

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم: علم النفس وعلوم التربية

عنوان المذكرة:

الإدمان على الانترنت وعلاقته بظهور اضطرابات النوم واضطرابات الاكل لدى
المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
" دراسة ميدانية بثنائيتي الشهيد الساسي رضواني والشهيد محمد العيد آل خليفة
بولاية الوادي "

مذكرة مكملّة لشهادة الماستر اكايمي شعبة علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:
د. رحمة غراب

إعداد الطالبات:
آية بالقط
فاطمة حليلو

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
بلقاسم عوين	بروفيسور	رئيسا
رحمة غراب	أ.محاضر	مشرفا ومقررا
فايزة مخيير	ب.محاضر	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم: علم النفس وعلوم التربية

عنوان المذكرة:

الإدمان على الانترنت وعلاقته بظهور اضطرابات النوم واضطرابات الاكل لدى
المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
" دراسة ميدانية بثنائيتي الشهيد الساسي رضواني والشهيد محمد العيد آل خليفة
بولاية الوادي "

مذكرة مكملة لشهادة الماستر اكاديمي شعبة علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:
د. رحمة غراب

إعداد الطالبات:
آية بالقط
فاطمة حليلو

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
بلقاسم عوين	برفيسور	رئيسا
رحمة غراب	أ.محاضر	مشرفا ومقررا
فايزة مخيير	ب.محاضر	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات وبنوره تنزل البركات
نشكر الله العلي القدير

ونحمده على توفيقه وهدايته لإتمام هذا العمل.

نحمد الله الذي يسر لنا السبل في هذا العمل وأعاننا بمنتهى وكرمه
الذي أسترز به من الفلاح وأدرك به النجاح.

لابد لنا ونحن نخطو بخطوة هامة في حياتنا الجامعية
من وقفة تعود إلى الأعوام

التي قضيناها في رحاب الجامعة، فنتقدم بأسمى الشكر والامتنان
إلى من رافقنا في هذا العمل المتواضع إلى التي لم تبخل علينا من جهدها
لإشرافها لهذا العمل فكان لها الأثر الكبير على إعداد هذه المذكرة
الأستاذة: غراب رحمة

وإلى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد لتخطي الصعاب
وعلى الجهود الكبيرة والتوجيهات ولو بكلمة طيبة ودعاء صادق.



الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الإدمان على الإنترنت وظهور اضطرابات النوم واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي ببعض ثانويات ولاية الوادي، وطرحت من خلالها جملة من التساؤلات والفرضيات.

وللتحقق من فرضيات الدراسة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي بأساليبه (الاستكشافي، الارتباطي، المقارن)، باستخدام ثلاثة أدوات لجمع البيانات هي: مقياس إدمان الإنترنت لـ يونغ (1998) بالنسخة العربية لـ عبد الناصر السيد عمار (2011)، ومقياس اضطرابات النوم لأنور حمودة البنا (2007) والذي تم تعديله من طرف أ. د. يامنة إسماعيلي، ومقياس اضطرابات الأكل لسامية محمد صابر عبد النبي (2011).

حيث أجريت الدراسة خلال السداسي الثالث من السنة الدراسية 2026/2025 (شهر أبريل) على تلاميذ الثانوي، حيث تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية بلغ قوامها (100) تلميذ وتلميذة. وبعد تفريغ البيانات المتحصل عليها من أدوات الدراسة الأساسية، وإجراء المعالجة الإحصائية لها عن طريق برنامج (SPSS)، أسفرت نتائج الدراسة عن النتائج التالية:

1- يتميز إدمان الإنترنت لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.
2- تتميز اضطرابات النوم لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى منخفض.

3- تتميز اضطرابات الأكل لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.

4- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

5- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

6- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس إدمان الإنترنت.

7- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم.

8- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل.

الكلمات المفتاحية:

الإدمان على الأنترنت ،اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل،تلاميذ الثانوية.

Abstract:

This study aimed to investigate the relationship between internet addiction and the occurrence of sleep disorders and eating disorders among secondary school adolescents in selected high schools in El Oued Province. A number of questions and hypotheses were proposed.

To test the hypotheses, the descriptive approach was used, incorporating exploratory, correlational, and comparative methods. Three data collection tools were employed: Young's Internet Addiction Test (1998) in its Arabic version by Abd El-Nasser El-Sayed Ammar (2011), Anwar Hamouda Al-Banna's Sleep Disorders Scale (2007) as modified by Prof. Yamna Ismaili, and Samia Mohamed Saber Abdel Naby's Eating Disorders Scale(2011).

The study was conducted during the third semester of the 2025/2026 academic year (April) on secondary school students. The sample was selected purposefully and consisted of 100 students (male and female). After processing the data obtained from the main research tools and performing statistical analysis using SPSS, the results were as follows:

- 1- Internet addiction among the majority of secondary school adolescents is characterized by a high level.
- 2- Sleep disorders among the majority of secondary school adolescents are characterized by a low level.
- 3- Eating disorders among the majority of secondary school adolescents are characterized by a high level.
- 4-There is a statistically significant correlational relationship between internet addiction and sleep disorders among secondary school adolescents.
- 5- There is a statistically significant correlational relationship between internet addiction and eating disorders among secondary school adolescents.
- 6- There are no statistically significant differences between male and female secondary school adolescents on the internet addiction scale.
- 7-There are no statistically significant differences between male and female secondary school adolescents on the sleep disorders scale.
- 8-There are no statistically significant differences between male and female secondary school adolescents on the eating disorders scale.

Keywords: Internet Addiction, Sleep Disorders, Eating Disorders, Adolescents, high School Students.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر وتقدير	
ملخص الدراسة باللغة العربية	أ
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	ب
فهرس المحتويات	ج
فهرس الجداول	د
فهرس الأشكال	ز
فهرس الملاحق	ط
مقدمة	12
الجانب النظري	
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وإعتباراتها	
1- إشكالية الدراسة	15
2- فرضيات الدراسة	17
3- أهداف الدراسة	18
4- أهمية الدراسة	18
5- المفاهيم الإجرائية للدراسة	19
6- الدراسات السابقة	20
7- التعقيب على الدراسات السابقة	28
الفصل الثاني : الإدمان على الأنترنت	
تمهيد	31
1- تعريف الادمان على الإنترنت	31
2- النظريات المفسرة لإدمان على الانترنت	33

35	3- أنواع الإدمان على الإنترنت
36	4- أسباب إدمان الإنترنت
37	5- مراحل إدمان على الانترنت
38	6- أعراض والمحكات التشخيصية لإدمان على الانترنت
38	7- المحكات التشخيصية لإدمان الإنترنت
40	8-آثار الإدمان على الإنترنت
42	9- العلاج و الوقاية من الادمان على الانترنت
45	خلاصة
الفصل الثالث : اضطرابات النوم	
47	تمهيد:
47	1-تعريف النوم
48	2- مراحل النوم
49	3-مفهوم اضطرابات النوم
50	4-النظريات المفسرة لاضطرابات النوم
51	5-أسباب اضطرابات النوم
53	6-أنواع اضطرابات النوم
55	7-أعراض اضطرابات النوم
55	8-معايير تشخيص اضطرابات النوم
58	9-علاج اضطرابات النوم
60	خلاصة
الفصل الرابع: اضطرابات الأكل	
62	تمهيد
62	1-تعريف الأكل
62	2-تعريف اضطرابات الأكل
63	3-النظريات المفسرة لاضطرابات الأكل
67	4-أسباب اضطرابات الأكل

68	5-أنواع اضطرابات الأكل
70	6-أعراض اضطرابات الأكل
72	7-معايير تشخيص اضطرابات الأكل
74	8-علاج اضطرابات الأكل
77	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
80	تمهيد
80	1- منهج الدراسة
80	2- الدراسة الاستطلاعية
81	3- حدود الدراسة الأساسية
81	4- مجتمع الدراسة
81	5- عينة الدراسة
82	6- أدوات الدراسة
95	7- الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة فرضيات الدراسة
96	خلاصة
الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
98	تمهيد
98	1- عرض وتحليل نتائج الدراسة
108	2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
117	الاستنتاج العام
118	اقتراحات الدراسة
120	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
81	يوضح توزيع التلاميذ حسب الثانويات	01
82	يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس	02
84	يوضح توزيع عبارات مقياس اضطرابات النوم على مجالاته وأبعاده	03
85	يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب الأرق	04
86	يوضح علاقة عبارات بعد اضطراب فرط النوم	05
86	يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب جدول النوم	06
87	يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب الأحلام المزعجة	07
88	يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب التجول أثناء النوم	08
88	يوضح علاقة عبارة بعد اضطراب الكلام أثناء النوم	09
89	يوضح علاقة كل بعد بالدرجة الكلية لمجال اضطرابات صعوبات النوم	10
89	يوضح علاقة كل بعد لمجال اضطرابات مصاحبات النوم	11
89	يوضح علاقة كل بعد لمجال اضطرابات مصاحبات النوم	12
90	يمثل قيمة معامل ثبات مقياس المشكلات النفسية بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ	13
91	يوضح توزيع عبارات مقياس اضطرابات النوم في صورتها المعدلة حسب أبعاده والمجالات التي تنتمي إليها	14
92	يمثل معاملات ارتباط مفردات بعد الأنوركسيا ومجموع درجات البعد ومفردات بعد البوليميا ومجموع درجات البعد	15
93	معاملات الارتباط بين البعد ومجموع درجات القياس	16
94	ثبات القياس على العينة الكلية وعينة الذكور وعينة الإناث	17

18	معاملات الاتساق لألفا كرونباخ لمقياس إدمان الإنترنت ومقياس اضطراب النوم ومقياس اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	94
19	دلالة الاختلاف بين مستويات إدمان الإنترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	98
20	دلالة الاختلاف بين مستويات اضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	100
21	دلالة الاختلاف بين مستويات اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	102
22	دلالة الارتباط بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	103
23	دلالة الارتباط بين إدمان الإنترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	104
24	دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس إدمان الإنترنت	105
25	دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم	106
26	دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل	107

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
99	مستويات إدمان الإنترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	01
101	مستويات اضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	02
103	مستويات اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	03
108	الفروق البينانية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس إدمان الإنترنت ومقياس اضطرابات النوم ومقياس اضطرابات الأكل	04

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	مقياس الإدمان على الإنترنت
02	مقياس اضطرابات النوم
03	مقياس اضطرابات الأكل

مقدمة

لقد أحدث التطور التكنولوجي انفجاراً هائلاً للمعلومات، وأصبحنا مجتمعاً رقمياً. ومع الانتشار الرهيب لمواقع الشبكة العنكبوتية التي جعلتنا مجتمعاً افتراضياً، أصبحت سهولة استهلاك المعلومات والتواصل متاحة عبر وسائل وأجهزة ذكية، وفي متناول الجميع.

وقد يؤدي الإفراط في استخدام هذه الوسائل سلباً على الفرد، خاصة فئة المراهقين المتمدرسين الذين يسعون وراء مواقع الويب والتواصل الاجتماعي والألعاب الإلكترونية التي يتهافتون عليها. ومن بين سلبيات هذه الوسائل كثرة الإقبال عليها التي تؤدي إلى إدمانها، وبالتالي إلى مشاكل نفسية وصحية متعددة، منها اضطراب النوم الذي يعتبر أساس طاقة الإنسان الصحية، واضطرابه يؤدي إلى مشكلات كبيرة كالأرق والاكتئاب والوهن العصبي.

كما تشمل هذه المشاكل اضطرابات الأكل كالشره العصبي وفقدان الشهية العصبي، والتي تنجم عن الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المراهقون، خاصة في ظل الترويج لمعايير الجمال غير الواقعية عبر وسائل التواصل الاجتماعي.

ومن هاته الزاوية البحثية انطلقت دراستنا لترتبط بين موضوع إدمان الإنترنت وعلاقته باضطراب النوم واضطرابات الأكل لدى تلاميذ المرحلة الثانوية المراهقين.

وسيتم عرض دراستنا في جانبين: جانب نظري وآخر ميداني.

أولاً: الجانب النظري، ويتكون من أربعة فصول:

- فصل تمهيدي (إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهدافها، أهميتها، المفاهيم الإجرائية، الدراسات السابقة، التعقيب على الدراسات السابقة).

فصل تناولنا فيه متغير إدمان الإنترنت (ماهية الإدمان على الإنترنت، نظرياته، أنواعه، أسبابه، مراحله، أعراضه، أضراره، علاجه).

- فصل تناولنا فيه اضطرابات النوم (تعريف النوم، مراحل النوم، مفهوم اضطرابات النوم، نظرياتها، أسبابها، أنواعها، أعراضها، محكات تشخيصها، علاجها).

- فصل تناولنا فيه اضطرابات الأكل (تعريف الأكل، تعريف اضطرابات الأكل، نظرياتها، أسبابها، أنواعها، أعراضها، محكات تشخيصها، علاجها).

ثانياً: الجانب التطبيقي، ويتكون من فصلين:

- فصل تناولنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة (المنهج المتبع، الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة، مجتمع الدراسة، العينة، الأدوات، الأساليب الإحصائية).

- فصل خصصناه لعرض وتحليل النتائج، ثم مناقشتها وتفسيرها.

الجانب النظري

الفصل الأول: مشكلة الدراسة

وإعتباراتها

-
- 1- إشكالية الدراسة
 - 2- فرضيات الدراسة
 - 3- أهداف الدراسة
 - 4- أهمية الدراسة
 - 5- المفاهيم الإجرائية للدراسة
 - 6- الدراسات السابقة
 - 7- التعقيب على الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

واجه الإنسان عبر العصور صعوبات كثيرة في نقل المعلومات والتواصل مع الآخرين، بسبب الحواجز المكانية والزمانية؛ وقد تطورت وسائل الاتصال تدريجياً، بدءاً من الرسالة، مروراً بالهاتف والتلغراف، إلا أن التواصل ظل محدوداً، مما ألزم الإنسان إلى مواكبة متطلبات عصره بالتطور المستمر، إلى أن ظهرت التكنولوجيا الحديثة ووسائل الاتصال التي أسقطت جميع الحواجز، وحوّلت العالم إلى قرية صغيرة.

ويعد الإنترنت أبرز مظاهر هذه التكنولوجيا، حيث ربط العالم بأسره، وأصبح استخدامه ضرورة ملحة في حياة الإنسان المعاصر، تطارده في البيت والشارع ومكان العمل وفي كل مجالات الحياة. وتتعدد دوافع استخدام الإنترنت بين أفراد المجتمع، فمنهم من يبحث عن التجربة والفضول وحب الاستطلاع، ومنهم من يرغب في مواكبة العصر، وآخرون بدافع البحث والتعلم، وفئة رابعة بقصد التسلية والترفيه. ورغم تنوع هذه الدوافع، فإن الاستخدام المفرط قد يتخذ منحى آخر هو ما يُعرف بـ إدمان الإنترنت. (بوقرة والمقروض، 2019، ص 111)

وتعتبر عالمة الأمريكية كمبرلي يونغ Kimberly Young (1996) من الرواد الأوائل الذين أولوا أهمية بالغة لظاهرة إدمان الإنترنت وذلك من خلال أعمالها وجهودها البحثية العلاجية، إذ أسست أول مركز متخصص لإدمان الإنترنت بجامعة بتسبرغ سنة 1998، وأصدرت مجلة متخصصة في إدمان الإنترنت، كما قامت أيضاً ببناء مقياس لدراسة وتشخيص هذه الظاهرة عُرف باختبار يونغ لإدمان الإنترنت.

ولقد كشفت العديد من الدراسات والبحوث أن إدمان الإنترنت يتسبب في آثار سلبية نفسية وسلوكية واجتماعية واقتصادية، إذ تساهم بحوالي 91.1% من الآثار النفسية والانفعالية، وتوصلت الدراسات إلى أن 51.24% من مدمني الإنترنت يعانون من مشكلات دينية وأخلاقية، بينما بلغت الآثار الصحية 48.42%، وأن حوالي 47.72% يعانون من مشكلات وآثار اقتصادية. (بوقرة والمقروض، 2019، ص 500)

ولا تتوقف أضرار إدمان الإنترنت على الجانبين النفسي والاجتماعي فحسب بل تمتد لتطال الصحة الجسدية للمراهق بشكل مباشر، ومن أبرز هذه الآثار الصحية اضطرابات النوم واضطرابات الأكل.

أما فيما يخص اضطرابات النوم، فتعتبر إحدى أمراض العصر، حيث أكد عدد من الباحثين أن مواقع التواصل الاجتماعي سبب رئيسي في قلة النوم واضطرابه، ومن المعروف

طبيباً أن قلة النوم ترتبط بعدد من المشاكل والأمراض الصحية؛ومن هذه الدراسات دراسة (كندية) على مجموعة من الطلاب أفادت بأن الطلاب الذين يستخدمون مواقع التواصل الاجتماعي بكثرة ينامون عدد ساعات أقل من المعدلات الطبيعية مما يعرضهم لمشاكل صحية. (العقوري، 2020، ص 28)

وأما عن اضطرابات الأكل، فتعد من الآثار الصحية الخطيرة الأخرى التي ينجم عن الانغماس في العالم الرقمي، حيث تؤدي الضغوط النفسية والاجتماعية المصاحبة للإدمان إلى سلوكيات أكل مضطربة، كالشره العصبي وفقدان الشهية العصبي؛ وهذا ما أكدته بعض الدراسات ومنها دراسة Dahlgren (2024) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين استخدام منصات وسائل التواصل الاجتماعي واضطرابات الأكل، واستيعاب معايير الجمال، والضغط النفسي لدى عينة من المراهقين النرويجيين. تكونت العينة من 1558 مراهقاً ومراهقة تتراوح أعمارهم بين 16 و 19 سنة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي. أظهرت النتائج أن اضطرابات الأكل كانت شائعة، خاصة لدى الإناث، وأن 80% من الإناث أفدن بأن وسائل التواصل الاجتماعي، وخاصة Instagram و TikTok، كان لها تأثير سلبي على شعورهن تجاه مظهرهن.

(Dahlgren et al., 2024)

وتبرز هذه الآثار النفسية والصحية بشكل خاص لدى فئة المراهقين الذين يعتبرون الأكثر استخداماً للإنترنت، والأكثر عرضة للإدمان، والأشد تأثراً باضطرابات النوم واضطرابات الأكل. ومما تقدم، يتضح أن المراهقين هم الفئة الأكثر عرضة للآثار النفسية الناجمة عن الإفراط في استخدام الإنترنت.

وبرغم من أهمية هذه الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم من جهة، وبين إدمان الإنترنت واضطرابات الأكل من جهة أخرى، إلا أنها لم تجمع المتغيرات الثلاثة معاً (إدمان الإنترنت، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل) في بحث واحد، خاصة في السياق العربي والجزائري، كما أنها لم تستهدف فئة المراهقين المتمدرسين بالطور الثانوي تحديداً على حد علم الباحثين؛ ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية لسد هذه الفجوة البحثية وعليه تتلخص إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

- هل يتميز إدمان الانترنت لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع؟

- هل تتميز اضطرابات النوم لدى أغلبية المراهقين المتدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع؟
- هل تتميز اضطرابات الأكل لدى أغلبية المراهقين المتدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الإدمان على الانترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الإدمان على الانترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي؟
- هل توجد فروق بين الذكور والإناث من المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس الإدمان على الانترنت؟
- هل توجد فروق بين الذكور والإناث من المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس اضطراب النوم؟
- هل توجد فروق بين الذكور والإناث من المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس اضطراب الأكل ؟

2- فرضيات الدراسة:

- يتميز ادمان الانترنت لدى أغلبية المراهقين المتدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.
- تتميز اضطرابات النوم لدى أغلبية المراهقين المتدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.
- تتميز اضطرابات الأكل لدى أغلبية المراهقين المتدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.
- توجد علاقة ارتباطية بين الادمان على الانترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الادمان على الانترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي.
- لا يوجد فروق بين الذكور والإناث من المراهقين المتدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس الإدمان على الانترنت.

- لا يوجد فروق بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس اضطرابات النوم.
- لا يوجد فروق بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس اضطرابات الأكل.

3- أهداف الدراسة:

- التعرف عن مستوى الإدمان على الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي.
- التعرف عن مستوى اضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي.
- التعرف عن مستوى اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي.
- الكشف عن إذا ما كانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإدمان على الانترنت وظهور اضطرابات النوم لدى عينة الدراسة.
- الكشف عن إذا ما كانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإدمان على الانترنت وظهور اضطرابات الأكل لدى عينة الدراسة.
- الكشف عن إذا ما لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس الإدمان على الانترنت.
- الكشف على إذا لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس اضطرابات النوم.
- الكشف على إذا لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس اضطرابات الأكل .

4- أهمية الدراسة:

- استهداف عينة من المراهقين المتمدرسين بالطور الثانوي (15-18 سنة) ، خاصة أن هذه الفئة تعاني من إدمان الإنترنت وما ينتج عنه من آثار سلبية على جوانب حياتهم الجسمية والنفسية والاجتماعية والأكاديمية.
- الجمع بين المتغيرات الثلاثة (إدمان الإنترنت، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل) في بحث واحد، مما يتيح التعرف عليها نظرياً وتطبيقياً، وهو ما يعد من الموضوعات الهامة التي لقيت اهتماماً كبيراً من الناحية النفسية والاجتماعية، ويسهم في تقديم إضافة جديدة لمكتبة علم النفس بصفة عامة وعلم النفس العيادي بصفة خاصة.

-السياق الثقافي الجزائري الذي لم تتناوله أي دراسة سابقة بهذا التكامل على حد علم الباحثين، مما يساعد العاملين في مجال التعليم والإرشاد النفسي على وضع برامج علاجية وإرشادية لخفض إدمان الإنترنت وما يترتب عليه من آثار سلبية.

-تقديم برامج إرشادية للوالدين (خاصة الأمهات كونهن الأكثر قرباً من الأبناء) لمساعدتهم على التخلص من إدمان الإنترنت، وإثراء الأدبيات النفسية العربية في مجال الإدمان الرقمي واضطرابات المصاحبة خاصة في الوسط الثانوي.

5- المفاهيم الإجرائية للدراسة

الإدمان على الانترنت:

تعرفه الجمعية الأمريكية بأنه استخدام الأنترنت بما يتجاوز (38 ساعة) أسبوعياً لغير حاجة العمل، مع الميل إلى زيادة ساعات استخدام الأنترنت لإشباع الرغبة نفسها التي كانت تشبعها من قبل ساعات أقل مع المعاناة من أعراض نفسية وجسمية عند انقطاع الاتصال منها: التوتر النفسي الحركي، القلق، التركيز والتفكير بشكل قهري حول الأنترنت.

(منصور وآخرون، 2014، ص334)

التعريف الإجرائي: الاستخدام المفرط للأنترنت من قبل المدمن وكذلك عدم سيطرته على نفسه عند استعمالها، كما أن الفرد لا يتمكن من التحكم في الوقت الذي يقضيه على الأنترنت ونتيجة لذلك تظهر لديه آثار سلبية تؤثر بدورها على معظم مجالات حياته.

أما في الدراسة الحالية فمصطلح إدمان الإنترنت يتحدد إجرائياً بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها تلاميذ مرحلة الثانوية، من خلال إجاباتهم على بنود مقياس إدمان الإنترنت المعد من قبل كمبرلي يونغ (KimberlyYoung) بالنسخة العربية التي قام بتقنينها عبد الناصر السيد عمار (2011) والمستخدم في الدراسة الحالية.

اضطرابات النوم:

وهو حالة عدم الانتظام التي ترافق النوم، من حيث مدته ووقته ونوعه أو ما يحدث خلاله من سلوك أو نشاط يتعارض مع حالة النوم، والتي تدل على عدم تحقيق النوم بالشكل المطلوب. (كاظم، 2014، ص276)

التعريف الإجرائي: هو خلل في سيرورة النوم على ما هو طبيعي بالنسبة للفرد، كما أنه يتم تحديده إجرائياً بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها تلاميذ مرحلة الثانوي، من خلال

إجاباتهم على بنود مقياس اضطرابات النوم، والمعد من قبل أنور حمودة الينا والمستخدم في الدراسة الحالية.

اضطرابات الاكل:

تعرفه سامية صابر بأنها اضطرابات حادة في سلوك الأكل، وتشمل: فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا)، وفرط الشهية العصبي (البوليميا). (صابر 2011، ص3)

التعريف الإجرائي: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في قياس اضطرابات الأكل إعداد سامية صابر.

6-الدراسات السابقة:

تناولت العديد من الدراسات السابقة العلاقة بين الإدمان على الإنترنت (أو استخدام وسائل التواصل الاجتماعي) واضطرابات النوم من جهة، وبين الإدمان الرقمي واضطرابات الأكل من جهة أخرى. إلا أن الدراسات التي جمعت المتغيرات الثلاثة معاً في بحث واحد لا تزال نادرة، خاصة في السياق العربي والجزائري. وفيما يلي عرض منظم لهذه الدراسات، حيث تم فصل الدراسات العربية عن الأجنبية.

أولاً: الدراسات العربية :

أ- الدراسات التي جمعت المتغيرات الثلاثة معاً (إدمان رقمي - نوم - أكل):

1- دراسة مسعودان يامنة (2020) بعنوان: "الإدمان على الإنترنت واضطرابات العادات السلوكية: اضطرابات الأكل (الشهه/فقدان الشهية)، واضطرابات النوم (الأرق/فرط النوم) لدى الطلبة - دراسة حالة لطالبتين بمركز المساعدة النفسية CAPU بجامعة المسيلة"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى فحص اضطراب العادات السلوكية (اضطرابات الأكل والنوم) لدى حالتين من الطلبة المدمنين على الإنترنت بجامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر. اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي (دراسة الحالة)، وتم استخدام مقياس الإدمان على الإنترنت (أحمد، 2007)، ومقياس اضطرابات النوم (البناء، 2007)، ومقياس اضطرابات الأكل (صابر، 2010). وقد أظهرت نتائج الدراسة معاناة الحالتين من اضطراب الشهه المرضي واضطراب الأرق. (مسعودان، 2020)

2. دراسة مياده محمود الغالي سليمان (2025) بعنوان: "الإدمان الرقمي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية"، وقد

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الإدمان الرقمي واضطرابات النوم واضطرابات الأكل والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، والتحقق من إمكانية التنبؤ بالإدمان الرقمي من خلال هذه المتغيرات. تكونت العينة من 413 طالباً وطالبة تراوحت أعمارهم بين 19 و22 عاماً. اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وطبقت مقياس اضطرابات النوم، ومقياس اضطرابات الأكل، ومقياس الإدمان الرقمي. وقد أظهرت **نتائج الدراسة** وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الإدمان الرقمي وكل من اضطرابات النوم واضطرابات الأكل، كما كشفت عن إمكانية التنبؤ بالإدمان الرقمي من خلال اضطرابات النوم واضطرابات الأكل .
(مياده الغالي، 2025)

ب- الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإدمان على الإنترنت (أو وسائل التواصل الاجتماعي) واضطرابات النوم:

1-دراسة بوبعاية سمية (2017) بعنوان: "العلاقة بين درجة الإدمان على الإنترنت وظهور اضطراب النوم لدى عينة من الشباب الجامعي"، وقد **هدفت** هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين درجة الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم لدى عينة من الشباب الجامعي بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة، الجزائر. تكونت العينة من 152 طالباً جامعياً. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس إدمان الإنترنت (أحمد، 2007) ومقياس اضطرابات النوم (البناء، 2007). توصلت **نتائج الدراسة** إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين درجة الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم، كما أظهرت أن درجة الإدمان كانت ضعيفة لدى العينة، بينما كانت درجة اضطرابات النوم متوسطة. (بوبعاية، 2017)

2-دراسة فايزة عاشور (2020) بعنوان: "العلاقة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم لدى عينة من الطلبة الجامعيين"، وقد **هدفت** هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم لدى عينة من الطلبة الجامعيين بجامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر. اشتملت العينة على 40 طالباً جامعياً. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس إدمان الإنترنت (أحمد، 2007) ومقياس اضطرابات النوم (الدسوقي). توصلت **نتائج الدراسة** إلى وجود علاقة طردية بين المتغيرين، كما أظهرت أن درجة كليهما كانت متوسطة لدى العينة. (عاشور، 2020)

3- دراسة عزروق البتول (2020) بعنوان: "إدمان الإنترنت وعلاقته باضطرابات النوم لدى الطلبة الجامعيين - دراسة ميدانية لحالتين بمدينة مستغانم"، وقد **هدفت** هذه الدراسة إلى

معرفة العلاقة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم لدى الطلبة الجامعيين من خلال دراسة حالتين بمدينة مستغانم، الجزائر. اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي (دراسة الحالة)، وتم استخدام مقياس إدمان الإنترنت (أحمد، 2012) ومقياس اضطرابات النوم (البناء، 2007). تم التحقق من وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المتغيرين، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق فردية تعزى لمتغير الجنس. (عزروق، 2020)

4- دراسة مطماطي إبراهيم وطوشيشيات نادية (2022) بعنوان: "العلاقة بين

الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم لدى الشاب الجزائري"، كما هدفت هذه الدراسة إلى تقصي العلاقة بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم لدى عينة من الشباب الجزائري بولاية تيارت. تكونت العينة من 80 شاباً. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس إدمان الإنترنت (السيد يوسف، 2011) ومقياس اضطرابات النوم (البناء، 2007). وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم، كما كشفت عن وجود مستوى مرتفع من الإدمان واضطرابات النوم لدى عينة الدراسة. (مطماطي وطوشيشيات، 2022)

5- دراسة Boudinar (2026) بعنوان: "العلاقة بين اضطرابات النوم وإدمان الإنترنت

لدى طلاب الجامعة - دراسة ميدانية في قسم علم النفس بجامعة مولود معمري، تيزي وزو"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم لدى عينة من طلاب الجامعة بقسم علم النفس بجامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر. تكونت العينة من 80 طالباً وطالبة تم اختيارهم بطريقة قصدية. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس إدمان الإنترنت (أحمد، 2007) ومقياس اضطرابات النوم (البناء، 2007). وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين اضطرابات النوم وإدمان الإنترنت، كما أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائياً تعزى لمتغير الجنس. (Boudinar, 2026)

ج- الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإدمان على الإنترنت (أو وسائل التواصل الاجتماعي) واضطرابات الأكل:

1- دراسة Nawaz et al. (2024) بعنوان: "استخدام وسائل التواصل الاجتماعي لدى

المراهقين الذين يعانون من اضطرابات الأكل: سلاح ذو حدين"، وتهدف إلى مناقشة التحديات الحالية لاستخدام وسائل التواصل الاجتماعي لدى المراهقين الذين يعانون من اضطرابات الأكل. اعتمدت الدراسة على المنهج الاستعراضي التحليلي. أشارت الدراسة إلى أن اضطرابات

الأكل تعد ثالث أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً بين المراهقين، وأن سوء استخدام منصات وسائل التواصل الاجتماعي غالباً ما يتخذ شكل "إلهام النحافة" (thinspiration) أو "إلهام اللياقة" (fitspiration)، مما قد يكون محفزاً لمن يعانون بالفعل من اضطرابات الأكل. كما أكدت الدراسة على أن وسائل التواصل الاجتماعي يمكن أن تكون "سلاحاً ذو حدين." (Nawaz et al., 2024)

2- دراسة Irfan et al. (2024) بعنوان: "انتشار اضطرابات الأكل وعلاقتها بإدمان وسائل التواصل الاجتماعي لدى الشباب"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى انتشار اضطرابات الأكل وعلاقتها بإدمان وسائل التواصل الاجتماعي لدى عينة من الشباب تراوحت أعمارهم بين 14 و 25 عاماً. تكونت العينة من 350 مشاركاً. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، وتم استخدام اختبار اتجاهات الأكل (EAT-26) ومقياس إدمان الشبكات الاجتماعية. أظهرت النتائج أن 42% من العينة يعانون من اضطرابات أكل محتملة، و 41.7% يعانون من إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، كما كشفت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة بين المتغيرين ($r=0.133$)، خاصة مع بعد الشره المرضي والانشغال المفرط بالطعام ($r=0.173$). (Irfan et al., 2024)

ثانياً: الدراسات الأجنبية :

أ-الدراسات التي جمعت المتغيرات الثلاثة معاً (إدمان رقمي - نوم - أكل):

1- دراسة Bener et al. (2019) بعنوان: "إدمان الإنترنت والتعب ومشاكل النوم لدى طلاب المراهقين: دراسة واسعة النطاق"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى إظهار العلاقة بين استخدام الإنترنت، وأسلوب الحياة، والعادات الغذائية لدى عينة من الطلاب. شارك في الدراسة 2350 طالباً تتراوح أعمارهم بين 18 و 25 عاماً. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت اختبار إدمان الإنترنت (IAT)، ومقياس التعب، ومقياس إيپورث للنعاس (ESS). أظهرت النتائج وجود علاقة بين إدمان الإنترنت وانتشار النعاس، وتناول الوجبات السريعة بشكل متكرر. (Bener et al., 2019)

2- دراسة Yao et al. (2023) بعنوان: "عادات الأكل غير الصحية وأعراض الأرق مرتبطة بإدمان الإنترنت لدى الأطفال الصينيين المتروكين خلف الوالدين: الفروق بين الجنسين"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين عادات الأكل غير الصحية وأعراض الأرق وإدمان الإنترنت لدى عينة من الأطفال المتروكين خلف الوالدين في الصين، مع التركيز على الفروق بين الجنسين. تكونت العينة من 3156 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 14.2 سنة في

المتوسط، منهم 43.9% ذكور و 56.1% إناث. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت استبيانات لجمع البيانات حول العادات الغذائية، شدة الأرق، وإدمان الإنترنت. أظهرت النتائج أن استهلاك كميات أقل من الفواكه والخضراوات، وتخطي وجبة الإفطار، كان مرتبطاً بزيادة خطر إدمان الإنترنت، خاصة لدى الإناث. كما كان الأرق مرتبطاً بشكل كبير بارتفاع خطر إدمان الإنترنت لدى كلا الجنسين. (Yao et al., 2023)

3-دراسة Gürbüz & Bayram (2025) بعنوان: "العلاقة ثنائية الاتجاه بين استخدام الإنترنت وجودة النوم وسلوك الأكل"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة ثنائية الاتجاه بين استخدام الإنترنت، جودة النوم، وسلوك الأكل لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالمرحلة الثانوية. تكونت العينة من 646 طالباً وطالبة من 17 مدرسة ثانوية في مدينة أدرنة التركية، بمتوسط عمري 15.6 سنة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت اختبار إدمان الإنترنت (YIAT)، ومقياس جودة النوم (PSQI)، واستبيان سلوك الأكل (TFEQ-R21). أظهرت النتائج أن انتشار إدمان الإنترنت بلغ 16.3%، وانتشار ضعف جودة النوم 6.4%، كما كشفت عن وجود ارتباط إيجابي ضعيف بين إدمان الإنترنت واضطراب الأكل ($r=0.173$)، وارتباط إيجابي متوسط بين ضعف النوم واضطراب الأكل ($r=0.342$). كما أظهرت النتائج أن الجنس، تعليم الأم، إدمان الإنترنت، وضعف النوم تشكل عوامل تنبؤية لحدوث اضطرابات الأكل لدى المراهقين. (Gürbüz & Bayram, 2025)

4-دراسة Çelik et al. (2025) بعنوان: "ارتباط الاستخدام المشكل للإنترنت بالعادات اليومية المرتبطة بالصحة لدى المراهقين: أدلة من دراسة مدرسية"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار مشكلة إدمان الإنترنت وعلاقتها بالنوم والعادات الغذائية لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية في تركيا. تكونت العينة من 951 طالباً بمتوسط عمري 15.3 سنة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت مقياس إدمان الإنترنت المختصر (YIAT-SF). أظهرت النتائج انتشار إدمان الإنترنت بنسبة 12.1%، كما كشفت عن وجود ارتباط بين إدمان الإنترنت وكل من: وجود مشكلة نوم واحدة على الأقل، تناول الإفطار أقل من 3 أيام في الأسبوع، الإكثار من تناول الوجبات المالحة والمشروبات الغازية السكرية. (Çelik et al., 2025)

ب-الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم:

1. دراسة Öztürk et al. (2013) بعنوان: "إدمان الإنترنت وأعراض اضطرابات النوم لدى المراهقين"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم إدمان الإنترنت والعلاقة بين الاستخدام الإشكالي للإنترنت وأعراض اضطرابات النوم لدى عينة من المراهقين. تكونت العينة من 1956 طالباً تتراوح أعمارهم بين 14 و 18 سنة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت اختبار إدمان الإنترنت (IAT) واستبيان اجتماعي ديموغرافي. أظهرت النتائج أن الطلاب الذين يعانون من إدمان الإنترنت كانوا أكثر عرضة لصعوبة النوم ($p < 0.001$) والاستيقاظ الليلي المتكرر ($p < 0.01$). (Öztürk et al., 2013)

2. دراسة Kawabe et al. (2019) بعنوان: "الارتباط بين عادات النوم ومشاكله وإدمان الإنترنت لدى المراهقين"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين عادات النوم ومشاكله وإدمان الإنترنت لدى عينة من المراهقين اليابانيين. تكونت العينة من 853 طالباً من طلاب المدارس الإعدادية في اليابان. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت اختبار إدمان الإنترنت (IAT) وقائمة مراجعة النوم للطفل والمراهق (CASC). أظهرت النتائج أن وقت النوم كان متأخراً بشكل ملحوظ لدى مجموعة المدمنين، ومدة النوم الليلية أقصر، ودرجات مشاكل النوم أعلى مقارنة بغير المدمنين. (Kawabe et al., 2019)

3. دراسة Agarwal et al. (2020) بعنوان: "جودة النوم وإدمان الإنترنت لدى المراهقين"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار إدمان الإنترنت وتأثيره على جودة النوم لدى عينة من المراهقين الهنود. تكونت العينة من 450 مراهقاً تتراوح أعمارهم بين 9 و 18 سنة من المدارس الحضرية في لكانوا، الهند. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت اختبار إدمان الإنترنت (IAT) ومؤشر بيتسبرغ لجودة النوم (PSQI). أظهرت النتائج أن 78% من الطلاب يستخدمون الإنترنت، وبلغت نسبة المدمنين بشكل معتدل 43.77%، بينما بلغت نسبة المدمنين بشدة 3%. كما أظهرت النتائج أن 73.81% من الأطفال المدمنين يعانون من سوء جودة النوم، وأن 82.83% يستخدمون الشاشات بعد الذهاب إلى السرير. (Agarwal et al., 2020)

4. دراسة Pravin et al. (2025) بعنوان: "تأثير تصفح الإنترنت على جودة النوم: دراسة على المراهقين الصغار"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين تصفح الإنترنت وجودة النوم لدى عينة من المراهقين الهنود. تكونت العينة من مراهقين تتراوح

أعمارهم بين 10 و20 سنة من المناطق الحضرية في الهند. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي باستخدام استبيان إلكتروني (Google Form). أظهرت النتائج أن أكثر من 50% من المشاركين يعانون من صعوبة في النوم من 3 إلى 7 مرات أسبوعياً، وأن 85% يعتقدون أن ساعات نومهم غير كافية. كما أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين تصفح الإنترنت. واضطرابات النوم. (Pravin et al., 2025)

ج-الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإدمان على الإنترنت (أو وسائل التواصل الاجتماعي) واضطرابات الأكل:

1- دراسة Fitzsimmons-Craft et al. (2019) بعنوان: "المراهقون والشباب المنخرطون في وسائل التواصل الاجتماعي المؤيدة لاضطرابات الأكل: اضطرابات الأكل والأمراض النفسية المصاحبة لها، واستخدام الرعاية الصحية، ومعوقات العلاج، والآراء حول تسخير التكنولوجيا للعلاج"، وقد هدفت إلى فحص مدى تعرض المراهقين والشباب لمحتوى صورة الجسد المؤيد لاضطرابات الأكل عبر وسائل التواصل الاجتماعي. تكونت العينة من 405 من المراهقات والشابات ممن يقرّون بمشاهدة أو نشر محتوى مؤيد لاضطرابات الأكل. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي. أظهرت النتائج أن 84% من المشاركات كانت أعرضهن متوافقة مع تشخيص اضطراب أكل سريري أو شبه سريري. (Fitzsimmons-Craft et al., 2019)

2- دراسة Huang et al. (2023) بعنوان: "العلاقة بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي والضيق النفسي وإدمان الطعام لدى طلاب الجامعات التايوانيين"، وقد هدفت إلى اختبار نموذج مقترح يبحث العلاقات بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، والضيق النفسي، وإدمان الطعام لدى طلاب الجامعات التايوانيين. تكونت العينة من 598 طالباً وطالبة بمتوسط عمري 22.8 سنة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي باستخدام نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM). أظهرت نتائج نمذجة المعادلة الهيكلية وجود ارتباط بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي والضيق النفسي ($\beta=0.45$)، وارتباط بين الضيق النفسي وإدمان الطعام ($\beta=0.43$)، مع تأثير وساطة غير مباشر دال إحصائياً. (Huang et al., 2023)

2- دراسة Dahlgren et al. (2024) بعنوان: "مزيد من الأدلة على وجود علاقة بين

استخدام وسائل التواصل الاجتماعي واضطرابات الأكل ومعايير الجمال والضغط النفسي:

دراسة مقطعية على المراهقين النرويجيين"، وقد هدفت إلى فحص العلاقة بين استخدام منصات وسائل التواصل الاجتماعي واضطرابات الأكل، واستيعاب معايير الجمال، والضغط

النفسي لدى عينة من المراهقين النرويجيين. تكونت العينة من 1558 مراهقاً ومراهقة تتراوح أعمارهم بين 16 و19 سنة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي. أظهرت النتائج أن اضطرابات الأكل كانت شائعة، خاصة لدى الإناث، وأن 80% من الإناث أفدن بأن وسائل التواصل الاجتماعي، وخاصة Instagram و TikTok، كان لها تأثير سلبي على شعورهن تجاه مظهرهن. (Dahlgren et al., 2024)

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة عربية وأجنبية، يمكن تلخيص ما يلي:

1. من حيث العلاقة بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات النوم: أجمعت الدراسات

العالمية (Kawabe et al., 2019؛ Gürbüz & Bayram, 2025؛ Pravin et al., 2020؛ Agarwal et al., 2020؛ Öztürk et al., 2013؛ Boudinar, 2026؛ 2022؛ فايضة عاشور، 2020؛ 2020؛ مطماطي وطوشيشيات، 2022؛ فوزة عاشور، 2020؛ 2020؛ Boudinar, 2026) على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم.

2. من حيث العلاقة بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات الأكل: أظهرت الدراسات

العالمية (Dahlgren et al., 2024؛ Huang et al., 2023؛ Fitzsimmons-Craft et al., 2019) والدراسات العربية (Irfan et al., 2024؛ Nawaz et al., 2024) وجود علاقة ارتباطية بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي واضطرابات الأكل، خاصة لدى الإناث.

3. من حيث العلاقة بين المتغيرات الثلاثة معاً: أظهرت الدراسات العالمية القليلة التي

جمعت المتغيرات الثلاثة (Gürbüz & Bayram, 2025؛ Yao et al., 2023؛ Çelik et al., 2025؛ Bener et al., 2019) وجود علاقات تداخلية معقدة، مع تأكيد دور سوء النوم كمتغير وسيط محتمل، أما العربي توجد دراستان فقط جمعتا المتغيرات الثلاثة: دراسة مياده الغالي (2025) على عينة جامعية، ودراسة مسعودان (2020) كدراسة حالة.

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال التحليل النقدي للدراسات السابقة، يمكن رصد القصور والنقاط التالية:

7-1- من حيث الأهداف:

- القصور: أغفلت معظم الدراسات العربية - باستثناء دراسة مياده الغالي (2025) ودراسة مسعودان (2020) - تناول المتغيرات الثلاثة معاً. كما ركزت الدراسات الجزائرية على العلاقات الثنائية فقط.

- **النتيجة:** هناك ندرة في الدراسات التي جمعت المتغيرات الثلاثة (الإدمان - النوم - الأكل) في بحث واحد على المستوى العربي على حد علم الباحثين.
- 7-2- **من حيث العينة:**

- **القصور:** اعتمدت معظم الدراسات العربية والجزائرية على عينات من الطلبة الجامعيين
- (19-25 سنة) مثل بوبعاية (2017)، فايضة عاشور (2020)، مطماطي وطوشيشيات(2022)، مياده الغالي (2025)، Boudinar(2026)، ولم تستهدف فئة المراهقين المتمدرسين بالطور الثانوي (15-18 سنة)الذين تختلف خصائصهم النمائية.
- **النتيجة :** هناك غياب واضح للدراسات التي استهدفت المراهقين المتمدرسين في الجزائر والعالم العربي على حد علم الباحثين .

7-3- **من حيث المنهج:**

- **القصور:** سيطر المنهج الوصفي الارتباطي على معظم الدراسات السابقة، كما اعتمدت بعض الدراسات على حالات فردية كدراسة (عزروق2020؛ مسعودان 2020) مما يحد من إمكانية تعميم النتائج.
- **النتيجة:** هناك حاجة لدراسات ميدانية ذات عينات أكبر تسمح بتعميم النتائج.

7-4- **من حيث السياق الثقافي:**

- **القصور:** معظم الدراسات التي جمعت المتغيرات الثلاثة أجريت في سياقات ثقافية مختلفة (تركيا، الصين، النرويج تاوان، الهند)، ولا يوجد ما يضمن إمكانية تعميم نتائجها على السياق الثقافي الجزائري.
- **النتيجة:** هناك حاجة لدراسة جزائرية تأخذ بعين الاعتبار خصوصية السياق الثقافي المحلي.

الفصل الثاني : الإدمان على الأنترنت

تمهيد

1- ماهية الادمان على الانترنت:

1-1-تعريف الادمان

1-2-تعريف الانترنت

1-3-تعريف الادمان على الانترنت

2 -النظريات المفسرة لإدمان على الانترنت

3 - أنواع الادمان على الانترنت

4- أسباب الادمان على الانترنت

5- مراحل الادمان على الانترنت

6-أعراض والمحكات التشخيصية لإدمان على الانترنت

7 - الآثار الادمان على الانترنت

8-الوقاية وعلاج الادمان على الانترنت

خلاصة

تمهيد:

تُعد ظاهرة الإدمان على الإنترنت من الظواهر الحديثة سريعة الانتشار، والتي قد تترك آثارًا عميقة على تجاربنا اليومية. فرغم أن الإنترنت نشأ في البداية كوسيلة اتصال عسكرية لربط أجهزة الكمبيوتر حول العالم، إلا أنه أصبح اليوم جزءًا لا يتجزأ من الحياة العصرية. فهو يمثل ثورة في عالم المعرفة، وأكبر مكتبة عرفها التاريخ، ووسيلة أساسية للحصول على المعلومات، فضلًا عن كونه أداة للترفيه والتجارة والمراسلة وبناء الصداقات. لكنه في المقابل، وكأي تقنية متطورة، يحمل جوانب إيجابية وأخرى سلبية، فقد يكون نعمة إذا أحسن استخدامه، ونقمة إذا أسيء توظيفه، لا سيما عندما يكون الاستخدام مفرطًا.

يلجأ كثير من الناس إلى الإنترنت للتعامل مع المشاعر السلبية كالإجهاد، الوحدة، الاكتئاب، والقلق، خاصة بعد يوم شاق، بحثًا عن هروب سريع من المشاكل أو تخفيف للتوتر. وفي هذه الحالات، يشكّل الإنترنت متنفسًا يسهل الوصول إليه. لكن عندما يشعر الفرد براحة مع أصدقائه على الإنترنت أكثر من الواقع، أو يعجز عن التوقف عن التصفح لساعات طويلة، مهملاً واجباته اليومية من أجل البقاء متصلًا، فإن ذلك يُشكل مؤشرًا خطيرًا قد يؤدي إلى ما يعرف بـ"الإدمان على الإنترنت".

على ضوء ما سبق، سنتناول في هذا الفصل أبرز المعطيات التي تساعدنا في فهم هذه الظاهرة والتعرف عليها بشكل أعمق.

1-تعريف الادمان على الإنترنت:

1-1-تعريف الإدمان:

لغة: المدوامة على الشيء أو الاعتماد عليه

اصطلاحا: حظي مفهوم الإدمان باهتمام كبير من طرف الباحثين والهيئات والمنظمات الدولية، نظرا لوجود بعض الاختلافات فيما بينهم، فيما يخص التفسيرات النظرية في بعض الأحيان يستخدم مفهوم الإدمان كمرادف لمفهوم الاعتماد Dependence، وفي أحيان أخرى يخلط بينه وبين سوء الاستعمال.

يعرف الإدمان في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي على أنه: المدوامة على عادة تعاطي مواد معينة أو القيام بنشاط معين لمدة طويلة، بقصد الدخول في حالة من النشوة و استبعاد الى حزن والاكتئاب.

ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1973 الإدمان على أنه:

حالة نفسية وأحيانا عضوية، تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار أو المادة، ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة، تشمل دائما الرغبة الملحة على التعاطي أو الممارسة بصورة متصلة أو دورية، للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره، وقد يدمن الشخص على أكثر من مادة.(حمودة، 2015، ص214-215)

1-2-تعريف الإنترنت:

لغة: الإنترنت مشتقة من شبكة المعلومات الأولية اختصارا للاسم الانجليزي التي تعني net التي تعني "بين" و inter وتتكون من Internet فأصبحت International Net Work "شبكة" أي شبكة بينية والاسم دلالة على بنية الإنترنت باعتبارها شبكة ما بين الشبكات" أو "شبكة من الشبكات". (غانم، 2021، ص 52)

اصطلاحا: تعتبر الانترنت ابرز التقنيات في المجال شبكت المعلومات الدولية في العالم، التي تقدم للإنسان بتكلفة أقل توقيت أقصر والإنجاز أكبر وجاذبية بين المستخدمين، نظرا للخدمات المتعددة التي يقدمها الانترنت للمستخدم مثل البريد الالكتروني، ونقل الملفات وشبكات العنكبوتين والمجموعات المتخصصة والاعبار وتطبيقات الحقيقية الافتراضية التجارة الالكترونية والاتصال بالهاتف وغير من الخدمات المتخصصة في المجالات الاخرة لأنشطة الانسان. (خلفاوي، بوروية، 2021، ص237)

1-3-تعريف الإدمان على الإنترنت

عرفه كمبرلي يونغ (young.k 1996) بأنه اضطراب السيطرة على الاندفاع في استخدام الانترنت والذي لا يتضمن السكر أو فقدان الوعي " .

أما فتيحة (2011) فعرفته بأنه : "التعلق الزائد بالانترنت والرغبة القهرية في استخدامه، والشعور بضعف القدرة على ضبط الذات، مما ينتج عنه أعراض شبيهة بأعراض الإدمان على القمار الأمر الذي يترتب عنه انخفاض مستوى الإنتاجية واضطراب العلاقات الاجتماعية". (لمين و براج وشرقي، 2019، ص 105)

تعريف شارلتون (Charlton 2002): "إدمان الانترنت هو حالة من الاستخدام المرضي وغير التوافقي للإنترنت، يؤدي إلى اضطرابات إكلينيكية يستدل عليها بوجود بعض المظاهر كالتحمل والأعراض الانسحابية". (ابريعم، 2015، ص234)

يمكن تعريفه كاضطراب في التحكم في الدوافع المرتبطة ببعض نشاطات الانترنت ومرافقة أعراض الإدمان، مثل الحاجة الملحة للارتباط بالشبكة، وحالة من الاشتياق و عدم

قدرة الفرد على منع تفكيره فيه عندما يكون غير مرتبط بالانترنت و فقدان الإحساس بالوقت لما يكون على الشبكة مما يؤدي إلى ظهور مشاكل شخصية واجتماعية. (قدوري، 2015، ص274)

2- النظريات المفسرة لإدمان على الانترنت:

❖ الاتجاه المعرفي:

يرى هذا الاتجاه أن الأشخاص الذين يمضون وقتاً طويلاً على الإنترنت بدلاً من التفاعل مع أسرهم، تميل أساليبهم المعرفية إلى أن تكون شاملة ولكنها متناثرة، وتتميز بتعدد المهام، والمعالجة فائقة السرعة، وغياب الأهداف متوسطة أو بعيدة المدى. هذا يؤدي إلى اضطراب في أساليب حياتهم، ويصبح الكمبيوتر هو النقطة المركزية لكل تواصلهم مع العالم. وبالتالي، يُعتبر إدمان الإنترنت مرتبطاً بالحاجات البشرية والدوافع والإدراك والسلوك. فمن وجهة نظر هذا التوجه، فإن السلوك غير الطبيعي هو استجابة لكيفية إدراك الفرد للمثير، وليس للمثير الخارجي نفسه. ولهذا، فإن تفسير النموذج المعرفي السلوكي للسلوك غير الطبيعي أكثر تعقيداً من تفسير نموذج "المثير-استجابة" السلوكي. يركز الاتجاه المعرفي على العمليات الإدراكية مثل الانتباه والتذكر وحل المشكلات كمحددات مهمة للسلوك وأسباب محتملة للسلوك المرضي. ينطبق هذا النموذج على نطاق واسع من الاضطرابات مثل اضطرابات الأكل وإدمان المواد المخدرة، وكذلك الإدمان غير المرتبط بالمواد مثل إدمان الألعاب الإلكترونية. فالعمليات المعرفية هي لب السلوك والأفكار والانفعالات، وتنتج الاضطرابات النفسية عن مشكلات معرفية متنوعة كالاقتراضات والاتجاهات غير القادرة على التكيف، والأفكار المضطربة، والتفكير غير المنطقي. (باجي وختاش، 2021، ص 273)

❖ الاتجاه السلوكي:

يعتمد هذا الاتجاه بشكل أساسي على مبدأ الإشراف الإجرائي وقانون الأثر القائم على المكافأة والتعزيز. وبموجبه، يقدم أي إدمان مجموعة من المكافآت كالمتعة والمرح والحب والإثارة والراحة النفسية والجسدية والهروب من مشكلات الواقع، وكلها تمثل معززات لسلوك الإدمان. فكلما وجد الفرد نفسه محتاجاً أو مكروباً أو متوترًا، لجأ إلى الإنترنت لما توفره من معززات، ومع التكرار تتحول العادة إلى إدمان. وللأسف، فإن هذا الشعور لا يتغير في نوعه بل في شدته، مما يوقع الفرد في العديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية والانفعالية.

(وطاس وأومليلي، 2024، ص623)

❖ الاتجاه الاجتماعي الثقافي:

يؤكد هذا الاتجاه على الأبعاد الاجتماعية لاستخدام الإنترنت، حيث يُعتبر أداة رئيسية للتواصل بين الأفراد وتحقيق حاجتهم إلى العلاقات الاجتماعية، والبحث عن أفراد مشابهين لهم للتواصل معهم. ويرى "سو" أن الإدمان يختلف باختلاف متغيرات مثل الجنس، والعمر، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، والانتماء المعرفي، والدين، والوطن. فعلى سبيل المثال، ينتشر إدمان الكحوليات أكثر بين الطبقة المتوسطة، والمجموعات العرقية البيضاء أكثر ميلاً لتعاطي المهلوسات، بينما السود وذوو الأصل اللاتيني أكثر ميلاً لتعاطي الهيروين.

(خرخاش، 2023، ص 1107)

❖ الاتجاه التكاملي (الاستعداد، الاستهداف، المرض):

وفقاً لهذا المنظور، فإن إدمان الفرد للشبكة العنكبوتية والألعاب الإلكترونية، مثل لعبة "بويحي"، ينتج عن عدة عوامل مهيئة (شخصية، فعالية ذاتية، اجتماعية، بيئية) تخلق لديه استعداداً للإصابة بهذا الاضطراب. فهناك سمات شخصية معينة تجعل الشخص أكثر عرضة للإدمان، سواء بالمقارنة بين الأفراد أو بين الذكور والإناث أو حتى في نفس الفرد. ويمكن تلخيص ذلك كالتالي:

أ) يميل الذكور إلى توظيف الإنترنت بقصد اللعب، سعياً وراء الشعور بالقوة والمكانة والسيطرة والمتعة، مما يدفعهم لدخول مواقع المعلومات والألعاب، وخصوصاً العدوانية منها مثل لعبة "بويحي" و"فري فاير".

ب) هناك سمات شخصية تجعل الفرد يقع في مصيدة الإدمان، مثل الخجل، وعدم القدرة على المواجهة، والانطوائية، والتي تمنعه من تكوين صداقات في العالم الواقعي، فيهرب إلى العالم الافتراضي حيث يمكنه استعارة هوية وشخصية مختلفة والتصرف بحرية دون رقيب.

ج) الأشخاص ذوو التاريخ المرضي السابق (كالحلق والاكتهاب وأشكال الإدمان الأخرى) هم الأكثر عرضة لإدمان الإنترنت، وكذلك من واجهوا في طفولتهم من تجارب سيئة ورفض

من الوالدين. (باجي وختاش، 2021، ص 274)

❖ الاتجاه الطبي:

يركز هذا الاتجاه على العوامل البيولوجية كالوراثة، والتركيب الكيميائي، والهرمونات، والوصلات العصبية في الدماغ، وأثر الخلل في الكروموسومات على تنظيم نشاط الجهاز العصبي.

من جهة الاتجاه الطبي، قد تتأسس شخصية الإدمان لدى الفرد على تغيرات موروثية أو فطرية تؤدي إلى عدم توازن في الناقلات العصبية والهرمونية، وتحدث غالباً في حالات الاضطراب العاطفي. فمثلاً، أظهرت دراسات أن اللعب على الإنترنت يحفز إفراز مادة "الدوبامين" في خلايا الدماغ. كما أشار Suler (1999) إلى أن بعض العقاقير تزيد نشاط الفرد واستثارته، مما يدفعه لقضاء فترات طويلة على الإنترنت.

ورغم أن الإدمان ركز سابقاً على تأثير المخدرات في كيمياء الدماغ، فقد ظهر حديثاً اهتمام بإدمان الإنترنت (Grohol, 2003). وأكد Zhou وآخرون (2009) أن التركيب الكيميائي للدماغ يتغير لدى المدمنين كيميائياً، وأشارت تقارير عديدة إلى أن بعض مستخدمي الإنترنت يصبحون مدمنين بالطريقة نفسها التي يصبح بها الآخرون مدمنين على الكحول أو المخدرات، مما يسبب قصوراً في المجالات الجسدية والاجتماعية والأكاديمية والنفسية والمهنية (Young, 1996).

كما أن قضاء الوقت أمام شاشة الحاسوب يحفز الدماغ على إفراز "الدوبامين" الشبيه بالأدرينالين، مما يسبب شعوراً فورياً بالهدوء والاطمئنان والمزاج الجيد. وعند الابتعاد عن الشاشة، يشعر الفرد بالاكتئاب، فينتظر بشوق العودة إليها. (شاهين، 2015، ص92)

3- أنواع الإدمان على الإنترنت:

3-1- إدمان الألعاب أو البرامج الإلكترونية: يعاني الفرد في هذا السياق من تضييع معظم وقته في ممارسة الألعاب أو في التسوق والمقامرة الإلكترونية. غالباً ما يكون المدمنون من المراهقين والشباب الذين يمضون أحياناً أكثر من 24 ساعة متواصلة دون نوم في اللعب الإلكتروني. أما مدمنو القمار والتسوق الإلكتروني فغالباً ما يكونون من البالغين الأكبر سناً، وكثيراً ما يزايدون على سلع لا يحتاجونها في الواقع فقط لإشباع رغبتهم في اقتنائها.

3-2- إدمان العلاقات الاجتماعية الإلكترونية: يعاني صاحب هذا النوع من المكوث الطويل في غرف التخاطب وتأسيس علاقات اجتماعية رقمية. غالباً ما يتعلق هذا الفرد بشخصيات من الجنس الآخر، مما يفسد حياته العائلية والاجتماعية الطبيعية. كما يفضل هذا الشخص محادثة أصدقاء الإنترنت على الجلوس مع أفراد أسرته أو أصدقائه في الحياة الواقعية.

3-3- إدمان المواقع الإباحية والجنسية: المولع بهذا النمط يتابع المحتويات الإباحية، أو تحميل ومشاركة الفيديوهات والصور مع الآخرين، أو استخدام الخيال الشاذ في مواقع التواصل الاجتماعي.

3-4-إدمان المعلومات: أدّى الكمّ الهائل من البيانات على الشبكة إلى جعل بعض الأشخاص يتبعون سلوكيات إجباريّة، رغبةً في المعرفة وزيادة التصفّح لأدقّ التفاصيل وأكبرها. بعض الأشخاص يقضون معظم وقتهم في البحث وجمع المعلومات وترتيبها وتصنيفها في ملفات. ويعاني مدمن المعلومات هنا من ضعف العلاقات الاجتماعية والأسرية والمهنية والأكاديمية.

3-5-إدمان الكمبيوتر: في بداية الثمانينيات، بدأ كثير من الناس في قضاء وقت طويل مع الألعاب المتواجدة في ذاكرة الحاسوب والتي لا تحتاج إلى إنترنت، مما أثر سلباً على مردودية العمل لهؤلاء الناس. (المسعد، 2020، ص24)

3-6-إدمان القمار على الإنترنت : يعود سبب الانتشار السريع للقمار الإلكتروني إلى أن أي شخص يمتلك جهاز كمبيوتر متصلاً بالإنترنت فقط، يمكنه من خلال الاتصال بالآلاف من الكازينوهات على الإنترنت، مما يجلب الملايين من المستخدمين الجدد كل عام، ويظهر المقامرون على الإنترنت حاجة متزايدة للمقامرة أكثر للحصول على المزيد من المال، ويميلون لتقليل من خسائرهم بالإثارة التي تدفعهم إلى تجربة القمار، وعدم الكشف عن هويتهم وخصوصيتهم يجعل من المقامرة على الإنترنت أكثر جاذبية بالنسبة لهم.

3-7-إدمان التسوق القهري : الحاجة الواضحة لدى فئة من مدمني الإنترنت هي الشراء عبر الشبكة، حيث تتنوع أنماط الشراء بين درجات مختلفة، أو المنتجات والخدمات في معظم الأحيان واسعة جداً ولا يمكن ربطها بنشاط معين للمستخدم. (أغري ولوناسي، 2021-2022، ص17-18)

4- أسباب إدمان الإنترنت:

تتعدد الأسباب التي تؤدي بالمستخدم إلى الإدمان على الإنترنت وتطبيقاته المتنوعة، ومن أبرزها:

- عجز القدرة على التعامل مع الضغوط الحياتية واليومية.
- الضعف في مواجهة المشكلات وحلها.
- عدم استغلال وقت الفراغ بممارسة هوايات متنوعة.
- عدم قدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية سليمة نتيجة الخجل أو الانطواء.
- الشعور بالفراغ النفسي والوحدة.

- الهروب من الواقع إلى عالم خيالي عبر علاقات تفنقر إلى الحميمية الحقيقية، وتجنب المواجهة المباشرة مع الآخرين.
 - المعاناة من اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، القلق، اضطرابات النوم، التلعثم، الرهاب الاجتماعي وغيرها، واللجوء إلى الإنترنت بدلاً من تلقي العلاج على يد متخصصين.
 - الافتقار إلى الحب والعاطفة، والبحث عنهما عبر شبكات الإنترنت.
 - الاغتراب النفسي والهروب من الواقع بما فيه من أعراف وتقاليد وقوانين تفرض قيوداً على السلوك والكلام، مما يدفع الفرد إلى الانفصال عن ذاته، وتبني شخصية خيالية متناقضة وجدانياً، وهذا بدوره يعوق نضجه النفسي.
 - أسباب أخرى متنوعة تدفع الشخص نحو الإدمان على شبكات الإنترنت.
- (مطمطي وطوشيشيات، 2022، ص28)

5- مراحل إدمان على الانترنت:

المرحلة الأولى (مرحلة الاكتشاف والفضول):

تتطلب هذه المرحلة من حب الاستطلاع لاستكشاف عالم الإنترنت، حيث يزخر بمحتوى يلائم كل الفئات. حتى الذين كانوا يرفضون تجربته في البداية يستسلمون غالباً لفرصة التجربة مرة واحدة على الأقل. تلعب البيئة المحيطة دوراً كبيراً في تعزيز هذا الفضول عبر التبادل اليومي للرسائل والأخبار. بعض الباحثين يسمون هذه المرحلة بـ"الاحتضان الأولي"، خاصة عندما يتعلق الأمر بالبحث عن محتوى إباحي.

المرحلة الثانية (مرحلة الانغماس):

بعد أن تتكرر التجربة ويوقن الفرد بأن الإنترنت يلبي احتياجاته بشكل مناسب، يبدأ في الانغماس الكامل. تتجلى هذه المرحلة في سلوكيات مثل: استعراض المعلومات والصور التي حصل عليها أمام الآخرين، مع إنكار أي تأثير سلبي. يتفاعل الفرد في غرف الدردشة والعلاقات الافتراضية (صداقة، عاطفة، زواج) ويجد متعة كبيرة في هذا العالم. تستمر هذه المرحلة شهوراً أو سنوات، لكن الحاجة للإنترنت تتصاعد تدريجياً دون أن يشعر المدمن بالخطر.

المرحلة الثالثة (مرحلة الاختلال والاهتزاز):

تضطرب حياة المدمن فعلاً حين يسيطر الإدمان على مسار علاقاته الأسرية وعمله. ينسحب المدمن من محيطه الاجتماعي، ويسيطر عليه التوتر والعصبية وفقدان الثقة بالنفس والشعور بالذنب. أصبح المدمن مرتبطاً بشدة بمواقع التواصل، الإباحية، والألعاب، لدرجة أنه

يقضي وقتاً في العالم الافتراضي أكبر من العالم الحقيقي. هنا يفقد القدرة على التحكم بسلوكه، ويقع في دائرة مفرغة: يهرب من الاكتئاب والفراغ بالبحث عن النشوة مرة تلو الأخرى عبر الإنترنت. (كياس، 2018، ص 209-210)

6- أعراض والمحكات التشخيصية لإدمان على الانترنت:

6-1- أعراض الإدمان على الانترنت:

يتضمن إدمان الإنترنت مجموعة من الأعراض السلوكية والنفسية التي يمكن إجمالها على النحو التالي:

6-1-1- إدمان الاستخدام: الجلوس لفترات زمنية طويلة أمام الإنترنت، وهو ما يستدعي شكوى المقربين من الشخص المعني.

6-1-2- الانشغال الذهني: تحول الإنترنت إلى محور حديث الشخص في حياته اليومية، بحيث يستحوذ على اهتمامه ويصبحشغله الشاغل.

6-1-3- الانسحاب الاجتماعي: ميل المدمن إلى العزلة والانطواء ويتجلى ذلك بوضوح لدى صغار السن مع عزوفه عن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية المعتادة.

6-1-4- اضطراب النوم: يتمثل في الاستيقاظ المفاجئ من النوم بدافع تصفح البريد الإلكتروني أو مراجعة قائمة المتصلين.

6-1-5- استمرار السلوك رغم العواقب : مواصلة استخدام الإنترنت بالرغم من إدراك آثاره الضارة، والتي تشمل:

✓ إهمال الواجبات الأسرية والاجتماعية والمهنية.

✓ الصراع بين هذا النشاط والأنشطة الأخرى.

✓ الصراع الداخلي الذي يعيشه الفرد نفسه.

6-1-6- المشاعر السلبية: الشعور بالاكتئاب والدونية نتيجة الانهماك في سلوكيات تافهة.

6-1-7- التراجع الأكاديمي: انخفاض المستوى الدراسي كنتيجة مباشرة لقضاء فترات

طويلة على الإنترنت وإهمال الدراسة. (الحساني، 270، 2022، 271)

7- المحكات التشخيصية لإدمان الإنترنت:

يعد يونج (1996) أول من ربط بين الاستخدام المفرط للإنترنت وبين محكات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV). وفي هذا السياق، يشير جريفش

(1996) إلى أن أي سلوك يمكن اعتباره إدماناً إذا توافرت فيه خمسة محكات على الأقل خلال مدة لا تقل عن سنة. وفيما يلي هذه المحكات:

7-1- البروز (Salience): يحدث عندما يصبح السلوك الإدماني أهم الأنشطة وأكثرها قيمة في حياة الفرد، حيث يسيطر على تفكيره ومشاعره، ويتجلى ذلك في الانشغال المفرط، والتحريفات المعرفية، واضطراب السلوك الاجتماعي، والشعور باللهفة لممارسة النشاط.

7-2- تغيير المزاج (Mood Modification): يشير إلى الخبرة الذاتية التي يشعر بها الفرد نتيجة ممارسة السلوك، ويمكن اعتبارها استراتيجية للمواجهة يتجنب من خلالها الآثار المترتبة على فقدان هذا السلوك، وقد يصاحب هذه الحالة تحمل للمادة أو لا يصاحبها.

7-3- التحمل (Tolerance): هو العملية التي يزداد بمقتضاها مقدار النشاط المطلوب للحصول على الأثر نفسه الذي كان يتحقق سابقاً بكمية أقل. فالمقامر، على سبيل المثال، يضطر تدريجياً إلى زيادة حجم المقامرة حتى يشعر بالنشوة التي كان يحصل عليها من كمية صغيرة منها.

7-4- الاعتمادية: هي حالة نفسية، وأحياناً عضوية، تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع المادة الإدمانية (الدمردوش، 1982). وتتميز باستجابات وأنماط سلوكية مختلفة تتضمن رغبة ملحة في تعاطي المادة بصورة متصلة أو دورية، إما للشعور بآثارها النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة الناتجة عن عدم توفرها. فعند محاولة تقليل أو وقف استخدام الإنترنت، يصبح المستخدم أكثر عصبية، وفي محاولة لتجنب هذه المشاعر فإنه يسعى إلى الاتصال بالإنترنت.

7-5- الصراع (Conflict): يتجلى في الرغبة المستمرة لتقليل الوقت المنقضي على الإنترنت، ووجود مخاطرة حقيقية بفقدان علاقات مهمة أو فرص مهنية وتعليمية نتيجة الاستخدام المفرط، بالإضافة إلى إهمال الأنشطة الاجتماعية والمهنية والأسرية أو تقليصها.

7-6- الإدمان في حالة عدم الاتصال: ويقصد به الوقت الطويل الذي يمضيه الفرد في التفكير بالإنترنت عندما لا يكون متصلاً به، حيث يتعامل مع الأنشطة على أنها مرتبطة باستخدامه.

7-7- سوء الاستخدام (Misuse): ويشمل ما يلي:

✓ استخدام الإنترنت كوسيلة للهروب من المشكلات والمشاعر السلبية كاليأس، والشعور بالذنب، والقلق، والاكتئاب.

✓ الاستمرار في استخدام الإنترنت رغم إدراك المشكلات التي يسببها، مثل الأرق، والمشكلات الزوجية والمهنية، والتأخر عن العمل، وفقدان التعاطف مع الآخرين.

✓ الشعور بالإحباط المصحوب بالذنب بسبب إهمال الواجبات.

✓ إخفاء المستخدم للحقيقة عن أفراد أسرته بخصوص الوقت الذي يقضيه على الإنترنت.

7-8- الانتكاس (Relapse): أضاف هذا المحك جيكنباخ، ويعني الميل إلى العودة

لممارسة الأنشطة التي كان الفرد يدمنها سابقاً. (القاضي، 2020، ص 120-121)

7-9- الأعراض الانسحابية: وتشير إلى مشاعر عدم الراحة أو السعادة أو يترتب عليها

آثار فسيولوجية تحدث عندما ينقطع عن استخدام الإنترنت أو تقل فترة استخدامه لها مما يترتب عليه مشاعر بالكابة وحدة الطبع وسرعة الهيجان. (نعمان وآخرون، 2023، ص 165)

8-آثار الإدمان على الإنترنت:

8-1- الآثار الصحية:

✓ أضرار تصيب العين نتيجة للإشعاع الذي تبثه شاشات الحاسوب.

✓ الأضرار التي تصيب الأيدي من الاستخدام المفرط للفأرة.

✓ أضرار تصيب العمود الفقري والرجلين نتيجة نوع الجلسة والمدة الزمنية لها مقابل أجهزة الحاسب.

✓ أضرار تصيب الأذنين لمستخدمي مكبرات الصوت.

✓ أضرار مترافقة مثل البدانة وما تسببه من أمراض مرافقة.

8-2- الآثار النفسية:

✓ الدخول في عالم وهمي بديل تقدمه شبكة الإنترنت مما يسبب آثارا نفسية هائلة حيث يختلط الواقع بالوهم.

✓ تقليل مقدرة الفرد على خلق شخصية نفسية سوية قادرة على التفاعل مع المجتمع والواقع المعاش.

8-3- الآثار الاجتماعية:

✓ انسحاب ملحوظ للإنسان من التفاعل الاجتماعي نحو العزلة.

✓ الأثر في الهوية الثقافية والعادات والقيم مع هذا الغزو المعلوماتي الهائل.

✓ خسارة الأصدقاء.

✓ ضعف الرقابة الأسرية على الأبناء.

✓ أشكال إدمان الإنترنت.

✓ التفكك والتصدع الأسري. (سعودي، 2023، ص23)

8-4- الآثار أسرية:

يظن بعض الآباء ظناً خاطئاً أن منح أبنائهم هواتف ذكية وإنترنت داخل البيت يكفل لهم الحماية التامة من مخاطر الخارج ورفاق السوء، معتقدين أنهم تحت إشرافهم المستمر. ولكن الحقيقة أن هذا الاعتقاد قد يأتي بنتائج عكسية تماماً. فبدلاً من حمايته، يؤدي انغماس الابن المفرط في هذه الأجهزة إلى انعزاله عن عائلته، حيث يقلص الوقت الذي يقضيه معهم ويتجاهل مسؤولياته تجاههم، مما يسبب توتراً مستمراً بين أفراد المنزل. الخطر لا يتوقف عند هذا الحد، فالإفراط في استخدام التكنولوجيا يُضعف المهارات الاجتماعية لدى المراهقين، ويعرقل النمو الطبيعي للأجزاء المسؤولة عن التواصل في أدمغتهم، فيصبحون أكثر ميلاً للبقاء في غرفهم والهروب من التجمعات العائلية. لكن أسوأ تداعيات هذا السلوك هو تحطيم جسر التواصل بين الأبناء والآباء، حيث تختفي فرص الحوار والنقاش حول ما يشغل تفكير المراهقين. بل وقد يستخدم البعض هذه الأجهزة كدرع وقائي لتجنب المواجهة والخلافات الأسرية، ليبقى الجميع عالقين في حلقة مفرغة لا نهاية لها. (غربي، 2024، ص13)

8-5- الآثار أكاديمية:

كشفت العديد من الدراسات الأكاديمية عن نتيجة متوقعة ولكنها صادمة، وهي أن إدمان الإنترنت أصبح سبباً رئيسياً في فشل دراسي لطلبة كانوا يوماً من الأوائل في المدارس الثانوية والجامعات، حيث وصل الأمر إلى حد الرسوب أو الفصل من المؤسسات التعليمية. المشكلة ليست في توفر الكمبيوتر نفسه، وإنما في استعماله الخاطئ؛ فبدلاً من جعله أداة للاستقصاء والمعرفة العلمية، يجد الطلاب أنفسهم تائهين في دهاليز الإنترنت يتصفحون صفحات لا صلة لها بمقرراتهم مطلقاً. والأسوأ من ذلك هو إدمان السهر لساعات متأخرة أمام الشاشات، حيث تثبت الدراسات أن غالبية ما يقصده الشباب هم مواقع إلكترونية ضارة، مثل المواقع الإباحية، وغرف الدردشة، والمنديات الحوارية التي تستهلك وقتهم وتشتت تركيزهم.

(لخويذر وغراف، 2020، ص105)

8-6- الآثار الأخلاقية:

تزايد المخاطر الأخلاقية التي تشكلها شبكة الإنترنت على الأطفال والمراهقين والشباب بشكل يومي، ابتداءً من جرائم الاحتيال في مجالات التسويق والاتصالات والتعاملات البنكية،

وصولاً إلى سرقة الأرصدة والبرامج المعلوماتية. والأكثر خطورة من ذلك أن الإنترنت أطلقت العنان للمحتوى الفاحش بكل أنواعه دون قيود، حيث تجاوز حجم الترويج والإنتاج في هذا المجال كل الحدود المتوقعة.

على صعيد آخر، نشهد ظاهرة جديدة بين فئة من المراهقين والشباب العربي، تتمثل في ابتكار لغة خاصة بهم أثناء المحادثات الكتابية عبر الإنترنت والهواتف الذكية. هذه اللغة لا يعرفها أو يفهمها إلا أبناء جيلهم أنفسهم، وهذا يشكل تهديداً حقيقياً للغة العربية الفصحى في الحياة اليومية، كما يلقي بظلاله السلبية على ثقافة وسلوك هؤلاء المراهقين، ويعزلهم عن مجتمعات الكبار ويزيد من شعورهم بالاغتراب والنفور من بيئتهم وتراثهم الأصيل.

لا تتوقف السلبيات عند هذا الحد، فقد كشفت دراسات متعددة عن أضرار أخلاقية أخرى تنتج عن الإفراط في استخدام المواقع والألعاب الإلكترونية ووسائل التواصل. فالمراهق معرض لمشاهدة صور غير محتشمة ورقصات خليعة ومشاهد عارية، ويستمع إلى ألفاظ وعبارات غير لائقة. ومع التكرار اليومي، يصبح هذا المحتوى المخل مشاهداً عادياً ومألوفاً في عينه، وقد يتطور الأمر ليقوم المراهق نفسه بتقليد تلك الحركات أو الكلمات أو السلوكات المنحرفة، معتقداً أنه بهذا يكتسب تميزاً بين أقرانه. (غربي، 2024، ص14-15)

9- العلاج و الوقاية من الادمان على الانترنت:

9-1-علاج الادمان على الانترنت:

هناك عدة أساليب لعلاج إدمان الإنترنت، وفي الحالات البسيطة يمكن البدء بتنظيم الوقت، أما في حالات الإدمان الشديد فتحتاج إلى تدخلات أكثر حزمًا، ومن هذه الأساليب:

أ/ عمل العكس:

فبدلاً من أن يستخدم المريض مواقع التواصل يومياً كما اعتاد، يمكن تكليفه بعدم استخدامه إلا في عطلة نهاية الأسبوع فقط وإذا كان تصفح حسابه أول ما يفعله عند الاستيقاظ، يُطلب منه تأجيل هذه العادة إلى وقت لاحق من اليوم.

ب/ إيجاد مواقع خارجية:

مثل ضبط منبه زمني يُحدد قبل البدء بتصفح الموقع، ليعمل كمرجع خارجي يُذكره بانتهاء وقت الاستخدام .

ج/ تحديد وقت الاستخدام:

خفض مدد الاستخدام وترتيبها، فإذا كان المدمن يقضي 40 ساعة في الأسبوع على الإنترنت، يُطلب منه خفض هذا العدد تدريجياً مع توزيع الساعات المتبقية بشكل منتظم على أيام الأسبوع .

د/ الامتناع التام:

إذا كان الإدمان متمركزاً حول نشاط معين كالدرشة، يُطلب من المريض الامتناع كلياً عن هذا النشاط فقط، مع إبقاء حرية استخدام الأنشطة الأخرى المتاحة على الإنترنت.
(مرحباوي، فنتازي، 2021م، ص318)

هـ/ إعداد بطاقات من أجل التذكير:

يُكلف المريض بتدوين خمسة من أكبر الأضرار التي أصابته جراء إسرافه في استعمال الإنترنت (مثل إهمال أسرته أو تراجع أدائه في العمل)، وخمس فوائد يتوقع تحقيقها بعد الإقلاع عن الإدمان (مثل تحسين العلاقة مع العائلة أو زيادة التركيز في مهامه). يحتفظ بهذه البطاقات في جيبه أو حقيبته، وعندما يشعر بأنه منغمس في التصفح يخرجها ليُذكّر نفسه بالخسائر والفوائد .

و/ إعادة توزيع الوقت:

يُطلب من المريض استرجاع الأنشطة التي كان يمارسها قبل الإدمان ليدرك ما فقده؛ كقراءة القرآن، أو ممارسة الرياضة، أو الخروج مع الأسرة إلى النادي، أو القيام بزيارات اجتماعية. ثم يُشجع على العودة لهذه الأنشطة تدريجياً ليعاود الإحساس بجمال الحياة الواقعية.

ز/ الانضمام إلى مجموعات التأييد:

يُطلب من المريض توسيع دائرته الاجتماعية في العالم الحقيقي عبر الانضمام إلى فريق رياضي، أو حضور دورة تعليم الخياطة، أو الذهاب إلى حلقات العلم في المسجد، بهدف تكوين صداقات فعلية تدعمه في رحلة التعافي .

ح/ المعالجة الأسرية:

قد تحتاج الأسرة بأكملها إلى جلسات علاجية جماعية بسبب الآثار السلبية التي خلفها إدمان الإنترنت على علاقاتها الداخلية، حيث يعمل المعالج على مساعدة أفراد الأسرة على استعادة الحوار البناء بينهم، وإقناعهم بدورهم المحوري في دعم المريض للإقلاع عن إدمانه.

(محمد النوبي، 2010، ص128-129)

9-2- طرق الوقاية من الإدمان على الإنترنت:

هناك مجموعة من المهارات المعرفية السلوكية التي تساعد الفرد على كسر قيود السلوك الإدماني والتحرر منه، وذلك من خلال ما يلي:

✓ أن يحرر الفرد نفسه من الجمود والروتين في حياته، وأن يخلق لنفسه أنشطة وهوايات جديدة تمنح التوازن والتناغم لأسلوب معيشته.

✓ أن يمرن نفسه على اعتماد نمط حياة صحي ومنتظم، بحيث يكون له مواعيد ثابتة للنوم والاستيقاظ، ومواعيد منتظمة لتناول الوجبات، دون إهمال أي من واجباته.

✓ أن يكتسب باستمرار مهارات متنوعة كتعلم لغة أجنبية، أو الرسم، أو احتراف حرفة معينة، أو أن يقوم بتعليم الآخرين مهارة يمتلكها بالفعل.

✓ أن يخطط لممارسة أنشطة جماعية مشتركة مع الأصدقاء أو أفراد الأسرة، مثل تنظيم رحلة، أو زيارة الأقارب المقربين أو بعض الأصدقاء.

✓ أن يقاوم بكل عزم وإرادة واعية فكرة الجلوس أمام شاشة الكمبيوتر، وذلك من خلال الإلهاء السلوكي والذهني؛ فعندما يشعر الفرد برغبة ملحة في الجلوس أمام الشاشة، يقوم ببعض الأعمال اليدوية مثل تنظيف المنزل، أو إجراء مكالمات هاتفية مع شخص عزيز، أو إنجاز أعمال مؤجلة، أو الوضوء والصلاة وقراءة القرآن والدعاء، أو إعداد وجبة غذائية متكاملة لنفسه ولأسرته.

✓ أن يقوم بعملية غزو معرفي تعليمي، أي أن يقرأ عن إدمان الإنترنت ومدى خطورته بهدف تغيير معتقداته الخاطئة وتصحيحها.

✓ يُستحسن في الختام أن يلتزم مريض إدمان الإنترنت العون من أخصائي نفسي مؤهل لعلاج الإدمان، ليساعده على الخروج من براثن الإدمان والعودة إلى التعافي، وذلك من خلال البرامج العلاجية المتنوعة كالعلاج الجماعي، وبرامج منع الانتكاسة، والتأهيل للابتعاد نهائياً عن هذا السلوك السلبي. (طالة، 2022، ص561-562)

خلاصة:

حظي موضوع الإدمان على الإنترنت باهتمام واسع من العديد من الباحثين، ولا سيما علماء النفس، وذلك من خلال دراسات متعددة تناولت هذا الموضوع وما يتركه من تأثيرات عميقة في ظهور اضطرابات نفسية وسلوكية لدى الفرد، مما يجعله يعاني ألماً شديداً. وفي هذا الفصل، تناولنا أولاً تعريف الإدمان بشكل عام، ثم انتقلنا إلى تعريف الإدمان على الإنترنت بشكل خاص، مع استعراض أبرز التوجهات النظرية المفسرة له، وأنواع وأسباب ومراحل الادمان والمحكات التشخيصية المرتبطة به، وآثاره، يلي ذلك الحديث عن العلاج والوقاية . وانطلاقاً من هذا الفصل، سنسعى في الفصل التالي إلى الكشف عن احتمالية معاناة الشخص المدمن على الإنترنت من اضطرابات في النوم أو الأكل.

الفصل الثالث : اضطرابات النوم

تمهيد

- 1- تعريف النوم.
 - 2- مراحل النوم.
 - 3- مفهوم اضطرابات النوم.
 - 4- النظريات المفسره لاضطرابات النوم.
 - 5- اسباب اضطرابات النوم.
 - 6- انواع اضطرابات النوم.
 - 7- اعراض اضطرابات النوم.
 - 8- معايير تشخيص حسب DSM4.
 - 9- علاج اضطرابات النوم.
- خلاصه

تمهيد:

يمثل النوم وظيفة بيولوجية أساسية لا غنى عنها لصحة الإنسان الجسدية والنفسية والمعرفية، فهو ليس مجرد حالة من السكون والجمود، بل عملية حيوية نشطة تتخللها مراحل متعددة ومتميزة تلعب دوراً محورياً في استعادة التوازن الفسيولوجي والنفسي للكائن الحي. وإذ يُعد النوم حاجة طبيعية، فإن اضطرابه يشكل خللاً في هذه الدورة الفطرية، ينتج عن تفاعل معقد من العوامل الوراثية والجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية، مما ينعكس سلباً على جودة حياة الفرد وقدرته على الأداء اليومي.

ويسعى هذا الفصل إلى توفير منظومة نظرية شاملة تدعم فهم ماهية اضطرابات النوم وأبعادها المتنوعة.

1-تعريف النوم:

لغة:

قال ابن فارس: النون والواو والميم، أصل صحيح يدل على جمود وسكون حركة منه النوم نام ينام نوماً ومناماً وهو تَوَوم ونومة: كثير النوم، ورجل نومة حامل لا يؤبه له، ومنه استنام لي فلان، إذا اطمأن إليه وسكن، والمنامة القطيفة لأنه ينام فيها ... ويستعيرون منه نامت السوق : كسدت ونام الثوب أخلق). وهذا معنى جامع، ولكلمة النوم في اللغة معان عدة، وتدور كلها على ما ذكره ابن فارس رحمه الله.

وقال الفيروزآبادي: النوم : النعاس أو الرقاد... ونام الخلال: انقطع صوته من امتلاء الساق، والسوق كسدت، والربحسكنت، والنار همدت، والبحر هدأ، والثوب أخلق، والرجل تواضع لله تعالى، والشاة ماتت، وإليه سكن واطمأن.... وأنامه قتله، والسنة الناس هشتهم، وفلاناً وجده نائماً، والنائمة المنية والحية، والمنامة القطيفة.... والمستنام كل مطمئن يقف فيه الماء.(صعيليك، 2004م، ص 8)

إصطلاحاً:

عرفه بأفلوف بأنه "حالة من الكف عند الكائن الحي تساعده على استعادة التوازن بين عمليات البناء والهدم".

أما جيمس دريفر (1963) فعرفه : "بأنه حالة غير متغيرة من الاستثارة المنخفضة تتسم بأنشطة متنوعة ومستمرة في حركة الجسم، والنظم الفسيولوجية".

ويرى كلابرد (Kelabird) أن النوم ليس نتيجة لحلول التعب، وإنما هو "وظيفة حيوية يقوم بها الكائن الحي ليقى نفسه من حلول التعب".

وعرفة الكندي بأنه : "ترك استعمال النفس للحواس جميعاً؛ أي إذا سكنت أعضاء الإنسان ولم يستخدم حواسه إطلاقاً أدى به ذلك إلى النوم". (المسماري، 2012م، ص11)

كما يعرف أيضاً بأنه حالة طبيعية من الاستراحة في الثدييات والطيور والأسماك بل وكافة الكائنات الحية، حيث تقل أثناء النوم الحركات الإرادية والشعور بما يحدث.

(شحاته، 2014م، ص20)

2- مراحل النوم:

وقد صنف العلماء النوم إلى خمس مراحل وهي كالتالي:

المرحلة الأولى: مرحلة البدء بالنوم هي الفترة الانتقالية التي تسبق النوم الحقيقي، حيث تختفي موجات ألفا وتحل محلها موجات سريعة وصغيرة، كما يُسجل عبر الجهاز موجات غير منتظمة تشير إلى استمرار حركة العينين، بالإضافة إلى موجات سريعة تدل على وجود توتر في العضلات.

المرحلة الثانية: يُسجل في هذه المرحلة موجات أكبر قليلاً تختلط معها تموجات سريعة، ويقل التوتر العضلي، لكن النائم يظل يتقلب من جنب إلى آخر، في حين تهدأ حركات العينين وتسكن. وعند بلوغ هذه المرحلة يكون الإنسان قد دخل في النوم الفعلي. وتُعد المرحلة الثانية أطول مراحل النوم؛ إذ تستغرق أكثر من نصف إجمالي زمن النوم في جميع مراحلها، وهذا من رحمة الله بعباده؛ فالنائم خلال هذه المرحلة يتقلب في فراشه، مما يتيح لجُلده الراحة، كما لا تنحصر ضغوط الفراش على شق واحد من الجسد إلا زمنًا قصيرًا خلال النوم.

المرحلة الثالثة: يزداد النوم عمقًا، ويسجل جهاز رسم المخ الكهربائي -إلى جانب الموجات السابقة- موجات أعلى اتساعًا وارتفاعًا وأكثر بطئًا من جميع الموجات السابقة، تُسمى "موجات دلتا"، وترددها يتراوح بين 1 و4 ذبذبات في الثانية. وهذه الموجات تشغل أقل من نصف الموجات الكلية.

المرحلة الرابعة: في هذه المرحلة يزداد عدد موجات دلتا فتصبح أكثر من نصف عدد الموجات، ويصبح النوم عميقًا جدًا. فإذا تجاوز عدد موجات دلتا نصف إجمالي الموجات، دلّ ذلك على دخول النائم المرحلة الرابعة من النوم.

المرحلة الخامسة: يختفي التوتر العضلي تمامًا، وتصير الموجات صغيرة وسريعة، ويُسجَل رسم المخ الكهربائي أيضًا حركات سريعة للعينين. وهذه الفترة لا تستمر أكثر من بضعة دقائق، ثم ينتقل النائم إلى المرحلة الثانية، فالثالثة، ثم إلى الرابعة، وهكذا يدخل النائم في دورة تلو الأخرى، وقد يتكرر ذلك أربع أو خمس مرات في ليلة واحدة. (إبراهيم، 2012، ص 188)

3- مفهوم اضطرابات النوم :

تُمثل اضطرابات النوم حالة تعترض مسار حياة الفرد نتيجة تعرّضه لضغوط الحياة وأزماتها، مما يؤدي إلى خلل في نمط نومه. ويتخذ هذا الخلل أشكالاً متعددة، من بينها: الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل مع صعوبة العودة إلى النوم، والتأخر في البدء بالنوم أو في الاستيقاظ منه، بالإضافة إلى السلوكيات الليلية كالمشي أثناء النوم، والتحدث خلاله، وصرير الأسنان. وجميع هذه المظاهر تؤثر سلباً في حياة الفرد الأسرية والاجتماعية والاقتصادية. (علي، لطيف، علي، 2018، ص 109)

عرف **الدسوقي (2006)** اضطرابات النوم على أنها "صعوبة الدخول في النوم مواصلته أو النوم المفرط وهي حالة غير طبيعية تتصف بها دورة النوم واليقظة بسبب عوامل عصبية، فيزيولوجية، أو عوامل نفسية المنشأ، وهي نقص في كمية ونوعية النوم والتي تتسبب في حوادث تؤثر على علاقاتنا وصحتنا وقوانا العقلية". (فتيحة، 2022، ص 148)

وتعرفها **الجمعية الأمريكية للطب النفسي** وفقاً لأنماطها بأنها "اختلال في نظام النوم وهو إما أن يكون أولياً، وهي اضطرابات في النوم من حيث الكمية والكيفية والتوقيت، وإما أن يكون اضطراب في النوم ثانوي وهي أحداث تؤثر على طبيعة النوم وجودته، وأن هذه الاضطرابات بشقيها متكررة وقد تؤدي إلى إحداث خلل في وظائف الفرد الحياتية".

(محمد، 2023، ص 913)

كما يعرف **الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)** اضطرابات النوم على أنها "مشكلات تتعلق بجودة النوم وتوقيته وكميته مما يؤدي إلى ضائقة في أثناء النهار وضعف في الأداء الوظيفي، وغالباً ما تحدث اضطرابات النوم والاستيقاظ بالتزامن مع الحالات الطبية أو غيرها من الحالات الصحية العقلية، مثل الاكتئاب، أو القلق أو الاضطرابات المعرفية". (المثابرة، بركات، 2024، ص 339)

4-النظريات المفسرة لإضطرابات النوم:

4-1-النظرية المعرفية:

يرى أنصار هذا المنظور أن الأفكار المشوهة والسلبية، التي تؤثر في انفعالات الفرد وسلوكه، تشكّل السمة الأكثر شيوعاً في أغلب الاضطرابات النفسية. فالصعوبات والأزمات التي يمر بها الشخص وما يصاحبها من اضطرابات وجدانية ترتبط ارتباطاً وثيقاً باختلال البنية المعرفية لديه، والتي تشمل معتقداته وتفسيراته واتجاهاته وافتراضاته. إضافة إلى ذلك، ينطلق أصحاب هذا الاتجاه من مسلّمة أساسية في تفسير سلوك الفرد، مفادها أن أفكار الأشخاص عن أنفسهم، إلى جانب اتجاهاتهم ومعتقداتهم، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسلوكهم، سواء كان طبيعياً أو مرضياً. (محمد، 2023، ص 919-920)

4-2-النظرية السلوكية:

تقوم هذه النظرية على فكرة أن سلوكيات الفرد مُكتسبة من البيئة المحيطة. فاضطرابات النوم تظهر إما من خلال الارتباط الشرطي بين النوم ومثيرات مخيفة ترتبط بمكان وزمان النوم وظروفه، أو نتيجة التطبيق الخاطئ لمبادئ الثواب والعقاب في المواقف المتعلقة بالنوم، مما يؤدي إلى ترسيخ هذه الاضطرابات وتعزيزها.

4-3- نظرية التحليل النفسي:

ترجع هذه النظرية العوامل المؤدية لاضطرابات النوم إلى القلق الأوديبي (المرتبط بالعقدة الأوديبيّة)، وقلق الانفصال، والرغبات المكبوتة. فقد فسّرت اضطرابات الأحلام والكوابيس المفزعة بأنها ناتجة عن الخوف من الوحدة، أو إسقاط الأطفال لخوفهم من والديهم على كائنات كالحيوانات المفترسة والأشباح، أو نتيجة الصراع بين الرغبات المكبوتة والخوف من ارتكاب الخطأ. كما اعتبرت الأرق مظهرًا من مظاهر التعلق بالأم والنفور من الانفصال عنها. (إعجال، 2025، ص 133)

4-4-نظرية الساعة البيولوجية:

تقتض هذه النظرية وجود آلية في الدماغ تعمل كموقّت بيولوجي (ساعة بيولوجية) تنظم دورة النوم والاستيقاظ. استند الباحثون في صياغتها إلى دراسات تجريبية على الفئران، حيث أظهرت أن هذه الفئران، حتى عند حرمانها من الضوء، حافظت على نظم نوم وبقظة ينتظم في دورة كل 24 ساعة.

أظهرت الأبحاث المتعلقة بالإيقاعات الحيوية أن النواة فائقة التصالب (Suprachiasmatic nucleus) هي المنطقة المسؤولة عن هذه الإيقاعات. تستقبل هذه النواة معلومات عن شدة الإضاءة وطول النهار من العينين، وعن درجة الحرارة الخارجية من الجلد، ثم تقوم بدمج هذه المعلومات لتنظيم إيقاعات الجسم خلال الأربع والعشرين ساعة، والتي تشمل حالة اليقظة والنوم، ومستويات الهرمونات في الدم، ودرجة حرارة الجسم.

تتكون الساعة البيولوجية من تركيبين عصبيين صغيرين جدًا يقعان في مركز الدماغ، وتتحكم هذه الساعة بسلسلة من التغيرات الفسيولوجية والنفسية، ومنها إيقاعات اليقظة والانتبه. تتأثر هذه الساعة بضوء النهار؛ ففي الصباح تقل قوة الانتبه والدافع للنوم، بينما تزداد هذه القوة في المساء، وفي أواخر المساء تضعف فعالية الساعة البيولوجية ليفرض النوم بعد ذلك على الإنسان. (سالم، 2020، ص 197)

5-أسباب اضطرابات النوم:

تتعدد العوامل المسببة لاضطرابات النوم، وتشمل الجوانب الوراثية، والجسدية، والنفسية، والاجتماعية، والبيئية. وفيما يلي تفصيل لها:

5-1-العوامل الوراثية:

يُستدل على العامل الوراثي من خلال تحليل بيانات الأسر التي تضم أطفالاً يشكون من اضطرابات النوم، وفقاً لما يفعله الباحثون. فقد أظهرت بعض الأبحاث أن نصف الأطفال الذين يمارسون المشي أثناء النوم ينتمون إلى أسر يوجد فيها فرد أو أكثر يعاني من الاضطراب نفسه. كما أظهرت دراسات أخرى نسبة تشابه تصل إلى 40% بين التوائم المتماثلة، مقابل 10% بين غير المتماثلة، مما يؤكد دور الوراثة في هذه الاضطرابات.

5-2-العوامل الجسدية:

فسرت نتائج دراسات عدة نقص النوم، أو عدم عمقه، أو كثرة الاستيقاظ عند الرضع بأنه ناتج عن مزعجات بدنية كالجوع، أو الشبع الفائض، أو الألم من بلع الهواء مع الطعام. كما أشارت دراسات أخرى إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال الذين يمشون أثناء النوم يعانون تأخرًا في نضج الجهاز العصبي المركزي، حيث كشف تخطيط المخ الكهربائي عن وجود شذوذ في الموجات الدماغية لنحو 20% منهم، مما يؤكد عدم اكتمال نضج الجهاز العصبي لديهم.

5-3-العوامل النفسية والاجتماعية:

تُقسم هذه العوامل إلى ستة محاور رئيسية:

- أ- **أخطاء الوالدين أثناء نوم الطفل:** كسرد الحكايات المربعة، أو إغلاق الغرفة عليه، أو عدم تعويده منذ الصغر على النوم بمفرده، أو إيقاظه للعب معه.
- ب- **أخطاء التنشئة:** كتدليل زائد عن اللزوم أو عنف مبالغ فيه، والخلافات الأسرية، وتفضيل أحد الأطفال على الآخر، والخوف المفرط للأم على الطفل.
- ج- **الضغوط النفسية والاجتماعية:** تؤثر هذه الضغوط المنزلية أو المدرسية تأثيراً سلبياً في نوم الأطفال ؛ فالمهملون والقلقون والمحبطون، ومن يعانون صراعات داخلية أو تهديداً لتقدير الذات، يضطرب نومهم ولا يحصلون على كفايتهم منه، مما يزيد سوء توافقهم. وقد أظهرت دراسات أن الأطفال ذوي النوم الهادئ والمتصال هم أقل عصبية وعدوانية. لذا يُعد توافق الوالدين ضرورياً للوقاية من هذه الاضطرابات، إذ تسبب المشكلات الأسرية قلقاً يؤدي لأعراض نفسية كالشعور بالضيق، وصعوبة النوم، وضعف التركيز.
- د- **عدم تنظيم مواعيد النوم واليقظة:** ينجم عن القلق، والضغوط النفسية، وبعض الأمراض المزمنة كالروماتيزم والحساسية، فيحدث اضطراباً في أوقات النوم والنهوض، وقد يصبح اضطراباً أساسياً إذا طال أمده.

هـ - **الارتباط السلبي بمحيط النوم:** مثل الأشياء القريبة للفرد أثناء النوم.

و- **العادات الغذائية السيئة:** المتعلقة بتناول الطعام والشراب.

5-4-العوامل البيئية:

- وتتمثل في الضوضاء الخارجية، والأحداث الاجتماعية، والسفر، وتغيير مكان النوم، وظروف غرفة النوم، ويؤجـز حامـد زهران (1999) الأسباب كالتالي:
- 5-4-1- **أسباب صحية:** كالأمراض، والإجهاد العصبي، وعدم ملائمة غرفة النوم، والإفراط في الأكل قبل النوم.
 - 5-4-2- **أسباب نفسية:** كالاضطراب الانفعالي، والتوتر، والاكتئاب، ونقص الأمن النفسي، والخوف، وعدم إشباع الحاجات، وكثرة الهموم.
 - 5-4-3- **أسباب أخرى:** كاتجاهات الوالدين الخاطئة حول موعد النوم، وإلزام الطفل على النوم، وسوء أساليب المعاملة، والعوامل الاجتماعية. (المسماري، 2012، ص 27-29)

6-أنواع اضطرابات النوم :

تنقسم اضطرابات النوم إلى قسمين :

6-1-صعوبات النوم:

6-1-1-اضطراب الأرق:

الأرق يعني أن الجسم لا ينال ما يكفيه من النوم، ويتخذ صوراً متعددة كتعسر استهلال النوم، أو تعسر الإبقاء عليه، أو عدم القدرة على الدخول في النوم أساساً، أو عدم النوم للمدة الطبيعية التي يحتاجها الفرد، بالإضافة إلى الاستيقاظ المتكرر ليلاً أو النهوض المبكر بشكل غير معتاد. كما يمكن وصفه بأنه حالة من عدم الكفاية الكمية والنوعية للنوم تستمر لمدة زمنية ملحوظة. باختصار، الأرق هو الشكوى من عدم الحصول على نوم كافٍ أو مُشبع، أو الحصول على نوم رديء الجودة.(الدسوقي، 2006، ص31)

6-1-2-اضطراب فرط النوم (Hypersomnia):

هو حالة من النوم المفرط تستمر لفترات زمنية طويلة، وتحدث ضرراً في الأداء الوظيفي وتشويشاً في ممارسة الأنشطة الاجتماعية اليومية أو العلاقات مع الآخرين. يتميز هذا الاضطراب بزيادة النعاس أو حدوث نوبات نوم خلال النهار، لا تكون ناجمة عن قلة النوم ليلاً. كما قد يعاني المصاب من صعوبة في الانتقال من النوم إلى اليقظة تستغرق وقتاً طويلاً، وتحدث هذه الأعراض يومياً ولمدة لا تقل عن شهر.(طنطاوي، 2024، ص141)

6-1-3-اضطرابات جدول النوم واليقظة:

هي حالة من عدم التطابق بين نمط نوم واستيقاظ الفرد والنمط المطلوب اجتماعياً أو عملياً من حوله، مما يؤدي إلى شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم. فالمصاب لا ينام في الوقت الذي يريده، بل يُجبر على النوم في أزمّة أخرى غير مرغوبة. وتظهر النماذج النمطية لهذه الاضطرابات عند السفر بالطائرة لمسافات بعيدة، أو عند الانتقال من نظام عمل زمني معتاد إلى نظام آخر مختلف.(علي والمشهداني وعلي، 2018، ص110)

6-2-مصاحبات النوم :

6-2-1-اضطراب الكوابيس الليلية (Nightmare Disorder):

الكابوس هو تجربة حلم يكتنفها القلق، يليها تذكّر تفصيلي شديد لمحتوى الحلم. وغالباً ما تتضمن هذه التجربة موضوعات تتعلق بتهديدات البقاء أو ما يشابهها. أثناء النوبة النموذجية، تظهر درجة من النشاط العصبي الذاتي (اللاإرادي)، لكن من غير وجود أصوات

ظاهرة أو حركات جسدية يُذكر لها شأن. عند الاستيقاظ، يكون الفرد منتبهاً سريعاً وقادراً على التوجّه، كما يستطيع التواصل مع الآخرين، وعادةً ما يقدم تقريراً مفصلاً عن تجربته الحلمية، إما مباشرة بعد الاستيقاظ أو في صباح اليوم التالي. (غانم، 2018، ص358)

6-2-2- اضطراب الفرع الليلي (Sleep Terror Disorder):

هو نوبة من الذعر المفاجئ تحدث أثناء النوم، وتتميز بالصراخ، والتعرق الشديد، والبكاء. نادراً ما يستيقظ الشخص المصاب تلقائياً، وإذا تم إيقاظه فإنه لا يتعرف على محيطه بسبب فقدانه الوعي بالبيئة المحيطة، كما يصعب تهدئته أثناء النوبة التي قد تستمر نحو عشر دقائق، يُصيب هذا الاضطراب الذكور أكثر من الإناث، خاصة في سن الثانية عشرة. كما قد يظهر عند البالغين في أعمار العشرينات أو الثلاثينات، ونادراً ما يُسجل بعد سن الأربعين. تتضمن نوبة الرعب إحساساً مرعباً، مثل الشعور بالتحطم، أو السقوط من ارتفاع، أو الاختناق، أو رؤية حيوان مفترس.

من المهم التنبيه إلى أن الرعب الليلي لا يُعتبر اضطراب نوم حقيقياً أو مشكلة نفسية إلا إذا تكرر بانتظام، خاصة عند الأطفال الذين تظهر عليهم أنماط منتظمة من نوبات الرعب الليلي. (فايد، 2001، ص306-307)

6-2-3- اضطراب المشي أثناء النوم:

المشي أثناء النوم هو اضطراب يظهر لدى الطفل حيث يقوم بالمشي أثناء نومه بعد مغادرة الفراش، ويتجول في أرجاء المكان. وقد يشمل السلوك ارتداء الملابس، فتح الباب، أو الجلوس مع الجالسين وهو صامت ومشوش الوعي، حتى لو كانت عيناه مفتوحتين. قد يجيب عن أسئلة الحضور بكلمة أو جملة مختصرة دون انتباه، وإذا أعيد إلى الفراش يستقر بسرعة وينام بهدوء دون أن يتذكر الأحداث التي قام بها. خلال النوبة، يكون وجه الطفل شاحباً ومحدقاً ويصعب إيقاظه. قد يذهب أثناء نومه إلى مكان آخر، وعند استيقاظه في الصباح يفاجأ بوجود نفسه هناك. قد يتعرض الطفل خلال المشي أثناء النوم للسقوط أو الاصطدام بحاجز. يحدث هذا الاضطراب عادةً بعد 1-3 ساعات من استغراق الطفل في النوم، وتستمر النوبة من 3 دقائق إلى نصف ساعة. تبلغ نسبة حدوثه 15% من الأطفال الذين تجاوزوا سن الخامسة. (ملحم، 2013، ص382)

7- أعراض اضطرابات النوم:

غالبًا ما يعاني المرضى من اضطرابات النوم، ويعبر البعض عن أعراض محددة كالأرق أو النعاس المفرط خلال النهار. بينما يشكو آخرون من أعراض غير واضحة مثل الشعور بالتعب، الاكتئاب، أو ضعف التركيز الذهني. وتعزى هذه الشكاوى إلى أسباب متعددة ومتنوعة، مما يستدعي فحصها بدقة من قبل طبيب مختص ليتمكن من تشخيصها وعلاجها حسب حالة كل مريض.

ونظراً لتنوع الاضطرابات التي تؤثر في النوم وما ينجم عنها من مشكلات أخرى أثناءه، ومع التطور السريع الذي شهده تخصص طب النوم، . تتامى اهتمام المختصين بتقسيم هذه الاضطرابات وتصنيفها. وبعد مناقشات موسعة، صدر عام 1990م التصنيف العالمي لاضطرابات النوم، الذي ضم 87 اضطراباً مع معايير تشخيصية تفصيلية تميز بينها. تلا ذلك تصنيف محدث عام 2005م، ثم تحديث ثالث عام 2014م أضاف اضطرابات جديدة وعدّل شروط تشخيص بعضها. وأخيراً، تم تحديث هذا التصنيف عام 2024م.

وبشكل عام، يُعد التقييم السريري للمرضى الذين يعانون اضطرابات النوم أمراً بالغ الأهمية، وقد يستدعي الأمر إجراء اختبارات نوم تكميلية لبعض الحالات كذلك.

(باهمان، 2025، ص164)

8- معايير تشخيص اضطرابات النوم :

8-1- المحكات التشخيصية لاضطراب الأرق طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

يشخص الإضطراب الأولي للأرق إذا توافرت المحكات الآتية :

أ- الشكاوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول في النوم، أو الإستمرار فيه أو النوم غير المريح لمدة شهر على الأقل .

ب- يسبب الأرق كريا distress وضغطاً اكلينيكيًا جوهرياً أو يؤدي إلى خلل في إداء الفرد وكفاءته الإجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى من التفاعل.

ج- لا تحدث اضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة،

وإضطراب النوم المرتبط بالتنفس، وإضطراب جدول النوم واليقظة، أو اضطرابات النوم الثانوية.

د- لا تحدث صعوبات النوم بشدة أثناء مسار إضطراب نفسي آخر (خاصة إضطراب

الإكتئاب أو اضطرابات القلق العام، أو إضطراب الهذيان كمؤثر للإصابة بأحد الإضطرابات

الذهنية) .

هـ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مواد (تعاطى مادة مخدرة) أو (أدوية نفسية) أو أى حالة طبية أخرى .

2-8-المعايير التشخيصية لإضطراب فرط النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:
يشخص هذا الإضطراب وفقا للمعايير الآتية :

أ- الشكوى الواضحة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل (أو فترات قد تكون أقل أو أكثر طولا وتكرارا) ويأخذ شكل نوبات متواصلة أو نوبات النوم النهاري التي تحدث يوميا .

ب- يسبب فرط النوم كربا إكلينيكيًا جوهريا أو خلافا في الاداء الإجتماعي أو المهني الوظيفي أو أي مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء .

ج- لا يتم تفسير إضطراب فرط النوم بواسطة الأرق أو لا يحدث أثناء حدوث أي إضطراب آخر من إضطرابات النوم (مثل : غفوات النوم المفاجئة، إضطراب النوم المرتبطة بالتنفس، إضطراب جدول النوم واليقظة، أو أي نوع من أنواع إضطرابات النوم الثانوية) .

د- لا يحدث الإضطراب أثناء مسار إضطراب نفسي آخر.

هـ- لا يرجع الإضطراب إلى أى عوامل أخرى خارجية أو فسيولوجية (مثل : تعاطي المخدرات) أو تناول أي أدوية نفسية، أو أى حالة طبية عامة .

3-8-المحكات التشخيصية لإضطراب جدول النوم واليقظة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

أ- نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن أو متوافق مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليناسب مع المتطلبات الإجتماعية وليتناسب مع أغلب الأشخاص في محيط حياة الفرد.

ب- يعاني الفرد نتيجة لهذا الإضطراب من الأرق أثناء الجزء الأكبر من فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الإستيقاظ وذلك كل يوم تقريبا لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر ولفترات أقل من الوقت .

ج- الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما في إنزعاج شديد ج أو تتعارض مع أداء الفرد لمهامه الإجتماعية والمهنية .

4-8-محكات تشخيص إضطراب الكوابيس الليلية وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

أ- الإستيقاظ من النوم الليلي أو الغفوات النهارية باسترجاع مفصل للأحلام المفزعة والتي تتضمن عادة تهديدا للحياة أو الأمان أو احترام الذات، قد يحدث الإستيقاظ في أي وقت من فترة النوم وعندما يكون الكابوس نموذجيا يحدث في النصف الثاني منه.

ب- المخيف . ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعا فور الاستيقاظ من هذا الكابوس.

ج- تتسبب الأحلام وإضطرابات النوم المترتبة عليه فترات من الإستيقاظ

ويكون الفرد (فور إستيقاظه) في حالة ضيق وتوتر شديدين .

د- لا يحدث الكابوس أثناء مسار إضطراب نفسي آخر (الهذيان مثلا، أو أي إضطراب يمر

به الفرد بعد تجربة صارمة) أو لا يرجع ذلك أيضا إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة

تعاطى مادة (دواء مخدر) أو تعاطى مواد نفسية (بهدف العلاج من إضطراب نفسى أو

عقلى) أو أى حالة طبية عامة .

8-5- المحكات التشخيصية لأضطراب الفزع الليلي وفق الدليل التشخيصي الإحصائي حيث

تتلخص المحكات في :

أ- العرض الأساسي هو نوبات متكررة من اليقظة من النوم في الغالب تبدأ بصرخة خوف

حادة مع وجود قلق شديد وحركة جسدية وفرط في النشاط العصبي اللاإرادي مثل : سرعة

ضربات القلب، النهجان، تلاحق التنفس، وإتساع حدقتي العين مع وجود عرق غزير

مصاحب لهذه الحالة .

ب- هذه النوبات المتكررة من الإستيقاظ المفاجئ من النوم تكون دون تفاعل مع العالم الخارجي،

وتستمر عادة هذه الفترة (والذهول) وتتراوح هذه الفترة في الغالب ما بين دقيقة إلى عشر

دقائق، وتحدث خلال الثلث الأول من النوم الليلي .

ج- إن الفرد لا يستجيب لمحاولات الآخرين في السيطرة على الفزع الذي لديه، يلي ذلك فترة

تستغرق عدة دقائق من عدم الإهتمام مع صدور حركات نمطية من الفرد .

د- يكون إسترجاع ما حدث في النوبة محدودا .

هـ- غياب أي دليل على وجود إضطراب عضوى ولا يرجع ذلك إلى تعاطى الفرد لمادة (

تعاطى المخدرات) أو تعاطى أدوية نفسية (بهدف العلاج) أو أى حالة طبية عامة.

و- تسبب النوبات ضغطا إكلينيكيًا جوهريا أو خلا في أداء الفرد لوظائفه سواء أكانت

إجتماعية أو مهنية أو أى مجالات أخرى من التفاعل.

8-6- المحكات التشخيصية لإضطرابات المشي أثناء النوم وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع:

لابد من توافر المحكات التشخيصية الآتية :

- أ - نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي .
- ب- يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحبا وبدون تعبير ، أو من الصعب أن يستجيب المريض لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو حتى التحدث معه، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة.
- ج- عند الإستيقاظ لا يتذكر الفرد شيئا عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة أو في الصباح .
- د- عند الإستيقاظ تكون هناك فترة صغيرة منبعض التشوش وعدم التوجه (أو الاستجابة لتوجيهات الآخرين) .

هـ- غياب أى دليل على وجود إضطراب عقلى عضوى أو جسمي و يسبب المشي أثناء النوم ضغطا إكلينيكيًا جوهريًا وكذا قصورا في الأداء الإجتماعي أو المهني أو أى مجالات أخرى للأداء أو التفاعل .

ز- لا يفسر الإضطراب بتأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مادة نفسية (دواء مخدر أو مواد نفسية نتيجة العلاج من بعض الإضطرابات النفسية أو العقلية) أو أى حالة طبية عامة. (غانم، 2018، ص275-282)

9-علاج اضطرابات النوم:

تشمل طرق علاج اضطرابات النوم ما يلي:

9-1-العلاج النفسي:

ويتضمن العلاج الفردي والجماعي، ومعالجة المثيرات الوجدانية المؤدية إلى الاضطراب، وتقليل الارتباطات الشرطية التي تجعل الطفل غير قادر على النوم إلا بوجود ممارسات معينة. كما يُنصح بإسعاد الطفل طوال اليوم، وتجنب تعرضه للتوتر والقلق والخوف.

9-2-العلاج البيئي:

ويركز على معالجة الظروف والضغوط البيئية المؤدية إلى الاضطراب داخل الأسرة والمدرسة، مع تجنب نوم الطفل في الغرفة نفسها مع والديه، على أن تلازم الأم جانبه وهو مضطجع على سرير، دون إكراهه على النوم.

9-3- العلاج الدوائي:

ويتم باستخدام المهدئات أحياناً، والابتعاد عن المنبهات قبل النوم بوقت كافٍ، مع تنظيم مواعيد النوم ومدته ومكانه، والحرص على تهيئة الظروف الصحية المناسبة في غرفة النوم كالتهووية والتدفئة، واستخدام الأدوية المنومة في حالات الأرق الشديد أو لكسر عادة البكاء المطول، على أن تُوصف هذه الأدوية للوقاية في المقام الأول، لا للعلاج المباشر.
(صالح، 2014، ص553-282)

خلاصة:

يمثل النوم حالة طبيعية ضرورية لاستعادة التوازن النفسي والجسدي، ويتكون من خمس مراحل متتابعة تنتهي بمرحلة حركة العين السريعة. أما اضطرابات النوم فهي خلل في كمية أو نوعية أو توقيت النوم، تظهر في صور مثل الأرق، فرط النوم، الكوابيس، الفزع الليلي أو المشي أثناء النوم. وتعود أسبابها إلى عوامل وراثية، جسدية، نفسية، اجتماعية وبيئية، وتتعرض أعراضها في التعب، ضعف التركيز، الاكتئاب والنعاس المفرط. وفق معايير DSM4، يتم التشخيص بناءً على استمرار الشكوى وتأثيرها على الأداء اليومي، بينما يشمل العلاج تدخلات طبية ونفسية وسلوكية مع تنظيم العادات اليومية.

الفصل الرابع: اضطرابات الأكل

تمهيد

1- تعريف الاكل

2- تعريف اضطرابات الاكل

3- النظريات المفسرة للإضطرابات الاكل

4- أسباب اضطرابات الاكل

5- أنواع اضطرابات الاكل

6- أعراض اضطرابات الاكل

7- معايير تشخيص اضطرابات الاكل

8- علاج اضطرابات الاكل

خلاصة

تمهيد:

تُعد اضطرابات الأكل من الأمراض النفسية المعقدة التي تنشأ غالباً كرد فعل لمواجهة أحداث صادمة أو ضغوط نفسية معينة، وتؤثر بشكل كبير على الحالة الصحية والنفسية للمريض. ترتبط هذه الاضطرابات بسيل من الأفكار والعواطف المؤلمة، تفقد الشخص السيطرة على كمية الطعام التي يتناولها، سواء بالإفراط أو بالتقليل الشديد. وتتداخل في ظهورها عوامل متعددة: بيولوجية (كخلل هرموني أو وراثي)، ونفسية (كالتعرض للقسوة في الطفولة، العزلة الاجتماعية، الضغوط الثقافية التي تقدس النحافة، والتجارب الشخصية المؤلمة)، واجتماعية (كالترويج الإعلامي للنحافة كمعيار للجمال). وتشمل أبرز أنواعها فقدان الشهية العصبي، والشراهة العصبي، ولكل منهما خصائصه وأسبابه. من هنا، فإن فهم هذه الاضطرابات يستوجب نظرة شاملة تأخذ بعين الاعتبار كل هذه العوامل المتفاعلة.

1-تعريف الأكل:

لغة:

قال ابن فارس: "الهمزة والكاف واللام باب تكثر فروعه، والأصل كلمة واحدة، ومعناها التتقص".

والأكل هو: البلع عن مضغ .

اصطلاحاً:

الأكل هو إيصال ما يتأتى فيه المضغ إلى الجوف، ممضوغاً كان أو غيره.

(الجهني، 2019، ص1038)

2-تعريف اضطرابات الأكل:

تعرفه زينب شقيروهو اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد.(عبيد، 2015، 279)

ويعرف أيضاً اضطراب الأكل بأنه حالة خطيرة تتضمن إحجام الفرد عن تناول الطعام أو رفضه، مما يؤدي إلى نقص وزنه، وقلة حيويته، وربما وفاته إذا لم يعالج.

كما يعرفه مصطفى (2001)هي عبارة عن اضطراب غذائي ذو مظاهر متنوعة تشمل رفض الطعام أو الإفراط الطارئ في الطعام لوجود كميات كبيرة من الطعام مع وجود عناية

فائقة في الطعام وانعدام الأمراض العضوية، وقد تكون اضطرابات الأكل مصحوبة باجترار الطعام التراجع المتكرر للطعام من المعدة مع عدم وجود ميل للقيء أو مرض معدي أو معوي. (درويش، 2014، ص771)

وجاء عند سيد عبد الموجود، (1999) أن اضطرابات الأكل هي وجود اتجاهات وسلوكيات مشوهة وراسخة نحو الأكل والوزن والبدانة، أو سوء استخدام للأكل يحدث بصورة قهرية بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب.

كما يعرفه محمد عبد الرحمن: توصف اضطرابات الأكل بوجود اختلالات حادة في سلوك الأكل مع بذل جهود غير تكيفية وغير صحية للتحكم في وزن الجسم، مع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن وشكل الجسم محمد عبد الرحمن. (صادق، 2008، ص11)

وتعرفها سامية صابر (2011) بأنها اضطرابات حادة في سلوك الأكل، وتشمل فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا)، والشراهة العصبي (البوليميا). (صابر، 2011، ص3)

تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي وفي الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، تعرف اضطرابات الأكل والتغذية؛ على أنها اضطرابات تتميز باضطراب مستمر في الأكل، أو سلوك متعلق بالأكل مما ينتج عنه استهلاك أو امتصاص متغير للغذاء وهذا يُضعف إلى حد كبير الصحة الجسدية أو الأداء النفسي الاجتماعي.

(الحمادي، 2015، ص 225)

3- النظريات المفسرة لاضطرابات الأكل:

3-1- النظرية البيولوجية:

تفيد نتائج بعض الأبحاث أن أقارب مرضى الشره العصبي من الرتبة الأولى هم الأكثر احتمالية للإصابة به أيضًا. فمرضى فقدان الشهية العصبي على سبيل المثال ينتشر بين أقاربهم المقربين بنحو ثمانية أضعاف مقارنة بعامة الناس، كما تصل نسبة انتشاره بين الإخوة والتوائم إلى (100%) ممن كانوا يعانون من هذه الحالة، في مقابل نسبة (1-2%) الموجودة لدى الآخرين غير المرتبطين بروابط نسب في نفس الفئة العمرية.

وقد أثبتت الأبحاث وجود اضطرابات أولية في وظيفة ما تحت المهاد، إضافة إلى شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد والنخامية، وكذلك في الغدد وعمليات الأيض، ووجود العديد من مظاهر الشذوذ الكيميائي العصبي في حالات فقدان الشهية العصبي. ودعمت بعض الدراسات الافتراض القائل بأن المصابين بالشره العصبي يعانون من نقص في نشاط

السيروتونين، بينما لم تجد دراسات أخرى فروقاً ذات دلالة إحصائية في مستوى السيروتونين بين الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي وعينة ضابطة من النساء الأسوياء. وتُعزى أسباب اضطرابات الأكل إلى الأنيميا، وداء السكري، والتشنج الحلمي، واحتشاء أو انسداد المشيمة، والمشاكل القلبية الولادية، ومخاطر الولادة. وقد أشارت دراسة المجلة الطبية البريطانية عام 1982 إلى أن الإصابات تتراوح بين (6-10%) بين الفتيات الشقيقات المتشابهات في العوامل الوراثية، وتزداد بين التوائم المتماثلة، وأن الاضطراب الهرموني يسبب خللاً في وظائف الهيپوثلاموس يؤدي في النهاية إلى انقطاع الدورة الشهرية الذي يسبق نقص الوزن في حوالي (20%) من الحالات المصابة. ويجب ملاحظة أن الهدف ليس خفض الوزن، بل القضاء على سلوك الشراهة المفرط أو فقدان الشهية، مع الاستمرار في تعزيز وتدعيم سلوك الأكل المناسب بشكل متكرر. وبعد العلاج السلوكي المعرفي، يُعتبر العلاج المثالي لاضطرابات الأكل بنوعيه، ويفضل بعض الأطباء استخدام العلاج النفسي إلى جانب العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب. (الجبوري والجبوري، 2016، ص 642)

3-2- نظرية التحليل النفسي:

يشير أنصار النظرية التحليلية الكلاسيكية إلى أن مرجع فقدان الشهية العصبي يتمثل في القلق والصراع الجنسي، ويعتقدون أن إنكار الطعام هو في جوهره إنكار للجنس. فالاضطراب في تناول الطعام ليس سلوكاً عادياً، بل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالارتقاء أو الانخفاض في التوتر الناجم عن الصراع الجنسي. كما يرتبط هذا الاضطراب بالعلاقة الإغرائية الاعتمادية مع الأب، مع شعور بالذنب نتيجة العدوانية تجاه الأم، ووجود تناقض وجداني في العلاقة مع الأم. ويعبر فقدان الشهية العصبي عن نوع من عقاب الذات تفرضه المريضة على نفسها نتيجة مشاعر الذنب المتولدة لديها من إحساسها بالعدوانية. أما في حالة الشره المرضي، نجد أن المريض يخاف من الجوع الذي يعني الفقد الرمزي للحب، ويصبح الطعام بمثابة إشباع للميول العدوانية لدى الفرد. (فايد، 2005، ص 175-176)

ويرجع الشره العصبي إلى الخوف من الجوع الذي يعني الفقد الرمزي للحب، ويصبح الطعام بمثابة إشباع للميول العدوانية لدى الفرد، فضلاً عن أن أكل الحفلات ينشأ من إثارة الخوف اللاشعوري من الهجر. كما يُعزى الشره العصبي إلى التعرض للإحباطات الاجتماعية التي تدفع الفرد إلى السعي للإشباع بالإفراط في تناول الطعام، وبهذه الوسيلة يعبر عن عدوانه. وأحياناً تكون صورة الجسم ذات دلالة انفعالية حيث تمثل رغبة الشخص في أن يكون قوياً،

مما يمنحه إشباعاً. ويمثل فقدان الوزن صعوبة ليس فقط بسبب عدم القدرة على مواجهة عدم الارتياح الجسدي الناشئ عن الجوع، بل أيضاً ناجم عن الشعور بفقدان الحب والرغبة في الانتقام التي يجسدها الأكل، وأخيراً الخوف من زوال القوة التي ترمز إليها زيادة الوزن. (نفس المرجع السابق، ص181)

3-3- النظرية المعرفية السلوكية:

تركز النظريات السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل على فهم الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تسهم في تشوه صورة الجسم، والخوف من السمنة، وفقدان السيطرة على الأكل. فالأفراد ذوو اضطرابات الأكل يعانون من سوء التكيف لأن انتباههم عادة ما يكون موجهاً (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999) للأفكار والصور المرتبطة بالوزن وشكل الجسم والطعام.

فقدان الشهية العصبي: تؤكد النظريات المعرفية السلوكية لاضطراب فقدان الشهية العصبي أن الخوف من السمنة والفكرة المشوهة عن شكل الجسم تعد من الأسباب المحفزة على تعزيز تقليل الطعام وإنقاص الوزن. فقد أفاد الكثير من ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي أن بداية الأعراض كانت تالية لفترة من فقدان الوزن واتباع نظام غذائي. فسلوكيات الحفاظ على النحافة تعزز سلبياً من خلال تخفيف القلق من أن يصبح الشخص بديناً، كما أن اتباع نظام غذائي وفقدان الوزن يمكن أن يعزز إيجابياً من خلال الإحساس بالسيطرة أو ضبط الذات. (فرحات وآخرون، 2022، ص 139)

أما الشره المرضية: ينشغل مرضى الشره المرضية بأوزانهم الزائدة ومظهرهم البدني. إنهم يعتبرون الصحة والفعالية نتيجة للوزن المرتفع والشخصية المكتنزة، وهنا نتذكر الفكرة السائدة التي تقول إن البدانة وجاهة وصحة. يتصف هؤلاء المرضى بتقدير ذات منخفض، وعدم قدرتهم على التحكم بسلوكيات الأكل لديهم، وبالتالي وزنهم وشكل أجسامهم، ويظهر ذلك من خلال كمية ما يتناولونه من أطعمة، ونوع هذه الأطعمة، وزمن تناولها. إلا أنه حين يخشى المريض من زيادة الوزن قد يلجأ إلى سلوكيات التفرغ كافتعال الإقياء أو غيرها من الأساليب. إن أنماط الأكل لدى مرضى الشره تكون عادة متشابهة، حيث يسعى هؤلاء إلى الإفراط في تناول الطعام حين يواجهون ضغوطاً نفسية ويمرون بخبرات انفعالية سلبية. فالنهم في الحفلات قد يكون سلوكاً يؤدي وظيفة نفسية في ضبط الانفعالات السلبية ومواجهتها. فقد تبين أن هؤلاء المرضى يحصلون على درجات عالية على مقياس القلق، والذي يتم خفضه عن

طريق التفريغ (بافتعال الإقياء أو المسهلات أو التمارين)، فالقلق الذي يعانيه هؤلاء يُخفض عبر سلوكيات التفريغ. وهذا الخفض للقلق يُقوي تلك السلوكيات. وبهذا يظل المريض أسير دائرة مغلقة، تشبه التي يسير فيها مريض فقدان الشهية العصبي. (عبد الله، 2022، ص371)

3-4-نظرية الأنظمة العائلية:

تؤكد هذه النظرية أن الديناميات الأساسية المسؤولة عن اضطرابات الأكل تعود إلى الأسرة والعلاقات داخلها، كما تؤكد أن أسرة ذوي اضطرابات الأكل تتسم بأنها أكثر سيطرة وتحكماً ولا تناقش المشكلات الخاصة بالأبناء، وخصوصاً الإناث.

من أسباب اضطرابات الأكل أيضاً: أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بينهما، وكذلك التأثيرات الاجتماعية، واختلال العلاقة الأسرية، والإدراك المشوه للجسم. وتؤكد الدراسات أن الإناث ذوات الإعاقة السمعية يتأثرن بهذه الأمور بسبب افتقارهن للتواصل مع المجتمع المحيط بهن نتيجة نظرة المجتمع لهن.

كما تشير الدراسات السيكولوجية إلى أن الإناث المصابات بفقدان الشهية العصبي يعانين من اضطرابات أسرية شديدة، فضلاً عن سوء العلاقة مع الأبوين، وارتفاع معدلات القلق لدى الأمهات، وزيادة الاكتئاب لدى الآباء، إلى جانب صرامة الأنماط السلوكية من قبل الوالدين وجمودها. ويُنظر في كثير من الأحيان إلى الأسر التي يعاني أحد أفرادها من اضطرابات الأكل على أنها أسرة مريضة، قد يعاني أفرادها من التصلب، وضعف الحب المتبادل، أو الحماية الزائدة من قبل الوالدين للأبناء.

في ضوء ما سبق يتضح أن المناخ الأسري يلعب دوراً مهماً في اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي)، بل قد يُعد هذا الاضطراب مؤشراً على مرض الأسرة واختلال العلاقات الأسرية فيها. وقد أكد الباحثون أن الأسرة كنسق اجتماعي يتألف من أعضاء يحدث بينهم تبادل دينامي، فإن حدوث أي ضرر لفرد ما يترتب عليه تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على جميع أفراد الأسرة. فضلاً عن أن حالة هذا الطفل المدركة لن تؤثر فقط على الأم والأب والأبناء، بل إن ردود أفعال كل فرد من هؤلاء ستؤثر بالتبعية على الآخرين.

وقد أظهرت أبحاث متعددة أن لاضطرابات الأكل لدى الأبناء المراهقين (فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي) ارتباطاً وثيقاً بالمناخ العائلي الغالب في أسرهم، وبالعلاقات الأسرية، وطرق التفاعل مع الأسرة، وأساليب التربية، والصراعات الداخلية للأسرة.

(درويش، 2014، ص 275-276)

4-أسباب اضطرابات الأكل:

4-1-الأسباب البيولوجية والوراثية:

يُعزى التفسير الفسيولوجي لفقدان الشهية العصبي إلى انقطاع الطمث، وعادةً ما يسبق هذا الاضطراب. وقد تبين أن الإناث المصابات بهذا الاضطراب لديهن خلل في الستيرويدات العصبية المنشطة المسؤولة عن تنظيم سلوك الأكل والمزاج. كما وُجد ارتباط بين فقدان الشهية العصبي ومتلازمة تيرنر، وهي حالة تحدث للإناث بسبب نقص الكروموسوم الجنسي الثاني. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون لخلل في وظائف الهيبوثلاموس (الوطاء) دور في ظهور المرض. كما قد يؤدي اضطراب كيمياء الجسم - أي خلل في النظام الهرموني - إلى مشكلات في الأكل، سواء لدواعٍ وراثية أو ناتجة عن أمراض كتضخم الغدة الدرقية الذي يؤثر على عمليات التمثيل الغذائي.

أيضًا، يمكن أن يتسبب تلف خلايا الدماغ، لا سيما في منطقة الهيبوثلاموس المسؤولة عن الشعور بالجوع والشبع، في اضطرابات الأكل. (ميخائيل، 2025، ص. 12)

4-2-الأسباب النفسية:

وتشمل ما يلي:

4-2-1-التعرض للقسوة في الطفولة: يُعد الاعتداء الجسدي والنفسي والجنسي ضد

الطفل من العوامل التي تُسرّع من ظهور اضطرابات الأكل. تشير إحدى الدراسات إلى أن الأطفال المعرضين للاعتداء قد يطورون اضطرابًا في الأكل كوسيلة للشعور بالسيطرة والراحة النفسية. وفي بعض الحالات، قد تؤدي أنواع معينة من الاعتداءات إلى خلل في مناطق الدماغ المسؤولة عن تنظيم الأكل. كما ذكرت دراسة تارين-سويني (2006) في نيوزيلندا أن نحو 25% من أطفال الملاجئ الذين لم ينشأوا في بيئة سليمة أظهروا اضطرابات في الأكل.

4-2-2-العزلة الاجتماعية: يُعد الاعتداء الجسدي والنفسي والجنسي ضد الطفل من

العوامل التي تُسرّع من ظهور اضطرابات الأكل، ويتعرضون للقلق، الحزن، والضغط النفسية. وفي محاولة لتحسين مشاعرهم والتخلص من هذه الضغوط، يلجأون إلى ما يُعرف بـ"الأكل الانفعالي" كوسيلة للتكيف النفسي، مما يمنحهم نوعًا من الراحة المؤقتة.

4-2-3-الضغوط الاجتماعية والثقافية: تُعد الضغوط الاجتماعية والقيم الثقافية السائدة

من أهم المسببات النفسية لظهور اضطرابات الأكل ومسيرتها التصاعدية فالنحافة في بعض الثقافات تُعتبر مثالاً للجمال والجاذبية، مما يزيد من انتشار هذه الاضطرابات. هناك توقعات

كثيرة للنحافة مصدرها العائلة، الإعلام، والمجتمع عامة، ويتبنى المراهقون - خاصة الفتيات - هذه التطلعات، وقد يعتمد تقديرهم لذواتهم على مدى نحافتهم، خاصة مع التعزيزات الاجتماعية مثل عبارات الإعجاب بفقدان الوزن، مما يزيد لدى الشباب المراهقي الإحساس رغبتهم في النحافة لتصبح مصدر جذب واهتمام.

4-2-4- التجارب الشخصية المؤلمة: تلعب سمات الشخصية دورًا في الإصابة باضطرابات الأكل. فمشكلات الطفولة كالفقر، النزاع على الطعام، مشاكل الجهاز الهضمي، أو تناول وجبات غير صحية تسهم في ظهور الاضطراب. كما أن خصائص مرحلة المراهقة، بما فيها التغيرات الهرمونية وضغوط النضج، والتوقعات الثقافية المتعلقة بالجسم، تزيد من حدة المشكلة. وترتبط باضطرابات الأكل اضطرابات نفسية أخرى مثل:

- الإيميتوفوبيا (الخوف من التقيؤ): حيث يضع المصاب معايير صارمة لنظافة الطعام كعدم لمس الآخرين لطعامه، مما يؤدي إلى العزلة الاجتماعية خوفًا من المشاركة والتقيؤ، وقد يصل به إلى فقدان الشهية العصبي.

- الفوبوفوبيا (رهاب الطعام): اضطراب قلق يتميز بالخوف من الأكل، وعادة ما يبدأ بتجربة مؤلمة أثناء الأكل كالاختناق أو صعوبة أو ألم شديد في البلع (Shapiro وآخرون).

كذلك يُربط اضطراب النهم العصبي بالاعتداء الجنسي الذي يقع على الشخص، باعتباره عاملاً خطراً رئيسياً للإصابة باضطرابات الأكل، وقد أظهرت الدراسات أن هذا الارتباط أقوى بالنهم العصبي مقارنة بفقدان الشهية العصبي. (صالح، 2018، ص. 400-402)

4-3- الأسباب الاجتماعية:

يساهم الترويج للنحافة في بعض المجتمعات بوصفها الشكل الأنثوي المثالي عبر وسائل الإعلام في تطور فقدان الشهية العصبي، كما أن تبادل الأفكار المشجعة على فقدان الوزن يسهم في استمرار الاضطرابات لدى المصابين (Lindberg & Hjern، 2003). ومع ذلك، يعتمد رضا الفرد عن صورة جسده على أحكام الآخرين وتقييماتهم، ويتأثر بشدة بالنمط الجسدي المثالي في ثقافته. يتفرع اضطراب الأكل إلى نمطين أساسيين: اضطراب النهم العصبي واضطراب فقدان الشهية العصبي. (الوكيل وآخرون، 2022، ص. 286)

5- أنواع اضطرابات الأكل:

يُصنّف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM، 1994) اضطرابات الأكل إلى نوعين رئيسيين:

5-1- فقدان الشهية:

ويجب التمييز بين نوعين:

فقدان الشهية العضوي: وهو نقص جزئي أو كلي في الرغبة بالأكل بسبب أسباب عضوية جسدية في الأساس، ويظهر كعرض مصاحب للعديد من الأمراض العضوية والنفسية مثل أمراض الجهاز الهضمي الخطيرة، سرطان المعدة أو القولون، كما يحدث عادةً في حالات التهاب الكبد الوبائي المعدي، واضطرابات الغدد الصماء (كقصور الغدة الدرقية أو انخفاض وظائف الغدة النخامية).

وقد يظهر فقدان الشهية العضوي أيضًا ضمن أعراض داء السكري، أورام الدماغ وغيرها. (ضيف، 2024، ص 87)

فقدان الشهية العصبي: يُعد فقدان الشهية العصبي من الاضطرابات النفسوجسدية (السيكوسوماتية) التي تتوزع غالبًا بين الإناث، خاصة في مرحلة المراهقة. تُعاني المصابة من تشوّه في صورة جسمها وخوف غير منطقي من زيادة الوزن. وهي حالة خطيرة تتضمن إحجام الفرد عن الطعام أو رفضه، مما يؤدي إلى نقص الوزن وفقدان الحيوية، وقد يصل الأمر إلى الوفاة إذا لم يُعالج. تحدث هذه الحالة غالبًا لدى المراهقات اللواتي يعانين من مشكلات انفعالية مرتبطة بمفهوم الذات الجسدي (أي تصوّر أجسامهن). (ملال ومحززي، 2022، ص. 337)

كما يُعرّف فقدان الشهية العصبي بأنه رفض لا شعوري للطعام يؤدي إلى نقص وزن الجسم، وخوف شديد من زيادة الوزن، واضطراب في صورة الجسم، وقد يتخلّف هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات الشراهة. وهو اضطراب مرتبط بشكل الجسم، ويتميز بالعزوف عن الطعام بقصد النحافة، والهزال الشديد، والانشغال الدائم بشكل الجسم، واستخدام استراتيجيات مناسبة لتجنب زيادة الوزن.

5-2- الشره العصبي:

هو حالة مرضية تتميز بالإفراط في تناول الطعام بما يزيد عن حاجة الفرد لفترات طويلة بهدف الإشباع. وعادةً ما يكون المصاب من ذوي الوزن المتوسط أو فوق المتوسط، ويفقد القدرة على التوقف أثناء الأكل، ولا يتوقف إلا عند نفاد الطعام. (صادق، 2024، ص. 326)

5-2-1-أنواع الشره العصبي:

ينقسم إلى:

- النوع الشره: أثناء نوبات الشراهة، قد يُجبر الشخص المضطرب نفسه على التقيؤ أو يفرط في استخدام المليينات.
 - النوع غير الشره (التعويضي): حيث يبالغ في السلوك التعويضي مثل اللجوء إلى الامتناع عن الطعام لفترات (الصيام) أو إجبار النفس على ممارسة رياضة عنيفة.
- (مصطفى، 2011، ص. 210)

6-أعراض اضطرابات الأكل :

6-1-أعراض فقدان الشهية العصبي:

- ذكرت العديد من المراجع في هذا الصدد أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يظهر في الأعراض الآتية:
- 1- انخفاض الوزن.
 - 2- (اضطرابات المعدة) تتراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالانتفاخ ...الخ..
 - 3- الاستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم.
 - 4- الجفاف (للجلد والحلق).
 - 5- حدوث ازرقاق في الأطراف.
 - 6- نوبات من الصرع.
 - 7- السرقة.
 - 8- الدخول في حفلات الأكل ثم السرعة في التقيؤ العمدي أو أخذ مليينات حتى لا يبقى الطعام في معدته (أو يستفيد منه الجسم).
 - 9- التدقيق في اختيار أنواع معينة من الطعام (غالباً ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة).
 - 10- القيام (أو إجبار الشخص لنفسه بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبة منه في حرق) الدهون التي (يدرك) أنها (متراكمة) في أماكن كثيرة بالجسم.
 - 11- التحديق في المرأة بهدف الاطمئنان على أنه لم (يزد وزنه بالصورة الملفتة للنظر - حتى وأن كان الأمر على غير ذلك.
 - 12- تناقص الاهتمام بالجنس، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة أو شريك الحياة نهائياً.

- 13- حدوث تغييرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان.
- 14- إن غالبية (مضمون الأحلام) تدور حول الجسد البدين) وأنه لا شعورياً) يرغب في أن يكون جسده (في المعدل الطبيعي - حتى وإن كان الأمر على عكس ذلك).
- (مصطفى، 2016، ص203-204)

6-2- أعراض الشره العصبي:

يمكن تلخيص هذه الأعراض والتي تتباين وفقاً لما يلي:

- 1- الوقت الذي قضاه المريض الذي يعاني من هذا الاضطراب من معاناة الشره (إدمان المرض).
- 2- قدرة الجسم على تحمل الخلل أو انعدام التوازن الكيميائي فيه.
- 3- تكرار و انتظام عملية الشراهة والتقيؤ.
- 4- نوعية الطعام الذي يتم تناوله خلال نوبة الشراهة والتقيؤ.
- 5- الانشغال الدائم والتفكير المستمر الذي يقترب من القهر في الأكل، ونهم لا يقاوم إلى تناول الطعام.
- 6- تكرار نوبات التهام الأكل بشراهة
- 7- الأكل فترات متقطعة من الوقت (مثلاً خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام قطعاً تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفي نفس هذه الظروف.
- 8- الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة.
- 9- محاولات من الشخص في التحكم لزيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية:
 - ✓ تعتمد القيء.
 - ✓ الاضطرابات السلوكية والانفعالية
 - ✓ سوء استخدام المليينات.
 - ✓ الصيام.
 - ✓ التمرينات الرياضية المفرطة.
- 10- بعض مرضى الشره يكونون ضمن معدل الوزن الطبيعي، والبعض الآخر يكونون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن.
- 11- يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.

12- انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم انتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر .
(نفس المرجع السابق، ص210-211)

7-معايير تشخيص اضطرابات الاكل:

تتمثل محكات تشخيص اضطرابات الاكل وفق(DSM5) فيما يلي :

1-1-فقدان الشهية العصبي: Anorexia Nervosa

ويورد الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للأمراض النفسية (DSM5)محكات تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي كما يلي:

أ/قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس والمسار التطوري، والصحة البدنية. انخفاض ملحوظ في الوزن يعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع.

ب/خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدني بشكل كبير.

ج/اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله، أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.

ملاحظة للترميز: ان رمز -10-ICD يعتمد على النوع الفرعي (انظر أدناه)

تحديد ما إذا كان:

❖ نمط مقيد (F50.01):

خلال الثلاثة أشهر الماضية، لم يخطر الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية). يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي أنجز فيها فقد الوزن أساساً عبر الحمية، الصيام، و / أو التمارين المفرطة.

❖ نمط النهم /الإسهال (F50.02) :

خلال الثلاثة أشهر الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية).

تحديد ما إذا كان:

- ✓ في هدأة جزئية بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً. فالمعيار (أ) (وزن الجسم المنخفض) لم يتحقق لفترة مطولة، ولكن إما المعيار (ب) (خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن أو معيار ج) (اضطرابات في الإدراك الذاتي للوزن والشكل) لا يزالان متحققان.
- ✓ في هدأة كاملة بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فإن أيّاً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

❖ تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة للكبار، على مؤشر كتلة الجسم الحالية (BMI) (انظر أدناه)، أو بالنسبة للأطفال والمراهقين على مؤشر كتلة الجسم بالنسبة المئوية النطاقات أدناه مستمدة من فئات منظمة الصحة العالمية للنحافة عند البالغين، عند الأطفال والمراهقين، فمؤشر كتلة الجسم المئوية المقابل يجب أن يستخدم. ويمكن زيادة مستوى الشدة لتعكس الأعراض السريرية، ودرجة العجز الوظيفي، والحاجة إلى الإشراف.

- BMI >17 kg/m2 خفيف
- BMI 16-16.99 kg/m2 متوسط
- BMI 15-15.99 kg/m2 شديد
- BMI <15 kg/m2 متطرف
- BMI 16-16.99 kg/m2 متوسط
- BMI 15-15.99 kg/m2 شديد
- BMI <15 kg/m2 متطرف (الحمادي، ب، س، ص 130-131)

7-2- Bulimia Nervosa (F50.2) النهم العصبي:

- ويورد الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للأمراض النفسية (DSM5) محكات تشخيص اضطراب النهم العصبي (الشراهة العصبي) كما يلي:
- أ/نوبات معاودة من الشراهة عند الأكل. وتتصف نوبة الشراهة عند الأكل بكل مما يلي:
 - أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. وذلك في فترة منفصلة من الوقت (مثال، خلال أي فترة ساعتين).

• إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

ب/سلوكيات تعويضية غير مناسبة متكررة لمنع كسب الوزن مثل افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة.

ج /يحدث كل من الشره عند الأكل والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر.

د/يتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم.

هـ/لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات فقد الشهية العصبي.

تحديد ما إذا كان:

✓ **في هدأة جزئية:** بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً. فبعض المعايير وليس جميعها لا يزال موجوداً لفترة مطولة من الوقت.

✓ **في هدأة كاملة:** بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً، فإن أيّاً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

❖ **تحديد الشدة الحالية:**

ويستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر السلوكيات التعويضية غير المناسبة (انظر أدناه). ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي.

- **خفيف:** بمعدل 1-3 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.
 - **متوسط:** بمعدل 4-7 نوب من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.
 - **شديد:** بمعدل 8-13 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.
 - **المتطرف:** بمعدل 14 نوبة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.
- (نفس المرجع السابق، ص132)

8-علاج اضطرابات الأكل:

8-1-العلاج بالعقاقير (Pharmacotherapy):

عادةً ما يكون دور التدخل الدوائي مقتصرًا في العلاج، بينما يأتي الجزء الأكبر من الفاعلية من العلاجات النفسية. ويوصي المختصون بالعلاج النفسي بعدم الاستمرار في تناول

الأدوية لفترات طويلة. من الأدوية المفيدة في علاج الشره العصبي، مضادات الاكتئاب التي ثبتت فعاليتها في تحسين الاضطرابات المزاجية واضطرابات القلق

أما في علاج فقدان الشهية العصبي، فيُستخدم العديد من العقاقير، ويفضل بعض الأطباء استعمال مضادات الاكتئاب، مع مراعاة البدء بجرعات مخفضة نظرًا للنقص الشديد في وزن المريض. كما يمكن اللجوء إلى التغذية عبر الأنبوب، ويُمكن إعطاء المريض ثلاثة آلاف سعر حراري يوميًا.

ويرى عادل عبد الله (2000) أن العلاج الدوائي يركز على مضادات الاكتئاب التي تشمل مشتقات السيروتونين. ورغم أنها أظهرت بعض الفاعلية في هذا المجال، إلا أنها غالبًا ما تكون غير مفضلة بسبب آثارها الجانبية غير المرغوب فيها، مثل الامتناع الشديد عن الطعام الذي قد يصل إلى درجة فقدان الشهية، مما قد يؤدي إلى حدوث انتكاسة بعد انتهاء العلاج. (مصطفى، 2011، ص 217)

8-2- العلاج السلوكي المعرفي:

يُعد العلاج السلوكي المعرفي من أكثر الطرق العلاجية الموثوقة والمستخدمة حديثًا في علاج فقدان الشهية العصبي والشره العصبي. يحفز المريض من خلاله على معارضة القيم المجتمعية المتعلقة بمعايير الجاذبية الجسدية، مما يؤدي إلى تغيير قناعاتهم التي تدفعهم لتجويد أنفسهم خشية زيادة الوزن. كما يُساعد المريض على إدراك أن الوزن الصحي يمكن الحفاظ عليه دون حاجة إلى أنظمة غذائية قاسية، وأن الحرمان من الطعام يؤدي غالبًا إلى الشراهة. يُوضّح للمريض أنه لم يخسر كل شيء بمجرد تناوله قسمة واحدة من الأطعمة عالية السعرات، وأن تناول أطعمة خفيفة بين الوجبات الرئيسية لا يتطلب بالضرورة أن يؤدي إلى شراهة يتبعها قيء مستحث أو استخدام ملينات، وبذلك فإن تغيير فكرة "كل شيء أو لا شيء" يساعد المريض على الأكل بشكل طبيعي. كما يتعلم المريض التعبير عن أنفسهم ومواجهة المتطلبات التي يفرضها الآخرون عليهم.

الهدف الرئيسي من العلاج في حالة الشره العصبي هو الوصول إلى أنماط غذائية طبيعية، ولمساعدة المريض على تغيير نظرتة تجاه نفسه، يواجه المعالج تلك الأفكار تدريجيًا وبقوة. في العلاج السلوكي المعرفي، يعمل كل من المعالج والمريض معًا لتحديد الأحداث والأفكار والمشاعر التي تُحدث الشراهة، ثم يتم توضيح طرق التصرف مع تلك المواقف.

(شويخ، 2017، ص 692-693)

يُذكر أن العلاج السلوكي المعرفي، رغم تاريخه القصير نسبياً كأسلوب يُستخدم مع فقدان الشهية العصبي، إلا أنه يُعتبر من الأساليب المنتشرة التي أثبتت فعالية كبيرة في هذا المجال. (صادق، 2008، ص 103)

8-3- العلاج الأسري:

يستند هذا العلاج إلى نظرية الأنظمة، التي ترى أن الأسرة قد تشارك بشكل مباشر أو غير مباشر في نشأة اضطرابات الأكل لدى الأبناء. ويحدث ذلك عبر أساليب التنشئة الوالدية، أو من خلال التعليقات التي تُصدرها الأسرة بشأن طريقة تناول أبنائها للطعام، أو شكل أجسامهم ووزنها. كما أن معاناة الأبناء من اضطرابات الأكل قد تؤدي ارتباطاً وقلقاً للوالدين، خصوصاً عندما يفتقران إلى المعلومات الكافية وإلى معرفة الطريقة المناسبة للتعامل مع مثل هذه الحالات. ومن هنا ظهرت ضرورة إشراك الأسرة، وخصوصاً الوالدين، في برنامج علاج اضطرابات الأكل. إذ بينت الدراسات وجود علاقة وثيقة بين المناخ السائد داخل الأسرة، والنظام والقيم الحاكمة فيها، والعلاقات بين أفرادها من جهة، وبين اضطرابات الأكل عند الأبناء من جهة أخرى.

لذلك يلمح العلاج الأسري من أهم العلاجات المستخدمة في اضطرابات الأكل، خاصة في حالة فقدان الشهية العصبي، حيث يتمثل الهدف هنا في مساعدة المريض على استعادة وزنه. ويمكن للوالدين أن يلعبوا دوراً مهماً في ذلك، ليس فقط من خلال إطعام المريض -وهو أمر قد يكون ضرورياً- بل أيضاً عبر جعله يُدرك حاجته إلى العلاج، والحفاظ على دافعيته للعافية. وتوجد بعض الأدلة على أن العلاج الأسري قد يكون مفيداً، خاصة مع مرضى فقدان الشهية من صغار السن. (صادق، 2008، ص 94-95)

خلاصة:

يُعتبر اضطراب الأكل أحد الأمراض النفسية التي تصيب بعض الأشخاص، وغالباً ما يظهر كرد فعل لمواجهة حدث صادم أو مشكلة معينة. يؤدي هذا الاضطراب إلى تأثيرات سلبية على الصحة النفسية والجسدية للمريض. وعادةً ما تصاحب اضطرابات الأكل موجة من الأفكار والمشاعر المؤلمة التي تجعل الشخص يفقد السيطرة على كمية الطعام التي يتناولها، سواء بالإفراط فيه أو بالتقليل الشديد إلى درجة حرمان جسده من حاجته الأساسية للغذاء.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

للدراصة الميدانية

تمهيد

- 1- منهج الدراسة.
- 2- الدراسة الاستطلاعية.
- 3- حدود الدراسة.
- 4- مجتمع الدراسة.
- 5- عينة الدراسة
- 6- أدوات الدراسة.
- 7- الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة فرضيات الدراسة خلاصة

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل تحديد المنهج المتبع أولاً ثم الدراسة الاستطلاعية ثانياً، يليه تحديد مجتمع وعينة الدراسة، وأخيراً أدوات البحث أو الدراسة. كل هذه العناصر هي ذات أهمية منهجية تسلسلية تعطي للبحث الآليات الصحيحة للوصول إلى أهدافه التي انطلق منها.

1- منهج الدراسة:

القيام بأي دراسة على الباحث اختيار وإتباع منهج يناسب موضوع الدراسة فالمناهج تختلف باختلاف الموضوع.

المنهج: هو الطريقة أو الأسلوب الذي يسلكه الباحث في تقصي الحقائق العلمية وفي أي فرع من فروع المعرفة وفي أي ميدان من ميادين العلوم النظرية والعلمية.

(عناية، 2008، ص 17)

ولقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي بأساليبه الإستكشافي والمقارن والإرتباطي في هذه الدراسة على اعتبار أنه المنهج الأنسب لدراسة الموضوع لعدة أسباب: أولاً: طبيعة الظاهرة المدروسة وهي ظاهرة نفسية وسلوكية قائمة بالفعل، والهدف الأساسي هو وصفها وتفسيرها كما هي، وليس تغييرها أو التدخل فيها. ثانياً: توافق أهداف الدراسة مع المنهج الوصفي، حيث تهدف الدراسة إلى وصف مستويات المتغيرات والكشف عن العلاقات الارتباطية بينها، والمقارنة بين الجنسين.

ثالثاً: تنوع الفرضيات بين وصفية الفرضيات (1، 2، 3) وارتباطية الفرضيات (4، 5) ومقارنة الفرضيات (6، 7، 8)، وهذا يستدعي استخدام الأساليب الثلاثة ضمن المنهج الوصفي.

رابعاً: طبيعة أدوات الدراسة المقاييس النفسية التي تجمع بيانات كمية، وتُحلل إحصائياً باستخدام أساليب مناسبة كالتكرارات والنسب المئوية، ومعامل الارتباط واختبار كا²، واختبارات وكلها تتناسب مع المنهج الوصفي.

وبناءً على ما سبق، يمكن القول إن المنهج الوصفي كان الخيار الأمثل لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها واختبار فروضها.

2- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي المدخل الذي ينطلق من الباحث ليضبط ما تحتاجه دراستها نظريا وميدانيا، كما تعتبر دراسة استكشافية للباحث بغرض الحصول على معلومات أولية حول الموضوع، كما تسمح لنا بالتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة في الميدان، ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستخدمة.

2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

ولقد تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها في النقاط التالية:

- ✓ التعرف على الظاهرة المرغوب دراستها.
- ✓ ضبط إشكالية الدراسة.
- ✓ جمع المعلومات والبيانات من الظاهرة.
- ✓ الوقوف على بعض الصعوبات التي يمكن أن يواجهها الباحث عند التطبيق.

2-2- اجراءات الدراسة الاستطلاعية:

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية ثلاثون (30) تلميذا، اختيروا بطريقة قصدية من تلاميذ الطور الثانوي بثانوية الشهيد الساسي رضواني وثانوية محمد العيد آل خليفة.

3- حدود الدراسة الأساسية:

تمثلت حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

3-1- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الأساسية في ثانويتين (02) وهما:

- ✓ ثانوية الشهيد الساسي رضواني.
- ✓ ثانوية الشهيد محمد العيد آل خليفة.

3-2- الحدود الزمنية:

تم اجراء الدراسة الحالية في شقها التطبيقي خلال فترة الممتدة بين 26/04/2026 إلى 30/04/2026.

3-3- الحدود البشرية:

تم اجراء الدراسة الحالية في شقها التطبيقي على عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية اللذين يستخدمون الانترنت بمختلف مستوياتهم وشعبهم.

4- مجتمع الدراسة:

المجتمع هو الهدف الأساسي من الدراسة حيث الباحث في النهاية يعمم النتائج استناداً عليه. (بوعاية، 2017، ص 43)

ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع تلاميذ الثانويات الذين يزاولون دراستهم في الثانويتين المذكورة سابقاً.

5- عينة الدراسة:

5-1- عينة الدراسة الاستطلاعية: تم اختيار عينة قصدية من التلاميذ المراهقون المستخدمون للإنترنت تكونت من (30) تلميذ وتلميذة.

5-2- عينة الدراسة الأساسية: طبقت الدراسة على عينة قصدية قوامها (100) تلميذ وتلميذة يستخدمون الإنترنت بالثانويتين المذكورة سابقاً " بالوادي " ومن مختلف الشعب، والموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 1: يوضح توزيع التلاميذ حسب الثانويات:

المؤسسة	عدد التلاميذ المشاركين
ثانوية الشهيد ساسي رضواني	58
ثانوية الشهيد محمد العيد آل خليفة	42

5-2-1- خصائص العينة تبعا لمتغير الجنس:

جدول رقم 2: يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس:

الجنس	العدد	النسبة
ذكور	49	49%
إناث	51	51%
المجموع	100	100%

من خلال الجدول رقم (02) يتضح أن عينة الدراسة تكونت من (49) ذكر بنسبة (49%) و(51) أنثى بنسبة (51%).

6- أدوات الدراسة:

لأجل فهم وتفسير الظاهرة محل الدراسة فقد كان لابد أن نلجأ في ذلك إلى استخدام مجموعة من الأدوات البحثية، وهذا بهدف الوقوف على كل جوانب المشكلة البحثية ما ظهر منها وما بطن، حيث استعانت الباحثتين في هذه الدراسة بمقاييس لقياس الظاهرة المدروسة.

6-1- مقياس ادمان الانترنت ليونغ (young1998):

تم تطوير القائمة التشخيصية ليونغ (1996-1998) المكونة من ثمانية فقرات والمقتبسة من (1994) DSM-IV، وأضافت لها 12 فقرة، وهي تقيس النواحي السلبية من الاستخدام المفرط للإنترنت، وصمم الاختبار في ضوء مقياس ليكرت ماسي التدرج على خمس اختبارات هي: بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، بدرجة قليلة جداً. (السيد عمار، 2011، ص104)

6-1-1- تصحيح المقياس:

تأخذ الاستجابة على بدرجة كبيرة جداً (5) درجات، والاستجابة بدرجة كبيرة (4) درجات، والاستجابة بدرجة متوسطة (3) درجات، والاستجابة بدرجة قليلة (2) درجة، والاستجابة بدرجة قليلة جداً تأخذ (1) درجة.

والدرجة على الاختبار تقع في المدى من 20 حتى 100، حيث يصنف الفرد من حيث استخدامه للإنترنت في أحد الثلاثة تصنيفات الآتية:

✓ **الدرجة في المدى من 20 حتى 39:** تدل أن الفرد يستخدم الانترنت بصورة عادية ويستطيع أن يتحكم في استخدامه.

✓ **الدرجة في المدى من 40 حتى 69:** تدل أن الفرد يعاني من مشاكل متكررة نتيجة استخدامه للإنترنت، ولكنه لم يصل إلى مرحلة المدن.

✓ **الدرجة في المدى من 70 حتى 100:** تدل أن الفرد لديه مشاكل جوهرية نتيجة استخدامه للإنترنت، الفرد في هذا المدى يعاني من ادمان الانترنت ويوصف بالمدمن. أما الصورة العربية منه قام بترجمتها وتقسيمها على البيئة العربية الدكتور عبد الناصر السيد عمار، وقام باستخراج الصدق والثبات بعدة طرق.

6-1-2- صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس بعدة طرق منها:

- **الصدق التقاربي:** لتقدير الصدق التقاربي على عينة قوامها (1433) طالب وطالبة تم حساب الارتباط بين اختبارين، لقياس نفس المفهوم، اختبار ادمان الانترنت ليونغ 1998 المكون من 20 فقرة والدرجة الكلية الاستبيان التشخيص ليونغ 1996 المكون من ثمانية (8) فقرات، وكانت معاملات الارتباط دالة احصائياً عند 0.01 وهذا يعني أن الاختبار يتمتع بالصدق التقاربي.

• **الصدق التعميمي:** تم اختيار عينة مكونة من 1200 طالب وطالبة في المراحل التعليمية المختلفة وتم تقدير مصفوفة الارتباط للمفردات العرين كمدخل لإجراء التحليل العلمي التوكيدي حتى يتم التأكد من مدى القدرة التعميمية، وبعد المعالجة يتضح أن مؤشر الصدق التعميمي 0.56 ومن الاختبار له قدرة تعميمية عالية.

3-1-6- اثبات المقياس:

تقدير معامل الثبات العشرين للاختبار باستعمال معامل الفا وبلغ قيمته 0.7 وذلك للعينة 260 تراوح معامل الارتباط المصحح من 0.30 إلى 0.56، ويتضح أن ثبات الاختبار لمفرداته العشرون جيد. (نفس المرجع السابق، ص 130-140)

2-6- مقياس اضطرابات النوم لأنور حمودة النبا:2007:

1-2-6- وصف مقياس اضطرابات النوم في صورته الاولى:

بعد الاطلاع على الادب التربوي والنفسي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلات الدراسة استطلاع رأي عينة من المفحوصين عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي، وبعد الاطلاع على اختبار سلوكيات النوم قام الباحث ببناء المقياس وفقا للخطوات التالية:

- تحديد المجالات الرئيسية التي شملها المقياس
- صياغة الفقرات التي تقع تحت كل مجال.
- اعداد المقياس في صورته الاولى والتي شملت 41 فقرة

تم عرض المقياس على (7) من المحكمين والتربويين والنفسانيين، وبعد اجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون تم حذف فقرتين وكذلك تم تعديل صياغة بعض الفقرات وقد بلغ عدد الفقرات المقياس بعد صياغتها النهائية (39) فقرة موزعة على 6 مجالات حيث اعطى لكل فقرة وزن مدرج وفق سلم متدرج ثلاثي (تنطبق بدرجة محدودة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة عالية)، لتحديد درجات اضطرابات النوم وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين 0 إلى 117 درجة. (البناء، 2007، ص 608)

وهي موزعة في الجدول التالي:

جدول رقم 3: يوضع توزيع عبارات مقياس اضطرابات النوم على مجالاته وأبعاده:

المجال	البعد	الفقرات
اضطرابات صعوبات النوم	اضطراب الارق	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

16-15-14-13-12-11	اضطراب فرط النوم	
-22-21-20-19-18-17 23	اضطرابات جدول النوم واليقظة	
-29-28-27-26-25-24 33-32-31-30	اضطرابات احلام النوم المزعجة والكوابيس	اضطرابات مصاحبات النوم
36-35-34	اضطرابات التجول أثناء النوم	
39-38-37	اضطراب الكلام أثناء النوم	

❖ طريقة الإجابة:

تتم عن طريق اخيار أحد البدائل الثلاث تنطبق بدرجة محدودة (1) تنطبق بدرجة متوسطة (2)، تنطبق بدرجة عالية (3)، أقصى درجة يتحصل عليها الفرد (3) وأدنى درجة (1).

6-2-2-إعادة حساب صدق وثبات مقياس اضطرابات النوم في البيئة المحيطة:

❖ حساب صدق الاتساق الداخلي:

هو معرفة مدى ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية لكل بعد من ابعاد المقياس وتستخدم هذه الوسيلة الإحصائية كمحك دالي لقياس مدى صلاحية العبارات ومعرفة ما يقيس الاختبار أو بمعنى آخر صدق المضمون. (بوعاية، 2017، ص 47)

لقد تم حساب صدق الاتساق الداخلي لقياس اضطرابات النوم في الدراسة الحالية باستخدام معامل الارتباط بيرسون استخراج معامل الارتباط كل عبارة بالدرجة البعد الذي ينتمي إليه كما ظهر في الجدول التالية:

❖ بعد اضطراب الأرق:

جدول رقم 4: يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب الأرق

رقم العبارة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
1	0.74**	0.001
2	0.72**	0.01
3	0.60**	0.01
4	0.70**	0.01
5	0.69**	0.01
6	0.69**	0.01
7	0.52**	0.01
8	0.69**	0.01
9	0.58**	0.01
10	0.55**	0.01
بعد اضطراب الأرق	1	—

(**) تعني أن البند دال إحصائياً عند مستوى (0.01)

من خلال الجدول يتضح أن كل العبارات التي تنتمي الى بعد إحصائياً في حين اضطراب الارق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) أي لها علاقة بالدرجة الكلية للبعد وتراوحت معاملات الارتباط فيها بين (0.52) و(0.74).

❖ بعد اضطراب فرط النوم:

جدول رقم 5: يوضح علاقة عبارات بعد اضطراب فرط النوم

رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
11	*0.33	0.05
12	**0.59	0.01
13	**0.70	0.01
14	0.83	0.01
15	**0.45	0.01
16	**0.61	0.01
بعد اضطراب فرط النوم	1	–

(**) تعني أن العبارة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)

(*) تعني أن العبارة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05). (نفس المرجع السابق، ص 48-49)

من خلال الجدول يتضح أن كل عبارات هذا البعد دلالة احصائية مع الدرجة الكلية لبعد اضطراب الارق عند مستويي الدلالة (0.01) و(0.05)، تراوحت معاملات الارتباط بين (0.33) و(0.83).

❖ بعد اضطراب جدول النوم:

جدول رقم 6: يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب جدول النوم

رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
17	**0.60	0.01
18	**0.68	0.01
19	**0.77	0.01
20	**0.51	0.01
21	**0.75	0.01
22	**0.72	0.01
23	**0.61	0.01
اضطراب جدول النوم	1	–

(**) تعني أن العبارة دالة احصائياً عند مستوى (0.01)

من خلال الجدول يتضح أن كل العبارات هذا البعد دالة احصائياً مع الدرجة الكلية للبعد عند مستوى الدالة (0.01) تراوحت معاملات الارتباط بين (0.51) و(0.77).
(نفس المرجع السابق، 2017، ص 49)

❖ بعد اضطراب الاحلام المزعجة والكوابيس:

جدول رقم 7: يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب الاحلام المزعجة

رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
24	**0.049	0.01
26	**0.74	0.01
25	0.30	0.06
27	0.30	0.06
28	0.30	0.14
29	**0.58	0.01
30	**0.52	0.01
31	**0.53	0.01
32	**0.49	0.01
33	**0.43	0.01
اضطراب الاحلام المزعجة والكوابيس	1	-

(**) تعني أن العبارة دالة احصائياً عند مستوى (0.01)

(*) تعني أن العبارة دالة احصائياً عند مستوى (0.05)

من خلال الجدول يتضح أن العبارات التي تحمل الارقام (26-27-28) غير دالة إحصائياً وجب حذفها، في حين باقي البنود لبعد اضطراب الاحلام المزعجة والكوابيس لها دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) تراوحت معاملات الارتباط بين (0.23) و(0.74)

❖ بعد اضطراب التجوال أثناء النوم:

جدول رقم 8: يوضح علاقة العبارات بالدرجة الكلية لبعد اضطراب التجول أثناء النوم

رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
34	**0.80	0.01
35	**0.88	0.01
36	**0.77	0.01
اضطراب التجول أثناء النوم	1	–

(**) تعني أن العبارة دالة احصائياً عند مستوى (0.01)

من خلال الجدول يتبين أن العبارات الثلاث دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.77) و(0.8)

(نفس المرجع السابق، 2017، ص 49-50)

❖ بعد اضطراب الكلام أثناء النوم:

جدول رقم 9: يوضح علاقة عبارة بعد اضطراب الكلام أثناء النوم

رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
37	**0.85	0.01
38	**0.93	0.01
39	**0.89	0.01
مشكلات مفهوم الذات	1	–

(**) تعني أن العبارة دالة احصائياً عند مستوى (0.01)

من خلال الجدول يتضح أن كل العبارات لها علاقة بالدرجة الكلية للبعد عند مستوى الدلالة (0.01) وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والمجالات التي تنتمي إليها.

❖ مجال اضطرابات صعوبات النوم:

جدول رقم 10: يوضح علاقة كل بعد بالدرجة الكلية لمجال اضطرابات صعوبات النوم

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	مجال اضطرابات صعوبات النوم
0.01	**0.78	اضطراب الارق
0.01	**0.69	اضطراب فرط النوم
0.01	**0.75	اضطراب جدول النوم
–	1	الدرجة الكلية للمجال

(**) تعني أن العبارة دالة احصائياً عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول أعلاه كل معاملات الارتباط من أبعاد التي تنتمي إلى مجال ارتباطات صعوبات النوم والدرجة الكلية للمجال دالة إحصائياً عند المستوى (0.01)، في حين تراوحت معاملات الارتباط بين (0.69) و(0.87)، وذلك ما أكد صدق اتساق محتوى الأبعاد والدرجة الكلية لمجال اضطرابات صعوبات النوم.

(نفس المرجع السابق، 2017، ص 51)

❖ اضطرابات مصاحبات النوم:

جدول رقم 11: يوضح علاقة كل بعد لمجال اضطرابات مصاحبات النوم

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	مجال اضطرابات مصاحبات النوم
0.01	**0.93	اضطراب الاحلام المزعجة والكوابيس
0.01	**0.68	اضطراب جدول النوم
0.01	**0.57	اضطراب الكلام أثناء النوم
–	1	الدرجة الكلية للمجال

(**) تعني أن العبارة دالة احصائياً عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول أعلاه أن كل معاملات الارتباط بين أبعاد التي تنتمي إلى مجال اضطرابات مصاحبات النوم والدرجة الكلية للمجال دالة إحصائياً عند المستوى (0.01)، في حين تراوحت معاملات الارتباط بين (0.57) و (0.93)، وذلك ما أكد صدق اتساق محتوى الأبعاد والدرجة الكلية لمجال اضطرابات النوم وفي الأخير تم حساب معاملات الارتباط بين مجالات المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم 12: يوضح علاقة كل بعد لمجال اضطرابات مصاحبات النوم

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	مجالات المقياس
0.01	0.83**	مجال اضطرابات صعوبات النوم
0.01	0.74**	مجال اضطرابات مصاحبات النوم
—	1	الدرجة الكلية للمجال

(**) تعني أن العبارة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول أعلاه كل معاملات الارتباط بين المجالات التي تنتمي إلى المقياس والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند المستوى (0.01)، في حين تراوحت وذلك ما أكد صدق اتساق محتوى المجالات والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم.

من خلال التحليلات السابقة نستنتج أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق ويمكن الاحتفاظ بأغلب عباراته ما عدا العبارات 26-27-28 التي كانت تنتمي إلى بعد اضطراب الأحلام المزعجة والكوابيس. (نفس المرجع السابق، 2017، ص 52)

❖ حساب الصدق الذاتي:

$$\sqrt{\text{الصدق الذاتي} = \text{الثبات}}$$

$$\text{الصدق الذاتي} = 0.88$$

يتضح من هذه القيمة أن المقياس يتمتع بصدق ظاهري عالي أي أنه يقيس ما وضع

لأجله

6-2-3- إعادة حساب ثبات مقياس اضطرابات النوم في البيئة المحلية:

جدول رقم 13: يمثل قيمة معامل ثبات مقياس المشكلات النفسية بتطبيق معادلة الفا كرومباخ

معامل الثبات كرومباخ	مقياس المشكلات النفسية
0.78	

يظهر من خلال الجدول يتضح أن معامل الارتباط الذي قيمته (0.78) عالي جداً، بمعنى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية وبالمقارنة بمعامل الثبات للمقياس الأصلي الذي قيمته (0.1) وهي قيمة متقاربة، أي يمكن تطبيقه على البيئة الحالية للدراسة.

6-2-4- مقياس اضطرابات النوم في صورته المعدلة:

بعد فحص صدق وثبات مقياس المشكلات اضطرابات النوم لأنور حمودة 2007، وحذف بعض العبارات الغير صادقة في بعد اضطراب الاحلام المزعجة لكوابيس، أصبح عدد العبارات (36) عبارة، تمت إعادة ترتيب عباراته وإعادة توزيعها حسب الابعاد من جديد، مثلما هو موضح في الجدول رقم(14).

جدول رقم 14: يوضح توزيع عبارات مقياس اضطرابات النوم في صورتها المعدلة حسب ابعاده

والمجالات التي تنتمي اليها:

المجال	البعد	الفقرات
اضطرابات	اضطراب الأرق	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1
صعوبات	اضطراب فرط النوم	16-15-14-13-12-11
النوم	اضطرابات جدول النوم واليقظة	23-22-21-20-19-18-17
اضطرابات	اضطرابات أحلام النوم المزعجة	30-29-28-27-26-25-24
مصاحبات	والكوابيس	
النوم	اضطرابات التجول أثناء النوم	33-32-31
	اضطرابات الكلام أثناء النوم	36-35-34

(بوعاية، 2017، ص 53)

6-3- مقياس اضطرابات الأكل:

تم إعداد مقياس اضطرابات الأكل من قبل الباحثة سامية محمد صابر عبد النبي بالرجوع إلى الإطار النظري وبعض القياسات السابقة منها : قياس اتجاهات الأكل من إعداد جارنر وآخرون (1983)، اختبار البوليميا من إعداد ثلث وآخرون (1991)، اختبار اتجاهات الأكل من إعداد جارنر (1997)، مقياس فقدان الشهية العصبي إعداد (2000).

يتكون المقياس من 28 عبارة ويقع في بعدين:

البعد الأول: فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا) ويشتمل على العبارات وأرقامها كما يلي:

1.2.4.5.7.9.10.13.14.16.19.20.21.22.24.25.26.28.

البعد الثاني: فرط الشهية العصبي (البوليميا) ويشتمل على العبارات وأرقامها كما يلي:

3.6.8.11.12.15.17.18.23.27.

وتقع الإجابة في ثلاث مستويات هي (نعم، أحيانا، لا) وتقدر "نعم" بثلاث درجات و "أحيانا" بدرجتين، و"لا" بدرجة واحدة، وبذلك تكون الدرجة العظمى لاضطرابات الأكل هي 84، والدرجة الصغرى لاضطرابات الأكل هي 28، وتدل الدرجة المرتفعة في معاناة الفرد من اضطرابات الأكل.

وتكون الدرجة العظمى للأنوركسيا هي 54، والدرجة الصغرى للأنوركسيا هي 18 وتكون الدرجة العظمى للبوليميا هي 30، والدرجة الصغرى للبوليميا هي 10.

6-3-1- صدق قياس اضطرابات الأكل:

❖ صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على 10 محكمين من السادة الأساتذة المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، وتم حذف بعض العبارات وتعديل البعض الآخر بناء على توجيهات السادة المحكمين.

❖ الصدق بطريقة الاتساق الداخلي:

تم تقنين القياس على عينة مكونة من 75 طالبا وطالبة من كلية التربية ببها.
(صابر، 2010، ص15-16)

❖ صدق مفردات قياس اضطرابات الأكل :

صدق مفردات البعد الأول (الأنوركسيا) والبعد الثاني (البوليميا) تم حساب معاملات ارتباط مفردات البعد الأول (الأنوركسيا) ومجموع درجات البعد، وتم حساب معاملات ارتباط مفردات البعد الثاني (البوليميا) ومجموع درجات البعد والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم 15: يمثل معاملات ارتباط مفردات بعد الأنوركسيا ومجموع درجات البعد ومفردات بعد

البوليميا ومجموع درجات البعد

مفردات الأنوركسيا	معامل الارتباط	مفردات البوليميا	معامل الارتباط
1	**0,82	3	**0,54
2	**0,92	6	**0,51
4	**0,52	8	**0,74
5	**0,71	11	**0,83
7	**0,92	12	**0,94
9	**0,68	15	**0,60

**0,63	17	**0,74	10
**0,51	18	**0,72	13
**0,59	23	**0,98	14
**0,64	27	**0,89	16
		**0,55	19
		**0,78	20
		**0,64	21
		**0,82	22
		**0,51	24
		**0,79	25
		**0,59	26
		**0,74	28

**دال عند 10.

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات ارتباط بعد الأنوركسيا ومجموع درجات البعد و معاملات ارتباط بعد البوليميا ومجموع درجات البعد مرتفعة، مما يشير إلى أن القياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

❖ صدق أبعاد قياس اضطرابات الأكل :

تم حساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات البعد والمجموع الكلي لدرجات القياس والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم 16: معاملات الارتباط بين البعد ومجموع درجات القياس

الأبعاد	معامل الارتباط
الأنوركسيا	**0,729
البوليميا	**0,93

**دال عند 0,01

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين درجات البعد ومجموع درجات القياس مرتفعة مما يشير إلى أن القياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

6-3-2- ثبات قياس اضطرابات الأكل :

تم حساب معامل الثبات للقياس ككل على العينة ككل (الذكور والإناث)، ثم عينة الذكور فقط ثم عينة الإناث فقط بطريقة ألفا كرونباخ والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم 17: ثبات القياس على العينة الكلية وعينة الذكور وعينة الإناث:

أفراد العينة	معامل ألفا
الذكور والإناث	0,68
الذكور	0,752
الإناث	0,68

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات القياس على العينة الكلية وعينة الذكور وعينة الإناث مرتفعة مما يشير إلى أن القياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

6-4-دراسة سيكومترية للتحقق من ثبات مقاييس الدراسة:

وقمنا في الدراسة الحالية من إعادة التأكد من ثبات المقاييس التالية: ادمان الانترنت، واضطراب النوم، واضطرابات الأكل على عينة من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية، بطريقة ألفا لكرنباخ كون أن ألفا لكرنباخ يتوافق والمقاييس ذات التدرج الثلاثي فما فوق في الأوزان وهذا ينطبق على المقاييس المطبقة في الدراسة الحالية، والجدول التالي يعرض ذلك:

جدول رقم 18: معاملات الاتساق لألفا كرنباخ لمقياس ادمان الانترنت ومقياس اضطراب النوم

ومقياس اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية

المقاييس	معامل ألفا كرنباخ	عدد البنود
ادمان الانترنت	0.856	20
اضطراب النوم	0.892	36
اضطرابات الأكل	0.860	28

الجدول (18) يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرنباخ لقياس اتساق بنود مقياس ادمان الانترنت البالغ (0.85)، ومقياس اضطراب النوم البالغ (0.89)، ومقياس اضطرابات الأكل البالغ (0.86) لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية، نلاحظ أن قيم معاملات الثبات عالية لدرجة والوثوق بالمقياسين في جمع بيانات هذه الدراسة.

7- الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة فرضيات الدراسة:

استخدمنا الأساليب الإحصائية التالية لمعالجة فرضيات الدراسة عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS_{v27})، وذلك بعد الترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي ومعالجتها:

❖ الإحصاء الوصفي والبياني:

- ✓ التكرارات والنسب المئوية.
- ✓ المتوسطات الحسابية.
- ✓ الانحرافات المعيارية.
- ✓ المضلعات التكرارية
- ✓ معامل ارتباط بيرسون.

❖ الإحصاء الاستدلالي:

- ✓ اختبار كا² (χ^2) Chi-square.test للكشف عن دلالة الاختلاف بين مستويات ادمان الانترنت، ومستويات اضطراب النوم، ومستويات اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.
- ✓ اختبار "Z" للكشف عن دلالة الارتباط بين ادمان الانترنت واضطراب النوم واضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.
- ✓ اختبار "T" T_{test} لعينتين مستقلتين، للكشف عن دلالة الفروق بين الذكور والاناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت، ومقياس اضطراب النوم، ومقياس اضطرابات الأكل.

خلاصة:

من خلال ما تم استعراضه في هذا الفصل، نكون قد وضعنا أهم الاجراءات المنهجية، التي اتبعها الباحثون في الدراسة الاستطلاعية والميدانية لتسهيل عملية جمع وتحليل البيانات بحيث يمكن الاعتماد على نتائجها.

الفصل السادس: عرض وتحليل

وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة.
 2. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.
- الإستنتاج العام وإقتراحات الدراسة

تمهيد:

بعد تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية وتقريغ البيانات ومعالجتها إحصائياً، سيتم من خلال هذا الفصل عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق المقاييس التالية: ادمان الانترنت، واضطراب النوم، واضطراب الأكل على المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية وسينتهي بتفسيرها ومناقشتها.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى: يتميز ادمان الانترنت لدى أغلبية المراهقين

المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.

وللتحقق من صحة الفرضية الأولى قمنا بإجراء اختبار χ^2 Chi-square.test واللابارامتري لحسن التطابق، وبعد التأكد من افتراضات اختبار χ^2 وشروطه كانت النتائج كالتالي: تجدر الإشارة أن الحرف "ت" يعني التكرارات في كل جداول العرض:

جدول رقم 19: دلالة الاختلاف بين مستويات ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة

الثانوية

الدالة الاحصائية	df	القيمة الاحتمالية	قيمة χ^2	%	ت	مستويات ادمان الانترنت
دالة	2	0.000	15.38	17	17	ادمان انترنت منخفض
				34	34	ادمان انترنت معتدل
				49	49	ادمان انترنت مرتفع
				100	100	المجموع

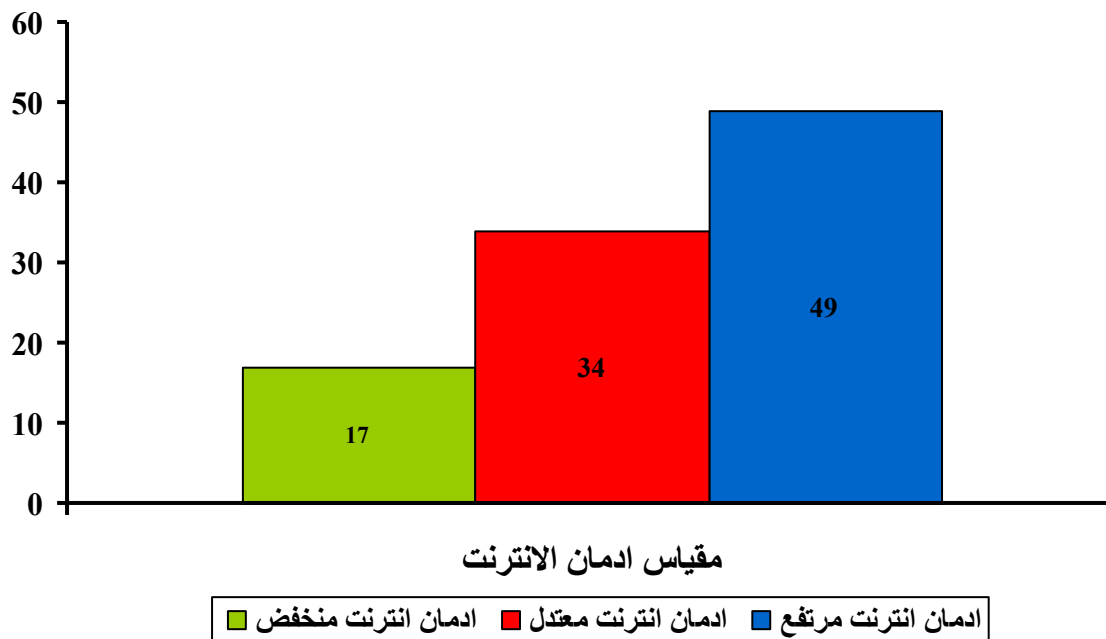
$$\chi^2_{(df=2, \alpha \leq 0.05)} = 5.99$$

يوضح الجدول (19): أن الاختلاف بين مستويات ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية اختلاف جوهري ودال احصائياً، بدليل أن قيمة χ^2 المحسوبة المقدرة بـ: 15.38 أكبر من قيمة χ^2 الجدولة المقدرة بـ: 5.99، وبقيمة احتمالية محسوبة (0.000)

أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي يوجد اختلاف حقيقي بين مستويات ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

وللتفصيل: نجد أن تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المرتفع لإدمان الانترنت المقدر بـ: 49 بنسبة 49% وهي الأكبر، بالمقابل نجد تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المعتدل لإدمان الانترنت المقدر بـ: 34 بنسبة 34% وهي نسبة معتبرة، أما تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المنخفض لإدمان الانترنت المقدر بـ: 17 بنسبة 17%. وهذه النتيجة تدفعنا إلى القبول بالفرضية الأولى المنصوطة بـ: يتميز ادمان الانترنت لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.

والشكل التالي يعرض بياناً مستويات ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.



شكل رقم 1: مستويات ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية

يتضح من الشكل (01) أن تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المرتفع لإدمان الانترنت المقدر بـ: 49 وهو الأكبر، يليه تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المعتدل لإدمان الانترنت المقدر بـ: 34 ثم تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المنخفض لإدمان الانترنت المقدر بـ: 17.

1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية: تتميز اضطرابات النوم لدى أغلبية

المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.

وللتحقق من صحة الفرضية الثانية قمنا بإجراء اختبار χ^2 Chi-square.test

اللابارامتري لحسن التطابق، وبعد التأكد من افتراضات اختبار χ^2 وشروطه كانت النتائج كالتالي: تجدر الإشارة أن الحرف "ت" يعني التكرارات في كل جداول العرض:

جدول رقم 20: دلالة الاختلاف بين مستويات اضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في

المرحلة الثانوية

الدلالة الاحصائية	df	القيمة الاحتمالية	قيمة χ^2	%	ت	مستويات اضطرابات النوم	
دالة	2	0.008	9.62	43	43	اضطرابات نوم منخفضة	مقياس اضطرابات النوم
				19	19	اضطرابات نوم معتدلة	
				38	38	اضطرابات نوم مرتفعة	
				100	107	المجموع	

$$\chi^2_{(df=2, \alpha \leq 0.05)} = 5.99$$

يوضح الجدول (20): أن الاختلاف بين مستويات اضطرابات النوم لدى المراهقين

المتمدرسين في المرحلة الثانوية اختلاف جوهري ودال احصائياً، بدليل أن قيمة χ^2 المحسوبة

المقدرة بـ: 9.62 أكبر من قيمة χ^2 الجدولة المقدرة بـ: 5.99، وبقيمة احتمالية محسوبة (0.008)

أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي يوجد اختلاف حقيقي بين مستويات اضطرابات النوم

لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

وللتفصيل: نجد أن تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المنخفض

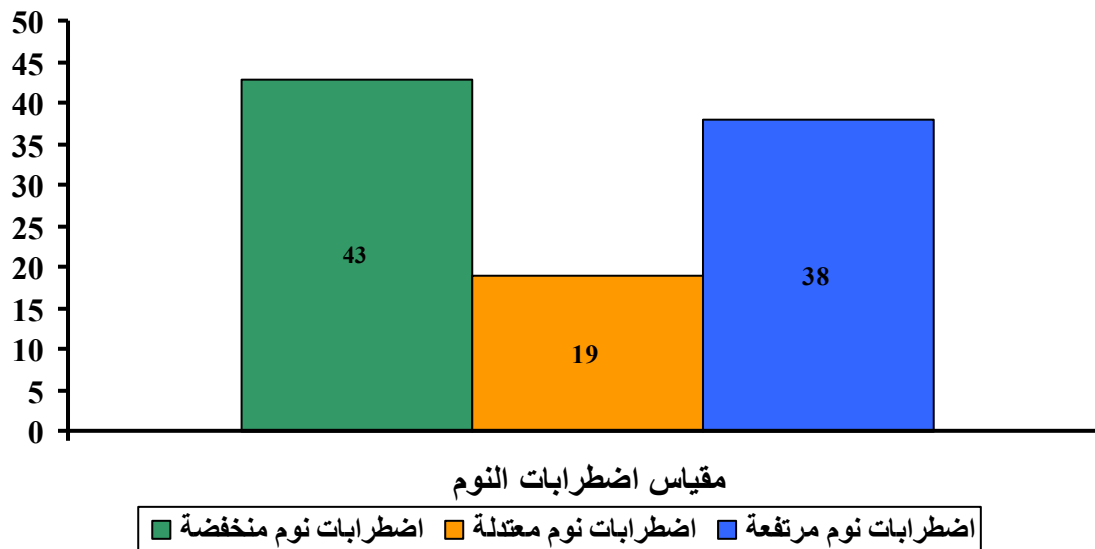
لاضطرابات النوم المقدر بـ: 43 بنسبة 43% وهي الأكبر، بالمقابل نجد تكرار المراهقين

المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المرتفع لاضطرابات النوم المقدر بـ: 38 بنسبة 38%

وهي نسبة معتبرة، أما تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المعتدل

لاضطرابات النوم المقدر بـ: 19 بنسبة 19%.

هذه النتيجة تدفعنا إلى رفض الفرضية الثانية المنصوبة بـ: تتميز اضطرابات النوم لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع. والشكل التالي يعرض بياناً مستويات اضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.



شكل رقم 2: مستويات اضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية

يتضح من الشكل (02) أن تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المنخفض لاضطرابات النوم المقدر بـ: 43 وهو الأكبر، يليه تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المرتفع لاضطرابات النوم المقدر بـ: 38، ثم تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المعتدل لاضطرابات النوم المقدر بـ: 19.

1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة: تتميز اضطرابات الأكل لدى أغلبية

المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع.

وللتحقق من صحة الفرضية الثالثة قمنا بإجراء اختبار χ^2 Chi-square.test واللابارامتري لحسن التطابق، وبعد التأكد من افتراضات اختبار χ^2 وشروطه كانت النتائج كالتالي: تجدر الإشارة أن الحرف "ت" يعني التكرارات في كل جداول العرض:

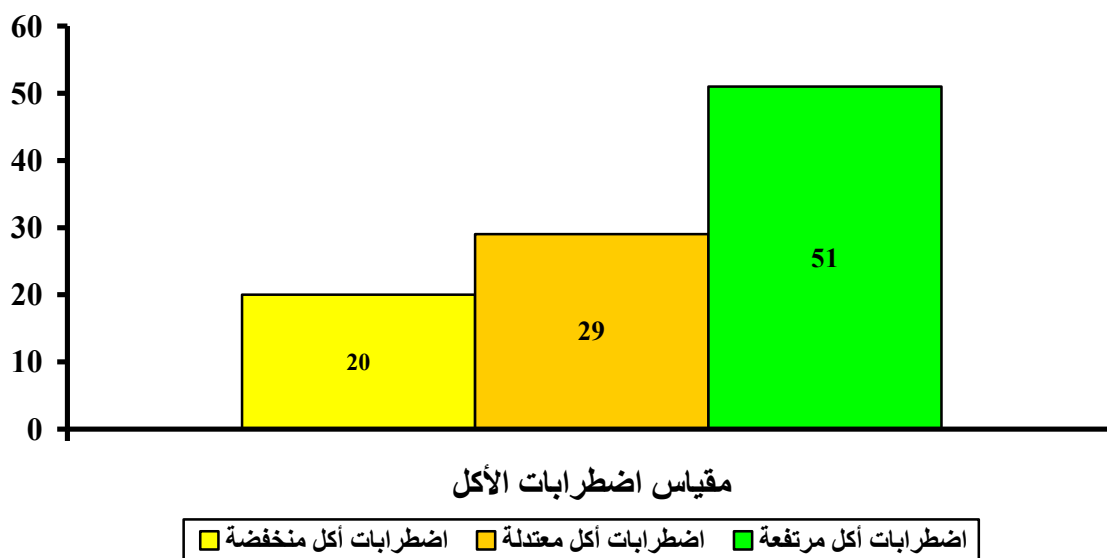
جدول رقم 21: دلالة الاختلاف بين مستويات اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية

الدالة الاحصائية	df	القيمة الاحتمالية	قيمة كا ²	%	ت	مستويات اضطرابات الأكل	
دالة	2	0.000	15.26	20	20	اضطرابات أكل منخفضة	مقياس اضطرابات الأكل
				29	29	اضطرابات أكل معتدلة	
				51	51	اضطرابات أكل مرتفعة	
				100	100	المجموع	

$$\chi^2_{(df=2, \alpha \leq 0.05)} = 5.99$$

يوضح الجدول (21): أن الاختلاف بين مستويات اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية اختلاف جوهري ودال احصائياً، بدليل أن قيمة كا² المحسوبة المقدرة بـ: 15.26 أكبر من قيمة كا² الجدولة المقدرة بـ: 5.99، وبقيمة احتمالية محسوبة (0.000) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي يوجد اختلاف حقيقي بين مستويات اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

وللتفصيل: نجد أن تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المرتفع لاضطرابات الأكل المقدّر بـ: 51 بنسبة 51% وهي الأكبر، بالمقابل نجد تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المعتدل لاضطرابات الأكل المقدّر بـ: 29 بنسبة 29%، أما تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المنخفض لاضطرابات الأكل المقدّر بـ: 20 بنسبة 20%. وهذه النتيجة تدفعنا إلى القبول بالفرضية الثالثة المنصوصة بـ: تتميز اضطرابات الأكل لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع. والشكل التالي يعرض بياناً مستويات اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.



شكل رقم 3: مستويات اضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية

يتضح من الشكل (03) أن تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المرتفع لاضطرابات الأكل المقدر بـ: 51 وهو الأكبر، يليه تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المعتدل لاضطرابات الأكل المقدر بـ: 29، ثم تكرار المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بالمستوى المنخفض لاضطرابات الأكل المقدر بـ: 20.

1-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند

مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين ادمان الانترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

وللتحقق من صحة الفرضية الرابعة قمنا بتطبيق معامل ارتباط بيرسون (r_p) واختبار (Z)

لدلالة الارتباط، وذلك بعد دراسة افتراضاته وشروطه التي تحققت، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 22: دلالة الارتباط بين ادمان الانترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في

المرحلة الثانوية

المتغيرات	معامل ارتباط	قيمة Z_c المحسوبة	قيمة Z_t المجدولة	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
ادمان الانترنت	0.28	2.83	1.96	0.004	دال
اضطرابات النوم					

$$Z_{t, \alpha \leq 0.05} = \pm 1.96$$

يتبين من الجدول (22) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون $r_p=0.28$ وهو ارتباط دال احصائياً بين ادمان الانترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية، بدليل أن قيمة اختبار Z_c المحسوبة المقدّر (2.83) أكبر من قيمة اختبار Z_t الجدول المقدّر (1.96) وبقية احتمالية (0.004) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). أي أن هناك نسبة من التغير في تباين درجات قياس اضطرابات النوم، هو نتيجة التغير في تباين درجات قياس ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية. وهذه النتيجة تدفعنا إلى القبول بالفرضية الرابعة القائلة أنه: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين ادمان الانترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

5-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين ادمان الانترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

وللتحقق من صحة الفرضية الخامسة قمنا بتطبيق معامل ارتباط بيرسون (r_p) واختبار (Z) لدلالة الارتباط، وذلك بعد دراسة افتراضاته وشروطه التي تحققت، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 23: دلالة الارتباط بين ادمان الانترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في

المرحلة الثانوية

المتغيرات	معامل ارتباط	قيمة Z_c المحسوبة	قيمة Z_t الجدولة	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية
ادمان الانترنت	0.34	3.42	1.96	0.000	دال
اضطرابات الأكل					

$$Z_{t, \alpha \leq 0.05} = \pm 1.96$$

يتبين من الجدول (23) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون $r_p=0.34$ وهو ارتباط دال احصائياً بين ادمان الانترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية، بدليل أن قيمة اختبار Z_c المحسوبة المقدّر (3.42) أكبر من قيمة اختبار Z_t الجدول المقدّر (1.96) وبقية احتمالية (0.000) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). أي أن هناك نسبة من التغير في تباين درجات قياس اضطرابات الأكل، هو نتيجة التغير في تباين درجات قياس ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية. وهذه النتيجة تدفعنا إلى القبول بالفرضية الخامسة القائلة أنه: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ()

$\alpha \leq 0.05$) بين ادمان الانترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية.

1-6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة: لا توجد فروق دالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت.

وللتحقق من صحة الفرضية السادسة قمنا بإجراء اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين، وذلك بعد التحقق من افتراضاته وشروطه، والجدول التالي يعرض نتائج اختبار "ت" والدلالة الإحصائية.

جدول رقم 24: دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت

مقياس ادمان الانترنت	العي نة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	قيمة t_c	القيمة الاحتمال	الدلالة الاحص
ذكور	49	56.65	13.94	2.65	0.91	0.36	غير دال
إناث	51	54	15.01				

$$t_{t(df\ 98, \alpha \leq 0.05)} = \pm 1.98$$

يتضح من بيانات الجدول (24) أن متوسط درجات الذكور من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت البالغ (56.65) بانحراف معياري (13.94) ومتوسط درجات الإناث من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت البالغ (54) بانحراف معياري (15.01)، كما جاءت نتيجة اختبار "ت" (0.91) أصغر من قيمة "ت" المجدولة (1.98) بقيمة احتمالية (0.36) أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يدل على أن اختلاف الجنس (ذكور/إناث) لا يؤدي إلى التباين في درجات ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية. وعلى إثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية السادسة القائلة: لا توجد فروق دالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت.

1-7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة: لا توجد فروق دالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم.

وللتحقق من صحة الفرضية السابعة قمنا بإجراء اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين، وذلك بعد التحقق من افتراضاته وشروطه، والجدول التالي يعرض نتائج اختبار "ت" والدلالة الإحصائية.

جدول رقم 25: دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم

مقياس اضطرابات	العي نة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	قيمة t_c	القيمة الاحتمال	الدلالة الاحص
ذكور	49	61.65	14.57	3.60	1.38	0.17	غير دال
إناث	51	65.25	11.36	—	—	—	—

$$t_{t(df\ 98, \alpha \leq 0.05)} = \pm 1.98$$

يتضح من بيانات الجدول (25) أن متوسط درجات الذكور من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم البالغ (61.65) بانحراف معياري (14.57) ومتوسط درجات الإناث من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم البالغ (65.25) بانحراف معياري (11.36)، كما جاءت نتيجة اختبار "ت" (-1.38) أصغر من قيمة "ت" المجدولة (-1.98) بقيمة احتمالية (0.17) أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يدل على أن اختلاف الجنس (ذكور/إناث) لا يؤدي إلى التباين في درجات اضطرابات النوم لدى من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية. وعلى إثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية السابعة القائلة: لا توجد فروق دالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم.

8-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة: لا توجد فروق دالة احصائية عند مستوى

الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل.

وللتحقق من صحة الفرضية الثامنة قمنا بإجراء اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين، وذلك بعد التحقق من افتراضاته وشروطه، والجدول التالي يعرض نتائج اختبار "ت" والدلالة الإحصائية.

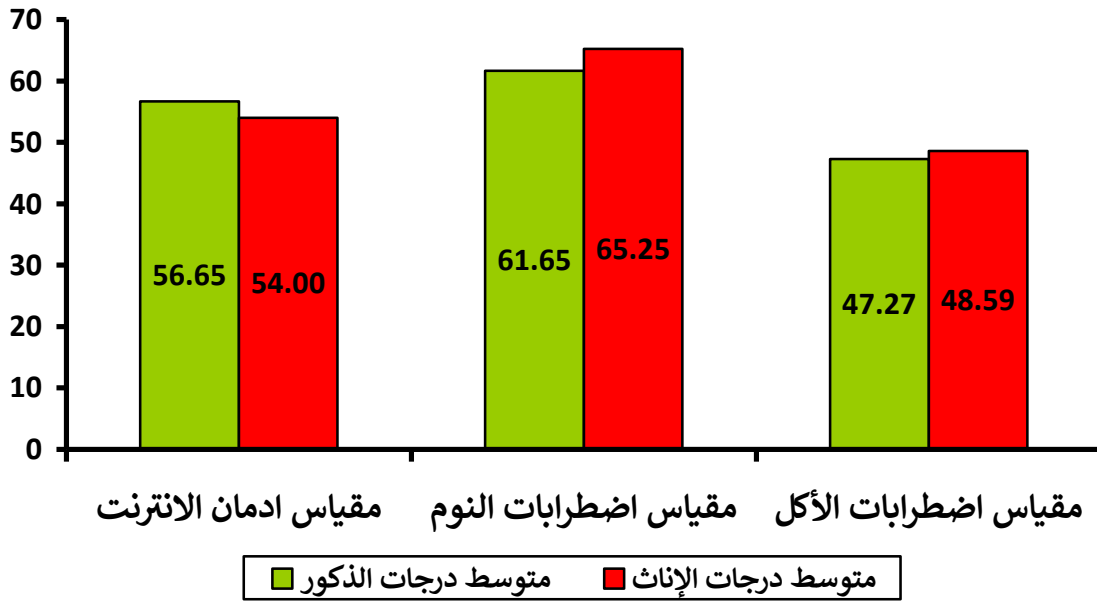
جدول رقم 26: دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل

مقياس اضطرابات	العي نة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	قيمة t_c	القيمة الاحتمال	الدلالة الاحص
ذكور	49	47.27	11.19	1.32	0.63	0.53	غير دال
إناث	51	48.59	9.63	—	—	—	—

$$t_{t(df=98, \alpha \leq 0.05)} = \pm 1.98$$

يتضح من بيانات الجدول (26) أن متوسط درجات الذكور من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل البالغ (47.27) بانحراف معياري (11.19) ومتوسط درجات الإناث من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل البالغ (48.59) بانحراف معياري (9.63)، كما جاءت نتيجة اختبار "ت" (-0.63) أصغر من قيمة "ت" المجدولة (-1.98) بقيمة احتمالية (0.53) أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يدل على أن اختلاف الجنس (ذكور/إناث) لا يؤدي إلى التباين في درجات اضطرابات الأكل لدى من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية. وعلى إثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية الثامنة القائلة: لا توجد فروق دالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل.

والشكل التالي يلخص الفروق البيانية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية على المقاييس التالية: ادمان الانترنت واضطرابات النوم، واضطرابات الأكل.



شكل رقم 4: الفروق البينائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت ومقياس اضطرابات النوم ومقياس اضطرابات الأكل

يتضح من عرض الشكل (04): أن متوسط درجات الذكور من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت البالغ (56.65) وهو الأكبر نسبياً من متوسط درجات الإناث من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية على مقياس ادمان الانترنت البالغ (54).

ونجد بالمقابل متوسط درجات الذكور من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم البالغ (61.65) وهو الأقل نسبياً من متوسط درجات الإناث من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات النوم البالغ (65.25). وكذلك نجد متوسط درجات الذكور من المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل البالغ (47.27) وهو الأقل نسبياً من متوسط درجات الإناث من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل البالغ (48.59).

2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

اعتماداً على نتائج الجدول (19) التي دفعتنا إلى قبول الفرضية الأولى التي تنص على: " يتميز ادمان الانترنت لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع".

يتميز أغلبية المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي بمستوى الإدمان على الإنترنت مرتفع حيث حصلوا على نسبة مقدرة بـ 49% وهي الأكبر مقارنة بالمستوى المنخفض (17%)والمعتدل (34%).

ويرجع ذلك إلى سوء استخدام الإنترنت، فالاستخدام غير العقلاني ودون مراقبة من الأهل قد يؤدي إلى نتائج عكس الغاية المرجوة منها، فالإنترنت تعتبر كبحر واسع من المواقع والتطبيقات والألعاب التي تجذب اهتمام المراهقين وتجعلهم يعيشون تجربة فريدة من نوعها مغايرة عن الواقع تماما، فكل شيء لا يستطيع تجربته في الحياة العادية يصبح سهل المنال في هذا العالم فقط بالضغط على زر واحد، فما تقدمه هذه المواقع من اغراءات تجعل من العصب مقاومتها والافلات منها حتى مع التعب الذي يحس به التلميذ نجده يقاوم هذا التعب ويواصل استخدامها، فالإحساس بالمتعة الذي يوفره استخدام الإنترنت لا يمكن الوصول اليه بطرق أخرى، كذلك يساعده هذا الأمر في الهروب من المشاكل الحياتية والدراسية، فكلما واجهته مشكلة ما يتجه للإنترنت لعلها تخفف من وطأتها، أضف الى ذلك طبيعة المرحلة الدراسية حيث نجد أن التلاميذ يكونون في حاجة للإنترنت من أجل الدراسة ولكن الذي يحدث هو أن يجد التلميذ نفسه لساعات أمام شاشة الكمبيوتر ينتقل من موقع لآخر ناسيا الغرض الأساسي لولوجه للإنترنت، وبعد اضاءة الساعات نجده يحس بالتوتر والقلق والاكتئاب نتيجة لإهماله لواجباته وتراجع مستواه الدراسي، وقد يتجه إلى العزلة نتيجة لطبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها مع وجود الإنترنت الذي يعتبر بالنسبة له كتعويض عن العلاقات الأسرية والاجتماعية الطبيعية فينغمس في عالم العلاقات الافتراضية التي تبدو بالنسبة له كمتنفس عما يعيش به فيزيد انطوائه عن العالم الواقعي. (بوزيان وفقيه، 2024، ص168-169)

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مطماطي وطوشيشيات (2022)، ودراسة Pravin et al. (2025)، ودراسة Agarwal et al. (2020)، ودراسة Gürbüz & Bayram (2025)، ودراسة Çelik et al. (2025)، ودراسة Bener et al. (2019)، ودراسة Kawabe et al. (2019)، ودراسة Öztürk et al. (2013) التي توصلت إلى ارتفاع مستوى إدمان الإنترنت لدى عيناتها من المراهقين، واختلفت مع دراسة بوبعاية (2017) التي توصلت إلى أن درجة الإدمان كانت ضعيفة لدى عينتها من الطلبة الجامعيين.

ويمكن تفسير ارتفاع مستوى الإدمان في الدراسة الحالية في ضوء خصائص المرحلة العمرية للمراهقين، وسهولة الوصول إلى الإنترنت وتوفر الهواتف الذكية، وقلة الأنشطة البدنية، والرغبة في الهروب من الضغوط اليومية .

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

اعتماداً على نتائج الجدول (20) التي دفعتنا إلى رفض الفرضية الثانية التي تنص على: " تتميز اضطرابات النوم لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع".

يتميز أغلبية المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي بمستوى اضطرابات النوم منخفض حيث حصلوا على نسبة مقدرة بـ 43% وهي الأكبر مقارنة بالمستوى المرتفع (38%) والمعتدل (19%).

ويمكن تفسير وجود مستوى منخفض لاضطراب النوم لمتمتع أفراد عينة الدراسة بصحة نفسية جيدة، كما أنهم ممثلين للرعاية الصحية بالتوافق مع كونهم متمدرسين يخضعون لنظام مواعيد الدراسة والنوم، ويمكن تفسير هذا الاختلاف في ضوء الروتين المدرسي المنتظم الذي يفرض على المراهقين الذهاب إلى النوم باكراً والاستيقاظ مبكراً، والرقابة الأسرية على استخدام الإنترنت في ساعات الليل، ورغم من أن أفراد العينة، رغم قضائهم ساعات طويلة على الإنترنت، لا يعانون بشكل كبير من مشاكل النوم وهذا ما أثبتته الفرضية الأولى .

حيث أن نتائج الدراسة الحالية تتفق مع دراسة Boudinar (2026)، ودراسة بوبعاية (2017)، وعزروق البتول (2020) التي توصلت إلى أن مستوى اضطرابات النوم كان متوسطاً أو منخفضاً لدى عيناتها، واختلفت مع دراسة مطماطي وطوشيشيات (2022)، ودراسة Gürbüz & Bayram (2025)، ودراسة Yao et al (2023)، ودراسة Çelik et al (2025)، ودراسة Bener et al (2019)، ودراسة Pravin et al (2025)، ودراسة Agarwal et al (2020)، ودراسة Kawabe et al (2019)، ودراسة Öztürk et al (2013)، ودراسة فايزة عاشور (2020) التي توصلت إلى وجود مستوى مرتفع من اضطرابات النوم.

2-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

من خلال جدول رقم (21) الذي يمثل نتائج الفرضية التي تنص " تتميز اضطرابات الأكل لدى أغلبية المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية بمستوى مرتفع"، إلى قبول الفرضية.

يمكن تفسير هذه النتيجة المرتفعة في ضوء عدة أسباب اجتماعية ونفسية تساهم في ظهور اضطرابات الأكل ومسبباتها. حيث تتضمن العوامل النفسية المساهمة في ارتفاع مستوى اضطرابات الأكل التعرض لقسوة في الطفولة، والتجارب الشخصية المؤلمة، والشعور بالعزلة الاجتماعية، إذ تشير الدراسات إلى أن الأفراد المنعزلين اجتماعياً يعانون من أعراض انفعالية واجتماعية غير طبيعية، ويتعرضون للقلق، والحزن، والضغط النفسي، وفي محاولة لتحسين مشاعرهم والتخلص من هذه الضغوط يلجأون إلى ما يُعرف بـ "الأكل الانفعالي" كوسيلة للتكيف النفسي، مما يمنحهم نوعاً من الراحة المؤقتة. ومن بين الأسباب الاجتماعية نجد الترويج للنحافة في بعض المجتمعات بوصفها الشكل الأنثوي المثالي عبر وسائل الإعلام، مما يسهم في تطور فقدان الشهية العصبي، كما أن تبادل الأفكار المشجعة على فقدان الوزن يسهم في استمرار الاضطرابات لدى المصابين. ومع ذلك، يعتمد رضا الفرد عن صورة جسده على أحكام الآخرين وتقييماتهم، ويتأثر بشدة بالنمط الجسدي المثالي في ثقافته.

ويرجع ذلك أيضاً - إلى الافتقار المحتمل إلى الرقابة الأبوية، ومراقبة الشباب ليس فقط بين الإناث، بل بين الذكور أيضاً، ويمكن أن تؤدي سلوكيات الأكل السيئة للاكتئاب حيث أنه صاحب بشدة لاضطرابات الأكل، ويحدث كأحد أعراض الضيق المرتبط بعدم الراحة بشأن شكل الجسم، أو استهلاك الطعام. (مياده، 2025، ص873)

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Dahlgren et al. (2024)، ودراسة Fitzsimmons-Craft et al. (2019)، ودراسة Irfan et al. (2024)، ودراسة Huang et al. (2023)، ودراسة Yao et al. (2023)، ودراسة Nawaz et al. (2024)، ودراسة مياده محمود الغالي سليمان (2025) التي توصلت إلى ارتفاع مستوى اضطرابات الأكل لدى عيناتها من المراهقين والشباب.

2-4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

اعتماداً على نتائج الجدول (22) التي دفعتنا إلى قبول الفرضية التي تنص على أنه "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإدمان على الانترنت واضطرابات النوم لدى المراهقين المتمدرسين في مرحلة التعليم الثانوية"

وعلى العموم تبين هذه النتيجة أن ارتفاع مستويات الإدمان على الأنترنت سيقابلها زيادة في اضطرابات النوم لدى تلاميذ الطور الثانوي، ويمكن أن نعزو هذه النتيجة إلى نقص الأنشطة والأعمال الملائمة لملاً وقت الفراغ ونقص في أماكن الترفيه وتوفر الأنترنت

في البيوت وسهولة تصفحها عبر الهواتف الذكية، وكلها عوامل قد تساهم في رفع مستويات استخدام الأنترنت لتصبح متنفسا للترفيه وفضاء لقضاء أوقات ممتعة عبر تصفح بعض مواقعها الأمر الذي قد يتسبب في زيادة الاندفاع نحوها وصعوبة عدم الاتصال بها، وهنا قد يحدث خلل في نظام النوم وآليات اشباعه كحاجة بيولوجية لا غنى عنها، خاصة عندما نجد التلاميذ لا ينتظمون من حيث أوقات ومدة الاستخدام ولا يعتمدون طرقا آمنة في تصفح مواقعها، وهنا تصاب الساعة البيولوجية للفرد بالخلل فيظهر الأرق وتضطرب ساعات النوم واليقظة وترتفع مستويات الشعور بالإرهاق والإعياء الناجم عن عدم كفاية النوم. كما يمكن أن نفسر هذه النتيجة أيضا على ضوء ما أشارت إليه أبو حسونة (2023) فالأفراد عندما يقضون أوقات طويلة في تصفح الأنترنت فانهم يفقدون الاحساس بالوقت وتتعرض عيونهم بكثرة لضوء الشاشة الأمر الذي يؤثر على الهرمون الميلاتونين Melatonin المسؤول عن تنظيم العمليات الحيوية بالجسم والذي يفرزه الجسم ليلا ليساعد الأفراد على النوم ويقل إفرازه بالنهار ليساعدهم على الاستيقاظ وبذلك فان كثرة التعرض لضوء الشاشة سيقول من إفراز هذا الهرمون مما يسبب اضطرابات في النوم سواء كان أرق أو فرط النوم أو خلل في مواعيد النوم واليقظة. (حمري، 2025، ص772-773)

يمكن القول إن نتيجة الدراسة الحالية التي تؤكد وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم لدى عينة المراهقين المتمدرسين بالثانوية، تتفق بشكل كامل مع جميع الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع، سواء كانت عالمية (Gürbüz & Bayram, 2025)؛ (Agarwal, Pravin et al., 2025؛ Bener et al., 2019؛ Çelik et al., 2025؛ Yao et al 2023)؛ (et al., 2020)؛ (Kawabe et al 2019)؛ (Öztürk et al 2013)؛ (أو عربية وجزائرية (بوعباية (2017)؛ مطماطي وطوشيشيات (2022)؛ فايضة عاشور (2020)؛ عزروق البتول (2020)؛ Boudinar (2026)).

وهذا يعني أن كلما زاد مستوى إدمان الإنترنت لدى المراهق، زاد مستوى اضطرابات النوم والعكس صحيح.

2-5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

❖ تفسير الفرضية الخامسة:

لقد توصلنا من خلال نتائج الفرضية إلى أنه "توجد علاقة ارتباطية بين الإدمان على الأنترنت واضطرابات الأكل لدى المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي"، حيث يظهر

لنا الجدول رقم (23) أن معامل الارتباط بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات الأكل يساوي 0,34 وهو يشير إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية ومن خلال ذلك نقبل الفرضية الخامسة .

ويمكن تفسير سوء استخدام للإنترنت يرتبط بشكل إيجابي، بمختلف جوانب اضطرابات الأكل، والمشاكل النفسية العامة؛ بما في ذلك أعراض اضطراب الأكل بشكل عام، وعدم الرضا عن الجسم والرغبة في النحافة، وضبط النظام الغذائي. وأدى ظهور منصات المؤتمرات الرقمية إلى قيام الأشخاص بفحص مظهرهم باستمرار، والعثور على عيوب في صورتهم الافتراضية؛ مما أدى إلى تفاقم عدم الرضا عن صورة الجسم، وتفاقم الأمراض المصاحبة لاضطرابات تشوه الجسم؛ مما يؤدي إلى تكثيف الانشغال بعيوب الصورة المتخيلة بين الطلاب الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسم؛ مما يدفع بهم نحو البحث عن إجراء الجراحات التجميلية والبلاستيكية الأقل تدخلاً. وهذه الاضطرابات الغذائية المختلفة لديها القدرة على التسبب في العديد من مشاكل الصحة العقلية؛ مثل: القلق والاكتئاب وتعاطي المخدرات، واضطرابات الشخصية، ومحاولات الانتحار، فضلاً عن المضاعفات الطبية المختلفة؛ بما في ذلك خلل الغدد الصماء، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وفقر الدم، وحتى الوفاة.

(ميادة، 2025، ص862-863)

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة Dahlgren et al (2024)، ودراسة Fitzsimmons-Craft et al (2019)، دراسة مياده محمود الغالي سليمان (2025) التي أظهرت وجود علاقة موجبة دالة إحصائية بين الإدمان الرقمي واضطرابات الأكل لدى طلاب الجامعة.

كما اتفقت مع دراسة Gürbüz & Bayram (2025) التي كشفت عن وجود ارتباط إيجابي ضعيف بين إدمان الإنترنت واضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين .

وتلت مع دراسة Çelik et al (2025) التي وجدت ارتباطاً بين إدمان الإنترنت والإكثار من تناول الوجبات المالحة والمشروبات الغازية السكرية.

وتتفق مع دراسة Bener et al (2019) التي أظهرت وجود علاقة بين إدمان الإنترنت وتناول الوجبات السريعة بشكل متكرر.

وتتفق مع دراسة Irfan et al (2024) التي كشفت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي واضطرابات الأكل، خاصة مع بعد الشره المرضي.

كما اتفقت دراسة Huang et al (2023) التي أظهرت ارتباطاً غير مباشر بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي وإدمان الطعام عبر الضيق النفسي. واتفقت دراسة Yao et al (2023) التي وجدت أن عادات الأكل غير الصحية (كاستهلاك أقل من الفواكه وتخطي الإفطار) مرتبطة بزيادة خطر إدمان الإنترنت. نستنتج في الأخير توجد علاقة طردية قوية بين الإدمان على الإنترنت واضطرابات الأكل وهذا يعني كلما زاد الإدمان على الإنترنت زادت اضطرابات الأكل .

2-6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

التي تنص " لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين في مرحلة الثانوية في مقياس الإدمان على الإنترنت". من خلال الجدول (24) يظهر انه لا توجد فروق بين متوسطات الذكور والإناث مما يؤكد صحة الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مقياس الإدمان على الإنترنت.

وهذا راجع إلى المنظومة التربوية المنتهجة في الجزائر من خلال عدم الفصل بين الذكور والإناث في الأقسام والمدارس مما يجعلهم يتقاربون في التفكير ويزيد من درجة التقارب في الاتجاهات وهذا ما أشار إليه بحث لشيرمان وزملائه (2000) Sherman et al في دراسة الفروق بين الجنسين من طلبة في استخدام الإنترنت وخبراتهم معه، تبين أن الفجوة بين الطلبة والطالبات في السنوات الأخيرة بدأت تضيق عما كانت عليه سابقاً. (سارد ومشري، 2020، ص301) ويمكن أن ترجع النتيجة إلى أن كلا الجنسين أصبحا يملكان فرصاً متساوية في استخدام الإنترنت والولوج إلى مختلف مواقع التواصل الاجتماعية ومختلف المواقع الأخرى، وفي جميع الأوقات وشعورهم بالحرية، وكذا امتلاكهم نفس المستوى من الحماس الزائد وحب المغامرة والميل لبناء الصداقات التي أصبح يوفرها الفضاء أو العالم الافتراضي بكل سهولة ودون قيود، كما أن المراهق سواء ذكر أو أنثى في هذه المرحلة يحتاج لعدة حاجات نفسية واجتماعية التي لا ربما لا يجدها داخل أسرته ومجتمعه ما يجعله يهرب إلى الفضاء الافتراضي لتعويض هذا النقص وتلبية وتحقيق بعض حاجاته، وهذا كله يقف وراء تبعد الفروق بين التلاميذ الذكور والإناث في إدمان الإنترنت. (بو قرّة والمقروض، 2019، ص506)

وتتفق هذه النتائج مع دراسة Boudinar (2026)، ودراسة مطماطي وطوشيشيات (2022)، ودراسة عزروق البتول (2020)، ودراسة Öztürk et al (2013) التي توصلت إلى

عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في درجة إدمان الإنترنت، واختلفت مع كل من دراسة بوبعاية (2017)، ودراسة Gürbüz & Bayram (2025)، ودراسة Kawabe et al (2019) والتي توصلت في مجملها إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في إدمان الإنترنت ولصالح الذكور.

2-7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

اعتماداً على نتائج الجدول رقم (25) التي دفعتنا إلى قبول الفرضية السابعة التي تنص على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم الثانوي على مقياس اضطراب النوم".

حيث اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة أنور حمودة البنا في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في اضطرابات النوم. (شراد 2016، ص 37)

كما أثبتت نتائج دراسة عزروق البتول (2020) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير الجنس في مقياس اضطرابات النوم اعتماداً على المقابلات ونتيجة الاختبارات النفسية التي أظهرت بأنه ليس هناك فروق تعزى لمتغير الجنس في اضطرابات النوم.

واتفقت هذه النتائج مع دراسة Boudinar (2026)، ودراسة مطماطي وطوشيشيات

(2022)، ودراسة Agarwal et al (2020) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور

والإناث في درجة اضطرابات النوم المرتبطة بإدمان الإنترنت، واختلفت مع كل من دراسة

بوبعاية (2017)، ودراسة Gürbüz & Bayram (2025)، ودراسة Pravin et al (2025) والتي

توصلت في مجملها إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في اضطرابات النوم

ولصالح الذكور، كما اختلفت أيضاً مع دراسة Yao et al (2023) ودراسة Dahlgren et al.

(2024) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في اضطرابات

النوم المرتبطة بإدمان الإنترنت ولصالح الإناث.

2-8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

اعتماداً على نتائج الجدول (26) التي دفعتنا إلى قبول الفرضية الثامنة التي تنص على

أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من المراهقين المتمدرسين بمرحلة التعليم

الثانوية على مقياس اضطرابات الأكل".

ولكن هناك العديد من الدراسات أشارت إلى أن الإناث من أكثر عرضة للإصابة

باضطرابات الأكل أكثر من الذكور، وهذا يختلف مع الدراسة الحالية، حيث يرى (محمد النوبي،

2010) أن اضطرابات الأكل أكثر شيوعاً بين النساء، وخاصة النساء الأصغر سناً، أكثر منها بين الرجال، وأن هذا الاضطراب عادة يبدأ في مرحلة المراهقة، وقد يبدأ في وقت سابق، وقلما يبدأ عند البالغين، وفي المجتمع الغربي يبدو في تزايد، وحوالي 0.9% من الإناث هم مصابون بهذا الاضطراب بصورة شديدة، مقابل 0.3% فقط من الذكور، أما الحالات المعتدلة من الإصابة بهذا الاضطراب فقد لا يمكن تمييزها أو التعرف عليها . وكذلك دراسة (علي عبد النبي وعبد الفتاح مطر (2002)، التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في اضطرابات الأكل لصالح الإناث ؛ مما يعني أن الإناث يعانون من فقدان الشهية العصبي - الشره العصبي) أكثر من الذكور.

ومما سبق يتبين أنه أغلب الدراسات تشير إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في معدلات الإصابة باضطرابات الأكل لصالح الإناث، وهذا يختلف مع نتائج الدراسة الحالية حيث أثبتت الفرضية الثامنة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس اضطرابات الأكل، وتتفق مع الدراسة الحالية دراسة نورا عشعش (2040) حيث أسفرت نتائج الدراسة أيضاً على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس فقدان الشهية العصبي.(قنديل، 2015، 742)

وكما اتفقت هذه النتائج مع دراسة Irfan et al (2024) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في درجة اضطرابات الأكل، واختلفت مع كل من دراسة Dahlgren et al (2024)، ودراسة Fitzsimmons-Craft et al (2019)، ودراسة Huang et al (2023)، ودراسة Yao et al (2023) والتي توصلت في مجملها إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في اضطرابات الأكل ولصالح الإناث.

الإستنتاج العام

الإستنتاج العام:

لقد هدفت الدراسة التي قمنا بها الى الكشف عن علاقة الادمان على الانترنت بظهور اضطرابات النوم واضطرابات الاكل لدى المراهقين المتمدرسين بالمرحلة الثانوية، لأن أي اتباع سلبي فيما يخص هذه السلوكيات قد يؤدي بالضرر الى تدهور عام في صحة الفرد .وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة الى أن هناك علاقة بين الادمان على الانترنت واضطرابات النوم واضطرابات الأكل.حيث أظهرت النتائج أن مستوى الإدمان كان مرتفعاً لدى عينة الدراسة، كما كان مستوى اضطرابات الأكل مرتفع أيضاً، في حين أن مستوى اضطرابات النوم منخفض رغم ارتفاع مستوى الإدمان، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في جميع المتغيرات الثلاثة (إدمان الأنترنت، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل)، مما يشير إلى تقارب الجنسين في درجة التعرض لهذه المشكلات. ويمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية كما يلي : يعود ارتفاع مستوى إدمان على الأنترنت إلى قضاء المراهقين ساعات طويلة عليه ،وميل هذه الفئة العمرية لحب الإطلاع والإندفاعية والبحث عن الهوية والحاجة للانتماء، بالإضافة إلى سهولة الوصول إلى الأنترنت عبر الهواتف الذكية ، وضعف الرقابة للأسرية وقلة الأنشطة الترفيهية والرياضية. أما ارتفاع مستوى اضطرابات الأكل في ضوء الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المراهقين، وللترويج لمعايير الجمال غير الواقعية عبر وسائل التواصل الاجتماعي .في حين يعود انخفاض مستوى اضطرابات النوم إلى الروتين المدرسي المنتظم الذي يفرض على المراهقين الذهاب إلى النوم باكراً والإستيقاظ مبكراً ، وفي ما يخص هذه هذه النوع من الإدمان، فهو بالإضافة على انه اضطراب نفسي يعاني منه المدمن فذلك له تاثير على جوانب مختلفة من حياه الفرد فسلامة صحة الفرد مرتبطه بمجموعة التصرفات السلوكية والفعاليات التي يقوم بها وان اي اضطراب في سلوكياته قد ينتج عنه اختلال في صحته ولذلك يجب على الفرد ان يراقب سلوكياته المختلفة وأن يسعى الى ضبطها لكي لا يسحب خلف سلبياتها التي قد لا تكون ظاهرة.

وفي الاخير يمكن القول انه من خلال اجتهادنا في القيام بهذه الدراسه العلمية والتي يمكن القول بانها مجرد اضافة بسيطة الى مجال علم النفس العيادي والتي من خلالها قمنا بتسليط الضوء على ظاهره ادمان الانترنت واضطرابات النوم واضطرابات الاكل الا ان هذه الظاهره لا تزال بحاجة للمزيد من الدراسات والبحوث العلميه المتخصصه في هذا المجال والتي تعين على فهم الظاهره وتقديم الحلول القادرة للحد منها او السيطرة عليها.

اقتراحات الدراسة:

- انطلاقاً من النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، نرى تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات، آمليين أن تؤخذ بعين الاعتبار للتطبيق نُوجزها في النقاط الآتية:
- 1- توفير مساحات لممارسة الأنشطة الرياضية خلال أوقات فراغ المراهقين، أي استثمار أوقات راحتهم في أنشطة هادفة ومفيدة.
 - 2- تفعيل دور الاختصاصيين النفسانيين والاجتماعيين داخل المؤسسات التربوية.
 - 3- تنظيم لقاءات توعويه حول مخاطر الادمان على الانترنت، تستهدف التلاميذ المتمدرسين في المؤسسات التربوية واولياء امورهم..
 - 4- توجيه التلاميذ نحو استعمال المواقع العلمية ومحركات البحث الموثوقة، التي تتمتع بقيمة علمية حقيقية وتسهم في تنميتهم الفكرية، بهدف صقل قدراتهم وإثراء معارفهم.
 - 5- وجوب مراقبه الاولياء لأبنائهم من خلال متابعه استخدامهم للانترنت من حيث وقت التصفح ومدته ونوع المحتوى، واستخدام بعض برامج الحماية لحجب المواقع التي تسهل الوقوع في الادمان.
 - 6- ضرورة إجراء دراسات إضافية تساهم في تفسير ظاهرة الإدمان على الإنترنت، إلى جانب اضطرابات النوم واضطرابات الأكل المرتبطة بها.

قائمة المصادر والمراجع

- 1-إبتسام غانم (2021)، إيمان استخدام الإنترنت وعلاقته بالتفاعل الاجتماعي لدى عينة من الطلبة الجامعيين، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية: المجلد 11، العدد 02.
- 2-أحمد سالم باهمان (2025)، فيزيولوجية النوم وأمراضه (طرق التشخيص والعلاج)، ط1، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت.
- 3-أحمد شوفي إبراهيم (2012)، موسوعة علم الإنسان في ضوء القرآن والسنة (من منظور علمي بحثي)، الجزء الثاني، ب ط، دار النهضة للنشر، مصر.
- 4-أحمد عثمان صالح طنطاوي (2024)، علم النفس الفسيولوجي، ب ط، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 5-إستبرق عاود سالم (2020)، اضطرابات النوم لدى أطفال مستقبل المدرسة، مجلة الفنون والأدب وعلم الإنسانيات والإجتماع، المجلد (55) العدد (55)، العراق.
- 6-إسماعيل إبراهيم علي ود وسام توفيق المشهداني ود. آفاق باسم علي (2018)، علم النفس الفسيولوجي، ب ط، دار أمجد للنشر والتوزيع، الأردن.
- 7-آمال علي أحمد الحساني (2022)، إيمان الانترنت لدي عينة من طلاب كلية التربية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة جامعة جنوب الوادي الدولية للعلوم التربوية، العدد الثامن.
- 8-أميمة امبارك فضل الله المسماري (2012)، اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمنة لدى طلاب جامعة بنغازي (مذكرة ماجستير)، جامعة بنغازي.
- 9-أنور حمودة البنا (2007)، المواقف الحياتية الضاغطة وعلاقتها باضطرابات النوم واليقظة لدى طلبة جامعة الأقصى، مجلة الجامعة الإسلامية، العدد (02)، المجلد (16)، فلسطين.
- 10-باجي عبد الغني، ختاش محمد (2021)، ادمان الانترنت المصاحب للاستخدام المرضي للألعاب الرقمية مع مقترح خطة علاجية وفق المقاربة المعرفية، مجلة المرشد: المجلد 11، العدد 2.

- 11-بوزيان آمنة، فقيه العيد (2024)، إدمان الأنترنت وعلاقته بالاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى تلاميذ التعليم الثانوي، مجلة روافد، المجلد 08 (02) ديسمبر.
- 12-بوقرة مختار ، زين العابدين المقروض (2019)، إدمان الأنترنت وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلاب التعليم المتوسط، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 49.
- 13-بوقرة مختار، زين العابدين المقروض (2019)، إدمان الانترنت وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلاب التعليم الثانوي، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد 43، جامعة بابل.
- 14-حاج سعيدة فتيحة (2022)، العمل بالمناوبة وعلاقته ببعض اضطرابات النوم، مجلة مجتمع تربوية عمل، المجلد السابع، العدد الثاني، جامعة الجزائر (2).
- 14-حسن أحمد سحاته (2024)، معجزات السماء من آيات الله في الكون، ب ط، الأكاديمية الحديثة للكتاب الجامعي، القاهرة.
- 16-حسن علي فايد (2001)، الإضطرابات السلوكية (تشخيصها-أسبابها-علاجها)، ط1، طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 17-سارة مرحباوي، كريمة فنطازي (2021)، إدمان الفايسبوك عند الطلبة الجامعيين، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي: المجلد 8، العدد 1.
- 18-ساردو حسان مشري عز الدين (2020)، الادمان على الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين وتأثيره على توافقهم النفسي والاجتماعي، مجلة الباحث، المجلد 12، العدد 03، الجزائر.
- 19-سامي محمد ملحم (2013)، علم نفس الشواذ، ط1، دار الرضوان للنشر والتوزيع، الأردن.
- 20-سامية ابرييم (2015)، إدمان الانترنت وعلاقته بالعزلة الاجتماعية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 20، جوان 2015.

- 21-سلامي فاطمة، شراد فضيلة (2016)، اضطرابات النوم لدى المقبلين على شهادة البكالوريا (مذكرة ماستر)، جامعة ابن خلدون.
- 22-سمية بوبعاية (2017)، الايمان على الانترنت وعلاقته بظهور اضطرابات النوم لدى عينة من الشباب الجامعي (مذكرة ماستر)، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- 23-سارة حمري (2025)، بعض اضطرابات النوم بوصفها منبئات بإدمان الأنترنت لدى تلاميذ الطور المتوسط، مجلة أطراس، المجلد 6(1).
- 24-صالح سلامة محمد أبو صعياليك (2024)، الأحاديث المتعلقة بالنوم وأحكامه وآدابه جمعا (مذكرة ماجستير)، جامعة الأردن.
- 25-عبد الرشيد كياس (2018)، إدمان الإنترنت بعض العوامل والنتائج، المجلة الجزائرية للدراسات السوسيولوجية: العدد السادس.
- 26-عبد الناصر السيد عمار (2011)، ادمان الانترنت المصادقية والتمايز العاملي والنسبة بين طلبة المراحل التعليمية المختلفة، مجلة كلية التربية بينها، العدد (8).
- 27-عدنان محمد عبده القاضي (2020)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإدمان الأنترنت لدى طلبة كلية التربية جامعة تعز، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(4)، 2020، اليمن.
- 28-عزروف البتول (2013)، ادمان الانترنت وعلاقته باضطرابات النوم لدى الطلبة الجامعيين (مذكرة ماستر)، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم.
- 29-عصام منصور وعبد الله الدبوبي (2014)، ادمان الانترنت وآثاره الاجتماعية السلبية لدى طلبة الثانوية العامة، مجلة كلية التربية، العدد (35) الجزء الثاني، جامعة عين شمس، الأردن.
- 30-علي عبد الرحيم صالح (2014)، علم نفس الشواذ (الاضطرابات النفسية والعقلية)، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

31-علي محمد كاظم (2014)، قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الاعدادية، مجلة التربية الاساسية، العدد 15، جامعة بابل.

32-غازي عناية (2008)، إعداد البحث العلمي، ب ط، المناهج للنشر والتوزيع.

33-غربي عبلة (2024)، الإدمان الالكتروني وآثاره على المراهق، مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية: المجلد (12) العدد 3.

34-فايزة عاشور (2020)، العلاقة بين إدمان الإنترنت واضطرابات النوم لدى عينة من الطلبة الجامعيين (مذكرة ماستر)، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

35-فتيحة سالم سالم اعجال (2025)، اضطرابات النوم لدى عينة من الطلاب مدمني الهواتف الذكية لجامعة سبها، مجلة الأفروآسيوية للبحث العلمي، المجلد (30) العدد (30)، ليبيا.

36-فهد بن فرج الجهني (2019)، أجمع آية في الطب ... المعاني والهدايات، مجلة الدراسات العربية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

37-كريمة سعودي (2023)، واقع إدمان الموظفين على الإنترنت في أوقات العمل، مجلة آفاق علم الاجتماع: المجلد (13) العدد 1.

38-لامية طالة (2022)، شبكات التواصل الاجتماعي والإدمان الالكتروني مقارنة نفسية اجتماعية، مجلة المعيار: مجلد 26، عدد 3، جامعة الجزائر 3.

39-لمين نصيرة، براهيم نعيمة، شرقي حورية (2019)، الثقة بالنفس وعلاقتها بالإدمان على الانترنت لدى التلميذات المراهقات، مجلة الإناسة وعلوم المجتمع، العدد 05، جويلية 2019، الجزائر.

40-لوناسي كهينة، أغري سميرة (2021-2022)، إدمان الإنترنت وعلاقته بمستوى الطموح الأكاديمي لدى تلاميذ السنة الأولى ثانوي، جامعة مولود معمري تيزي وزو.

41-مجدي محمد الدسوقي (2006)، اضطرابات النوم (الأسباب والتشخيص-الوقاية)، ب ط، مكتبة الأنجلو المصرية.

42-محمد أحمد شاهين (2015)، إدمان الإنترنت، ط1، دار العلوم العربية للنشر والتوزيع، مصر.

43-محمد النوبي محمد علي (2010)، إدمان الإنترنت في عصر العولمة، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

44-محمد حسن غانم (2018)، الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات، التعريف، محكات التشخيص وفقا لدليل الخامس، الأسباب، العلاج، المآل والمسار)، ط2، مكتبة الأنجلو المصرية.

45-المسعد طلال إبراهيم (2020)، الإدمان الإلكتروني، ط1، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الكويت.

46-مسعودان يامنة (2020)، الإدمان على الانترنت واضطرابات العادات السلوكية (دراسة حالة) (مذكرة ماستر)، جامعة محمد بوضياف المسيلة.

47-مطماطي إبراهيم، طوشيشيات نادية (2021-2022)، ادمان الانترنت وعلاقته باضطراب النوم لدى الشاب الجزائري (مذكرة ماستر)، جامعة ابن خلدون تيارت.

48-مياده محمود الغالي سليمان (2025)، الإدمان الرقمي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر، مصر.

49-نجيه فرج العقوري (2020)، إدمان مواقع التواصل الاجتماعي "فيسبوك" وعلاقته بظهور اضطرابات النوم لدى عينة من طلبة كلية الآداب والعلوم -سلوق، مجلة المنارة العلمية، العدد الأول، الجزء الأول.

50-نهال عادل قنديل (2015)، اضطرابات الأكل وعلاقتها بالمناخ الأسري لدى المراهقين، مجلة كلية التربية - جامعة بورسعيد، العدد الثامن عشر.

51-نورة لخويدر، غراف نصر الدين (2020)، إدمان الانترنت وآثره على التحصيل العلمي لدى الطلبة، ط1، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.

- 52- هبه علاء الدين نعمان، ماجي وليم يوسف، عواطف إبراهيم شوكت (2023)، بعض العوامل الأسرية والاجتماعية وعلاقتها بإدمان الأنترنت، مجلة بحوث العلوم التربوية: المجلد 3، العدد 2، جامعة عين شمس، مصر.
- 53- هدى محمد المصاورة ود. رندة عودة بركات (2024)، الإبتزاز العاطفي وعلاقته بإضطرابات النوم، مجلة العالمية المشكاة، المجلد الحادي عشر، العدد الثالث.
- 54- هشام عبد الحميد محمود محمد (2023)، التشوهات المعرفية كمنبئات ببعض اضطرابات النوم، مجلة كلية الأدب، المجلد (32) العدد (58)، جامعة جنوب الوادي.
- 55- وطاس فريدة، اومليلي حميد (2024)، إدمان الانترنت وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى طلبة الجامعة، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية: المجلد 09، العدد 04.
- 56- يوسف قدوري (2015)، إدمان استخدام الانترنت وعلاقته ببعض أعراض الاضطرابات النفسية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 19، جوان 2015، الجزائر.
- 57-Agarwal, A. K., Verma, A., Agarwal, M., & Singh, S. K. (2020). Adolescents sleep quality and internet addiction. *Pediatric Oncall Journal*, 17(4), 116-120.
- 58-Bener, A., Yildirim, E., Torun, P., Çatan, F., Bolat, E., Alıç, S., Akyel, S., & Griffiths, M. D. (2019). Internet addiction, fatigue, and sleep problems among adolescent students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(4), 959-969.
- 59-Boudinar, L. (2026). The relationship between sleep disorders and internet addiction among university students. *Science, Education and Innovations in the Context of Modern Problems*, 9(1), 1104-1113.
- 60-Çelik, E., Oflu, A., & Bükülmez, A. (2025). Association of problematic internet use with health-related daily habits in adolescents. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 67(4), 473-482.
- 61-Dahlgren, C. L., Sundgot-Borgen, C., Kvaalem, I. L., Wenersberg, A. L., & Wisting, L. (2024). Further evidence of the association between social media use, eating disorder pathology... *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 34.

- 62–Fitzsimmons-Craft, E. E., Krauss, M. J., Costello, S. J., Floyd, G. M., Wilfley, D. E., & Cavazos-Rehg, P. A. (2019). Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media. *Eating and Weight Disorders*, 25(6), 1681-1692.
- 63–Gürbüz, M., & Bayram, H. M. (2025). The bidirectional association between internet use, sleep quality and eating behavior. *Journal of the American Nutrition Association*, 44(1), 50-58.
- 64–Huang, P. C., Latner, J. D., O'Brien, K. S., Chang, Y. L., Hung, C. H., Chen, J. S., Lee, K. H., & Lin, C. Y. (2023). Associations between social media addiction, psychological distress, and food addiction. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 43.
- 65–Irfan, M., Hussain, A., Ashraf, S., Shakeel, M., Muhammad, A. S., Aslam, M., Kanwal, R., Shahid, M., Khan, Y. B. M. A., Jamal, S., Noor, K., & Vasilopoulou, E. (2024). Prevalence of eating disorders and their association with social media addiction. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 40(11), 1-8.
- 66–Kawabe, K., Horiuchi, F., Oka, Y., & Ueno, S. (2019). Association between sleep habits and problems and internet addiction in adolescents. *Psychiatry Investigation*, 16(8), 581-587.
- 67–Nawaz, F. A., Riaz, M. M. A., Banday, N., Singh, A., Arshad, Z., Derby, H., & Sultan, M. A. (2024). Social media use among adolescents with eating disorders: A double-edged sword. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1300182.
- 68–Öztürk, O., Sinani, G., Yıldırım, A., Canan, F., Ataoğlu, A., & Ustunel, T. Y. (2013). Internet addiction and sleep disturbance symptoms among adolescents. *European Psychiatry*, 28(S1), 1.
- 69–Pravin, A., Nanda, A. M., Yadav, S., Shekhar, A., & Srivastava, M. (2025). Impact of internet surfing on sleep quality: A study of young adolescents. *Indian Journal of Sleep Medicine*, 20(3), 74-77.
- 70–Yao, L., Liang, K., Huang, L., Xiao, J., Zhou, K., Chen, S., & Chi, X. (2024). Longitudinal associations between healthy eating habits, resilience, insomnia, and internet addiction. *Nutrients*, 16(15), 2470.

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس الإدمان على الانترنت



عزيزي الطالب (ة):

نعرض عليك الآن مجموعة من العبارات التي تعبر عن وجهة نظرك في الانترنت والمطلوب منك إيداء رأيك بوضع علامة (x)، أمام كل عبارة من عبارات المقياس، وذلك تحت الاستجابة المختارة والتي تعبر بدقة عن رأيكم لها علما بأن كل عبارة يوجد أمامها ثلاث استجابات (تنطبق علي تماما، تنطبق علي إلى حد ما، لا تنطبق علي إطلاقا)، لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، والمطلوب منك الصدق في الإجابة، ونحن نضمن لك السرية علما أنها لا تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي.

شكرا لحسن تعاونكم .

1-الجنس: ذكر () أنثى ()

2-السن : ()

3-كم ساعة تقضيها أمام الانترنت :

4-هل تعمل ؟.....

الرقم	العبارات	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
1	هل تتجاوز الوقت الذي تحدده لاستخدام الإنترنت؟					
2	هل تهمل واجباتك نتيجة قضاء المزيد من الوقت على الإنترنت؟					
3	هل تفضل الاستمتاع والإثارة على الإنترنت عن الاستمتاع مع أقاربك؟					
4	هل تكون علاقات مع مستخدمي الإنترنت؟					
5	هل يشنكي المحيطين بك من الوقت الطويل الذي تقضيه على الإنترنت؟					
6	هل يتأثر تحصيلك الدراسي بسبب استخدامك للإنترنت؟					
7	هل تطلع على بريدك الإلكتروني يومياً قبل القيام بأي عمل آخر؟					
8	هل يتأثر أدائك المدرسي بسبب استخدام الإنترنت؟					
9	هل تتبع أسلوب الدفاع أو التكتّم عندما يسألك أحد عما تفعل على الإنترنت؟					
10	هل تتخلص من الأفكار المزعجة في حياتك عند استخدام الإنترنت؟					
11	هل تشعر بالمتعة عند إعادة استخدامك للإنترنت؟					
12	هل تشعر أن الحياة بدون الإنترنت تافهة ومملة وتعيّسة؟					
13	هل تبدي انزعاجك وضيقك عن استخدام الإنترنت؟					
14	هل تعاني من اضطراب النوم نتيجة السهر على الإنترنت؟					
15	هل تشعر بأن تفكيرك مشغول بالإنترنت عندما تنقطع عن استخدامه؟					
16	هل دائماً تقول "أتركني بعض الوقت" أثناء جلوسك على الإنترنت؟					
17	هل تحاول تقليل الوقت الذي تقضيه على الإنترنت؟					
18	هل تحاول أن تخفي الوقت الذي تقضيه على الإنترنت؟					
19	هل تفضل قضاء وقتك على الإنترنت عن قضائه مع أصدقائك؟					
20	هل تشعر أنك مكتئب وعصبي عند التوقف عن استخدام الإنترنت ونزول هذه المشاعر بمجرد استخدامه؟					

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الوادي

البيانات الأولية:

السن :

النوع	ذكر	أنثى	
السنة الدراسية	أولى	ثانية	ثالثة
المستوى التعليمي للوالدين	الأم	الأب	
مستوى التحصيل الدراسي	جيد	متوسط	منخفض

التعليمات

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عما تشعر به غالباً، ويوجد أمام كل عبارة عدة اختيارات، المرجو منك أن تقرأ كل من هذه العبارات بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة أمام العبارة وأسفل أحد الاختيارات التي تنطبق عليك.

- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها.
- لا تضع أكثر من علامة أمام عبارة واحدة.
- لا تتوقف كثيراً أثناء الإجابة على العبارات، أجب بأول فكرة تتبادر إلى ذهنك.

لاحظ أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة تعتبر صحيحة فقط طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

مع خالص شكري لك

لا تستعمل هذه الاختبارات إلا لغرض البحث العلمي، ليست لأغراض شخصية وتبقى البيانات في غاية السرية.

مقياس اضطرابات النوم بصورته الأولى

الرقم	الفقرة	تنطبق بدرجة محدودة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق تماما
01	أعاني من صعوبة الدخول في النوم			
02	أعاني من حدوث تقطع متكرر في النوم			
03	أشعر بعدم الراحة بعد الاستيقاظ من النوم			
04	أشكو من الاستيقاظ المبكر			
05	أشعر بالتوتر عندما يحين وقت النوم			
06	أعاني من عدم القدرة على النوم المدة التي ينبغي نومها			
07	أشكو من الاستمرار في النوم			
08	أرغب في النوم و أُنقلب عدة مرات قبل الدخول في النوم			
09	أشكو من الاستيقاظ مبكرا وعدم القدرة على العودة في النوم			
10	أشعر بالتعب الجسدي أو العقلي عند الاستيقاظ من النوم			
11	أنام أكثر من 10 ساعات في اليوم الواحد			
12	أعاني من النوم بصورة مفاجئة دون إرادتي خلال النهار			
13	أشعر بالرغبة في النوم حتى في النهار			
14	استغرق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ من النوم			
15	استيقظ قليلا من الوقت أثناء النهار أو الليل			
16	أعاني من النعاس الشديد خلال النهار			
17	استيقظ عدة مرات أثناء النوم			
18	أنتقل بصعوبة من حالة النوم إلى حالة اليقظة			
19	أنتقل بصعوبة من حالة اليقظة إلى النوم			
20	أعاني من النوم في الأوقات الطبيعية المتعود عليها			
21	أشعر أنني لا أنام بقدر كاف			

22	أنام لساعات كافية لكني لا أشعر بالنشاط عند الاستيقاظ		
23	أعاني من فرط النوم أثناء الاستيقاظ		
24	أستيقظ أثناء النوم صارخا مذعورا		
25	أنهض من نومي متصببا عرقا مرتجفا		
26	أجلس منتصباً في سريري فجأة		
27	أعاني من تحريك العينين بحركة سريعة أثناء النوم		
28	أعاني من خفقان القلب أثناء النوم		
29	أحاول الهروب من الحجرة من شدة الفزع أثناء النوم		
30	استيقظ مرتبكاً خائفاً وجلاً أثناء النوم		
31	أعاني من أحلام مزعجة أثناء النوم		
32	أنهض من نومي شاكياً من محتوى حلمي المرعب		
33	أرى حلماً مخيفاً مرعباً أثناء نومي يؤدي إلى انقطاع استمرار النوم مستجداً طالبا النوم		
34	أعاني من المشي أثناء النوم		
35	أتجول في أركان البيت أثناء النوم ويكون وجهي محدقاً دون تعبير		
36	غالباً ما أقوم من السرير أثناء الثلث الأول من النوم أسير متجولاً لعدة دقائق دون أن أتذكر أي شيء عن الحدث		
37	أعاني من التكلم أثناء النوم		
38	أتكلم ببعض الكلمات أو الجمل بصوت مسموع أثناء النوم		
39	أستيقظ أثناء النوم وأنا أردد مجموعة من الكلمات أو الجمل		

مقياس اضطرابات النوم بصورته النهائية

الرقم	الفقرة	تنطبق بدرجة محدودة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق تماما
01	أعاني من صعوبة الدخول في النوم			
02	أعاني من حدوث تقطع متكرر في النوم			
03	أشعر بعدم الراحة بعد الاستيقاظ من النوم			
04	أشكو من الاستيقاظ المبكر			
05	أشعر بالتوتر عندما يحين وقت النوم			
06	أعاني من عدم القدرة على النوم المدة التي ينبغي نومها			
07	أشكو من الاستمرار في النوم			
08	أرغب في النوم وأتقلب عدة مرات قبل الدخول في النوم			
09	أشكو من الاستيقاظ مبكرا وعدم القدرة على العودة في النوم			
10	أشعر بالتعب الجسدي أو العقلي عند الاستيقاظ من النوم			
11	أنام أكثر من 10 ساعات في اليوم الواحد			
12	أعاني من النوم بصورة مفاجئة دون إرادتي خلال النهار			
13	أشعر بالرغبة في النوم حتى في النهار			
14	استغرق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ من النوم			
15	استيقظ قليلا من الوقت أثناء النهار أو الليل			
16	أعاني من النعاس الشديد خلال النهار			
17	استيقظ عدة مرات أثناء النوم			
18	أنتقل بصعوبة من حالة النوم إلى حالة اليقظة			
19	أنتقل بصعوبة من حالة اليقظة إلى النوم			
20	أعاني من النوم في الأوقات الطبيعية المتعود عليها			
21	أشعر أنني لا أنام بقدر كاف			

22	أنام لساعات كافية لكني لا أشعر بالنشاط عند الاستيقاظ		
23	أعاني من فرط النوم أثناء الاستيقاظ		
24	أستيقظ أثناء النوم صارخا مذعورا		
25	أنهض من نومي متصببا عرقا مرتجفا		
26	أحاول الهروب من الحجرة من شدة الفزع أثناء النوم		
27	أستيقظ مرتبكا خائفا وجلا أثناء النوم		
28	أعاني من أحلام مزعجة أثناء النوم		
29	أنهض من نومي شاكيا من محتوى حلمي المرعب		
30	أرى حلما مخيفا مرعبا أثناء نومي يؤدي إلى انقطاع استمرار النوم مستجدا طالبا النوم		
31	أعاني من المشي أثناء النوم		
32	أتجول في أركان البيت أثناء النوم ويكون وجهي محدقا دون تعبير		
33	غالبا ما أقوم من السرير أثناء الثلث الأول من النوم أسير متجولا لعدة دقائق دون أن أتذكر أي شيء عن الحدث		
34	أعاني من التكلم أثناء النوم		
35	أتكلم ببعض الكلمات أو الجمل بصوت مسموع أثناء النوم		
36	أستيقظ أثناء النوم وأنا أردد مجموعة من الكلمات أو الجمل		

الملحق (03) مقياس اضطرابات الأكل

فيما يلي مجموعة من العبارات، والمطلوب قراءة كل عبارة، ووضع علامة (✓) أمام الإجابة التي تنطبق عليك وتعبر عن رأيك.

م	العبارات	نعم	أحيانًا	لا
1	أنزعج عندما يزداد وزني.			
2	أتعتمد التقيؤ عقب الأكل حتى لا يزداد وزني.			
3	أتناول كميات كبيرة من الطعام عندما أكون بمفردي ولا يراني أحد.			
4	أفضل أن تكون معدتي فارغة.			
5	أتجنب تناول الطعام الذي يحتوى على النشويات والدهون.			
6	أفرط في تناول الطعام عندما أتوتر أو أكتئب.			
7	أتناول كميات قليلة من الطعام.			
8	أشعر بأن الأكل يتحكم في حياتي.			
9	أتبع نظامًا غذائيًا قاسيًا (ريجيم) حتى لا يزداد وزني.			
10	أحسب دائمًا السعرات الحرارية للطعام الذي أتناوله.			
11	أشعر بالذنب عندما أفرط في الطعام.			
12	حينما أتناول الطعام لا أستطيع السيطرة والتحكم في نفسي كي أتوقف عن الطعام.			
13	أشعر بأنني بدين (سمين) بينما الآخرون يرونني رقيقًا.			
14	أنا غير راض عن جسمي.			

			أتناول الطعام بين الوجبات.	15
			أشعر بالذنب والاكْتئاب عندما يزداد وزني.	16
			يشغلني الطعام وأفكر فيه طوال الوقت.	17
			مزاجي دائماً متغير .	18
			عندما يزداد وزني أقلق بشدة.	19
			يشغلني فكرة أن أكون رفيع القوام.	20
			أعاني من النحافة الشديدة.	21
			يتناقص وزني بصفة مستمرة.	22
			أتناول بسرعة كميات كبيرة وزائدة من الطعام.	23
			أمتنع عن تناول الطعام عندما أحس بالجوع.	24
			وزني أقل من الوزن الطبيعي.	25
			أقوم بإنقاص وزني باستخدام : حبوب التخسيس أو مدرات البول أوالمليّنات ممارسة الرياضة.	26
			كثيراً ما يشغلني التفكير في وزني.	27
			تنقطع الدورة الشهرية ثلاث مرات متتالية. (للإناث فقط).	28

Kolmogorov–Smirnov ^a			
Sig.	df	Statistic	
.200 [*]	100	0.073	درجات قياس الادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
0.008	100	0.106	درجات قياس اضطراب النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
.200 [*]	100	0.067	درجات قياس اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية

Descriptives

Statistic		
55.30	Mean	
52.43	Lower Bound	95% Confidence Interval for Mean
58.17	Upper Bound	
55.34	5% Trimmed Mean	
55.00	Median	
209.828	Variance	
14.485	Std. Deviation	
20	Minimum	
88	Maximum	
68	Range	
20	Interquartile Range	
0.013	Skewness	

درجات قياس الادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية

-0.144	Kurtosis		درجات قياس اضطراب النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
63.49	Mean		
60.89	Lower Bound	95% Confidence Interval for Mean	
66.09	Upper Bound		
63.49	5% Trimmed Mean		
66.00	Median		
171.505	Variance		
13.096	Std. Deviation		
36	Minimum		
98	Maximum		
62	Range		
17	Interquartile Range		
-0.204	Skewness		
-0.081	Kurtosis		
47.94	Mean		درجات قياس اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
45.88	Lower Bound	95% Confidence Interval for Mean	
50.00	Upper Bound		
47.89	5% Trimmed Mean		
49.00	Median		
107.976	Variance		
10.391	Std. Deviation		
27	Minimum		

71	Maximum	
44	Range	
14	Interquartile Range	
-0.032	Skewness	
-0.563	Kurtosis	

درجات قياس الامان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية						
		x1=	26.33	(فما أقل -26)	2	0.02
		x2=	40.81	(27 -41)	15	0.15
		x3=	55.30	(42 -55)	34	0.34
		x4=	69.79	(56 -70)	31	0.31
		x5=	84.27	(فأكثر - 71)	18	0.18
			م	55.30	100	1
			ع	14.49		
مستويات ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية						
	15.380 ^a	Chi-Square	%	Expected N	Observed N	مقياس ادمان الانترنت
	2	df	17%	33	17	ادمان الانترنت منخفض
	0.000	Asymp. Sig.	34%	33	34	ادمان الانترنت معتدل
			49%	33	49	ادمان الانترنت مرتفع
			100%	100	100	Total
50.5	22	19	3	51.5	(فأقل-52)	22
61.5	43	39	4	62.5	(53-62)	21
68.5	62	58	4	69.5	(63-69)	19
73.5	85	79	6	74.5	(70-74)	23
97.5	100	99	1	98.5	(فما فوق -75)	15
مستويات اضطراب النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية						100
9.620 ^a	Chi-Square	%	Expected N	Observed N		
2	df	43%	33	43	اضطراب نوم منخفض	
0.008	Asymp. Sig.	19%	33	19	اضطراب نوم معتدل	
		38%	33	38	اضطراب نوم مرتفع	
		100%	100	100	Total	
مقياس اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية						
		x1=	27.16	(فما أقل -27)	1	0.01
		x2=	37.55	(28 - 38)	19	0.19
		x3=	47.94	(39 - 48)	29	0.29
		x4=	58.33	(49 -58)	35	0.35
		x5=	68.72	(فأكثر - 59)	16	0.16
			م	47.94	100	1
			ع	10.39		
مستويات اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية						
	15.260 ^a	Chi-Square	%	Expected N	Observed N	مقياس اضطراب الأكل
	2	df	20%	33	20	اضطراب أكل منخفض
	0.000	Asymp. Sig.	29%	33	29	اضطراب أكل معتدل
			51%	33	51	اضطراب أكل مرتفع
			100%	100	100	Total
Correlations						
المحسوبة Z	درجات قياس اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية	المحسوبة Z	درجات قياس اضطراب النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية			
3.42	.344**	Pearson Correlation	2.83	.284**	Pearson Correlation	درجات قياس ادمان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
المجدولة Z	0.000	Sig. (2-tailed)	المجدولة Z	0.004	Sig. (2-tailed)	
1.96±	100	N	1.96±	100	N	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						

Group Statistics											
		Std. Error Mean		Std. Deviation		Mean		N		الجنس	
			1.992		13.944		56.65		49	ذكور	درجات قياس الامان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
			2.102		15.009		54.00		51	إناث	
			2.082		14.572		61.65		49	ذكور	درجات قياس اضطراب النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
			1.592		11.368		65.25		51	إناث	
			1.598		11.187		47.27		49	ذكور	درجات قياس اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية
			1.349		9.632		48.59		51	إناث	
Independent Samples Test											
t-test for Equality of Means					Levene's Test for Equality of Variances						
Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F					
2.900	2.653	0.363	98	0.915	0.916	0.011	Equal variances assumed	درجات قياس الامان الانترنت لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية			
2.896	2.653	0.362	97.892	0.916			Equal variances not assumed				
2.608	-3.602	0.170	98	-1.381	0.064	3.511	Equal variances assumed	درجات قياس اضطراب النوم لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية			
2.621	-3.602	0.173	90.756	-1.374			Equal variances not assumed				
2.085	-1.323	0.527	98	-0.635	0.315	1.019	Equal variances assumed	درجات قياس اضطراب الأكل لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية			
2.091	-1.323	0.529	94.635	-0.633			Equal variances not assumed				



جامعة الشهيد حمزة لخضر الز
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية



المراسلة: مدونة نهية محمد
العند آل خليفة
آل خليفة
نرجو من سيادتكم

ترخيص بإجراء تربص تط

في إطار التكوين النظري والتطبيقي الذي يقدمه قسم علم النفس وعلوم

السماح للطلبة الآتية أسمائهم:

- 1/ التخصص: ما نشر علم النفسك العبادي
- 2/ التخصص:
- 3/ التخصص:
- 4/ التخصص:

والمتمثلة في زيارة عملية في مؤسساتكم وذلك من أجل القيام بـ:

دراسة مسحية استطلاعية. ☐

القيام بتربص تطبيقي لفترة من: / / إلى ☐

تطبيق اختبارات ومقاييس نفسية ☐

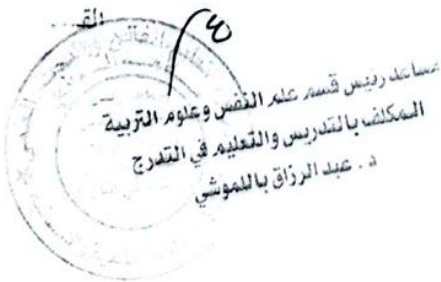
توزيع استبيانات لعينات البحث ☒

القيام بمقابلات مع افراد العينة ☐

إننا واثقون من تعاونكم النزبه في تسهيل المهمة العلمية في مؤسساتكم

سلفا هذا التعاون

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير





جامعة الشهيد حمزة لخضر الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية



السيد المحترم: مدير ثانوية
التربية الساسية الوادي
ترخيص بإجراء تربص تطبيقي

في إطار التكوين النظري والتطبيقي الذي يقدمه قسم علم النفس وعلوم التربية للطلبة، نرجو من سيادتكم

السماح للطلبة الآتية أسماؤهم:

- 1/ آية... بالقط التخصص: علم النفس العام / الأعمى
2/ التخصص:
3/ التخصص:
4/ التخصص:

والمتمثلة في زيارة عملية في مؤسساتكم وذلك من أجل القيام بـ:

- ☐ دراسة مسحية استطلاعية.
☐ القيام بتربص تطبيقي لفترة من: / إلى
☐ تطبيق اختبارات ومقاييس نفسية
☒ توزيع استبيانات لعينات البحث
☐ القيام بمقابلات مع أفراد العينة

إننا واثقون من تعاونكم النزيه في تسهيل المهمة العلمية في مؤسساتكم خدمة للمجتمع العلمي وسنكون شاكرين لكم

سلفاً هذا التعاون

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

مساعد رئيس قسم علم النفس وعلوم التربية
المحکم با لتدريس والتدريب في التخصص
د. عبد المراقى بالملوكي

مستودع محمد الطاهر