاني	161	26.0
الثالث	205	33.1
الرابع	104	16.8
المجموع	619	100.0
كمبيوتر		
نعم	489	79.0
لا	130	21.0
المجموع	619	100.0
جوال		
نعم	574	92.7
لا	45	7.3
المجموع	619	100.0
هل لديك حساب على إحدى شبكات التواصل الاجتماعي		
نعم	612	98.9
لا	7	1.1
المجموع	619	100.0

شبكات التواصل الاجتماعي التي تملك بها حساب شخصي:

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق بأن الغالبية العظمى من أفراد العينة بنسبة 97.4% لديهم حساب على الفيس بوك، 74.7% لديهم حساب واتس أب، 61.6% لديهم حساب إنستقرام، و57.2% لديهم حساب يوتيوب، 45.3% لديهم حساب جوجل بلس، وأخيراً 42.8% لديهم حساب تويتر.

جدول (3) شبكات التواصل الاجتماعي التي تملك بها حساب شخصي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن = 619)

لا		نعم		شبكات التواصل الاجتماعي
%	N	%	N	
2.6	16	97.4	596	الفييس بوك
57.2	350	42.8	262	توتير
38.4	235	61.6	377	إنستقرام
54.7	335	45.3	277	جوجل بلس
42.8	262	57.2	350	يوتيوب
25.3	155	74.7	457	واتس أب

ترتيب الأولوية لاستخدامات مواقع التواصل الاجتماعي بين طلبة جامعة الأزهر بغزة:

أظهرت النتائج إلى أن حاز موقع الفييس بوك المرتبة الأولى من حيث الاستخدام عند طلبة جامعة الأزهر بغزة ونسبة 73.3%، ويليه في المرتبة الثانية موقع التوتير ونسبة 31.3%، في حين جاء في المرتبة الثالثة موقع الواتس أب ونسبة 27.1%، ويليه في المرتبة الرابعة موقع جوجل بلس ونسبة 27.0% في حين جاء في المرتبة الخامسة موقع يوتيوب ونسبة 26.4%، في حين جاء في المرتبة الأخيرة والسادسة موقع إنستقرام ونسبة 22.3%.

جدول (4) ترتيب مواقع التواصل الاجتماعي من حيث الاستخدام عند طلبة جامعة الأزهر بغزة

المرتبة	مواقع التواصل	N	%
المرتبة الأولى	الفييس بوك	441	73.3%
المرتبة الثانية	توتير	105	31.3%
المرتبة الثالثة	واتس أب	154	27.1%
المرتبة الرابعة	جوجل بلس	91	27.0%
المرتبة الخامسة	يوتيوب	136	26.4%
المرتبة السادسة	إنستقرام	92	22.3%

الاعتبارات الأخلاقية

1. تقدمت الباحثة بطلب لعمادة الدراسات العليا بجامعة الأزهر بهدف الحصول على الموافقة لإجراء البحث على العينة التي تم تحديدها.
2. قامت الباحثة بتوجيه كتاب من كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة إلى الشؤون الأكاديمية بالجامعة، بهدف الحصول على الإذن بتطبيق الأدوات على عينة البحث، وقد تعهدت الباحثة بالحفاظ على خصوصية المعلومات واقتصارها على البحث العلمي فقط وتم الموافقة من قبل هذه الإدارات.
3. كما قامت الباحثة بالاستئذان الشفهي من الطلبة مباشرة في مقدمة المقاييس وفي كل مقياس بهدف توضيح مسار الاستجابات عليها وإعطاءهم نبذة عن موضوع البحث ومع التعهد للمفحوصين بأن هذه المعلومات التي سيتم جمعها ستبقى سرية بحيث لم يطلب تسجيل اسم المفحوص على أداة البحث وأن البيانات التي سيتم جمعها ستقتصر على إجراءات البحث العلمي، وكذلك أكدت الباحثة على كل المبحوثين أثناء تعبئة الاستمارة كتابياً وذلك لرغبة البعض منهم بتسجيل اسمه، وقد كان التطبيق فردياً من خلال كل مبحوث له استمارة خاصة به ويقوم بالإجابة عليها على حدى.

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة الأدوات التالية وهي:

1. مقياس الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي. (إعداد الباحثة)
2. مقياس الاضطرابات النفسية. (إعداد ليونارد، وديروجيت، ورونالدس ليمان، ولينوكوفي وترجمة عبد الرقيب البحيري، 1984)

أولاً: مقياس الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي (إعداد الباحثة):

وصف المقياس:

يتكون المقياس من 30 فقرة، كل فقرة لها تعبير عن مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي من قبل طلبة جامعة الأزهر بغزة، ويتم وضع إشارة (x) أمام الخيارات للإجابة المكونة من مقياس ثلاثي. حيث لا توجد عبارات خاطئة في هذا المقياس، وهذه الفقرات تقيس مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي.

تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من 0-60 درجة، فالإجابة نعم تحصل على درجتين والإجابة إلى حدا ما تحصل على درجة واحدة والإجابة لا تحصل صفر درجة، وتحسب الدرجات حسب الإجابات حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي، وعدد الساعات التي يقضيها المفحوص في استخدام شبكات التواصل الاجتماعي.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتعرف إلى الخصائص السيكومترية للمقياس، قامت الباحثة بتطبيق مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي على عينة أولية استطلاعية قوامها (50) من الطلبة جامعة الأزهر بغزة، وذلك بهدف التحقق من صلاحية المقياس للتطبيق على البيئة الفلسطينية، ومن خلال حساب الصدق والثبات بالطرق الإحصائية الملائمة.

أولاً: معاملات الصدق:

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي، والنتائج موضحة من خلال التالي:

(أ) صدق المحكمين

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في كلاً من {جامعة الأزهر - جامعة الأقصى} وعلى مختصين في العلوم الإنسانية (تخصص علم نفس) والبحث العلمي، وقد استجابت الباحثة لآراء السادة المحكمين، انظر إلى الملحق رقم (1)، وقامت بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرج المقياس في صورته النهائية الذي يضم ثلاثون عبارة يستغرق الإجابة على المقياس عشرة دقائق ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية والعينة الفعلية، في صورتها قبل النهائية.

(ب) صدق الاتساق الداخلي: Internal Consistency

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، مع بيان مستوى الدلالة في الجدول:

جدول (5) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	أهمل دراستي بسبب اهتمامي الزائد بشبكات التواصل الاجتماعي.	0.60	**0.001
2	شغلنتي صداقاتي التي كونتها عبر مواقع التواصل الاجتماعي على علاقاتي الاجتماعية المباشرة.	0.72	**0.001
3	عندما أجلس على مواقع التواصل الاجتماعي لا أشعر بمضي الوقت.	0.51	**0.001
4	أتناول طعامي وأنا أمام شاشة الجوال لمتابعة مواقع التواصل الاجتماعي.	0.63	**0.001
5	يفاجئني من حولي بتبنيهي إلى أنني أمضيت وقتاً طويلاً أمام الإنترنت.	0.69	**0.001
6	يشكو أفراد أسرتي من انشغالي بالجوال لفترات طويلة بسبب استخدامي لمواقع التواصل الاجتماعي.	0.62	**0.001
7	افتقدت الكثير من الأصدقاء القدامى إلا من يرسلوني عبر مواقع التواصل الاجتماعي.	0.43	**0.001
8	حياتي مستحيلة بدون مواقع التواصل الاجتماعي.	0.51	**0.001
9	استخدم مواقع التواصل الاجتماعي لتهنئة أصدقائي بجميع المناسبات العامة والخاصة.	0.44	**0.001
10	أحاول الإقلال من فترات بقائي أمام مواقع التواصل الاجتماعي ولكن دون جدوى.	0.55	**0.001
11	استثمر مواقع التواصل الاجتماعي غالباً في التواصل مع الأصدقاء.	0.32	*0.02
12	أتعجب كيف يعيش الناس بدون مواقع التواصل الاجتماعي.	0.61	**0.001
13	إن انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي ترك أثراً إيجابياً على أنشطة حياتي.	0.61	**0.001
14	أتمنى أن يتم تحول التعليم من الجامعات إلى شبكات التواصل الاجتماعي.	0.59	**0.001
15	أفضل قضاء أوقات فراغي على شبكات التواصل الاجتماعي على أفراد أسرتي.	0.63	**0.001
16	أشعر بالضيق والكآبة والملل عندما أحرم نفسي من الاستمتاع بالجولس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.	0.66	**0.001
17	أشعر بأنني أصبحت أسير لشبكات التواصل الاجتماعي	0.76	**0.001
18	المرض وحده هو الذي يمنعني من استخدام شبكات التواصل الاجتماعي.	0.57	**0.001
19	بدأت حاسة البصر لدي تضعف نظراً للجولس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.	0.46	**0.001
20	عندما يزورني بعض أصدقائي في البيت أشعر بأنني حرمت من متعتي الوحيدة وهي التواصل عبر مواقع التواصل الاجتماعي.	0.46	**0.001
21	أفضل مواقع التواصل الاجتماعي على التلفزيون حتى بقنواته الفضائية.	0.58	**0.001
22	أنسى الجوع والعطش حينما أجلس ساعات طويلة أمام مواقع التواصل الاجتماعي.	0.43	**0.001
23	منذ أن بدأ انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي لم تعد حياتي الاجتماعية كما كانت من قبل.	0.51	**0.001
24	أتناول طعامي وأنا أمام شاشة الكمبيوتر لمتابعة مواقع التواصل الاجتماعي.	0.67	**0.001
25	أغفل عن حاجتي إلى النوم لانشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي.	0.55	**0.001
26	أجد نفسي مجبراً بأن أجلس بضع ساعات أخرى على مواقع التواصل الاجتماعي.	0.71	**0.001
27	شبكات التواصل الاجتماعي تسهل على كل المهام التي أقوم بها.	0.36	**0.01
28	لو أصبحت الكهرباء دائماً لما توقفت عن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي ليلاً أو نهاراً.	0.62	**0.001
29	أستثمر كل لحظة من حياتي في الاستفادة من مواقع التواصل الاجتماعي.	0.51	**0.001
30	بعد انقضاء دراستي بالجامعة اتجه مباشرة لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي.	0.39	0.01**

** دالة عند مستوى دلالة 0.01 * دالة عند 0.05

تبين من خلال الجدول السابق بأن معاملات الارتباط بين فقرات المقياس تراوحت ما بين (0.32 - 0.75)، وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، وهذا يدل على جميع فقرات

المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية، مما يشير إلى صلاحية المقياس للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة.

الصدق التمييزي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (6) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "مان وتني" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي

المقياس الإدمان	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	13	7.00	91.00	-4.248	**0.001
مرتفعي الدرجات	12	19.50	234.00		

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأفراد مرتفعي الدرجات والأفراد منخفضي الدرجات في درجات المقياس، $p-Z-test = -4.248$ ، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوي الدرجات العليا والأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي، مما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق تمييزي عال.

ثانياً: معاملات الثبات للمقياس:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقتين وهما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (7) يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي (ن = 50)

معامل ألفا كرونباخ	طريقة التجزئة النصفية		عدد الفقرات	مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي
	معادلة سبيرمان براون	معامل ارتباط بيرسون		
0.92	0.91	0.84	30	

معادلة سبيرمان براون المعدلة = $r^* 2 / 1 + r$

تبيين من الجدول السابق ما يلي:

1. معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين، ومن ثم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والبعده، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات للمقياس بهذه الطريقة (0.84)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.91)، ويعد هذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية.

2. معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس تساوي 0.92، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات عالي ومرتفع.

ثانياً/ مقياس الاضطرابات النفسية (تعريب عبد الرقيب البحيري، 1984):

وصف المقياس:

قام بتصميم هذا الاختبار قام بتصميمه ديروجيتس و ليمان و كوفي (Derogatis, Lipman & Covi) عام 1976 وقد عربه عبد الرقيب البحيري 1984 وقام د. فضل أبو هين بتقنيته على البيئة الفلسطينية عام 1993. ويهدف المقياس للتعرف إلى الشعور بالاضطرابات النفسية عند أفراد العينة، وتضمن المقياس في صورته النهائية (90) فقرة، تركز على الاضطرابات النفسية ولديه تسعة أبعاد، وأمام كل عبارة خمسة إجابات تبدأ بالإجابة الأولى مطلقاً، نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً، ويضع المبحوث إشارة (x) أمام العبارة التي تتفق وتعبّر عن مشاعره والإجابات كلها صحيحة وبها تدرج يبدأ من النفي المطلق وينتهي بالتأكيد والتلازم لهذه المشاعر ويتم الإجابة على واحدة من الخيارات التي أمام العبارة.

وفيما يلي وصف مختصر لتلك الأبعاد يشتمل على الأفكار الأساسية لكل منها:

1. الأعراض الجسمانية: تعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد الألم والضيق الذي

ينتج من مشاعر الاختلاف الوظيفي للجسم؛ حيث تصف هذه العبارات ما يحدث من أعضاء الجسم التي تستثار بواسطة الجهاز اللاإرادي كالمعدة، والشعب الهوائية في الرئتين، والجلد والشرابين المتصلة بالقلب، وهي أعضاء بعيدة عن التحكم الإرادي. كما تعكس هذه العبارات أيضاً الصداع، وآلام الظهر وآلام وعدم راحة في الجهاز العضلي مثلها في ذلك مثل الأعراض الجسمية المماثلة للقلق.

2. الوسواس القهري: تعكس العبارات المكونة لهذا البعد السلوكي الذي يتمثل بدرجة كبيرة

مع التشخيص الإكلينيكي تحت هذا الاسم. ويركز المقياس على الأفكار، والدوافع القهرية، والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا تفتقر، ولا تقاوم، وتبدو غريبة أو غير مرغوب فيها بالنسبة لذاته. ويشمل هذا البعد أيضاً السلوك الذي يشير إلى صعوبات معرفية، على سبيل المثال اضطرابات التذكر، وخلو الذهن من أي أفكار وصعوبة في التذكر، وغيرها.

3. الحساسية التفاعلية: تتركز الأعراض الأساسية على مشاعر القصور والإحساس

بالنقص خاصة في حالة المقارنة بالآخرين، ويتميز الأشخاص ذوو المستوى العالي من الحساسية التفاعلية ببخس الذات (Self(depreciation)، والانزعاج وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين، وتعتمد مشاعر الأنانية (الشخصية الذاتية الحادة)، والتوقعات السلبية بشأن الاتصالات التفاعلية بمصادر مماثلة للضيق.

4. **الاكتئاب:** تعكس العبارات المصنفة تحت بعد الاكتئاب مدى واسعاً من العلاقات المصاحبة لزملة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب؛ حيث تتمثل أعراض المزاج اليأس، وعلامات الانسحاب، وعدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية وفقدان الطاقة الحيوية في عبارات هذا البعد ؛ وهذا بالإضافة إلي مشاعر اليأس، وعدم النفع، وملازمات الاكتئاب الأخرى (المعرفية والجسمانية)، وعبارات ذات صلة بالأفكار الانتحارية.
5. **القلق:** يشتمل هذا البعد على مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الواجهة الإكلينيكية، ومن هذه الأعراض الضيق، والتلملل والعصبية، والتوتر، بالإضافة إلى العلامات الجسمانية، كارتجاف الأطراف. ويضم هذا البعد أيضاً عبارات التي تتعرض للقلق الهائم، نوبات الرعب، ومشاعر التشكك.
6. **العداوة:** لوحظ بطريقة ثابتة أن وجود الغضب وسلوك العداة يعتبران محددين هامين في القرارات الإكلينيكية التي يتخذها أطباء العيادات النفسية بصدد المرضى المترددين على تلك العيادات، وتقود تلك الحقيقة إلى استخلاص بعد العداوة، بعد أساسي في القائمة (90-scl)، ويشمل البعد على (3) فئات من سلوك الاعتداء وهي: الأفكار، والمشاعر، والأفعال. وتخفي العبارات الرمزية مشاعر التبرم ودوافع تحطيم الأشياء مثل: المجادلات المستمرة والثورات المزاجية والتي لا يمكن للفرد السيطرة عليها.
7. **قلق الخوف:** تعكس المقاييس التي تشمل هذا البعد في الأصل الأعراض التي قد لوحظت على مدى بعيد في الحالات التي أطلق عليها اسم حالات قلق المخاوف أو خواف، وفي هذا البعد نجد أن الخوف ذا الطبيعة المرضية يوجه إلى الأماكن المتسعة السفر، أو الأماكن المفتوحة، الزحام أو الأماكن العامة ووسائل النقل.
8. **البارانويا التخيلية:** اشتق البعد الحالي للبارانويا التخيلية من الرأي القائل بان سلوك البارانويا يدرس أفضل دراسة من خلال مجموعة أعراض هذا المرض. وقد تبني المؤلفين الموقف الذي فضله سوانسون وآخرون (1970) Swanson et al والذي ينادي بأن ظاهرة البارانويا تعتبر نمطاً للتفكير. وبناء على ذلك فقد صممت العبارات على أساس المميزات الأساسية للتغير الهذائي ولقد وضع "سوانسون وآخرون" التفكير، الإسقاط، العداة، الشك، الارتياب، المركزية، الضلالات، فقدان الاستقلال الذاتي، الشعور بالعظمة، في قائمة أساسية لصفات البارانويا.

9. الذهانىة: صمم بعد الذهانىة فى القائمة الحالية من خلال السلوك الذهانى لدى المرضى المترددىن على العىادات النفسىة، ثم التحلىل الشامل لسلوك هؤلاء الذهانىن، واشتملت الطرىقة التى اتبعت فى بناء هذا المقىاس على استخلاص عىنة من سلوك الفصامىىن ذى الأهمىة فى تشخىص الذهانىة ومن الأعراض الهامة المأخوذة فى الاعتبار، الهلاوس السمعىة وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجى فى الأفكار واقتحام الأفكار عن طرىق قوى خارجىة وبالإضافة إلى ذلك هناك علامات أخرى ممثلة فى المقىاس، ولكنها تعد أقل تحديداً للسلوك الذهانى، كنمط الحىاة الخاصة بالفصامىىن.

تصحىح المقىاس:

تتراوح درجات هذا المقىاس من صفر درجة وحتى 360 درجة، وتقع الإجابة على الاستبانة فى خمس مستوىات (مطلقا، نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً) وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين (أربعة درجات) ودرجة)، بمعنى إذا كانت الإجابة (4 دائماً، 3 كثيراً، 2 أحياناً، 1 نادراً، 0 مطلقاً)، حىث ىشىر ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى الاضطراب النفسى.

جدول (8): الأبعاد التسعة لأداة SCL-90 وعدد وأرقام العبارات التى تعبر عن كل بعد فى الاختبار.

الرقم	المقىاس	عدد العبارات	أرقام العبارات
1	الأعراض الجسمانىة	12	40-1-53-4-48-27-49-12-56-58-52-42
2	الوسواس القهرى	10	3-65-28-10-55-46-9-51-38-45
3	الحساسىة التفاعلىة	9	73-69-61-41-37-36-34-21-6
4	الاكتئاب	13	79-71-54-32-31-30-29-26-22-20-15-14-5
5	القلق	10	86-80-78-72-57-39-33-23-17-2
6	العداوة	6	81-74-67-63-24-11
7	قلق الخواف	7	50-82-75-70-47-25-13
8	البارانوىا التخلىلىة	6	83-76-68-43-18-8
9	الذهانىة	10	90-81-87-85-84-77-62-35-16-7
10	عبارات إضافية	7	89-59-66-64-44-60-19

الخصائص السىكومترىة للمقىاس:

للتعرف إلى الخصائص السىكومترىة للمقىاس، قامت الباحثة بحساب معاملات الثبات والصدق للمقىاس، وستقوم الباحثة بعرض النتائج:

معاملات الصدق لمقياس الاضطرابات النفسية 90 بند:

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقتين وهما:
صدق المحكمين، وصدق الاتساق الداخلي، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

صدق المحكمين:

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في كل من (جامعة الأزهر-جامعة الأقصى) وعلى مختصين في العلوم الإنسانية (تخصص علم نفس) والبحث العلمي، وقد استجابت الباحثة لآراء السادة المحكمين انظر الملحق رقم (1) ملحق بأسماء المحكمين، وقامت بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرج المقياس في صورته النهائية الذي ضم تسعون عبارة ويستغرق بالإجابة على فقراته ما يقارب الخمسة عشر دقيقة ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية، والعينة الفعلية في صورتها قبل النهائية.

ثالثاً: صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حدة والدرجة الكلية لكل بعد على حدة، وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (9) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية والدرجة الكلية للمقياس

الرقم	الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	الأعراض الجسمانية	0.953**	.0001
2	الوسواس القهري	0.906**	.0001
3	الحساسية التفاعلية	0.886**	.0001
4	القلق	0.909**	.0001
5	الاكتئاب	0.928**	.0001
6	العداوة	0.897**	.0001
7	قلق الخواف	0.908**	.0001
8	البارانويا التخيلية	0.832**	.0001
9	الذهانية	0.878**	.0001

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.83 - 0.95) وهذا يدل على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل صدق عالي. وبما أن المقياس لديه تسعة أبعاد، فسوف يتم إيجاد معامل الارتباط بين فقرات كل بعد على حدة والدرجة الكلية للبعد التي تنتمي له الفقرة، وسوف يتم عرض ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول (10): معاملات الارتباط بين فقرات بعد الأعراض الجسمانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الأعراض الجسمانية
0.001	.746**	(1) الصداع
0.001	.781**	(4) الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة
0.001	.779**	(12) آلام في القلب أو الصدر
0.001	.796**	(27) الإحساس بآلام في أسفل الظهر
0.001	.808**	(40) الإحساس بالغثيان أو اضطراب المعدة
0.001	.500**	(42) الشعور بآلام في العضلات
0.001	.719**	(48) صعوبة التقاط الأنفاس
0.001	.664**	(49) الإحساس بنوبات من البرودة والسخونة في جسمك
0.001	.764**	(52) تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك
0.001	.756**	(53) الإحساس بان شيء يقف في زورك (يسد زورك)
0.001	.677**	(56) الشعور بالضعف في أجزاء من جسمك
0.001	.841**	(58) الشعور بثقل في ذراعيك وأرجلك

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الأعراض الجسمانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01 حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.50-0.84)، وهذا يدل على أن بعد الأعراض الجسمانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (11): معاملات الارتباط بين فقرات بعد الوسواس القهري والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الوسواس القهري
.000	.616**	(3) وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها
.000	.805**	(9) الصعوبة في تذكر الأشياء
.002	.504**	(10) الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقدارة والإهمال
.000	.799**	(28) عدم القدرة على إتمام أعمالك
.000	.700**	(38) الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من صحتها
.000	.616**	(45) الاضطرار إلى إعادة التأكد من أعمالك (تعيد وتزيد)
.000	.690**	(46) صعوبة اتخاذ القرارات
.000	.726**	(51) الإحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار
.000	.643**	(55) صعوبة في التركيز
.000	.692**	(65) تكرار نفس الأفعال مثل اللمس والعد والغسل

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الوسواس القهري تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.50-0.80)، وهذا يدل على أن بعد الوسواس القهري وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (12) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الحساسية التفاعلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الحساسية التفاعلية
.000	.635**	(6) الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
.000	.561**	(21) الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
.000	.665**	(34) الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة
.000	.572**	(36) الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك
.004	.472**	(37) الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
.000	.592**	(41) الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
.000	.567**	(61) الشعور باضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك
.000	.713**	(69) الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين
.000	.566**	(73) الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الحساسية التفاعلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.47-0.71)، وهذا يدل على بعد الحساسية التفاعلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (13) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الاكتئاب
.001	.543**	(5) أشعر بأن رغبتي وحياتي الجنسية غير طبيعية
.000	.835**	(14) الشعور بالخمول أو قلة النشاط
.000	.617**	(15) التفكير في إنهاء حياتك
.000	.731**	(20) البكاء بسهولة
.000	.786**	(22) الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة
.000	.693**	(26) لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك
.000	.698**	(29) الإحساس بالوحدة
.000	.777**	(30) الشعور بالانقباض
.000	.735**	(31) في القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها
.000	.654**	(32) الشعور بعدم الاهتمام بما حولك
.000	.695**	(54) الشعور باليأس من المستقبل
.000	.644**	(71) الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (تعب في تعب)
.027	.369*	(79) الشعور بأنك عديم الأهمية

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.36-0.83)، وهذا يدل على أن بعد الاكتئاب وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (14): معاملات الارتباط بين فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد القلق
.000	.624**	(2) سرعة الانفعال والاضطراب الداخلي
.001	.520**	(17) رعشة بالجسم
.000	.675**	(23) رعب مفاجئ بلا سبب
.000	.774**	(33) الشعور بالخوف
.000	.780**	(39) الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
.000	.772**	(57) الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا
.000	.635**	(72) نوبات من الفزع والذعر بدون سبب معقول
.000	.621**	(78) الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تتمكنك من الجلوس هادئا في مكان
.000	.639**	(80) أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة لي
.000	.648**	(86) أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد القلق تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (-0.52) و(0.78)، وهذا يدل على أن بعد القلق وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (15): معاملات الارتباط بين فقرات بعد العداوة والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد العداوة
.000	.696**	(11) الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة
.000	.833**	(24) ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها
.000	.630**	(63) الشعور برغبة ملحة في ضرب أو جرح أو إيذاء شخص ما
.000	.807**	(67) الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء
.000	.628**	(74) الدخول في كثير من الجدل والمناقشات
.000	.565**	(81) أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة ابدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد العداوة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (-0.56) و(0.83)، وهذا يدل على أن بعد العداوة وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (16): معاملات الارتباط بين فقرات بعد قلق الخواف والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد قلق الخواف
.000	.604**	(13) الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع
.000	.714**	(25) الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك
.000	.589**	(47) الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الأتوبيسات
.000	.654**	(50) الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف
.000	.700**	(70) الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالسوق أو السينما
.000	.605**	(75) الشعور بالعصبية عندما تكون بمفردك
.000	.732**	(82) الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد قلق الخواف تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.58-0.73) وهذا يدل على أن بعد قلق الخواف وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (17): معاملات الارتباط بين فقرات بعد البارانويا التخيلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد البارانويا التخيلية
.000	.777**	(8) إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
.000	.710**	(18) الشعور بعدم الثقة في معظم الناس
.000	.807**	(43) الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك
.000	.643**	(68) الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين
.000	.765**	(76) الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك
.000	.698**	(83) الشعور بأن الناس سيأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد البارانويا التخيلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.64-0.80) وهذا يدل على أن بعد البارانويا التخيلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (18) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الذهانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الذهانية
.000	.655**	(7) الشعور بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك
.000	.675**	(16) سماع أصوات لا يسمعها آخرون
.000	.552**	(35) الإحساس بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
.000	.686**	(62) الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك
.002	.494**	(77) الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين
.000	.758**	(84) أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت في الجنس
.000	.755**	(85) أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك
.000	.678**	(87) الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك
.000	.672**	(88) عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر
.000	.578**	(90) الشعور بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ على أفكارك

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الذهانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.49- 0.75) وهذا يدل على أن بعد الذهانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

معاملات الثبات للمقياس:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقتين وهما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.98 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع. وبما أن المقياس لديه تسعة أبعاد، فقد تراوحت معاملات الثبات للأبعاد التسعة بين (0.76 - 0.92)، وهذا دليل كافي على المقياس وأبعاده يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة.

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق مقياس الاضطرابات النفسية على عينة مكونة من 36 فرد من النازحين في مراكز الإيواء، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين

مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وكذلك لكل بعد على حدة، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون للمقياس الكلي 0.90، ومجال استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.94)، حيث تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس بين (0.71 - 0.93). مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات جيد، كما في الجدول التالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك اعتمدت الباحثة هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (19) معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة لمقياس (الاضطرابات النفسية) وأبعاده

الرقم	مقياس الأعراض النفسي وأبعاده	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل ارتباط بيرسون	معامل الثبات بطريقة سبيرمان براون المعدلة
1	الأعراض الجسمانية	12	.920	0.88	0.93
2	الوسواس القهري	10	.860	0.72	0.83
3	الحساسية التفاعلية	9	.760	0.55	0.71
4	القلق	10	.860	0.67	0.8
5	الاكتئاب	13	.900	0.77	0.87
6	العداوة	6	.780	0.65	0.79
7	قلق الخوف	7	.780	0.72	0.83
8	البار اتويا التخيلية	6	.820	0.7	0.82
9	الذهانية	10	.840	0.84	0.91
	المقياس الكلي	90	.980	0.90	0.94

ومن خلال ما سبق تم التأكد من وصف مقاييس الدراسة الحالية من خلال الصدق والثبات وتبين أنها تصلح على البيئة الفلسطينية في كل ظروفها الحالية وعلى طلبة الجامعة.

الأساليب الإحصائية:

قامت الباحثة بتفريغ وتحليل النتائج من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0)، وقد تم استخدام الأساليب

الإحصائية التالية:

- 1- إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي.
- 2- المتوسط الحسابي (الوزن النسبي).
- 3- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha).
- 4- معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Split half methods).
- 5- معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient).
- 6- اختبار (ت) لعينتين مستقلتين.
- 7- تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA).
- 8- اختبار شيفيه.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

- الإجابة على التساؤلات.
- نتائج الفروض.
- التوصيات.
- المقترحات.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة:

فيما يلي عرضاً للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة وفرضياتها، وسيتم عرض النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة ثم عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة.

أولاً: مناقشة نتائج تساؤلات الدراسة:

● التساؤل الأول: ما مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ؟

للتعرف إلى مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لدرجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (20) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن=)

الإدمان	الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي	30	60	27.00	11.70	45.0

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق أن الوزن النسبي للإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة بلغ 45.0% بمتوسط حسابي 27.0 درجة، وانحراف معياري 11.70 درجة، وهذا يدل على أن مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ضعيف. وللتعرف إلى مستوى الموافقة على فقرات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، قامت الباحثة بحساب النسبة للفقرات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (21) نسبة الموافقة على فقرات مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى
طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن=619)

الرقم	الفقرة	نعم %	الى حد ما %	لا %
1	أهمل دراستي بسبب اهتمامي الزائد بشبكات التواصل الاجتماعي	19.2	46.2	34.6
2	شغلنتي صداقاتي التي كونتها عبر مواقع التواصل الاجتماعي على علاقاتي الاجتماعية المباشرة.	16.2	24.2	59.6
3	عندما أجلس على مواقع التواصل الاجتماعي لا أشعر بمضي الوقت.	61.7	27.6	10.7
4	أتناول طعامي وأنا أمام شاشة الجوال لمتابعة مواقع التواصل الاجتماعي.	34.2	27.6	38.1
5	يفاجئني من حولي بتبنيهم إلي أنني أمضيت وقتاً طويلاً أمام الانترنت.	39.9	30.9	29.2
6	يشكو أفراد أسرتي من انشغالي بالجوال لفترات طويلة بسبب استخدامي لمواقع التواصل الاجتماعي.	34.6	31.8	33.6
7	افتقدت الكثير من الأصدقاء القدامى إلا من يرسلوني عبر مواقع التواصل الاجتماعي.	32.5	30.4	37.2
8	حياتي مستحيلة بدون مواقع التواصل الاجتماعي.	22.3	34.9	42.8
9	استخدم مواقع التواصل الاجتماعي لتهنئة أصدقائي بجميع المناسبات العامة والخاصة.	52.7	36.5	10.8
10	أحاول الإقلاع من فترات بقائي أمام مواقع التواصل الاجتماعي ولكن دون جدوى.	24.7	44.6	30.7
11	استثمر مواقع التواصل الاجتماعي غالباً في التواصل مع الأصدقاء.	58.6	31.0	10.3
12	أتعجب كيف يعيش الناس بدون مواقع التواصل الاجتماعي.	31.8	32.6	35.5
13	إن انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي ترك أثراً إيجابياً على أنشطة حياتي.	26.3	44.3	29.4
14	أتمنى أن يتم تحول التعليم من الجامعات إلى شبكات التواصل الاجتماعي.	36.2	19.5	44.3
15	أفضل قضاء أوقات فراغي على شبكات التواصل الاجتماعي على أفراد أسرتي.	15.7	32.5	51.9
16	أشعر بالضيق والكآبة والملل عندما أحرم نفسي من الاستمتاع بالجولس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.	26.7	39.9	33.4
17	أشعر بأنني أصبحت أسير لشبكات التواصل الاجتماعي	18.4	36.3	45.2
18	المرض وحده هو الذي يمنعني من استخدام شبكات التواصل الاجتماعي.	9.4	18.1	72.5
19	بدأت حاسة البصر لدي تضعف نظراً للجولس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.	20.0	30.7	49.3
20	عندما يزورني بعض أصدقائي في البيت أشعر بأنني حرمت من متعتي الوحيدة وهي التواصل عبر مواقع التواصل الاجتماعي.	8.2	16.0	75.8
21	أفضل مواقع التواصل الاجتماعي على التلفزيون حتى بقنواته الفضائية.	41.5	32.5	26.0
22	أنسي الجوع والعطش حينما أجلس ساعات طويلة أمام مواقع التواصل الاجتماعي	21.5	26.2	52.3
23	منذ أن بدأ انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي لم تعد حياتي الاجتماعية كما كانت من قبل.	22.8	36.8	40.4
24	أتناول طعامي وأنا أمام شاشة الكمبيوتر لمتابعة مواقع التواصل الاجتماعي.	25.5	31.5	43.0
25	أغفل عن حاجتي إلى النوم لانشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي.	23.9	32.1	43.9
26	أجد نفسي مجبراً بأن أجلس بضع ساعات أخرى على مواقع التواصل الاجتماعي.	23.7	35.9	40.4
27	شبكات التواصل الاجتماعي تسهل عليّة كل المهام التي أقوم بها.	36.2	45.7	18.1
28	لو أصبحت الكهرباء متواجدة دائماً لما توقفت عن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي ليلاً أو نهاراً.	20.0	29.4	50.6
29	أستثمر كل لحظة من حياتي في الاستفادة من مواقع التواصل الاجتماعي.	16.6	42.8	40.5
30	بعد انقضاء دراستي بالجامعة اتجه مباشرة لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي.	38.0	37.3	24.7

تبين من خلال النتائج أن 61.7% من طلبة الجامعات في قطاع غزة يوافقون على أنهم (عندما أجلس على مواقع التواصل الاجتماعي لا أشعر بمضي الوقت)، 58.6% يوافقون على أنهم (استثمر مواقع التواصل الاجتماعي غالباً في التواصل مع الأصدقاء)، كما يوافق 52.7% على (استخدم مواقع التواصل الاجتماعي لتهنئة أصدقائي بجميع المناسبات العامة والخاصة)، ويوافق 45.7% من طلبة الجامعة إلى حد ما أن (شبكات التواصل الاجتماعي تسهل عليه كل المهام التي أقوم بها)، و 44.6% يوافقون إلى حد ما أنهم (أحاول الإقلال من فترات بقائي أمام مواقع التواصل الاجتماعي ولكن دون جدوى)، كذلك 46.2% يوافقون إلى حد ما على أنهم (يهمل دراستي بسبب اهتمامي الزائد بشبكات التواصل الاجتماعي)، في حين لا يوافق 75.8% من طلبة الجامعات على أنهم (عندما يزورني بعض أصدقائي في البيت أشعر بأنني حرمت من متعتي الوحيدة وهي التواصل عبر مواقع التواصل الاجتماعي)، 72.5% لا يوافقون على (المرض وحده هو الذي يمنعني من استخدام شبكات التواصل الاجتماعي)، كذلك 51.9% لا يوافقون على أنه أفضل قضاء أوقات فراغي على شبكات التواصل الاجتماعي على أفراد أسرتي

جاءت نتائج الإجابة على التساؤل الأول متوافقة مع دراسة الزيدي (2014) حيث مستوى الإدمان للإنترنت كان بنسبة (9.7%) من أفراد عينة الدراسة.

وترى الباحثة أن إدمان شبكات التواصل الاجتماعي في نسبتها الحالية التي عبرت عنها الدراسة وهي (45%)، وحينما نتحدث عن إدمان شبكات التواصل الاجتماعي فإن تلك النسبة لا يستهان بها وتعبّر عن الهروب من الواقع بين طلاب الجامعة حيث وجد أن الآلاف الشباب بغزة المقهورين في مواقع التواصل الاجتماعي ساحات افتراضية يفروا إليها من واقعهم المرير وحولوها إلى واقع افتراضي، وعبروا من خلالها عن آمالهم وطموحاتهم ورسموها على صفحاتهم مجتمعاً فاضلاً تمنوا العيش فيه حيث مواقع التواصل الاجتماعي باتت تمثل متنفس الشباب الوحيد لتناسي همومهم، وعيش واقع افتراضي مغاير للوضع القائم.

ويتضح من الجدول السابق:

- أن أعلى الفقرات في هذا المقياس حصلت على موافقة الطلاب في جامعة الأزهر بغزة كانت:
- الفقرة (3) والتي نصت على عندما أجلس على مواقع التواصل الاجتماعي لا أشعر بمضي الوقت بنسبة (61.7%) من طلبة جامعة الأزهر بغزة.

- الفقرة (9) والتي نصت على استخدام مواقع التواصل الاجتماعي لتهنئة أصدقائي بجميع المناسبات العامة والخاصة بنسبة (52.7%) من طلبة جامعة الأزهر بغزة.

وتعزو الباحثة حصول هذه الفقرات السابقة على المراتب الأولى بأعلى وزن نسبي في مقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي يعود إلى أن إضاعة الوقت في شبكات التواصل الاجتماعي من أهم التأثيرات السلبية لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي حيث البعض يقضي يومه لتصفح مواقع التواصل الاجتماعي وبما فيه من عالم افتراضي حيث النصف ساعة تتبعها ثلاث ساعات من اللاشيء دون أن يشعر الفرد بمضي كل هذا الوقت، وتتراكم عليه المهام المطلوب انجازها في اليوم، بينما فسرت الباحثة أن التواصل مع الأصدقاء عبر مواقع التواصل الاجتماعي يزيد من الإحساس بالاكنتاب وإدمان الجلوس أمام هذه المواقع، بالإضافة إلى عدم رغبة الفرد في الاختلاط المباشر والاكتفاء بمتابعة الحياة عبر الشاشة ومراقبة أصدقائه والتواصل معم بدلاً من التفاعل معهم بشكل مباشر وحقيقي.

كما وترى الباحثة أن التهنئة الالكترونية بالرغم من سهولة استخدامها إلا أنها ساهمت في التباعد بين الأفراد، وبما يؤثر سلباً على التقارب بين أفراد المجتمع واعتماد الأفراد فقط على العلاقات في هذا العالم الافتراضي.

كما وجاءت بعض الفقرات في هذا المقياس حصلت على موافقة الطلاب إلى حد ما في جامعة الأزهر بغزة كانت:

- الفقرة (27) شبكات التواصل الاجتماعي تسهل عليه كل المهام بنسبة (45.7%) من طلبة الجامعة.
- الفقرة (10) أحاول الإقلاع من فترات بقائي أمام مواقع التواصل الاجتماعي ولكن دون جدوى بنسبة (44.6%) من طلبة الجامعة.
- الفقرة (1) أهمل دراستي بسبب اهتمامي الزائد بشبكات التواصل الاجتماعي بنسبة (46.2%) من طلبة الجامعة

وتفسر الباحثة أن انتشار مواقع شبكات التواصل الاجتماعي في أرجاء العالم والتي ربطت العالم كله بأجزائه المترامية وهو ما جعل العالم يشبه القرية الصغيرة، حيث أصبحت المجتمعات أكثر انفتاحاً على بعضها البعض ويات من السهل التعارف وتبادل الآراء والأفكار والخبرات والثقافات والمعلومات في أي مجال من مجالات الحياة المختلفة كما وتعزو الباحثة أن شبكات التواصل الاجتماعي أصبحت جزءاً لا يتجزأ في حياة الأفراد وأنه من الصعب الاستغناء

عنها مما جعل بعض الأفراد يجدون صعوبة في الإقلاع والتقليل من استخدام هذه المواقع وجعلت مستخدميها في حالة من القلق والتوتر إذا انفصلوا لبعض الوقت عن هذا العالم الافتراضي.

كما وترجع الباحثة أن تراجع مستويات التحصيل الدراسي بسبب الاستخدام المفرط لشبكات التواصل الاجتماعي واستنفاد طاقات الكثيرين من الطلاب والطالبات الذين يقضون معظم أوقاتهم أمام الأجهزة اللوحية والهواتف الذكية بشكل مبالغ فيه مما جعل من الصعب على الطلاب التركيز في الدراسة وتراجع مستويات تحصيلهم الدراسي.

كما واختلفت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة فانسون (2010) حيث أن أكثر من نصف الأشخاص الذين يستخدمون مواقع التواصل الاجتماعي قد اعترفوا بأنهم يقضون أوقات أطول على شبكات الانترنت من ذلك الوقت الذي يقضونه مع أصدقائهم الحقيقيين أو مع أفراد أسرته في حين نتج عن الدراسة الحالية أن (51.9%) لا يوافقون على أنه أفضل قضاء أوقات فراغي على شبكات التواصل الاجتماعي على أفراد أسرتي. وتفسر الباحثة أن الأسرة هي الدرع الواقي حيث توفر للفرد الأمن والحماية والاستقرار والمرجعية، ولكن في حالة افتقاد الفرد لهذه البيئة المتكاملة ينتج لديه نوع من الاضطراب الاجتماعي الذي يجعله يبحث عن البديل لتعويض الحرمان الذي يظهر مثلاً في غياب دور الوالدين أو أحدهما بسبب مشاغل الحياة أو التفكك الأسري (مشري مرسى، 2012، 157).

● التساؤل الثاني: ما مستوى الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة؟

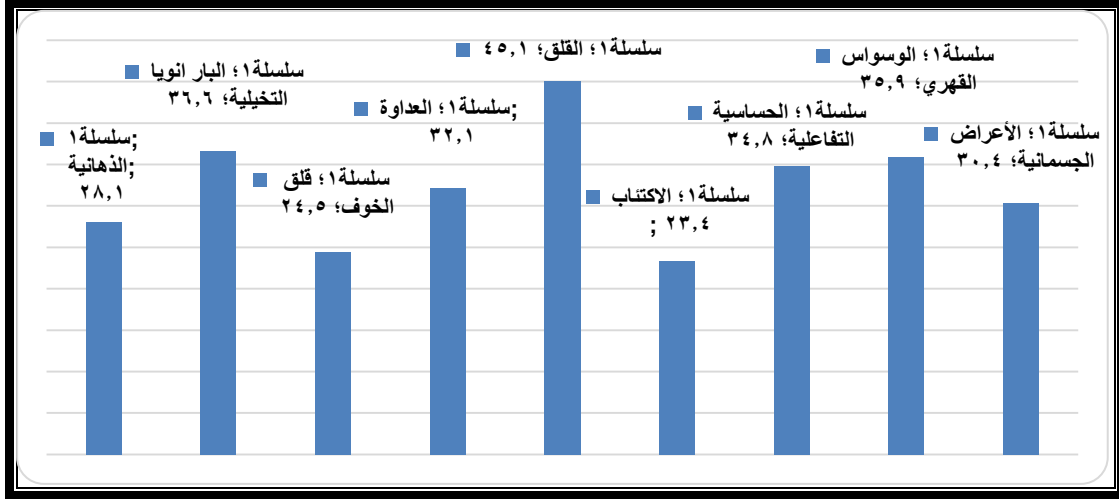
للتعرف على مستوى الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لأبعاد الشخصية، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (22) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن=619)

الترتيب	الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	المتوسط	الدرجة الكلية	الفقرات	الاضطرابات النفسية وأبعادها
6	30.4	8.52	14.60	48	12	الأعراض الجسدية
3	35.9	6.33	14.37	40	10	الوسواس القهري
4	34.8	6.28	12.52	36	9	الحساسية التفاعلية
9	23.4	6.94	12.18	52	13	الاكتئاب
1	45.1	8.99	18.06	40	10	القلق
5	32.1	4.46	7.71	24	6	العداوة
8	24.5	4.79	6.87	28	7	قلق الخوف
2	36.6	4.44	8.78	24	6	البارانويا التخيلية
7	28.1	6.54	11.24	40	10	الذهانية
-	41.1	4.82	11.50	28	7	الاضطرابات أخرى
-	32.7	52.21	117.83	360	90	الاضطرابات النفسية الكلية

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق أن الوزن النسبي للاضطرابات النفسية الكلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة بلغ (32.7%) بمتوسط حسابي 117.83 درجة، وانحراف معياري 52.21 درجة، وهذا يدل على أن مستوي الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة ضعيف، كما وتبين أن القلق احتل المرتبة الأولى عند طلبة الجامعات بقطاع غزة وبوزن نسبي 45.1%، يليه البارانويا التخيلية بوزن نسبي 36.6%، يليه الوسواس القهري بوزن نسبي 35.9%، وبالمرتبة الرابعة الحساسية التفاعلية بوزن نسبي 34.8%، ويليه العداوة بوزن نسبي 32.1%، وبالمرتبة السادسة الأعراض الجسدية بوزن نسبي 30.4%، ويليه الذهانية بوزن نسبي 28.1%، ويأتي بالمرتبة قبل الأخيرة قلق الخوف بوزن نسبي 24.5%، والاكتئاب كان أقل الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة بوزن نسبي 23.4%.



شكل (1) الأوزان النسبية لأبعاد الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة

وقد جاءت نتائج الإجابة على التساؤل الثاني مختلفة مع دراسة أبو ركاب وقوته (2010) من حيث ترتيب أبعاد الاضطرابات النفسية لدى العينة فقد تبين أن بعد الأعراض الجسدية قد احتل المرتبة الأولى ويليه الاكتئاب، ثم الوسواس القهري ويليه الحساسية التفاعلية، ثم جاء بعد ذلك القلق، تلاه كل من العداء والبارانويا التخيلية ومن ثم الخوف، في حين سجلت أقل نسبة للذهانية لدى عينة من المسنين وترى الباحثة أن الاختلاف بين هذه النتيجة ونتيجة دراسة أبو ركاب وقوته (2010) يرجع لاختلاف العينة وخصوصية كل عينة من حيث العمر وخصائص كل مرحلة.

وترى الباحثة نسبة الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة في نسبتها الحالية التي عبرت عنها الدراسة وهي (32.7%) من أفراد العينة وحينما نتحدث عن اضطرابات نفسية فإن تلك النسبة لا يستهان بها وتعبر عن أسباب نفسية تنتج عن نقص إشباع الحاجات الضرورية للفرد، كذلك اضطراب العلاقات الاجتماعية والشخصية للفرد، وهي ذات أصل نفسي، تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في مرحلة الطفولة، ومن أهم هذه الأسباب النفسية الحرمان والصراع والإحباط والخبرات الصادمة والسيئة والعادات غير الصحيحة. (زهران، 2004: 485)، وتعزو الباحثة أن حجم الضغوطات والصدمات التي يتعرض إليها الطالب الفلسطيني والفقدان وعدم الاستقرار النفسي والعاطفي والسياسي والخطر المستمر وتوقع الكوارث وخاصة في قطاع غزة وانتشار العالم الافتراضي الذي أصبح ملجأ للهروب من تلك المحن والضغوط السابقة والتي لعبت مواقع شبكات التواصل الاجتماعي ربما دوراً كبيراً ليست بسيطة في ظهور أعراض القلق والعداء والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية.

ترى الباحثة أن بعد القلق احتل المرتبة الأولى عند طلبة جامعة الأزهر بغزة بوزن نسبي (45.1%)، وهذه نسبة لا يستهان بها وتعبّر عن أن أعراض القلق تتوافق مع معظم الاضطرابات النفسية وترى أن السبب الرئيسي وراء هذا القلق من مواقف الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الطالب الفلسطيني وخاصة في ظل الظروف الحالية في قطاع غزة فهي أرض خصبة للاضطرابات النفسية وخاصة القلق يظهر كعرض في معظم الاضطرابات النفسية والجسمية والعقلية ويكون علاجه أساساً علاج المرض المسبب له ومن أهم الاضطرابات التي يصاحبها القلق هي الاضطرابات الجسمية، العداوة، قلق الخوف، الوسواس القهري وغيرها من الاضطرابات الأخرى.

أما بالنسبة لطلبة جامعة الأزهر بغزة الذين تعدوا الانحراف المعياري الأول ما بعد المتوسط الحسابي وهذا يدل على أنهم مصابين بالاضطرابات النفسية التالية، فقد تبين أن 16.0% من طلبة جامعة الأزهر بغزة يعانون من الاضطرابات النفسية الكلية، في حين 15.3% يعانون من الأعراض الجسمية، و14.5% يعانون من البارانويا التخيلية، و13.9% يعانون من الاكتئاب، وبنفس النسبة 13.9% يعانون من القلق، و13.2% يعانون من الوسواس القهري، وبنفس النسبة 13.2% يعانون من الحساسية التفاعلية، كذلك 13.1% يعانون من العداوة، و13.1% يعانون من قلق الخوف، و12.8% يعانون من الذهانية. و15.0% أعراض أخرى. ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (23) الأفراد الذين تجاوزوا الانحراف المعياري الأول ما بعد المتوسط لدى طلبة جامعة

الأزهر بغزة

النسبة %	العدد	الاضطرابات النفسية وأبعادها
15.3	95	الأعراض الجسمية
13.2	80	الوسواس القهري
13.2	82	الحساسية التفاعلية
13.9	86	الاكتئاب
13.9	86	القلق
13.1	88	العداوة
13.1	81	قلق الخوف
14.5	90	البارانويا التخيلية
12.8	79	الذهانية
15.0	93	اضطرابات أخرى
16.0	99	الاضطرابات النفسية الكلية

جاءت نتائج الدراسة الحالية مختلفة مع دراسة أبو وركاب وقوته (2010)، ودراسة أبو ججوج (2012) حيث الذين تعدوا الانحراف المعياري الأول ما بعد المتوسط الحسابي وهذا يدل على أنهم مصابين بالاضطرابات النفسية في دراسة أبو ركاب وقوته (2010) كانت (14.6%) من أفراد العينة، بينما في دراسة أبو ججوج (2012) كانت (8%).

وترى الباحثة أن الذين تعدوا الانحراف المعياري الأول ما بعد المتوسط الحسابي، وهذا يدل على أنهم مصابين بالاضطرابات النفسية كانت بنسبة (16.0%) من أفراد العينة وحينما نتحدث عن اضطراب فإن تلك النسبة لا يستهان بها وتعبّر عن كل ما يحيط بالفرد في بيئته ومجاله الاجتماعي من اضطرابات سواء في الأسرة والتشئة الاجتماعية، وكذلك الجامعة والمجتمع، ونقص إشباع الحاجات الضرورية للفرد، وكذلك اضطراب العلاقات الاجتماعية الشخصية للفرد، والحرمان والصراع والإحباط والخبرات الصادمة السيئة، والعادات غير الصحيحة (حامد زهران 2004، 485). وتعزو الباحثة أن حجم المأساة التي يعيشها الطالب الفلسطيني من قهر وتهميش في واقع مرير يفقدون فيه الأمل والطموحات، وفي ظل اندلاع الانتفاضتين الأولى والثانية وتبعها الثالثة التي كان لهما الأثر الأكبر في سوء الأوضاع النفسية وارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية كذلك الانقسام الفلسطيني الذي كان له التأثير السلبي على جميع مناحي الحياة بما فيها النفسية أيضاً. فالعنف السياسي من دموية للمحتل الصهيوني المستمرة حتى الآن وتوالي الحروب الثلاثة على قطاع غزة كان لها الأثر السلبي الأكبر في تردي الأوضاع النفسية لدى الأفراد وسبب في الاضطرابات النفسية المختلفة.

ثانياً: مناقشة فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية بين الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي وبين الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم إيجاد مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لدراسة العلاقة بين الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي وبين الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (Pearson's Correlation Coefficient)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (24) مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لكشف العلاقة بين الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي وبين الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (ن =)

مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي		
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الاضطرابات النفسية
0.001	0.324**	الأعراض الجسمانية
0.001	0.265**	الوسواس القهري
0.001	0.213**	الحساسية التفاعلية
0.001	0.290**	الاكتئاب
0.001	0.304**	القلق
0.001	0.317**	العداوة
0.001	0.217**	قلق الخوف
0.001	0.214**	البارانويا التخيلية
0.001	0.277**	الذهانية
0.001	0.193**	اضطرابات أخرى
0.001	0.324**	الاضطرابات النفسية الكلية

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

وقد تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إدمان مواقع التواصل الاجتماعي وبين الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية وأبعاده التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية، أعراض أخرى) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع درجات إدمان شبكات مواقع التواصل الاجتماعي عند الطلبة كلما ارتفع مستوى الاضطرابات النفسية وأبعادها التسعة والعكس صحيح.

تعزو الباحثة أنه كلما ارتفعت درجات إدمان شبكات مواقع التواصل الاجتماعي عند الطلبة كلما ارتفع مستوى الاضطرابات النفسية وأبعادها التسعة والعكس صحيح إلى استخدام مواقع التواصل الاجتماعي بشكل مفرط يقود إلى العزلة وتكسب مستخدميها بعض الاضطرابات النفسية لما تعطي لهم الفرصة في الهروب من مجتمعهم حيث أن المستخدمين يتعاملون مع عالم افتراضي ومع أشخاص غير حقيقيين، ولا يستطيع أن يراهم في نطاق مجتمعه ولا يستطيع التعامل معهم بشكل مباشر والعيش في عالم الأحلام حيث تدني الأوضاع في أرض الواقع الذي يعيش فيه الشباب يلجأ الشباب إلى خلق عالم خاص بهم يرتقى لتطلعاتهم وآمالهم وتحقيق

رغباتهم وأحلامهم الضائعة، حيث يؤثر التعامل مع مواقع التواصل الاجتماعي أيضاً على رؤية المستخدم لنفسه وليس فقط لمجمعه، حيث تضع تلك المواقع مستخدميها تحت المجهر، وتجعلهم في محاولة دائمة للظهور بصورة مثالية وتقديم أنفسهم للعالم الافتراضي بصورة مغايرة للواقع وينتظرون الحكم عليها من قبل أصدقائهم على مواقع التواصل الاجتماعي وهو ما يؤدي إلى زيادة الاضطرابات النفسية لدى مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي بشكل مفرط.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي والاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية (نوع الجنس، المستوى الدراسي، نوع التخصص، عدد ساعات استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، منخفضي ومرتفعي درجات الإدمان)

ويتفرع من الفرضية عدة فرضيات حسب كل متغير كل حده، وسوف يتم عرض ذلك من خلال التالي:

1.1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (25) نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس

مستوى الدلالة	ت	إناث = 330		ذكور = 289		الاضطرابات النفسية وأبعادها
		ع	م	ع	م	
//0.76	-0.31	8.95	14.70	8.01	14.48	الأعراض الجسمانية
//0.38	0.87	6.30	14.16	6.37	14.61	الوسواس القهري
//0.09	-1.71	6.35	12.92	6.17	12.06	الحساسية التفاعلية
//0.30	-1.05	7.05	12.46	6.81	11.87	الاكتئاب
*0.03	-2.21	9.49	18.80	8.30	17.21	القلق
*0.03	2.21	4.41	7.34	4.49	8.13	العداوة
**0.00	-3.34	4.84	7.47	4.65	6.19	قلق الخوف
//0.75	-0.32	4.50	8.83	4.38	8.72	البارانويا التخيلية
//0.74	0.34	6.72	11.15	6.34	11.33	الذهانية
//0.78	0.28	4.92	11.45	4.71	11.56	اضطرابات أخرى
//0.46	-0.74	53.39	119.29	50.86	116.17	الاضطرابات النفسية الكلية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الاضطرابات النفسية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في الدرجة الكلية للاضطرابات لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف نوع الجنس مستوى الاضطرابات النفسية لديهم واحد.
 - أبعاد الاضطرابات النفسية: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في أبعاد الاضطرابات النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، البارانويا التخيلية، الذهانية، اضطرابات أخرى) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف نوع الجنس مستوى الاضطرابات النفسية السابقة لديهم واحد.
- جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع دراسة أبو ججوح (2012) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات النفسية المختلفة تعزى إلى اختلاف الجنس

(ذكر - أنثى)، ومختلفة مع دراسة أبو ركاب وقوته (2010) حيث أظهرت انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات النفسية المختلفة تعزى إلى اختلاف الجنس (ذكر - أنثى) لصالح الإناث، كما وجاءت نتائج الدراسة متوافقة مع دراسة ومنصور (2011) في عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في بعد الحساسية التفاعلية تعزى الجنس (ذكر - أنثى)، بينما اختلفت نتائج الدراسة مع الخواجه (2010) وعبد الخالق ومحمد (2011) والمشعان (2009) والمقدادي (2006) حيث أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، و دراسة الشواشره والدقس (2013) أظهرت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات الجسمانية تعزى إلى اختلاف الجنس (ذكر - أنثى) وكانت لصالح الذكور

وترى الباحثة أن مكونات الواقع الفلسطيني الحياتي السياسية والأمنية والاقتصادية والفكرية والنفسية والتربوية تلعب دورا كبيرا في تحديد طبيعة المشكلات التي يعاني منها الشباب، وظروف المعيشية التي يعيشها الشباب في قطاع غزة حيث هذه الظروف مشابهة ولا تميز بين الذكور والإناث وبالتالي فأن ذلك ينبأ بأن الجنسين عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية دون تميز، حيث أن البيئة الثقافية والعرفية لا تتمايز لكلى الجنسين خاصة في المرحلة الجامعية و نفس التخصصات ونفس الجامعة، وعدم تمايز مراحل العمر المختلفة

• **بعد القلق:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات القلق لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، الفروق كانت لصالح الإناث، فقد بلغ متوسط درجات القلق عند الطلبة الإناث 18.80، أما عند الطلبة الذكور فقد بلغ 17.21 درجة، وهذا يدل على أن الطلبة الإناث يشعرون بالقلق أكثر من الطلبة الذكور.

وتعزو الباحثة أن ازدياد القلق عن الإناث أكثر من الذكور يرجع إلى أن الشعور بالقلق مرتبط أكثر بالعواطف وليس بالواقع وهذا يأتي من أن المرأة تتمتع برقة مشاعرها الشديدة وعاطفيتها اللامتناهية التي تتميز عن الرجل لذلك فهي أكثر عرضة للقلق أكثر من الرجل نظرا لطبيعة المجتمع الفلسطيني وحجم الضغوط النفسية التي تتفرد فيها الفتاة في المجتمع.

• **بعد العداوة:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات العداوة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، الفروق كانت لصالح الذكور، فقد بلغ متوسط درجات العداوة عند الطالبات الإناث 7.38، أما عند

الطلاب الذكور فقد بلغ 8.13 درجة، وهذا يدل على أن الطلاب الذكور لديهم مستوى أعلى في العداوة أكثر من الطالبات الإناث.

جاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة مع دراسة المشعان (2009) حيث أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العدوانية تعزى إلى اختلاف الجنس (ذكر - أنثى) وكانت لصالح الذكور.

وترى الباحثة أن الإحباط أهم عامل للميول للعدوانية عند الشخص، وهذا ما أكده مصطفى فهمي بأن العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجته أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل (مهنا، 1994: 170) وتعزو الباحثة أن درجة العداوة عند الطلاب الذكور أكثر من الطالبات الإناث ترجع إلى التفكير الذكوري العميق جداً الذي ضرب العقلية الذهنية في الثقافة العربية بوجه عام والثقافة الفلسطينية على وجه الخصوص من خلال أساليب التنشئة الاجتماعية والتربوية الخاطئة والمتشددة أكثر على التمييز بين الجنسين من خلال المعاملة الوالدية والرعاية والدلال والتفرقة بين الذكر والأنثى في أبسط الأشياء لصالح الذكور وهذا كله يجعل الشاب عندما يكبر شيئاً فشيئاً يصاب بالغرور والتكبر والتسلط والتمرد والعداوة على الآخرين.

• **بعد قلق الخوف:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات قلق الخوف لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، الفروق كانت لصالح الإناث، فقد بلغ متوسط درجات قلق الخوف عند الطالبات الإناث 7.47، أما عند الطلبة الذكور فقد بلغ 6.19 درجة، وهذا يدل على أن الطالبات الإناث يشعرن بقلق الخوف أكثر من الطلاب الذكور.

جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع دراسة القبطان (2011) أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المخاوف المرضية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث

وتفسر الباحثة أن ازدياد قلق الخوف عند الإناث أكثر من الذكور يرجع إلى أن الخوف هو المكون الأساسي من مكونات المرأة لذا تتضاعف مشاعر الخوف عند الإناث وترجع إلى نظم العادات والتقاليد الاجتماعية التي تترى عليها الفتاة في داخل أسرتها والتي فرضت عليها فكرة أن تستمد الحماية والعون دائماً من الرجل واقتصار خبرة الفتاة ومعلوماتها على الدراسة والأعمال المنزلية فنجدها تشعر بقلق الخوف والرهاب من كل ما هو جديد أو مجهول تلقاه.

1.2: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات إدمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (26) نتائج اختبار ت لكشف الفروق في درجات إدمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس

مقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي	ذكر	289	27.63	11.81	1.17	//0.24
	أنثى	330	26.53	11.50		

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في الدرجة الكلية للإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف نوع الجنس مستوى إدمانهم لشبكات التواصل الاجتماعي متساوي.

جاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة مع دراسة خاطر (2015) و الزيدي (2014) وعمار (2014) والشناوي وعباس (2013) حيث أظهرت عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس، بينما اختلفت مع دراسة الطهراوي (2015) والخواجة (2014) والجواد وأحمد (2013)، في وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أن الشباب الفلسطيني من كلا الجنسين يعيشون نفس الظروف الحياتية والنفسية، ويواجهون نفس الواقع والوضع الحالي وبالتالي كان هناك اهتمام مشترك لدى الذكور والإناث في الهروب من الواقع والقهر الموجود في قطاع غزة ونقله في

الاستخدام المفرط لمواقع التواصل الاجتماعي المختلفة وجعلها ساحات افتراضية يفروا إليها من واقعهم المرير وحولوها إلى واقع افتراضي، وعبروا من خلالها عن آمالهم وطموحاتهم ورسموها على صفحاتهم مجتمعاً فاضلاً تمنوا العيش فيه حيث مواقع التواصل الاجتماعي باتت تمثل متنفس الشباب سواء كان الذكور والإناث.

2.1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في الاضطرابات النفسية وأبعادها لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (27) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (ن=619)

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	بين المجموعات	88.4	3	29.5	0.40	//0.75
	داخل المجموعات	44776.4	615	72.8		
	المجموع	44864.8	618			
الوسواس القهري	بين المجموعات	145.6	3	48.5	1.21	//0.30
	داخل المجموعات	24638.4	615	40.1		
	المجموع	24784.0	618			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	360.1	3	120.0	3.08	*0.03
	داخل المجموعات	23974.3	615	39.0		
	المجموع	24334.5	618			
الاكتئاب	بين المجموعات	86.8	3	28.9	0.60	//0.62
	داخل المجموعات	29668.2	615	48.2		
	المجموع	29755.0	618			
القلق	بين المجموعات	74.0	3	24.7	0.30	//0.82
	داخل المجموعات	49823.1	615	81.0		
	المجموع	49897.0	618			
العداوة	بين المجموعات	92.2	3	30.7	1.55	//0.20
	داخل المجموعات	12222.6	615	19.9		
	المجموع	12314.8	618			

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
قلق الخوف	بين المجموعات	43.1	3	14.4	0.62	//0.60
	داخل المجموعات	14147.8	615	23.0		
	المجموع	14190.9	618			
البارانويا التخيلية	بين المجموعات	128.2	3	42.7	2.18	//0.09
	داخل المجموعات	12055.0	615	19.6		
	المجموع	12183.2	618			
الذهانية	بين المجموعات	147.9	3	49.3	1.15	//0.33
	داخل المجموعات	26310.1	615	42.8		
	المجموع	26458.1	618			
اضطرابات أخرى	بين المجموعات	177.7	3	59.2	2.57	*0.05
	داخل المجموعات	14167.0	615	23.0		
	المجموع	14344.7	618			
الاضطرابات النفسية الكلية	بين المجموعات	6888.7	3	2296.2	0.84	//0.47
	داخل المجموعات	1677482.5	615	2727.6		
	المجموع	1684371.2	618			

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الاضطرابات النفسية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف مستواهم الدراسي مستوى الاضطرابات النفسية لديهم واحد.

أبعاد الاضطرابات النفسية: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في أبعاد الاضطرابات النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية، اضطرابات أخرى) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف مستواهم الدراسي مستوى الاضطرابات النفسية السابقة لديهم واحد.

الحساسية التفاعلية: لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات الحساسية التفاعلية بين طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع)، ولكتشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد

لوحظ بأن مستوى الشعور بالحساسية التفاعلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة في مستوى ثالث أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة في مستوى رابع، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع دراسة أبو ججوح (2012)، وتفسر الباحثة أن الواقع النفسي الحالي والتغيير السريع في جميع مجالات الحياة التي تحيط بكافة المراحل العمرية، زاد من معاناتها، فضلاً عن الضغوط العديدة، والمشكلات التي لا حصر لها، والتي تلقي بهم إلى خضم مشاكل أخرى وأزمات تترك آثاراً سلبية بلا شك على النفس والجسم والعقل، وهذا من شأنه أن يلعب دوراً كبيراً في نتائج الدراسة الحالية من حيث: عدم وجود اختلاف بين المستويات الدراسية (الأول، والثاني، والثالث والرابع) من حيث الاضطرابات النفسية، وخصوصاً أن الاضطرابات النفسية أصبحت مشكلة في العصر الحديث بسبب ضغوط الحياة المختلفة ولا تميز بين مستويات العمر المختلفة، بل تنمو وتكبر في الظروف المحيطة السيئة بغض النظر عن الفئة أو المستوي العمري.

جدول (28) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين بعد الحساسية التفاعلية بالنسبة للمستوى الدراسي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة

المقياس	المستوى الدراسي	العدد	المتوسط	المقارنات البعدية			
				1	2	3	4
الحساسية التفاعلية	الأول	149	12.9	1	//0.995	//0.998	//0.093
	الثاني	161	12.7	-	1	//0.972	//0.144
	الثالث	205	13.0	-	-	1	*0.043
	الرابع	104	10.8	-	-	-	1

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

وتفسر الباحثة أن الشخصية الحساسة شخصية حذرة بدرجة كبيرة جداً، فهم دائماً قلقون مما يخفي الآخرين اتجاههم من مشاعر وقد تكون سلبية تكمن في أنفسهم، فإذا حاول الآخرون السخرية أو التعامل بطريقة مبهمة ملغزة غير مفهومة سيقومون بتحليلها بأنها تهجم من قبل الآخرين عليه. (شيخة، 2008)، وترى الباحثة أن شعور الحساسية التفاعلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة في مستوى ثالث أكبر يرجع إلى أن هذه المرحلة هي نهاية مرحلة المراهقة وأنها مرحلة انتقال من المراهقة إلى الرشد فنجد أنه يدرك أنه متجه عاجلاً أو آجلاً إلى سن الرشد ويكتشف خلال عبوره أن الرغبة في الحصول على شيء ليس بالضرورة أن تتحقق إنما يدرك

فيها حدود قدراته، والفارق بين الواقعي والمستحيل ومن هنا يكثر الشعور بالحساسية التفاعلية في هذه الفئة بالذات دون غيرها من الفئات الأخرى.

2.2: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وأبعاده لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (29) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (ن=619)

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي	بين المجموعات	1141.3	3	380.4	2.83	*0.04
	داخل المجموعات	82735.6	615	134.5		
	المجموع	83876.9	618			

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات الإدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى للمستوى الدراسي (الأول، الثاني، الثالث، الرابع)، ولتكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة مستوى أول أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة مستوى ثالث، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الزيدي (2014) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان الإنترنت تعزى المستوى التعليمي، وتغزو الباحثة أن مستوى الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة كان عند طلبة المستوي الأول من الجامعة يرجع إلى أن طلبة المستوي الأول هم الفئة التي انتقلت من المرحلة الثانوية العامة إلى الجامعة وهذه أكثر مرحلة حساسة في حياة الطلبة، حيث ينتقلون فيها من مرحلة النظام

المدرسي والروتين اليومي والمحدود إلى الحياة الجامعية وهي المكان الأوسع للدراسة والتطور وتكوين العلاقات الاجتماعية، وتحصيل خبرة في مجالات كثيرة مما جعل مواقع التواصل الاجتماعي أرض خصبة لدخول هذه الفئة بالذات لما حظيت به هذه المواقع باهتمام كبير حيث أصبحت مكانا لتداول القضايا ومناقشة الأفكار والآراء وإنشاء الصداقات بأنواعها وجاءت هذه المواقع مشجعه لهذه المرحلة واحتياجاتها مما زاد الإفراط في استخدام هذا العالم الافتراضي لهذه الفئة بالذات دون غيرها من الفئات الأخرى.

جدول (30) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين درجات إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بالنسبة للمستوى الدراسي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة

المقارنات البعدية				المتوسط	العدد	المستوى الدراسي	المقياس
4	3	2	1				
//0.432	*0.041	//0.560	1	29.1	149	الأول	مقياس الإدمان
//0.985	//0.580	1		27.2	161	الثاني	على شبكات
//0.879	1			25.5	205	الثالث	التواصل
1				26.7	104	الرابع	الاجتماعي

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

3.1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (31) نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر تعزى لنوع التخصص

مستوى الدلالة	ت	أدبي = 385		علمي = 234		الاضطرابات النفسية وأبعادها
		ع	م	ع	م	
//0.32	-0.99	8.92	14.86	7.82	14.16	الأعراض الجسمانية
*0.02	2.31	6.51	13.91	5.97	15.12	الوسواس القهري
//0.89	-0.13	6.58	12.55	5.75	12.48	الحساسية التفاعلية
//0.57	-0.57	7.26	12.31	6.39	11.98	الاكتئاب
//0.85	-0.19	9.31	18.11	8.45	17.97	القلق
//0.63	-0.48	4.61	7.78	4.22	7.60	العداوة
//0.06	-1.87	4.93	7.15	4.52	6.41	قلق الخوف
//0.44	0.77	4.57	8.67	4.23	8.95	البارانويا التخيلية
//0.58	0.55	6.80	11.12	6.11	11.42	الذهانية
//0.46	0.75	5.06	11.39	4.40	11.69	اضطرابات أخرى
//0.99	-0.02	55.37	117.86	46.66	117.79	الاضطرابات النفسية الكلية

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الاضطرابات النفسية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف نوع التخصص مستوى الاضطرابات النفسية لديهم واحد.
- أبعاد الاضطرابات النفسية: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في أبعاد الاضطرابات النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية، أعراض أخرى) لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف نوع التخصص مستوى الاضطرابات النفسية السابقة لديهم واحد.

وتفسر الباحثة بعدم وجود فروق في الاضطرابات النفسية إلى أن البيئة الجامعية والجو العام الذي يعيشه طلبة الجامعات سواء الأدبية أو العلمية متقارب، حيث أن طلبة الجامعة

يعانون نفس الظروف الصعبة والواقع المرير الذي يعيشه الطلاب الفلسطينية في الجامعات وتقع عليهم أعباء دراسية وواجبات مختلفة بغض النظر عن نوع الكلية أو التخصص الذي يدرسه الطالب مما يجعل كلاً من التخصصات الأدبية أو العلمية عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة.

• **بعد الوسواس القهري:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$) في درجات الوسواس القهري لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، الفروق كانت لصالح الذين تخصصهم علمي، فقد بلغ متوسط درجات الوسواس القهري عند طلبة العلمي 15.12، أما عند طلبة الأدبي فقد بلغ 13.91 درجة، وهذا يدل على أن طلبة التخصصات العلمية يشعرون بالوسواس القهري أكثر من طلبة التخصصات الأدبية.

وترى الباحثة أن المحللون النفسيون أجمعوا على أن أسلوب التربية الصارمة والمتزنة، والإلحاح الشديد على مراعاة الدقة والاستقامة والنظافة والنظام والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة والسلوك الناهي عن الانحراف، كل هذه عوامل تؤدي إلى حدوث حالات الوسواس القهري (عبد الله، 2000:170)

وترجع الباحثة أن درجة الشعور بالوسواس القهري لدى طلبة التخصصات العلمية أكثر من طلبة التخصصات الأدبية إلى طبيعة الدراسة الملتحقين فيها حيث تحتم عليهم هذه التخصصات العلمية التطبيق العملي وأن بعض الطلاب الذين يدرسون الأمراض وأعراضها هو أنهم يفكرون بأنهم مصابون بالأمراض التي يتعلمونها وترى الباحثة أن الطلاب الذين يدرسون التخصصات العلمية يفرطون في تحليل كل شيء وكل شخص لذا فهم أكثر عرضة للوسواس القهري أكثر من الذين يدرسون التخصصات الأدبية حيث يعتمد دارسيها على الدراسة النظرية وليست العملية أو التطبيقية.

3.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات إدمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (32) نتائج اختبار ت لكشف الفروق في درجات إيمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص

مستوى الدلالة	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	التخصص	مقياس
//0.24	1.17	11.81	27.63	234	علمي	الإيمان على شبكات
		11.50	26.53	385	أدبي	التواصل الاجتماعي

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في الدرجة الكلية للإيمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف نوع التخصص مستوى إيمانهم لشبكات التواصل الاجتماعي واحد.

جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع دراسة عمار (2014) والقرني (2011) في عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للإيمان على شبكات التواصل الاجتماعي تعزى لنوع التخصص (علمي، أدبي)، بينما اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة خاطر (2015) حيث وجدت فروق في اعتماد على الشبكات الاجتماعية لصالح التخصصات الأدبية. وتعزو الباحثة درجة إيمان الطلبة على شبكات التواصل الاجتماعي سواءً من طلبة التخصصات العلمية أو طلبة التخصصات الأدبية واحد يرجع إلى عدم وجود فروق في المستويات الثقافية والنفسية والاجتماعية المتماثلة في المجتمع الفلسطيني، وكذلك الظروف المعيشية التي يعيشها الشباب في قطاع غزة حيث هذه الظروف مشابهة ولا تميز بين تخصص علمي أو أدبي، وهذا قد يفسر عدم وجود اختلاف بين التخصصين العلمي والأدبي في درجة إيمان شبكات التواصل الاجتماعي.

4.1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في الاضطرابات النفسية وأبعاده لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي ("1-3"، "4-6"، "7-9")، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (33) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي (ن=)

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	بين المجموعات	1301.1	2	650.5	9.14	**0.00
	داخل المجموعات	43331.2	609	71.2		
	المجموع	44632.3	611			
الوسواس القهري	بين المجموعات	279.4	2	139.7	3.52	*0.03
	داخل المجموعات	24165.3	609	39.7		
	المجموع	24444.7	611			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	158.1	2	79.0	2.06	//0.13
	داخل المجموعات	23367.1	609	38.4		
	المجموع	23525.2	611			
الاكتئاب	بين المجموعات	988.1	2	494.1	10.86	**0.00
	داخل المجموعات	27700.8	609	45.5		
	المجموع	28688.9	611			
القلق	بين المجموعات	1353.3	2	676.6	8.71	**0.00
	داخل المجموعات	47313.5	609	77.7		
	المجموع	48666.7	611			
العداوة	بين المجموعات	302.0	2	151.0	7.81	**0.00
	داخل المجموعات	11772.5	609	19.3		
	المجموع	12074.5	611			
قلق الخوف	بين المجموعات	130.5	2	65.3	2.90	//0.06
	داخل المجموعات	13699.6	609	22.5		
	المجموع	13830.1	611			
البار انويا التخيلية	بين المجموعات	172.3	2	86.2	4.50	**0.01
	داخل المجموعات	11656.2	609	19.1		
	المجموع	11828.5	611			
الذهانية	بين المجموعات	901.8	2	450.9	11.04	**0.00
	داخل المجموعات	24873.7	609	40.8		
	المجموع	25775.6	611			
اضطرابات أخرى	بين المجموعات	110.3	2	55.2	2.40	//0.09
	داخل المجموعات	13995.9	609	23.0		
	المجموع	14106.2	611			
الاضطرابات النفسية الكلية	بين المجموعات	44454.1	2	22227.0	8.48	**0.00
	داخل المجموعات	1595582.2	609	2620.0		
	المجموع	1640036.3	611			

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- **الدرجة الكلية "الاضطرابات النفسية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الكلية للاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي تقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "4-6"، "7-9")، وكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة الذين عدد ساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي من ("7-9"، "4-6") أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من ("1-3")، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.
- **الأعراض الجسمانية:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الأعراض الجسمانية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "4-6"، "7-9")، وكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالأعراض الجسمانية لدى طلبة الجامعة الذين عدد ساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من (7-9) أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من (1-3)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.
- **الوسواس القهري:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الوسواس القهري لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "4-6"، "7-9")، وكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالوسواس القهري لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من (4-6) أكبر من طلبة الجامعة الذين يقضون عدد ساعات من ("1-3")، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.
- **الحساسية التفاعلية:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات الحساسية التفاعلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لعدد

الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "6-4"، "9-7")، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف عدد الساعات مستوى الشعور بالحساسية التفاعلية لديهم واحد.

● **الاكتئاب:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات الاكتئاب لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "6-4"، "9-7")، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالاكتئاب لدى طلبة الجامعة الذين عدد ساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من ("9-7"، "6-4") أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من ("3-1")، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

● **القلق:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات القلق لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "6-4"، "9-7")، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالقلق لدى طلبة الجامعة الذين عدد ساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من ("9-7"، "6-4") أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من ("3-1")، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

● **العداوة:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات العداوة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "6-4"، "9-7")، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالعداوة لدى طلبة الجامعة الذين عدد ساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من ("9-7"، "6-4") أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من ("3-1")، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

• **قلق الخوف:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات قلق الخوف لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لعدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "6-4"، "9-7")، أي أن طلبة جامعة الأزهر بغزة باختلاف عدد الساعات مستوى الشعور بقلق الخوف لديهم واحد.

• **البارانويا التخيلية:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات البارانويا التخيلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "6-4"، "9-7")، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالبارانويا التخيلية لدى طلبة الجامعة الذين عدد ساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من (9-7) أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من ("3-1")، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

• **الذهانية:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات الذهانية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي تقضيها على مواقع التواصل الاجتماعي ("3-1"، "6-4"، "9-7")، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى الشعور بالذهانية لدى طلبة الجامعة الذين عدد ساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من ("9-7"، "6-4") أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من ("3-1")، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أنه ومع زيادة عدد الساعات أمام مواقع التواصل الاجتماعي بشكل مفرط والتي تتجاوز الفترات التي حددها الفرد لنفسه في البداية، ومواصلة الجلوس أمام هذه المواقع يقود إلى العزلة وتكسب مستخدميها نوع من الانطوائية وزيادة الأعراض الجسمانية والنفسية، فتزداد اضطرابات النوم والتغذية مما يشعر المدمن على شبكات التواصل الاجتماعي إلى الإرهاق المستمر وتدهور القدرة على ممارسة الأعمال اليومية واضطرابات في النوم تؤدي إلى انخفاض القدرة على المناعة للجسم مما يعرض مدمن شبكات التواصل الاجتماعي إلى الكثير من الأمراض، ولأن التواصل يتم عبر حلقة ضيقة ومحدودة ولا شك أن لها تأثير على النفس البشرية وذلك بفقدان التواصل الحقيقي والوجداني والتي تتم عن طريق لغات التخاطب مثل لغة تخاطب العين وتعابير الوجه والمصافحة اليدوية والابتسامة

وتبادل المشاعر وحصر التواصل الاجتماعي على تلك التقنية فقط فسوف تترك في نفسه آثار نفسية يتطبع عليها ويدخل في دائرة العالم الافتراضي المنفصل عن الواقع الحقيقي مما يسبب له الكثير من الاضطرابات النفسية والتي في طبيعتها الوسواس القهري والاكتئاب والقلق والعداوة والبارانويا التخيلية والذهانية، وهذا قد يفسر أن كلما زاد ساعات الجلوس أمام مواقع التواصل الاجتماعي يساعد على زيادة الشعور بالاضطرابات النفسية المختلفة.

جدول (34) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين درجات مقياس الاضطرابات النفسية وأبعاده بالنسبة عدد الساعات لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة

المقارنات البعدية			المتوسط	العدد	عدد الساعات	الأبعاد
3	2	1				
**0.00	//0.05	1	13.18	276	(1_3)	الأعراض الجسمية
//0.10	1		15.02	228	(4_6)	
1			17.16	108	(7_9)	
//0.10	*0.03	1	13.60	276	(1_3)	الوسواس القهري
//0.94	1		14.86	228	(4_6)	
1			15.12	108	(7_9)	
**0.00	*0.02	1	10.87	276	(1_3)	الاكتئاب
//0.08	1		12.54	228	(4_6)	
1			14.31	108	(7_9)	
**0.00	*0.02	1	16.46	276	(1_3)	القلق
//0.28	1		18.69	228	(4_6)	
1			20.34	108	(7_9)	
**0.00	*0.02	1	6.95	276	(1_3)	العداوة
//0.48	1		8.09	228	(4_6)	
1			8.71	108	(7_9)	
*0.01	//0.45	1	8.28	276	(1_3)	البارانويا التخيلية
//0.16	1		8.78	228	(4_6)	
1			9.77	108	(7_9)	
**0.00	*0.01	1	9.98	276	(1_3)	الذهانية
//0.11	1		11.65	228	(4_6)	
1			13.23	108	(7_9)	
**0.00	*0.03	1	108.83	276	(1_3)	الاضطرابات النفسية الكلية
//0.20	1		120.82	228	(4_6)	
1			131.52	108	(7_9)	

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

4.2: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لعدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وأبعاده لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي ("1-3"، "4-6"، "7-9")، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (35) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مقياس الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي	بين المجموعات	19237.3	2	9618.6	92.37	**0.00
	داخل المجموعات	63415.2	609	104.1		
	المجموع	82652.5	611			

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 ** غير دالة إحصائية

• لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى إلى عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي ("1-3"، "4-6"، "7-9")، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن مستوى إدمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الذين عدد ساعات التي يقضوها على مواقع التواصل الاجتماعي من ("4-6"، "7-9") أكبر من مستوى الشعور بذلك لدى طلبة الجامعة الذين عدد الساعات لديهم من (1-3)، كذلك بالنسبة لعدد الساعات (7-9) مستوى الإدمان أكثر من الذين عدد ساعات (4-6)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن زيادة عدد الساعات أمام شبكات التواصل الاجتماعي بشكل مضطرد لتتجاوز الفترات التي حددها الفرد لنفسه في البداية ومواصلة

الجلوس أمام الشبكة كانت السبب الرئيسي في إدمان تلك المواقع من خلال ظهور هذه المواقع التي غزت الهواتف المحمولة الذكية وأجهزة الكمبيوتر المحمولة التي أصبحت متاحة بكل وقت وكل حين ودون عناء والتي هيمنت على عقول كل مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي حتى بات من المستحيل الاستغناء عنها، فإن مواقع التواصل الاجتماعي أصبحت للأسف تحقق رغبات وأحلام العديد من الشباب الضائع فهي تخلق لهم عالماً افتراضياً يسجلون عبرها كل تفاصيل حياتهم وإن الجلوس على مواقع التواصل الاجتماعي أدى إلى الشعور بحالة أفضل مهما طال الوقت، وهذا يعد إدماناً، والإسراف في الوقت على تلك المواقع يؤدي إلى الانفصال التام على العالم الخارجي مع مرور الوقت، بالإضافة إلى إهمال الفرد لأعماله الهامة واليومية وإهمال الأشخاص الهامة أيضاً في حياته الواقعية كالأهل والأصدقاء.

جدول (36) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين درجات إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بالنسبة عدد الساعات التي يقضونها على مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة

الأبعاد	عدد الساعات	العدد	المتوسط	المقارنات البعدية		
				1	2	3
مقياس الإدمان	(1_3)	276	21.25	**0.00	**0.00	1
على شبكات	(4_6)	228	30.24	**0.00	1	-
التواصل الاجتماعي	(7_9)	108	35.45	1	-	-

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 †† غير دالة إحصائية

5.1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجة الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات) على شبكات التواصل الاجتماعي.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجة الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (37) نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجة الإدمان

اتجاه الفروق	مستوى الدلالة	قيمة ت	مرتفعي الدرجات ن = 157		منخفضي الدرجات ن = 153		الأبعاد
			الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
مرتفعي الدرجات	**0.00	-6.87	9.18	18.15	7.50	11.60	الأعراض الجسمانية
مرتفعي الدرجات	**0.00	-5.94	6.78	16.24	6.12	11.88	الوسواس القهري
مرتفعي الدرجات	**0.00	-4.80	6.81	14.24	6.06	10.72	الحساسية التفاعلية
مرتفعي الدرجات	**0.00	-6.65	7.60	14.98	6.49	9.63	الاكتئاب
مرتفعي الدرجات	**0.00	-6.81	9.83	21.14	8.24	14.12	القلق
مرتفعي الدرجات	**0.00	-7.19	4.87	9.39	3.94	5.76	العداوة
مرتفعي الدرجات	**0.00	-4.69	5.25	8.10	4.38	5.52	قلق الخوف
مرتفعي الدرجات	**0.00	-4.66	4.89	9.78	4.27	7.35	البارانويا التخيلية
مرتفعي الدرجات	**0.00	-5.92	7.10	13.48	6.61	8.86	الذهانية
مرتفعي الدرجات	**0.00	-4.36	5.44	12.48	4.59	9.99	اضطرابات أخرى
مرتفعي الدرجات	**0.00	-6.94	57.53	137.99	50.09	95.44	الاضطرابات النفسية الكلية

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الاضطرابات النفسية": لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الكلية للاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات الوسواس القهري عند منخفضي الدرجات 95.44، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 137.99 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالاضطرابات النفسية أكثر من طلبة منخفضي الدرجات.
- بعد الأعراض الجسمانية: لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الأعراض الجسمانية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى

لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات الأعراض الجسمانية عند منخفضي الدرجات 11.60، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 18.15 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالأعراض الجسمانية أكثر من طلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد الوسواس القهري:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الوسواس القهري لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات الوسواس القهري عند منخفضي الدرجات 11.88، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 16.29 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالوسواس القهري أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد الحساسية التفاعلية:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الحساسية التفاعلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات الحساسية التفاعلية عند منخفضي الدرجات 10.72، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 14.24 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالحساسية التفاعلية أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد الاكتئاب:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات الاكتئاب لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات الاكتئاب عند منخفضي الدرجات 9.63، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 14.98 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالاكتئاب أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد القلق:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p < 0.01$) في درجات القلق لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات،

مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات القلق عند منخفضي الدرجات 14.12، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 21.14 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالقلق أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد العداوة:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات العداوة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات العداوة عند منخفضي الدرجات 5.76، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 9.39 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالعداوة أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد قلق الخوف:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات قلق الخوف لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات قلق الخوف عند منخفضي الدرجات 5.52، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 8.10 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بقلق الخوف أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد البارانويا التخيلية:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات البارانويا التخيلية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات البارانويا التخيلية عند منخفضي الدرجات 7.35، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 9.78 درجة، وهذا يدل على أن طلبة مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالبارانويا التخيلية أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

● **بعد الذهانوية:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات الذهانوية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة تعزى لدرجات الإدمان (منخفضي الدرجات، مرتفعي الدرجات)، الفروق كانت لصالح الذين مرتفعي الدرجات، فقد بلغ متوسط درجات الذهانوية عند منخفضي الدرجات 8.86، أما عند مرتفعي الدرجات فقد بلغ 16.29 درجة،

وهذا يدل على أن طلبه مرتفعي درجات الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي يشعرون بالذهانية أكثر من الطلبة منخفضي الدرجات.

وقد جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع دراسة زيدان (2008) حيث أظهرت وجود فروق بين مدمني الإنترنت وغير مدمني في كل من القلق والاكتئاب والوحدة النفسية تتجه نحو المدمنين.

وتري الباحثة أن الأضرار التي تصيب العين نتيجة للإشعاع التي تبثه شاشات الكمبيوتر والأجهزة الذكية، وأضرار تصيب العمود الفقري والرجلين نتيجة نوع الجلسة والمدة الزمنية لها مقابل أجهزة الكمبيوتر والأجهزة المحمولة والذكية، ومن ثم الأضرار المترافقة مثل البدانة وما تسببه من أمراض مرافقة، كما يتحدث العلماء النفسيون عن عالم وهمي بديل تقدمه شبكة الإنترنت وتطبيقات الكمبيوتر وشبكات التواصل الاجتماعي مما قد يسبب أثاراً نفسية هائلة خصوصاً على الفئات العمرية الصغيرة، حيث يختلط الواقع بالوهم وحيث تختلق علاقات وارتباطات غير موجودة في العالم الواقعي، قد تؤدي إلى تقليل مقدرة الفرد على أن يجد شخصية نفسية سوية قادرة على التفاعل مع المجتمع والواقع المعيشي، أما عن الآثار النفسية لإدمان الإنترنت فيقول أن مدمن الإنترنت يحدث له حالة من القلق والاكتئاب والإفراط في تناول الطعام كما يشعر بالوحدة والانطواء، ويتسبب إدمان الإنترنت في عدم قدرته على المواجهة اجتماعياً وهو ما يعكس نقص في البناء والنضج النفسي لديه، فتقل لديه مهارات التواصل ولا يستطيع أن يدخل في علاقات حميمة مع الآخرين، ولا يمكنه التعبير عن نفسه بسهولة وتقل قدرته على اتخاذ القرار. (السيد نجم، 2012، 121)، وتعزو الباحثة الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي له علاقة وثيقة بالاضطرابات النفسية المختلفة وان الاستخدام المفرط لوسائل التواصل الاجتماعي قد يتسبب في ارتباكات واضطرابات في شخصية المستخدمين، ويزيد من الشعور بالقلق والاكتئاب والعزلة والمخاوف الاجتماعية والوساوس القهرية والعداوة والحساسية التفاعلية وغيرها من الاضطرابات النفسية والتي يترتب عليها عدم الالتزام بالمسؤوليات المترتبة عليهم، وانخفاض في أدائهم اليومي، وأن الفرد المفرط في استخدام مواقع التواصل الاجتماعي يكون بعيداً عن التجارب الحياتية الدائمة والعميقة والتي تتطلب الجهد والخبرة، ويحاول المدمن الإشباع الفوري فقط، ويجهل الإشباع الدائم وتتغلب عليه المشاعر الفورية ولا يهتم بالسعادة الدائمة والفرحة الطويلة الأمد، وإن محاولة ابتعاد الأفراد عن مواقع التواصل الاجتماعي، يعرضهم لمشاكل نفسية وفيزيولوجية مشابهة لأعراض الحرمان من أنواع الإدمان الأخرى، كالقلق الشديد والكآبة وزيادة ضربات القلب وانخفاض قدرة التفكير.

ثالثاً: التوصيات:

- في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ومناقشتها التي أظهرت وجود علاقة بين الإدمان على شبكات التواصل الاجتماعي بالاضطرابات النفسية فإن الدراسة توصي بما يلي:
1. الكشف عن الطلبة المدمنين على شبكات التواصل الاجتماعي، والذين يعانون من الاضطرابات النفسية وتوفير لهم البرامج علاجية مناسبة.
 2. نشر الوعي النفسي بمخاطر إدمان شبكات التواصل الاجتماعي كونه لا يختلف عن إدمان المواد المخدرة والكحوليات، وما يحمله من أضرار نفسية وصحية.
 3. وضع مجموعة من التدابير القانونية أو التشريعية للحد من نقشي ظاهرة إدمان شبكات التواصل الاجتماعي في المجتمع.
 4. عمل مطويات ونشرات توعية بمخاطر إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وتوزيعها على طلبة الجامعة.
 5. عقد ندوات توعية للطلاب وتنفيذ مؤتمرات للطلاب عن إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وتأثيرها على الصحة النفسية.
 6. ضرورة إعداد برنامج متكامل لتوعية الأسر والأبناء بمخاطر إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وما يجب عليهم فعله للوقاية من الوقوع بين فكي هذا العالم الافتراضي.
 7. تفعيل وسائل الإعلام وخاصة المرئية منها بتخصيص برامج موجهة للشباب الفلسطيني يومية أو أسبوعية تقدم من خلالها مخاطر إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وتوضيح الآثار السلبية والنفسية والاجتماعية على الشباب عامة وعلى طلبة الجامعة بشكل خاص.
 8. تفعيل الوحدات الإرشادية والعيادات النفسية بالجامعات والكليات لتوعية الشباب من طلاب الجامعة بمخاطر إدمان شبكات التواصل الاجتماعي.
 9. التنسيق بين مؤسسات المجتمع المدني والمحلي لنشر الوعي وبيان مخاطر الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي، وعرض قصص واقعية من الأفراد الذين سقطوا فريسة هذا العالم الافتراضي وما جناه هؤلاء الأفراد من معاناة نفسية واجتماعية.

رابعاً: المقترحات:

1. إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على فئات إكلينيكيه مختلفة باستخدام نفس المتغيرات.
2. بناء برامج إرشادية لمدمنين شبكات التواصل الاجتماعي لخفض سلوك الإدمان لديهم.
3. إجراء دراسة حالة على عينات من المدمنين على شبكات التواصل الاجتماعي، والمضطربين نفسياً.
4. إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على عينات تختلف عن عينة الدراسة الحالية.
5. إجراء دراسات عن إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وربطها بمتغيرات مختلفة.

المصادر والمراجع

أولا المصادر:

القران الكريم

سنن الترمذي

ثانيا: المراجع

أولا: المراجع العربية:

1. البحيري، عبد الرقيب.(1984). قائمة مراجعة الأعراض، 90 - SCL، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
2. البناء، إسعاد.(2012). محاضرات في علم النفس المرضي، كلية التربية، جامعة المنصورة، مصر.
3. البناء، أنور.(2006). الأمراض النفسية والعقلية، الطبعة الأولى، غزة، فلسطين.
4. الجسماني، عبد العلي.(1998). الأمراض النفسية (تاريخها، أنواعها، أعراضها، علاجها)، الدار العربية للعلوم.
5. الجواد، ميرفت عزمي، وأحمد، أسماء فتحي.(2013). الفروق في بعض سمات الشخصية والقلق الاجتماعي بين مستخدمي وغير مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي لعينة من طلاب كلية التربية، جامعة المنيا، رسالة ماجستير (منشورة)، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 16، العدد 4، البحرين.
6. الخواجة، عبد الفتاح محمد.(2010). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية الآداب بجامعة السلطان قابوس، رسالة ماجستير (منشورة)، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 13، العدد 4، البحرين.
7. الخواجة، عبد الفتاح محمد.(2014). الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالتوافق النفسي لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، رسالة ماجستير (منشورة)، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد الثاني، العدد 8، عمان.
8. الدريملي، عبد الرزاق.(2011). الإعلام الجديد والصحافة الإلكترونية، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، الأردن.
9. الدوة، أمل محمد.(2007). علاقة بعض المتغيرات النفسية والمعرفية والاجتماعية بمستويات تقبل المرأة للعنف الزوجي، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، جامعة قناة السويس، مصر.

10. الزيدي، أمل بنت علي بن ناصر. (2014). إدمان الإنترنت وعلاقته بالتواصل والتحصيل الدراسي لدى طلبة جامعة نزوى، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى، عمان.
11. الشربيني، لطفي. (2001). الاكتئاب (المرض، العلاج)، منشأة المعارف، جلال حزي وشركاه.
12. الشواشره، عمر مصطفى، والدقس، مي كامل. (2013). أنماط الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة لدى عينة من المجتمع السعودي، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد 34.
13. الشوريجي، نبيلة عباس. (2003). المشكلات النفسية للأطفال (أسبابها، علاجها)، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة.
14. الصبحي، عبد الفتاح، ماري وين. (1999). الأطفال والإدمان التلفزيوني، سلسلة كتب يصدرها المجلس الوطني الثقافي والفنون والآداب، الكويت.
15. الطهراوي، إسلام جميل. (2015). الحاجات النفسية المشبعة لدى مستخدمي شبكة التواصل الاجتماعي الفيس بوك من طلبة الجامعات، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، صحة نفسية، الجامعة الإسلامية، غزة.
16. الطيب، محمد عبد الظاهر. (1994). مبادئ الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
17. العمار، خالد. (2014). إدمان الشبكة المعلوماتية (الإنترنت) وعلاقته ببعض المتغيرات لدى جامعة دمشق - فرع درعا، رسالة ماجستير (منشورة)، مجلة جامعة دمشق، المجلد 50، العدد الأول، دمشق.
18. العنزي، فهد بن سعيد. (2007). الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية، صحة نفسية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
19. العيسوي، عبد الرحمن. (1984). علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
20. العيسوي، عبد الرحمن محمد. (1992). علم النفس الإكلينيكي، الدار الجامعية، القاهرة.

21. العيسوي، عبد الرحمن محمد. (2000). الاضطرابات النفس جسمية، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
22. الغامدي، حامد بن أحمد. (1996). الاكتئاب النفسي، وعلاقته بالتذكر لدى عينة مراجعي العيادات النفسية بالمنطقة العربية، رسالة ماجستير (منشورة).
23. القايمي، علي. (1996). الوسواس والهواجس القهرية، الطبعة الأولى، دار النبلاء، بيروت، لبنان.
24. القبطان، جنان بنت عبد اللطيف بن عبد الله. (2011). بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط، دراسة ماجستير (منشورة)، كلية الآداب والعلوم، جامعة نزوى، سلطنة عمان.
25. القوشي، عبد الفتاح. (1997). تقدير الصدق والثبات للصورة العربية لقائمة حالة وسمة الغضب والتعبير عنه لسيبلرجر، مجلة علم النفس، عدد 43، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر.
26. القرني، محمد بن سالم، إدمان الإنترنت وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، جامعة المنصورة، مصر.
27. المشعان، عويد. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعصائية الاكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين الطلبة في دولة الكويت، رسالة ماجستير (منشورة)، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 12، العدد 4، جامعة البحرين.
28. المقدادي، خالد غسان. (2013). ثورة الشبكة الاجتماعية، الطبعة الأولى، دار النفائس للنشر، الأردن.
29. الموسوي، موسي جواد، وآخرون. (2011). الإعلام الجديد تطور الأداء والوسيلة والوظيفة، الطبعة الأولى، مكتبة الإعلام المجتمع، بغداد.
30. إبراهيم، عبد الستار. (1998). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث (أساليبه، وميادين تطبيقه)، الطبعة الثانية، القاهرة.
31. إبراهيم، عبد الستار، الدخيل، عبد العزيز، إبراهيم، رضوى. (1993). العلاج السلوكي للطفل – أساسية ونماذج من حالاته، عالم المعرفة، العدد 180، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

32. أبو ججوح، ضياء عثمان خالد. (2012). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
33. أبو حطب، فؤاد، وصادق، أمل. (1991). مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
34. أبو حطب، ياسمين مسلم محارب. (2002). فاعلية برنامج مقترح لتخفيف السلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسع الأساسي بمحافظة غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، علم نفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
35. أبو حمزة، عيد، وهلال، أحمد. (2014). إدمان الإنترنت (المفهوم، النظرية، العلاج)، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
36. أبو ركاب، إسماعيل، وقوته، سمير. (2010). المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، جمعية الوداد للتأهيل المجتمعي، غزة، فلسطين.
37. أبو منصور، حنان خضر. (2011). الحساسية الانفعالية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعياً في محافظة غزة، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، إرشاد نفسي، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
38. أبو هندي، وائل. (2003). الوسواس القهري من منظور عربي - إسلامي، عالم المعرفة، العدد 293، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
39. بارلو، ديفيد هـ. (2002). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية (دليل علاجي تفصيلي)، ترجمة: صفوت فرج، مصطفى أحمد تركي، هبة إبراهيم القشيشي، الطبعة العربية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
40. بطرس، حافظ بطرس. (2010). المشكلات النفسية وعلاجها، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
41. ثابت، عبد العزيز موسى. (1996). الطب النفسي للأطفال والمراهقين، الطبعة الأولى، برنامج غزة للحصة النفسية، غزة، فلسطين.
42. جرار، ليلى أحمد. (2012). الفيس بوك والشباب العربي، مكتبة الفلاح، عمان.
43. حسن، ناجي محمد، وأحمد، عبد الله السيد. (2002). التحليل النفسي، جامعة 6 أكتوبر، مصر.

44. حسونة، نسرين. (2014). الإعلام الجديد المفهوم والوسائل والخصائص والوظائف، شبكة الألوكة.
45. حمودة، محمود. (1990). الطب النفسي (النفس، أسرارها وأمراضها)، الفجالة، القاهرة.
46. خاطر، ترنيم زهدي يوسف. (2015). اعتماد طلبة الجامعات الفلسطينية على شبكات التواصل الاجتماعي أثناء العدوان الإسرائيلي على غزة عام 2014م، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة الإسلامية، غزة.
47. رابحي، سليمة. (2012). الحملات الانتخابية وشبكات التواصل الاجتماعي في الجزائر بين وسائط الاتصال الجديدة وأنماط التبليغ التقليدية، ملتقى دولي حول شبكات التواصل الاجتماعي، بسكرة.
48. رامي، زاهر. (2003). استخدام مواقع التواصل الاجتماعي في العالم العربي، مجلة التربية، العدد 15، جامعة عمان الأهلية، عمان.
49. ريان، محمد سيد. (2012). الإعلام الجديد، الطبعة الأولى، مركز الأهرام للنشر والترجمة والتوزيع، القاهرة.
50. ريجز، ديفيد، إد نافو. (2002). اضطراب الوسواس القهري في كتاب: مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي، أشرف على الترجمة والمراجع: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص 469-576.
51. زهران، حامد. (1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة.
52. زهران، حامد. (1994). التوجيه والإرشاد النفسي (نضرة شاملة)، مجلة الإرشاد النفسي، عدد 2، جامعة عين شمس.
53. زهران، حامد. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، القاهرة، مصر.
54. زهران، حامد. (2004). الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتاب، القاهرة.
55. زهران، حامد. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
56. زيدان، عصام. (2008). إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق والاكتئاب والوحدة النفسية والثقة بالنفس، رسالة ماجستير (منشورة)، جامعة المنصورة، كلية التربية، جمهورية مصر العربية.

57. ساري، حلمي خضر. (2008). تأثير الاتصال عبر الإنترنت في العلاقة الاجتماعية (دراسة ميدانية في المجتمع القطري)، مجلة الجامعة، المجلد 24، العدد الأول، والثاني، دمشق.
58. سري، إجلال محمد. (2000). علم النفس العلاجي، الطبعة الثانية، عالم الكتب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة، مصر.
59. شاهين، عمر، والرخاوي، يحيى. (1997). مبادئ الأمراض النفسية، الطبعة الثالثة، مكتبة النصر الحديثة، القاهرة.
60. شريف، سهام علي. (1992). مدى فاعلية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدى اللقطاء، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
61. شمس الدين، فتحي. (2013). شبكات التواصل الاجتماعي والتحول الديمقراطي في مصر، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة.
62. شناوي، سامي أحمد، وعباس، محمد خليل. (2013). استخدام شبكة التواصل الاجتماعي (الفييس بوك) وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المراهقين، رسالة ماجستير (منشورة)، مركز الأبحاث للعلوم التربوية والاجتماعية، مجلة جامعة، المجلد 18، العدد 2، عمان.
63. شوقي، طريف، وفرج، محمد. (2002). المهارات الاجتماعية والاتصالية (دراسات وبحوث نفسية، دار غريب.
64. صادق، عادل. (2005). الطب النفسي، دار السعودية، القاهرة.
65. صادق، عباس. (2008). الإعلام الجديد المفاهيم والوسائل والتطبيقات، دار الشروق للنشر والطباعة.
66. طه، فرج، وعبد القادر حسين، وقنديل شاكر، وكامل، مصطفى. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، القاهرة.
67. عامر، فتحي حسين. (2011). وسائل الاتصال الحديثة من الجريدة إلى الفييس بوك، الطبعة الأولى، دار العربي للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
68. عبد الحميد، جابر، وكفاني، علاء الدين. (1993). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السادس، دار النهضة العربية، القاهرة.

69. عبد الخالق، أحمد محمد. (2002). الوسواس القهري (التشخيص، العلاج)، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت.
70. عبد الخالق، أحمد. (1994). الدراسة التطورية للقلق، حوليات كلية الآداب، الحولية الرابعة عشر، الرسالة التسعوية، الكويت.
71. عبد الخالق، أحمد، ومحمد، السيد فهمي. (2011). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية الآداب بجامعة السلطان قابوس، رسالة ماجستير (منشورة)، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 13، البحرين.
72. عبد الرحمن، محمد. (2009). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج)، الطبعة الثانية، دار زهراء الشرق للنشر، القاهرة، مصر.
73. عبد الله، مجدي أحمد. (2000). علم النفس المرضي (دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب)، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
74. عبد المعطي، حسن مصطفى. (2006). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
75. عجم، محمد. (2010). الإنترنت والتكنولوجيا الحديثة تكشفان انعزال الشباب، عالم افتراضي يتصل بالواقع ويفصل عنه، جريدة الشرق الأوسط، العدد 11704.
76. عز الدين، خالد. (2010). السلوك العدواني عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
77. عزب، حسام الدين محمود. (2001). إدمان الإنترنت وعلاقته ببعض أبعاد الصحة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية، المؤتمر العلمي السنوي للطفل والبيئة، جامعة عين شمس، القاهرة.
78. عزب، حسام الدين محمود. (2003). فاعلية برنامج علاجي متعدد النظم في علاج إدمان الإنترنت، مؤتمر الطفل العربي، والتحدي، معهد الدراسات العليا، جامعة عين شمس، القاهرة، ص 114 - 138.
79. عسكر، رأفت. (1990). مدى فاعلية اختبار تفهم الموضوع في الكشف عن المؤشرات الأوديبية لدى المصابين بالمخاوف المرضية (دراسة إكلينيكية)، دراسة ماجستير (غير منشورة)، آداب الزقازيق، مصر.
80. عكاشة، أحمد. (1980). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

81. عكاشة، أحمد. (1998). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
82. غانم، محمد حسن. (2001). حياتك بلا خوف، كتاب اليوم الطبي، مؤسسة أخبار اليوم، القاهرة.
83. غانم، محمد حسن. (2004). اتجاهات حديثة في العلاج النفسي، جامعة حلوان، القاهرة.
84. غانم، محمد حسن. (2011). المرأة واضطرابات النفسية والعقلية، الطبعة الأولى، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
85. غانم، محمد حسن. (2015). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات، التعريف، محاكاة التشخيص، الأسباب، العلاج، المآل والمسار)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
86. فضل الله، وائل مبارك خضر. (2011). أثر الفيس بوك على المجتمع، المكتبة الوطنية للنشر، الطبعة الأولى، الخرطوم.
87. فهمي، مصطفى. (1997). علم النفس الإكلينيكي، الطبعة الرابعة، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر.
88. قوته، سمير. (2007). علم الأمراض النفسية، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين.
89. كامل، عبد الوهاب. (2004). اتجاهات معاصرة بعلم النفس، مكتبة الأنجلو، مصر.
90. مرسي، كمال، ومحمد، محمد. (1992). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، دار القلم، الكويت.
91. مرسي، مشري. (2012). شبكات التواصل الاجتماعي الرقمية نظرة في الوظائف، مجلة المستقبل العربي، العدد 395، لبنان.
92. معنوق، جمال، وكريم، شريهان. (2012). دور شبكات التواصل الاجتماعي في صقل سلوكيات وممارسات الأفراد في المجتمع، ملتقى دولي حول شبكات التواصل الاجتماعي، بسكرة.
93. مقداي، مؤيد. (2006). الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالاستجابات العصابية لدى عينة من مرتادي مقاهي الإنترنت في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير (منشورة) جامعة اليرموك.

94. مقدادي، مؤيد، وسمور، قاسم. (2006). الإدمان على الإنترنت بالاستجابات العصبية لدى عينة من مرتادي مقاهي الإنترنت في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير (منشورة)، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 4، عدد 1، الأردن.
95. مقدادي، يوسف موسى. (2006). الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكنتاب لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية بجامعة آل البيت، رسالة ماجستير (منشورة) مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 9، العدد 3، ص (175 - 195)، البحرين.
96. مليكة، لويس. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، جامعة حلوان، القاهرة.
97. منصور، طلعت، والشرقاوي، أنور، وعز الدين، عادل، أبو عوف، فاروق. (1989). أسس علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
98. مهنا، عدنان. (1994). الاضطرابات السلوكية المدرسية، الطبعة الثانية، مركز الحسن.
99. نجم، السيد. (2012). النشر الإلكتروني تقنية جديدة نحو آفاق جديدة، الهيئة العامة للكتاب.
100. يوسف، جمعة سيد. (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
101. يوسف، جمعة سيد. (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية (مراجعة نقدية)، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

1. Aimee Valentine "Uses And Gratification Of Facebook Members 35 Years And Older", Unpublished Master's Thesis (Texas: University Of North Texas, 2011).
2. American psychoatic association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd.ed), Washington, dc: 1987.
3. Aren Karbiniski "Face book and The technology revolution"، N,Y Spectrum Publication, 2010.

4. Caplan, S. E., & High, A. C. (2007). Beyond excessive use: The interaction between cognitive and behavioral symptoms of problematic internet use. *Communication Research Reports*, 23, 265-271.
5. Davis, R. A. (2001). A cognitive behavioral model of pathological internet use. *Computers in human Behavior*, 17m 187-195.
6. Davsoston, G. & nealej. *Anormal psychology*, 6 thed., new yourk, Johnwiley & sons lmc. 1994.
7. KA plan., Sadock. B. pocket Hand book of clinicsal psychiatry, london, williams & wilkin 2 ed. 1996.
8. Kendler, K., neale. M., Kessler, R., Health A op Eaves,1. Generalis2ed anxiety disorder in women: Apopulation - basod twin study. *Archiver of General psychiatry*, 1992.
9. Mechel, Van soon "Face book and the invasion of technological communities", N.Y,New York,2010.
10. Peele, S. The concept of addiction. In S. Peele, *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lanham, MD: Lexington Books,1985.
11. Tao, R., Ying, L., Yue, X. D., & Hao, X. (2007). *Internet addiction: Exploration and intervention*. {in Chinese}. Shanghai, China: Shanghai people's Press, 12.
12. Vaillant, G. E. *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.
13. Young, K. S, (2007). Cognitive-behavioral therapy with internet addicts: Treatment outcomes and implications, *Cyber Psychology & Behavior*, 10(5), 671-679.

ثالثاً: مواقع الإنترنت:

1. Boyd, D. M. & Ellison, N. B., "Social network sites: Definition, history, and scholarship" Journal of computer-Mediated Communication, 2007, Vol. 13 Issue 1, Retrieved Nov. 10, 2013, from <http://jcmc.indiana.edu/vol13/issue1/boyd.ellison.html>.
2. Elaine N. Aron, what is High sensitive Child (2010) <http://www.hsperson.com/pages/cjild.htm>
3. http://www.almaaref.org/books/contentsimages/books/zad_almobal_gh/zad_alrahma_fe_shahr_allah/page/lesson15.htm.
4. <http://www.Kankji.com/figh/fhles//c.d/7830/doc2013/3/12h>.
5. Kasimierz Dabrowski, Overexcitabilities- hoho sensibilitat dersinne, <http://www.google.com/webhp?hl=de#hl=de&xhr=t&q=overexcitabilities+hohe+sensibilitat+der>. 1980.
6. Sophia (2010) Ahigh sensitive person http://en.wikipedia.org/wiki/Highly_sensitive_person.
7. www.almajlis.org.in/view.aspID=164.
8. خليل، الشيخة. (2008): الشخصية واليقظة، <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=133047>
9. عادل، أمينة، وهبة خليفة، الشبكات الاجتماعية وتأثيرها على الأخصائي والمكتبة، دراسة شاملة للتواجد والاستخدام لموقع http://.eleagyp.com/downloads/2009/amina_heba.doc.2013/1/3
10. فتحي، مصطفى، مراجعة عن جوجل بلس، منشور على موقع تسعة، عبر الرابط <http://googl+/2DhG5T> تاريخ 2014/1/12 .
11. موقع ويكيبيدا <https://ar.m.wikipedia.org/wiki/whatsapp>.
12. موقع ويكيبيدا https://en.wikipedia.org/wiki/Instagram#cite_note-nov2010-1
13. مواقع التواصل الاجتماعي وتأثيرها على الشباب العربي سلباً وإيجاباً، (مجلة نداء الوطن)، كل الوطن، الرياض 2014. موقع الكتروني
14. هاني، أحمد فخري، الإدمان على الإنترنت، مجلة العلوم الاجتماعية، مسترجع من www.swmsa.net بتاريخ 2012/11/6

الملاحق

ملحق رقم (1)

قائمة أسماء المحكمين

م	اسم المحكم	الجامعة
1.	د. أسامة حمدونة	أستاذ علم النفس المشارك بجامعة الأزهر
2.	د. سليمان قديح	أستاذ مشارك غير متفرغ بقسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر
3.	د. سمير محمد ربيع زقوت	مدير التدريب والبحث العلمي ببرنامج غزة للصحة النفسية سابقا
4.	د. درداح الشاعر	أستاذ علم النفس المساعد بجامعة الأقصى.



ملحق رقم (2)

الدكتور/ة.....الفاضل/ة

تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع / تحكيم مقياس إيمان

تقوم الباحثة بإجراء دراسة لنيل درجة الماجستير في علم النفس بعنوان:

(إيمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة في محافظة غزة)

تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين إيمان شبكات التواصل الاجتماعي لدى طلاب الجامعة وبعض الاضطرابات النفسية، والتعرف على مستوى الإيمان على موقع التواصل الاجتماعي لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة وهي دراسة تطبيقية على طلبة جامعة الأزهر بغزة، ولتحقيق ذلك تقوم الباحثة بإعداد أدوات لقياس متغيرات الدراسة. بحيث تقع الإجابة على فقرات المقياس في ثلاثة مستويات هي: (نعم، إلى حد ما، لا).
علما بأن الوقت المستغرق للإجابة على هذا المقياس هي 10 دقائق.
إيمان شبكات التواصل الاجتماعي: عدم القدرة على التوقف عن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، والإفراط في استخدام هذا العالم الافتراضي وعدم الشعور بهدر الوقت أمام هذه المواقع الاجتماعية مع تجاهل والاستغناء عن أداء أعمال أخرى في حياة الفرد

لذلك نشكر لكم جهودكم الطيبة واهتمامكم بالأبحاث العلمية ومساندة الباحثين في دراستهم كما نرجو من سيادتكم التكرم بالاطلاع على بنود المقياس لإبداء الرأي في مناسبتها وتعديل الفقرات التي بحاجة إلى تعديل، علماً بأن لرأيكم أهمية كبرى في إتمام هذا البحث.

مع جزيل الشكر...

الباحثة/ بسمه حسين يونس

مقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بصورته الأولى

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا
1	لا أعطي وقتاً كافياً للمذاكرة بسبب اهتمامي الزائد بشبكات التواصل الاجتماعي			
2	كونت عدد كبير من الصداقات عبر مواقع التواصل الاجتماعي.			
3	عندما أجلس على مواقع التواصل الاجتماعي لا أشعر بالزمن أو مضي الوقت.			
4	لا أنتظم في دراستي بسبب انشغالي الزائد بمواقع التواصل الاجتماعي.			
5	يفاجئني من حولي بتبنيهي إلى أنني أمضيت وقتاً طويلاً أمام الانترنت.			
6	يشكو أفراد أسرتي من انشغالي بالجوال لفترات طويلة بسبب مواقع التواصل الاجتماعي.			
7	لم يبق لي من الأصدقاء القدامى إلا من يرسلوني عبر مواقع التواصل الاجتماعي.			
8	لا أتخيل حياتي بدون مواقع التواصل الاجتماعي.			
9	لا أترك مناسبة تهنئة لأصدقائي تم من خلال مواقع التواصل الاجتماعي.			
10	أحاول الإقلاع من فترات بقائي أمام مواقع التواصل الاجتماعي ولكني أفضل.			
11	لم أعد أقيم صداقات جديدة إلا من خلال مواقع التواصل الاجتماعي.			
12	أتعجب كيف يعيش الناس بدون مواقع التواصل الاجتماعي.			
13	إن انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي ترك أثراً سيئاً على باقي أنشطة حياتي.			
14	أتمنى أن يتم تحول التعليم والعمل من الجامعات إلى شبكات التواصل الاجتماعي.			
15	أفضل قضاء أوقات فراغي على شبكات التواصل الاجتماعي أكثر من قضاؤها مع أفراد أسرتي.			
16	أشعر بالضيق والكآبة والملل عندما أحرم نفسي من الاستمتاع بالجولس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.			
17	أشعر بأنني أصبحت أسير لشبكات التواصل الاجتماعي			
18	لا أقوم من أمام مواقع التواصل الاجتماعي إلا حينما يشتد آلام عنقي وظهري بدرجة لا تحتمل.			
19	أن نظري بدأ يضعف منذ أن بدأت الجلوس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.			
20	عندما يزورني بعض أصدقائي في البيت أشعر بأنني حرمت من متعتي الوحيدة.			
21	أفضل مواقع التواصل الاجتماعي على التلفزيون حتى بقنواته الفضائية.			
22	أنسى الجوع والعطش حينما أجلس ساعات طويلة أمام مواقع التواصل الاجتماعي.			
23	منذ أن بدأ انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي لم تعد حياتي الاجتماعية كما كانت من قبل.			
24	أتناول طعامي وأنا أمام شاشة الكمبيوتر، أو الجوال لمتابعة مواقع التواصل الاجتماعي.			
25	لا أهتم بساعات نومي ما دمت مستغرقاً في مواقع التواصل الاجتماعي.			
26	فقدت الكثير من أصدقائي القدامى منذ أن بدأت الانشغال بمواقع التواصل الاجتماعي.			
27	أشعر بأن أي مهمة أقوم بها. عبر التعامل مع شبكات التواصل الاجتماعي هي مهمة ليس لها قيمة.			
28	لو أصبحت الكهرباء متواجدة دائماً لما توقفت عن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي ليلاً أو نهاراً.			
29	بالرغم من تعرضي للمشكلات بسبب مواقع التواصل الاجتماعي إلا أنني لا أطيق يوماً يمر بدون الاستمتاع بعالم شبكات التواصل الاجتماعي.			
30	من أهم الأعمال عندي هو تتبع الجديد من المواقع الاجتماعية والبيانات على شبكات التواصل الاجتماعي.			

ملحق رقم (3)

مقياس إيمان شبكات التواصل الاجتماعي في صورته النهائية



جامعة الأزهر - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية - علم نفس

أخي الطالب / أختي الطالبة:

تأتي هذه الاستبيانات في إطار دراسة حول " إيمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة في محافظة غزة "، وبأمل التكرم والإجابة على أسئلة هذه الاستبيانات بوضع (X) أمام الإجابة التي تتوافق معكم.. علما أن جميع المعلومات الواردة فيهم مخصصة للبحث العلمي فقط.

ولكم مني جزيل الشكر والاحترام على حسن تعاونكم

الباحثة / بسمة حسين يونس

أولاً: البيانات العامة:

- المستوى الدراسي: الأول ()، الثاني ()، الثالث ()، الرابع ()
 - التخصص الدراسي: علمي ()، أدبي ()
 - الجنس: ذكر ()، أنثى ()
 - هل لديك كمبيوتر / لاب توب: نعم () لا ()
 - هل لديك هاتف ذكي (جوال أندرويد): نعم () لا ()
 - هل لديك حساب على احدي شبكات التواصل الاجتماعي: نعم () لا ()
- إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي شبكات التواصل الاجتماعي التي تمتلك بها حساب شخصي:

الفييس بوك Facebook ()، التويتز Twitter ()، الأنستقرام Instagram ()، جوجل بلس Google+ ()، اليوتيوب YouTube ()، الواتس أب WhatsApp ()

- رتب مواقع التواصل الاجتماعي حسب استخدامك من الأكثر إلى الأقل استخداماً: الفييس بوك Facebook ()، التويتز Twitter ()، الأنستقرام Instagram ()، جوجل بلس Google+ ()، اليوتيوب YouTube ()، الواتس أب WhatsApp () .
- كم ساعة تقضيها أمام مواقع التواصل الاجتماعي:
1 - 3 () 4 - 6 () 7 - 9 ()

مقياس إدمان شبكات التواصل الاجتماعي

م	العبارة	نعم	لا
1	أهمل دراستي بسبب اهتمامي الزائد بشبكات التواصل الاجتماعي		
2	شغلتي صداقاتي التي كونتها عبر مواقع التواصل الاجتماعي على علاقاتي الاجتماعية المباشرة.		
3	عندما أجلس على مواقع التواصل الاجتماعي لا أشعر بمضي الوقت.		
4	أتناول طعامي وأنا أمام شاشة الجوال لمتابعة مواقع التواصل الاجتماعي.		
5	يفاجئني من حولي بتبنيهم إلي أنني أمضيت وقتاً طويلاً أمام الانترنت.		
6	يشكو أفراد أسرتي من انشغالي بالجوال لفترات طويلة بسبب استخدامي لمواقع التواصل الاجتماعي.		
7	افتقدت الكثير من الأصدقاء القدامى إلا من يرسلوني عبر مواقع التواصل الاجتماعي.		
8	حياتي مستحيلة بدون مواقع التواصل الاجتماعي.		
9	استخدم مواقع التواصل الاجتماعي لتهنئة أصدقائي بجميع المناسبات العامة والخاصة.		
10	أحاول الإقلاق من فترات بقائي أمام مواقع التواصل الاجتماعي ولكن دون جدوى.		
11	استثمر مواقع التواصل الاجتماعي غالباً في التواصل مع الأصدقاء.		
12	أعجب كيف يعيش الناس بدون مواقع التواصل الاجتماعي.		
13	إن انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي ترك أثراً إيجابياً على أنشطة حياتي.		
14	أتمنى أن يتم تحول التعليم من الجامعات إلى شبكات التواصل الاجتماعي.		
15	أفضل قضاء أوقات فراغي على شبكات التواصل الاجتماعي على أفراد أسرتي.		
16	أشعر بالضيق والكآبة والملل عندما أحرم نفسي من الاستمتاع بالجلوس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.		
17	أشعر بأنني أصبحت أسير لشبكات التواصل الاجتماعي		
18	المرض وحده هو الذي يمنعني من استخدام شبكات التواصل الاجتماعي.		
19	بدأت حاسة البصر لدي تضعف نظراً للجلوس أمام شبكات التواصل الاجتماعي.		
20	عندما يزورني بعض أصدقائي في البيت أشعر بأنني حرمت من متعتي الوحيدة وهي التواصل عبر مواقع التواصل الاجتماعي.		
21	أفضل مواقع التواصل الاجتماعي على التلفزيون حتى بقنواته الفضائية.		
22	أنسى الجوع والعطش حينما أجلس ساعات طويلة أمام مواقع التواصل الاجتماعي		
23	منذ أن بدأ انشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي لم تعد حياتي الاجتماعية كما كانت من قبل.		
24	أتناول طعامي وأنا أمام شاشة الكمبيوتر لمتابعة مواقع التواصل الاجتماعي.		
25	أغفل عن حاجتي إلى النوم لانشغالي بمواقع التواصل الاجتماعي.		
26	أجد نفسي مجبراً بأن أجلس بضع ساعات أخرى على مواقع التواصل الاجتماعي.		
27	شبكات التواصل الاجتماعي تسهل على كل المهام التي أقوم بها.		
28	لو أصبحت الكهرباء متواجدة دائماً لما توقفت عن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي ليلاً أو نهاراً.		
29	أستثمر كل لحظة من حياتي في الاستفادة من مواقع التواصل الاجتماعي.		
30	بعد انقضاء دراستي بالجامعة اتجه مباشرة لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي.		

ملحق رقم (4)

قائمة مراجعة الأعراض (SCL 90):



تعليمات:

تشمل قائمة الأعراض (90) عبارة، وكل عبارة لها بدائل خمسة للإجابة تمتد على متصل لشدة العرض وهي: (مطلقاً - نادراً - أحياناً - كثيراً - دائماً). يعطي الفحص التعليمات للمريض موضحا له كيفية الاستجابة لعبارات القائمة مع توضيح وتفسير الأسئلة التي تتطلب ذلك مع مراعاة عدم التدخل بطريقة أو بأخرى في التقدير الذاتي للمفحوص على القائمة. ويستجيب الأفراد لقائمة مراجعة الأعراض بوضع علامة داخل أحد المربعات الخمسة الموجودة إلى يسار كل عبارة بحيث توضع العلامة في المربع الذي يصف درجة أو شدة معاناة الفرد الحقيقية من العرض المذكور.

التصحيح وتسجيل الدرجات:

يتم تصحيح كل مقياس فرعي بالقائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس كما هو موضح بمفتاح التصحيح وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من صفر إلى 4 وفيما يلي توضيح لمعنى هذه الأوزان:

- مطلقاً (0) لا توجد معاناة بتاتاً.
- نادراً (1) بعض المعاناة ولكن غير منتظمة وبدرجة قليلة.
- أحياناً (2) معاناة على فترات منتظمة إلى حد ما بدرجة خفيفة أو متوسطة.
- كثيراً (3) معاناة على فترات منتظمة وبدرجة أكثر من المتوسط.
- دائماً (4) معاناة مستمرة وبدرجة قصوى.

مقياس قائمة مراجعة الأعراض (SCL 90):

#	العبارة	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
1.	الصداع.					
2.	سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي.					
3.	وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك.					
4.	الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.					
5.	فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية.					
6.	الشعور بالحساسية تجاه الآخرين.					
7.	اعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك.					
8.	إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك.					
9.	الصعوبة في تذكير الأشياء.					
10.	الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال.					
11.	الشعور بسرعة المضايقة والاستنارة.					
12.	الإحساس بالآلام في القلب والصدر.					
13.	الشعور بالخوف من الأماكن المفتوحة والشوارع.					
14.	الشعور بالخمول أو قلة النشاط.					
15.	التفكير في إنهاء حياتك.					
16.	سماع أصوات لا يسمعها الآخرون.					
17.	رعشة الجسم.					
18.	الشعور بعدم الثقة في معظم الناس.					
19.	ضعف شهية الطعام.					
20.	البكاء بسهولة.					
21.	الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.					
22.	الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة.					
23.	رعب مفاجئ بدون سبب.					
24.	ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها.					
25.	الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك.					
26.	لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك.					
27.	الإحساس بالآلام أسفل الظهر.					
28.	عدم القدرة على إتمام أعمالك.					
29.	الإحساس بالوحدة.					
30.	الإحساس بالانقباض.					
31.	الانزعاج على الأشياء بصورة مبالغ فيها.					
32.	الشعور بعدم الاهتمام بما حولك.					

#	العبارة	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
33.	الشعور بالخوف.					
34.	الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.					
35.	الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.					
36.	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك.					
37.	الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك.					
38.	الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها.					
39.	الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.					
40.	الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.					
41.	الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).					
42.	الشعور بألام في العضلات.					
43.	الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.					
44.	صعوبة الاستغراق في النوم.					
45.	الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).					
46.	صعوبة اتخاذ القرارات.					
47.	الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات.					
48.	الصعوبة في التقاط أنفاسك.					
49.	الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك.					
50.	الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف.					
51.	الإحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار.					
52.	تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك.					
53.	الإحساس بأن شيء يقف في زورك (يسد زورك).					
54.	الإحساس باليأس من المستقبل.					
55.	صعوبة في التركيز.					
56.	الشعور بضعف في أجزاء من جسمك.					
57.	الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً.					
58.	الشعور بتقل في أذرعك أو أرجلك.					
59.	التفكير في الموت.					
60.	الإفراط في تناول الطعام					
61.	الشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك					
62.	الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك.					
63.	الإحساس بدافع ملح أن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين.					

#	العبارة	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
64.	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح.					
65.	الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل.					
66.	نوم مضطرب أو غير مريح.					
67.	الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء.					
68.	وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون.					
69.	الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين.					
70.	الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق.					
71.	الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (الدنيا تعب في تعب).					
72.	نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول.					
73.	الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.					
74.	الدخول في كثير من الجدل و المناقشات.					
75.	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.					
76.	الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وانجازتك.					
77.	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.					
78.	الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئاً في مكان.					
79.	الشعور بأنك عديم الأهمية.					
80.	الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية.					
81.	نوبات من الصراخ وقذف الأشياء.					
82.	الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة.					
83.	الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك.					
84.	أفكار عن الجنس تسبب لك اضطراباً شديداً.					
85.	أفكار تسيطر عليك بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة.					
86.	الاعتقاد تسيطر عليك بأنك لابد أن تعاقب على ذنوبك.					
87.	الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك.					
88.	عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر.					
89.	الشعور بالذنب.					
90.	الاعتقاد بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ على أفكارك					