

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين سطيف "2"

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي:.....

رقم التسجيل:.....



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه LMD في فرع علم النفس
تخصص: علم النفس الصحة

بعنوان:

الإدمان على الإنترنت والعوامل المرتبطة: دراسة
ابدميولوجية وصفية على عينة من طلبة الجامعة

إعداد الطالبة: مرازقة باتول

تحت إشراف: أ.د. اعزيز غنية

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر أ	د.رتيبة جبار
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	أستاذ تعليم عالي	أ.د. غنية اعزيز
ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر أ	د. عبد الناصر تازكرات
ممتحنا	جامعة باتنة 2	أستاذ تعليم عالي	أ.د اسمهان عزوز
ممتحنا	جامعة برج بوعرييج	أستاذ محاضر أ	د. بن بردي مليكة

السنة الجامعية: 2025/2026

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"شكر وتقدير"

الحمد لله الذي أنار لي درب العلم والمعرفة وأعانني على درب الكفاح ورجاء الفلاح والمنفعة،

أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى مشرفتي العزيزة الأستاذة الفاضلة

والبروفيسورة "أ.د. اعزیز غنية" التي لم تبخل علي بتوجيهاتها ونصائحها القيمة،

خالص امتناني لأبي رباني وعلمي كيف أواجه المصاعب بشموخ،

أمي الحبيبة والغالية،

أخواتي المؤسسات وفخري الدائم: مناسك، انصاف،

سندي وداعمي في مسيرتي وكل نجاحاتي خطيبي المهندس: "شرفاوي عبد الرزاق"،

رفيقات دربي المخلصات، متحملاتي في أسوأ حالاتي ونكدي، فراشاتي الجميلات:

"نقوى، راضية، ريان، طومة"،

السيدة الفاضلة "غرزولي غنية" التي تفضلت علي بلطفها واحتوائها الدائم

وأجمل هدية حظيت بها في مساري الأكاديمي بالدكتوراه، زميلاتي الطيبات القلب:

"شروق وفاطمة"،

زميلات عملي الرائعات في قسم العمليات الجراحية للرضوض والصدمات:

"سهيلة، أمينة، حسناء، حياة، خلود، أسماء، وسيلة، إلهام، زينب، اعتصام، هاجر، سارة،

نجمة، سمية، اسمهان، حورية، مونيا، إيمان"

لولاكم جميعا ما كنت لأكون ما أنا عليه، وبفضل الله وأنتم ها أنا ذا أجمل ما صنعتكم، شكرا

لكم، أحبكم..

إهداء:

إلى كل من تحملت اللحظات الصعبة لتصل الى هنا ..

إلى نفسي الشغوفة، الطموحة والمثابرة..

إلى "أنا البطلة" ..

إلى والدي الذي علمني كيف أحلق دون لجام...

إلى لحظات الصعبة التي فكرت فيها بالاستسلام..

إلى وسادتي التي شهدت علي مر الأيام..

إلى سجادتي، مصحفي، حاسوبي، كتي، أقلامي، دفاتري، أتي الموسيقية..

وكل من تقاسم معي تلك الآلام..

يخيل للناس أن النجاح لحظة، لكنه في الحقيقة سنوات من الزراعة، الكد والجد، الأمل والخيبة، عزاء تجده في توليفة قلبك، وربما قصاصة ورق تذكرك بما أنت عليه، وما ولدت لتتخذه مسارا يستحق العيش من أجله، نحن المقاتلون الذين أبرحهم الحياة ضربا، ندين لمعلمينا القساة بأفضل ما لقنونا إياه، درسا في عدم التساهل معنا، لايهم كم من المرات نقع، فإن لدينا دائما كما من العزيمة لنهض من جديد، نبدأ من جديد ونغرس

من جديد..

إننا شعلة برق أبكتها الحياة وعندما صرخت، غنت.. فأسكتت الجميع بجمال صوتها ودفي

كلماتها التي قالت الكثير..

ملخص الدراسة:

ساهم التطور التكنولوجي في ظهور مشكلات نفسية جديدة، من بينها إدمان الإنترنت الذي يُعد من الظواهر الخطرة المنتشرة بين الطلبة الجامعيين. هدفت هذه الدراسة الوبائية إلى تحليل مستويات إدمان الإنترنت والعوامل المرتبطة به لدى عينة مكونة من 300 طالب من كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة سطيف 2. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي واستخدمت فيها أدوات مقننة شملت: مقياس يونغ لإدمان الإنترنت (IAT)، مقياس القلق والاكتئاب بالمستشفيات (HADS)، ومقياس تقييم الخوف الاجتماعي (BFNE2). أظهرت النتائج انتشاراً مرتفعاً لإدمان الإنترنت بنسبة تقدر بـ 86,7%، وكان مستوى الإدمان الخفيف الأكثر شيوعاً بنسبة تقدر بـ 58,76%. كما بينت النتائج أن 69,33% من الطلبة يعانون من القلق و 50% يعانون من الاكتئاب، 45,33% يعانون من الرهاب الاجتماعي. لم تُظهر المتغيرات الديمغرافية (الجنس، الإقامة) فروقاً دالة إحصائية، في حين ظهرت فروق مرتبطة بمستوى الدخل، التخصص، والمستوى الدراسي. كما وُجدت علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت وكل من العوامل البيئية، الاقتصادية، والاضطرابات النفسية (القلق، الاكتئاب، والرهاب الاجتماعي)، وعلاقة سلبية مع استراتيجيات المواجهة، أكدت النتائج إمكانية التنبؤ بمستويات إدمان الإنترنت انطلاقاً من القلق والاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: الإدمان، الإنترنت، القلق، الاكتئاب، الرهاب الاجتماعي، طلبة جامعة سطيف.

Abstract:

Technological development has contributed to the emergence of new psychological problems, among which Internet addiction is considered one of the most alarming phenomena prevalent among university students. This epidemiological study aimed to analyze the levels of Internet addiction and its associated factors among a sample of 300 students from the Faculty of Social and Human Sciences at Setif 2 University. The study adopted a descriptive methodology and employed standardized instruments, including Young's Internet Addiction Test (IAT), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE-2).

The findings revealed a high prevalence of Internet addiction, estimated at 86.7%, with mild addiction being the most common level 58.76%. Results also showed that 69.33% of students experienced anxiety, 50% suffered from depression, and 45.33% reported social anxiety. No statistically significant differences were found for demographic variables (gender and residence); however, differences emerged in relation to income level, field of study, and year of study.

A positive correlation was observed between Internet addiction and environmental, economic, and psychological factors (anxiety, depression, and social anxiety), while a negative correlation was found with coping strategies. The results further indicated that levels of Internet addiction can be predicted based on anxiety and depression scores.

Keywords: Addiction, Internet, Anxiety, Depression, Social Anxiety, Setif University students.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
	شكر وتقدير
	إهداء
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الاجنبية
	فهرس المحتويات
01	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
04	1- الإشكالية
07	2- فرضيات الدراسة
08	3- أهداف الدراسة
09	4- أهمية الدراسة
09	5- الدراسات السابقة
17	6- تعريف مصطلحات الدراسة اجرائيا
	الفصل الثاني: الإدمان
20	1- تعريف الإدمان
21	2- الفرق بين الإدمان والتعاطي
22	3- أنواع الإدمان
28	4- أسباب الإدمان
28	5- آلية حدوث الإدمان
30	6- الآثار المترتبة عن الإدمان

30	7-الإدمان في أوساط المراهقين والشباب
الفصل الثالث: إدمان الإنترنت	
33	1- الاتصال، الإنترنت وإدمان الإنترنت
39	2- تشخيص الإدمان على الإنترنت
46	3-النظريات المفسرة لإدمان الإنترنت
51	4-عوامل الخطر المرتبطة بإدمان الإنترنت
56	5- الأدوات المستخدمة في قياس إدمان الإنترنت
59	6- الآثار المترتبة عن إدمان الإنترنت
60	7-علاج إدمان الإنترنت
الفصل الرابع: القلق	
67	1-تعريف القلق
68	2- تشخيص القلق
77	3-النظريات المفسرة للقلق
79	4-عوامل الخطر المرتبطة بالقلق
80	5-الأدوات المستخدمة في قياس القلق
82	6-الآثار المترتبة عن القلق
83	7-علاج القلق
الفصل الخامس: الاكتئاب	
88	1-تعريف الاكتئاب
89	2-تشخيص الاكتئاب
94	3-النظريات المفسرة للاكتئاب
99	4-عوامل الخطر المرتبطة بالاكتئاب
100	5-الأدوات المستخدمة في قياس الاكتئاب
101	6-الآثار المترتبة عن الاكتئاب
102	7-علاج الاكتئاب

الفصل السادس: الرهاب الاجتماعي

109	1-تعريف الرهاب الاجتماعي
110	2-النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي
114	3-تشخيص الرهاب الاجتماعي
117	4-عوامل الخطر المرتبطة بالرهاب الاجتماعي
119	5-الأدوات المستخدمة في قياس الرهاب الاجتماعي
120	6-الآثار المترتبة عن الرهاب الاجتماعي
121	7-علاج الرهاب الاجتماعي

الفصل السابع: الدراسة الميدانية

125	1-الدراسة الاستطلاعية
128	2-أدوات الدراسة
131	3-الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
143	4-الأساليب الإحصائية
145	5-الدراسة الأساسية
156	6-عرض نتائج الدراسة
167	7-مناقشة نتائج الدراسة
180	الاستنتاج
182	التوصيات والمقترحات
185	خاتمة
186	قائمة المراجع والمصادر
217	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
1	الفروق بين إدمان المواد والإدمان السلوكي	26
2	العلاجات الدوائية المستخدمة في اضطراب الإدمان على الإنترنت	62
3	الأدوية الأكثر استخداماً مع اضطرابات القلق	83
4	الأدوية المستخدمة في علاج حالات الاكتئاب	102
5	أنواع العلاج النفسي المستخدم مع حالات الاكتئاب	106
6	الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي	121
7	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس والتخصص	126
8	أبعاد استمارة استخدام الإنترنت	128
9	بنود العوامل المعدلة من استمارة استخدام الإنترنت	131
10	نتائج معامل ارتباط البنود بالأبعاد الخاصة باستمارة استخدام الإنترنت	132
11	الصدق التمييزي لاستمارة استخدام الإنترنت وفق اختبار T test للعينات المستقلة	134
12	معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لاستمارة استخدام الإنترنت	134
13	معامل الثبات وفق معادل سبيرمان لاستمارة استخدام الإنترنت	135
14	نتائج معامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية الخاصة بإدمان الإنترنت	136
15	الصدق التمييزي لمقياس إدمان الإنترنت وفق اختبار T test للعينات المستقلة	137
16	معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لمقياس يونغ لإدمان الإنترنت	137
17	معامل الثبات وفق معادلة سبيرمان لمقياس إدمان الإنترنت	138
18	نتائج معامل ارتباط البنود بالأبعاد الخاصة بمقياس القلق والاكتئاب	139
19	الصدق التمييزي لمقياس (HADS) وفق اختبار T test للعينات المستقلة	139
20	معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لمقياس (HADS)	140
21	معامل الثبات وفق معادلة سبيرمان لمقياس (HADS)	140

141	نتائج معامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية للرهاب الاجتماعي	22
142	الصدق التمييزي لمقياس (BFNE 2) وفق اختبار T test للعينات المستقلة	23
143	معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لـ (BFNE 2)	24
143	معامل الثبات وفق معادلة سبيرمان لمقياس (BFNE 2)	25
147	توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديمغرافية	26
152	توزيع أفراد العينة حسب القسم والتخصص	27
153	توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي	28
155	التحقق من التوزيع الاعتدالي للمتغيرات بواسطة اختبار Kolmogorov-Smirnov	29
156	مستوى إدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2	30
157	الفرق في مستوى إدمان الإنترنت حسب متغير الجنس والإقامة	31
158	نتائج اختبار مان وتني لفرق إدمان الإنترنت حسب الحالة الاجتماعية	32
158	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لفرق إدمان الإنترنت حسب مستوى الدخل	33
159	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لفرق إدمان الإنترنت حسب التخصص	34
160	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لفرق إدمان الإنترنت حسب المستوى الدراسي	35
161	نتائج اختبار سبيرمان Spearman correlation للارتباط بين إدمان الإنترنت وأبعاد استمارة استخدام الإنترنت	36
162	مستوى القلق لدى طلبة جامعة سطيف 2	37
163	مستوى الاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف 2	38
164	مستوى الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2	39

165	نتائج اختبار بيرسون Pearson Test للارتباط بين إدمان الإنترنت والعوامل الخارجية	40
166	ملخص نموذج الانحدار الخطي للعوامل المرتبطة بإدمان الإنترنت	41
166	معاملات المتغيرات المرتبطة بإدمان الإنترنت	42

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
26	مخطط يوضح أنواع الإدمان	1
39	أنواع إدمان الإنترنت	2
46	أعراض إدمان الإنترنت	3
50	مخطط نموذج (I-PACE model) المفسر لآلية حدوث إدمان الإنترنت	4
76	مخطط يوضح أنواع اضطرابات القلق حسب DSM5	5
95	مخطط الاتجاهات البيولوجية المفسرة للاكتئاب	6
97	آلية النقل العصبي المشبكي للنواقل العصبية بدماع	7
111	النواقل العصبية المختلفة عند حدوث الرهاب الاجتماعي	8
113	مخطط النموذج السلوكي المعرفي لاضطراب الرهاب الاجتماعي	9
114	مستويات العلاقات حسب Alden وآخرين	10
127	أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب التخصص	11
127	دائرة نسبية توضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	12
148	دائرة نسبية توضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس	13
149	دائرة نسبية توضح توزيع أفراد العينة حسب وضعية الإقامة	14
150	أعمدة بيانية توضح توزيع أفراد العينة حسب العمل	15

151	أعمدة بيانية توضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية الاجتماعية والجنس	16
151	دائرة نسبية توضح توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل الاقتصادي	17
154	توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي والتخصص	18
155	منحنى التوزيع الاعتدالي للمتغيرات بواسطة اختبار Kolmogorov-Smirnov	19
156	أعمدة بيانية توضح مستويات إدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف2	20
162	أعمدة بيانية توضح توزيع مستويات القلق لدى طلبة جامعة سطيف2	21
163	أعمدة بيانية توضح توزيع مستويات الاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف2	22
164	أعمدة بيانية توضح توزيع مستويات الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف2	23

المقدمة:

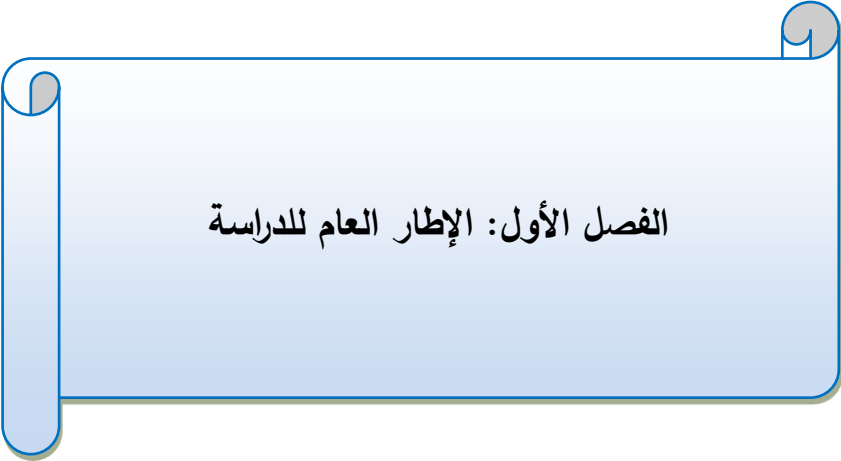
أصبحت الإنترنت جزءًا لا يتجزأ من حياتنا اليومية، حيث تشهد استخدامًا متزايدًا وتوسعًا مستمرًا في مختلف المجالات، سواء في تسهيل نقل المعلومات، أو تعزيز التواصل الاجتماعي، أو توفير وسائل الترفيه. وقد أظهرت الإحصائيات العالمية أن عدد مستخدمي الإنترنت ارتفع بنحو 800 مليون شخص بين عامي 2019 و2021، ليصل إلى 4.9 مليار مستخدم، أي ما يعادل 63% من سكان العالم. يُعزى هذا الارتفاع الكبير جزئيًا إلى تأثير جائحة كورونا، التي فرضت تغييرات جذرية على أنماط الحياة اليومية وزادت من الاعتماد على الوسائل الرقمية. وخلال الفترة نفسها، شهدت مناطق مثل إفريقيا وآسيا والمحيط الهادئ نموًا ملحوظًا في استخدام الإنترنت بنسبة 23% و24% على التوالي، بينما ارتفع عدد المستخدمين في البلدان النامية بنسبة 20%، ليصل إلى 27% من إجمالي مستخدمي الإنترنت (ITU, 2021).

تشير الدراسات الحديثة إلى تصاعد تأثير الإنترنت على حياة الأفراد، حيث وجدت دراسة تحليلية شملت 51 دراسة و35520 طالبًا جامعيًا أن معدل انتشار إدمان شبكات التواصل الاجتماعي بلغ 18.4% عالميًا، مع تسجيل أعلى معدل انتشار في آسيا بنسبة 22.8% (Salari et al, 2023). وفي الجزائر وفقًا لتقرير "ديجيتال 2024" الصادر عن المكتب الدولي "داتا ريبورتال"، بلغت نسبة انتشار الإنترنت في الجزائر 72.9% في يناير 2024، مقارنةً بـ70.9% في نفس الفترة من عام 2023، كما ارتفع عدد مستخدمي وسائل التواصل الاجتماعي من 23.95 مليون في يناير 2023 إلى 24.85 مليون في يناير 2024، بزيادة قدرها حوالي مليون مستخدم (Digital Algeria, 2024).

رغم الفوائد الهائلة التي توفرها الإنترنت، فإن الاستخدام المفرط وغير المنضبط لها يثير تساؤلات حول آثاره السلبية، خاصة على فئة الشباب والمراهقين، الذين يُعتبرون دعامة مستقبل المجتمعات. فالإنترنت، التي تُسهل الوصول إلى المعلومات وتعزز التواصل، قد تتحول إلى أداة مدمرة في حال إساءة استخدامها. فقد

قلصت الإنترنت الخصوصية الشخصية، وخلقت بيئة مليئة بالتوتر والمقارنات الاجتماعية بسبب الانتشار الواسع لمقاطع الفيديو والصور على منصات مثل فيسبوك وإنستغرام وتويتر. علاوة على ذلك، أصبح البعض يلجأ إلى الإنترنت لعرض مشكلاته الشخصية بحثاً عن حلول، ما يزيد من تعقيد الأوضاع النفسية والاجتماعية، ويؤدي أحياناً إلى اضطرابات خطيرة كالاكتئاب، الرهاب الاجتماعي، وحتى حالات الانتحار. إن إيمان الإنترنت يُعد من أبرز الاضطرابات السلوكية الحديثة، إذ يؤثر سلباً على الأداء الوظيفي والاجتماعي للأفراد (Young, 1998).

في ظل قلة الدراسات العربية التي تتناول هذه الظاهرة بشكل منهجي وشامل، يسعى هذا البحث إلى استكشاف أبعاد إيمان الإنترنت والعوامل المرتبطة به، مع التركيز بشكل خاص على ارتباطه بكل من العوامل الخارجية كالديمغرافية، البيئية، الاجتماعية والاقتصادية والعوامل الداخلية النفسية كالقلق، الاكتئاب والرهاب الاجتماعي.



الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية:

أدى التطور التكنولوجي السريع إلى ظهور تقنيات متنوعة تهدف إلى تسهيل حياة الأفراد، وتقليل الجهد والوقت. تُعدّ الإنترنت من أبرز الابتكارات المعاصرة التي أحدثت نقلة نوعية في مجال الاتصال والتواصل، إذ بدأت في الستينيات وانتشرت بشكل واسع خلال التسعينيات نتيجة التوتر السياسي خلال الحرب الباردة بين الولايات المتحدة والاتحاد السوفياتي (Glowniak, 1998). ومع مرور الوقت، تطورت الإنترنت وتكاملت مع التقنيات الرقمية والأجهزة الذكية (Mouha, 2021)، مما جعلها جزءاً لا يتجزأ من الحياة اليومية للأفراد.

تشهد الإنترنت انتشاراً كبيراً بين مختلف الفئات الاجتماعية، خاصة بين المراهقين والشباب، حيث يقضون ساعات طويلة في استخدام التطبيقات والمواقع المختلفة لأغراض متنوعة بين التواصل الاجتماعي، البحث عن المعلومات، الترفيه، ومتابعة الأخبار (Hashemi et al, 2022). ومع ذلك، فإن هذا الاستخدام المكثف للإنترنت قد يؤدي إلى آثار سلبية، خاصة على الصحة النفسية. تشير الأبحاث إلى زيادة حالات القلق والاكتئاب بين المستخدمين الشباب، وظهور ما يُعرف بـ"الأوبئة الرقمية" (Machimbarrena et al, 2019)، وبالتالي نقف اليوم أمام تحدي متعلق بكيفية الحد من تأثيرات التكنولوجيا الضارة على الصحة النفسية (Niedorys et al, 2018).

يحفز الإنترنت حواس المستخدم مما يسبب مجموعة متنوعة من التجارب والخبرات الذاتية، على الرغم من أنه لا يحتوي على مادة إدمانية ملموسة. إلا أن أثر التجارب الإيجابية والمتعة التي يحققها الاستخدام يمكن أن يساهم في تطوير الإدمان. يفضل العديد من الأشخاص استثمار وقتهم وطاقاتهم في العالم الافتراضي للإنترنت. وبشكل خاص الطلاب الجامعيين، الذين يكونون ينتمون لأكثر الفئات حساسية وتأثراً كونهم يمرون بمرحلة المراهقة والشباب. في بعض الحالات قد يؤدي الاتصال المتواصل بالإنترنت إلى انقطاع

المستخدم عن الحياة الواقعية، حيث يكون الشخص معزولاً عن محيطه ويعيش في بيئة افتراضية بحثه، في ظل هذه الظروف، قد يؤدي الاستخدام المفرط للإنترنت إلى الإدمان الإلكتروني (Soulioti et al, 2018).

يمثل إدمان الإنترنت أحد الاضطرابات السلوكية الناتجة عن الاستخدام المفرط وغير العقلاني لشبكة الإنترنت، والذي يمكن أن يؤدي إلى فقدان السيطرة والاستمرار في الاستخدام رغم الإدراك بالآثار السلبية والعواقب (Goodman, 1990). صاغت عالمة النفس الأمريكية "Young Kimberly" مصطلح إدمان الإنترنت لأول مرة في عام 1996، حيث صنّفت آثاره على أنها أكاديمية، اجتماعية، مهنية، مالية، وجسدية (Young, 1996). وعرّفت لاحقاً في 2004 هذا الإدمان كاضطراب سلوكي غير مرتبط بمادة يؤثر سلباً على الأداء الوظيفي في مختلف جوانب الحياة.

أظهرت العديد من الدراسات أن إدمان الإنترنت مرتبط بمجموعة من المشكلات النفسية، خاصة القلق، الاكتئاب، والرهاب الاجتماعي. هذه الاضطرابات قد تؤدي إلى تدهور الصحة النفسية بشكل عام، ما يؤثر سلباً على جودة حياة الأفراد، خصوصاً في البيئات الأكاديمية.

يعد القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة التي ترتبط بإدمان الإنترنت. يؤدي الاستخدام المفرط للإنترنت إلى عزل الأفراد عن تفاعلهم الاجتماعي الواقعي، مما يزيد من القلق الاجتماعي والخوف من التواصل المباشر. في هذا السياق، وجدت دراسة (Kumar et al, 2022) أن الطلاب المدمنين على الإنترنت يعانون من اضطرابات في التكيف، حيث تزداد لديهم مشاعر التوتر والقلق كلما كانوا بعيدين عن أجهزتهم. كما يتسبب إدمان الإنترنت في ظهور قلق مستمر متعلق بالفقدان (FOMO – Fear of Missing Out)، حيث يخشى المستخدمون فقدان تحديثات أو أحداث مهمة على الشبكة.

تُظهر الأبحاث وجود علاقة وثيقة بين الاكتئاب وإدمان الإنترنت. إذ يعاني المدمنون على الإنترنت من العزلة الاجتماعية وتراجع التفاعل الواقعي، ما يؤدي إلى الشعور بالوحدة، الحزن، وانخفاض تقدير الذات.

وفقاً لدراسة (Seki et al, 2019)، فإن الطلاب الذين يقضون فترات طويلة على الإنترنت يظهرون أعراضاً اكتئابية حادة، مثل فقدان الاهتمام بالأنشطة، التعب، وقلة التفاعل مع الآخرين. كما أكدت دراسة (Jain et al, 2020) أن الاكتئاب الناتج عن إدمان الإنترنت يؤثر بشكل مباشر على الأداء الأكاديمي ويزيد من مخاطر الانسحاب من الحياة الجامعية.

يرتبط الرهاب الاجتماعي أيضاً بإدمان الإنترنت، حيث يلجأ الأفراد إلى استخدام الإنترنت كوسيلة للهروب من التفاعل الاجتماعي الواقعي. تشير الدراسات إلى أن الاعتماد الزائد على الإنترنت يعزز الخوف من المواجهة ويقلل من مهارات التواصل المباشر (Yücens & Üzer, 2018). ووفقاً لدراسة (Ye et al, 2021)، فإن الطلاب المدمنين على الإنترنت يعانون من صعوبة في بناء العلاقات الاجتماعية الحقيقية، مما يعزز مشاعر الانعزال والانطواء.

أمام هذه التحديات النفسية التي يفرضها الاستخدام المفرط للإنترنت، ونتيجة لنقص الأبحاث في السياق المحلي الجزائري، تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على مدى انتشار إدمان الإنترنت بين طلاب الجامعة في مدينة سطيف. وتهدف إلى فحص العوامل النفسية المرتبطة بهذا الإدمان، خاصة القلق، الاكتئاب، والرهاب الاجتماعي، لفهم طبيعة هذه العلاقة واقتراح حلول فعالة للتخفيف من آثارها السلبية. وهذا من خلال طرحنا للتساؤلات التالية:

- ما معدل انتشار سلوك الإدمان على الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، التخصص، العمل، المستوى

الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، الدخل، وضعية السكن) في إدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2؟

-هل توجد علاقة ارتباطية بين إدمان الإنترنت والعوامل التالية: (العوامل البيئية، العوامل الاجتماعية

والأكاديمية، العوامل الاقتصادية، استراتيجيات المواجهة والتصدي)؟

-ما معدل انتشار مستويات القلق لدى طلبة جامعة سطيف 2؟

- ما معدل انتشار مستويات الاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف 2؟

- ما معدل انتشار مستويات الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2؟

-هل توجد علاقة بين إدمان الإنترنت والعوامل النفسية (القلق، الاكتئاب والرهاب الاجتماعي) لدى طلبة

جامعة سطيف 2؟

-هل يمكننا التنبؤ بإدمان الإنترنت انطلاقاً من العوامل الخارجية (العوامل البيئية، العوامل الاجتماعية

والأكاديمية، العوامل الاقتصادية، استراتيجيات المواجهة والتصدي) والعوامل الداخلية النفسية (القلق،

الاكتئاب والرهاب الاجتماعي) لدى طلبة جامعة سطيف 2؟

2- فرضيات الدراسة:

-يرتفع معدل انتشار إدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان الإنترنت حسب العوامل الديمغرافية.

-توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والعوامل التالية: (العوامل البيئية، العوامل الاجتماعية

والأكاديمية، العوامل الاقتصادية، استراتيجيات المواجهة والتصدي).

-يرتفع معدل انتشار القلق لدى طلبة جامعة سطيف 2.

-يرتفع معدل انتشار الاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف 2.

-يرتفع معدل انتشار الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2.

-توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والقلق والاكتئاب والرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2.

-يمكننا التنبؤ بإدمان الإنترنت انطلاقاً من العوامل الخارجية (العوامل البيئية، العوامل الاجتماعية والأكاديمية، العوامل الاقتصادية، استراتيجيات المواجهة والتصدي) والعوامل الداخلية النفسية (القلق، الاكتئاب والرهاب الاجتماعي) لدى طلبة جامعة سطيف 2.

3-أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- تقييم انتشار الإدمان على الإنترنت ومختلف استعمالاته لدى الطلبة الجامعيين بمدينة سطيف.

- التعرف على أهم العوامل المرتبطة بإدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف.

-الكشف عن الفروق في إدمان الإنترنت حسب متغير المتغيرات الديمغرافية.

-الكشف عن العلاقة بين إدمان الإنترنت والقلق.

- الكشف عن العلاقة بين إدمان الإنترنت والاكتئاب.

-الكشف عن العلاقة بين إدمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي.

- تحديد عوامل التنبؤ والوقاية.

4- أهمية الدراسة:

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في:

-مختلف النتائج التي تسعى للوصول إليها من جهة ومن جهة أخرى تناولها لمتغير معاصر يواكب أبحاث واهتمامات العلماء والمختصين النفسانيين والمتمثل في الإدمان على الإنترنت قصد محاولة لفت انتباههم لأهمية ايجاد التدخلات والحلول المناسبة لتخفيف من حدة الظاهرة وآثارها المترتبة والمنعكسة بالسلب على كل من الطالب الجامعي وأدائه الأكاديمي

- تسليطها الضوء على شريحة الطلبة الجامعيين الذين يتكون أغلبهم من فئة شباب المجتمع الذين يعتمد عليهم في بناء المستقبل وتحسين جودة حياته.

- ابراز عوامل خطر الإدمان على الإنترنت من أجل التقليل منها والتحكم فيها.

- ابراز مختلف الآثار السلبية والناجمة عن إدمان الإنترنت لدى طلبة الجامعة.

-المساهمة في اثراء الأبحاث والدراسات العربية والجزائرية بصفة خاصة والتي قل ما تناولت الموضوع.

5- الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة الأساس الذي ينطلق منه الباحث في ضبط إشكالية بحثه والخطوات المنهجية في إجراءات دراسته، واستنادا عليها يقوم بتحليل ومناقشة النتائج التي توصل إليها ومدى تطابقها أو اختلافها مع غيره. إن موضوع إدمان الإنترنت يشكل مسألة من أكثر الاهتمامات التي يحاول الباحثون العرب أو الأجانب الإلمام بجوانبها والتعمق في تفسيرها من أجل إيجاد حلول علمية وعملية تحد من آثارها السلبية

التي تهدد بشكل خاص الشريحة الفتية في المجتمع "الطلبة الجامعيين"، من أجل ذلك حاولنا اختيار مجموعة من الدراسات الحديثة العربية والأجنبية التي تناولت الموضوع:

الدراسات العربية:

الزغول وعبيدات (2019): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الإدمان على الإنترنت والقلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة عمان الأهلية، بالإضافة إلى دراسة العلاقة بينهما وتأثير الجنس على كل منهما. تكونت عينة الدراسة من 199 طالبًا وطالبة. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الإدمان على الإنترنت والقلق الاجتماعي، أي أنه كلما زاد استخدام الإنترنت بشكل مفرط، ارتفع مستوى القلق الاجتماعي لدى الطلاب.

العلي والهاشمي (2020): قاما بدراسة تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على إدمان الإنترنت لدى الشباب، شملت الدراسة 300 شاب من مختلف الجامعات في الأردن. تم استخدام مقياس إدمان الإنترنت واستبيان لقياس العوامل الاقتصادية (الدخل الشهري) والاجتماعية (حجم الأسرة). وجدت الدراسة أن الأفراد من الأسر ذات الدخل المنخفض كانوا أكثر عرضة لإدمان الإنترنت، كما أن الأفراد من الأسر الكبيرة (عدد أفراد أكثر) كانوا أقل إدمانًا بسبب تقليل فرص الوصول للإنترنت.

دراسة العتيبي والغامدي (2020): هدفت الدراسة إلى البحث في إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، أجريت على 300 طالب جامعي من جامعة الملك سعود في المملكة العربية السعودية باستخدام منهج وصفي ارتباطي. استخدم الباحثون مقياس إدمان الإنترنت، القلق، والاكتئاب. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين إدمان الإنترنت وزيادة أعراض القلق والاكتئاب، حيث أن الطلاب الذين يعانون من إدمان الإنترنت كانوا أكثر عرضة لهذه الاضطرابات النفسية.

دراسة محمود وعبد الرحمان (2020): قاما بإجراء دراسة حول إدمان الإنترنت وعلاقته بالعوامل الديموغرافية والاقتصادية في المجتمع المصري، شملت الدراسة 600 فرد من مختلف الفئات العمرية في مصر. تم استخدام مقياس إدمان الإنترنت واستبيان لقياس العوامل الديموغرافية (العمر، الجنس) والاقتصادية (الدخل الشهري). أظهرت النتائج أن الشباب الذكور كانوا أكثر إدمانًا للإنترنت، كما أن الأفراد من ذوي الدخل المنخفض كانوا أكثر عرضة للإدمان بسبب استخدام الإنترنت كوسيلة للهروب من الضغوط الاقتصادية.

نسيمة طباس، خديجة ملال (2021): الإدمان على الإنترنت لدى الطلبة الجامعيين، حيث طبقت الدراسة على عينة قوامها 200 طالب وطالبة اختيروا بطريقة عشوائية من جامعة وهران 2، وباستخدام مقياس إدمان الإنترنت من إعداد أرنوط بشرى (2007)، تم التوصل إلى مستوى إدمان متوسط لدى الطلبة الجامعيين ووجود فروق في مستوى إدمان الإنترنت لصالح الذكور.

دراسة الحربي والعمرى (2022): هدفت الدراسة للبحث عن إدمان الإنترنت وعلاقته بالاكنتاب والقلق لدى طلاب الجامعة في المملكة العربية السعودية، شارك في الدراسة 350 طالبًا جامعيًا من جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل في السعودية، وتم استخدام منهج وصفي ارتباطي. استخدمت الدراسة مقاييس لإدمان الإنترنت، الاكنتاب، والقلق. وجدت الدراسة أن الطلاب الذين يعانون من إدمان الإنترنت كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكنتاب والقلق، مع وجود فروق فردية تعتمد على الجنس ومستوى استخدام الإنترنت.

دراسة السعيد والجبر (2022): تناولت موضوع العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على إدمان الإنترنت لدى طلاب الجامعة، شملت الدراسة 350 طالبًا جامعيًا من جامعة القصيم في السعودية. تم استخدام مقياس إدمان الإنترنت واستبيان لقياس العوامل الاجتماعية (المستوى التعليمي للوالدين) والاقتصادية (الدخل الشهري). أظهرت النتائج أن الطلاب من الأسر ذات المستوى التعليمي المرتفع كانوا أقل إدمانًا للإنترنت، بينما كان الطلاب من الأسر ذات الدخل المنخفض أكثر عرضة للإدمان.

بن عيسى وبلقاسم (2023): هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين إدمان الإنترنت والقلق الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين، حيث اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة هذه الظاهرة. تكونت عينة الدراسة من 120 طالبًا وطالبة من جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، وتم جمع البيانات باستخدام مقياس إدمان الإنترنت ومقياس القلق الاجتماعي. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين إدمان الإنترنت والقلق الاجتماعي، مما يشير إلى أن الطلبة الذين يعانون من إدمان الإنترنت لديهم مستويات أعلى من القلق الاجتماعي، وهو ما يعكس التأثير السلبي للاستخدام المفرط للإنترنت على التفاعل الاجتماعي لدى الشباب الجامعي.

الدراسات الأجنبية:

دراسة توموكازو سكي وآخرون (Tomokazu Seki and others, 2019): تناولت العلاقة بين إدمان الإنترنت والاكتئاب عند طلبة الجامعة باليابان، حيث طبقت الدراسة على عينة قوامها 5261 طالب تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وتم استخدام استبيان مدار ذاتيا يشمل الخصائص الأساسية، نمط الحياة، القلق، مقياس يونغ لإدمان الإنترنت ومقياس مركز الاكتئاب الوبائي الذاتي، وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الإدمان على الإنترنت ومستوى الاكتئاب عند طلبة الجامعة اليابانية، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق في مستوى الإدمان على الإنترنت تبعاً لمتغير استعمال الهاتف المحمول ومتغير التخصص الأكاديمي

دراسة سايكيا وآخرون (Saikia et al, 2019): العلاقة بين الإدمان على الإنترنت وكل من الاكتئاب والقلق والضغط النفسي عند المراهقين، طبقت الدراسة بالهند على عينة عشوائية مكونة من 440 تلميذ بالمدارس الثانوية، وتم استعمال استمارة مصممة، مقياس يونغ للإدمان على الإنترنت، مقياس الاكتئاب والقلق 21، مقياس شي واختبار فيشر الدقيق لمعرفة العلاقة بين إدمان الإنترنت وكل من الاكتئاب، القلق

والضغط، حيث أوضحت النتائج أن أغلبية المشاركين من الإناث وأعمارهم تتراوح بين 17-21 سنة، نسبة انتشار إدمان الإنترنت بين أفراد العينة 80.7%، أكثر المواقع تصفحا على الإنترنت هي المواقع الاجتماعية بنسبة 70.4%، وأغلب المشاركين في الدراسة يقضون حوالي 3-6 ساعات يوميا على الإنترنت، كما وتوجد علاقة ارتباطية قوية بين كل من إدمان الإنترنت والضغط النفسي والقلق والاكتئاب.

دراسة جين وآخريين (Jain et al, 2020): العلاقة بين إدمان الإنترنت وكل من الاكتئاب والأرق لدى طلاب الجامعة، تم إجراء الدراسة في باكستان وتكونت العينة من 954 طالب كانوا يستخدمون الإنترنت في الستة أشهر الأخيرة تم اختيارهم بطريقة عشوائية، حيث تمت الاستعانة بمقياس يونغ لإدمان الإنترنت IAT و PHQ-9 ومؤشر شدة الأرق ISI ، وقد كشفت النتائج عن وجود فروق في الإدمان على الإنترنت لصالح الذكور، ارتفاع في الوقت الذي يقضيه الفرد على الإنترنت، مكان تصفح الإنترنت، وجود علاقة بين التدخين وتعاطي الكحول وإدمان الإنترنت، وجود علاقة بين كل من إدمان الإنترنت والاكتئاب، وجود علاقة بين كل من إدمان الإنترنت والأرق.

دراسة بريزانت (Prizant et al, 2016): حيث تم إجراء تحليل بعدي لكل من الرهاب الاجتماعي وإدمان الإنترنت، شملت الدراسة 22 بحث يتضمن 13460 شخص بالولايات المتحدة الأمريكية، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين كل من الرهاب الاجتماعي والشعور بالراحة أثناء الاتصال بالإنترنت، عدم وجود ارتباط بين الوقت الكلي المنقضي على الشبكة و استخدام الرسائل الفورية والبريد بينما يوجد ارتباط بينه وبين الوقت المنقضي باللعب، وجود ارتباط بين الرهاب الاجتماعي وإدمان الإنترنت، كما أن السن متغير وسيط للارتباط بين الرهاب الاجتماعي وإدمان الإنترنت.

دراسة ياسين وازار (Yücens & Üzer, 2018): حول العلاقة بين إدمان الانترنت وكل من الرهاب الاجتماعي، الاندفاع، تقدير الذات، الاكتئاب عند طلبة الطب، طبقت الدراسة في تركيا، شملت 392

طالب، استخدمت البيانات الديمغرافية، اختبار يونغ لإدمان الإنترنت، مقياس ليبوتز للرهاب الاجتماعي (LSAS)، مقياس بارات للاندهاع (BIS-11)، مقياس ريزونبارغ لتقدير الذات (RSES)، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس بيك للقلق، أظهرت النتائج ارتفاع الرهاب الاجتماعي والاكتئاب مقابل انخفاض في مستوى تقدير الذات لدى المجموعة المدمنة على الإنترنت، مستوى الاندهاع كان متماثل في كلا المجموعتين.

دراسة يي وآخرون (Ye et al, 2021): حول العلاقة بين كل من إدمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي لدى طلاب الجامعة في ظل كل من المتغيرات الديمغرافية، النشاطات البدنية، والمتغيرات الأكاديمية، تم إجراء الدراسة في الصين، شملت عينة الدراسة 4677 طالب تم اختيارهم عشوائيا من خمسة مناطق رئيسية في الصين، تم استخدام مقياس يونغ لإدمان الإنترنت، مقياس النشاطات البدنية (PARS-3)، مقياس الرهاب الاجتماعي (IAS)، حيث أظهرت النتائج أن الرهاب الاجتماعي له تأثير مباشر على إدمان الإنترنت، وأن الطلبة الذين أبدوا المشاركة المنتظمة في النشاطات البدنية كانوا أقل إدمانا على الإنترنت وأقل انخفاضا في مستوى الرهاب الاجتماعي مما يعكس دور النشاطات الرياضية في تخفيف الإدمان على الإنترنت والرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى وجود فروق في مستوى إدمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس والتخصص، الطلبة الذين في نهاية مشوارهم الأكاديمي أكثر إدمانا على الإنترنت من الطلبة الذين هم في بداية مسيرتهم.

التعقيب على الدراسات السابقة:

بناءً على الدراسات التي تم عرضها، نجد أن معظمها يتفق في نتائجها حول العلاقة الإيجابية بين إدمان الإنترنت والاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والرهاب الاجتماعي، ولكن هناك بعض الاختلافات في المنهجية والعينة والأدوات المستخدمة التي قد تؤثر على مدى عمق النتائج وتعميمها.

من حيث المنهج، استخدمت معظم الدراسات المنهج الوصفي الارتباطي، مثل دراسة الزغول وعبيدات (2019) والعنبي والغامدي (2020)، والذي يعد مناسباً لفحص العلاقة بين المتغيرات. ومع ذلك، لم تمضي جميع الدراسات في نفس الاتجاه من حيث تضمين تصميم تجريبي أو أطول مدة زمنية لتتبع التأثيرات على المدى الطويل، مما قد يحد من القدرة على استنتاج علاقات سببية.

بالنسبة للعينة، فقد تراوحت بين عينات صغيرة مثل دراسة بن عيسى وبلقاسم (2023) التي شملت 120 طالباً، إلى عينات أكبر مثل دراسة سايكيا وآخرون (2019) التي شملت 440 تلميذاً في الهند. تفاوت حجم العينة يمكن أن يؤثر على مدى تمثيل النتائج للمجتمعات المستهدفة، حيث أن العينات الصغيرة قد لا تعكس التنوع الكبير في تجارب الأفراد، بينما قد تكون العينات الكبيرة قادرة على تقديم بيانات أكثر دقة ولكن قد تقتصر إلى العمق الفردي. من جهة أخرى، لم يتم تناول بعض الدراسات العوامل البيئية الأخرى بشكل كافٍ مثل تأثير العوامل الاجتماعية أو تأثير استخدام الإنترنت على فترات طويلة.

فيما يتعلق بـ أدوات الدراسة، تم استخدام مقاييس متعددة مثل مقياس يونغ لإدمان الإنترنت، والذي يعد أداة معيارية قوية في قياس الإدمان على الإنترنت، إلا أن بعض الدراسات مثل تلك التي أجراها محمود وعبد الرحمان (2020) استخدمت أدوات قد تكون قديمة أو ليست ملائمة بشكل كامل للواقع الحالي الذي تغيرت فيه الأنماط الرقمية بسرعة.

أما من حيث النتائج، فقد أظهرت جميع الدراسات تقريباً وجود علاقة ارتباطية بين إدمان الإنترنت والاضطرابات النفسية، إلا أن بعض الدراسات لم تأخذ في اعتبارها العوامل المؤثرة الأخرى مثل تأثير النشاط البدني، مستوى التعليم، أو الحالة الاجتماعية للطلاب، وهي أمور تبرز في بعض الدراسات الأجنبية مثل دراسة يي وآخرون (2021). من هنا، يظهر القصور في عدم توسيع نطاق الدراسة ليشمل جميع العوامل المؤثرة التي قد تلعب دوراً كبيراً في تفسير العلاقة بين إدمان الإنترنت والقلق والاكتئاب.

يمكن القول إن الدراسات العربية تقدم بيانات مهمة حول علاقة إدمان الإنترنت بالقلق والاكتئاب، لكنها تفقر إلى تنوع في المنهجيات والآليات التي قد تكشف عن أبعاد أعمق لهذه الظاهرة.

من جهة أخرى، نجد أن الدراسات الأجنبية تطرقت إلى موضوع إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق والاكتئاب والرهاب الاجتماعية، مثل دراسة (Tomokazu Seki et al. (2019 التي أجريت في اليابان، ودراسة (Prizant et al. (2016 في الولايات المتحدة، نجد أنها تناولت نفس الموضوعات ولكن بأبعاد مختلفة، حيث استخدمت دراسات أجنبية عينات أكبر مقارنة بالدراسات العربية، مما يتيح تعميم النتائج بشكل أفضل على المجتمع الجامعي بشكل عام. على سبيل المثال، كانت عينة دراسة سكي وآخرون 5261 طالبًا، وهو عدد كبير يساهم في تعزيز قوة الدراسة الإحصائية.

أما من حيث المنهجية، فقد اعتمدت بعض الدراسات الأجنبية مثل دراسة (Jain et al. (2020 على منهجية تجريبية أكثر تنوعًا باستخدام مزيج من الأدوات مثل مقياس يونغ لإدمان الإنترنت و (MediCal (PHQ-9 لقياس الاكتئاب، مما يعكس تنوع الأدوات في الدراسات الأجنبية مقارنة بالدراسات العربية التي استخدمت في الغالب مقاييس موحدة وبدون تعددية في القياس، وهو ما قد يُقلل من القدرة على دراسة العلاقة بين المتغيرات بشكل موسع، على سبيل المثال، استخدمت دراسة (Saikia et al. (2019 مقياسًا متعدد الأبعاد لقياس الاكتئاب والقلق، مما يُمكن الباحثين من الحصول على معلومات دقيقة حول الأبعاد النفسية للمشاركين. في حين أن بعض الدراسات العربية اعتمدت على مقياس يونغ فقط، مما قد يحد من قدرتها على تحديد تأثيرات أخرى تتعلق بالصحة النفسية بشكل أوسع.

أما بالنسبة إلى النتائج، فقد وجدت الدراسات الأجنبية مثل (Ye et al. (2021 و (Prizant et al. (2016 نتائج مشابهة للدراسات العربية، حيث أظهرت وجود علاقة ارتباطية بين إدمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي

والاكتئاب، ولكن بشكل أكثر تفصيلاً. فعلى سبيل المثال، كشفت دراسة Ye et al (2021) أن النشاط البدني له تأثير مباشر في تقليل إدمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي، وهي نقطة مهمة قد تُغفل في بعض الدراسات العربية. في المقابل، لم تتطرق الدراسات العربية بشكل كبير إلى دور الأنشطة البدنية أو المتغيرات الثقافية التي قد تؤثر في نتائج الدراسات بشكل كبير.

من أجل ذلك تأتي هذه الدراسة تحت موضوع إدمان الإنترنت والعوامل المرتبطة، حيث سنحاول التطرق بشكل أعمق في تأثير العوامل النفسية (القلق، الاكتئاب والرهاب الاجتماعي)، إضافة إلى العوامل الاجتماعية والديمقراطية، والاقتصادية التي لم يتم تضمينها في الدراسات السابقة بشكل كبير كالمستوى الدراسي والاقتصادي، التخصص، العمل، وضعية الإقامة، والوضعية الاجتماعية، بالإضافة إلى محاولة الإلمام بالاستراتيجيات التي يمكن أن تساعد في التخفيف من مستوى إدمان الإنترنت لدى الطلبة الجامعيين.

6- تعريف مصطلحات الدراسة اجرائياً:

إدمان الإنترنت: إدمان سلوكي متمثل في فرط تمضية الوقت على الإنترنت، ينجم عن هذا الاضطراب العديد من الآثار السلبية المؤثرة في واقع أداء الفرد وحياته الاجتماعية والعملية (Ward, 2000)، ويعرف إجرائياً في هاته الدراسة بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس يונغ لإدمان الإنترنت (IAT).

القلق: اضطراب يتميز باستمرار الشعور بخبرة القلق وبروزه بشكل يؤثر على واقع حياة الفرد وأدائه والوظيفي (Xi, 2020)، ويعرف إجرائياً في هاته الدراسة بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الطالب في مقياس القلق والاكتئاب بالمستشفيات (HADS).

الاكتئاب: اضطراب مزاجي يتسبب في الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام. يصنف الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، الإصدار الخامس (-DSM)

5) الاضطرابات الاكتئابية إلى اضطراب خلل في تنظيم المزاج. اضطراب اكتئابي حاد، الاضطراب الاكتئابي المستمر (dysthymia)؛ اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي، والاضطراب الاكتئابي الناتج عن حالة طبية أخرى. السمات المشتركة لجميع اضطرابات الاكتئاب هي الحزن، الشعور بالفراغ، أو الاحتراق، المرافق لمجموعة من التغيرات الجسدية والمعرفية، والتي تؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد على الأداء والقيام بالأنشطة (Chand et al, 2021). ويعرف إجرائياً في هاته الدراسة بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس القلق والاكتئاب بالمستشفيات (HADS).

الرهاب الاجتماعي: مزيج من الخوف المفرط والقلق المستمر إثر موقف اجتماعي معين أو أكثر، يتسبب هذا الاضطراب في ظهور مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية التي تؤرق حياة الفرد وتساهم في تقليل نوعية حياته (Hajure et al, 2020). ويعرف إجرائياً في هاته الدراسة بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطالب في تقييم الخوف السلبي (BFNE2)

الفصل الثاني: الإيمان

تمهيد:

تؤدي عدم القدرة على كبح أنواع معينة من العادات والسلوكيات لحدوث خلل وظيفي في القدرة على التحكم في أداؤها مستقبلاً، يعتبر الإدمان من بين أكثر المشاكل شيوعاً في أوساط المراهقين والشباب الجامعيين، حيث بات يشكل خطر حقيقي يؤدي للموت في كثير من الأحيان، نتطرق في هذا الفصل لنظرة شاملة حول تعريف الإدمان وأنواعه وأهم التأثيرات المترتبة عليه.

1- تعريف الإدمان:

استخدم مصطلح الإدمان لأول مرة في العلوم الطبية والسلوكية، وهو يعرف بكونه حالة من الاعتماد العقلي والجسدي لنوع من المواد وبشكل خاص: (المخدرات) (Lee, 1996). يتصف الاعتماد في الإدمان بمجموعة من الخصائص تتمثل في: (الإفراط في الاستمتاع، الانسحاب، الرغبة القوية فيما أدمن عليه سواء كان مادة مثل الكحول والمخدرات أو كان سلوكاً مثل القمار المرضي، فقدان السيطرة والتحكم في سلوك تكرار الفعل). وعلى الرغم من أن أصل الاعتماد مرتبط بإساءة استخدام المواد إلا أن هناك اعترافات متزايدة حول كونه غير مقتصر على مادة معينة فقط، بل يمتد لأنواع معينة من السلوك كالقمار المرضي، الشراهة العصبية، الإدمان الجنسي، الإدمان على سلوكيات الخطر الرياضية، الإدمان على الحواسيب والإدمان على شبكة الإنترنت (widyanto & mcmurran, 2004, p 443).

-أحمد النابلسي (2004): عبارة عن مفر وهمي من الواقع المتمثل أمام أنظارنا، ناتج عن عدم قدرة الشخص على تحمل الواقع الذي يرغب بالهروب منه وإزالته عن طريق اللجوء للإدمان.

-عبد الهادي (2004): كونه الرغبة والاشتياق اللاإرادي والإجباري للمادة المسببة للإدمان والبحث عنها واستخدامها، على الرغم من معرفة الآثار النفسية والاجتماعية أو القانونية الناتجة عن هذا الاستخدام.

-أبو حمزة (2014): الإدمان على أنه عادة قهرية للانخراط في أنشطة عديدة مثل استخدام العقاقير، بصرف النظر عن مردود ذلك على حياة الفرد الاجتماعية، والروحية، والعقلية، وعلى السعادة الشخصية، فبدلاً من مجابهة مشكلات الحياة وضغوطها والتخلص من أحداث الماضي فإن المدمن يستجيب لهذه الأحداث استجابة غير توافقية من خلال اللجوء إلى ميكانيزمات مواجهة سلبية.

-منظمة الصحة العالمية: هو حالة نفسية وأحياناً عضوية، تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار أو المادة. ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك تشمل 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 (عبد المعطي، 2004، ص146).

-الأطباء العقلين والنفسيين: هو اضطراب عصبي نفسي يتميز برغبة متكررة في الاستمرار في تناول المخدر بالرغم من إدراك العواقب الضارة الناتجة عنه (Goldstein & Volkow, 2002).

-يمكن القول أن الإدمان هو حالة من التبعية والاعتماد القهري اتجاه مادة أو سلوك معين خلال فترة زمنية طويلة، تجعل المدمن في وضع حرج وطلب ملح لتعاطيها واستخدامها عبر جرعات متزايدة الحجم، وهو يخلف الكثير من الآثار السلبية التي تنعكس على حياة الفرد ومحيطه.

2- الفرق بين الإدمان والتعاطي:

يجدر التنويه لأن هناك اختلاف وفرق شاسع بين مصطلح "الإدمان" ومصطلح "التعاطي"، حيث استخدمت منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب العقلي مصطلح "الاعتماد على المواد" أو "تعاطي المخدرات" "drug abuse" or "substance dependence" بدلاً من "إدمان المخدرات" حتى تم نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للطب العقلي والنفسى (O'Brien, 2011).

يشير Benjamin Rush لكون الإدمان عبارة عن مرض يصيب رغبة الإنسان (Heather, 1998)، وهو حالة من الاعتماد والتبعية النفسية والجسدية لمادة معينة (Eddy, 1965)، تنشأ هاته الحالة بعد تناول المخدر بشكل دوري ومنتظم.

شهد الانتقال من DSM-IV إلى DSM-V انتقاد واسع لكلمة "الاعتماد"، وتم اعتبارها كشكل تعبيرى مخفف وبديل عن مصطلح الإدمان، حيث ورد كمحاولة للمساعدة في تجنب وإزالة وصمة العار عن المرضى المدمنين. غير أن هذا تسبب في إحداث ضجة نتيجة لخلط المصطلح من قبل العديد من الأطباء والأخصائيين النفسيين.

يعرف التعاطي بالتكيف الفسيولوجي الطبيعي مع الاستخدام الغير منتظم للمادة أو المخدر. وفي حالته يرتبط تزايد وتيرة استخدام المادة وظهور الأعراض الانسحابية بتأثيرات الجهاز العصبي المركزي للمخدر أو المادة، يمكن للمتعاطي التوقف عن استهلاك المادة متى أراد ذلك، عكس الإدمان الذي يتسم بالسلوك القهري وهوس البحث وتناول المخدرات (Zou et al, 2017).

3- أنواع الإدمان:

يتضمن الإدمان نوعين رئيسيين:

3-1- إدمان المواد المخدرة:

يتضمن تطور الإدمان المخدرة الانتقال من الأنماط العارضة إلى الأنماط القهرية لتعاطي المخدرات. يكون هذا التحول مصحوب بالعديد من التغيرات التي تحدث بسبب تناول جرعات مخدرة تؤثر على عمل الدماغ والوظائف النفسية (Robinson et Berridge, 2003).

تشمل المخدرات العديد من المواد الطبيعية أو المصنعة كالكحول، التدخين، الأدوية المخدرة، الحشيش، المواد الأفيونية، الماريجوانا، القات، الكوكايين وغيرها (Fatayer, 2008).

صنف DSM-V اضطرابات الإدمان إلى خفيفة، معتدلة وشديدة حسب عدد الأعراض وشدتها، تتضمن المعايير المحددة في DSM-V ما يلي:

1. استهلاك المادة المخدرة أكثر مما هو متوقع له.
2. فشل محاولات التقليل أو التوقف عن استهلاك المادة المخدرة.
3. المعاناة من الرغبة الملحة لاستهلاك المادة المخدرة.
4. الحاجة إلى جرعات أكبر من المادة المخدرة لتحقيق المتعة التي كانت تحققها جرعة أقل.
5. ظهور أعراض انسحابية في حالة عدم استهلاك المادة.
6. الانشغال والتركيز معظم الوقت على كيفية الحصول على المادة المخدرة واستهلاكها ومحاولة الإقلاع عنها.
7. إهمال المسؤوليات في المنزل أو العمل أو المدرسة بسبب استهلاك المادة المخدرة.
8. استمرار التعاطي حتى مع تدهور وضع العلاقات الاجتماعية وسوءها.
9. التخلي عن الهوايات والنشاطات المحببة في السابق بسبب استهلاك المادة.
10. المخاطرة بالتعاطي في أماكن غير مناسبة قد تهدد الفرد.
11. مواصلة التعاطي رغم إدراك العواقب السلبية الناتجة عنه.

3-2-الإدمان السلوكي:

هي اضطرابات تشمل الفشل في مقاومة الدوافع أو الإغراء للقيام بفعل يضر الشخص أو أشخاص آخرين. يتميز كل إدمان سلوكي بنمط متكرر من السلوك داخل مجال معين. يتعارض الفعل المتكرر لهذه السلوكيات

مع الأداء الطبيعي في المجالات الأخرى، يعتبر كل من إدمان المقامرة وإدمان ألعاب الإنترنت الإدمانات السلوكية الوحيدة المتضمنة في DSM-V (Grant et al, 2010).

تشمل الإدمانات السلوكية أنماطا واسعة من الأفعال، يمكن ذكر أهمها كالتالي:

➤ إدمان المقامرة:

تعرف بأنها سلوك المخاطرة بشيء ذي قيمة على أمل الحصول على شيء آخر يحمل قيمة أكبر، وهي متضمنة في الدليل التشخيص الأمريكي للأمراض العقلية والنفسية بالمعايير التالية: (1) المقامرة بمبالغ متزايدة من المال من أجل الشعور بالإثارة. 2. الاهتياج والقلق عند محاولة التقليل من المقامرة أو إيقافها. 3. فشل الجهود المتكررة في التوقف عن المقامرة. 4. الانشغال الدائم بالمقامرة. 5. اتخاذ المقامرة كوسيلة هروب من المشاعر الغير مرغوب فيها (العجز، الذنب، قلق، اكتئاب). 6. العودة بعد خسارة أموال المقامرة كمحاولة لاسترداد الأموال الضائعة. 7. الكذب لإخفاء تورط الفرد بالمقامرة. 8. التعرض للخطر أو فقد علاقة أو وظيفة أو دراسة بسبب المقامرة. 9. الاعتماد على الآخرين والاستدانة منهم لتوفير المال من أجل المقامرة (Potenza et al, 2019).

➤ إدمان الأكل:

يمكن تعريفه على أنه فقدان السيطرة على تناول الطعام مع الرغبة المستمرة في الأكل والمحاولات الفاشلة من أجل تقليل المية بالرغم من معرفة العواقب السلبية لذلك. هناك تداخل كبير بين اضطرابات الأكل المتضمنة في DSM-V وإدمان الأكل، يمكن تلخيص أهم الاختلافات بينهما كالتالي:

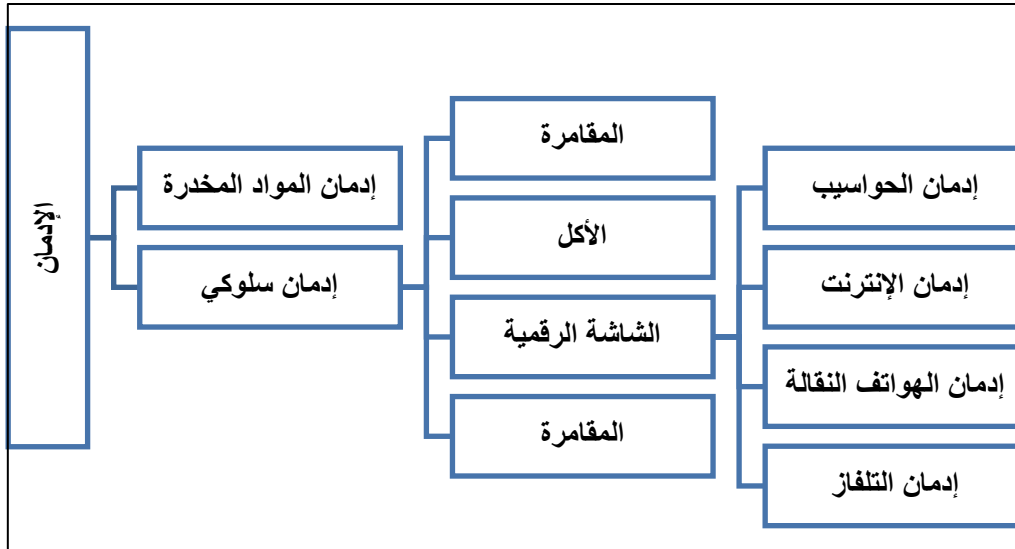
يرتبط اضطراب نهم الطعام بمخاوف متزايدة حول الشكل أو الوزن وهذا غير موجود لدى الأشخاص المصابين بإدمان الأكل، من جهة أخرى في حالة اضطراب نهم الطعام أو الشراهة العصبية تحدد نوبات الأكل خلال فترات زمنية منفصلة عكس إدمان الأكل، كما ويرتبط إدمان الأكل بظهور العديد من أعراض

الإدمان كتصاعد الوتيرة، الأعراض الانسحابية، الانشغال بالأنشطة المتعلقة بالطعام والأكل وهي أعراض هي غير متضمنة في اضطرابات الأكل. في حالة اضطرابات الطعام يكون الهدف الرئيسي من الأكل هو تخفيف التوتر النفسي الناتج عن تشوهات معرفية متعلقة بالطعام والوزن، بينما في إدمان الأكل يكون الهدف هو الشعور بالمتعة والإشباع. الوزن في إدمان الأكل طبيعي أو مفرط عكس اضطرابات الطعام (Florio et al, 2022).

➤ إدمان الشاشة الرقمية:

عبارة عن اضطرابات حديثة تبحث في المشكلات السلوكية المتعلقة باستخدام الأجهزة الرقمية (Poli, 2017). يندرج تحت سياق إدمان الشاشة الرقمية العديد من الاضطرابات المختلفة حسب نوع الوسائط الرقمية وكيفية استخدامها، يمكن ذكر أهمها:

- إدمان الحواسيب: استخدام مفرط لجهاز الكمبيوتر بشكل يفقد فيه المرء قدرته على التحكم أو التوقف عن استعماله (Shaffer et al, 2000).
- إدمان الإنترنت: ويضم العديد من الأنواع الفرعية (إدمان المواقع الإباحية، إدمان مواقع التواصل الاجتماعي، إدمان ألعاب الفيديو، إدمان التصفح والبحث، إدمان منصات الخدمات الترفيهية)، سنتناوله بالتفصيل في الفصل الموالي.
- إدمان الهواتف النقالة: انغماس الفرد في استخدام الهاتف الذكي لدرجة إهمال مجالات الحياة الأخرى (Ting & Chen, 2020).
- إدمان المسلسلات والأفلام التلفزيونية: اتجاه الفرد نحو مشاهدة ومتابعة المسلسلات أو الأفلام التلفزيونية بشكل يفقد فيه قدرته على السيطرة في ضبط مواقيت مشاهدته مع اهمال نشاطات الحياة اليومية (Lefait et Paquet-Deyris, 2018).



-الشكل (1): مخطط يوضح أنواع الإدمان -

3-3- الفرق بين إدمان المواد والإدمان السلوكي:

-الجدول (1): الفروق بين إدمان المواد والإدمان السلوكي -

أوجه الاختلاف	أوجه التشابه
-في حالة إدمان المواد، الإدمان مقترن بتناول نوع من المواد المخدرة المفعول ذات التركيبة الكيميائية، بينما في حالة الإدمان السلوكي، يقترن السلوك باجترار نمط معين من الأفعال المحققة للمتعة.	-كلاهما مرتبطان بنظام المكافأة في الدماغ والمحور الوطائي-النخامي-الكظري (HPA).
-اختلاف الأعراض السريرية التالية: (الأعراض الانسحابية في حالة إدمان استهلاك المواد أشد عنفا وضررا واهتياجا من أعراض الضيق الانسحابية في حالة الإدمان السلوكي) (Grant et al, 2010).	-يشتركان في أنماط سلوكية متماثلة، كالتبعية لمحفزات الإدمان، اختلال النظام الزمني لجدول أنشطة الفرد، إهمال النظافة (Shen et al, 2017).
	-يظهران عوامل خطر مرتبطة بمرحلة المراهقة والشباب.

<p>-يعتبر إدمان المواد أكثر خطورة نتيجة إمكانية تسببه بالموت في حالة تناول جرعات قوية المفعول من المخدر، عكس الإدمان السلوكي.</p>	<p>-يتسمان باحتمال حدوث أنماط مزمنة من الانتكاس، إضافة لإمكانية وجود حالات من التشافي التلقائي بدون اللجوء لطلب مساعدة.</p>
<p>-يؤثر إدمان المواد على الناحية العقلية العصبية بشكل مباشر، حيث تظهر على المدمن أعراض معينة (كاحمرار العينين، استرخاء، تغير ملحوظ في المزاج..)، عكس الإدمان السلوكي الذي تغيب فيه التأثيرات الناجمة عن العقار (Fatayer, 2008).</p>	<p>-التشابه في الأعراض السريرية التالية: (الرغبة الشديدة في الموضوع المدمن عليه، تصاعد الوتيرة (جرعة مخدرة في حالة الإدمانات السلوكية، وقت زمني في حالة الإدمانات السلوكية)، الشعور بالمتعة عند القيام بالفعل، المزاج المتقلب والمضطرب بين الفعل وعدم الفعل).</p>
<p>-التشابه في الآثار المترتبة والمؤدية للعديد من المشاكل النفسية، الجسدية، الاجتماعية والاقتصادية.</p>	<p>-التشابه في الآثار المترتبة والمؤدية للعديد من المشاكل النفسية، الجسدية، الاجتماعية والاقتصادية.</p>
<p>-كلاهما يظهران سمات شخصية مشتركة (تزايد الاندفاعية وانخفاض القدرة في التحكم وال ضبط) (Grant et al, 2010).</p>	<p>-كلاهما يظهران سمات شخصية مشتركة (تزايد الاندفاعية وانخفاض القدرة في التحكم وال ضبط) (Grant et al, 2010).</p>

ملاحظة:

قد يتضمن الإدمان السلوكي إدمان مواد معينة نتيجة محاولة التخفيف من الآثار السلبية الناجمة عن السلوكيات القهرية، مما قد يساهم بتفاقم الوضع لدى الحالة وصعوبة في التشخيص (Shen et al, 2017).

4-أسباب الإدمان:

لا يزال غير واضح ما يمكن أن يسبب الإدمان على وجه التحديد، حيث تختلف عوامل الخطر من شخص لآخر. تظهر الأبحاث العلمية تزايد احتمال إصابة الفرد بالإدمان كلما تزايدت لديه عوامل الخطر، يمكن إيضاح أهم العوامل كالتالي:

-عوامل وراثية: تلعب الوراثة دورا في تعرض الفرد لأنواع الإدمان، حيث نجد أنها تساهم بشكل كبير في نقل السمات الشخصية المؤثرة والمتأثرة بالبيئة، حيث قد يتضاعف احتمال إصابة الفرد بالإدمان بنسبة 50% إذا كان له تاريخ مرضي يؤكد تعرض أقاربه للاضطراب (Urbanoski et Kelly, 2012).

-عوامل اجتماعية وأسرية: تلعب الأسرة دور أساسي في تشكيل شخصية الفرد، حيث يتجه العديد من الشباب والمراهقين للهروب من مشاكلهم والنزاعات التي يعجزون عن مواجهتها للإدمان كآلية تخفف عنهم الضغوط والمشاعر السلبية التي يعيشونها نتيجة انفصال الوالدين، وفاة أحد الوالدين أو غيابه، سوء العلاقة مع الوالدين أو أحدهما (Zimić et Jukić, 2012).

عوامل نفسية: يعتبر القلق والاكتئاب والضغط النفسي من بين أكثر العوامل المرتبطة بالإدمان نظرا لكونها تتسبب في فقدان المتعة، يلجأ الفرد نحو تعاطي المواد المخدرة أو ممارسة سلوكيات معينة من أجل تخفيف مشاعر العجز والتوتر (MacNicol, 2017).

5-آلية حدوث الإدمان:

يقدم علم الأعصاب شرحا مفصلا للآلية التي من خلالها يحدث الإدمان، حيث يمر المدمن بثلاث مراحل أساسية:

❖ التوق مقابل التسمم:

يبدأ خلالها الفرد بتناول المواد المخدرة أو القيام بالسلوكيات المخدرة، يختلف الدافع الأولي من شخص لآخر ولكن غالبا ما تتسم المخدرات والسلوكيات المخدرة بنوع من الاغراءات المثيرة لاكتشاف النشوة الأولى والشعور المنبثق من خلالها.

❖ الأعراض الانسحابية مقابل الآثار السلبية:

خلال هاته المرحلة، يقدم الفرد على تعاطي المخدرات لمدة زمنية أطول وتبدأ مجموعة من الأعراض الانسحابية بالظهور عليه (الاهتياج والقلق في حالة عدم الحصول على المادة المخدرة أو القيام بالسلوك المخدر والشعور بالراحة والمتعة فور التمكن من الحصول عليها).

❖ الانشغال مقابل التوقع:

الالتزام بأخذ جرعات المخدر أو السلوك الإدماني بشكل دوري، حيث يصبح الإدمان عادة يومية يقوم بها الفرد من أجل التخفيف من الآثار السلبية التي يعاني منها في حالة امتناعه عنها (Uhl et al, 2019).

يمكن شرح الآلية التي تتأثر بها بيولوجيا الدماغ عن طريق التعلم الشرطي، حيث يعمل نظام المكافأة بالدماغ على استثارة مشاعر المتعة في الانسان، حيث عند حدوث أي أحداث محببة وسارة تنتبه المشابك العصبية على مستوى المسارات المسؤولة لإفراز الدوبامين والسيروتونين في الدماغ، تعمل المواد المخدرة والسلوكيات المخدرة كمثير محايد للمرة الأولى، يستثير افراز هاته النواقل العصبية بشكل مضاعف 5 أو 10 مرات منه في حالة المثيرات الطبيعية، وعند تتالي حدوث الاستثارة يصبح أمام استجابة شرطية تربط بين المادة المخدرة أو السلوك المخدر وافراز النواقل العصبية المسؤولة عن المتعة والنشوة في الدماغ، يحاول الدماغ استرجاع المستويات الطبيعية لنسبة تواجد الدوبامين والسيروتونين عن طريق تقليل المستقبلات العصبية الخاصة بهما مما يؤدي بمرور الوقت لصعوبة تحقيق مستويات المتعة التي كانت تحققها جرعة

أقل أو سلوك بوتيرة أقل، فيحاول الجسم من خلال مشاعر الرغبة الملحة باسترجاع مشاعر الاثارة عن طريق طلب المزيد من المادة المخدرة أو السلوك المخدر وهذا إلى أن تكتمل الحلقة وتتكرر في كل مرة بشكل دوري وتصاعدي (Horseman et Meyer, 2019).

6- الآثار المترتبة عن الإدمان:

-يؤدي الإدمان لمشاكل في الإدراك، الذاكرة والتعلم.

-مشاعر الذنب والعار.

-فقدان الاهتمامات وإهمال المسؤوليات الاجتماعية والعملية (Gould, 2010).

-قد يؤدي إدمان المخدرات لمشاكل صحية على المدى الطويل: (أمراض الرئة، القلب، السكتة الدماغية، السرطان أو اضطرابات عقلية ونفسية).

-قد يتعرض مدمنو المخدرات لحوادث عدوى خطيرة كالإيدز والتهاب الكبد نتيجة استخدامهم لمعدات الحقن الغير معقمة (NIH, 2020).

-تفكك الأسرة وشبكة العلاقات الاجتماعية (Lander et Meyer, 2013).

7- الإدمان في أوساط المراهقين والشباب:

يعرف الإدمان توسعا كبيرا في البيئة الطلابية بكلا نوعيه سواء المتعلق بإدمان وتعاطي المخدرات (Salameh et al, 2015; Rabie et Meyer, 2020)، أو الإدمان السلوكي، حيث تلعب سلسلة العوامل الديمغرافية دورا مهما في ارتفاع نسبة خطر تعرض الفرد لمغريات الإدمان. إن فترة المراهقة والشباب تعد من بين أهم المراحل الحساسة التي تلعب دورا كبيرا في تطوير وبناء شخصية الفرد، حيث يلجأ خلالها

المراهق للإقدام على مجموعة من سلوكيات الخطر كالتدخين، تعاطي الكحول، بناء علاقات حميمية كنوع من إثبات للذات وتعزيز لمشاعر الإنجاز والاستقلالية (DiClemente et al, 1996)، ترتبط سلوكيات الإدمان بالعديد من العوامل النفسية خاصة الرفاه النفسي والاجتماعي والاقتصادي، حيث تتزايد الآفات الاجتماعية بشكل كبير عند الطبقة الفقيرة من المجتمع (Dashiff et al, 2009)، إضافة لتزايدها عند الأشخاص المنتسبين لأسر مفككة، حيث يعمل النسق الأسري كحصن منيع يصد مختلف الضغوط الخارجية، وفي حالة تدهمه يصبح الفرد غير متماسك ومهدد أمنيا بحيث يعتمد على استراتيجيات مواجهة تجنبية تعرض له الأنماط السلوكية الخاطئة والمواد المخدرة كبديل في المقابل (Goldfarb et al, 2014).

إن محاولة التعامل مع الانحرافات الشبابية يستوجب إعداد أبحاث شاملة ترتبط بمجموع عوامل الخطر المسببة والمفاومة لحدة الاضطراب من أجل تجنبها مستقبلا من جهة، ومن جهة أخرى محاولة التعمق في عوامل الحماية المتضمنة لإعطاء بديل يشغل مكان السلوك المرضي أو الغير مرغوب فيه، وهذا لا يكون بمعزل عن البيئة الاجتماعية الأسرية والمدرسية أيضا، خاصة مع التركيز على الأصدقاء الذين يشغلون مساحة تأثير أبلغ من مساحة تأثير الوالدين خلال هاته المرحلة (Kipping et al, 2012).

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل لنظرة شاملة حول مفهوم الإدمان بنوعيه (المتعلق باستخدام مواد مخدرة، والمتعلق بأنماط سلوكية معينة)، حيث أظهرنا مدى خطر انتشار أشكال هذا الاضطراب في الأوساط الطلابية الجامعية، فعلى الرغم من المفترض أن تكون عليه، ينبغي التمعن في خلفيات ما نحن عليه من أجل محاولة إعطاء حلول واقعية تعالج أهم المشاكل التي يعاني منها مراهقو وشباب اليوم.

الفصل الثالث: إيمان الإنترنت

تمهيد:

لا يقتصر مفهوم الإدمان على تعاطي أنواع معينة من المواد، بل يمتد إلى أنواع معينة من السلوكيات، ومن أبرزها الاستخدام القهري لشبكة الإنترنت وهو ما يعرف بالإدمان على الإنترنت، حيث باتت هاته الظاهرة تشكل تهديدا حقيقيا لما لها من نتائج سلبية منعكسة على الفرد من مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية والجسدية. سنحاول في هذا الفصل التطرق لمفهوم هذا المصطلح ومعايير التشخيص ومختلف النظريات المفسرة له.

1-الاتصال والإنترنت وإدمان الإنترنت:

1-1-الاتصال:

يحتاج الإنسان أثناء أدائه لمختلف تفاعلاته الاجتماعية لتأثير والتأثر إلى تفكيك شفرات العالم الداخلي والخارجي عن طريق إعطاء معاني معينة يشكلها الإدراك العقلي، يعتبر التواصل وسيلة تبادل معلومات تسمح بنقل واستقبال العديد من الرسائل المهمة، يعرف (Joly 2009) الاتصال بأنه فعل يقوم خلاله الفرد بنقل رسالة معينة والاعلام عنها بشكل لفظي أو غير لفظي، يتضمن ثلاثة مستويات لغوية: (التعبير، العرض، المضمون). يسمح بتبادل المعلومات بين الناس عن طريق العديد من الوسائط الالكترونية كالحاسوب، الهاتف النقال، الإنترنت وغيرها. ويعرفه (Patten & Giffin 1996) على أنه عملية خلق للمعنى ومحاولة إسناده ونقله، كما أنه طريقة لتبادل الأفكار والتفاعل بين أعضاء مجموعة الاتصال. وحسب قاموس Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English تعتبر هاته العملية وسيلة للتعبير عن الأفكار والمشاعر وتبادل المعلومات والرسائل من مكان لآخر أو شخص لشخص (OALDOCE, 2004). ويشير (Fatimayin 2018) لكونه مجال دراسة يشمل العديد من التخصصات كالإعلام، العلاقات العامة،

الإذاعة والصحافة، يقوم بنقل المعلومات وعرضها بطرق ووسائل متنوعة كالتحدث المباشر أو الغير مباشر عن طريق الهواتف، التلفزيون، الفن، لغة الجسد.

يمكن القول بأن الاتصال هو عملية تفاعل بين طرفين (مرسل ومستقبل)، يتم خلالها نقل رسالة عبر قناة أو وسيلة اتصال من المرسل إلى المستقبل بشكل يهدف لتبادل المعلومات وتنوعها.

1-2- الإنترنت:

مع مرور الزمن والإنسان يعيش في ظل صراع يحاول خلاله تطوير أهم الأدوات والتقنيات المسهلة لأسلوب حياته ورفاهيته، عرفت التكنولوجيا موجات تعاقب بارزة خاصة خلال الحرب العالمية الثانية، حيث خاض الاتحاد السوفياتي والولايات المتحدة الأمريكية معارك أيديولوجية استخدمت خلالها كل الوسائل والتقنيات الممكنة لقلب موازين القوة، ظهرت ARPANET كتقنية رقمية مصنعة من قبل الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1960، غير أنها كانت مقتصرة فقط على مجموعة المؤسسات الأكاديمية والبحثية المتعاقدة مع وزارة الدفاع، وفي الثمانينيات من القرن الماضي حلت NSFNET محل ARPANET، وهي سلسلة من الشبكات التي أنشأتها مؤسسة العلوم الوطنية، والتي أسست الهيكل الحالي للإنترنت، يتم توفير خدمات نقل البيانات لمسافات طويلة من قبل شركات اتصالات كبيرة تدعى "مزودي خدمة الشبكة" (NSPs) وذلك من خلال كابلات الألياف البصرية الوطنية والدولية عالية السعة والسرعة. وفي سنة 1983 تم إعلان ظهور الإنترنت رسمياً عن طريق إنشاء بروتوكول التحكم في النقل (TCP / IP) الذي يسمح بالاتصال والربط بين مختلف أجهزة الكمبيوتر البعيدة، وفي أواخر التسعينيات بدأ انتشار الإنترنت يعرف توسعاً في جميع أنحاء العالم حيث تستخدم للعديد من الأهداف: (التواصل، التعليم، البحث، الترفيه وغيرها..). (Glowniak, 1998).

وتعد الإنترنت نظام اتصال عالمي يساهم في نقل واستقبال البيانات من مختلف الأجهزة الرقمية، ومن أبرز التعريفات التي أعطيت لها:

-شاهين (1999): هي شبكة عالمية ضخمة تربط عدة آلاف من الشبكات، والملايين من أجهزة الحواسيب من مختلف الأحجام والأنواع، وتستخدم للاتصال والحصول على المعلومات وتخزينها وتبادلها، وترتبط هذه الأجهزة ببروتوكول يعرف باسم: (TCP،IP).

-العلاق (2005): تعتبر من أهم الخدمات التفاعلية العامة، وهي عبارة عن مجموعة هائلة من أجهزة

الحاسوب المتصلة فيما بينها بحيث تمكن مستخدميها من المشاركة في تبادل المعلومات.

والواقع أن الإنترنت تمثل أكبر شبكة حواسيب في العالم على الإطلاق وهي شبكة مفتوحة لكل من يرغب

بالاتصال، كما أن الإنترنت ليست مجرد مجموعة من المعلومات والحواسيب والأسلاك، وإنما تحتوي

أيضا على مجموعة كبيرة من البرامج التي تجعلها تعمل مثل المعدات والحواسيب والأسلاك والمعلومات

والبرامج والمستخدمين أيضا.

-عيساني (2008): هي مجموعة من آلاف الحواسيب تنتشر في جميع أنحاء العالم، يمكنها الاتصال فيما

بينها عن طريق الألياف الضوئية، الأسلاك الهاتفية والأقمار الصناعية بشكل يسمح لها بالتعاون مع بعضها

البعض وتبادل المعلومات والرسائل.

-المياح وحسين (2005): هي شبكة تضم بداخلها عددا كبيرا من الشبكات الحاسوبية والتي استقادت من

تطور الاتصال بشكل كبير وحولت العالم إلى قرية كونية إلكترونية، حيث أنها تعتبر نافذة تطل منها على

تطور العصر وتتمكن من المشاركة في صنع الأحداث وتبادل الرأي.

- من خلال ذلك يمكن القول بأن الإنترنت عبارة عن تقنية رقمية عالمية تشمل اتصال شبكة من الحواسيب

فيما بينها عن طريق الأقمار الصناعية، والتي تتيح مجال اشتراك واسع بين مستخدميها وتعرض العديد من

البرامج والخدمات بشكل تسهل فيه عملية تبادل ونقل المعلومات.

1-3-الإدمان على الإنترنت وأنواعه:

إن أول من استعمل مصطلح الإدمان على الإنترنت هي عالمة النفس الأمريكية كمبرلي يونغ (Kimberly Young) سنة 1996 وأول من صنفه كاضطراب سلوكي (Murali & George, 2007,p24). حيث ربطت بين الاستعمال المفرط للإنترنت والقمار المرضي (pathological gambling) متبينة معايير DSM لتشخيص، وباستعمال (396) مشترك جرت مقابلتهم عبر الهاتف أو عبر الإنترنت كشفت النتائج عن وجود 60% حالة إدمان على الإنترنت من إجمال أفراد عينة الدراسة (Young, 1996, p 238).

قبل تقديم أي تعريف للإدمان على الإنترنت ينبغي التنويه أولاً لضرورة التفريق بين المصطلحات الشائعة التي يخلط الكثير من الباحثين بينها وبين إدمان الإنترنت:

-الإدمان (addiction)، الفرط (excess) والاشتراك العالي (high engagement) في استخدام الإنترنت:

عند الحديث عن كلمة إدمان، فإن الأخذ بعين الاعتبار الوقت الذي يقضيه المستخدم على الإنترنت بمعزل عن بقية المظاهر لا يعني بضرورة أنه مدمن إنترنت، فالإدمان درجة أعلى من فرط الاستخدام يفقد فيها الفرد قدرته على التحكم في اندفاعاته بينما فرط الاستخدام يتمثل في تجاوز الفرد للفترة الزمنية التي يعتاد قضائها على شبكة الإنترنت. كما أن الأعراض المصاحبة والآثار المترتبة كاضطرابات النوم والمزاج عن الإدمان تختلف عن فرط الاستخدام حيث تكون في حالة الإدمان أكثر بروزاً وشدة (Pontes et al, 2015).

كي نفرص بين حالة الإدمان والاشتراك العالي نحتاج التمعن في أسباب استخدام الإنترنت، فالاشتراك العالي مرتبط بتصفح الفرد لمختلف المواقع التي تتفق مع هواياته وميولاته والتزاماته العملية وهي أمور من الطبيعي أن ينخرط الفرد فيها بشكل مكثف ولها عائد إيجابي على نفسية الفرد عكس الإدمان الذي يساهم بتعطيل أداء الفرد ونشاطاته اليومية (Kuss et al, 2014).

على الرغم من تعدد التعاريف التي حاولت الإلمام بمصطلح إدمان الإنترنت، فقد اتفقت جميعها على كونه عبارة عن خلل يؤدي إلى العديد من الأضرار، ومن بين أهم المفاهيم التي أعطيت له نذكر ما يلي:

-**قريفيديس (Grifithis, 1995):** هو نوع من أنواع إدمان التكنولوجيا والذي يتم اعتباره من الناحية الاصطلاحية إدمان سلوكي غير كيميائي، ناجم عن فرط التفاعل بين الإنسان والآلة.

-**يونغ (Young, 1998):** هو استخدام المفرط وغير منضبط للإنترنت بشكل يؤثر على الحياة اليومية وذلك وفق معدل يساوي أو يفوق 38 ساعة أسبوعياً.

-**الدبوبي ومنصور (2011):** عبارة عن استعمال مكثف لتقنية الإنترنت بشكل يتجاوز فيه الفرد معدل 38 ساعة أسبوعياً وذلك لغير حاجة العمل، مع الميل إلى زيادة ساعات الاستخدام لإشباع الرغبات نفسها التي كانت تشبعها ساعات أقل، مع المعاناة من أعراض نفسية وجسمية عند انقطاع الاتصال كالتوتر النفسي الحركي والقلق وتركيز التفكير بشكل قهري حول الإنترنت.

-**فاتور وآخرون (Fattore et al, 2014):** هو تلك الظاهرة التي يفقد فيها الفرد قدرته على التحكم في استعمال الإنترنت بشكل يؤدي لاختلال مختلف وظائف الحياة اليومية.

-**واينشتاين وآخرون (Weinstein et al, 2014):** هو نمط سلوكي ناتج عن استخدام الإنترنت، يتضمن الرغبة الملحة والغير طبيعية في فرط استخدام الإنترنت لفترات زمنية طويلة وغير منتظمة، مصحوبة بالعديد من الاختلالات الوظيفية والنفسية والاجتماعية والغير ناتجة عن أي اضطراب آخر.

-**أي سي دي ال (ICDL, 2015):** هو الاستخدام المفرط وغير النافع للإنترنت من قبل الأفراد المعتمدين عليه بشدة لملأ أوقاتهم وللأغراض الترفيهية والاجتماعية.

-تعريف ماهباترا وشارما (Mahapatra & Sharma, 2018): هو الاستخدام القهري والخارج عن السيطرة لخدمة الإنترنت، والذي يتسبب في ظهور العديد من المشاكل بمختلف المجالات مثل ضعف الأداء الأكاديمي والمهني، وانخفاض جودة النوم والنظافة وسوء التكيف في العلاقات.

يمكن القول أن الإدمان على الإنترنت اضطراب سلوكي معاصر يتمثل في فرط استخدام شبكة الإنترنت بشكل يفوق المستوى الطبيعي ولغير أغراض عملية بشكل يعيق مختلف أنشطة حياة الفرد اليومية.

-تختلف استخدامات الإنترنت باختلاف الغاية من استعمالها، حيث ينغمس المدمن على الإنترنت في أحد مواقعها الافتراضية مشبعاً حاجته الملحة لقضاء المزيد من الوقت عليها، ومن أهم أنواع الإدمان على الإنترنت نذكر:

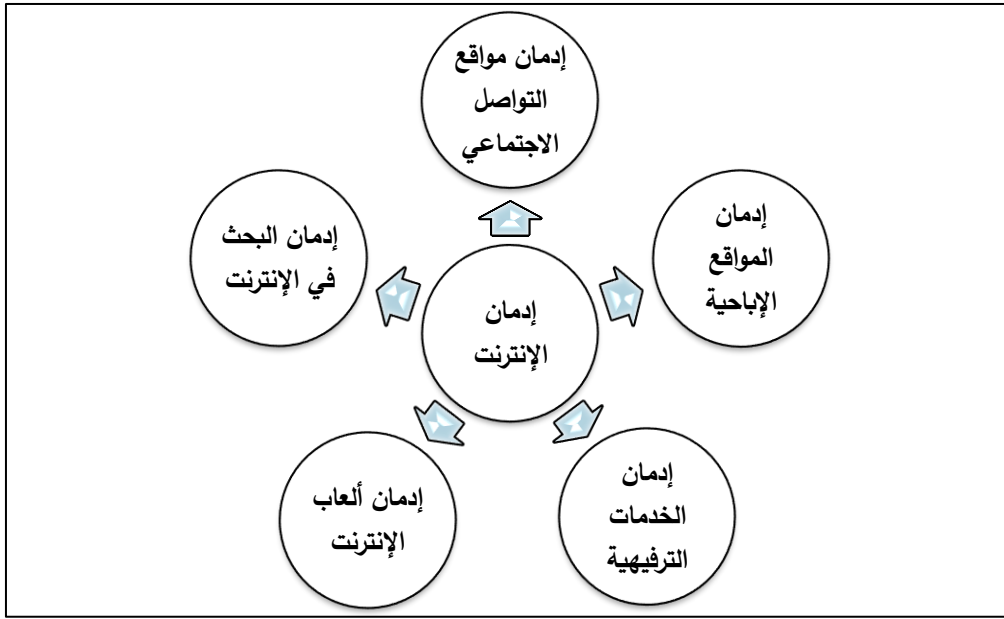
أ- إدمان مواقع التواصل الاجتماعي: إدمان بناء علاقات افتراضية كبديل للعلاقات الواقعية من خلال مواقع التواصل الاجتماعي كالفيسبوك، إنستغرام، تويتر، واتس أب، تيليجرام..

ب- إدمان خدمات الإنترنت القهري: إدمان السلوكيات الترفيهية المعروضة من طرف بعض المواقع في الإنترنت كالمقامرة، التجارة الإلكترونية، مشاهدة الأفلام والمسلسلات وغيرها.

ج- إدمان البحث الإلكتروني: إدمان البحث عن المعلومات المتاحة على شبكة الويب بشكل متكرر ومرضي.

د- الإدمان على المواقع الإباحية: إدمان مشاهدة المحتويات الإباحية كالأفلام والصور والدرشة الجنسية.

هـ- إدمان الألعاب الإلكترونية: إدمان ألعاب الفيديو سواء عبر الحاسوب، الهواتف أو أي من الوسائط الرقمية الذكية المطورة اليوم (Young, 1999).



-الشكل (2): أنواع إدمان الإنترنت-

2- تشخيص إدمان الإنترنت:

بما أن الإدمان على الإنترنت يصنف كاضطراب نفسي، فإن هناك مجموعة من المعايير التي نستند إليها في محاولة تشخيصه، نذكر أهمها وأهم المنظرين الذين قاموا بوضعها:

2-1- محكات قودمان (Goodman, 1990) :

يشير قودمان Goodman إلى ظهور واستمرار جملة من المعايير الخاصة بالإدمانات السلوكية لفترة شهر

كامل، حيث يمكن اسقاطها على إدمان الإنترنت كالتالي:

أ- الفشل المتكرر في مقاومة الرغبة للولوج لمنصات الإنترنت.

ب- تدفق مشاعر التوتر قبل البدء في استخدام الإنترنت.

ج- المتعة أو الراحة عند تصفح الإنترنت

د- فقدان السيطرة والتحكم في سلوك تصفح الإنترنت.

هـ. وجود خمسة على الأقل من المعايير التسعة التالية:

1. الانشغال المتكرر والدائم بالتفكير بالإنترنت.
2. قضاء وقت أطول من المخطط له على صفحات الإنترنت.
3. فشل المحاولات المتكررة للإقلاع عن تصفح الإنترنت.
4. قضاء الكثير من الوقت في الأنشطة الضرورية للسلوك أو الانخراط في السلوك أو التعافي من آثاره.
5. تفضيل قضاء الوقت في الإنترنت على حساب الفوائد الاجتماعية والأكاديمية والمهنية.
6. إهمال الواجبات والنشاطات اليومية الحياتية بسبب الإنترنت.
7. الاستمرار في تصفح الإنترنت رغم إدراك تفاقم عواقبها السلبية.
8. تصاعد الوتيرة: قضاء وقت أطول من أجل تحقيق متعة كان يحققها وقت زمني أقل.
9. الاهتمام والقلق في حالة عدم التمكن من استخدام الإنترنت.

2-2- محكات والتر (walters, 1996):

- 1- الانسحاب والانعزال عن الأسرة والأصدقاء.
- 2- الانشغال الزائد بالإنترنت وكثرة التحدث عنه.
- 3- نقص الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية والمهنية والترفيهية.
- 4- الإحساس بالذنب أو الدفاعية حول استخدام الإنترنت.

5- الإحساس بالإثارة عند الانغماس في نشاطات الإنترنت.

6- الاستخدام الدائم والمتكرر للإنترنت أكثر من المعتاد (فقدان التحكم بالوقت).

7- التوتر والقلق الشديدين في حالة وجود أي عائق للاتصال بالإنترنت لدرجة تصل أحيانا حد الاكتئاب خاصة كلما طالت فترة الابتعاد عنه والاحساس بالسعادة العارمة والراحة النفسية في حالة العودة لاستخدامه.

2-3- محكات قريقدس (Griffiths, 1996) :

طور كل من Griffiths معايير تشخيص الإدمان السلوكي كاضطرابات الأكل، استخدام التلفزيون القهري وإدمان الإنترنت والتي يمكن اسقاطها على إدمان مواقع التواصل الاجتماعي كالتالي:

➤ البروز: يشير إلى وضوح استخدام الإنترنت كأهم شيء في حياة الفرد من الناحية السلوكية أو المعرفية.

➤ تعديل الحالة المزاجية: يشير إلى استخدام الإنترنت كوسيلة للهروب وتعديل الحالة المزاجية.

➤ الوتيرة: يشير هذا إلى الوقت المنقضي في استخدام الإنترنت والذي يزداد بمرور الوقت بحيث تكون هناك حاجة إلى ملحة لقضاء فترات أطول في استخدام الإنترنت للحصول نفس الإشباع والاكتفاء الذي كان يحققه وقت زمني أقل.

➤ الأعراض الانسحابية: تشير إلى المظاهر والآثار الفسيولوجية والنفسية التي تحدث عند محاولة التقليل أو التوقف عن استخدام الإنترنت.

➤ الصراع: يشير إلى الضرر اللاحق بالعلاقات الشخصية نتيجة الاستخدام المرضي للإنترنت، مما يؤثر سلبا على الأنشطة والمسؤوليات الحياتية الشخصية والمهنية.

➤ الانتكاس: يشير إلى العودة لسلوكيات إدمان الإنترنت بعد انقضاء فترة من الامتناع عن الاتصال بها واستخدامها.

2-4- محكات يونغ (Young, 1998) :

تصنف يونغ اضطراب الإدمان على الإنترنت كاضطراب فقدان لسيطرة والتحكم والذي لا يندرج ضمن المواد السامة، ولكنه يعيق بشكل واضح أداء الشخص في جميع مجالات حياته، يمكن تشخيص الاضطراب عند توفر 5 أعراض من أصل 8 خلال فترة اخر عام منقضي:

1- فرط الانشغال والتفكير بالإنترنت ومختلف نشاطاته.

2- الحاجة لقضاء المزيد من الوقت على الإنترنت لتحقيق الإشباع الكافي.

3- المحاولات المتكررة والغير الناجحة لتحكم في استخدام الإنترنت من أجل التقليل أو الامتناع عنه.

4- الآثار السلبية الملحوظة في حالة عدم التمكن من الاتصال بالإنترنت كالاكتئاب والغضب.

5- عدم التحكم بالوقت المنقضي على الإنترنت.

6- تسبب استخدام الإنترنت بالعديد من المشاكل والضغوط الاجتماعية والشخصية.

7- التحجج والاعتذار عن العلاقات لإخفاء انشغال الفرد بالإنترنت.

8- استخدام الإنترنت كوسيلة لتخفيف المشاعر السلبية وكملاذ للهروب من مختلف مشاكل وضغوطات الحياة اليومية.

2-5- محكات شابيرا وآخرين (Shapira et al, 2000) :

تشير شابيرا وزملاؤها الباحثين لكون إدمان الإنترنت ناتج عن عقبة تعرقل التحكم في الاندفاع، حيث يكمن جوهر المشكلة في رغبة الفرد القوية بالإنترنت مما يؤدي لإضعاف حياة الفرد من عدة الجوانب. يمكن

تشخيص الاضطراب حسب شابيرا وآخرين عند توفر المعايير التالية:

1. رغبة قوية لا تقاوم في استخدام الإنترنت.
2. استخدام الإنترنت لفترات زمنية غير متوقعة.
3. التأثيرات الإكلينيكية السريية الناتجة عن استخدام الإنترنت (معاناة، ضعف الأداء الوظيفي، الاجتماعي، الأكاديمي أو المهني).
4. عدم ارتباط الاستخدام المفرط للإنترنت بنوبة الهوس أو الهوس الخفيف، واستحالة تفسيره بناء على محكات اضطرابات أخرى.

2-6- محكات كو وآخرين (ko et al, 2005):

اقترح كو وآخرين مجموعة من المعايير التي يمكن الاستناد عليها في تشخيص اضطراب إدمان الإنترنت، يمكن ذكرها كالتالي:

1. الفشل المتكرر في مقاومة الدافع لاستخدام الإنترنت.
2. تزايد مشاعر التوتر قبل الاتصال بالإنترنت.
3. الشعور بالراحة والمتعة فور الاتصال بالإنترنت.
4. الانشغال بخدمات ومنصات الإنترنت.
5. استخدام الإنترنت لفترة زمنية أطول مما هو مخطط له.
6. فشل المحاولات الملحة في التقليل أو التوقف عن استخدام الإنترنت.
7. الاجتهاد البالغ في القيام بالتحضيرات والأفعال اللازمة للاتصال بالإنترنت.
8. الوقت المفرط المنقضي في تصفح منصات الإنترنت.

9. تزايد الفترة الزمنية المنقضية في استخدام الإنترنت لبلوغ نفس النشوة والمتعة التي كانت تحققها فترة زمنية أقل.

10. ظهور الأعراض الانسحابية.

11. القلق والاهتياج في حالة انقطاع الإنترنت.

12. استمرار استخدام الإنترنت رغم العلم بالمشاكل الجسدية أو النفسية المتكررة الناتجة عن الإنترنت.

13. النكث بالالتزامات الأسرية والمدرسية وتدهور العلاقات الاجتماعية والأكاديمية بسبب استخدام الإنترنت.

2-7- المحكات المقترحة من أجل اضافتها في DSM5:

تم اقتراح إدراج اضطراب الإدمان على الإنترنت ضمن DSM5 لعام 2013 (Tao et al, 2010).

ولكن لم يتم الاعتراف به كاضطراب رسمي، ومع ذلك فقد تم إدراج اضطراب الإدمان على الألعاب الالكترونية في ملحق اضطرابات دليل التشخيص DSM5 وذلك من أجل خضوعه للمزيد من الأبحاث والدراسة. (DSM5, 2013)

تتمثل مجموعة المعايير المقترحة لإضافتها في DSM5 في:

- الاستخدام المكثف للإنترنت

- فقدان الإحساس والسيطرة على الوقت.

- الانسحاب.

- الغضب والتوتر والاكتئاب في حالة عدم التمكن من الاتصال بالإنترنت.

- الحاجة الملحة لجهاز كمبيوتر مجهز بمعدات أفضل وبرامج أكثر وساعات استخدام أكثر.

- الآثار السلبية المتمثلة في تزايد الكذب، ضعف التحصيل الدراسي، العزلة الاجتماعية والتعب
(Block, 2008).

2-8-محكات أخرى:

اضطراب الإدمان على الإنترنت غير معترف به أيضا في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD10)، وهذا بسبب تباين الفترة الزمنية لتصميم ونشر ICD10 سنة 1996 وانتشار الحواسيب والإنترنت في مختلف بقاع العالم (Cudo & Zabielska, 2019). وقد تم إجراء دراسة مسحية كبيرة من أجل تطوير معايير تشخيص الإدمان على الإنترنت ولتقييم مدى صدقها وثباتها عند عامة الناس. تتلخص مجموعة هاته المعايير في:

- الأعراض (سبعة أعراض رئيسية لإدمان الإنترنت).

- الضرر البالغ على المستوى السريري (تدهور الحالة النفسية والوظيفية).

- الوقت الزمني (استخدام الانترنت بشكل غير ضروري لمدة 3 أشهر على الأقل بمعدل 6 ساعات يوميا).

- الاستثناءات (استثناء الاعتمادية الناتجة عن الاضطرابات الذهانية). (Tao et al, 2010)

وحسب الدكتور أبو أسعد (2011) فإنه يمكن إجمال أعراض إدمان الشبكة المعلوماتية بالأعراض الآتية:

- استخدام الشبكة المعلوماتية لفترة طويلة يشكو منها أفراد الأسرة والمقربون.

- إهمال الواجبات الدراسية والأسرية والزوجية والمهنية، وكثرة السهر والأرق والتعب.

- الشعور بالتوتر والضجر نتيجة انفصال خط الشبكة المعلوماتية.
- حالة الترقب والشوق للجلسة القادمة.
- عدم القدرة على ضبط استخدام الشبكة المعلوماتية.
- الشكاوى الجسدية الناتجة عن كثرة الجلوس على الشبكة المعلوماتية.
- الميل إلى العزلة والانطواء مع قلة التفاعل الاجتماعي (أبو أسعد، 2011).



-الشكل (03): أعراض إدمان الإنترنت-

3- النظريات المفسرة لإدمان الإنترنت:

حاولت العديد من النظريات شرح آلية تبني الشخص سلوكيات الإدمان على الإنترنت، وقد اختلفت آرائها باختلاف توجهاتها العلمية، ومن أبرز النظريات المفسرة للإدمان على الإنترنت نذكر:

3-1- النظرية البيولوجية العصبي:

يتجه أصحاب النظرية إلى تفسير سلوك الإدمان على الإنترنت بناء على مجموعة العوامل البيولوجية والعصبية، حيث كشفت الدراسات أن النواقل العصبية والكيميائية كالـدوبامين، البيبتيدات الأفيونية، الغلوتامات والغابا يمكن أن تلعب دوراً أساسياً في كل من إدمان المواد أو السلوكيات. ورغم ذلك فإن تطوير رؤية ثابتة للإدمان يبقى تحدياً صعباً نظراً لتعقيد مختلف العوامل السببية المحتملة (Schmitz, 2005).

يؤكد أصحاب هذا الاتجاه أن استخدام الإنترنت يحفز جهاز المكافأة عند الإنسان مما يؤدي إلى حالة من الشعور بالإثارة والاستمتاع، وبمرور الوقت قد يسبب هذا حاجة ملحة لقضاء المزيد من الوقت على الإنترنت قصد الحصول على نفس المستوى من الإثارة والمتعة، يمكن تمثيل الإدمان على كونه مجموعة من العمليات الدورية والتي يمكن توضيحها كالتالي:

1- دافع أولي: مرتبط بالبحث عن المتعة وتجنب الألم (شرط أساسي).

2- الإثارة والمتعة: وهي ناتجة عن استثارة الجهاز العصبي المركزي، والتي تساهم في استمرار وتعزيز سلوك استخدام الإنترنت.

3- الوتيرة: زيادة استخدام الإنترنت يرفع من عتبة المتعة، حيث يصبح الفرد بحاجة لقضاء المزيد من الوقت لتحقيق نفس الإشباع.

4- الأعراض الانسحابية: يحدث في حالة التوقف عن استخدام الإنترنت أو التقليل منها، تتمثل أعراضه في اضطرابات المزاج، القلق، الأرق، والغضب.

5- التكيف السلبي مع الضغوط: تبني مختلف استراتيجيات المواجهة الغير فعالة القائمة على الهروب والعدوان.

6- آثار الانهيار: حيث يتبنى الفرد تكرار سلوك استخدام الإنترنت من أجل الحصول على المتعة وتجنب الأعراض الانسحابية، وهنا يصبح سلوك استخدام الإنترنت استراتيجية غير فعالة موجهة نحو تخفيف الضغوط واحباطات الحياة (Young, 2011).

3-2- النظرية السلوكية المعرفية:

وفقا للاتجاه السلوكي تعتبر الممارسة والتكرار أهم العوامل التي أوجدت إدمان الإنترنت، والفرد يصبح عرضة لإدمان الإنترنت في أي عمر وفي أي وقت مهما كانت طبقة الاجتماعية أو الثقافية التي ينتمي إليها. وحسب السلوكيين فإن توفر الدافع أو الهدف ليس سببا كافيا لإدمان هذا السلوك، بل لابد من تكرار ممارسة هذا السلوك مرات عديدة، ثم يتم تدعيمه وتعزيزه بالإشباع الداخلي الذي يتحقق للفرد بعد دخوله على الإنترنت في كل مرة. ومن الملاحظ أن هذا الشعور لا يتغير في نوعه ولكن يتغير في شدته حيث يصبح بمرور الوقت أكثر شدة، مما يوقع الفرد في العديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية والانفعالية (أرنوط، 2008، ص46).

يشرح (Davis, 2001) الإدمان على الإنترنت انطلاقا من مختلف التوجهات السلوكية والمعرفية، حيث يميز النموذج بين إدمان الإنترنت المحدد وإدمان الإنترنت العام.

إدمان الإنترنت العام يشير إلى الاعتماد المفرط على استخدام الإنترنت بشكل عام دون تحديد مجال معين، حيث يمكن أن يشمل هذا الإدمان الانغماس في وسائل التواصل الاجتماعي، مشاهدة الفيديوهات على مواقع مشاركة الفيديو، لعب الألعاب عبر الإنترنت، واستخدام الإنترنت للتسوق أو الترفيه. في حين يقتصر إدمان الإنترنت المحدد على استعمالات معينة في الإنترنت، كاللعب، القمار الإلكتروني، مشاهدة الأفلام الإباحية.

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المعارف سيئة التكيف مسبب رئيسي لأعراض اضطراب الإدمان على الإنترنت، فالتشوهات المعرفية حول الذات والمتمثلة في انخفاض الثقة بالنفس، وانخفاض الفاعلية الذاتية التي يدركها الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية مختلفة يحملون تصورات سلبية عن ذواتهم وعن شخصياتهم، مما يجعلهم يفضلون الاندماج والتفاعل في الخدمات المختلفة التي تقدمها الإنترنت عوض التواصل المباشر لأن التواصل الافتراضي يؤمن لهم تهديدا أقل من التفاعل الواقعي.

انطلاقا من أبحاث (Davis, 2001)، قام كل من براند وآخرين (Brand et al, 2014) بتطوير النموذج، حيث اتجه الباحثون لتعمق أكثر في مختلف العوامل المساهمة في حدوث إدمان الإنترنت بنوعيه المحدد والعام، وحسب نتائج دراساتهم افترضوا أن مجموعة العوامل الشخصية: (كالخجل وقلة الثقة في النفس) والعوامل النفسية المرضية: (كالرهاب الاجتماعي والاكتئاب) والعوامل المعرفية الاجتماعية: (كقلة الدعم الاجتماعي والعزلة) والعوامل المعدلة: (فشل استراتيجيات) تتفاعل فيما بينها وتطور إدمان الإنترنت العام.

بينما تتفاعل العوامل النفسية: (كالرهاب الاجتماعي والاكتئاب) والعوامل الشخصية والعوامل الوسيطة (كالضغوط) والعوامل المعدلة (كفشل استراتيجيات المواجهة والتوقعات المعرفية المدركة على سبيل المثال: تلبية الحاجات الجنسية من مشاهدة الأفلام الإباحية كونها الوسيلة الوحيدة والمفضلة لإشباع الرغبات الجنسية) في تطوير إدمان الإنترنت المحدد. تمت مراجعة هذا النموذج سنة 2016 ليصبح معروفا باسم (I-PACE model)

(Stands for Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution) أي النموذج التفاعلي بين الشخص، الأثر، الإدراك، والفعل، حيث تم فيه تصنيف العوامل إلى ثلاثة مجموعات أساسية:

-عوامل الاستعداد: مثل العوامل بيولوجية عصبية، العوامل الشخصية.

-عوامل معدلة: مثل استراتيجيات المواجهة الغير فعالة، التحيز المعرفي المتضمن لفكرة الإنترنت.

-عوامل وسيطة: طبيعة الاستجابة الانفعالية والمعرفية للموقف (Brand et al, 2016).

يعتبر نموذج (I-PACE model) أحسن تفسير نظري لإدمان الإنترنت، كونه يجمع بين مختلف العوامل البيولوجية، النفسية، والاجتماعية.



الشكل(04): مخطط نموذج (I-PACE model) المفسر لآلية حدوث إدمان الإنترنت.

3-3- نظرية التعلم الاجتماعي:

طور كابلان (Caplan, 2005) نمودجا يشرح فيه آلية حدوث الإدمان على الإنترنت معتمدا على نقص وضعف المهارات الاجتماعية، حيث يفترض حمل الأشخاص المنعزلين والمكتئبين لجملة من التقديرات السلبية المرتبطة بمهاراتهم الاجتماعية، فالتواصل الحاسوبي يتيح العديد من المزايا التي تجذب بشكل خاص الأشخاص الذين يمتازون بقدر متدني من المهارات الاجتماعية، يتيح التفاعل داخل الواقع الافتراضي لهاته الفئة المستهدفة مرونة عالية في التعبير الذاتي عكس التواصل وجها لوجه. يمنحهم القدرة على الظهور بالشكل المثالي الذي يتصورونه عن أنفسهم، كما يمنحهم فرصة للشعور بالإنجاز وتضخيم مختلف سماتهم الإيجابية.

بالنسبة لبعض الأشخاص، تعتبر الإنترنت مكانا يسهل مختلف تعاملاتهم مع الآخرين، يفضلون التفاعل الافتراضي لأنهم يعتقدون بأن التواصل الحاسوبي أسهل كونه يتطلب قدرة أقل في التواصل، ويمتاز بخطورة أقل كونه يؤمن قدرا أكبر من الخصوصية وقدرا أكبر من الشعور بالحضور الفردي والشخصي وقدرا أقل من الشعور بالحضور الجمعي. كما أنه يعتبر أكثر متعة واثارة من التواصل وجها لوجه.

حولت الإنترنت العالم لقرية صغيرة تساهم بشكل كبير في التخلص والتحرر من مختلف القيود الاجتماعية (Morahan-Martin, Schumacher, 2000).

3-4- نموذج إدمان الإنترنت المرضي لقروهل (Grohol, 1999):

حسب قروهل، يصاب الفرد بإدمان الإنترنت عبر مجموعة من المراحل، تتمثل في:

أ-مرحلة الانبهار: ترتبط هاته المرحلة بحدائثة البدا في تصفح الإنترنت، حيث يصبح الفرد مهووسا باستخدام مختلف خدمات وبرامج الإنترنت.

ب- مرحلة التحرر: خلال هاته المرحلة يفقد المستخدمون اهتمامهم بمختلف نشاطات الإنترنت التي كانوا يتأثرون بها في البداية، ويصابون بنوع من الإحباط والملل جراء التكرار المستمر لتققد خدماتها.

ج- مرحلة التوازن: خلال هاته المرحلة يوازن الفرد بين مظاهر المرحلتين السابقتين ويطور نمط استخدام عادي وغير قلق.

4-عوامل الخطر المرتبطة بإدمان الإنترنت:

إن الإصابة بأي نوع من الاضطرابات يهدد شريحة معينة على غرار شرائح أخرى ووفقا لشوتون (Shotton, 1991) فإن الفئة الأكثر عرضة لتطويع خطر الإصابة بإدمان الإنترنت هم:

الذكور، الانطوائيين، المتعلمين، الأفراد الذين يعانون من سوء تقدير الذات، الأفراد الخجولين، والأفراد الذين يفتقدون لمهارات التواصل الاجتماعية.

يمكن تقسيم عوامل الخطر المرتبطة بإدمان الإنترنت وفقا للمتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية:

4-1-العوامل البيولوجية:

-يعتبر المراهقون الشريحة الأكثر عرضة لتطوير خطر الإصابة باضطراب الإدمان على الإنترنت كونهم يمرون بمرحلة حساسة من طور النمو والنضج. (Hammond et al, 2014) وقد قام كل من يانغ وتانغ (Yang & Tang, 2007) بتوضيح عدة عوامل خطر مرتبطة بهاته المرحلة العمرية: (الدافعية لتوكيد الذات والشعور بالهوية والاستقلال، الرغبة في تطوير علاقات حميمية، مجانية وسهولة الاتصال بالإنترنت، تشجيع استخدام الإنترنت من قبل المحيط والمدرسة) (Czincz & Hechanova, 2009).

-بينت بعض الدراسات أن ضعف التحكم الذاتي أو الضبط الذاتي عند فئة المراهقين عامل تنبؤ إيجابي لخطر الإدمان على الإنترنت كما جاء في دراسة: (Kim et al, 2018)، ودراسة (Chun, 2018).

-يعتبر الشباب أيضا من أكثر الفئات المعرضة لخطر الإصابة باضطراب الإدمان على الإنترنت وهذا ما تظهره دراسة كل من: (Seki et al,2019) و(Turel et al, 2015) والتي تم إجرائها على طلاب الجامعة.

-يوجد اختلاف في نتائج الدراسات حول كون الجنس عامل خطر، حيث أظهرت بعض الأبحاث أن الذكور أكثر عرضة لإدمان الإنترنت كما جاء في دراسة كل من: (Mok et al, 2014; Choi et al, 2015)، بينما أظهرت دراسات أخرى أن الاناث أكثر عرضة للإصابة بإدمان الإنترنت كما جاء في دراسة يابانية وطنية لأكثر من 100000 مستخدم للإنترنت (Morioka et al, 2017)، بينما لم يتم العثور على أية فروق بين الجنسين في دراسات أخرى مثل الدراسة الألمانية التي تم إجرائها باستخدام التصنيف المزدوج لأعراض

إدمان الإنترنت (Wartberg et al, 2017). عادة ما تميل الإناث إلى إدمان مواقع التواصل الاجتماعي، بينما يميل الذكور لإدمان المواقع الإباحية وألعاب الإنترنت، كما يؤثر الجنس على بعض عوامل الخطر الأخرى، حيث نلاحظ ارتباط التجارب المؤلمة، العدائية، عدم تحمل الإحباط والفشل وفقدان التحكم الذاتي بفترة الذكور، بينما ترتبط سمات الأليكسيثيميا (Alexithymic traits) والتي تعني فقد العواطف وصعوبة التعبير عنها والمزاج السلبي، إضافة لإدمان الهواتف النقالة بفترة الإناث (Mari et al, 2023).

يمكن إرجاع التباين في نتائج مختلف هاته الدراسات إلى العامل الثقافي، فالبيئة تساهم بشكل كبير في التأثير على مختلف اتجاهات الأفراد ونوع اهتماماتهم.

-أظهرت دراسة مقارنة لعينة من المراهقين في كوريا وجود اختلاف على المستوى الجيني بين مجموعة المراهقين الذين تم تشخيصهم كمدمني إنترنت وبين المجموعة السليمة، حيث تبين أن المورثة الناقلة لسيروتونين لدى مدمني الإنترنت (SS-5HTTLPR) مشفرة على مستوى أليل أطول من أليل المراهقين الغير مدمنين، وهو نفسه الجين المسؤول عن سمة التجنب والهروب عند المكتئبين، ومنه تم وضع استنتاج مفاده تشابه الاستعداد الوراثي وسمات الشخصية المعرضة للإصابة بالاكتئاب بالاستعداد الوراثي لتطوير اضطراب الإدمان على الإنترنت (Lee et al, 2008).

4-2-العوامل النفسية:

-تلعب مختلف العوامل الشخصية دورا أساسيا في تبني الفرد مجموعة من السلوكيات على غرار البعض الآخر، حيث كشفت العديد من الدراسات مدى ارتباط المتغيرات النفسية باضطراب الإدمان على الإنترنت ففي دراسة كل من : (Mok et al, 2014) (Ko et al, 2009) (Yen et al, 2008) (Kim et al, 2006) (Lee et al, 2018) (Kim et al, 2018) (Demirci, Akgönül, and Akpinar, 2015) تبين أن هناك علاقة

ارتباطية بين الإدمان على الإنترنت والهواتف النقالة وكل من الحالات النفسية السلبية كالاكتئاب والقلق والغضب.

-في دراسة مقارنة بين الإدمان على الإنترنت والهواتف النقالة، لوحظ أن المجموعة المدمنة على الإنترنت والهواتف النقالة تظهر ارتفاع خطر الإصابة بالاكتئاب والقلق مقارنة بالمجموعة الغير مدمنة (Kim et al, 2018).

وانطلاقاً من نتائج مختلف الدراسات التي بحثت في هذا الطرح، يمكن أن نلخص أهم عوامل الخطر النفسية المساهمة في ظهور اضطراب إدمان الإنترنت كالتالي:

-الاكتئاب (WS et al, 2018; Bazrafshan et al, 2019 ; Young & Rogers, 1998).

-القلق (WS et al, 2018).

-العدوانية (Ko et al, 2009).

-الاندفاع (Lee et al,2012).

-صدمة الطفولة (Tang et al, 2024).

- تقدير الذات المتدني (Stieger & Burger, 2010 ; WS et al, 2018).

-تمثل نوعية المحتوى الذي يتصفحه الفرد أثناء استعماله للإنترنت دوراً محورياً في رفع مستوى خطر الإصابة بإدمان الإنترنت، وقد خلصت أهم نتائج الدراسات التي أجريت على المراهقين إلى كون:

-ألعاب الحظ والمال تزيد من درجة استعداد المراهق لإدمان الإنترنت (Tsitsika et al, 2011).

-تصفح المواقع الإباحية (Reiner et al, 2017 ; Vigna-Taglianti et al, 2017).

-الوقت المنقضي على الإنترنت (Vigna-Taglianti et al, 2017).

-ألعاب الفيديو، الأفلام الإباحية والاستماع للموسيقى وتوفر العديد من نقاط النفوذ للإنترنت عامل خطر مرتبط بالذكر (Reiner et al, 2017 ; Tsitsika et al, 2011 ; Vigna-Taglianti et al, 2017).

-تصفح مواقع التواصل الاجتماعي عامل خطر مرتبط بالإناث (Reiner et al, 2017).

4-3-العوامل الاجتماعية:

-تساهم البيئة الأسرية بشكل كبير في رفع مستوى خطر التعرض لإدمان الإنترنت، فالعلاقة الوالدية تلعب أثر بالغ في تطوير جوانب شخصية المراهق ومرافقته أثناء مروره بأزمة تأكيد الهوية وتوتر مختلف علاقاته الاجتماعية (Panahi, 2016; Bozoglan, 2018)، حيث أظهرت مختلف الدراسات أن لتمسك الأسري دور كبير في تجنب الفرد مختلف المترتبات السلبية لإدمان الإنترنت، فالمرهقين الذين كانوا يستخدمون الإنترنت ويتفاعلون مع أجواء الدراسة والنشاطات الأكاديمية بطريقة ايجابية، كانوا يتمتعون بمستوى تماسك أسري كبير، عكس المرهقين المدمنين (Chung et al, 2019).

-تساهم المدرسة بشكل كبير في تبني المراهق للعديد من السلوكيات خاصة كونه يحتاج بشكل كبير خلال هاته المرحلة العمرية لإشباع وتلبية حاجته للانتماء، وذلك عن طريق تعزيز تفاعله مع الأصدقاء والزملاء داخل المدرسة، هذا بالتحديد ما أكدته دراسة وانغ وآخرين، حيث كشفت عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الحاجة للانتماء وإدمان الهواتف النقالة (Wang et al, 2017). كما أن العلاقة السلبية مع الأستاذ وانخفاض التحصيل الدراسي يمكن أن يساهما بشكل كبير في رفع مستوى خطر الإصابة بالإدمان على الإنترنت (Xin et al, 2018).

5-الأدوات المستخدمة في قياس إدمان الإنترنت:

يستوجب إعطاء التشخيص الدقيق لاضطراب إدمان الإنترنت الاعتماد على مقاييس في غاية الدقة والموضوعية، ومن أهم المقاييس التي بنيت لاستخدامها في دراسة هاته الظاهرة نذكر:

5-1-معايير تشخيص قريفيذس (Griffiths diagnostic criteria) :

في محاولة منه لإعطاء تعريف دقيق لإدمان الإنترنت، قام Griffiths سنة 1998 بوضع مجموعة من المعايير التي يمكن الاستدلال عليها في تشخيص إدمان الإنترنت:

-المثير الإغرائي.

-تغير المزاج.

-الوتيرة.

-الأعراض الانسحابية.

-الصراع والانتكاس.

على الرغم من سهولة معايره التي وضعها فلم يتم التحقق من خصائصها السيكومترية بعد (الصدق والثبات) (Murali & George, 2007).

5-2-مقياس يونغ (Young,1998) Internet Addiction Test :

صممت يونغ أول مقياس خاص بتقدير مستوى إدمان الإنترنت (IADQ)، واستندت في تصميمه إلى معايير القمار المرضي الثمانية الموضحة في DSM4 ، تتمثل جملة الأسئلة الموضحة في مقياسها الأول في:

-هل تشعر بانشغالك المتكرر حول استخدام تقنية الإنترنت (تفكر حول مختلف نشاطاتك السابقة أو اللاحقة على الإنترنت)؟

-هل تشعر بحاجة لقضاء المزيد من الوقت على الإنترنت كي تبلغ الإشباع الكافي من استخدامها؟

-هل بذلت جهودا متواصلة من أجل التحكم أو مقاطعة أو التوقف عن استخدام الإنترنت، ولم تنجح؟

-هل تشعر بأعراض القلق، تقلب المزاج، الاكتئاب، الغضب عند محاولتك مقاطعة أو التوقف عن استخدام الإنترنت؟

-هل تبقى متصلا بشبكة الإنترنت وقتا أكثر من المعتاد؟

-هل سبق وأن خاطرت بتأزم علاقاتك الشخصية والمهنية والأكاديمية فقط من أجل استخدام الإنترنت؟

-هل سبق وكذبت على أفراد عائلتك ومحيطك فقط من أجل إخفاء انشغالك بالإنترنت؟

-هل تستخدم الإنترنت كملجأ للهروب من مختلف المشاكل والاحباطات التي تجتاحك كالشعور بالعجز والذنب والقلق والاكتئاب؟

تقيم الإجابات مع استثناء دواعي استخدام الإنترنت لأغراض عملية، أكاديمية أو ناجمة عن أي اضطرابات ذهانية، حيث حددت (5) إجابات أو أكثر بنعم خلال الست أشهر الأخيرة تشخص الفرد كمدمن للإنترنت، و3-4 إجابات بنعم تصنف الفرد ضمن فئة المعرضين لخطر الإصابة بإدمان الإنترنت (Young, 2009).

كما قامت Young بعد فترة بتطوير المقياس ليصبح مكونا من 20 بند، كل بند يحوي على تقييم من واحد (أبدا) إلى خمسة (دائما)، النتيجة النهائية يمكن إسناد حكمها للمجال المعياري التالي:

- مستخدم إنترنت عادي.

- مستخدم يعاني من مشاكل غالبية بسبب فرط استخدامه للإنترنت.

- مستخدم يعاني من مشاكل كبيرة وبحاجة ماسة للمساعدة.

تمت ترجمته وتعديله إلى اللغة العربية على يد الدكتور إبراهيم الشافعي (2010). وتم تكييفه والتأكد من خصائصه السيكو مترية في البيئة الجزائرية على عينة من طلبة جامعة الجزائر في دراسة بن دبلي وبن عائشة (2019)، يساعد هذا الاستبيان في تحديد كيفية تأثير إدمان الإنترنت على كافة جوانب حياة الفرد اليومية (Murali & George, 2007).

3-5- مقياس إدمان الإنترنت العام (GPIUS2) Generalized Problematic Internet Use Scale 2:

تم إنشاء هذا المقياس من قبل Davis لقياس الجوانب المعرفية والسلوكية لمشكلة استخدام الإنترنت المرضية وقد قام بتطويره بعد ذلك Caplan سنة 2002 ليتضمن 15 بند مكونة من 4 أبعاد أساسية:

- تفضيلات التفاعل الاجتماعي عبر الإنترنت.

- تنظيم المزاج.

- الانشغال المعرفي.

- ضعف التنظيم الذاتي الذي يشمل محور (استخدام الإنترنت القهري والنتائج السلبية) (Caplan, 2010).

6- الآثار المترتبة عن إدمان الإنترنت:

ينعكس الاستخدام القهري لشبكة الإنترنت بالكثير من الأضرار سواء على مستوى الفرد نفسه أو على مستوى محيطه، ولتقييم حدة الوضع ومحاولة إيجاد تدخلات سريعة لعلاج لآدم من الوقوف عند مختلف المستويات التي ترتبط بالاضطراب وذكر أهم النتائج الوخيمة التي تعرفها:

6-1- الآثار المنعكسة على الصحة البدنية:

-تخطي مدمن الإنترنت لوجبات الغداء والعشاء وميله لاستهلاك الوجبات الخفيفة والغير مغذية مما ينتج عنه الكثير من المشاكل الصحية خاصة عند المراهقين الذين هم في طور النمو.

-الأرق والنوم الغير منتظم.

-قلة النشاط والحركة.

-نمط الحياة الغير صحي يؤدي لظهور العديد من الأمراض كالسمنة.

-ضعف البصر نتيجة لتأثيرات الأشعة المنبثقة عن الأجهزة التكنولوجية.

-مشاكل على مستوى الظهر والعمود الفقري (Bisen & Deshpande, 2018).

-انخفاض مستوى الذكاء العاطفي والاجتماعي (Small et al, 2022).

- نقص الانتباه (Small et al, 2022).

6-2- الآثار المنعكسة على الصحة النفسية:

-انخفاض التحصيل الدراسي (Bisen & Deshpande, 2018 ; Baturay & Toker, 2019).

-إدمان الألعاب ومواقع التواصل الاجتماعي (Bisen & Deshpande, 2018).

-القلق (Shepherd & Edelmann, 2005; Soulioti et al 2018).

-الاكتئاب (Young & Robert, 2009; Alaca, 2020).

-العدائية (Chiu & Huang, 2004; Ko et al, 2014).

-فقدان التحكم (Weinstein, 2010)

-إدمان المواقع الإباحية (Boies et al, 2004; Alexandraki et al, 2018).

-انخفاض الكفاءة الذاتية وتقدير الذات والثقة بالنفس (Baturay & Toker, 2019).

-زيادة الشعور بالوحدة (Baturay & Toker, 2019).

6-3- الآثار المنعكسة على الصحة الاجتماعية:

-مشاكل ونزاعات زوجية وأسرية (Ma & Wu, 2016).

-مشاكل وصعوبات مهنية بسبب تراجع فعالية الفرد بالعمل (Young, 1998).

-صعوبة التكيف الاجتماعي وإقامة العلاقات الشخصية (Trumello et al, 2018).

-احتمال تعرض المراهق لخطر الابتزاز والتهديد من خلال مختلف الصور ومقاطع الفيديو التي قد يشاركها

مع الغرباء (Gómez et al, 2017).

7- علاج إدمان الإنترنت:

بعد الوقوف عند مختلف المترتبات السلبية لاضطراب إدمان الإنترنت، وبعد إدراك مدى خطورة آثارها

المنعكسة على مختلف جوانب حياة الفرد البدنية، النفسية والاجتماعية، يصبح البحث عن حلول جديدة

وتدخلات علمية فعالة من أجل التكفل بالحالات المدمنة على هذا السلوك القهري أمرا حتميا وفي غاية

الأهمية. بناء على ذلك تطرقوا لعلاج الإدمان على الإنترنت، فإن أهم اقتراحات العلاجات

الموجهة لهاته الشريحة تتضمن:

7-1- العلاج الدوائي:

استخدمت مختلف الأبحاث العلاجية لحالات إدمان الإنترنت نفس الأدوية المستخدمة لمعالجة اضطرابات فرط النشاط والحركة وحالات الوسواس القهري، ففي كوريا مثلاً تم إجراء دراسة على عينة من الأطفال المدمنين على ألعاب الفيديو الالكترونية والذين يعانون من اضطراب فرط النشاط والحركة المصاحب، حيث تم علاجهم بـ (Methylphenidate)، بعد 8 أسابيع أظهرت النتائج تحسن نوعي كبير في كل من الانتباه ومدة استخدام الإنترنت لدى هؤلاء الأطفال (Han et al, 2009).

في دراسة أخرى لعينة مكونة من أشخاص يعانون من إدمان الإنترنت المصاحب للوسواس القهري، تم استخدام مثبطات السيروتونين الانتقائية مثل: (Escitalopram).

أظهرت نتائج الدراسة انخفاض كبير في عدد الساعات المنقضية على الإنترنت خلال المرحلة الأولى من العلاج، لكن خلال المرحلة الثانية من العلاج لم تكشف نتائج الدراسة عن أي فروق بين المجموعة الخاضعة للعلاج الدوائي والمجموعة الضابطة (Dell'Osso et al, 2007).

في دراسة أخرى لـ: (Han et all, 2010)، تم الاستعانة بمثبطات الدوبامين والنورادرينالين على عينة مدمنة على ألعاب الفيديو، بعد 6 أسابيع من العلاج، أظهرت النتائج انخفاض ملحوظ في استخدام ألعاب الفيديو، انخفاض في الوقت المنقضي في اللعب وانخفاض في مستوى أنشطة الدماغ المحفزة لسلوك اللعب الرقمي. وهذا ما أكدته بعد ذلك دراسة (Han & Renshaw, 2012).

✚ ملخص لأهم العلاجات الدوائية المستخدمة في إدمان الإنترنت:

في الجدول التالي نوضح أهم الأدوية المستخدمة في التعامل مع حالات الإدمان:

-الجدول (2): العلاجات الدوائية المستخدمة في اضطراب الإدمان على الإنترنت- (Łukawski et al, 2019)

الدواء	نوع الإدمان	الاضطراب العقلي المصاحب	مفعول الدواء
Escitalopram	إدمان الإنترنت، إدمان الألعاب الالكترونية	الاكتئاب الحاد	-انخفاض في الوقت المنقضي على الإنترنت. -انخفاض ممارسة ألعاب السباق الالكترونية. -تحسن الأعراض الاكتئابية. -انخفاض شدة ممارسة الألعاب الالكترونية.
Bupropion	إدمان الألعاب الالكترونية	الاكتئاب الحاد	-انخفاض الوقت المنقضي على الإنترنت. -انخفاض الرغبة في الألعاب الالكترونية. -تحسن في الأعراض الاكتئابية. -انخفاض في شدة ممارسة الألعاب الالكترونية
Quetiapine مرفقا مع Citalopram	إدمان الإنترنت	لا يوجد	-انخفاض الوقت المنقضي على الإنترنت. -انخفاض أعراض الوسواس القهري.
Naltrexone مرفقا مع Sertraline	إدمان المواقع الإباحية على الإنترنت	اضطراب الوسواس القهري OCD	-انخفاض أعراض إدمان الإنترنت -انخفاض الأعراض الاكتئابية.
Methylphenidate	إدمان الألعاب الالكترونية	اضطراب فرط النشاط والحركة ADHD	-انخفاض استخدام الإنترنت. تحسن في أعراض فرط النشاط والحركة. انخفاض في شدة ممارسة الألعاب الالكترونية.

7-2-العلاج النفسي:

توجد أنواع عديدة من العلاجات النفسية التي تم الاستعانة بها من أجل التكفل بالحالات التي تم تشخيصها كاضطراب إدمان الإنترنت ومن بين أهمها نذكر:

7-2-1-العلاج حسب يونغ Young:

طورت يونغ دليلا يشمل مختلف التقنيات المعرفية والسلوكية في علاج حالات إدمان الإنترنت، حيث أوضحت أن سوء التكيف المعرفي والحالات الانفعالية، بالإضافة لمختلف أحداث الحياة يساهمون بشكل رئيسي بتفجير سلوك استخدام الإنترنت، فكثر الانفعال تؤدي إلى ظهور الأفكار والمشاعر السلبية كالإكتئاب، اليأس والتشاؤم. والتشوهات المعرفية كالتعميم، التجريد الانتقائي والشخصنة، كلها أمور قد تعرض الفرد لإساءة استخدام الإنترنت. كما أنها اقترحت مجموعة من الفنيات التي من شأنها أن تساعد في علاج إدمان الإنترنت:

➤ الفعل المعاكس: تشمل هاته التقنية التعريف الدقيق بنمط استخدام الفرد للإنترنت، ومحاولة كسر روتينه وعاداته اليومية عن طريق استدخال أنشطة جديدة، على سبيل المثال: إذا كان الشخص معتادا على قضاء عطلة نهاية الأسبوع على الإنترنت، يمكن أن نقترح له تخصيص مساء السبت في ممارسة أنشطة خارجية.

➤ المنبهات الخارجية: استخدام وسائل مساعدة كالمنبه لتذكير بوقت قطع الاتصال بالإنترنت.

➤ وضع الأهداف: يفشل العديد من مدمني الإنترنت في العلاج على الرغم من وجود مستويات عالية من التحفيز والدعم لديهم وذلك بسبب عدم تمكنهم من رسم أهداف وخطط علاجية واضحة.

من أجل ذلك يمكن الاستعانة بمخطط يومي أو أسبوعي يعرض مختلف الأوقات المخصصة لتصفح الإنترنت (في البداية، يجب أن يكون الوقت المخصص للإنترنت بشكل مكرر وموجز)، يساعد هذا المخطط في تنمية إحساس الفرد بتحكمه في الإنترنت.

➤ استخدام بطاقات تذكير: يساعد تصميم بطاقات تذكيرية على تشجيع الفرد وزيادة دافعيته في التخلي عن سلوك إدمان الإنترنت، وذلك من خلال كتابة قائمة تضم أهم المترتبات السلبية الخمسة الناجمة عن استخدام الإنترنت على سبيل المثال: تدهور التحصيل الدراسي للفرد، وكتابة أهم المترتبات الإيجابية الخمسة الناجمة عن ترك استخدام الإنترنت على سبيل المثال: قضاء المزيد من الوقت رفقة العائلة.

➤ التنمية الذاتية: مساعدة مدمني الإنترنت على استرجاع نشاطاتهم واهتماماتهم عن طريق إعداد قائمة لمختلف الهوايات التي كانوا يمارسونها قبل استخدام الإنترنت.

➤ الامتناع: في هذا السياق، يمتنع الفرد عن استخدام التطبيقات أو المواقع التي يعاني من إدمانها على الإنترنت، على سبيل المثال: (غرف الدردشة أو الألعاب الالكترونية). بالمقابل يمكن له أن يتجه لتصفح خدمات أخرى بشرط أن يكون التصفح بطريقة منتظمة ومعتدلة.

ينصح باستخدام هاته الفنيات مع الأشخاص الذين عانوا من فشل في الحد والتقليل من استخدامهم لتطبيق أو موقع معين (Young, 2010).

7-2-2-العلاج الجماعي:

يعد أحد اتجاهات العلاج النفسي، وبما أن الأشخاص الذين يفتقدون الدعم الاجتماعي يلجئون للإنترنت كطريقة لتكوين علاقات اجتماعية، فإنه منه المهم للغاية وضع هؤلاء الأشخاص داخل مجموعات تضم عددا معين من الأفراد الذين يعانون من نفس المشكل من أجل تحسين واقع حياتهم الاجتماعي وتشجيعهم

على التعبير والتفاعل وتعزيز روح الانتماء لديهم. يساعد العلاج الجماعي بشكل كبير في تخفيف التعلق المرضي بالإنترنت ويساهم في خلق جو ودي من الطمأنينة والراحة، توجد مجموعات متخصصة لمساعدة مدمني الإنترنت مثل: (<http://health.groups.yahoo.com/group/Internet-addiction>)

والتي يديرها مركز الإدمان الإلكتروني في الولايات المتحدة الأمريكية. هذا المركز عبارة عن شبكة أسستها عالمة كمبرلي يونغ سنة 1995 والمتخصصة في المشاكل المتعلقة بالإنترنت، حيث توفر مجموعة من خدمات الدعم والتثقيف المختصة بإدمان الإنترنت (Murali & George, 2007, p27).

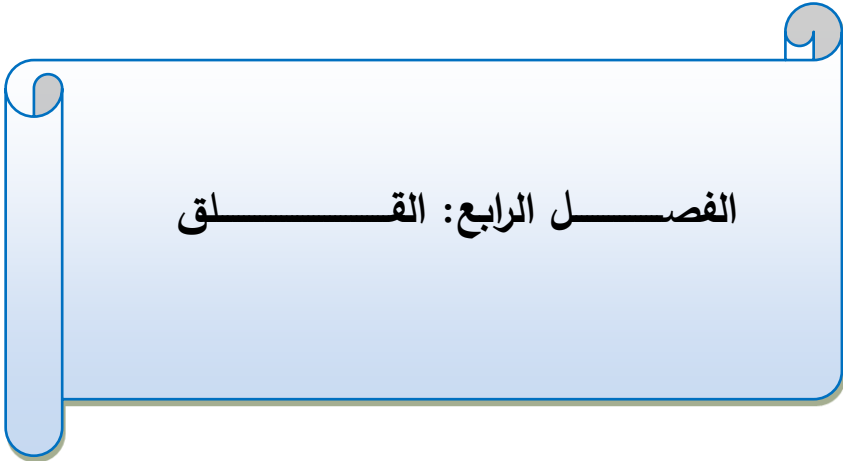
7-2-3-العلاج الأسري:

يمكن أن يساعد العلاج الأسري في حالة ما إذا كان هناك تأزم في العلاقة الزوجية بسبب إدمان الإنترنت. وذلك عن طريق تعليم وشرح اضطراب الإدمان على الإنترنت لكلا الطرفين، بالإضافة لتقليل العتاب واللوم على الطرف المدمن، تعزيز التواصل والنقاش حول مختلف المشاكل المترتبة عن إدمان الإنترنت (Young, 2010).

تم فتح مركز خاص بعلاج المراهقين المدمنين على الإنترنت في الصين سنة 2005، مدة المكوث فيه حوالي 10 إلى 14 يوم والعلاج مرتكز على مختلف التقنيات الجماعية، الدوائية، الوخز بالإبر والرياضة. (http://www.usatoday.com/tech/news/2005-07-01-china-web-addiction_x.htm)

خلاصة:

بناء على ما تم تناوله في الفصل الحالي، يمكن القول بأن إدمان الإنترنت ظاهرة وبائية عالمية تخلف الكثير من المشاكل والآثار النفسية، الاجتماعية والجسدية التي تستوجب تعاون علمي مكثف للوقوف عند مختلف العوامل المرتبطة بحدوثها من أجل وضع استراتيجيات عملية لردع انتشارها والمساهمة في تسليط الضوء على محاولة إدراجها ضمن دليل التشخيص الأمريكي في طبعته القادمة.



الفصل الرابع: القلق

تمهيد:

القلق هو حالة نفسية شائعة تتميز بالشعور بالتوتر والاضطراب وعدم الارتياح، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بأعراض جسدية مثل تسارع ضربات القلب والتعرق وصعوبة التركيز. يعتبر القلق استجابة طبيعية للتحديات والمواقف المجهدة، وهو جزء من آلية الجسم الدفاعية لحماية الفرد من الخطر. ومع ذلك، قد يصبح القلق مرضيًا عندما يكون مفرطًا أو مستمرًا، ويؤثر سلبيًا على الحياة اليومية للفرد، سنحاول في هذا الفصل تعريف القلق، وأهم النظريات المفسرة له، المحكات التشخيصية، عوامل الخطر والآثار والعلاج.

1-تعريف القلق:

عادة ما يتداخل مفهوم **الخوف والقلق**، فأحيانا قد نشعر بالخوف فقط، وأحيانا قد نشعر بالقلق فقط، وفي كثير من الأحيان نحن نشعر بالخوف والقلق معا. يعرف القلق بأنه حالة مزاجية موجهة نحو **المستقبل** تجعل الفرد في حالة من الترقب والتوقع المسبق للأحداث السلبية؛ بينما الخوف عبارة عن استجابة إنذارية لخطر حالي أو وشيك (حقيقي أو متصور). يمكن تمثيل شعور القلق بوضعية الحيوان المتيقظ من حدوث هجوم مفترس محتمل، ويمكن تمثيل الخوف بوضعية الحيوان أثناء حدوث الهجوم المفترس أو لحظة انقباض الحيوان على الفريسة (Craske et al, 2011).

حين يكون **القلق** في مستوياته الطبيعية فهو لا يشكل خطرا على صحة الأفراد، ولكن بتزايدده قد يؤدي إلى اضطراب كامل يعيق الأداء الحياتي للفرد، حيث يعاني المصابون باضطراب القلق من إحساس مستمر بالخوف أو القلق المبالغ فيه اتجاه مواقف أو أحداث محددة، تعد اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا على مستوى العالم، حيث أصيب حوالي 301 شخص بالقلق سنة (Javaid et al, 2019) (2023)، يعتبر الرهاب المحدد الأكثر شيوعًا بنسبة انتشار 10.3%، ثم يأتي بعده اضطراب الهلع (مع أو

بدون رهاب الساج) بنسبة انتشار تقدر بـ 6.0%، يليه الرهاب الاجتماعي بنسبة (2.7%) واضطراب القلق العام بنسبة (2.2%) (Thibaut, 2017).

حاول العديد من الباحثين والهيئات تعريف اضطراب القلق ومن أبرز التعريفات نذكر:

تعريف قاموس كامبريدج الإنجليزي: يُعرّف القلق بأنه "شعور غير مريح بالتعصب القلق بشأن شيء يحدث أو قد يحدث في المستقبل.

تعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA): عاطفة تتميز بمشاعر التوتر والأفكار المقلقة والتغيرات الجسدية كارتفاع ضغط الدم.

تعريف مركز القلق Anxiety Centre: حالة من الذعر وعدم اليقين والخوف الناتجة عن توقع مسبق لحدث كارثي أو موقف مهدد، قد يكون هذا القلق واقعي أو متصور مما يضعف ويؤثر على الأداء البدني والنفسي.

تعريف Beyondblue: استمرار الشعور بالقلق وبروزه بشكل يؤثر على واقع حياة الفرد وأدائه والوظيفي (Xi, 2020).

يمكن القول بأن القلق عبارة عن خبرة انفعالية نفسية، جسدية واجتماعية تنتج عن فقدان السيطرة والتحكم في التعاملات الإيجابية مع مشاعر القلق والمواقف الحياتية المحفزة لها.

2-تشخيص اضطرابات القلق:

يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات الصحة العقلية الإصدار الخامس (DSM-5-TR) العديد من اضطرابات القلق. خلال الإصدارات السابقة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية كان اضطراب الوسواس القهري واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واضطراب الإجهاد الحاد يندرجان أيضًا

ضمن هذه الفئة، وانطلاقاً من عام 2013 لم يعد الدليل يجمع بين هذه الفئات معاً. تنقسم اضطرابات القلق إلى ما يلي:

2-1- اضطراب القلق العام (Generalized anxiety disorder) (GAD):

يعاني المصابون باضطراب القلق العام من أعراض قلق أو خوف مستمر من شيء غير محدد وغير مرتبط بموقف عرضي سرعان ما يزول، بل هو حالة وشعور دائم بالقلق العام المنعكس على الأداء وجوانب الحياة النفسية، الجسدية والاجتماعية، المعايير التشخيصية لاضطراب القلق العام حسب (DSM-5)، هي:

أ. القلق المفرط أو المخاوف (Worrying):

- يعاني الشخص من قلق مفرط أو شعور بالتوتر حول عدد من الأنشطة أو الأحداث كالعمل، الصحة، العلاقات أغلب الأيام لمدة ستة أشهر على الأقل.
- يكون القلق صعب التحكم به.

ب. الأعراض الجسدية والنفسية:

يعاني الشخص من ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية (ملاحظة: للأطفال، يكفي عرض واحد فقط):

- التوتر العضلي: مثل الشد العضلي أو آلام العضلات.
- الإرهاق: الشعور بالتعب بسهولة.
- صعوبة التركيز أو فراغ الذهن: قد يجد الشخص صعوبة في التركيز أو يعاني من تشتت الأفكار.
- التهيج: الشعور بالضيق أو الانفعال.
- اضطرابات النوم: صعوبة في النوم أو الاستمرار في النوم، أو النوم غير المريح.

• الأرق: الشعور بالعصبية أو الأرق أو الشعور بالتوتر المستمر.

ج. الاضطراب يسبب ضائقة كبيرة:

• القلق والأعراض المرتبطة به تسبب معاناة نفسية كبيرة أو تؤثر بشكل كبير على الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من مجالات الحياة المهمة.

د. استبعاد الأسباب الأخرى:

• لا يمكن تفسير القلق باضطراب نفسي آخر، مثل اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري، اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، أو اضطراب جسدي مثل فرط نشاط الغدة الدرقية.

• الأعراض لا تنتج عن تأثير مادة (مثل المخدرات أو الأدوية) أو حالة طبية عامة.

هـ. استمرارية الأعراض:

• يجب أن تكون الأعراض مستمرة لأكثر من ستة أشهر، وتحدث في معظم الأيام.

2-2- اضطراب الهلع Panic disorder:

عبارة عن نوبات متكررة من الهلع المفاجئة، قد تستتار من أمور محددة، أو قد تكون مجهولة السبب، تتضمن المعايير التشخيصية لاضطراب الهلع حسب (DSM-5) ما يلي:

تحديد حدوث نوبات مفاجئة من الخوف أو الانزعاج الشديد التي تصل إلى ذروتها خلال دقائق، ويصاحبها أربعة على الأقل من الأعراض التالية:

أ. أعراض جسدية أو معرفية:

• خفقان القلب أو تسارع ضربات القلب.

• التعرق.

• الرعشة أو الاهتزاز.

• ضيق في التنفس أو الشعور بالاختناق.

• الشعور بالاختناق أو صعوبة في التنفس.

• ألم أو انزعاج في الصدر.

• الغثيان أو انزعاج في البطن.

• الدوار، عدم الاستقرار، الإغماء، أو الشعور بالدوخة.

• قشعريرة أو شعور بالحرارة.

• تنميل أو وخز في الجسم (البارستيزيا).

• مشاعر الانفصال عن الذات أو الواقع (الاغتراب عن الواقع).

• الخوف من فقدان السيطرة أو "الجنون".

• الخوف من الموت.

ب. النوبة تكون مفاجئة ومكثفة:

• نوبة الهلع تحدث بشكل مفاجئ، وغالبًا دون سابق إنذار. تصل النوبة إلى ذروتها في غضون

دقائق، وتستمر لفترة قصيرة نسبيًا (عادة ما بين 10 إلى 30 دقيقة).

ج. القلق حول حدوث نوبات لاحقة:

- بعد التعرض لنوبة هلع، قد يشعر الشخص بقلق دائم من احتمال حدوث نوبات هلع أخرى، أو الخوف من عواقب النوبة (مثل الإصابة بنوبة قلبية أو فقدان السيطرة).

د. التأثير السلبي على الحياة:

- نوبات الهلع تؤثر بشكل كبير على الحياة اليومية للشخص، حيث قد يؤدي الخوف من حدوث نوبات أخرى إلى تجنب الأماكن أو الأنشطة التي يُعتقد أنها قد تثير نوبة الهلع.

هـ. استبعاد أسباب أخرى:

- الأعراض لا يمكن تفسيرها بحالة طبية أخرى، مثل اضطرابات الغدة الدرقية، أو نتيجة تأثيرات مادة معينة (مثل الأدوية أو المخدرات).

2-3- الرهاب المحدد Specific phobia:

الرهاب المحدد هو الخوف من شيء معين أو موقف معين، مثل المرتفعات أو العناكب، على عكس اضطرابات القلق الأخرى، فإن الرهاب المحدد مرتبط بمحفز واحد محدد. يدرك الشخص المصاب بالرهاب المحدد أن خوفه غير منطقي أو شديد، لكنه يظل غير قادر على السيطرة عليه عندما يواجه المثير، وفقاً لـ (DSM-5) تشمل معايير التشخيص ما يلي:

وجود خوف شديد وغير منطقي من كائن أو موقف معين، ويشمل المعايير التالية:

أ. خوف شديد ومحدد:

• خوف مفرط أو غير عقلاني يتعلق بموضوع معين أو موقف محدد (مثل الطائرات، الارتفاعات، الحيوانات، رؤية الدم، أو تلقي حقن).

• يكون هذا الخوف غير متناسب مع الخطر الفعلي الذي يشكله الشيء أو الموقف.

ب. الاستجابة الفورية للخوف:

• تعرض الشخص للموقف أو الكائن المسبب للرهاب يؤدي دائمًا إلى استجابة فورية للخوف أو القلق وفي بعض الحالات يمكن أن تحدث نوبة هلع كاملة.

ج. التجنب أو المعاناة الشديدة:

• يتجنب الشخص بشكل مستمر المواقف أو الأشياء التي تثير مخاوفه، أو يتحملها مع شعور قوي من القلق أو الانزعاج.

د. استمرارية الخوف:

• يجب أن يستمر الخوف أو القلق أو التجنب لمدة ستة أشهر على الأقل أو أكثر.

هـ. تأثير سلبي على الحياة اليومية:

• الخوف أو القلق الناجم عن الرهاب يتسبب في ضائقة كبيرة تؤثر على الأداء اليومي للشخص في مجالات مثل العمل أو الحياة الاجتماعية، أو يؤدي إلى إعاقة وظيفية.

و. استبعاد الاضطرابات الأخرى: الخوف أو القلق المرتبط بالرهاب المحدد لا يُعزى إلى اضطرابات نفسية أخرى، مثل اضطراب القلق الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري (OCD)، اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، أو اضطرابات الهلع.

▪ يمكن أن ينقسم الرهاب إلى عدة فئات:

- رهاب الحيوانات مثل الخوف من الكلاب، الحشرات، أو الثعابين.
- رهاب البيئة الطبيعية مثل الخوف من العواصف، الماء، أو الظلام.
- رهاب الدم، الحقن، أو الجروح مثل الخوف من الإبر أو رؤية الدم.
- رهاب المواقف مثل الخوف من الطائرات، الأماكن المغلقة، أو القيادة.
- أنواع أخرى من الرهاب مثل الخوف من التقيؤ أو الاختناق.

2-4- رهاب الساحة أو الخلاء Agoraphobia:

خوف غير طبيعي من الأماكن أو الأحداث أو المواقف التي يكون من الصعب الهروب منها، أو حيث لا تتوفر المساعدة في حالات الطوارئ، غالباً ما يسيء الناس فهم هذه الحالة على أنها رهاب من الأماكن المفتوحة أو الهواء الطلق، لكن هذا ليس خاطئاً، تشمل المواقف الشائعة التي قد يخاف منها الشخص المصاب برهاب الخلاء ما يلي: (استخدام المصعد، استخدام وسائل النقل العامة، مغادرة المنزل..)، تتضمن المعايير التشخيصية لرهاب الساحة أو الخلاء حسب (DSM-5) ما يلي:

وجود خوف شديد أو قلق من أماكن أو مواقف معينة، ويتضمن المعايير التالية:

أ. الخوف أو القلق من مواقف محددة:

يشعر الشخص بالخوف أو القلق الشديد في اثنين على الأقل من المواقف التالية:

- استخدام وسائل النقل العامة (مثل الحافلات، القطارات، الطائرات).
- التواجد في الأماكن المفتوحة (مثل الأسواق، الجسور).

• التواجد في الأماكن المغلقة (مثل المتاجر، السينما).

• الوقوف في صفوف أو التواجد في حشد.

• التواجد خارج المنزل وحده.

ب. الخوف من عدم القدرة على الهروب أو الحصول على مساعدة:

• يخشى الشخص هذه المواقف لأنه يعتقد أنه قد لا يكون قادرًا على الهروب أو الحصول على

المساعدة إذا أصيب بأعراض الهلع أو أي أعراض جسدية مزعجة أخرى، مثل الدوار أو الإغماء.

ج. التجنب أو التحمل مع القلق الشديد:

• يتجنب الشخص المواقف المذكورة أعلاه بنشاط، أو يتعامل معها بشعور شديد من الخوف أو القلق،

أو يتطلب وجود مرافق لتخفيف التوتر في تلك المواقف.

د. الخوف أو القلق غير متناسب مع الخطر الفعلي:

• يكون مستوى الخوف أو القلق غير متناسب مع الخطر الفعلي الذي تشكله المواقف، ويُعتبر مبالغًا

فيه.

هـ. استمرارية الأعراض:

• تستمر الأعراض، بما في ذلك الخوف أو القلق أو التجنب، لمدة ستة أشهر أو أكثر.

و. تأثير سلبي على الحياة اليومية:

• يؤدي هذا الخوف أو القلق إلى ضائقة كبيرة أو ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي أو المهني أو

غيره من مجالات الحياة الهامة.

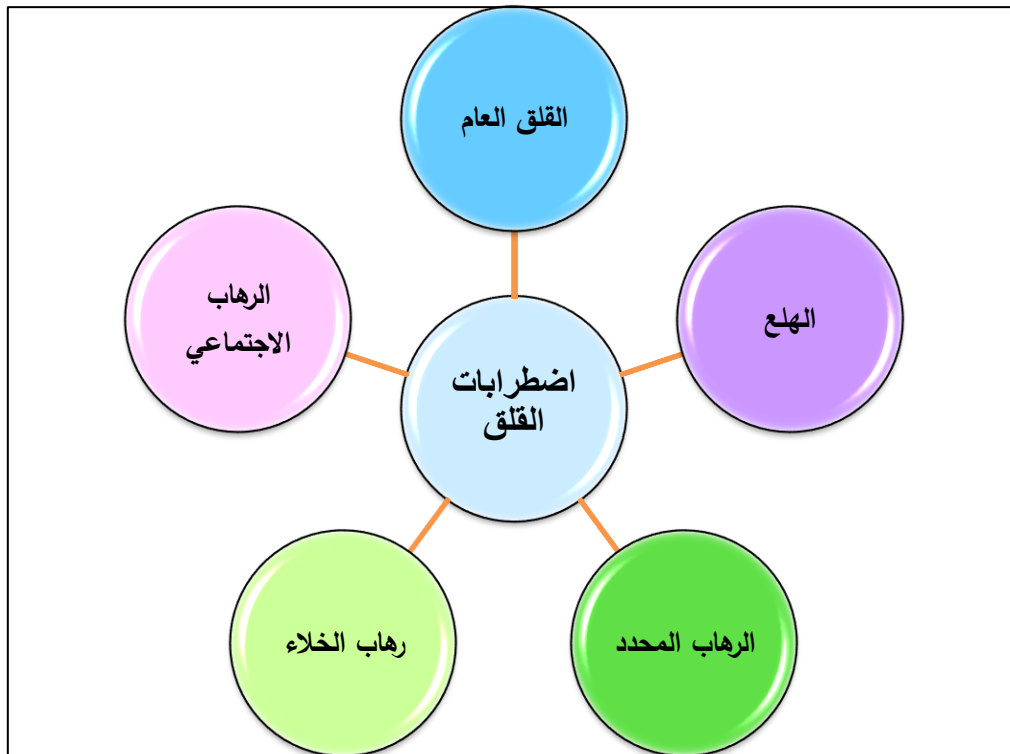
ي. استبعاد اضطرابات أخرى:

- لا يمكن تفسير الخوف أو القلق بشكل أفضل من خلال اضطراب نفسي آخر مثل الرهاب الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري (OCD)، أو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

2-5- اضطراب الرهاب الاجتماعي Social anxiety disorder:

الرهاب الاجتماعي أو القلق الاجتماعي عبارة عن الخوف من تقييم الآخرين والأحكام السلبية المتوقعة منهم، يشعر الشخص المصاب بالرهاب الاجتماعي أن الآخرين يلاحظون ويقيمون كل ما يفعله، ويخاف مشاعر الإحراج أو الازدراء عند التعامل مع الآخرين، مما يدفعه لتجنب التفاعلات الاجتماعية، أو أنواع معينة فقط من المواقف مثل التحدث مع الغرباء.

يمكن الاطلاع على المعايير التشخيصية حسب (DSM-5) في فصل الرهاب الاجتماعي.



-الشكل (05): مخطط يوضح أنواع اضطرابات القلق حسب DSM5-

يتطلب علاج اضطرابات القلق تشخيصاً دقيقاً يستند إلى محكات معدة من قبل هيئات دولية وليس مجرد الأعراض العابرة التي قد تصيب الأشخاص الطبيعيين من حين لآخر.

3- النظريات المفسرة لاضطراب للقلق:

حاول الباحثون والمختصون تفسير حدوث القلق انطلاقاً من توجهاتهم الأكاديمية، نذكر بعض النظريات التي فسرت القلق:

3-1- النظرية البيولوجية:

ترجع هاته النظرية آلية حدوث القلق إلى التنشيط المزمن لنظام الحماية بجسم الإنسان "الكر والفر" في الجهاز العصبي اللاإرادي، تفسر لنا هذه النظرية حدوث اضطراب القلق من خلال مجموعة من العوامل الجينية والبيوكيميائية والهيكلية في الدماغ، تشير إلى حدوث خلل يؤدي إلى عدم التوازن العصبي في مستوى النواقل العصبية مثل: السيروتونين، النورادرينالين، GABA، مما يتسبب في ظهور أعراض القلق. أظهرت المناطق الدماغية مثل اللوزة الدماغية المسؤولة عن الشعور بالخوف والقشرة الجبهية التي تنظم التفكير العقلاني نشاطاً غير طبيعي لدى الأشخاص الذين يعانون من القلق. إضافة إلى أن فرط نشاط محور الغدة النخامية-الكظرية يمكن أن يزيد من إفراز هرمون الإجهاد (الكورتيزول) مما يزيد التوتر. كما تلعب العوامل الوراثية دوراً في تعزيز احتمالية الإصابة بهذا الاضطراب (Burijon, 2007).

3-2- النظرية المعرفية:

حاولت النظرية المعرفية شرح وتفسير حدوث القلق من خلال الأفكار الأوتوماتيكية أو الغير عقلانية التي يكونها الشخص باستمرار، يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق يتشكل أساساً من تفاعل ثلاثة عناصر أساسية: (الشعور الشخصي بعدم الارتياح، والأفكار المتطفلة حول المستقبل غير المؤكد، وردود الفعل

الجسدية والعقلية غير التكيفية) (Xi, 2020). يعتبر اجترار الأفكار العامل المميز للحلقة المفرغة التي تعزز شدة استمرار وتواصل القلق، إضافة إلى ذلك يميل هؤلاء الأشخاص لتضخيم المخاطر وتوقع السيناريوهات الأسوأ، كما يتبنون التفكير الكارثي ويبالغون في تقدير حجم التهديدات مع التقليل من قدراتهم على التعامل معها. يُركزون بشكل مفرط على الجوانب السلبية ويتجنبون المواقف التي تثير قلقهم، مما يعزز شعورهم بالعجز ويمنعهم من اختبار الواقع أو مواجهة مخاوفهم. هذا التفكير غير الواقعي والتجنب المستمر يؤديان إلى زيادة حدة القلق واستمراره (Eysenck, 2014).

3-3- النظرية الاجتماعية:

تركز هذه النظرية على دور العوامل الاجتماعية والبيئية في نشوء وتفاقم الاضطرابات، تُظهر الدراسات أن التنشئة في بيئات مضطربة مثل التعرض للعنف أو الأزمات الأسرية في مراحل الطفولة يزيد من القابلية للإصابة بالقلق، وفقاً لـ Albert Bandura لألبرت باندورا (1977) المؤسس الرئيسي لنظرية التعلم الاجتماعي (social learning theory)، يتعلم الأفراد طرقاً جديدة للتفكير و/أو السلوك من خلال ملاحظة كيفية تفكير الآخرين وسلوكهم. على عكس النظرة التقليدية لـ "السلوكية" التي تشير إلى أن الناس يتعلمون سلوكاً ما بسبب الخبرة المباشرة، فإذا تم مكافأة السلوك يتعلم الناس زيادة هذا السلوك، وإذا تم معاقبة السلوك يتعلم الناس التوقف عن هذا السلوك. تقترح نظرية التعلم الاجتماعي أن الناس يمكنهم تعلم كيفية التصرف بشكل غير مباشر، دون أن يكون لديهم خبرة مباشرة مع موقف معين، حيث يتمكن الأفراد من تعلم كيفية الاستجابة لموقف معين ببساطة من خلال ملاحظة كيفية استجابة الآخرين. على سبيل المثال: (يتعلم بعض الأشخاص المصابين برهاب اجتماعي (بشكل مباشر أو غير مباشر) أنه من المهم للغاية الحصول على موافقة الأشخاص الآخرين، وبالمثل قد يتعلم بعض الأشخاص المصابين باضطراب الهلع في سن مبكرة أن أي

إحساس جسدي غير مبرر يشير إلى مرض خطير أو مروع يمكن أن يحدث من خلال ملاحظة الطريقة التي يتصرف بها أفراد الأسرة (MentalHealth, 2024).

4-عوامل الخطر المرتبطة باضطراب القلق:

ينتج اضطراب القلق عن تفاعل العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية:

4-1-العوامل البيولوجية:

-التاريخ العائلي للاضطرابات النفسية والاكنتئاب (Blanco et al, 2014).

-النساء أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات العاطفية منذ سن المراهقة، وهن أكثر عرضة من الرجال بنسبة 1.5 إلى 2 مرة للإصابة باضطراب القلق (Thibaut, 2017).

-ارتبط كل من التنشيط المفرط أو قصور عمل محور HPA (hypothalamic-pituitary-adrenal) بتطور اضطرابات القلق.

-ارتفاع مستويات الكورتيزول.

-ارتفاع معدل ضربات القلب وضغط الدم.

-السمنة (Narmandakh et al, 2021).

4-2-العوامل النفسية:

-ارتفاع عامل العصابية.

-كثرة التفكير السلبي (Struijs et al, 2021).

-التثبيط السلوكي أو الخجل (behavioral inhibition).

-الشعور بالإحباط ومحاولة السيطرة.

-انخفاض التحكم في الانتباه (Narmandakh et al, 2021).

-التدخين.

-إدمان المخدرات (Zimmermann et al, 2020).

-نقص تقدير الذات (Blanco et al, 2014).

4-3-العوامل الاجتماعية:

- البلدان ذات الدخل المرتفع (Javaid et al, 2023).

-انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

-تزايد المشكلات الأسرية.

-صددمات الطفولة.

-أحداث الحياة المجهدة (Narmandakh et al, 2021).

5-الأدوات المستخدمة في تقدير اضطرابات القلق:

تساعد المقاييس تساعد في تقييم شدة الأعراض وتوجيه التدخلات العلاجية، هناك العديد من المقاييس

المستخدمة لتقدير اضطرابات القلق وذلك حسب نوع اضطراب القلق، نذكر البعض من المقاييس الأكثر

اعتمادا:

1-5- مقياس بيك للقلق (Beck Anxiety Inventory – BAI) 1988:

- يتكون من 21 بند، ويستخدم لقياس شدة القلق لدى الأفراد
- يركز على الأعراض الجسدية والنفسية المتعلقة بالقلق مثل التوتر، والخوف، والتعرق، وزيادة ضربات القلب (Beck & Steer, 1988).

2-5- مقياس سبنس للقلق (Spence Children's Anxiety Scale – SCAS) 1998:

- يتكون من 44 بند ويقيس أعراض اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين يقيس أعراض اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين (8-15 سنة).
- طُوّر المقياس بواسطة الباحثة سوزان سبنس (Spence et al, 2003).

3-5- مقياس اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder 7 – GAD) 2006:

- يتألف من 7 بنود، ويستخدم لتقييم أعراض اضطراب القلق العام.
- سهل الاستخدام ويعتمد على استبيان ذاتي يركز على الأعراض المرتبطة بالقلق المستمر والتوتر (Spitzer et al, 2006).

4-5- مقياس هاملتون للقلق (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A) 1959:

- من أقدم المقاييس ويستخدم لتقييم شدة القلق السريري.
- يتضمن 14 بندًا تغطي الجوانب الجسدية والنفسية للقلق مثل التوتر العصبي، الأحاسيس الجسدية، والخوف (Clark & Donovan, 1994).

5-5- مقياس القلق لتايلور (Taylor Manifest Anxiety Scale) 1953:

- يتكون من 50
- عبارة تُستخدم لقياس القلق الظاهر لدى الأفراد.
- يقيم مستوى القلق بناءً على استجابة الشخص للأعراض السلوكية والجسدية والنفسية المرتبطة بالقلق (Hoyt & Magoon, 1954).

6- الآثار المترتبة عن اضطرابات القلق:

القلق شعور ذاتي غير مريح يتجسد في هيئة ردود أفعال جسدية وعقلية غير تكيفية حول مستقبل غير مؤكد، يمكن تقسيم سلوكيات الناس للتعامل مع القلق إلى نوعين: (إيجابية وسلبية). إذا اتخذ الناس أساليب مواجهة إيجابية اتجه القلق واكتشفوه وتعاملوا معه في المرحلة المبكرة، فسيعزيز ذلك النمو الشخصي وكذلك التطور البدني والعقلي، وعلى العكس من ذلك، إذا تصرف الناس بسلوكيات سلبية وسمحوا للاضطراب بالتشكل فهذا قد يؤدي إلى انعكاسات على صحة وحياة الفرد:

- إساءة استخدام المخدرات والكحول.
- الاكتئاب والانتحار.
- الانعزال الاجتماعي.
- انخفاض الأداء الوظيفي الاجتماعي.
- مشاكل في النوم.
- مشاكل في مستوى الجهاز الهضمي (Jurruena et al, 2020).
- التكاليف الباهظة للعلاج الدوائي (Konopka & König, 2020).

7- علاج اضطرابات القلق:

يتلقى حوالي شخص واحد من كل 4 أشخاص يعانون من اضطرابات القلق العلاج المناسب للاضطراب، مما ينبئنا بمدى خطورة الوضع، هناك ارتباط كبير بين القلق (وخاصة اضطرابات القلق العام أو اضطرابات الهلع) واضطرابات الاكتئاب، بالإضافة إلى ذلك، غالبًا ما تكون اضطرابات القلق مرتبطة ومصاحبة، مما يجعل العلاج أكثر تعقيدًا وبحاجة لتشخيص دقيق مرخص فقط للممارسين والمتخصصين، يعتمد اختيار النوع المناسب للعلاج على نوع الاضطراب وشدة الأعراض، حيث ينقسم العلاج إلى:

7-1- العلاج الدوائي:

تتمثل الأدوية الأكثر شيوعًا واستخدامًا مع حالات القلق فيما يلي:

-الجدول (03): الأدوية الأكثر استخدامًا مع اضطرابات القلق-

الدواء	الاسم استخدام
مضادات الاكتئاب Antidepressants	يمكن لبعض مضادات الاكتئاب أن تساعد في علاج القلق على الرغم من أنها تستهدف الاكتئاب أيضًا مثل: مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين، والفلوكستين، والسيتالوبرام، قد تستغرق عدة أسابيع لإعطاء المفعول.
حاصرات بيتا Beta-blockers	لا توقف هذه الأدوية القلق، لكنها قد تقلل من الأعراض الجسدية المرتبطة به مثل تسارع ضربات القلب، يمكن للناس تناولها لفترة قصيرة من الزمن، أو فقط من حين لآخر عند مواجهة المواقف التي تسبب القلق، تشمل أدوية مثل روبرانولول (Inderal).

<p>تعتبر أدوية فورية لتقليل القلق، لكن يمكن أن تسبب الاعتماد أو الإدمان بسرعة، لذلك قد يصفها الأطباء فقط للاستخدام قصير المدى مثل: لورازيبام (Ativan)، ألبرازولام (Xanax)، وديازيبام (Valium).</p>	<p>البنزوديازيبينات Benzodiazepines</p>
<p>هو دواء مضاد للقلق يُستخدم لعلاج اضطراب القلق العام (GAD)، يعمل بشكل أبطأ من البنزوديازيبينات، لكنه أقل إدماناً وله آثار جانبية أقل.</p>	<p>مضادات القلق Buspirone</p>

6-2- العلاج النفسي:

يعد العلاج النفسي أحد الأساليب الرئيسية المستخدمة في معالجة اضطرابات القلق، يتحدد نوع العلاج النفسي المستخدم بناءً على نوع القلق واستجابة المريض، يعتمد العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على تغيير الأفكار لتحديد التشوهات المعرفية والأفكار الغير عقلانية، يبدأ العلاج بتقييم شامل لفهم نوع القلق وتحديد الأنماط السلبية في التفكير، ثم يتم تعليم المريض كيفية التعرف على هذه الأفكار السلبية وتحديدتها واستبدالها بأفكار أكثر منطقية. قد يتضمن العلاج أيضاً تقنيات كالتعرض التدريجي للمواقف المقلقة مما يساعد على تقليل حساسية القلق لديهم. كما يتعلم المرضى استراتيجيات التأقلم مثل تقنيات الاسترخاء والتأمل (Lang, 2004).

يمكن أيضاً اعتماد العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) مع حالات القلق، حيث يساعد الأفراد في تقبل مشاعرهم وأفكارهم الصعبة بدلاً من محاولتهم السيطرة عليها أو تجنبها. يُشجع العلاج المرضى على تحديد قيمهم الشخصية والعمل على تحقيق الأهداف المتماشية مع قيمهم مما يعزز الشعور بالمعنى في حياتهم. أيضاً يركز ACT على تحسين القدرة على الانتباه والتركيز على اللحظة الحالية، مما يساهم في تقليل تأثير الأفكار السلبية (Landy et al, 2015).

تشير آخر الموجات الحديثة للعلاجات المعرفية السلوكية مدى نجاعة العلاج السلوكي الجدلي (Dialectical Behavior Therapy - DBT) مع حالات الاكتئاب والقلق، يجمع DBT بين تقنيات العلاج السلوكي المعرفي ومبادئ اليقظة، مما يساعد الأفراد على قبول مشاعر القلق بدلاً من تجنبها. يركز العلاج على تعليم المريض مهارات جديدة مثل إدارة المشاعر، وتحسين العلاقات، وتقنيات التأقلم التي تُساعد المرضى في التعامل مع المواقف المثيرة للقلق. من خلال ممارسة اليقظة، يتعلم الأفراد كيفية التركيز على اللحظة الحالية، مما يقلل من حدة القلق. كما يعزز DBT التنظيم العاطفي ويُعلم الأفراد كيفية التعبير عن مشاعرهم واحتياجاتهم بفعالية. يُعتبر هذا العلاج خيارًا مثاليًا للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق المعقدة، حيث يوفر أدوات شاملة تعزز من قدرة الأفراد على التأقلم وتحسين جودة حياتهم (Afshari et al, 2022).

6-3- العلاج بالتحفيز الكهربائي (Transcranial Magnetic Stimulation - TMS):

طريقة علاجية حديثة تتمحور حول استخدام حقول مغناطيسية لتحفيز مناطق معينة من الدماغ، مما يؤثر على النشاط الكهربائي للخلايا العصبية. يتم تطبيق التحفيز عن طريق جهاز خاص يُوضع على فروة الرأس، حيث يُرسل نبضات مغناطيسية تنبه الخلايا العصبية في المناطق المستهدفة. تُظهر الأبحاث أن العلاج بالتحفيز الكهربائي يمكن أن يحسن من الأعراض لدى الأفراد الذين لم تتجح معهم العلاجات التقليدية مثل الأدوية أو العلاج النفسي. من مميزاته أنه لا يتطلب التخدير ولا يترك آثارًا جانبية كبيرة، مما يجعله خيارًا آمنًا للعديد من المرضى. ومع ذلك، يحتاج الأفراد إلى تقييم دقيق وتحديد مدى ملاءمة هذه التقنية لحالتهم الصحية (Cirillo et al, 2019).

خلاصة:

إن هذه الاضطرابات تمثل تحديًا نفسيًا كبيرًا يؤثر على حياة الأفراد بطرق متعددة. من خلال فهم أنواع القلق وأعراضه يصبح من الممكن تعزيز الوعي والتعاطف مع المصابين، يساعد التدخل المبكر في التكفل الناجح بالحالات، كما يمكن الاستعانة بالعديد من العلاجات الطبية والنفسية مثل العلاج الدوائي، العلاج السلوكي المعرفي والعلاج السلوكي الجدلي. من المهم أن نواصل السعي لتوفير الدعم المناسب وتطوير استراتيجيات فعالة تساعد الأفراد على التعامل مع القلق، مما يعزز جودة حياتهم ويساهم في رفايتهم النفسية.

الفصل الخامس: الأتـأب

تمهيد:

يشكل الاكتئاب اضطرابا شائع لدى عامة الناس، خصوصا في العصر الحالي الذي تزايدت فيه مختلف الضغوط الاجتماعية والنفسية، يتمحور الاكتئاب في مضمونه النفسي حول مختلف الأفكار السلبية التي تجعل الفرد يفقد الرغبة في أداء مختلف أدواره الحياتية بل قد يصل به في كثير من حالاته الحادة لدرجة الانتحار، خلال هذا الفصل سنحاول عرض أهم المفاهيم التي أعطيت لهذا الاضطراب وأهم النظريات المفسرة له، أنواعه وأهم التدخلات العلاجية لشفاء منه.

1-تعريف الاكتئاب:

إن مصطلح الاكتئاب غير مرتبط بحالة مرضية دائما، فكثير ما يتم استعماله لوصف حالة مزاجية معينة يمر بها الفرد وتتقضي (Williams, 2013)، ومن بين أهم التعريفات التي أعطيت لاضطراب الاكتئاب نذكر:

-تعريف (Beck & Alford, 2009): هو جملة من التصورات السلبية التي يشكلها الفرد عن ذاته وعن حاضره ومستقبله بطريقة تؤثر على كافة جوانب حياته.

-تعريف دليل التشخيص الأمريكي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM5: هو عبارة عن اضطراب عقلي يتسم بتدهور كبير في الحالة المزاجية للفرد، وبفقدان الاهتمام والاستمتاع بمختلف الأنشطة اليومية، كما ويطرافق مع ظهور جملة من الأعراض المتمثلة في: تغيرات في الوزن والشهية، اضطرابات في النوم، الانفعال السريع، التعب وفقدان الطاقة، الشعور بالذنب، تراجع القدرة على التركيز، التردد، والتفكير بالموت والانتحار (APA, 2013).

-تعريف (Mondimore & Kelly 2015): الاكتئاب لا يعني الخوف من شيء ما في الماضي أو من شيء ما بالمستقبل، الاكتئاب لا يعني فقدان شيء، بل هو شيء يتولد من المعاناة التي تنتجت وتقرض نفسها على الشخص.

مما سبق يمكن القول بأن الاكتئاب عبارة عن نمط مزاجي متأزم يرتبط بمعاناة نفسية سوداوية تعيشها الحالة على المستوى المعرفي والمستوى النفسي والجسدي والاجتماعي.

2-تشخيص الاكتئاب:

بعد القيام بفحص دقيق للحالة، وبعد ثبوت احتمال إصابة الفرد باكتئاب، يمكن الاستعانة بأحد محكات التشخيص التالية من أجل تأكيد الاضطراب:

-حسب منظمة الصحة العالمية فإن الاكتئاب يشمل زملة الأعراض التالية: (تعكر المزاج، الشعور بالحزن، سرعة الانفعال، الشعور بالفراغ القاتل)، بالإضافة لفقدان الاستمتاع والاهتمام بمختلف النشاطات والمعاناة من صعوبات أسرية، اجتماعية، أكاديمية ومهنية أغلب اليوم وذلك لفترة تعادل كل يوم تقريبا لمدة أسبوعين على الأقل.

يمكن أن يؤدي الاكتئاب لظهور مجموعة من الأعراض الأخرى مثل: فقدان التركيز، الشعور بالذنب، فقدان القيمة الذاتية، اليأس من المستقبل، التفكير في الانتحار والموت، اضطراب في النوم، تغيرات في الشهية والوزن، الشعور بالتعب وفقدان الطاقة. كما وتوجد بعض الأعراض السياقية الثقافية التي تعزى لطريقة تعبير الأفراد عن مزاجهم كالشعور بالألم، الانهاك والضعف.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

2-1- معايير تشخيص الاكتئاب حسب DSM5:

A- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، شرط أن يكون أحد هاته الأعراض إما (مزاج منخفض) أو (فقدان الاهتمام أو المتعة) يعتبر اكتئاب من النوع الشديد مع الانتباه لملاحظة مفادها استثناء وعدم تضمين الأعراض الناتجة عن حالة طبية أخرى:

1- انخفاض المزاج معظم اليوم وبشكل يومي تقريبا، يعبر عنه إما ذاتيا (مشاعر الحزن، الفراغ، اليأس) أو عن طريق ملاحظة الآخرين (ملاحظة حزن ودموع الشخص).

ملاحظة: في حالة الأطفال والمراهقين يمكن أن يكون المزاج حاد وسريع الانفعال.

2- انخفاض واضح في الاهتمام والاستمتاع بكل الأنشطة أو أغلبها معظم اليوم وبشكل يومي تقريبا (تعبير ذاتي أو عن طريق ملاحظة الآخرين).

3- فقد وزن أو كسب وزن واضح بدون القيام بحمية غذائية (تغير في الوزن مثلا لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض أو زيادة الشهية لفترة تعادل كل يوم تقريبا.

ملاحظة: الأخذ بعين الاعتبار لحالات عدم زيادة الوزن الطبيعي عند الأطفال.

4- أرق أو فرط في النوم لفترة تعادل كل يوم تقريبا.

5- ثوران نفسي حركي أو خمول لفترة تعادل كل يوم تقريبا. (ملاحظة من قبل الآخرين وليست ذاتية).

6- الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة لفترة تعادل كل يوم تقريبا.

7- الشعور بانعدام القيمة أو الإفراط بالشعور بالذنب مع استثناء حالات لوم الذات أو الشعور بالذنب نتيجة المرض لفترة تعادل كل يوم تقريبا (احتمال أن يكون الشعور وهمي وغير حقيقي).

8- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم والتردد لفترة تعادل كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الذاتي أو بملاحظة من قبل الآخرين).

9- أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو عن الانتحار دون امتلاك خطة معينة، أو محاولة الانتحار أو خطة معينة للانتحار.

B -تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C -لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية ناتجة عن استخدام المواد (مثل تعاطي عقار، أو تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية شديدة.

ملاحظة: الاستجابة لحدث مؤلم (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، التفكير الاجتراري في الخسارة، الأرق، فقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب.

على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مبررة ومنطقية مع حالة الحدث المؤلم، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للحدث المؤلم يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار.

-اتخاذ قرار التشخيص يتطلب بالضرورة خبرة سريرية للتحكيم المبني على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الحدث المؤلم (APA, 2013).

2-2-معايير تشخيص الاكتئاب حسب ICD10 F(31):

يرد الاكتئاب في (ICD-10) ضمن اضطرابات المزاج (الوجدانية). ويتضمن الأعراض التالية:

-انخفاض المزاج.

-انخفاض في الطاقة.

-انخفاض في النشاط.

-فقدان الشعور بالمتعة والاهتمام.

-انخفاض القدرة على التركيز.

-الأعراض تترافق مع تعب شديد حتى نتيجة لأبسط مجهود.

-غالبا ما تظهر اضطرابات في النوم.

-غالبا ما تظهر اضطرابات في نقص الشهية.

-تدني مستوى تقدير الذات والثقة في النفس.

-غالبا ما تظهر لنا أفكار عن شعور الفرد بالذنب والدونية حتى مع أخف الحالات.

-لا يختلف مزاج المكتئب كثيرا من يوم لآخر وفقا للظروف وقد تترافق الأعراض المذكورة أعلاه مع أعراض

جسدية أخرى كفقدان الاستمتاع بالنشاطات المعتادة، الاستيقاظ في الصباح الباكر قبل عدة ساعات من

الوقت المعتاد، تفاقم الاكتئاب في الفترة الصباحية، الخمول الشديد، فقدان الشهية والاثارة والوزن، فقدان

الرغبة الجنسية. وحسب عدد وشدة وفترة الأعراض الظاهرة ينقسم الاكتئاب لثلاثة أصناف يمكن أن تتضمن

أحد النوبات الأحادية الاكتئابية التالية:

نوبة نفسية، نوبة ناتجة كرد فعل، نوبة ناتجة كرد فعل اكتئابي، مع استثناء الحالات المصاحبة لأحد الاضطرابات المذكورة في (F92.0) - (F91.0) : (اضطرابات التكيف (F43.2)، واضطرابات الاكتئاب المتكرر (F33.0))

➤ F32.0: نوبة اكتئابية خفيفة:

عادة ما يظهر على الأقل اثنان أو ثلاثة من الأعراض المذكورة. تترافق هذه الأعراض بشكل عام مع شعور بالضيق، لكن يظل الشخص المصاب ، في أغلب الأحيان ، قادرا على مواصلة معظم أنشطته اليومية.

➤ F32.1: نوبة اكتئابية متوسطة:

عادة ما تظهر على الأقل أربعة من الأعراض المذكورة، يواجه الشخص صعوبة كبيرة في القيام بالأنشطة المعتادة.

➤ F32.2: نوبة اكتئابية شديدة غير مترافقة مع أعراض ذهانية:

تظهر خلالها العديد من أعراض الاكتئاب المذكورة، حيث تتطوي عادة على تدني تقدير الذات والأفكار الدونية عن الذات أو الشعور بالذنب. تظهر أيضا الأفكار والسلوكيات الانتحارية بالإضافة لظهور عدة أعراض جسدية في الغالب.

➤ F32.3: نوبة اكتئاب شديدة مترافقة مع أعراض ذهانية:

نوبة اكتئاب متماثلة مع وصف نوبة الاكتئاب الشديدة (F32.2) ولكنها تختلف عنها بالهلوس، الأوهام، الخمول الحركي، التصلب أو الدهول. هي نوبة شديدة لدرجة يستحيل فيها على الفرد مواصلة مختلف أنشطة حياته، ترتفع خلالها درجة الخطورة، حيث يحتمل اقدام الفرد على سلوكيات انتحارية أو سلوكيات الامتناع عن التغذية يمكن أن تتطابق كل من الهلوسة والأوهام، كما يمكن أن لا تتطابق.

➤ F32.8: نوبات اكتئابية أخرى:

-الاكتئاب اللانمطي.

-نوبات وحيدة من الاكتئاب المجهول الذي لم يتم تعيينه في أي موضع آخر.

➤ F32.9: نوبات اكتئابية ، غير محددة:

-الاكتئاب لم يتم تعيينه في موضع آخر.

-اضطراب اكتئابي لم يتم تعيينه في موضع آخر (WHO, 1993).

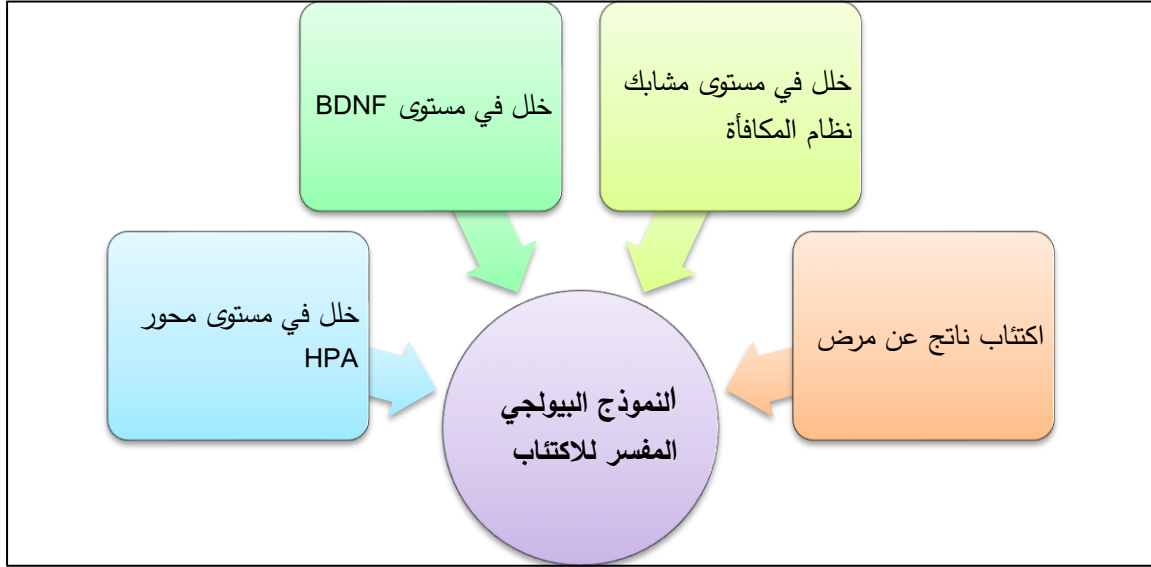
تختلف الأعراض المعبر عنها في الاكتئاب حسب اختلاف جنس الحالة، فالإناث أكثر تعبيراً عن مشاعرهم عن طريق الأعراض الجسدية كالصداع، آلام العضلات، اضطرابات هضمية، وأكثر عرضة للتعبيرات العاطفية كال بكاء (Dekker et al, 2008)، على عكس الذكور الذين يعبرون عن أعراض الاكتئاب على شكل، عدوان، غضب، اضطرابات تعاطي المواد، الانغماس في سلوكيات الخطر (Martin et al, 2013).

3-النظريات المفسرة للاكتئاب:

انبثقت العديد من النماذج التي حاولت تفسير آلية حدوث الاكتئاب حسب مختلف الأبعاد المكونة لبنية الإنسان وبناءا عليها فإن أهم النماذج التي حاولت شرح الاكتئاب هي:

3-1-النظرية البيولوجية:

يسعى الباحثون البيولوجيون لإعطاء تفسيرات فيزيولوجية لحدوث الاكتئاب عند الإنسان، ويستندون في ذلك إلى دراسة وتتبع مسار الجهاز العصبي المركزي، الهرمونات، والجينات، يوضح لنا الشكل (4) أن حدوث الاكتئاب يمكن أن ينتج عن خلل في أحد الأنظمة التالية:



-الشكل(06): مخطط الاتجاهات البيولوجية المفسرة للاكتئاب-

3-1-1-1-خلل في مستوى المحور الوطائي النخامي الكظري HPA axis:

يعتبر هذا المحور المسؤول عن الاستجابة الدفاعية في حالة التعرض لمختلف الضغوط كرد فعل بطيء المدى عن طريق افراز مجموعة من الكورتيكويدات السكرية المخففة للتوتر والتي يمكن لها أحيانا التأثير سلبا على محور HPA. وذلك سواء بطريقة مباشرة عن طريق التأثير على مكونات المحور أو بطريقة غير مباشرة عن طريق التأثير على بنيات الدماغ كالحصين، الفص الجبهي للقشرة الدماغية، اللوزة.

في حالة التعرض للضغوط، يتنبه الوطاء للحدث عن طريق افراز هرمون CRH الذي يستثير الفص الأمامي للغدة النخامية من أجل افراز هرمون ACTH والذي يتجه بدوره إلى قشرة الغدة الكظرية ليحفزها على افراز القشرانيات السكرية والتي من أهمها الكورتيزول، يتم التحكم في مستويات الكورتيزول المفرز في الدم عن طريق حدوث تغذية راجعة في مستوى المحور وذلك عن طريق تثبته على مستقبلات خاصة به متواجدة في مستوى الوطاء من أجل التقليل من افراز CRH.

لقد أظهرت الدراسات تباين في مستوى هرمونات القشرانيات السكرية وهرمون ACTH المفرز من طرف الفص الأمامي للغدة النخامية بين المكتئبين وغير المكتئبين، حيث ترتفع عند المرضى المكتئبين بنسبة تقدر بـ 35% إلى 65% (Ulrich-Lai & Herman, 2009; Swaab et al, 2005; Bao & Swaab, 2019). حتى بعد حقن عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب الحاد بدواء (dexamethasone) الذي يعمل على التقليل من كمية هرمون ACTH المفرزة من طرف الغدة النخامية، لم تظهر النتائج أي تناقص في كمية الكورتيزول لديهم مما يؤكد الخلل الوظيفي الحادث على مستوى المحور (Nelson & Davis, 1997).

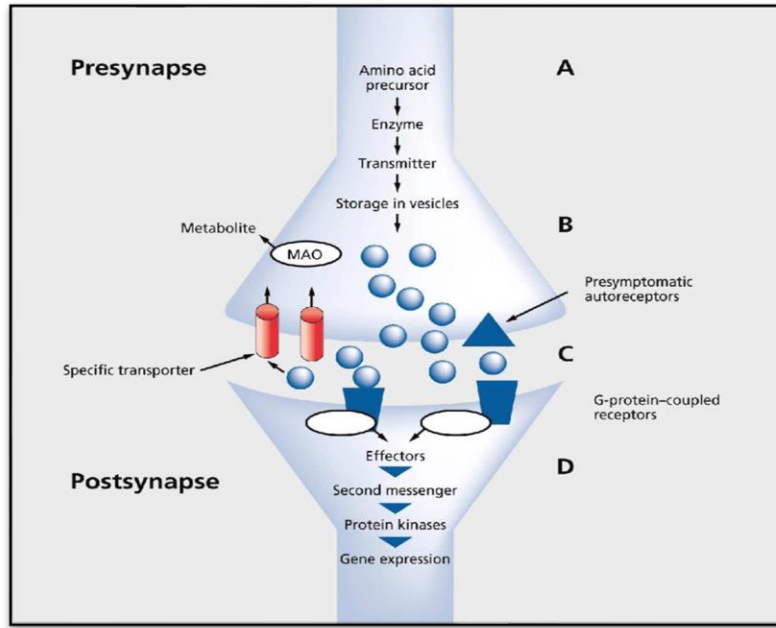
3-1-2- عامل التغذية العصبية المستمد من الدماغ Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF):

نوع من البروتينات يعمل على نمو وتغذية الخلايا العصبية. أظهرت الأبحاث انخفاض نسبة تركيزه في بلازما الدم عند المصابين بالاكتئاب وارتفاع نسبة تركيزه بشكل كبير عند المرضى الخاضعين للعلاج بواسطة الأدوية المضادة للاكتئاب (Sen et al, 2008). يمكن أن يساعد (BDNF) كمؤشر لتشخيص ومتابعة نجاعة العلاج في حالات الاكتئاب (Peng et al, 2018).

3-1-3- خلل في مستوى المشابك العصبية المتواجدة بالدماغ:

يفسر هذا الاتجاه حدوث الاكتئاب بناء على مختلف التغيرات البيوكيميائية العصبية الحادثة في دماغ الانسان، وتحديدًا على مستوى النواقل العصبية الأحادية الأمينات، والتي يتم تحفيزها بواسطة المركبات المضادة للاكتئاب (Pereira & Hiroaki-Sato, 2018). تعتبر المشابك مناطق لتبادل الرسائل العصبية، حيث يتم نقل أو تثبيط المعلومات من العنصر القبل مشبكي إلى العنصر بعد المشبكي عن طريق مجموعة من النواقل العصبية الكيميائية. تتكون النواقل العصبية أحادية الأمينات المتعلقة بالاكتئاب من أحماض أمينية مرتبطة بحلقات عطرية. وتتمثل في: السيروتونين (5-hydroxytryptamine، المشتق من التيريتوفان)،

والكاتيكولامين (النورادرينالين والدوبامين المشتقان من التيروسين). عند حدوث خلل في مستوى المشابك العصبية بالدماغ، تنخفض نسبة هاته النواقل العصبية مما يؤدي لحدوث الاكتئاب، حيث تعمل أغلب الأدوية المضادة للاكتئاب على رفع نسبة تركيز النواقل العصبية من خلال تثبيط إعادة امتصاصها وبالتالي تحفيز العنصر بعد مشبكي بشكل أكبر (Ruhé et al, 2007 ; Eliwa et al, 2017)



-الشكل (7): آلية النقل العصبي المشبكي للنواقل العصبية بدماغ-

3-1-4- الاكتئاب الناتج عن مرض معين:

عند تعرض الفرد لمرض معين أو ضغوط معينة يقوم الجهاز المناعي في الإنسان بإفراز مجموعة من السيتوكينات المناعية المضادة للالتهاب. تمتلك السيتوكينات الالتهابية الدماغية (الانترلوكين $1-\beta$ و 6) خاصية التثبيت على أنواع معينة من المستقبلات الدماغية العصبية المتواجدة في كل من المحور الوطائي النخامي الكظري أو نظام النقل العصبي وبالتالي تمتلك القدرة على التأثير عليها واحداث خلل فيها (Besedovsky & del Rey, 1996; Miller, 2009).

3-2- النظرية المعرفية:

يشرح هذا النموذج آلية حدوث الاكتئاب مستدلا على مختلف التشوهات المعرفية الحادثة على مستوى التفكير والتي تظهر على شكل جملة من الأفكار السلبية التي يبنها الفرد عن نفسه وعن واقعه. فالفرد يقوم بالتقاط المعلومات وتخزينها ومعالجتها وفقا لمخنتف استعداداته الشخصية منذ الطفولة، فإذا تبنى آلية معالجة غير فعالة للمواقف والأحداث تطورت لديه بمرور الوقت نظرة سلبية للعالم، حيث يصبح أكثر ميلا لتركيز على مختلف الأحداث والمواقف السلبية وأكثر تجاهلا وتركيزا للمواقف الإيجابية وهذا تحديدا ما يعرف عند بيك بالإدراك الانتقائي. يستحضر الفرد المكتئب في حالة التعرض لموقف مؤلم أغلب المواقف والذكريات المؤلمة التي مرت به منذ الطفولة، حيث تعمل هاته الذكريات الغير سارة على شكل شبكة ترابطية تؤكد وتعزز في كل موقف مؤلم يواجهه الفرد مما يؤدي لظهور العديد من الأفكار السلبية التي تؤدي لدخول الفرد في حالة اكتئاب (Beck et al, 2007).

3-3- نظرية البيئة الاجتماعية الضاغطة:

يتجه أنصار هذا النموذج لتأكيد على دور البيئة الاجتماعية الضاغطة في تفعيل الإصابة بالاكتئاب مستدلين بذلك على كون أغلب الحالات المصابة تعرضت لمجموعة من الأحداث الصعبة وعانت من ضغوط اجتماعية كبيرة. فعلى الرغم من استعدادها العصبي هي لم تظهر أية أعراض اكتئابية قبل الإصابة (Brown & Prudo, 1981). وحسب دراسة تم اجرائها على مجموعة من القوارض الذكور التي تم تعريضها لمجموعة من الضغوط، أظهرت القوارض استجابات سلوكية ونفسية على المدى الطويل، حيث انخفضت وتيرة تواصلها مع الجماعة (Berton et al, 2006)، وانخفضت سلوكياتها الجنسية بشكل ملحوظ (Von Frijtag et al, 2000). وفي دراسة أخرى تم فيها وضع مجموعة من الفئران الطبيعية مع فئران مصابة

بالاكتئاب في ققص، أظهرت النتائج بعد 5 أسابيع إصابة الفئران الطبيعية بالاكتئاب أيضا (Buwalda et al, 2004). هذا ما يدل على كون البيئة عامل مؤثر بشكل كبير في حدوث الاكتئاب.

4-عوامل الخطر المرتبطة بالاكتئاب:

تختلف عوامل خطر الإصابة بالاكتئاب حسب اختلاف نوعه، ومن بين أهم عوامل الخطورة المرتبطة بالاكتئاب نذكر:

4-1-العوامل البيولوجية:

-الإناث أكثر عرضة للاكتئاب (RABIE et al, Deecher et al, 2008 ; Grigoriadis & Robinson, 2007) ; (2019 ;

-يرتفع خطر الإصابة بالاكتئاب الحاد لدى فئة المراهقين بنسبة تقدر بـ 8% إلى 20%.
(Naicker et al, 2013)، والمجال الزمني الذي يكون فيه الفرد أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب الحاد يمتد من سن 25-30 سنة (Hirschfeld & Weissman, 2002).

-الأمراض المزمنة (كالسكري، القلب، السمنة والصرع..). (Razzak et al, 2019).

-انخفاض فيتامين D (Razzak et al, 2019).

-التاريخ العائلي المرضي (يرتفع خطر الإصابة بالاكتئاب لدى الأفراد الذين يملكون سوابق مرضية بشجرة العائلة خاصة بالنسبة للاكتئاب ثنائي القطب) (Hirschfeld & Weissman, 2002).

4-2-العوامل النفسية:

-صعوبات مالية وضغوطات حياتية (Razzak et al, 2019).

-التاريخ المرضي لاضطرابات الأكل (Razzak et al, 2019).

-التدخين (Wootton et al, 2020 ; Ishtiaq et al, 2018).

-مشاكل في النوم (Ishtiaq et al, 2018).

-الصددمات النفسية (كالاعتداء الجنسي مثلا) (Chau et al, 2019).

-انخفاض مستوى القدرات المعرفية (Chau et al, 2019).

4-3- العوامل الاجتماعية:

-فقدان الدعم الاجتماعي (Razzak et al, 2019).

-مشاكل الطلاق والانفصال (Hirschfeld & Weissman, 2002).

-الأحداث المؤلمة المفاجئة. (كالموت) (Hirschfeld & Weissman, 2002).

5- الأدوات المستخدمة في قياس الاكتئاب:

طورت العديد من المقاييس التي تساعد في تشخيص الاكتئاب، ومن بين أهم المقاييس المستخدمة نذكر:

▪ مقياس هاملتون للاكتئاب (HDRS-17) (1967) **Hamilton Depression Rating Scale**:

يتكون من 17 بند ويهدف لتحديد شدة الاكتئاب التي تم تشخيصه مسبقا.

▪ مقياس مونتغمري-اسبيرج للاكتئاب (MADRS) (1979) **Montgomery-Asberg**

Scale Depression Rating :

يتكون من 10 بنود (Montgomery & Asberg, 1979).

▪ مقياس بيك للاكتئاب (BDI) (1961) Beck Depression Inventory:

عبارة عن قائمة تضم 21 بند بمجموعة بدائل تحدد شدة العرض. حيث قام د. بشير معمريه بإعدادها وتقنينها في البيئة الجزائرية عام 2010.

6-الاثار المترتبة عن الإصابة بالاكتئاب:

6-1-من الناحية الجسدية:

- الإصابة بالمشاكل القلبية الوعائية (Brown et al, 2011 ; Tobaldini et al, 2020).

-ارتفاع احتمال انتقاله وراثيا للأطفال (Apter et al, 2013).

6-2-من الناحية النفسية:

- يزيد الاكتئاب من خطورة الاقدام على الانتحار (Cheng et al, 2000 ; Orsolini et al, 2020).

-الشعور بعدم الأمان (Bellivier & Seguin, 2018).

-انخفاض الإنتاجية في العمل والشعور بالانهاك (Murphy et al, 2007).

-تدني مستوى نوعية الحياة (Cherif et al, 2020).

6-3-من الناحية الاجتماعية:

-تدهور العلاقات الأسرية ومعاناة أفراد أسرة المريض وسوء فهمه، والتقليل من الأهمية، الإنكار، القلق،

الحزن، الغضب، الشعور بالعجز، الوحدة، الاستبعاد من طرف المريض، خيبة الأمل، الإحباط، الشعور

بالذنب والخوف من وصمة العار من البيئة الاجتماعية أو الخوف من المستقبل، توريث الاضطراب للأطفال

(Bellivier & Seguin, 2018).

-مشاكل في العلاقة الجنسية نتيجة لفقدان الرغبة الجنسية أو الضعف الجنسي المنعكس عن الآثار الجانبية

لتناول مضادات الاكتئاب (Kennedy & Rizvi, 2009 ; Liu et al, 2018 ; Rothmore, 2020).

7-علاج الاكتئاب:

يتطلب علاج الاكتئاب تعاون مشترك بين الطبيب المختص في الأمراض النفسية أو العقلية والأخصائي النفسي، حيث يعمل كلاهما من أجل رسم خطة علاج تكاملية تهدف لتخفيف الأعراض وتعليم العميل طرق جديد في حل مشكلاته والتعامل مع مختلف الأفكار السلبية التي تدور في ذهنه. ومن بين أهم العلاجات المستخدمة مع مرضى الاكتئاب نذكر:

7-1-العلاج الدوائي:

يتم وصف مضادات الاكتئاب من قبل الطبيب المختص بالأمراض النفسية أو العقلية والهدف الرئيسي لمختلف هاته الأدوية هو زيادة تركيز النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي، وتتمثل أهم الأدوية المستخدمة مع حالات الاكتئاب في:

-الجدول (04): الأدوية المستخدمة في علاج حالات الاكتئاب - (Schulz & Macher, 2022)

الأدوية المستخدمة	نوع مضاد الاكتئاب
Citalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline	منشطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs)
Tianeptine	منشطات السيروتونين الانتقائية (SSRA)
Roboxetine	منشطات إعادة امتصاص النورادرينالين الانتقائية (SNaRI)

Milnacipran, Venlafaxine (possibly Paroxetine)	مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورادرينالين الانتقائية (SSNaRI)
Mianserin, Mirtazapine	مضادات مستقبلات النورادرينالين α_2
Nefazodone, Trazodone	مضادات مستقبلات السيروتونين $5-HT_2$
Moclobemide, Toloxatone, Selegiline	مثبطات ارجاعية وانتقائية لأكسيداز النواقل أحادية الأمين (أ) (MAOIs)
Bupropion	مثبطات إعادة امتصاص الدوبامين والنورادرينالين
Buspiron, Gepirone, Other Azapyrones	ناهضات مستقبلات السيروتونين $5-HT_2$
Alprazolam, Adinazolam	ناهضات مستقبلات البنزوديازيبين

7-2-العلاج النفسي:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي التفاعلي من أنجح العلاجات التي أعطت نتائج فعالة مع حالات الاكتئاب خاصة باعتبارها تعتمد على اللحظة الحاضرة ولا تعود لتاريخ الحالة إلا إذا كان له علاقة بالمشكلة الحالية.

7-2-1-العلاج المعرفي السلوكي (CBT):

مدته يتم تقريرها من طرف المعالج حسب حالة العميل، وغالبا ما تستغرق الجلسة الواحدة حوالي 45 د إلى ساعة. في بداية العلاج يقوم المعالج بالتركيز على بناء علاقة ودية بين العميل والمعالج من أجل تحديد

مشكلة العميل بدقة والاتفاق على خطة علاجية مناسبة لحالته، كما تتضمن شرحاً مبسطاً لخطوات العلاج المعرفي السلوكي، مما يساهم في خلق نوع من الراحة والاطمئنان لديه نتيجة لفهم اضطرابه وبث نوع من الأمل اتجاه مشاعر العجز واليأس التي تمتلكه.

بعد ذلك يقوم المعالج بتعليم العميل تطبيق الفنيات السلوكية والمعرفية المناسبة لحالته ومن أهم هاته الفنيات نذكر:

أ- الفنيات السلوكية:

- جدول النشاطات اليومية: عبارة عن جدول يضم مختلف النشاطات التي يقوم بها العميل خلال اليوم ودرجة استمتاعه بها ودرجة اتقانه لها، حيث يسجل العميل فيه مختلف الأنشطة التي يمارسها ساعة بساعة، والهدف من ذلك تعزيز الشعور بالإنجاز.

- اليقظة الذهنية: التركيز على اللحظة الحاضرة وإبقاء الحالة بعيداً عن اجترار الأفكار الماضية.

- تجزئة المهام: تعليم الحالة مهارة تجزئة المشاكل والمهام الكبيرة إلى أجزاء صغيرة من أجل تسهيل التعامل معها.

- تسجيل أفضل الأمور التي حدثت في اليوم.

- جدول النشاطات التي يرغب العميل بفعالها في المستقبل.

ب- الفنيات المعرفية:

- تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها: عن طريق مجموعة من التقنيات:

-جدول الأفكار التلقائية: يتكون من الموقف، الانفعال الحالي ودرجته، الفكرة المنبثقة ودرجة الاقتناع بها، أفكار أخرى بديلة، درجة الانفعال الجديد.

-الحوار السقراطي: ماذا تعتقد؟، ما هو الدليل على ما تعتقده؟، ما هو البديل لما تعتقده؟، ماهي إيجابيات وسلبيات طريقة اعتقادك؟

تصحيح التشوهات المعرفية: التفكير الأبيض والأسود، التفكير الكارثي، استبعاد الإيجابيات، التبرير العاطفي، اللوم، التهويل والتهوين، التجريد الانتقائي، قراءة أفكار الآخرين، التعميم المتحيز، الشخصنة، المفروض، القفز للاستنتاجات.

عند نهاية العلاج يعلم المعالج المريض بانتهاء جلسات العلاج ويقوم بالتأكيد على مختلف المهارات التي تعلمها في الجلسات السابقة، فالهدف من العلاج المعرفي السلوكي قائم دائما على تعليم العمل طرق وأساليب جديدة في التعامل مع مختلف المشكلات التي تواجهه في حياته. (Gautam et al, 2020)

7-2-2-العلاج النفسي التفاعلي (IPT):

مدته قصيرة وتتراوح في الغالب حوالي 12 إلى 16 جلسة على حسب الحالة، يهدف لتخفيف الأعراض الاكتئابية عن طريق تعزيز التفاعل الاجتماعي للفرد، يتمحور حول مجموعة من الفنيات وتتمثل في:

-تعزيز الدعم الاجتماعي: يلعب الدعم الاجتماعي دورا أساسيا في تحسين صحة الفرد أو تضررها، حيث أن الدور الاجتماعي للفرد (أب، أم، أخ، زوج، أخت، صديق..) يمنحه نوعا من مشاعر المعنى والغاية في الحياة، وهذا ما يعكس مصطلح التعلق عند بولبي، فالعواطف غالبا ما تتم معالجتها على أحد الأنظمة العلائقية بين الفرد ومحيطه الاجتماعي.

-تخفيف الضغوطات العلائقية: وهو على عكس الفنية الأولى يهدف إلى التقليل من النزاعات الاجتماعية التي من الممكن أن تنعكس سلبا على نفسية الفرد، فتدهور العلاقات الشخصية ليس دائما سببه مشاكل في العلاقة في حد ذاتها، فغالبا ما تكون نتيجة مجموعة من العوامل الخارجية كمشاكل مالية، أو بدنية وغيرها. إن تعليم العميل طرق وأساليب التعامل مع هاته الضغوط من شأنه المساهمة في تحسن أدائه الاجتماعي والشخصي مما يمنحه نوعا من الشعور بالرضى عن النفس وعن الحياة.

-تيسير المعالجة العاطفية: وذلك عن طريق تشجيع العميل على فهم حالته العاطفية والتعبير عنها بالتفريغ الانفعالي.

-تحسين المهارات الاجتماعية: وذلك من خلال تدريب العميل على مختلف مهارات التواصل الاجتماعي التي يحتاجها من أجل تحسين علاقاته الاجتماعية مع الآخرين كالحوار والنقاش والتعبير وحل المشكلات. (Lipsitz & Markowitz, 2013)

-الجدول (05): أنواع العلاج النفسي المستخدم مع حالات الاكتئاب-

العلاج النفسي التفاعلي	تقنيات معرفية سلوكية
<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز الدعم الاجتماعي • تخفيف الضغوطات العلائقية • تيسير المعالجة العاطفية • تحسين مهارات التواصل الاجتماعية 	<ul style="list-style-type: none"> • جدول النشاطات اليومية • اليقظة الذهنية • تجزئة المهام • تحديد الأفكار الخاطئة وتصحيحها • الحوار السقراطي • تصحيح التشوهات المعرفية

خلاصة:

إن الاكتئاب مرض خطير يستوجب عدم الاستهزاء أو التأجيل، كونه يرتبط بنتائج سلبية وخيمة تصل لدرجة تهديد الحياة والاضرار بكافة ميادينها، كما ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من بين أنسب التدخلات التي من الممكن أن تمنع الانتكاسة مستقبلا وتساعد على تغيير مختلف الأفكار السلبية خاصة تلك المتعلقة بالأقدام على الانتحار والموت.

الفصل السادس: الرهاب الاجتماعي

تمهيد:

الانسان كائن اجتماعي بطبعه، يقوم بالتأثير والتأثر بمختلف أفراد بيئته وبالتالي فإن أي خلل حادث في قدرته وأدائه على التواصل مع الآخرين يستوجب بالضرورة ظهور الكثير من الصعوبات الاجتماعية، يعتبر الرهاب الاجتماعي حالة شديدة من التوتر المتزامن عند التعامل مع الآخرين. يعاني الكثير من الطلبة من صعوبات في بناء علاقات اجتماعية أو تقديم خطابات ارتجالية أمام زملائهم ويكون السبب في كثير الأحيان اضطراب نفسي يحتاج التدخل. سنحاول في هذا الفصل توضيح مفهوم الرهاب الاجتماعي وأهم النظريات المفسرة له، بالإضافة للعديد من المحاور المتعلقة بتشخيصه ومختلف انعكاساته السلبية على الفرد وبيئته.

1-تعريف الرهاب الاجتماعي:

يعتبر الرهاب الاجتماعي من بين أهم الاضطرابات التي قد تصيب المراهقين والشباب بشكل ينعكس سلبا على واقع أدائهم الوظيفي والاجتماعي، يعرف الرهاب الاجتماعي حسب بعض الجمعيات والباحثين كالتالي:

-تعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2013) APA:

هو الخوف الشديد والمستمر من أحد المواقف الاجتماعية (موقف أو أكثر) التي يكون فيها الفرد محط أنظار وملاحظة الآخرين بشكل يؤثر سلبا على حياة الفرد ويزيد من حدة معاناته. تشمل هاته المواقف مختلف التفاعلات الاجتماعية كالحوار والمراقبة أثناء القيام بفعل معين كالأكل أو إلقاء خطاب معين، حيث يشعر الفرد بالخوف من مختلف التقييمات السلبية التي يمكن أن يشكلها الآخرين عنه، فيحاول قدر الإمكان تجنبها بطريقة مباشرة (تجنب الحضور للحفلات أو المناسبات العامة..) أو بطريقة غير مباشرة (تجنب النظر في أعين الآخرين، إعداد الخطابات المختصرة..).

-تعريف (2017) Falk Leichsenring & Leweke:

عبارة عن اضطراب يتسم بخوف شديد من المواقف الاجتماعية التي قد يتم فيها معاينة وتقييم الشخص من قبل الآخرين، حيث يشعر الفرد بقلق من مختلف التقييمات السلبية التي قد تعطى له، على سبيل المثال قد يخشى أن يتم الحكم عليه بأنه قلق أو ضعيف أو غبي أو ممل وغير محبوب.

-تعريف (2018) Hunger:

هو اضطراب في بنية النظام الشخصي والاجتماعي للفرد، يتجسد بمجموعة من المظاهر التي تبرز عند وجود موقف يستدعي التواصل وجها لوجه أو عند تخيل المواقف الاجتماعية، وتتمثل مجموع هاته المظاهر في: ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعي (كالإخفاق والرفض الاجتماعي)، الانفعالات العاطفية والجسدية (الذعر والتعرق)، والسلوك التجنبي (كالتهرب من المواقف الاجتماعية المخيفة)، والأفكار (كالمعتقدات الخاطئة، التركيز على الذات).

-وخلاصة لهاته المفاهيم، يمكن القول بأن الرهاب الاجتماعي هو خوف مفرط من مختلف المواقف الاجتماعية التي تستدعي تفاعلا وتوصلا متبادلا، بحيث يفضل الفرد تجنبها والبقاء بعيدا عنها قدر المستطاع.

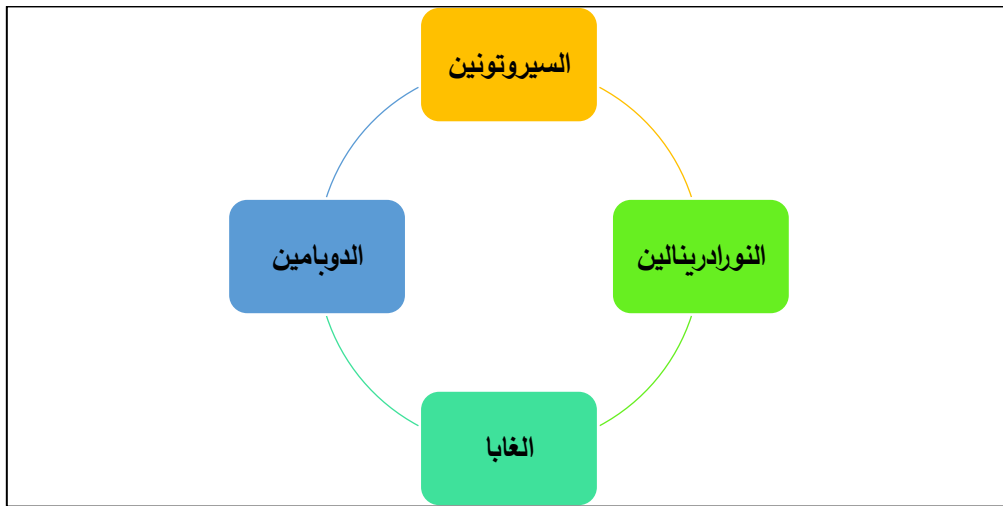
2- النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:

2-1- النظرية البيولوجية:

يستند هذا النموذج لشرح آلية حدوث الرهاب الاجتماعي بناء على مختلف العمليات البيولوجية التي تحدث على مستوى عضوية الإنسان، حيث كشفت نتائج أحد الدراسات التي تم الاستعانة فيها بالجهاز المصدر للبورترزون عن وجود اختلاف في النشاط الدماغي بين كل من المصابين بالرهاب الاجتماعي والغير مصابين

عند التحدث أمام الجمهور، فقد اتضح أن النشاط الدماغي يزداد عند المصابين بالرهاب الاجتماعي على مستوى اللوزة التي تلعب دورا أساسيا في بناء مشاعر الخوف عند الإنسان، على عكس الغير مصابين بالاضطراب يزداد النشاط الدماغي لديهم على مستوى القشرة الدماغية الأمامية والتي تلعب دورا أساسيا في القيام بعمليات التفكير والتقييم (Tillfors et al, 2001).

تلعب مجموعة من النواقل العصبية دورا أساسيا في ظهور حالات القلق، ومن بين أهم النواقل العصبية التي ثبت ارتباطها باضطراب القلق نذكر: (النورادرينالين، السيروتونين، الدوبامين والغابا)، حيث ينتج عن أي اختلال واقع على مستواها، ظهور مجموعة من أعراض القلق (Martin et al, 2010).



-الشكل (08): النواقل العصبية المختلفة عند حدوث الرهاب الاجتماعي-

2-2- النظرية السلوكية المعرفية:

يشرح هذا النموذج حدوث الرهاب الاجتماعي بناء على وجود فجوة في تصورات الفرد ترتبط بين كل من ادراك المعايير الاجتماعية المقبولة والمرغوبة من قبل الآخرين وتدني مستوى قدرة الفرد على بلوغها، حيث يرغب هؤلاء الأشخاص بالتفاعل مع محيطهم ولكن يواجهون صعوبة في الثقة بمدى رغبة من حولهم بأشخاص مثلهم، فسلوك الجبن ناتج بدرجة أولى عن التركيز المبالغ فيه حول سلبيات الشخص المتصورة

من قبله وارتفاع احتمالية حدوث مجموعة من العواقب السلبية في حالة ما اذا انخرط بالفعل في المواقف الاجتماعية، بالإضافة لشعوره بالعجز نتيجة ادراكه لعدم استطاعته على التحكم في مختلف انفعالاته الظاهرة لمن حوله وعدم تمتعه بالقدر الكاف من مهارات التواصل الاجتماعي. انطلاقاً من جملة الأحكام التي يقيم بها الفرد نفسه يتوقع الحوادث الاجتماعية التي من الممكن أن تحدث ويتخيلها بأسوأ طريقة ممكنة وبالتالي يفضل تجنبها والبقاء بعيداً عنها قدر الإمكان وفي حالة تحققها على أرض الواقع يترسخ المعتقد بشكل أكبر وتتوالى حلقة الادراكات والتقييمات السلبية ويتشكل اضطراب الرهاب الاجتماعي (Hofmann, 2007).

كما يؤكد النموذج المعرفي لـ (Heimberg et al, 1999) على كون التقييمات التي يجربها الفرد أثناء تعامله مع الآخرين سبب رئيسي في حدوث الرهاب الاجتماعي، حيث يقوم الفرد ببناء تصور مرجعي للفكرة التي يتصورها الآخر عنه، وبفعل التحيز الانتباهي الذي يعرف بأنه ميل الشخص للتركيز على مختلف الأفكار وآرائه الشخصية المستمدة من تجاربه وخبراته السابقة، يكون الفرد نظرة سلبية عن نفسه في عين الآخر حول كونه ضعيف الشخصية، غير مقنع وغير كاف. إن هذا التهديد المدرك ينتج مجموعة من المظاهر الداخلية (زيادة ضربات القلب، التعرق، التثتت..) والخارجية (احمرار الوجه، تجنب التواصل البصري، التوتر..)، تتعكس هاته المظاهر على أداء الفرد في الواقع وحين يتحقق توقعه ينعكس مرة أخرى بطريقة تأكيدية تعزز مختلف تصورات السلبية (Morrison & Heimberg, 2013). إن التركيز المبالغ فيه على الذات

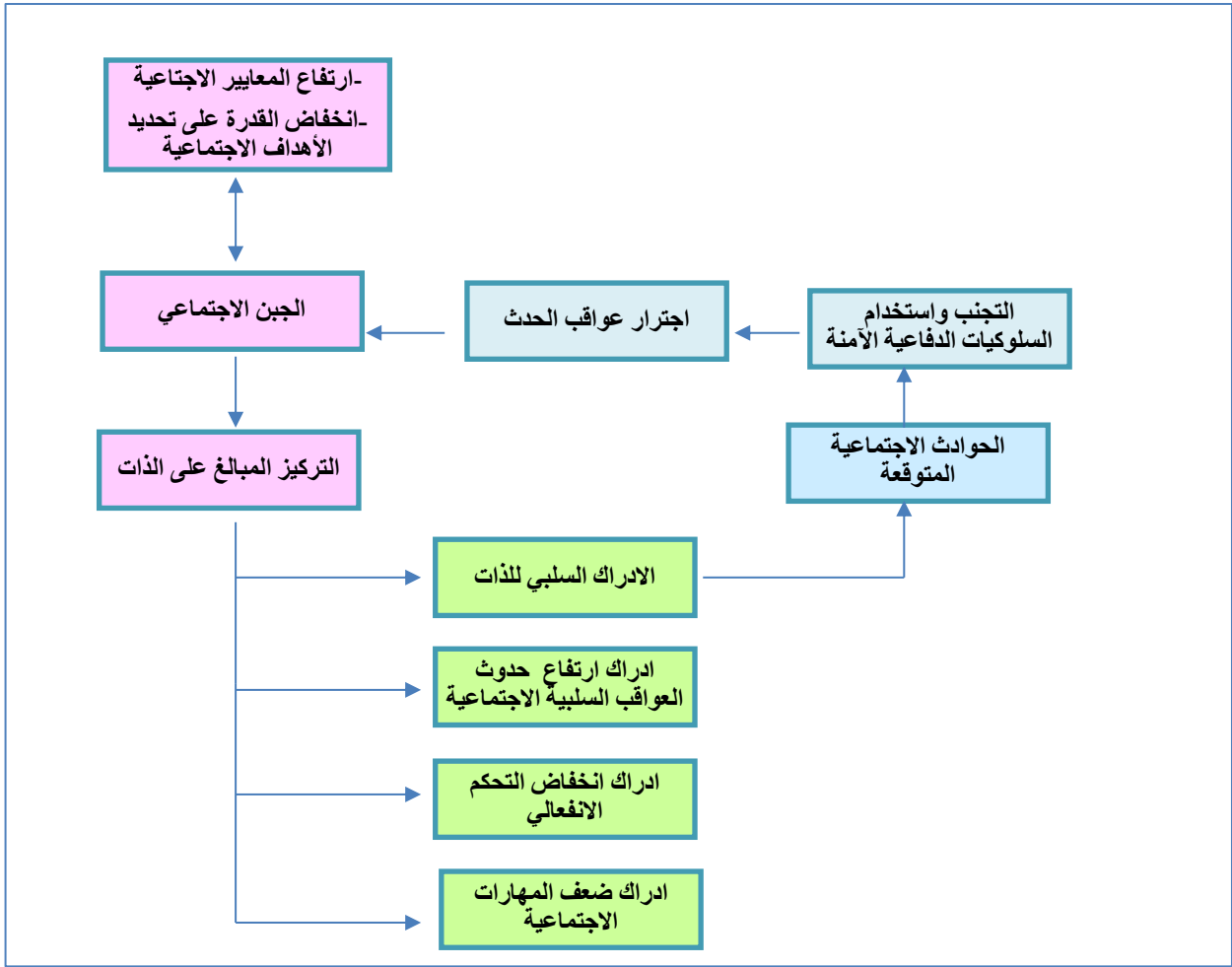
يتضمن جملة من التوقعات التي يشكلها ويدركها الفرد عن نفسه والتي تتضمن أربعة أمور:

- إدراك ضعف المهارات الاجتماعية: مثلاً قد يقول الفرد لنفسه: (سأقوم بارتكاب خطأ ما..).

- إدراك ظهور ملامح القلق: مثلاً قد يقول الفرد لنفسه: (سأحمر خجلاً، سأتعرق..).

- إدراك النقص في المظهر الجسدي: مثلاً قد يقول الفرد لنفسه: (أنا قبيح..).

- إدراك الدونية الشخصية: مثلاً قد يقول الفرد لنفسه: (أنا غبي..) (Moscovitch, 2009).



-الشكل(09): مخطط النموذج السلوكي المعرفي لاضطراب الرهاب الاجتماعي-(Hofmann, 2007)

2-3- النظرية الاجتماعية:

يتجه أصحاب هذا النموذج لشرح آلية حدوث الرهاب الاجتماعي بناء على التفاعل السياقي ضمن نطاق الموقف الاجتماعي، فمثلا يشير Alden وآخرين إلى محصلة تفاعل دائرتين (الخضوع والهيمنة)، حيث كلما اتجه الفرد إلى أحد سلوكيات القطبين بعيدا عن الآخر وقع في الدائرة المرضية وكلما كان هناك توازن وانسجام بينهما كان الفرد أكثر قدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية.

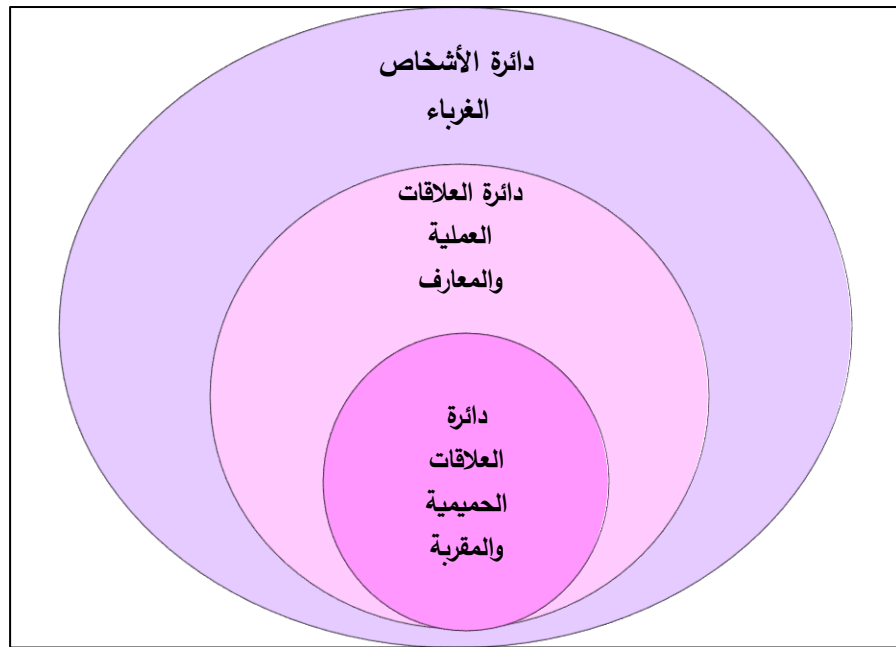
يضيف Kiesler إلى كون التوقعات السلبية تؤثر بطريقة معينة على سلوكيات الفرد المتفاعل معه، بحيث تزيد بشكل كبير من احتمالية قيامه بها، وبالتالي تتحقق توقعات الفرد وتؤكد وتعزز له مستقبلا. كما أن

هذا النموذج يؤكد على مشاعر الألفة الاجتماعية الإيجابية كالثقة والانتماء والأمن التي باختلالها تختل العلاقة. يمكن تقسيم السياق التفاعلي المختل حسب Alden وآخرين إلى ثلاث أنواع من المستويات المرضية:

المستوى الأول: يشمل دائرة الاتصال مع الغرباء.

المستوى الثاني: يشمل دائرة الاتصال مع الأصدقاء والمعارف.

المستوى الثالث: يشمل دائرة الاتصال التي تضم العلاقات الحميمة والأسرة (Hunger, 2018).



-الشكل (10): مستويات العلاقات حسب Alden وآخرين-

3-تشخيص الرهاب الاجتماعي:

3-1-3- حسب DSM5:

يعرف في دليل التشخيص الأمريكي للاضطرابات النفسية والعقلية الطبعة الخامسة بمصطلح القلق الاجتماعي وتشمل المعايير المذكورة فيه التالي:

-خوف أو قلق شديد بشأن مختلف المواقف أو الأداءات الاجتماعية التي تجعل الفرد محور تقييم من قبل الآخرين. (بالنسبة لتشخيص الأطفال، يجب أن يتولد الخوف أو القلق مع أقرانه في السن وليس فقط مع الراشدين).

-الخوف من ظهور أعراض وسلوكيات الارتباك والقلق التي تؤدي لإعطاء انطباعات وتقييمات سلبية من قبل الآخرين وبالتالي معايشة تجربة فظيعة من الرفض والاحراج.

ويشير الدليل إلى مجموعة من الشروط:

- يجب أن يظهر الخوف والقلق بشكل دائم في جميع المواقف الاجتماعية.
- يجب أن تكون شدة الخوف والقلق غير متناسبة مع التهديد الحقيقي الذي يسببه الموقف الفعلي في الواقع.

- يجب أن تستمر الأعراض لفترة 6 أشهر أو أكثر.

- يجب أن تنعكس الأعراض سلباً على واقع أداء الفرد الشخصي والعملي.

- لا يجب أن تكون الأعراض ناتجة عن أية مرض فيزيولوجي أو تعاطي عقار أو دواء معين.

- ألا تتداخل الأعراض مع أية اضطراب عقلي آخر (DSM, 2013).

3-2-حسب ICD10:

- يجب أن تكون الأعراض النفسية أو السلوكية اللاإرادية الناتجة عن القلق ظاهرة بالدرجة الأولى وليست ثانوية نتيجة أعراض أخرى كالأفكار الوسواسية والتوهمات.

- يجب أن يرتبط ظهور القلق بمواقف اجتماعية محددة.

- محاولة الفرد تجنب مختلف المواقف المسببة للرهاب قدر الإمكان (WHO,1993).

3-4-التشخيص الفارقي:

عادة ما يحدث الخلط بين الرهاب الاجتماعي والعديد من المصطلحات والاضطرابات المتداخلة والقريبة من المفهوم، يمكن توضيح أهم التشخيصات الفارقية كالتالي:

-الخلج: الرهاب الاجتماعي ليس مرادفا للخلج فهو حالة انفعالية طبيعية، وبالتالي لا يفترض إعطاء احتمال بإصابة الأفراد الخجولين بالرهاب الاجتماعي إلا إذا كان هناك أضرار ومرتبات سلبية تنعكس على واقع الحياة.

-رهاب الأماكن المغلقة: أحيانا يخشى الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب التعرض لمواقف اجتماعية صاخبة كحضور الحفلات مثلا والفرق بينهم وبين من يعانون من الرهاب الاجتماعي هو أن المصابين برهاب الأماكن المغلقة لا يخافون معاينة وتقييمات الآخرين لهم.

-اضطراب الهلع: قد يعاني المصابون بالرهاب الاجتماعي من نوبات هلع من حين لآخر، لكن دائما ما تكون مقترنة بالخوف من التقييمات السلبية للآخرين.

-اضطراب القلق العام: في حالة القلق العام يكون بشكل عام وواسع وليس فقط محصورا في التقييمات السلبية للآخرين.

-اضطراب تشوه صورة الجسم: في حالة اضطراب تشوه صورة الجسم إن وجد القلق فهو دائما ما يكون محصورا فقط في حالة الشكل ومظهر الجسم.

-اضطراب الاكتئاب السريري: في هاته الحالة القلق متعلق بفكرة عدم استحقاق الاعجاب والشعور بالدونية.

-الصمت الانتقائي: في هاته الحالة المضطربون لا يخشون من التقييم السلبي إذا لم يطلب منهم التحدث.

-اضطراب طيف التوحد: الأشخاص الذين يعانون من رهاب اجتماعي يتمتعون بقدرة سليمة على التواصل

الاجتماعي على عكس مرضى اضطراب طيف التوحد.

-الاضطراب الوهامي: النقطة الفارقة بين مرضى الرهاب الاجتماعي والوهاميين من خلال اقتناع مرضى

الرهاب الاجتماعي من كون مخاوفهم وقلقهم غير متناسبة مع شدة التهديد التي يستدعيها الموقف الفعلي.

-اضطراب التحدي المعارض: في اضطراب التحدي المعارض، يرفض الأشخاص التحدث بسبب معارضة

شخصيات السلطة، في حين أن أولئك الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي يخشون أن يتم تقييمهم

بشكل سلبي من قبل شخصيات السلطة.

-اضطراب الشخصية التجنبية: نمط التجنب في حالة الشخصية التجنبية أشمل وأوسع من الرهاب

الاجتماعي.

-حالات طبية أخرى: يرتبط التقييم السلبي بحدوث أعراض طبية محرجة كالتبول اللارادي، الرجفة، مرض

باركنسون، لذا يجب الحذر عند تشخيص اضطراب الرهاب الاجتماعي (Leichsenring & Leweke, 2017).

4-عوامل الخطر المرتبطة بالرهاب الاجتماعي:

4-1-العوامل البيولوجية:

-الإناث أكثر عرضة للرهاب الاجتماعي (Rabie et al, 2019; Gao et al, 2020 ; Desalegn et al, 2019).

-يزداد احتمال الإصابة بالرهاب الاجتماعي في الفترة العمرية من (10-19) سنوات (Beesdo et al, 2007).

-المورثة المرتبطة بالسيروتونين (HT-5) (Caspi et al, 2010).

-الاستجابة الفيزيولوجية للكر والفر (physiological hyperarousal) وبشكل خاص الاستجابة الكهربائية للجلد (EDR) المنعكسة عن تنبيه الجهاز السمبثاوي (Nikolić et al, 2018).

-التاريخي المرضي لعائلة المصاب باضطراب الرهاب الاجتماعي (الوراثة) (Reich & Yates, 1998).

4-2-العوامل النفسية:

-الخوف من الأحكام السلبية للآخرين والتجنب (Weeks et al, 2005; Heeren & McNally, 2021).

-الحساسية اتجاه القلق (الخوف المفرط من أعراض القلق) (Rodriguez et al, 2004 ; Carpenter et al, 2019)

-سلوكيات الرفض الاجتماعي في الطفولة (Muris et al, 2011 ; Chronis et al, 2018).

-الخجل، والانسحاب الاجتماعي (Chronis et al, 2018).

-العصابية والانطوائية (Stein et al, 2017).

-انخفاض الكفاءة الذاتية (Aune et al, 2021).

4-3-العوامل الاجتماعية:

-صعوبات ونقص مهارات التواصل الاجتماعية (Pickard et al, 2017 ; Rapee & Spence, 2004).

-المعاملة الوالدية المتسلطة والتاريخ المرضي النفسي للوالدين (Brook & Ghazwani et al, 2016 ; Schmidt, 2008 ;

-انخفاض الدعم الاجتماعي (Desalegn et al, 2019 ; Aune et al, 2021).

-السكن بمناطق ريفية (Desalegn et al, 2019).

-ضغوطات الحياة الشخصية والمهنية

(Zimmermann et al, 2020 ; Rapee & Spence, 2004 ; Brook & Schmidt, 2008)

5-الأدوات المستخدمة في قياس الرهاب الاجتماعي:

-مقياس ليبowitz للقلق الاجتماعي (LSAS) **Liebowitz Social Anxiety Scale**:

تم تطويره سنة 1978 من قبل Michael Liebowitz، يقيس درجة الخوف الاجتماعي خلال 24 موقف اجتماعي مختلف (Heimberg et al, 1999).

-مقياس التفاعل الاجتماعي (SIAS) **The Social Interaction Anxiety Scale**:

عبارة عن مقياس تقرير ذاتي، يتكون من 20 بند ويقيم القلق الذي يحدث في كل من التفاعلات الثنائية والجماعية (Mattick and Clarke, 1998).

-مقياس الرهاب الاجتماعي الاجتماعي **The Social Phobia Scale**:

تم تطويره من قبل Mattick and Clark سنة 1998، وهو عبارة عن مقياس تقرير ذاتي يقيس درجة الخوف في مختلف مواقف الأداء الاجتماعية التي يكون فيها الفرد محط ملاحظة (Mattick and Clarke, 1998).

- مقياس الخوف من التقييم السلبي **The Fear of Negative Evaluation scale (FNE)**:

هو مقياس تقييم ذاتي يتكون من 30 بند يتم استخدامها لقياس درجة الرهاب الاجتماعي. تم تطويره من قبل David Watson و Ronald Friend سنة 1969 (Musa et al, 2004).

6- الآثار المترتبة عن الرهاب الاجتماعي:

6-1- على الصعيد البدني:

- قد يؤدي القلق الاجتماعي بالفرد إلى تعاطي المخدرات.

- قد يؤدي لظهور مجموعة من الاضطرابات النفسية المصاحبة (Koyuncu et al, 2019).

- زيادة معدل نشاط وضربات القلب (Judah et al, 2018).

6-2- على الصعيد النفسي:

- زيادة معدلات التفكير في الانتحار (Cogle et al, 2009).

- انخفاض نوعية الحياة (Katzelnick et al, 2001 ; Liu et al, 2019).

- ارتفاع احتمال الإصابة بالاكتئاب. (Koyuncu et al, 2019 ; Beesdo et al, 2007).

- زيادة سلوك التدخين (Watson et al, 2018).

6-3- على الصعيد الاجتماعي:

- انخفاض الكفاءة الدراسية (Nikmehr & Jafari, 2021).

- ارتفاع نسبة البطالة (Lecrubier et al, 2000).

- الغياب عن العمل (Lecrubier et al, 2000).

- تدهور العلاقات الاجتماعية (Liu et al, 2019 ; Katzelnick et al, 2001).

- تفضيل التواصل الإلكتروني عبر الإنترنت (Hutchins et al, 2021).

7- علاج الرهاب الاجتماعي:

يشمل العلاج كلا من التكفل الدوائي والتكفل النفسي حسب اتجاه الحالة ومن المستحسن الجمع بين الاثنين:

7-1- العلاج الدوائي:

يستخدم المتخصصون في علاج الرهاب الاجتماعي الأدوية التالية:

-الجدول (06): أهم الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي - (Ströhle et al, 2018)

الأدوية المستخدمة	نوع مضاد الاكتئاب
Escitalopram, Paroxetine, Sertraline	مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs)
Venlafaxine	مثبطات إعادة امتصاص النورادرينالين الانتقائية (SNaRI)
Moclobemide	مثبطات ارجاعية وانتقائية لأكسيداز النواقل أحادية الأمين (أ) (MAOIs)

7-2- العلاج النفسي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي والسيكودراما من أكثر العلاجات التي أظهرت فعاليتها في علاج الرهاب الاجتماعي:

أ-العلاج المعرفي السلوكي:

من بين أبرز الفنيات المستخدمة مع حالات الرهاب الاجتماعي:

التعريض: نظرا لكون التجنب من بين أبرز المظاهر المتعلقة بالرهاب الاجتماعي، فإن اللجوء لتعريض

الحالة لمختلف المواقف الاجتماعية التي تخشى المشاركة فيها قد يساعد بشكل كبير في مواجهة

المخاوف المرتبطة بالحدث سواء أكان هذا التعرض حقيقيا أو تخيليا. (Bandelow, 2022)

إعادة البناء المعرفي: من خلال مساعدة المصابين بالرهاب الاجتماعي على التعرف لمختلف الأفكار التلقائية وتحديدها من أجل تقييمها وإعادة بنائها وتغييرها لأفكار أكثر واقعية ومنطقية.

تطوير المهارات الاجتماعية: تدخل سلوكي يتضمن تعليم الحالة وتدريبها على مختلف المهارات الاجتماعية اللفظية والغير لفظية التي تحتاجها من أجل التفاعل داخل الجماعة عن طريق مجموعة من التعليمات أو النمذجة أو إعادة تصحيح ردود الفعل وتعزيزها.

إزالة التحسس التدريجي: يتم استخدام هاته التقنية فرديا أو جماعيا من أجل التخفيف من الأعراض الجسدية المصاحبة لاضطراب الرهاب الاجتماعي، حيث يقوم المعالج بتعريض الحالة لجملة من مثيرات الفلق تدريجيا بالتناوب مع القيام بتمارين الاسترخاء. (Weeks et al, 2014)

ب- لعب الدور (السيكودراما):

هي تقنية تم تطويرها من قبل Jacob Levy Moreno، يعتبر من العلاجات النفسية الجماعية والتي يقوم فيها الشخص المصاب بلعب دور أحد المواقف الاجتماعية التي عاشها بطريقة سلبية في الماضي مع تغيير الأحداث السلبية التي وقعت لأحداث إيجابية. تهدف هاته التقنية لإشعار المريض بسيطرته وتحكمه في أقواله وأفعاله مما يساعد بطبيعة الحال على تغيير أفكاره وانفعالاته السلبية (Moreno, 1946).

ومن بين فنيات السيكودراما المستخدمة مع الرهاب الاجتماعي نذكر:

عكس الدور: يلعب شخصان موقفا واحدا ثم يتبادلان الأدوار، حيث تهدف هاته التقنية لتغيير أفكار الشخص حول وجهة نظر الآخرين له.

اللعب المزدوج: يلعب شخص آخر دور البطل بالتزامن مع دوره ويتفاعلان معا كذات واحدة، حيث تهدف هاته التقنية لاستعراض واكتشاف المصاب بالرهاب الاجتماعي لمختلف التشوهات والأفكار المعرفية المكبوتة داخله.

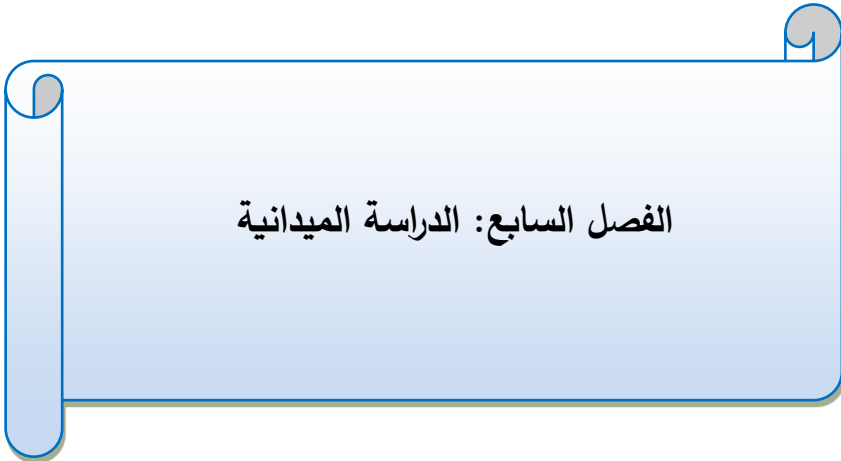
الكرسي الفارغ: التحدث لشخص وهمي يجلس على الكرسي من أجل التنفيس عن الانفعالات والمشاعر السلبية للحالة.

المرآة: يلعب شخص آخر دور البطل ويحاكي أفعاله وتصرفاته والبطل يشاهد العرض من أجل الحصول على رؤية أكثر واقعية لذاته وكأنه يرى انعكاس صورته على المرآة في جسد شخص آخر.

التصريح للجمهور: يقوم الشخص بعرض مشاعره وانفعالاته أمام الجمهور بطريقة لفظية صريحة ومعلنة من أجل التعبير عن أفكاره وأحاسيسه (Abeditehrani et al, 2020).

خلاصة:

يعد الرهاب الاجتماعي اضطرابا خطيرا باعتبار أنه يؤدي إلى العديد من النتائج الوخيمة والتي تصل لدرجة التفكير في الانتحار وإعاقة كافة ميادين الحياة خاصة الاجتماعية، مما يستوجب تسليط الضوء عليه وتناوله بشكل أساسي لدى شريحة الشباب والمراهقين الذين هم في أوج مراحل تأسيس منطلق مهني وشخصي لحياتهم، هذا ما سنحاول الكشف عنه من خلال ربطه كعامل أساسي بإدمان الإنترنت.



الفصل السابع: الدراسة الميدانية

تمهيد:

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية بداية من الدراسة الاستطلاعية التي تم إجرائها للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة مرورا للدراسة الأساسية التي تم إجرائها على طلبة جامعة سطيف 2، حيث قمنا بعرض النتائج ومناقشتها.

1-الدراسة الاستطلاعية:

هي منهج بحثي يُستخدم لجمع معلومات أولية حول ظاهرة أو مشكلة محددة بهدف استكشافها وفهم أبعادها بشكل أعمق. تمثل هذه الدراسات الخطوة الأولى في البحث العلمي، حيث تُمهّد الطريق لإجراء دراسات أوسع وأكثر شمولية. يتمثل هدفها الأساسي في تحديد المفاهيم الرئيسة، توضيح معالم المشكلة، وصياغة أسئلة أو فرضيات بحثية قابلة للاختبار لاحقاً.

1-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الرئيسة، تشمل ما يلي:

- التعرف على طبيعة المشكلة ودراستها على أرض الواقع.
- توفير معلومات شاملة حول خصائص عينة الدراسة.
- تحليل الجوانب المختلفة للظاهرة المدروسة.
- التحقق من وضوح التعليمات وسهولة فهمها من قبل المشاركين.
- التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث المستخدمة.
- وضع أسس لدراسات أعمق في المستقبل.
- تحديد المسارات البحثية الواعدة لدراسات لاحقة (عبيدات وآخرون، 2010).

1-2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

- الإطار الزمني: أُجريت الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة من 01 نوفمبر 2024 إلى 20 نوفمبر 2024.
- الإطار المكاني: تمت الدراسة في جامعة باتنة (الحاج لخضر)، بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- الإطار البشري: شملت عينة الدراسة 83 طالبًا جامعيًا، منهم 24 ذكرًا و59 إناثًا. تم اختيار المشاركين بشكل عشوائي من تخصصات ومستويات أكاديمية مختلفة، تضمنت: (علم النفس العيادي، علم النفس تنظيم وعمل، علم النفس المدرسي، الأطفونيا).
-تم التحقق من صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة، مع ضمان جاهزيتها لتطبيق الدراسة الأساسية، حيث تم تحليل البيانات باستخدام برنامج حزمة التحليل الإحصائي (SPSS) الإصدار 22، الجدول التالي يوضح توزيع خصائص العينة حسب الجنس والتخصص:

-الجدول (07): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس والتخصص-

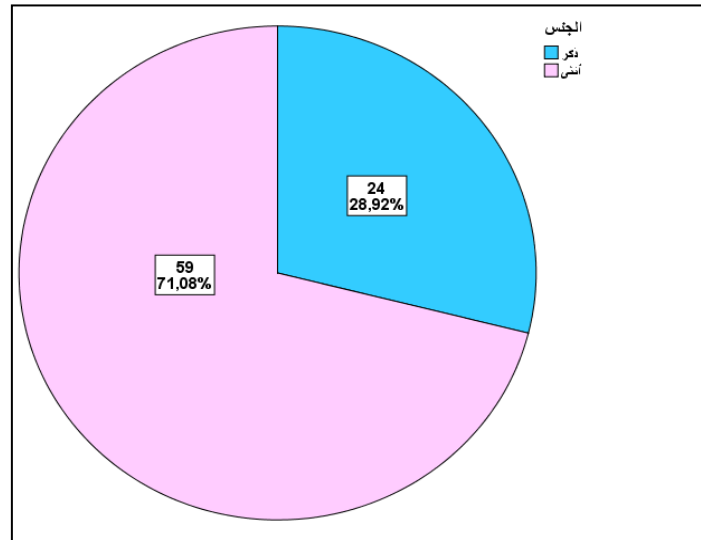
المجموع	عدد أفراد العينة حسب الجنس	الجنس	العينة	التخصص والسنة الدراسية	
83	5	ذكور	25	ليسانس علم النفس	
	20	إناث		العيادي	
	9	ذكور	22	ليسانس أطفونيا	
	13	إناث			
	3	ذكور	21	ماستر 1 علم النفس تنظيم	
	18	إناث		وعمل	
	7	ذكور	15	ليسانس علم النفس	
	8	إناث		المدرسي	

- تم تمثيل التوزيع باستخدام أعمدة بيانية توضح عدد المشاركين في كل تخصص بشكل منفصل، كما

أنشئت دائرة نسبية (Pie Chart) لعرض النسبة المئوية لكل من الذكور والإناث داخل العينة:



- الشكل (11): أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب التخصص-



- الشكل (12): دائرة نسبية توضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس-

2- أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على أدوات متنوعة لجمع البيانات التي تخدم الأهداف البحثية، وتشمل ما يلي:

2-1- استمارة استخدام الإنترنت واستراتيجيات التصدي:

قامت الباحثتان ببناء استمارة اعتمادا على الإطار النظري لإدمان الإنترنت، وذلك من أجل تغطية أكبر قدر من المعلومات حول العوامل الخارجية (الديمغرافية، البيئية، الاجتماعية والاقتصادية).

تضمنت الاستمارة في بدايتها مجموعة من المعلومات الديمغرافية حول الحالة (الجنس، المستوى الدراسي، الوظيفة، الإقامة، الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي، التخصص)، شملت 23 عبارة متكونة من عدة أبعاد (العوامل البيئية، الاجتماعية الاقتصادية والاستراتيجيات المتبعة للتقليل من الاستخدام)، شملت الإجابات بدائل مرفقة ب: (نعم=2، أحيانا=1، لا=0)، والعكس لصالح البنود السلبية (5-11)، أبعاد الاستمارة وبنودها موضحة في الجدول التالي:

-الجدول (08): أبعاد استمارة استخدام الإنترنت-

أبعاد الاستمارة	البنود
العوامل البيئية	8-1
العوامل الاجتماعية والأكاديمية	15-9
العوامل الاقتصادية	19-16
استراتيجيات التقليل من استخدام الإنترنت	23-20

تم عرض الاستمارة على مجموعة من المحكمين المتخصصين، وبعد الأخذ بالملاحظات والتصحيحات المرفقة تم تعديل الاستمارة وإجراء استطلاع أولي للتأكد من خصائصها السيكمترية.

2-2- مقياس إدمان الإنترنت لكامبرلي يونغ Kimberly Young:

تم تصميم المقياس سنة 1998 من طرف الباحثة كامبرلي يونغ Kimberly Young حيث قامت بتضمين 20 سؤال يهدف لتمييز السلوك الإدماني للإنترنت عن الاستخدام العادي، أرفقت الأسئلة بخمسة بدائل متمثلة في (أبدا=0، نادرا=1، أحيانا=2، غالبا=3، دائما=4).

قام بترجمة وتقيين المقياس إلى اللغة العربية إبراهيم الشافعي سنة (2009)، كما تم تكييفه على البيئة الجزائرية وتم حساب خصائص السيكمترية من قبل العديد من الباحثين مثل غالمي ورحال (2017)، حللامي وتيطاوني (2022).

مستويات الاستخدام الطبيعي والإدمان لاختبار يونغ:

(0-20) استخدام إنترنت طبيعي.

(21-40) إدمان إنترنت خفيف.

(41-60) إدمان إنترنت متوسط.

(61-80) إدمان إنترنت شديد.

2-3- مقياس القلق والاكتئاب في المستشفيات Hospital Anxiety and Depression Scale

(HADS):

مقياس تم بنائه سنة 1983 على يد Zigmond and Snaith، يتكون المقياس من 12 عبارة مقسمة إلى بعدين 7 بنود تقيس القلق و7 بنود أخرى تقيس مستوى الاكتئاب، تحوي كل عبارة خمسة بدائل (أبدا=0، نادرا=1، أحيانا=2، غالبا=3، دائما=4)، تهدف هذه الأداة إلى تقييم مستوى القلق والاكتئاب للأفراد في المستشفيات، ولبساطته وفعاليته بنوده وخصائصه السيكمترية المرتفعة قام الباحثون بتعميم تطبيقاته مع

بيئات متنوعة وعينات مختلفة، ترجم وكيف إلى اللغة العربية على يد عبد المجيد الشلبي (1988)، كما قام بتكييفه وحساب خصائصه السيكومترية بالبيئة الجزائرية درياس وقدوش (2024).

مستويات القلق والاكتئاب لمقياس (HADS):

(7-0) قلق طبيعي / اكتئاب طبيعي.

(14-8) مستوى قلق خفيف / اكتئاب خفيف.

(21-15) مستوى قلق متوسط / اكتئاب متوسط.

(28-22) مستوى قلق مرتفع / اكتئاب مرتفع.

2-4- مقياس تقييم الخوف السلبي BFNE2 (Brief Fear of Negative Evaluation Scale-II)

تم بنائه من قبل Leary (1983)، يتكون من (12) بند تحوي كل عبارة خمسة بدائل (أبدا=0، نادرا=1، أحيانا=2، غالبا=3، دائما=4)، ترجم المقياس وأعد في صورته النهائية من قبل الباحثين اللتين قامتا بعرضه على مجموعة من المحكمين، ثم حساب خصائصه السيكومترية ليصبح جاهزا للاستخدام وقياس الرهاب الاجتماعي.

مستويات الرهاب الاجتماعي:

(12-0) لا يوجد رهاب اجتماعي.

(24-13) رهاب اجتماعي خفيف.

(36-25) رهاب اجتماعي متوسط.

(48-37) رهاب اجتماعي شديد.

3- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

تمت مراجعة أدوات الدراسة والتحقق من جودتها من خلال مجموعة من الاختبارات السيكومترية، التي تضمنت ما يلي:

3-1-1-3- استمارة استخدام الإنترنت واستراتيجيات التصدي:

3-1-1-3-1- صدق المحتوى:

تم عرض الاستمارة على ثمانية أساتذة محكمين ثم الطلبة الذين قاموا بمراجعة التعليمات والبنود وإعطاء التعليمات اللازمة لتحسينها وتغيير ما يجب تغييره حتى تكون واضحة، مفهومة ومتلائمة مع الأبعاد المختلفة التي تقيسها، الجدول التالي يوضح مراجعة البنود في صورتها الأولية وشكلها النهائي بعد التعديل:

- الجدول (09): بنود العوامل المعدلة من الاستمارة -

البند في صورته الأولية	البند بعد التعديل
2-استخداماتي للإنترنت تكون بشكل أكبر في الجامعة والمنزل.	2-أستخدم الإنترنت في الجامعة أكثر من المنزل.
5-تتوفر لدي أماكن للدراسة بدون إنترنت.	5-لدي أماكن مخصصة للدراسة بعيدا عن الإنترنت.
6-أستخدم الإنترنت بشكل أساسي خلال الفترة الليلية.	6-غالبًا ما أستخدم الإنترنت في المساء أكثر من الفترة الصباحية.
8-أبقى متصلا بالإنترنت كي لا تفوتني المستجدات.	8-أشعر بالرغبة الملحة في الاطلاع على الأخبار الجديدة، التحديثات الاجتماعية، أو المعلومات الأكاديمية المنشورة بالإنترنت.
14-استخدام الإنترنت يصبح أكثر متعة عندما أشارك المحتوى وأناقشه مع أصدقائي.	14-استخدامي للإنترنت يصبح أكثر متعة عندما أشارك المنشورات، الصور والفيديوهات وأتحدث عنها مع أصدقائي.
19- أنفق قدرًا كبيرًا من المال في الأنشطة الترفيهية على الإنترنت.	19- أنفق قدرًا كبيرًا من المال في الأنشطة الترفيهية على الإنترنت كالتسوق، ومشاهدة الأفلام المدفوعة كموقع ..netflix.

22-أستخدم تطبيقات معينة لمتابعة الوقت الذي أفضيه في استخدام الإنترنت.	22-أستخدم تطبيقات معينة لمتابعة الوقت الذي أفضيه في استخدام الإنترنت مثل: Forest ،RescueTime ،.Offtime ..
تمت إضافة بند إضافي لاستراتيجيات التقليل من استخدام الإنترنت.	23-أخصص أوقات معينة في اليوم أمتنع فيها عن استخدام الإنترنت.

3-1-2- صدق الاتساق الداخلي:

قمنا بحساب صدق الاتساق الداخلي، من خلال الكشف عن معامل الارتباط بيرسون بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه (العوامل البيئية، العوامل الاجتماعية والأكاديمية، العوامل الاقتصادية، استراتيجيات المواجهة والتصدي)، الجدول التالي يوضح نتائج صدق الاتساق الداخلي:

-الجدول (10): نتائج معامل ارتباط البنود بالأبعاد الخاصة باستمرار استخدام الإنترنت-

البند	معامل بيرسون	الدالة	
1	** ,950	0,00	الارتباط بين البنود وبعد العوامل البيئية
2	** ,949	0,00	
3	** ,845	0,00	
4	** ,967	0,00	
5	** ,924	0,00	
6	** ,967	0,00	
7	** ,789	0,00	
8	** ,856	0,00	
9	** ,905	0,00	
10	** ,862	0,00	

0,00	,892**	11	الارتباط بين البنود وبعد
0,00	,845**	12	العوامل الاجتماعية
0,00	,803**	13	والاكاديمية
0,00	,446**	14	
0,00	,396**	15	
0,00	,732**	16	الارتباط بين البنود وبعد
0,00	,765**	17	العوامل الاقتصادية
0,00	,615**	18	
0,00	,854**	19	
0,00	,850**	20	الارتباط بين البنود وبعد
0,00	,982**	21	استراتيجيات المواجهة
0,00	,982**	22	والتصدي
0,00	,951**	23	

-نلاحظ أن جميع قيم معاملات بيرسون دالة عند مستوى الدلالة (0,01) مما يدل على وجود علاقة قوية بين الفقرات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وبالتالي هي تعبر عن مدى صدق الاتساق الداخلي للاستمارة مما يعني أن البنود تقيس فعليا الخاصية التي نريد قياسها.

3-1-3-الصدق التمييزي:

قمنا بحساب الصدق التمييزي لاستمارة العوامل الخارجية بمقارنة متوسط الدرجات الدنيا والدرجات العليا للاستمارة، وذلك باستخدام اختبار T test للعينات المستقلة، النتائج موضحة في الجدول التالي:

-الجدول (11): الصدق التمييزي لاستمارة استخدام الإنترنت وفق اختبار T test للعينات المستقلة-

الدالة	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العينة	الدرجات	الصدق التمييزي
0,00	-19,27	3,10	4,88	25	الدرجات الدنيا	
		1,91	18,92	25	الدرجات العليا	

-نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة T دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وهذا يؤكد وجود فروق بين متوسطات الدرجات الدنيا والعليا للاستمارة مما يعني أنها صادقة ويمكن الوثوق فيها وفعليا تتمتع الاستمارة بصدق تمييزي جيد، مما يعكس قدرتها على التمييز بفعالية بين الأفراد ذوي المستويات المختلفة في الأبعاد التي تستهدفها.

3-1-4-معامل الثبات ألفا كرونباخ والصدق الذاتي:

لحساب ثبات الاستمارة، قمنا بالاستعانة بمعامل ألفا كرونباخ، وذلك من أجل التأكد من مدى استقرار واتساق العبارات المكونة للاستمارة:

-الجدول (12): معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لاستمارة استخدام الإنترنت-

الصدق الذاتي	معامل ألفا كرونباخ
0,88	0,79

-أظهرت النتائج أن قيمة معامل ألفا كرونباخ تقدر بـ (0,79) وهي قيمة جيدة وتعبر عن تمتع الاستمارة بالثبات مما يتيح إمكانية الاعتماد عليها في إجراء الدراسة الأساسية، كما أن جذر معامل ألفا كرونباخ يمثل الصدق الذاتي الذي تراوحت قيمته بـ (0,88) مما يعبر عن صدق ذاتي مرتفع للاستمارة.

3-1-5-ثبات التجزئة النصفية:

تعتمد طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات الأداة على تجزئتها إلى جزأين متكافئين (المجموعة الفردية والمجموعة الزوجية)، ثم حساب معامل الارتباط بينهما وتعديله باستخدام معادلة سبيرمان براون، الجدول التالي يوضح ذلك:

-الجدول (13): معامل الثبات وفق معادل سبيرمان لاستمارة استخدام الإنترنت -

الارتباط قبل التصحيح	معامل سبيرمان براون
0,90	0,95

-نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون يقدر بـ (0,95) وهي قيمة ممتازة تؤكد مرة أخرى ثبات الاستمارة وتمتعها بالاتساق الكافي لإمكانية الوثوق في نتائجها بغض النظر عن توزيع العبارات.

3-2-مقياس إدمان الإنترنت لكامبرلي يونغ Kimberly Young:

3-2-1-صدق المحتوى:

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس لتقييم ملاءمته وشموليته، وقد أكدوا أن البنود تغطي جوانب السلوك الإدماني للإنترنت بدقة ووضوح.

3-2-2-صدق الاتساق الداخلي:

قمنا بحساب صدق الاتساق الداخلي، من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية لإدمان الإنترنت، الجدول التالي يوضح نتائج صدق الاتساق الداخلي:

-الجدول (14): نتائج معامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية الخاصة بإدمان الإنترنت-

البند	معامل بيرسون	الدلالة	البند	معامل بيرسون	الدلالة
1	,537**	0,00	11	,530**	0,00
2	,613**	0,00	12	,729**	0,00
3	,350**	0,00	13	,719**	,000
4	,339**	0,00	14	,520**	0,00
5	,578**	0,00	15	,526**	0,00
6	,695**	0,00	16	,600**	0,00
7	,505**	0,00	17	,670**	0,00
8	,483**	0,00	18	,704**	0,00
9	,560**	0,00	19	,551**	0,00
10	,433**	0,00	20	,719**	0,00

الارتباط بين البنود
والدرجة الكلية لإدمان
الإنترنت

-يمكننا أن نلاحظ أن جميع قيم معاملات بيرسون دالة عند مستوى الدلالة (0,01) مما يدل على وجود علاقة قوية بين الفقرات والدرجة الكلية لإدمان الإنترنت، وهذا مؤشر لمدى صدق الاتساق الداخلي للمقياس وكون العبارات تقيس فعليا الخاصية التي نريد قياسها.

3-2-3-الصدق التمييزي:

قمنا بحساب الصدق التمييزي لمقياس إدمان الإنترنت عن طريق إثبات وجود فرق بين متوسط الدرجات الدنيا ومتوسط الدرجات العليا للمقياس، وذلك باستخدام اختبار T test للعينات المستقلة، النتائج موضحة في الجدول التالي:

-الجدول (15): الصدق التمييزي لمقياس إيمان الإنترنت وفق اختبار T test للعينات المستقلة -

الدالة	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العينة	الفئات	الصدق التمييزي
,000	-19,75	1,57	9,84	25	الفئات الدنيا	
		2,78	22,48	25	الفئات العليا	

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة T (-19,75) دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وهذا يؤكد وجود فروق بين متوسطات الدرجات الدنيا والعليا لمقياس إيمان الإنترنت مما يعني تمتعه بصدق تمييزي جيد يعكس قدرته على التمييز بفعالية بين الأفراد ذوي المستويات المختلفة في إيمان الإنترنت.

3-2-4-معامل الثبات ألفا كرونباخ والصدق الذاتي:

لحساب ثبات مقياس إيمان الإنترنت ليونغ، قمنا بالاستعانة بمعامل ألفا كرونباخ، وذلك من أجل التأكد من مدى استقرار واتساق العبارات المكونة للمقياس:

-الجدول (16): معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لمقياس يونغ لإيمان الإنترنت-

الصدق الذاتي	معامل ألفا كرونباخ
0,94	0,89

-أظهرت النتائج أن قيمة معامل ألفا كرونباخ تقدر بـ (0,89) وهي قيمة جيدة وتعبّر عن تمتع المقياس بالثبات مما يتيح إمكانية الاعتماد عليه في إجراءات الدراسة الأساسية، كما أن جذر معامل ألفا كرونباخ يمثل الصدق الذاتي التي تراوحت قيمته بـ (0,94) وهذا يعبر عن صدق ذاتي ممتاز.

3-2-5-ثبات التجزئة النصفية:

أُجري تحليل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية (Split-Half Reliability)، حيث تم تقسيم البنود إلى مجموعتين (فردية وزوجية)، ثم تم تصحيحه المعامل بمعادلة سبيرمان براون، الجدول التالي يوضح ذلك:

-الجدول (17): معامل الثبات وفق معادلة سبيرمان لمقياس إدمان الإنترنت -

معامل سبيرمان	معامل الارتباط قبل التصحيح
0,94	0,89

-يبين الجدول أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون يقدر بـ (0,94) وهي قيمة مرتفعة تؤكد مرة أخرى ثبات المقياس وتمتعته بالاتساق الكافي الذي يسمح بالثقة في نتائجه بغض النظر عن توزيع العبارات.

3-3-مقياس القلق والاكتئاب في المستشفيات : (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale

3-3-1-صدق المحتوى:

تم عرض المقياس (HADS) على عدد من المحكمين الذين قاموا بمراجعة التعليمات والبنود وإبداء الموافقة على اتساق بنوده وملائمتها وإمكانية فهمها من قبل الطلبة الجامعيين.

3-3-2-صدق الاتساق الداخلي:

قمنا بحساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس (HADS)، من خلال الكشف عن معامل الارتباط بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه (القلق أو الاكتئاب)، الجدول التالي يوضح نتائج صدق الاتساق الداخلي:

-الجدول (18): نتائج معامل ارتباط البنود بالأبعاد الخاصة بمقياس القلق والاكتئاب-

الدالة	معامل بيرسون	البند		الدالة	معامل بيرسون	البند	
,000	,769**	8	الارتباط بين بنود الاكتئاب والدرجة الكلية لبعء القلق	,000	,723**	1	الارتباط بين بنود القلق والدرجة الكلية لبعء القلق
,000	,804**	9		2			
,000	,617**	10		3			
,000	,763**	11		4			
,000	,730**	12		5			
,000	,738**	13		6			
,000	,753**	14		7			

-يمكننا أن نلاحظ أن جميع قيم معاملات بيرسون دالة عند مستوى الدلالة (0,01) مما يدل على وجود علاقة قوية بين العبارات والبعء الذي تنتمي إليه، يعد هذا مؤشرا قويا على مدى صدق الاتساق الداخلي للمقياس وكون العبارات تقيس فعليا الخاصية التي نريد قياسها.

3-3-3-الصدق التمييزي:

قمنا بحساب الصدق التمييزي لمقياس (HADS) عن طريق المقارنة بين متوسط الدرجات الدنيا والدرجات العليا للمقياس، وذلك باستخدام اختبار T test للعينات المستقلة، النتائج موضحة في الجدول التالي:

-الجدول (19): الصدق التمييزي لمقياس (HADS) وفق اختبار T test للعينات المستقلة-

الدالة	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العينة	الفئات	الصدق التمييزي
,000	-17,54	2,25	18,08	25	الفئات الدنيا	
		5,85	40,08	25	الفئات العليا	

-نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة T دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وهذا يؤكد وجود فروق بين متوسطات الدرجات الدنيا والعليا لمقياس القلق والاكتئاب مما يعني تمتعه بصدق تمييزي جيد يعكس قدرته على التمييز بفعالية بين الأفراد ذوي المستويات المختلفة.

3-3-4-معامل الثبات ألفا كرونباخ والصدق الذاتي:

لحساب ثبات مقياس (HADS)، قمنا بالاستعانة بمعامل ألفا كرونباخ، وذلك من أجل التأكد من مدى استقرار واتساق العبارات المكونة للمقياس:

-الجدول (20): معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لمقياس (HADS)-

الصدق الذاتي	معامل ألفا كرونباخ
0,95	0,91

-تظهر النتائج أن معامل ألفا كرونباخ يقدر بـ (0, 91) وهي قيمة جيدة وتعتبر عن تمتع المقياس بالثبات مما يتيح إمكانية الاعتماد عليه في إجراء الدراسة الأساسية، كما أن جذر معامل ألفا كرونباخ يمثل الصدق الذاتي الذي تراوحت قيمته بـ (0, 95) مما يعبر عن صدق ذاتي ممتاز.

3-3-5-ثبات التجزئة النصفية:

نستعين بالتجزئة النصفية في حساب ثبات مقياس (HADS)، وذلك بحساب معامل الارتباط بين المجموعة الفردية والزوجية للعبارات ثم تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون، الجدول التالي يوضح ذلك:

-الجدول (21): معامل الثبات وفق معادلة سبيرمان لمقياس (HADS)-

معامل سبيرمان	معامل الارتباط قبل التصحيح
0,92	0,86

-يبين الجدول أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون يقدر بـ (0,92) وهي قيمة مرتفعة تؤكد لنا ثبات المقياس وتمتعه بالاتساق الكافي الذي يسمح بالوثوق في نتائجه بغض النظر عن توزيع العبارات.

3-4-4 مقياس تقييم الخوف السلبي (BFNE2): (Brief Fear of Negative Evaluation Scale-II)

3-4-4-1 صدق المحتوى:

تم عرض المقياس الذي تمت ترجمته من قبل الباحثان على عدد من المحكمين الذين قاموا بمراجعة التعليمات وصياغة البنود وإعطاء التوجيهات اللازمة لتحسينها وتغيير ما ينبغي تغييره حتى تكون واضحة ومتناسبة لمقياس الرهاب الاجتماعي.

3-4-4-2 صدق الاتساق الداخلي:

قمنا بحساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس (BFNE 2)، من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية للرهاب الاجتماعي، الجدول التالي يوضح نتائج صدق الاتساق الداخلي:

-الجدول (22): نتائج معامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية للرهاب الاجتماعي-

البند	معامل بيرسون	الدلالة	البند	معامل بيرسون	الدلالة
1	,722**	,000	7	,771**	,000
2	,715**	,000	8	,804**	,000
3	,725**	,000	9	,840**	,000
4	,640**	,000	10	,698**	,000
5	,743**	,000	11	,639**	,000
6	,783**	,000	12	,680**	,000

-يمكننا أن نلاحظ أن جميع قيم معاملات بيرسون دالة عند مستوى الدلالة (0,01) مما يدل على وجود علاقة قوية بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس، يعد هذا مؤشرا قويا على مدى صدق الاتساق الداخلي للمقياس وكون العبارات تقيس فعليا الخاصية التي نريد قياسها.

3-4-3-الصدق التمييزي:

قمنا بحساب الصدق التمييزي لمقياس (BFNE 2) عن طريق المقارنة بين متوسط الدرجات الدنيا والدرجات العليا للمقياس، وذلك باستخدام اختبار T test للعينات المستقلة، النتائج موضحة في الجدول التالي:

-الجدول (23): الصدق التمييزي لمقياس (BFNE 2) وفق اختبار T test للعينات المستقلة -

الدلالة	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العينة	الفئات	الصدق التمييزي
,000	-11,75	1,92	14,24	25	الفئات الدنيا	
		9,34	36,68	25	الفئات العليا	

-نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة T (-11,75) دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وهذا يؤكد وجود فروق بين متوسطات الدرجات الدنيا والعليا لمقياس (BFNE 2) مما يعني تمتعه بصدق تمييزي جيد يعكس قدرته على التمييز بفعالية بين الأفراد ذوي المستويات المختلفة.

3-4-4-معامل الثبات ألفا كرونباخ:

لحساب ثبات مقياس (BFNE 2)، قمنا بالاستعانة بمعامل ألفا كرونباخ، وذلك من أجل التأكد من مدى استقرار واتساق العبارات المكونة للمقياس:

-الجدول (24): معامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي لـ (BFNE 2)-

معامل ألفا كرونباخ	الصدق الذاتي
0,91	0,94

-أظهرت النتائج أن معامل ألفا كرونباخ يقدر بـ (0,91) وهي قيمة جيدة وتعتبر عن تمتع المقياس بالثبات مما يتيح إمكانية الاعتماد عليه في إجراءات الدراسة الأساسية، كما أن جذر معامل ألفا كرونباخ يمثل الصدق الذاتي الذي تراوحت قيمته بـ (0,94) مما يعبر عن صدق ذاتي ممتاز.

3-4-5-ثبات التجزئة النصفية:

نستعين بالتجزئة النصفية في حساب ثبات مقياس (BFNE 2)، وذلك بحساب معامل الارتباط بين المجموعة الفردية والزوجية للعبارات ثم تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون، الجدول التالي يوضح ذلك:

-الجدول (25): معامل الثبات وفق معادلة سبيرمان لمقياس (BFNE 2)-

معامل سبيرمان	معامل الارتباط قبل التصحيح
0,94	0,89

-يبين الجدول أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون يقدر بـ (0,94) وهي قيمة مرتفعة تؤكد لنا ثبات المقياس وتمتعه بالاتساق الكافي الذي يسمح بالثقة في نتائجه بغض النظر عن توزيع العبارات.

4-الأساليب الإحصائية:

تم تحليل نتائج الدراسة بواسطة برنامج حزمة التحليل الإحصائي Spss22، قمنا بالاستعانة بأدوات الإحصاء الوصفي:

-النسب المئوية.

-التكرارات.

-الدوائر النسبية والأعمدة البيانية.

-المتوسطات

-الانحرافات المعيارية.

قمنا بالاستعانة بالاختبارات المعلمية والغير معلمية التالية:

-اختبار حسن المطابقة Kolmogorov-Smirnov للتحقق من التوزيع الاعتدالي للمتغيرات.

-اختبار بيرسون لحساب الارتباط والعلاقات.

-اختبار T test ت للعينات المستقلة.

-اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA-ONE WAY لحساب الفروق.

-اختبار مان وتني لحساب الفروق Mann-Whitney U test.

-اختبار كريسكال واليس لحساب الفروق Kruskal-Wallis.

-معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لحساب الثبات.

-معادلة سبيرمان Spearman's Correlation Coefficient لحساب الثبات والارتباط.

-تحليل الانحدار الخطي Linear Regression لحساب التنبؤ.

5- الدراسة الأساسية:

5-1- الإطار الزمني والمكاني للدراسة:

تم إجراء الدراسة في الفترة الزمنية من 2021/12/2 إلى غاية 2025/01/13 بجامعة محمد لمين دباغين بولاية سطيف، وتحديدًا بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.

5-2- منهج الدراسة:

إن المنهج هو الطريق الذي يحدد للباحث أسس جمع البيانات ومعالجتها، وبما أن هذه الدراسة تهدف للكشف عن أبرز العوامل المرتبطة بإدمان الإنترنت، فإن أنسب المناهج لاعتمادها هو المنهج الوصفي الارتباطي، حيث أننا بصدد البحث عن العلاقة بين العوامل الديمغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية، النفسية وإدمان الإنترنت.

يعرف المنهج الوصفي الارتباطي بأنه نوع من أنواع البحوث الوصفية، يهدف إلى دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر دون التدخل أو محاولة التلاعب في هذه المتغيرات. يسعى هذا المنهج إلى فهم كيفية ارتباط المتغيرات ببعضها البعض، سواء كان الارتباط إيجابياً (أي أن زيادة أحد المتغيرات تؤدي إلى زيادة المتغير الآخر) أو سلبياً (أي أن زيادة أحد المتغيرات تؤدي إلى انخفاض المتغير الآخر) (موريس، 2006).

5-3- عينة الدراسة وخصائصها:

تم اعتماد العينة الطبقية العشوائية في اختيار العينة، وذلك انطلاقاً من مجتمع الدراسة المتمثل في طلبة الجامعة. ويعتبر هذا الإجراء منسجماً مع طبيعة الدراسة الإبيديمولوجية الوصفية الارتباطية، نظراً لاعتماده على خطوة أولية للفرز باستخدام أداة معيارية، تليها دراسة معمقة للعوامل المصاحبة داخل فئة تم اعتماد العينة الطبقية العشوائية في اختيار المفحوصين، وذلك انطلاقاً من مجتمع الدراسة المتمثل في طلبة

الجامعة. وقد تم تقسيم المجتمع إلى طبقات وفق متغيرات ذات دلالة منهجية، هي: الجنس، الوضعية الاجتماعية، والتخصص والمستوى الأكاديمي، والعمل ومستوى الدخل، بغية ضمان تمثيل متوازن لمختلف الفئات داخل المجتمع الجامعي، وقد أسفر إجراء عملية السحب الطبقي العشوائي عن تكوين عينة أولية قوامها 300 طالب وطالبة.

ولأجل تحديد الفئة المستهدفة بالدراسة على نحو أدق، وتماشياً مع طبيعة البحث الذي يهدف إلى تحليل العوامل المرتبطة بالإدمان على الإنترنت، تم تطبيق مقياس يونغ للإدمان على الإنترنت على العينة الأولية باعتباره أداة معيارية معتمدة للكشف عن مستويات الإدمان. وبناءً على الدرجات المحصلة، تم اعتماد العينة النهائية للدراسة من بين الطلبة الذين أظهرت نتائجهم مستوى يندرج ضمن فئة الإدمان كما تحددها المعايير السيكومترية للمقياس.

وعليه، أصبحت العينة النهائية عينة قصدية مشتقة من العينة التطبيقية الأصلية، وتشمل حصرياً الطلبة الذين استوفوا معيار الإدمان على الإنترنت البالغ عددهم 260 طالب جامعي. وقد خضعت هذه الفئة لتطبيق المقاييس الأخرى المتعلقة بالعوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والأكاديمية، وذلك انطلاقاً من الهدف المنهجي للدراسة الذي يتمثل في تحليل طبيعة العوامل المرتبطة لدى فئة المدمنين على الإنترنت تحديداً، وليس لدى عموم طلبة الجامعة.

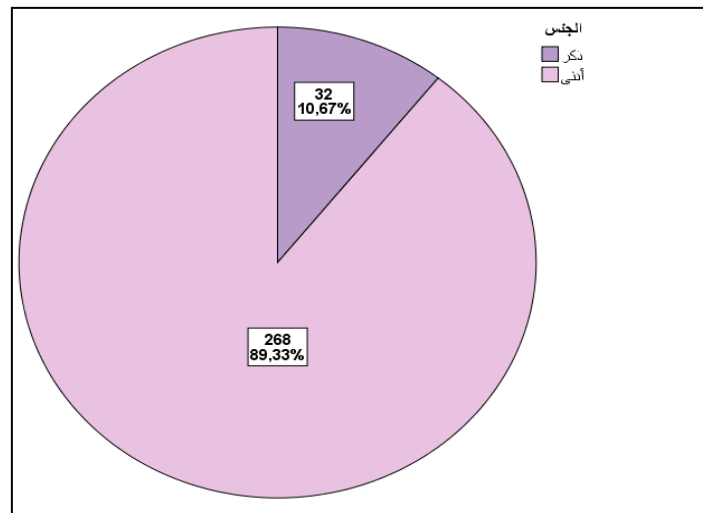
الجدول والرسوم البيانية التالية توضح توزيع أفراد العينة حسب خصائصها:

-الجدول (26): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديمغرافية-

المجموع	عدد أفراد المجموعة	الفئات	الخصائص
	32	ذكر	الجنس
	268	أنثى	
	53	أعمل	

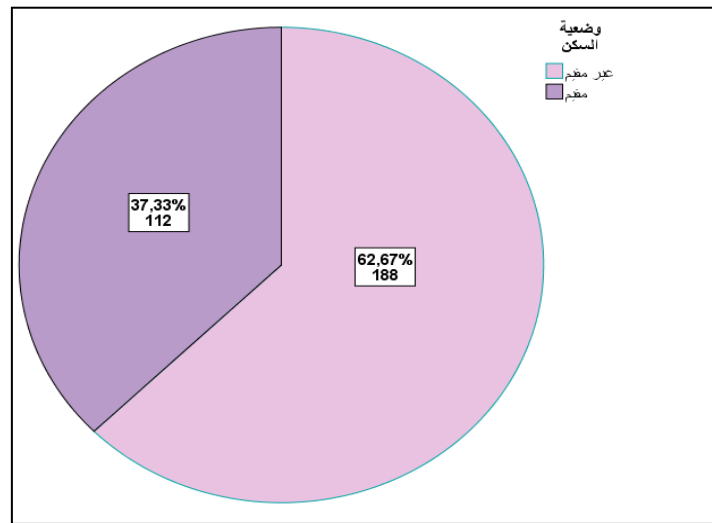
300	247	لا أعمل	العمل باستثناء الدراسة
	284	عازب	الوضعية الاجتماعية
	14	متزوج	
	2	مطلق	
	86	منخفض	مستوى الدخل
	203	متوسط	
	11	مرتفع	
	112	مقيم	وضعية السكن
	188	غير مقيم	

يُقدّم الجدول رقم (26) توزيعاً تفصيلياً لخصائص العينة الأساسية التي قوامها 300 طالب وطالبة حسب المتغيرات الديمغرافية. تُظهر البيانات كثرة الإناث مقارنة بالذكور، حيث يشكلن الغالبية العظمى من العينة (حوالي 89%)، كما يتضح أن فئة العزاب هي الفئة المهيمنة بنسبة تقارب 95%. بالإضافة إلى ذلك، يشير الجدول إلى أن معظم أفراد العينة هم غير عاملين ومن ذوي الدخل المتوسط.



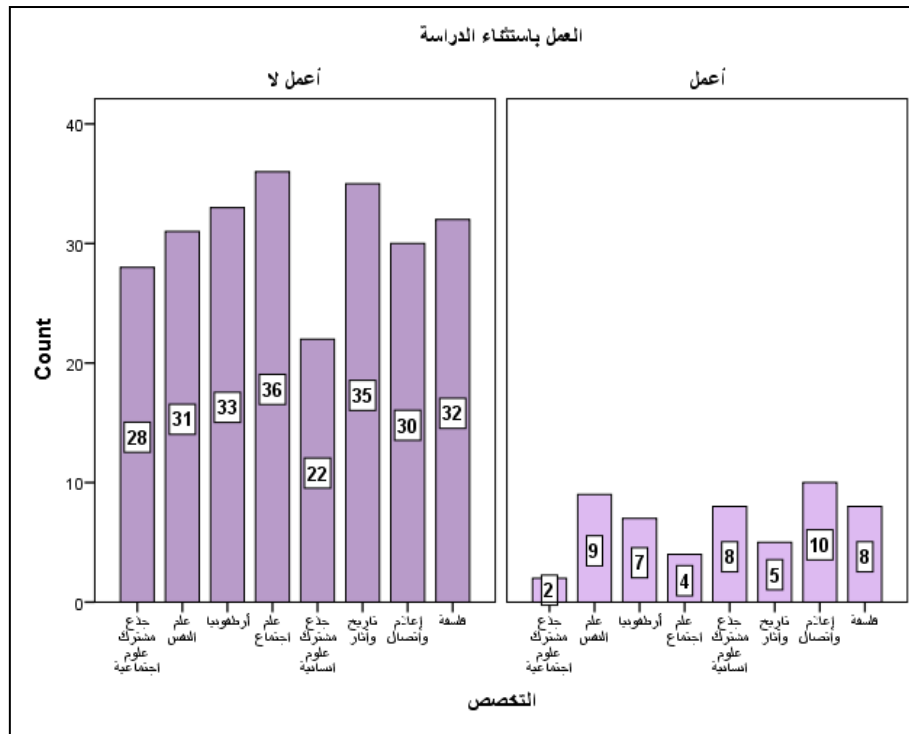
-الشكل (13): دائرة نسبية توضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس-

يمثل الشكل رقم (13) (الدائرة النسبية) التوزيع الجندي لأفراد العينة الأساسية التي قوامها 300 طالب وطالبة. تُوضح الدائرة هيمنة واضحة وكبيرة للإناث، حيث بلغت نسبتهن 89.33% من إجمالي العينة (أي 268 طالبة)، بينما لم تتجاوز نسبة الذكور 10.67% (أي 32 طالباً). يعكس هذا التوزيع غير المتوازن الواقع الديمغرافي السائد في الكليات التي تم اختيار عينة الدراسة منها، وتحديداً التخصصات الإنسانية والاجتماعية.



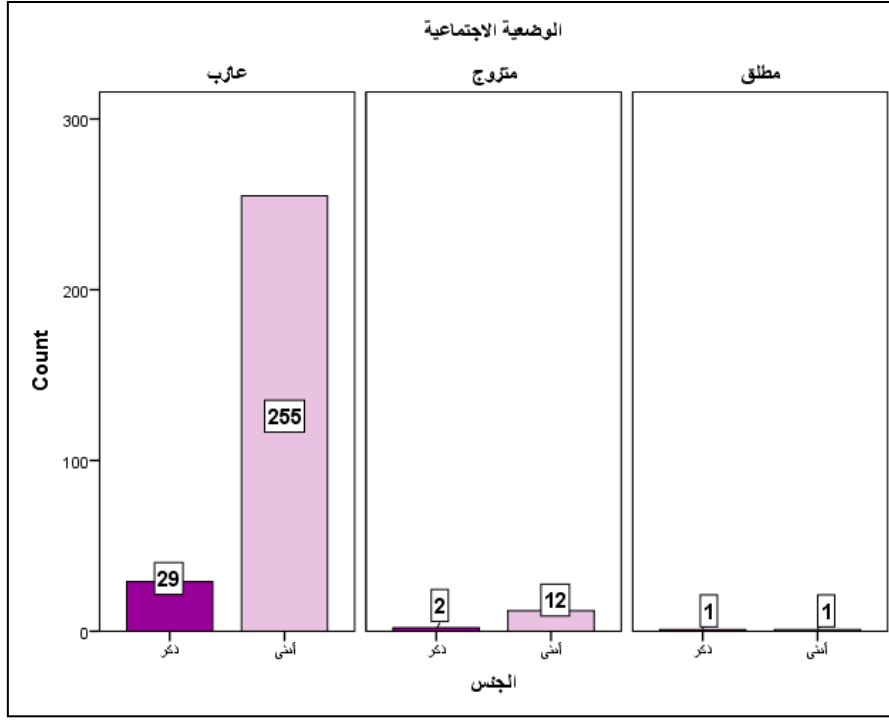
-الشكل (14): دائرة نسبية توضح توزيع أفراد العينة حسب وضعية الإقامة-

يُوضح الشكل رقم (14) (الدائرة النسبية) توزيع وضعية الإقامة بين أفراد العينة الأساسية (N=300)، تظهر الدائرة أن غالبية الطلبة هم من فئة غير المقيمين (أي من خارج الإقامة الجامعية)، حيث بلغت نسبتهم 62.67% (أي 188 طالب وطالبة). بينما بلغت نسبة المقيمين الذين يقطنون الإقامة الجامعية 37.33% (أي 112 طالب وطالبة). هذا التوزيع يوضح أن أغلب طلبة كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية يسكنون بأمكن قريبة لا تستدعي الحاجة لإقامة.



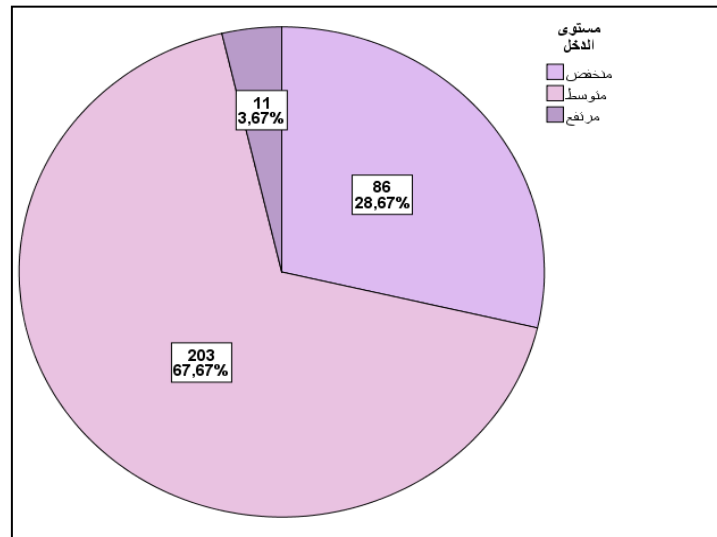
-الشكل (15): أعمدة بيانية توضح توزيع أفراد العينة حسب العمل-

يُوضح الشكل رقم (15) (الأعمدة البيانية) توزيع وضعية العمل لأفراد العينة الأساسية التي بلغ حجمها 300 طالب وطالبة. تُشير الأعمدة إلى أن الغالبية العظمى (82.33%) من أفراد العينة لا يعملون إلى جانب دراستهم، وهو ما يمثل 247 طالب وطالبة.



-الشكل (16): أعمدة بيانية توضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية الاجتماعية والجنس-

يُوضح الشكل رقم (16) (الأعمدة البيانية) التوزيع المزدوج لأفراد العينة الأساسية (N=300) وفقاً لوضعيتهم الاجتماعية (عازب/متزوج) ونوع الجنس. تُظهر الأعمدة بوضوح أن الغالبية الساحقة من العينة هم من فئة العزاب، حيث بلغت نسبتهم حوالي 94.7% (أي 284 طالب). كما يؤكد الشكل أن نسبة المتزوجين ضئيلة جداً ولا تتجاوز 5.3% (أي 16 فرد).



-الشكل (17): دائرة نسبية توضح توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل الاقتصادي-

يُوضح الشكل رقم (17) (الدائرة النسبية) توزيع أفراد العينة الأساسية (N=300) وفقاً لمستوى الدخل الاقتصادي (الخاص بالطالب أو الأسرة). تُشير الدائرة إلى أن الشريحة الأكبر من الطلبة تنتمي إلى فئة الدخل المتوسط، حيث بلغت نسبتهم 67.67%. بينما جاءت فئة الدخل المنخفض في المرتبة الثانية بنسبة 28.67%، واحتلت فئة الدخل المرتفع النسبة الأصغر وهي 3.66%.

-الجدول (27): توزيع أفراد العينة حسب القسم والتخصص-

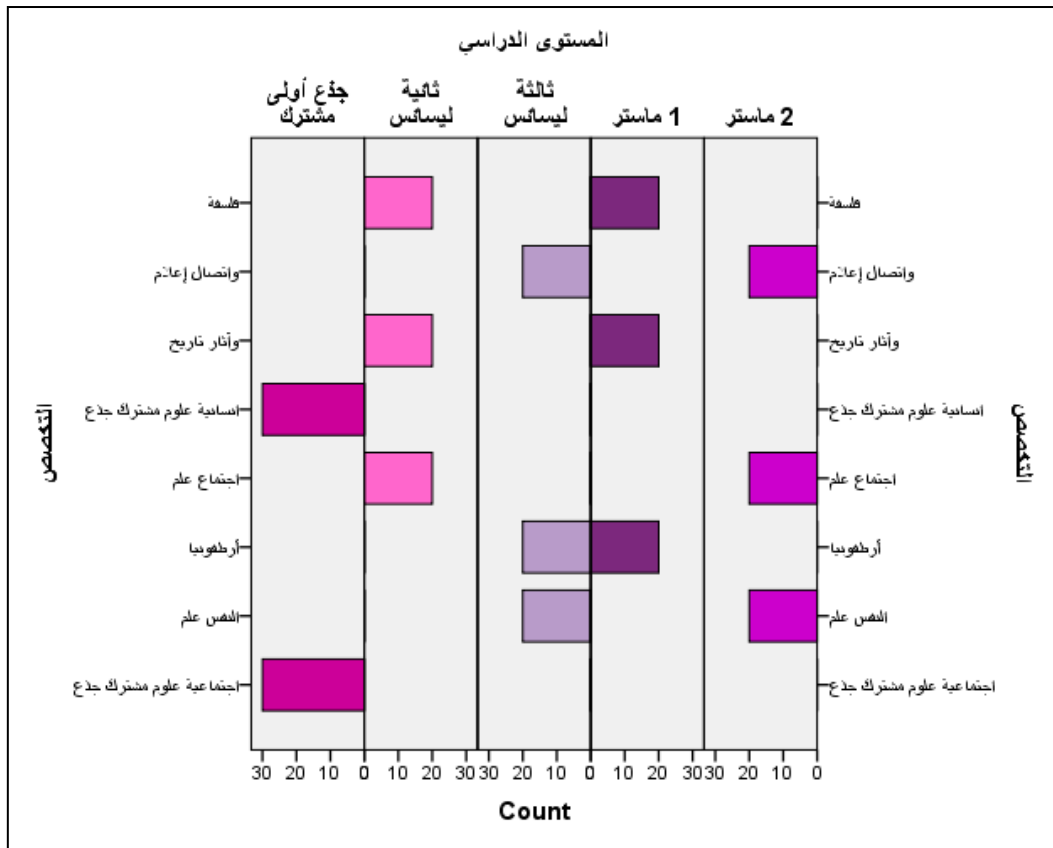
الخصائص	القسم	التخصص	العدد	عدد أفراد العينة حسب القسم	مجموع الكلي
العينة	العلوم الاجتماعية	جذع مشترك علوم اجتماعية	30	190	300
		علم النفس	40		
		الأرطوفونيا	40		
		علم الاجتماع	40		
		الفلسفة	40		
	العلوم الانسانية	جذع مشترك علوم إنسانية	30	110	
		تاريخ وآثار	40		
		إعلام واتصال	40		

يُوضح الجدول رقم (27) توزيع أفراد العينة الأساسية (N=300) وفقاً لاختلاف الأقسام والتخصصات التي يدرسون بها. يُشير الجدول إلى أن العينة مقسمة بين طلبة كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، حيث بلغ عدد طلبة كلية العلوم الاجتماعية 190، وكلية العلوم الإنسانية 110 هذا التقسيم يهدف إلى ضمان تمثيل العينة لمجتمع الدراسة.

-الجدول (28): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي-

المجموع	عدد الأفراد حسب المستوى الدراسي	عدد الأفراد حسب التخصص	التخصصات	المستوى الدراسي	الخصائص
300	60	30	العلوم الاجتماعية	أولى جذع مشترك	العينة
		30	العلوم الانسانية		
	60	20	علم الاجتماع	ثانية ليسانس	
		20	فلسفة		
		20	تاريخ وآثار		
	60	20	أرطوفونيا	ثالثة ليسانس	
		20	علم النفس		
		20	اعلام واتصال		
	60	20	فلسفة	أولى ماستر	
		20	تاريخ وآثار		
		20	أرطوفونيا		
	60	20	علم الاجتماع	ثانية ماستر	
		20	علم النفس		
		20	اعلام واتصال		

يُوضح الجدول رقم (28) توزيع أفراد العينة الأساسية (N=300) وفقاً للمستوى الدراسي الذي ينتمون إليه. تُشير البيانات إلى أن العينة قُسمت بشكل متوازن بين مختلف المستويات الأكاديمية (أولى جذع مشترك 60، ثانية ليسانس 60، ثالثة ليسانس 60، أولى ماستر 60، ثانية ماستر 60).



-الشكل (18): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي والتخصص-

-يُوضح الشكل رقم 18 التوزيع الثنائي الأبعاد لأفراد العينة الأساسية (N=300) وفقاً للمستوى الدراسي والتخصص (جذع مشترك علوم إنسانية 30، جذع مشترك علوم اجتماعية 30، علم النفس 40، علم الاجتماع 40، اعلام واتصال 40، فلسفة 40، تاريخ وأثار 40، أرطوفونيا 40). تشير الأعمدة البيانية إلى أن الأعداد موزعة بشكل متجانس نسبياً بين مختلف المستويات وداخل كل من التخصصين. يضمن هذا التوزيع المتوازن أن العينة تمثل جميع مراحل الدراسة والتخصصات الرئيسية، مما يعزز القدرة على المقارنة بين المجموعات المختلفة في الدراسة.

5-4-التحقق من التوزيع الاعتمالي لمتغيرات الدراسة:

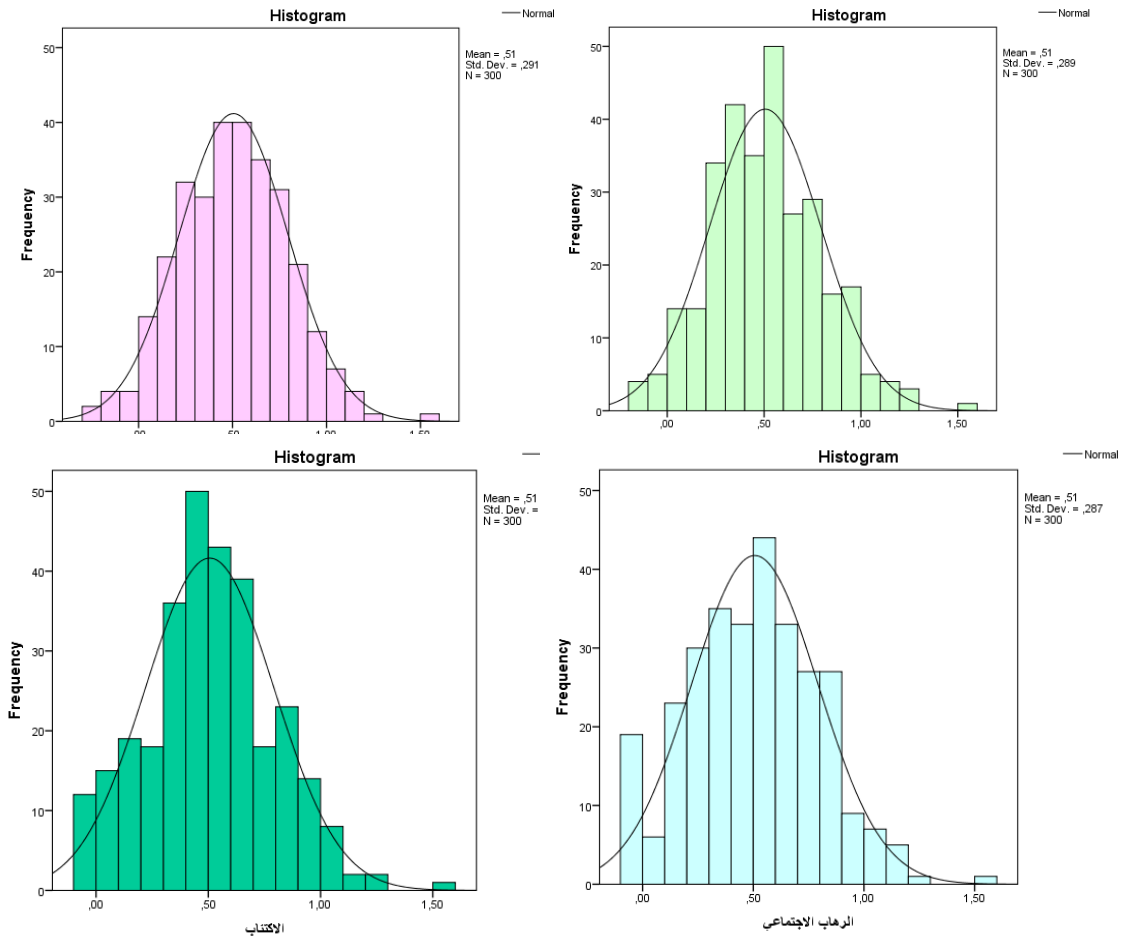
تم التحقق من التوزيع الاعتمالي لأفراد العينة بواسطة اختبار Kolmogorov-Smirnov لغرض تحقيق

شرط استخدام الاختبارات البارمترية (المعلمية)، الجدول التالي يمثل النتائج:

-الجدول (29): التحقق من التوزيع الاعتنالي للمتغيرات بواسطة اختبار Kolmogorov-Smirnov-

المتغيرات	قيمة Kolmogorov	مستوى الحرية	مستوى الدلالة sig
إدمان الإنترنت	0,031	300	0,200*
القلق	0,038	300	0,200*
الاكتئاب	0,047	300	0,200*
الرهاب الاجتماعي	0,035	300	0,200*

-من خلال الجدول نلاحظ أن جميع مستويات الدلالة لمعادلة كولموجوروف أكبر من (0,05)، وبالتالي يمكن القول بأن قيم المتغيرات الكمية (إدمان الإنترنت، القلق، الاكتئاب، الرهاب الاجتماعي) تتوزع بشكل اعتدالي ومتجانس. الرسوم البيانية التالية توضح منحني التوزيع الاعتنالي للمتغيرات:



-الشكل (19): منحني التوزيع الاعتنالي للمتغيرات بواسطة اختبار Kolmogorov-Smirnov-

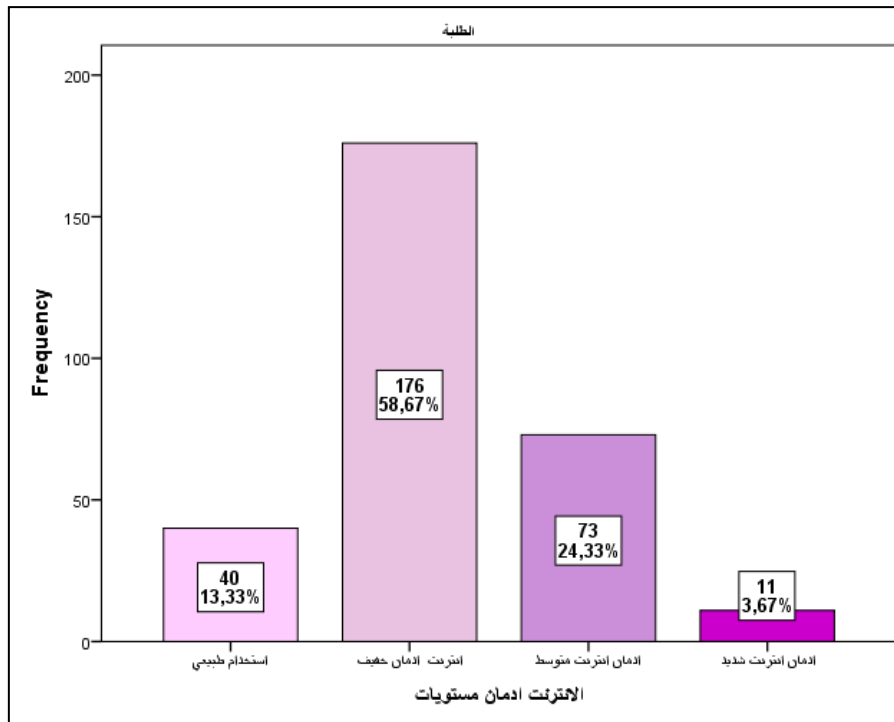
6- عرض نتائج الدراسة:

الفرضية 1: يرتفع معدل إدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2:

للتحقق من الفرضية الأولى قمنا بحسب النسب المئوية والمتوسط الحسابي لإدمان الإنترنت:

-الجدول (30): مستوى إدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2-

المجموع	المتوسط	النسبة المئوية	عدد الأفراد	مستوى إدمان الإنترنت
300	33,98	13,33%	40	لا يوجد إدمان إنترنت
		58,67%	176	إدمان إنترنت خفيف
		24,33%	73	إدمان إنترنت متوسط
		3,67%	11	إدمان إنترنت شديد



-الشكل (20): أعمدة بيانية توضح مستويات إدمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2-

-نلاحظ من خلال الجدول والأعمدة البيانية أن 13,33% من الطلبة يستخدمون الإنترنت بشكل طبيعي بينما الغالبية 58.67% لديهم مستوى إدمان خفيف، 24.33% يعانون من إدمان متوسط الشدة و3.67% يعانون من مستوى إدمان مرتفع وشديد، يبدو أن حوالي (86,7%) من أفراد العينة الكلية المقدرة بـ 300 يعانون من إدمان الإنترنت أي 260 طالب جامعي، وبالتالي فالفرضية الأولى محققة.

الفرضية 2: توجد فروق إدمان الإنترنت حسب العوامل الديمغرافية (الجنس، وضعية السكن، التخصص، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل):

-للتحقق من الفروق في إدمان الإنترنت حسب الجنس ووضعية السكن قمنا بالاستعانة باختبار T test
ت للعينات المستقلة:

-الجدول (31): الفرق في مستوى إدمان الإنترنت حسب متغير الجنس والإقامة-

الدلالة	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	فروق إدمان الإنترنت حسب الجنس
0,08	-1.77	8.5	33.66	30	الذكور	
		11	37.37	230	الإناث	
الدلالة	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	وضعية السكن	فروق إدمان الإنترنت حسب الإقامة
0,09	-1.71	11.5	38.43	97	مقيم	
		10.2	36.06	163	غير مقيم	

-نلاحظ أن قيم T غير دالة عند مستوى من الدلالة المقبول (0,05)، مما يشير إلى أن عدم وجود فرق في مستوى إيمان الإنترنت حسب متغير الجنس ووضعية السكن، وبالتالي الفرضية غير محققة.

-للتحقق من الفروق في إيمان الإنترنت حسب الحالة الاجتماعية قمنا بإدراج متزوج ومطلق ضمن مجموعة واحدة (غير عازب) ونظرا لصغر حجم أحد المجموعات قمنا باستخدام الاختبار الغير معلمي مان ويتي للعينات المستقلة Mann-Whitney U test:

-الجدول (32): نتائج اختبار مان ويتي لفروق إيمان الإنترنت حسب الحالة الاجتماعية-

الاختبار	الحالة الاجتماعية	العدد	الرتبة المتوسطة	القيمة	مستوى الدلالة
مان ويتي U	عازب	247	131,19	1435	0,51
	غير عازب	13	117,38		

-من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة مان ويتي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05) وهذا يعني غياب الفروق ذات الدلالة الإحصائية في إيمان الإنترنت حسب متغير الحالة الاجتماعية (عازب أو غير عازب)، وبالتالي الفرضية غير محققة.

-للتحقق من الفروق في إيمان الإنترنت حسب مستوى الدخل الاقتصادي قمنا باستخدام الاختبار الغير معلمي كريسكال Kruskal-Wallis:

-الجدول (33): نتائج اختبار Kruskal-Wallis لفروق إيمان الإنترنت حسب مستوى الدخل-

الاختبار	مستوى الدخل	العدد	الرتبة المتوسطة	درجة الاختبار	مستوى الدلالة
كريسكال واليس	منخفض	79	167,78	8,59	0,01
	متوسط	171	140,86		
	مرتفع	10	193,23		

-من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة الاختبار كريسكال واليس (8,59) دالة عند مستوى الدلالة (0,05) وهذا يعني وجود فروق ذات الدلالة الإحصائية في إدمان الإنترنت حسب متغير مستوى الدخل الاقتصادي لصالح الطلبة أصحاب الدخل المرتفع، يليها الدخل المنخفض، ثم الدخل المتوسط، وبالتالي الفرضية محققة.

-للتحقق من الفروق في إدمان الإنترنت حسب التخصص قمنا بالاستعانة باختبار تحليل التباين الأحادي

:Anova

-الجدول (34): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لفروق إدمان الإنترنت حسب التخصص-

الدلالة	F	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	
0,025	2.33	11.59	40.29	27	جذع مشترك علوم اجتماعية	فروق إدمان الإنترنت حسب التخصص
		11.09	39.05	23	جذع مشترك علوم انسانية	
		13.18	38.17	36	فلسفة	
		12.71	37.68	35	تاريخ وآثار	
		9.32	37.66	36	أرطوفونيا	
		10.15	37.21	32	علم الاجتماع	
		9.9	35.63	36	إعلام واتصال	
		5.17	31	35	علم النفس	

-نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل F (2,33) دالة عند مستوى الدلالة (0,05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدمان الإنترنت تعزى إلى التخصص، ويكون ذلك وفق الترتيب التالي

من الأكبر إلى الأقل: (جذع مشترك علوم اجتماعية، جذع مشترك علوم إنسانية، فلسفة، تاريخ وآثار، أرففونيا، علم الاجتماع، إعلام واتصال، علم النفس)، ومنه فالفرضية التي انطلقنا منها محقة.

-للتحقق من الفروق في إيمان الإنترنت حسب المستوى الدراسي قمنا بالاستعانة باختبار تحليل التباين الأحادي Anova:

-الجدول (35): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي Anova لفروق إيمان الإنترنت حسب المستوى الدراسي-

الدالة	F	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المستوى الدراسي	
0,03	4,16	11,30	39,92	50	أولى جذع مشترك	فروق إيمان الإنترنت حسب المستوى الدراسي
		12,85	39,32	55	ثانية ليسانس	
		9,28	36,85	55	ثالثة ليسانس	
		11,42	35,81	54	أولى ماستر	
		5,96	32,26	46	ثانية ماستر	

-نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل F (4,16) دالة عند مستوى الدلالة (0,05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إيمان الإنترنت تعزى إلى متغير المستوى الدراسي، ويكون ذلك وفق الترتيب التالي من الأكبر إلى الأقل: (أولى جذع مشترك، ثانية ليسانس، ثالثة ليسانس، ماستر 1، ماستر 2)، نستنتج إذن أن الفرضية محقة.

الفرضية 3: توجد علاقة بين إيمان الإنترنت والعوامل الداخلية والخارجية لاستمارة استخدام الإنترنت:

للتحقق من العلاقة بين إيمان الإنترنت والعوامل الخارجية والداخلية، تم الاستعانة باختبار

سبيرمان Spearman correlation Test:

-الجدول (36): نتائج اختبار سبيرمان Spearman correlation للارتباط بين إدمان الإنترنت وأبعاد استمارة

استخدام الإنترنت-

العينة	الدلالة	معامل بيرسون	البعد
260	,000	,277**	العوامل البيئية
	,367	-,047	العوامل الاجتماعية والأكاديمية
	,000	,216**	العوامل الاقتصادية
	,009	-,135**	استراتيجيات المواجهة والتصدي

-من خلال الجدول يتضح لنا أن قيم معاملات سبيرمان الدالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01) هي المعاملات التي تقيس الارتباط بين إدمان الإنترنت والعوامل البيئية، الاقتصادية واستراتيجيات المواجهة. وبالتالي فإنه:

توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والعوامل البيئية.

عدم وجود علاقة بين إدمان الإنترنت والعوامل الاجتماعية والأكاديمية.

توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والعوامل الاقتصادية.

توجد علاقة سلبية بين استراتيجيات المواجهة والتصدي وإدمان الإنترنت. إذن الفرضية محققة بشكل جزئي.

الفرضية 4: يرتفع مستوى القلق لدى طلبة جامعة سطيف 2:

للتحقق من الفرضية الرابعة قمنا بحساب النسبة المئوية والمتوسط الحسابي للقلق:

-الجدول (37): مستوى القلق لدى طلبة جامعة سطيف 2-

المجموع	المتوسط	النسبة المئوية	عدد الأفراد	مستوى القلق
300	11,97	30,67%	92	لا يوجد قلق
		35,33%	106	قلق خفيف
		24%	72	قلق متوسط
		10%	30	قلق شديد



-الشكل (21): أعمدة بيانية توضح توزيع مستويات القلق لدى طلبة جامعة سطيف 2-

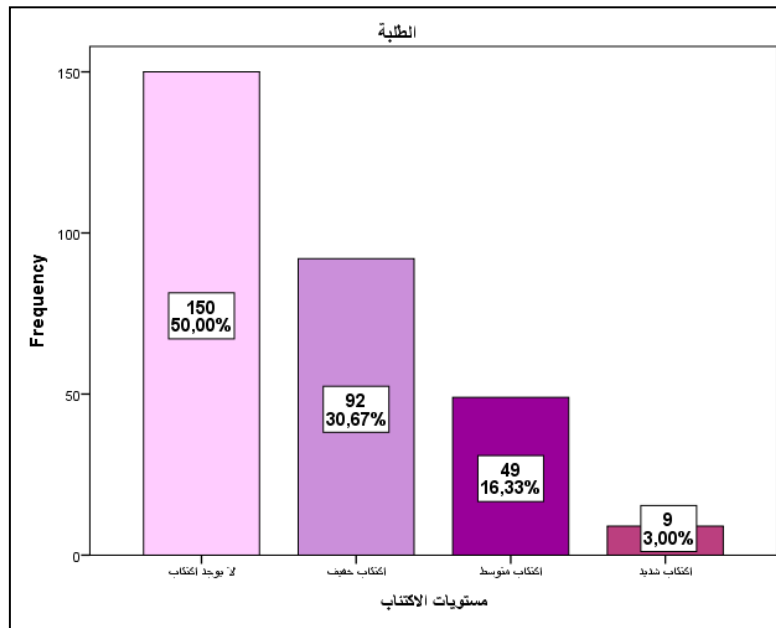
-نلاحظ من خلال الجدول والأعمدة البيانية أن 30,67% من الطلبة لديهم مستويات طبيعية من القلق، بينما الغالبية 35,33% لديهم مستوى قلق خفيف، 24% يعانون من قلق متوسط الشدة و 10% يعانون من قلق مرتفع وشديد، يبدو أن (69,33%) يعانون من القلق، أي 208 طالب جامعي من إجمالي أفراد العينة المقدرة بـ 300، ومنه الفرضية محققة.

الفرضية 5: يرتفع مستوى الاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف 2:

-للتحقق من الفرضية الخامسة قمنا بحساب النسب المئوية والمتوسط الحسابي للاكتئاب:

-الجدول (38): مستوى الاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف 2-

مستوى الاكتئاب	عدد الأفراد	النسبة المئوية	المتوسط	المجموع
لا يوجد اكتئاب	150	50%	8,82	300
اكتئاب خفيف	92	30,67%		
اكتئاب متوسط	49	16,33%		
اكتئاب شديد	9	3%		



-الشكل (22): أعمدة بيانية توضح توزيع مستويات الاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف 2-

-نلاحظ من خلال الجدول والأعمدة البيانية أن 50% من الطلبة لديهم مستويات طبيعية من الاكتئاب، بينما 30,67% لديهم مستوى اكتئاب خفيف، 16,33% يعانون من اكتئاب متوسط الشدة و3% يعانون من

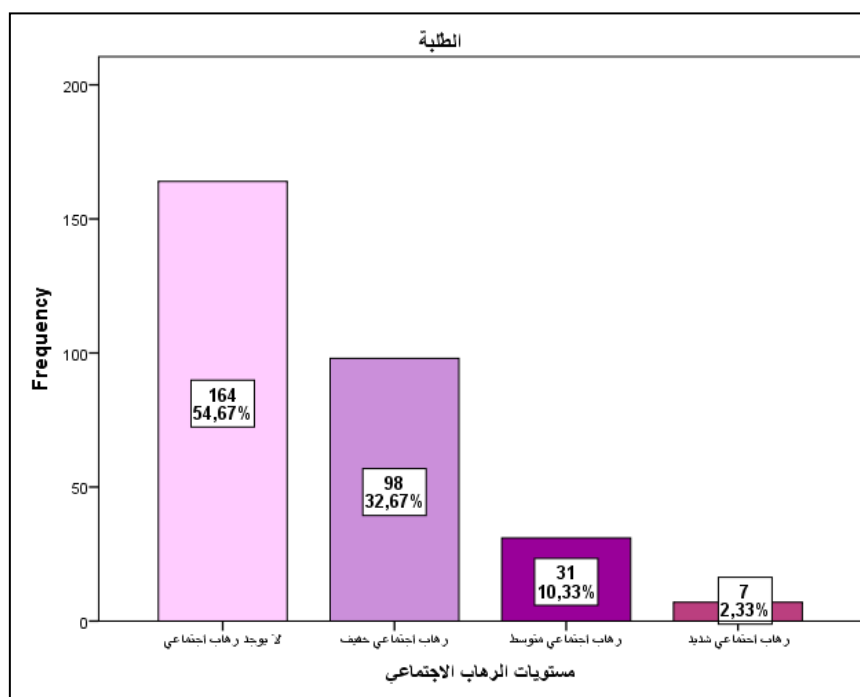
اكتتاب مرتفع وشديد، يبدو أن (50%) من أفراد العينة يعانون من الاكتئاب، أي ما يقدر بـ 150 طالب جامعي من إجمالي أفراد العينة المقدرة بـ 300. ومنه فالفرضية غير محققة.

الفرضية 6: يرتفع مستوى الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2:

-للتحقق من الفرضية السادسة قمنا بحساب النسب المئوية والمتوسط الحسابي للرهاب الاجتماعي:

-الجدول (39): مستوى الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2-

المجموع	المتوسط	النسبة المئوية	عدد الأفراد	مستوى الاكتئاب
300	13,07	54,67%	164	لا يوجد رهاب اجتماعي
		32,67%	98	رهاب اجتماعي خفيف
		10,33%	31	رهاب اجتماعي متوسط
		2,33%	7	رهاب اجتماعي شديد



-الشكل (23): أعمدة بيانية توضح توزيع مستويات الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2-

-نلاحظ من خلال الجدول والأعمدة البيانية أن 54,67% من الطلبة ليس لديهم رهاب اجتماعي، بينما 32,67% لديهم مستوى رهاب اجتماعي خفيف، 10,33% يعانون من رهاب اجتماعي متوسط الشدة و 2,33% يعانون من رهاب اجتماعي مرتفع وشديد، يبدو أن (45,33%) يعانون من الرهاب الاجتماعي، أي ما يقدر بـ 136 طالب جامعي من إجمالي أفراد العينة المقدر بـ 300. وفقا لذلك فالفرضية التي انطلقنا منها غير محققة.

الفرضية 7: توجد العلاقة بين إدمان الإنترنت، القلق، الاكتئاب، والرهاب الاجتماعي:

-قمنا بالاستعانة بمعامل الارتباط بيرسون **Pearson Test** لدراسة العلاقة:

-الجدول (40): نتائج اختبار بيرسون **Pearson Test** للارتباط بين إدمان الإنترنت والعوامل النفسية-

العينة	مستوى الدلالة sig	معامل بيرسون	ارتباط المتغيرات
260	,000	0,455**	إدمان الإنترنت والقلق
	,000	0,416**	إدمان الإنترنت والاكتئاب
	,000	0,333**	إدمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي
	,000	0,669**	القلق والاكتئاب
	,000	0,498**	القلق والرهاب الاجتماعي
	,000	0,569**	الاكتئاب والرهاب الاجتماعي

-من خلال الجدول يتضح لنا أن جميع معاملات بيرسون دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0,01) مما يعني وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المتغيرات الثلاثة (إدمان الإنترنت، القلق، الاكتئاب، والرهاب الاجتماعي)، يتضح أيضا أن القلق مرتبط بشكل قوي بالاكتئاب، والاكتئاب مرتبط أيضا بشكل كبير بالرهاب الاجتماعي، ومنه يمكن القول أن الفرضية محققة.

الفرضية 8: يمكننا التنبؤ بإدمان الإنترنت انطلاقاً من القلق، الاكتئاب والرهاب الاجتماعي:

- من أجل دراسة التنبؤ قمنا بالاستعانة بتحليل الانحدار الخطي المتعدد:

- الجدول (41): ملخص نموذج الانحدار الخطي للعوامل المرتبطة بإدمان الإنترنت-

المعامل	القيمة	التفسير
R	0,44	معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.
R Square	0,19	نسبة التباين المفسر في إدمان الإنترنت من خلال المتغيرات المستقلة
R Adjusted Square	0,188	قيمة R^2 المصححة بعد مراعاة عدد المتغيرات في النموذج.
الثابت Constant (α)	27,38	يمثل قيمة المتغير التابع (إدمان الإنترنت) عندما تكون جميع المتغيرات المستقلة تساوي صفراً.

- الجدول (42): معاملات المتغيرات المرتبطة بإدمان الإنترنت-

المتغير المستقل	المعامل (β)	الانحراف المعياري	الدالة (Sig)
القلق	0,38	0,12	0,00
الاكتئاب	0,39	0,14	0,03
الرهاب الاجتماعي	0,07	0,07	0,33

- من خلال الجدولين، يتضح أن النموذج يفسر 18,8% من التغيرات في إدمان الإنترنت، أما باقي النسبة تعزى لعوامل أخرى لم يتم تضمينها في الدراسة، وبالتالي الفرضية التي انطلقنا منها محققة وأهم العوامل التي تمكننا من التنبؤ بإدمان الإنترنت هي: (القلق والاكتئاب)، يمثل المعامل (β) مقدار التأثير (الزيادة أو النقصان) في إدمان الإنترنت عند زيادة المتغير المستقل بمقدار وحدة واحدة، ويمثل الثابت (α)

Constant قيمة المتغير التابع (إدمان الإنترنت) عندما تكون جميع المتغيرات المستقلة تساوي صفرًا، تعطى

معادلة الانحدار الخطي كالتالي:

$$y = \alpha + \beta x$$

$$\text{إدمان الإنترنت} = 27,38 + (0,39 \times \text{الاكتئاب}) + (0,38 \times \text{القلق})$$

7- مناقشة نتائج الدراسة:

اعتمادا على نتائج الدراسات السابقة، قمنا بتحليل نتائج الدراسة الحالية وعرضها كالتالي:

مناقشة نتائج الفرضية (1):

-أظهرت نتائج الفرضية الأولى ارتفاع نسبة إدمان الإنترنت لدى الطلبة الجامعيين بكلية العلوم الاجتماعية والانسانية، حيث يعاني 86,7% طالب من إدمان الإنترنت مما يعكس الاعتماد المتزايد على الإنترنت كوسيلة رئيسية للتواصل، البحث، والترفيه. هذا يشير إلى أن الإنترنت لم يعد مجرد أداة مساعدة بل أصبح جزءًا لا يتجزأ من حياة الطلبة الجامعيين. ومع ذلك، من المهم الإشارة إلى أن مستويات الإدمان ليست موحدة، بل تتفاوت بين الطلبة، مما يعكس اختلاف أنماط الاستخدام ومدى تأثير الإنترنت على حياتهم. حيث حوالي 13,33% من الطلبة يستخدمون الإنترنت بشكل طبيعي وهي نسبة صغير مقارنة بالمدمنين، الغالبية بنسبة 58.67% يعانون من إدمان خفيف مما يعني أنهم قد يستخدمون الإنترنت بشكل مفرط دون تأثيرات سلبية كبيرة، ولكن مع احتمال تطور هذا الاستخدام إلى إدمان أكثر شدة في المستقبل إذا لم يتم تنظيمه، 24.33% يعانون من إدمان متوسط الشدة وهو مستوى يتسبب غالبًا في تأثيرات ملحوظة على الأداء الأكاديمي والاجتماعي، مثل ضعف التركيز، أو تراجع في مستوى جودة العلاقات الاجتماعية. أما النسبة الأقل وهي 3.67% تظهر مستوى إدمان مرتفع وشديد، مما يشير إلى وجود حالات حرجة تحتاج

إلى تدخل فوري وخدمات دعم نفسي واجتماعي للحد من الآثار السلبية. تتفق هذه النتائج مع دراسة (الوناس وشويعل، 2023) التي تم إجرائها بجامعة الجزائر 2 على عينة شملت 92 طالب جامعي، وأيضا تتفق مع دراسة (Zenebe et al, 2021) التي تم إجرائها على عينة من طلاب جامعة إثيوبيا، حيث أظهرت دراستهم نسبة إدمان تقدر بـ (85%) وهي بالتقريب نفس النسبة التي حصلنا عليه، مما يشير إلى أن الظاهرة منتشرة على نطاق عالمي واسع بين الطلبة الجامعيين. من المثير للاهتمام أن معدل إدمان الإنترنت تزايد مقارنة بمعدل بالسنوات الماضية، ففي دراسة بالأردن تم إظهار معدل انتشار يعادل 40% (Al-Gamal et al, 2016) وهو ما يعادل تقريباً نصف النسبة الحالية، ولبنان ظهر معدل انتشار يعادل 16,8% (Al- Younes et al, 2016) وهو أقل بكثير من النسب المسجلة حالياً، وبالجزائر أظهرت دراسة طباس وملال (2021) بجامعة وهران 2 مستوى انتشار متوسط للإدمان. يمكن أن يرجع هذا الارتفاع إلى تأثير العديد من العوامل الخارجية والداخلية، خصوصا بعد تطور وانتشار الأجهزة الذكية وخدمات الذكاء الاصطناعي الذي بات يستخدمه الطلبة من أجل الترفيه وإعداد البحوث الأكاديمية.

إن الخوف من التطور التكنولوجي وواقع هيمنة الإنترنت على حياة المراهقين والشباب بات يكتسح أغلب نتائج الأبحاث التي تثبت لنا حجم المسؤولية الاجتماعية كباحثين من أجل تسخير الجهود لمحاولة التقليل من الآثار السلبية التي تنجم عن الاستخدام السلبي لشبكة الإنترنت، فالارتفاع النسبي لمستويات الإدمان الذي بتنا نشهده ما هو إلا انعكاس معاصر لواقع آلام نفسية ذات طابع اجتماعي، أسري وثقافي يوضح لنا مرة أخرى قلة الوعي التي نلاحظها يوميا في سلوكيات أولياء يسمحون منذ الصغر لأطفالهم باقتناء الهواتف المحمولة وتحميل تطبيقات الألعاب الإلكترونية والتواصل الاجتماعي دون ضبط، وهو أمر لا يتعدى مسؤولية المجتمع نتيجة نقص مرافق الترفيه والنشاطات البدنية والمدرسة والقانون بتغييب سلطتهما ورقابتهما على هذه الأدوات الذكية، ففي بعض الدول التي باشرت في تطبيق إجراءات واقعية ضد الاستخدامات السلبية للتكنولوجيا كالصين وكوريا وسنغافورة نجد أنه تم تفعيل مقاييس ومواد علمية متخصصة في تعليم

الأسس الصحيحة والايجابية لاستثمار التكنولوجيا للطلاب منذ الإعدادية والان يفكرون بإدماج مواد مناسبة حتى للصفوف الابتدائية (Lee & Jeun, 2024)، عكس ما يبدو بعيدا عنا ومغيبا حتى هذا اليوم.

مناقشة نتائج الفرضية (2):

أظهرت النتائج تباين الفروق التي تعزى للمتغيرات الديمغرافية في إدمان الإنترنت، حيث لم يتم العثور على أي فروق ذات دلالة احصائية راجعة إلى متغير الجنس وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة كل من (الوناس وشويعل، 2023) ودراسة (Ainin et al, 2017; Wartberg et al, 2017) وهو عكس ما جاء في دراسة طباس وملال (2021) التي أسفرت عن فروق لصالح الذكور، يمكن أن يكون هذا الاختلاف راجعا إلى العامل الجغرافي للمنطقة وتأثيره على اهتمامات وأولويات المراهقين والشباب، وكما هو معلوم في الوقت الحاضر مع تسهيل خدمة الاتصال بالإنترنت عبر الهاتف ودفع الاشتراك الشهري، باتت الإنترنت متوفرة ولم تعد مقتصرة على المقاهي السيبرانية، ربما يمكن إيجاد فروق حسب طبيعة الاستخدام ونوعية إدمان الإنترنت وفق متغير الجنس كما جاء في دراسة (Mari et al, 2023) فعادة ما تميل الإناث إلى إدمان مواقع التواصل الاجتماعي، بينما يميل الذكور لإدمان المواقع الإباحية وألعاب الإنترنت، أما من ناحية الإدمان العام للإنترنت فكلا الذكور والإناث معرضين لخطر الإصابة، حيث أن الإنترنت مزودة بخوارزميات تعرض لكل منهما اهتمامات على حسب طبيعة جنسهما وميولاتهما، هذا ما يفسر أيضا غياب الفروق التي تعزى لوضعية الإقامة الجامعية، فخدمة « Wifi » متوفرة في أغلب الإقامات الجامعية والكليات والأقسام، حتى عندما قد يعجز الطالب عن التقاطه، يكفي أن يفعل الخدمة بهاتفه النقال حتى يتمكن ببساطة من الاتصال بالإنترنت من أي مكان وفي أي وقت يريده. لم تظهر هناك فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير الحالة الاجتماعية عكس ما أسفرت عنه دراسة (Iravani et al, 2013)، حيث تم إيجاد فروق لصالح العازبين، ربما هذا الاختلاف راجع إلى صغر حجم عينة الطلبة المتزوجين مقارنة بالطلبة العازبين، وكما سبق وأن صرحنا

بأن العالم الافتراضي يعرض بالفعل خدمات بناء على تفضيلات المستخدم، سواء اليوتيوب، مواقع التواصل الاجتماعي كالفيسبوك، أو متجر الألعاب الإلكترونية. بالنسبة للعمل، لم تُظهر النتائج وجود فروق بين الطلبة العاملين وغير العاملين في مستوى إدمان الإنترنت. يمكن تفسير ذلك بأن العمل لا يرتبط بشكل مباشر أو حاسم باستخدام الإنترنت بشكل مفرط، حيث قد يكون للطلاب العاملين وغير العاملين أنماط حياة أو دوافع مماثلة لاستخدام الإنترنت، غير أننا لا نعلم بالتحديد طبيعة وظائفهم ودوام عملهم، وبالتالي ينبغي إجراء المزيد من الأبحاث حول تأثيرات العمل ونوعيته على إدمان الإنترنت.

أظهرت النتائج وجود فروق في مستوى إدمان الإنترنت تعزى لمستوى الدخل الاقتصادي، هذا ما يتفق مع نتائج دراسة (Błachnio et al, 2019)، حيث زادت شدة الإدمان لدى الطلبة من ذوي الدخل المرتفع، يليهم الطلبة من ذوي الدخل المنخفض، وأخيراً الطلبة من ذوي الدخل المتوسط، يمكن إرجاع ذلك لكون الطلبة ذوو الدخل المرتفع يمتازون بسهولة الوصول والتمتع بأحدث الأجهزة الرقمية والإنترنت، مما يزيد من احتمالية الاستخدام المفرط، بينما الطلبة ذوو الدخل المنخفض قد يستخدمون الإنترنت كوسيلة للهروب من الضغوط الاقتصادية أو الاجتماعية، أما الطلبة ذوو الدخل المتوسط قد يكون لديهم توازن أكبر بين الفرص والقيود، مما يجعل إدمان الإنترنت لديهم أقل نسبياً، إن التباين الكبير في المستوى الاقتصادي عادة ما يخلق فئة من الأثرياء الذين يتعلمون عن طريق الملاحظة المباشرة والتغرس بما لديهم نتيجة إيلاء المجتمع الاهتمام الزائد بالمظاهر، وفئة من الفقراء الذين يحاولون التعويض عما ليس بين يديهم نتيجة عقدة النقص التي حدثنا عنها أدلر، وبالتالي يحاول كل منهما إثبات نفسه بطرق سلبية مختلفة، هذا ما تعرضه لنا منشورات مواقع التواصل الاجتماعي، حيث نرى اهتمام الشباب والمراهقين بالتقاط ومشاركة صور أمام سيارة فخمة، في مطعم فاخر، رفقة أشياء غالية كساعة أو هاتف آيفون، زفاف ضخم وغيرها من المظاهر السلبية المعززة للسلوك الإدماني.

أظهرت النتائج أيضاً وجود فروق في مستوى إدمان الإنترنت بناءً على التخصص عكس ما جاء في دراسة (Sayegh et al, 2021) التي أجريت على 350 طالب جامعي بمدينة نابلس بفلسطين حيث يتباين الاستخدام بناءً على طبيعة الدراسة واحتياجاتها. يمكن ملاحظة أن طلبة الجذع المشترك علوم اجتماعية وإنسانية سجلوا أعلى مستوى من إدمان الإنترنت. يمكن تفسير ذلك بأن هذا التخصص يتطلب استخداماً واسعاً للبحث والتواصل عبر الإنترنت، خصوصاً أنهم في طور البحث والتقصي عن تخصص دقيق مناسب يكملون به مسأرتهم العلمي، وهذا يؤدي إلى زيادة مدة الاستخدام واحتمالية الإدمان، طلبة الفلسفة جاءوا في المرتبة الثانية، ربما يعود ذلك إلى الطبيعة التحليلية لهذا التخصص التي تتطلب البحث المكثف وقراءة المصادر المتنوعة عبر الإنترنت، طلبة التاريخ والآثار احتلوا المرتبة الثالثة، يمكن تفسير ذلك بالاعتماد على الإنترنت للوصول إلى المصادر التاريخية والبيانات الأثرية. طلبة الأطفونيا سجلوا مستوى متوسطاً من إدمان الإنترنت. قد يكون ذلك نتيجة الحاجة إلى استخدام التكنولوجيا في دراسة الحالات وتطوير المهارات المرتبطة بالعلاج والنطق. طلبة علم الاجتماع جاءوا في مرتبة أقل من المتوسط، وربما يعزى ذلك إلى أن طبيعة الدراسة تتطلب توازناً بين البحث الميداني واستخدام الإنترنت. طلبة الإعلام والاتصال رغم ارتباط تخصصهم بالتكنولوجيا ووسائل الاتصال، إلا أنهم سجلوا مستويات منخفضة نسبياً من الإدمان، مما قد يشير إلى استخدام أكثر وعياً للإنترنت كأداة مهنية. طلبة علم النفس سجلوا أقل مستوى من إدمان الإنترنت. قد يُفسر ذلك بوعيهم الأكبر بمخاطر الإدمان وأثره النفسي، مما يجعلهم أكثر حرصاً في استخدام الإنترنت والخوف من عواقبه السلبية. إن هذه النتيجة تعزز لنا فكرة استثمار الوعي كسلاح وقائي وأداة ضد التكنولوجيا المعاصرة، يمكننا الاستفادة من علم النفس من خلال إعداد ورشات وبرامج ثقافة نفسية تشمل الفئة العامة للناس وليس فقط المتخصصين.

- أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدمان الإنترنت بناءً على المستوى الدراسي، وجاء الترتيب كالتالي: (طلبة السنة الأولى جذع مشترك سجلوا أعلى مستوى من إدمان الإنترنت. بالإضافة

إلى كونهم في بداية مسيرتهم الجامعية، فإنهم غالباً ما يكونون في مرحلة المراهقة، حيث يعتبر المراهقون الشريحة الأكثر عرضة لتطویر خطر الإصابة باضطراب الإدمان على الإنترنت كونهم يمرون بمرحلة حساسة من طور النمو والنضج (Hammond et al, 2014)، قد قام كل من يانغ وتانغ (Yang & Tang, 2007) بتوضیح عدة عوامل خطر مرتبطة بهاته المرحلة العمرية: (الدافعية لتوكید الذات والشعور بالهوية والاستقلال، الرغبة في تطویر علاقات حميمية، مجانية وسهولة الاتصال بالإنترنت، تشجيع استخدام الإنترنت من قبل المحيط والمدرسة) (Czincz & Hechanova, 2009). هذا مع وجود وقت فراغ أكبر نسبياً وقلة الالتزامات الأكاديمية ممل يعزز من احتمالية استخدامهم المفرط للإنترنت. طلبة السنة الثانية ليسانس جاءوا في المرتبة الثانية، رغم أنهم تجاوزوا المرحلة المبكرة من المراهقة، إلا أن التأقلم مع متطلبات الجامعة واستمرار الحاجة للتواصل الاجتماعي والبحث الأكاديمي يحافظ على مستوى استخدام الإنترنت لديهم. طلبة السنة الثالثة ليسانس سجلوا مستويات أقل من إدمان الإنترنت. يُفسر ذلك بنضجهم التدريجي واقترابهم من مرحلة الشباب المتقدمة، حيث تزداد المسؤوليات الأكاديمية والاجتماعية. طلبة السنة الأولى ماستر جاءوا في المرتبة الرابعة. غالباً ما يكون هؤلاء الطلبة في منتصف العشرينيات، حيث يميلون إلى توظيف الإنترنت بشكل أكثر تنظيماً وموجهاً نحو البحث الأكاديمي والمشاريع العملية، طلبة السنة الثانية ماستر سجلوا أقل مستوى من إدمان الإنترنت، يُعزى ذلك إلى تقدمهم في مرحلة النضج، حيث يتسمون بقدرة أكبر على إدارة الوقت وتحديد الأولويات. كما أن انشغالهم بمذكرات التخرج أو مشاريعهم النهائية ووظيفة المستقبل والزواج يمكن أن يحد من استخدامهم الإنترنت لأغراض غير أكاديمية.

مناقشة نتائج الفرضية (3):

-توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والعوامل البيئية المتعلقة بتوفر وسهولة استخدام الإنترنت وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (Erol & Cirak, 2019)، يمكن تفسير ذلك انطلاقاً من سهولة استخدام الهاتف

النقل الذي يعتبر أداة ربط مباشرة بين المستخدم والإنترنت، لقد ثبت فعليا وجود ارتباط إيجابي قوي بين إدمان الهواتف النقالة وإدمان الإنترنت (Kim et al, 2018)، من جهة أخرى كلما كان استخدام الإنترنت متاحا في أماكن متعددة كالمدرسة، الجامعة، الإقامة كان الشخص أكثر عرضة للإصابة بإدمان الإنترنت، كما وقد أظهر الطلبة اهتماما باستخدام الإنترنت لأغراض متعددة وبشكل خاص من أجل التواصل الاجتماعي في الفترة المسائية أكثر من الفترة الصباحية وهذا يعبر عن افتقارهم لتقنيات ملئ الفراغ ومحاولة إيجاد أنشطة بديلة أكثر صحة وإيجابية من سلوك الاستخدام السلبي للإنترنت، يمثل الوقت المنقضي في تصفح الإنترنت عامل خطورة يزيد احتمال الوقوع في الإدمان (Vigna-Taglianti et al, 2017). من جهة أخرى لم تُظهر النتائج وجود علاقة ارتباطية بين إدمان الإنترنت والعوامل الاجتماعية أو الأكاديمية، مما يعني أن هذه العوامل قد لا تكون مؤثرة بشكل كبير في زيادة احتمالية الإدمان.

-وُجدت علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والعوامل الاقتصادية، وهذا ما يؤكد النتيجة السابقة حول الفروق العائدة للدخل الاقتصادي (Błachnio et al, 2019)، قد يكون ذلك مرتبطاً بتوفر الوسائل التقنية المتقدمة لدى ذوي الدخل المرتفع، أو باستخدام الإنترنت كوسيلة للترفيه لدى ذوي الدخل المنخفض. على الرغم من أن الطلبة أبدوا رأيهم بشأن عدم دعم أسرهم لهم في استخدامهم للإنترنت، غير أن الأسرة تساهم بشكل كبير في دفع وتغطية نفقات الإنترنت التي يحتاجونها مما يساهم في رفع احتمال تعرضهم لإدمان الإنترنت.

-أظهرت النتائج أيضا وجود علاقة ارتباطية سلبية بين استراتيجيات المواجهة وإدمان الإنترنت، مما يشير إلى أن الأفراد الذين يعتمدون على أساليب مواجهة صحية كممارسة أنشطة بديلة والرياضة، استخدام تطبيقات لمتابعة الوقت المنقضي على الإنترنت، تقليل المدة الزمنية لتصفح الإنترنت يكونون أقل عرضة للإدمان، حيث يستطيعون إدارة وقتهم وضغوطهم بطرق إيجابية وفعالة، هذا ما تؤكدته دراسة التحليل الشبكي

Zhang et al, (2023) التي تم إجرائها على عينة تقدر بـ 2408 طالب مصابين بإدمان الإنترنت، حيث أظهرت النتائج أن الرياضة الفردية، والرياضة الجماعية، والرياضة المزدوجة، والفريق + الرياضة المزدوجة، والفريق + الرياضة المزدوجة + الرياضة الفردية كان لها تأثيرات كبيرة على تحسين إدمان الإنترنت مقارنة بالمجموعة التي لا تمارس الرياضة. تميل الرياضة الفردية، والرياضة الجماعية، والرياضة المزدوجة إلى أن تكون فعالة مقارنة بمجموعة التحكم في تحسين الصحة العقلية، كما وقد احتلت الرياضة المزدوجة المرتبة الأولى مقارنة بالأنواع الأخرى من الرياضات في تحسين إدمان الإنترنت والصحة العقلية.

مناقشة نتائج الفرضية (4):

أظهرت النتائج ارتفاع مستوى القلق لدى الطلبة بجامعة سطيف 2، حيث أن 30,67% من الطلبة لديهم مستويات طبيعية من القلق، بينما الغالبية 35,33% لديهم مستوى قلق خفيف، 24% يعانون من قلق متوسط الشدة و10% يعانون من قلق مرتفع وشديد، هذا يعني أن الغالبية العظمى، أي (69,33%) من الطلبة (208 من أصل 300)، يعانون من درجات متفاوتة من القلق، مما يعكس انتشاراً واسعاً لهذه المشكلة بين الطلبة الجامعيين. تتفق هذه النتائج مع الدراسة التي أجريت في باكستان حيث أظهر الطلبة نسبة قلق تقدر بـ 88,4% (Asif et al, 2020). وتختلف قليلاً مع الدراسة التي أجريت على العديد من كليات وجامعات من أوروبا، آسيا، إفريقيا، حيث أظهرت تباين نسبة القلق لدى الطلبة وارتفاعها عن السنوات الماضية بين 30% إلى 55% وهذا ما يقارب المستوى المتوسط خصوصاً بعد جائحة كوفيد 19 (Tan et al, 2023)، تشير هذه النسب إلى تأثير الضغوط النفسية والاجتماعية والأكاديمية على الصحة النفسية للطلبة، مما يتطلب توفير برامج دعم وإرشاد نفسي تساعدهم على إدارة قلقهم وتحقيق التوازن النفسي.

مناقشة نتائج الفرضية (5):

-أظهرت النتائج أن نصف طلبة جامعة سطيف 2 يعانون من الاكتئاب، حيث أن 50% يتمتعون بمستويات طبيعية من الاكتئاب، هذه النسبة قد تعكس استقراراً نفسياً لدى جزء من الطلبة، وقد يشير إلى وجود عوامل بيئية أو اجتماعية تساعدهم في التكيف مع الحياة الجامعية. بينما 30,67% لديهم مستوى اكتئاب خفيف وهو مستوى يعكس وجود ضغوط نفسية أو معنوية معتدلة قد تكون ناتجة عن تحديات الحياة الجامعية، مثل التوتر الأكاديمي أو المشاكل الاجتماعية. رغم أن هذا المستوى لا يؤثر بشكل كبير على الحياة اليومية، إلا أنه قد يتطلب مراقبة ودعمًا. 16,33% يعانون من اكتئاب متوسط الشدة مما يشير إلى تأثير أكبر لهذه المشكلة على حياتهم اليومية. هؤلاء الطلبة قد يواجهون صعوبة في التكيف مع الدراسة أو الحياة الاجتماعية، ما يتطلب تدخلاً نفسياً أكبر لمساعدتهم على التعامل مع هذه الحالة، و3% يعانون من اكتئاب مرتفع وشديد، مما يشير إلى مواجهة هؤلاء الطلبة تحديات نفسية كبيرة تؤثر على حياتهم اليومية بشكل ملحوظ تجعلهم في أمس الحاجة إلى دعم نفسي مكثف وعلاج متخصص للتعامل مع الاكتئاب. يبدو أن (50%) من أفراد العينة تعاني من الاكتئاب، أي ما يقدر بـ 150 طالب جامعي من إجمالي أفراد العينة المقدر بـ 300. تختلف هذه النتائج عن الدراسات السابقة، حيث بلغت نسبة انتشار الاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة في باكستان 75%. تشير هذه المعطيات إلى أن الاكتئاب يمثل تحدياً نفسياً كبيراً بين طلبة جامعة سطيف 2، حيث تعاني نصف العينة من الاكتئاب بمستويات متفاوتة. قد يستدعي هذا الحاجة إلى توفير برامج دعم نفسي وإرشاد صحي لتحسين الصحة النفسية للطلبة والحد من تأثير الاكتئاب على حياتهم الأكاديمية والاجتماعية.

مناقشة نتائج الفرضية (6):

-يعاني طلبة جامعة سطيف 2 من انتشار متوسط في مستويات الرهاب الاجتماعي، حيث أن 54,67% من الطلبة ليس لديهم رهاب اجتماعي، مما يعني أن أكثر من نصف العينة لا يعانون من هذه المشكلة النفسية، ويبدو أنهم يتمتعون بقدرة جيدة على التفاعل الاجتماعي في بيئات مختلفة، مثل الجامعة. بينما 32,67% لديهم مستوى رهاب اجتماعي خفيف، هذا يشير إلى أن هناك نسبة كبيرة من الطلبة يشعرون ببعض التوتر أو القلق في المواقف الاجتماعية، لكنهم قادرون على التكيف مع هذه المواقف دون تأثير كبير على حياتهم اليومية أو الأكاديمية. 10,33% يعانون من رهاب اجتماعي متوسط الشدة وهو ما يعكس تأثيراً أكبر لهذه المشكلة على حياتهم الاجتماعية والأكاديمية. قد يواجه هؤلاء الطلبة صعوبة في التفاعل مع زملائهم أو المشاركة في الأنشطة الجماعية، مما قد يؤثر على تجربتهم الجامعية. و 2,33% يعانون من رهاب اجتماعي مرتفع وشديد، ما يعني أن هؤلاء الطلبة يواجهون تحديات كبيرة في التفاعل الاجتماعي، وقد يؤثر ذلك على تحصيلهم الأكاديمي وحياتهم اليومية. قد يحتاجون إلى دعم نفسي متخصص لمساعدتهم على التغلب على هذه المشكلة. يبدو أن (45,33%) يعانون من الرهاب الاجتماعي، أي ما يقدر بـ 136 طالب جامعي من إجمالي أفراد العينة المقدرة بـ 300، وعلى النقيض من ذلك فقد ظهرت نسبة رهاب اجتماعي مرتفعة في أحد الدراسات الحديثة التي تم إجرائها على طلبة الجامعة بتركيا (Alnemr et al, 2024). وفي أحد الدراسات التي تضمنت العديد من المناطق بالعالم (البرازيل والصين وإندونيسيا وروسيا وتايلاند والولايات المتحدة وفيتنام) على عينة تتضمن 6825 طالب. أكمل المستجيبون مقياس قلق التفاعل الاجتماعي. ووجد أن الانتشار العالمي للقلق الاجتماعي أعلى بكثير مما تم التطرق إليه في السابق، حيث استوفى أكثر من 1 من كل 3 (36%) من المستجيبين معايير الحد الأدنى للإصابة باضطراب القلق الاجتماعي (Jefferies & Ungar, 2020). هذا يشير إلى أن الرهاب الاجتماعي يمثل مشكلة نفسية منتشرة

إلى حد ما بين الطلبة، مما يستدعي الحاجة إلى توفير برامج دعم وإرشاد نفسي لمساعدتهم على التغلب على هذه المشكلة.

مناقشة نتائج الفرضية (7):

-أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والقلق لدى طلبة جامعة سطيف 2، وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة (Kumar et al, 2022 ; Soulioti et al, 2018)، إن زيادة استخدام الإنترنت بشكل مفرط قد يرتبط بزيادة مستويات القلق بين الطلبة. يمكن تفسير ذلك من خلال مساهمة استخدام الإنترنت في تعزيز مشاعر التوتر والضغط النفسي، سواء بسبب التفاعل المستمر مع المعلومات أو بسبب الانشغال بالأنشطة الرقمية على حساب الأنشطة الاجتماعية والواقعية، كما أن القلق الناتج عن التحديات الأكاديمية أو الاجتماعية قد يؤدي بالطلبة إلى استخدام الإنترنت كوسيلة للهروب أو للتخفيف من مشاعر التوتر، ومع الاستخدام المفرط قد يتفاقم القلق بدلاً من التخفيف منه.

-أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف 2، وهو نفس ما أشار إليه كل من (Seki et al, (2019) الذي أوضح مجموعة من الأعراض الاكتئابية المرافقة لإدمان الإنترنت مثل فقدان الاهتمام بالأنشطة، التعب، وقلة التفاعل مع الآخرين، وهو ما تم إثباته من جديد في أحد الدراسات الطولية بالصين التي تم إجرائها على 12043 طالب جامعي، حيث اتضح أن الاكتئاب عامل منبئ لإدمان الإنترنت (Yang et al, 2022). يتضح إذاً أن زيادة استخدام الإنترنت بشكل مفرط يرتبط بزيادة مستويات الاكتئاب بين الطلبة. يمكن تفسير ذلك بأن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب قد يلجؤون إلى الإنترنت كوسيلة للهروب من مشاعر الحزن أو العزلة، مما يزيد من اعتمادهم على الإنترنت كوسيلة لتخفيف الأعراض النفسية. ومع مرور الوقت، قد يتفاقم الاكتئاب نتيجة للعزلة الاجتماعية الناجمة عن الاستخدام المفرط للإنترنت، مما يعزز الشعور بالوحدة ويزيد من تفاقم الحالة

النفسية، وهذا ما تم إظهاره في دراسة بن ديبلي (2019) حيث وضحت تزايد العزلة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة المدمنين على الإنترنت.

-أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف 2، هذا يتفق مع دراسة (Jaiswal et al, (2020 التي تم إجرائها بالهند على 307 من طلاب الجامعة، ووفقاً لدراسة (Ye et al, (2021 فإن الطلاب المدمنين على الإنترنت يعانون من صعوبة في بناء العلاقات الاجتماعية الحقيقية، مما يعزز مشاعر العزلة لديهم. إن زيادة إدمان الإنترنت يرتبط بزيادة مستويات الرهاب الاجتماعي. يمكن تفسير هذه العلاقة بأن الطلبة الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي قد يلجؤون إلى الإنترنت كوسيلة هروب من المواقف الاجتماعية الحقيقية التي تثير لديهم القلق أو الخوف. وبالتالي، قد يؤدي الاستخدام المفرط للإنترنت إلى تعزيز العزلة الاجتماعية وتفاقم مشاعر الرهاب الاجتماعي، حيث يصبح الشخص أكثر اعتياداً على التفاعل الافتراضي بدلاً من التفاعل الاجتماعي المباشر.

مناقشة نتائج الفرضية (8):

-أظهرت النتائج أن نموذج ارتباط إدمان الإنترنت بالقلق والاكتئاب يمكن أن يفسر حوالي 18,8% من التغيرات في مستويات السلوك الإدماني، أما بالنسبة لبقية النسبة، فإنها تعزى إلى عوامل أخرى لم يتم تضمينها في الدراسة، يمكن أن تشمل هذه العوامل جوانب فردية أخرى مثل سمات الشخصية، العوامل الثقافية، أو التأثيرات التكنولوجية التي قد تساهم أيضاً في إدمان الإنترنت. إن هذا يعني أن هذه العوامل النفسية يمكن أن تساهم بشكل كبير في تحديد مستويات الإدمان الإلكتروني، حيث تظهر الدراسة أن العوامل النفسية والاجتماعية، مثل القلق والاكتئاب، وكذلك العوامل البيئية والاقتصادية، تلعب دوراً مهماً في تفاقم نشوء وتفاقم المشكلة. وهذا ما تؤكدته نتائج أحد الدراسات التي تم إجرائها في الصين على 8098 طالب جامعي، حيث كشفت الدراسة إمكانية التنبؤ بإدمان الإنترنت انطلاقاً من القلق، الاكتئاب ومحاولات الانتحار

(Shen et al, 2020)، ومن جهة أخرى أظهرت دراسة سورية تم إجرائها على عينة مكونة من 289 طالب جامعي إمكانية القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة على التنبؤ بإدمان مواقع التواصل الاجتماعي (إيمان سرميني، 2023). انطلاقاً من هذه النتائج يمكننا تحديد عوامل الوقاية والتدخل اللازمة لمحاولة ضبط والتصدي لإدمان الإنترنت.

الاستنتاج:

يشكل إدمان الإنترنت أحد أكثر الظواهر خطورة التي أصبحت منتشرة بشكل كبير في الأوساط الجامعية، هدفت هذه الدراسة لتسليط الضوء على العلاقة الارتباطية بين العوامل الخارجية المتمثلة في (العوامل الديمغرافية، العوامل البيئية، العوامل الأكاديمية والاجتماعية، العوامل الاقتصادية)، والعوامل الداخلية النفسية المتمثلة في: (استراتيجيات المواجهة والتصدي، القلق، الاكتئاب الرهاب الاجتماعي)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن:

-ارتفاع نسبة إدمان الإنترنت لدى الطلبة الجامعيين بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة سطيف 2، ويعتبر إدمان الإنترنت الخفيف أكثر المستويات انتشارا.

-تباين الفروق التي تعزى للمتغيرات الديمغرافية في إدمان الإنترنت، حيث لم يتم العثور على أي فروق ذات دلالة إحصائية راجعة إلى متغير الجنس، الإقامة، العمل، بينما تم إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية حسب مستوى الدخل، التخصص، المستوى الدراسي.

-توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين إدمان والعوامل البيئية والعوامل الاقتصادية، كما توجد علاقة ارتباطية سلبية بين إدمان الإنترنت واستراتيجيات المواجهة والتصدي، بينما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدمان الإنترنت والعوامل الأكاديمية والاجتماعية.

-ارتفاع مستويات القلق لدى الطلبة بجامعة سطيف 2، ويعتبر القلق الخفيف أكثر المستويات انتشارا.

-نصف الطلبة بجامعة سطيف 2 يعانون من الاكتئاب، ويعتبر الاكتئاب الخفيف أكثر المستويات انتشارا.

-يعاني طلبة جامعة سطيف 2 من انتشار متوسط في مستويات الرهاب الاجتماعي، ويعتبر الرهاب الاجتماعي الخفيف أكثر المستويات انتشارا.

- وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين إيمان الإنترنت والقلق لدى طلبة جامعة سطيف2.
- وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين إيمان الإنترنت والاكتئاب لدى طلبة جامعة سطيف2.
- وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين إيمان الإنترنت والرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة سطيف2.
- يمكننا التنبؤ بإيمان الإنترنت لدى طلبة جامعة سطيف 2 انطلاقاً من ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب.

التوصيات والمقترحات:

من أجل استثمار نتائج الدراسة، نقدم مجموعة من التوصيات التي تهدف لتعزيز عوامل الوقاية من الخطر وتقديم المساعدة النفسية اللازمة للطلبة الجامعيين بهدف الارتقاء بالصحة:

التوعية بمخاطر إدمان الإنترنت:

- تنظيم حملات توعوية داخل الجامعة لشرح الآثار السلبية لإدمان الإنترنت على الصحة النفسية، الاجتماعية، والأداء الأكاديمي.
- تقديم ورش عمل حول إدارة الوقت واستخدام الإنترنت بشكل إيجابي.

تعزيز الصحة النفسية للطلبة:

- إنشاء مراكز دعم نفسي داخل الجامعة لتقديم استشارات مجانية للطلبة الذين يعانون من القلق، الاكتئاب، أو الرهاب الاجتماعي.
- تنظيم دورات تدريبية حول كيفية التعامل مع التوتر والضغط النفسية باستخدام تقنيات مثل التأمل وتمارين الاسترخاء.

تنمية استراتيجيات المواجهة والتصدي:

- تطوير برامج لتعليم الطلبة استراتيجيات فعّالة للتعامل مع التحديات الأكاديمية والاجتماعية بعيداً عن الاعتماد المفرط على الإنترنت.
- توفير منصات داخل الحرم الجامعي تتيح للطلبة الانخراط في أنشطة ثقافية ورياضية بديلة.

الرقابة والتنظيم:

- تشجيع استخدام التطبيقات التي تساعد على مراقبة الوقت الذي يقضيه الطلبة على الإنترنت وتنظيمه.
- تعزيز سياسات الجامعة لتحديد استخدام الإنترنت في الأنشطة الأكاديمية فقط أثناء أوقات الدراسة.

تحسين البيئة الجامعية:

- توفير مساحات داخل الجامعة تشجع على التفاعل الاجتماعي المباشر بين الطلبة، مثل النوادي الثقافية والاجتماعية.
- تطوير البنية التحتية الرقمية للجامعة بحيث يتم استغلال الإنترنت في الأنشطة التعليمية بشكل أكثر إنتاجية.

البحث العلمي والدراسات المستقبلية:

- دعم إجراء دراسات معمقة لفهم العوامل الثقافية والشخصية الأخرى التي تسهم في إدمان الإنترنت.
- استخدام نتائج الدراسات الحالية لتطوير برامج تدخل محددة تستهدف الفئات الأكثر عرضة للإدمان.

تطوير مهارات الطلبة الرقمية:

- تقديم دورات تدريبية حول كيفية استخدام الإنترنت بشكل مسؤول ومنتج، مثل استغلاله في البحث الأكاديمي والتعلم عن بعد.

- تشجيع الطلبة على التوجه نحو استخدام الإنترنت لتطوير المهارات الشخصية والمهنية.

التعاون مع الأسرة والمجتمع:

- توعية أولياء الأمور بأهمية مراقبة استخدام أبنائهم للإنترنت وتوجيههم نحو الاستخدام الإيجابي.

إشراك المجتمع المحلي في الأنشطة التوعوية التي تهدف للحد من إدمان الإنترنت

خاتمة:

تعد ظاهرة إدمان الإنترنت من أبرز التحديات التي تواجه المجتمعات في العصر الحديث، حيث تتزايد تأثيراتها السلبية على المستوى النفسي والاجتماعي والأكاديمي خصوصاً لدى الطلبة الجامعيين. جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على العلاقة الارتباطية بين إدمان الإنترنت وبعض العوامل الخارجية (ديمغرافية، بيئية، اقتصادية) والداخلية (نفسية) التي يمكن أن تسهم في تفاقم هذه الظاهرة، مع التركيز على استراتيجيات المواجهة التي يمكن أن تخفف من حدتها. أسفرت نتائج الدراسة عن حقائق هامة تستدعي الانتباه والتدخل، من أبرزها ارتفاع نسب إدمان الإنترنت بين الطلبة الجامعيين، وخاصة إدمان الإنترنت الخفيف، بالإضافة إلى تأثير العوامل الديمغرافية مثل مستوى الدخل والتخصص الدراسي والمستوى الأكاديمي. كما تم إثبات وجود علاقات ارتباطية إيجابية بين إدمان الإنترنت وكل من القلق، الاكتئاب، والرهاب الاجتماعي، وهو ما يؤكد أهمية البعد النفسي في فهم هذه الظاهرة ومعالجتها. من جهة أخرى، أوضحت الدراسة أن العوامل البيئية والاقتصادية تزيد من خطر إدمان الإنترنت، في حين تسهم استراتيجيات المواجهة والتصدي بشكل إيجابي في الحد من تأثيره، مما يشير إلى ضرورة التركيز على تعزيز هذه الاستراتيجيات بين الطلبة، بالإضافة لإمكانية التنبؤ بالإدمان الإلكتروني انطلاقاً من تفاعل كل من القلق والاكتئاب.

ختاماً لذلك، تشير هذه النتائج إلى الحاجة الملحة لوضع برامج توعوية وإرشادية موجهة للطلبة الجامعيين تهدف إلى تحسين إدارة الوقت، تعزيز الصحة النفسية، وتقوية مهارات المواجهة والتصدي كممارسة الرياضة والهوايات والاستعانة بتطبيقات متابعة الاتصال بشبكة الإنترنت للحد من انتشار هذه الآفة وآثارها السلبية. وفي الأخير ندعو دائماً إلى إجراء المزيد من البحوث المستقبلية لاستكشاف العوامل الأخرى التي يمكن أن تلعب دوراً في التفاعل مع هذه الآفة، بما يعزز الجهود المبذولة لفهمها والتصدي لها بشكل شامل وفعال.

قائمة المراجع والمصادر:

المراجع والمصادر العربية:

- أبو أسعد، أحمد. (2011). دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية. ط2. ج2. الأردن. عمان: مركز ديونو لتعليم التفكير.
- أبو حمزة، عيد، هلال، أحمد. (2014). إدمان الإنترنت (المفهوم، النظرية، العلاج). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- الحري، ف.، والعمري، م. (2022). إدمان الإنترنت وعلاقته بالاكنتاب والقلق لدى طلاب الجامعة في المملكة العربية السعودية. *مجلة الدراسات التربوية*، 20(1)، 34-56.
- الدبوي، عبد الله، منصور، عصام. (2011). إدمان الانترنت وآثاره الاجتماعية السلبية لدى طلبة الثانوية العامة كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون، *مجلة كلية التربية*، 5(03).
- الزغول، إ.، وعبيدات، م. (2019). إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة عمان الأهلية. *مجلة جامعة عمان الأهلية*، 2(46)، 313-333.
- السعيد، أ.، والجبر، م. (2022). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على إدمان الإنترنت لدى طلاب الجامعة. *مجلة العلوم الإنسانية*، 15(4)، 112-130.
- الشافعي، إبراهيم. (2010). إدمان الإنترنت وعلاقته بالوحدة النفسية والطمأنينة النفسية لدى طلاب وطالبات جامعة الملك خالد بالسعودية على ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. *مجلة دراسات نفسية*، 20(03)، 437-464.
- العتيبي، م.، والغامدي، خ. (2020). إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق والاكنتاب لدى طلاب الجامعة. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 15(3)، 123-145.
- العلاق، بشير. (2005). التسويق في عصر الانترنت والاقتصاد الرقمي (بحوث ودراسات)، ط1. عمان: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.

- العلي، خ.، والهاشمي، ر. (2020). تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على إدمان الإنترنت لدى الشباب. مجلة البحوث الاجتماعية، 8(1)، 23-40.
- المياح، عبد اللطيف.، حسين، أنغام. (2005). أثر الإنترنت والعولمة على الوطن العربي. مركز دراسات وبحوث الوطن العربي.، (16)، 117-141.
- النايلسي، محمد. (2004). الأمراض النفسية وعلاجها. ط4. لبنان: مركز الدراسات النفسية والنفس جسمية.
- الوناس، أسع. شويعل، يزيد. (2023). تأثير إدمان الإنترنت على العلاقات الأسرية لدى طلبة الجامعة (دراسة ميدانية). مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية. 09 (02). 43-58.
- أي سي دي أل العربية. (2015). دراسة بحثية حول سلوك الشباب العربي على الإنترنت والمخاطر التي يتعرضون لها. تقرير السلامة على الإنترنت.
- ايمان، سرميني. (2023). العلاقة بين القلق، الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة وإدمان وسائل التواصل الاجتماعي. مجلة جامعة الشارقة، 20(03). 128-158. DOI: <https://doi.org/10.36394/jhss/20/3/6>.
- بن ديبلي.، عائشة. (2019). الإدمان على استخدام الإنترنت وعلاقته بالعزلة الاجتماعية - دراسة ميدانية على عينة من طلاب الجامعة. مجلة الصحة العقلية وعلم الأعصاب، 1(2)، 49-66.
- بن عيسى، ع.، وبلقاسم، ب. (2023). إدمان الإنترنت وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 12(2)، 45-60.
- حلامي، تيطاوني. (2022). واقع إدمان استخدام الانترنت في العالم العربي - دراسة مسحية على عينة من مستخدمي مواقع التواصل الاجتماعي - مجلة الرسالة للدراسات الإعلامية. 6(2). 11-27.
- درياس، قدوش. (2024). إدراك المرض وعلاقته بمستوى القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض بهجت. مجلة الحكمة للدراسات النفسية. 12(01). 17.
- شاهين، بهاء. (1999). الإنترنت والعولمة، ط1. القاهرة: عالم الكتب.

- طباس، نسيمة، ملال، خديجة. (2021). الإدمان على الإنترنت لدى الطلبة الجامعيين. *مجلة الراوند*، 5(1)، 383-405.
- عبد المعطي، حسن. (2004). الأسرة ومشكلات الأبناء، ط1، القاهرة: دار رحاب للنشر والتوزيع.
- عبد الهادي، مصباح. (2004). الإدمان، ط1. القاهرة: دار المصرية اللبنانية.
- عبيدات، محمد، عدس، عبد الرحمان،، الهنداوي، عدنان. (2010). منهجية البحث العلمي: قواعد وتقنيات. ط 14. الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- عيساني، رحيمة الطيب (2008). مدخل للإعلام الآلي. الأردن: جدار الكتاب العلمي.
- محمود، ه.، وعبد الرحمن، ع. (2020). إدمان الإنترنت وعلاقته بالعوامل الديموغرافية والاقتصادية في المجتمع المصري. *مجلة علم النفس الاجتماعي*، 7(2)، 55-72.
- معمرية، بشير. (2010). تقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، 25(2)، 92-105.
- موريس، أنجريس. (2006). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية. ط2. الجزائر: دار القصة للنشر.

المراجع والمصادر الأجنبية:

- Abeditehrani, H., Dijk, C., Toghchi, M. S., & Arntz, A. (2020). Integrating cognitive behavioral group therapy and psychodrama for social anxiety disorder: An intervention description and an uncontrolled pilot trial. *Clinical Psychology in Europe*, 2(1), 1-21. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i1.2693>
- Afshari, B., Jafarian Dehkordi, F., Asgharnejad Farid, A. A., Aramfar, B., Balagabri, Z., Mohebi, M., ... & Amiri, P. (2022). Study of the effects of cognitive behavioral therapy versus dialectical behavior therapy on executive function and reduction of symptoms in generalized anxiety disorder. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 44, e20200156.

- Ainin, S., Jaafar, N. I., Ashraf, M., & Parveen, F. (2017). Exploring the role of demographics and psychological variables in internet addiction. *Social Science Computer Review*, 35(6), 770-780.
- Aizpurua, E., Caravaca-Sánchez, F., & Taliaferro, L. A. (2022). Suicidality among college students in Spain: Prevalence and associations with substance use, social support, and resilience. *Death studies*, 46(8), 2025-2030. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1888823>
- Alaca, N. (2020). The impact of internet addiction on depression, physical activity level and trigger point sensitivity in Turkish university students. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 33(4), 623-630.
- Alexandraki, K., Stavropoulos, V., Burleigh, T. L., King, D. L., & Griffiths, M. D. (2018). Internet pornography viewing preference as a risk factor for adolescent Internet addiction: The moderating role of classroom personality factors. *Journal of behavioral Addictions*, 7(2), 423-432. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.34>
- Al-Gamal, E., Alzayyat, A., & Ahmad, M. M. (2016). Prevalence of Internet addiction and its association with psychological distress and coping strategies among university students in Jordan. *Perspectives in psychiatric care*, 52(1), 49-61. <https://doi.org/10.1111/ppc.12102>
- Alnemr, L., Salama, A. H., Abdelrazek, S., Alfakeer, H., Ali Alkhateeb, M., & Torun, P. (2024). Prevalence of social anxiety disorder and its associated factors among foreign-born undergraduate students in Türkiye: A cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*, 4(7), e0003184. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003184>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA–Washington: *American Psychiatric Publishing*.
- Ang A. China takes unique steps to combat web addiction. USA Today (2005) [online]. Available from URL: http://www.usatoday.com/tech/news/2005-07-01-china-web-addiction_x.htm [Accessed 2022 Aug 2 at 18:03]
- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social

engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1161-1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121597>

-Asif, S., Mudassar, A., Shahzad, T. Z., Raouf, M., & Pervaiz, T. (2020). Frequency of depression, anxiety and stress among university students. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(5), 971–976. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.1873>

-Aune, T., Juul, E. M. L., Beidel, D. C., Nordahl, H. M., & Dvorak, R. D. (2021). Mitigating adolescent social anxiety symptoms: the effects of social support and social self-efficacy in findings from the Young-HUNT 3 study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(3), 441-449. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01529-0>

-Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2022). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>

-Bao, A. M., & Swaab, D. F. (2019). The human hypothalamus in mood disorders: the HPA axis in the center. *IBRO reports*, 6, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.ibror.2018.11.008>

-Baturay, M. H., & Toker, S. (2019). Internet addiction among college students: Some causes and effects. *Education and Information Technologies*, 24(5), 2863-2885.
<https://doi.org/10.1007/s10639-019-09894-3>

-Bazrafshan, M. R., Jokar, M., Rahmati, M., Ahmadi, S., Kavi, E., Sookhak, F., & ALIABADI, S. H. (2019). The Relationship between Depression and Internet Addiction among Paramedical Students in Larestan, Iran. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 13(3).

-Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.

-Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). Beck anxiety inventory (BAI). *Überblick über Reliabilitäts-und Validitätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst-und Fremdbeurteilungsverfahren*, 7.

-Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
[doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004)

- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, *64*(8), 903–912.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.903>
- Bellivier, F. & Seguin, P. (2018). 49. Dépression et entourage. Dans : Frank Bellivier éd., *Actualités sur les maladies dépressives* (pp. 503-506). Cachan: Lavoisier.
- Berton, O., McClung, C. A., DiLeone, R. J., Krishnan, V., Renthal, W., Russo, S. J., ... & Nestler, E. J. (2006). Essential role of BDNF in the mesolimbic dopamine pathway in social defeat stress. *Science*, *311*(5762), 864-868. doi: 10.1126/science.112097
- Besedovsky, H. O., & del Rey, A. (1996). Immune-neuro-endocrine interactions: facts and hypotheses. *Endocrine reviews*, *17*(1), 64-102. <https://doi.org/10.1210/edrv-17-1-64>
- Bisen, S. S., & Deshpande, Y. M. (2018). Understanding internet addiction: a comprehensive review. *Mental Health Review Journal*.. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-07-2017-0023>
- Błachnio, A., Przepiórka, A., Gorbaniuk, O., Benvenuti, M., Ciobanu, A. M., Senol-Durak, E., ... & Ben-Ezra, M. (2019). Cultural correlates of internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *22*(4), 258-263. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0667>
- Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., & Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and anxiety*, *31*(9), 756-764. <https://doi.org/10.1002/da.22247>
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 306–307. doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07101556
- Boies, S. C., Knudson, G., & Young, J. (2004). The Internet, sex, and youths: Implications for sexual development. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *11*(4), 343-363.
<https://doi.org/10.1080/10720160490902630>
- Bozoglan, B. (2018). “The Role of Family Factors in Internet Addiction Among Children and Adolescents: An Overview.” *In Psychological, Social, and Cultural Aspects of Internet Addiction*, 146–168. Hershey, PA: IGI Global.

- Bozoglan, B. (Ed.). (2017). *Psychological, social, and cultural aspects of internet addiction*. IGI Global.
- Brand M, Young KS, Laier C (2014) Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Front Human Neurosci* 8:375. doi:10.3389/fnhum.2014.00375
- Brand M, Young KS, Laier C, Wölfling K, Potenza MN (2016) Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 71:252–266. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.08.033
- Brook, C. A., & Schmidt, L. A. (2008). Social anxiety disorder: a review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 4(1), 123–143. <https://doi.org/10.2147/ndt.s1799>
- Brown, G. W., & Prudo, R. (1981). Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 1. Aetiology of depression. *Psychological Medicine*, 11(3), 581-599. <https://doi.org/10.1017/S0033291700052880>
- Brown, J. M., Stewart, J. C., Stump, T. E., & Callahan, C. M. (2011). Risk of coronary heart disease events over 15 years among older adults with depressive symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 721-729. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181faee19>
- Burijon, B. N. (2007). *Biological bases of clinical anxiety*. WW Norton & Company.
- Buwalda, B., Kole, M. H., Veenema, A. H., Huininga, M., de Boer, S. F., Korte, S. M., & Koolhaas, J. M. (2005). Long-term effects of social stress on brain and behavior: a focus on hippocampal functioning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(1), 83-97. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.05.005>
- Caplan, S. E. (2005). A social skill account of problematic Internet use. *Journal of communication*, 55(4), 721-736. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2005.tb03019.x>
- Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in human behavior*, 26(5), 1089-1097. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.03.012>

- Cardak, M. (2013). Psychological well-being and Internet addiction among university students. *Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET*, 12(3), 134-141 .
- Carpenter, K. L., Baranek, G. T., Copeland, W. E., Compton, S., Zucker, N., Dawson, G., & Egger, H. L. (2019). Sensory over-responsivity: an early risk factor for anxiety and behavioral challenges in young children. *Journal of abnormal child psychology*, 47(6), 1075-1088.
<https://doi.org/10.1007/s10802-018-0502-y>
- Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R., & Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *The American journal of psychiatry*, 167(5), 509–527.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101452>
- Chand, S. P., Arif, H., & Kutlenios, R. M. (2021). Depression (Nursing).
- Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 360-365. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.4.360>
- Cherif, F., Zouari, H. G., Cherif, W., Hadded, M., Cheour, M., & Damak, R. (2020). Depression prevalence in neuropathic pain and its impact on the quality of life. *Pain Research and Management*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/7408508>
- Chern K & Huang J (2018). Internet addiction: Associated with lower health-related quality of life among college students in Taiwan, and in what aspects?. *Computers in Human Behavior*. 84 : 460-466. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.03.011>
- Chiu, S. I., Lee, J. Z., & Huang, D. H. (2004). Video game addiction in children and teenagers in Taiwan. *CyberPsychology & behavior*, 7(5), 571-581.
<https://doi.org/10.1089/cpb.2004.7.571>
- Choi, S. W., D. J. Kim, J. S. Choi, H. Ahn, E. J. Choi, W. Y. Song, S. Kim, and H. Youn. (2015). “Comparison of Risk and Protective Factors Associated with Smartphone Addiction and Internet Addiction.” *Journal of Behavioral Addictions* 4 (4): 308–314.
[doi:10.1556/2006.4.2015.043](https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.043)

- Chronis-Tuscano, A., Danko, C. M., Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Novick, D. R. (2018). Future directions for research on early intervention for young children at risk for social anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), 655-667.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1426006>
- Chun, J. (2018). "Conceptualizing Effective Interventions for Smartphone Addiction among Korean Female Adolescents." *Children and Youth Services Review* 84: 35– 39.
[doi:10.1016/j.childyouth.2017.11.013](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.013)
- Chung, S., Lee, J., & Lee, H. K. (2019). Personal factors, internet characteristics, and environmental factors contributing to adolescent internet addiction: A public health perspective. *International journal of environmental research and public health*, 16(23), 4635.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16234635>
- Cirillo, P., Gold, A. K., Nardi, A. E., Ornelas, A. C., Nierenberg, A. A., Camprodon, J., & Kinrys, G. (2019). Transcranial magnetic stimulation in anxiety and trauma-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Brain and behavior*, 9(6), e01284.
<https://doi.org/10.1002/brb3.1284>
- Clark, D. B., & Donovan, J. E. (1994). Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 354-360.
- Cogle, J. R., Keough, M. E., Riccardi, C. J., & Sachs-Ericsson, N. (2009). Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of psychiatric research*, 43(9), 825-829. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.12.004>
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, 9(3), 369-388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Cudo, A., & Zabielska-Mendyk, E. (2019). Cognitive functions in Internet addiction—a review. *Psychiatr Pol*, 53(1), 61-79.
- Czincz, J., & Hechanova, R. (2009). Internet addiction: Debating the diagnosis. *Journal of Technology in Human Services*, 27(4), 257-272. <https://doi.org/10.1080/15228830903329815>

- Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B., & Sheppard, K. (2009). Poverty and adolescent mental health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(1), 23-32.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00166.x>
- Davis, r. (2001). "a cognitive-behavioral model of pathological internet use". *computers in human behavior*, 17, pp.187-195.
- Deecher, D., Andree, T. H., Sloan, D., & Schechter, L. E. (2008). From menarche to menopause: exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, 33(1), 3-17.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.10.006>
- Dekker, J., Koelen, J. A., Peen, J., Schoevers, R. A., & Gijsbers-Van Wijk, C. (2008). Gender differences in clinical features of depressed outpatients: preliminary evidence for subtyping of depression?. *Women & health*, 46(4), 19-38.
https://doi.org/10.1300/J013v46n04_02
- Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Hadley, S. J., Baker, B. R., & Hollander, E. (2006). An open-label trial of escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder. *European Neuropsychopharmacology*, (16), S82-S83.
[https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(06\)80097-0](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(06)80097-0)
- Demirci, K., M. Akgönül, and A. Akpınar. (2015). "Relationship of Smartphone use Severity with Sleep Quality, Depression, and Anxiety in University Students." *Journal of Behavioral Addictions* 4 (2): 85–92. doi:10.1556/2006.4.2015.010
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., ... & Huang, E. (2021). The prevalence of depressive symptoms, anxiety symptoms and sleep disturbance in higher education students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 301, 113863. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113863>
- Desalegn, G. T., Getinet, W., & Tadie, G. (2019). The prevalence and correlates of social phobia among undergraduate health science students in Gondar, Gondar Ethiopia. *BMC research notes*, 12(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4482-y>
- DiClemente, R. J., Hansen, W. B., & Ponton, L. E. (1996). Adolescents at risk. In *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 1-4). Springer, Boston, MA.

-Digital 2020 Algeria. (2020). v01; https://www.slideshare.net/DataReportal/digital-2020-algeria-january-2020-v01?fbclid=IwAR0w1u-2bS9SAX41ulCkwuWgwxwJkB69M63vwwYp3aDm1w4VS_wq0smBYctw [Accessed 11/05/2022 at 17 :15]

-Eddy, N. B., Halbach, H., Isbell, H., & Seevers, M. H. (1965). Drug dependence: its significance and characteristics. *Bulletin of the World Health Organization*, 32(5), 721–733.

-Eliwa, H., Belzung, C., & Surget, A. (2017). Adult hippocampal neurogenesis: is it the alpha and omega of antidepressant action?. *Biochemical pharmacology*, 141, 86-99.
<https://doi.org/10.1016/j.bcp.2017.08.005>

-Erol, O., & Cirak, N. S. (2019). Exploring the loneliness and internet addiction level of college students based on demographic variables. *Contemporary Educational Technology*, 10(2), 156-172.

-Eysenck, M. (2014). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Psychology Press.

-Fatayer, J. (2008). Addiction types: A clinical sociology perspective. *Journal of Applied Social Science*, 2(1), 88-93. <https://doi.org/10.1177/193672440800200107>

-Fatimayin, F. (2018). What is communication. *National Open University of Nigeria, Lagos*.

-Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., & Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 272-284.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>

-Florio, L., Lassi, D. L. S., de Azevedo-Marques Perico, C., Vignoli, N. G., Torales, J., Ventriglio, A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2022). Food Addiction: A Comprehensive Review. *The Journal of nervous and mental disease*, 210(11), 874–879.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001555>

-Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of affective disorders*, 263, 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>

- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S223. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19
- Ghazwani JY, Khalil SN, Ahmed RA. Social anxiety disorder in Saudi adolescent boys: Prevalence, subtypes, and parenting style as a risk factor. *J Family Community Med.* 2016;23(1):25-31. doi:10.4103/2230-8229.172226
- Giffin, K., & Patton, B. R. (1976). *Basic readings in interpersonal communication: Theory and application*. New York: Harper & Row.
- Glowniak, J. (1998, April). History, structure, and function of the Internet. In *Seminars in nuclear medicine* (Vol. 28, No. 2, pp. 135-144). WB Saunders. [https://doi.org/10.1016/S0001-2998\(98\)80003-2](https://doi.org/10.1016/S0001-2998(98)80003-2)
- Goldfarb, S., Tarver, W. L., & Sen, B. (2014). Family structure and risk behaviors: the role of the family meal in assessing likelihood of adolescent risk behaviors. *Psychology research and behavior management*, 7, 53. doi: 10.2147/PRBM.S40461
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642>
- Gómez, P., Rial, A., Braña, T., Golpe, S., & Varela, J. (2017). Screening of Problematic Internet Use among Spanish adolescents: Prevalence and related variables. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(4), 259-267. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0262>
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British journal of addiction*, 85(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Gould T. J. (2010). Addiction and cognition. *Addiction science & clinical practice*, 5(2), 4-14.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 233-241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Griffiths, M. (1995, February). Technological addictions. In *Clinical psychology forum* (pp. 14-14). Division of Clinical Psychology of the British Psychol Soc.

- Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: an issue for everybody?. *Employee Councelling Today*, 8(3), 19-25.
- Grigoriadis, S., & Erlick Robinson, G. (2007). Gender issues in depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 247-255. <http://dx.doi.org/10.3109/10401230701653294>
- Grohol, J. M. (1999). Too much time online: internet addiction or healthy social interactions?. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 395-401. <https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.395>
- Hajure, M., & Abdu, Z. (2020). Social phobia and its impact on quality of life among regular undergraduate students of Mettu University, Mettu, Ethiopia. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 11, 79. doi: 10.2147/AHMT.S254002
- Hamilton, M. A. X. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British journal of social and clinical psychology*, 6(4), 278-296. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>
- Hammond, C. J., Mayes, L. C., and Potenza, M. N. (2014). Neurobiology of adolescent substance use and addictive behaviors: treatment implications. *Adolescent medicine: State of the art reviews*. 25, 15–32. doi:10.1542/9781581108903-neurobiology.
- Han, D. H., & Renshaw, P. F. (2012). Bupropion in the treatment of problematic online game play in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 26(5), 689–696. <https://doi.org/10.1177/0269881111400647>
- Han, D. H., Hwang, J. W., & Renshaw, P. F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(4), 297–304. <https://doi.org/10.1037/2160-4134.1.S.108>
- Han, D., Lee, Y., Na, C., Ahn, J., Chung, U., Daniels, M., et al. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 251–256. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.08.011>
- Hashemi, Y., Zarani, F., Heidari, M., & Borhani, K. (2022). Purposes of internet use among Iranian university students: exploring its relationship with social networking site (SNS) addiction. *BMC psychology*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00745-4>

- Heather N. (1998). A conceptual framework for explaining drug addiction. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 12(1), 3–7.
<https://doi.org/10.1177/026988119801200101>
- Heeren, A., & McNally, R. J. (2018). Social anxiety disorder as a densely interconnected network of fear and avoidance for social situations. *Cognitive Therapy and Research*, 42(1), 103-113. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9876-3>
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychological medicine*, 29(1), 199-212. <https://doi.org/10.1017/S0033291798007879>
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209. <https://doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Horseman, C., & Meyer, A. (2019). Neurobiology of addiction. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62(1), 118-127. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000416>
- Hoyt, D. P., & Magoon, T. M. (1954). A validation study of the Taylor Manifest Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*.
- Hunger-Schoppe, C. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Intrapersonal and Interpersonal Aspects and Clinical Application. In Ö. Şenormancı, & G. Şenormancı (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.74302>
- Hutchins, N., Allen, A., Curran, M., & Kannis-Dymand, L. (2021). Social anxiety and online social interaction. *Australian Psychologist*, 56(2), 142-153.
<https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890977>
- Igra, V., & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 35-51). Springer, Boston, MA.
- International Telecommunication Union. (2021). Measuring digital Development facts and figures – the world in 2021 :
<https://www.itu.int/en/ITUUD/Statistics/Documents/facts/FactsFigures2021.pdf> [Accessed 11/05/2022 at 16 :45]

- Iravani, M., Rajabi, M., Abbasi, M., & Jannesari, H. (2013). A social work study on impact of gender, marital status and employment status on internet addiction. *Management Science Letters*, 3(3), 1019-1024.
- Jain, A., Sharma, R., Gaur, K. L., Yadav, N., Sharma, P., Sharma, N., ... & Yadav, K. S. (2020). Study of internet addiction and its association with depression and insomnia in university students. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(3), 1700. doi: 10.4103/jfmipc.jfmipc_1178_19
- Jaiswal, A., Manchanda, S., Gautam, V., Goel, A. D., Aneja, J., & Raghav, P. R. (2020). Burden of internet addiction, social anxiety and social phobia among University students, India. *Journal of family medicine and primary care*, 9(7), 3607-3612. DOI: 10.4103/jfmipc.jfmipc_360_20
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahababi, A. A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 44.
- Jefferies, P., & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PloS one*, 15(9), e0239133.
- Joly, B. (2009). Chapitre 1. Présentation de la communication. Dans : , B. Joly, *La communication* (pp. 7-10). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Judah, M. R., Shurkova, E. Y., Hager, N. M., White, E. J., Taylor, D. L., & Grant, D. M. (2018). The relationship between social anxiety and heartbeat evoked potential amplitude. *Biological psychology*, 139, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.09.013>
- Jurruena, M. F., Eror, F., Cleare, A. J., & Young, A. H. (2020). The role of early life stress in HPA axis and anxiety. *Anxiety disorders: Rethinking and understanding recent discoveries*, 141-153.
- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R., ... & Helstad, C. P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1999-2007. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.1999>

- Kennedy, S. H., & Rizvi, S. (2009). Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology*, 29(2), 157-164. doi: 10.1097/JCP.0b013e31819c76e9
- Kim, K., E. Ryu, M. Y. Chon, E. J. Yeun, S. Y. Choi, J. S. Seo, and B. W. Nam. (2006). "Internet Addiction in Korean Adolescents and its Relation to Depression and Suicidal Ideation: a Questionnaire Survey." *International Journal of Nursing Studies* 43 (2): 185–192. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.005Get.
- Kim, Y. J., H. M. Jang, Y. Lee, D. Lee, and D. J. Kim. (2018). "Effects of Internet and Smartphone Addictions on Depression and Anxiety Based on Propensity Score Matching Analysis." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (5): 859. doi:10.3390/ijerph15050859.
- Kipping, R. R., Campbell, R. M., MacArthur, G. J., Gunnell, D. J., & Hickman, M. (2012). Multiple risk behaviour in adolescence. *Journal of Public Health*, 34(suppl_1), i1-i2. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr122>
- Kishore, A., Pan, T., & Naskar, N. (2019). Internet addiction and its associated factors: Study among the students of a public health school of Kolkata. *International Journal of Health & Allied Sciences*, 8(3), 159-159..
- Ko, C. H., J. Y. Yen, S. C. Liu, C. F. Huang, and C. F. Yen. (2009). "The Associations Between Aggressive Behaviors and Internet Addiction and Online Activities in Adolescents." *Journal of Adolescent Health* 44 (6): 598–605. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.11.011.
- Ko, C. H., Liu, T. L., Wang, P. W., Chen, C. S., Yen, C. F., & Yen, J. Y. (2014). The exacerbation of depression, hostility, and social anxiety in the course of Internet addiction among adolescents: A prospective study. *Comprehensive psychiatry*, 55(6), 1377-1384.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., & Yen, C. F. (2005). Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(11), 728-733. doi: 10.1097/01.nmd.0000185891.13719.54
- Konopka, A., & König, H. (2020). Economic burden of anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*, 38, 25-37.

- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8, 212573.
<https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Kumar, G., Dash, P., Jnaneswar, A., Suresan, V., Jha, K., & Ghosal, S. (2022). Impact of internet addiction during COVID-19 on anxiety and sleep quality among college students of Bhubaneswar city. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), 156.
- Kuss, D. J., Shorter, G. W., van Rooij, A. J., Griffiths, M. D., & Schoenmakers, T. (2014). Assessing Internet addiction using the parsimonious Internet addiction components model - A preliminary study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 351-366.
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social work in public health*, 28(3-4), 194–205.
<https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
- Lang, A. J. (2004). Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 14-19.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15(1), 5-16.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00216-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00216-9)
- Lee, H. W., Choi, J. S., Shin, Y. C., Lee, J. Y., Jung, H. Y., & Kwon, J. S. (2012). Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 15(7), 373-377. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0063>
- Lee, J. E., & Jeun, W. (2024). Perceptions and Possibilities: Exploring 5-year-old children's Understanding of Artificial Intelligence. *Asia-Pacific journal of research in early childhood education*, 18(2). DOI: 10.17206/apjrece.2024.18.2.151
- Lee, J., M. J. Sung, S. H. Song, Y. M. Lee, J. J. Lee, S. M. Cho, M. K. Park, and Y. M. Shin. (2018). “Psychological Factors Associated with Smartphone Addiction in South Korean Adolescents.” *The Journal of Early Adolescence* 38 (3): 288–302.
 doi:10.1177/0272431616670751

- Lee, W. (1996). *Medical term dictionary*. Seoul: Academy Book. Marlatt, G. A. Bear, J. S. Donovan, D. M. & Kivalahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: ethnology and treatment. *Annual review of psychology*. 39. p.223-252.
- Lee, Y. S., Han, D. H., Yang, K. C., Daniels, M. A., Na, C., Kee, B. S., & Renshaw, P. F. (2008). Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *Journal of affective disorders*, 109(1-2), 165-169.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.020>
- Lefait, S., & Paquet-Deyris, A. M. (Eds.). (2018). *Combining aesthetic and psychological approaches to TV series addiction*. Cambridge Scholars Publishing.
- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255-2264. doi: 10.1056/NEJMcp1614701
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical psychology review*, 33(8), 1134-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.09.002>
- Liu, Q., Zhang, Y., Wang, J., Li, S., Cheng, Y., Guo, J., ... & Zhu, Z. (2018). Erectile dysfunction and depression: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(8), 1073-1082. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.05.016>
- Liu, X., Ping, S., & Gao, W. (2019). Changes in Undergraduate Students' Psychological Well-Being as They Experience University Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2864. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162864>
- Łukawski, K., Rusek, M., & Czuczwar, S. J. (2019). Can pharmacotherapy play a role in treating internet addiction disorder?. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(11), 1299-1301. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1612366>
- Ma, W. W. K., & Wu, A. (2016). Internet Addiction: An Interpersonal Perspective. *Int J Journalism Mass Comm*, 3(122), 3-1. <https://doi.org/10.15344/2349-2635/2016/122>
- Machimbarrena, J. M., González-Cabrera, J., Ortega-Barón, J., Beranuy-Fargues, M., Álvarez-Bardón, A., & Tejero, B. (2019). Profiles of problematic internet use and its impact on adolescents' health-related quality of life. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3877. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203877>

- MacNicol, B. (2017). The biology of addiction. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 64(2), 141-148. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0771-2>
- Mahapatra, A., & Sharma, P. (2018). Association of Internet addiction and alexithymia—A scoping review. *Addictive behaviors*, 81, 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.004>
- Mari, E., Biondi, S., Varchetta, M., Cricenti, C., Frascchetti, A., Pizzo, A., ... & Quaglieri, A. (2023). Gender differences in internet addiction: A study on variables related to its possible development. *Computers in Human Behavior Reports*, 9, 100247. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100247>
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E., & Nemeroff, C. B. (2010). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Clinics in laboratory medicine*, 30(4), 865-891. <https://doi.org/10.1016/j.cll.2010.07.006>
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1100-1106. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1985
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455–470. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10031-6)
- MentalHealth. (2024, September 25). *Social explanations of anxiety disorders*. MentalHealth.com. <https://www.mentalhealth.com/library/social-explanations-of-anxiety-disorders> (Accessed: September 29, 2024).
- Miller, A. H. (2009). Mechanisms of cytokine-induced behavioral changes: Psychoneuroimmunology at the translational interface. *Brain, behavior, and immunity*, 23(2), 149-158. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.08.006>
- Mok, J. Y., S. W. Choi, D. J. Kim, J. S. Choi, J. Lee, H. Ahn, E. J. Choi, and W. Y. Song. (2014). “Latent Class Analysis on Internet and Smartphone Addiction in College Students.” *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 10: 817–828. doi:10.2147/NDT.S59293
- Montgomery, S., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382.

- Morahan-Martin J, Schumacher P. (2000). Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Comput Human Behav*; 16: 13-29.
[https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(99\)00049-7](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(99)00049-7)
- Moreno, J. L. (1946). Psychodrama and group psychotherapy. *Sociometry*, 9(2-3), 249-253.
<https://doi.org/10.2307/2785011>
- Morioka, H., Itani, O., Osaki, Y., Higuchi, S., Jike, M., Kaneita, Y., ... & Ohida, T. (2017). The association between alcohol use and problematic internet use: A large-scale nationwide cross-sectional study of adolescents in Japan. *Journal of epidemiology*, 27(3), 107-111.
- Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2013). Social anxiety and social anxiety disorder. *Annual review of clinical psychology*, 9(1), 249-274.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.002>
- Mouha, R. A. (2021). Internet of Things (IoT). *Journal of Data Analysis and Information Processing*, 9(2), 77-101. doi: 10.4236/jdaip.2021.92006
- Murali, V., & George, S. (2007). Lost online: an overview of internet addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(1), 24-30. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.002907>
- Muris, P., van Brakel, A. M., Arntz, A., & Schouten, E. (2011). Behavioral Inhibition as a Risk Factor for the Development of Childhood Anxiety Disorders: A Longitudinal Study. *Journal of child and family studies*, 20(2), 157–170. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9365-8>
- Murphy, S. A., Duxbury, L., & Higgins, C. (2007). The individual and organizational consequences of stress, anxiety, and depression in the workplace: A case study. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 143-157. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0018>
- Musa, C., Kostogianni, N., & Lépine, J. P. (2004). Echelle de peur de l'évaluation négative (FNE): propriétés psychométriques de la traduction française [The Fear of Negative Evaluation scale (FNE): psychometric properties of the French version]. *L'Encephale*, 30(6), 517–524. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95465-6](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95465-6)

- Naicker, K., Galambos, N. L., Zeng, Y., Senthilselvan, A., & Colman, I. (2013). Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *Journal of Adolescent Health, 52*(5), 533-538. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.016>
- Narmandakh, A., Roest, A. M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European child & adolescent psychiatry, 30*(12), 1969-1982. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3>
- National Institutes of Health. (2020). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health>
- Nelson, J. C., & Davis, J. M. (1997). DST studies in psychotic depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 154*(11), 1497-1503. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1497>
- Niedorys, B., Kocka, K., Ślusarska, B., & Chrzan-Rodak, A. (2018). The degree of the Internet addiction and the psycho-social functioning of young people. *Journal of Education, Health and Sport, 8*(12), 275-284. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2223906>
- Nikmehr, P., Jafari, E. (2021). Investigating the Role of Social Anxiety in Predicting Students' Academic Self-Efficacy. *Journal of Family Relations Studies, 1*(1), 51-58. doi: 10.22098/jhrs.2022.1422
- Nikolić, M., Aktar, E., Bögels, S., Colonesi, C., & de Vente, W. (2018). Bumping heart and sweaty palms: Physiological hyperarousal as a risk factor for child social anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(2), 119-128. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12813>
- O'Brien C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction (Abingdon, England), 106*(5), 866–867. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry investigation, 17*(3), 207–221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>

- Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English. (2004). Oxford: Oxford University Press.
- Panahi, S.(2016). "Role of Parents, Teachers, and Community in Adolescents' Issues." *Unique Journal of Pharmaceutical and Biological Sciences* 03 (02): 4–11.
- Peng, S., Li, W., Lv, L., Zhang, Z., & Zhan, X. (2018). BDNF as a biomarker in diagnosis and evaluation of treatment for schizophrenia and depression. *Discovery medicine*, 26(143), 127-136.
- Pereira, V. S., & Hiroaki-Sato, V. A. (2018). A brief history of antidepressant drug development: from tricyclics to beyond ketamine. *Acta neuropsychiatrica*, 30(6), 307-322. <https://doi.org/10.1017/neu.2017.39>
- Pickard, H., Rijdsdijk, F., Happé, F., & Mandy, W. (2017). Are social and communication difficulties a risk factor for the development of social anxiety?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(4), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.007>
- Poli, R. (2017). Internet addiction update: diagnostic criteria, assessment and prevalence. *Neuropsychiatry*, 7(1), 4–8. doi:10.4172/Neuropsychiatry.1000171
- Pontes, H. M., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Clinical psychology of Internet addiction: A review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. *Neuroscience & Neuroeconomics*, 4, 11-23 . <http://dx.doi.org/10.2147/NAN.S60982>
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Prizant-Passal, S., Shechner, T., & Aderka, I. M. (2016). Social anxiety and internet use—A meta-analysis: What do we know? What are we missing?. *Computers in Human Behavior*, 62, 221-229. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.003>
- Rabie, M. A., Shorab, E., ElGabry, D., Aziz, K. A., Sabry, W. M., Aufa, O., ... & Nagy, N. (2019). Screening of social phobia symptoms in a sample of Egyptian university

students. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46, 27-32.

<https://doi.org/10.1590/0101-60830000000188>

-Rabie, M., Shaker, N. M., Gaber, E., El-Habiby, M., Ismail, D., El-Gaafary, M., ... & Muscat, R. (2020). Prevalence updates of substance use among Egyptian adolescents. *Middle East current psychiatry*, 27(1), 1-8.

-Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology review*, 24(7), 737-767.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.004>

-Reich, J., & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive psychiatry*, 29(1), 72-75. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(88\)90039-9](https://doi.org/10.1016/0010-440x(88)90039-9)

-Reiner, I., Tibubos, A. N., Hardt, J., Müller, K., Wölfling, K., & Beutel, M. E. (2017). Peer attachment, specific patterns of internet use and problematic internet use in male and female adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 26(10), 1257-1268.

<https://doi.org/10.1007/s00787-017-0984-0>

-Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual review of psychology*, 54, 25-53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>

-Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., Spencer, M. A., & Keller, M. B. (2004). Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour research and therapy*, 42(1), 79-91.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00074-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00074-3)

-Rothmore, J. (2020). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Medical Journal of Australia*, 212(7), 329-334. doi: 10.5694/mja2.50522

-Ruhé, H. G., Mason, N. S., & Schene, A. H. (2007). Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Molecular psychiatry*, 12(4), 331-359. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001949>

-Saikia, A. M., Das, J., Barman, P., & Bharali, M. D. (2019). Internet addiction and its relationships with depression, anxiety, and stress in urban adolescents of Kamrup District, Assam. *Journal of family & community medicine*, 26(2), 108. doi: 10.4103/jfcm.JFCM_93_18

- Salameh, P., Rachidi, S., Al-Hajje, A., Awada, S., Chouaib, K., Saleh, N., & Bawab, W. (2015). Substance use among Lebanese university students: prevalence and associated factors/Consommation de substances psychoactives des étudiants universitaires libanais: prevalence et facteurs associés. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(5), 332-342. <https://doi.org/10.1186/s43045-019-0013-8>
- Sayegh, A., Hussein, N., & Bdier, D. (2021). Internet addiction and achievement motivation among university students. *Journal of Concurrent Disorders*, 3(2), 110.
- Schmitz, J. (2005). The interface between impulse-control disorders and addictions: Are pleasure pathway responses shared neurobiological substrates. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 149–168. <https://doi.org/10.1080/10720160500203641>
- Schulz, P., & Macher, J. P. (2022). The clinical pharmacology of depressive states. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.1/pschulz>
- Seki, T., Hamazaki, K., Natori, T., & Inadera, H. (2019). Relationship between internet addiction and depression among Japanese university students. *Journal of affective disorders*, 256, 668-672. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.055>
- Sen, S., Duman, R., & Sanacora, G. (2008). Serum brain-derived neurotrophic factor, depression, and antidepressant medications: meta-analyses and implications. *Biological psychiatry*, 64(6), 527-532. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.05.005>
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (2000). "Computer addiction": a critical consideration. *The American journal of orthopsychiatry*, 70(2), 162–168. <https://doi.org/10.1037/h0087741>
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., Jr, Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of affective disorders*, 57(1-3), 267–272. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00107-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00107-x)
- Shen, W., Liu, H., Xie, X., Liu, H., & Zhou, W. (2017). Biochemical Diagnosis in Substance and Non-substance Addiction. *Advances in experimental medicine and biology*, 1010, 169–202. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_9
- Shen, Y., Meng, F., Xu, H., Li, X., Zhang, Y., Huang, C., ... & Zhang, X. Y. (2020). Internet addiction among college students in a Chinese population: Prevalence, correlates, and its

relationship with suicide attempts. *Depression and anxiety*, 37(8), 812-821.

<https://doi.org/10.1002/da.23036>

-Shepherd, R. M., & Edelman, R. J. (2005). Reasons for internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 949-958.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.001>

-Shotton, M. (1991) The costs and benefits of computer addiction. *Behaviour and Information Technology*, 10, 219–230. Wallace, P. (1999) *The Psychology of the Internet*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1080/01449299108924284>

-Small, G. W., Lee, J., Kaufman, A., Jalil, J., Siddarth, P., Gaddipati, H., ... & Bookheimer, S. Y. (2022). Brain health consequences of digital technology use. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/gsmall>

-Soulioti, E., Stavropoulos, V., Christidi, S., Papastefanou, Y., & Roussos, P. (2018). The relationship of internet addiction with anxiety and depressive symptomatology. *Psychiatriki*, 29(2), 160–171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.292.160>

-Soulioti, E., Stavropoulos, V., Christidi, S., Papastefanou, Y., & Roussos, P. (2018). The relationship of internet addiction with anxiety and depressive symptomatology. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 29(2), 160-171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.292.160>

-Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 17(6), 605-625.

-Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

-Stein, M. B., Chen, C. Y., Jain, S., Jensen, K. P., He, F., Heeringa, S. G., ... & Army STARRS Collaborators. (2017). Genetic risk variants for social anxiety. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 174(2), 120-131. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32520>

-Stieger, S., & Burger, C. (2010). Implicit and explicit self-esteem in the context of internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(6), 681-688.

- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, 155(37), 611–620.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Struijs, S. Y., de Jong, P. J., Jeronimus, B. F., van der Does, W., Riese, H., & Spinhoven, P. (2021). Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1347-1359.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.086>
- Swaab, D. F., Bao, A. M., & Lucassen, P. J. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing research reviews*, 4(2), 141-194.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2005.03.003>
- Tan, G. X., Soh, X. C., Hartanto, A., Goh, A. Y., & Majeed, N. M. (2023). Prevalence of anxiety in college and university students: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100658.
- Tang, H., Li, Y., Dong, W., Guo, X., Wu, S., Chen, C., & Lu, G. (2024). The relationship between childhood trauma and internet addiction in adolescents: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*. <https://doi.org/10.1556/2006.2024.00001>
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Addiction*, 105, 556–564.
- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 87-88. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., & Fredrikson, M. (2001). Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study. *The American journal of psychiatry*, 158(8), 1220–1226.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1220>
- Ting, C. H., & Chen, Y. Y. (2020). Smartphone addiction. In *Adolescent addiction* (pp. 215-240). Academic Press. DOI: 10.9734/JSRR/2015/12245
- Tobaldini, E., Carandina, A., Toschi-Dias, E., Erba, L., Furlan, L., Sgoifo, A., & Montano, N. (2020). Depression and cardiovascular autonomic control: a matter of vagus and sex

paradox. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 116, 154-161.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.029>

-Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., Morelli, M., & Bianchi, D. (2018). Relationship with parents, emotion regulation, and callous-unemotional traits in adolescents' Internet addiction. *BioMed Research International*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/7914261>

-Tsitsika, A., Critselis, E., Louizou, A., Janikian, M., Freskou, A., Marangou, E., ... & Kafetzis, D. A. (2011). Determinants of Internet addiction among adolescents: a case-control study. *The scientific world journal*, 11, 866-874. <https://doi.org/10.1100/tsw.2011.85>

-Turel, O., Mouttapa, M., & Donato, E. (2015). Preventing problematic Internet use through video-based interventions: A theoretical model and empirical test. *Behaviour & Information Technology*, 34(4), 349–362. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2014.936041>.

-Uhl, G. R., Koob, G. F., & Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5-28. <https://doi.org/10.1111/nyas.13989>

-Ulrich-Lai, Y. M., & Herman, J. P. (2009). Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nature reviews neuroscience*, 10(6), 397-409.
<https://doi.org/10.1038/nrn2647>

-Urbanoski, K. A., & Kelly, J. F. (2012). Understanding genetic risk for substance use and addiction: A guide for non-geneticists. *Clinical Psychology Review*, 32(1), 60-70.

-Vahia, V. N. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian journal of psychiatry*, 55(3), 220.

-Vigna-Taglianti, F., Brambilla, R., Priotto, B., Angelino, R., Cuomo, G., & Diecidue, R. (2017). Problematic internet use among high school students: Prevalence, associated factors and gender differences. *Psychiatry Research*, 257, 163 - 171.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.039>

-Von Frijtag, J. C., Reijmers, L. G. J. E., Van der Harst, J. E., Leus, I. E., Van den Bos, R., & Spruijt, B. M. (2000). Defeat followed by individual housing results in long-term impaired reward-and cognition-related behaviours in rats. *Behavioural brain research*, 117(1-2), 137-146. [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(00\)00300-4](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(00)00300-4)

- Walters, G. D. (1996). Addiction and identity: Exploring the possibility of a relationship. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(1), 9. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.1.9>
- Wang, P., M. Zhao, X. Wang, X. Xie, Y. Wang, and L. Lei. 2017. "Peer Relationship and Adolescent Smartphone Addiction: The Mediating Role of Self-Esteem and the Moderating Role of the Need to Belong." *Journal of Behavioral Addictions* 6 (4): 708–717. doi:10.1556/2006.6.2017.079
- Ward III, D. L. (2000). *The relationship between psychosocial adjustment, identity formation, and problematic Internet use*. The Florida State University.
- Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2017). The prevalence and psychosocial correlates of internet gaming disorder: analysis in a nationally representative sample of 12-to 25-Year-Olds. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(25), 419. doi: 10.3238/arztebl.2017.0419
- Watson, N. L., DeMarree, K. G., & Cohen, L. M. (2018). Cigarette craving and stressful social interactions: The roles of state and trait social anxiety and smoking to cope. *Drug and alcohol dependence*, 185, 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.11.037>
- Weeks, J. W., & Howell, A. N. (2014). Fear of positive evaluation: The neglected fear domain in social anxiety. *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder*, 433-453. <https://doi.org/10.1002/9781118653920.ch20>
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological assessment*, 17(2), 179. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.179>
- Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 277-283. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491880>
- Weinstein, A., Feder, L. C., Rosenberg, K. P., & Dannon, P. (2014). Internet addiction disorder: Overview and controversies. *Behavioral addictions*, 99-117. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00005-7>

- Wen Li, Jennifer and others (2015), Characteristics of internet addiction/pathological internet use in US university students: a qualitative-method investigation, *PloS one* 10 (2), e0117372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117372>
- Widyanto, L., & McMurrin, M. (2004). The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology & behavior*, 7(4), 443-450. <https://doi.org/10.1089/cpb.2004.7.443>
- Williams, J. M. G. (2013). *The psychological treatment of depression*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203414903>
- Wootton, R. E., Richmond, R. C., Stuijzand, B. G., Lawn, R. B., Sallis, H. M., Taylor, G. M., ... & Munafò, M. R. (2020). Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: a Mendelian randomisation study. *Psychological medicine*, 50(14), 2435-2443. doi:10.1017/S0033291719002678
- World Health Organization(WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.
- World Health Organization. Depression. (2018). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Accessed June 13, 2022
- WS, W. I., Bahar, N., & Mahadevan, R. (2018). Internet Addiction among Secondary School Students in Klang Valley, Malaysia: What is the Association with Depressive Symptoms, Anxiety Symptoms, and SelfEsteem?. *IJUM Medical Journal Malaysia*, 17(2). <https://doi.org/10.31436/imjm.v17i2.267>
- Xi, Y. (2020). Anxiety: A concept analysis. *Frontiers of Nursing*, 7(1), 9-12.
- Xin, M., Xing, J., Pengfei, W., Houru, L., Mengcheng, W., & Hong, Z. (2018). Online activities, prevalence of Internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. *Addictive Behaviors Reports*, 7, 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.10.003>
- Yang, S. C., & Tung, C. J. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computers in human behavior*, 23(1), 79-96. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.03.037>

- Yang, X., Guo, W. J., Tao, Y. J., Meng, Y. J., Wang, H. Y., Li, X. J., ... & Li, T. (2022). A bidirectional association between internet addiction and depression: a large-sample longitudinal study among Chinese university students. *Journal of affective disorders*, 299, 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.013>
- Ye, S., Cheng, H., Zhai, Z., & Liu, H. (2021). Relationship Between Social Anxiety and Internet Addiction in Chinese College Students Controlling for the Effects of Physical Exercise, Demographic and Academic Variables. *Frontiers in Psychology*, 12, 3260. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.698748>
- Yen, J. Y., C. H. Ko, C. F. Yen, S. H. Chen, W. L. Chung, and C. C. Chen. 2008. "Psychiatric Symptoms in Adolescents with Internet Addiction: Comparison with Substance use." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62 (1): 9–16. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01770.x
- Younes, F., Halawi, G., Jabbour, H., El Osta, N., Karam, L., Hajj, A., & Rabbaa Khabbaz, L. (2016). Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: a cross-sectional designed study. *PloS one*, 11(9), e0161126. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161126>
- Young, Kimberly S. (1996) : internet addiction the emergence of anew clinical disorder , *cyber psychology and Behavior* , vol . 1 no . 3 , pp. 237-244 .
<https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- Young KS, Yue XD, Ying L (2011). Prevalence estimates and etiologic models of Internet addiction. In: Young KS, Nabuco de Abreu C, editors. *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*. New Jersey: John Wiley & Sons; P. 3–17.
<https://doi.org/10.1002/9781118013991.ch1>
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyber psychology Behavior*. 1, 237–244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. *Bmj*, 319(Suppl S4).
- Young, K. S. (2004). Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402–415. <https://doi.org/10.1177/0002764204270278>
- Young, K. S. (2009). Internet addiction test. *Center for on-line addictions*.

- Young, K. S. (2010). A therapist's guide to assess and treat internet addiction. *Website: <http://www.keithadkins.com/netaddiction/articles/practitioners.pdf>*. Accessed, 26.
- Young, K. S., & Rogers, R. C. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *Cyberpsychology & behavior*, 1(1), 25-28. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.25>
- Yu, L., & Shek, D. T. L. (2018). Testing longitudinal relationships between Internet addiction and well-being in Hong Kong adolescents: cross-lagged analyses based on three waves of data. *Child indicators research*, 11(5), 1545-1562. <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9494-3>
- Yücens, B., & Üzer, A. (2018). The relationship between internet addiction, social anxiety, impulsivity, self-esteem, and depression in a sample of Turkish undergraduate medical students. *Psychiatry research*, 267, 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.033>
- Zenebe, Y., Kunno, K., Mekonnen, M., Bewuket, A., Birkie, M., Necho, M., ... & Akele, B. (2021). Prevalence and associated factors of internet addiction among undergraduate university students in Ethiopia: a community university-based cross-sectional study. *BMC psychology*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00508-z>
- Zhang, Y., Li, G., Liu, C., Chen, H., Guo, J., & Shi, Z. (2023). Mixed comparison of interventions for different exercise types on students with Internet addiction: a network meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1111195. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1111195>
- Zimić, J. I., & Jukić, V. (2012). Familial risk factors favoring drug addiction onset. *Journal of psychoactive drugs*, 44(2), 173–185. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.685408>
- Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>
- Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Advances in experimental medicine and biology*, 1010, 21–41. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

الملاحق:

1- استمارة استخدام الإنترنت:

التعليمية: في إطار إنجاز بحث علمي حول استخدام الإنترنت والعوامل المرتبطة لدى الطلبة الجامعيين، سنعرض عليك مجموعة من الأسئلة والمقاييس التي تعبر عن حالتك الاجتماعية، الاقتصادية والنفسية. يرجى منك قراءة كل عبارة بدقة وذلك بإكمال النقاط أو بوضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة التي تنطبق عليك. جميع الإجابات سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، لذا قم باختيار إجابة واحدة فقط، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وشكراً مسبقاً لتعاونك.

1- معلومات عامة:

1-الجنس: ذكر انثى

2-التخصص:

3-السنة الدراسية:

4-وضعية السكن: مقيم بالإقامة الجامعية غير مقيم

5-مستوى الدخل: منخفض متوسط مرتفع

6-الوضعية الاجتماعية: عازب متزوج مطلق

7-هل تمارس عمل معين باستثناء الدراسة؟ نعم أعمل لا أعمل

لا	أحيانا	نعم	العبارات
			1-أقضي أكثر من 4 ساعات في استخدام الإنترنت يوميا.
			2-أستخدم الإنترنت في الجامعة أكثر من المنزل.

			3-يمكنني الوصول والاتصال بالإنترنت بسهولة عبر هاتفي المحمول.
			4-غالبا ما أستخدم الإنترنت من أجل التواصل الاجتماعي.
			5-لدي أماكن مخصصة للدراسة بعيدا عن الإنترنت.
			6-غالبا ما أستخدم الإنترنت في المساء أكثر من الفترة الصباحية.
			7-يمكنني الاتصال بشبكة الإنترنت في أماكن متعددة (منزل، جامعة، إقامة، مقهى..).
			8-أشعر بالرغبة الملحة في الاطلاع على الأخبار الجديدة، التحديثات الاجتماعية، أو المعلومات الأكاديمية المنشورة بالإنترنت.
			9-تدعمني عائلتي في استخدام الإنترنت.
			10- يؤثر أصدقائي على مدة ونوعية استخدامي للإنترنت.
			11- أثرت الإنترنت سلبا على مستواي الدراسي.
			12- أستخدم تطبيقات ومواقع التواصل الاجتماعي لمناقشة مواضيع الدراسة مع زملائي.
			13-أعتمد على الإنترنت في إعداد بحوثي والمشاريع الدراسية.
			14-استخدامي للإنترنت يصبح أكثر متعة عندما أشارك المنشورات، الصور والفيديوهات وأناقشها مع أصدقائي.
			15- يساهم استخدامي للإنترنت في تعزيز تفاعلاتي وعلاقاتي مع الأصدقاء والعائلة.
			16- تؤثر تكلفة وثمان خدمات الإنترنت على استخدامي اليومي لها.
			17- تساهم أسرتي في تغطية نفقات الإنترنت التي أحتاجها.
			18- أخصص ميزانية خاصة لدفع تكاليف تفعيل الاتصال بالإنترنت.
			19- أنفق قدرًا كبيرًا من المال في الأنشطة الترفيهية على الإنترنت كالتسوق، ومشاهدة الأفلام المدفوعة كموقع netflix ..
			20-أفكر في تقليل المدة الزمنية التي أقضيها في استخدام الإنترنت يوميا.
			21-أمارس نشاطات بديلة لاستخدام الإنترنت كالرياضة، القراءة، الهوايات..
			22-أستخدم تطبيقات معينة لمتابعة الوقت الذي أقضيه في استخدام الإنترنت مثل: Offtime ، Forest ، RescueTime ..
			23-أخصص أوقات معينة في اليوم أمتنع فيها عن استخدام الإنترنت.

2- مقياس إدمان الإنترنت ليونغ:

التعليمة: بين يدك مجموعة من الأسئلة التي تعكس طبيعة تعاملك مع الإنترنت، الرجاء قراءة كل فقرة بدقة وبيان مدى انطباقها عليك، وذلك بوضع علامة (x) أمام أحد البدائل التي تمثلك (أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما)، وتأكد جيدا من اختيارك إجابة واحدة فقط:

دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	العبارة
					1- هل تقضي وقتا أطول مما كنت تتوي القيام به عندما تستخدم الإنترنت؟
					2- هل تهمل أعمالك المنزلية لتقضي وقتا أطول على الإنترنت؟
					3- هل تستمتع بالتواصل مع أصدقائك عبر الإنترنت أكثر من الخروج برفقتهم؟
					4- هل تفضل تكوين علاقات صداقة عبر الإنترنت أكثر من الصداقات الواقعية؟
					5- هل يشتكى أهلك من قلة جلوسك وتواصلك معهم لانشغالك الدائم بالإنترنت؟
					6- هل تواجه صعوبات في مراجعة دروسك وإنجاز مهامك الدراسية بسبب انشغالك المتواصل على الإنترنت؟
					7- هل تشعر بالحاجة الماسة لتفقد الرسائل الواردة لبريدك وحساباتك الشخصية على مواقع التواصل الاجتماعي؟
					8- هل تتأخر في أداء واجباتك اليومية بسبب الوقت الذي تقضيه على الإنترنت؟
					9- هل يساعدك الإنترنت في نسيان مشكلاتك والتخفيف من الضغوط التي تواجهك؟
					10- هل تشعر بأن الوقت يمر بسرعة عندما تستخدم الإنترنت؟
					11- هل أول شيء تفعله بمجرد أن تستيقظ هو الاتصال بالإنترنت؟

					12- هل تعتقد بأن حياتك بدون إنترنت مستحيلة أو كئيبة؟
					13- هل تشعر بالاستياء والتعاسة طوال اليوم إذا لم تتمكن من الاتصال بالإنترنت؟
					14- هل تعاني من صعوبات في النوم بسبب سهرك لوقت متأخر بسبب الإنترنت؟
					15- هل انخفضت علامتك الدراسية بالامتحانات بسبب انشغالك الدائم بالإنترنت؟
					16- هل تشعر بالتعب والإرهاق لكثرة الوقت الذي تقضيه متصلا على الإنترنت؟
					17- هل سبق وأن فشلت محاولتك في التقليل أو التوقف عن استخدام الإنترنت؟
					18- هل انخفض اهتمامك بالأنشطة والهوايات التي كنت تمارسها في السابق بسبب انشغالك المتواصل بالإنترنت؟
					19- هل تشعر بأن مستوى تركيزك وانتباهك وذاكرتك قد انخفض بسبب كثرة استخدام الإنترنت؟
					20- هل تشعر بأنك تقضي وقتا في الحياة الافتراضية أكثر من الوقت الذي تعيشه بالحياة الواقعية؟

3- مقياس القلق والاكتئاب (HADS):

التعليمية: بين يديك مجموعة من الفقرات التي تعكس طبيعة مشاعرك وأفكارك في الأشهر الأخيرة، الرجاء قراءة كل عبارة بدقة وبيان مدى انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (x) أمام أحد البدائل (أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما)، تأكد جيدا من اختيارك إجابة واحدة فقط:

العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1- أشعر بالتوتر في معظم الأوقات.					
2- أشعر بالقلق حيال احتمال حدوث الأسوأ.					
3- أشعر بالخوف دون سبب واضح ومحدد.					

					4- أواجه صعوبة في الوصول إلى حالة من الهدوء والاسترخاء.
					5- أجد صعوبة في محاولة التحكم في قلقي.
					6- تسيطر عليّ المخاوف حول المستقبل.
					7- أشعر بأنني غير قادر على مواجهة المواقف اليومية.
					8- أشعر بالحزن العميق في معظم الأيام.
					9- أواجه صعوبة في الاستمتاع بالأنشطة التي كنت أستمتع بها من قبل.
					10- أشعر أنني عبئ على الآخرين وأني لا أستحق السعادة.
					11- تجعلني أفكار السلبية أنعزل وأبتعد عن الآخرين.
					12- أشعر بالتعب والكسل حتى عند القيام بأبسط الأنشطة.
					13- أجد صعوبة في النوم أو أستيقظ مبكرًا جدًا.
					14- أشعر أن الحياة ليست لها معنى.

4-مقياس الرهاب الاجتماعي 2 BFNE:

التعليمية: بين يديك مجموعة من الفقرات التي تعكس طبيعة مشاعر القلق لديك عند تعاملك مع الآخرين، الرجاء قراءة كل فقرة بدقة وبيان مدى انطباقها عليك بوضع علامة (x) أمام أحد البدائل (أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما)، تأكد جيدا من اختيارك إجابة واحدة فقط:

العبرة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1. ينتابني القلق كلما فكرت في كيفية تقييم الآخرين لي.					
2. أشعر بالانزعاج الشديد عندما يكون الناس انطباقًا سلبيًا عني.					
3. أخشى كثيرًا أن يلاحظ الآخرون عيوبي وأخطائي.					
4. أشعر بالقلق حيال الانطباعات التي أتركها عند من حولي.					

					5. أخشى من عدم توافق الآراء بيني وبين الآخرين.
					6. أخاف أن يلاحظ الناس ارتباكي وترددي أثناء تعاملي معهم.
					7. أشعر بأنني سأكون محط انتقادات الناس عندما أضطر للتعامل معهم.
					8. عند الحديث مع الآخرين، تتتابني مخاوف حول ما قد يفكرون فيه عني.
					9. تسيطر عليّ مخاوف من قول أو فعل شيء قد يكون غير مناسب أو محرج.
					10. أشعر بالتوتر وعدم الارتياح عند مقابلة أشخاص جدد.
					11. أحاول تجنب المواقف الاجتماعية التي قد أتعرض فيها للإحراج أو الخجل.
					12. تُشعرنني فكرة تقديم نفسي أمام مجموعة من الناس بالخوف الشديد والذعر.

5- ملاحق تطبيق برنامج Spss في الدراسة الاستطلاعية:

Correlations									
		البيئية العوامل محور	من 4 أكثر أفضى ساعات في استخدام الإنترنت 1-يوميا	الوصول يمكنه بسهولة عبر هاتفى المحمول-3	أستخدم ما 3 الإنترنت من أجل التواصل اجتماعي-4	مخصصة أماكن لدي للدراسة بعيدا عن الإنترنت-5	أستخدم ما أعلا أكثر من الفهره الصناعيه-6	الاتصال يمكنه شبكة الإنترنت في أماكن محدده (جامعة، منزل) إقامة، 7- مهنى..)	المليه بالر عيه أنسر في الابل ع على الأخبار المحدده، 8- المحادثات- اجتماعيه، أو المعلومات الأكاديميه المنشوره بالإنترنت
البيئية العوامل محور	Pearson Correlation	1	,950**	,845**	,967**	,924**	,967**	,789**	,856**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
استخدام في ساعات من 4 أكثر أفضى الإنترنت 1-يوميا	Pearson Correlation	,950**	1	,768**	,975**	,841**	,967**	,687**	,752**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
بالإنترنت والاتصال الوصول يمكنه بسهولة عبر هاتفى المحمول-3	Pearson Correlation	,845**	,768**	1	,795**	,793**	,804**	,576**	,644**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
أجل من الإنترنت أستخدم ما 3 التواصل 4-اجتماعي	Pearson Correlation	,967**	,975**	,795**	1	,866**	,991**	,707**	,756**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
بيدا للدراسة مخصصة أماكن لدي عن الإنترنت	Pearson Correlation	,924**	,841**	,793**	,866**	1	,857**	,656**	,834**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
النساء في الإنترنت أستخدم ما أعلا أكثر من الفهره 6-الصناعيه	Pearson Correlation	,967**	,967**	,804**	,991**	,857**	1	,714**	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
الاتصال يمكنه بالإنترنت	Pearson Correlation	,700**	,692**	,676**	,707**	,656**	,744**	1	,672**
	Sig. (2-tailed)								
	N	83	83	83	83	83	83	83	83

Correlations									
		الاتصاميه العوامل والاجتماعيه	في عائلتي تدعني استخدام الإنترنت والاجتماعيه	على أسديفكي بوكز مده ونوعيه استخدامي للإنترنت-10	سألا الإنترنت أرتت على مستوى الدراسي-11	تطبيقات أستخدم ومواقع التواصل اجتماعي لمناقشه مواضيع القراءه مع زملي-12	الإنترنت على أعمد في إعداد جولي والشناخج القراءه-13	استخدامي-14 إنترنت أصبح أكثر مفعه عندما أشارك المشورات، الصور والفيديوهات واناشها مع أسديفكي	استخدامي بساهم في تعزيز نفا ع لاني وع لاني مع 15-الأصدقاء والمطله
الاتصاميه العوامل والاجتماعيه	Pearson Correlation	1	,905**	,896**	,892**	,845**	,803**	,446**	,396**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
الإنترنت استخدام في عائلتي تدعني 9	Pearson Correlation	,905**	1	,936**	,919**	,845**	,692**	,355**	,316**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,001	,004
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
ونوعيه مده على أسديفكي بوكز استخدامي 10-الإنترنت	Pearson Correlation	,896**	,936**	1	,927**	,843**	,698**	,345**	,255**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,001	,020
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
مستوي على سأل الإنترنت أرتت الدراسي-11	Pearson Correlation	,892**	,919**	,927**	1	,901**	,672**	,396**	,315**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,004
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
التواصل ومواقع تطبيقات أستخدم اجتماعي لمناقشه مواضيع القراءه مع 12-زملي	Pearson Correlation	,845**	,845**	,843**	,901**	1	,732**	,394**	,337**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,002
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
جولي إعداد في الإنترنت على أعمد والشناخج 13-القراءه	Pearson Correlation	,803**	,692**	,698**	,672**	,732**	1	,349**	,322**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,001	,003
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
أكثر يصبح للإنترنت استخدامي-14	Pearson Correlation	,446**	,355**	,345**	,396**	,394**	,349**	1	,791**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,001	,000	,000	,001		,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
تعزيز في الإنترنت استخدامي بساهم نفا ع لاني وع لاني مع 15-الأصدقاء والمطله	Pearson Correlation	,396**	,316**	,255**	,315**	,337**	,322**	,791**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,020	,004	,002	,003	,000	

► Correlations

		Correlations				
		العصاديبة الوامل	ومن تكلفه بوكر خدمات الإنترنت على استخدامي اليومي 16 لها	في أسري مساهم متخذه نطاف الإنترنت الي أحتاجها 17	مزاياه أخصص خاصة لفع تكاليف الاتصال شبكة الإنترنت-18	من اكثير أقر أبق المال في الأنشطة الترفيهيه على الإنترنت كالسوق، ومساذه 19- الأفل المدعو عه كموجع بنطكس أو غيره
العصاديبة الوامل	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,732** ,000 83	,732** ,000 83	,765** ,000 83	,615** ,000 83	,854** ,000 83
الإنترنت خدمات ومن تكلفه بوكر على استخدامي اليومي 16 لها	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,732** ,000 83	1 ,000 83	,682** ,000 83	,537** ,000 83	,650** ,000 83
نطاف متخذه في أسري مساهم الإنترنت الي 17 أحتاجها	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,765** ,000 83	,682** ,000 83	1 ,000 83	,662** ,000 83	,583** ,000 83
تكاليف لفع خاصة مزاياه أخصص الاتصال شبكة 18- الإنترنت	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,615** ,000 83	,537** ,000 83	,662** ,000 83	1 ,000 83	,390** ,000 83
الأنشطة في المال من اكثير أقر أبق الترفيهيه على الإنترنت كالسوق، المدعو عه الأفل ومساذه 19- كموجع بنطكس أو غيره	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,854** ,000 83	,650** ,000 83	,583** ,000 83	,390** ,000 83	1 ,000 83

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

► Correlations

		Correlations				
		القطر اسر ابيحيات	المده نطول في أقر الزمنية الي أخصيها في استخدام الإنترنت يوميا-20	نشاطات أمارس بديله استخدام الإنترنت كالرياضه، القراءه، الهوايات- 21 وغيرها	تطبيقات أستخدم معيحه لمعاينه الوقت الذي أخصيه في استخدام الإنترنت- مثال: 22 RescueTime، Forest، Offtime	أوقات أخصص معيحه في اليوم أمتح فيها عن استخدام الإنترنت-23
القطر اسر ابيحيات	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,850** ,000 83	,850** ,000 83	,982** ,000 83	,982** ,000 83	,951** ,000 83
المده نطول في أقر الزمنية الي أخصيها في استخدام الإنترنت يوميا- 20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,850** ,000 83	1 ,000 83	,751** ,000 83	,751** ,000 83	,690** ,000 83
استخدام بديله نشاطات أمارس الإنترنت كالرياضه، القراءه، الهوايات- 21 وغيرها	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,982** ,000 83	,751** ,000 83	1 ,000 83	1,000** ,000 83	,950** ,000 83
الوقت لمعاينه معيحه تطبيقات أستخدم الذي أخصيه في استخدام الإنترنت-22 مثال: RescueTime، Forest، Offtime	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,982** ,000 83	,751** ,000 83	1,000** ,000 83	1 ,000 83	,950** ,000 83
أمتح اليوم في معيحه أوقات أخصص فيها عن استخدام الإنترنت-23	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,951** ,000 83	,690** ,000 83	,950** ,000 83	,950** ,000 83	1 ,000 83

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

♦ T-Test

Group Statistics

المجموعه	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الطلاب	25	4,8800	3,10000	,62000
العلماء	25	18,9200	1,91311	,38262

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الطلاب	Equal variances assumed	8,590	,005	-19,271	48	,000	-14,04000	,72856	-15,50487	-12,57513
	Equal variances not assumed			-19,271	39,965	,000	-14,04000	,72856	-15,51252	-12,56748

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,795	23

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
استخدام في ساعات من 4 أكثر أفضى الإنترنت 1-جوميما	24,2892	44,598	,647	,768
من أكثر الجامعة في الإنترنت استخدم المنزل-2	24,2892	44,501	,685	,767
بالإنترنت والوصول الوصول يمكنني بسهولة عبر هاتفي 3-المحمول	24,3614	44,941	,666	,768
أجل من الإنترنت استخدم ما 3 الفواصل 4-0-4-تجما عي	24,2530	44,411	,683	,766
بعيدا للدراسة مخصصه أماكن لدي عن 5-الإنترنت	24,3133	45,315	,607	,772
السهاء في الإنترنت استخدم ما 1-عالم	24,2410	44,478	,683	,767

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
Total		83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,587
		N of Items	12 ^a
	Part 2	Value	,605
		N of Items	11 ^b
		Total N of Items	23
Correlation Between Forms			
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,949
	Unequal Length		,950
Guttman Split-Half Coefficient			
			,949

a. The items are: أهسي أكثر من 4 ساعات في استخدام الإنترنت يوميا-1, يمكنني الوصول والوصول بالإنترنت بسهولة عبر هاتفي المحمول-3, لدي أماكن مخصصة للدراسة بعيدا عن الإنترنت-5, يمكنني الاتصال بشبكة الإنترنت في أماكن متعددة (مدرسة، جامعة، إقامة،...), ندم على عائلتي في استخدام الإنترنت-9, أشرت الإنترنت سلفا على مستوى الدراسي-11, أتعلم على الإنترنت في إعداد بحوثي والشارح الدراسة-13. ساهم استخدامي للإنترنت في، بعد ذلك نفا 0، و 0،0، مم

		إنترنت إيمان	أقول إنها نفسي هل مما كنت نوي القيام به عندما تستخدم الإنترنت؟	أعماك نهم هل التدريفة نفسي بها أقول على الإنترنت؟	بالوسائل سمع هل مع أسدك غير أقول على الإنترنت أكثر من الولوج برهمهم؟	بالوسائل سمع هل مع أسدك غير أقول على الإنترنت أكثر من الولوج برهمهم؟	من أنك بنكي هل كله طورك ونواصك مهم لاندك الأمر بالإنترنت؟	صمودت نواصه هل في مراجعة دروسك وإخبار مهمك الدراسي بصب اشكك النواص على الإنترنت؟	بالساعة نضر هل الماسة لفضد الرسائل الوارده لردك وحسابك الشخصية على مواقع النواص الإجتماعي؟	أداء في نأخر هل مسانك وواجبك اليومية بصب الوقت الذي نفضيه على الإنترنت؟
إنترنت إيمان	Pearson Correlation	1	,537**	,613**	,350**	,339**	,578**	,695**	,505**	,483**
	Sig. (1-tailed)		,000	,000	,001	,001	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
نوي كنت مما أقول بها نفسي هل القيام به عندما تستخدم الإنترنت؟	Pearson Correlation	,537**	1	,399**	,164	,199	,326**	,486**	,298**	,343**
	Sig. (1-tailed)	,000		,000	,069	,036	,001	,000	,003	,001
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
وهي نفسي التدريفة أعماك نهم هل أقول على الإنترنت؟	Pearson Correlation	,613**	,399**	1	,154	,223*	,389**	,358**	,248**	,315**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000		,082	,021	,000	,000	,012	,002
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
أسدك مع بالوسائل سمع هل غير الإنترنت أكثر من الولوج برهمهم؟	Pearson Correlation	,350**	,164	,154	1	,655**	,171	,235*	,170	,278**
	Sig. (1-tailed)	,001	,069	,082	,000	,000	,061	,016	,062	,005
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
أسدك مع بالوسائل سمع هل غير الإنترنت أكثر من الولوج برهمهم؟	Pearson Correlation	,339**	,199	,223*	,655**	1	,458**	,170	,232*	,205**
	Sig. (1-tailed)	,001	,036	,021	,000		,000	,062	,017	,032
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
طورك هل من أنك بنكي هل ونواصك مهم لاندك الأمر بالإنترنت؟	Pearson Correlation	,578**	,326**	,389**	,171	,458**	1	,479**	,313**	,340**
	Sig. (1-tailed)	,000	,001	,000	,061	,000		,000	,002	,001
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
مراجعة في صمودت نواصه هل دروسك وإخبار مهمك الدراسي بصب اشكك النواص على الإنترنت؟	Pearson Correlation	,695**	,486**	,358**	,235*	,170	,479**	1	,335**	,574**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,016	,062	,000		,001	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
الرسائل لفضد الماسة بالناجيه نضر هل	Pearson Correlation	,505**	,298**	,248**	,170	,232*	,313**	,335**	1	,251**

```

SORT CASES BY التعلق (A) .
DATASET ACTIVATE DataSet3.
T-TEST GROUPS=مجموعة ايمان ,مجموعة (2 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=الدرجات
/CRITERIA=CI (.95) .

```

→ T-Test

[DataSet3]

Group Statistics

الإيمان بمجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التعلق	25	9,8400	1,57268	,31454
الطبا	25	22,4800	2,78568	,55714

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
التعلق	Equal variances assumed	7,672	,008	-19,756	48	,000	-12,64000	,63979	-13,92639	-11,35361
	Equal variances not assumed			-19,756	37,888	,000	-12,64000	,63979	-13,93532	-11,34468

→ Reliability

[DataSet1] C:\Users\PC 24\Documents\الدراسة الاستطلاعية\ DataSet1.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,892	20

→ Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,774
		N of Items	10 ^a
	Part 2	Value	,803
		N of Items	10 ^b
	Total N of Items		20
Correlation Between Forms			,898
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,946
	Unequal Length		,946
Guttman Split-Half Coefficient			,946

a. The items are: هل تفضي وبها أطول مما كنت تظن في القيام به عندما تستخدم الإنترنت؟ هل تستمتع بالتواصل مع أصدقائك عبر الإنترنت أكثر من الخروج برحلتهم؟ هل تشك في أنك من فئة جوسك وبواصلك معهم لإشغالك أثناء الإنترنت؟ هل تشعر بالحاجة الماسة لفتح الرسائل الواردة لبريدك وحساباتك الشخصية على مواقع التواصل الاجتماعي؟ هل ساعدك الإنترنت في ضمان مكانتك والشعير من الضغوط التي تواجهك؟ هل أول شيء تفعله بمجرد أن تستيقظ هو الاتصال بالإنترنت؟ هل تشعر

→ Correlations

		الطلب	في الفيزيائيات مخطط الأوقات	حدوث احتمالات حدوث الأخطاء	دون التلويح سبب واضح ومحدد	في مجموعة أولية الوصول إلى حالة من الهذوء والاسترخاء	في مجموعة أيد محاولة التفكير في هذه	على مسيطر المعايير حول المسائل	عبر بادئ الأمر فأدر على مواجبه الواجبات اليومية
الطلب	Pearson Correlation	1	,723**	,756**	,765**	,818**	,773**	,778**	,747**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
في الفيزيائيات مخطط الأوقات	Pearson Correlation	,723**	1	,488**	,466**	,555**	,443**	,470**	,467**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
حدوث احتمالات حدوث الأخطاء	Pearson Correlation	,756**	,488**	1	,496**	,575**	,549**	,524**	,410**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
دون التلويح سبب واضح ومحدد	Pearson Correlation	,765**	,466**	,496**	1	,561**	,503**	,497**	,566**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
في مجموعة أولية الوصول إلى حالة من الهذوء والاسترخاء	Pearson Correlation	,818**	,555**	,575**	,561**	1	,548**	,618**	,534**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
على مسيطر المعايير حول المسائل	Pearson Correlation	,773**	,443**	,549**	,503**	,548**	1	,535**	,548**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
عبر بادئ الأمر فأدر على مواجبه الواجبات اليومية	Pearson Correlation	,747**	,467**	,410**	,566**	,534**	,548**	1	,511**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83

Correlations

		الإكتئاب	المعيق بالدرن أنسر في معظم الأيام	في مسجونه أوائمه الإشماع بالأنسجه التي كت أسمع بها من قبل	عني بلدي أنسر على الآخرين وأني لا ألتحق السعاده	أفكار ي تخفي الضيق لأمول ولقدع عن الآخرين	والكل دالفت أنسر حتى عد الفام بأسب الأنسجه	القوم في مسجونه أيد أو أسبب مسكراً حذاً	ليبت البده أن أنسر لها معني
الإكتئاب	Pearson Correlation	1	,769**	,804**	,617**	,763**	,730**	,738**	,753**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
الأيام بمظم في المعيق بالدرن أنسر	Pearson Correlation	,769**	1	,587**	,344**	,525**	,325**	,571**	,597**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,001	,000	,003	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
بالأنسجه الإشماع في مسجونه أوائمه التي كت أسمع بها من قبل	Pearson Correlation	,804**	,587**	1	,465**	,551**	,475**	,606**	,454**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
وأني بالدرن على عني بلدي أنسر لا ألتحق السعاده	Pearson Correlation	,617**	,344**	,465**	1	,454**	,344**	,282**	,510**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000		,000	,001	,010	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
وأبعد العزل الضيق أفكار ي تخفي عن الآخرين	Pearson Correlation	,763**	,525**	,551**	,454**	1	,482**	,401**	,521**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
الفام عد حتى والكل دالفت أنسر بأسب الأنسجه	Pearson Correlation	,730**	,325**	,475**	,344**	,482**	1	,563**	,533**
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000	,001	,000		,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
امعز أسبب أو القوم في مسجونه أيد حذاً	Pearson Correlation	,738**	,571**	,606**	,282**	,401**	,563**	1	,326**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,010	,000	,000		,003
	N	83	83	83	83	83	83	83	83
معني لها ليبت البده أن أنسر	Pearson Correlation	,753**	,597**	,454**	,510**	,521**	,533**	,326**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	

/VARIABLES=الدرجات
/CRITERIA=CI (.95) .

→ T-Test

Group Statistics

والإكتئاب الفيق	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الطبي الدرجات	25	18,0800	2,25315	,45063
الطبا الدرجات	25	40,0800	5,85178	1,17036

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
الطبا	Equal variances assumed	15,358	,000	-17,542	48	,000	-22,00000	1,25411	-24,52156	-19,47844	
	Equal variances not assumed			-17,542	30,963	,000	-22,00000	1,25411	-24,55790	-19,44210	

→ Reliability

[DataSet1] C:\Users\PC 24\Documents\الدراسة الاستطلاعية\السؤال.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,919	14

→ Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,829
		N of Items	7 ^a
	Part 2	Value	,864
		N of Items	7 ^b
	Total N of Items		14
Correlation Between Forms			,861
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,925
	Unequal Length		,925
Guttman Split-Half Coefficient			,923

a. The items are: أسعار بالفونير في معظم الأوقات، أسعار بالخوف دون سبب واضح، ومحدد، أجد صعوبة في محاولة التحكم في قلبي، أسعار بالبنّي عبر كادر على مواجهته المواقف اليومية، أسعار بالحزن العميق في معظم الأيام، أسعار بالبنّي على الآخرين وألنّي لا أستحق السعادة، أسعار بالحب والكسل حتى عند القيام بأبسط الأنشطة.

b. The items are: أسعار أن الحياة ليست لها معنى، أسعار بالقلق حيال احتمال حدوث الأوسار، أواجه صعوبة في الوصول إلى حالة من الهدوء والاسترخاء، تسبّب عليّ المخاوف حواء الاستقرار، أه أجد صعوبة في الاستمتاع بالأنشطة الفرّ كنت أستمتع بها من قبل.

Output1 [Document1] - IBM SPSS Statistics Viewer*

File Edit View Data Transform Insert Format Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Notes Group Statistics Independent S Log Reliability Title Notes Active Dataset Scale: ALL VAR Case Proc Reliability Log Correlations Title Notes Correlations Log Nonparametric Cor Title Notes Correlations Log Reliability Title Notes Scale: ALL VAR Case Proc Reliability Log Correlations Title Notes Correlations Log Reliability Title Notes Scale: ALL VAR Case Proc Reliability Log Correlations Title Notes Correlations

Correlations

		اجتماعي رهاب	كلما القى بمعاملي مكرت في كيفية تعبير الأخرين في	بالإشارة إلى العدد عندما يكون الانس ابتداءً أو سلباً عني	أن أكثر أمتسي ياخذ الأخرين عيني وأخطائي	مدال بالقلبي أشر الإشادات التي أرثها عدد من حوالي	نواقي عدم من أمتسي الإراء التي وبين الأخرين	ياخذ أن أجاه الانس اريماكي ويردي أباء معاملي مهم	سأكون بالبي أشر عندما أمتطر للعامل مهم	مع التحدث عدد الأخرين، معاملي معارف حول ما يكررون هره عني
اجتماعي رهاب	Pearson Correlation	1								
	Sig. (2-tailed)									
	N	83								
كيفية في مكرت كلما القى بمعاملي تعبير الأخرين في	Pearson Correlation	,722**	1							
	Sig. (2-tailed)	,000								
	N	83	83							
مدى عندما القيد بالآراء أجاه أمتسي الانس ابتداءً أو سلباً عني	Pearson Correlation	,715**	,475**	1						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000							
	N	83	83	83						
الأخرين ياخذ أن أكثر أمتسي عيني وأخطائي	Pearson Correlation	,725**	,502**	,648**	1					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000						
	N	83	83	83	83					
الني الإشادات مدال بالقلبي أشر أرثها عدد من حوالي	Pearson Correlation	,640**	,345**	,607**	,534**	1				
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000					
	N	83	83	83	83	83				
وبين عيني الإراء نواقي عدم من أمتسي الأخرين	Pearson Correlation	,743**	,528**	,578**	,492**	,472**	1			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000				
	N	83	83	83	83	83	83			
اربيماكي الانس ياخذ أن أجاه ويردي أباء معاملي مهم	Pearson Correlation	,783**	,589**	,365**	,473**	,438**	,557**	1		
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,000	,000			
	N	83	83	83	83	83	83	83		
انطباعات مدال سأكون بالبي أمتسي الانس عندما أمتطر للعامل مهم	Pearson Correlation	,771**	,604**	,457**	,531**	,367**	,512**	,642**	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000		

T-Test

[DataSet3]

Group Statistics

الاجتماعي الرهاب	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
السطي الفرجات الفئات	25	14,2400	1,92094	,38419
العليا الفرجات	25	36,6800	9,34844	1,86969

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الفئات	Equal variances assumed	28,388	,000	-11,756	48	,000	-22,44000	1,90875	-26,27780	-18,60220
	Equal variances not assumed			-11,756	26,023	,000	-22,44000	1,90875	-26,36333	-18,51667

→ Reliability

[DataSet1] C:\Users\PC 24\Documents\الدراسة الاستطلاعية.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,917	12

→ Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,844	
		N of Items	6 ^a	
	Part 2	Value	,832	
		N of Items	6 ^b	
Total N of Items			12	
Correlation Between Forms				,897
Spearman-Brown		Equal Length	,946	
Coefficient		Unequal Length	,946	
Guttman Split-Half Coefficient				,943

a. The items are: ينبغي الفنى كلما فكرت في كيفية تقييم الآخرين لي، أختنى كثيراً أن أشعر بالخطأ الآخرين عيوني وأخطائي، أختنى من عدم توافق الآراء بيني وبين الآخرين، أشعر بأني سأكون محط انتقادات الناس عندما أصطر للعامل معهم، تسيطر عليّ مخاوف من قول أو فعل شيء قد يكون عبر مناسب أو مخرج، أحاول تجنب المواقف الاجتماعية التي قد أعرض فيها للإخراج أو الخطأ.

b. The items are: أشعر بالانزعاج الشديد عندما يتكون الناس انطباعاً سلبيًا عني، أشعر بالقلق، حياء، الإنطباعات التي أتى بها عند مروري، أخاف أن يلاحظ الناس، أو يهاجموني.

9- ملاحق تطبيق برنامج Spss في الدراسة الأساسية:

IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Visible: 105 of 105 Variables

ع	است7	است6	است5	است4	است3	است2	است1	العمل	الوضعية ا ج	مستوى الدخل	وضعية السكن	المستوى الدراسي	القوم	التخصص	الجنس
279	نعم	لا	نعم	أحياناً	أحياناً	نعم	لا	لا	عرب	متوسط	مقيم	ثانية ليسانس	علوم انسانية	لغسة	أشئ
280	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	أصل	عرب	منخفض	غير مقيم	ثانية ليسانس	علوم انسانية	لغسة	أشئ
281	نعم	نعم	نعم	أحياناً	لا	لا	لا	لا	عرب	متوسط	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
282	نعم	أحياناً	لا	لا	لا	أحياناً	لا	لا	عرب	منخفض	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
283	لا	أحياناً	نعم	أحياناً	لا	لا	لا	لا	عرب	منخفض	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
284	أحياناً	أحياناً	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	أصل	عرب	متوسط	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
285	أحياناً	نعم	نعم	نعم	أحياناً	لا	لا	لا	عرب	منخفض	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
286	نعم	لا	لا	نعم	أحياناً	نعم	أحياناً	لا	عرب	منخفض	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
287	أحياناً	نعم	أحياناً	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	عرب	منخفض	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
288	لا	أحياناً	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	عرب	منخفض	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
289	أحياناً	نعم	لا	أحياناً	نعم	لا	لا	لا	عرب	منخفض	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
290	نعم	نعم	لا	نعم	أحياناً	لا	لا	أصل	عرب	منخفض	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	نكر
291	نعم	أحياناً	نعم	نعم	أحياناً	نعم	نعم	لا	عرب	منخفض	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
292	نعم	نعم	لا	نعم	لا	أحياناً	لا	لا	عرب	متوسط	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
293	أحياناً	نعم	أحياناً	أحياناً	نعم	أحياناً	نعم	أصل	عرب	متوسط	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	نكر
294	أحياناً	نعم	نعم	نعم	أحياناً	نعم	نعم	لا	عرب	منخفض	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
295	نعم	أحياناً	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	عرب	منخفض	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
296	لا	نعم	أحياناً	نعم	أحياناً	لا	نعم	لا	عرب	متوسط	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
297	نعم	نعم	أحياناً	نعم	أحياناً	لا	أحياناً	لا	عرب	متوسط	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
298	لا	نعم	نعم	نعم	لا	لا	لا	لا	عرب	متوسط	غير مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
299	أحياناً	نعم	لا	أحياناً	نعم	نعم	نعم	أصل	عرب	منخفض	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
300	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	لا	لا	لا	عرب	متوسط	مقيم	ماجستير 1	علوم انسانية	لغسة	أشئ
301															

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready Unicode ON

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
إدمان إنترنت 2	,031	300	,200*	,997	300	,892
القلق 2	,038	300	,200*	,994	300	,287
الإكتئاب 2	,047	300	,200*	,989	300	,027
الرهاب 2	,035	300	,200*	,987	300	,008

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

إدمان إنترنت 2

Histogram

DESCRIPTIVES VARIABLES=إدمان إنترنت,القلق الإكتئاب الرهاب الاجتماعي. /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
الإدمان إنترنت	300	4,00	71,00	33,9833	12,66878
القلق	300	,00	28,00	11,9733	6,54437
الإكتئاب	300	,00	28,00	8,8233	5,97196
الاجتماعي الرهاب	300	,00	46,00	13,0700	9,53528
Valid N (listwise)	300				

DESCRIPTIVES VARIABLES=إدمان إنترنت,القلق الإكتئاب الرهاب الاجتماعي. /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Double-click to activate

Output [Document1] - IBM SPSS Statistics Viewer

File Edit View Data Transform Insert Format Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Output

- Log
- T-Test
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Group Statistics
 - Independent Sam

```

GET
FILE='C:\Users\PC 24\Documents\الدراسة الاساسية بعد تعديل.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
SORT CASES BY الإترنت.إدمان (A).
T-TEST GROUPS=الجند (1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=إدمان.إلترنت.إدمان
/CRITERIA=CI (.95).
  
```

T-Test

[DataSet1] C:\Users\PC 24\Documents\الدراسة الاساسية بعد تعديل.sav

Group Statistics

الجند	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ذكر الإترنت.إدمان	30	33,6667	8,53929	1,55905
أنثى	230	37,3739	11,00295	,72551

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الإترنت.إدمان	Equal variances assumed	3,068	,081	-1,776	258	,077	-3,70725	2,08757	-7,81809	,40360
	Equal variances not assumed			-2,156	42,667	,037	-3,70725	1,71960	-7,17593	-,23856

IBM SPSS Statistics Processor is ready. Unicode ON

Output [Document1] - IBM SPSS Statistics Viewer

File Edit View Data Transform Insert Format Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Output

- Log
- T-Test
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Group Statistics
 - Independent Sam
- Log
- T-Test
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Group Statistics
 - Independent Sam

```

T-TEST GROUPS=الممكن. وضعية (1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=إدمان.إلترنت.إدمان
/CRITERIA=CI (.95).
  
```

T-Test

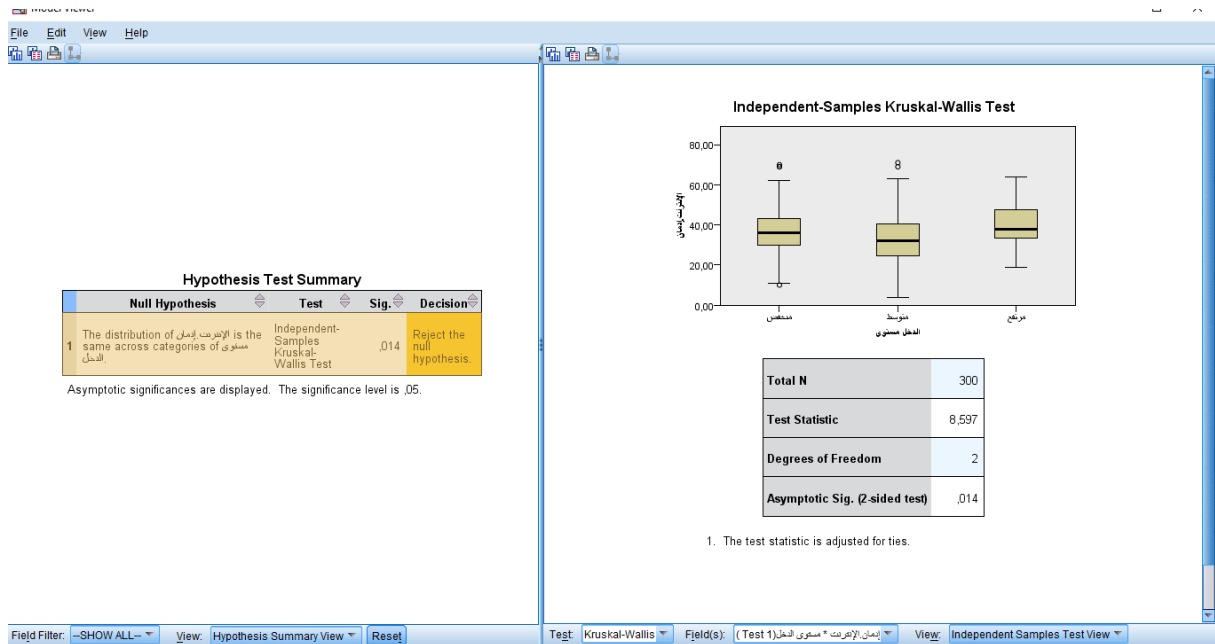
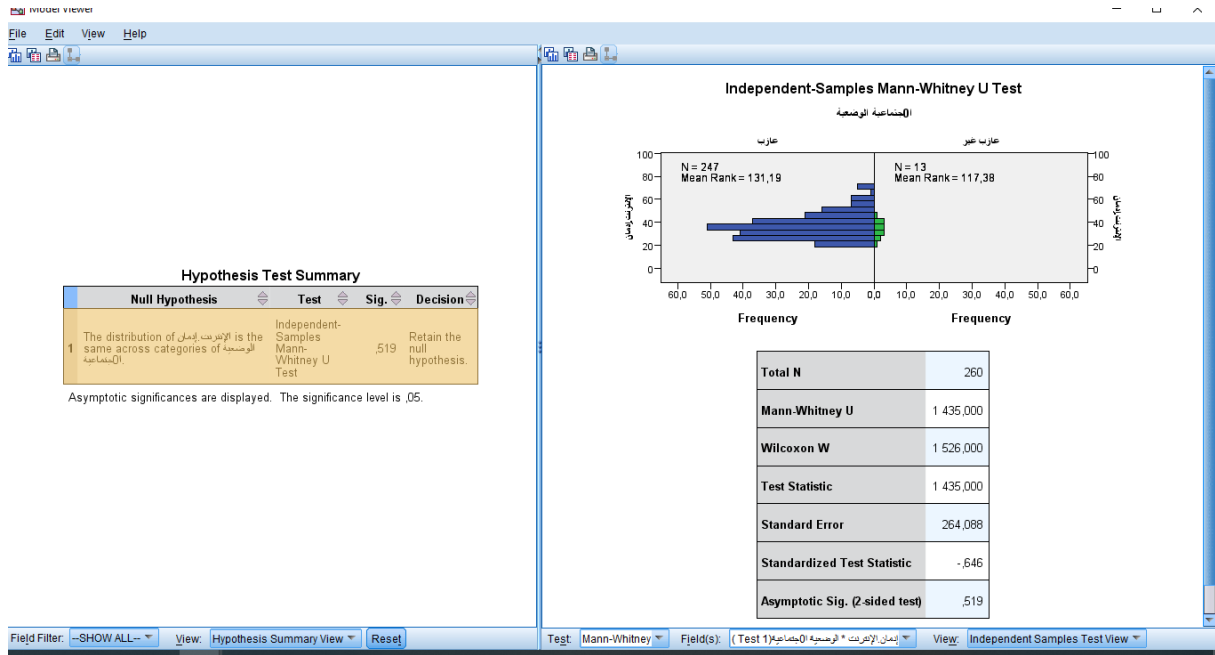
Group Statistics

الممكن وضعية	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
مقيم غير الإترنت.إدمان	163	36,0613	10,23411	,80160
مقيم	97	38,4330	11,58924	1,17671

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الإترنت.إدمان	Equal variances assumed	1,201	,274	-1,719	258	,087	-2,37164	1,37959	-5,08834	,34506
	Equal variances not assumed			-1,666	182,485	,097	-2,37164	1,42380	-5,18086	,43758

IBM SPSS Statistics Processor is ready. Unicode ON



Output1 [Document1] - IBM SPSS Statistics Viewer*

File Edit View Data Transform Insert Format Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Output

- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations
- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations
- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations
- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations
- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations
- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations

CORRELATIONS
 /VARIABLES=إيمان الإنترنت، استخدام الإنترنت، العوامل الاجتماعية، العوامل الاقتصادية، العوامل الأكاديمية والأكاديمية
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Correlations

		الإيماءات إيمان	استخدام عوامل الإنترنت	العوامل الاجتماعية والأكاديمية	العوامل الاقتصادية	عوامل كالتعليمات
الإيماءات إيمان	Pearson Correlation	1	,277**	-,047	,216**	-,135**
	Sig. (2-tailed)		,000	,367	,000	,009
	N	260	260	260	260	260
استخدام عوامل الإنترنت	Pearson Correlation	,277**	1	,220**	,251**	-,066
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,201
	N	260	260	260	260	260
العوامل الاجتماعية والأكاديمية	Pearson Correlation	-,047	,220**	1	,182**	,030
	Sig. (2-tailed)	,367	,000		,000	,558
	N	260	260	260	260	260
العوامل الاقتصادية	Pearson Correlation	,216**	,251**	,182**	1	,064
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,216
	N	260	260	260	260	260
عوامل كالتعليمات	Pearson Correlation	-,135**	-,066	,030	,064	1
	Sig. (2-tailed)	,009	,201	,558	,216	
	N	260	260	260	260	260

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

IBM SPSS Statistics Processor is ready | Unicode ON

Output1 [Document1] - IBM SPSS Statistics Viewer*

File Edit View Data Transform Insert Format Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Output

- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations
- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations
- Log
- Correlations
 - Title
 - Notes
 - Active Dataset
 - Correlations

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DATASET ACTIVATE DataSet1.
 CORRELATIONS
 /VARIABLES=الدراسة الأساسية بعد تعديل، الإيماءات، العوامل الاجتماعية، العوامل الاقتصادية، العوامل الأكاديمية
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Correlations

[DataSet1] C:\Users\PC 24\Documents\الدراسة الأساسية بعد تعديل.sav

		الإيماءات إيمان	الظن	الإيماءات	العوامل الاجتماعية
الإيماءات إيمان	Pearson Correlation	1	,455**	,416**	,333**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	260	260	260	260
الظن	Pearson Correlation	,455**	1	,669**	,498**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	260	260	260	260
الإيماءات	Pearson Correlation	,416**	,669**	1	,569**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	260	260	260	260
العوامل الاجتماعية	Pearson Correlation	,333**	,498**	,569**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	260	260	260	260

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

IBM SPSS Statistics Processor

Output1 [Document1] - IBM SPSS Statistics Viewer

File Edit View Data Transform Insert Format Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.445 ^a	.198	.188	9,72984

a. Predictors: (Constant), الإحصاء، الفرق

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5967,791	3	1989,264	21,013	,000 ^b
	Residual	24235,455	256	94,670		
	Total	30203,246	259			

a. Dependent Variable: إيمان الإنترنت
b. Predictors: (Constant), الفرق، الإحصاء

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	27,383	1,393		19,656	,000
	الفرق	,389	,127	,229	3,051	,000
	الإحصاء	,393	,144	,216	2,725	,003
	الإحصاء على الرءاب	,073	,075	,065	,973	,332

a. Dependent Variable: إيمان الإنترنت