

خدمات أكاديمية

كفاءات وطنية

معايير عالمية

دراسة
للإستشارات والدراسات والترجمة

UNIVERSITY

drasah 1 | 00966555026526

00966560972772

www.drasah.com | info@drasah.com

خدماتنا



توفير المراجع العربية والأجنبية



التحليل الاحصائي وتفسير النتائج

الاستشارات الأكاديمية



جمع المادة العلمية

الترجمة المعتمدة



 drasah1

 Info@drasah.com

 00966555026526

 00966560972772

 drasah.com



دراسة

للاستشارات والدراسات والترجمة



تواصل معنا



00966555026526

00966560972772



متواجدون على مدار الساعة



جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

أطروحة دكتوراة بعنوان

القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية

The Predictability of Cyberbullying and Psychological Distress in Eating Disorder Symptoms among Jordanian Universities Students

إعداد الطالبة

شفاء حسين سالم بكر

الاستاذ الدكتور أحمد الشريفين ... مشرفاً ورئيساً

الدكتورة عبير الرفاعي ... مشرفاً مشاركاً

حقل التخصص - الإرشاد النفسي

الفصل الدراسي الصيفي 2020/2019

الملخص باللغة العربية

بكر، شفاء حسين سالم. القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية. رسالة دكتوراه، جامعة اليرموك، 2020. (المشرف: أ.د. أحمد الشرفين، د. عبير الرفاعي).

هدفت الدراسة إلى معرفة نسبة انتشار اضطرابات الأكل، والاستقواء الإلكتروني ومستوى الكرب النفسي، لدى طلبة الجامعات الأردنية في ضوء متغير الجنس، وهل يمكن أن يعد كل نمط من أنماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي، والجنس، متنبئات بأعراض اضطرابات الأكل؟، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام عدد من المقاييس لقياس متغيرات الدراسة وهي مقياس الاستقواء الإلكتروني ومقياس الكرب النفسي ومقياس اضطراب النهم العصبي ومقياس اضطراب الشره العصبي ومقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي. وتكونت عينة الدراسة من (988) طالباً وطالبة من طلبة الجامعات الأردنية.

أشارت النتائج إلى أن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب النهم العصبي كانت (6.38%)، وأن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب الشره العصبي كانت (6.07%)، وأن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي كانت (5.36%)، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة الجامعات الذكور والإناث في نسبة انتشار اضطراب النهم العصبي واضطراب فقدان الشهية العصبي لصالح الإناث أي أن نسبة انتشار اضطراب النهم العصبي واضطراب فقدان الشهية العصبي كان أعلى عند الإناث منه عند الذكور عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وعدم وجود فروق في نسبة انتشار اضطراب الشره العصبي بين طلبة الجامعات الذكور والإناث. كما أشارت النتائج إلى أن النمط المحايد من أنماط الاستقواء

الإلكتروني جاء في المرتبة الأولى بنسبة مئوية 84.82% من مجمل أفراد عينة الدراسة. ثم نمط الضحية بنسبة مئوية 9.11%، ثم نمط المستقوي بنسبة مئوية 3.95%، وجاء نمط المستقوي/الضحية في المرتبة الأخيرة بنسبة مئوية 2.13%. كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن المستوى العام للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية كان متوسطاً.

كما أظهرت النتائج المتعلقة بالكشف عن درجة مساهمة أنماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تفسير التباين في اضطراب النهم العصبي واضطراب الشره العصبي، وجود دلالة إحصائية للمتنبئات (الكرب النفسي، ونمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، ونمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، ونمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/الضحية مقابل المحايد)، وعدم وجود دلالة إحصائية لمتغير(الجنس). وأخيراً أظهرت النتائج المتعلقة بالكشف عن درجة مساهمة أنماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تفسير التباين في اضطراب فقدان الشهية العصبي، وجود دلالة إحصائية للمتنبئات (الكرب النفسي، ونمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، ونمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/الضحية مقابل المحايد)، وعدم وجود دلالة إحصائية لمتغيري(الجنس، ونمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد).

الكلمات المفتاحية: اضطرابات الأكل، الاستقواء الإلكتروني، الكرب النفسي، طلبة الجامعات.

Abstract

Bakr, Shefa'a Hussein Salem. (2019). The Predictability of Cyberbullying and Psychological Distress in Eating Disorder Symptoms among Jordanian Universities students. Doctoral dissertation, Yarmouk University. (Supervisor: prof. Ahmed Al-Sharifeen, Dr. Abeer Al-Refai).

The study aimed to find out the percentage of distribution of eating disorders, cyberbullying and the level of psychological distress among Jordanian university students in light of gender variable. Can each type of cyberbullying, psychological distress, and sex predict the symptoms of eating disorders?. To achieve the objectives of the study, a number of measures (cyberbullying scale, psychological distress scale, Bulimia nervosa scale, Binge-eating disorder scale and Anorexia nervosa) were used to measure the variables of the study. The study sample consisted of (988) students from Jordanian universities.

The results indicated that 6.38% of students with Bulimia nervosa were students, and (6.07%) students had Binge-eating disorder. And that 5.36% had Anorexia nervosa, and that statistically significant differences existed between male and female university students in the distribution of Bulimia nervosa and Anorexia nervosa in favor of females, and that there were no differences in statistically significant of Binge-eating disorder among male and female university students.

The results also indicated that the neutral type of cyberbullying patterns came first with a percentage of 84.82% of the total sample. Then the victim pattern was 9.11%, the strong pattern was 3.95%, and the strong/victim pattern came last with 2.13%. The results also indicated that the general level of psychological distress among Jordanian university students was moderate.

The results also revealed on the detection of the degree to which cyberbullying , psychological distress and sex can explain the variation in bulimia nervosa and Binge-eating disorder, have shown a statistical indication of predictors (psychological distress, strong cyberbullying pattern versus neutral pattern, victim cyberbullying pattern versus neutral pattern,

strong/victim pattern versus neutral pattern), and a lack of statistically significant evidence among gender.

Finally, the findings on the degree to which cyberbullying , psychological distress and sex can explain the discrepancy in anorexia nervosa have contributed to a statistical connotation (psychological distress, strong-versus-neutral cyberbullying pattern, strong/victim pattern versus neutral pattern), and the lack of statistical evidence of the variables (sex, victim cyberbullying pattern versus neutral pattern).

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	المحتويات
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	قائمة المحتويات
ز	قائمة الجداول
ي	قائمة الملاحق
ك	الملخص باللغة العربية
الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها	
1	المقدمة
4	الاستقواء الإلكتروني
17	الكرب النفسي
24	اضطرابات الأكل
31	اضطراب النهمة العصبي
36	اضطراب الشرقة العصبي
40	اضطراب فقدان الشهية
47	مشكلة الدراسة وأهميتها
50	التعريفات الاصطلاحية والإجرائية
52	محددات الدراسة
الفصل الثاني: الدراسات السابقة	
53	الدراسات التي تناولت الاستقواء الإلكتروني
59	الدراسات التي تناولت الكرب النفسي
62	الدراسات التي تناولت اضطرابات الأكل
66	الدراسات التي تناولت الاستقواء الإلكتروني و الكرب النفسي و اضطرابات الأكل معا
68	التعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثالث: الطريقة والاجراءات

73	مجتمع الدراسة
74	عينة الدراسة
75	أدوات الدراسة
104	إجراءات الدراسة
105	المعالجات الإحصائية
108	متغيرات الدراسة
109	منهج الدراسة

الفصل الرابع: عرض النتائج

110	أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
111	ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
115	ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث
117	رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع
119	خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس
121	سادساً: النتائج المتعلقة بالسؤال السادس
126	سابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال السابع
128	ثامناً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

138	أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
141	ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
147	ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث
149	رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع
151	خامساً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس
155	سادساً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال السادس
160	سابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال السابع
164	ثامناً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن
168	التوصيات
169	قائمة المراجع باللغة العربية

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
74	توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير الجامعة ومتغير الجنس.	1
75	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، التحصيل الأكاديمي، مقدار الوقت في استخدام الهاتف اليومي).	2
77	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاستقواء الإلكتروني من جهة، وبين الدرجة الكلية للمقياس والابعاد التي تتبع له من جهة أخرى.	3
79	قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي، وثبات الإعادة لمقياس الاستقواء الإلكتروني.	4
81	انماط الاستقواء وفقاً لتفاعل مستويات مقياسي سلوكيات (المستقوي، الضحية).	5
84	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الكرب النفسي من جهة، وبين الدرجة الكلية للمقياس والمجالات التي تتبع له من جهة أخرى.	6
85	قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس الكرب النفسي.	7
89	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس النهم العصبي من جهة، وبين الدرجة الكلية للمقياس والمحكات التي تتبع له من جهة أخرى.	8
90	قيم معاملات ارتباط محكات مقياس النهم العصبي مع المقياس ككل، ومعاملات الارتباط البيئية لمحكات المقياس.	9
91	قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس النهم العصبي ومحكاته.	10
95	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الشره العصبي من جهة، وبين الدرجة الكلية للمقياس والمحكات التي تتبع له من جهة أخرى.	11
96	قيم معاملات ارتباط محكات مقياس الشره العصبي مع المقياس ككل، ومعاملات الارتباط البيئية لمحكات المقياس.	12
97	قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس الشره العصبي ومحكاته.	13
100	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس فقدان الشهية العصبي من جهة، وبين الدرجة الكلية للمقياس والمحكات التي تتبع له من جهة أخرى.	14

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

تعتبر سنوات الجامعة من أهم الفترات في حياة الطالب العلمية والعملية، يعيش فيها كثيراً من الخبرات والظروف، وهي بمثابة الخطوة الأولى في مستقبل الطالب، ويرتبط مدى التأقلم والتقدم في المرحلة الجامعية ارتباطاً وثيقاً باستقرار الطالب نفسياً وأسرياً، الأمر الذي ينعكس على المستوى الدراسي للطالب، فمواجهة المشكلات الاجتماعية أو النفسية أو الأسرية كانت من أهم الأسباب للتأقلم مع الحياة الجامعية، وإحراز تقدم ونتائج مرضية.

وتتشكل سنوات الجامعة معلماً مهماً في حياة الفرد وهي ذات أهمية بالغة في حياة الطلبة، ومما لا شك فيه أن العديد من المشكلات والمواقف الضاغطة، والتحديات الكثيرة يواجهها الطلبة في هذه المرحلة، إذ يعيش الطلبة خلال المرحلة الجامعية في مناخ نفسي لا يخلو من التوترات والضغوطات، قد تسهم في تطوير العديد من الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية (الشريفين وحجازي والشريفين، 2015).

وأشار كيتزرو (Kitzrow, 2003) إلى أن الاضطرابات النفسية يمكن أن تكون ذات تأثير عميق في جميع جوانب حياة الطالب الجامعي، فهي تؤثر في جوانب الأداء الجسدية والشخصية والاجتماعية والانفعالية، إذ تتضمن هذه الاضطرابات اضطرابات المزاج، والاكتئاب واضطرابات القلق وضعف التركيز وانعدام الثقة بالنفس وفقدان الاهتمام في الأنشطة الاجتماعية.

وتُعد الصحة النفسية من أكثر الأمور أهمية التي يجب مراعاتها في حياة الطالب الجامعي، فهي هدف يسعى جميع الأفراد لتحقيقه، وذلك من خلال فهم وتقبل الفرد لذاته وللآخرين (الشريفين والوهيبي، 2018). ويُعد الاستقواء عاملاً من العوامل التي تؤثر سلباً في الصحة النفسية لدى الطلبة، إذ ترتبط تجارب الاستقواء بتطور المشاكل العاطفية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية (Geoffroy et al., 2016). فقد أشار كروس وليستر وبارنيز (Cross, Lester, & Barnes, 2015)، إلى أن الطلبة الذين يعانون من صعوبات اجتماعية وعاطفية هم أكثر عرضة لأن يكونوا ضحايا للاستقواء عبر الإنترنت والاستقواء التقليدي.

وتبدو العلاقة بين الاستقواء الإلكتروني ومشاكل الصحة النفسية متبادلة، إذ يعد الاستقواء الإلكتروني عاملاً مستقلاً يتنبأ بمشاكل الصحة النفسية اللاحقة، بالتالي تؤثر مشاكل الصحة النفسية في احتمال أن يصبح الطلبة ضحايا أو ضحية مستقوٍ (Lee & Vaillancourt, 2018). إذ إن الضحايا يظهرون أعراضاً وصعوبات مختلفة مثل: القلق، والاكتئاب، والتفكير في الانتحار، وانخفاض تقدير الذات، والكرب النفسي (Schneider, O'Donnel, Stueve, & Coulter, 2012). وتتجلى مشكلة الصحة النفسية في مستويات مختلفة من القلق والاكتئاب، والإجهاد الذي له تأثير كبير في رضا الفرد عن الحياة، والعلاقات الاجتماعية والشخصية. علاوة على ذلك، أن انتشار المشاكل النفسية يشكل خطراً على طلبة الجامعة (Kumar, Shaheen, Rasool, & Shafi, 2016).

كما يمكن أن يؤدي الكرب إلى سلوكيات مدمرة للصحة، ويرتبط بنتائج صحية بدنية سلبية، حيث تم تحديد الكرب النفسي كمؤشر كبير لتطور الاضطرابات النفسية بين طلبة الجامعة (Deasy et al., 2014).

ويعتبر الكرب النفسي أحد التأثيرات الرئيسية في نمط حياة الطلاب وسلوكيات الأكل. وقد أظهرت الدراسات التي تم إجراؤها على طلبة الجامعات، بأن الطلبة يعانون من درجة عالية من الإجهاد، وبخاصة أولئك الذين هم في إطار دراستهم الجامعية الأولى. ويعتبر السبب الرئيس للكرب النفسي بين طلبة الجامعات هو صعوبات الاندماج في البيئة الجديدة، وعبء العمل الأكاديمي وإدارة الوقت (Ngan et al., 2017).

عندها يمكن أن تصبح اضطرابات الأكل استراتيجية لمواكبة العصر، أو أسلوب حياة بين طلبة الجامعات ناتجاً عن الضغوط النفسية التي من الممكن أن يكونوا قد تعرضوا لها (Alshawashereh, Arrabi, & Abu Gazal, 2018). وتنتشر اضطرابات الأكل والسلوكيات ذات الصلة بشكل أكبر لدى الشباب، كذلك فإن عدم الرضا عن صورة الجسد، وسلوك الأكل المختل يتزايد في فترة الدراسة الجامعية (Lofrano–Prado, Prado, Barros, & Souza, 2015). وتعتبر اضطرابات الأكل مشكلة كبيرة وقضية مهمة تتعلق برعاية الشباب في جميع أنحاء العالم (Alshawashereh et al., 2018).

وقد أشارت الدراسات إلى أن الاستقواء الإلكتروني ينتج عنه تطور القلق والاكتئاب، مما يساهم بشكل مباشر في تطور اضطرابات الأكل لدى الطلبة الجامعيين (Al–Raqqad et al., 2017). إذ يتعرض الطالب نتيجة لتجربة الاستقواء للعديد من الظروف والأحداث القاهرة، التي تضعه في حالة من

عدم الراحة، نتيجة تهديدها لأمنه وسلامته واستقراره، حيث تحدث مجموعة من التغييرات النفسية والسيولوجية والسلوكية لديه، ويعرضه للضيق والكرب النفسي الذي يحتل أهمية بما يتبعه من تأثيرات في صحة الفرد الجسمية والنفسية (فيصل وصفر، 2013).

وهناك أدلة متزايدة على أن اضطرابات الأكل وضعف الصحة النفسية بازياد بين طلاب الجامعة، وبما أن سنوات الدراسة الجامعية تعتبر حرجة بالنسبة للوزن، ولأن الكرب النفسي هي حالة من انخفاض الرفاهية تتميز بمشاعر الحزن واليأس والقلق والتوتر، وحيث إن اضطرابات الأكل هي مجموعة من المواقف والسلوكيات غير الطبيعية المرتبطة بالأكل، والتي تؤدي إلى سوء الحالة الصحية والنتائج العاطفية، يرتبط كل من الضيق النفسي والأكل المضطرب ارتباطاً وثيقاً ببعضهما البعض (Ngan et al., 2017).

الاستقواء الإلكتروني (Cyber Bullying)

لقد ازداد اهتمام الباحثين بظاهرة الاستقواء؛ نتيجة للتزايد المستمر في انتشارها بين الطلبة، وخطورة آثارها عليهم (مكانين والحياري ويونس، 2017). ويُعرّف الاستقواء بأنه أحد أشكال العدوان، ويتضمن ثلاثة عناصر أساسية هي: تكرار السلوك العدواني بين الأشخاص أنفسهم خلال فترة طويلة من الوقت، والنية في الإيذاء، وعدم التوازن في القوة. ويشارك في كل سلوك استقوائي مستقو وضحية (جرادات، 2013). ويعرف الاستقواء وجهاً لوجه بأنه: نوع من العدوان الذي يتسم بالنية على الأذى والتكرار، واختلال القوة بين الضحية والمعتدي (Olweus, 2013).

ويتكرر الاستقواء والعدوان المتعمد من خلال أعمال العنف الجسدي، أو الإساءة اللفظية، أو الاستبعاد الاجتماعي نحو هدف ضعيف لا يمكنه الدفاع عن نفسه (Analitis et al., 2009). وبعد أن

كان الاستقواء لا يحدث إلا وجها لوجه، أصبح يحدث الآن عن بعد، وبطريقة أكثر إيذاءً وانتشاراً؛ من خلال الرسائل النصية والصور، ومقاطع الفيديو عبر مواقع التواصل الاجتماعي، والبريد الإلكتروني، والهواتف المحمولة (عمارة، 2017).

فبتطور وسائل الاتصالات الإلكترونية الحديثة ممثلة بالإنترنت، تصاعدت كثرة التهديدات الإلكترونية بين الطلبة فيما يعرف بالاستقواء الإلكتروني (مكانين والحياري ويونس، 2017). ويرى سميث وآخرون (Smith et al., 2008) بأن الاستقواء الإلكتروني سلوك ضار متعمد عنيف، يتم تنفيذه بواسطة الاتصال بمجموعة أو فرد، باستخدام الكمبيوتر أو الهاتف المحمول، وما إلى ذلك. وعرف بأنه: إسقاط أي سلوك عدواني غير مرغوب فيه ينطوي على تهديد حقيقي أو متصور، وعادة ما ينطوي على خلل في القوة، ويتكرر السلوك مع مرور الوقت، ويمكن أن يحدث في العديد من المناطق المختلفة، بما في ذلك المنزل أو في جميع الأماكن التي يتواجد فيها الطالب، في الجامعة، عبر الإنترنت، أو الرسائل النصية عبر الهاتف (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014).

كما يعرف مركز السيطرة على الأمراض (Centers for Disease Control and Prevention) الاستقواء الإلكتروني بأنه: سلوك عدواني غير مرغوب فيه من قبل شاب أو مجموعة من الشباب الآخرين، الذين لا تربطهم علاقات شخصية فيما بينهم، ويتضمن اختلالاً ملحوظاً أو متصوراً في القوة، ويتكرر عدة مرات، أو من المرجح جداً أن يتكرر، والذي يحدث من خلال البريد الإلكتروني، أو غرف الدردشة، أو الرسائل الفورية، أو موقع ويب، أو رسالة نصية، أو وسائط التواصل الاجتماعي (CDC, 2016).

أما عمارة (2017؛ ص. 523) فيعرف الاستقواء الإلكتروني بأنه: "سلوك متعمد ومتكرر ضد طالب أو أكثر؛ من خلال استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة (الهاتف المحمول، وصفحات التواصل الاجتماعي، وغرف المحادثة عبر الإنترنت، والمساعدات الرقمية)، ويتضمن الإيذاء الجسدي، أو اللفظي، أو الجنسي، أو اقضاء اجتماعي مع إخفاء الهوية."

ويشير الاستقواء الإلكتروني إلى شكل معين من أشكال العدوان غير المبرر، والمتعمد، والمطول، الذي يظهر بين الأقران، ويحدث في البيئة الرقمية من خلال استخدام وسائل التواصل الإلكترونية (Marco et al., 2018).

وتعرف الباحثة الاستقواء الإلكتروني بأنه: سلوك عدواني متعمد يقوم من خلاله المستقوي بإيذاء الضحية، والتلاعب بمشاعره بقصد الإيذاء فقط، مع إخفاء المستقوي لهويته؛ لزيادة الأذى لدى الضحية باستخدام الوسائل التكنولوجية المختلفة كالإنترنت، وتطبيقات الهواتف الذكية، ومواقع التواصل الاجتماعي وغيرها.

أصبح الاستقواء الإلكتروني من ضمن السلوكيات الخاطئة التي يرتكبها الفرد، ظناً منه أنه يقوم بعمل احترافي، ويتفوق به على الكثيرين من أصدقائه، ليثبت لهم أنه أكثر منهم خبرة ومهارة في التعامل مع المستحدثات التكنولوجية، وتسييرها وفقاً لرغباته (أبو العلا، 2017).

وتشير معدلات انتشار الاستقواء في جميع أنحاء العالم إلى أن حوالي (30%) من الطلاب يتعرضون للاستقواء من قبل أقرانهم في مرحلة ما أثناء الطفولة أو المراهقة (Nansel et al., 2001). فالاستقواء ظاهرة دولية يختلف معدل انتشارها في الجامعات والمدارس من مجتمع لآخر، وتشير

الإحصائيات الدولية إلى أن معدل انتشار الاستقواء يتراوح من 10-15%، وأن معدلات الضحايا تختلف من بلد لآخر (صوفي، 2012).

ويستخدم الاستقواء الإلكتروني تقنيات المعلومات والاتصالات، وخاصة الإنترنت، والهواتف المحمولة؛ لمضايقة الأقران، مع الأخذ في الاعتبار نتائج الاستقواء وعواقبه، لا سيما بالنسبة للضحايا، وهي: (الاكتئاب، والقلق، والمشاكل النفسية الجسدية، وتدني تقدير الذات، ورفض الدراسة، والتفكير في الانتحار، والانتحار) (Garaigordobil, 2015). كذلك يكفل الاستقواء الإلكتروني لمرتكبيه حرية التصرف، ويعتبر ملاذاً آمناً للإفلات من العقوبة، ويجعلهم أكثر جرأة على ارتكاب السلوكيات السلبية ضد الآخرين (Smith et al., 2008).

ويكون الاستقواء على شكلين؛ الاستقواء المباشر: والذي تتجلى في الاعتداءات اللفظية والجسدية، والاستقواء غير المباشر: والذي يكون على شكل استبعاد اجتماعي، أو الاستقواء بين الأشخاص، حيث يؤثر ذلك سلباً في هيكل الأفراد النفسي في كلا الأستقوائين المباشر وغير المباشر، عن طريق إيجاد آثار صدمة عليهم (Cardoso et al., 2018).

أما عن الأشكال الشائعة للاستقواء الإلكتروني، فتشمل إرسال رسائل تهديد أو مضايقة، أو تحميل الصور المهينة أو غير المهينة دون إذن الطالب (Hinduja & Patchin, 2013). أو تحميلها بوساطة تطبيقات وسائل التواصل الاجتماعي على الهواتف المحمولة أو الأجهزة اللوحية، والتي تم تصميمها أصلاً لتشجيع التواصل الاجتماعي. كما أنشئت تطبيقات التواصل الاجتماعية هذه لزيادة الوصول إلى منصات

التواصل الاجتماعي المتعددة، وتسهيل الاتصال المنتشر والمستمر والتواصل بين الضحية والمستقوي (Tokunga, 2010).

وتتعدد طرائق الاستقواء الإلكتروني، والتي يعتبر أهمها: اختراق الحسابات الشخصية على مواقع التواصل الاجتماعي، ونشر الأكاذيب والقصص المغلوطة عن أصحاب الحسابات، واستدراج الضحية للدخول إلى روابط تحتوي فيروسات، تعود بالضرر على الأجهزة الخاصة به، والسطو على الصور الشخصية ونشرها على حسابات لأشخاص آخرين، وإرسال رسائل تحمل التهديد عبر البريد الإلكتروني، والإيقاع بالضحية للبوخ بالبيانات الشخصية (Beale & Hall, 2007).

وتقوم بعض وسائل التواصل الاجتماعي بالتسويق لنفسها عبر إخفاء الهوية لمستخدميها، ومع ذلك، يمكن أن يتحقق إخفاء الهوية عبر بعض التطبيقات بشكل مقصود، وذلك عن طريق إنشاء حسابات وهمية تحت أسماء مختلفة؛ بهدف إخفاء الهوية بسهولة (Anderson & Sturm, 2007). ويمكن تصنيف الأفراد المشتركين في الاستقواء وفق ثلاث فئات هي: المستقوون، والضحايا، والمتفرجون (المحايدون) (الصبيحين والقضاة، 2013).

يمتلك المستقوون خصائص عدة تدفعهم للاستقواء، فالمستقوي هو الشخص الذي يستخدم القوة مقترنة بالعدوان عند التفاعل مع الأقران، ويميل إلى الهيمنة والسيطرة على الضحية؛ نتيجة لعدم توازن القوة بينه وبين الضحية، التي تمثل مظهراً رئيسياً في دينامية الاستقواء (أبو الديار، 2012). وتشتمل الخصائص الرئيسية للمستقوي على ما يلي: النية في الأذى، وعدم التوازن في القوة، والعدوان غير المبرر

(Marco et al., 2018). كما أن لديهم حاجة قوية للهيمنة وإخضاع الطلاب الآخرين؛ لتأكيد ذواتهم بالسلطة والتهديد، ولكي يكونوا حادي المزاج، يعضون بسهولة، ومدفعين، ولا يتسامحون مع الإحباط، وينظر إليهم على أنهم من النوع الفض والصلب، وتعاطفهم قليل مع الطلاب الذين يقعون ضحايا (أبو الديار، 2012).

أما عن أهم خصائص الضحية فهي: قابلية السقوط، فالضحية تتعرض للخداع بسرعة، ولا تستطيع أن تدافع عن نفسها، ولها خصائص جسدية ونفسية تجعلها عرضة لأن تكون ضحية، كذلك غياب الدعم، فالضحية تشعر بالعزلة والضعف، وأحياناً لا تذكر الضحية المستقوي عليها؛ خوفاً من انتقامه (بهنساوي وحسن، 2015). حيث تظهر عليهم بعض المؤشرات مثل نقص الأصدقاء، وبالتالي العزلة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، ومن ثم يكونون هدفاً سهلاً للمستقوي؛ بسبب نقص شبكة الأصدقاء التي قد تدعمهم وتساندهم ضد الهجوم، كما يعانون من الخجل، والقلق، والشعور بعدم الأمان، وانخفاض تقدير الذات، ونقص التوافق الانفعالي الاجتماعي، ونقص المهارات الاجتماعية والتوكيدية، ولديهم مستويات مرتفعة من الضغوط، وانخفاض المكانة الاجتماعية بين الأقران، وانخفاض في التحصيل الأكاديمي (أبو الديار، 2012).

وعندما يتعرض الفرد إلى فعل من أفعال العنف فإنه يقوم برد فعل، وردود الفعل التي يمكن أن يلجأ إليها المرء كثيرة، وتتوقف طبيعة رد الفعل الذي يمكن أن تختاره الضحية على عدد من المتغيرات، يتعلق بعضها بإمكانات وظروف الضحية (التير، 1997).

من هنا يمكن تصنيف ضحايا الاستقواء إلى: ضحايا سلبيين: وهم الضحايا المذعنين وغير الحازمين، الذين لا يردون في حال تعرضوا لهجوم أو إهانة. وغالباً ما يتجنب هؤلاء الضحايا العنف، ولديهم صعوبة في توكيد أنفسهم بين أقرانهم، بالإضافة إلى أنهم منعزلون اجتماعياً، ويعانون الشعور بالوحدة النفسية، ويكونون أكثر قلقاً موازنة بأقرانهم، ولديهم نقص في الأصدقاء، ويشعرون بعدم الأمن، ويهاجمون باستمرار، ويفشلون في الدفاع عن أنفسهم، وتكون استجابتهم من خلال التجنب والانسحاب والهروب. أما النوع الثاني فهم الضحايا الاستقزاريون: وهم عادة ما يكونون اندفاعيين وعدوانيين، وتسهل استثارتهم عاطفياً، ويحاولون الثأر والانتقام إذا ما اعتدي عليهم، وهؤلاء مكروهون ومنبوذون من الأقران، ولديهم نقص في المهارات الاجتماعية، وصعوبة في تكوين الأصدقاء، وبالتالي يميلون إلى الاغتراب عن زملائهم، وغالباً ما يحصل التلميذ المستقوي على المتعة من استقزاز هؤلاء الضحايا واستثارتهم، وذلك عن طريق الإغاظه والسخرية منهم، وتوبيخهم، والتقليل من شأنهم، فيحاولون إطالة الصراع حتى وأن كانوا خاسرين (أبو الديار، 2012).

يشير عبد العظيم (2007) إلى أن هؤلاء الضحايا المستقزين يمارسون سلوك الاستقواء على غيرهم، مما يجعلهم مستقوين وضحايا في الوقت نفسه لمستقوين آخرين، وهذا النوع من الضحايا يصعب التعامل معه؛ لأنهم يظهرون سلوكاً عدوانياً لكنهم أيضاً يكونون عرضة للمستقويين، ولأنهم يميلون إلى الاستقواء، فمن الصعب التعاطف معهم عندما يصبحون ضحايا للمستقويين. ويطلق أولويس (Olweus,1993) اسم الضحايا المستقويين حيث يكونون ضحية لفترة معينة من الوقت، ثم بعد ذلك يميلون إلى الاستقواء على من هو أضعف منهم.

أما المتفرجون (المحايدون) فهم الذين يشاهدون ولا يشتركون، ويقسم المتفرجون إلى نوعين من الأفراد: أولاً المتفرجون الراضون للاستقواء: وهم يلاحظون ويشاهدون دون تدخل منهم. ثانياً: المتفرجون المشاركون في الاستقواء: وهم الذين يشاركون في الاستقواء بلوم الضحية أو المشاركة الفعلية (الصبيحين والقضاة، 2013).

وقد فسرت مدارس علم النفس المختلفة سلوك الاستقواء وأسبابه كالاتي:

النظرية التحليلية: تؤكد هذه النظرية بأن الاستقواء هو نتائج التناقض بين دافع الحياة والموت، وتحقيق اللذة عن طريق تعذيب الآخرين، وعقابهم والتصدي لهم كي لا ينجوا (الدسوقي، 2016). ويؤكد التحليليون أن الطفل أثناء الرضاعة يكون قد اكتسب خبرات سارة أو حزينة ترتبط بالألم والموازنة والتمييز، ويخزن مثل هذه الخبرات في ذاكرته، وتظل هذه الخبرات تلح وتسعى للظهور في أية مناسبة، وأحياناً تغشل المقاومات الشخصية في إخفاء هذه الخبرات؛ بسبب القصور البيولوجي، والضعف الجسمي بانتظار الأيام المناسبة لإظهار هذه الانفجارات الانفعالية على صورة هجوم، أو اعتداء، أو استقواء (أبو الديار، 2012)

النظرية السلوكية: يعتقد السلوكيون بأن السلوك العدواني كغيره من السلوكيات الإنسانية الأخرى، متعلم من خلال نتائجه، حيث تزداد احتمالية حدوث السلوك العدواني إذا كانت نتائجه ظاهرة وواضحة والعكس صحيح، وهو منطلق نظرية الإشرط الإجرائي لسكنر؛ أي أن الأنماط السلوكية محكومة بتوابعها (الصبيحين والقضاة، 2013)، وعلى هذا الأساس فإن سلوك الاستقواء يحدث نتيجة لعملية التعزيز التي يتلقاها المستقوي من أقرانه على مثل هذا السلوك، وقد يحصل المستقوي أيضاً على هذا التعزيز من خلال الأذى

والضرر الذي يلحقه بالضحية؛ بمعنى أنه عندما يعتدي المستقوي على الضحية ويميل الضحية إلى البكاء، فإن ذلك يعزز سلوك المستقوي تعزيزاً إيجابياً، فيكرر المستقوي هذا السلوك مرة ثانية، ولكن إذا رد الضحية وانتقم من المستقوي، فإن ذلك يعزز سلوك المستقوي تعزيزاً سلبياً (أبو الديار، 2012).

نظرية التعلم الاجتماعي: ترى هذه النظرية أن الأفراد يتعلمون سلوك الاستقواء عن طريق ملاحظة نماذج العدوان، سواء من والديهم، أو مدرسيهم، أو رفاقهم، وحتى النماذج التلفزيونية. ومن ثم يقومون بتقليدها، وتزداد احتمالية ممارستهم للعدوان إذا توفرت لهم الفرصة لذلك (الدسوقي، 2016). فالأطفال يلاحظون، ويتعلمون ملاحظة وتعلماً شاملاً من النماذج التي يتعاملون معها، لكنهم انتقائيون فيما يظهرون من سلوك، فهم يعبرون بالسلوك المناسب لجنسهم، وينطبق هذا على تعلم الاستقواء، وهذه النتائج ساعدت في تفسير الاستقواء بين الأشخاص الذين شاهدوا استقواء بين والديهم، أو أي شكل من أشكال العنف الأخرى. ونرى الطلبة الذين عاشوا في بيئة مليئة بالتهديد، يميلون إلى تقليد الآخرين، بغض النظر عن نوع السلوك وشكله (أبو الديار، 2012).

النظرية الإنسانية: تفسر هذه النظرية أسباب سلوك الاستقواء من خلال عدم إشباع الفرد للحاجات البيولوجية من مأكلاً، ومشرباً، وحاجات أساسية أخرى، قد ينجم عن ذلك عدم الشعور بالأمن، ما قد يؤدي إلى ضعف الانتماء إلى جماعة الأقران والرفاق، ما قد يؤدي إلى تدنٍ في تقدير الذات، والذي يؤدي إلى التعبير عن ذلك بأساليب عدوانية، مثل سلوك الاستقواء (الصبيحين والقضاة، 2013).

النظرية العقلانية الانفعالية: تركز هذه النظرية على الأفكار الخاطئة وغير العقلانية، التي يؤمن بها الطلبة، ومعتقداتهم وقناعاتهم التي تدفعهم للاستقواء، وبيان بطلانها وتحديدها، ويمكن أن تكون هناك أفكار منطقية مكانها (الدسوقي، 2016). كما أن هؤلاء المستقيين يبتعدون عن بعض التحريفات المعرفية في أنماط تفكيرهم، مما يجعلهم يميلون إلى الاعتقاد - اعتقاداً خاطئاً - بأن الآخرين لديهم مقاصد ونوايا عدوانية تجاههم، وهناك جانب آخر من أنماط التفكير الخاطئ لديهم يتجلى في أن أسلوب تفكيرهم يتسم بعدم النضج المعرفي، فهم دائماً يميلون إلى التفكير أحادي الاتجاه نحو الآخرين، ولديهم اتجاهات إيجابية نحو العنف (Dodge & Coie, 1987). ويختلف المستقويون عن الضحايا في الجوانب والعمليات المعرفية، فالمستقويون يدركون أنفسهم بأن لديهم القدرة على التحكم في البيئة التي يعيشون فيها، فهم يدركون سلوكهم من خلال نظرتهم لذاتهم، وغالباً ما يبررون سلوكياتهم تجاه الضحية بأن الضحية تستحق ذلك (أبو الديار، 2012).

وبمقارنة الاستقواء التقليدي والاستقواء الإلكتروني، تشير بعض الدراسات إلى أن ضحايا الاستقواء الإلكتروني يعانون من أعراض الاكتئاب والقلق أكثر من ضحايا الاستقواء التقليدي (Campbell et al., 2012). لكن دراسات أخرى تجد عكس ذلك، حيث يعاني ضحايا الاستقواء التقليدي من مستويات أعلى من الاكتئاب، مقارنة بضحايا الاستقواء الإلكتروني (Salmivalli, 2014).

كذلك فإن الاستقواء الإلكتروني يسمح لمزيد من الهجمات المستمرة، حيث يمكن نشر الرسائل والصور العدوانية ومشاركتها من قبل مجهول، وأن تنتشر بسرعة على جمهور كبير من أقرانه وغيرهم، مما

يزيد من تأثيرها الضار (Smith et al., 2008). والأمر الذي يزيد من خطورة الاستقواء الإلكتروني هو: أن الجاني يستطيع أن يستقوي على الضحية في بلده في أي وقت (Tokunga, 2010).

جانب آخر من مخاطر الاستقواء الإلكتروني يتجلى في صعوبة حذف الرسائل العدوانية أو الصور، فبمجرد القيام بنشر أي منشور مسيء، يكون من الصعب جداً إزالته بعد نشره، حتى لو قام المستقو بحذفه، فقد يكون هناك من قام من المستخدمين الآخرين بنسخ أو أخذ لقطة شاشة من ذلك المنشور، وزيادة احتمال أن الإهانة أو الهجوم لا يزال قائماً (Byrne, Vessey, & Pfeifer, 2018).

يمكن أن يكون تأثير الاستقواء الإلكتروني في الضحية أكثر ضرراً لعدة أسباب: السبب الأول: يمكن للمرء أن يتضرر أكثر من المهاجم الذي يبقي هويته مخفية. السبب الثاني: أنه لا توجد علاقة مباشرة مع الضحية، لذا يقل الشعور بالتعاطف، أو الأسف من المستقوي على الضحية. السبب الثالث: يمكن أن تصل وسائل التواصل الاجتماعي إلى جمهور كبير في وقت قصير. أخيراً: مراقبة الأهل محدودة؛ لأن عدد الأهل ممن يستخدمون الإنترنت قلة (Dempsey et al., 2009).

لقد وجد أن أولئك الذين تعرضوا للاستقواء الإلكتروني لديهم أفكار انتحارية واكتئاب، وتراجع في التحصيل المدرسي، بالإضافة لقلّة الدوافع، والحزن، والغضب، كذلك الشعور بالوحدة، ومشاكل في التفاعل الاجتماعي (Tokunaga, 2010). ويرتبط التعرض للاستقواء الإلكتروني بانخفاض تقدير الذات، والصعوبة في العلاقات؛ بسبب تطور موقف العزلة والشعور بالوحدة، والمشاعر السلبية، مثل: القلق، والاكتئاب، والتفكير في الانتحار، والتغيب عن المدرسة، وتعاطي المخدرات (Marco et al., 2018).

ويمكن التنبؤ بممارسة الاستقواء الإلكتروني من خلال العمر، والجنس، والتحصيل الدراسي، وعمر الأب، والدخل، بالإضافة إلى امتلاك أجهزة كمبيوتر، ومدى وجود رقابة من الأهل، والتعرض المسبق للاستقواء الإلكتروني (Byazit, Simsek, & Ayhan, 2017).

ولكي يستطيع مقدم الرعاية الصحية أن يكون قادراً على التقييم والتدخل بشكل مناسب، يحتاج إلى فهم وسائل التواصل الاجتماعي ودورها في الاستقواء الإلكتروني. كما أن عليه مساعدة الآباء، والمدرسين، والمربين، وغيرهم من البالغين لمعرفة ذلك الدور (Carpenter & Hubbard, 2014; Carter & Wilson, 2015).

ومن الأساليب التي أظهرت نتائج جيدة في علاج الاستقواء، هي: برامج العلاج الأسري (البرامج الموجهة للأهل)، وإكسابهم مهارات التواصل مع أبنائهم، والاستماع إليهم والإصغاء لهم، والتقبل والتعاطف، ومساعدتهم على حل المشكلات، كذلك يجب على أعضاء الهيئة الإدارية والتدريسية أن يتعلموا طرقاً لحماية الطلبة، واعتبار الاستقواء سلوكاً غير مسموح به، وزيادة وعي الطلبة حول أثر الاستقواء ونتائجه الخطرة، وأثرها بعيد المدى على الطلبة (الصبيحين والقضاة، 2013).

وللإرشاد الجمعي دور هام في مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم وقدراتهم، وميولهم، ونقاط القوة والضعف لديهم، ومساعدتهم في التعبير عن أنفسهم، وآرائهم في جو من الأمان والتقبل والاحترام، وتزويدهم بالثقة؛ حتى يستطيعوا مواجهة مشكلاتهم، وتنمية قدراتهم، وتحمل مسؤولياتهم (Corey, 1996).

ويرتبط الاستقواء الإلكتروني بسلوكيات الأكل غير الصحية للطلبة، كذلك التعرض للاستقواء الإلكتروني من قبل أقرانهم يرتبط باضطراب صورة الجسد لديهم، مما يؤدي بالضحايا إلى رؤية أضعف لمظهرهم العام ووزنهم، مقارنة بالأشخاص العاديين غير الملتزمين بأنظمة غذائية صحية لأنقاص الوزن (Marco et al., 2018).

حيث إن التعرض للاستقواء من قبل الأقران غالباً ما يسبق أعراض الاكتئاب، ويمكن أن تسبق المشاعر السلبية سلوك الأكل المضطرب، ويعتبر من أهم الاضطرابات النفسية المرتبطة بالاستقواء هي: اضطرابات الأكل (على سبيل المثال، فقدان الشهية العصبي، النهم العصبي، الشره العصبي)، والاكتئاب، حيث إن هناك صلة مباشرة بين الاستقواء من قبل الأقران وسلوك الأكل المضطرب (Lee & Vaillancourt, 2018).

إن عدم الرضا عن صورة الجسد هو العَرَض الرئيسي لاضطرابات الأكل، لذلك يقوم الأشخاص الذين يقعون ضحية الاستقواء الإلكتروني بالبدء في تقييد الطعام كاستراتيجية للتعامل مع الاستياء من صورة الجسد، وما يرتبط بها من مشاعر، وذلك للتخفيف من التعليقات السلبية عن أجسادهم أو أوزانهم أو أنفسهم (Lewis, Diedrichs, Rumsey, & Harcourt, 2016).

إن تجنب الانفعال يرتبط بتطور فقدان الشهية العصبي والحفاظ عليه، وإن اضطرابات الأكل تساهم في ظهور أعراض الاكتئاب والقلق على الطلبة، وكلاهما من الآثار السلبية للاستقواء الإلكتروني (Hazelton & Faine, 1996). كذلك فإن عواقب الاستقواء الإلكتروني يمكن أن تزيد من القابلية

للإصابة بالتهم العصبي؛ لأنها تزيد من احتمال اتباع نظام غذائي، وسلوكيات خاطئة للتحكم في الوزن؛ للتعامل مع الكرب النفسي حول الجسم، والتأثير السلبي، وتدني احترام الذات (Marco et al., 2018).

الكرب النفسي (Psychological Distress)

يعتبر الكرب النفسي عاملاً رئيساً في حياة معظم الأشخاص، فالكثير من الناس بحاجة إلى مستوى معين من الكرب النفسي لأداء مهماتهم اليومية على الوجه الأمثل، لكن مشكلة الكرب النفسي من شأنها أن تكون أمراً صعباً عندما يزداد الكرب النفسي، ويصبح التعامل مع المشكلات أشد صعوبة، من دون أن تظهر نتائج واضحة للحل (Morgenthaler et al., 2006).

لذا تتجلى مشكلة الكرب النفسي في مستويات مختلفة من الاكتئاب، والقلق، والذعر أو أعراض جسدية، وتتزامن أيضاً مع العواطف السلبية، والهلوسة، والأعراض ذات الصلة، دون أن يكون الفرد مصاباً بأي اضطراب فعلياً (Giang, Dzung, Kullgren, & Allebeck, 2010). وهذه المشكلة لها آثار مباشرة وغير مباشرة في نفسية الفرد، والأداء الاجتماعي، وتؤثر في العديد من جوانب الحياة بما في ذلك العلاقات، والعمل، والصحة (Demyttenaere et al., 2004).

وعرفه فيرجر وآخرون (Verger et al., 2008) بأنه: مجموعة من الأعراض والتجارب في حياة الفرد الداخلية، والتي عادة ما تكون مقلقة، أو مربكة، أو خارجة عن المألوف.

كما عرف الكرب النفسي كرد فعل عاطفي طبيعي للضغط النفسي للتجارب التي يعيشها الفرد في مختلف الفئات العمرية والمواقف المختلفة (Giang et al., 2010). وعرف الكرب النفسي إلى حد كبير

على أنه: حالة من المعاناة العاطفية، التي تتميز بأعراض الاكتئاب (مثل فقدان الاهتمام، الحزن، اليأس) والقلق (على سبيل المثال، الأرق، والشعور بالتوتر) (Massey, 2010).

أما براون (Brown, 2011) فيرى أن الكرب النفسي يصف المشاعر غير السارة، أو العواطف التي قد يشعر بها الفرد عندما يشعر بالإرهاق، ويمكن لهذه العواطف والمشاعر أن تعرقل حياة الفرد اليومية، كما أنها تؤثر على كيفية تفاعله مع الأشخاص من حوله. ويرى وينفيلد، وغيل، وتاييلور، وبيكينغتون (Winefield, Gill, Taylor, & Pilkington, 2012) أن الكرب النفسي يشير إلى الحالة العاطفية الفريدة والمزعجة التي يعيشها الفرد؛ استجابةً لضغط نفسي معين يؤدي إلى ضرر مؤقت أو دائم للفرد.

ويشير الكرب النفسي إلى المشاعر السلبية المختلفة التي تؤدي إلى اضطراب نفسي وتقلب المزاج، والتوتر الشديد (Shaheen & Jahan, 2016). وأشارت لوتاي (Lotay, 2016) أن الكرب النفسي: يشير إلى الحالة العاطفية الفريدة والمزعجة التي يعيشها الفرد؛ استجابةً لأمر مجهد، أو أي من متطلبات الحياة الذي ينتج عنها ضرر، إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم.

ويرى غانديلاش وهينري (Gundelach & Henry, 2016) أن الكرب النفسي هو: مصطلح عام يستخدم لوصف المشاعر السلبية، أو العواطف التي تؤثر على مستوى أداء الفرد، وتتداخل مع أنشطة الحياة اليومية. وعرفه شانديلاش وبيدجون (Chand & Pidgeon, 2017) بأنه: يشير إلى حالة من المعاناة العاطفية التي تتميز بأعراض الاكتئاب (مثل فقدان الاهتمام، والحزن واليأس) والقلق (مثل الأرق والشعور بالتوتر).

كما عُرف الكرب النفسي بأنه: التجربة الجماعية للاكتئاب والقلق والإجهاد (Chand & Pidgeon, 2017). أما حكيمي (Hakami, 2018) فقد عرف الكرب النفسي بأنه: يتضمن المشاعر غير السارة أو العواطف التي تنتاب الفرد عندما يشعر بالإرهاق، ويمكن لهذه العواطف والمشاعر أن تعرقل حياة الفرد اليومية، كما أنها تؤثر على كيفية تفاعله مع الأفراد الآخرين من حوله. وعرف بأنه: حالة سلبية غير محددة تتضمن المشاعر المرتبطة بالاكتئاب والقلق (Arhin, Asante, Kugbey, & Boadi, 2019).

وعرف الكرب النفسي بأنه: مشكلة صحية نفسية شائعة في المجتمع، وهي حالة من المعاناة العاطفية التي تتميز عادة بأعراض الاكتئاب والقلق، وغالباً ما تظهر هذه الأعراض وتحدث مع الشكاوى الجسدية الشائعة، ومجموعة واسعة من الحالات المزمنة، وكذلك مع متلازمات غير مفسرة طبياً (Sullivan, Blacker, & Murphy, 2019). كما عرف الكرب النفسي بأنه: حالة من المعاناة العاطفية التي تتميز بأعراض الاكتئاب (مثل فقدان الاهتمام والحزن واليأس والقلق) (Johnson & Elkins, 2014). والكرب النفسي تجربة مستمرة من التعاسة والعصبية، والتهيج، والعلاقات السلبية بين الأشخاص (Abassi & Rezaei, 2019).

وتعرف الباحثة الكرب النفسي بأنه: مشاعر سلبية من حزن ويأس ومعاناة، نتيجة ظروف ضاغطة وإجهاد شديد يتعرض له الفرد، مما يؤثر سلباً على جوانب حياته الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، والأسرية.

وإن لموضوع الكرب النفسي أهمية بما يتبعه من تأثيرات على صحة الفرد الجسمية والنفسية، وبالتالي التأثير على إنجازه وأدائه لعمله، الذي يتطلب توافقاً من الفرد، معتمداً في ذلك على ما يملكه من صحة جسدية و نفسية، ومن شأنه أن يؤدي إلى نتائج ومشكلات كثيرة، قد تكون خطيرة على صعيد الفرد والأسرة والمجتمع، من بينها الانطواء على الذات، والشعور بالغبية، أو الضياع من المجتمع، والتمرد على القيم والتقاليد السائدة، وازدياد النزعة العدائية، وظهور بعض السلوكيات المنحرفة وكل ذلك له تأثير في الإبداع، والبناء الذي يحققه الأفراد الأسوياء للمجتمع (فيصل وصفر، 2013).

وقد حظي الكرب النفسي باهتمام متزايد في السنوات الأخيرة، حيث ألقى البحث التجريبي الضوء على المجال الواسع لتأثيراته، والتي تشمل انخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأشخاص الذين يعانون من حالات جسدية مثل السمنة (Johnson & Elkins, 2014). وقد يشمل الكرب النفسي أيضاً أعراضاً جسدية أخرى (مثل الأرق والصداع والتعب) (Kaloeti et al., 2019). وأشار جونسون (Johnson & Elkins, 2014) إلى أن الكرب النفسي يتكون من خمسة مكونات محددة وهي: عدم القدرة على التكيف بفعالية، والتغير في الحالة العاطفية، وعدم الراحة، واستمرار عدم الراحة، والأذى.

إن الرفاه النفسي والكرب النفسي مختلفان، لكنهما مكملان للصحة النفسية، أشار فيت أند وير المشار إليه في (Boas & Morin, 2014) إلى أن الصحة النفسية لها وجهان: الكرب النفسي، والرفاه النفسي، ويعتبر الغضب أو التهيج، والقلق، والإرهاق، حالات نموذجية من الكرب النفسي، وكذلك الميل إلى العزلة، والابتعاد، وعدم الانخراط في أنشطة مع الآخرين. فتجربة هذه الأعراض لمدة أسبوعين قد تكون علامة على الكرب النفسي. ومن ناحية أخرى، غالباً ما يرتبط الرفاه النفسي بالسعادة، فالإحساس بالتوازن

والحيوية يرافقه شعور بتقدير الذات، مما يضيف إحساساً بالبراعة والفعالية الذاتية، والبحث عن علاقات جديدة، والحاجة إلى المشاركة في مشاريع مع الآخرين (Boas & Morin, 2014).

يرتبط الكرب النفسي بعوامل عديدة في مستويات مختلفة من البيئة الاجتماعية، بما في ذلك العوامل الفردية (مثل: تدني احترام الذات، والاكتئاب، والقلق، والعدوانية، الحزن، والشعور بالوحدة)، والعوامل المتعلقة بالأسرة (مثل: العنف الأسري، انخفاض الدعم العاطفي، الصعوبات ضمن العلاقات الأسرية، نقص التواصل)، والعوامل المرتبطة بالدراسة (مثل: الأداء المتدني، التسرب، التعليم)، والعوامل الاجتماعية (مثل: تجارب العنف والعدوان، الاعتداء الجنسي، انتهاك القواعد الاجتماعية، المشاكل القانونية، الفقر) (Pinto et al., 2014).

يشتمل الكرب النفسي على عدد من الأعراض أهمها، أولاً: الأعراض النفسية: والتي تتمثل في كل من التقلبات المزاجية، والاكتئاب، والقلق، وصعوبة النوم، والأداء الذهني الضعيف، وصعوبة التركيز، وسرعة النسيان، ومشكلات في العلاقة مع الآخرين. ثانياً: الأعراض البدنية: والتي تتمثل في كل من حموضة المعدة، والتغير في عادة التغوط مع حصول نوبات من الإسهال والإمساك، ومشكلات في التنفس، والربو، والخفقان، والصداع النصفي (Ashurst & Hall, 2001). وقد أضاف لوتي (Lotay, 2016) إلى الأعراض التي تشير للكرب النفسي، ما يأتي: التهيج، والشعور بالوحدة، والحزن، والاكتئاب، والقلق، والغضب، واليأس، والأرق، والتفكير بالانتحار، والانسحاب الاجتماعي.

ويتسم الكرب النفسي بالسمات الآتية: عدم القدرة على التكيف بفعالية، وتغيير في العاطفة، وعدم الراحة، والأذى المؤقت أو الدائم للفرد نتيجة لذلك (Gundelach & Henry, 2016). وهناك العديد من

العوامل التي تؤثر على الكرب النفسي، مثل: العوامل الشخصية، والعوامل الظرفية للاضطرابات
الفسولوجية (الاكتئاب والقلق)، والعوامل الفيزيائية، العوامل المعرفية والاجتماعية (Purnamasari &
Cahyani, 2019)، وعوامل الخطر، والتي تشمل على العوامل المرتبطة بالتوتر الاجتماعي
والديموغرافي، كالمخاطر الوثيقة الارتباط بالحياة الاجتماعية، بالإضافة إلى ذلك فإن الإجهاد على وجه
الخصوص على صلة بالاكتئاب والقلق والإرهاق، والعوامل المرتبطة بالعمل، جميعها تساهم في الكرب
النفسي (Abassi & Rezaei, 2019; Sullivan et al., 2019).

ترتبط المستويات المرتفعة من الكرب النفسي باضطرابات الصحة النفسية لدى طلبة الجامعات
بشكل مقلق، ويتجلى ذلك بظهور الاكتئاب، وانخفاض جودة الحياة. ومع ذلك فإن معدلات انتشار الكرب
النفسي بين طلبة الجامعة أعلى بكثير من ذلك لدى الأفراد في المجتمع العام (Chand & Pidgeon,
2017).

وقد لاحظ عددٌ من الباحثين النفسيين أن معدل انتشار الكرب النفسي بين طلبة الجامعات أعلى منه
لدى غير الطلبة من نفس الجنس، والفئة العمرية (Verger et al., 2008). إذ إن الكرب النفسي يزيد من
خطر إصابة طلبة الجامعة باضطرابات الصحة النفسية، مثل: الاكتئاب (Chand & Pidgeon,
2017).

كما أن عوامل الخطر للكرب النفسي لدى الطلبة ليست معروفة جيداً، ولا سيما تلك المتعلقة
بالتحديد بالتغيرات في الظروف المعيشية، التي تحدث عند الالتحاق بالجامعة، هذا وقد ينطوي في كثير من

الأحيان على مغادرة منزل الوالدين، ويمكن أن يكون مصحوباً بالعزلة العاطفية، والصعوبات النفسية، ويتضمن أيضاً مواجهة بيئة جديدة والتعامل مع زيادة ضغط الأداء (Verger et al., 2008).

ناقش حكيمي (Hakami, 2018) العديد من عوامل الخطر التي قد تلعب دوراً مهماً في تطور الكرب النفسي بين طلبة الجامعة، وتشمل هذه العوامل الضغوط الأكاديمية، والعبء المالي، ونوع الجنس، والإفراط في استخدام التكنولوجيا، ومحدودية الوصول إلى مستويات أعلى من التعليم للطلاب المنتمين إلى مجموعات الأقليات.

إذ يعد التعلم الجامعي فترة حساسة في حياة الطلبة، حيث إنهم يتعاملون مع المتطلبات الاجتماعية والأكاديمية التي تساهم في إعدادهم لمهنتهم المستقبلية. لذلك، من المهم تقدير انتشار الكرب النفسي بين الطلبة الجامعيين، وبناءً على ذلك يتم تطوير طرق التدخل الملائمة (Hakami, 2018).

ويعتبر الاكتئاب، والقلق، والتوتر هي أكثر أشكال الكرب النفسي شيوعاً بين طلبة الجامعة. على سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها بيرم وبيجل (Bayram & Bilgel, 2008) على (1617) من طلبة الجامعات التركية أن (27.1%) يعانون من الاكتئاب، و (47.1%) يعانون من القلق، و (27%) يعانون من التوتر.

وقد أشار بعض الباحثين إلى أن مواقف الحياة المجهدة ترتبط بالتعرض للكورتيزول (cortisol)، والتي تؤثر في الدماغ؛ من خلال تحفيز ما تحت المهاد في المخ لرغبته في تناول الأطعمة. علاوة على ذلك، فإن هرمونات اللبتين (Leptin)، والأنسولين (insulin)، والدوبامين (dopamine) تحفز الأفراد على

تناول الأطعمة، وخاصة الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون والسكر، والتي تخلق متعة الأكل (Zheng, Lenard, Shin, & Berthoud, 2009). ونتيجة لذلك فإن الأفراد الذين يعانون من أوضاع ضاغطة، يحددون من اختياراتهم للأطعمة ذات النوعية الجيدة؛ عن طريق استهلاك الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية جداً من السكر والدهون، كمحاولة لتخفيف الحالة النفسية العاطفية المجهدة (Wallis & Hetherington, 2009). فضغوط الحياة العامة كما يراها الطلبة مرتبطة باستمرار بقضايا عدم الرضا عن الحياة، مثل: القلق، والاكتئاب، والتعب، والتسويق (Klein et al., 2016).

اضطرابات الأكل (Eating Disorder)

تعد الحاجة إلى تناول الطعام من أهم الحاجات الفسيولوجية، وهي من أهم المظاهر الدالة على الحالة الصحية. ولكن الأمر لن يكون كذلك إذا شعر الفرد بأن هناك حاجة ملحة لتناول كميات كبيرة من الطعام، أو شعر أنه لا يستطيع التوقف إذا بدأ في تناول الطعام، أو شعر أنه عازف عن تناول الطعام أو عن أغلب أصنافه (رشيد، قطان، محمد، وقنديل، 2013).

يُمثل الأكل باعتباره سلوكاً غريزياً بالنسبة للكائنات الحية بشكل عام، هدفاً يشبع بعض الحاجات الجسدية والنفسية والاجتماعية للإنسان، وقد يعبر عن بعض العادات والأعراف لدى بعض المجتمعات، لذا قد تتخذ سلوكيات تناول الطعام أشكالاً غير سوية، مما يؤدي إلى تطور اضطرابات الأكل (العويضة، 2009). لذا تطورت اضطرابات الأكل على مدى العقود الأخيرة في مختلف دول العالم، فقد أصبحت هذه الاضطرابات واحدة من مشاكل الصحة العامة الرئيسية ليومننا هذا (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010).

وقد قدم العديد من الباحثين أفكاراً متنوعة ومتعددة لتعريف اضطرابات الأكل بشكل دقيق، فقد عرف ديكاليو وبرايث (Decaluwe, Braet, & Fairburn, 2003) اضطرابات الأكل بأنها: الحالة التي يكون فيها الفرد مفرطاً في تناول الأكل على فترات منتظمة، مما يؤدي إلى ارتفاع متوسط مؤشر كتلة الجسم. وعرفها شيلتون وفالكيري (Shelton & Valkyrie, 2010) بأنها: سلوكيات إلزامية (قهرية)، تنعكس سلباً في جوانب حياة الفرد الجسدية والنفسية والاجتماعية، وتؤدي إلى تهديد حياته.

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس (DSM-5) اضطرابات الأكل على أنها: اضطراب نفسي يُعرّف بأنه عادات غذائية غير طبيعية، تؤثر سلباً في الصحة البدنية أو النفسية للشخص (American Psychiatry Association, 2013).

أما ديسنغ وباك وبيدرسون وبيترسون (Dissing, Bak, Pedersen, & Petersson, 2011) فقد عرفوها بأنها: مشكلات تتجم عن مزيج من الجوانب السلوكية، والبيولوجية، والعاطفية، والنفسية، والشخصية، والاجتماعية، والتي تؤثر سلباً على سلوكيات الأكل على المدى البعيد. وعرفت اضطرابات الأكل بأنها: مجموعة من السلوكيات التي تتجم عنها اضطرابات سريرية في صورة الجسد وعادات الأكل (Laghari et al., 2014).

ويرى كيلاني (Kilani, 2017) بأن اضطرابات الأكل تمثل أعراضاً خطيرة ترتبط بالصحة النفسية، ناتجة عن سلوكيات الأكل غير السوية، التي تؤثر سلباً على صحة الفرد وعواطفه وقدرته على العمل. أما

علي (2018؛ ص. 284) فيرى أن اضطرابات الأكل هي: "تغيرات في سلوكيات تناول الأكل تنتاب الفرد، بهدف التحكم بالوزن، أو عدم الرغبة في تناول الأكل، أو التناول القهري للأكل بشكل غير ملائم".

ومن جانب آخر عرف كل من لي وفايلانكورت (Lee & Vaillancourt, 2018) اضطرابات الأكل بأنها: المواقف والسلوكيات غير القابلة للتكيف، التي تتعلق بالأكل والوزن وصورة الجسم. وقام المعهد الأسترالي للصحة والرعاية الاجتماعية (Australian Institute of Health and Welfare, 2018) بتعريفها على أنها: مجموعة من الأمراض النفسية التي تتميز عادة بمشاكل مرتبطة بالأكل أو التحكم في وزن الجسم، ومصدر قلق شديد تتعلق بوزن الجسم أو شكله.

وتعرف الباحثة اضطرابات الأكل بأنها: سلوكيات سلبية غير مسيطر عليها في عادات تناول الأكل، تؤثر سلباً على جوانب الحياة المختلفة، مما يشكل إعاقة لسير حياة الفرد بشكل طبيعي، وقد تصل إلى تهديد حياته إذا لم يتلقَ العلاج اللازم.

وتعد اضطرابات الأكل أحد الاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى عدم استقرار في النظام الغذائي اليومي، ويمكن للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل تناول كميات صغيرة للغاية من الطعام، أو المبالغة في كميات الطعام والإفراط في تناولها (National Institute of Mental Health (NIMH), 2011). إذ يتناول الذين يعانون من اضطرابات الأكل إما طعاماً غير كافٍ أو طعاماً مفرطاً، مما قد يسبب مشاكل في الصحة الجسدية والنفسية (Laghari et al., 2014).

وقد تبدأ اضطرابات الأكل من خلال الانشغال بالطعام والوزن، إلا أنها في أغلب الأحيان تكون أكثر من ذلك، فغالباً ما يقوم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل باستخدام الطعام، والتحكم في سلوكياته، في محاولة للتعويض عن المشاعر والعواطف التي قد تبدو مؤلمة، وحيث إن طلبة الجامعات يتعرضون للعديد من التغيرات النفسية والاجتماعية، تجعلهم يستخدمون الأكل كآلية تعويضية، مما يساهم في ارتفاع نسبة الإصابة باضطرابات الأكل لديهم (Swanson et al., 2011).

وتتميز اضطرابات الأكل بالمواقف والسلوكيات ذات الصلة بالأوزان والأطعمة، والتي تلازمها العواطف الشديدة (Abdelrahim, Abdelmutti, & Alshaikh, 2012). وقدمت الدراسات أدلة على أن الطلبة الذين يتلقون تعليقات سلبية حول وزن الجسم من أقرانهم، هم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الأكل من أولئك الذين لا يتلقون مثل هذه التعليقات (الشيخ، 2005).

ويمكن ملاحظة اضطرابات الأكل لدى العديد من الطلبة؛ بسبب عدم قدرتهم على التكيف مع المجموعة التي ينتمون إليها، أو الخوف من التعرض للإقصاء، ويتجلى هذا الموقف عندما تبدأ المشاعر والأفكار المتعلقة بسلوك الأكل والغذاء في التسبب بالإزعاج الشديد للفرد نفسه (Vardar & Erzenin, 2011).

وتحتل اضطرابات الأكل المرتبة الثالثة بين أكثر الاضطرابات المزمنة شيوعاً بين الطالبات، حيث تصل نسبة الإصابة إلى 5%. وتنتشر اضطرابات الأكل والسلوكيات ذات الصلة بشكل أكبر في مرحلة الشباب، وخاصة لدى الفتيات المراهقات والشابات. فبالنسبة لفقدان الشهية العصبي، والنهم العصبي، والشره

العصبي، فإن متوسط معدلات الانتشار بين الأفراد هي 0.6%، 1%، 3%، على التوالي، يمكن أن يصاب الذكور أيضاً بهذه الاضطرابات، وقد أشارت الدراسات إلى أن عدم الرضا عن صورة الجسد، وسلوك الأكل المختل يتزايدان خلال فترة الدراسة الجامعية (Lofrano-Prado et al., 2015).

ركزت الدراسات الحديثة على ارتفاع معدل انتشار اضطرابات الأكل بين طلبة الجامعات. حيث تم الكشف عن ممارسات غير طبيعية في الأكل، ومراقبة الوزن لطلبة الجامعات بنسبة (26%) للإناث، و (10%) للطلاب الذكور (Thorsteinsdottir & Ulfarsdottir, 2008). في الشرق الأوسط وفي العديد من البلدان العربية تنتشر السمنة، حيث تم تقدير انتشار زيادة الوزن والسمنة في الشرق الأوسط ليكون الثاني في العالم بعد أمريكا الشمالية (National Eating Disorders Association (NEDA), 2013).

الأكل غير المنتظم بين الإناث الشابات في البلدان العربية شائع نسبياً، ويتراوح بين 16.2 إلى 42.7% (Al-Thani, Khaled, 2018). وقد أفادت الدراسات بعد استخدام استبيان (Eating Attitudes Test (EAT)) في الأردن بأن نسبة انتشار اضطرابات الأكل كانت 12.4% بين الطالبات الشابات (Abdelrahim et al., 2012). ولما كان الرضا عن صورة الجسد يشغل تفكير الإناث أكثر من الذكور، لذا فإن الاهتمام بالوزن وشكل الجسد أكثر وضوحاً بين الإناث، بينما الذكور مهتمون أكثر بمستقبلهم المهني وإنجازهم (Aljomaa, 2018).

ومن الممكن أن يؤدي الضغط الاجتماعي لاستخدام آليات تكيف غير مناسبة، مثل: تناول طعام بشكل غير منظم (NEDA, 2013). ويمثل الضغط الاجتماعي والثقافي، والتأثير القوي لوسائل الإعلام سبباً رئيساً لاضطرابات الأكل، بحيث يتناول الأفراد كميات غير كافية بهدف الوصول إلى الجسد المثالي، مما يتسبب في أضرار للصحة النفسية والبدنية (Lofrano-Prado et al., 2015). كما ويؤدي إلى اعتبار سلوك الحمية حافزاً شائعاً يؤدي إلى تطور اضطرابات الأكل، كذلك فإن اضطرابات الأكل لا ترتبط بالطعام والوزن فقط (Vardar & Erzenin, 2011). تشير العديد من الدراسات إلى أن الإناث اللواتي يعانين أحد أفراد أسرهن من فقدان الشهية لديهن ميل أكبر للإصابة بالاضطراب، كذلك وجود خلل في الغدة ما تحت المهاد يعتبر مفتاحاً لأعراض اضطرابات الأكل (Vilela et al., 2004).

ولا يخلو جزء من أجهزة الجسم المختلفة من آثار اضطرابات الأكل، حيث ترتبط العلامات والأعراض الجسدية التي تحدث لدى الطلبة الذين يعانون من اضطرابات الأكل بسلوكيات التحكم في الوزن، وتبدأ معظم المضاعفات الطبية عند الطلبة الذين يعانون من اضطرابات الأكل بالتحسن مع إعادة التأهيل الغذائي والعلاج من اضطراب الأكل، ولكن بعضها لا رجعة فيه (SAHM, 2003).

وتعد الاضطرابات التغذوية علامة مميزة لاضطرابات الأكل، وترتبط بحدّة العادات الغذائية المختلفة وظيفياً، ومدة هذه العادات وتوقيتها، حيث تم العثور على نقص كبير في الكالسيوم، وفيتامين (د)، وحمض الفوليك، وفيتامين (B12)، والمعادن الأخرى لدى الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات (Rock & Curran-Celentano, 1996; Hadigan, Anderson, & Miller, 2000). علاوة على ذلك،

هناك أدلة على أن الطلبة الذين يعانون من اضطرابات الأكل قد يفقدون مكونات أنسجة الجسم (مثل كتلة العضلات، الدهون في الجسم، والمعادن في العظام) (Schebendach & Nussbaum, 1992;) (Scalfi, Polito, & Bianchi, 2002).

ومن المضاعفات الطبية المحتملة لدى الطلبة الذين يعانون من اضطرابات الأكل ما يلي: فقدان مينا الأسنان مع القيء المزمن (Hazelton & Faine, 1996)، والتغيرات الدماغية الهيكلية التي لوحظت في التصوير المقطعي الدماغى والتصوير بالرنين المغناطيسى (Katzman, Zipursky, Lambe, &) (Mikulis, 1997; Gordon et al., 1997). والاستعداد لمرض هشاشة العظام وزيادة خطر الكسر، وتؤكد هذه الأعراض على أهمية المعالجة الطبية الفورية، والمراقبة المستمرة من قبل الأطباء (SAHM,) (2003).

وعلى الرغم من أن الأعراض الجسدية قد تبدو في المقدمة، إلا أنها تتطور مع مشاكل نفسية خطيرة، يعاني الأشخاص المصابون باضطرابات الأكل من وجود العديد من الاضطرابات النفسية، مثل: اضطرابات المزاج، واضطرابات القلق، واضطرابات متعلقة بمادة إدمانية، واضطرابات الشخصية كتشخيص مرضي (Vardar & Erzenjin, 2011).

ويحدد الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5)، أربعة تشخيصات رئيسية لاضطرابات الأكل: فقدان الشهية العصبى (Anorexia Nervosa)، النهم

العصبي (Bulimia Nervosa)، اضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder)، واضطرابات الأكل غير المحددة (APA, 2013).

وفي هذه الدراسة تم تناول ثلاثة أنواع من اضطرابات الأكل وهي: اضطراب النهمة العصبي، واضطراب الشره العصبي، واضطراب فقدان الشهية العصبي. وفيما يلي توضيح لهذه الاضطرابات:

اضطراب النهمة العصبي (Bulimia Nervosa)

يعتبر المرضى الذين يعانون من النهمة العصبي أصحاب إدراك قوي بأنهم لا يستطيعون التحكم في تناول الطعام، أو الإفراط في تناول الطعام أثناء نوبات الشره، ويتميز النهمة العصبي بحلقات متكررة من الأكل النهمة، تليها سلوكيات تعويضية غير مناسبة، مثل: القيء المستحث ذاتياً، أو سوء استخدام المسهلات أو مدرات البول، أو غيرها من الأدوية، أو الصيام، أو ممارسة مفرطة للرياضة (Treasure et al., 2010). ويتميز النهمة العصبي بحلقات متكررة من الأكل غير الواقعي أو الطبيعي، يليه سلوك غير مناسب لمواجهة السعرات الحرارية المكتسبة في الشره عن طريق القيء المستحث ذاتياً، أو سوء استخدام المسهلات، أو الصيام، أو التمرين المفرط (APA, 2013).

ويعرف النهمة العصبي أيضاً بأنه: اضطراب في الأكل، تتداخل فيه فترات تناول الطعام والنظام الغذائي بشكل مفرط، ويشمل هذا المرض أيضاً طرق التخلص الواعي بعد استهلاك الكميات غير المعتادة من الغذاء، هذه الطرق التي تستخدم لمنع زيادة الوزن، تتكون عادة من القيء، والصيام، وممارسة الرياضة المفرطة، أو استخدام المسهلات (Bahar et al., 2008; Bulut et al., 2017).

يتميز النهم العصبي بنوبات متكررة من تناول كمية كبيرة من الطعام بشكل غير طبيعي مع فقدان السيطرة، بالإضافة إلى السلوك التعويضي غير المناسب (على سبيل المثال، التقيؤ الذاتي، أو إساءة استخدام الملينات أو مدرات البول، والصيام، أو الإفراط التمرين) والإفراط في تقدير الشكل والوزن (APA, 2013).

أما عن الميزات السريرية المرتبطة بالنهم العصبي، فهي: الشره في الأكل، والسلوك التعويضي غير المناسب، الذي يمثل محاولات لمنع زيادة الوزن. يتم تعريف النهم على أنه الأكل في فترة زمنية محددة (عادة أقل من ساعتين) كمية من الطعام أكبر بالتأكيد مما يستهلكه معظم الأفراد عادة في ظل ظروف مماثلة، ويعاني الشخص المصاب بالنهم العصبي أيضاً من عدم التحكم في تناول الطعام خلال فترة الشره، وقد يشعر كما لو أنه لا يستطيع التوقف عن تناول الطعام، على الرغم من الشعور بالشبع (APA, 2013).

واستناداً إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، يستدل على اضطراب النهم العصبي من خلال معايير التشخيص التي يجب أن تظهر جميعها للحكم بالإصابة بالاضطراب وهي كالاتي:

أ. نوبات معاودة من الشره عند الأكل. وتتصف نوبة الشره عند الأكل بكلٍ مما يلي:

(1) أكل مقدار من الطعام أكبر مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت

نفس الظروف. وذلك في فترة منفصلة من الوقت (مثال، خلال فترة ساعتين).

(2) الإحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال، الإحساس بأن المرء لا

يستطيع التوقف عن الأكل، أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

ب. سلوكيات تعويضية غير مناسبة متكررة لمنع كسب الوزن، مثل: افتعال الإقياء، أو سوء استخدام

المسهلات أو المدرات، أو الحقن الشرجية، أو أدوية أخرى، أو الصيام، أو التمارين المفرطة.

ج. يحدث كل من الشره عند الأكل والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً

على الأقل لمدة 3 أشهر.

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

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

مع تحديد ما إذا كان في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً. فبعض

المعايير وليس جميعها لا يزال موجوداً لفترة مطولة من الوقت، أو في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير

الكاملة للنهم العصبي سابقاً، فإن أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن. كما يجب تحديد الشدة

الحالية حيث يستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر السلوكيات التعويضية غير المناسبة ويمكن زيادة

مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي (APA, 2013).

تبلغ نسبة انتشار النهم العصبي - كما أشار إليها الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية

(DSM-5) - بين الإناث على مدى 12 شهراً (1% - 1.5%)، ويعتبر انتشاره في مرحلة الشباب أعلى من

غيرها. ولا يُعرف إلا القليل عن معدل انتشار النهم العصبي عند الذكور، لكن النهم العصبي أقل شيوعاً بكثير عند الذكور منه عند الإناث، بنسبة تقارب 10:1 من الإناث إلى الذكور (APA, 2013).

يحتفظ مرضى النهم العصبي غالباً بوزن شبه طبيعي، أو في بعض الأحيان يعانون من زيادة طفيفة في الوزن، بالتناوب بين نوبات فرط البلع والقيء المستحث ذاتياً (Morandé, Celada, & Casas, 1999). كما يكون تشوه صورة الجسم عادة أقل وضوحاً في اضطراب النهم العصبي منها في اضطراب فقدان الشهية العصبي (Williams, 1997).

أما عن مضاعفات النهم العصبي فتتضمن التهيج، ونزيف المعدة والأمعاء، واضطرابات الأمعاء، وتآكل مينا الأسنان، وتضخم الغدة النكفية (Parotid glands)، ويلاحظ وجود بطن في دقات القلب، وانخفاض ضغط الدم، وانخفاض معدل الأيض عند بعض المرضى المصابين بالنهم المرضي العصبي (النهم العصبي)، مما يشير إلى انخفاض نشاط الجهاز العصبي وأداء الغدة الدرقية (Fisher et al., 1995). وفي كثير من الأحيان يعاني المصاب بالنهم العصبي من تورم الخدين، وكدمات الأصابع، ومشاكل الأسنان، وتمزق المريء بسبب القيء المستمر (Desai, Miller, Staples, & Bravender, 2008).

وقد أفاد بعض الأفراد أن النهم العصبي لم يكن المشكلة، بل كان تأثيراً جانبياً على البيئة غير المستقرة والمشاعر العاطفية، وبالتالي، قد تنشأ اضطرابات الأكل من مجموعة من العوامل السلوكية والعاطفية والنفسية (Whiteside et al., 2007). ويمكن أن تؤثر دورات الشره والتطهير المتكررة على

الجهاز الهضمي بأكمله، مما ينتج عنه خلل كيميائي، ويمكن أن يؤثر هذا الخلل في القلب، وكذلك الأعضاء الحيوية الأخرى (Shelton & Valkyrie, 2010).

وقد أشار المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH, 2011) إلى أن أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً في الولايات المتحدة هي مرض فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي، ففي كل من حالات فقدان الشهية والنهم العصبي، من الشائع للأفراد ممارسة الرياضة بشكل مفرط، أو الصيام، أو التطهير، أو استخدام حبوب الحمية للتحكم في الوزن. إلا أن المصابين بفقدان الشهية يعانون في العادة من انخفاض غير عادي في وزن الجسم، بينما يتمتع المصابون بالنهم العصبي في العادة بوزن طبيعي أو فوق الطبيعي.

اضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder)

يعرف اضطراب الشره العصبي بأنه: اضطراب في الأكل يضطر الشخص إلى الإفراط في تناول الطعام بشكل كبير وغير منتظم (Lightstone, 2004). ويتميز الشره العصبي بظهور حلقات الأكل القهري مع جانبين أساسيين، تناول كمية زائدة من الطعام في وقت قصير، وشعور بفقد السيطرة على الأكل، ويرافق هذا الاضطراب أيضاً ضائقة عاطفية، وغياب السلوكيات التعويضية (التي تميزه عن النهم العصبي) (APA, 2013).

ويعرف أيضاً بأنه: حلقات متكررة من تناول كميات كبيرة من الطعام المرتبطة بعدم القدرة على التحكم في الأكل، ويفضل الأشخاص المصابون باضطراب الشره العصبي تناول الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون والأطعمة الحلوة والمالحة أثناء نوبات الشره (Alshawashereh et al., 2018)

واستناداً إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، يستدل على اضطراب الشره العصبي من خلال معايير التشخيص التي يجب أن تظهر جميعها للحكم بالإصابة بالاضطراب، وهي كالاتي:

أ. نوبات معاودة من الشراهة عند الأكل، وتتصف نوبة الشراهة عند الأكل بكلٍ مما يأتي:

(1) تناول مقدار من الطعام أكبر بشكلٍ مؤكد مما يتناوله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. وذلك في فترة منفصلة من الوقت (مثال، خلال فترة ساعتين).

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

ب. تترافق نوبات الأكل بشراهة مع ثلاثة -أو أكثر- مما يلي:

1 - الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.

2 - تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء.

3 - تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائياً.

4 - تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة.

5 - الشعور بالاشمئزاز من الذات، والاكتئاب، أو بالذنب الشديد بعد ذلك.

ج. إحباط ملحوظ تجاه الأكل بشراهة.

د. يحدث الشره عند الأكل، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر.

هـ. لا يترافق النهم عند الأكل مع سلوكيات تعويضية غير مناسبة من النهم العصبي أو فقد الشهية العصبي. مع تحديد ما إذا كان في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الشره للطعام سابقاً، فبعض المعايير -وليس جميعها- لا يزال موجوداً لفترة مطولة من الوقت. أو في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الشره للطعام سابقاً، فإن أيّاً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن. وتحديد الشدة الحالية، حيث يستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر نوبات الأكل بشراهة، ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى، ودرجة العجز الوظيفي (APA, 2013).

يتميز الشخص المصاب بالشره العصبي باستهلاك كميات كبيرة من الطعام، وبشكل أسرع بكثير من الأشخاص الطبيعيين؛ إذ يأكل حتى وصوله إلى الشعور بعدم الارتياح نتيجة الامتلاء، ويأكل كميات كبيرة من الطعام من غير أن يشعر بالجوع، وهو يأكل بمفرده؛ لأنه يشعر بالارتباك والذنب نتيجة تناوله الطعام بهذه الكميات وبهذه الطريقة، كما أنه يشعر بالاكتئاب نتيجةً لذلك (Katzman & Pinhas, 2005).

تبلغ نسبة انتشار اضطراب الشره العصبي -كما أشار إليها الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-5)- على مدى عاماً بين الإناث والذكور البالغين في الولايات المتحدة (18 سنة أو أكثر) 1.6% و0.8% على التوالي. (APA, 2013).

يتعرض الشخص المصاب بهذا الاضطراب للسلوكيات التالية: تناول الطعام بسرعة، وتناول الطعام حتى يشعر بالامتلاء بشكل غير مريح، وتناول كميات كبيرة من الطعام عندما لا يكون جائعاً، أو يأكل بمفرده بسبب الإحراج، والشعور بالاكتئاب، والخجل والاشمئزاز، أو الذنب بعد تناوله (Alshawashereh et al., 2018).

ويعتبر طلبة الجامعات الأكثر عرضة للإصابة باضطراب الشره العصبي، خاصة في هذا العصر، الذي تعتبر فيه صورة الجسد الأكثر أهمية، ويسعون لتحقيق حجم الجسم المناسبة لهم، مثل المشاهير أو سفراء العلامات التجارية، ونتيجة لذلك يتغير سلوكهم في تناول الطعام، وفي هذا الوقت يحفزهم أقرانهم على التصرف بطريقة معينة (Sahoo et al., 2015).

وعادة ما يبدأ ظهور اضطرابات الأكل خلال فترة المراهقة، أما بالنسبة لاضطراب الشره العصبي يكون عمر بداية الإصابة أكثر صعوبة في التحديد، حيث إن المرضى الذين يبحثون عن علاج للشره العصبي يبلغون عن أعمار مختلفة من ظهور الشره عند تناول الطعام تتراوح أعمارهم بين (15 و28) عاماً، اعتماداً على تطور اضطرابهم (Reas & Grilo, 2007).

ويعتبر اضطراب الشره للطعام فئة من فئات النهم الذي ينقسم إلى فئتين، هما: النهم العصبي (النهم مع وجود التطهير)، والشره العصبي (النهم مع عدم وجود التطهير) (العويزة، 2009). ويعد استخدام السلوكيات التعويضية هو المحك الوحيد الذي يميز بين اضطراب النهم العصبي والشره العصبي.

اضطراب فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)

تشير الدراسات إلى أن اضطرابات الأكل كانت موجودة، ويتم التعامل معها في القرن السابع عشر، حيث كان يطلق عليه اسم "فقدان الشهية المقدس"، وكانت أول التقارير العلمية لهذه الحالة من قبل ويليام جول (William Jules)، وذلك في أواخر القرن التاسع عشر، حيث يُنسب إليه صياغة مصطلح فقدان الشهية العصبي (Vaidyanathan, Kuppili, & Menon, 2019).

إن اضطراب فقدان الشهية العصبي هو اضطراب يؤدي إلى عدم تناول كميات كبيرة من الأكل، وعدم الشبع، مع الشعور بزيادة في الوزن، وبضائقة جسدية ونفسية كبيرة بسبب صورة الجسم المشوهة، إن الأفراد الذين يعانون من مرض فقدان الشهية العصبي لا يعتبرون أنفسهم نحيفين، وبالتالي يواصلون تقييد نظامهم الغذائي بطريقة منهجية (Vilela et al., 2004).

ويتميز فقدان الشهية العصبي بأنه اضطراب يرفض فيه المرضى الحفاظ على الحد الأدنى من الوزن الطبيعي، والخوف الشديد من زيادة الوزن، وسوء فهم كبير لطبيعة أجسامهم وشكلها (APA, 2013).

كذلك يتميز فقدان الشهية العصبي برفض الحفاظ على الحد الأدنى لوزن الجسم الطبيعي بناءً على طول الفرد وعمره، بالإضافة إلى وزن يقل بنسبة (15%) عما هو متوقع، ويشعر الفرد المصاب بفقدان الشهية بالرعب من زيادة الوزن، ويتصور حجمه وشكله بصورة مشوهة (APA, 2013). ويمكن وصف فقدان الشهية العصبي بأنه ضعف في صورة جسد الفرد (إدراك جسده)؛ أي إدراك الفرد للوزن الزائد ورفضه تناول الطعام، وبالتالي فقدان الوزن الزائد (Temiz & Isil, 2018).

واستناداً إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس (DSM-5) يستدل على اضطراب فقدان الشهية العصبي من خلال معايير التشخيص، التي يجب أن تظهر جميعها للحكم بالإصابة بالاضطراب وهي كالآتي:

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

ب. خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدنٍ بشكلٍ كبير.

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

مع تحديد ما إذا كان نمط مقيد: لم ينخرط الفرد خلال الأشهر الثلاثة الماضية، في نوبات متكررة من الشره أو سلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية) (يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي أنجز فيها فقد الوزن أساساً عبر الحمية، الصيام، و/أو التمارين المفرطة)، أو نمط النهم/الإسهال: أنخرط الفرد خلال الأشهر الثلاثة الماضية في نوبات متكررة من الشره أو سلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية).

وتحديد ما إذا كان في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً. فالمعيار A (وزن الجسم المنخفض) لم يتحقق لفترة مطولة، ولكن أحد المعايير (B, C) لا يزالان متحققان، أو في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فإن أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن (APA, 2013).

تبلغ نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي - كما أشار إليها الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-5) - بين الإناث الشابات (0.4%)، إذ إن فقدان الشهية العصبي أقل شيوعاً بين الذكور مقارنة بالإناث، حيث تعكس المجموعات السريرية عموماً نسبة (10:1) الإناث إلى الذكور (APA, 2013).

ويعاني المصاب بفقدان الشهية العصبي من مضاعفات خطيرة ناتجة عن سوء التغذية، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، والجفاف، واضطرابات التحلل الكهربائي (Electrolysis disorders)، واضطرابات في الجهاز الهضمي، والعقم، وانخفاض حرارة الجسم، وغيرها من علامات فرط الأيض، كل

هذه الأعراض ترتبط بمجموعة من العوامل مثل: خلل المهاد، والإجهاد، والتمارين المفرطة، وفقدان الوزن والدهون (Vilela et al., 2004).

ومن الجوانب الأكثر شيوعاً لفقدان الشهية الأظافر الهشة، وفقدان الشعر، وعدم انتظام الحيض، وفقدان الوزن الزائد (Young et al., 2018). حيث يفشل الأفراد المصابون بفقدان الشهية في تزويد أجسامهم بالعناصر الغذائية الأساسية، اللازمة للحفاظ على الوظائف الجسدية المناسبة، والتي تجبر الجسم على التباطؤ، مع انخفاض معدل ضربات القلب، ومع انخفاض ضغط الدم تزداد فرص حدوث مضاعفات أمراض القلب (Shelton & Valkyrie, 2010).

تشمل الخصائص النموذجية لفقدان الشهية العصبي بالإضافة إلى رفض الحفاظ على الحد الأدنى من وزن الجسم، والخوف الشديد من زيادة الوزن، المشاكل الهامة في التفكير في حجم الجسم، وفي حالة الإناث، وجود انقطاع الطمث (Treasure et al., 2010). إن فقدان الوزن الذي يتطور بسبب رفض المريض للأكل قد يصل إلى مستوى قد يهدد حياته، إذ يعتبر أحد الاضطرابات النادرة التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة (Bulut, Kupeli, Bulut, & Topcuoglu, 2017). ويعتبر هذا الاضطراب ذو أعلى معدل للوفيات بين الاضطرابات النفسية، وذلك لأن علاجه طويل الأجل، وغالي الثمن في كثير من الأحيان (Vaidyanathan et al., 2019)، وقد يحدث فقدان الحاد للوزن الاكتئاب، أو اضطراب الوسواس القهري، أو غيره من الاضطرابات (Uzun, 2014; Bulut et al., 2017).

ومن الأسباب للزيادة الأخيرة في حدوث اضطرابات الأكل هي سهولة الوصول إلى وسائل الإعلام التي تروج للأشكال غير الصحية للجسم، والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع للناس (Vaidyanathan et al., 2019). وتسهم النظرة السلبية لشكل الجسد في تدني المشاعر الذاتية، مما يؤدي إلى سلوكيات غير صحية في الأكل، ففي الوقت الحاضر لا يسعى العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل إلى العلاج (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). لأنهم يميلون إلى إخفاء الاضطراب، وبالتالي يصبح التشخيص صعباً، إذ تعتبر سلوكيات الأكل غير الصحية، وعدم الرضا عن صورة الجسد من العوامل المسببة لاضطرابات الأكل لدى العديد من الشباب، ويمكن أن يؤدي التعرف المبكر على هذه السلوكيات إلى زيادة جودة الأساليب الوقائية للحيلولة دون زيادة حدوث اضطرابات الأكل (Lofrano-Prado et al., 2015).

وترتبط اضطرابات الأكل بمشاكل نفسية - اجتماعية معقدة، والتي يتم معالجتها على أفضل وجه من قبل فريق متعدد التخصصات، مكون من الطبيب المختص، وأخصائي التغذية، والأخصائي النفسي، والتمريض، ممن لديهم خبرة في تقييم وعلاج اضطرابات الأكل، وأصحاب الخبرة في هذا المجال (Treasure et al., 2010). وباعتبار أن اضطرابات الأكل هي الاضطرابات ذات أعلى معدل للوفيات (Arcelus, 2011)، فإن الاكتشاف المبكر والتدخل والعلاج مهم للغاية، ذلك أنه يمنح الفرد أفضل فرصة للشفاء، ولا يسعى المصابون باضطرابات الأكل غالباً للبحث عن المساعدة لعدم درايتهم بخيارات العلاج المتاحة لهم (NEDA, 2013).

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي لدى البالغين المصابين بفقدان الشهية العصبي، ويعتبر العلاج الأكثر فاعلية للطلبة الذين يعانون من النهم العصبي هو العلاج السلوكي المعرفي، الذي يركز على تغيير مواقف وسلوكيات الأكل المحددة، التي تحافظ على اضطراب الأكل (Agras, Walsh, & Fairburn, 2000). كذلك أظهر العلاج المتمركز حول الشخص والعلاج السلوكي الجدلي أيضاً بعض التأثيرات المفيدة لدى الطلبة الذين يعانون من النهم العصبي، فقد تكون الأدوية مفيدة أيضاً لدى الطلبة الأكبر سناً، الذين يعانون من الاكتئاب المصاحب للمرض، أو أعراض الهوس، أو الوسواس القهري (SAHM, 2003).

يجب معالجة المشكلات المتعلقة بمفهوم الذات، وتقدير الذات، والاستقلالية، وبالنظر إلى أن الطلبة الذين يعانون من اضطرابات الأكل عادة ما يعيشون في المنزل، ويتفاعلون مع أسرهم بشكل يومي، لذا ينبغي استكشاف دور الأسرة خلال كل من التقييم والعلاج (Lemmon & Josephson, 2001).

لم يتم تحديد المدة المثلى للعلاج، على الرغم من أن هناك دراسات أظهرت انخفاض خطر الانتكاس لدى المرضى الذين وصلوا إلى وزن جسم مثالي، والهدف العام للعلاج هو لمساعدة الطلبة على تحقيق الصحة الجسدية والنفسية والحفاظ عليها (Golden et al., 2003).

وبالنظر إلى معدل الانتكاس، أو التقاطع (التغيير من فقدان الشهية العصبي إلى النهم العصبي أو العكس)، يجب أن يكون العلاج منظماً بتواتر وشدة ومدة كافية لتوفير تدخل فعال، لذا تعتبر الصحة

النفسية وعلاجها أمراً بالغ الأهمية لجميع الطلاب الذين يعانون من اضطرابات الأكل، ويحتاج العلاج إلى الاستمرار لعدة سنوات (Strober, Freeman, & Morrell, 1997).

يعتبر الطلبة من أكثر الناس استخداماً للشبكة العنكبوتية وعبر مواقع مختلفة للحصول على الأجساد المثالية، إلا أن كثيراً من هذه المواقع ما يقدم محتوى ضاراً يتضمن آراء مؤيدة لفقدان الشهية، وتكرس عملها لدعم وترويج اضطرابات الأكل، حيث يشكل انتشار مثل هذه المواقع مصدر قلق كبير، تزود هذه المواقع الشباب بأفكار حول أفضل السبل لتجوع أنفسهم أو التطهير وكيفية تجنب اكتشاف هذه السلوكيات من قبل المختصين (SAHM, 2003). غالباً ما تعمل هذه المواقع على الترويج لفقدان الشهية العصبي، والنهم العصبي كخيار لنمط الحياة وليس كمرض، ويجب أن يدرك المختصون وجود مثل هذه المواقع ومحتواها، ويجب تشجيع الطلبة الذين يرغبون في الوصول إلى المعلومات الطبية من الإنترنت للبحث عن مواقع المنظمات المهنية الأكثر شهرة (Chesley, Alberts, Klein, & Kreipe, 2003).

ويعتبر مظهر الجسد هو الهدف الأساسي من الاستقواء الإلكتروني (على سبيل المثال، تلقي رسائل بريد إلكتروني مضايقة، أو رسائل نصية حول جسد أحدهم، أو إخبار الآخرين بعدم الصداقة مع شخص ما لأنه سمين، أو كونه هدفاً لنكات مهينة، أو إرسال صور مهينة حول جسده عبر الإنترنت)، حيث وجد أن كثيراً من الطلبة أبلغوا عن تعرضهم للاستقواء بسبب حجمهم أو وزنهم، إن ضحايا الاستقواء الإلكتروني يعانون من نظرة أسوأ لمظهرهم العام ووزنهم، ويرتبط الاستقواء الإلكتروني من قبل الأقران بعدم الرضا عن الجسد. وتوضح الأدبيات وجود ارتباط واضح بين الاستقواء الإلكتروني وسلوكيات الأكل غير

الصحية لدى الطلبة، ووجدت العديد من الدراسات أن التفاعلات السلبية القائمة على الوزن والتي تنطوي على الاستقواء، والإثارة، والتعليق السلبي، أو أشكال أخرى من الإهانات تنبئُ كثيراً بالصعوبات في تنظيم سلوك الأكل، وأعراض الإفراط في تناول الطعام، والوزن، إن تجارب الاستقواء الإلكتروني لها تأثير سلبي على النظام الغذائي لفقدان الوزن (Marco et al., 2018).

مشكلة الدراسة وأسئلتها

تعتبر اضطرابات الأكل هي من الاضطرابات الشائعة بين الشباب، وذلك لما يتعرض له الشباب من ضغوطات نفسية كبيرة من النواحي الأكاديمية، والعلاقات الاجتماعية والاقتصادية، والبيئة المحيطة بشكل عام، ولما تخلفه اضطرابات الأكل من آثار على حياة الفرد، فقد كان من المُلح دراستها بعناية، ولأن طلبة الجامعة هم من الفئات المعرضة بشكل كبير لما سبق، فقد يعاني كثيرٌ منهم من القلق، والتوتر، والإحباط (Ngan et al., 2017)، وبسبب ما يواجه طلبة الجامعة من مشكلات، فقد يعاني بعضهم من انخفاض مستوى توكيد الذات، ومستوى عالٍ من القلق والاكتئاب، الذي يرتبط بشكل واضح بالكرب النفسي، الذي قد يقود الشباب لأن يكونوا مستقيمين، أو ضحايا للاستقواء الإلكتروني الشائع في هذه الأيام؛ نظراً لانتشار التكنولوجيا، والذي يؤثر سلباً في حياة الأفراد نفسياً وجسدياً، كل ذلك جعل منها محط اهتمام الباحثة للدراسة والبحث.

ومن خلال عمل مسح للدراسات السابقة، والاطلاع على نتائجها، كدراسات

(Thorsteinsdottir & Ulfarsdottir, 2008; Swanson et al., 2011; Abdelrahim et al.,)

2012; Laghari et al., 2014; Umarani & Amirthraj, 2016; Kilani, 2017;

Alshawashereh et al., 2018) وملاحظة الباحثة للطلبة في الجامعات، فقد تبين وجود خلل في

العادات الغذائية للطلبة، تظهر من خلال انتشار السمنة، أو النحافة المفرطة، أو كميات الأغذية، وطريقة

تناولها من قبلهم، مما أثار تساؤلات للبحث في أسباب هذه الاضطرابات، وقدرة كل من الاستقواء

الإلكتروني والكرب النفسي كمتغيرات مستقلة في التنبؤ بأعراض اضطرابات الأكل لدى عينة من طلبة

الجامعات. وبالتحديد فإن هذه الدراسة تسعى للإجابة عن الأسئلة الآتية:

أولاً: هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفقاً لانماط الاستقواء الإلكتروني؟

ثانياً: ما مستوى الكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية؟

ثالثاً: هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفق مقياس اضطراب النهم العصبي (ليس لديه اضطراب،

لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟

رابعاً: هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفق مقياس الشره العصبي (ليس لديه اضطراب، لديه

اضطراب) باختلاف الجنس؟

خامساً: هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفق مقياس فقدان الشهية العصبي (ليس لديه

اضطراب، لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟

سادساً: ما الأهمية النسبية لكل من انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة

الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب النهم العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟

سابعاً: ما الأهمية النسبية لكل من انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة

الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب الشره العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟

ثامناً: ما الأهمية النسبية لكل من انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة

الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب فقدان الشهية العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟

أهمية الدراسة

تستمد الدراسة أهميتها من أهمية موضوعها، وهي: القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية، وتتمثل هذه الأهمية من خلال تناولها جانبين مهمين هما:

الأهمية النظرية: تبدو الأهمية النظرية من خلال ما ستضيفه الدراسة الحالية من معلومات جديدة إلى المعرفة الإنسانية، حول القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني، والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية، على الرغم من أن اضطرابات الأكل قد حظيت في العصر الحديث بالاهتمام من قبل الباحثين في المجتمعات الغربية، إلا أن هذا الموضوع لم يلق الاهتمام الكافي في المجتمعات العربية، لذا تأمل الباحثة أن تكون هذه الدراسة بمثابة إضافة. وقد تساهم هذه الدراسة في توظيف ما كتب من أدب نظري في تفسير متغيرات الدراسة الحالية، وتوضح أهمية هذه الدراسة أيضاً في عدم وجود دراسات عربية - على حدود علم الباحثة - درست هذه المتغيرات على النحو الذي ستقوم به هذه الدراسة، مما يفتح مجالاً لدراسات لاحقة بناءً على نتائجها. كما أنه من المتوقع أن تلفت نظر الباحثين والقائمين على التعليم الجامعي للاهتمام بهذه المشكلة النفسية، التي قد تصيب الطالب الجامعي. كما تساعد هذه الدراسة على بيان مستوى هذه المشكلة عند الطلبة الجامعيين، وعلاقتها ببعض المتغيرات المتنبئة بها، مما يسهل تقديم الإرشاد للأفراد المصابين بهذا الاضطراب.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل أهمية هذه الدراسة من الناحية التطبيقية في النقص الشديد في الدراسات السابقة في العالم العربي حول اضطرابات الأكل، بل وجود عدد قليل من الدراسات تربط بين أعراض اضطرابات الأكل والاستقواء الإلكتروني، والكرب النفسي في المرحلة الجامعية، والتي تعتبر مرحلة مهمة في حياة الطلبة، والتي تمثل مرحلة إعداد الطلبة إلى المستقبل من الناحية الشخصية، والعملية، والمهنية. وهي محاولة علمية للكشف عن العلاقة بينهما، مما يساهم في إغناء المكتبة العربية والأردنية من جانب، وتساعد الباحثين في تناول هذا الموضوع من جوانب أخرى، مما يفتح مجالاً لدراسات لاحقة بناءً على نتائجها. كما أن هذه الدراسة تمهد لتطوير وبناء برامج ارشادية من المختصين والمهتمين موجهة لطلبة الجامعة، والتي تسهم بالوعي في الآثار المترتبة على اضطرابات الأكل، والعمل على إعداد برامج تثقيفية وتوعية للطلبة للتعامل مع اضطرابات الأكل.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

اضطرابات الأكل: هو اضطراب نفسي يُعرّف بأنه: عادات غذائية غير طبيعية، تؤثر سلباً على الصحة البدنية أو النفسية للشخص (APA, 2013). ويعرف إجرائياً بأنه: الدرجة التي حصل عليها الطالب الجامعي على المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

اضطراب فقدان الشهية العصبي: هو اضطراب يرفض فيه المرضى الحفاظ على الحد الأدنى من الوزن الطبيعي، والخوف الشديد من زيادة الوزن، وسوء فهم كبير لطبيعة جسمهم وشكلهم (APA, 2013).

ويعرف إجرائياً: في ضوء الدرجة التي حصل عليها الطالب الجامعي على المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

اضطراب النهم العصبي: هو حلقات متكررة من الأكل غير الواقعي أو الطبيعي، يليه سلوك غير مناسب لمواجهة السعرات الحرارية المكتسبة في الشره، عن طريق القيء المستحث ذاتياً، أو سوء استخدام المسهلات، أو الصيام، أو التمرين المفرط (APA, 2013). ويعرف إجرائياً: في ضوء الدرجة التي حصل عليها الطالب الجامعي على المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

اضطراب الشره العصبي: ظهور حلقات الأكل القهري مع جانبين أساسيين، تناول كمية زائدة من الطعام في وقت قصير، وشعور بفقد السيطرة على الأكل. ويرافق هذا الاضطراب أيضاً ضائقة عاطفية، وغياب السلوكيات التعويضية (التي تميزه عن النهم العصبي) (APA, 2013). ويعرف إجرائياً: في ضوء الدرجة التي حصل عليها الطالب الجامعي على المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

الاستقواء الإلكتروني: إساءة متعمدة ومتكررة، تتم باستخدام أدوات التكنولوجيا والاتصالات، من قبل فرد أو مجموعة من الأفراد لتهديد فرد آخر أو مجموعة ما، بهدف الإضرار والإيذاء" (Savage, 2012). ويعرف إجرائياً: في ضوء الدرجة التي حصل عليها الطالب الجامعي على المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

الكرب النفسي: هو المشاعر غير السارة أو العواطف التي تنتاب الفرد عندما يشعر بالإرهاق، ويمكن لهذه العواطف والمشاعر أن تعرقل حياة الفرد اليومية، كما أنها تؤثر على كيفية تفاعله مع الأفراد الآخرين من

حوله (Hakami, 2018). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها الطالب الجامعي على

المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

محددات الدراسة:

– تقتصر الدراسة على عينة متيسرة من طلبة الجامعات الأردنية خلال الفصل الدراسي الثاني للعام

الجامعي 2019-2020.

– تحددت نتائج الدراسة بالأدوات التي طبقت وهي: مقياس الاستقواء الإلكتروني، ومقياس الكرب

النفسي، ومقياس لتحديد مدى انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي، ومقياس لتحديد مدى

انتشار اضطراب النهم العصبي، ومقياس لتحديد مدى انتشار اضطراب الشره العصبي، وما تتمتع

به هذه الأدوات من خصائص سيكومترية.

– اقتصر تطبيق مقاييس الدراسة على توزيع الاستبانات الالكترونياً فقط.

– تحددت النتائج في ضوء المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة، وما تتضمنه من

مجالات مختلفة.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

يقدم هذا الفصل عرضاً للدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة الحالية، والتي تمكنت الباحثة من الاطلاع عليها بعد إجراء مسح معمق للدراسات العربية والأجنبية، وقد تبين عدم وجود دراسات سابقة متوفرة ذات علاقة مباشرة بموضوع الدراسة الحالية. وقد قامت الباحثة بتقسيم الدراسات إلى أربعة محاور: المحور الأول: دراسات تناولت الاستقواء الإلكتروني، والمحور الثاني: دراسات تناولت الكرب النفسي، والمحور الثالث: دراسات تناولت اضطرابات الأكل، والمحور الرابع: دراسات تناولت الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي واضطرابات الأكل مع بعضها البعض، وتم ترتيب الدراسات من الأقدم إلى الأحدث وفق التسلسل الزمني.

أولاً: دراسات تناولت الاستقواء الإلكتروني

أجرى كراف ووانغ (Kraf & Wang, 2009) دراسة هدفت التعرف على وجهات نظر الطلبة حول فعالية مجموعة متنوعة من استراتيجيات منع الاستقواء الإلكتروني. تكونت عينة الدراسة من (713) طالباً وطالبة في مختلف جامعات الولايات المتحدة الأمريكية، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الطلبة ينظرون في هذه الدراسة إلى موضوع منع وصول الجاني إلى التكنولوجيا باعتبارها أكثر الاجراءات فاعلية للحد من الاستقواء الإلكتروني، بغض النظر عن أدوارهم في الاستقواء الإلكتروني.

وأجرى ديلماك (Dilmac, 2009) دراسة هدفت لمعرفة العلاقة بين الاحتياجات النفسية والاستقواء الإلكتروني لدى طلبة الجامعة. تكونت عينة الدراسة من (666) طالباً وطالبة من طلبة جامعة سلجوق في تركيا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت نتائج الدراسة إلى أن ما نسبته (22%) من الطلاب أقرّوا تورطهم في سلوك الاستقواء الإلكتروني على الأقل مرة واحدة، في حين أقر (55,3%) من الطلاب بأنه تم استهدافهم كضحايا للاستقواء الإلكتروني، كما كان الذكور أكثر تورطاً في سلوك الاستقواء الإلكتروني مقارنة بالإناث، في حين كانت الإناث أكثر استهدافاً كضحايا.

وقام ماك دونالد وروبرتس بيتمان (Macdonalda & Roberts-Pittmana, 2010) بدراسة هدفت لتحديد العلاقات بين الاستقواء الإلكتروني، والتقليدي، والمتغيرات الديموغرافية بما في ذلك الجنس والعرق والتوجه الجنسي. تكونت عينة الدراسة من (439) طالباً وطالبة من طلبة الجامعات المسجلين في جامعة ولاية الغرب الأوسط في الولايات المتحدة. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (8.6%) من الطلبة قاموا بالاستقواء الإلكتروني تجاه شخص آخر إذ كان من الواضح أن بعض أشكال الوسائط المتعددة تستخدم بشكل شائع، وأشارت إلى أن جميع سلوكيات الاستقواء الإلكتروني والتقليدي كانت مترابطة بشكل كبير، كما أشارت إلى أنه لم تكن هناك اختلافات كبيرة بين الجنسين أو المجموعة العرقية في أي من سلوكيات الاستقواء الإلكتروني.

ومن جانب آخر قام مولوزو ولولر (Molluzzo & Lawler, 2012) بدراسة هدفت لتقييم تصورات طلاب الجامعات حول الاستقواء الإلكتروني لدى طلبة الجامعة. تكونت عينة الدراسة من (400)

طالباً وطالبة من طلبة جامعة بيس. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (7%) من الطلاب على المستوى الجامعي أشاروا إلى أنهم تعرضوا للاستقواء الإلكتروني، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاستقواء الإلكتروني تعزى للذكور مقارنة بالإناث.

وهدف دراسة زالاغوت وكاتيرس (Zalaquett & Chatters, 2014) لتحديد انتشار الاستقواء الإلكتروني في عينة كبيرة من طلاب الجامعات من خلفيات متنوعة. تكونت عينة الدراسة من (613) طالباً وطالبة من طلبة جامعة جنوب شرق الولايات المتحدة الأمريكية. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (19%) من الطلاب كانوا ضحايا للاستقواء الإلكتروني في الجامعة و(35%) كانوا ضحايا للاستقواء الإلكتروني في المدرسة الثانوية، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ايجابية بين الاستقواء الإلكتروني في المدارس الثانوية والجامعات.

كما هدفت دراسة أجراها جونسون وآخرون (Johnson et al., 2016) لاستكشاف تجربة الاستقواء الإلكتروني عبر وسائل التواصل الاجتماعي بين طلبة الجامعات. في عينة مكونة من (170) طالباً وطالبة من جامعة في ولاية جاكسون. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (21.47%) من الطلاب افادوا بأنهم نادراً ما كانوا ضحايا للاستقواء الإلكتروني، كما أشارت إلى أن معدل الاستقواء الإلكتروني كان منخفضاً في هذه الجامعة.

وأجرى كل من ماغسي وآغا وماغسي (Magsi, Agha, & Magsi, 2017) دراسة هدفت للتعرف على حجم التعرض لظاهرة الاستقواء الإلكتروني بين طالبات الجامعات بباكستان. تكونت عينة

الدراسة من (120) طالبة من طالبات أربع جامعات مختلفة في الباكستان. وبعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت نتائج الدراسة إلى أن طالبات الجامعات يتم تهديدهن وابتزازهن بشكل مستمر من خلال مواقع التواصل الاجتماعي، كما أن (45%) من الطالبات لم يصرحن بتعرضهن لمثل هذه الممارسات من خلال مواقع التواصل الاجتماعي.

وهدف دراسة لاي واخرين (Lai et al., 2017) لاكتشاف المنصات المشتركة التي حدثت فيها الاستقواء الإلكتروني واستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها ضحايا الإنترنت. وتكونت عينة الدراسة من (712) طالباً وطالبة من طلبة الجامعات والكليات العامة والخاصة. وبعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن (66%) من الطلاب أفادوا بأنهم تعرضوا للاستقواء عبر الإنترنت، إذ كان معدل انتشار الاستقواء على الإناث أعلى مقارنة بمستخدمي الإنترنت الذكور، كما أشارت النتائج إلى أن الطلاب الماليزيين حققوا أعلى نسبة من ضحايا الإنترنت مقارنة بالمجموعات العرقية الأخرى، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن تطبيقات الفيسبوك والهاتف المحمول الاجتماعي كانت من أكثر المنصات شيوعاً حيث تم الاستقواء عبر الإنترنت من خلالها، كما أشارت النتائج أن معظم ضحايا الاستقواء الإلكتروني أصبحوا أكثر حساسية تجاه التغيرات العاطفية المحيطة بهم.

ومن جانب آخر أجرى راموس-جيمينيز وهيرنانديز-توريس ومورغويا-روميرو وفيلالوبوس-مولينا (Ramos, Hernández, Murguía-Romero, & Villalobos-Molina, 2017) دراسة هدفت لتحديد مدى انتشار الاستقواء استناداً للجنس والمستوى التعليمي، في سيوداد خواريز، المكسيك، وهي مدينة

بها معدلات عالية من العنف والهجرة. تكونت عينة الدراسة من (347) طالباً وطالبة من طلبة جامعة بالمكسيك. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار الاستقواء لدى الإناث قدرت ب (38%) و(47%) لدى الذكور، كما أشارت إلى أن نسبة الضحية من الطلاب كانت (8.7%) والمستقوي كانت (13.2%) من الطلاب ونسبة المستقوي الضحية كانت (21%).

قام نوسو ونجوزي وإبيريتشي (Nwosu, Ngozi, & Eberечи, 2018) بدراسة هدفت لتحديد حالات الاستقواء الإلكتروني بين طلبة الجامعة. تكونت عينة الدراسة من (140) طالباً وطالبة من طلبة جامعة في نيجيريا. أشارت النتائج إلى أن أكثر من (50%) من الطلاب كانوا على دراية بحوادث الاستقواء الإلكتروني داخل البيئة الجامعية وخارجها، وأشارت إلى أن أكثر أشكال الاستقواء الإلكتروني شيوعاً التي عرفوها خلال الشهرين الماضيين كانت الرسائل النصية والمكالمات الهاتفية والاستقواء في غرف الدردشة.

كما قام ويبر وأوفيدوفيتز (Webber & Ovedovitz, 2018) بدراسة هدفت لتحديد مدى انتشار الاستقواء الإلكتروني وضحايا الاستقواء في الجامعة. تكونت عينة الدراسة من (187) طالباً وطالبة من طلبة جامعة كبيرة شمال شرق الولايات المتحدة الرومانية الكاثوليكية. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (4.3%) من الطلاب قد أشاروا إلى أنهم كانوا ضحايا للاستقواء الإلكتروني على مستوى الجامعة، وأن ما نسبته (7.5%) من الطلاب أشاروا إلى مشاركتهم في الاستقواء على هذا المستوى.

وأجرى غونزاليس كابريرا وآخرون (Gonzalez-Cabrera et al., 2019) دراسة هدفت لتحديد مدى انتشار الاستقواء الإلكتروني وعلاقته بالمتغيرات النفسية لدى طلبة الجامعة. تكونت عينة الدراسة من

(255) طالباً وطالبة من طلبة جامعة في إسبانيا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (25.1%) من الطلاب هم ضحايا الاستقواء الإلكتروني، وما نسبته (3.9%) من المستقيين عبر الإنترنت، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية بين ضحايا الاستقواء الإلكتروني ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة النفسية والاككتاب ورضا الحياة والإجهاد مقارنة بالطلاب الذي لم يتعرضوا للاستقواء عبر الإنترنت.

وفي دراسة أجراها نديج وأوكيلو (Ndiege, Okello, & Wamuyu, 2020) هدفت إلى معرفة مدى انتشار الاستقواء الإلكتروني، تكونت عينة تكونت من 396 طالباً وطالبة من إحدى الجامعات الخاصة داخل نيروبي، كينيا، وأشارت النتائج إلى أن أعلى نمط من أنماط الاستقواء كان نمط الضحية من خلال الخداع حيث أشار 75.8% من أفراد العينة إلى أن هناك شخصاً كذب عليهم إلكترونياً، من ناحية أخرى كان أعلى شكل من أشكال ارتكاب الاستقواء الإلكتروني عن طريق تعمد الأذى، حيث أفاد 49.7% من أفراد العينة عن إرسال رسالة مسيئة إلى شخص ما. وتؤكد هذه الدراسة وجود استقواء الكتروني داخل مؤسسات التعليم العالي في كينيا.

وفي دراسة أجراها كل من ديبايو ونيغال وبولوستيف (Adebayo, Ninggal, Bolu-Steve,) (2020) هدفت إلى دراسة العلاقة بين العوامل الديموغرافية والتعرض للاستقواء للطلاب الجامعيين في الجامعات الحكومية في ماليزيا، تكونت عينة الدراسة من 400 طالب من جامعة حكومية في غرب ماليزيا، كشفت النتائج عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل الديموغرافية: الجنس وبرنامج الدراسة

ولكن لا توجد أهمية للعرق. ومن ثم فإن الجنس وبرنامج الدراسة يتتبان بشكل كبير بأن تجارب الاستقواء الإلكتروني لدى الطلاب الجامعيين أكثر من الانتماءات العرقية.

ثانياً: دراسات تناولت في الكرب النفسي

أجرى بيرم وبلجل (Bayram & Bilgel, 2008) دراسة هدفت لتحديد مدى انتشار الاكتئاب والقلق والإجهاد (الكرب النفسي) بين مجموعة من طلاب الجامعات التركية. تكونت عينة الدراسة من (1617) طالباً وطالبةً من طلاب الجامعات التركية. وبعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (27.1%) يعانون من الاكتئاب، وما نسبته (47.1%) يعانون من القلق وما نسبته (27%) يعانون من التوتر، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الكرب النفسي تعزى للإناث مقارنة بالذكور.

وأجرى لين ويوسف (Lin & Yusoff, 2013) دراسة هدفت لمعرفة مدى انتشار ومستوى الكرب النفسي والضغط واستراتيجيات المواجهة بين طلاب المدارس الثانوية. تكونت عينة الدراسة من (272) طالباً وطالبةً من ستة مدارس ثانوية في ملقا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما يقرب من (47.6%) من الطلاب يعانون من الكرب النفسي مع الضغوطات الرئيسية ذات الصلة بالجانب الأكاديمي، كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الكرب النفسي بين الطلاب يعزى للجنس والعرق، كما أشارت النتائج إلى أن الطلبة الذين يعانون من الكرب يستخدمون أساليب المواجهة السلبية.

وقام كاوا وشافي (Kawa & Shafi, 2015) بدراسة هدفت لتقييم إدمان الإنترنت والكرب النفسي لدى طلاب الجامعة. تكونت عينة الدراسة من (100) طالباً وطالبةً من طلبة جامعة كشمير في الهند. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى وجود علاقة ايجابية بين الإدمان على الإنترنت والكرب النفسي لدى طلبة الجامعات، كما أشارت النتائج إلى أن طلاب الجامعة الذكور عانوا من إدمان أكبر على الإنترنت وأن كريباً نفسياً أعلى مقارنةً بالطالبات الجامعيات.

وأجرى شاند وبيدجون (Chand & Pidgeon, 2017) دراسة هدفت لتحديد دور المرونة والترابط الاجتماعي والدعم الاجتماعي بالتنبؤ بالكرب النفسي لدى طلاب الجامعات الأسترالية ولتحديد معدلات انتشار الكرب النفسي بين طلاب الجامعات الأسترالية ومقارنتها بمعدل الانتشار مع سكان المجتمع الأسترالي. تكونت عينة الدراسة من (94) طالباً وطالبةً من طلاب جامعة في استراليا و(131) مشاركا من المجتمع الأسترالي. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن الترابط الاجتماعي كان لديه قدرة تنبؤية بالكرب النفسي لدى طلاب الجامعة، كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معدلات انتشار الكرب النفسي بين طلاب الجامعات الأسترالية والمشاركين في المجتمع الأسترالي.

وهدف دراسة اجراها هاريكريشنان وعلى (Harikrishnan & Ali, 2018) لتقييم المرونة والكرب النفسي وتقدير الذات بين الطلاب الجامعيين في منطقة كولام، ولاية كيرالا. تكونت عينة الدراسة من (294) طالباً وطالبةً من طلبة كليات الفنون والتجارة في الهند. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج

إلى أن متغيرات تقدير الذات ساهمت بشكل كبير في التنبؤ بالمرونة الشاملة للطلاب الجامعيين، كما أشارت النتائج إلى أن الكرب النفسي وتقدير الذات بين طلاب الجامعة يرتبط بالمرونة.

كما أجرى حكيمي (Hakami, 2018) دراسة هدفت لتقييم مدى انتشار الكرب النفسي لدى طلاب المرحلة الجامعية الأولى بجامعة جازان بالمملكة العربية السعودية. تكونت عينة الدراسة من (450) طالباً وطالبة من طلاب خمس كليات في جامعة جازان. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن انتشار الكرب النفسي بين طلاب الجامعة كان مرتفعاً وقد بلغ أو قدر بنسبة (31%)، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الكرب النفسي تعزى للإناث مقارنة بالذكور.

وهدف دراسة سوليفان وبلاكور ومورفي (Sullivan, Blacker, & Murphy, 2019) لتقييم مستويات الكرب النفسي الذي يعاني منه عينة واسعة وغير متجانسة من طلاب الجامعات الكندية. في عينة مكونة من (284) طالباً وطالبة من جامعة في كندا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى وجود مستويات مرتفعة من الكرب النفسي لدى طلاب الجامعة، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات الكرب النفسي تعزى للجنس وكانت لصالح الإناث مقارنة بالذكور.

وهدف دراسة كالويتى وآخرين (Kaloeti et al., 2019) لتحديد أو معرفة دور تجارب الطفولة المؤلمة والكرب النفسي والمرونة في الأعراض الاكتئابية. تكونت عينة الدراسة من (443) طالباً وطالبة من طلبة جامعة في إندونيسيا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى وجود علاقة مباشرة بين صدمات الطفولة مع أعراض الاكتئاب، وعدم وجود علاقة مباشرة على المرونة، كما أشارت النتائج إلى أن المرونة

تتوسط جزئياً في العلاقة بين الكرب النفسي للطلاب وأعراض الاكتئاب ولكن ليس لصدمة الطفولة وأعراض الاكتئاب.

ثالثاً: دراسات تناولت اضطرابات الأكل

أجرى ثورستيندوتير والفارسدوتير (Thorsteinsdottir & Ulfarsdottir, 2008) دراسة هدفت لتقدير مدى انتشار اضطرابات الأكل في عينة كبيرة من طلبة الجامعات. تكونت عينة الدراسة من (3052) طالباً وطالبة من طلبة جامعات في آيسلندا. وبعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت نتائج الدراسة إلى أن ما نسبته (51.3%) من الطالبات و(22.9%) من الطلاب أشاروا إلى عدم رضاهم عن أنماط الأكل لديهم، وأن ما نسبته (63%) من الطالبات و(30.9%) من الطلاب ذكروا بأنهم متأثرون عاطفياً بوزنهم، كما أشارت النتائج إلى أنه تم تشخيص (15.2%) من الطالبات و(1.9%) من الطلاب باضطرابات الأكل، كما أشارت إلى أنه تم تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي بنسبة (1.1%) من الطالبات وعدم تشخيص الطلاب بهذا الاضطراب، وتشخيص اضطراب النهم العصبي بنسبة (5.6%) من الطالبات و(0.8%) من الطلاب، وتشخيص اضطراب الشره عند الأكل بنسبة (0.6%) من الطالبات و(0.2%) من الطلاب، وكان معدل انتشار جميع تشخيصات اضطرابات الأكل لدى الطلاب مجتمعة (5%).

وأجرى العويضة (2009) دراسة هدفت للكشف عن علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات، والقلق، والكفاءة الذاتية المدركة، وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى الطلبة. تكونت عينة الدراسة من (330) طالباً وطالبة من طلبة جامعة عمان الأهلية في الأردن. وبعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت

أبرز نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين كل من النهم العصبي والشهية العصبية من جهة، وصورة الذات من جهة أخرى. وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال إحصائياً بين فقدان الشهية العصبية من جهة، والعمر، والوزن، دخل الشهري للأسرة، وعدد أفرادها من جهة أخرى. كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة بين كل من النزعة نحو النحافة وصورة الذات وبين النهم العصبي والشهية، كذلك وجود علاقة ذات دلالة بين النزعة نحو النحافة والكفاءة الذاتية المدركة. كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين اضطرابات الأكل الثلاثة من جهة، والقلق من جهة أخرى.

وقام سوانسون وآخرون (Swanson et al., 2011) بدراسة هدفت لتحديد مدى انتشار اضطرابات الأكل وارتباطها بعينة كبيرة من الطلاب الأمريكيين. تكونت عينة الدراسة من (10123) طالباً وطالبة من طلبة الجامعات في الولايات المتحدة الأمريكية. وبعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن تقديرات انتشار فقدان الشهية العصبية والنهم العصبي واضطراب الشهية كانت بنسبة (0.3%) و(0.9%) و(1.6%) على التوالي، كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطرابات الأكل تعزى للإناث مقارنة بالذكور، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأنواع الفرعية لاضطرابات الأكل ذات الصلة بالارتباط الديموغرافي الاجتماعي وأعراض الأمراض النفسية وضعف الدور والانتحار.

وهدفت دراسة عبد الرحيم وعبد المعطي والشيخ (Abdelrahim, Abdelmutti, & Alshaikh, 2012) إلى معرفة مدى انتشار أعراض اضطرابات الأكل والعوامل المصاحبة لها لدى عينة من طلاب الجامعات الخاصة. تكونت عينة الدراسة من (340) طالباً وطالبة من طلبة جامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا بالسودان. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت نتائج الدراسة إلى أن ما نسبة (21.2%) من الطلاب لديهم اضطراب الأكل، و(44%) كانوا غير راضين من شكل أجسامهم و(67%) غير راضين عن وزن أجسامهم. كما أشارت إلى أن (93%) من الطلاب ممن لديهم أعراض اضطرابات الأكل كانوا غير راضين عن شكل أجسامهم و(6.44%) من غير الراضين عن شكل أجسامهم كانت لديهم اضطرابات الأكل و(8.29%) من غير الراضين عن أوزانهم كانت لديهم أعراض اضطرابات الأكل.

ومن جانب آخر أجرى لاغاري وارسى وميمون ولاشاري وسومر (Laghari, Warsi, Memon, 2014) دراسة هدفت لتقييم احتمالات تطور اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعة باستخدام مقياس سكوف (SCOFF). تكونت عينة الدراسة من (1384) طالباً وطالبة من طلبة جامعة السند في باكستان. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (24.6%) من الطلاب معرضون لخطر كبير لتطور اضطرابات الأكل، كما أشارت النتائج إلى أن الإناث مقارنة بالذكور عرضة أكثر لخطر تطور اضطرابات الأكل.

وقام عمراني واميرثراج (Umarani & Amirthraj, 2016) بدراسة هدفت لتحديد مدى انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الطالبات. تكونت عينة الدراسة من (100) طالبة من طالبات كلية

التمريض في جامعة مانجالور. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (31%) من الطالبات كانت لديهن مخاطر عالية لتطوير اضطراب فقدان الشهية العصبي وأن ما نسبته (69%) من الطالبات لم يكن لديهن خطر تطوير اضطراب فقدان الشهية العصبي.

وهدفت دراسة أجراها كيلاني (Kilani, 2017) لتحديد مدى انتشار العوامل النفسية لتطور اضطرابات الأكل بين طلاب الجامعة الأردنية وعلاقتها بالجنس وسنة الدراسة والإقامة العائلية. تكونت عينة الدراسة من (4565) طالباً وطالبةً من طلبة الجامعة الأردنية. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن معدل الانتشار الكلي للطلاب المعرضين لخطر تطور اضطرابات الأكل كان بنسبة (14.2%)، وأشارت النتائج إلى أن معدل انتشار اضطرابات الأكل بين الطالبات والطلاب كان بنسبة (15.7%) و(10.6%) على التوالي، كما أشارت النتائج إلى أن الطلاب من المناطق الحضرية كانوا أكثر عرضة لخطر الإصابة باضطرابات الأكل مقارنة بالطلاب في المناطق الريفية.

وأجرى شواشرة والربيع وأبو غزال (Alshawashereh, Arrabi, & Abu Gazal, 2018) دراسة هدفت لمعرفة العلاقة بين اضطرابات الأكل وضغوط الحياة العامة بين طلبة الجامعات في الأردن. تكونت عينة الدراسة من (208) طالباً وطالبةً من طلبة جامعة اليرموك. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى معتدل من ضغوط الحياة العامة وانخفاض مستوى اضطراب الأكل بين الطلاب، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية دالة احصائياً بين ضغوط الحياة العامة واضطرابات الأكل.

رابعاً: دراسات تناولت الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي واضطرابات الأكل معاً:

قام شنايدر وأودونيل وستيوف ووكولتر (Schneider, O'Donnell, Stueve, & Coulter, 2012) بدراسة هدفت لتحديد مدى انتشار الاستقواء الإلكتروني والاستقواء في المدرسة وعلاقتها بالكرب النفسي لدى الطلبة. تكونت عينة الدراسة من (20406) طالباً وطالبة من طلبة جامعة فرامينغهام، ماساتشوستس. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (15.8%) من الطلبة أشاروا إلى تعرضهم للاستقواء الإلكتروني، و(25.9%) من الطلاب أشاروا إلى أنهم كانوا ضحايا للاستقواء في المدرسة في الأشهر الـ(12) الماضية، كما أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (59.7%) من ضحايا الاستقواء الإلكتروني كانوا ضحايا للاستقواء المدرسي سابقاً، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين ضحايا الاستقواء الإلكتروني والمدرسي والكرب النفسي بين الطلبة (أي أن نسبة الكرب النفسي كانت مرتفعة وبشكل دال احصائياً لدى الطلبة الذين كانوا ضحايا للاستقواء الإلكتروني).

وفي دراسة قام بها أياس (Ayas, 2014) هدفت لتحديد إلى أي مدى يرتبط الاكتئاب والقلق (الكرب النفسي) والجنس ببعضهما البعض في التنبؤ بمستويات تعرض طلاب المدارس الثانوية للاستقواء الإلكتروني. تكونت عينة الدراسة من (216) طالباً وطالبة من طلبة مدارس ثانوية في تركيا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى وجود ارتباطات ذات دلالة إيجابية بين ضحية الاستقواء الإلكتروني والاكتئاب والقلق، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقات سلبية ومستوى منخفض بين الاستقواء الإلكتروني والجنس، كما أشارت إلى أن الطالبات تعرضن للاستقواء الإلكتروني أكثر من الطلاب.

أجرى نجان وآخرون (Ngan et al., 2017) دراسة هدفت لتحديد العلاقة بين الكرب والقلق واضطرابات الأكل بين طلبة كلية الطب. تكونت عينة الدراسة من (320) طالباً وطالبةً من طلاب كلية الطب الخاصة في جامعة ماليزيا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج أن ما نسبته (11.0%) من طلبة الطب معرضون لخطر الإصابة باضطراب الأكل، و(25%) من هؤلاء الطلاب يعانون من زيادة في مؤشر كتلة الجسم، كما أشارت النتائج إلى أن هناك ارتباطاً كبيراً بين أولئك الذين لديهم علاقة اجتماعية غير مرضية مع الأصدقاء والأقربان وخطر الإصابة باضطرابات الأكل، وأشارت إلى أنه لم يكن هناك ارتباط كبير بين الكرب والقلق وخطر اضطرابات الأكل.

ومن جانب آخر أجرى يونغ وآخرون (Young et al., 2018) دراسة هدفت لتقييم العلاقات بين الأفعال القهرية، ونوعية الحياة، والكرب النفسي (القلق والأعراض الاكتئابية، وصفات الوسواس القهري) والدافع إلى التغيير في المرضى الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي. تكونت عينة الدراسة من (78) طالباً وطالبةً من طلبة جامعة بالولايات المتحدة الأمريكية. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية معتدلة بين التمارين القهرية واضطراب فقدان الشهية العصبي، وعلاقة إيجابية ضعيفة بين التمارين القهرية والكرب النفسي، كما أشارت إلى وجود علاقة سلبية معتدلة بين التمارين القهرية ونوعية الحياة واضطرابات الأكل.

وهدف دراسة ماركو وتورمو-إيرون (Marco & Tormo-Irun, 2018) لتحليل ما إذا كانت هناك اختلافات في درجات الاستقواء الإلكتروني استناداً إلى الجنس، والتحكم في العمر وتحليل فيما إذا

كان الاستقواء الإلكتروني مرتبطاً سلباً في اضطرابات الأكل لدى الطلبة. تكونت عينة الدراسة من (676) طالباً وطالبة من طلبة عدة جامعات في إسبانيا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستقواء الإلكتروني بين الطلبة يعزى للجنس والتحكم بالعمر، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين ضحايا الاستقواء الإلكتروني واضطرابات الأكل لدى الطلاب.

أما دراسة ارهن واسانت وكاغبي وأوتي بوادي (Arhin, Asante, Kugbey, & Oti-Boadi, 2019) فقد هدفت لمعرفة العلاقة بين ضحايا الاستقواء والكرب النفسي بين الطلاب في غانا. تكونت عينة الدراسة من (198) طالباً وطالبة من طلبة ثلاث مدارس في منطقة أكر في غانا. بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن الايذاء المرتبط بالاستقواء كان مرتبطاً بشكل إيجابي في جميع مجالات الكرب النفسي (الاكتئاب والقلق والإجهاد) للطلاب ضحايا الاستقواء، كما أظهرت النتائج أن الاكتئاب هو المتنبئ الوحيد البارز لضحايا الاستقواء.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يُلاحظ من خلال عرض الدراسات السابقة مدى اهتمام العالم الغربي بدراسة اضطرابات الأكل في علاقتها بالعديد من المتغيرات مقارنة بالعالم العربي. ويتضح من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة أن الباحثين تناولوا اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات وعلاقتها ببعض المتغيرات بالبحث، ومن خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بالاستقواء الإلكتروني أشارت هذه الدراسات إلى مدى انتشار ظاهرة الاستقواء الإلكتروني كدراسة زالاغوت وكاتيرس (Zalaguet & Chatters, 2014)، و ماغسي وأغا

وماغسي (Magsi, Agha, & Magsi, 2017)، ونوسو ونجوزي وإبيريتشي (Nwosu, Ngozi, & Eberechi, 2018)، وويبر وأوفيدوفيتز (Webber & Ovedovitz, 2018)، و ندييج و أوكيلو (Ndiege, Okello, 2020)، وتناولت دراسات أخرى مدى انتشار الاستقواء الإلكتروني استناداً للجنس والمستوى التعليمي كدراسة راموس-جيمينيز وهيرنأنديز-توريس ومورغويا-روميرو وفيلالوبوس-مولينا (Ramos, Hernández, Murguía-Romero, & Villalobos-Molina, 2017)، و ديبايو ونيغال وبولوستيف (Adebayo, Ninggal, Bolu-Steve, 2020)، و ماكدونالد وروبرتس بيتمان (MacDonalda & Roberts-Pittmana, 2010)، وتناولت دراسات أخرى مدى انتشار الاستقواء الإلكتروني وعلاقته بالمتغيرات النفسية كدراسة غونزاليس كابريرا وآخرين (Gonzalez-Cabrera et al., 2019)، وتناولت دراسات أخرى العلاقة بين الاحتياجات النفسية والاستقواء الإلكتروني كدراسة ديلماك (Dilmac, 2009)، وتناولت دراسات أخرى استراتيجيات منع ومواجهة الاستقواء الإلكتروني وتقييم تصورات الطلبة حول الاستقواء كدراسة لاي واخرين (Lai et al., 2017)، و كراف ووانغ (Kraf & Wang, 2009)، مولوزو ولولر (Molluzzo & Lawler, 2012)، وتناولت دراسات أخرى تجربة الاستقواء الإلكتروني عبر وسائل التواصل الاجتماعي وتأثير تدخل الوالدين لاستخدام التكنولوجيا والدعم الاجتماعي من الأمهات والآباء على العلاقة بين الاستقواء الإلكتروني والاكتئاب كدراسة جونسون واخرين (Johnson et al., 2016).

وأشارت الدراسات المتعلقة بالكرب النفسي إلى انتشار الكرب النفسي بين طلبة الجامعات كدراسة بيرم وبلجل (Bayram & Bilgel, 2008)، ولين ويوسف (Lin & Yusoff, 2013)، وحكمي

(Hakami, 2018)، وتناولت دراسات أخرى تقييم لمستويات الكرب النفسي كدراسة سوليفان وبلاكر ومورفي (Sullivan, Blacker, & Murphy, 2019)، وتناولت دراسات أخرى تقييم إدمان الإنترنت والكرب النفسي كدراسة كاوا وشافي (Kawa & Shafi, 2015)، وتناولت دراسات أخرى دور المرونة والتربط الاجتماعي والدعم النفسي وتقدير الذات بالكرب النفسي كدراسة شاندي وبيدجون (Chand & Pidgeon, 2017)، وهاريكريشانان وعلي (Harikrishnan & Ali, 2018)، وتناولت دراسة أخرى دور تجارب الطفولة المؤلمة والكرب النفسي والمرونة في الأعراض الإكتئابية كدراسة كالويتي وآخرين (Kaloeti et al., 2019).

ومن خلال استعراض الدراسات حول اضطرابات الأكل وجد أن بعض الدراسات هدفت للكشف عن مدى انتشار اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات كدراسة ثورستيندوتير والفارسدوتير (Thorsteinsdottir & Ulfarsdottir, 2008)، وسوانسون وآخرين (Swanson et al., 2011)، و عبد الرحيم وعبد المعطي والشيخ (Abdelrahim, Abdelmutti, & Alshaikh, 2012)، عمرانى وأميرثراج (Umarani & Amirthraj, 2016)، وتناولت دراسات أخرى علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات، والقلق، والكفاءة الذاتية المدركة، وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى الطلبة كدراسة العويضة (2009)، وتناولت دراسات أخرى احتمالات تطور اضطرابات الأكل كدراسة لاغاري وارسي وميمون ولاشاري وسومر (Laghari, Warsi, Memon, Lashari & Soomro, 2014)، وتناولت دراسات أخرى العوامل النفسية لتطور اضطرابات الأكل وعلاقتها بالجنس وسنة الدراسة والإقامة العائلية كدراسة كيلاني (Kilani, 2017)، وتناولت دراسات أخرى العلاقة بين اضطرابات الأكل وضغوط الحياة

بين طلبة الجامعات كدراسة شواشرة والربيع وأبو غزال (Alshawashereh, Arrabi, & Abu Gazal,) (2018).

وهناك عدد من الدراسات التي تناولت متغيرين من متغيرات الدراسة معاً، فتناولت بعضها مدى انتشار الاستقواء الإلكتروني وعلاقته بالكرب النفسي كدراسة شنايدر وأودونيل وستيوف ووكولتر (Schneider et al., 2012)، وتناولت دراسات أخرى العلاقة بين ضحايا الاستقواء والكرب النفسي كدراسة ارهن واسانت وكاغبي وأوتي بوادي (Arhin et al., 2019)، وتناولت دراسات أخرى العلاقة بين الكرب النفسي والاكتئاب والقلق والجنس مع الاستقواء الإلكتروني كدراسة اياس (Ayas, 2014)، وتناولت دراسات أخرى العلاقة بين الكرب والقلق واضطرابات الأكل كدراسة نجان وآخرين (Ngan et al.,) (2017)، وتناولت دراسات أخرى العلاقة بين الاستقواء الإلكتروني واضطرابات الأكل كدراسة ماركو وتورمو-إيرون (Marco & Tormo-Irun, 2018)، وتناولت دراسات أخرى تقييم العلاقات بين الأفعال القهرية، ونوعية الحياة، والكرب النفسي (القلق والأعراض الاكتئابية، وصفات الوسواس القهري) والدافع إلى التغيير في مرضى اضطرابات الأكل كدراسة يونغ وآخرين (Young et al., 2018).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن مطالعة الدراسات السابقة أسهم في تكوين إطار مفاهيمي لدى الباحثة من حيث النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسات، والجوانب التي تم تناولها بالبحث، بالإضافة إلى التعرف على طبيعة مجتمعات الدراسة فيها، والأماكن التي أجريت فيها، بالإضافة إلى الاطلاع على الأدوات التي تم استخدامها في هذه الدراسة.

تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة من حيث دراستها لمتغيرات جديدة لم يتم دراستها سابقاً بشكل مترابط في المجتمعات العربية والغربية (وذلك في حدود علم الباحثة). بالإضافة إلى أنها جاءت لبحث القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية. حيث إن موضوع الدراسة لم يتم تناوله في البيئة العربية (في حدود علم الباحثة). وتختلف هذه الدراسة عن سابقتها بأنها تبحث موضوع لم تتطرق له أي دراسة من قبل، حيث إنها ستكشف عن قدرة الاستقواء الإلكتروني، والكرب النفسي، بأعراض اضطرابات الأكل.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يقدم هذا الفصل عرضاً لأفراد الدراسة وطريقة اختيارها، والأدوات التي تم تطويرها، وطرق التحقق من صدقها وثباتها، والإجراءات المتبعة في تطبيقها وتصحيحها، بالإضافة إلى المتغيرات المستقلة، والتابعة، والمنهجية التي استخدمتها الباحثة، ويتضمن أيضاً وصفاً للمعالجات الإحصائية التي استخدمتها الباحثة لتحليل البيانات والتوصل إلى النتائج.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة البكالوريوس الأردنيين في الجامعات الأردنية الرسمية للفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2019/2020م، والبالغ عددهم كما يشير التقرير الإحصائي الصادر عن وزارة التعليم العالي والبحث العلمي لعام 2020م (195688) طالباً وطالبة، منهم (83630) طالباً، و(112058) طالبة، موزعين على عشر جامعات، والجدول (1) يبين توزيع مجتمع الدراسة وفق الجامعة ومتغير الجنس.

الجدول (1)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير الجامعة ومتغير الجنس

الجامعة	الجنس	العدد	الجامعة	الجنس	العدد
الأردنية	ذكور	12271	البلقاء التطبيقية	ذكور	13570
	إناث	24428		إناث	13814
المجموع		36699	المجموع		27384
اليرموك	ذكور	13486	الحسين بن طلال	ذكور	2392

الجامعة	الجنس	العدد	الجامعة	الجنس	العدد
	أناث	19848		أناث	2842
المجموع		33334	المجموع		5234
مؤتة	ذكور	8985	الطفيلة التقنية	ذكور	3394
	أناث	8773		أناث	2051
المجموع		17758	المجموع		5445
العلوم والتكنولوجيا الأردنية	ذكور	10471	الألمانية الأردنية	ذكور	1957
	أناث	13029		أناث	1306
المجموع		23500	المجموع		3263
الهاشمية	ذكور	10815	آل البيت	ذكور	6292
	أناث	17142		أناث	8822
المجموع		27957	المجموع		15114

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (988) طالباً وطالبة، من مجموعة من طلبة الجامعات الأردنية الرسمية، من كافة السنوات الدراسية من (السنة الأولى- السنة الرابعة فأكثر)، من مختلف التخصصات العلمية والإنسانية، تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة، وقد تم توزيع أدوات الدراسة من خلال رابط إلكتروني تم تصميمه، وتم نشر الرابط على البريد الإلكتروني للطلبة، ومجموعات التواصل الاجتماعي الخاصة بكل جامعة من الجامعات المعنية، كمجموعات الفيسبوك، وكان للطلبة حرية الإجابة أو عدمها على الأدوات، حيث استجاب في البداية (1046) طالباً وطالبةً وبسبب عدم مطابقتهم للنموذج التنبؤي تم استثناء (58) طالباً وطالبةً، كونهم يشكلون قياً شاذة خارج مدى ثلاثة انحرافات معيارية، ليصبح العدد النهائي لعينة

الدراسة (988) طالباً وطالبة، وقد بلغ العدد الإجمالي للذكور (345) طالباً، ولإناث (643) طالبة. ويبين

الجدول (2) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة.

الجدول (2)

توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، التحصيل الأكاديمي، مقدار الوقت في استخدام الهاتف يومي)

المتغير	الفئة	العدد	النسبة
الجنس	نكر	345	%34.92
	أنثى	643	%65.08
التحصيل الأكاديمي	مقبول	66	%6.68
	جيد	226	%22.87
	جيد جداً	390	%39.47
	ممتاز	306	%30.97
الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً	أقل من ساعة	51	%5.16
	1-3 ساعات	321	%32.49
	4-6 ساعات	375	%37.96
	أكثر من 7 ساعات	241	%24.39
المجموع		988	%100

أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة المتمثلة بالكشف عن القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض

اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية. استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات التالية:

أولاً: مقياس الاستقواء الإلكتروني

من أجل الكشف عن انماط الاستقواء الإلكتروني لدى طلبة الجامعات الأردنية، قامت الباحثة

باستخدام مقياس الشريفيين والمنيزل (2020)، حيث تكون المقياس من (32) فقرة، موزعه على البعدين

الآتيين: سلوكيات الاستقواء وتضمنت (18) فقرة، وسلوكيات الضحية وتضمنت (14) فقرة. (الملحق أ).

دلالات الصدق والثبات لمقياس الاستقواء الإلكتروني بصورته الأصلية

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس وأبعاده؛ بعرضه على مجموعة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص، وفي ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، تم إعادة صياغة الفقرات، لتصبح أكثر وضوحاً. ويهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالبُعد، وقد لوحظ أن قيم معاملات ارتباط فقرات (سلوكيات الاستقواء بمقياسها الفرعي) قد تراوحت بين (0.57 - 0.82)، وأن قيم معاملات فقرات (سلوكيات الضحية بمقياسها الفرعي) قد تراوحت بين (0.64 - 0.77).

وقد تم تقدير ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية، ويهدف التحقق من ثبات الإعادة للمقياس وأبعاده؛ تم إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية، باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest)، وأشارت النتائج أن ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الاستقواء الإلكتروني الممثل بمقياسي السلوكيات الفرعيين (المستقوي، الضحية) قد بلغت (0.93، 0.96)، على التوالي، وكان ثبات الإعادة للمقياس قد بلغ (0.84، 0.86) على التوالي.

دلالات الصدق والثبات لمقياس الاستقواء الإلكتروني بصورته الحالية

دلالات الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس وأبعاده؛ بعرضه على مجموعة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في جامعة اليرموك، والبالغ عددهم (11) محكماً، (الملحق و)، بهدف إبداء آرائهم حول دقة

وصحة محتوى المقياس من حيث: درجة قياس الفقرة للبعد، ووضوح الفقرات، والصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يرويه مناسباً على الأبعاد أو الفقرات.

وفي ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة على فقرات مقياس الاستقواء الإلكتروني، والتي تتعلق بإعادة صياغة الفقرات، لتصبح أكثر وضوحاً، وكان المعيار الذي تم اعتماده في تعديل الفقرة، هو الحصول على إجماع المحكمين، وبذلك بقي المقياس يتكون من (32) فقرة موزعة على مقياسين فرعيين؛ هما: سلوكيات الاستقواء وتقيسه الفقرات (1-18)، وسلوكيات الضحية وتقيسه الفقرات (19-32). (الملحق أ).

مؤشرات صدق البناء:

وبهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالبعد، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك ما يوضحه الجدول (3).

جدول (3)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاستقواء الإلكتروني من جهة وبين الدرجة الكلية للبعد التي تتبع له من جهة أخرى.

سلوكيات	الرقم	مضمون السلوك	الارتباط مع البعد
المستقوي	1	أرسلت رسائل نصية جارحة عن شخص ما إلى الآخرين	0.638*
	2	أرسلت رسائل نصية تهديديه مباشرة إلى شخص آخر	0.627*
	3	أرسلت صور محرجة أو مقاطع فيديو عن شخص ما إلى الآخرين	0.613*
	4	شاركت بصورة أو مقطع فيديو لشخص ما لتهديده	0.658*

الارتباط مع البعد	مضمون السلوك	الرقم	سلوكيات
0.818*	أنشأت حساب بريد الكتروني وهمي لـ (إرسال رسائل بريد الكترونية جارحة لشخص ما)	5	
0.777*	تظاهرت بأني شخص آخر عبر الإنترنت لأتدخل في صداقات الآخرين	6	
0.795*	أخفي هويتي على الإنترنت لتهديد شخص ما	7	
0.756*	نشرت معلومات شخصية عن شخص ما عبر الإنترنت دون موافقته	8	
0.673*	استبعد الآخرين من المجموعات "الألعاب، الفيسبوك، الواتس" لكي ألحق الضرر بهم	9	
0.698*	نشرت رسائل خاصة لشخص ما عبر الإنترنت لا يريد أن يراها الآخرون	10	
0.766*	أرسلت صورة أو فيديو عبر الإنترنت لتهديد شخص ما	11	
0.752*	قمت باختراق البريد الإلكتروني "تهكير كلمة السر والعنوان" لشخص ما ومنعته من الوصول إليه	12	
0.793*	تظاهرت بأني من الجنس الآخر (ذكر/أنثى) وذلك لتضليل الآخرين	13	
0.632*	استهزأ بالآخرين "أسخر من الآخرين" في المجموعات على شبكة الإنترنت من خلال التعليقات مثل الفيسبوك	14	
0.640*	أنشأت صفحة على الفيسبوك باسم شخص ما وبمعلوماته وتظاهرت بأني ذلك الشخص لجعله يبدو سيئاً أو لإحراجه	15	
0.685*	قمت بإلغاء طلب الصداقة/حظر شخص ما عمداً من أجل إحراجه أو جعله يشعر بالضيق	16	
0.896*	نشرت معلومات كاذبة حول شخص ما عبر الإنترنت	17	
0.631*	أرسلت فيروس إلى الكمبيوتر الخاص بشخص ما متعمداً	18	
0.664*	أرسل شخص ما رسائل نصية جارحة للآخرين	19	
0.733*	أرسل شخص ما رسائل تهديدية مباشرة لي	20	
0.867*	أرسل شخص ما صور جارحة أو مقاطع فيديو حولي للآخرين	21	
0.757*	شارك شخص ما بصورة شخصية أو بمقاطع فيديو سبق وأرسلتها ولا أريد الآخرين أن يشاهدوها	22	
0.763*	أرسل لي شخص ما رسائل بريد الكتروني جارحة من عنوان اعتقد أنه وهمي	23	
0.829*	تظاهر شخص ما بأنه أنا عبر الإنترنت لكي يتدخل بصداقاتي	24	
0.782*	أخفي شخص ما هويته ليهددني عبر الإنترنت	25	
0.783*	نشر شخص ما معلومات شخصية عني عبر الإنترنت دون موافقتي	26	الضحية
0.828*	استبعدني شخص ما من المجموعات على شبكات الإنترنت "الألعاب، الفيسبوك، الواتس" ليؤذيني	27	
0.739*	أجبرت على إرسال رسائل خاصة أرسلها لي شخص ما عبر الإنترنت وهو لا يريد أن يشاهدها الآخرون	28	
0.749*	أرسل شخص ما فيروس إلى الكمبيوتر الخاص بي عمداً	29	
0.775*	نشر شخص ما معلومات كاذبة حولي عبر الإنترنت	30	
0.859*	أنشئ شخص ما صفحة على موقع الفيسبوك باسمي وتظاهر بأنه أنا ليجعلني أبدو سيء أو لإحراجي	31	
0.899*	تم إلغاء طلب الصداقة/حظري من قبل شخص ما عمداً من أجل إحراجي أو ليجعلني أشعر بالضيق	32	

*دالة إحصائية على مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول (3) أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد سلوكيات الاستقواء بمقياسها الفرعي قد تراوحت بين (0.613 - 0.896)، وأن قيم معاملات فقرات سلوكيات الضحية بمقياسها الفرعي قد تراوحت بين (0.664 - 0.899)، وكانت جميع هذه القيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05).

ويلاحظ من مؤشرات صدق البناء السابقة؛ أن جميع الفقرات كان معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمقياس أعلى من (0.30)، وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30)، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie, 1985)، وبذلك قبلت جميع فقرات المقياس.

ثبات مقياس الاستقواء الإلكتروني

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الاستقواء الإلكتروني؛ تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة، وبهدف التحقق من ثبات الإعادة للمقياس؛ تم إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest)، وذلك بفارق زمني مقداره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم تم حسابه باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، وذلك كما هو موضح في الجدول (4).

جدول (4)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس الاستقواء الإلكتروني

سلوكيات	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
المستقوي	0.793	0.835	18
الضحية	0.817	0.842	14

يتضح من الجدول (4) أن قيم ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الاستقواء الإلكتروني الممثل بمقياسي السلوكيات الفرعيين (المستقوي، الضحية) قد بلغت (0.817 ، 0.793) على التوالي، وقد بلغت قيم ثبات الإعادة للمقياس (0.842 ، 0.835) على التوالي.

تصحيح مقياس الاستقواء الإلكتروني

تكون مقياس الاستقواء الإلكتروني بصورته النهائية من (32) فقرة موزعة على مستويين، يستجيب لها الطالب وفق تدرج خماسي يشتمل البدائل التالية: (دائماً، وتعطى عند تصحيح المقياس 5 درجات، غالباً وتعطى 4 درجات، أحياناً وتعطى 3 درجات، ونادراً وتعطى درجتين، وأبداً تعطى درجة واحدة)، وهذه الدرجات تطبق على جميع فقرات المقياس كونها مصاغة صياغة ذات اتجاه موجب. وقد صنفت الباحثة استجابات أفراد الدراسة بعد أن تم اعتماد النموذج الإحصائي ذي التدرج النسبي بهدف إطلاق الأحكام على الأوساط الحسابية الخاصة بالأداة وأبعادها، وذلك على النحو الآتي:

مستوى السلوكيات	فئة الأوساط الحسابية
مرتفع	أكثر من 3.66
متوسط	3.66-2.34
منخفض	أقل من 2.34

ثم تم إجراء تفاعل بين مستويات كلٍ من المقياسين الفرعيين لسلوكيات (المستقوي، الضحية)؛ بهدف تحديد انماط الاستقواء الإلكتروني، وذلك كما هو مبين في الجدول (5).

جدول (5)

انماط الاستقواء وفقاً لتفاعل مستويات مقياسي سلوكيات (المستقوي، الضحية)

المستقوي			تقاطع مستويات المقياسين	
مرتفع	متوسط	منخفض		
5.00 - 3.67	3.66 - 2.34	2.33 - 1.00		
مستقوي	مستقوي	محايد	1.00 - 2.33	منخفض
مستقوي	محايد	ضحية	2.34 - 3.66	متوسط
مستقوي/ضحية	ضحية	ضحية	3.67 - 5.00	مرتفع

ثانياً: مقياس الكرب النفسي

بهدف الكشف عن مستوى الكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية، تم استخدام مقياس كاسلر

للكرب النفسي (Kessler Psychological Distress)، الذي قام بينائه كاسلر وآخرون (Kessler et

2003)، (al.، ويتكون المقياس بصورته الأصلية من (10) فقرات. ويستجيب المفحوص على المقياس وفق تدرّج خماسي.

دلالات الصدق والثبات لمقياس الكرب النفسي بصورته الأصلية

قامت الباحثة بترجمة مقياس الكرب النفسي كاسلر (K10) الإصدار الأصلي من (Kessler et al., 2002, 2003) هو مقياس مكون من 10 عناصر يقيم تواتر أعراض الكرب النفسي غير المحددة خلال الثلاثين يوماً الماضية، يعتمد مقياس التقرير الذاتي هذا على أسئلة حول أعراض القلق والاكتئاب. أكدت قيمة ألفا كرونباخ التي تم الحصول عليها وجود تناسق داخلي جيد من مقياس كاسلر للكرب النفسي تراوحت (0.91) مع ارتباطات المقياس من العنصر إلى الإجمالي تراوحت بين (0.597) و (0.760). وتراوحت معاملات الارتباط بين العناصر من حوالي (0.350) إلى (0.659) وكان معظمها أعلى من (0.40).

دلالات الصدق والثبات لمقياس الكرب النفسي بالصورة الحالية

دلالات الصدق الظاهري

للتحقّق من الصدق الظاهري لمقياس الكرب النفسي، قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم إعادة ترجمته من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية على يد مترجم آخر، ثم إجراء المطابقة بين الترجمتين باللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة الترجمة، ثم تم عرض الصورة المعرّبة/الأولية (ملحق ب) مزودةً بالنسخة الأصلية، وبالتعريفات الإجرائية الخاصة بها في الدراسة الحالية على

مجموعة من أعضاء هيئة التدريس من ذوي الاختصاص للتأكد من صحة الترجمة، حيث طلب إليهم التأكد من صحة ومطابقة الترجمة، وبعد ذلك تم الأخذ بملاحظاتهم حول الترجمة وسلامتها.

ثم تم عرضه على مجموعة مكونة من (11) محكماً من ذوي الخبرة والاختصاص في مجالات الإرشاد النفسي، وعلم النفس، من أساتذة كلية التربية في عدد من الجامعة الأردنية (ملحق و)، مزود بالتعريفات الإجرائية الخاصة بها في الدراسة؛ بهدف إبداء رأيهم حول دقة وصحة محتوى المقياس، ومدى مناسبه للمشاركين المستهدفين في الدراسة من حيث: وضوح الفقرات، والصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، إضافة أو تعديل أو حذف ما يروونه مناسباً من الفقرات.

وفي ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة على فقرات مقياس الكرب النفسي، والتي تتعلق بدمج وإعادة صياغة الفقرات، لتصبح أكثر وضوحاً، كما تم إضافة (4) فقرات، وكان المعيار الذي تم اعتماده في تعديل الفقرات، هو حصول الفقرات على إجماع المحكمين، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (14) فقرة. (الملحق ب).

مؤشرات صدق البناء

بهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما هو موضح في الجدول (6).

جدول (6)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الكرب النفسي من جهة وبين الدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى

الارتباط مع المقياس	مضمون فقرات الكرب النفسي	الرقم
0.605*	أشعر أنني منهك دون سبب.	1
0.757*	أشعر بأنني حزين جداً.	2
0.632*	أشعر بأنني عصبي لدرجة لا يمكن تهدئتي.	3
0.777*	أشعر بأنه لا يوجد لدي سمات إيجابية.	4
0.749*	أشعر بأنني لا أستطيع الاستقرار أو الهدوء.	5
0.748*	أشعر بأنني مشدود الأعصاب.	6
0.864*	أشعر بالإحباط.	7
0.819*	أشعر بأنني فاقد الأمل.	8
0.739*	أشعر بأنني عديم القيمة.	9
0.634*	أشعر أنني عصبي.	10
0.660*	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعر الضيق في حياتي	11
0.626*	يتهمني الآخرون أنني السبب في مشكلاتهم	12
0.642*	أخفي آرائي خوفاً من انتقاد الآخرين	13
0.373*	يعبر الآخرون عن حبهام لي.	14

*دالة إحصائياً على مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول (6) أن قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس الكرب النفسي مع الدرجة الكلية للمقياس قد تراوحت بين (0.373-0.864)، وأن جميع الفقرات كان معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمقياس أعلى من (0.30)، وكانت جميعها دالة إحصائياً على مستوى (0.05)، وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30)، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie, 1985)، وبذلك قبلت جميع فقرات المقياس. وبهذا أصبح المقياس يتألف بصورته النهائية من (14) فقرة.

ثبات مقياس الكرب النفسي

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الكرب النفسي؛ تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة، وبهدف التحقق من ثبات الإعادة للمقياس؛ تم إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest)، وذلك بفارق زمني مقداره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، وذلك كما هو موضح في الجدول (7).

جدول (7)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة الكرب النفسي		
المقياس	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة
الكرب النفسي	0.795	0.817
		عدد الفقرات
		14

يتضح من الجدول (7) أن ثبات الاتساق الداخلي للمقياس بلغ (0.795)، وبلغ معامل ثبات الإعادة

للمقياس ككل (0.817).

تصحيح مقياس الكرب النفسي

تكون مقياس الكرب النفسي بصورته النهائية من (14) فقرة، يستجيب لها الطالب وفق تدرج خماسي يشتمل البدائل التالية: (دائماً، وتعطى عند تصحيح المقياس 5 درجات، غالباً وتعطى 4 درجات، أحياناً وتعطى 3 درجات، ونادراً وتعطى درجتين، وأبداً تعطى درجة واحدة)، في حالة الفقرات المصاغة صياغة ذات إيجابية، ويعكس التدرج في حالة الفقرات المصاغة صياغة سلبية. وقد صنفت الباحثة استجابات أفراد الدراسة بعد أن تم اعتماد النموذج الإحصائي ذي التدرج النسبي بهدف إطلاق الأحكام على الأوساط الحسابية الخاصة بالمقياس، وذلك على النحو الآتي:

مستوى السلوكيات	فئة الأوساط الحسابية
مرتفع	أكثر من 3.66
متوسط	3.66-2.34
منخفض	أقل من 2.34

رابعاً: مقياس النهم العصبي

بهدف الكشف عن أفراد عينة الدراسة ممن لديهم النهم العصبي، قامت الباحثة بإستخدام مقياس (الشه العصبي)، المعد من قبل الشريفين وبحر (2020- مقبول للنشر- المجلة الأردنية للعلوم التربوية) والذي تم تطويره بالاستناد لمحكات اضطراب الشه العصبي الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM-V)، وعدد من الدراسات والمقاييس ذات الصلة. ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن المحكات التشخيصية في اضطراب الشه العصبي والنهم العصبي واحدة والذي يميز بينهما هو المحك الرابع (السلوكيات التعويضية)، ففي حال وجدت السلوكيات التعويضية يشخص نهم عصبي، وفي حال غياب السلوكيات التعويضية يشخص شه عصبي.

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين تكونت من (11) أستاذاً من المختصين في الجامعات الأردنية. وفي ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة على المقياس، وتجدر الإشارة إلى أن التعديلات المقترحة أجريت بعد وجود اتفاق 80% بين المحكمين، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (17) فقرة موزعة إلى أربعة محكات.

وبهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وحساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد ارتباط الفقرة بالمحك، والمقياس ككل، وقد لوحظ أن قيم معاملات ارتباط فقرات كل محك تراوحت بين (0.47 - 0.72) مع محكها، وبين (0.45 - 0.63) مع الدرجة الكلية للمقياس. كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية (Inter-correlation) لمحكات مقياس الشره العصبي، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، ولوحظ أن قيم معاملات الارتباط البينية بين محكات مقياس الشره العصبي تراوحت بين (0.45 - 0.57)، كما أن قيم معاملات الارتباط بين المحكات والمقياس ككل تراوحت بين (0.63 - 0.71)، وجميعها ذات دلالة إحصائية، وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء لمقياس الشره العصبي.

تم تقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الشره العصبي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، حيث بلغت قيمته للمقياس ككل (0.89)، وتراوحت لمحكاته بين (0.70 - 0.82). وبلغت قيم ثبات إعادة لمقياس الشره العصبي، للمقياس ككل (0.86) ككل، ومحكاته بين (0.76 - 0.89).

دلالات الصدق والثبات لمقياس النهم العصبي بصورته الحالية

دلالات الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري لمقياس النهم العصبي ومحكاته؛ بعرضه بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين تكونت من (11) أستاذاً من المختصين في الجامعات الأردنية (ملحق و)؛ لبيان مدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، ومناسبتها للفئة المستهدفة في الدراسة الحالية، ومناسبتها للمحك، وقياس ما وضعت لأجله.

في ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة على مقياس النهم العصبي، والتي تتعلق بإعادة صياغة بعض الفقرات لتصبح أكثر وضوحاً، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول أو استبعاد الفقرات هو حصول الفقرات على إجماع المحكمين، وتجدر الإشارة إلى أن نسبة اتفاق المحكمين على صلاحية المقياس ووضوح ومناسبة فقراته بلغت (80%)؛ وهي نسبة اتفاق مرتفعة، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (17) فقرة موزعة إلى أربعة محكات.

مؤشرات صدق البناء

يهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالمحك، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك ما يوضحه الجدول (8).

جدول (8)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس النهم العصبي من جهة وبين الدرجة الكلية للمقياس والمحكات التي تتبع له من جهة أخرى

المحك	رقم الفقرة	مضمون فقرات النهم العصبي	الارتباط مع:	
			المحك	المقياس
محك 1	1	أتناول مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	0.714*	0.493*
	2	أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت أكثر مما يتناوله الآخرون.	0.690*	0.532*
	3	أتناول الطعام بشراهة في الظروف والأوقات العادية.	0.605*	0.456*
	4	أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	0.764*	0.471*
	5	أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	0.563*	0.442*
	6	أشعر بأنني أكل بشكل أسرع من المعتاد.	0.564*	0.503*
محك 2	7	أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بعدم الراحة من الامتلاء والتخمة (صعوبة الحركة أو القيام من مكاني).	0.497*	0.498*
	8	أتناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	0.459*	0.462*
	9	أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	0.542*	0.545*
	10	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها.	0.770*	0.512*
	11	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالندم.	0.731*	0.473*
	12	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالحزن والتعاسة.	0.763*	0.531*
	13	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	0.697*	0.544*
محك 4	14	أجبر نفسي على التقيؤ بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	0.712*	0.575*
	15	أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.	0.684*	0.531*
	16	أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.	0.575*	0.490*
	17	ألجأ للصوم (أو عدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.	0.653*	0.587*

*دالة إحصائياً على مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول (8) أن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الأول قد تراوحت بين (-0.764)

(0.563) مع محكها، وبين (0.4426 - 0.532) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط

فقرات المحك الثاني قد تراوحت بين (0.459 - 0.770) مع محكها، وبين (0.462 - 0.545) مع

الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الثالث بلغت (0.697) مع محكها،

و(0.544) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الرابع قد تراوحت بين

(0.575 - 0.712) مع محكها، وبين (0.490 - 0.587) مع الدرجة الكلية للمقياس. وكانت جميع هذه الفقرات دالة إحصائياً على مستوى (0.05).

يلاحظ من مؤشرات صدق البناء السابقة؛ أن جميع الفقرات كان معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمقياس، أعلى من (0.30)، وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30)، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie,1985)، وبذلك قبلت جميع فقرات المقياس.

ويتضح مما تقدم مدى جودة بناء فقرات مقياس النهم العصبي، وبهذا أصبح المقياس بصورته النهائية يتألف من (17) فقرة، موزعة على أربعة محكات، (الملحق ج). كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية Inter-Correlation لمحكات مقياس النهم العصبي، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول (9).

جدول (9)

قيم معاملات ارتباط محكات مقياس النهم العصبي مع المقياس ككل، ومعاملات الارتباط البينية لمحكات المقياس

المحك الأول	المحك الثاني	المحك الثالث	المحك الرابع
المحك الثاني	0.531*		
المحك الثالث	0.447*	0.563*	
المحك الرابع	0.525*	0.512*	0.594*
المقياس ككل	0.661*	0.704*	0.728*

*دالة إحصائياً على مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول (9) أن قيم معاملات الارتباط البينية بين محكات مقياس النهم العصبي قد تراوحت بين (0.447 - 0.594)، كما أن قيم معاملات الارتباط بين المحكات والمقياس ككل تراوحت بين (0.661-0.728)، وكانت جميع هذه الفقرات دالة إحصائياً على مستوى (0.05). وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء للمقياس.

ثبات مقياس النهم العصبي

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس النهم العصبي ومحكاته؛ تم تقديره باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة، ويهدف التحقق من ثبات إعادة للمقياس وأبعادها؛ تم إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest)، وذلك بفارق زمني مقداره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم تم تقديره باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، وذلك كما هو موضح في الجدول (10).

جدول (10)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات إعادة لمقياس النهم العصبي ومحكاته.

المقياس ومحكاته	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات إعادة	عدد الفقرات
المحك الأول	0.784	0.856	5
المحك الثاني	0.776	0.818	7
المحك الثالث	0.759	0.794	1
المحك الرابع	0.866	0.845	4
الكلّي للمقياس	0.875	0.897	17

يتضح من الجدول (10) أن ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل بلغ (0.875)، وتراوح ثبات الاتساق الداخلي لمحكاته ما بين (0.759 - 0.866)، وبلغ معامل ثبات إعادة للمقياس ككل (0.897)، وتراوح معامل ثبات إعادة لمحكاته ما بين (0.794 - 0.856).

تصحيح مقياس النهم العصبي

تكون مقياس النهم العصبي بصورته النهائية من (17) فقرة موزعة على أربعة محكات، يستجيب لها الطالب وفق تدرج ثنائي (نعم/لا) تعكس المحكات الأربعة، وعلى معلومات ديموغرافية تلي فقرات المقياس تعكس المحك الخامس. ولتصحيح المقياس لا يمكن حساب الدرجة الكلية بل يتطلب توفر كل من (1.1) و(2.1) من المحك الأول، وتوفر ثلاثة على الأقل من (1.2) و(2.2) و(3.1) و(4.1) و(5.1) من المحك الثاني، بالإضافة لتوفر المحك الثالث، والمحك الرابع، كما يجب أن تكون الاستجابة على المعلومات الديموغرافية التي تلي فقرات المقياس؛ حتى يتم تشخيص المستجيب باضطراب فقدان النهم العصبي كما يلي: (ثلاثة أشهر أو أكثر، كل أسبوع، أي خيار يقبل فهو يعكس الشدة). يستجيب الطالب على فقرات المقياس وفق تدرج ثنائي (نعم/لا) بحيث تعطى "نعم" عند تصحيح المقياس (1) وتعطى "لا" (0) في جميع الفقرات باستثناء الفقرة (5) يعكس فيها التدرج كونها ذات اتجاه سالب.

خامساً: مقياس الشره العصبي

بهدف الكشف عن أفراد عينة الدراسة ممن لديهم الشره العصبي، قامت الباحثة باستخدام مقياس (الشره العصبي)، المعد من قبل الشريفين وبحر (2020- مقبول للنشر- المجلة الأردنية للعلوم التربوية) والذي تم تطويره بالاستناد لمحكات اضطراب الشره العصبي الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM-V)، وعدد من الدراسات والمقاييس ذات الصلة. ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن المحكات التشخيصية في اضطراب الشره العصبي والنهم العصبي واحدة والذي

يتميز بينهما هو المحك الرابع (السلوكيات التعويضية)، ففي حال وجدت السلوكيات التعويضية يشخص نهم عصبي، وفي حال غياب السلوكيات التعويضية يشخص شره عصبي.

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين تكونت من (11) أستاذاً من المختصين في الجامعات الأردنية. وفي ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة على المقياس، وتجدر الإشارة إلى أن التعديلات المقترحة أجريت بعد وجود اتفاق 80% بين المحكمين، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (17) فقرة موزعة إلى أربعة محكات.

وبهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وحساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد ارتباط الفقرة بالمحك، والمقياس ككل، وقد لوحظ أن قيم معاملات ارتباط فقرات كل محك تراوحت بين (0.47- 0.72) مع محكها، وبين (0.45- 0.63) مع الدرجة الكلية للمقياس. كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية (Inter-correlation) لمحكات مقياس الشره العصبي، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، ولوحظ أن قيم معاملات الارتباط البينية بين محكات مقياس الشره العصبي تراوحت بين (0.45- 0.57)، كما أن قيم معاملات الارتباط بين المحكات والمقياس ككل تراوحت بين (0.63- 0.71)، وجميعها ذات دلالة إحصائية، وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء لمقياس الشره العصبي.

تم تقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الشره العصبي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، حيث بلغت قيمته للمقياس ككل (0.89)، وتراوحت لمحكاته بين (0.70-

(0.82). وبلغت قيم ثبات الإعادة لمقياس الشره العصبي، للمقياس ككل (0.86) ككل، ومحكاته بين (0.76 - 0.89).

دلالات الصدق والثبات لمقياس الشره العصبي بصورته الحالية

دلالات الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري لمقياس الشره العصبي ومحكاته؛ بعرضه بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين تكونت من (11) أستاذاً من المختصين في الجامعات الأردنية (ملحق د)؛ لبيان مدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، ومناسبتها للفئة المستهدفة في الدراسة الحالية، ومناسبتها للمحك، وقياس ما وضعت لأجله.

في ضوء ملاحظات وآراء المحكمين التي تم استعراضها بعد إجراء اجتماع مع عدد منهم، أجريت التعديلات المقترحة على مقياس الشره العصبي، والتي تتعلق بإعادة صياغة بعض الفقرات لتصبح أكثر وضوحاً، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول أو استبعاد الفقرات هو حصول الفقرات على إجماع المحكمين، وتجدر الإشارة إلى أن نسبة اتفاق المحكمين على صلاحية المقياس ووضوح ومناسبة فقراته بلغت (80%)؛ وهي نسبة اتفاق مرتفعة، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (17) فقرة موزعة إلى أربعة محكات.

مؤشرات صدق البناء:

ويهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط

بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالمحك، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس،

وذلك ما يوضحه الجدول (11).

جدول (11)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الشره العصبي من جهة وبين الدرجة الكلية للمقياس والمحكات التي تتبع له من جهة أخرى

المحك	رقم الفقرة	مضمون فقرات الشره العصبي	الارتباط مع:	
			المحك	المقياس
محك 1	1	أتناول مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	0.683*	0.511*
	2	أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت أكثر مما يتناوله الآخرون.	0.732*	0.480*
	3	أتناول الطعام بشراهة في الظروف والأوقات العادية.	0.575*	0.527*
	4	أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	0.734*	0.492*
محك 2	5	أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	0.543*	0.509*
	6	أشعر بأنني أكل بشكل أسرع من المعتاد.	0.586*	0.536*
	7	أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بعدم الراحة من الامتلاء والتخمة (صعوبة الحركة أو القيام من مكاني).	0.514*	0.452*
	8	أتناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	0.545*	0.481*
محك 3	9	أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرص من كمية الطعام التي أتناولها.	0.562*	0.535*
	10	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها.	0.791*	0.546*
	11	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالندم.	0.723*	0.464*
	12	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالحزن والتعاسة.	0.676*	0.554*
	13	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	0.714*	0.621*
محك 4	14	أجبر نفسي على التقيؤ بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	0.746*	0.553*
	15	أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.	0.654*	0.515*
	16	أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.	0.592*	0.508*
	17	ألجأ للصوم (أو عدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.	0.631*	0.574*

*دالة إحصائياً على مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول (11) أن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الأول قد تراوحت بين (-0.734-

0.543) مع محكها، وبين (0.527 - 0.480) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط

فقرات المحك الثاني قد تراوحت بين (0.791 - 0.514) مع محكها، وبين (0.554 - 0.452) مع

الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الثالث بلغت (0.714) مع محكها، و

(0.621) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الرابع قد تراوحت بين (0.592 - 0.746) مع محكها، وبين وبين (0.508 - 0.621) مع الدرجة الكلية للمقياس. وكانت جميع هذه الفقرات دالة إحصائياً على مستوى (0.05).

ويتضح مما تقدم مدى جودة بناء فقرات مقياس الشره العصبي، وبهذا أصبح المقياس بصورته النهائية يتألف من (17) فقرة، موزعة على أربعة محكات، (الملحق د). كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية Inter-Correlation لمحكات مقياس الشره العصبي، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول (12).

جدول (12)

قيم معاملات ارتباط محكات مقياس الشره العصبي مع المقياس ككل، ومعاملات الارتباط

البينية لمحكات المقياس

المحك الأول	المحك الثاني	المحك الثالث	المحك الرابع
المحك الثاني	0.507*		
المحك الثالث	0.438*	0.572*	
المحك الرابع	0.519*	0.536*	0.581*
المقياس ككل	0.653*	0.694*	0.736*

*دالة إحصائياً على مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول (12) أن قيم معاملات الارتباط البينية بين محكات مقياس الشره العصبي قد تراوحت بين (0.438 - 0.581)، كما أن قيم معاملات الارتباط بين المحكات والمقياس ككل تراوحت بين (0.653-0.736)، وكانت جميع هذه الفقرات دالة إحصائياً على مستوى (0.05). وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء للمقياس.

ثبات مقياس الشهر العصبي

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الشهر العصبي ومحكاته؛ تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة، وبهدف التحقق من ثبات الإعادة للمقياس ومحكاته؛ تم إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest)، وذلك بفارق زمني مقداره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم تم حسابه باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، وذلك كما هو موضح في الجدول (13).

جدول (13)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس الشهر العصبي ومحكاته.

المقياس ومحكاته	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
المحك الأول	0.756	0.795	5
المحك الثاني	0.851	0.867	7
المحك الثالث	0.785	0.836	1
المحك الرابع	0.833	0.851	4
الكلية للمقياس	0.887	0.902	17

يتضح من الجدول (13) أن ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل بلغ (0.887)، وتراوح ثبات

الاتساق الداخلي لمحكاته ما بين (0.756 - 0.851)، وبلغ معامل ثبات الإعادة للمقياس ككل

(0.902)، وتراوح معامل ثبات الإعادة لمحكاته ما بين (0.795 - 0.867).

تصحيح مقياس الشره العصبي

اشتمل مقياس الشره العصبي بصورته النهائية على (17) فقرة، يجاب عليها بـ(نعم/ لا) تعكس المحكات الأربعة، وعلى ثلاثة أسئلة تلي فقرات المقياس تعكس المحك الخامس. لتصحيح المقياس تعطى الاجابة "نعم" درجة (1)، والاجابة "لا" درجة (0) في جميع الفقرات باستثناء الفقرة (5) يُعكس فيها التدرج؛ كونها ذات اتجاه سالب. ومن ثم يتم حساب الوسط الحسابي لكل محك من المحكات الأربعة، ويفترض أن تكون درجة المفحوص في المحكات الثلاثة الأولى (0.50) فأكثر، أما المحك الرابع فيفترض أن تقل فيه درجة المفحوص عن (0.50). أما المحك الخامس يتم تحديده في ضوء الاجابة على عدد من الاسئلة وهي:

• بدأت الشراهة عندي في تناول الطعام منذ:

⊙ شهر فأقل ⊙ شهرين ⊙ ثلاثة أشهر أو أكثر (حتى يصنف اضطراب يفترض أن

تكون الاجابة ثلاثة أشهر أو أكثر).

• تحدث الشراهة عندي في تناول الطعام مرة أو أكثر:

⊙ كل أسبوع ⊙ كل أسبوعين ⊙ كل ثلاثة أسابيع ⊙ لا شيء مما ذكر (حتى يصنف

اضطراب يفترض أن تكون الاجابة كل اسبوع).

• عدد المرات التي تحدث بها نوبة الشراهة في الأسبوع:

⊙ 3-1 ⊙ 4-7 ⊙ 8-13 ⊙ 14 فأكثر ⊙ لا شيء مما ذكر (أي خيار يقبل فهو

يعكس الشدة). وحتى يصنف الفرد بأن لديه اضطراب الشره العصبي يفترض أن تتوفر المحكات الخمس السابقة.

ثالثاً: مقياس فقدان الشهية العصبي

بهدف الكشف عن اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى طلبة الجامعات الاردنية، قامت الباحثة بتطوير مقياس خاص بهذه الدراسة، استناداً إلى المحكات التشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (The Diagnostic and Statistical Manual DSM5). والذي يحدد أن هناك اضطراباً لا بد من توافر ثلاثة مظاهر (أعراض) من أصل ثلاثة مظاهر، وقد تكون المقياس في صورته الأولية من (15) فقرة موزعة على الأبعاد (التي تصف الأعراض أو المظاهر) التالية: قيود على الوارد من الطاقة وتقيسه الفقرات (1-5)، وخوف شديد من كسب الوزن وتقيسه الفقرات (6-9)، واضطراب بالطريقة التي يختبر بها الشخص وزنه وتقيسه الفقرات (10-15)، ويستجيب المفحوص على المقياس وفق تدرج ثنائي (نعم/ لا)، بحيث يعكس انطباق المحك على المفحوص أم لا.

دلالات الصدق والثبات لمقياس فقدان الشهية العصبي

دلالات الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس ومحكاته؛ بعرضه على مجموعة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في جامعة اليرموك، والبالغ عددهم (11) محكماً، (الملحق و)، بهدف إبداء آرائهم حول دقة وصحة محتوى المقياس من حيث: درجة قياس الفقرة للمحك، وضوح الفقرات، الصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يروونه مناسباً.

وفي ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة على فقرات مقياس فقدان الشهية العصبي، لتصبح أكثر وضوحاً، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول أو استبعاد الفقرات، هو حصول الفقرات على إجماع المحكمين، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (15) فقرة موزعة على ثلاثة محكات. (الملحق ب).

مؤشرات صدق البناء

وبهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبةً من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالمحك، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك ما يوضحه الجدول (14).

جدول (14)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس فقدان الشهية العصبي من جهة وبين الدرجة الكلية للمقياس والمحكات التي تتبع له من جهة أخرى

الارتباط مع:	مضمون فقرات فقدان الشهية العصبي	رقم الفقرة	البعء
0.324*	أحرص على عدم تناول أطعمة ذات سرعات حرارية عالية في وجبات الطعام الرئيسية	1	محك 1
0.688*	أقل كمية الطعام التي أتناولها في الوجبة الواحدة	2	
0.599*	يقول الآخرون أن محاولاتي لخفض الوزن أثرت على مظهري الخارجي	3	
0.544*	أراقب كمية الطعام التي أتناولها في الوجبة الرئيسية	4	
0.647*	عندما بدأت بمراقبة طعامي أنخفض وزني بشكل ملحوظ	5	
0.478*	أخشى أن يزداد وزني وأصبح بدينا	6	محك 2
0.623*	أفيس وزني باستمرار خوفاً من أن يزداد	7	
0.354*	أمارس التمارين أكثر من المعتاد لخفض وزني	8	
0.612*	ألجأ للصوم لخفض وزني	9	

الارتباط مع:	مضمون فقرات	رقم	البعد
0.490*	0.555*	10	ارقب شكل جسدي في المرأة لألحظ أي ازدياد في وزني
0.563*	0.589*	11	أتعمد ارتداء الملابس الفضفاضة أو ذات اللون الداكن لأخفي وزني
0.673*	0.693*	12	اتحسس جسدي إذا ازداد وزني أم لا
0.621*	0.678*	13	أشعر بالرضا عن جسدي عندما أكون نحيفاً
0.745*	0.797*	14	الإرهاق الذي يصيبني لا شأن للنحافة بها
0.584*	0.630*	15	أرى أن انخفاض وزني الشديد لا يضر

*دالة إحصائياً على مستوى (0.05)

يلاحظ من الجدول (14) أن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الأول قد تراوحت بين (0.710 - 0.507) مع محكها، وبين (0.688 - 0.324) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الثاني قد تراوحت بين (0.682 - 0.434) مع محكها، وبين (0.623 - 0.354) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الثالث قد تراوحت بين (0.797 - 0.555) مع محكها، وبين (0.745 - 0.490) مع الدرجة الكلية للمقياس. وكانت جميع هذه الفقرات دالة إحصائياً على مستوى (0.05).

يلاحظ من مؤشرات صدق البناء السابقة؛ أن جميع الفقرات كان معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمقياس، أعلى من (0.30)، وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30)، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie, 1985)، وبذلك قبلت جميع فقرات المقياس.

كما ويتضح مما تقدم مدى جودة بناء فقرات مقياس فقدان الشهية العصبي، وبهذا أصبح المقياس بصورته النهائية يتألف من (15) فقرة، موزعة على ثلاثة محكات، (الملحق ه). كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية Inter-Correlation لمحكات مقياس فقدان الشهية العصبي، وذلك باستخدام معامل

ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول (15).

جدول (15)

قيم معاملات ارتباط محكات مقياس فقدان الشهية العصبي مع المقياس ككل، ومعاملات الارتباط البينية لمحكات المقياس

المحك الأول	المحك الثاني	المحك الثالث
0.537*		المحك الثاني
0.466*	0.383*	المحك الثالث
0.857*	0.769*	الكلي للمقياس

يلاحظ من الجدول (15) أن قيم معاملات الارتباط البينية بين محكات مقياس فقدان الشهية

العصبي قد تراوحت بين (0.537 - 0.383)، كما أن قيم معاملات الارتباط بين المحكات والمقياس ككل

تراوحت بين (0.769-0.857)، وجميعها ذات دلالة إحصائية، وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء

للمقياس.

ثبات مقياس فقدان الشهية العصبي

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس فقدان الشهية العصبي ومحكاته؛ تم حسابه باستخدام معادلة

كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها

(30) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة، وبهدف التحقق من ثبات إعادة للمقياس ومحكاته؛ تم إعادة

تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-

Retest)، وذلك بفارق زمني مقداره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم تم حسابه باستخدام

معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، وذلك كما هو موضح في الجدول (16).

جدول (16)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس فقدان الشهية العصبي ومحكاته.

المقياس ومحكاته	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
المحك الأول	0.751	0.823	5
المحك الثاني	0.779	0.814	4
المحك الثالث	0.714	0.796	6
الكلية للمقياس	0.806	0.832	15

يتضح من الجدول (16) أن ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل بلغ (0.806)، ومحكاته تراوحت ما بين (0.779 - 0.714)، وكان ثبات الإعادة للمقياس ككل (0.832)، ومحكاته ما بين (0.823 - 0.796).

تصحيح مقياس فقدان الشهية العصبي

تكون مقياس فقدان الشهية العصبي بصورته النهائية من (15) فقرة موزعة على ثلاثة محكات، يستجيب لها الطالب وفق تدرج ثنائي (نعم/لا) بحيث تعطى "نعم" (1) عند تصحيح المقياس وتعطى "لا" (0)، ولتصحيح المقياس لا يمكن حساب الدرجة الكلية بل يتطلب توفر المحكات الثلاثة؛ حتى يتم تشخيص المستجيب باضطراب فقدان الشهية العصبي.

إجراءات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة، تم اتباع الخطوات والإجراءات الآتية:

- مراجعة الأدب النفسي من أجل إعداد أدوات الدراسة المتمثلة بقياس الاستقواء الإلكتروني، الكرب النفسي، ومقاييس اضطرابات الأكل.
- إعداد أدوات الدراسة المتمثلة بمقياس الاستقواء الإلكتروني، والكرب النفسي، واضطرابات الأكل بصورتها النهائية بعد التحقق من مؤشرات صدقها وثباتها من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين المختصين، بالإضافة إلى تطبيقها على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة، واستخراج قيم معاملات الصدق والثبات.
- تحديد مجتمع الدراسة الكلي، والمتمثل بجميع طلبة مرحلة البكالوريوس في الجامعات الأردنية، المنتظمين في الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2019-2020م، كما تم اختيار أفراد عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة من مجتمع الدراسة الكلي.
- الحصول على كتاب تسهيل مهمة موجه من عمادة كلية التربية ورئاسة الجامعة في جامعة اليرموك إلى الجهات المعنية في الجامعات الأردنية المختارة (الملحق ز)، لتسهيل مهمة الباحثة في توزيع أدوات الدراسة على أفراد العينة.
- تطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة، واستخراج قيم معاملات الصدق والثبات، وذلك للتحقق من الصدق الظاهري لأدوات الدراسة.

- تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة، مع التوضيح للمفحوصين مدى أهمية البحث وأهدافه، وتوضيح المعلومات المتعلقة بطريقة الاستجابة على الفقرات، والتأكيد على أفراد عينة الدراسة الدقة في الإجابة، كما تم إعلامهم أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها سوف تُستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

- تم تطبيق الدراسة على عينة من طلبة الجامعات الأردنية، حيث قامت الباحثة بتوزيع الاستبانات إلكترونياً على (1226) طالباً وطالبة، وبعد استبعاد الاستبانات غير الصالحة للتحليل الإحصائي، بلغ عدد الاستبانات (1046) استبانة؛ إلا أنه وبسبب عدم مطابقة (58) طالباً وطالبة للنموذج التنبؤي كونهم يشكلون قيمةً شاذةً خارج مدى ثلاثة انحرافات معيارية، فقد أصبح حجم العينة النهائي (988) طالباً وطالبةً من طلبة الجامعات الأردنية.

- جمع أدوات الدراسة بعد الإجابة على فقراتها، وبعد التأكد من المعلومات، والإجابة عن جميع الفقرات.

- إدخال البيانات لذاكرة الحاسوب، ومن ثم استخدام المعالجات الإحصائية المناسبة، وفقاً لبرنامج (SPSS) للإجابة على أسئلة الدراسة، واستخلاص النتائج وتفسيرها.

المعالجات الإحصائية:

تمت المعالجات الإحصائية للبيانات في هذه الدراسة باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية

(SPSS)، وذلك على النحو الآتي:

- للإجابة عن سؤال الدراسة الأول؛ فقد تم حساب التكرارات الملاحظة لانماط الاستقواء الإلكتروني لدى طلبة الجامعات الأردنية والنسب المئوية لها، كما تم استخدام اختبار χ^2 لحسن المطابقة للكشف عن دلالة الفروق في النسب، مع مراعاة ترتيب انماط الاستقواء الإلكتروني لدى الطلبة تنازلياً وفقاً للنسب المئوية العائدة على الطلبة ضمنها.
- للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدلالة الكلية لمقياس الكرب النفسي، كما تم استخدام تحليل التباين الثلاثي (3-way ANOVA) (دون تفاعل) لدراسة أثر متغيرات الدراسة على الأهمية للآخرين بدلالته الكلية.
- للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث؛ فقد تم حساب التكرارات الملاحظة لانماط اضطراب النوم العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية والنسب المئوية لها، ثم استخدام اختبار χ^2 لحسن المطابقة للكشف عن دلالة الفروق في النسب.
- للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع؛ فقد تم حساب التكرارات الملاحظة لانماط اضطراب الشره العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية والنسب المئوية لها، ثم استخدام اختبار χ^2 لحسن المطابقة للكشف عن دلالة الفروق في النسب.
- للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس؛ فقد تم حساب التكرارات الملاحظة لأشكال اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية والنسب المئوية لها، ثم استخدام اختبار χ^2 لحسن المطابقة للكشف عن دلالة الفروق في النسب.

– للإجابة عن سؤال الدراسة السادس؛ تم إجراء تحليل الانحدار اللوجستي بطريقة (Enter) في إدخال المتغيرات المتنبئة (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس) على النموذج التنبؤي للمتغير المتنبأ به (اضطراب النهم العصبي).

– للإجابة عن سؤال الدراسة السابع؛ تم إجراء تحليل الانحدار اللوجستي بطريقة (Enter) في إدخال المتغيرات المتنبئة (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس) على النموذج التنبؤي للمتغير المتنبأ به (اضطراب الشره العصبي).

– للإجابة عن سؤال الدراسة الثامن؛ تم إجراء تحليل الانحدار اللوجستي بطريقة (Enter) في إدخال المتغيرات المتنبئة (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس) على النموذج التنبؤي للمتغير المتنبأ به (اضطراب فقدان الشهية العصبي).

متغيرات الدراسة:

تم تصنيف متغيرات الدراسة حسب أسئلة الدراسة على النحو الآتي:

أولاً: متغيرات سؤال الدراسة الثاني؛ وهي:

أ. المتغيرات الشارحة:

1. الجنس وله فئتان: (ذكر، أنثى).

2. الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً وله أربعة مستويات: أقل من ساعة، 3-1 ساعات، 6 -

4 ساعات، أكثر من 7 ساعات.

3. التحصيل الأكاديمي وله أربعة مستويات: مقبول، جيد، جيد جداً، ممتاز.

ب. المتغير التابع: الكرب النفسي

ثانياً. متغيرات سؤال الدراسة السادس؛ وهي:

أ. المتغيرات الشارحة (المتنبئة)؛ وهي:

1. الكرب النفسي.

2. نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد.

3. نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد.

4. نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد.

5. الجنس.

ب. المتغير التابع (المتنبأ به)؛ وهو: اضطراب النوم العصبي

ثالثاً. متغيرات سؤال الدراسة السابع؛ وهي:

أ. المتغيرات الشارحة (المتنبئة)؛ وهي:

1. الكرب النفسي.

2. نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد.

3. نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد.

4. نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد.

5. الجنس.

ب. المتغير التابع (المتنبأ به)؛ وهو: اضطراب الشره العصبي

رابعاً. متغيرات سؤال الدراسة الثامن؛ وهي:

أ. المتغيرات الشارحة (المتنبئة)؛ وهي:

1. الكرب النفسي.

2. نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد.

3. نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد.

4. نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد.

5. الجنس.

ب. المتغير التابع (المتنبأ به)؛ وهو: اضطراب فقدان الشهية العصبي.

منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي التنبؤي للكشف عن نسب توزيع انماط الاستقواء الإلكتروني (المستقوي

مقابل المحايد، الضحية مقابل المحايد، المستقوي/ الضحية مقابل المحايد) ومستوى الكرب النفسي ونسب

انتشار اضطرابات (النهم العصبي والشره العصبي وفقدان الشهية العصبي) لدى طلبة الجامعات الأردنية،

وللكشف عن درجة مساهمة انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تفسير التباين في

اضطرابات (النهم العصبي، والشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي) لدى طلبة الجامعات الأردنية.

الفصل الرابع

عرض النتائج

هدفت الدراسة للكشف عن القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات

الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية، وذلك عن طريق الإجابة عن الأسئلة الآتية:

أولاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول الذي نصّ على: " هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية

وفقاً لأنماط الاستقواء الإلكتروني؟". للإجابة عن سؤال الدراسة الأول؛ فقد تم حساب التكرارات الملاحظة

(Observed Frequencies) لأنماط الاستقواء الإلكتروني لدى طلبة الجامعات الأردنية والنسب المئوية

لها وفقاً لمعيار تصنيف درجات الطلبة على مقياسي الاستقواء والضحية المذكور في الفصل الثالث، كما

جرى استخدام اختبار χ^2 لحسن المطابقة (Goodness of fit) لاختبار دلالات الفروق بين هذه النسب،

مع مراعاة ترتيب أنماط الاستقواء الإلكتروني لدى الطلبة تنازلياً وفقاً للنسب المئوية العائدة على الطلبة

ضمنها، وذلك كما هو مبين في الجدول (17).

الجدول (17)

نتائج اختبار χ^2 لحسن المطابقة لاختبار دلالات الفروق بين النسب المئوية لأنماط الاستقواء الإلكتروني لدى أفراد عينة الدراسة.

الرتبة	الاستقواء الإلكتروني	التكرار الملاحظ	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المستوى	χ^2	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	محايد	838	%84.82	247	مرتفع	1895.830	3	0.000
2	ضحية	90	%9.11	247	منخفض			
3	مستقوي	39	%3.95	247	منخفض			
4	مستقوي/ضحية	21	%2.13	247	منخفض			
	الكلي	988	%100					

يلاحظ من الجدول (17) أن نتائج نسب أنماط الاستقواء الإلكتروني لدى طلبة الجامعات الأردنية قد كانت على النحو الآتي: أ) جاء الـ (محايد) في المرتبة الأولى ضمن مستوى (مرتفع) بنسبة مئوية 84.82% من مجمل أفراد عينة الدراسة، وهي نسبة أعلى مما هو متوقع لها. ثم تلاه الـ (ضحية) في المرتبة الثانية ضمن مستوى (منخفض) بنسبة مئوية 9.11% من مجمل أفراد عينة الدراسة وهي نسبة أقل مما هو متوقع لها، ثم جاء الـ (مستقوي) في المرتبة الثالثة ضمن مستوى (منخفض) بنسبة مئوية 3.95% من مجمل أفراد عينة الدراسة وهي نسبة أقل مما هو متوقع لها، وجاء الـ (مستقوي/ضحية) في المرتبة الرابعة ضمن مستوى (منخفض) بنسبة مئوية 2.13% من مجمل أفراد عينة الدراسة وهي نسبة أقل مما هو متوقع لها.

كما يتضح من الجدول (17) أن قيمة χ^2 تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين أنماط الاستقواء لدى الطلبة ولصالح المحايد، حيث كانت النسبة لديهم هي السائدة بين أنماط الاستقواء الأخرى.

ثانياً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني الذي نصّ على: "ما مستوى الكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية؟"

للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الكرب النفسي، كما هو مبين في الجدول (18).

الجدول (18)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية.

المستوى	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	طلبة الجامعات الكرب النفسي
متوسط	0.84	2.71	

يتضح من الجدول (18) أن المستوى العام للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية كان

متوسطاً، بعد تصنيف الأوساط الحسابية العائدة عليها وفقاً للمعيار المذكور في الفصل الثالث.

كما تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة طلبة الجامعات الأردنية على

مقياس الكرب النفسي وفقاً لمتغيرات (الجنس، التحصيل الأكاديمي، الزمن المستغرق في استخدام الهاتف

يوميًا)، كما هو مبين في الجدول (19).

جدول (19)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية وفقاً لمتغيرات الدراسة.

الكرب النفسي		الفئة	المتغير
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0.863	2.545	ذكر	الجنس
0.821	2.762	أنثى	
0.999	3.140	مقبول	التحصيل الأكاديمي
0.846	2.808	جيد	
0.751	2.784	جيد جداً	
0.815	2.488	ممتاز	
0.464	2.192	أقل من ساعة	الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً
0.737	2.584	1-3 ساعات	
0.886	2.580	4-6 ساعات	
0.776	3.114	أكثر من 7 ساعات	

يلاحظ من الجدول (19) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية، ناتجة عن اختلاف مستويات متغيرات (الجنس، التحصيل الأكاديمي، الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً)، وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) (3-way ANOVA without interaction)، وذلك كما في الجدول (20).

جدول (20)

نتائج تحليل التباين الثلاثي (دون تفاعل) للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية وفقاً لمتغيرات الدراسة.

الدالة الإحصائية	قيمة F المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*0.029	4.827	2.953	1	2.953	الجنس
*0.001	5.509	3.370	3	10.111	التحصيل الأكاديمي
*0.000	10.003	6.120	3	18.359	الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً
		0.612	980	599.761	الخطأ
			987	631.184	الكلي

*دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول (20) ما يلي:

1- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب

النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث أي أن مستوى الكرب النفسي لديهم أعلى.

2- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب

النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي، ولمعرفة مصادر هذه الفروق؛ فقد تم إجراء اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية، كما هو مبين في الجدول (21).

جدول (21)

نتائج اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير (التحصيل الأكاديمي)

التحصيل الأكاديمي	المتوسط الحسابي	مقبول	جيد	جيد جداً
Scheffe	2.808	3.140	2.808	2.784
جيد	2.808	0.332*		
جيد جداً	2.784	0.356*	0.024	
ممتاز	2.488	0.652*	0.320*	0.296*

*دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول (21) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير (التحصيل الأكاديمي)، لصالح الطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (مقبول) مقارنة بالطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (جيد)، ولصالح الطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (مقبول) مقارنة بالطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (جيد جداً)، ولصالح الطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (مقبول) مقارنة بالطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (ممتاز)، ولصالح الطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (جيد) مقارنة بالطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (ممتاز)، ولصالح الطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (جيد جداً) مقارنة بالطلبة من فئة التحصيل الأكاديمي (ممتاز). أي أن الكرب النفسي يقل بارتفاع المعدل التراكمي التحصيلي.

3- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب

النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً، ولمعرفة مصادر هذه الفروق؛ فقد تم إجراء اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية، كما هو مبين في الجدول (22).

جدول (22)

نتائج اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير (الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً)

الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً			المتوسط الحسابي	Scheffe
أقل من ساعة	1-3 ساعات	4-6 ساعات		
			2.192	
			2.584	1-3 ساعات
			2.580	4-6 ساعات
			3.114	أكثر من 7 ساعات

*دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول (22) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير (الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً)، لصالح الطلبة من فئة الوقت (1-3 ساعات) مقارنة بالطلبة من فئة الوقت (أقل من ساعة)، ولصالح الطلبة من فئة الوقت (1-3 ساعات) مقارنة بالطلبة من فئة الوقت (4 - 6 ساعات)، ولصالح الطلبة من ذوي فئة الوقت (4-6 ساعات) مقارنة بالطلبة من فئة الوقت (أقل من ساعة)، ولصالح الطلبة من فئة الوقت (أكثر من 7 ساعات) مقارنة بالطلبة من فئة الوقت (أقل من ساعة)، ولصالح الطلبة من فئة الوقت (أكثر من 7 ساعات) مقارنة بالطلبة من فئة الوقت (1-3 ساعات)، ولصالح الطلبة من فئة الوقت (أكثر من 7 ساعات) مقارنة بالطلبة من فئة الوقت (4-6 ساعات)

ثالثاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث الذي نصّ على: " هل يختلف توزيع طلبة الجامعات

الأردنية وفق مقياس اضطراب النهم العصبي (ليس لديه اضطراب، لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟".

للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث؛ حسب التكرارات والنسب المئوية للطلبة الذين تم تصنيفهم على

أن لديهم اضطراب النهم العصبي وأولئك الذين لا يوجد لديهم هذا الاضطراب، وتم كذلك استخدام اختبار

مربع كاي، وذلك كما هو مبين في الجدول (23).

الجدول (23)

نتائج اختبار χ^2 والتكرارات والملاحظة والنسب المئوية ضمن مستويات اضطراب النهم العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية

طلبة الجامعات	التكرار الملاحظ	النسبة المئوية	χ^2	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
ليس لديهم اضطراب النهم العصبي	925	%93.62	752.069	1	0.000
لديهم اضطراب النهم العصبي	63	%6.38			
الكلي	988	%100			

يتضح من الجدول (23) أن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب النهم العصبي كانت (%6.38) من

حجم العينة ككل، وأن قيمة χ^2 تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين من لديهم

اضطراب النهم العصبي من الطلبة وغيرهم ممن ليس لديهم النهم العصبي.

وبعد ذلك استخدم اختبار χ^2 للكشف عما إذا كان هناك فروق دالة إحصائية ($\alpha=0.05$) في نسبة

اضطراب النهم العصبي وفقاً لمتغير الجنس لدى أفراد عينة الدراسة ممن كان لديهم اضطراب النهم

العصبي من طلبة الجامعات. وقد حسب التكرارات والنسب المئوية للطلبة الذين لديهم اضطراب النهم

العصبي وفقاً للجنس، وذلك كما هو مبين في الجدول (24).

الجدول (24)

نتائج اختبار χ^2 والتكرارات والملاحظة والنسب المئوية للنهم العصبي لدى طلبة الجامعات وفقاً للجنس

طلبة الجامعات	التكرار الملاحظ	النسبة المئوية	χ^2	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الذكور	16	%25.40	15.254	1	0.000
الإناث	47	%74.60			
الكلية	63	%100			

يتضح من الجدول (24) أن نسبة الطلبة الذكور ممن لديهم اضطراب النهم العصبي كانت (25.40%)، وكانت نسبة الإناث ممن لديهن اضطراب النهم العصبي (74.60%) وأن قيمة χ^2 تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور والإناث ممن لديهم اضطراب النهم العصبي، ولصالح الإناث، أي أن الإناث لديهن اضطراب أكثر بدلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

رابعاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع الذي نصّ على: "هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفق مقياس الشره العصبي (ليس لديه اضطراب، لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟".

للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع؛ حسب التكرارات والنسب المئوية للطلبة الذين تم تصنيفهم على أن لديهم اضطراب الشره العصبي وأولئك الذين لا يوجد لديهم هذا الاضطراب، وكذلك تم استخدام اختبار مربع كاي، وذلك كما هو مبين في الجدول (25).

الجدول (25)

نتائج اختبار χ^2 والتكرارات والملاحظة والنسب المئوية ضمن مستويات اضطراب الشره العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية

طلبة الجامعات	التكرار الملاحظ	النسبة المئوية	χ^2	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
ليس لديهم اضطراب الشره العصبي	928	%93.93	762.575	1	0.000
لديهم اضطراب الشره العصبي	60	%6.07			
الكلي	988	%100			

يتضح من الجدول (25) أن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب الشره العصبي كانت (6.07%)

من حجم العينة ككل، وأن قيمة χ^2 تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين من لديهم

اضطراب الشره العصبي من الطلبة وغيرهم ممن ليس لديهم الشره العصبي.

وبعد ذلك استخدم اختبار χ^2 للكشف عما إذا كان هناك فروق دالة إحصائية ($\alpha=0.05$) في نسبة

اضطراب الشره العصبي وفقاً لمتغير الجنس لدى أفراد عينة الدراسة ممن كان لديهم اضطراب الشره

العصبي من طلبة الجامعات. وقد حسبت التكرارات والنسب المئوية للطلبة الذين لديهم اضطراب الشره

العصبي وفقاً للجنس، وذلك كما هو مبين في الجدول (26).

الجدول (26)

نتائج اختبار χ^2 والتكرارات والملاحظة والنسب المئوية للشره العصبي لدى طلبة الجامعات وفقاً للجنس

طلبة الجامعات	التكرار الملاحظ	النسبة المئوية	χ^2	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
الذكور	23	%38.33	3.267	1	0.070
الإناث	37	%61.67			
الكلي	60	%100			

يتضح من الجدول (26) أن نسبة الطلبة الذكور ممن لديهم اضطراب الشره العصبي كانت (38.33%)، وكانت نسبة الإناث ممن لديهم اضطراب الشره العصبي (61.67%) وأن قيمة χ^2 تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور والإناث ممن لديهم اضطراب الشره العصبي.

خامساً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس الذي نصّ على: " هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفق مقياس فقدان الشهية العصبي (ليس لديه اضطراب، لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟". للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس؛ حسب التكرارات والنسب المئوية للطلبة الذين تم تصنيفهم على أن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي وأولئك الذين لا يوجد لديهم هذا الاضطراب، كما تم استخدام اختبار مربع كاي، وذلك كما هو مبين في الجدول (27).

الجدول (27)

نتائج اختبار χ^2 والتكرارات والملاحظة والنسب المئوية ضمن مستويات اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية

طلبة الجامعات	التكرار الملاحظ	النسبة المئوية	χ^2	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
ليس لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي	935	%94.64	787.372	1	0.000
لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي	53	%5.36			
الكلي	988	%100			

يتضح من الجدول (27) أن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي كانت (5.36%) من حجم العينة ككل، وأن قيمة χ^2 تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$)

بين من لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي من الطلبة وغيرهم ممن ليس لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي.

وبعد ذلك استخدم اختبار χ^2 للكشف عما إذا كان هناك فروق دالة إحصائية ($\alpha=0.05$) في نسبة انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وفقاً لمتغير الجنس لدى أفراد عينة الدراسة ممن كان لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي من طلبة الجامعات. وقد حسبت التكرارات والنسب المئوية للطلبة الذين لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي وفقاً للجنس، وذلك كما هو مبين في الجدول (28).

الجدول (28)

نتائج اختبار χ^2 والتكرارات الملاحظة والنسب المئوية لفقدان الشهية العصبي لدى طلبة الجامعات وفقاً للجنس

طلبة الجامعات	التكرار الملاحظ	النسبة المئوية	χ^2	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
الذكور	10	%18.87	20.547	1	0.040
الإناث	43	%81.13			
الكلي	53	%100			

يتضح من الجدول (28) أن نسبة الطلبة الذكور ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي كانت (%18.87)، وكانت نسبة الإناث ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي (%81.13) وأن قيمة χ^2 تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور والإناث ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي، أي أن النسبة عند الإناث أعلى منها عند الذكور بدلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

سادساً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السادس: "ما الأهمية النسبية لكل من انماط الاستقواء الالكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب النهم العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟". للإجابة عن السؤال السادس، فقد تم إجراء تحليل الانحدار اللوجستي بطريقة (Enter) في إدخال المتغيرات المنتبئة على النموذج التنبؤي للمتغير المنتبأ به (اضطراب النهم العصبي). وبعد تنفيذ التحليل تم الحصول على العديد من الجداول الخاصة بتحليل الانحدار اللوجستي، والجدول (29) يوضح عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الأرجحية العظمى للحصول على أقل قيمة لسالب ضعف لوغاريتم دالة الأرجحية العظمى للحصول على التقدير الأمثل لمعالم النموذج لمشتق سالب ضعف دالة الأرجحية العظمى.

جدول (29)

عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الأرجحية العظمى

Iteratio n	-2 Log likelihood	الثابت	الكرب النفسي	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد	نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد	الجنس	
Step 1	1	332.1918	-1.782	0.347	1.222	0.770	2.488	-0.342
	2	323.8956	-2.379	0.551	1.534	1.109	3.029	-0.540
	3	323.6561	-2.508	0.600	1.592	1.178	3.128	-0.587
	4	323.6558	-2.513	0.602	1.594	1.180	3.132	-0.589
	5	323.6558	-2.513	0.602	1.594	1.180	3.132	-0.589

يلاحظ من الجدول (29) أنه تم الحصول في الدورة الخامسة لمشتقة سالب ضعف دالة الأرجحية

العظمى على أقل قيمة لها وهي مساوية (323.656)، أي (-2 Log likelihood = 323.656)، حيث تم

التوقف عند هذه الدورة لأن التغير في المعاملات (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل

المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس) أصبح أقل من (0.001)، وفي الحقيقة فأن التغيير في تقديرات المعالم أصبح بطيئاً جداً بعد الدورة الثالثة؛ لذلك يمكن القول: إن تقديرات المعالم في الدورات (3، 4، 5) هي متشابهة مع فروقات بسيطة جداً وقد تم التوقف عند الدورة الخامسة واعتبرت معالمها أفضل نتيجة يمكن الحصول عليها للمعالم إذ إن سالب ضعف لوغارتيم دالة الأرجحية العظمى هي في نهايتها الصغرى عند هذه الدورة، ويلخص الجدول (30) معالم النموذج الأمثل التي تم الحصول عليها في الدورة الخامسة من الجدول رقم (29)، ويتضمن الجدول (30) جميع معالم النموذج المقدر (ثابت، الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، النمط الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس)، والخطأ المعياري لكل معلمة، وقيمة الإحصائي (Wald) لكل معلمة من معالم النموذج وعدد درجات الحرية والدلالة الإحصائية للمعالم التي سيتم تفسيرها بشكل مفصل.

جدول (30)

معالم النموذج المقدر (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، النمط الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، النمط الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس)، والخطأ المعياري في تقدير كل معلمة.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step(a)								
الكرب النفسي	0.602	0.170	12.561	1	0.000	1.826	1.309	2.548
نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد	1.594	0.486	10.761	1	0.001	4.922	1.899	12.756
نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد.	1.180	0.364	10.512	1	0.001	3.256	1.595	6.646
نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد	3.132	0.693	20.411	1	0.000	22.910	5.888	89.132
الجنس	-0.589	0.321	3.378	1	0.062	0.555	0.296	1.040
الثابت	-2.513	0.721	12.158	1	0.000	0.081		

الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، النمط الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، النمط الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس

يتضح من الجدول (30) جميع معالم النموذج المقدر (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس)، والخطأ المعياري لكل معلمة، وقيمة الإحصائي (Wald) لكل معلمة من معالم النموذج وعدد درجات الحرية والدلالة الإحصائية للمعالم، حيث تبين من الجدول وجود دلالة إحصائية للمتنبئات (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد)، وعدم وجود دلالة إحصائية لمتغير (الجنس)، وفيما يتعلق بدلالة النموذج بالكامل وحُسن مطابقته (Goodness of fit)؛ فقد تم استخدام نسبة الأرجحية العظمى (Log Likelihood Ratio) الذي يتبع توزيع مربع كاي - (Chi - Square)، وذلك كما هو موضح في جدول (31).

جدول (31)

اختبار مربع كاي² لدلالة نموذج الانحدار اللوجستي

	Chi-square	Df	Sig.
Model	58.156	5	0.000

يلاحظ من الجدول (31) أن قيمة مربع كاي كانت ($\chi^2 = 58.156$) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.001)، مما يؤكد دلالة النموذج المرفق. وللكشف عن حُسن المطابقة للنموذج تم حساب القيم الملاحظة (Observed)، والقيم المتوقعة (Expected)، وفقاً لتصنيف الطلبة على اضطراب النهم العصبي (مصنف باضطراب النهم العصبي، غير مصنف باضطراب النهم العصبي). وذلك كما هو موضح في الجدول (32).

جدول (32)

التكرارات الملاحظة والمتوقعة للأفراد المصنفين باضطراب النهم العصبي

		غير مصنف باضطراب النهم العصبي		مصنف باضطراب النهم العصبي		الكلي Observed
		الملاحظ	المتوقع	الملاحظ	المتوقع	
Step 1	1	34	33.679	2	2.321	36
	2	33	35.590	6	3.410	39
	3	35	31.436	0	3.564	35
	4	35	34.399	4	4.601	39
	5	30	31.590	7	5.410	37
	6	28	28.907	7	6.093	35
	7	34	30.192	4	7.808	38
	8	24	26.399	12	9.601	36
	9	22	23.752	16	14.248	38
	10	12	11.056	21	21.944	33

يلاحظ من خلال الجدول (32) وجود تقارب كبير بين التكرارات الملاحظة والتكرارات المتوقعة

للمنموذج، وللكشف عن حُسن المطابقة للنموذج تم استخدام اختبار مربع كاي χ^2 لحُسن المطابقة، إذ يعتمد في

حسابه على الفرق بين القيم الملاحظة (Observed)، والقيم المتوقعة (Expected)، ويتكون هذا الاختبار من

جزء ملاحظ (Observed) لا يستند إلى نموذج نظري، والآخر متوقع (Expected) محسوب من تقديرات

نموذج الانحدار اللوجستي، والجدول (33) يوضح نتائج اختبار مربع كاي لحسن المطابقة لهوزمر وليميشو

(Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test)، حيث يظهر التطابق الكبير والواضح

بين التكرارات الملاحظة والتكرارات المتوقعة في كل المراحل والدورات.

جدول (33)

مربع كاي لحسن المطابقة لهوزمر وليميشو

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	10.592	8	0.226

يلاحظ من خلال الجدول (33) أن قيمة مربع كاي χ^2 ليست ذات دلالة إحصائية وهذا؛ يؤكد ما أشارت إليه نتائج الجدول (32) من وجود تطابق كبير بين التكرارات المتوقعة والتكرارات الملاحظة. كما تم الكشف عن التصنيف الصحيح لأفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم وذلك كما هو موضح في الجدول (34).

جدول (34)

تصنيف أفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم

Observed	Predicted		Percentage Correct	
	النهم العصبي	غير مصنف		
Step 1	غير مصنف	901	24	97.4
	مصنف	7	56	88.9
Overall Percentage				96.8

a The cut value is .500

يلاحظ من الجدول (34) تصنيف أفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم، وقد تبين أن النسبة المئوية للتصنيف الصحيح (Overall Percentage) بلغت (96.8%) إلى مجموعتي التصنيف التي تنتمي إليها، وأن هناك (31) مشاهدة صنف بشكل خاطئ، وأما احتمال الخطأ الكلي فهو بحدود (3.2%) وهي نسبة جيدة تدل على أن النموذج يمثل البيانات تمثيلاً جيداً. وبالرجوع إلى جدول (30) يمكن كتابة المعادلة التنبؤية بالأوزان البائية للأغراض التفسيرية الخاصة بنموذج الانحدار اللوجستي المستخدم، كما يلي:

$$\text{Log} () = -2.513 + 0.602 (\text{الكرب النفسي}) + 1.594 (\text{مقابل المحايد}) + 1.180 (\text{نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد}) + 3.132 (\text{الإلكتروني الضحية مقابل المحايد})$$

سابعاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السابع: " ما الأهمية النسبية لكل من انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب الشره العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟"

للإجابة على السؤال السابع، فقد تم إجراء تحليل الانحدار اللوجستي بطريقة (Enter) في إدخال المتغيرات المتنبئة على النموذج التنبؤي للمتغير المتنبأ به (اضطراب الشره العصبي). وبعد تنفيذ التحليل تم الحصول على العديد من الجداول الخاصة بتحليل الانحدار اللوجستي، والجدول (35) يوضح عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الأرجحية العظمى للحصول على أقل قيمة لسالب ضعف لوغارتيم دالة الأرجحية العظمى للحصول على التقدير الأمثل لمعالم النموذج لمشتق سالب ضعف دالة الأرجحية العظمى.

جدول (35)

عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الأرجحية العظمى

Iteration	-2 Log likelihood	الثابت	الكرب النفسي	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد	نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد	الجنس	
Step 1	1	152.545	-3.134	0.832	1.411	0.654	1.320	-0.129
	2	90.810	-5.226	1.506	2.377	1.052	2.131	-0.243
	3	68.381	-7.412	2.215	3.421	1.382	3.051	-0.305
	4	60.618	-9.659	2.929	4.394	1.637	4.032	-0.306
	5	58.730	-11.455	3.504	5.093	1.830	4.738	-0.299
	6	58.542	-12.243	3.765	5.383	1.919	5.009	-0.305
	7	58.539	-12.353	3.803	5.423	1.932	5.044	-0.307
	8	58.539	-12.354	3.803	5.424	1.932	5.045	-0.308
	9	58.539	-12.354	3.803	5.424	1.932	5.045	-0.308

يلاحظ من الجدول (35) أنه تم الحصول في الدورة التاسعة لمشتقة سالب ضعف دالة الأرجحية العظمى على أقل قيمة لها وهي مساوية (58.539)، أي ($-2 \text{ Log likelihood} = 58.539$)، حيث تم التوقف عند هذه الدورة لأن التغير في المعاملات (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، النمط المحايد، الجنس) أصبح أقل من (0.001)، وفي الحقيقة فإن التغير في تقديرات المعامل أصبح بطيئاً جداً بعد الدورة السادسة؛ لذلك يمكن القول: إن تقديرات المعامل في الدورات (6، 7، 8، 9) هي متشابهة مع فروقات بسيطة جداً وقد تم التوقف عند الدورة التاسعة واعتبرت معالمها أفضل نتيجة يمكن الحصول عليها للمعالم إذ إن سالب ضعف لوغارتيم دالة الأرجحية العظمى هي في نهايتها الصغرى عند هذه الدورة، ويُلخص الجدول (36) معالم النموذج الأمثل التي تم الحصول عليها في الدورة التاسعة من الجدول رقم (35)، ويتضمن الجدول (36) جميع معالم النموذج المقدر (ثابت، الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، الجنس)، والخطأ المعياري لكل معلمة، وقيمة الإحصائي (Wald) لكل معلمة من معالم النموذج وعدد درجات الحرية والدلالة الإحصائية للمعالم التي سيتم تفسيرها بشكل مفصل.

جدول (36)

معالم النموذج المقدرة (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس)، والخطأ المعياري في تقدير كل معلمة.

Step(a)		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
	الكرب النفسي	3.803	0.754	25.443	1	0.000	44.849	10.232	196.590
	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد	5.424	1.488	13.279	1	0.000	226.763	12.263	4193.095
	نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد.	1.932	0.900	4.605	1	0.032	6.902	1.182	40.292
	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد	5.045	1.369	13.588	1	0.000	155.219	10.617	2269.194
	الجنس	-0.308	0.788	0.152	1	0.696	0.735	0.157	3.442
	الثابت	-12.354	2.659	21.588	1	0.000	0.000		

a Variable(s) entered on step 1: نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، الجنس

يتضح من الجدول (36) جميع معالم النموذج المقدرة (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني

المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني

المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس)، والخطأ المعياري لكل معلمة، وقيمة الإحصائي (Wald) لكل

معلمة من معالم النموذج وعدد درجات الحرية والدلالة الإحصائية للمعالم، حيث تبين من الجدول وجود دلالة

إحصائية للمنتبئات (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء

الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد)، وعدم وجود

دلالة إحصائية لمتغير (الجنس) وفيما يتعلق بدلالة النموذج بالكامل وحسن مطابقته (Goodness of fit) ؛ فقد

تم استخدام نسبة الأرجحية العظمى (Log Likelihood Ratio) الذي يتبع توزيع مربع كاي - (Chi

Square)، وذلك كما هو موضح في جدول (37).

جدول (37)

اختبار مربع كاي χ^2 لدلالة نموذج الانحدار اللوجستي

	Chi-square	Df	Sig.
Model	268.033	5	0.000

يلاحظ من الجدول (37) أن قيمة مربع كاي كانت ($\chi^2 = 268.033$) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.001)، مما يؤكد دلالة النموذج المرفق. وللكشف عن حُسن المطابقة للنموذج تم حساب القيم الملاحظة (Observed)، والقيم المتوقعة (Expected)، وفقاً لتصنيف الطلبة على اضطراب الشرح العصبي (مصنف باضطراب الشرح العصبي، غير مصنف باضطراب الشرح العصبي). وذلك كما هو موضح في الجدول (38).

جدول (38)

التكرارات الملاحظة والمتوقعة للأفراد المصنفين باضطراب الشرح العصبي

		غير مصنف باضطراب الشرح العصبي		مصنف باضطراب الشرح العصبي		الكلي Observed
		الملاحظ	المتوقع	الملاحظ	المتوقع	
Step 1	1	43	42.988	0	0.012	43
	2	39	38.977	0	0.023	39
	3	38	37.966	0	0.034	38
	4	40	39.942	0	0.058	40
	5	37	36.920	0	0.080	37
	6	37	36.838	0	0.162	37
	7	35	37.047	3	0.953	38
	8	35	31.797	2	5.203	37
	9	2	3.525	35	33.475	37
	10	0	0.001	20	19.999	20

يلاحظ من خلال الجدول (38) وجود تقارب كبير بين التكرارات الملاحظة والتكرارات المتوقعة للنموذج، وللكشف عن حُسن المطابقة للنموذج تم استخدام اختبار مربع كاي χ^2 لحُسن المطابقة، إذ يعتمد في حسابها على الفرق بين القيم الملاحظة (Observed)، والقيم المتوقعة (Expected)، ويتكون هذا الاختبار من جزء ملاحظ (Observed) لا يستند إلى نموذج نظري، والآخر متوقع (Expected) محسوب من تقديرات نموذج الانحدار اللوجستي، والجدول (23) يوضح نتائج اختبار مربع كاي لحسن المطابقة لهوزمر وليميشو (Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test)، حيث يظهر التوافق الكبير والواضح بين التكرارات الملاحظة والتكرارات المتوقعة في كل المراحل والدورات.

جدول (39)

مربع كاي لحسن المطابقة لهوزمر وليميشو

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	7.902	8	0.443

يلاحظ من خلال الجدول (39) أن قيمة مربع كاي χ^2 ليست ذات دلالة إحصائية وهذا؛ يؤكد ما أشارت إليه نتائج الجدول (38) من وجود تطابق شبه تام بين التكرارات المتوقعة والتكرارات الملاحظة. كما تم الكشف عن التصنيف الصحيح لأفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم وذلك كما هو موضح في الجدول (40).

جدول (40)

تصنيف أفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم

Observed	Predicted		Percentage Correct
	الشهه العصبي	غير مصنف	
Step 1	الشهه العصبي	غير مصنف	96.3
	مصنف	مصنف	91.6
Overall Percentage			96.1

a The cut value is .500

يلاحظ من الجدول (40) تصنيف أفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم، وقد تبين أن النسبة المئوية للتصنيف الصحيح (Overall Percentage) بلغت (96.1%) إلى مجموعتي التصنيف التي تنتمي إليها، وأن هناك (39) مشاهدات صنفت بشكل خاطئ، وأما احتمال الخطأ الكلي فهو بحدود (3.9%) وهي نسبة جيدة تدل على أن النموذج يمثل البيانات تمثيلاً جيداً. وبالرجوع إلى جدول (36) يمكن كتابة المعادلة التنبؤية بالأوزان البائية للأغراض التفسيرية الخاصة بنموذج الانحدار اللوجستي المستخدم، كما يلي:

$$\text{Log} () = -12.354 + 3.803 (\text{الكرب النفسي}) + 5.424 (\text{المحايد}) + 1.932 (\text{نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد})$$

$$+ 5.045 (\text{الإلكتروني الضحية مقابل المحايد})$$

ثامناً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثامن: " ما الأهمية النسبية لكل من انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب فقدان الشهية العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟". للإجابة على السؤال الثامن، فقد تم إجراء تحليل الانحدار اللوجستي بطريقة (Enter) في إدخال المتغيرات المنتبئة على النموذج التنبؤي للمتغير المتنبأ به (فقدان الشهية العصبي). وبعد تنفيذ التحليل تم الحصول على العديد من الجداول الخاصة بتحليل الانحدار اللوجستي، والجدول (41) يوضح عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الأرجحية العظمى للحصول على أقل قيمة لسالب ضعف لوغارتيم دالة الأرجحية العظمى للحصول على التقدير الأمثل لمعالم النموذج لمشتق سالب ضعف دالة الأرجحية العظمى.

جدول (41)

عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الأرجحية العظمى

Iteration	-2 Log likelihood	الثابت	الكرب النفسي	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد	نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد	نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد	الجنس	
Step 1	1	261.816	-2.469	0.288	2.416	-0.315	1.209	0.100
	2	245.072	-3.829	0.543	3.137	-0.608	1.658	0.217
	3	243.940	-4.418	0.658	3.377	-0.749	1.759	0.294
	4	243.929	-4.490	0.671	3.406	-0.765	1.768	0.307
	5	243.929	-4.490	0.671	3.406	-0.766	1.768	0.307

يلاحظ من الجدول (41) أنه تم الحصول في الدورة الخامسة لمشتقة سالب ضعف دالة الأرجحية العظمى على أقل قيمة لها وهي مساوية (243.929)، أي (-2 Log likelihood = 243.929)، حيث تم التوقف عند هذه الدورة لأن التغير في المعاملات (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية

مقابل المحايد ، الجنس) أصبح أقل من (0.001)، وفي الحقيقة فإن التغيير في تقديرات المعالم أصبح بطيئاً جداً بعد الدورة الثالثة؛ لذلك يمكن القول: أن تقديرات المعالم في الدورات (3، 4، 5) هي متشابهة مع فروقات بسيطة جداً وقد تم التوقف عند الدورة الخامسة واعتبرت معالمها أفضل نتيجة يمكن الحصول عليها للمعالم إذ إن سالب ضعف لوغاريتم دالة الأرجحية العظمى هي في نهايتها الصغرى عند هذه الدورة، ويلخص الجدول (42) معالم النموذج الأمثل التي تم الحصول عليها في الدورة الخامسة من الجدول رقم (41)، ويتضمن الجدول (42) جميع معالم النموذج المقدر (ثابت، الكرب النفسي ، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد ، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد ، الجنس)، والخطأ المعياري لكل معلمة، وقيمة الإحصائي (Wald) لكل معلمة من معالم النموذج وعدد درجات الحرية والدلالة الإحصائية للمعالم التي سيتم تفسيرها بشكل مفصل.

جدول (42)

معالم النموذج المقدر (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، الجنس)، والخطأ المعياري في تقدير كل معلمة.

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step(a)								
الكرب النفسي	0.671	0.205	10.716	1	0.001	1.956	1.309	2.924
نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد	3.406	0.740	21.200	1	0.000	30.152	7.073	128.535
نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد.	-0.766	0.572	1.791	1	0.181	0.465	0.152	1.427
نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد	1.768	0.682	6.723	1	0.010	5.859	1.540	22.296
الجنس	0.307	0.432	0.505	1	0.477	1.359	0.583	3.168
الثابت	-4.490	0.955	22.106	1	0.000	0.011		

a Variable(s) entered on step 1: الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، الجنس

يتضح من الجدول (42) جميع معالم النموذج المقدر (الكرب النفسي ، نمط الاستقواء الإلكتروني

المستقوي مقابل المحايد ، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني

المستقوي/ الضحية مقابل المحايد ، الجنس)، والخطأ المعياري لكل معلمة، وقيمة الإحصائي (Wald) لكل معلمة من معالم النموذج وعدد درجات الحرية والدلالة الإحصائية للمعالم، حيث تبين من الجدول وجود دلالة إحصائية للمتنبئات الكرب النفسي ، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد)، وعدم وجود دلالة إحصائية للمتنبئات (نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، الجنس) وفيما يتعلق بدلالة النموذج بالكامل وحُسن مطابقته (Goodness of fit)؛ فقد تم استخدام نسبة الأرجحية العظمى (Log Likelihood Ratio) الذي يتبع توزيع مربع كاي (Chi - Square) ، وذلك كما هو موضح في جدول (43).

جدول (43)

اختبار مربع كاي² لدلالة نموذج الانحدار اللوجستي

	Chi-square	Df	Sig.
Model	58.824	5	0.000

يلاحظ من الجدول (43) أن قيمة مربع كاي كانت ($\chi^2 = 58.824$) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.001)، مما يؤكد دلالة النموذج المرفق. وللكشف عن حُسن المطابقة للنموذج تم حساب القيم الملاحظة (Observed)، والقيم المتوقعة (Expected)، وفقاً لتصنيف الطلبة على اضطراب فقدان الشهية العصبي (مصنف باضطراب فقدان الشهية العصبي، غير مصنف باضطراب فقدان الشهية العصبي). وذلك كما هو موضح في الجدول (44).

جدول (44)

التكرارات الملاحظة والمتوقعة للأفراد المصنفين باضطراب فقدان الشهية العصبي

		غير مصنف باضطراب فقدان الشهية العصبي		مصنف باضطراب فقدان الشهية العصبي		الكلي Observed
		الملاحظ	المتوقع	الملاحظ	المتوقع	
Step 1	1	38	38.440	2	1.560	40
	2	32	32.177	2	1.823	34
	3	35	35.552	3	2.448	38
	4	35	33.250	1	2.750	36
	5	30	32.858	6	3.142	36
	6	31	31.529	4	3.471	35
	7	36	35.247	4	4.753	40
	8	32	31.158	5	5.842	37
	9	30	29.915	8	8.085	38
	10	14	12.873	18	19.127	32

يلاحظ من خلال الجدول (44) وجود تقارب كبير بين التكرارات الملاحظة والتكرارات المتوقعة للنموذج، وللكشف عن حُسن المطابقة للنموذج تم استخدام اختبار مربع كاي χ^2 لحُسن المطابقة، إذ يعتمد في حسابه على الفرق بين القيم الملاحظة (Observed)، والقيم المتوقعة (Expected)، ويتكون هذا الاختبار من جزء ملاحظ (Observed) لا يستند إلى نموذج نظري، والآخر متوقع (Expected) محسوب من تقديرات نموذج الانحدار اللوجستي، والجدول (29) يوضح نتائج اختبار مربع كاي لحسن المطابقة لهوزمر وليميشو (Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test)، حيث يظهر التطابق الكبير والواضح بين التكرارات الملاحظة والتكرارات المتوقعة في كل المراحل والدورات.

جدول (45)

مربع كاي لحسن المطابقة لهوزمروليميشو

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	4.869	8	0.771

يلاحظ من خلال الجدول (45) أن قيمة مربع كاي χ^2 ليست ذات دلالة إحصائية وهذا؛ يؤكد ما أشارت اليه نتائج الجدول (44) من وجود تطابق كبير بين التكرارات المتوقعة والتكرارات الملاحظة. كما تم الكشف عن التصنيف الصحيح لأفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم وذلك كما هو موضح في الجدول (46).

جدول (46)

تصنيف أفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم

Observed	Predicted		Percentage Correct
	فقدان الشهية العصبي	غير مصنف	
Step 1	فقدان الشهية العصبي	غير مصنف	94.4
	مصنف	8	84.9
Overall Percentage			93.9

a The cut value is .500

يلاحظ من الجدول (46) تصنيف أفراد الدراسة وفق نموذج الانحدار اللوجستي المستخدم، وقد تبين أن النسبة المئوية للتصنيف الصحيح (Overall Percentage) بلغت (93.9%) إلى مجموعتي التصنيف التي تنتمي إليها، وأن هناك (60) مشاهدة صنفت بشكل خاطئ، وأما احتمال الخطأ الكلي فهو بحدود (6.1%) وهي نسبة جيدة تدل على أن النموذج يمثل البيانات تمثيلاً جيداً. وبالرجوع إلى جدول

(42) يمكن كتابة المعادلة التنبؤية بالأوزان البائية للأغراض التفسيرية الخاصة بنموذج الانحدار اللوجستي

المستخدم، كما يلي:

$$\text{Log} () = -4.490 + 0.671 (\text{الكرب النفسي}) + 3.406 (\text{مقابل المحايد}) + 1.768 (\text{نمط الاستقواء})$$

(الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد)

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

هدفت الدراسة إلى الكشف عن القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي في أعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية. ويتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء ما تم طرحه من أسئلة، وفيما يلي عرضاً لذلك.

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول الذي نصّ على: "هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفقاً لانماط الاستقواء الإلكتروني؟".

أشارت النتائج إلى أن النمط (المحايد) جاء في المرتبة الأولى ضمن مستوى (مرتفع)، ثم تلاه نمط (الضحية) في المرتبة الثانية ضمن مستوى (منخفض)، ثم جاء النمط (المستقوي) في المرتبة الثالثة ضمن مستوى (منخفض)، وجاء النمط الـ (مستقوي/ضحية) في المرتبة الرابعة ضمن مستوى (منخفض).

وهذه النتيجة تعتبر مؤشراً على الصحة النفسية لدى طلبة الجامعات الأردنية من حيث عدم انتشار الانماط المرضية للاستقواء الإلكتروني بينهم، نتيجة لما يتسم به طلبة الجامعة من الثقة بالنفس وتقدير الذات والاحترام من المجتمع، ويمكن عزو هذه النتيجة أيضاً إلى انخراط الطلبة في الحياة الجامعية وانشغالهم بالدراسة أو الأنشطة التي تتناسب مع هذه المرحلة من أنشطة تعليمية كأن يتعلم الطلبة مهارات جديدة تسهم في رفع امكانياتهم العلمية والعملية، أو دورات تدريبية وورش ذات صلة بالتخصص الجامعي

أو الكفايات العامة، أو أنشطة اجتماعية لبناء علاقات إيجابية مع الأقران، أو بعض الأنشطة الرياضية التي تسمح لهم بالتنفيس عن ضغوطات الحياة بشكل إيجابي، كذلك التركيز على الدراسة والدافعية للإنجاز والتحصيل الأكاديمي المرتفع والطموح لدى الطلبة والسعي للأفضل كل ذلك كفيل بانشغال الطلبة عن سلوكيات الاستقواء غير المرغوبة في المجتمعات المختلفة.

كما تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى الانتشار الكبير للمؤسسات والهيئات الشبابية والمنظمات الراحية للشباب والموجهة لطاقتهم والداعمة لمشروعاتهم وأفكارهم والتي تعمل على استغلالها بشكل إيجابي يعود بالنفع على المجتمع والطلبة أنفسهم، الأمر الذي يقلل من سعي الشباب نحو سلوك الاستقواء على الآخرين أو إيذائهم.

كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة لوجود النماذج الإيجابية لدى طلبة الجامعة من الأساتذة الجامعيين والمحاضرين أو الوالدين الذين يشكلون مثلاً أعلى للطلبة في سلوكياتهم مما يرقى بهم بعيداً عن الكثير من السلوكيات السلبية التي قد تلحق الأذى والضرر للآخرين، مما يدفع الطلبة للاقتداء بهم كنماذج ذات صورة حسنة للظهور أمام الآخرين بمظهر حسن.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى زيادة وعي الطلبة بمخاطر الاستخدام غير الصحيح لوسائل التواصل الاجتماعي والإنترنت وتحديد الخصوصيات بشكل يمنع الغرباء أو الأشخاص غير المرغوب في مشاركتهم المنشورات أو الصور أو المعلومات الشخصية مما يمنع وقوعهم كضحايا

للاستقواء، كذلك زيادة الوعي بقانون الجرائم الإلكترونية التي تجرم مثل هذه السلوكيات وتلاحق المستقيين مما يدفع الطلبة لضبط الذات خوفاً من الملاحقة القانونية والعقوبة.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى امتناع هؤلاء الطلبة عن الإفصاح عن سلوكيات الاستقواء التي قاموا بممارستها أو تمت ممارستها ضدهم لعدة أسباب، كان يظهروا للمجتمع بشكل سوي بعيداً عن المشاكل والسلوكيات السلبية التي من شأنها التقليل من مكانتهم، ذلك لأنه لا دليل على ذلك بغض النظر عن دورهم في الاستقواء.

وقد يخشى الضحية من الإفصاح عن ممارسة الاستقواء ضده لعدة اعتبارات منها أن يظهر ضعيف أمام الأقران، أو لصعوبة الكشف عن المستقوي أو عدم قدرة الضحية على مواجهة المستقوي، مما يدفع الضحية للالتزام الصمت وعدم الكشف عن هويته.

وجاءت نتيجة الدراسة الحالية مختلفة عن نتيجة دراسة ديلماك (Dilmac, 2009)، التي أشارت نتائجها إلى أن (22%) أقرروا بممارستهم الاستقواء وأن (55.3%) من الطلبة تم استهدافهم كضحايا للاستقواء. كما اختلفت مع دراسة ماغسي وآغا وماغسي (Magsi, Agha, & Magsi, 2017) التي أشارت نتائجها إلى أن (45%) من الطالبات لم يصرحن بتعرضهن لممارسات الاستقواء.

واختلفت نتائج الدراسة الحالية كذلك مع نتائج دراسة لاي وآخرين (Lai et al., 2017) التي أشارت نتائجها أن (66%) من الطلاب أفادوا بأنهم تعرضوا للاستقواء الإلكتروني. كما اختلفت

مع نتائج دراسة جونسون وآخرين (Johnson et al., 2016) والتي أشارت إلى أن معدل الاستقواء الإلكتروني كان منخفضاً في الجامعة.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني الذي نصّ على: "ما مستوى الكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية؟"

أشارت النتيجة إلى أن المستوى العام للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية كان متوسطاً، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن انتقال الطلبة إلى المرحلة الجامعية التي تختلف بشكل كبير عن غيرها من المراحل الدراسية، مما يفرض العديد من الصعوبات في تكيف الطلبة مع الظروف الجديدة والمتطلبات لهذه المرحلة. ومن أبرز الصعوبات التي قد يعاني منها الطلبة عدم قدرتهم على تنظيم وإدارة الوقت بشكل صحيح وذلك لاختلاف طبيعة الحياة الجامعية في المهام التي تتطلبها، مما يزيد من الوقت والجهد الذي تتطلبه هذه المهام، مما يؤدي إلى عدم منح الجسم القدر الكافي من الراحة مما يسبب لهم التعب والإرهاق، والذي يؤدي بالتالي إلى المشكلات الصحية والجسدية عند الطلبة، كذلك الصعوبة في إيجاد الوقت الكافي لممارسة هواياتهم والأنشطة المحببة لهم.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى انتقال الطلبة من منزل العائلة إلى مسكن جديد، فقد يتطلب الالتحاق بالحياة الجامعية الانتقال إلى مدينة أخرى أو مكان بعيد عن مكان الإقامة، مما يولد الكثير من المشاعر السلبية نتيجة لذلك ويمكن تفسير ذلك بالانفصال عن الوالدين والإخوة والاعتماد على الذات في كل تفاصيل الحياة والذي يزيد من المسؤولية والعبء الذي سيلقى على عاتق الطلبة.

ومن الممكن تفسير هذه النتيجة في أنه قد يضطر بعض الطلبة إلى العمل أثناء الدراسة للتخفيف من العبء المادي والمشاكل الاقتصادية التي تعاني منها الأسرة، وتحمل تكاليف الدراسة التي تعد من أهم المشاكل التي قد تواجههم أثناء هذه المرحلة، والتي تشغلهم وتؤدي إلى عدم شعورهم بالسعادة في الأنشطة المختلفة، كذلك قد تؤثر بشكل سلبي على التحصيل الأكاديمي.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى الضغط البيئي، فقد يعاني بعض الطلبة من الضوضاء والازدحام في بيئة الجامعة، الأمر الذي قد يسبب الانزعاج والتوتر لديهم. وقد يعزى السبب في ذلك أيضاً إلى اختلاف الثقافات بين الطلبة أنفسهم، فالجامعة تستقطب عدداً كبيراً من الطلبة من شتى المناطق، وحيث أن لكل منطقة عادات وتقاليد وثقافة تختلف عن الأخرى فقد يتسبب ذلك الاختلاف الثقافي بصعوبة في إقامة العلاقات الاجتماعية بين الطلبة وصعوبة في الانسجام بينهم، الأمر الذي قد يؤدي إلى العزلة الاجتماعية.

ومن الممكن تفسير هذه النتيجة في ضوء معرفة ان هناك خلافات أسرية كالطلاق وانفصال الأبناء عن الأبوين، الأمر الذي يشغل فكر الطلبة ويؤثر على إنجازهم، وقد يؤدي الصراع بين الأجيال (جيل الآباء وجيل الأبناء) من حيث الاختلاف بين أفكار الجيلين وكيفية تعاملهم مع الأحداث المختلفة إلى توتر العلاقة بينهم، الأمر الذي يؤدي إحساسهم الدائم بالضيق وقلة المرونة في التعامل مع الأحداث والمواقف المختلفة وطريقة ادراكهم لها، مما يؤثر على تقدير الذات والثقة بالنفس لديهم.

ومن الممكن أن تعزى هذه النتيجة أيضاً لافتقار وجود الدعم النفسي في ظل الظروف الجديدة، حيث يفتقد بعض الطلبة إلى الدعم النفسي والتعاطف من قبل الوالدين أو الأفراد المحيطين، الأمر الذي يقودهم إلى الشعور بالإحباط والصراعات الداخلية. كذلك تعتبر المشاكل العاطفية واحدة من أهم الأسباب التي قد تؤدي إلى الكرب النفسي في هذه المرحلة، كحالات فقدان لأحد الوالدين أو الأخوة أو الأصدقاء أو الانفصال في حالات الارتباط. وقد يشغل أذهان الطلبة في هذه المرحلة فرص الحصول على الوظيفة وحيات ما بعد التخرج بشكل كبير، مما يشعرهم بالخوف الشديد من البطالة وعدم وجود عمل مناسب، الأمر الذي يهدر الكثير من طاقاتهم، مما يؤدي بالتالي إلى الإجهاد والقلق وبالتالي الكرب النفسي.

ووفقاً لمتغير الجنس فقد وجدت فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث. ويمكن أن تفسر هذه النتيجة إلى أن الأدوار الاجتماعية التي تتمتع بها الإناث تتطلب منها مهام أكثر من الذكور مما يشكل عبء أكبر على كاهل الإناث، مثل إدارة شؤون المنزل حيث تتطلب الكثير من الوقت والجهد، الأمر الذي يؤدي إلى الإجهاد البدني والنفسي، كذلك فإن استجابات الإناث للمتغيرات والمهددات والأحداث تختلف عن استجابات الذكور وذلك تبعاً للأدوار التي تتمتع بها الإناث، ولا يمكن إنكار دور التنشئة الأسرية للإناث في المجتمعات العربية مرجعيتها العادات والتقاليد التي تحدد وبشكل كبير سلوكيات الإناث أو دراسة التخصصات الجامعية في بعض الأحيان، كذلك تحد من العلاقات الاجتماعية وأشكال التواصل مع الآخرين.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى أن الإناث في هذه المرحلة تهتم وبشكل كبير بمعايير الجمال التي قد تؤثر على ثقتها بنفسها في حال شعرت أنها لا تحظى بالقدر الكافي من الجمال، حيث ينصب اهتمام الإناث في هذه المرحلة على اتباع الموضة والأزياء وآخر صيحات التجميل حتى تظهر في أجمل شكل أمام صديقاتها، ومما يخلق لديها جواً من التوتر والقلق الدائم حول هذه الأمور، ويمكن أن تعزى هذه النتيجة أيضاً في سعي الإناث الدائم للظهور في أفضل صورة للجسد حيث تهتم الإناث وبشكل كبير في هذه المرحلة بحجم الجسم ووزنه.

أما متغير التحصيل الأكاديمي فقد أشارت النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي ولصالح ذوي التحصيل المتدني بحيث كلما كان التحصيل متدنياً كلما زاد الكرب النفسي.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى عدم رغبة الطلبة بتخصصاتهم الجامعية، حيث يلتحق بعض الطلبة بالتخصص الجامعي لرغبة والديه فقط دون أدنى رغبة منه في ذلك التخصص، أو لأنه التخصص الذي يناسب إمكانياته المادية فقط، أو لعدم توفر التخصص الذي يرغب في الجامعة التي التحق بها، أو لأنه التخصص الذي يساعده في الحصول على فرصة عمل بعد التخرج، مما قد يؤثر سلباً في أداء الطلبة الأكاديمي وانخفاض تحصيلهم مما يؤدي إلى ازدياد فرص القلق والاكتئاب والكرب النفسي لديهم.

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة بأن التوقعات العالية لدى الوالدين والأهل والأقارب وحتى الأصدقاء من الطلبة للحصول على درجات عالية تشكل لديهم توتراً كبيراً، كما يولد لديهم الكثير من الخوف من الإخفاق أو حتى الإقصاء من الدراسة، مما يجعل الأمر في غاية الصعوبة وينعكس سلباً على التحصيل الأكاديمي، كذلك فإن عدم التحضير للدروس عند بعض الطلبة يؤثر على فهم واستيعاب الدروس بشكل جيد كذلك قلة مراجعتها والمتابعة أولاً بأول مع الأساتذة والإلتزام بحضور المحاضرات، وبالتالي انخفاض تحصيلهم الأكاديمي، مسبباً لهم بذلك القلق والضيق والكرب النفسي.

أما متغير الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً فكانت النتيجة وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطات الحسابية للكرب النفسي لدى طلبة الجامعات الأردنية تعزى لمتغير الزمن المستغرق في استخدام الهاتف يومياً ولصالح الوقت الاطول. ومن الممكن أن تعزى هذه النتيجة إلى أن استعمال الهاتف بشكل كبير يقلل من عدد ساعات الدراسة والبحث والإهمال الكبير في الدراسة فيما لا يتناسب مع المرحلة الجامعية الأمر الذي ينعكس سلباً على التحصيل الأكاديمي، وبالتالي يؤدي بالطلبة إلى الإجهاد والتوتر الذي يؤدي إلى الكرب النفسي.

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة بأن استعمال الهاتف لعدد ساعات كبير قد يعرض الطلبة للكثير من المشكلات التي قد تحدث نتيجة الدخول إلى مواقع غير موثوقة وغير آمنة مما يؤدي إلى الوقوع ضحايا للاستقواء أو قيام البعض منهم بالاستقواء على الآخرين أو تلف أجهزتهم بسبب الفيروسات، أو استعمال

الألعاب الإلكترونية أو الدخول إلى غرف الدردشة التي قد تقودهم إلى الإدمان، وبالتالي تزداد فرص الإصابة بالقلق والاكتئاب لديهم.

وقد تفسر النتيجة أيضا بأن الطلبة أثناء استعمالهم لأجهزة الهاتف وتصفحهم لمواقع التواصل الاجتماعي قد يتابعون المشاهير وما لديهم من مقتنيات غالية الثمن أو عقارات أو أموال أو سيارات فاخرة وحياة الرفاهية التي يتمتع بها هؤلاء الأشخاص، فيشعرون بالإحباط لعدم تمكنهم من الحصول على مثل ذلك الأمر الذي قد يصيبهم بالإحباط والاكتئاب.

وقد اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة كاوا وشافي (Kawa & Shafi, 2015) حيث أشارت نتائجها إلى أن طلاب الجامعة الذكور عانوا من كرب نفسي أعلى من الطالبات الجامعيات.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة بيرم وبلجل (Bayram & Bilgel, 2008) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكرب النفسي تعزى للجنس ولصالح الإناث مقارنة بالذكور. واتفقت هذه الدراسة أيضاً مع دراسة حكيمي (Hakami, 2018) حيث أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكرب النفسي تعزى للجنس ولصالح الإناث مقارنة بالذكور.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع دراسة سوليفان وبلاكلر ومورفي (Sullivan, Blacker, & Murphy, 2019) حيث أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكرب النفسي تعزى للجنس ولصالح الإناث مقارنة بالذكور.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث الذي نصّ على: "هل يختلف توزيع طلبة الجامعات

الأردنية وفق مقياس اضطراب النهم العصبي (ليس لديه اضطراب، لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟".

أشارت النتائج إلى أن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب النهم العصبي كانت (6.38%) من حجم

العينة ككل، كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور

والإناث ممن لديهم اضطراب النهم العصبي لصالح الإناث.

ويمكن تفسير نسبة انتشار اضطراب النهم العصبي بين الطلبة لما جاء في الأدب النفسي بأن

المشاعر السلبية كالضيق والغضب والخوف تلعب دوراً أساسياً في زيادة فرص الإصابة بهذا الاضطراب

فيعتبر التهام الطعام طريقة للتعامل مع الكبت النفسي، حيث يأتي بعد تجارب حياتية مؤلمة، كفقدان

شخص قريب، أو مشاكل أسرية، مثل الطلاق بين الوالدين، وهذا ما أكدته دراسة (Swanson et al.,)

(2011) التي أشارت إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل يقومون باستخدام الطعام، والتحكم

في سلوكياته، في محاولة للتعويض عن المشاعر والعواطف التي قد تبدو مؤلمة، وحيث أن طلبة الجامعات

يتعرضون للعديد من التغيرات النفسية والاجتماعية، تجعلهم يستخدمون الأكل كآلية تعويضية، مما يساهم

في ارتفاع نسبة الإصابة باضطرابات الأكل لديهم.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى أساليب التنشئة الأسرية غير السليمة للطلبة في طفولتهم، فقد يستخدم

الأهل الأكل كوسيلة للتعزيز والعقاب على سلوكيات أبنائهم، مما يصور الأكل بصورة مشوهة في أذهان

الطلبة عند البلوغ، وقد يعتبر الأكل عند البعض وسيلة لمحاربة الملل والتسلية خاصة في الإجازات، بحيث تصبح عادات الأكل سلوكيات مكتسبة لا يستطيعون التخلي عنها.

وقد تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى الفشل الأكاديمي، حيث يؤدي الإخفاق في الدراسة إلى الكبت الذي يسهم في زيادة كميات الطعام التي يتناولها الطلبة للتعامل مع هذا الكبت، كذلك فإن الضغط النفسي الذي يواجهه الطلبة في فترات الامتحانات، والخوف من عدم الإنجاز أو الإخفاق في الامتحانات يزيد من التوتر الذي يؤدي بالطلبة إلى تناول كميات أكبر من الطعام.

وقد يعزى انتشار اضطراب النهم العصبي بين الطلبة أيضاً إلى تدني تقدير الذات حيث يرى الطلبة أن فقدان الوزن نتيجة التطهير وسيلة لكسب الثقة بالنفس وتقدير الذات وهذا ما أثبتته دراسة (العويضة، 2009) حيث أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين النهم العصبي من جهة، وصورة الذات من جهة أخرى ، لكن بعد التفريغ يتعرض الطلبة للاكتئاب مما يعاود عملية التهام الأكل بشكل كبير مرة أخرى وتستمر الدورة.

ومن الممكن تفسر هذه النتيجة بأن النهم العصبي يرتبط بالتجارب الصعبة التي يواجهها الطلبة، كالانتقادات والسخرية على الجسم والوزن والنظرة السلبية لصورة الجسد، فيرى الطلبة أن فقدان الوزن سيؤدي إلى التخلص من هذه الانتقادات عند الوصول الى الجسم المثالي، فيقوم الطلبة بممارسة سلوكيات مختلفة للتخلص من هذا الوزن كممارسة التمارين الرياضية بشكل كبير أو اتباع أنظمة غذائية قاسية، ورغم نقصان الوزن إلا أنه يستمر في ذلك ظناً منه أنه لا يزال بحاجة إلى التخلص أكثر من الوزن.

أما النتيجة التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور والإناث ممن لديهم اضطراب النهم العصبي لصالح الإناث، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن الضغوط التي تواجهها الإناث من المسؤوليات الاجتماعية التي تلقى على عاتق الإناث تحديداً والأدوار المختلفة التي تؤديها الأنثى في المجتمع وضغط الأعمال المختلفة تؤدي إلى تناول كميات كبيرة من الطعام لتخطي هذه الظروف، ثم تقوم بالتخلص من هذه الكميات بعمليات التطهير والذي يمكن تفسيره بوجود دور كبير للإعلام حيث تظهر وسائل الاعلام النجمات والنساء الشهيرات والجميلات بأنهن يتمتعن دائماً بأجساد مثالية وترتكز على هذه الصورة، خاصة في المحافل العالمية وتسلط عليهن الأضواء، كما تعرض الأنظمة الغذائية والتجارب لهذه السيدات على أنها الطرق الأفضل للرشاقة والجسد المثالي، مما يؤثر على أفكار الطالبات ونظرتهم لأنفسهن وأجسادهن، كما تعمل العوامل الاجتماعية والعادات والتقاليد وبعض الثقافات على ربط جمال المرأة بنحافتها، وأنه كلما كانت الأنثى أكثر نحافة كلما كانت أكثر جمالاً ورغبة سواء في فرص الزواج أو العمل لذا تقوم الطالبات بعمليات التطهير للتخلص من كميات الطعام الزائد التي تناولتها.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة ثورستيندوتير والفارسدوتير (Thorsteinsdottir &

Ulfarsdottir, 2008) حيث أشارت النتائج إلى أنه تم تشخيص اضطراب النهم العصبي بنسبة (5.6%)

من الطالبات و(0.8%) من الطلاب.

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع الذي نصّ على: "هل يختلف توزيع طلبة الجامعات

الأردنية وفق مقياس الشره العصبي (ليس لديه اضطراب، لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟".

أشارت النتائج إلى أن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب الشره العصبي كانت (6.07%) من حجم العينة ككل، كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور والإناث ممن لديهم اضطراب الشره العصبي.

وتعزى هذه النتيجة إلى اتباع الطلبة أنظمة غذائية تعمل على فرض قواعد قاسية وصارمة حول تناول الأطعمة، والتي تعمل عند كسرها على فقدان السيطرة والافراط في تناول الطعام. كما تلعب التنشئة الأسرية دوراً كبيراً، حيث تضع بعض الأسر أوقات محددة لتناول وجبات الطعام وتمنع تناوله في غير هذه الأوقات مما يدفع الأفراد لتناول كميات الطعام بسرعة وبشكل كبير أو على انفراد بعيداً عن الآخرين بسبب الشعور بالإحراج. كما تعتبر الصراعات والعلاقات الأسرية المضطربة وسبباً في المشاعر السلبية التي يواجهها الطلبة باللجوء إلى تناول الطعام بكميات كبيرة.

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة من خلال تأثير الأقران، حيث يقوم الأصدقاء بدعم سلوكيات الأكل وعاداته عند أقرانهم سواء كانت إيجابية أم سلبية، كما أن الطلبة غالباً ما يلتقون على وجبات الطعام أو في الأماكن التي تقدم خدمات الطعام، مما يدفع الطلبة لتناول الطعام دون الشعور بالجوع وذلك بتشجيع أصدقائهم.

كما تؤدي المشاعر السلبية التي تتولد نتيجة انخفاض تقدير الذات إلى تناول الطعام بكميات كبيرة للتخلص من هذه المشاعر. وحيث إن المرحلة الجامعية تتميز بالاندفاع وسرعة الغضب والاستثارة، فقد

يواجه بعض الطلبة صعوبة في إدارة مشاعر الغضب عند مواجهة المشكلات مما يدفعهم لمواجهة هذه المشاعر بتناول الطعام.

وانتشرت في الآونة الأخيرة الكثير من برامج التلفزة أو في المنصات الرقمية ومواقع التواصل الاجتماعي المختلفة الاهتمام الشديد بالأكل وعاداته المختلفة بهدف كسب المشاهدات، كما يقوم مقدمي هذه البرامج أو المدونين بالترويج لوجبات معينة أو لمطاعم أو عادات أكل بشكل يزيد من شهية الطلبة للطعام، حيث تساهم طريقة عرضهم للأطعمة في إغراء الطلبة لتناول هذه الوجبات. ويقوم العديد من المدونين لكسب مشاهدات أعلى بعمل مسابقات (ما يعرف بالتحديات) لتناول كميات كبيرة من الطعام وتقديم جوائز كبيرة ومميزة للفائزين الأمر الذي يدفع بعض الطلبة للتدرب على هذه التحديات لكسب الجوائز مما يؤدي إلى عدم قدرتهم على السيطرة على سلوكيات الأكل.

خامساً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس الذي نصّ على: "هل يختلف توزيع طلبة الجامعات الأردنية وفق مقياس فقدان الشهية العصبي (ليس لديه اضطراب، لديه اضطراب) باختلاف الجنس؟".

أشارت النتائج إلى أن نسبة الطلبة ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي كانت (5.36%) من حجم العينة ككل، كما تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور والإناث ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي لصالح الإناث.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن الطلبة في المرحلة الجامعية يهتمون ويعتنون بشكل كبير بمظهرهم أمام الآخرين، مما يدفعهم للاهتمام بأوزانهم ويقومون باتباع أنظمة غذائية للمحافظة على رشاقتهم للوصول إلى الجسم المثالي الذي يتمنونه، وقد تدفع صورة الجسد المشوهة عند البعض إلى اتباع أنظمة قاسية جدا لفقدان الوزن رغم النحافة التي يتمتعون بها، كما أن بعض الطلبة لديه دافع قوي للمثالية، التي تجعلهم يعتقدون أنهم لا يتمتعون بالأجسام المثالية، مما يقودهم إلى الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

وقد تعزى أيضاً إلى أن المرحلة الجامعية تتسم بمستويات عالية من القلق لدى الطلبة، لما يعانيه الطلبة في هذه المرحلة من أعباء ومهام وضغوط تترافق هذه المرحلة وبذل جهود كبيرة لتخطي الأحداث والمواقف المجهددة فيها، مما يدفع الطلبة لاتباع أنظمة غذائية للتقليل من هذا القلق، الأمر الذي يؤدي بهم إلى الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

وتفسر الباحثة النتيجة بأن الطلبة يقومون بربط النجاح والأهمية في المجتمع بالنحافة وشكل الجسد، وهذا ما يقوم الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي بتعزيزه لديهم من خلال عرض برامج الأزياء واختيار العلامات التجارية لأشخاص يتمتعون بأشكال جسد مثالية لعرض منتجاتهم، مما يدفعهم إلى السعي نحو النحافة حتى وإن كانوا يتمتعون بمؤشر كتلة الجسد الطبيعي. وقد يؤدي تقدير الذات المنخفض لدى الطلبة إلى السعي للاهتمام بشكل الجسم وصورته سعياً نحو النحافة لكسب الاهتمام من الآخرين مما يدفعهم لتحديد كمية الطعام بشكل قاسٍ لمنع زيادة الوزن أو اتباع أنظمة صارمة لتقليل الوزن. وقد يلعب

ضغط الأقران في هذه المرحلة دوراً هاماً في زيادة رغبة الطلبة في النحافة، فلأقران في هذه المرحلة دور قوي في تعزيز صورة الجسد لدى الطلبة، فيقوم الطلبة باتباع الأنظمة الغذائية القاسية استجابة لضغط الأقران.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المشاكل العاطفية التي قد يتعرض لها الطلبة في الحياة الأسرية أو الحياة الاجتماعية قد تؤدي إلى حدوث مشكلات في النظام الغذائي، كذلك تعتبر الضغوط الاجتماعية التي يعاني منها الطلبة في هذه المرحلة والتي تتزايد بشكل كبير، وتزايد المسؤوليات والحريات مما يدفع الطلبة إلى تحديد كميات الطعام للتغلب على هذه المشاكل والضغوط، الأمر الذي يقود بالتالي إلى اضطراب فقدان الشهية العصبي.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى رفض العديد من الطلبة تناول الطعام خارج المنزل أو في الأماكن العامة، ونظراً لساعات الدوام الطويلة والتي لا تنتظم بشكل دائم في المرحلة الجامعية والتي تختلف أيضاً مع مواعيد الوجبات المعتادة للطلبة، فإن ذلك يؤدي إلى تخطي هذه الوجبات، ومع تكرار ذلك تخطي الكثير من الوجبات وبالتالي حدوث مشاكل في النظام الغذائي للطلبة، مما يؤدي إلى الإصابة بفقدان الشهية العصبي.

أما النتيجة التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين طلبة الجامعات الذكور والإناث ممن لديهم اضطراب فقدان الشهية العصبي لصالح الإناث، فيمكن أن تفسر بأن سعي الإناث نحو الجمال والرشاقة له دور كبير في اتباعهن لأنظمة غذائية صارمة لمنع زيادة الوزن، كذلك

متابعة المشاهير ومحاولة تقليدهم في اللباس وأساليب الحياة يدفع بهن إلى الالتزام بالأنظمة الغذائية القاسية أو الالتزام بتمارين رياضية شديدة لمنع كسب الوزن.

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة بأن تأثير الأقران يلعب دوراً أساسياً في زيادة فرصة إصابة الإناث باضطراب فقدان الشهية العصبي وذلك من خلال دعم الزميلات والصديقات لاتباع الأنظمة الغذائية الصارمة أو الالتزام بتمارين قاسية للحصول على جسم يشبه جسم إحدى المشاهير أو لللبس ثوب معين ذي مقاس صغير تباهياً بذلك أمام الآخرين، وتلعب مشاعر الغيرة دوراً مهماً حيث تقوم الطالبات باتباع طرق انقاص الوزن تقليداً للأخريات لمجرد القيام بذلك.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى أن الإناث في مرحلة الجامعة تكون في سن الزواج، حيث ترتبط الكثير من الفتيات في هذه المرحلة بشريك حياتها أو تسعى لإيجاد الشخص المناسب، لذا تسعى الإناث لجذب الجنس الآخر من خلال ظهورها بأجمل صورة وتعمل على ذلك من خلال الالتزام بأنظمة غذائية تسعى من خلالها إلى الوصول إلى الوزن المثالي، مما يؤدي إلى الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة عمراني واميرثراج (Umarani & Amirthraj, 2016) التي أشارت نتائجها إلى أن ما نسبته (31%) من الطالبات كانت لديهن مخاطر عالية لتطوير اضطراب فقدان الشهية العصبي.

سادساً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السادس الذي نصّ على: "ما الأهمية النسبية لكل من أنماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب النهم العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟".

وأظهرت نتائج السؤال السادس المتعلقة بالكشف عن درجة مساهمة أنماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تفسير التباين في اضطراب النهم العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، وجود دلالة إحصائية للمتنبئات (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد)، وعدم وجود دلالة إحصائية لمتغير (الجنس). وهذا يشير إلى أنه كلما ارتفع مستوى الكرب النفسي، فإن احتمالية تعرض الفرد للإصابة باضطراب النهم العصبي يزداد. وكلما كان الطالب مستقوياً أو ضحية أو مستقوي/ ضحية فإن احتمالية تعرض الفرد للإصابة باضطراب النهم العصبي تزداد.

يمكن تفسير النتيجة التي أشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين الكرب النفسي واضطراب النهم العصبي، بأن المستويات المرتفعة من الكرب النفسي تعزز صفات النهم العصبي لدى طلبة الجامعات وبالتالي تدني مستوى الكرب النفسي لدى الطلاب يؤدي إلى تدني مستوى النهم العصبي لدى الطلبة. هذا يدل على أن الطلبة الذين يعانون من الانطواء على الذات، والميل إلى العزلة، والشعور بالغربة أو الضياع من المجتمع والتمرد على القيم والتقاليد السائدة، وازدياد النزعة العدائية، والسلوكيات المنحرفة، كذلك انخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأشخاص الذين يعانون من حالات جسدية مثل السمنة،

والأعراض الجسدية مثل الأرق، والتغير في الحالة العاطفية، كذلك الشعور بالغضب أو التهيج والقلق والإرهاق، وعدم الانخراط في أنشطة مع الآخرين، ويعانون أيضاً من تدني احترام الذات والاكنتاب والعدوانية، والحزن والشعور بالوحدة، والأداء المتدني، أو تجارب العنف والعدوان، أو انتهاك القواعد الاجتماعية، أو المشاكل القانونية، واليأس، والتفكير بالانتحار، فتزداد الفرصة لديهم بظهور نوبات معاودة من الشره عند الأكل، حيث تتصف بأنها أكبر بشكلٍ مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف، كما يشعر بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة، كما يمارس في اضطراب النهمة العصبي سلوكيات تعويضية غير مناسبة متكررة لمنع كسب الوزن، مثل افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة، ويتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم.

كما تفسر الباحثة أن انخفاض مستويات الكرب النفسي أي إحساس الطلبة بالتوازن والحيوية الذي يرافقه شعور بتقدير الذات، والإحساس بالبراعة والفعالية الذاتية، والبحث عن علاقات جديدة والحاجة إلى المشاركة في مشاريع مع الآخرين يؤدي إلى ضبط سلوكياتهم التي تتعلق بالأكل واختيارهم الصحيح والممارسات السليمة التي تتعلق بالأكل.

كما أشارت النتائج إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب النهمة العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط المستقوي عند الطلبة أعلى

من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب النهم العصبي وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط المستقوي كلما كانوا أقل عرضة للإصابة بهذا الاضطراب.

ويمكن تفسير هذه النتيجة كما جاء في الأدب النظري في ضوء النظرية الإنسانية التي تفسر سلوك الاستقواء من خلال عدم إشباع الفرد للحاجات البيولوجية من مأكّل ومشرب وحاجات أساسية أخرى، قد ينجم عن ذلك عدم الشعور بالأمن مما يؤدي إلى ضعف الانتماء إلى جماعة الأقران والرفاق، الأمر الذي يقود إلى تدنٍ في تقدير الذات والذي يؤدي إلى التعبير عن ذلك بأساليب عدوانية، والسعي نحو تناول كميات كبيرة من الطعام لإشباع الحاجات الأساسية، ولأن الطلبة يرون أن فقدان الوزن وسيلة لكسب الثقة بالنفس وتقدير الذات فيلجأون للتطهير، الأمر الذي يؤدي إلى الإصابة باضطراب النهم العصبي.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى ضغوطات الحياة العامة التي يعاني منها الطلبة وتجارب الحياة الصعبة التي قد تواجههم مما يؤدي بهم إلى اللجوء إلى الاستقواء كطريقة للتخلص من هذه الضغوطات والتخفيف من حدتها، ولتفريغ المشاعر السلبية التي يعانون منها من ضيق وغضب أو خوف أو الرفض أو الإخفاق في الدروس، وترى الباحثة أن هذه الأسباب هي ذاتها التي تؤدي إلى تناول الطلبة لكميات كبيرة من الطعام كطريقة للتعامل مع هذه المشاعر، ثم القيام بإفراغها والتخلص منها بإحدى طرق التطهير، مما يصل بهم إلى اضطراب النهم العصبي.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة أيضاً إلى التنشئة الأسرية غير السليمة التي تدفع الطلبة للجوء إلى العدوان نتيجة النمذجة، فقيام الوالدين باستخدام أساليب غير سليمة في تربية الأبناء مثل الضرب، أو القيام

بضرب الآخرين أو الاعتداء عليهم بالشتم والضرب يمثل نموذجاً غير سوي للطلبة، مما يولد علاقات سيئة مع الآخرين وسلوكيات غير سوية في التعامل معهم وانعدام الاحترام المتبادل بين الطرفين الأمر الذي يؤدي إلى انعدام التقدير والاحترام من الآخرين، الأمر الذي يدفعه للقيام بسلوك الاستقواء عليهم، والتي تعتبر من الأسباب التي تعزز خطورة الإصابة بأحد هذا الاضطراب.

أما النتيجة التي أشارت إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب النهم العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط الضحية عند الطلبة أعلى من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب النهم العصبي، وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط الضحية كلما كانوا أقل عرضة للإصابة باضطراب النهم العصبي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تعرض الطلبة للسخرية والانتقاد من قبل زملائهم يؤدي بهم إلى الشعور بالقلق والاحباط، كما نجدهم يظهرون صورة سلبية للذات، فعند تعرض الضحية لمثل هذه السلوكيات من قبل الآخرين يؤدي ذلك بهم إلى رؤية أضعف لذاتهم، مما يدفعهم ذلك إلى محاولة مواجهة هذه السلوكيات بتناول الطعام بشكل كبير، ولأن السخرية والانتقاد عادة ما تكون لصورة الجسد لديهم فيعمل الطلبة على التخلص من كميات الطعام التي قاموا بتناولها بإفراغها وبالتالي اصابتهم باضطراب النهم العصبي.

كما يمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى تدني الثقة بالنفس لدى الضحايا الذين يتعرضون للاستقواء مما يؤدي بهم إلى الاكتئاب والمعاناة من المشاعر السلبية، وللتخفيف من هذه الأعراض يقوم الطلبة

بالتوجه إلى الطعام والعادات الغذائية السلبية، وعند شعورهم بازدياد في الوزن مع أنهم يتمتعون بأوزان طبيعية فيتوجهون للتخلص من كميات الطعام التي قاموا بتناولها وبالتالي الإصابة باضطراب النهم العصبي.

أما النتيجة التي أشارت إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب النهم العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط المستقوي/ الضحية عند الطلبة أعلى من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب النهم العصبي ، وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط المستقوي/ الضحية كلما كانوا أقل عرضة للإصابة باضطراب النهم العصبي.

وتفسر هذه النتيجة بأن الطلبة الذين وقعوا ضحايا للاستقواء وتعرضوا للاستقواء الإلكتروني غالباً ما يقومون بممارسة الاستقواء على أقرانهم كنوع من المواجهة لمثل هذه السلوكيات، وبحيث يصبح الطلبة أكثر حساسية للمثيرات المختلفة، كذلك فإن الطلبة الضحايا يعانون من الكبت النفسي الي يقومون بالاستقواء على الآخرين للتخلص منه، ولا يشعر الطلبة الضحايا بالأمن مما يؤدي بهم الذين الاستقواء على الآخرين لعدم احساسهم بالانتماء إلى الجماعة والنزعة العدوانية التي تشكلت لديهم كانت نتيجة لذلك، مما يدفع الطلبة لتناول كميات الطعام بشكل أكثر من المعتاد لمواجهة المشاعر السلبية التي يمرون بها، ويعتبر هذا النمط الأكثر خطورة على الطلبة لأن هذا النمط يجمع ما بين النمطين السابقين (نمط المستقوي، ونمط الضحية).

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة زالاغوت وكاتيرس (Zalaguet & Chatters, 2014) التي

أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ايجابية بين الاستقواء الإلكتروني في المدارس الثانوية والجامعات.

سابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السابع الذي نصّ على: "ما الأهمية النسبية لكل من

انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب

الشه العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟".

وأظهرت نتائج السؤال السابع المتعلقة بالكشف عن درجة مساهمة أنماط الاستقواء الإلكتروني والكرب

النفسي والجنس في تفسير التباين في اضطراب الشه العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، وجود دلالة

إحصائية للمتنبئات (الكرب النفسي، نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، نمط الاستقواء

الإلكتروني الضحية مقابل المحايد، ونمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد)، وعدم وجود

دلالة إحصائية لمتغير (الجنس).

وهذا يشير إلى أنه كلما ارتفع مستوى الكرب النفسي، فإن احتمالية تعرض الفرد للإصابة باضطراب

الشه العصبي يزداد. وكلما كان الطالب مستقوياً أو ضحية أو مستقوياً/ ضحية فإن احتمالية تعرض الفرد

للإصابة باضطراب الشه العصبي تزداد.

يمكن تفسير النتيجة التي أشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين الكرب النفسي واضطراب الشه

العصبي، بأن المستويات المرتفعة من الكرب النفسي تعزز صفات الشه العصبي لدى طلبة الجامعات وبالتالي

تدني مستوى الكرب النفسي لدى الطلبة يؤدي إلى تدني مستوى الشه العصبي لديهم. هذا يدل على أن الطلبة

الذين يعانون من الانطوائية، والعزلة الاجتماعية، والاغتراب، والعدوان، والخروج عن العادات والقيم والتقاليد السائدة، والانحراف، والمشكلات الجسدية مثل الأرق، والتقلبات المزاجية، وسرعة الغضب، والقلق والتعب، والابتعاد عن الأنشطة المختلفة، كذلك انخفاض تقدير الذات، والحزن والشعور بالوحدة، وانخفاض الأداء، أو افتعال المشاكل القانونية، واليأس، والتفكير بالانتحار، فتزداد الفرصة لديهم بظهور نوبات معاودة من الشره عند الأكل، حيث تتصف بأنها أكبر بشكلٍ مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف، مع الشعور بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة.

ويمكن أن تعزى المستويات المنخفضة من الكرب النفسي عند الطلبة من إنجازهم وبذلهم الجهد والمتابعة والمستويات المرتفعة من الثقة بالنفس وتقدير الذات والمشاركة في الأنشطة المختلفة واختياراتهم السليمة والسلوكيات الإيجابية والسليمة التي يمارسونها فيما يتعلق بسلوكيات الأكل.

كما أشارت النتائج إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب الشره العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط المستقوي عند الطلبة أعلى من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب الشره العصبي وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط المستقوي كلما كانوا أقل عرضة للإصابة بهذا الاضطراب.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى أن بعض الطلبة لا يستطيع إدارة الغضب ومواجهة المشاعر السلبية التي يولدها الغضب، مما يدفعهم إلى محاولة التخلص من هذه المشاعر بالإستقواء على الآخرين واستخدام الأساليب العدوانية معهم كنوع من تفريغ مشاعر الغضب المسيطرة عليهم دون اللجوء إلى محاولة مواجهة

هذه المشاعر والتخلص منها بطريقة سليمة. وقد تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى شعور المستقوي بالغيرة من الضحايا والنظرة الدونية للنفس عند مقارنتها بالضحية، مما يدفع المستقوي إلى محاولة مضايقة الضحية وإيذائها لتفريغ المشاعر السلبية تجاه الضحية ولمحاولة تعزيز احترام الذات. ونتيجة لهذه المشاعر السلبية قد يلجأ الفرد إلى تناول كميات كبيرة من الطعام لتفريغ هذه المشاعر والتخلص منها وبالتالي الإصابة باضطراب الشره العصبي.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى تعرض الفرد إلى العنف أو الإساءة في الطفولة مما ولد لديه مشاعر سلبية وعدوانية تجاه الآخرين مما دفعه لإخفاء هذه المشاعر لحين الوصول للضحية وممارسة الإستقواء ضدها. وقد تكون مشاهدة نموذج يمارس العنف على الآخرين سبباً في ممارسة المستقوي لسلوك الإستقواء على الضحية. وقد يكون هذا النموذج في العالم الحقيقي أو في العالم الافتراضي سواء على محطات التلفزة أو مواقع التواصل الاجتماعي أو غيرها من المواقع على الشبكة العنكبوتية، حيث تظهر بعض قنوات التلفزة أو بعض المواقع على الانترنت شخصيات مشهورة ومعروفة وذات جماهيرية عالية وهي تقوم بممارسة الاستقواء على الآخرين مع وجود استحسان من المتابعين لهذه السلوكيات، مما يدفع الطلبة للاقتداء بهم وممارسة الاستقواء على الآخرين.

أما النتيجة التي أشارت إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب الشره العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط الضحية عند الطلبة أعلى من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب الشره العصبي، وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط الضحية كلما كانوا أقل عرضة للإصابة بالاضطراب.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الضحية قد لاحظت عواقب سلبية لمواجهة المستقوي، كأن تعرضت ضحايا قاومت الاستقواء وقامت بمواجهته لمشكلات كثيرة، مما يدفع الضحية لعدم المواجهة والاستسلام للاستقواء، وخوفاً من قوة وهيمنة المستقوي الذي قد يعمل على إيذاء الضحية بشكل أكبر في حالة المقاومة.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الضحية تفتقر للدعم الاجتماعي أو دعم من أشخاص أكثر قوة من المستقوي مما يدفع بالفرد للوقوع ضحية للمستقوي والاستسلام لذلك، وتقوم العديد من الضحايا بالاستسلام خوفاً على أنفسهم من التشهير بهم أمام الآخرين عن طريق المستقوي والظهور بصورة مخجلة أمامهم، مما يشعرهم بالإحباط والاكتئاب، مما يدفع لمواجهة هذه المشاعر بممارسة سلوكيات خاطئة في تناول الطعام مما يعرضهم للإصابة باضطراب الشره العصبي.

أما النتيجة التي أشارت إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب الشره العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط المستقوي/ الضحية عند الطلبة أعلى من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب الشره العصبي، وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط المستقوي/ الضحية كلما كانوا أقل عرضة للإصابة باضطراب الشره العصبي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بأن المستقوي/ ضحية يحاول فرض هيئته وقوته على الضحية بعد وقوعه ضحية لمستقوي آخر، وذلك كرد فعل لمواجهة المشاعر السلبية التي يعيشها نتيجة فقدان السند

والدعم من الوالدين سواء بالوفاة أو بالطلاق بينهم، مما يدفع بعض الطلبة إلى اتباع أساليب عدوانية للوصول إلى صورة أقوى أمام الآخرين، كي لا يظهر نقاط الضعف لديه، وللتخفيف من حدة المشاعر المختلطة والمتناقضة لدى الفرد يقوم بالتخلص من هذه المشاعر بتناول أطعمة بكميات كبيرة مما يؤدي به للإصابة باضطراب الشره العصبي.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة بأن وقوع الفرد ضحية للإستقواء يدفع الفرد إلى القيام بالإستقواء على الآخرين لإخفاء القلق والتوتر الذي يعانيه نتيجة الأذى الذي لحق به نتيجة الإستقواء عليه، وقد تدفع هذه المشاعر بالفرد إلى التوجه نحو سلوكيات خاطئة في تناول الطعام كتناول كميات كبيرة وبسرعة شديدة مما يقوده لاضطراب الشره العصبي.

ثامناً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثامن الذي نصّ على: ما الأهمية النسبية لكل من انماط الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي والجنس في تصنيف طلبة الجامعات الأردنية تبعاً لاضطراب فقدان الشهية العصبي (ليس لديهم اضطراب، لديهم اضطراب)؟".

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لكل من الكرب النفسي ككل، ونمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل المحايد، ونمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل المحايد، وعدم وجود دلالة إحصائية لنمط الاستقواء الإلكتروني الضحية مقابل المحايد ولمتغير الجنس.

ويمكن تفسير النتيجة التي أشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين الكرب النفسي واضطراب فقدان الشهية العصبي، بأن ارتفاع مستويات الكرب النفسي يؤدي إلى تعزيز صفات فقدان الشهية العصبي لدى طلبة الجامعات الاردنية كذلك انخفاض مستوى الكرب النفسي لدى الطلبة يؤدي إلى انخفاض مستوى فقدان

الشهية العصبي لدى الطلبة. هذا يدل على أن الطلبة الذين يعانون من الانطوائية، والاعتراب، ومقاومة القيم والتقاليد السائدة، وارتفاع العدوانية، وانحراف السلوك، وازدياد المشاكل المرتبطة بالصحة الجسدية وأهمها السمنة، والمشكلات العاطفية، وسرعة الغضب والقلق والتوتر، وعدم المشاركة في الأنشطة الجماعية، ويعانون أيضاً من تدني تقدير الذات والاكتئاب والحزن، وتدني مستوى الأنشطة المختلفة، أو افتعال المشكلات للآخرين، أو المشاكل القانونية، والشعور باليأس، والأرق، وازدياد التفكير الانتحاري، وتظهر لديهم أعراض فقدان الشهية العصبي، حيث يضعون قيوداً على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات الغذائية، مع خوف شديد من كسب الوزن أو البدانة والمحاولة المستمرة للحفاظ على الوزن دون الحد الأدنى من الوزن الطبيعي، مع وجود اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي منكرًا خطورة الوضع الراهن، ويتبعون أنماطاً سلبية في تناول الأغذية، أو اتباع أنشطة الحمية المفرطة أو ممارسة التمارين الرياضية بشكلٍ قاسٍ أو كليهما معاً.

كما تفسر الباحثة أن انخفاض مستويات الكرب النفسي أي إحساس الطلبة بالتوازن والحيوية وارتفاع مستوى تقدير الذات، والإحساس بالفعالية الذاتية، ومشاركة الآخرين في الأنشطة وتطور العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى ضبط سلوكياتهم التي تتعلق بالأكل واختيارهم الصحيح والممارسات السليمة التي تتعلق بالأكل.

كما أشارت النتائج إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب فقدان الشهية العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط المستقوي عند

الطلبة أعلى من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط المستقوي كلما كانوا أقل عرضة للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن عدم اشباع الحاجات البيولوجية وأهمها المأكل والمشرب وغيرها من الحاجات الأساسية التي جاءت في الأدب النظري في ضوء النظرية الإنسانية والتي ترى في ذلك تفسيراً لسلوك الاستقواء من خلال عدم اشباع تلك الحاجات حيث تضعف الانتماء إلى جماعة الأقران والرفاق بسبب الافتقار إلى الأمن وتقدير الذات المنخفض الذي يؤدي إلى السلوكيات العدوانية، ولأن الطلبة يرون أن فقدان الوزن وسيلة لكسب الثقة بالنفس وتقدير الذات فيلجأون لأنظمة غذائية قاسية لفقد الوزن، الأمر الذي يؤدي إلى الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى أن الاستقواء هو سلوك يقوم به الطلبة لمواجهة ضغوط الحياة الصعبة والتخفيف منها، فقد تواجههم العديد من التجارب القاسية التي ولتفريغ المشاعر المؤلمة التي يعاني منها الطلبة، وترى الباحثة أن هذه الأسباب تؤثر سلباً على شهية الطلبة للطعام مما يؤدي إلى نفور الطلبة وعزوفهم عن تناول كميات كافية من الطعام كطريقة للتعامل مع هذه المشاعر الأمر الذي يسبب لهم الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة بأن الطلبة الذين نشأوا في أسر غير سوية والذين يفقدون للنموذج الإيجابي يسعون بشكل أكبر لممارسة الاستقواء على الآخرين فالآباء غير الأسوياء يشكلون نماذج سلبية

لأبنائهم، وتقليد الابناء لمثل هذه النماذج يؤدي إلى تكوين علاقات سيئة مع الآخرين وسلوكيات غير مرغوبة أثناء التعامل معهم، الأمر الذي يولد مشاكل في الأنظمة الغذائية كالعزوف عن الطعام أو إهمال تناول الوجبات مما يؤدي إلى زيادة فرص الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

أما النتيجة التي أشارت إلى أن نمط الاستقواء الإلكتروني المستقوي/ الضحية مقابل النمط المحايد لديه القدرة على التنبؤ باضطراب فقدان الشهية العصبي لدى طلبة الجامعات الأردنية، أي كلما كان نمط المستقوي/ الضحية عند الطلبة أعلى من نمط المحايد كلما زادت فرصة الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي، وكلما كان نمط المحايد أعلى عند الطلبة من نمط المستقوي/ الضحية كلما كانوا أقل عرضة للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

وتفسر هذه النتيجة بأن الطلبة يقومون بالاستقواء على الآخرين نتيجة لوقوعهم ضحايا للاستقواء وممارسته ضدهم، حيث يقوم الطلبة بالاستقواء على الآخرين كرد فعل لما تعرضوا له من استقواء، فعند تعرض الطلبة للسخرية والانتقاد من قبل زملائهم، أو معاشتهم لمشاعر سلبية، فإن ذلك يؤدي بهم إلى الشعور بالإحباط وتدني تقدير الذات والاكئاب والقلق، مما يشكل لديهم نزعة عدوانية نتيجة لانعدام الاحساس بالأمن والانتماء إلى الجماعة، هذا الأمر يدفعهم للاستقواء على الآخرين للتخلص من هذه المشاعر كنوع من المواجهة، وللتخفيف من هذه المشاعر السلبية يقوم الطلبة باتباع تمارين رياضية قاسية أو اتباع أنظمة غذائية شديدة، وبالتالي الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.

التوصيات :

- ضرورة اهتمام المؤسسات التربوية وخصوصاً الجامعات باضطرابات الأكل وعلاقتها بالاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي.
- وضع خطط واستراتيجيات تستهدف خفض اضطرابات الأكل لدى الطلبة والتصدي لها.
- ضرورة تصميم وبناء برامج تدريبية تستهدف تعزيز الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى الطلبة الذين يعانون من الاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي.
- تصميم وبناء برامج تدريبية للحد من اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات.
- توجيه اهتمام العاملين في مجال الإرشاد النفسي إلى وضع الخطوط الرئيسية لطرق الإرشاد والعلاج النفسي، والتي تتناسب اضطرابات الأكل.
- إجراء المزيد من الدراسات العلمية حول موضوع الدراسة الحالي في البيئات غير الأردنية، حيث لم تتوفر دراسات ربطت بشكل مباشر بين هذه المتغيرات في البيئة غير الأردنية، وندرتها في البيئات الأجنبية.

المراجع العربية:

- أبو الديار، مسعد. (2012). *سيكولوجية التتمر بين النظرية والعلاج*. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.
- أبو العلا، حنان. (2017). *فعالية الإرشاد الانتقائي في خفض مستوى التتمر الإلكتروني لدى عينة من المراهقين*. مجلة جامعة أسيوط، 33 (6)، 527-563.
- بهنساوي، احمد وحسن، رمضان. (2015). *التتمر المدرسي وعلاقته بدافعية الانجاز لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية*. مجلة كلية التربية- جامعة بورسعيد، 17 (1)، 1-40.
- التير، مصطفى. (1997). *العنف العائلي ط2*. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مكتبة الملك فهد.
- جرادات، عبدالكريم والمنصور، خالد. (2013). *الاستقواء لدى نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن*. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 21 (1)، 349-375.
- الدسوقي، مجدي. (2016). *مقياس السلوك التنمري للأطفال والمراهقين*. القاهرة: دار جونا للنشر والتوزيع.
- رشيد، أحمد وقطان، عباس ومحمد، ساميه وقنديل، إيمان. (2013). *دراسة مقارنة لمستوى الذكاء الانفعالي لدى عينة من مضطربات الأكل وغير المضطربات من طالبات الجامعة*. مجلة كلية التربية جامعة بنها، 24 (93)، 71-119.

الشريفين، أحمد وبحر، نور. (2020). فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية، جامعة اليرموك (مقبول للنشر)*.

الشريفين، أحمد وحجازي، تغريد والشريفين، نضال. (2015). القدرة التنبؤية لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والديموغرافية في أعراض الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة اليرموك: دراسة ميدانية. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، 2(37)، 210-252*.

الشريفين، أحمد والوهيبي، ايناس. (2018). القدرة التنبؤية لصورة الجسد والإتزان الإنفعالي بإدمان السيلفي لدى طلبة الجامعات الأردنية. *مجلة جامعة الخليل للبحوث، 13(1)، 1-26*.

الشيخ، أحمد. (2005). *العوامل المرتبطة باضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة*. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الصبيحين، علي والقضاة، محمد. (2013). *سلوك التمر عند الاطفال والمراهقين (مفهومه، أسبابه، علاجه)*. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

الصوفي، أسامة وفاطمة، المالكي. (2012). التمر عند الأطفال وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية. *مجلة البحوث التربوية والنفسية، 2(35)، 146-188*.

عبد العظيم. طه. (2007). *سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي*. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

علي، محمد. (2018). مقياس اضطرابات الأكل فقدان الشهية العصبي للمعوقين بدنيا والعاديين. *المجلة*

الدولية للعلوم التربوية والنفسية، 1(11)، 282-303.

عمارة، إسلام. (2017). التمر التقليدي والإلكتروني بين طلاب التعلم ما قبل الجامعي. *رابطة التربويين*

العرب، 2(86)، 513-548 .

العويضة، سلطان. (2009). علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية المدركة

وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان الأهلية. *المجلة الأردنية للعلوم*

الاجتماعية، 2 (2)، 256-276.

فيصل، سناء وصفر، شيماء. (2013). الكرب النفسي لدى طلبة الجامعة. *الجمعية العراقية للعلوم النفسي*،

98، 40-73.

المكانين، هشام والحياري، غالب ويونس، نجاتي. (2018). التمر الإلكتروني لدى عينة من الطلبة

المضطربين سلوكيا وانفعاليا في مدينة الزرقاء. *جامعة السلطان قابوس*، 12(1)، 179-197.

منيزل، وعد والشريفين، أحمد. (2020). القدرة التنبؤية لتوكيد الذات وإدمان مواقع التواصل الاجتماعي

بالاستقواء الإلكتروني لدى طلبة جامعة اليرموك. *مجلة أبحاث اليرموك "سلسلة العلوم الإنسانية*

والاجتماعية، 29 (1)، 33-74.

- Abassi, M., & Rezaei, F. (2019). Alexithymia as a moderator of the relation between self-care and psychological distress. *Research Health, 9*(2), 187-192.
- Abdelrahim, F., Abdelmutti, N., & Alshaikh, A. (2012). Eating disorders symptoms among a university students: an exploratory study. *Sudan Medical Journal, 48* (3), 186-193.
- Adebayo, D., Ninggal, M., & Bolu-Steve, F. (2020). Relationship between demographic factors and undergraduates' cyberbullying experiences in public universities in malaysia. *International Journal of Instruction, 13*(1), 901-914.
- Agras, W., Walsh, T., Fairburn, C., Wilson, G., & Kraemer, H. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry, 57*(5), 459-466.
- Aljomaa, S. (2018). The Relationship between body image satisfaction and bulimia nervosa among king saud university students, *11* (5), 123- 132.
- Al-Raqqad, H., Al-Bourini, K., Saeed, E., AlTalahin, F., Aranki, M., (2017). The impact of school bullying on students' academic achievement from teachers point of view. *International Education Studies, 10* (6), 44-50.

- Alshawashereh, O., Faisal, A., & Abu Gazal, M. (2018). The relationship between eating disorder and general life stressors among college students in Jordan. *Journal of Depression and Anxiety*, 7(2), 1-8.
- Al-Thani, M., & Khaled, S. (2018). Toxic pleasures: A study of eating out behavior in Arab female university students and its associations with psychological distress and disordered eating. *Eating Behaviors*, 31, 125–130.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Analitis, F., Velderman, M., Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., ...& Group, E. (2009). Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *European Kidscreen Group*, 123(2), 569-77.
- Anderson, T., & Sturm, B. (2007). Cyberbullying: From playground to computer. *Young Adult Library Services*, 5(2), 24-27.
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health*, 25(6), 494-497.
- Arhin, D., Asante, K., Kugbey, N., & Boadi, M. (2019). The relationship between psychological distress and bullying victimisation among school going adolescents in Ghana: a cross sectional study. *BMC Research Notes*, 12(2), 2-12.

- Ashurst, P., & Hall, Z. (2001). *Understanding woman in distress*. Taylor and Francise-library. New York.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018). Eating disorders. Retrieved from <https://www.aihw.gov.au/getmedia/ab86db9d-410a-4c93-89c4-99c8bdbdf125/aihw-aus-221-chapter-3-13.pdf.aspx>.
- Ayas, T. (2014). Prediction cyberbullying with respect to depression, anxiety and gender variables. *Online Journal Of Technology Addiction & Cyberbullying*, 1(2), 1-17.
- Bahar, Z., Beser, A., Gordes, N., Ersin, F., & K1sal, A. (2008). Healthy life style behavior scale: a reliability and validity study. *Cumhuriyet university nursing school magazine*, 12, 1-13.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-72.
- Beale, A., & Hall, K. (2007). Cyberbullying: What School Administrators (and Parents) Can Do. *The Clearing House*, 81(1), 8-12.
- Beyazit, U., Simsek, S., & Ayhan, A. (2017). An xamination of the predictive factors of cyberbullying in adolescents. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 45(9), 1511-1522.
- Boas, A., & Morin, E. (2014). Ppsychological well-being and psychological distress for professors in brazil and Canada. *University of Michigan Pressbitria*, 15 (6), 201-219.

- Brown, T. (2011). *The relationships among counseling expectations, attitudes toward seeking psychological help, psychological distress, and intention to seek counseling*. Thesis (Ph. D.). Ball state university muncie, Indiana.
- Bulut, N., Kupeli, N., Bulut, G., & Topcuoglu V. (2017). Psychosocial treatments in anorexia nervosa. *Current Approaches to Psychiatry*, 9(3), 1-8.
- Byrne, E., Vessey, J., & Pfeifer, L. (2018). Cyberbullying and social media: information and interventions for school nurses working with victims, students, and families. *The Journal of School Nursing*. 34 (1), 38-50.
- Campbell, M., Spears, B., Slee, P., Butler, D., & Kift, S. (2012). Victims' perceptions of traditional and cyberbullying, and the psychosocial correlates of their victimization. *Journal Emotional and Behavioural Difficulties*, 17 (3), 389-401.
- Cardoso, J., Szlyk, H., Goldbach, J., Swank, P., & Zvolensky, M. (2018). General and ethnicbiased bullying among Latino students: exploring risks of depression, suicidal ideation, and substance use. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(4), 816-822.
- Carpenter, L., & Hubbard, G. (2014). Cyberbullying: Implications for the psychiatric nurse practitioner. *Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 27(3),142-8.
- Carter, J., & Wilson, F. (2015). Cyberbullying: A 21st century health care phenomenon. *Pediatric nursing*, 41(3),115-25.
- Centers for Disease Control (CDC). (2014). The relationship between bullying and suicide: what we know and what it means for schools. Retrieved

from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bullying-suicide-translation-final-a.pdf> .

Centers for Disease Control (CDC). (2016). Featured topic: bullying research.

Retrieved from

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/bullyingresearch/factfact.html>.

Chand, R., & Pidgeon, A. (2017). Psychosocial predictors of psychological distress among Australian university students. *Journal of Harmonized Research in Medical and Health Science*, 4(3), 101-114.

Chesley, E., Alberts, J., Klein, J., & Kreipe, R. (2003). Pro or con? Anorexia and the Internet. *Journal of Adolescent Health*, 32(2), 123-124.

Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy (5th ed.)*. Cole Publishing Co. Minnesota.

Cross, D., Lester, L., Barnes, A., Cardoso, P., & Hadwen, K. (2015). A longitudinal study of the social and emotional predictors and consequences of cyber and traditional bullying victimization. *Swiss School of Public Health*, 60(2), 1-11.

Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., & Mcnamara, P. (2014). Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health promotion international*, 30(1), 77-87.

Decaluwé, V., Braet, C., & Fairburn, C. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorder*, 33(1), 78-84.

Dempsey, A., Sulkowski, M., Nichols, R., & Storch, E. (2009). Differences between peer victimization in cyber and physical settings and associated psychosocial adjustment in early adolescence. *Psychology in the Schools, 46*(10), 962–972.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., & Lépine, J. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association, 291*(21), 1213-1225.

Desai, M., Miller, W., Staples, B., & Bravender, T. (2008). Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health, 57*(1), 109-14.

Dissing, A., Bak, N., Pedersen, L., & Petersson, B. (2011). Female medical students are estimated to have a higher risk for developing eating disorders than male medical students. *Dan Med Bull, 58*(1), 1-5.

Dilmac, B. (2009). Psychological needs as a predictor of cyberbullying: A preliminary report on college students. *Educational Sciences: Theory & Practice, 9*(3), 1307-1325.

Fisher, M., Neville, M., Golden, H., Debra, M., Katzman, A.,& Hoberman, M. (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. *Journal of Adolescent Health, 16* (6), 420-437.

- Garaigordobil, M. (2015). Cyberbullying in adolescents and youth in the basque country: Prevalence of cybervictims, cyberaggressors, and cyberobservers. *Journal of Youth Studies, 18*(5), 569-582.
- Geoffroy, M., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., & Brendgen, M. (2016). Association between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: results from a prospective population-based birth cohort. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 55*(2), 99-105.
- Giang, K., Dzung, T., Kullgren, G., & Allebeck, P. (2010). Prevalence of mental distress and use of health services in a rural district in Vietnam. *Glob Health Action, 3*, 2025-2035.
- Golden, N., Katzman, D., Kreipe, R., Stevens, S., Sawyer, S.,.....& Rome, E. (2003). Eating disorders in adolescents: position paper of the society for adolescent medicine. *Journal Adolesc Health, 33*(6),496-503.
- González-Cabrera, J., Tourón, J., Machimbarrena, J., Gutiérrez-Ortega, M., Alvarez-Bardon, A. (2019). Cyberbullying in gifted students: prevalence and psychological Well-Being in a Spanish Sample. *Int. J. Environ. Res. Public Health, 16* (2173), 1-14.
- Gordon, I., Lask, B., Bryant-Waugh, R., Christie, D., & Timimi, S. (1997). Childhood onset anorexia nervosa: towards identifying a biological substrate. *Int J Eating Disord, 22*, 159-165.
- Gundelach, A., & Henry, B. (2016). Cancer-Related psychological distress: A concept analysis. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 20* (6), 630-634.

- Hadigan, C., Anderson, K., Miller, K., Hubbard, J., & Herzog, D., (2000). Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 28(3), 284-292.
- Hakami, R. (2018). Prevalence of psychological distress among undergraduate students at Jazan University: A cross sectional study. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 6(2), 82–88.
- Harikrishnan, U., & Ali, A. (2018). Resilience, psychological distress, and self-esteem among undergraduate students inkollam district- Kerala. *Journal of Social Work Education and Practice*, 3(4), 27-36.
- Hazelton, L., & Faine, M. (1996). Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont*, 9 (1), 65-73.
- Hinduja, S., & Patchin, J. (2013). Social influences on cyberbullying behaviors among middle and high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(2), 711–722.
- Hudson, J. , Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Johnson, A., & Elkins, M. (2014). *Screening for psychological distress in the general population: Acceptability and validation of a brief measure of psychological distress*. PhD Thesis, Baylor University.

- Johnson, L., Haralson, A., Batts, S., Brown, E., Collins, C., Buren-Travis, A., & Spencer, M. (2016). Cyberbullying on social media among college students. *Vistac Online ACA Knowledge Center*.
- Kaloeti, S., Rahmandani, A., Sakti, H., Salma, S., Suparno, S., & Hanafi, S. (2019). Effect of childhood adversity experiences, psychological distress, and resilience on depressive symptoms among Indonesian university students. *Journal International Journal of Adolescence and Youth*, 24 (2), 177–184.
- Katzman, D., Zipursky, R., Lambe, E., & Mikulis, D. (1997). A longitudinal magnetic resonance imaging study of brain changes in adolescents with anorexia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151(8),793-7.
- Katzman, D., & Pinhas, L. (2005). *Help for Eating Disorders: A Parent's Guide to Symptoms, Causes and Treatment 1 edition*. Toronto.
- Kawa, H., & Shafi, H. (2015). Evaluation of internet addiction and psychological distress among university students. *Science Arena Publications Specialty Journal of Psychology and Management*, 1(0), 17-23.
- Kessler, R., Andrews, G., Colpe, L., Hiripi, E., & Mroczek, D. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*, 32(6), 959-976.
- Kessler, R., Barker, P., Colpe, L., Epstein, J., & Gfroerer, J. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), 184-189.

- Kilani, B. (2017). Prevalence of eating disorders among students at the University of Jordan. *The Arab Journal of Psychiatry*, 28(1), 76 -82.
- Kitzrow, M. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *Journal of Women and Gender in Higher Education*, 41(1), 156-179.
- Klein, E., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., & Müller, K. (2016). The german version of the perceived stress scale – psychometric characteristics in a representative german community sample. *BMC Psychiatry*, 16 (159),1-10.
- Kraf, E., & Wang, J. (2009). Effectiveness of cyber bullying prevention strategies: A study on students’ perspectives. *International Journal of Cyber Criminology*, 3(2), 513–535.
- Kumar, H., shaheen, A., Rasool, I., & shafi, M. (2016). Psychological Distress and Life Satisfaction among University Students. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 5(3), 1-7.
- Laghari, Z., Zulfiqar, A., Warsi, J., Memon, M., & Lashari, K. (2014). Detection of eating disorders in university students using scoff questionnaire. *International Journal of Development Research*, 4(8), 1634-1637.
- Lai, S., Mohamad, M., Lee, M., Salleh, M., Sulaiman, N., Rosli, D., & Chang, W. (2017). Prevalence of Cyberbullying among Students in Malaysian Higher Learning Institutions. *Advanced Science Letters*, 23(2), 781-784.
- Lewis, H., Diedrichs, P., Rumsey, N., & Harcourt, D. (2016). A systematic review of interventions on body image and disordered eating outcomes among women in midlife. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 5-18.

- Lightstone, J. (2004). Dissociation and Compulsive Eating. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 17-32.
- Lin, H., & Yusoff, M. (2013). Psychological distress, sources of stress and coping strategy in high school students. *International Medical Journal*, 20 (6), 1-6.
- Lee, S., & Vaillancourt, T. (2018). Longitudinal associations among bullying by peers, disordered eating behavior, and symptoms of depression during adolescence. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 605-612.
- Lemmon, C., & Josephson, A. (2001). Family therapy for eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(3), 519-542.
- Lofrano-Prado, M., Prado, W., Barros, M., & Souza, S. (2015). Eating disorders and body image dissatisfaction among college students. *ConScientiae Saúde*, 14(3),355-362.
- Lotay, A. (2016). *Disclosure of Psychological Distress by University Students on an Anonymous Social Media Application: An Online Ethnographic Study*.
- MacDonalda, C., & Roberts-Pittmana, B. (2010). Cyberbullying among college students: prevalence and demographic differences. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 2003–2009.
- Magsi, H., Agha, N., & Magsi, I. (2017). understanding cyber bullying in Pakistani context: causes and effects on young female university students in sindh Province. *New Horizons*, 11(1), 103-110.
- Marco, J., tormo-Irun, M., Galan-Escalante, A., & Gonzalez-garcia, C. (2018). Is cybervictimization associated with body dissatisfaction, depression, and

- eating disorder psychopathology?. *Cyberpsychol Behav Soc NetW*, 21(10), 611-617.
- Massey, J. (2010). *Untangling the relationship among psychological distress, thought suppression, and binge eating: A mediation analysis*. Doctoral Dissertation, Chestnut Hill College.
- Morandé, G., Celada, J., & Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health*, 24(3), 212-223.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., & Boehlecke, B. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report. *Sleep Practice Parameter Paper*, 29(11), 1415-1419.
- Molluzzo, J., & Lawler, J. (2012). A study of the perceptions of college students on cyberbullying. *Journal of Information Systems Education*, 10(4), 84-109.
- National Eating Disorders Association (NEDA), (2013). Eating disorders overview. Retrieved from <https://www.nationaleatingdisorders.org>.
- National Institute of Mental Health, (2011). Eating Disorders Overview. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>.
- Nansel, T., Overpeck, M., Pilla, R., Ruan, J., & Simons-Morton, B. (2001). Bullying behavior among U.S. youth: Prevalence and association with

- psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 285(16), 2094–2100.
- Ndiege, J., Okello, G., & Wamuyu, P. (2020). Cyberbullying among university students: The kenyan experience. *The african journal of Information Systems*, 12 (1), 24-43.
- Ngan, S., Chern, B., Rajarathnam, D., Balan, J., & Hong, T. (2017). The relationship between eating disorders and stress among medical undergraduate: A cross-sectional study. *Open Journal of Epidemiology*, 7(1), 85-95.
- Nwosu, K., Ngozi, E., Eberechi, (2018). Cyberbullying among undergraduate students in A nigerian university: Awareness and Incidence. *Romanian Journal of Psychological Studies*, 2(1), 43-58.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 751-780.
- Pinto, A., Luna, I., Sivla- Ade, A., Pinheiro, P., & Braga, V. (2014). Risk factors associated with mental health issues in adolescents: A integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da US*, 48, 555–564.
- Purnamasari, Y., & Cahyani, D. (2019). The effect of neuroticism on psychological distress in medical students. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research (ASSEHR)*, 304, 131-133.

- Ramos, A., Torres, R., Murguía-Romero, M., & Villalobos-Molina, M. (2017). Prevalence of bullying by gender and education in a city with high violence and migration in Mexico. *Rev Panam Salud Publica*, 41(1), 1-6.
- Reas, D., & Grilo, C. (2007). Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2),165-170.
- Rock, C., & Curran-Celentano, J. (1996). Nutritional management of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19 (4), 701-713.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sofi, R., & Bhadoria, A. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care*, 4(2), 187-192.
- Salmivalli, C. (2014). Participant roles in bullying: How can peer bystanders be utilized in interventions?. *Theory Into Practice*, 53(4), 286-292.
- Savage, M. (2012). *Developing a Measure of Cyberbullying Perpetration and Victimization*. PhD Thesis, Arizona State University.
- Scalfi, L., Polito, A., Bianchi, L., Marra, M., Caldara, A., Nicolai, E., & Contaldo, F. (2002). Body composition changes in patients with anorexia nervosa after complete weight recovery. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 15 –20.
- Schebendach, J., & Nussbaum, M. (1992). Nutrition Management in Adolescents with Eating Disorders. *Adolesc Med*, 3(3), 541-558.

- Schneider, Sh., O'Donnell, L., Stueve, A., & Coulter, R. (2012). Cyberbullying, School Bullying, and Psychological Distress: A Regional Census of High School Students, *American Journal of Public Health, 102*(1), 171-177.
- Shaheen, F., & Jahan, M. (2014). Role of social support in combating psychological distress among senior secondary school students. *Indian Journal of Positive Psychology, 5*(2), 163-168.
- Shelton, V., & Valkyrie, K. (2010) College Student Stress: A Predictor of Eating Disorder Precursor Behaviors. *The Alabama Counseling Association Journal. 35*(1), 14-23.
- Smith, P., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4* (49), 376–385.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Journal Eat Disord, 22*(4),339-60.
- Sullivan, P., Blacker, M., & Murphy, J. (2019). Levels of psychological distress of canadian university student-athletes. *Canadian Journal of Higher Educationm, 49* (1), 47–59.
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from

- the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7),714-23.
- Thorsteinsdottir, G., & Ulfarsdottir, L. (2008). Eating disorders in college students in Iceland. *The European Journal of Psychiatry*, 22 (2), 107-115.
- Tokunaga, R. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26 (3), 277-287.
- Temiz, G., & Isil, O. (2018). Factors affecting healthy life style behaviors in adolescents; Eating Disorders: A systematic review. *International Journal of Caring Sciences*. 11 (3), 1352-1361.
- Treasure, J., Claudino, A., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *SEMINAR*, 375, (9714), 583-593.
- Umarani, J., & Amirthraj, A. (2016). Prevalence of anorexia nervosa among adolescent girls. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 15(3), 466-470.
- Uzun, N. (2014). *Healthy lifestyle behaviors in adolescents, perceived parental control and the relationship of depression with obesity: protective and risk factors for obesity*. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences, Aydin.
- Vaidyanathan, S., Kuppili P., Menon, & V. (2019). Eating Disorders: An overview of Indian Research. *Indian Psychiatric Society*, 41(4), 311–317.

- Vardar, E., & Erzenin, M. (2011). The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: A two-stage community-based study. *Turkish journal of psychiatry*, 22(4), 1-7.
- Verger, P., Combes, J., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V.,...& Peretti-Wattel, P. (2008). Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(8), 643-650.
- Vilela, J., Lamounier, J., Filho, M., Neto, J., & Horta, G. (2004). Eating disorders in school children. *Journal Pediatr*, 80 (1), 49-54.
- Wallis, D., & Hetherington, M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52 (2), 355-362.
- Webber, M., & Ovedovitz, A. (2018). Cyberbullying among college students: A look at its prevalence at a U.S. Catholic University. *International Journal of Educational Methodology*, 4(2), 101-107.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., & Hunter, D. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviors*, 8(2), 162-171.
- Williams, G. (1997). Reflections on some dynamics of Eating Disorders: 'No Entry' defences and foreign bodies. *Journal Psycho-Anal*, 78, 927-941.

- Winefield, H., Gill, T., Taylor, A., & Pilkington, R. (2012). Psychological well-being and psychological distress: Is it necessary to measure both?. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(1), 1-14.
- Young, S., Touyz, S., Meyer, C., Arcelus, J., Rhodes, P., Madden, S., Pike, K., Attia, A., & Ross, D. (2018). Relationships between compulsive exercise, quality of life, psychological distress and motivation to change in adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 6 (2) 1-8.
- Zalaquett, C., & Chatters, S. (2014). Cyberbullying in college: Frequency, characteristics, and practical implications. *Sage Open*, 4(1),1–8.
- Zheng, H., Lenard, N., Shin, A., & Berthoud, H. (2009). Appetite control and energy balance regulation in the modern world: reward-driven brain overrides repletion signals. *International Journal of Obesity*, 33(2), 8-13.

الملاحق

الملحق (أ)

مقياس الاستقواء الالكتروني في صورته الأولىة

الأستاذ/ الدكتور.....الفاضل.

الأستاذ/ الدكتورة.....الفاضلة.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثه بإجراء دراسة بعنوان: " القدرة التنبؤية للاستقواء الالكتروني والكرب النفسي في أعراض

اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية". ولأغراض هذه الدراسة سيتم الرجوع الى مقياس المنيزل

(2013)، وهو مكون من 23 فقره. ونظراً لما تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا المجال، تأمل الباحثه

منكم تحكيم هذه الأداة من خلال إبداء ملاحظاتكم وإقتراحاتكم من حيث:

– الصياغة اللغوية لل فقرات.

– مدى ملائمة الفقرات لمجال الدراسة.

– أي تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

شفاء بكر

الرقم	الفقرة	مدى الانتماء		مدى السلامة	
		منتمية	غير منتمية	سليمة	غير سليمة
					المستقوي
1	أرسلت رسائل نصية جارحة عن شخص ما إلى الآخرين				
2	أرسلت رسائل نصية تهديدية مباشرة إلى شخص آخر				
3	أرسلت صور محرجة أو مقاطع فيديو عن شخص ما إلى الآخرين				
4	شاركت بصورة أو مقطع فيديو لشخص ما لتهديده				
5	أنشأت حساب بريد إلكتروني وهمي لإرسال رسائل بريد إلكترونية جارحة لشخص ما				
6	تظاهرت بأنني شخص آخر على عبر الإنترنت لتهديد شخص ما				
7	أخفي هويتي على الإنترنت لتهديد شخص ما				
8	نشرت معلومات شخصية عن شخص ما عبر الإنترنت دون موافقته				
9	أستبعد الآخرين من المجموعات "الألعاب، الفيس بوك، الواتس" لكي ألحق الضرر بهم				
10	نشرت رسائل خاصة لشخص ما عبر الإنترنت لا يريد أن يراها الآخرون				
11	أرسلت صورة أو فيديو عبر الإنترنت لتهديد شخص ما				
12	قمت باختراق البريد الإلكتروني "تهكير كلمة السر والعنوان" لشخص ما ومنعته من الوصول إليه				
13	تظاهرت بأنني من الجنس الآخر (تكر/ أنثى) وذلك لتضليل الآخرين				
14	استهزأ بالآخرين "أسخر من الآخرين" في المجموعات على شبكة الإنترنت من خلال التعليقات مثل الفيس بوك				
15	أنشأت صفحة على الفيس بوك بإسم شخص ما وبمعلوماته وتظاهرت بلأنني ذلك الشخص لجعله يبدو سيئاً لإحراجة				

16	قمت بإلغاء طلب الصداقة/ حظر شخص ما عمداً من أجل إجراجه أو جعله يشعر بالضيق			
17	نشرت معلومات كاذبة حول شخص ما عبر الإنترنت			
18	أرسلت فيروس إلى الكمبيوتر الخاص بشخص ما متعمداً			
الضحية				
19	أرسل شخص ما رسائل نصية جارحة للآخرين			
20	أرسل شخص ما رسائل تهديدية مباشرة لي			
21	أرسل شخص ما صور جارحة أو مقاطع فيديو حولي للآخرين			
22	شارك شخص ما بصورة شخصية أو بمقاطع فيديو سبق وأرسلتها ولا أريد الآخرين أن يشاهدوها			
23	أرسل لي شخص ما رسائل بريد إلكتروني جارحة من عنوان اعتقد أنه وهمي			
24	تظاهر شخص ما بأنه أنا عبر الإنترنت لكي يتدخل بصداقاتي			
25	أخفى شخص ما هويته ليهددني عبر الإنترنت			
26	نشر شخص ما معلومات شخصية عني عبر الإنترنت دون موافقتي			
27	استبعدني شخص ما من المجموعات على شبكات الإنترنت "الألعاب، الفيس بوك، الواتس" ليؤذيني			
28	أجبرت على إرسال رسائل خاصة أرسلها لي شخص ما عبر الإنترنت وهو لا يريد أن يشاهدها الآخرون			
29	أرسل شخص ما فيروس إلى الكمبيوتر الخاص بي عمداً			
30	نشر شخص ما معلومات كاذبة حولي عبر الإنترنت			
31	أنشأ شخص ما صفحة على موقع الفيس بوك بإسمي وتظاهر بأنه أنا لجعلني أبدو سيء أو لإجراحي			
32	تم إلغاء طلب الصداقة/ حظري من قبل شخص ما عمداً من أجل إجراحي أو لجعلني أشعر بالضيق			

الملحق (ب)

مقياس الكرب النفسي في صورته الأولية

الأستاذ/ الدكتور.....الفاضل.

الأستاذ/ الدكتورة.....الفاضلة.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: " القدرة التنبؤية للاستقواء الالكتروني والكرب النفسي في أعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية". ولأغراض هذه الدراسة سيتم الرجوع الى كيسلر للكرب النفسي ((Kessler Psychological Distress Scale (K10)، وهو مكون من 10 فقرات. ونظراً لما تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا المجال، تأمل الباحثة منكم تحكيم هذه الأداة من خلال إبداء ملاحظاتكم وإقتراحاتكم من حيث:

– الصياغة اللغوية للفقرات.

– مدى ملائمة الفقرات لمجال الدراسة.

– أي تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

شفاء بكر

مدى الانتماء للمجال		مدى السلامة اللغوية		الفقرة	الرقم
غير منتمية	منتمية	غير سليمة	سليمة		
				<p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنك منهك دون سبب مقنع؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel tired out for no good reason?</p>	1
				<p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنك عصبي؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel nervous?</p>	2
				<p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنك عصبي لدرجة لا يمكن تهدئتك؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel so nervous that nothing could calm you down?</p>	3
				<p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنك فاقد الأمل؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel hopeless?</p>	4

				<p>5</p> <p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنك لا تهدأ أو متململ؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel restless or fidgety?</p>
				<p>6</p> <p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنك لا تهدأ لدرجة أنك لا تستطيع الجلوس ساكناً؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel so restless you could not sit still?</p>
				<p>7</p> <p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بالإحباط؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel depressed?</p>
				<p>8</p> <p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأن كل شيء عبء عليك؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel that everything was an effort?</p>

				<p>9</p> <p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنك حزين جداً لدرجة أن لا شيء يمكنه إبهاجك؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel so sad that nothing could cheer you up?</p>
				<p>10</p> <p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم مرة شعرت بأنه لا قيمة لك؟</p> <p>In the past 4 weeks, about how often did you feel worthless?</p>

الملحق (ج)

مقياس النهم العصبي في صورته الأولية

الأستاذ/ الدكتور.....الفاضل.

الأستاذ/ الدكتورة.....الفاضلة.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: " القدرة التنبؤية للاستقواء الالكتروني والكرب النفسي في أعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية". ولأغراض هذه الدراسة تم تطوير مقياس اضطراب الشخصية النرجسية إستناداً الى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5)، والمكون من (23) فقرة، موزعة على (4) أبعاد (محكات). ونظرا لما تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا المجال، يأمل الباحث منكم تحكيم هذه الأداة من خلال إبداء ملاحظاتكم وإقتراحاتكم من حيث:

– الصياغة اللغوية لل فقرات.

– مدى ملائمة الفقرات لمجال الدراسة.

– أي تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

شفاء بكر

مدى الملاءمة للمحك		مدى السلامة اللغوية		الفقرة	المحك (كما ورد في DSM5)
غير ملائمة	ملائمة	بحاجة إلى تعديل	سليمة		
... خلال الشهور الثلاثة الماضية ...					
				1. أشعر بأنني قد تناولت مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	A. نوبة أساسية ، تتصف بـ: أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. (وذلك في فترة منفصلة من الوقت، مثال: خلال أي فترة ساعتين).
				2. أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت (خلال ساعتين).	
				3. أتناول الطعام بشراهة في ظروف عادية.	
				4. أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	
				5. أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	
				6. أشعر بأنني أفقد السيطرة على الطعام أثناء تناوله.	

					ما يأكل).	
				7. أشعر بأنني آكل بشكل أسرع من المعتاد.	الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.	B. ترافق نوبات النهم ثلاثة أو أكثر من:
			8. أبتلع الطعام دون مضغه جيداً.			
			9. أثناء تناول الطعام لا أشعر بطعمه.			
				10. أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بالامتلاء والتخمة.	تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء.	
				11. أقبل على تناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائياً.	
				12. أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة.	
				بعد تناول كمية كبيرة من الطعام:		
				13. أكره نفسي وألومها.	الشعور بالاشمئزاز من الذات والاكنتاب،	

				14. أشعر بالندم.	أو الذنب الشديد بعد ذلك.	
				15. أفقد المتعة في أي شيء لفترة من الزمن.		
				16. أشعر بالخيبة وضياح الأمل في التحسن.		
				17. أشعر بالحزن والتعاسة.		
				18. أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	C. تواجد إحباط ملحوظ تجاه الأكل بشراهة.	
				19. أكره تناولني للأكل بشراهة.		
				20. أجبر نفسي على التقيؤ بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	E. لا يترافق سلوكيات تعويضية غير المناسبة لمنع كسب الوزن، مثل: افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أوالمدرات أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة.	لا يتوافق سلوكيات تعويضية غير مناسبة مثل اضطراب النهيم .
				21. أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.		
				22. أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.		
				23. ألجأ للصوم (أوعدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.		

الملحق (د)

مقياس الشره العصبي في صورته الأولية

الأستاذ/ الدكتور.....الفاضل.

الأستاذ/ الدكتورة.....الفاضلة.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: " القدرة التنبؤية للاستقواء الالكتروني والكرب النفسي في أعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية". ولأغراض هذه الدراسة تم تطوير مقياس اضطراب الشخصية النرجسية إستناداً الى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5)، والمكون من (26) فقرة، موزعة على (5) أبعاد (محكات). ونظرا لما تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا المجال، يأمل الباحث منكم تحكيم هذه الأداة من خلال إبداء ملاحظاتكم وإقتراحاتكم من حيث:

– الصياغة اللغوية لل فقرات.

– مدى ملائمة الفقرات لمجال الدراسة.

– أي تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

شاكرًا لكم حسن تعاونكم

الباحثة

شفاء بكر

مدى الملاءمة للمحك		مدى السلامة اللغوية		الفقرة	المحك (كما ورد في DSM5)
غير ملائمة	ملائمة	بحاجة إلى تعديل	سليمة		
خلال الشهور الثلاثة الماضية ...					
				24. أشعر بأنني قد تناولت مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	A. نوبة أساسية ، تتصف بـ: أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. (وذلك في فترة منفصلة من الوقت، مثال: خلال أي فترة ساعتين). إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهيته أو مقدار ما يأكل).
				25. أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت (خلال ساعتين).	
				26. أتناول الطعام بشراهة في ظروف عادية.	
				27. أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	
				28. أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	
				29. أشعر بأنني أفقد السيطرة على الطعام أثناء تناوله.	

				30. أشعر بأنني آكل بشكل أسرع من المعتاد.	الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.	B. ترافق نوبات الشهه ثلاثة أو أكثر من:
			31. أبتلع الطعام دون مضغه جيداً.			
			32. أثناء تناول الطعام لا أشعر بطعمه.			
				33. أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بالامتلاء والتخمة.	تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء.	
				34. أقبل على تناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائياً.	
				35. أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة.	
				بعد تناول كمية كبيرة من الطعام:		
				36. أكره نفسي وألومها.	الشعور بالاشمئزاز من الذات والاكنتاب،	
				37. أشعر بالندم.	أو الذنب الشديد بعد	

				38. أفقد المتعة في أي شيء لفترة من الزمن.	ذلك.
				39. أشعر بالخيبة وضياح الأمل في التحسن.	
				40. أشعر بالحزن والتعاسة.	
				41. أشعر بالضيق بسبب شراھتي في تناول الطعام.	C. تواجد إحباط ملحوظ تجاه الأكل بشراھة.
				42. أكره تناولي للأكل بشراھة.	
				43. أجبر نفسي على التقیوء بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	E. لا يتراق سلوكات تعویضية غیر مناسبة مثل اضطراب النهم . السلوكيات التعویضية غیر المناسبة لمنع كسب الوزن، مثل: افتعال الإقیاء أو سوء استخدام المسهلات أوالمدرات أدویة أخرى، أو الصيام أو التمارین المفرطة.
				44. أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.	
				45. أتناول أدوية أو عقاقیر مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.	
				46. ألجأ للصوم (أوعدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.	

.D

• بدأت الشراھة عندي في تناول الطعام منذ ؟

- شهر
- شهرين
- ثلاثة أشهر أو أكثر
- لا شيء مما ذكر

• تحدث الشراھة عندي في تناول الطعام:

- مرة أو أكثر كل أسبوع

- مرة أو أكثر كل أسبوعين
- مرة أو أكثر كل ثلاثة أسابيع
- لا شيء مما ذكر

• كم عدد المرات التي تحدث بها نوبة الشراهة في الأسبوع ؟

- ولا مرة
- 1-3
- 4-7
- 8-13
- 14 فأكثر

الملحق (هـ)

مقياس فقدان الشهية العصبي في صورته الأولية

الأستاذ/ الدكتور.....الفاضل.

الأستاذ/ الدكتورة.....الفاضلة.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: " القدرة التنبؤية للاستقواء الالكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الاردنية ". ولأغراض هذه الدراسة تم تطوير مقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي استنادا الى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (5DSM)، والمكون من (27) فقرة، موزعة على (3) أبعاد (محكات). ونظرا لما تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا المجال، يأمل الباحث منكم تحكيم هذه الأداة من خلال إبداء ملاحظاتكم واقتراحاتكم من حيث:

– الصياغة اللغوية لل فقرات.

– مدى ملائمة الفقرات لمجال الدراسة.

– أي تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

شفاء بكر

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	غير سليمة	منتمية	غير منتمية
<p>1. قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة لمتطلبات، مما يؤدي الى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس والمسار التطوري والصحة البدنية، انخفاض ملحوظ في الوزن يعرف بانة وزن اقل من الحد الادنى الطبيعي اما بالنسبة للأطفال فهو اقل من المتوقع.</p>					
1	اراقب كمية الطعام التي أتناولها في الوجبة الرئيسية				
2	أحرص على عدم تناول أطعمة ذات سعرات حرارية عالية في وجبات الطعام الرئيسية				
3	أقل عدد وجبات الطعام الرئيسية التي أتناولها				
4	أقل كمية الطعام التي أتناولها في الوجبة الواحدة				
5	يقول الآخرون أن وزني أقل من أقراني الاناث				
6	يقول الآخرون أن محاولاتي لخفض الوزن أثرت على مظاهر النمو لدي				
7	يقول الآخرون أن وزني يناسب الصحة الجسدية المطلوبة				
8	عندما بدأت بمراقبة طعامي انخفض وزني بشكل ملحوظ				

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الإنتماء للمجال	
		سليمة	غير سليمة	منتمية	غير منتمية
2.	خوف شديد من كسب الوزن او البدانة او سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم ان الوزن متدني بشكل كبير.				
9	أخشى أن يزداد وزني وأصبح بدينا				
10	أحرص ألا يزداد وزني				
11	أقيس وزني باستمرار خوفا من أن يزداد				
12	أشعر بالقلق عند ازدياد وزني قليلا				
13	أمارس التمارين أكثر من المعتاد لخفض وزني				
14	أتناول أدوية للتخلص من الطعام لخفض وزني				
15	أجبر نفسي على التقيد لخفض وزني				
16	أجأ للصوم لخفض وزني				

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الإنتماء للمجال	
		سليمة	غير سليمة	منتمية	غير منتمية
3.	اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنة او شكله او تاثير غير ملائم لوزن الجسم او شكله على التقييم الذاتي او انكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم				
17	اراقب شكل جسدي في المرأة لألحظ أي ازدياد في وزني				
18	أتعمد ارتداء الملابس الفضفاضة أو ذات اللون الداكن لأخفي وزني				
19	اتحسس جسدي اذا ازداد وزني أم لا				
20	وزني أكثر من اللازم ويجب أن أخسر من وزني				
21	توجد مناطق في جسدي ارغب بأن تزول (تتحف)				
22	أشعر بالرضا عن جسدي عندما أكون نحيفاً				
23	وزني يؤثر في مدى قبولي عند الجنس الآخر				
24	الأعراض الجسمية التي تصيبني لا شأن للنحافة بها				
25	لا بأس بأن ينخفض وزني كثيراً				
26	الانخفاض الشديد في الوزن لا يضر				
27	الطرق التي استخدمتها لخفض وزني صحيحة وآمنة				

ملحق (و)

قائمة بأسماء المحكمين

الاسم	الرتبة	التخصص	الجامعة
قاسم سمور	أستاذ مشارك	إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
عبد الكريم جرادات	أستاذ	إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
عمر شواشرة	أستاذ مشارك	إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
أحمد صمادي	أستاذ	إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
حنان الشقران	أستاذ مشارك	إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
محمد صوالحة	أستاذ	علم نفس تربوي	جامعة اليرموك
عائشة سولمة	أستاذ مساعد	إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
حسين مدالله الطراونه	أستاذ مساعد	إرشاد نفسي	جامعة عمان الأهلية
مؤيد مقدادي	مدرس	إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
علاء عبيدات	مدرس	علم النفس التربوي	جامعة اليرموك
عبدالله المهاريه	أستاذ مساعد	إرشاد نفسي	الجامعة الأردنية

الملحق (ز)

مقاييس الدراسة بصورتها النهائية

أخي الطالب/ اختي الطالب

أخي الطالب/ اختي الطالب

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

تقوم الباحثة بدراسة حول "القدرة التنبؤية للاستقواء الالكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الاردنية"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، أرجو التكرم بالاجابه عن فقرات الإستبانة بوضع إشارة (x) أمام كل فقره بحسب البديل الذي ترونه مناسباً علماً بأن البيانات ستعامل بسرية تامة، وستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

المعلومات العامة:

الجنس: ذكر أنثى

السنة الدراسية: السنة الاولى السنة الثانية السنة الثالثة السنة الرابعة

المستوى الدراسي: بكالوريوس ماجستير دكتوراه

التحصيل الاكاديمي: ممتاز جيد جداً جيد مقبول

وشكراً جزيلاً لتعاونكم

الباحثه: شفاء حسين بكر

مقياس الاستقواء الالكتروني

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
	المستقوي					
1	أرسلت رسائل نصية جارحة عن شخص ما إلى الآخرين					
2	أرسلت رسائل نصية تهديدية مباشرة إلى شخص آخر					
3	أرسلت صور محرجة أو مقاطع فيديو عن شخص ما إلى الآخرين					
4	شاركت بصورة أو مقطع فيديو لشخص ما لتهديده					
5	أنشأت حساب بريد الكتروني وهمي لإرسال رسائل بريد الكترونية جارحة لشخص ما					
6	تظاهرت بأنني شخص آخر على عبر الانترنت لتهديد شخص ما					
7	أخفي هويتي على الإنترنت لتهديد شخص ما					
8	نشرت معلومات شخصية عن شخص ما عبر الانترنت دون موافقته					
9	أستبعد الآخرين من المجموعات "الألعاب، الفيس بوك، الواتس " لكي ألحق الضرر بهم					
10	نشرت رسائل خاصة لشخص ما عبر الانترنت لا يريد أن يراها الآخرون					
11	أرسلت صورة أو فيديو عبر الانترنت لتهديد شخص ما					
12	قمت باختراق البريد الالكتروني "تهكير كلمة السر والعنوان" لشخص					

					ما ومنعته من الوصول إليه
					13 تظاهرت بأنني من الجنس الآخر (ذكر/ أنثى) وذلك لتضليل الآخرين
					14 استهزأ بالآخرين "أسخر من الآخرين" في المجموعات على شبكة الانترنت من خلال التعليقات مثل الفيس بوك
					15 أنشأت صفحة على الفيس بوك بإسم شخص ما وبمعلوماته وتظاهرت بأنني ذلك الشخص لجعله يبدو سيئاً لإحراجه
					16 قمت بإلغاء طلب الصداقة/ حظر شخص ما عمداً من أجل إحراجه أو جعله يشعر بالضيق
					17 نشرت معلومات كاذبة حول شخص ما عبر الانترنت
					18 أرسلت فيروس إلى الكمبيوتر الخاص بشخص ما متعمداً
					الضحية
					19 أرسل شخص ما رسائل نصية جارحة للآخرين
					20 أرسل شخص ما رسائل تهديدية مباشرة لي
					21 أرسل شخص ما صور جارحة أو مقاطع فيديو حولي للآخرين
					22 شارك شخص ما بصورة شخصية أو بمقاطع فيديو سبق وأرسلتها ولا أريد الآخرين أن يشاهدوها
					23 أرسل لي شخص ما رسائل بريد إلكتروني جارحة من عنوان اعتقد أنه وهمي
					24 تظاهر شخص ما بأنه أنا عبر الانترنت لكي يتدخل بصداقاتي

					أخفى شخص ما هويته ليهددني عبر الانترنت	25
					نشر شخص ما معلومات شخصية عني عبر الانترنت دون موافقتي	26
					استبعدني شخص ما من المجموعات على شبكات الانترنت "الألعاب، الفيس بوك، الواتس" ليؤذيني	27
					أجبرت على إرسال رسائل خاصة أرسلها لي شخص ما عبر الانترنت وهو لا يريد أن يشاهدها الآخرون	28
					أرسل شخص ما فيروس إلى الكمبيوتر الخاص بي عمداً	29
					نشر شخص ما معلومات كاذبة حولي عبر الانترنت	30
					أنشأ شخص ما صفحة على موقع الفيس بوك بإسمي وتظاهر بأنه أنا لجعلني أبدو سيء أو لإحراجي	31
					تم إلغاء طلب الصداقة/ حظري من قبل شخص ما عمداً من أجل إحراجي أو لجعلني أشعر بالضيق	32

مقياس الكرب النفسي

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	أشعر أنني منهك دون سبب.					
2	أشعر بأنني حزين جداً.					
3	أشعر بأنني عصبي لدرجة لا يمكن تهدئتي.					
4	أشعر بأنه لا يوجد لدي سمات إيجابية.					
5	أشعر بأنني لا أستطيع الاستقرار أو الهدوء.					
6	أشعر بأنني مشدود الأعصاب.					
7	أشعر بالإحباط.					
8	أشعر بأنني فاقد الأمل.					
9	أشعر بأنني عديم القيمة.					
10	أشعر أنني عصبي.					
11	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعر الضيق في حياتي					
12	يتهمني الآخرون أنني السبب في مشكلاتهم					
13	أخفي آرائي خوفاً من انتقاد الآخرين					
14	يعبر الآخرون عن حبهام لي					

مقياس الشره العصبي

بدأت الشراهة عندي في تناول الطعام منذ ؟

شهر 0

شهرين 0

ثلاثة أشهر أو أكثر 0

لا شيء مما ذكر 0

• تحدث الشراهة عندي في تناول الطعام:

مرة أو أكثر كل أسبوع 0

مرة أو أكثر كل أسبوعين 0

مرة أو أكثر كل ثلاثة أسابيع 0

لا شيء مما ذكر 0

• كم عدد المرات التي تحدث بها نوبة الشراهة في الأسبوع ؟

ولا مرة 0

1-3 0

4-7 0

8-13 0

14 فأكثر 0

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	خلال الأشهر الثلاثة الماضية .					
2	أتناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع					
3	أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.					
4	أتناول مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.					
5	أتناول الطعام بشراهة في الظروف والأوقات العادية.					
6	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها.					
7	ألجأ للصوم (أوعدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.					
8	أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.					
9	أشعر بأنني أكل بشكل أسرع من المعتاد.					
10	أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.					
11	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.					
12	أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت أكثر مما يتناوله الآخرون.					
13	أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بعدم الراحة من الامتلاء والتخمة (صعوبة الحركة أو القيام من مكاني).					
14	أجبر نفسي على التقهقر بعد تناول الطعام لأتخلص منه.					



					بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالندم.	15
					أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	16
					أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	17
					بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالحزن والتعاسة.	18

فقدان الشهية العصبي

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	أراقب كمية الطعام التي أتناولها في الوجبة الرئيسية					
2	أخشى أن يزداد وزني وأصبح بديناً					
3	أراقب شكل جسدي في المرأة لألحظ أي ازدياد في وزني					
4	أحرص على عدم تناول أطعمة ذات سرعات حرارية عالية في وجبات الطعام الرئيسية					
5	أقيس وزني باستمرار خوفاً من أن يزداد					
6	أتعمد ارتداء الملابس الفضفاضة أو ذات اللون الداكن لأخفي وزني					
7	أقلل كمية الطعام التي أتناولها في الوجبة الواحدة					
8	أمارس التمارين أكثر من المعتاد لخفض وزني					
9	أتحسس جسدي إذا ازداد وزني أم لا					
10	الإرهاق الذي يصيبني لا شأن للنحافة بها					
11	يقول الآخرون أن محاولاتي لخفض الوزن أثرت على مظهري الخارجي					
12	ألجأ للصوم لخفض وزني					
13	أشعر بالرضا عن جسدي عندما أكون نحيفاً					
14	عندما بدأت بمراقبة طعامي انخفض وزني بشكل ملحوظ					
15	أرى أن انخفاض وزني الشديد لا يضر					

ملحق (7)

كتب تسهيل مهمة



جامعة اليرموك دائرة رئاسة الجامعة
YARMOUK UNIVERSITY Presidency Dept.

Reference: رقم: ١٨٨٦٠٠٠٠٠
Date: التاريخ: ١٤٤٠ / ذو القعدة / ٢٥ هـ
الموافق: ٢٠١٩ / تموز / ٢٥ م

عطوفة رئيس الجامعة الأردنية الأكرم
عطوفة رئيس جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية الأكرم
عطوفة رئيس جامعة مؤتة الأكرم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة شفاء حسين بكر
تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الطالبة شفاء حسين بكر، ورقمها الجامعي (٢٠١٦٢٢٠٠١٨) بدراسة بعنوان "القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية" وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية، تخصص إرشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة المرفقة إلكترونياً على عينة من طلبة جامعتكم الموقرة.

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام...

رئيس الجامعة
أ.د. زيدان عبد الكافي الكفافي

أردن - الأردن
فاكس: +٩٦٢ - ٢ - ٧٢٧٤٧٢٥
www.yu.edu.jo P.O. Box 566, Irbid, Jordan P: +962 - 2 - 7211111 F: +962 - 2 - 7274725 E-mail: yarmouk@yu.edu.jo, president@yu.edu.jo



٧٤ ١٠٠٧/٧.٤

مذكرة داخلية

التاريخ: ٢٠١٩/٧/٢٣

إلى: الأستاذ الدكتور رئيس الجامعة

التوقيع:

من: عميد كلية التربية

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الطالبة شفاء حسين بكر، ورقمها الجامعي (٢٠١٦٢٢٠٠١٨) بدراسة بعنوان "القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية" وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية، تخصص إرشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة المرفقة إلكترونياً على عينة من طلبة الجامعات الأردنية الحكومية.

أرجو التكرم بمخاطبة عطفة رؤساء الجامعات الأردنية الحكومية لتسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام



الرقم : ك.ت/١٠٧/٧٩٢
التاريخ : ١٧ / ذو القعدة / ١٤٤٠
الموافق : ١٨ / تموز / ٢٠١٩

جامعة اليرموك
دائرة الرئاسة / وادع
١٨ آب ٢٠١٩
الرقم : ٨٨٨
حول :
الأستاذ الدكتور رئيس الجامعة

مكتب العميد
كلية التربية

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة شفاء حسين بكر

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الطالبة شفاء حسين بكر، ورقمها الجامعي (٢٠١٦٢٢٠٠١٨) بدراسة بعنوان "القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية" وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية، تخصص إرشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة المرفقة إلكترونياً على عينة من طلبة الجامعة.

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

عميد كلية التربية

أ.د. نواف موسى شطناوي

عميد كلية التربية

مستند لائحة الاعيان لصفحة الاطلاع ١١٨٨

٨١١٨