



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة المسيلة



كلية: العلوم الاجتماعية والانسانية

التخصص: علم النفس العيادي

قسم: علم النفس

فاعلية برنامج علاجي معرفي جمعي في التخفيف من
حدة الادمان على التدخين
— دراسة تجريبية بولاية باتنة —

مذكرة في ضمن متطلبات شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف :

د/ الطاهر مجاهدي

إعداد الطالبة:

- بن بلاط كريمة .



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة المسيلة

كلية: العلوم الاجتماعية والانسانية التخصص: علم النفس العيادي

قسم: علم النفس

فاعلية برنامج علاجي معرفي جمعي في التخفيف من
حدة الادمان على التدخين
— دراسة تجريبية بولاية باتنة —

مذكرة في ضمن متطلبات شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف :

د/ الطاهر مجاهدي

إعداد الطالبة:

- بن بلاط كريمة .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر

الحمد لله والشكر لله عز وجل أن وفقنا وأعاننا على إنجاز هذا البحث.

ولكي لا نبخس الناس أشياءهم... نتقدم بالشكر الجزيل

إلى الأستاذ الفاضل: "الطاهر مجاهدي"

فلك أيها الأستاذ الفاضل فائق الشكر والامتنان، لقد تشرفنا بإشرافك على بحثنا هذا .

كما نتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل معلمينا وأساتذتنا وكل من علمنا حرفا فساهم به في إنجاز هذا البحث ونخص بالذكر الأستاذ عبد الحق بحاش الذي لم يبخل علينا بملاحظته القيمة وتشجيعه والذي كان الاخ والدليل المنهجي فتقبل أستاذ منا كل الاحترام والامتنان.

شكر خاص لأفراد العينة فردًا فردًا لتعاونهم معنا وكذلك لإدارة الثانوية التي استضفتنا وأكرمتنا وكانت خير مستضيف, ولكافة طاقمها ونخص بالذكر الأستاذ راجحي عمار الذي قدم لنا يد المساعدة في تطبيقنا للبرنامج, ولكل من ساعد في إنجاز هذا البحث.

وأخيرا نتقدم بالشكر والتقدير إلى كافة أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بالموافقة على المشاركة في المناقشة وإبداء الملاحظات العلمية التي ستغني المذكرة،

هذا جهدنا المتواضع فان وقع منا أي زلل في الرأي أو الخطأ في الأفكار فهو شأن كل باحث ناشئ

والله نسأل السداد والتوفيق انه نعم الولي ونعم النصير.

كريمة بن بلاط .

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي معرفي جمعي في التخفيف من حدة الإدمان على التدخين. وذلك بمقارنة النتائج المتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي. وقد قمنا بوضع سؤال رئيسي في بداية الدراسة والمتمثل في: هل للبرنامج العلاجي المعرفي الجمعي المقترح فاعلية في التخفيف من مستوى الإدمان لفئة المدخنين؟.

وقد تمت صياغة الفرضيات التالية:

للبرنامج العلاجي المعرفي الجمعي المقترح فاعلية في التخفيف من مستوى الإدمان لدى فئة المدخنين.

هناك تأثير للبرنامج العلاجي على مستويات التدخين بعد تطبيقه.

1- هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في تعديل البنية المعرفية لدى مدمني التدخين.

2- هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في حدة اللفتة نحو التدخين.

وقد قمنا بالاعتماد على المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة لتطبيق البرنامج العلاجي حيث يركز على التجريب لتأثير عامل واحد على أداء المجموعة موضوع الاهتمام. وذلك لقياسها قبل إدخال المتغير والمتمثل في تطبيق البرنامج العلاجي ثم إعادة قياسها بعد إدخاله. ولقد تم قياس المكونات المعرفية للإدمان على التدخين وكذلك قياس حدة اللفتة نحو التدخين وكذلك درجة الإدمان وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية كاختبار "ت" والمتوسط الحسابي .

وبهذه الدراسة التجريبية تم التوصل إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي الجمعي لفئة مدمني التدخين من خلال التخفيف في مستويات الإدمان وذلك بالتركيز على تعديل البنية المعرفية والتخفيف من حدة اللفتة نحو الإدمان على التدخين وكذلك التقليل من درجة الإدمان عليه.

وفي الأخير خلصت الدراسة إلى مجموعة من الاقتراحات أهمها:

- تنظيم دورات تكوينية في العلاجات المعرفية ويتم فيها التدريب على البرامج الجماعية وكيفية التحكم فيها.
- إجراء المزيد من الدراسات البحثية حول موضوع اقتراح وتصميم برامج علاجية لفئة المدمنين على التدخين.
- نقترح إعادة تطبيق هذه التجربة في العديد من المؤسسات والمراكز وعلى جميع المستويات العمرية.

و إمكانية تناول الموضوع من زوايا أخرى حيث يعتبر من المواضيع الجديدة في مجال الإدمان .

فهرس المحتويات

الصفحة

شكر وعرفان

الإهداء

ملخص الدراسة

مقدمة البحث أ

الاطار العام للدراسة :

- 1- الإشكالية 05
- 2- أهداف الدراسة 07
- 3- أهمية الدراسة 08
- 4- الدراسات السابقة والتعقيب عليها 08
- 5- فرضيات الدراسة 14
- 7- تحديد المفاهيم.....14

الفصل الأول: الإدمان

تمهيد

- 1- مفاهيم حول الإدمان 19
- 2- أسباب الإدمان 21
- 3- مضاعفات الإدمان 30
- 4- النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان 33
- 5- تشخيص الحالة الإدمانية 40

خلاصة جزئية

الفصل الثاني: الإدمان على التدخين

تمهيد

- 1- مفاهيم حول التدخين 44
- 2- أسباب التدخين 49
- 3- مضاعفات التدخين 52
- 4- الحكم الشرعي للتدخين 58
- 5- نظريات المفسرة للتدخين 60
- 6- تشخيص لحالة التدخين 67

خلاصة جزئية

الفصل الثالث: الاستراتيجيات العلاجية النفسية والوقائية للإدمان على التدخين

تمهيد

- 1- الاستراتيجيات العلاجية النفسية 72
- 2- بعض النماذج العلاجية النفسية للإدمان 78
- 3- بعض النماذج العلاجية النفسية للإدمان على التدخين 82
- 4- العلاجات الأخرى للإدمان على التدخين 91
- 4-1- الجانب العلاجي الدوائي 91
- 4-2- الجانب الوقائي التوجيهي 94

خلاصة جزئية

الدراسة الميدانية :

الفصل الأول منهجية البحث والإجراءات الميدانية

1- المنهج المستخدم	98
2- متغيرات البحث	100
3- خطوات تصميم وتنفيذ التجريب	101
4- تحديد عينة الدراسة	106
5- أدوات البحث	106
6- المعالجة الإحصائية	111
7- حدود البحث	111
- خلاصة جزئية	

الفصل الثاني: عرض وتحليل النتائج وتفسيرها

1- عرض وتحليل نتائج البحث	114
2- مناقشة النتائج وتفسيرها	127
اقتراحات البحث	129

الخاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الاستراتيجيات العلاجية النفسية	72
02	جدول يوضح معامل الثبات	101
03	جدول يوضح معامل الاتساق الداخلي	102
04	جدول يوضح معامل الثبات	103
05	جدول يوضح معامل الصدق التمييزي	103
06	درجات الصدق "ن" لكل بند من بنود تقدير حدة اللهفة نحو الإدمان	107
07	درجات الصدق "ن" لكل بند من بنود مقياس المكونات المعرفية للإدمان على التدخين	108
08	قيمة "ت" لمقياس المكونات المعرفية للمدمنين على تدخين السجائر	115
09	قيمة k^2 لبنود مقياس المكونات المعرفية للمدمنين على تدخين السجائر	116
10	قيمة "ت" لحدة اللهفة نحو الإدمان	124
11	النتائج الكلية للتطبيق القبلي والبعدي لمقياس فوجستروم	125
12	نتائج التطبيق القبلي والبعدي لمقياس فوجستروم	125

فهرس الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح تأثير التدخين	45
02	يوضح أهم مكونات السيجارة	47
03	يوضح سرطان الرئة	54

فهرس المخططات:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح كيفية تطبيق نموذج المعتقد الصحي على سلوك التوقف عن التدخين	64
02	توظيف مبادئ الإشراف الكلاسيكي في علاج الكحول	84
02	متغيرات البحث	100
03	التصميم التجريبي للدراسة	105
04	التصور الهيكلي للبرنامج العلاجي	110

مقدمة:

يعد الإدمان من الظواهر الوبائية التي تهدد كيان الفرد والمجتمع وذلك بمختلف أشكالها (المخدرات, الخمر, التدخين) وهي ظاهرة مرضية كفيفة بأن تنخر أركان امة بأسرها إذا ما انتشرت فيها لأنها أسرع انتشارا بين الشباب, عدة اليوم ومستقبل الغد, وبذلك فهي تشكل خطرا ملحوظا على أهم مصدر من مصادر التنمية ألا وهي التنمية البشرية فضلا عما تحمله من خطورة تتعلق بالتنمية الصحية, الاقتصادية, الاجتماعية, ولأنها ظاهرة وبائية متعددة التأثير والتفعيل, هذا ما جعل بعض العلماء يسمونها "إخطبوط العصر الحالي" وعصرنا الحالي لا يحتاج إلى مزيد من هذا, فقد يكفي ما يلاقيه الأفراد من قلق واكتئاب وضغوط متزايدة.

هذا إذا تحدثنا عن الإدمان بصفة عامة, أما إذا خصصنا وatinنا إلى التفصيل وأخذنا الإدمان على التدخين نموذجاً فإننا نجد الإدمان على التدخين ينفرد ويتميز عن أنواع التعاطي الأخرى في كونه يحظى بترويج كبير من طرف مؤسسات تجارية ضخمة ووطنية وعالمية تنفق بلايين الدولارات كل عام لترويج التبغ الذي نعرف جميعاً ما يسببه من سرطانات وأمراض وعائية في القلب وغير ذلك من الأمراض, فنحن لا نستطيع تصوير حجم أضرار التدخين مهما قلنا, فالحقيقة أكبر بكثير من أن نعبر عنها في كلمات ويكفي أن علمنا اليوم يشهد وفاة شخص كل تسع ثوان بالأمرض التي يسببها تعاطي التبغ, وما لم نتكاثف جميعاً لإيقاف هذه الكارثة, فإنها ستظل تتفاقم حتى تصل في خلال ربع قرن إلى وفاة شخص بالأمرض الناجمة عن تعاطي التبغ كل ثلاث ثوان.

ومن هنا يمكن القول أن مشكلة الاعتماد على النيكوتين أو إدمان التدخين (التبغ) لا تقل أهمية وخطورة عن مشكلة الاعتماد على العقاقير, لأن النيكوتين عقار ولكن قد تظهر التأثيرات المدمرة للعقاقير الأخرى بصورة أسرع من تأثيرات التدخين لسجائر المحتوية على النيكوتين والتي قد تأخذ فترة أطول نسبياً حتى تتسبب في ظهور الأعراض الباثولوجية الناجمة عنها, وعلى ذلك فإن مساعدة المدخنين ومعتدي النيكوتين على التوقف والإقلاع, يعد واجباً علمياً من جهة, وقومياً من جهة أخرى, من أجل المحافظة على الصحة العامة والخاصة, ومن أجل حياة أفضل بلا تدخين, من خلال الاهتمام بالجانب التوعوي

لصحة الأفراد وكذلك الحرص على تصميم وتطبيق برامج علاجية أو إرشادية لكل الفئات العمرية التي تعاني من مشكلة الإدمان على التدخين وخاصة وأنها أمام مشكل الانتشار السريع واقتناع بعض الشبان والمراهقين بتعاطي التبغ.

لذا جاءتنا فكرة البحث في هذا الموضوع والإطلاع على الدراسات المتاحة لنا والتي تبحث في تخفيف من مستوى الإدمان على التدخين من خلال تعديل البنية المعرفية وتخفيف من حدة اللهفة نحو الإدمان والتقليل من درجة الإدمان، وارتأينا أن نتطرق له من خلال دراسة تجريبية والمتمثلة في اقتراح برنامج علاجي معرفي لفتة المدمنين على التدخين.

وقد وردت خطة البحث وفقا لذلك في جانبين الأول نظري والثاني ميداني:

أولا- الجانب النظري: واشتمل هذا الجانب على ثلاث فصول مقسمة كالآتي:

الفصل الأول: ويعتبر كفصل تمهيدي لهذه الدراسة، ويحتوي على الإطار العام للدراسة إذ يشتمل على إشكالية الدراسة، والأهمية والأهداف، ثم عرض بعض الدراسات التي حصلنا عليها والتي لها علاقة بموضوع دراستنا يليها تحديد الفروض التي ترمي الدراسة إلى التحقق منها، وبعدها تحديد المصطلحات الأساسية للدراسة.

الفصل الثاني: وقد كان عنوانه الإدمان على التدخين، والذي كان مقسما إلى جزئين، جزء تحدثنا فيه عن الإدمان وكل المفاهيم المتعلقة به، وأهم الأسباب المؤدية له والمضاعفات الناتجة عنه مروراً بالنظريات المفسرة للإدمان أما الجزء الثاني من هذا الفصل، فكان للتدخين حيث تناولنا فيه المفاهيم المتعلقة بالتدخين وأهم الأسباب المؤدية له والمضاعفات الناتجة عنه وكذلك عرضنا لأهم النظريات التي فسرت الإدمان على التدخين من زوايا متعددة كلا حسب وجهة نظره، وأخيرا تطرقنا لتشخيص الإدمان على التدخين.

الفصل الثالث: وقد عنوانه بالاستراتيجيات العلاجية النفسية والوقائية للإدمان على التدخين، وقد تطرقنا من خلاله إلى أنواع العلاجات الكبرى أو أهم العلاجات وأكثرها تداولاً، ثم تناولنا بعض النماذج العلاجية الخاصة بالإدمان على المخدرات والكحول نموذجاً ثم تطرقنا إلى النموذج الخاص بالإدمان على التدخين،

وفي نهاية هذا الفصل كان بذكرنا لأنواع العلاجات الأخرى للإدمان على التدخين سواء من الناحية العلاجية الدوائية أو الجانب الوقائي التوجيهي.

ثانيا: الجانب الميداني: واشتمل على فصلين:

الفصل الرابع: وتناولنا فيه منهجية البحث, والإجراءات الميدانية المتبعة, مع شرح البرنامج العلاجي المعرفي الجماعي المقترح لفئة المدمنين على التدخين.

الفصل الخامس : وكان لعرض وتحليل النتائج, وتفسيرها واستنتاجات البحث التي توصلنا إليها على ضوء الفرضيات ومقترحاته.

فصل التعريف بالدراسة

- 1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها
- 2- أهداف الدراسة
- 3- أهمية الدراسة
- 4- الدراسات السابقة
- 5- الفرضيات
- 6- مفاهيم أساسية ومصطلحات الدراسة

1- الإشكالية:

تعتبر ظاهرة الإدمان من أخطر الظواهر التي تهدد المجتمعات الإنسانية حيث يقدر عدد المدمنين بصورة إجمالية 285 مليون مدمن (<http://www.Annabaa.Org>)، فهي تحتل الصدارة من حيث وبائيتها بين جميع الفئات خاصة الفئة الشابة والمراهقة، فقد كتبت مجلة تايمز الأمريكية في عددها الصادر في أبريل سنة 1979 أن عددا كبيرا من الأحداث يبدأ بشرب الخمر في سن العاشرة وأنه عددا آخر يصل إلى مرحلة الإدمان في سن المراهقة (عادل الدمرداش، ص 65)، ومن بين أكثر أنواع الإدمان انتشارا نجد الإدمان على التدخين، فلا شك في أن هذه الأخيرة هي أشد الأوبئة وأكثرها خطورة حيث يؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية أنه عدد الذين يلاقون حتفهم أو يعيشون حياة تعيسة مليئة بالأسقام والأمراض المزمنة من جراء التدخين يفوقون دون شك عدد الذين يلاقون حتفهم نتيجة الكوليرا والجذري والتيفويد مجتمعة في كل عام.

وقد جاء في تقرير الكلية الملكية للأطباء: "أن ثلاثة من كل عشرة يدخنون سيلاقون حتفهم بسبب أمراض ناتجة عن التدخين" وأيضا نجد تقرير من منظمة الصحة العالمية في قرار الجلسة السابعة والسبعون: "إن التدخين واستخدام التبغ يؤدي إلى 90% من جميع حالات سرطان الرئة، و75% من جميع حالات التهاب الكبد، الشعب الهوائية المزمنة وحالات انتفاخ أنساخ الرئة، بالإضافة إلى مساهمته الأكيدة في تسبب بضيق شرايين القلب، كذلك التدخين يسبب جملة من السرطانات (<http://www.agofos.com>)، أما من حيث الإحصائيات المحلية فقد جاء في دراسة قام بها البروفيسور سليم نفطي رئيس الأمراض الرئوية بمستشفى مصطفى باشا - الجزائر العاصمة - سنة 2008. والتي عرض نتائجها على الصحافة الوطنية، يوم 06 جويلية 2008 وجد أن 15000 شخص يموتون سنوياً جراء التدخين في الجزائر، من بينهم 7000 شخص يموتون بعد إصابتهم بذبحة قلبية، و4000 منهم يموتون بسرطان الرئة و2000 منهم جراء أمراض أخرى ناتجة عن التدخين كما أضاف أن 20000 حالة جديدة من السرطان تسجل كل عام كما أن استهلاك التبغ هو السبب الرئيسي للوفيات في الجزائر. (سارة أشواق بهلول، 2007، ص 14)

هذا إذا نظرنا للآثار الجانبية للتدخين من الناحية الطبية أما من الناحية النفسية فهي لا تقل خطورة عن سابقتها، فجل الدراسات تؤكد على أن الإدمان على التدخين أو السجائر لها آثار على الشخصية نظرا لأن التبغ يمثل إحدى المواد النفسية التي تسبب الاعتماد وهذا التأثير في شخصية المدمن على التدخين يكون من حيث المعتقدات، السمات المزاجية، تقدير الذات... الخ.

حيث نجد دراسة قام بها آيست (Aystt) سنة 1977 على عينة من طلاب الجامعة حيث أوضحت نتائجها أن الطلاب لديهم وعيا بالعلاقة القائمة بين التدخين والإصابة بالعديد من الأمراض، وفي دراسة قام بها لكيسجر (Lqsgez) وزملائه سنة 1988 تم قياس المعتقدات والاتجاهات نحو الصحة العامة والمشكلات النفسية التي تقترن بتدخين السجائر، وأوضحت النتائج أنه يوجد لدى المبحوثين معتقدات غير صحيحة ومعارف ضئيلة واهتمامات قليلة عن النتائج الصحية والمشكلات النفسية التي تترتب عن تدخين السجائر، في المقابل نتائج هذه الدراسات حاول تيتون (Taiton) سنة 1988 دراسة ما إذا كانت المعتقدات حول التدخين والصحة تمكننا من التنبؤ بالمشاركة في برنامج للإقلاع عن التدخين في الوقت الحالي وفي المستقبل وأظهرت النتائج أن الأشخاص الذين أقبلوا عن التدخين لديهم معتقدات قوية عن رغبتهم في التوقف عن التدخين ومعتقدات قوية عن النتائج الصحية التي تترتب على التدخين، كذلك قام داوولي (Dawli) وزملاؤه سنة 1985 بدراسة العلاقة بين معدل التدخين والاتجاهات نحو التدخين لدى عينتين: إحداهما من المدخنين والأخرى من غير المدخنين وأوضحت النتائج أنه كلما زاد عدد السجائر التي يدخنها الشخص زاد احتمال إنكاره للمخاطر والمشكلات الصحية المرتبطة بالتدخين.

وباعتبار التبغ يمثل إحدى المواد النفسية التي تسبب الاعتماد فهذا يعني أن أي محاولة للإقلاع عن التدخين ينتج عنه أعراض انسحابية فعلية الإقلاع ليست بالسهولة التي نتخيلها، لذا لا يجب أن يكون الاهتمام من ناحية التطهير الجسدي فقط لهذه المادة السامة (النيكوتين). هذا ما يعني ضرورة وجود برامج علاجية مساندة خاصة لتلك البرامج التي تركز على النواحي النفسية ذلك تفاديا للحالات الانتكاسية والإخفاق في تغيير السلوك الإدماني (التدخين)، خاصة في ظل غياب مثل هذه البرامج في البيئة المحلية.

من هنا تبرز إشكالية البحث في مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح ذو الطبيعة الجماعية لفئة المدمنين على تدخين السجائر، مركزين على العلاج المعرفي وفقاً للمبادئ التي يعتمد عليها في تفسير الظواهر النفسية، فهو يسعى إلى تعديل البنية المعرفية من خلال تغيير الأفكار السلبية كونها تحتوى في أغلب الأحيان على تشوهات معرفية فكرية تأويلية مضخمة جداً بأخرى إيجابية ومنطقية.

ومن خلال ما سبق فإن إشكالية بحثنا تصاغ في التساؤلات الآتية ذكرها:

هل للبرنامج العلاجي المعرفي الجماعي المقترح فاعلية في التخفيف من مستوى الإدمان لفئة المدخنين؟.

ولتحقيق أهداف الدراسة وضعنا التساؤلات الفرعية الآتية:

التساؤلات الفرعية:

- 1- هل هناك تأثير للبرنامج العلاجي على مستويات التدخين بعد تطبيقه؟.
- 2- هل هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في تعديل البنية المعرفية لدى مدمني التدخين؟.
- 3- هل هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في حدة اللهفة نحو التدخين؟.
- 2- هدف البحث: يهدف هذا البحث إلى تحقيق جملة من الأهداف النظرية والتطبيقية تتحدد فيما يلي:

أولاً: الأهداف النظرية

- 1- إثراء المعرفة العلمية وزيادة الرصيد النظري حول مشكلة الإدمان على التدخين ومحاولة اقتراح برنامج علاجي معرفي جماعي لهذه الفئة.
- 2- تسليط الضوء على ظاهرة الإدمان على التدخين والتطرق إلى ما أمكن من التفسيرات المتعلقة بها والاستفادة من النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق برنامج علاجي.
- 3- دراسة إمكانية تطبيق برنامج علاجي معرفي جماعي موجه لفئة المدمنين على التدخين على المستوى المحلي نتيجة لإلحاحية هذه المشكلة من جهة ومن جهة أخرى بسبب ندرة البحث في هذا المجال ومن زاوية المجتمع المحلي على الخصوص.

ثانيا: الأهداف التطبيقية:

تهدف هذه الدراسة للوصول إلى تحقيق الأهداف التالية :

- 1- الكشف عما إذا كان هناك تأثير للبرنامج العلاجي على مستويات التدخين بعد تطبيقه .
 - 2- الكشف عما إذا كان هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في تعديل البنية المعرفية لدى مدمني التدخين .
 - 3- الكشف عما إذا كان هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في حدة اللهفة نحو التدخين .
- وعموما فقد تمحورت هذه الأهداف كلها في هدف رئيسي ألا وهو :
- معرفة ما إذا كان للبرنامج العلاجي المعرفي الجمعي فعالية في التخفيف من مستوى التدخين لدى أفراد عينة الدراسة .

3- أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث في أنها دراسة تجريبية تقوم على تطبيق برنامج علاجي معرفي جماعي يتم من خلال عدة جلسات علاجية مبنية على أهداف محددة, حيث تختص كل جلسة علاجية على هدف معين يساعد في تخفيف مستوى الإدمان على التدخين. وكذلك لكونه يثير احد المواضيع التي تعتبر أكثر هامشية بالنسبة للدراسات والأبحاث العلمية حيث نلمس شح في المعلومات المتعلقة بالتدخين وكذلك ندرة البرامج العلاجية سواء في المجتمع العربي أو المحلي ومنه نستطيع أن نلخص أهمية البحث في النقاط التالية:

- 1- كونه دراسة تجريبية تقوم على تطبيق برنامج علاجي معرفي جماعي.
- 2- يعتبر موضوع الإدمان على التدخين من أكثر المواضيع التي وضعت في هامش الدراسات والأبحاث العلمية.
- 3- قلة إن لم نقل ندرة البرامج العلاجية حول الإدمان على التدخين خاصة في المجتمع المحلي وهذا ما أظهرته الدراسات السابقة حول الموضوع.

4- الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: استراتيجيات العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح الأفكار وتعديل السلوك، لدكتور أمزيان وناس.

اعتمدت الدراسة على فرضية عامة:

العلاج النفسي للمساجين المدمنين على المخدرات عن طريق تصحيح تفكيرهم وتعديل سلوكهم يساعد على التخلص من الإدمان.

1- أدوات الدراسة: اعتمد الباحث على:

1. الاختبارات النفسية:

- قائمة حالة القلق ل: سييلرجر.
 - مقياس تقدير الذات ل: هانز إيزنك وهيلين ولسون.
 - مقياس تقدير الالهفة نحو الإدمان ل: مدحت عبد الحميد أبوزيد.
2. شبكة الملاحظة لسلوك المرتبط بالإدمان.

3. المقابلات.

4. المحاضرة، المناقشات، تحليل المضمون.

2- منهج الدراسة: المنهج الإكلينيكي الجماعي.

3- عينة الدراسة: مجتمع المساجين الموقوفين داخل مؤسسة عقابية المسماة (مؤسسة إعادة التأهيل).

4- حدود الدراسة:

1. الحدود المكانية: جرت الدراسة في مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة - الجزائر.
2. الحدود الزمانية: جرت الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة بين شهر جويلية من سنة 2005 إلى غاية جوان 2006.

5- نتائج الدراسة:

- العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي تساعدهم على تصحيح تفكيرهم وذلك ما يؤدي إلى تعديل في سلوكهم ومن ثمة تخليصهم من الإدمان على المخدرات.
- التأكيد على أن النتائج المتوصل إليها لا يمكن تعميمها على كل المجتمع العقابي في الجزائر. (أمزيان, 2006, ص ص 359-349)

تعليق: الملاحظ لهذه الدراسة يجد أن البرنامج العلاجي الذي تناولته اقتصر على الإدمان على المخدرات في المؤسسات العقابية هذا ما يجعل نتائجها تحتاج إلى تعميم أكثر على أنواع الإدمان الأخرى.

الدراسة الثانية: أبعاد نسق المعتقدات حول تدخين السجائر ل: معتر عبد الله وعبد اللطيف محمد خليفة.

1- أدوات الدراسة:

- استخدم في هذه الدراسة مقياس واحدا هو مقياس المعتقدات حول التدخين السجائر وقد تكون المقياس في صورته الأولية من 62 بندا، يقيس 6 جوانب لتدخين السجائر وهي: أسباب البدء في التدخين وانتشار التدخين وسمات شخصية المدمن وتأثير التدخين على العلاقات الاجتماعية للمدخن.

2- منهج الدراسة: المنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي متمثلا في استخدام التحليل العاملي بشكل أساسي.

3- هدف الدراسة: الكشف عن أهم أبعاد المعتقدات حول التدخين لسجائر لدى كل من المدخنين وغير المدخنين.

4. عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 390 مبحوثا من الذكور موزعين على عينتين مدخنة وغير مدخنة.

العينة المدخنة تكونت من 205 مبحوث من الذكور المدمنين على تدخين السجائر بصورة منتظمة بمتوسط عمري مقداره 28.11 عاما وانحراف معياري 18.94 عاما. عينة غير المدخنين: تكونت من 185 مبحوثا من الذكور غير المدخنين بمتوسط عمري مقداره 27.53 عاما وانحراف معياري 8.85 عاما.

5- حدود الدراسة:

- الحدود المكانية: مصر (القاهرة).
 - الحدود الزمنية: تم تطبيق مقياس المعتقدات حول تدخين السجائر ضمن بطارية مقاييس الدراسة الأساسية بدءا من شهر يناير عام 1990م وحتى أواخر شهر مايو من العام نفسه.
- 6- نتائج الدراسة:** كشفت النتائج عن أن هناك تشابه واضحا في مضمون العوامل التي تمثل نسق المعتقدات حول تدخين السجائر لدى كل من المدخنين وغير المدخنين كما تبين أن مجموعتي العوامل التي خرجت بها الدراسة سواء لدى المدخنين أم غير المدخنين أبعاد مستقلة، مما يعني أن نسق المعتقدات حول تدخين السجائر يتكون من مجموعة من المعتقدات تتسم بالتمايز والاستقلال فيما بينها. (سيد عبد الله، ص ص 70,03)

تعليق: تناولت هذه الدراسة الإدمان على التدخين من حيث نسق المعتقدات السائد لدى المدخنين وغير المدخنين والاكتفاء بإجراء مقارنة لنتائج المتوصل لها. فهي لم تتناول الجانب العلاجي للإدمان على التدخين.

الدراسة الثالثة: المعتقدات حول تدخين السجائر واقتراحها بكل من مركز التحكم والقلق ل: معتز سيد عبد الله وعبد اللطيف محمد خليفة.

1- فروض الدراسة:

- 1) لا نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي من مدخني السجائر في معتقداتهم حول التدخين.
- 2) لا نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي القلق ومنخفضي القلق من مدخني السجائر في معتقداتهم حول التدخين.

2- أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من ثلاثة مقاييس أساسية هي:

- مقياس المعتقدات حول تدخين السجائر أعده الباحث.
- مقياس مركز التحكم في التدعيم أعده روتر.

- مقياس تايلور للقلق الصريح.

3- منهج الدراسة: المنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الوصفي المقارن.

- ## 4- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 205 مبحوثا من الذكور المدخنين للسجائر بصورة منتظمة لمدة عام سابق بمتوسط عمري مقداره 28. 81 عاما وانحراف معياري 8. 91 عاما.

5- حدود الدراسة:

- حدود المكانية: مصر (القاهرة).
- حدود الزمنية: تم تطبيق بطارية مقاييس الدراسة الحالية في أواخر شهر يناير عام 1990 وانتهى في أواخر شهر مايو من نصف العام.

- ## 6- نتائج الدراسة: كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي، وبين منخفضي القلق ومرتفعي القلق في معظم المعتقدات حول تدخين السجائر.
- (سيد عبد الله، ص 135,71).

تعليق: الملاحظ لهذه الدراسة يجدها اقتصر على علاقة التأثير والتأثير بين المعتقدات وبين القلق ومركز التحكم بالنسبة للمدخنين.

الدراسة الرابعة:

1- عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج علاجي جماعي سلوكي معرفي (مهارات التأقلم) في الإقلاع عن التدخين وتخفيف قلقه.

2- مشكلة الدراسة: تتلخص مشكلة الدراسة في محاولة اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي جماعي سلوكي معرفي بطريقة التدريب على مهارات التأقلم في خفض القلق المتعلق بالتدخين والإقلاع عن التدخين.

3- أهداف الدراسة:

أ/ إعداد مقياس يتعلق بتقدير قلق التدخين والتحقق من خصائصه السيكومترية بتقنيته على عينة من المدخنين إلى قابلية العاملة.

ب/ ترجمة برنامج علاجي وإعداده، وتعديله لاختبار فاعليته في تخفيض قلق التدخين والمساعدة في الإقلاع عن التدخين لدى جماعة مكونة من أربعة مدخنين، وهذا البرنامج من إعداد رونالد كادين مع آخرين.

4- أهمية الدراسة:

- أهمية علاجية من خلال العلاج السلوكي المعرفي.
- فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في التعامل مع القلق.
- أهمية الأساليب التعليمية والمعرفية في الإقلاع عن التدخين.

5- فرضيات الدراسة: تلخص فروض الدراسة في فرضين هما:

أ/ احتواء البنية العاملة لمقياس قلق التدخين على عامل عام وعوامل فرعية ونوعية.

ب/ يوجد فرق جوهري بين درجات العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق التدخين يرجع لفاعلية البرنامج العلاجي الجماعي السلوكي المعرفي بطريقة تعلم مهارات التأقلم ومساعدته في الإقلاع عن التدخين.

6- العينة: انقسمت عينة الدراسة إلى عيتين هما:

أ/ **عينة أساسية:** وهي التي تتعلق بالفرض الأول الخاص بالبنية العائلية لمقياس قلق التدخين، فضلاً عن كونها عينة تقنية وبلغ قوامها (138) ذكر مدخناً، ولقد اختيرت بطريقة عشوائية من فئة الموظفين بعدة شركات بمدينة الإسكندرية، وأفراد العينة من فئتي التعليم الثانوي والجامعي، وكلهم من المتزوجين وبلغ متوسط عمرهم 36.40 عاماً الانحراف المعياري قدره 9.50 عاماً، والعينة في جملتها من المدخنين الشريين أي تدخين أكثر من 20 سيجارة يومياً ولمدة لا تقل عن تسع ساعات.

ب/ **عينة علاجية:** وهي تتعلق بالفرض الثاني لهذه الدراسة، وقوامها أربعة أفراد سحبوا من العينة الأساسية السابقة بناءً على ما يلي:

- 1- ارتفاع مستوى قلق التدخين لديهم.
 - 2- الرغبة في الإقلاع عن التدخين لديهم.
 - 3- الدافعية للاشتراك في البرنامج العلاجي للإقلاع عن التدخين.
 - 4- الاتفاق على الإقلاع قبل بدء البرنامج على أن يكون أول يوم في البرنامج هو أول أيام الإقلاع.
 - 5- **الأدوات:** تلخصت أدوات الدراسة في أداة واحدة في مقياس قلق التدخين من إعداد الباحث.
- نتائج الدراسة:** فيما يتعلق بانخفاض حدة قلق التدخين نتيجة فعالية البرنامج العلاجي المستخدم، أما فيما يتعلق بجزئية الإقلاع عن التدخين نتيجة الخضوع لهذا البرنامج فلقد أسفرت نتيجة المتابعة لمدة شهرين إن واحد من جملة العينة العلاجية نجح في الإقلاع عن التدخين والاستمرار في ذلك طوال مدة البرنامج العلاجي وطوال فترة المتابعة وأما باقي أفراد العينة (ثلاثة أفراد) فلقد توقفوا طوال فترة البرنامج وحتى منتصف فترة المتابعة ثم ارتكسوا، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي أثبت فاعليته بنسبة 100% في خفض

قلق التدخين واثبت فاعليته في الإقلاع عن التدخين فقط بنسبة 25% لأنه ساعد واحدا من أربعة في الإقلاع والاستمرار في التوقف عن التدخين. (عبد الحميد أبوزيد. 2008. ص ص 213 - 185).

التعليق: تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي تناولت برنامج علاجي وربطته بالإدمان على التدخين وذلك من خلال تطبيق مقياس القلق, حيث تبني الباحث الخلفية السلوكية المعرفية ما زاد الدراسة وزنا وثقلا, الشيء الوحيد الذي يؤخذ على هذه الدراسة هو أن العينة التي اعتمد عليها قليلة, ولكن رغم ذلك تبقى من الدراسات القليلة التي تناولت الإدمان على التدخين من الناحية العلاجية وهذا ما يتفق مع دراستنا الحالية وينير لها الطريق,

الدراسة الخامسة:

1- **موضوع الدراسة:** هي عبارة عن دراسة وصفية مسحية على عينة كبيرة جدا (عدة آلاف).

2- **عينة الدراسة:** عدة آلاف من المجتمع الأصلي (الشعب الجزائري) من الجنسين ذكور وإناث.

3- **منهج الدراسة:** اتبعت الدراسة المنهج الوصفي المسحي.

4- **أدوات دراسة:** استعملت هذه الدراسة مجموعة من الاستبيانات والاستمارات على نطاق واسع.

5- **أهداف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- إحصاء متوسط سن البداية للتدخين وكذلك كمية التبغ المدخن في اليوم.
- إحصاء استهلاك التبغ بالتدخين في الماضي من خلال تواتر تدخين التبغ يوميا في الماضي ومتوسط السن للإقلاع.

6- **نتائج الدراسة:**

- متوسط سن البداية في استهلاك التبغ بالتدخين هو 19.13 سنة, عند النساء هو 18.88 سنة وعند الرجال 19.13 سنة وفي الأوساط المدنية 18.88 سنة والأوساط الريفية 19.60 سنة.

- متوسط الكمية للتبغ المدخن في اليوم 14.77% سيجارة يتم تدخينها في اليوم , أما من حيث الجنس فالنساء المدخنات يدخن بمتوسط 9.91% سيجارة في اليوم أما من حيث الاستهلاك فهو قليل في المناطق الجغرافية الجنوبية 13,87% مقارنة بالمناطق الشمالية 14.99% سيجارة عند 45 إلى 59 سنة
- استهلاك التبغ في الماضي في أوساط الرجال وصلت نسبته إلى 40,72% في الوسط المدني وفي الشريحة العمرية 45.49 سنة, التدخين يوميا في الماضي 45.68%.
- متوسط السن للإقلاع هو 36.32 سنة, نلاحظ أن الإقلاع متأخراً جداً عند النساء 37.60 سنة مقارنة بالرجال 36.30 سنة, (المعهد الوطني للصحة الوطنية, 2007, ص ص 123-129)
- 5- **فرضيات الدراسة:** انطلاقاً من التساؤلات المطروحة تأتي فروض دراستنا كالتالي:
- الفرضية العامة:** للبرنامج العلاجي المعرفي الجمعي المقترح فعالية في التخفيف من مستوى الإدمان لدى فئة المدخنين.

الفرضيات الجزئية:

- 3- هناك تأثير للبرنامج العلاجي على مستويات التدخين بعد تطبيقه.
- 4- هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في تعديل البنية المعرفية لدى مدمني التدخين.
- 5- هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في حدة اللهفة نحو التدخين.
- 6- **تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث:**
- 1-6 **البرنامج العلاجي:** هو عبارة عن مجموعة من الجلسات, كل جلسة لها هدف معين موجه لفئة المدخنين, وذلك بالاستعانة بالأدوات المحددة وكذلك تقديم الواجبات المنزلية خلال نهاية كل جلسة. وهو ذو طبيعة جماعية أي علاج مجموعة من المدخنين في مكان واحد واستخدام نفس الأساليب, حيث يتبنى هذا البرنامج الخلفية النظرية المعرفية والتي تهتم بتحديد وتعديل البناء المعرفي لدى مدمني التدخين وذلك من خلال إزالة أو تصحيح الأفكار السلبية لديهم, لكونها تحتوي في اغلب الأحيان على تشوهات معرفية فكرية تأويلية مضخمة جداً.

6-2 الإدمان على التدخين: هو الاعتماد على التبغ أي استخدام الشخص للتبغ (في صورة سيجارة أو غير ذلك) بمعدل يوازي 10 سجائر (أي نصف علبة) يوميا وذلك لمدة شهر على الأقل ويصاحب ذلك واحدة أو أكثر من العلامات التالية:

- عدم القدرة على التخلي عن التدخين تماما أو التقليل منه بطريقة ملحوظة رغم المحاولات المتكررة لذلك.

- إذا توقف الفرد عن التدخين في هذه الحالة تقدم عليه بعض الأمراض النفسية والبدنية.

- قد يستمر المدخنون في عادة التدخين رغم علمهم بأنه قد يؤثر على زيادة معاناتهم من بعض الأمراض العضوية الخطيرة أصيبوا بالفعل بها مثل أمراض القلب والرئة.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإدمان

تمهيد

1- مفاهيم حول الإدمان

2- أسباب الإدمان

3- مضاعفات الإدمان

4- النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان

5- تشخيص الحالة الإدمانية

خلاصة جزئية

تمهيد:

يعتبر الإدمان من المفاهيم الصعبة التحديد، لأنه لغويا لديه عدة اصطلاحات، فهناك من يقول الإدمان أو إساءة الاستعمال أو الاعتماد أو الاستخدام القهري، كما أن رجال القانون ورجال الطب النفسي وعلماء الأدوية وعلماء الاجتماع وعلماء الاقتصاد كل منهم ينظر إلى الإدمان بطريقة مختلفة، فهو بالنسبة للطبيب مشكلة صحية عامة لأنه يسبب أمراضا جسمية كثيرة تصيب المدمن في الكبد والجهاز المعوي والجهاز الهضمي والجهاز التناسلي وبالنسبة لرجال القانون يمثل مخالفة لقواعد وأعراف المجتمع وخروجاً عن القانون وهو يستوجب العقاب أو العلاج، كما يعتبره طب الأمراض العقلية حالة عقلية تنتاب أنماط معينة من الناس لهم شخصية معتلة، وبالنسبة لرجال الاقتصاد فالإدمان عبارة عن سوء توزيع في الدخل وتعطيل للقوى البشرية المنتجة ويسبب نقص في الإنتاجية، وهو بالنسبة لعلماء الاجتماع نتاج الفقر والبيئات الدنيا والضغط الاجتماعي ومسايرة قيم عدائية تجاه المجتمع، أما بالنسبة لعلماء النفس فهو اضطراب خطير وخلل في الشخصية واعتماد قهري على يجعل الفرد يفضل الإشباع العاجل على الإشباع الآجل والذي يكون مصحوبا بمشاعر الإحباط الاجتماعي والمعاناة من القلق الحاد والإصابة باضطرابات عقلية لفترات مختلفة، فهو مشكلة أساسية من مشاكل الصحة النفسية وسوء التوافق، وهو طريقة لحل الصراعات، وأن التخلص منه يتطلب إعادة تنظيم شخصية المدمن وتقويتها أو زيادة استبصاره بذاته، ومن الناحية الفارماكولوجية فإن الإدمان مرادف للاعتماد الفسيولوجي، ويقصد بذلك أنه ينتج حالة من التعاطي المتكرر التي إذا منع منها المدمن أصيب باضطرابات فسيولوجية أو ما يسمى بأعراض الامتناع، وهذه الاضطرابات عادة ما يمكن تفسيرها فارماكولوجيا، (عبد المنعم، 2003، ص 184).

1- مفاهيم حول الإدمان:

1-1- تعريف الإدمان:

يعرف الإدمان بأنه الحد الأدنى الذي تفسد معه الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد المدمن حيث يصل إلى صورة مركبة مقعدة تتميز ببعض السمات مثل الرغبة الملحة في تكرار التعاطي والاتجاه نحو زيادة الكمية والتأثيرات السلبية على الفرد وعلى الوسط الاجتماعي المحيط به. (الوايلي، 2003، ص 12)

وهناك من يعرف الإدمان على أنه اعتماد سيكولوجي وفي بعض الحالات فسيولوجي أيضا على تعاطي الخمور والعقاقير المخدرة والدخان.. (الشهري، 2005، ص 8)

1-2- تصنيف المواد المحدثّة للاعتماد:

تتباين الدراسات التي تناولت المواد المخدرة فيما بينها من حيث المواد المحدثّة للاعتماد فان البعض ركز على مواد دون غيرها والبعض ركز على مواد أخرى وهناك تصنيفات مختلفة نختار إحداها لغرض الدراسة الراهنة وهي التي ساقها مصطفى سويف (1996) وعرف فيها المواد المحدثّة للاعتماد بأنها مواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي فتحدث حالة نفسية أو عضوية أو كليهما معا. ولكن بمجرد نشوء حالة اعتماد فسوف تختلف خصائص باختلاف فئة المادة النفسية المعينة، وفيما يلي حصر بفئات هذه المواد:

- 1- فئة الكحوليات: وتشمل جميع المشروبات الكحولية.
- 2- فئة الأمفيتامينات: مثل الأمفيتامينات والدكسامفيتامين والميتايلفينيديل.
- 3- فئة الباربيتورات: مثل الباربيتورات خاصة ذات التأثير قصير المدى ومتوسط المدى، ومواد أخرى ذات تأثير مهدئ مثل الكلور ديازيبوكسيد.
- 4- فئة الفنتانيات: مثل مستحضرات القنب، مما في ذلك الماروانا (كما هو معروف في المغرب) والكيف (كما هو معروف في شمال إفريقيا) والبانج والكاراس (كما هو الحال في الهند). والحشيش (كما هو معروف في مصر).
- 5- فئة الكوكايين: وتشمل الكوكايين وأوراق الكوكا، والكراك.
- 6- فئة المهلوسات (أي مهدئات الهلوس) مثل الميسكالين (المعروف باسم LSD)
- 7- فئة القات.

- 8- فئة الأفيونات (أو المورفينات): مثل الأفيون , والمورفين والهيريون , الكوديين , وبعض العقاقير المخلقة وذات الآثار الشبيهة بآثار المورفين , الميثادون.
- 9- فئة المواد الطيارة (الاستنشاقية): مثل الأسيتون وبعض المواد المستخدمة في التخدير مثل الأثير والكلورفورم.
- 10- فئة الطباقي (النيكوتين).
- 11- فئة البن والشاي (الكافيين). (رجيعة، 2009، ص ص 2- 1)

1-3- خصائص الإدمان:

- قوة قهرية تولد لدى المدمن رغبة ملحة لتعاطي المخدر والحصول عليه بأي وسيلة.
- ذو اتجاه مستمر لزيادة الجرعة من طرف المدمن لأن الجرعة السابقة لا تشبع رغبة المدمن.
- يسبب الاعتماد النفسي والجسمي على المخدر بحيث من الصعب عليه الاستغناء عنه.
- يتسبب في ظهور مظاهر فسيولوجية على المدمن من خلال المشي والكلام وعلامات الوجه.
- تصيب من يتوقف عن تعاطي المخدرات ويريد فك الارتباط مع الإدمان أعراض جانبية شديدة تكون لديها تأثير مدمر على الفرد والمجتمع. (الحجار، 1992، ص 23).

1-4- أنواع التعاطي:

من خلال ملاحظة ظاهرة تعاطي المخدرات يمكن استنتاج عدة أنواع من التعاطي تعد نتيجة حتمية لهذه العملية وذلك حسب شدتها وتكرارها وأهمها ما يلي:

- التعاطي الاستطلاعي:

تعتبر الرغبة في التعرف عن قرب على طبيعة المخدرات هي الدافع الرئيسي إلى بداية التعاطي، وهي رغبة تتأرجح وتتسبب من خلال الإشاعات التي تروج حول المخدرات، وكثيرا ما يلعب دافع حب الاستطلاع دورا أساسيا في تجربة المخدر، وقد يعود ذلك أيضا إلى إلحاح الرفاق الذي يبالبون في أهمية الخصائص التي ينسبونها للمادة المخدرة وآثارها على نفوسهم وأجسادهم، وتكاد الدراسات كلها تتفق على أن أكثرية مستعملي المخدرات بغرض الاستطلاع لا يصبحون من المدمنين عليها، إذ أن مجرد إشباع هؤلاء لفضولهم وحصولهم على مكانة بين أقرانهم واكتشافهم أن آثار المخدر لا تساوي مطلقا الأخطار الناشئة عنها فإنهم سرعان ما يبتذونه، وتكرار هذا النوع من تعاطي المخدرات يحدث من مرة إلى ثلاث مرات طيلة

العمر، وقد يكون التعاطي الاستطلاعي بداية للتعاطي المتكرر خاصة إذا صادف في نفس الشخص ميلا لذلك أو إذا ساهم المخدر في تهدئة مزاجه المضطرب لسبب ما من الأسباب. (عسكر، 2005، ص 21).

- التعاطي العرضي:

وهو التعاطي الذي يكون في مناسبات معينة أين يتم تناول المخدر حال توفره وتيسره وفي سياق اجتماعي معين كالأفراد والحفلات وغيرها، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه متعمدا ومن أهم أسباب استمرار التعاطي العرضي نجد الأسباب الاجتماعية وهي لا تختلف كثيرا عن تلك التي تدفع إلى تناول الكحول منحين لآخر، فهو ييسر التفاعل الاجتماعي ويعطي الشعور بالراحة النفسية وبالمرح وما إلى ذلك، وتجدر الإشارة إلى أن معظم مجربي المخدرات لا يستمرون في تعاطيها وحتى إن استمروا فإن ذلك يكون في فترات متقطعة. (عسكر، 2005، ص 22)

- التعاطي المنتظم:

إن التعاطي المنتظم يشبه الإدمان في صورته الأولية من حيث أسبابه وشدة الحاجة إليه وفي هذا النوع من أنواع التعاطي يدخل مفهوم التبعية النفسية في الحسبان، أما الأسباب التي تدفع إلى التعاطي المنتظم تكون أكثر تنوعا واتصالا بشخصية المتعاطي من أسباب التعاطي الاستطلاعي أو العرضي كما تكون أكثر بمفعول المخدر سواء كان منشطا أو مثبطا أو مسكنا. (عسكر، 2005، ص 22).

- التعاطي القهري:

وهو الإدمان بالتعبير الدقيق للكلمة، وفي هذا النوع يكون تناول المخدر بصفة متكررة وفي فترات متقاربة، والشيء المهم في هذا الشكل من التعاطي هو درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد، فعندما ينفق الفرد الجانب الأكبر من وقته وتفكيره وطاقته في البحث عن المخدر وتناوله ومناقشة آثاره مع اقتصره فقط على مرافقته للمتعاطين، عندئذ يصبح التعاطي قهريا ويكون الفرد تابعا نفسيا للمخدر معين أو مجموعة من المخدرات المختلفة. (عسكر، 2005، ص 22).

2- أسباب الإدمان:

إن الإدمان كما اتضح علميا ظاهرة معقدة متعددة الأسباب، وذلك يشبه الإدمان بمرض معدي كمرض السل، فمرض السل يعتمد على ثلاثة عوامل تتفاعل مع بعضها البعض لتؤدي في النهاية إلى

أعراض جسدية معينة نصيب الرأسين أساسا ثم أعضاء أخرى، فالإدمان كذلك يعتمد على ثلاث عوامل أساسية وهي شخصية المدمن، نوع العقار، وكذلك طريقة استعماله لهذا العقار.

ويقول بعض الباحثين إن كيان الإنسان النفسي الخاص يلعب دورا رئيسيا في احتمال أن يكون الشخص مدمنا أم لا، إن المدمن هو إنسان لديه استعداد نفسي لكي يكون مدمنا، ومعظم الذين يقعون

في دائرة الإدمان هم بالدرجة الأولى الأفراد الذين لم يتمكنوا من التوافق مع حالتهم، والذين يخفون اضطرابات نفسية عميقة، قد تعود إلى طفولتهم الأولى وأساليب التربية المعتمدة في مرحلة الطفولة، إضافة إلى الاضطرابات العائلية بين الزوجين وتأثيرها على النحو النفسي والانفعالي سواء في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد فيما بعد (عبد المنعم، 2003، ص 190).

ويمكن أن أوضح أهمية العلاقات القائمة بين الطفل وأمه في طفولته الأولى، إذ أن الأم تعتبر مصدر الحماية بالنسبة للطفل، وهي التي تؤمن له الحاجات البيولوجية والنفسية وبالتالي تؤمن له الاستقرار النفسي والنمو المتكامل، وفي غياب هذه العلاقة الإيجابية توجد علاقة من نوع معاكس وهي التي تكون مسئولة بدرجة أو بأخرى عن كل إحساس بالدونية والنقص وعدم الثقة، وتكون السبب في الكثير من الانحرافات السلوكية والأمراض النفسية العقلية.

يقول ب. برنار *Paul Bernard*: "إن الأم هي أول موضوع يميزه الطفل عن ذاته ولذلك تكون أول علاقة للطفل مع الآخرين هي علاقته بأمه، ويمكن لهذه العلاقة أن تحدد موقفا أساسيا وغير واعي يتحكم في كل العلاقات المستقبلية (دردار، 2005، ص 18).

في حين يرى باحثون آخرون أن الإدمان يعود إلى أسباب ومواقف اجتماعية وحياتية بحتة، ولكن السؤال المطروح لماذا يستمر البعض في تعاطي المخدرات؟ في حين يتوقف البعض الآخر عن الاستمرار في ذلك.

يقول الخبراء على السؤال: إن الأمر الطبيعي هو استمرار الإنسان في تعاطي المخدر، بالإضافة إلى توفر العوامل المساعدة التي تساعد على الاستمرار، أما التوقف فهم يرجعونه إلى شخصية المتعاطي وثقافته وخلفيته الاجتماعية، وخاصة إلى الضبط الاجتماعي القوي الذي يكون له دور فعال عند بدء تعاطي المخدر، وقبل استفحال العادة وانقلابها إلى الإدمان (عبد المنعم، المرجع السابق، ص 192).

وعلى العموم، فإن العوامل المساعدة على حدوث الإدمان عديدة جداً، يمكن أن نقسمها إلى ثلاث مجموعات رئيسية وذلك لتبسيط دراستها وهي:

- أ. العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل.
- ب. العوامل المساعدة التي تتعلق بشخصية المدمن نفسه.
- ج. العوامل المساعدة التي تتعلق ببيئة المدمن الاجتماعية.

2-1- العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل:

2-1-1- تركيب العقار وخواصه الكيميائية:

لكل مادة المواد الموجودة في الطبيعة تركيب خاص بها، وإن كانت بعض المواد تتشابه كثيراً أو قليلاً في تركيبها.

ولدى تناول أي عقار يطرأ عليه تغيرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي، وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء أخرى خاصة تسمى مستقبل العقار، أما إن تطابقت فيكون العقار فعالاً، وعليه فإن أحد العوامل الهامة المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيميائي، وتطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية.

لذلك نجد أن تفاعل مع أي عقار وبالتالي الإدمان عليه، يختلف من عقار إلى آخر، فالمنومات مثلا يدمن المرء عليها بعد استعمالها بنظام لمدة شهر تقريبا، بينما يدمن على الهيروين بعد ثلاث حقن في ثلاثة أيام متتالية، في حين لا يدمن المرء على الخمر إلا بعد تناوله بشكل مستمر حوالي 10 سنوات (أمریان، 2006، ص 197).

2-1-2- طريقة استعمال العقار:

يختلف تأثير نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي يتم فيها تعاطيه، فكما هو معلوم تستعمل المخدرات بعدة طرق نرتبها فيما يلي حسب نسبة خطورتها.

1. التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أكثر وسائل الاستعمال تأثيرا وإحداثا للإدمان.

2. التعاطي عن طريق الفم (جهاز المضم).

3. التعاطي عن طريق الأنف (الاستنشاق).

4. التعاطي عن طريق التدخين، وهو على الأقل خطورة في إحداث الإدمان.

ولا يخفى أن كل ذلك يتعلق أيضا بالكمية التي يستعملها الإنسان، وبمقدار تكرار الاستعمال، وانتظامه، أو بفترات متباعدة.

2-1-3- سهولة الحصول على العقار:

من الأمور البديهية أنه لا يمكن استعمال أي شيء دون الحصول عليه، كذلك فإن تكرار الاستعمال يتعلق بدرجة كبيرة بسهولة الحصول عليه، فصعوبة على الخمر أو استحالة ذلك تجعل تعاطيه صعبا أو مستحيلا، وبالتالي يكون احتمال الإدمان عليه قليلا جدًا أو معدوماً.

أما إذا توفر الخمر في المنزل، وبين أيدي أفراد الأسرة جميعاً، بحيث يستطيعون استهلاك الكمية التي يرغبون بها دون رقيب أو مسائلة، فإن تعاطي هذا الخمر، وتكرار ذلك يكون ميسوراً وسهلاً، وبالتالي يكون احتمال الإدمان عليه كبيراً، وما ينطبق على الخمر في مثالنا ينطبق على أي مخدر ومهما كان نوعه (الحجار، 1992، ص 35).

2-1-4- نظرة المجتمع للعقار:

يتأثر مقدار توفر العقار واستعماله وبالتالي الإدمان عليه لدرجة كبيرة بنظرة المجتمع لذلك العقار. ففي الغرب مثلاً لا يوجد أي حرج أو مانع من الاتجار بالخمر أو شربه من قبل أي فرد من أفراد الشعب.

لذلك يكون احتمال الإدمان عليه أكبر بكثير منه في بلد مسلم مثلاً لأن الشريعة الإسلامية حرمت بيعه (الحجار، المرجع السابق، ص 45).

2-2- العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه:

إن كل فرد له شخصيته الخاصة، وهو يختلف في مجموعة من الصفات عن فرد آخر له شخصية أخرى وتركيبية نفسية تختلف اختلافاً نوعياً وكمياً عن الفرد السابق، وهذا يفسر إدمان المخدرات عند بعض الأشخاص وعدم تعاطيها عن البعض الآخر.

إن العلاقة العاطفية التي تتكون من خلال إقامة علاقات بين الفرد منذ طفولته مع الأم ومع الأب يساهم بدرجة كبيرة في حدوث تكيف نفسي وانسجام مع الواقع المعاش، إذ نجد سوزان إزاكس *Susan Isacs*: " يعتقد أنه إذا ما كان التوجه نحو الأب يتحدد في غضون السنة الثانية فإنه ليس نادراً أنه منذ الوهلة الأولى يتجه الأطفال نحو آبائهم مثلما يتجهون نحو الآخرين الذي يعجبون بهم، والذين يمدونهم بالحب والأمن...".

وإذا فالعاطفة والحب والحنان التي يصدرها الطفل انطلاقاً من سنوات عمره الأولى ستدخل في حياته العاطفية، وتشكل قواماً أساسياً لقوى المركبات التي تساهم في بنيته النفسية وبالتالي في شخصيته، وتأطير سلوكه بعد ذلك نحو السواء أو الانحراف، وقد يتأثر الفرد بمجموعة من العوامل أهمها:

- العوامل الوراثية:

يظن بعض الباحثين بأن أولاد المدمنين مؤهلين أكثر من غيرهم للوقوع في براثن الإدمان، وأن إدمان كلا الوالدين يؤدي إلى إدمان عدد أكبر من الأولاد بالمقارنة مع إدمان أحدهما، ويرجع ذلك إلى أسباب وراثية، وهم يؤيدون رأيهم بدراسات أجروها على الحيوانات في المخابر، وبازدياد نسبة المدمنين

الجدد في أسر المدمنين القدامى، ومن الغريب في الأمر أن هؤلاء الباحثين يرجعون سبب هذه النقطة بالذات إلى الوراثة ولا يرجعونها إلى البيئة التي ينشأ فيها الابن، ولكن رغم هذه الدراسات الميدانية المخبرية التي أجريت لترتبط الإدمان بالعامل الوراثي إلا أنه لا يوجد دليل واحد قاطع يثبت جدية هذه العلاقة (عسكر، 2005، ص 25).

- شخصية المدمن:

يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها، فالإنسان يحتاج إلى القيم الاجتماعية والمبادئ الأخلاقية والمعتقدات الدينية بقدر حاجته إلى الطعام والشراب والهواء، فهو يحتاج إلى أن يشعر بوجوده ككائن وبقيمته في المجتمع، لما يحتاج إلى الحرية، وإلى هوية ينتسب إليها، لأن الإنسان بحاجة إلى الانتماء إلى شيء محدد، فهو إن لم ينتم إلى شيء فهو لا شيء، كما يحتاج إلى وجود سلطة تضبط تصرفاته وترشده إلى ما فيه خير ومنفعة وهدوء واستقرار.

ويرجع العلماء فشل الإنسان وفشل المجتمع كله إلى وجود خلل واضطراب في بنية المجتمع الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والتعليمية، وهذا الفشل وخاصة عند الشباب يسبب شعوراً بالعجز

والسخط والتوتر والقلق والألم والانتقاص من قيمة وقدر الإنسان، مما يدفع المرء إلى السخط على مجتمعه، والتمرد عليه وعلى مبادئه، وهكذا يلجأ الفرد أو المجموعة إلى الأساليب التي تخفف عنهم شعورهم بالاضطهاد والدونية، وقد قام بعض العلماء بمراقبة ودراسة نماذج مختلفة من البشر من سن الطفولة ولمدة سنوات تالية، وأجروا تحاليل نفسية ودراسات مستفيضة لكل تلك الحالات، وخرجوا منها بعدة آراء معقدة، وصنفوا شخصية المدمن بعدة تصنيفات نذكر منها كمثال تصنيف كيسيل وإلتون *Kessel and Walton* الذي قسم شخصية المدمن إلى عدة أصناف هي:

- مدمن أناني:

وهو الشخص الذي يصر على إشباع رغباته دون تأخير، وهذا يلجأ إلى المخدرات للتعويض عن اصطدام أنانيته بواقع الحياة.

- مدمن ناقص النضج:

وهو شخص اتكالي يعتمد على الآخرين ولا يستطيع الاعتماد على نفسه، وتحمل أعباء الحياة، فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ليخفف من شعوره بالمرارة بسبب فشله المتكرر في معركة الحياة.

- مدمن غير ناضج جنسيا:

كالشخص المصاب بضعف المقدرة الجنسية، أو كحالة الخجل الشديد من ممارسة الجنس، أو وجود ميل إلى الشذوذ الجنسي، أو لأسباب جنسية أخرى أكثر تعقيدا.

- مدمن دائم التوتر والقلق:

وهذا الصنف يلجأ إلى المخدرات لتجاوز حالة القلق والتوتر التي يعاني منها زيادة إلى القلق والتوتر العصبي، فالإحباطات المتكررة (*Frustrations*) وذلك بكثرة مطالب التقدم الحضاري مع نقص في الإمكانيات المادية للفرق لحدث حالة من الاكتئاب واليأس والقنوط.

إضافة إلى ما سبق ذكره قد يشكل الصراع النفسي أيضاً وسيلة للجوء إلى المخدرات وذلك للهروب من أي شكل من أشكال الصراع سواء داخل الأسرة أو خارجها (عسكر، 2005، ص 27).

إن القلق أو التوتر العصبي الذي يحدث إثر العمليات بين الإحباط والصراع النفسي قد ينشأ من خلال الصراع القائم بين الدوافع والرغبات مع الواقع، فمعاناة الفرد من القلق تدفعه إلى طلب الراحة والتخلص من التوتر مما يجعله يلجأ إلى المخدرات، وهذا ما أشارت إليه بعض البحوث التي أجريت على الطلبة الثانويين حيث وجد أن 5/1 منهم يتعاطون المخدرات للتقليل من قلقهم وزيادة الثقة بأنفسهم.

ومن حيث النتيجة يمكننا القول أنه لا توجد شخصية معينة مؤهلة للوقوع في الإدمان ولكن بشكل عام يمثل التوتر، والقلق، والأرق، والملل، والاكتئاب، وضعف الشخصية، واعتلال من الناحية الجنسية، وأصدقاء السوء، وتفكك قيم المجتمع الأخلاقية والدينية، والفراغ النفسي والجهل وحب الاستطلاع، والرغبة في الإثارة وغيرها، أسباباً هامة تساعد على تعاطي المخدرات والوقوع في الإدمان (عبد المنعم، 2003، ص 85).

ومن المفيد أن نورد هنا ما أكدته نشرة شعبة المخدرات التابعة لهيئة الأمم المتحدة الصادرة عام 1982 أن أهم الأسباب التي تؤدي إلى إدمان الشباب ما يلي:

1. تأثير الرفاق الآخرين وضغط رفاق السوء باتجاه تعاطي المخدرات.
2. تأثير الشباب بفكرة أن المخدرات تزيد من السرور والانشراح والمتعة الجنسية.
3. وجود مشاكل اجتماعية كالبطالة، وتفكك الأسرة، والفقر، وعدم ممارسة الأب لصلاحياته والإحباط والتوتر والقلق.

4. شعور الفرد بأنه منبوذ وغير محبوب من طرف الآخرين.

5. زيادة إلى هذا يمكن ذكر اثر العامل الديني، فمن المسلم به أنه من الصعب على الإنسان المؤمن أن يتعاطى المخدرات أو أن يخالف أمر الله بشكل مطلق، وكلما كان إيمان الفرد بالله قويا كان إيمانه بوجود حلول.

لمشاكله قويا، وكان احتمال الانزلاق والوقوع في عالم المخدرات ضعيفا والعكس صحيح (عبد المنعم، 2003، ص 86).

2-3- العوامل التي تتعلق ببيئة ومجتمع المدمن:

تلعب البيئة دورا فعالا في جميع نواحي الحياة، ويبدأ تأثير البيئة على الإنسان كما هو معلوم من الأسرة ومنذ الطفولة الأولى، فهذا المنزل المكون من الأب والأم والأخوة هو المدرسة الأولى التي يتعلم المرء فيها أمور الحياة، يتبع ذلك عادات وتقاليد الأسرة التي تنبع بشكل عام من المجتمع الذي يعيشون فيه والدين الذي يعتقدونه وغير ذلك من العوامل ويمكن ذكر أهم العوامل التي تتعلق بالبيئة التي يعيش فيها المدمن كالتالي:

2-3-1- العوامل الاجتماعية: ويمكن حصرها في العوامل التي تحيط بالفرد فتدفعه إلى تعاطي المخدرات، وهي كثيرة ومتنوعة منها:
المحيط الأسري:

حظيت الأسرة بقدر كبير من اهتمام الباحثين فيما يتعلق بإسهاماتها في إقبال الشباب على تعاطي المخدرات بجملة من العوامل الأسرية منها علاقة الآباء بالأبناء، حيث أشارت دراسة *D. G. Hunt* إلى أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التفكك فإن احتمال تعاطي الأبناء للمخدرات يزداد، وإذا كان يغلب عليها روح التسلط كان الإقبال على التعاطي متوسطا، أما إذا كانت العلاقة ديمقراطية فإن الإقبال يكون ضئيلا، ومن العوامل الأسرية أيضا التفكك الأسري حيث أشار كل من إينور وشلدون (*Elenor et shelden*) أن متعاطي المخدرات من الأحداث المنحرفين غالبا ما يكونون من أسر لا

يتوفر فيها وجود الأبوين, ويسودها التفكك العائلي بسبب الطلاق أو الهجر, وتتميز هذه الأسر بتفككها القيمي وضعف الرقابة وبالتالي غياب عنصر احترام الوالدين والالتزام بالقيم الأسرية, إضافة إلى التفكك فإن انشغال الوالدين بالكسب المادي أو تحقيق النجاح الشخصي يؤدي إلى حرمان الأطفال من التوجيه والرعاية, زيادة إلى ضعف الوازع الديني والأخلاقي للوالدين يعيق تكوين الذات الأخلاقية لدى الطفل أو المراهق إلى جانب كثرة المشاكل العائلية مما يجعل الحق الأسري مملوء بالاضطراب وغير ملائم للنمو العقلي السليم(الدمرداش، 1982، ص 34).

وتوصلت بعض الدراسات إلى الإشارة بوجود جملة من المؤشرات تعتبر كعوامل تؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات بخصوص الأسرة وهي كالتالي:

- ❖ انخفاض الدخل الأسري وسوء الأحوال السكنية.
 - ❖ وجود حالات من الخصام الدائم والحاد بين الوالدين.
 - ❖ وجود حالات من الانفصال كالطلاق والهجر.
 - ❖ وجود حالات وفاة أحد الوالدين أو كلا الوالدين.
 - ❖ وجود حالات الانحراف وتعاطي المخدرات في أسر متعاطي المخدرات.
- المدرسة ورفاق السوء:**

إن المدرسة التي تعمل على الحفاظ على التركيبة الاجتماعية لأي مجتمع بل وتساعد على استمرار هذه التركيبة وتطويرها, وهي التي تكون الأرضية الخصبة لعملية التعلم والتعليم في جانبها الإيجابي, أما إذا اقتصرت على الجانب التعليمي دون الجانب التربوي فإنها تكون بمثابة المحرك نحو أعمال التخريب والتجريم والانحراف, ففي ظل انعدام الرقابة الحزمة من طرف الأولياء أو من طرف الإدارة يكفي وجود متعاطي واحد للمخدرات لنشر هذه الظاهرة المرضية لباقي زملائه ممن يشبهونه في الشخصية, كما أن رفاق السوء يسلكون أحد المتغيرات المرتبطة بظاهرة انتشار المخدرات, حيث توصلت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال إلى أن دور رفاق السوء كان كبيراً ومؤثراً في دفع بعضهم البعض لتعاطي المخدرات, وأنهم يسلكون المرتبة الأولى وبنسب مرتفعة في دفع الأفراد لتعاطي المخدرات, ومن بين هذه الدراسات الدراسة

التي قامت بها سلوى سليم حول أثر التغير الاجتماعي على تعاطي المخدرات, وقد اتضح من نتائجها أن من أهم الأسباب التي دعت أفراد عينة الدراسة إلى تعاطي المخدرات رفاق السوء بالمرتبة الأولى, ونسبة 30.5% كما أثبتت دراسة أخرى أن نسبة 88.5% من المتعاطين قد حصلوا على المخدر لتجريبه لأول مرة من أحد الأصدقاء, كما ذكرت الدراسة أن نسبة 96% من أفراد المجموعة التجريبية لعينة الدراسة تعرضوا لضغط وإغراء من أصدقائهم وزملائهم من المتعاطين (الدمرداش، 1982، ص 50).

التغير الاجتماعي:

يرجع البعض انتشار المخدرات وغيرها من السلوكيات الانحرافية إلى التغير الاجتماعي المفاجئ الذي حدث في البلدان المصنعة وعلى الأخص في البلدان المتطورة, إذ قد يؤدي التغير المفاجئ في القيم إلى اتجاه الأفراد نحو ممارسة بعض ألوان السلوك المنحرف, ويحدث ذلك فغي البلدان النامية حيث الشعور بوجود فرق كبير بين المجتمع المصنع والمجتمع النامي, وقد يتغير المجتمع ويأخذ شكلا جديدا يؤثر ذلك على تماسك الأسرة وعلى أفرادها نتيجة الصراع بين أسلوب الحياة الجديد والأسلوب القديم, فيكون هذا سببا للتعاطي والإدمان, كما أن احتكاك الشباب بوسائل الإعلام الغربية أكسبه نظرة أخرى لحياة (الدمرداش، 1982، ص 51).

إضافة إلى العوامل السابقة هناك عوامل أخرى تؤدي بدورها إلى الانحراف وتعاطي المخدرات منها عامل التحضر, فقد توصلت الدراسات التي عالجت هذا العامل إلى وجود علاقة بينه وبين تعاطي المخدرات ومن بين هذه الدراسات دراسة جيروس باتريك *Giros Patrick* سنة 1978 والتي نشرت في كتاب تحت عنوان " في الشارع مع الشباب " حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن عامل التحضر يؤدي إلى ظهور التشرد والتمرد والخروج عن قوانين المجتمع وقيمه.

وقد يرتبط تعاطي المخدرات أيضا بالظروف الاجتماعية السيئة مثل الحرمان, الفقر, البطالة, انخفاض المستوى التعليمي, قلة الخدمات الاجتماعية, سوء المسكن مما يؤدي إلى التوتر والقلق, ويجد بذلك المدن المخدرات الوسيلة الوحيدة للتخفيف من حدة قلقه وتوتره (عبد المنعم، 2003، ص 97).

2-3-2- العوامل الاقتصادية:

تلعب العوامل الاقتصادية دورا ايجابيا وفعالا في إدمان المخدرات فعلى سبيل المثال نجد أن العمال الأقل ثقافة في بريطانيا والذين يملكون فائضا من المال، يدمنون على الهيروين بشكل عام، أما الزوج في الولايات المتحدة الأمريكية وبسبب وضعهم الاقتصادي السيء يدمنون على المخدرات بكل أشكالها للهروب من واقعهم المرير وفقرهم الشديد، وفي فرنسا أيضا نلاحظ أن الدور القوي لشركات إنتاج الخمر، وما تقوم به من دعاية مغرية لاستهلاك منتجاتها يؤثر على الناس ويدفعهم بشكل غير مباشر إلى إدمان الخمر، وفي مجتمعنا العربي نجد أن الشباب المقهورين والذين لا يحصلون على ما يكفيهم من المال (ولا يأخذون فرصتهم في الدراسة أو في العمل) يلجئون إلى المخدرات ليهربوا من مرارة العيش. ورغم أن معظم الدراسات العالمية والبحوث أشارت إلى أن تعاطي المخدرات يكون أكثر انتشارا بين الطبقات الفقيرة عنه بين الطبقات الغنية، ومن بين هذه الدراسات دراسة سعد المغربي ودراسة المركز

القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية بمصر، إلا أن دراسة محمد شفيق أثبتت عكس ذلك، حيث وصل إلى نسبة كبيرة من أفراد العينة كان لديهم قدرات مادية عالية وتقدر هذه النسبة ب 7.47% وبالتالي لا يمكن اعتبار الحالة الاقتصادية دليلا ثابتا ومؤشرا قاطعا على دخول الأفراد في دائرة الإدمان بقدر ما يؤثر هذه الحالة على نوع المواد المخدرة التي يختارونها (عبد المنعم، 2003، ص 94).

3- مضاعفات الإدمان:

يقول الدكتور ديبوف (Dibove): "أن الحقنات الأولى من العقار المخدر تكون غير مرغوب فيها على الإطلاق، لما يتبعها من غثيان وقيء، ومن ثم يصبح الابتهاج والسرور عظيمين، وتستمر هذه المرحلة لأسابيع عديدة أو شهور، وبعدها لا يحصل المدمن من الحقن إلا على إيقاف اللهفة للعقار". (محمد عبد الله، 2004، ص 245)

وهذا يوضح لنا أن المدمن يحصل في فترة إدمانه الأولى فقط على مزيد من الانشراح والسعادة واللذة والشعور بالعظمة والثقة، يسميها أحد العلماء (سيتر) بشهر العسل حيث لا يلبث أن ينتقل بعدها إلى معاناة ومشاكل وآلام قاسية، ويمكن تفصيل مضاعفات الإدمان في أربع مجموعات رئيسية وهي:

1- مضاعفات تتعلق بالفرد المدمن.

2- مضاعفات تتعلق بالأسرة.

3- مضاعفات تتعلق بالدولة.

4- مضاعفات تتعلق بالمجتمع.

3-1- مضاعفات تتعلق بالفرد المدمن: نوجزها فيما يلي:

- التأثير وضرر الصحة:

إن تعاطي المخدرات يحطم الجسم ويستنفد قواه, فنجد شهيته معدومة والأسنان ناتئة, العينان مصفرتان وذابلتان, المثانة ملتهبة, التنفس صعب, الأكسجين في الدم قليل, الأعصاب متوترة... الخ (محمد عبد الله, 2004, ص 247).

- تحطيم الشخصية والإرادة النفسية:

يرتبط المدمن بالعقار الذي أدمن عليه فيصبح إنسانا مسلوبا الإرادة لا حول قوة فلا يستطيع الابتعاد عنه مهما كانت الأسباب, وإن أراد ذلك, إذ يلجأ إلى كافة الأساليب للحصول على مادة مخدرة (احتيال, كذب, سرقة, التظاهر بالمرض, قتل, دعارة, ممارسة الشذوذ... وانتشارا لأمراض الجنسية... الخ).

- التجرد من الأخلاق:

إن الشخص تحت تأثير مادة الإدمان لا يراعى للأخلاق حرمة البنت أو الأخت تحت تأثير المخدر, والكثير من المدمنين يمتهنون الدعارة والشذوذ الجنسي بغرض الحصول على المال لتوفير العقار المخدر. (مرجع سابق, 2004, ص 247).

- ارتفاع نسبة الانتحار:

إن المدمن يكون مسلوب الإرادة, لا يفعل ولا يعرف حتى الخطر المحدق به, فإن كان سائقا تستهر به السرعة فيتسبب في كوارث مادية وبشرية, وإن كان في الطابق الرابع أو الخامس يعتقد أنه في الطابق الأرضي يكون مصيره الهلاك.

3-2 - مضاعفات تتعلق بالأسرة:

إن الأسرة هي النواة الأولى التي تحتضن الإنسان في ساعات عمرها الأولى, وفي مراحل تكوينه النفسي والجسدي المتتالية, وكلنا يعلم اليوم أثر البيئة والأسرة في مراحل الطفولة المختلفة, وما ينجم عليها من تعقيدات فيما بعد, إذا اعتبر تعاطي المخدرات من قبل أي فرد من أفراد الأسرة وخاصة أحد الأبوين سببا كافيا لتفكك الأسرة وفسادها في معظم الحالات وفيما أهم المضاعفات التي تصيب الأسرة:

- أثر إدمان المخدرات على التناسل:

إذ يترك إدمان المخدرات من قبل أحد الوالدين بصمات واضحة على الحمل والولادة، وبالأخص إذا كانت الأم هي المدمنة، فالمدمنات على الهيروين تفقدن الشهية، مما يضعف أجسادهن وينهكهن، ويصبن بفقر الدم، ونقص الفيتامينات، فالجنين يتأثر بكل ذلك بالإضافة إلى تأثيره بالمخدر (عطيات، 2000، ص 20).

وبما أن تعاطي المخدرات يسبب اضطراباً في كل أجهزة الجسم المختلفة، فيختل عملها ويصبح أداؤها ناقصاً، فإن ذلك يؤثر على الجنين أثناء الحمل، ويؤدي إلى حدوث تشوهات خلقية ونقص في النمو، مما يؤدي إلى ولادة الطفل مشوهاً أو ممسوخاً، وإذا قدر له أن يكون سليماً فإننا نجد أنه دون غيره وزناً وحجماً، ومستقبلاً يكون دون أقرانه ذكاً ومقدرة على مقاومة الأمراض وتحمل متاعب الحياة.

- انخفاض مردود الأسرة المادي:

تؤثر المخدرات على صحة وعقل المدمن، فيصبح دون المستوى الطبيعي الذي كان من المفروض أن يكون به، مما يعرضه لكثير من الاضطرابات الصحية والعقلية، ويعرضه لكثير من الأمراض التي تنهكه وتستطرف قواه، مما يضطره إلى التغيب كثيراً عن عمله، وإن حضر للعمل تكون قدرته على الإنتاج أقل، فيقل عمله، وبالتالي ينقص مردوده ودخله، فيحترف الأبناء السرقة والنصب والاحتيال والإجرام (عطيات، 2000، ص 24).

3-3- مضاعفات تتعلق بالمجتمع:

وهي مضاعفات وخيمة نظراً لما تسببه من أخطار مختلفة نوجزها فيما يلي:

- ازدياد نسبة الإجهاض:

لأن الفتاة المدمنة التي حملت دون زواج في المجتمع الغربي ترغب في التخلص من جنينها حتى لا يعيقها في معيشتها ولأنها أساساً تعود على حياة التحرر وعدم تحمل المسؤولية، وهذا الجنين ثمرة علاقة جنسية عابرة حدثت بينها وبين مدمن أو طالب لذة تحت الإدمان أي اللاوعي والكثيرات تمتن عند الإجهاض الغير طبي.

- ازدياد عدد الأطفال الغير شرعيين:

قد يغتصب المدمن فتاة عفيفة فتحمل ويكون من الصعب الإجهاض نظراً للخطورة على صحتها فتضطر إلى ولادة طفل مجهول الأب، وقد تمارس المدمنة الجنس مع معظم رفقاءها المقربين أو العابرين

فيصعب تحديد هوية المولود، وهكذا يأتي إلى هذا العالم أطفال غير شرعيين مجهولين الهوية يبقون يعانون عقدة الهوية طوال حياتهم، وأغلبهم يسلك طريق الإدمان والإجرام لنسيان ماضيه.

- ارتفاع معدل الجريمة:

دلت الدراسات والأبحاث على معظم الجرائم (قتل، سرقة، اغتصاب) تحدث تحت تأثير الإدمان فيكون الأسوياء ضحايا الأشقياء المدمنين.

ارتفاع نسبة حوادث المرور، وارتفاع عدد الكوارث والحرائق والانفجارات في المناجم والمصانع نتيجة لعدم إدراك العمال المدمنين لهذه الأخطار. (مرجع سابق، 2000، ص 27)

4- تفسير الإدمان:

4-1- التفسير البيولوجي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المدمنين على المخدرات مرضى يعانون من علة بدنية سواء كانت تشريحية أو فسيولوجية وهم يحتاجون للعلاج، وأوضحت الدراسات الوراثية المشتمة على حالات التبني والتوائم وجود خصائص تشير إلى أن العلة في الإدمان تكمن في وجود مكون وراثي يدفع بالفرد المريض إلى التعاطي بعيدا عن التأثيرات البيئية، وبذلك يعتبرون الإدمان على المخدرات عملية وراثية، (الشناوي وآخرون، 1988، ص 444).

ولايضاح تلك علاقة التي تربط الوراثة بالإدمان اتبع العلماء عدة طرق نذكر منها ما يلي:

دراسة الحيوانات في المختبر:

تمكن العلماء من تدريب الفئران في المختبر على شرب الخمر أو محلول يحتوي على الأفيون وإدمان أحدهما، ثم تبين أن بعضا من سلالة الفئران المدمنة تدمن هذه المواد بدون أو تدرب على تعاطيها. وعلى الرغم من أن الفئران لا تميل إلى استهلاك كميات كبيرة من الكحول بالإضافة إلى أن سلوكها أكثر عدوانية وأكثر نشاطا وفضولا من سلالة الفئران التي لا تميل إلى شرب الكحول، (عبد المنعم، 2003، ص 80).

دراسة التوائم:

أسفرت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم عن أن التوأمين الشقيقين يتشابهان في عاداتهم لتناول الكحول أكثر من الشقيقين غير التوأمين، كما اتضح من الدراسات التي أجريت على عينة كبيرة من التوائم غير المريضة أن الثلث تقريبا من التباين في النماذج العادية لاستهلاك الكحول خاضع لتحكيم جيني، أما الثلثين الباقيين مقسمان بين تأثيرات ثقافية داخل الأسرة (كالاتجاهات الوالدية نحو شرب

الخمر)، وبين عوامل البيئة خارج الأسرة كالضغط المهني لتناول الكحول أو عدم تناولها. (الدمرداش، 1982، ص 32).

دراسة التبني:

أوضحت نتائج الدراسات التي اهتمت بالتبني وخصوصاً تلك التي قام بها روبرت ديوبنت *Robert D* أن الأطفال الذين يولدون لوالدين غير مدمنين على الكحول ولكن يتبنون من قبل والدين مدمنين لم يظهروا زيادة في معدلات الإدمان، أما الأطفال الذين يولدون لوالدين مدمنين على الكحول ويتبنون من قبل آباء غير مدمنين فإن معدلات الإدمان على الكحول تزيد إلى خمس مرات عن الأطفال المولودين لوالدين غير مدمنين. (الدمرداش، 1982، ص 32).

4-2- التفسير الفسيولوجي:

اهتم الاتجاه الفسيولوجي أساساً بالبناء الكيميائي للمخدر من ناحية، وآثاره على البدن من ناحية أخرى كما اهتم بتفسير كيفية حدوث الاعتماد والاحتمال، حيث أن هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين آلام جسم الإنسان، والتي تعرف باسم الأندورفينات *Endorphins* والإنكفالينات *Enkephalins*، وهي مواد تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، وذلك ما يفسر لجوء الإنسان إلى المواد المسكنة للآلام باعتبار أن المسكنات الطبيعية التي يفرزها مخه قليلة وهو بحاجة إلى التزود بها من مصادر أخرى، من المعلوم أن الأدوية النفسية *Les Psychotropes* لها تأثير على السلوك، فهي تحدث تغييرات هامة في وظائف أعضاء الجسم وذلك بالتأثير على عمل الخلايا الدماغية، هذا التأثير يتم بمساعدة النواقل العصبية التي تتشكل من عدة أحماض أمينية منها تريبتوفان *La Tryptophane* والتيروزين *La Tyrosine* والتي تتألف من النور أدرينالين *Noradrenaline* والأدرينالين *Adrenaline* والدوبامين *Dopamine* وكذلك السيروتونين *Seritonine* والأسيتيلكولين *Acetylcholine* والهستامين *Histamine* والقابا *Gaba* (حامض قاما امينوبيتيريك)، هذه النواقل تقوم بنقل تلك المؤثرات النفسية التي تؤثر على عمل الخلايا خصوصاً في المشابك العصبية خلال كل مراحل عملها من التحليل والتخزين والتحرير والإنقاص وكلها تكون محل تدخل وتأثير من طرف المواد الصيدلانية التي تعمل على زيادة أو إنقاص أو حتى تثبيط ردود الفعل أو الأجوبة البيولوجية وذلك على مستوى الإتقاء حيث تتفاعل النواقل العصبية مع المستقبلات وتعمل المواد الصيدلانية المحملة من طرف النواقل على التأثير المباشر على الجهاز العصبي، علماً أن النواقل العصبية تنقسم في الجهاز العصبي حسب ممرات وتحدث نوع من

المنافسة بينها وتعود السيطرة للأقوى الذي يمنع تنقل المواد الأخرى، وهذا ما يفسر ويساعدنا على فهم استهلاك عدد متنوع من الأدوية النفسية، كما يفسر هذا الاتجاه الإدمان على أساس وجود نوعين من المستقبلات على غشاء جدار الخلية العصبية وهي مستقبلات نشطة يؤدي تفاعلها مع العقار إلى مفعوله الدوائي، ومستقبلات ساكنة وغير نشطة لا تتفاعل مع العقار، غير أن تناول العقاقير بصفة مستمرة يؤدي إلى تنشيط المستقبلات الساكنة التي تتحول إلى مستقبلات نشطة مما يؤدي إلى حاجة الفرد إلى جرعات متزايدة من العقار كي تسبب نفس المفعول الذي كانت تسببه جرعة قليلة في السابق، وهذا ما يعرف بالاحتمال، وعند الإقلاع المفاجئ عن تعاطي العقار تنشط المستقبلات الزائدة وتؤدي إلى أعراض الانسحاب التي يمكن أن تكون نفسية أو بدنية، معتدلة أو شديدة، قصيرة أو طويلة، ويتأثر ذلك بعامل نوعية العقار والتكوين النفسي للفرد وبيئته وظروفه الاجتماعية. (مياسا، 1997، ص 34).

وتفترض نظرية الفائض العقاقيري وجود ممرين يؤثر بواسطتها العقار على المخ وهما: ممر أولي ينشطه العقار في الحالات العادية، وممر ثانوي لا ينشط إلى عند الإفراط في استخدام العقار، إذ أن الممر الأخير يهبط نشاطه في الحالات العادية، أما في حالة الإدمان فيؤدي تشبع الممر الأولي إلى تنشيط الممر الثانوي، فتزداد كميات العقار التي يحتاجها المدمن، كما أن الإقلاع الفجائي يؤدي إلى نشاط مكثف في المخ من الممرين بدلا من ممر واحد فتنشأ أعراض الانسحاب. (الدمرداش، 1982، ص 41).

4-3- التفسير السيكولوجي:

- من وجهة نظر التحليل النفسي:

يفسر رائد مدرسة التحليل النفسي فرويد *Freud* ظاهرة الإدمان على المخدرات في ضوء الاضطرابات التي يعيشها المدمن في طفولته المبكرة، وهي ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقة الحب بينه وبين والديه، هذه العلاقة تسقط على المخدر الذي يصبح رمزا لموضوع الحب الأصلي. (عبد المنعم، 2003، ص 85)، وهو يتعاطى المخدرات لأنه يجد فيها عونا وسندا مفتقدا يساعده في الحفاظ على التوازن بينه وبين واقعه والإبقاء عليه عند حد أدنى من الاستقرار، وهو كذلك وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها المدمن لإشباع حاجات طفلية لا شعورية، وذلك نظرا لاضطراب نموه النفسي والجنسي وتثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الفم، هذه الصفات تظهر بطرق مختلفة على الفرد منها على سبيل المثال الإنكار الذي يعمل على تفادي الشعور بالعجز والسلبية وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط التي تخدش نرجسيته، وكل ذلك ناتج عن عدم استطاعة المدمن الوصول إلى الإشباع من خلال القنوات العادية فيلجأ

إلى البحث عن الإشباع عن طريق تعاطي المخدرات مما يتولد لديه لهفة مستمرة لتعاطي المخدر الذي يؤدي إلى التخفيف من الحصر أو الحصول على النشوة (أمزيان, 2007, ص 198)، والمدمن هنا يغير من نفسه بدلا من أن يغير من واقعه ومن عالمه، وهذا التغير الذي يحدثه له المخدر يتيح له إعادة بناء عالمه بطريقة سحرية وهمية تمكنه من التكيف مع واقعه بطريقته الخاصة، كما ترجع كذلك إلى الحاجة إلى الأمن وإثبات الذات اللذان يرجعان إلى اضطراب النمو في المرحلة القمية وما تتطلبه من إشباع الحاجة إلى الطعام والدفع والحب، مما ينتج عنه نكوص إلى تلك المرحلة التي حرم فيها من الإشباع البيولوجي، مما يؤدي إلى تناول المخدر كبديل للإشباع المفقود في تلك المرحلة ووجود المخدر مع المدمن يمثل وجود الطفل بجانب أمه فكلاهما - الأم والمخدر - يجلب الراحة والأمن والطمأنينة للشخص طفلا كان أو مدمنا على المخدرات. (عبد المنعم، 2003، ص 87).

كما ينظر التحليل النفسي إلى الإدمان على المخدرات باعتباره بديلا للشبقية الطفلية ونكوصا إلى المرحلة القمية إذ يسعى المدمن بإدمانه إلى الحصول على خبرة سارة من تعاطيه المخدر ثم بعد مرور الوقت وعند زوال أثر المخدر تتحول إلى خبرة غير سارة، وهي النقطة التي تدور حولها معظم الأشكال الإدمانية، وفي هذه الدائرة تشبع الرغبة في اللذة ولكن بمصاحبة الشعور بالذنب وانخفاض تقدير الذات التي ينتج عنها قلقا غير محتملا، يؤدي بدوره إلى تكرار سلوك الإدمان، وهكذا تستمر الدورة، ومن هذا المنظور يكون الإدمان على المخدرات مثالا للتكرار القهري أي أن المدمن يتعلق بالمخدر تعلقا قهريا ولا يستطيع التخلي عنه، لكنه يبذل محاولات للسيطرة على المشاعر المؤلمة لأجل استعادة تقدير الذات، لأن المخدر يعطي له شعورا زائفا بامتيازه عن غيره من الناس الذين ينظر إليهم على أنهم أدنى منه في كل الأمور وفي المقابل يكون شعوره مصحوبا بالعطف والود العميق للأشخاص الذين يتعالى عليهم لأنهم بضآلتهم يؤكدون ويزيدون من شعوره بالأهمية وبالتالي تقديره لذاته، (عبد المنعم، 2003، ص 84)، وترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على أساسين هما:

الأول/ هو الصراعات النفسية التي ترجع إلى الحاجة إلى الإشباع الجنسي الترجسي الذي يرجع أساسا إلى اضطراب علاقة الحب والإشباع العضوي وبخاصة في المرحلة القمية والحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدهما، وتكرار التعاطي يعني الفشل في حل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجات، ويذكر كريستال وراسكين *Krystal & Raskin* أن المدمن على المخدرات هو شخص لديه صعوبات كبيرة

في التعامل مع نفسه بطريقة طيبة، وفي التعامل مع مشاعره الإيجابية والسلبية تجاه الآخرين بسبب دفاعات جامدة ومتعددة مثل الإزاحة، وأيضاً أنه يتناول المخدر ليس للمساعدة في الدفاع ضد مشاعره فحسب، ولكن ليشعر بالأمان والتوحد مع موضوعات محبوبة لديه تكون عادة محرمة. (محمد عبد الله، 2004، ص 233).

الثاني/ يتمثل في التركيب النفسي للمدمن الذي يحدث حالة الاستعداد ومن ثم يأتي الدور الذي تلعبه آثار المخدر الكيميائية وخواصه (عبد المنعم، 2003، ص 83)، وفي هذا الصدد يشير مصطفى زيور إلى أن الحالة العادية للمدمن تتميز بأنها ذات طابع اكتيبي، وأن المرحلة التي ينتمي إليها سلوك متعاطي المخدرات هي المرحلة الفمية المتأخرة وهي مرحلة شبيهة بالمرحلة التي ينتمي إليها المرضى بذهان الاكتئاب، وأن حالة النشوة التي يحققها التحدير تتميز بانطلاق أحلية تساعد على تفريغ قدراً كبيراً من التوتر، مما يؤدي إلى فرفشة من نوع فريد، ومرح الإدمان بمثابة ميكانيزم دفاعي للتغلب على الاكتئاب والتخلص منه وبذلك فهو هوس صناعي مقابل للهوس التلقائي وفي ذهان الاكتئاب، (عبد المنعم، 2003، ص 85)،

ويؤيده رادو *Rado* بقوله إن الإدمان على المخدرات قائم على قدرة العقاقير في التأثير على مشاعر الفرد في مواقف الكآبة أو الضيق النفسي ويؤكد أن الاكتئاب دور أساسي إذ يجعل المدمن يشعر بالتأثير الفارماكولوجي السار التي تحدثه العقاقير، فأثناءها تزداد خبرات الفرد بتقرير الذات وتحسين المزاج. (عطيات، 2000، ص 15).

وهناك من يربط بين الإدمان على المخدرات وغريزة الموت، حيث يدرك المدمن خارج فترات احتياجه للمخدر آثاره التدميرية، ويتوافق هذا الإدراك مع مشاعر الذنب والندم والرغبة في الإقلاع عن الإدمان، وعندما يشعر بالاحتياج وتسيطر عليه الرغبة في تناول المخدر ينفذها ويشبع تلك الرغبة وبذلك يعود للتعاطي في نزعة التدمير على الاقتصاد النفسي الجسدي للمدمن، وهنا تتدخل ثنائية العواطف لتفجر الرغبة في تجميد الزمن عند لحظة النشوة بالمخدر في مقابل نزعة التدمير، وهي حالة شبيهة بما يسميه التحليل النفسي بالعودة إلى الصفر أي الفردوس المفقود في بطن الأم، حيث تتم مواجهة الخوف من الموت عبر فكرة "ليتني أموت" (غريزة الموت) بفكرة "ليتني لم أولد" (العودة إلى الصفر) ورغبة تجميد الزمن عند لحظات السعادة هي رغبة نرجسية عامة لدى الجميع حيث يمارسها الرسام عبر لوحته والشاعر من خلال قصيدته وكل يمارسها على طريقته. (السويف، ص 27).

- من وجهة نظر السلوكية:

تطرق عدد من الباحثين إلى النظريات التي تفسير الانحراف متضمنة سوء استخدام العقاقير، وهي تتمثل على الخصوص في نظرية خفض التوتر، إذ يرون أن الأشخاص يتعاطون المخدرات لأنهم يتلقون مكافآت على تعاطيها، وهذه المكافآت لا تتمثل في المكافآت النفسية الإيجابية كالنشوة وخفض الضغوط فحسب، ولكن يتلقون أيضا مكافآت اجتماعية تتمثل في الصداقة الحميمة والقبول الذي يتلقونه من أمثالهم من مدمني المخدرات، وغالبا ما يكون التفاعل مع الأشخاص من غير المدمنين للمخدرات غير سار بالنسبة لمستخدمي العقاقير، وهذا في حد ذاته يدعم المكافآت الإيجابية ويساهم في أسلوب حياة تعاطي المخدرات، ومن النظريات التي تطرق إليها الباحثين نذكر ما يلي: (العامري، 2000، ص 50).

- نظريات التعلم:

إن تفسيرات التي قدمها السلوكيين حول سلوك الإدمان على المخدرات من خلال نظريات التعلم مبنية على المبدأ الذي يؤكد على أن الأشخاص يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها، ويمتنعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها أو تلك التي عوقبوا عليها مثلما يقول فيشينينج توكر (1998) *Vuchinich & Toker* الذي يرى أن الإدمان على المخدرات هو سلوك متعلم، فالشخص الذي يعاني القلق ثم يتعاطى

المخدر فيشعر بالهدوء والراحة، ويعتبر هذا الإحساس بمثابة تعزيز إيجابي لتناول المخدر في المرات اللاحقة، وبتكرار التعاطي يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار الانسحاب التي تحدث من انقطاعه عن المخدر. (واشطون و باوندى، 2003، ص 41).

يستمر الإنسان في تعاطيه للمخدر رغم ما يعلمه حول آثاره المزعجة ولكنه لا يشعر بتلك الآثار السلبية لأنها لا تحدث في التو أي عند تعاطي المخدر، بل تظهر بعد فترات زمنية تتراوح في الطول، والمعروف في التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ما نتيجه طويلا ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان التعزيز سلبي أو إيجابي، ويرتبط الشعور السار أو التعزيز الإيجابي الذي يحصل عليه المدمن بمثابة مثيرات شرطية تحث المدمن على الإستمرار في التعاطي، ف رؤية مكان التعاطي أو رفاق الإدمان أو المخدر ذاته أو بائعه... إلخ، تعتبر من المثيرات التي تدفع المدمن الممتنع إلى الشعور بالرغبة المحلة في العودة إلى تعاطي المخدر (عبد المنعم، 2003، ص 81).

- نظرية خفض التوتر:

يرى السلوكيون أن الأفراد يتعاطون المخدرات ليخففوا من مشاعر الألم، الغضب، الضيق وخاصة القلق، وفضلوا استخدام مفهوم خفض التوتر الذي يبررون به إدمان المخدرات، والمبدأ الذي تقوم عليه هذه النظرية يتلخص في أن كل سلوك يمكن أن يفهم بإعتباره جهدا يهدف إلى خفض التوتر (العامري, 2000, ص 68) فإذا كانت المخدرات تقضي على كل المشاعر غير السارة، فإن الأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطيها مرات عديدة ومتتالية لكن يوجد عامل آخر يعتبر قوي بالنسبة للمهدئات بصفة عامة هو الخوف الفعلي من الامتناع أو ما يتوقعه الفرد من آثار الامتناع، بحيث أنه إذا جرب الامتناع عدة مرات نشأ عنده نمط من استجابة التجنب الشرطية، فإذا أضيف إلى ذلك ما يحدثه العقار أول الأمر من آثار التدعيم وجدنا أنه قد نشأت عادة الإدمان بوصفها نمطا سلوكيا يستعصي على الفرد تغييرها في أكثر الأحيان ويذهب كوبر وآخرون (1990) *Cooper & Al* إلى أن الناس يشربون الكحول من أجل خواصه التي تخفض التوتر، والتوتر هنا يشير إلى حالات انفعالية سلبية متنوعة والتي تكون ظاهريا بمثابة مصادر مثيرة للدافعية لتعاطي الكحول مثل الخوف، والقلق الاكتئاب، ومن جهته يشير كل من نيوكومب وهارلو (1986) *Newcomb & Harlow* إلى أنه على مدى التاريخ استعمل الكحول وعقاقير أخرى للحصول على الراحة في أوقات التوتر والإحباط، (مصباح, 1990, ص 46).

- من وجهة نظر المعرفية:

يرى أصحاب النظرية المعرفية أن السلوك المضطرب أو الشاذ ومن ضمنه سلوك التعاطي، هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير المتوافقة، والسلوك هنا يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد، وقد أوضح باندورا *Bandura* أهمية العوامل المعرفية كأفكار الناس ومعتقداتهم في تنظيم السلوك واعتبر أن التفكير هو المتغير الوسيط أو الدخيل بين المثير والاستجابة، لذلك فإن تعاطي المخدرات حسب أنصار الاتجاه المعرفي يتحدد جزئيا على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثيرها ويحدث الإدمان عندما يكون لدى الفرد توقعات إيجابية حول استخدام المخدرات أكثر من توقعاته السلبية وهذه التوقعات قد تتعزز في خبرة قصيرة المدى وتصبح محورا أكثر أهمية من الإلحاح البدني أو ما يسمى بالاشتواء للمخدر، فالأفراد لديهم معرفة وتوقعات بتأثير الكحول والمخدرات قبل أن يبدؤوا في

استخدامها لزمّن طويل، وحين استخدامها، فإن معرفتهم وتوقعاتهم تصبح أكثر تركيزاً ووضوحاً وتحديدًا، ويذهب مارلات (1988) *Marlett* إلى أكثر من ذلك، حيث يرى أنه حينما يصبح الإنسان مدمناً فإن سلوكه يتحدد إلى حد كبير بتوقعاته حول ما يجب أن يفعله أو يسلكه، فضلاً عن أنه يتحدد بالتأثيرات الفارماكولوجية للكحول والمخدرات. (السويف، ص 137)

إضافة إلى ذلك، يسلم أنصار الاتجاه المعرفي بأن استخدام المخدرات في موقف انسحابي قد يرجع تماماً إلى التوقع بأن الاستخدام سيخفض من أعراض الانسحاب الواقعة والمتوقع، وليس لأن الشخص يستجيب لإرادياً إلى الاحتياجات الجسمية لظاهرة اشتهاؤ المخدر، (أبو النيل، 1994، ص 176) وهناك عدد من الدراسات التي أثبتت العلاقة بين المعتقدات الخاطئة والإدمان على المخدرات منها دراسة دينوف *Denoff* ودراسة نفارو وآخرون *Navarroet & Al* ومن أهم ما توصلت إليه أن هناك ميكانيزمات نفسية تؤدي إلى الاستمرار في الإدمان على المخدرات وتجعل المدن يعيش على نظام ذاتي مغلق، يستطيع فيه أن يزود نفسه باللذة والسعادة وأن يستغن على الحاجة إلى أية مساعدة أو الرضى، فهو لا يعتمد على أحد إطلاقاً، وعليه فإن نظام حياته يبدو متوازناً بين التناول المنتظم للنشوة والتعاسة. كذلك فإن المخدر يقوم بوظيفة هامة في حياة المدن فهو ينقذه من مشاعر الضعف ومن الإحساس بالاحتقار وعدم القدرة على تحمل المنافسة أو النقد ولأن المفهوم الذي يحمله عن نفسه أنه لا يساوي شيئاً إضافة إلى معاناته المستمرة من القلق فإن المخدر يساعده في التغلب على تلك المشاعر عن طريق انسحابه من التفاعل الاجتماعي فقد يستمر في مهنته أو وظيفته ولكنه لا يعتمد عليها.

5- تشخيص الإدمان:

يتم تشخيص الاعتماد أو إساءة الاستخدام حسب معايير متعددة منها الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية (*DSM-4*). وفيما يلي معايير تشخيص الاعتماد:

- نمط غير صحي من تعاطي مادة معينة، يؤدي إلى ضرر إكلينيكي (صحي) واضح، أو انزعاج (ضيق) يظهر على شكل 3 (أو أكثر) من المعايير التالية، تحدث خلال اثني عشر شهراً محددة:
- 1- التحمل (حسب أحد التعريفين التاليين):

- أ. الحاجة إلى زيادة واضحة في كمية المادة المستخدمة للحصول على نفس التأثير الحاصل في بداية الاستخدام أو الشعور المرغوب فيه.
- ب. نقص واضح في تأثير نفس المادة مع استمرار استخدام نفس الجرعة دون زيادة.
- 2- الانسحاب (حسب احد التعريفين التاليين)
 - أ. حدوث الأعراض الانسحابية المحددة والخاصة بالمادة.
 - ب. استخدم نفس المادة أو مادة قريبة منها للتخلص من الأعراض الانسحابية أو تجنبها.
- 3- كثيراً ما تستخدم المادة بكميات أكبر، أو لفترات أطول من ما كان يعتزمه المريض.
- 4- يكون هناك رغبة مستمرة، أو محاولات فاشلة للتقليل من استخدام المادة أو التوقف عنها.
- 5- يُصرف وقت كبير في أنشطة متعلقة باستخدام المادة (تحضيرها، تعاطيها، العلاج منها، الانسحاب من تأثيرها...).
- 6- انحسار الأنشطة الاجتماعية، والمهنية، والترفيهية المهمة أو توقفها تماماً بسبب استخدام المادة.
7. يستمر استخدام المادة رغم معرفة المشكلات الطبية والنفسية المستمرة والمتكررة التي يعود سببها أو تدهورها إلى استخدام المادة (مثلاً استخدام الكحول رغم العلم بأنه سبب للقرحة الحاصلة للمريض وتدهور حالة الاكتئاب التي يعانيها). (<http://www.alnafsy.net>)

خلاصة جزئية: نخلص إلى أن الإدمان ما هو إلا اعتماد سيكولوجي وفي بعض الحالات فسيولوجي أيضا على تعاطي الخمر والعقاقير المخدرة والدخان ,واهم خصائص الإدمان هي القوة القهرية التي تخلق لدى المدمن رغبة ملحة للتعاطي وكذلك الاتجاه إلى الزيادة المستمرة في التعاطي مما يخلق اعتماد نفسي وجسمي.

وللإدمان أسباب متعددة ومعقدة، ولذلك يشبه الإدمان بمرض معدي كمرض السل، فالإدمان يعتمد على ثلاث عوامل أساسية وهي شخصية المدمن، نوع العقار، وكذلك طريقة استعماله لهذا العقار. أما من حيث المضاعفات فنجد أن الإدمان له عدة مضاعفات منها ما يتعلق بالفرد المدمن. وما يتعلق بالأسرة. ومضاعفات تتعلق بالمجتمع.

ولقد تعددت التفسيرات النظرية لظاهرة الإدمان , في التحليل النفسي يرى أن الاضطرابات التي يعيشها المدمن في طفولته المبكرة، هي التي ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقة الحب بينه وبين والديه، هذه العلاقة تسقط على المخدر الذي يصبح رمزا لموضوع الحب الأصلي. أما التفسير السلوكي لظاهرة الإدمان فيرى أن الأشخاص يتعاطون لأنهم يتلقون مكافآت على التعاطي، في حين يتجه أصحاب النظرية المعرفية إلى أن السلوك المضطرب أو الشاذ ومن ضمنه سلوك التعاطي، هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير المتوافقة.

الفصل الثاني: الإدمان على التدخين

تمهيد

- 1- مفاهيم حول التدخين
 - 2- أسباب التدخين
 - 3- مضاعفات التدخين
 - 4- الحكم الشرعي للتدخين
 - 5- النظريات المفسرة لظاهرة التدخين
 - 6- تشخيص الحالة الإدمانية للتدخين
- خلاصة جزئية

تمهيد:

السيجارة هي بوابة الإدمان عند الأطفال والكبار على السواء فالبداية دائما تكون عبارة عن فضول وشغف لمعرفة ما يمثله هذا الدخان المتصاعد والذي يرسم عالما من الأحلام عند المراهقين وبديلا سهلا للحوار المفقود والكبت المستمر والأوامر الصارمة والرؤية المشوشة ثم يصعد الطفل سلم هذا الدخان ليمسك بالسراب وتمتد الرحلة بعد ذلك إلى أنواع من المخدرات (مصباح، 2004، ص 82).

ولذلك فإن مشكلة التدخين إحدى مشكلات العصر الحالي على مستوى دول العام بصفة عامة وليست مشكلة التدخين حكرا على بلد دون آخر ولا هي مشكلة مجتمع بعينه أو أنها تخص قطاعا أو فئة في المجتمع كما أنها لا ترتبط بوقت زمني محدد أو فترة دون غيرها إنما إذن أمام مشكلة عامة لا يمكن أن توصف بأنها محددة المعالم ولا يمكن القول بأنها صحية فقط فهناك الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والنفسية المختلفة لهذه المشكلة بحيث يصعب علينا من أي هذه الجوانب يمكن أن نجد المدخل لمناقشة موضوع التدخين.

و لعل ما أبلغ ما قيل في وصف وتصوير مشكلة التدخين من الناحية الصحية هو ما ورد في تقرير لمنظمة الصحة العالمية (O.M.S) تذكر أن التدخين يعد أخطر من أمراض السل والجذام والطاعون مجتمعة وأن صحة الإنسان سوف يظل يتهدها الخطر طالما لم يتحقق للوصول إلى عالم خال من التدخين (الشرييني، 1999، ص 91)

وقبل أن نمضي في إسقاط المزيد من الضوء على الجوانب الرئيسية لمشكلة التدخين والتعريف بها قد يكون من دواعي التسلسل الحديث أن نعرض أولا وبإيجاز هذه الملحة التاريخية عن التدخين.

1- مفاهيم حول التدخين:

1-1- تعريف التدخين:

1-1-1- التعريف اللغوي للتدخين:

التدخين في لغة العرب مصدر للفعل دخن تدخيناً بتضعيف الفعل لأن صيغة التفعيل دائماً مصدر لفعل مضاعف كالتسليم من سلم، فالتدخين إذن مصدر وهو فعل المرء المدخن إذا أشعل السيجارة وامتصها بشفتيه ليخرج بذلك دخاناً أيضاً كثيف من فمه وأنفه (دردار، 2005، ص 122)

1-1-2- تعريف سلوك التدخين:

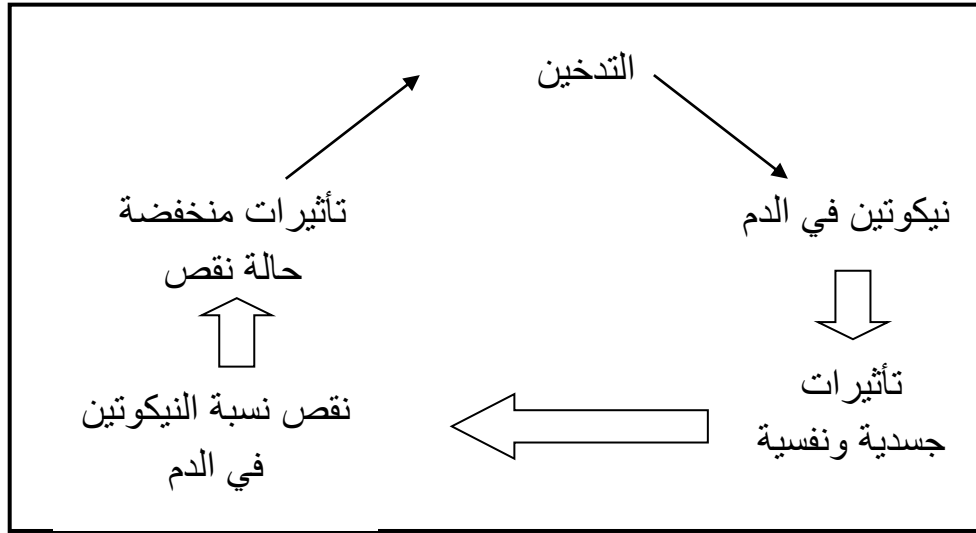
التدخين هو سلوك مكتسب خلال أسابيع أو عدة أشهر منذ بدأ التدخين أو السيجارة، يعزز بسبب الخصائص العصبية الدوائية *Neuropharmacologique* للنيكوتين الذي يلعب دور محفز سلبي أو إيجابي لهذا السلوك وعليه فإن التبعية للتدخين تمتاز بثلاث خصائص كما أشار إليها جلابري لاجري (Gilbert Lagrie):

تبعية سلوكية: (الحركة، طرق التدخين، ذوق السجائر) والتي تعمل وفق المنعكس الشرطي (كل حسب الخاصية التي يمتاز بها).

تبعية نفسية: وتكون من خلال خلق نوع من الارتباط الشرطي للحالة النفسية للمدخن والتي تتمثل في (الإحساس باللذة، الاسترخاء، الراحة، عدم الشعور بالألم، مضاد للإجهاد، مضاد للقلق) والتي تعبر عن المحفزات الإيجابية لهذا السلوك حيث أن المدخن يبحث عن تجديد تلك الأحاسيس والذكريات الإيجابية التي تكون قد خزنت في الدماغ

تبعية جسمية: وهي المرحلة الأخيرة أين يصبح المدخن لا يبحث عن الأحاسيس الإيجابية التي يحصل عليها جراء تدخينه للسجائر فالمدخن يصبح في هذه المرحلة همه الوحيد هو التخلص من الألم الذي ينجم عن

تركه للسجائر وهنا تظهر متلازمة فطام التدخين (*Syndrome de sevrage*) كما هو مبين في الشكل رقم 01. (بهلول، 2009، ص 33)



شكل رقم 01 يوضح تأثير التدخين

التبعية الدوائية لسلوك التدخين

وأيضاً الاعتماد على التبغ يعرف علمياً بأنه استخدام الشخص للتبغ (في صورة سجائر أو سيجار أو غير ذلك) بمعدل يوازي 10 سجائر (أي نصف علبة) يومياً وذلك لمدة شهر على الأقل ويصاحب ذلك واحدة أو أكثر من العلامات التالية:

- عدم القدرة على التخلي عن التدخين تماماً أو التقليل منه بطريقة ملحوظة رغم المحاولات المتكررة لذلك.
- إذا توقف الفرد عن التدخين في هذه الحالة قدم تظهر عليه بعض الأعراض النفسية والبدنية.
- قد يستمر المدخنون في عادة التدخين رغم علمهم بأنه قد يؤثر على زيادة معاناتهم من بعض الأمراض العضوية الخطيرة أصيبوا بها بالفعل مثل أمراض القلب والرئة (الشرييني 1999، ص ص 12-13).

1-2 - ملامح شخصية المدخن:

أثبتت الدراسات وجود خصائص وسمات معينة للشخصية تنطبق على المدخنين في الغالب وتميزهم عن غيرهم منها الميل الاندفاعية وسرعة الغضب كما أن لديهم ارتفاعاً في معدل السلوك المضاد للمجتمع. ويلاحظ أن معدلات التدخين تزداد بصورة ملحوظة في الشرائح التي يتدنى فيها المستوى التعليمي والفكري، كما يزيد أيضاً مع الصراعات الزوجية والانفصال والطلاق وكذلك بين نزلاء السجون وداخل المعسكرات وفي المصححات النفسية... الخ وأيضاً من العلامات الأخرى التي تميز الذين يدخنون بإفراط القلق والتوتر وعدم التوافق وسرعة التعب والإجهاد، والاضطراب في الذاكرة، وعدم القدرة على التركيز، وهذه المظاهر في الغالب نتيجة لتأثير التدخين قبل أن تكون سبباً له، ثم ليدخل المدخن بعد ذلك في حلقة مفرغة (الشريبي 1994، ص ص 48-49)

1-3- مكونات السجارة:

يرجع تاريخ التدخين إلى عهد بعيد وربما كانت الصدفة وحدها هي التي قادت الإنسان إلى اكتشاف خصائص نبات التبغ في البداية، ويذكر أن كولومبس كان أول من أدخل التدخين إلى أوروبا بعد رحلته إلى العالم الجديد في عام 1492م حيث اختلط هناك بالسكان المحليين في منطقة الكاريبي فقدموا له التبغ ثم اصطحب هذا النبات وبذوره معه عند عودته إلى أوروبا (لطي الشريبي 1999، ص 10) وهكذا انتقلت نبتة التبغ من منطقة توباكو (وهي أصل التسمية) بالمكسيك إلى أقصى جزء في الأرض (دردار، 2005، ص 120)

وفي القرن الثامن عشر نشطت زراعة وتجارة وتصدير التبغ، وكان مصدره الرئيسي هو أمريكا، ثم بحلول القرن التاسع عشر بدأ في مرحلة الإنتاج الواسع للتبغ وبدأ يلقي القبول الاجتماعي، حيث ارتبط بالرجولة والبطولة لدى قطاعات الشباب في الغرب، وفي بداية القرن العشرين كان يوزع رسمياً وقد ازداد انتشار التدخين في النصف الأول من القرن العشرين مع التوسع في التصنيع الآلي للسجائر وتعدد أنواعها وأصنافها وكذلك لاخترع الكبريت الآمن الذي يسهل إشعال السجائر (مصباح، 2004، ص 71)

ويحتوي التبغ على أكثر من 500 مركّب، ومادة النيكوتين هي الأكثر فعالية، ويحتوي دخان التبغ على: النيكوتين - أكسيد الكربون - القطران.

- النيكوتين **Nicotine**: تمكّن العلامة فوكلان عام 1809 من عزل مادة النيكوتين، وسمّيت بهذا الاسم نسبةً إلى جان نيكوت *Jean Nicot*.

ومادة النيكوتين سامة قاتلة، وفعلها أقوى من فعل مادة «الزنيخ» والنيكوتين شديد الفعالية، حتى أنّه لو وُضعت نقطة واحدة منه على جلد أرنب تكفي لقتله. وإذا وضعنا نقطة منه على لسان كلب وابتلعها فإنّه يموت لا محالة.

والنيكوتين من أخطر السموم التي اكتشفها الإنسان، فالملغرام واحد منه يُحقن في الوريد يقتل الإنسان. وكم من الناس يتسمّمون تدريجياً بسبب ابتلاع دخان التبغ المحتوي على النيكوتين القاتل. يقول الدكتور أنطوان لطف الله في كتابه، يُستعمل النيكوتين كقاتلٍ للحشرات الزراعية، وهو سام جداً فلا يمكن استعماله في تركيب أيّ دواء ولو بكمية ضئيلة جداً.

ومادة النيكوتين تؤثر على المخّ بشكلٍ مباشر. وهذا سبب شعور المدخّنين بالنشاط المؤقت، لأنّ مادة النيكوتين تزيد من سرعة دقات القلب، وارتفاع ضغط الدم وتنبیه مراكز المخ. وتدخل الدم عن طريق الغشاء المخاطي للفم والأنف والقصبات الهوائية، والرئة والجلد. وينحلّ باللعب لينتقل إلى المعدة.

- غاز أكسيد الكربون:

هو المادة الثانية الضارة التي تحتوي عليها السيجارة، وهو غاز سام مثله مثل الغاز الذي ينفثه عادم السيارات وهو يسبّب تصلّب الشرايين لأنه يحرم الخلايا من الكمية اللازمة لها من الأكسجين.

- القطران:

هو المادة الثالثة الخطيرة التي تحتوي عليها السيجارة، وهو الذي يسبّب سرطان الرئة. وقد أكّد الأطباء أنّ القطران الموجود في السيجارة هو المادة المسؤولة عن سرطان الرئة عند المدخّنين، لأنّه يتلف خلايا الشُعَب الهوائية على المدى الطويل، (<http://www.acofps.com>) (أنظر الشكل رقم 02).



شكل رقم 02: يوضح أهم مكونات السيجارة

1-4- أقسام المدخنين: هناك تقسيمان:

أولاً: حسب عدد السجائر:

يقسم المدخنون للتبغ إلى أربع أقسام:

1. المعتدلون:

هم الذين يدخنون حوالي خمسة سجائر يوميا أو 5 غرامات من التبغ أو يمشغون غرامين (2 غ) من تبغ المضغ وبذلك يتناولون حوالي 15 ملغ من النيكوتين في اليوم.

2. المتوسطون:

هم الذين يدخنون 10 سجائر يوميا أو 10 غرام من التبغ أو يمضغون 4 غرامات من تبغ المضغ وبذلك يتناولون حوالي 30 ملغ من النيكوتين.

3. المكثرون:

هم الذين يدخنون 20 سيجارة أو ثلاثة إلى أربع لفائف من السيجارة أو 20 غرام تبغ أو يمضغون 8 غرامات من تبغ المضغ وبذلك يتناولون أكثر من 60 ملغ من النيكوتين في اليوم.

4. المفرطون:

ويشكلون زمرة المدمنين وهم الذين يدخنون أكثر من 20 سيجارة أي أكثر من 60 ملغ من النيكوتين يوميا ويجب الإشارة إلى أن درجة التأثير بالنيكوتين تختلف باختلاف الاستعداد الشخصي فيما يعتبر معدلا عند أحدهم قد يمكن أن يكون إفراطا بالنسبة لغيره. (دردار , 2005, ص 122)

ثانيا: حسب نوعية التدخين:

ينقسم التدخين إلى نوعين رئيسيين:

النوع الأول: التدخين غير الفارماكولوجي:

ويشتمل على الفئات التالية:

1. التدخين النفسي الاجتماعي: ويلجأ المدخن هنا إلى التدخين لأنه يعتبره رمزا للمركز الاجتماعي واحترام الذات

2. التدخين النفسي الحركي: وتلعب هنا طقوس التدخين الدور الأساسي في إرضاء المدخن مثل تداول السجائر والغليون ووضعها في الفم وإشعالها وتحريكها... الخ. (شيفر وملمان, 2006, ص 115).

النوع الثاني: التدخين الفارماكولوجي

1. التدخين الإنغماسي والإشباعي:

وهو أكثر أنماط التدخين انتشارا وهدف المدخن في هذه الحالة الحصول على أكثر قدر من اللذة أو لحدوث لذة تصاحب موقف أو تجربة يمر بها وتباين في هذا النوع كمية الدخان التي يستهلكها المدخن في المواقف المختلفة كما تختلف من مدخن لآخر.

2. التدخين التسكينى:

والغرض من التدخين في هذا النوع تهدئة التوتر العصبي أو تخفيفه.

3. التدخين الإدماني:

ويدخن الشخص الذي يصنف ضمن هذا النمط حتى يتجنب آثار الامتناع عن التدخين المزعجة والتي تحدث عند هبوط نسبة النيكوتين في الدم دون تركيز معين اعتاد عليه المدخن وتبدأ هذه الأعراض بعد مضي 30د من آخر سيجارة دخنها.

4. التدخين المنبه:

ويهدف المدخن هنا إلى تنبه جهازه العصبي لمساعدته على التفكير والتركيز في المواقف المجهدة أو ليساعده على المثابرة في الأعمال المملة.

5. التدخين اللاإرادي:

ويشعل المدخن في هذه الحالة السيجارة دون أن يشعر بما يفعل ولا ينتبه لما يفعل إلا عند عدم توفر السجائر (الدمرداش، 1982، ص 178).

1- أسباب التدخين:

إن سلوك التدخين غالبا ما يكون ناتج عن عوامل نفسية وثقافية واجتماعية , ولعل أهم هذه العوامل التي تظهر عند المدخن هي العوامل النفسية التي غالبا ما تكون مرتبطة بدافعيته ومعتقداته حول مدى خطورة مثل هذا السلوك على صحته ومن أهم هذه العوامل النفسية:

- الاستعمال الشفوي للسجائر راجع إلى المرحلة الفمية البدائية في حياة الإنسان أين تكون اهتماماته مركزة على الشفط.

- السيجارة تعطى للفرد نظرة مختلفة عن الذات, حيث تعطى للفرد انطبعا بأنه منتمى إلى العالم الحالي (المتطور, والمتحضر...)

- يسعى المدخن إلى أن يثبت ذاته عن التدخين خاصة الفرد الذي يتسم بالخلل, أين يشعر انه يتغلب على هذا الخلل من خلال هذا السلوك.

- الرغبة الشديدة في التدخين, تعطى انطبعا للمدخن بأنه يمكنه الهروب من:

القلق: طقوس التدخين تساعد المدخن على التخلص من قلقه أنيا حيث يبدو له أنه يستطيع التحكم فيه.

الفراغ الذي تغطي عليه السيجارة: أين لا يستطيع المدخن تحمل الألم الناتج عن هذا الفراغ, النقص الذي يشعر به المدخن والذي لا يستطيع تحديده بدقة.

الفشل: حيث أن المدخن هنا لا يستطيع مواجهة الصعوبات (بهلول, 2008, ص ص 34-35).

وفي هذا الصدد نجد العديد من الأطباء والعلماء يفسرون الأسباب التي تدفع الإنسان ليدخن

كالآتي:

فإن أحمد عكاشة في كتابه يقول: للتدخين سببان:

أولاً: تأثير عضوي حيث يكون للنيكوتين تأثيره على الجهاز العصبي.

ثانياً: تأثير نفسي وهو الطقوس التي يؤديها المدخن خلال تدخينه، مثل سحب السيجارة من العلبة ووضعها في الفم وإطلاقه الدخان في الهواء. كل هذه الحركات تقلل من القلق الموجود عند الإنسان. أما عبد الكريم العمري في كتابه فيقول: يرون أن التدخين يهدئ أثناء القلق والاضطرابات العصبية والنفسية التي تحدثها الحياة الحديثة. كما يرون فيه مساعداً على النشاط العقلي، والعضلي وتهدئة المزاج وغير ذلك...

وسلمون في مقالته في مجلة "نداء الصحة" يفسر أسباب تعاطي التدخين بقوله: ينسى الشخص المتعب تعبته بعد أن يدخن قليلاً ويمضي دقائق وجيزة في التدخين تحمله على نسيان ما يجده من عنت الهموم. وذلك راجع إلى التخدير الذي يحدثه سم النيكوتين في المخ والأعصاب. أما محمد قرني في كتابه فيورد موقف وتفسير مدرسة التحليل النفسي التي تقول: "التدخين علامة تدل على عدم نضج الشخصية، لأن طاقة المدخن الغريزية ملتصقة بمنطقة الفم كما يحدث في الطفل الرضيع". (<http://www.call-of-hope.com>)

- تشكل صورة التي يحملها الفرد المدخن عاملاً مهماً للبدء في التدخين ففي مرحلة مبكرة قبل المراهقة تتطور الصورة عن المدخن بأنه نائر وصلب العود وناضج ومعارض للمعتقدات التقليدية وقد جرت العادة على اعتبار التدخين عادة تتضمن مثل هذه الصورة لذلك فإن الصغار الذين يعانون من عدم الأمن إزاء مرحلة المراهقة قد يجدون ما يمكنهم من تحقيق تلك الصورة التي يرغبون في الظهور بها.

انسجاماً مع ذلك فإن المراهقين الذين يحملون صورة ذات مثالية قريبة من صورة النمطية الشائعة عند المدخن يكونون أكثر ميلاً للتدخين، فالتقدير المتدني للذات والانتكالية والضعف والعزلة الاجتماعية تعمل جميعاً على زيادة الميل لتقليد سلوك الآخرين وتماشياً مع هذه النتائج فإنه هناك من الدراسات التي أوضحت أن مفهوم الذات وتقديرها عند معتمدي النيكوتين منخفض مقارنة بغير المدخنين وكذلك الحال بالنسبة لمعتمدي العقاقير أو الكحول والكوكايين ولكن ليس بالصورة نفسها لوجود مقبولة التدخين مقابل عار المخدرات والخمور ولكن عنصر المقارنة هنا بين المدخنين وغير المدخنين يقتضي أن تختلف صورة مفهوم الذات وتقديرها ومن الدراسات التي أوضحت ذلك دراسة أولويزو هيني جان ودراسة شادل وآخرون (عبد الحميد أبو زيد , 2008 , ص ص 508-507).

- يشكل تأثير الرفاق والأسرة احد أهم العوامل للبدء في التدخين في مرحلة المراهقة فالبدء بالتدخين ينشأ عن العدوى الاجتماعية التي تحدث لدى الاتصال مع المدخنين فعندما يختلط غير المدخنين بأفراد يجربون التدخين أو يدخنون بشكل منتظم فأنهم يبدؤون بدورهم بالتدخين وأكثر من سبعة بالمائة (7%) من السجائر التي يدخنها المراهقون يتم تدخينها في أثناء وجودهم مع الرفاق وكما اشرنا سابقا ينظر في العادة إلى التدخين في عمر مبكر على انه جزء من أعراض مشكلة سلوكية تحدث في وجود الأصدقاء وهذه المشكلة تتضمن الإفراط في شرب الكحول والتعاطي المحظور للمخدرات والسلوك المنحرف والنشاط الجنسي غير المأمون إضافة إلى التدخين كما يمكن أن يقوم الأشخاص بالتدخين في محاولة لتخفيف المزاج السلبي كما يميل المراهقون إلى القيام بالتدخين بشكل اكبر عندما يكون آباؤهم من المدخنين وعندما ينحدرون من بيئات اجتماعية متدنية وعندما يتعرضون إلى الضغط الاجتماعي. (تايلور, ص ص 308)

ومهما كانت الأسباب والدوافع المؤدية إلى تعاطي التدخين، فلا مانع من أن يعمل الإنسان على الإقلاع عن التدخين، فلا يحتاج المدخن لأجل ذلك إلا الإيمان قوي بالله وإرادة ثابتة.

3- مضاعفات التدخين:

3-1- التأثير على الجسم:

يتسبب التدخين في الكثير والكثير من الآثار السيئة سواء على الصحة أو سلوكيات أطفالنا أو حتى الجنين الذي لم يخرج بعد إلى الحياة، ولهذا فإن العديد من الدراسات اتجهت نحو الكشف عن هذه المضار التي يحدثها سواء على المدى القريب أو على المدى البعيد وفي كل مرة تزداد قائمة الأمراض الناجمة عنه بشكل مروع. ولذلك تجدر بنا الإشارة إلى هذه المضاعفات بشيء من التفصيل:

الفم: يُعتبر الفم المحطة الأولى في دخول دخان التبغ إلى جسم الإنسان. والعلاقة الآن واضحة بين التدخين وسرطان الفم الذي يصيب الشفتين واللسان واللثة، فقد جاء في الإحصائيات التي قامت بها الجمعية الطبية الأمريكية لمكافحة السرطان أنّ كل 12 مصاباً بسرطان الفم، منهم 11 من المدخنين. وقد أثبت الطب الحديث أنّ التدخين يصيب الغشاء المبطن للفم أو المغطي للشفة، إلى أن يتحول إلى ما يُعرف عند الأطباء بـ "الطلاوة". وهذا المرض قابل للتحويل إلى سرطان قابل للشفاء إذا توقف المدخن عن التدخين وإضافة إلى هذا يتسبب التدخين في الرائحة الكريهة، فللمدخنين رائحتهم الخاصة بهم. ويكفي أن تقترب من المدخن لتشم رائحته التي تتصاعد ليس من فمه فقط لكن من شعره وجلده وثيابه. وتزداد هذه الرائحة شدة إذا كانت السيجارة من النوع الرديء.

اللسان: من المؤكد عند أطباء أمراض الفم أنّ المرضى الذين تكثر عندهم أمراض اللسان مثل اللسان المشعر، والقرحة اللسانية، واللسان المشقق، وسرطان اللسان، يرجع سببها إلى التدخين. وتؤكد لهم بعد الدراسة والبحث الدقيق أن الذين أصيبوا بالأمراض المذكورة هم من المدخنين أو من ماضغي التبغ.

الأسنان: يؤثر التدخين بشكل مباشر على الأسنان واللثة. ولا يكتفي الدخان بتغيير لون الأسنان والترسبات القاسية التي تتجمع حول أعناق الأسنان فتؤدي إلى تسويسها، بل يتعدى تأثيره ذلك، حيث يؤثر على ميناء الأسنان أيضاً.

الحنجرة: الحنجرة هي المجال الذي يمرّ منه الدخان إلى البطن، وقد ثبت بشكل قاطع أنّ جميع المصابين بسرطان الحنجرة هم من المدخنين. وهو غالباً أي السرطان من نوع الايباتليوما الرصفية وقد درست علاقة سرطان الحبل الصوتي بالتدخين في بحث نشر عام 1958 والذي اعتبر أن التدخين مسئولاً إلى درجة كبيرة عن هذا النوع من السرطان، ولقد نوقش دور التبغ في توليد السرطانات لمدة طويلة وتقرر فيما بعد أن

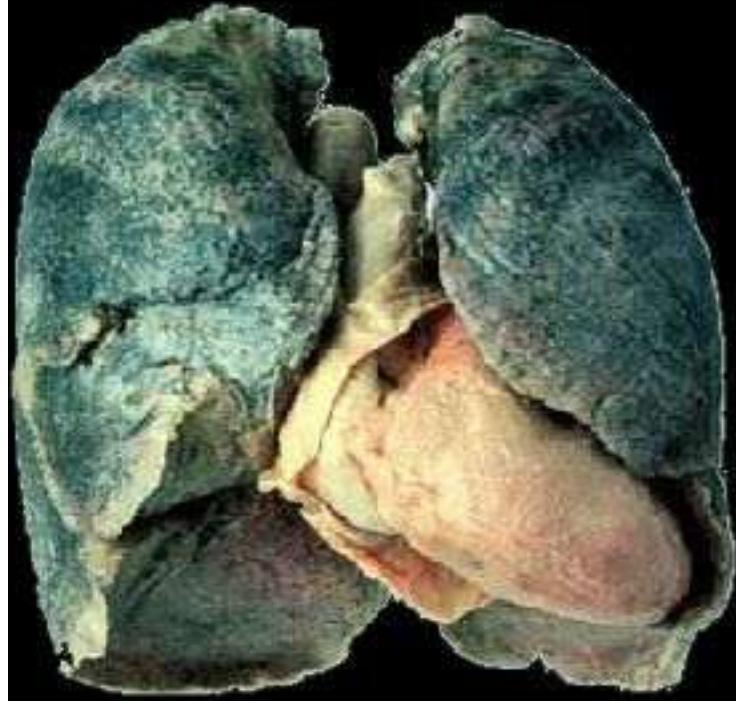
90% من سرطان الحنجرة في الرجال يشاهد عند المدخنين ويقدر بعض العلماء إن 3% من المصابين بسرطان الحنجرة غير المدخنين. (دردار, 2005, ص ص 136 - 137)

الكبد: يتوقف النيكوتين في الكبد لأنه كما نعلم أن الكبد يقوم بوظيفة طرح السموم فيبطل الكبد مفعول ما يمكن أن يبطله منه ثم يعيد ما تبقى منه تدريجياً إلى الدم لطرحه ومن البديهي أن يصاب الكبد من جراء تماسه المستمر مع الدم بأضرار صحية إذ يتضخم ويصبح مؤلماً إلى أن يصاب أحياناً بالضمور أو السرطان بعد الإدمان زمناً طويلاً على التدخين وقد شوهد عند المدمنين على التدخين الصبغة الصفراء (إيرييلينوجين) في البول مما يدل على وصول جزء من إفرازات المرارة إلى الدم وقد يحدث في المرارة وأقنيتها تشنجات تسبب نوبات ألم محيرة في التشخيص. (دردار, 2005, ص ص 140 - 141)

الرئة: "السرطان". فالتدخين يسبب أنواعاً عديدة من السرطان، ومن أشهرها سرطان الرئة الذي يحتل المرتبة الأولى في قائمة الوفيات في كل بلدان العالم، حتى أن بعض الأطباء يميلون إلى عدم البحث عن أسباب أخرى لهذا النوع من السرطان بعيداً عن السيجارة وعادة التدخين. فمادة النيكوتين السامة والسموم الأخرى تدخل في عمق شعاب الصدر والجهاز التنفسي، لأنّ الدخان يمتص عن طريق الغشاء المخاطي للشعب الهوائية. وتسكن في الخلايا والشرابين، ثم تبدأ عملية التخریب والتحطيم. فتصبح الرئة وخلاياها فريسة سهلة لمرض السرطان.

حيث دلت الإحصائيات أن 85% من سرطانات الرئة يصيب المدخنين كما أن نوع السرطان عند المدخنين هو أسوأ الأشكال وأخطرهما ولعل أكثر الأشكال تصادفاً هو السرطان الصغير الخلايا وتشكل من 90 إلى 95% من سرطانات الأشخاص المدخنين. (دردار, 2005, ص 131)

ومن جهة نجد في دراسة أجريت بالهند أثبتت أن الإدمان على التدخين له علاقة كبيرة بحدوث الوفيات حيث نصف الأفراد الذين يموتون بداء السل يكون السبب الرئيسي فيها هو التدخين. (O.M.S, 2006) (أنظر الشكل رقم 03)



شكل رقم 03: يوضح سرطان الرئة

القلب: تأثير التدخين على القلب شيء ثابت أكده الأطباء بأدلة علمية قاطعة. وتعترف الشركات المنتجة للسجائر نفسها بهذا وتضعه في أسفل إعلاناتها في شكل تحذير حكومي يقول: "التدخين ضار بالصحة". ونظرا إلى أن النيكوتين ينشط إطلاق الأحماض الدهنية المتحررة من الزيوت فانه قد يحدث زيادة في تكوين المركب العضوي الدهني الثلاثي - ترايغليسريد - الذي يعمل بدوره على خفض إنتاج الكولسترول ذي الكثافة العالية أم ما يطلق عليه (الكولسترول الجيد), (تايلور, 2008, ص ص 303-304) توجد إحصائيات في كل دول العالم تقريبا تؤكد أنّ احتمالات إصابة المدخنين بالأمراض القلبية أكثر منها في غير المدخنين. وفي تقرير لجمعية القلب الأمريكية يقول: "عدد الذين يموتون سنوياً بأمراض القلب في أمريكا حوالي نصف مليون".

المثانة: إن نتائج بحث أجرى على 365 حالة إصابة بسرطان المثانة اتضح أن 80% منهم كانوا من المدخنين المدمنين .

كما ثبت أن التدخين المكثف لمدة طويلة من السنين.. أي لمن يدخن أكثر من عشر سجائر يومياً لمدة تزيد على عشرين عاماً.. قد يكون أحد العوامل المسببة لسرطان المثانة.. أما كيف يستطيع التدخين أن يؤثر على المثانة، فقد أظهرت البحوث أن الدخان يتسرب إلى الدم ويعرقل التفاعلات الكيميائية داخل

الجسم مما قد يؤدي إلى تكوين مواد كيميائية ذات تأثير سرطاني بالدم وتفرزها الكليتان في البول فتؤثر على المثانة.

الجهاز الهضمي: لا يؤثر التدخين على المعدة فقط، كما قد يتبادر إلى ذهن البعض عندما نذكر الجهاز الهضمي، بل يبدأ تأثير التدخين من المريء، وهو الأنبوبة التي توصل بين البلعوم والمعدة. وهناك عضلة عاصرة بين المعدة والمريء تمنع رجوع إفرازات المعدة الحمضية إلى المريء. والتدخين يؤثر على هذه العضلة ويعرقل وظيفتها، ولذلك فإن الإفرازات الحمضية من المعدة تخرج إلى المريء وتسبب فيه التهاباً شديداً. وهذا يؤدي إلى قرحة المريء.

أما عن التهابات المعدة والإثني عشر فهي أكثر حدوثاً بين المدخنين وماضغي التبغ عما هي عليه بين غير المدخنين. ويقول تقرير الكلية البريطانية للأطباء الصادر في عام 1977 "بعد الدراسات والأبحاث التي أجريت على أربع مليون حالة من حالات قرحة المعدة والإثني عشر، ثبت أن الوقفات والمشاكل الخطيرة لهذا المرض كانت عند المدخنين وماضغي التبغ أعلى بكثير مما هي عليه عند غير المدخنين.

وهناك إحصائيات تقول إن المدخنين معرضون من 11 إلى 13 مرة للإصابة بقرحة المعدة ومشاكلها أكثر من الذين لا يدخنون.

ويُصاب المدخن بسوء الهضم لأن الوظيفة الإفرازية للغدد الهاضمة تضطرب، كما تضطرب الوظيفة الحركية للمعدة، فتتأثر ويخف إفرازها بشكل عام، كما تُصاب بالضعف وعدم القدرة على هضم الطعام بالشكل المطلوب، الأمر الذي يعرض المدخن لنقص قدرته على الهضم عموماً. أو يُصاب بمشاكل واضطرابات هضمية عديدة. (<http://www.arabslab.com>)

الغدد الصماء:

إن لسم النيكوتين أضراراً صحية على الغدد الصماء التي تفرز الهرمونات بمقادير معينة وتنظيم جميع الأعمال الحيوية في الجسم ومن أهم الغدد التي يؤثر عليها التدخين:

الكظر: يثيرها التسمم إلى إفراز المزيد من الهرمون الذي تفرزه وهو الأدرينالين الذي يزيد في ارتفاع ضغط الدم وفي نسبة السكر في الدم.

الغدة الدرقية: إن النيكوتين يزيد من إفرازاتها وبالتالي يزداد حرق الغذاء وعنصر اليود في الدم وفي بعض الحالات يسبب التعرق الغزير والإسهال وجحوظ العينين وسقوط الشعر ونحول الجسم وتتجدد بشرة الوجه عند النساء (الشيخوخة المبكرة) بتأثير سم النيكوتين على غدهم الدرقية بالإضافة إلى أن الغدة الدرقية المصابة بمرض ما تزداد حساسيتها لسم النيكوتين وتأثرها به

الغدد التناسلية: الغدة التناسلية الذكرية: وهي الخصية تصاب من جراء التسمم المزمن بالنيكوتين ويصاب إفرازها المنوي بالضعف وتموت معظم الحيوانات المنوية أو تنعدم كلياً في بعض الحالات.

الغدة التناسلية الأنثوية: وهي المبيض فإن النيكوتين يحدث فيها تخريبات أكبر تؤدي في كثير من الأحيان إلى العقم وقد دلت الأبحاث العلمية في المستشفى النسائي لجامعة (كيسن) الألمانية بأن عدد الولادات في العائلة بلغت 3.1% عند الوالدين غير المدخنين في حين بلغت ولم تزد عن 0.66% عند الزوجين المدخنين. (الدردار, 2005, ص ص 141-142)

3-2- تأثير التدخين على الحالة النفسية:

في حالة وجود الاكتئاب مسبباً زيادة كبيرة في تعرض المدخنين من المكتئبين إلى مخاطر الإصابة بالسرطان وتدل المؤشرات الحديثة بأن سبب هذا التأثير يرجع إلى تفاعل التغيرات المناعية المرتبطة بحدوث الكآبة مع الدخان مسببة زيادة في عدد الكريات الدموية البيضاء, ونقصاً في نشاط الخلايا القاتلة وهي الخلايا التي تقوم بوظيفة المراقبة والاستجابة في حال ظهور مؤشرات لوجود خلايا سرطانية في المراحل المبكرة أن التوصل إلى حقيقة مفادها أن التدخين يعد عاملاً رئيساً في حدوث الكآبة بين الأشخاص اليافعين يجعل الاهتمام بالآثار التي يسببها كل من التدخين والاكتئاب في تفاقم الأوضاع الصحية أمراً بالغ الأهمية كما تبين أيضاً أن التدخين يرتبط بزيادة القلق عند المراهقين إما عن التأثير الذي يمكن أن يحدث نتيجة تفاعل دخان السجائر مع القلق, فأمر مازال غير معروف بعد مع أن فرص حدوث نوبات الهلع واضطرابات القلق الأخرى تتزايد عموماً. (تايلور, 2008, ص 305).

3-3- تأثير التدخين على المرأة:

أظهرت إحصائيات أُجريت على حوالي سبعة عشر ألف طفل بين السابعة والحادية عشرة، أنّ تدخين الأم يؤثر على نموّ الطفل في المستقبل، سواء من الناحية الجسدية أو العقلية، وحتى على سلوكه أيضاً..

3-4- تأثير التدخين على الطفل:

مما لا شكّ فيه أنّ الطفل يحيا حياة تبعيةٍ كاملةٍ للأسرة. وهكذا فإنّ كل أفعال الأسرة وتصرفات أفرادها تلقي ظلّاتها عليه. فإذا كان جوّ الأسرة ينطوي على سوء التصرف ولا يوجد فيه السلوك الحسن، فلا يُنتظر من الطفل أن يكون مستقيماً في حياته في المستقبل. وإذا كان الأب أو الأم يدخنان، وهما ينهيان أطفالهما عن التدخين، فلن يكون لكلامهما ولا لتحذيراتها أيّ تأثير، لأنّ الفعل يؤثر أكثر من القول.

وجاء في دراسة أجريت سنة 1986 انه ثبت أنّ احتمال تدخين الأبناء في حالة تدخين أحد الأبوين يصل إلى 50% بينما يرتفع إلى 70% في حالة تدخين كلا الأبوين. أصبح الوسط يلعب دوراً هاماً في تعاطي التدخين مبكراً. فالوسط الذي يدخن فيه الأب أو الأم، أو هما معاً تكون فيه نسبة المدخنين كبيرة. فالتدخين يبدأ في البيت،

- الأب يدخن.
- المعلم يدخن.
- العم يدخن.
- الطبيب يدخن.
- رجل الدين يدخن.
- الممثل والمغني يدخن.
- الجرائد والمجلات مليئة بالإعلانات عن السجائر.
- مع كل هذا نطالب الطفل بالألا يدخن!.

3-5- التدخين الإجباري (التدخين السلبي):

أو ما يسمى بالتدخين اللاإرادي لأنّ غير المدخن يتعرّض لا إرادياً لدخان ومخلفات احتراق السجائر في الأماكن المغلقة. كما يُعرف أيضاً بـ "التدخين من الدرجة الثانية" وأيضاً بـ: "التدخين الجاني".

وعلى هذا الأساس فلا تقتصر أضرار التدخين فقط على المدخن وحده، بل تتعداه إلى غير المدخنين الذين يعيشون من حوله. ومن المؤكّد أنّ تأثير الدخان الضار يمتدّ إلى غير المدخنين، خصوصاً عندما يتواجدون في أماكن مغلقة.

فالإنسان إذا لم يكن من المدخنين وجلس في غرفة مغلقة أو في مقهى مليء بالرواد، أو قاعة سينمائية سيئة التهوية مع عدد من المدخنين، فإنّه سيستنشق هواء الغرفة الفاسد مع كل ما يحتويه من غازات سامة ناتجة عن التدخين الذي يمارسه المدخنون على غير المدخنين. (فايد، ص 331)

4- الحكم الشرعي في تدخين السجائر:

4-1- التدخين في الدين الإسلامي:

لم يترك المشرع مسألة من مسائل الحياة إلا وتعرض لها بنصوص عامة ورغم أن التدخين لم يكن موجوداً في بداية البعثة المحمدية إلا أن القرآن والأحاديث النبوية الشريفة تحرم كل ما يضر الجسم والنفس وما يتلف المال وبالقياص لما يضر بصفه عامة ينطبق التحريم على التدخين وغيرها من الخبائث والسموم.

قال الله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا لَا تَأْكُلُوا أَمْوَالَكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِنْكُمْ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ سورة النساء الآية 29

والدخان ضرره واضح على الجسم ومضاعفاته كثيرة على وظائف الجسم وهو إهدار للمال مما يؤثر على الوضع المادي لأسرة المدخن.

قال تعالى: ﴿وَأْتِ ذَا الْقُرْبَىٰ حَقَّهُ وَالْمِسْكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَلَا تَبْذُرْ تَبْذِيرًا﴾ الإسراء 26. فالمدخن يبذر ماله ويهلك صحته ويضر من حوله أثناء التدخين.

ويقول فضيلة الشيخ يوسف القرضاوي في شأن التدخين: "كل ما يضر فأكله أو شربه حرام" وهذه قاعدة عامة مقررة في شريعة الإسلام وهو أنه لا يحل للمسلم أن يتناول من الأطعمة والأشربة شيئاً يقتله بسرعة أو ببطء كالسم بأنواعه، أو يضره ويؤذيه ووفقاً لهذا المبدأ يواصل الشيخ يوسف القرضاوي فيقول: "إن تناول التبغ (الدخان) مادام أنه ثبت أنه يضر بمتناوله فهو حرام وخاصة إذا قرر طبيب مختص بالنسبة لشخص معين.

حكم المذاهب الأربعة في التدخين:

1- الحنفية:

قال بن عابدين: (إن ثبت في هذا الدخان أضرار صرف حال من المنافع فيجوز الإفتاء بتحريمه)، وثبت الآن طبياً ضرره على الصحة كما يؤثر على المال والأخلاق والمجتمع وبالتالي فهو محرم.

2- الشافعية:

قالوا: يحرم بيع التبغ من يشربه أو يسقيه غيره والتبغ معروف من أقبح الخلال إذ فيه ذهاب الحال والمال، ولا يختار استعماله ذو مروءة من الرجال أما الشيخ القليوبي فقد حرمه.

3- الحنابلة:

منهم الشيخ عبد الله الذي قال: (وبماذا ذكر من كلام رسول الله صلى الله عليه وسلم وكلام أهل العلم تبين تحريم التبغ الذي كثر في هذا الزمن استعماله). ومن حرمه كذلك من الحنابلة الشيخ أحمد السنهوري (وهو من علماء مصر).

4- المالكية:

أجاب الشيخ خالد بن أحمد وهو من فقهاء المالكية عندما سئل عن التدخين فقال: "لا تجوز إمامة من يشرب التبغ والاتجار به، ولا بما يسكر وممن حرم الدخان من علماء المالكية الشيخ إبراهيم اللقاني". (دردار، 2005، ص 147-149)

4-2- التدخين في الدين المسيحي:

وأول ما ظهرت نبتة التبغ استقبلتها الديانة المسيحية بالرفض وصنفتها مع سائر المحرمات. وقد اتخذ تحريم التدخين أشكالاً متعددة من تحريم ديني إلى النفي أو فرض الضرائب. بل وصلت العقوبات في بعض الأحيان إلى عقوبة إعدام المدخنين. وفي عام 1624 أصدر البابا أوربان السابع مرسوماً بابوياً حرّم فيه على أبناء الطائفة المسيحية الكاثوليكية التدخين. إلا أنّ الناس استمروا في التدخين رغم ذلك. ثم جاء البابا "أرخين الثالث" وأصدر أمره بمنع دخول المدخنين إلى الكنائس المسيحية. ولا تزال معظم الكنائس المسيحية الإنجيلية "بروتستانت وغيرها" تنصح أعضائها ليس فقط بعدم التدخين بل بالامتناع عن ممارسة أو الاشتغال في تجارة التبغ. وهكذا نادراً ما تجد مسيحياً مؤمناً ملتزماً بالعقيدة المسيحية يبيع السجائر، وهناك كنائس مسيحية كثيرة ترفض قبول عضوية المسيحي المدخن حتى يتوب ويُقلع عن التدخين. «قَلْبًا نَقِيًّا أَخْلُقْ فِيَّ يَا إِلَهَ وَرُوحًا مُسْتَقِيمًا جَدِّدْ فِي دَاخِلِي» مزمو 51: 10. أمّا الطائفة الكلفينية المسيحية فقد اعتبرت التدخين ذنباً عظيماً إلى درجة أنّهم أضافوا إلى الوصايا العشر وصية أخرى هي: "لا تدخن". (الشرييني، 1999، ص 24)

4-3- التدخين في الدين اليهودي:

حرام في اليوم المقدس فقط الذي هو يوم السبت فيحرم فيه التدخين وإشعال السيجارة هذا في الطائفة الأرثوذكسية. (مرجع سابق، 1999، ص 24)

5- النظريات المفسرة لإدمان التدخين:

5-1- التفسير الفسيولوجي:

نظرية تنظيم النيكوتين:

تنطلق النظريات التي تركز على دور النيكوتين في الإدمان والاستمرار في التدخين من الاعتقاد بأن الناس يدخنون للمحافظة على مستوى النيكوتين في الدم ولتجنبوا حدوث الآثار الانسحابية التي تنشأ عندما يتوقف الشخص عن التدخين، فالتدخين يعمل من الناحية الجوهرية على تنظيم مستوى النيكوتين في الدم ويتم القيام بسلوك التدخين عندما ينحرف مستوى النيكوتين في بلازما الدم عن المستويات المثالية. ولكن هناك مجموعة من العوامل التي نستند إليها في الاعتراض على نظرية تنظيم النيكوتين وعلى القول بأن الحاجة إلى توافر كمية كافية من النيكوتين مسئول عن الاستمرار بالتدخين فالدراسات التي عملت على تغيير مستوى النيكوتين في الدم لاحظت عدم مصاحبة هذا التغيير، بتغيير في سلوك المدخنين بدرجة تكفي لتعويض التغيرات التي حدثت في مستوى النيكوتين والأهم من ذلك فالتدخين يتم استجابا للتغيرات البيئية السريعة بفترة تسبق كثيرا تأثير هذه التغيرات في مستوى النيكوتين في بلازما الدم وأخيرا فإن معدلات حدوث الانتكاس بين المدخنين تحدث بعد فترة طويلة من انخفاض مستوى النيكوتين في بلازما الدم إلى الصفر.

نظرية بوميرليو وبومير ليو (*Bomerleau- Bomerleaus*):

قام بومير ليو وبوميرليو بإعطاء تفسيراً اعتبروا وفقه إن التدخين يعمل كمنظم عصبي ويمكن أن يفسر مع وجود الإدمان على النيكوتين السبب الذي يجعل التوقف الدائم عن التدخين من العوامل الصعبة جدا واقترح هذان الباحثان أن النيكوتين قد يشكل طريقة تعمل على تنظيم الأداء والشعور لدى المدخن فالنيكوتين يتدخل في مستويات المنظمات العصبية النشطة، بما في ذلك الأسيتيل كولين (*Acetylcholine*) والنورابينيفرين (*Norepinephrine*) والدوبامين (*Dopamine*) والمورفينات الذاتية *Endogenous- Opioids* والفاسوبريسسين (*Vasopressin*) وهو هرمون

يسبب رفع ضغط الدم وقد يستخدم النيكوتين من قبل المدخنين ليستحث عمل هذه المنظمات العصبية لأن هذه المنظمات تؤدي إلى تحسن مؤقت في الأداء أو الشعور إذ تبين على وجه التحديد أن الأسيتيل كولين والنور بينيفرين والفاسوبريسين تعمل على تقوية الذاكرة، كما يساعد الأسيتيل كولين والبيتا إندروفين (*Beta Endorphins*) على تخفيف القلق والتوتر ويساعد التغيير في الدوبامين والنورإينيفرين والمورفينات الذاتية على تحسين المزاج ويجد الكثير من الناس أن أداءهم في إنجاز المهمات الأساسية

يستحسن دائما عندما تكون مستويات الأسيتيل كولين والنورإينيفرين مرتفعة ومن ثم فإن التدخين يزيد من قدرة المدخنين على التركيز والاسترجاع كما يزيد من إنتاجهم ويقتطعهم وأدائهم النفسي الحركي ومن قابليتهم على استبعاد المثيرات الدخيلة وبسبب التغيرات العديدة في المنظمات العصبية التي تنشأ عن التدخين فإن عددا كبيرا من القرائن الجسمية الأصلية والقرائن البيئية الخارجية التي لا يبدو أن لها علاقة حقيقية بسلسلة العوامل المؤدية للاعتماد على النيكوتين قد تلعب دور المثير التمييزي الذي يحث على القيام بالتدخين.

انسجاما مع ما تقدم. فإن المدخنين الذين يتوقفون عن التدخين يفيدون بأن قدرتهم على التركيز قد انخفضت، كما أن انتباههم أصبح مشتتا وأن ذاكرتهم قد تضررت كما يقر بتعرضهم لزيادة القلق والتوتر وسرعة الاستثارة والتوق إلى التدخين وتقلب المزاج وكثير من المدخنين الذين توقفوا عن التدخين عادوا إلى التدخين لأنهم تعلموا من غيرهم أن النيكوتين يخفف من هذه المشاكل. ويمكن أن يساعد في التعامل مع مطالب الحياة اليومية إن التدخين يساعد من ناحية مبدئية في حدوث اليقظة والانتباه ثم في تخفيف التوتر الذي نشأ عن تنشيط كل من الكولين (*Cholinergique*) والكاتيكولامينيرجيك (*Catecholaminergie*) يلي ذلك من إطلاق الكولين أو المورفينات الذاتية (*Endogenous Opioids*) ويتعلم المدخنون كيفية التحكم بشكل إختياري في كمية النيكوتين التي يتعاطونها من أجل زيادة هذه التأثيرات وقد تكون من أحد الأسباب التي تجعل التدخين يساعد في مواجهة الضغط.

5-2- التفسير البيولوجي:

إدمان النيكوتين والجينات: المعروف في الدراسات الحديثة أن هناك علاقة بين شدة إدمان التدخين والتكوين الجيني للإنسان المدخن.

فمن خلال دراسة التركيب الجيني في مائة وثلاثين (130) عائلة بها 308 مدمنين للتدخين بحثا عن الجينات التي قد تكون لها علاقة بإدمان التدخين في نيوزلاندا، تبين وجود مناطق على الكروموزومات 2. 4. 10. 16. 17. 18 تشير إلى هذه العلاقة وفي بحث آخر على 91 عائلة في ريتشموند الولايات المتحدة تضمن 211 مدمنا للتدخين، تأكدت هذه العلاقة على الكروموزومات 2. 10. 16. 27. 28 ومازالت هذه العلاقة تحتاج إلى مزيد من الدراسات لمعرفة أسرارها كاملة وذلك من خلاص علم جديد يسمى علم النفس الجزئي الذي يبحث عن الأصول الجينية للسلوكيات والأمراض النفسية المختلفة.

وفي بحث آخر نشر في مجلة "نيتشر" الطبية في عام 1998 أعلن العلماء بجامعة تورنتو - أونتاريو بكندا أنهم توصلوا إلى جين معين، يمكن أن يحمي بعض الناس الذين لديهم هذا الجين من الوقوع في إدمان

النيكوتين والتدخين وإن هذا الجين موجود في خمس (5/1) الأشخاص غير المدخنين ويعتقد العلماء أن هناك جينا آخر يلعب دورا مهما في إدمان النيكوتين ولكنهم لا يزالون يواصلون أبحاثهم من أجل التوصل إليه.

وكانت بعض الدراسات السابقة قد توصلت إلى اكتشاف جين له علاقة بالجهاز الذي يطلق عليه (مركز الرضا) الذي يقرأ مادة الدوبامين حيث تبين أن الذين تحدث لهم طفرة في هذا الجين يبدؤون التدخين في مرحلة مبكرة من عمرهم وينزلون بشكل أسرع ويصبحون مدخنين بشراهة فيما بعد وأقل مقدرة على الإقلاع والجين الذي توصل إليه الباحثون في جامعة (تورينتو) بكندا مسؤول عن تكوين إنزيم يسمى *CYP 2A6* الذي يمكنه تكسير النيكوتين حتى يستفيد منه الجسم وبالتالي فحدوث طفرة في هذا الجين

يؤدي إلى خلل في تكوين هذا الإنزيم وعدم الاستفادة من النيكوتين لكي يحدث الأثر المطلوب منه على المخ من أجل إشباع حالة الإدمان.

وحيث إن كل إنسان يملك في مكوناته الوراثية نسختين من كل جين فقد أظهرت الدراسة أن وجود نسخة واحدة فقط من هذا الجين بشكل معين يمكن أن يؤثر على تكوين هذا الإنزيم وبالتالي يحمي الإنسان من الوقوع في حالة الإدمان. (مصباح، 2004، ص ص 89 - 90)

باختصار نستطيع القول أن الناس يقومون بالتدخين لأسباب عدة فقد يلعب التأثير الجيني دورا في التدخين يبدأ في العادة في المراهقة المبكرة وعندما يكون لدى الصغار فكرة بسيطة لمشاكل التي يسببها التدخين ومن الواضح أن التدخين يخضع لعامل الإدمان المرتبط بالنيكوتين كما أن التدخين ينظم المزاج وردودا لأفعال لظروف الضاغطة ونتيجة لذلك فهو يشكل مشكلة تستعصي على العلاج.

5-3- التفسير السيكولوجي:

نظرية التعلم الاجتماعي:

يقترح العلماء بأن التدخين يستمر بسبب التعلم الاجتماعي وبسبب اقتران التدخين بالمكافأة التي تنتجها خبرة التدخين ولكن كيف يحدث هذا الإشراف؟ لتناول مثالا افتراضيا، حالة مراهق لديه قلق اجتماعي حديث العهد بالتدخين فقد يقوم بتدخين الإحساس بأنه آمن وناضج.

بذلك فإن التدخين يعمل على تخفيف القلق الاجتماعي وبعد الانتهاء من تدخين سيجارة يعود إليه الإحساس بالقلق ويبدأ مستوى النيكوتين في دمّه بالانخفاض ومع مرور الوقت فإن الانخفاض في مستوى القلق يصبح مشروطا مع مستوى النيكوتين مما يؤدي بدوره إلى التوق إلى التدخين مرة ثانية مادام

التدخين يؤدي إلى تغير مستوى النيكوتين والقلق الاجتماعي وكما سنرى فإن هذه المؤثرات لا بد أن تأخذ في الحسبان لدى تصميم البرنامج العلاجي. (تايلور، 2008، ص ص 312 - 315).

نموذج المعتقد الصحي:

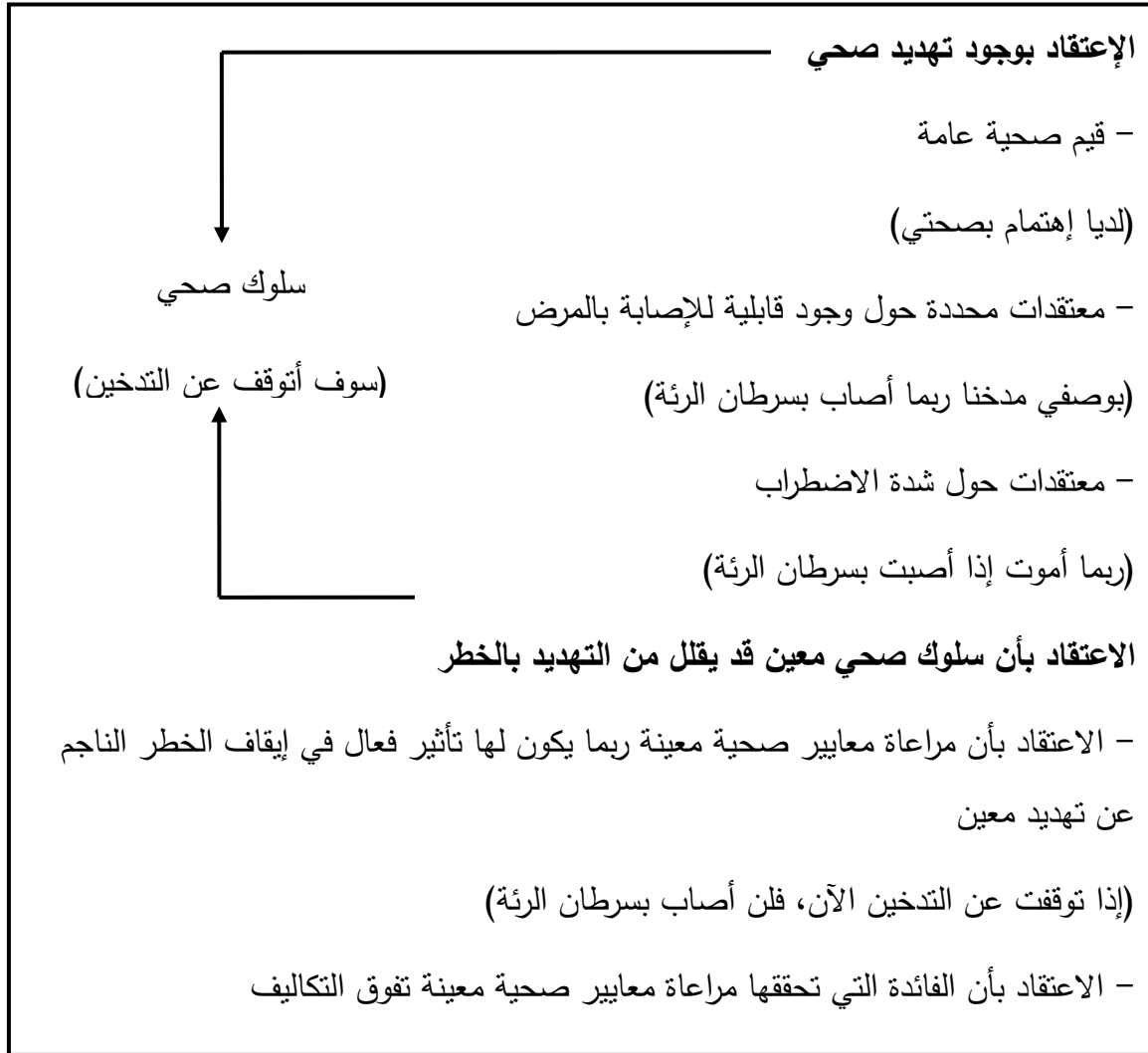
من أكثر الاتجاهات النظرية تأثيراً في تفسير السبب الذي يدفع الناس إلى ممارسة السلوك الصحي هو نموذج المعتقد الصحي. ووفق هذا النموذج فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن تتحقق من خلال معرفة عاملين، هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، إدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد.

- المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي:

إن مدركات الفرد المتعلقة بما يمكن أن يتعرض له من تهديد صحي على المستوى الشخصي تتأثر على الأقل بعوامل رئيسية ثلاثة، هي: القيم الصحية العامة، وهذه تتضمن الاهتمام والحرص على الصحة، والمعتقدات المحددة التي يحملها الفرد بخصوص إمكانية إصابته باضطرابات محددة، والمعتقدات حول النتائج التي تترتب على التعرض للاضطراب، أي ما يتعلق باحتمال ما يمكن أن يتسبب أو لا يتسبب عن التعرض للاضطراب من مخاطر. (تايلور، 2008، ص 143).

- تخفيف التهديد المدرك:

إن المعتقدات التي يحملها الشخص حول دور الفحص الصحي في تقليل التهديد، يمكن تقسيمها أيضاً إلى فئتين من العوامل، هي: هل يعتقد الفرد بأن للممارسات الصحية فوائد قيمة وفعالية في تخفيف الإصابة بالأمراض، ويبين الشكل التالي توضيحاً لكيفية تطبيق نموذج المعتقد الصحي على عادة التدخين. (أنظر شكل رقم 04)



مخطط رقم 04: يوضح كيفية تطبيق نموذج المعتقد الصحي على سلوك

التوقف عن التدخين.

- تغيير السلوك الصحي عن طريق استخدام نموذج المعتقد الصحي:

إن نموذج المعتقد الصحي لا يساعدنا فقط في فهم أسباب ممارسة الناس للسلوكيات الصحية، ولكنه يساعدنا - أيضا - على التنبؤ ببعض الظروف التي يغير فيها الناس من سلوكياتهم المرتبطة بصحتهم.

إن الأبحاث التي تنطلق من نموذج المعتقد الصحي في تصميم الاتصالات بهدف تغيير السلوكيات الصحية، دعمت التصور حول أهمية المدركات التي يحملها الفرد في تغيير سلوكه. فالاتصالات التي تلقي الضوء على المدركات المتعلقة بقابلية الفرد للإصابة بالأمراض، وتعزز في الوقت ذاته من مدركاته بأن سلوكيات صحية مثل في حالة سلوك التدخين، فإن نموذج المعتقد الصحي يؤدي - على الأقل - إلى

حدوث تغيير مهم في أحد المكونات الرئيسية المتعلقة بالصحة، ألا وهو الإدراك بأن على الفرد أن ينخرط في ممارسة السلوكيات الصحية. (تايلور، 2008، ص 144).

- الفعالية الذاتية والسلوك الصحي:

من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعورا بالفعالية الذاتية وهو الاعتقاد بأن لدى الفرد القدرة على ضبط ما يقوم به من ممارسات إزاء سلوك محدد، فاعتقاد المدخنين، على سبيل المثال، بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم، سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة، مع أنهم يعلمون تماما بأن التدخين فيه مجازفة، وأن التوقف عن التدخين أمر محبب، وقد بينت الأبحاث أن الفعالية الذاتية تؤثر في السلوكيات الصحية بطرق متنوعة قد تصل إلى حد الامتناع عن التدخين، وضبط الوزن، وممارسة التمارين الرياضية، وعدد متنوع آخر من السلوكيات المتعلقة بالصحة التي يؤديها الراشدون الأكبر سنا. إن الأبحاث - في الأغلب - قد توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالفعالية الذاتية، وبين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة، وبين الحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد.

نستطيع القول هنا انه يعتمد قيام الفرد بممارسة صحية معين، على عدد من المعتقدات والاتجاهات، فهو يعتمد على مقدار التهديد الصحي الذي يشعر به، وعلى درجة اعتقاده بأن لديه قابلية تزيد من تعرضه لذلك التهديد، وبأنه قادر على أداء الاستجابات الضرورية لتخفيف التهديد (الفعالية

الذاتية)، وعلى مقدر الدرجة التي يكون فيها السلوك الصحي - المطلوب الوصول إليه - فعالاً ومرغوباً، ويمكن تطبيقه. (تايلور، 2008، ص 146).

نظرية السلوك المقصود:

مع أن المعتقدات الصحية تساعدنا - إلى حد ما - في فهم متى يقوم الناس بتغيير عاداتهم الصحية، إلا أن علماء النفس الصحي يركزون اهتمامهم باستمرار على تحليل السلوك. والنظرية التي تحاول أن تربط الاتجاهات الصحية بشكل مباشر بالسلوك هي نظرية السلوك المقصود، وبناءً على هذه النظرية، فإن السلوك الصحي هو النتيجة المباشرة للنوايا السلوكية، التي تتشكل من ثلاثة مكونات، هي: الاتجاهات التي يحملها الفرد تجاه أفعال محددة، والمعايير الذاتية تجاه الفعل، والضبط السلوكي المدرك، فالاتجاهات التي يحملها الفرد نحو الفعل تستند إلى المعتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك، والتقييمات لهذه النواتج.

أما المعايير الذاتية فتربط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون أن عليه القيام به (المعتقدات المعيارية)، وبدافعيتته للامتثال لهذه المرجعيات المعيارية.

وأما الضبط المدرك للسلوك فهو ما يحدث عندما يحتاج الفرد إلى الشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب، وأن السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة.

ولنأخذ مثلاً بسيطاً، فالمدخن الذي يعتقد بأن التدخين يترك نتائج خطيرة على الصحة، ويعتقد بأن الآخرين يرون أن عليه التوقف عن التدخين، والذي يرى أن لديه الدافع للامتثال لهذه المعتقدات المعيارية، ويعتقد أنه قادر على التوقف عن التدخين، سيكون أكثر قدرة على التصميم على ترك التدخين من الشخص الذي لا يمتلك هذه الاتجاهات والمعتقدات المعيارية. (تايلور، 2008، ص 147)

من خلال ما تم عرضه في هذه النظرية نجد أنها قدمت إضافة مهمة من أجل فهم عملية التغيير في السلوك الصحي، فهو من ناحية تزود بنموذج يربط بين المعتقدات والسلوك بشكل مباشر، وتقدم صورة دقيقة عن نوايا الناس، وذلك بالاستناد إلى عادات سلوكية معينة من ناحية ثانية.

الاتجاهات وتغيير السلوكيات الضارة بالصحة:

على الرغم من النجاح الذي لاقته نظرية السلوك المقصود بربط المعتقدات بالسلوك، وفي تعديل العادات غير الصحية، إلا أن التوجهات التي تركز على ما يحمله الأشخاص من اتجاهات، ليست ناجحة جدا في تفسير التغيير التلقائي في السلوكيات غير الصحية، ولا تتنبأ بالتغيرات السلوكية الطويلة الأمد. ومن العوامل التي تزيد من تعقد الأمر، أن محاولات الاتصال بالأفراد لتغيير اتجاهاتهم نحو ما يقومون به من سلوكيات غير صحية، تؤدي أحيانا إلى ظهور عمليات دفاعية غير منطقية. فقد يدرك الناس بأن التهديد الصحي أقل خطورة من حقيقته، وقد يخطئون باعتبار أنفسهم أقل عرضة للإصابة بالأمراض من الآخرين، وقد يرون أنفسهم مختلفين عن أولئك الذين تعرضوا للإصابة بمخاطر صحية معينة، وقد يحملون معتقدات غير عقلانية حول أمور: الصحة، والمرض، والعلاج، مما يؤدي إلى تشويهم للرسائل المتعلقة بالصحة، أو المتعلقة بممارسة العادات الصحية، وهو ما يتضح في قيام العديدين بتناول كميات هائلة من العلاجات من دون استشارة الطبيب إضافة ذلك، فإن التفكير في الأمراض يمكن أن يولد مزاجا سلبيا لدى الأفراد، ويؤدي بدوره إلى تجاهلهم للمخاطر التي يتعرضون لها، أو تبنيتهم لتفسيرات ذات طابع دفاعي. ومع أن بعض الدراسات وجدت بأن المدركات المشوهة للمخاطر يمكن أن تعتدل عن طريق المعلومات والتدخلات التربوية. (شحاتة، 2004، ص 45)

ولأن العادات الصحية عادة ما تتأصل بعمق، ومن الصعب تعديلها، فإن طرق تعديل الاتجاهات قد لا تكون كافية بحيث تزود بالأساس المعرفي لتغيير العادات الضارة بالصحة. ويبدو أن طرق تغيير الاتجاهات قد تعمل على غرس الدافعية لتغيير عادة صحية معينة، ولكنها لا تزود بالمهارات الضرورية

لإحداث تغيير فعلي بالسلوك، والمحافظة على التغيير المحدث؛ ولذلك فإن مختصي علم النفس الصحي عمدوا إلى العودة إلى الأساليب العلاجية. (تايلور، 2008، ص 149).

6- تشخيص لحالة التدخين:

6-1- الاعتماد على النيكوتين:

توجد بعض الآراء التي تؤكد أن تدخين السجائر يمكن إدراجه ضمن العقاقير التي تسبب الإدمان حيث تنطبق محاكاة تشخيص الإدمان على التدخين من حيث الشعور بالرغبة الملحة عند عدم توفر السجائر وأن المدخن يحتاج إلى زيادة الجرعة الصغيرة تدريجياً حتى يشعر بنفس التأثير الذي تحدثه الجرعة الصغيرة السابقة وكذلك يشعر المدخن بأعراض نفسية وجسمية مزعجة عند الامتناع عن التدخين.

وقد وضع دليل التشخيص الإحصائي الثالث (DSM-III-1980) محاكاة الاعتماد على النيكوتين فيما يلي:

1. استخدام مستمر للتبغ لمدة لا تقل عن شهر.

2. وجود علامة واحدة على الأقل من العلامات التالية:

- محاولات جادة وفاشلة للتوقف عن التدخين أو تقليل كميته.
- محاولات التوقف عن التدخين تؤدي إلى ظهور أعراض انسحاب.
- يستمر الفرد في التدخين بالرغم من معرفته للأضرار الجسمية الخطيرة التي تنتج منه.

6-2- الانسحاب من النيكوتين:

حدد دليل التشخيص الإحصائي الرابع محكات تشخيص الانسحاب من النيكوتين فيما يلي:

1. الاستخدام اليومي للنيكوتين لمدة أسابيع

2. توقف مفاجئ عن استخدام النيكوتين أو نقص كميته، يكون مصحوباً بأحد العلامات التالية خلال

24 ساعة:

- الشعور بالكدر أو المزاج الحزين.
- الأرق.

- التوتر والإحباط أو الغضب.
- القلق.
- صعوبة في التركيز.
- الشعور بعدم الارتياح.

- نقص معدل دقات القلب.
- زيادة الشهية للطعام وزيادة الوزن.

3- تسبب هذه الأعراض أسى دالا إكلينيكيا، وتلف في الأداء الاجتماعي والمهني.

4- لا ترجع هذه الأعراض إلى حالة طبية عامة أو أي اضطراب عقلي آخر (شيفر وملمان، 2006، ص 116-117).

ومن جهة أخرى نجد أن هيئة الصحة العالمية قد أدرجت التبغ ضمن المواد التي تسبب الإدمان، ولو تأملنا التدخين لوجدنا أن محكات تشخيص الإدمان تنطبق عليه كلها، فصفة الإدمان الأولى الشعور بالرغبة الملحة عند عدم توفرها والمواد الإدمانية تسبب التحمل، فالمدمن يبدأ بجرعة صغيرة ثم يزيدها تدريجيا للحصول على نفس المفعول وهذا يحدث أيضا في التدخين.

والمدمن عند الامتناع يشعر بأعراض نفسية وجسمية مزعجة وكل مدخن حاول الامتناع مر بهذه التجربة والمدمن لا يستطيع السيطرة على كمية المادة التي يدمنها وهذه الظاهرة أيضا ملحوظة في حالة المدخنين المنتظمين والمفرطين. (الدمرداش، 1982، ص 181).

فالتدخين إدمان ولا شك في هذه الحقيقة كما اتضح لنا هذا من الوصف السابق ولذلك ينبغي النظر إليه بكل جدية ومواجهته كما نواجه أنواع الإدمان الأخرى ويقول مايكل راسل من معهد المودزلي للطب النفسي في إنجلترا "إن التدخين السجائر في أغلب الأمراض أكثر أنواع السلوك الإدماني التي عرفها الإنسان.

خلاصة جزئية:

التدخين هو سلوك مكتسب خلال أسابيع أو عدة أشهر، وعليه فإن التبعية للتدخين تتماز بثلاث خصائص: تبعية سلوكية والمتمثلة في الحركات، طرق التدخين، وكذلك التبعية النفسية.

وتكون من خلال خلق نوع من الارتباط الشرطي بالحالة النفسية للمدخن، لتأتي التبعية الجسمية كأخر مرحلة من مراحل إدمان التدخين أين يصبح المدخن لا يبحث عن الأحاسيس الإيجابية التي يحصل عليها جراء تدخينه للسجائر فالمدخن يصبح في هذه المرحلة همه الوحيد هو التخلص من الألم الذي ينجم عن تركه للسجائر وهنا تظهر متلازمة فطام.

ومنه نستطيع أن نحصر أسباب التدخين في العوامل النفسية والثقافية واجتماعية ولعل أهم هذه العوامل التي تظهر عند المدخن هي العوامل النفسية التي غالبا ما تكون مرتبطة بدافعيته ومعتقداته حول مدى خطورة مثل هذا السلوك على صحته ومن أهم هذه العوامل النفسية: القلق. الفراغ الذي تغطي عليه السيجارة، الفشل.

ومن خلال دراسة هذه الأسباب نجد أن التدخين يؤدي إلى مضاعفات خطيرة سواء على الصحة أو سلوكيات أطفالنا أو حتى الجنين الذي لم يخرج بعد إلى الحياة، ولهذا فإن العديد من الدراسات اتجهت نحو الكشف عن هذه المضار التي يحدثها سواء على المدى القريب أو على المدى البعيد.

أما من الناحية الدينية فنجد أن المشرع لم يترك مسألة من مسائل الحياة إلا وتعرض لها بنصوص عامة ورغم أن التدخين لم يكن موجودا في بداية البعثة المحمدية إلا أن القرآن والأحاديث النبوية الشريفة تحرم كل ما يضر الإنسان وبالقياس لما يضر بصفه عامة ينطبق التحريم على التدخين وغيرها من الخبائث والسـ

الفصل الثالث: الاستراتيجيات العلاجية النفسية والوقائية للإدمان على التدخين

تمهيد

- 1- الاستراتيجيات العلاجية النفسية
- 2- بعض النماذج العلاجية النفسية للإدمان
- 3- بعض النماذج العلاجية النفسية للإدمان
على التدخين
- 4- العلاجات الأخرى للإدمان على التدخين:

- 1-4- الجانب العلاجي الدوائي
- 2-4- الجانب الوقائي التوجيهي

خلاصة جزئية

تمهيد:

يشير علاج الإدمان العديد من القضايا والاستشكالات على أهمها مشكلة كثرة الانتكاسات بعد المرور بالخبرة العلاجية إضافة إلى وجود العديد من المفاهيم الخاطئة التي تسود الساحة العلاجية منها مثلاً: إن تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية يقود إلى التعاطي وهنا يؤكد وكلر وآخرون على تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التي تم فيها للمتعاطي التحرر من المخدر لفترة أو الأخرى ناهيك عن أن الغربة في التعاطي تظل كـرغبة قهرية تدفع بالمتعاطين إلى الانتكاس خاصة مع توافر المثبرات كالأقران ورائحة المادة المسببة للتعاطي وأماكن التعاطي وأدوات التعاطي ولذا فإن التركيز فقط على العقاب لا يفيد بل لابد من نظرة متكاملة لمشكلة كيفية التعامل مع الإدمان والانتكاسات لأن المدمن يكون قد اكتسب العديد من السلوكيات التي ترتبط بالإدمان ورغم الصعوبة في الطبيعة الخاصة للإدمان وكذا مقاومة العلاج، إلا أن ذلك لا يجب أن يجعلنا نياس لأن المدمنين بالرغم من أنهم أصعب الحالات استجابة للعلاج إلا أنه في ذات الوقت يمتلكون العديد من الإمكانيات التي تؤهلهم للدخول في برامج التأهيل والتعافي من بين العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى. (غانم، ص 189)

1- الاستراتيجيات العلاجية النفسية:

تعددت العلاجات النفسية وتطورت , حيث أصبح كل علاج يحتاج إلى تخصص لوحده وذلك لتعدد تقنياته وتنوعها وفق متطلبات عصر القطار المغناطيسي الذي أصبح يحتاج إلى الحلول السريعة والفعالة , فإذا استقرنا تاريخ العلاجات نجد أول مبادرة كانت لتحليل النفسي الذي أتى به فرويد حيث كانت له الصدارة في قائمة العلاجات أصبح الآن من أكثر العلاجات انتقادا على غرار تطور اتجاهات أخرى أخذت منه القاعدة والانطلاقة مثل العلاج الجشططي, الفردي والجمعي, إضافة إلى العلاجات التي أضافت اتجاهات جديدة في ميدان علم النفس كالعلاج المعرفي, السلوكي, الأسري, الوجودي... الخ, هذا من جهة أما إذا تحدثنا عن العلاجات الحديثة والمساعدة فهذا يحتاج إلى صفحات وكتب عديدة, لذا كان يجب علينا أن نقدم تلخيص لأهم العلاجات تداولها في ميدان علاجات النفسية, وذلك من خلال الجدول التالي:

نوع العلاج	رائده	تعريف	هدفه	أساليبه	خصائصه
التحليل النفسي (كلاوس غراوه وآخرون, 2009, ص 82)	سيجموند فرويد S. Freud	عملية يتم الكشف فيها عن ذكريات الطفولة المكبوتة في اللاشعور وهي في مجملها تجارب مؤلمة ودوافع ممنوعة تشكل صراع	إعادة بناء الشخصية وتحرير المريض من الأعراض وذلك بإلقاء الضوء عن المشكلات الانفعالية الطفيلية ومحاولة استثمارها في شكل جديد	التداعي الحر, التنفيس الانفعالي التحويل, المقاومة, الأحلام, الهفوات.	- يؤخذ وقتا طويلا قد يصل إلى سنوات من العلاج, -علاج نفسي نمائي من خلال إعادة بناء الشخصية وفق المعيار السوي, -يقوم العلاج النفسي وفق الأطر النظرية نفسية, -الوصول إلى استثمار سوى يمكن للربغبات المكبوتة من التفرغ

		نفسى	سوى.	بواسطة ميكانيزمات دفاعية سوية.
				-يقدم التحليل النفسى إسهامات كبيرة فى فهم الحالات التى ترجع جذورها إلى الماضى.
السلوكى	لازاروس	شكل من أشكال العلاج النفسى يعتمد على نظرية التعلم ويفترض أن الأعراض العصبية هي نتيجة تعلم خاطئ.	إزالة الأعراض العصبية عن طريق عملية فك الاشرائط ثم إعادة الاشرائط بشكله الصحيح, أى تعديل السلوك غير مرغوب فيه واستبداله بسلوك آخر مقبول اجتماعيا وذلك عن طريق التعلم	أسلوب تقوية السلوك المرغوب: التعزيز الايجابى, النمذجة, الضبط الذاتى... أسلوب إضعاف السلوك غير مرغوب فيه: الإطفاء, الممارسة السلبية, الإغفال, التكريه, التنفير, العقاب...
(محمد سرى, 2000, ص 28)	LAZARUS			- يركز على الوقت الحاضر والسلوك الحالى أكثر من التركيز على أسبابه. - التركيز على أعراض المشكلة أكثر من البحث عن الأسباب الكامنة وراء المشكل. - التركيز على السلوك الظاهري والمحدد. - صياغة أسلوب علاجي محدد يناسب مشاكل معينة - اعتبار أن السلوكيات غير المتوافقة استجابات متعلمة تخضع لنفس القواعد التي تحكم السلوك المتوافق - المعالج السلوكي يركز على الضبط والتحكم والمتعالم عبارة عن كائن

ذو سلوك.					
- أفكار الناس هي السبب في مشاعرهم وسلوكهم وليس أشياء خارجية. - يستغرق العلاج المعرفي وقت قصير ومحدود. - تعلم الإنسان منافع الشعور بالهدوء عند مجابهة الحالات الغير مرغوبة. - علاج منظم توجيهي المعالج لديه جدول لكل جلسة. - نتائج تبقى سارية المفعول إلى المدى البعيد. - تشجيع المريض على النظر إلى أفكاره التي تتغير بناء على الأفكار والمعلومات التي اكتسبها - المريض يلعب دور حاسما فيه وإيجابيا في العلاج.	أسلوب تصحيح الأفكار ,دحض الأفكار الخاطئة ,الرد على النقد الداخلي لذات. توظيف الأفكار الجديدة , حل المشكلات...	تغيير علاقة المريض بالأفكار والمشاعر السلبية التي تسبب الألم النفسي.	الاضطراب الانفعالي ناتج عن الأفكار الخاطئة وبالتالي إزالة الاضطراب من خلال إزالة الأفكار السلبية التي تحتوى على تشوهات معرفية فكرية يتم تأويلها بطريقة مضحمة جدا,	ارون بيك A. BEC K	المعرفي (محمد سرى, 2000, ص 25)

العقلاني الانفعالي (العامري, 2000, ص 64)	ألبرت اليس Albe rt Ellis	علاج موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي.	- حث المريض للاعتراض على أفكار غير عقلانية. - محاربة الأفكار غير عقلانية والخطئة لدى المريض. - مساعدة المريض على التعرف على الأفكار غير عقلانية والتخلص منها - تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل التغيير.	المهجوم المباشر المنسوق على الأفكار غير عقلانية مع استخدام المنطق والتعليم والإقناع والمواجهة مع تكليف المريض بعمل واجب منزلي مع تنمية استبصاره لتحقيق الصحة النفسية. - يتميز الإنسان انه يفكر دائماً وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال. - تفكير الإنسان هو الذي يلون المدركات من حسنة إلى سيئة. الأفكار السالبة يمكن تعديلها.	-الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان. -التفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها البعض. -الإنسان مابين عقلائي وغير عقلاني. -الاضطراب النفسي والسلوك العصبي ينتج عن التفكير غير العقلاني -ينشأ التفكير غير العقلاني من التعلم غير المنطقي من الوالدين والثقافة. -يتميز الإنسان انه يفكر دائماً وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال. -تفكير الإنسان هو الذي يلون المدركات من حسنة إلى سيئة. الأفكار السالبة يمكن تعديلها.
---	---	--	---	--	---

الجشطلتي (إبراهيم، ص45)	فريدريك بيرلز Fred eric k Perls	هو علاج إنساني حيث ينظر إلى الإنسان على أنه كائن عضوي يستطيع التحكم في سلوكياته ومصيره. والعلاج الجشطلتي خاضع لمبدأ "الوحدة الكلية للسلوك البشري هي شيء أكبر من مجرد مجموع جميع أجزاء السلوك".	تسهيل استعادة التوازن وإعادة بناء الوظائف إلى الأفضل على مستوى الوعي.	الوعي ب: هنا والآن، جعل المريض مسئولاً، الدراما والعمل الخيالي. التكنيك المكوكي، حوار المتسلط والضحية أو القوي والضعيف. الكرسي الخالي، تعبير الرؤيا أو التعبير العملي عنها.	-العلاج الجشطلتي يركز على الأحداث الظاهرة في حياة المريض، -يهتم بالاتصال غير اللفظي، وهو يركز على موقف عقائدي فكري إيديولوجي وقد وضع له (بيرلز) الصيغة التالية: الآن = تجربة حية = وعي = واقع - يجمع وينسق المتفرقات لفهم الشخصية من خلال الوصول لتكامل الوعي. -ينتقل ما في الجلسة العلاجية من المعالج إلى المريض. -العلاج الجشطلتي بعيد عن الوعظ والإرشاد، إنما يقوم على العمل الذي يتقبله المريض. -العصاب في العلاج الجشطلتي هو الاستجابة الراهنة للمشكلات الماضية، ولكن لا يهم أن نعرف الماضي لأن المشكلة موجودة الآن.
------------------------------------	---	---	--	--	--

الأسرى (كفاي، 1999، ص 85)	ناثان اكرمان Nat han Ack erm an	علاج يهتم بالعائلة كنسق يتضمن شبكة من الاتصالات ينمو في داخلها الطفل مما يجعل منها العامل البيئي الأكثر تأثيرا وتشكيلا لمعالم شخصيته	- اعمل على تحسين أداء الأسرة كنظام وذلك من خلال تقييمها كوحدة ووضع خطة من اجل تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة بين أفرادها وذلك بالتعاون بينها وبين المعالج.	يتخذ العلاج الأسرى أسلوبه أو تقنيات التي يعتمد عليها من خلال تبنيه لنظريات واتجاهات متعددة تخدم النسق الأسرى، فمثلا في الاتجاه السلوكي يركز على فنيات الاتصال في الأسرة. إما في الاتجاه المعرفي نجده يستخدم أسلوب الاستنتاج التعسفي ، والتجريد الانتقائي	- يعتبر من المنهج الحديث نسبيا في مجال العلاج النفسي. - يتميز عن غيره من العلاجات من حيث التقنية والهدف والموضوع وهو الأسرة - يركز على تحديد أنواع الاتصال السوية أو على وجه الخصوص أنواع الاتصال المرضية.
------------------------------------	--	---	--	---	---

	التعميم الزائد، التهويل والتهوين، قراءة الأفكار...				
الجمعي (غانم، 2000، ص6)	جوزيف برات. Jose ph Prat t لازل LAZ AL	علاج عدد من المرضى يجمعون في جماعات صغيرة ويتم استغلال التفاعل الاجتماعي بين المرضى وبين المعالج مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب.	إحياء روح الجماعة والتعود على الاختلاط والصراحة والإفصاح وإعادة تعليم الأفراد لكي يغيروا من اتجاهاتهم.	المحاضرات ، المناقشات، التدر يب على التفكير واتخاذ القرارات ، التعاقد، التغذية الراجعة، الاسترخاء... .	- الفرد المتعالج كيفما كان فهو عضو في جماعة يعيش معها من قريب أو من بعيد ويتأثر بها ويؤثر فيها، - يحاول المعالج الجمعي إكساب المتعالج روح التعاون والانسجام مع الآخرين من حوله. وهذه مهارات تعليمية تتم في نطاق الجماعة تعليميا وتدريبيا وممارسة ومتابعة. -حاجة المتعالج للآمن والتقدير والنجاح هي عوامل نفسية اجتماعية وكلها تساعد على ضبط السلوك وتقبل القيم ومراقبة الذات لانسجامها مع معايير الجماعة، -تقديم طريقة العلاج الجمعي والعيش في نطاق جماعة صغيرة نموزجية عن الجماعة الكبيرة العامة.

2- بعض النماذج العلاجية النفسية الخاصة بالإدمان:

1-2 - العلاج النفسي الجماعي:

تعددت فنيات العلاج النفسي الجماعي لجماعة المدمنين وفقا إلى المدرسة التي ينتمي إليها المعالج وفقا لطبيعة التدريب الذي تلقاه ما مدى مناسبة هذه الفنيات لطبيعة الأشخاص الذين سيقوم بعلاجهم.

فعلاج وإعادة تأهيل فئة المدمنين ليست سهلة مثلما نتصور نحن خاصة في جماعات علاجية لذا يجب على الفريق العلاجي أن يتعرف على:

- 1- أنه لا توجد شخصية إدمانية واحدة.
 - 2- اختيار المادة يكون لتأثيراتها الطبية أو العلاجية.
 - 3- لا بد من الفريق العلاجي أن يقف على المعتقدات واتجاهات الشخص تجاه تعاطيه لهذا النوع تحديدا.
 - 4- ضرر تحديد الظروف المحيطة بالشخص ومقدار مسؤوليتها عن الإدمان وفشل العلاج.
 - 5- أن يكون التقييم شاملا للفرد محدد حجم المشكلة مدى معاناة. ما هي الدوافع... الخ.
- وأخيرا يجب على الفريق العلاجي أن يعي أن علاج الإدمان وإعادة التأهيل تمر بأربع مراحل هي: مرحلة التجاهل، مرحلة النية والعزم، مرحلة الفعل، مرحلة الاستمرارية في التعاطي (الانتكاسات). هذه كانت حقائق يجب على الفريق العلاجي الذي يتعامل مع الإدمان والمدمنين أن يعيها جيدا. (غانم، ص 230)

مراحل العلاج:

أولا: مرحلة التقييم: حيث يتلخص دور الأخصائي الإكلينيكي في هذه المرحلة بمعرفة الدوافع الكامنة وراء تعاطي معين وأيضا تعرضه عدم تعرضه لتشخيص مزدوج (وجود اضطرابات نفسية أو عقلية محرضة للإدمان) وكذلك تطبيق بعض الاختبارات النفسية التي يستشعر من خلالها أن تجيب على العديد من التساؤلات وكذلك التركيز على العلاجات الفردية والجماعية للمدمن خاصة العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي (الذي سيأتي أخذه كنموذج وشرحه بالتفصيل) كفنيات علاجية في العلاج النفسي الجماعي.

ثانياً: التشخيص: حيث يتوصل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى تحديد مشاكل المريض والتي نتجت أو رافقت أو كانت السبب في إدمان وما إن يتم التعامل مع هذه المشكلة فسوف تستمر الانتكاسات بل أن الركيزة الأساسية لاختيار المادة هي العوامل الشخصية المرضية لدى المدمن خطوات إجراء البرنامج التأهيلي لمدمني المخدرات:

1- المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج: لا بد من توافر المعلومات التالية عن:

- نوع المخدر أو المادة النفسية الأكثر انتشاراً.
- الأنماط السائدة للتعاظم في المجتمع.
- التكرار ومدة التعاطي ودوافع العلاج وعدد الانتكاسات.
- تحديد الجمهور أو العينة.

2- الخلفية النظرية للقائمين على البرامج التأهيلية: لا بد من توفر خلفية نظرية أساسية للأشخاص الذين يعملون في مجال التأهيل النفسي الاجتماعي لمدمني المخدرات.

3- إعداد البرنامج: ويجب الأخذ بعين الاعتبار الآتي:

- هدف البرنامج ومحتواه: وفي هذه الحالة يكون تأهيل المدمن النقه والمحافظة على استمرارية تعافيه ومنع الانتكاسة أو أي علاقات قد تقود إليها.
- بنية البرنامج: من حيث مدة البرنامج, عدد الجلسات, طبيعة الفنيات أو العلاجات المستخدمة , وكذلك محتوى كل جلسة والمدة المخصصة لها والمكان الذي ستقوم فيه.

4- إجراءات تنفيذ البرنامج: تحديد محتوى كل جلسة بالتفصيل ووضع تصور لكيفية التنفيذ وكذلك التكتيك أو الفنية التي ستطبق في كل جلسة مع الجماعة الإدمانية.

5- تقييم البرنامج: من خلال:

- تقييم قبلي للمتغير التابع للهدف على الإدمان مثلاً أو سلوكيات معينة كانت تضر بالشخص وتجعله ستمر في الإدمان.
- القياس البعدي للمتغير التابع, ومقارنة نتائج القياس القبلي بالبعدي ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات أو الاستمرار في البرنامج.

6- النتائج النهائية: حيث سيتم تحليل النتائج من خلال محورين:

- الأول نتائج ايجابية: حيث أن الأفراد ظلوا مثلاً محافظين على الاستمرار تعافيتهم وإن هذا التعافي أو التغير في السلوك قد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقات الاجتماعية.
- الثاني نتائج سلبية: مثل حدوث انتكاسة , وقد تجعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر في محتوى البرنامج بما يتناسب مع العديد من الجوانب. (غانم, ص ص 231. 249)

2-2 - العلاج العقلاني الانفعالي:

بغرض تقديم قضايا علاجية وتدريبه مختلفة ومتنوعة وذلك وفق أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي لصالح مرضى الإدمان على الكحول والمخدرات من المفيد مراجعة العملية العلاجية على المستوى النموذجي.

- مراحل المعالجة: يمكن أن نتصور العلاج على مستوى مراحل أو خطوات:

إن المرحلة الأولية للعلاج تتضمن خلق التحالف العلاجي بين المعالج والمريض وتقويم وتحديد طبيعة المشكلة والمشاركة في وضع أهداف العلاج الأولية أما المرحلة الثانية فتحتوي على تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية لمساعدة المريض على تبديل ارتباطه اللاتكفي بالكحول مساعدة نوعية وهي تختلف وفقاً للفروق الفردية المصادفة عند المريض. ونقص اختلافاً سمات شخصياتهم واستجاباتهم ومهما يكن من أمر يشجع المريض على ممارسة ضبط أكبر على نزوعه الإدماني نحو الشرب أو التعاطي بواسطة تعليمه التقنيات الضابطة للمنبهات المثيرة للسلوك الإدماني والتعاقد السلوكي (أي إبرام عقد بين المعالج والمتعالج) مناهضة الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي تدعم إدمانه وتكرس نزوعه نحو المخدر أو المسكر أما المرحلة الثانية من العلاج فتتضمن رصد التقدم العلاجي وإعادة تقويم الأهداف وفي هذه المرحلة أيضاً منظرو تطويري لشفاء المريض والتعامل مع مختلف المشكلات السلوكية والانفعالية في الوقت الذي يستمر في تزويد المريض بالدعم للحفاظ على التقدم العلاجي الذي حصل عليه أي في الفطام عن الكحول أو المخدر وما أن يتم تحقيق الاستقرار في الكف عن تعاطي الكحول أو المخدر توجه الجهود نحو مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قد

تنتاب المريض والتي تدفعه عموماً إلى الخط من ذاته وما يترتب على ذلك من نتائج سلبية سلوكية وانفعالية وما أن يقترب العلاج نحو مرحلته النهائية بنجاح فإن معظم هذه المرحلة تتركس لإزالة.

المشكلات المرتبطة بقبول الذات وتحسين النظرة نحو الذات كفلسفة وقائية ضد الإدمان وهنا يمكن مناقشة المريض بجملة من المشكلات التكيف الانفعالية.

(<http://highpsyche.blogspot.com>).

- **التدبر العلاجي:** لعل القضية العملية التي غالباً ما تبرز عند التعامل العلاجي مع المدمنين هي قضية الانتكاس، فعلاج العقلاني الانفعالي يرى الانتكاس كحادث ذا قيمة ثقافية كبيرة بالنسبة للمدمن المريض ويتعين عليه ألا ينظر إلى الانتكاسات من زاوية الفشل والعجز بل من زاوية وقائع يمكن أن تحدث ومن ثم تدريبه على تجاوز هذه الانتكاسات بعزيمة جديدة غير محبطة وبالتالي العودة إلى الكف ثانية فالانتكاس هو كبوة ولا يعنى انه غير قادر على الوقوف ثانية معافى.

ولتفادي حالات الإحباط من جراء الانتكاس للمدمن يتضمن العلاج مسألة إعطاء تدريبات بيئية ينفذها المتعالج بين الجلسات العلاجية وهذا جزء هام من العلاج العقلاني الانفعالي ويتعين على المعالج أن يخلق عند المريض المدمن من خلال كلامه معه توقعات ايجابية نحو مزيد من التحسن إذا ما أنجز واجباته البينية أو المنزلية بين الجلسات العلاجية وحسب مستوى التفاعل والالتزام القائمين إزاء العلاج، وفي مقدور المعالج إعطاء وظائف وواجبات بيئية للمريض لا نجازها مثل قراءة كتيب أو نشرة أو الاستماع إلى شريط صوتي ومن ثم يوسع هذه النشاطات لتكون نوعية وتمارين مفصلة عندما يتقدم العلاج.

- **توقف العلاج:** أن السؤال المطروح هو متى يكون مناسباً إيقاف العلاج؟.

على المستوى المثالي يتخذ هذا القرار باتفاق مشترك بين المعالج والمتعالج إذ عندما تتقدم المعالجة وتسير في طريقها المرسوم المخطط لها فإن طرق من العلاج المكثف المشدد الذي ينبغي مساعدة المريض على تعلم إيقاف تعاطي الكحول أو المخدر والإبقاء على هذا الإيقاف يتبعه انتقاء لأهداف علاج جديدة تتوخى تقديم العون للمريض بغية تعلم بديل حديث مع ذاته، وأفكاره اللاعقلانية التي تقود إلى اضطراب الوظيفة السلوكية والانفعالية، وما أن يأخذ هذا الطور العلاجي أبعاده المطلوبة حتى يقل تواتر

البرنامج العلاجي، أو يتم إعادة هيكلة حسب الحاجة الراهنة وأيضا التعامل مع مختلف التقنيات العملية الخاصة بحل المشكلات الانفعالية ضمن إطار العلاج العقلاني الانفعالي. (حجازي، ص 213).

مثال: الأفكار الخاطئة التي تؤدي إلى النزوع نحو التعاطي:

A: القواعد المطبقة على الجماعة العلاجية، المسؤوليات (وتعد الحوادث المثيرة لتوتر)

B: الأفكار العقلانية: أنا لا ارجب المشاحنات.

الأفكار اللاعقلانية: لذلك يتعين علي أن ابتعد عنها وألا أتعامل معها لأنني لا أستطيع فصل المشاحنات.

C: رد الفعل (النتائج): الإحباط، الغضب، الاكتئاب.

الأفكار العقلانية: لا ارجب الشعور بالانزعاج.

الأفكار اللاعقلانية: لا أستطيع تحمل الانزعاج.

CB: النتائج السلوكية يتم اللجوء إلى تعاطي المخدر من قبل المدمن المتعالج من اجل الهروب من الانزعاج نظرا لاعتقاده أن الموقف لا يمكن تحمله.

CB: النتائج السلوكية الجديدة الناجمة عن العلاج: يمنع المتعالج من اللجوء إلى الخمر أو المخدر ولا يستطيع تجنب المسؤوليات المفروضة عليه في هذا المجتمع العلاجي بحيث يتعلم تفكيراً أكثر ملائمة (يتعلم بأم الانزعاج يمكن تحمله). (حجازي، 1992، ص 221).

3- بعض النماذج العلاجية النفسية الخاصة بالإدمان على التبغ (التدخين):

القارئ لمجال الإدمان وأنواعه يلاحظ قلة وندرة البرامج العلاجية وخاصة التي تناولت الإدمان على التبغ أو التدخين، ولو بشيء من التفصيل وهذا راجع إلى تسليط الضوء على أنواع الإدمانات الأخرى

على أساس أنها الأكثر خطورة من الإدمان على التبغ أو التدخين, لذا تطرقنا هنا للإستراتيجية العلاجية المعرفية السلوكية كأكثر إستراتيجية تناولت السلوكيات الغير صحية في مجال علم النفس الصحي, والتي تتبنى مصطلح السلوكيات الغير صحية أو الضارة بدل الإدمان, حيث وجدناها كأكثر اتجاه علاجي إسقاطي تناول السلوكيات الغير صحية بالتفصيل والتي يستطيع أي قارئ أن يسقطها على التدخين.

3-1- الإستراتيجية المعرفية- السلوكية في مواجهة السلوكيات غير صحية (التدخين):

إن الأساليب التي تستند في تعديلها للسلوكيات الضارة بالصحة على تغيير الاتجاهات، بينت أنها أكثر فائدة في التنبؤ بالوقت الذي يصبح فيه الأفراد أكثر استعدادا لتغيير سلوكهم. وقد غيرت الاتجاهات العلاجية المعرفية- السلوكية محور اهتمامها في تعديل العادات الصحية إلى السلوك المقصود ذاته، أي: إلى الظروف التي تدعو إلى ظهوره وبقائه، وإلى العوامل المعززة له. كما يوجه العلاج المعرفي- السلوكي تركيزا شديدا على المعتقدات التي يحملها الناس إزاء عاداتهم الصحية، إذ غالبا ما يقوم الناس بإجراء محادثات داخلية مع الذات تتدخل مع قابليتهم لتغيير سلوكهم. فالشخص الذي يرغب، في ترك التدخين، قد يتحول عن عملية التوقف عن طريق إنتاج شكوك ذاتية كأن يقول: "سوف لن أنجح طيلة حياتي في التوقف عن التدخين"، أو يقول: "أنا واحد من أولئك الأشخاص الذين يعتمدون ببساطة على السجائر"، "لقد حاولت في السابق، ولكنني لم أحقق النجاح قط". ومن وجهة نظر العلاج المعرفي - السلوكي، فإن الشخص لن يتمكن من تغيير عاداته الصحية، أو يحافظ على التغيير الحادث، ما لم يتم تعديل هذا المونولوج الداخلي (المحادثة الذاتية). وبذلك، فإن إجراءات التدخل المعرفية- السلوكية، تسعى إلى تغيير المدركات تماما، كسعيها لتغيير السلوك. (شابروول، 2001، ص 34)

إن معظم برامج تعديل السلوك تبدأ بالعميل، وتعد هدفا تتوجه نحوه الجهود الرامية لتغيير سلوكه، أما في العملية العلاجية، فإن عمليات التحكم الموجهة لتغيير السلوك، تنقل تدريجيا من المعالج إلى العميل. ولدى الاقتراب من نهاية مرحلة التدخل الرسمي، يقوم العملاء بمراقبة سلوكهم، ويطبقون استراتيجيات التدخل المعرفي- السلوكي على سلوكهم، كما يعملون على مكافأة، أو عدم مكافأة أنفسهم بناء على ما

يقومون به من أفعال ومن بين أكثر الأساليب التي تساعد على تعديل السلوكيات غير صحية في البرامج المعرفية السلوكية نجد:

- الملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية:

إن كثيراً من البرامج المعرفية - السلوكية في تعديل السلوك، تستخدم الملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية كخطوة أولى باتجاه تغيير السلوك. وهي تستند إلى منطق يرى أن على الفرد أن يدرك أبعاد السلوك المراد تعديله قبل البدء في عملية التغيير. فملاحظة الذات، ومراقبة الذات، تقيمان مدى تكرار السلوك المقصود تغييره، والأحداث التي تسبق حدوثه، والنتائج التي تترتب على القيام به. إن القيام بالملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية، عند البدء بعملية تغيير السلوك، يمهد لإشراك العميل في عملية تعديل السلوك في مرحلة مبكرة.

وتتضمن الخطوة الأولى في الملاحظة الذاتية معرفة كيفية تمييز السلوك المقصود تغييره. وهذه العملية سهلة بالنسبة لسلوكيات معينة، فمن الواضح أن المدخن يستطيع أن يدرك ما إذا كان يقوم بالتدخين أم لا. في حين أن هناك سلوكيات أخرى كالرغبة في التدخين، أصعب تحديداً، لذا فقد يتم تدريب الفرد لمراقبة الأحاسيس الداخلية عن قرب؛ وذلك من أجل تمييز السلوك المقصود تغييره بدقة أكبر.

أما الخطوة الثانية في الملاحظة الذاتية فهي تسجيل السلوك، وجدولته. ويتراوح ذلك من الأساليب البسيطة جداً التي يكفي فيها بتسجيل السلوك في كل مرة يحدث فيها، إلى أساليب أكثر تعقيداً الذي يوثق الظروف التي حدث فيها السلوك، بالإضافة إلى المشاعر التي صاحبت ظهوره. فعلى سبيل المثال، يدرب المدخن على الاحتفاظ بسجل سلوكي تفصيلي لجميع الظروف التي يقوم فيها بالتدخين. فقد يسجل كل مرة قام فيها بالتدخين، والوقت من النهار، والموقف الذي حدث فيه التدخين، وهل كان هناك أشخاص آخرون لدى قيامه بالتدخين.

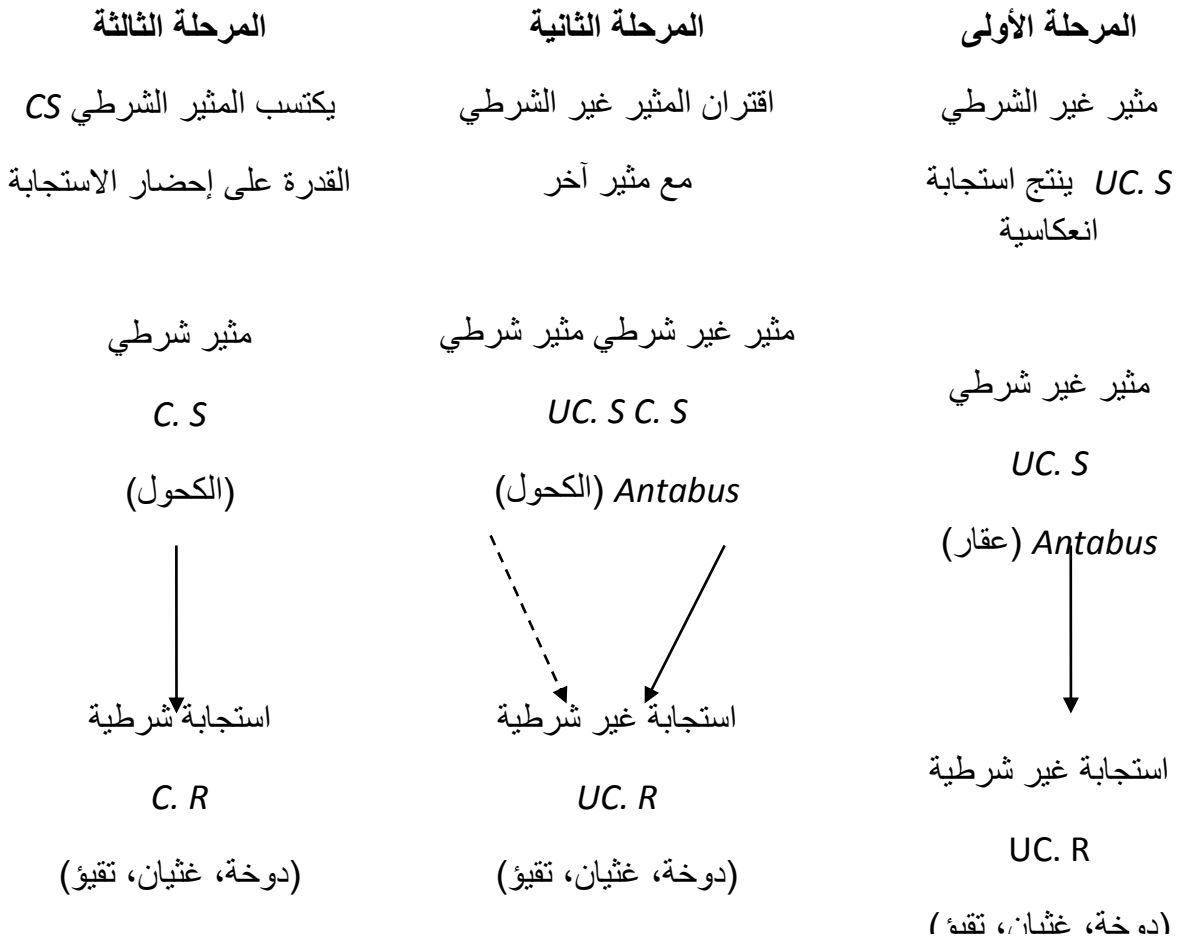
وقد يقوم بتسجيل مشاعر الرغبة الذاتية التي وجدت عند إشعال السيجارة، (مثل القلق، أو التوتر)، والشعور الذي تولد لدى القيام بالتدخين. وبذلك يتمكن من بناء برنامج لإحداث تغيير بنائي في

السلوك، يتناول التعامل مع هذه الظروف التي ترافق حدوث السلوك (التدخين). (تايلور، 2008، ص 151).

ومع أن ملاحظة الذات لا تشكل إلا خطوة أولية في تغيير السلوك، إلا أنها قد تعمل بذاتها في إحداث التغيير المطلوب. فبمجرد متابعة الفرد لسلوكه قد يؤدي إلى التقليل من عدد السجائر التي يدخنها. وفي العادة فإن التغيير في السلوك الذي يتسبب عن المراقبة الذاتية لا يستمر طويلا، ولا بد من أن تقترن المراقبة الذاتية بإتباع أساليب أخرى.

- الإشراف الكلاسيكي:

إن أول من توصل إلى الإشراف الكلاسيكي هو العالم السيكلوجي الروسي إيفان بافلوف (*Ivan Pavlov*) في بداية القرن العشرين. وتعد مبادئ الإشراف الكلاسيكي من. أول المبادئ التي اتبعت لتغيير السلوك. إن جوهر الإشراف الكلاسيكي هو اقتران مشير غير شرطي (طبيعي) بمشير شرطي (صناعي)، مما يؤدي إلى تكوين منعكسات شرطية. ويوضح الشكل التالي خطوات الإشراف الكلاسيكي:



مخطط رقم 1: توظيف مبادئ الإشرط الكلاسيكي في علاج الكحول

إن الإشرط الكلاسيكي كان من أول الطرق التي استخدمت لتغيير السلوك الضار بالصحة، ولإيضاح ذلك سنتناول استخدامه في علاج الإدمان على الكحول. إن الأنتابوز (*Antabuse*)، - المثير غير الشرطي (*UC.R*) - هو عقار يسبب دوارة شديداً، وغثياناً، وقيئاً - استجابة غير شرطية (*UC.R*) - لدى تناوله عن طريق الفم. ووفقاً لنظرية الإشرط الكلاسيكي، فإن هذه الاستجابة الانعكاسية من الدوار، والغثيان، والقيء يمكن إشرطها.

بتناول الكحول، إذا اقترن تناول الكحول باستمرار مع حقن المدمن بمادة الأنتايبوز. وبذلك يكون إعطاء مدمن الكحول المشروب الذي يفضله من الكحول ليرشف منه، وفي الوقت ذاته يتم حقنه بمادة الأنتايبوز. ومع الزمن يرتبط الكحول مع الدوار، والغثيان والقيء، الذي كان يتسبب عن عقار أنتايبوز. وبذلك يستدعي الكحول الاستجابة نفسها التي كان عقار أنتايبوز يسببها - الدوار والغثيان والتقيؤ (استجابة شرطية. *CR*)، وقد استخدمت مبادئ الإشرط الكلاسيكي في علاج الإدمان والتدخين واضطرابات إدمانية أخرى.

ويتميز تأثير الإشرط الكلاسيكي في تعديل العادات السلوكية بالفعالية، ولكن العملاء يدركون سبب فعاليته. فالمدمنون على تعاطي الكحول يدركون، على سبيل المثال، أنهم إذا توقفوا عن أخذ العلاج فإنهم لن يتقيؤوا عند تعاطيهم الكحول، وبذا فإننا لو تمكنا عن طريق الإشرط الكلاسيكي من إنتاج الاستجابة الشرطية، فإن التغيير يعتمد - إلى درجة كبيرة - على رغبة العميل بالتعاون. كما أن هذه الطريقة تعد في غاية القسوة، وقد تسبب أحيانا مخاطر صحية. نتيجة لذلك، فهي لم تعد تستخدم بالدرجة نفسها التي كانت تستخدم فيها سابقا. (تايلور، 2008، ص ص 152 - 153)

- الإشرط الإجرائي:

على النقيض من الإشرط الكلاسيكي الذي يعمل على تشكيل الاستجابة بشكل أوتوماتيكي من خلال اقترانها مع مثير جديد، فإن الإشرط الإجرائي يعمل على اقتران استجابة تلقائية تصدر عن الفرد مع نتائج محددة. ويعد التعزيز حجر الزاوية في الإشرط الإجرائي. فعندما يؤدي الفرد سلوكا ما، ويتبع ذلك السلوك تعزيز إيجابي، فإنه من المرجح أن يكرر ذلك السلوك مرة أخرى. وبالمثل إذا قام الفرد بأداء سلوك، وكانت نتيجة هذا السلوك الحرمان من التعزيز، أو التعرض للعقاب، فإن احتمال تكرار ذلك السلوك يقل، على الأغلب. ومع مرور الوقت فإن هذه الاقترانات تؤدي إلى تشكيل السلوكيات التي ارتبطت بالحصول على المعززات، وفي المقابل يقل تكرار السلوكيات التي اقترنت بالعقاب أو لم تعزز.

إن كثيرا من العادات الضارة بالصحة يمكن اعتبارها استجابات إجرائية. فعلى سبيل المثال، قد يستمر الفرد بالتدخين؛ بسبب اقتران ذلك بضغط الرفاق، وفي هذه الحالة فإن التعزيز يكون سببا في الحفاظ على العادات الضارة بالصحة.

- دور الإشراف الإجرائي في تغيير العادات الضارة بالصحة:

يستخدم الإشراف الإجرائي دائما لتعديل السلوكيات الضارة بالصحة. وفي بداية الجهود التي توجه إلى تغيير عادة سلوكية غير صحية، يزود الأفراد بالمعززات الإيجابية لدى قيامهم بأي فعل يجعلهم أكثر قربا من الهدف. وعندما يحدث تقدم في تخفيف العادة الضارة بالصحة أو تعديلها، تتم المطالبة بإجراء تغيير أكبر في السلوك للحصول على المعزز نفسه، فعلى سبيل المثال، لنفترض أن شخص يدخن 20 سيجارة في اليوم. فقد يقوم أولا بتحديد عدد من المعززات التي يمكن أن يحصل عليها عندما يتمكن من تقليل عدد السجائر ليصبح قريب من الهدف الذي وضعه، مثل: الذهاب إلى السينما، أو تناول العشاء خارج البيت، وقد يقوم بتحديد عدد السجائر التي ستمنع من أن يدخنها كهدف للوصول إليه، (مثل 15 سيجارة في اليوم). وعندما يبلغ هذا الهدف فقد تقوم بتطبيق التعزيز (أن تذهب إلى السينما، أو تتناول العشاء خارج البيت). أما الخطوة الثانية فتكون بتقليل عدد السجائر إلى 10 في اليوم، وعندما يتحقق ذلك يعزز لنفسه مرة ثانية، ثم يحدد الهدف بخفض عدد السجائر بشكل منتظم إلى 5، ثم إلى 4، ثم إلى 3، ثم إلى 1، فصفر. وعبر هذه الطريقة يمكن الوصول إلى هدف التوقف عن التدخين. (تايلور، 2008، ص 154)

- النمذجة:

تشير النمذجة إلى التعلم الذي يحدث عن طريق مشاهدة شخص آخر يقوم بأداء السلوك. إن المشاهدة والمحاكاة التي تليها، يمكن أن تشكل اتجاهات فعالة لتغيير العادات الضارة بالصحة.

وبعد التشابه من المبادئ المهمة في النمذجة، فالأفراد أكثر ميلا إلى تقليد السلوك الصحي الذي يصدر عن أشخاص يشبهونهم، وبمقدار ما يعتقدون بأنهم يشبهون نمطا من الأشخاص الذين يقومون بسلوكيات تعرضهم للمخاطر الصحية بمقدار ما يكونون أكثر ميلا لمحاكاتها، وبقدر ما يدركون بأنهم

بماثلون نمطا من الأشخاص، لا يؤدي سلوكا يسبب مخاطر صحية، بقدر ما يميلون إلى تغيير سلوكهم. فقد يرفض السباح أخذ سيجارة من صديقه؛ لأنه يدرك أن معظم كبار السباحين لا يدخنون.

وتستخدم النمذجة باستمرار لتدريب العملاء على إعادة تنظيم مدركاتهم المعرفية. فقد يقوم المعالج أولا بتقديم إيضاح لحديث إيجابي مع الذات. وقد يقدم المعالج موقفا يسبب الضغط يعده هدفا يوجه نحوه جهود التعديل. ثم يقوم بتطبيق تعليمات ذاتية إيجابية، كأن يوجه لنفسه دعوة إلى الاسترخاء فيقول لنفسه: "استرخ، إنك تحقق تقدما رائعا". ثم يحاول العميل أن يتعامل مع الموقف الضاغط بينما يقوم المعالج بتعليمه التفكير الذاتي الإيجابي. وفي المرحلة التالية من التدريب، يحاول العميل أن يتعامل مع الموقف المسبب

للضغط مقدما إرشادات ذاتية بصوت عال. وبعد هذه المرحلة قد توجه التعليمات الذاتية عن طريق الهمس. ثم يقوم العميل بتخفيف القلق عن طريق توجيه إرشادات ذاتية صامتة.

- ضبط المثيرات:

يتطلب التعديل الناجح للسلوكيات الضارة بالصحة، فهما للأحداث التي تسبق السلوك تماما، كفههم النتائج التي تلي السلوك المقصود تعديله. فالأفراد الذين يقومون بممارسة عادات سلوكية ضارة بالصحة: كالتدخين، وتناول الكحول، يطورون روابط بين هذه السلوكيات وبين المثيرات الموجودة في بيئتهم. وكل هذه المثيرات قد تقوم بوظيفة المثير التمييزي الذي يكون قادرا على استدعاء السلوك المقصود. فعلى سبيل المثال، فإن شكل الطعام رائحته يعملان بوصفهما مثيرين تمييزيين لتناول الطعام. كما أن شكل علبة السجائر ورائحة القهوة قد تعملان بوصفهما مثيرات للتدخين. إن المثير التمييزي له أهمية؛ لأنه يعمل بمثابة إشارة تعلن بأن معززا إيجابيا سوف يلي ظهور المثير. (كلاوس وآخرون، 2009، ص 112)

وهناك منحنيان يتبعان لدى تنفيذ إجراءات التدخل عن طريق ضبط المثيرات مع المرضى الذين يحاولون تغيير عاداتهم الضارة بالصحة: أما الأول فيركز على تخلص البيئة من المثيرات التمييزية التي تدعو إلى ظهور السلوك المشكل، في حين يركز الثاني على إيجاد مثيرات تمييزية جديدة تعمل كمؤشر بأن استجابة جديدة سوف يتم تعزيزها.

- الضبط الذاتي للسلوك:

إنّ العلاج المعرفي-السلوكي الذي يستخدم أيضا لتعديل العادات السلوكية، تحول تدريجيا نحو نموذج علاجي يركز على الضبط الذاتي. ووفق هذا التوجه، يتصرف الفرد المستهدف في برنامج التدخل، على نحو جزئي، كمعالج ذاتي، ويتعلم من خلال التوجيه الخارجي، أن يتحكم بالأحداث التي تسبق السلوك المراد تعديله.

- التعزيز الذاتي:

يتضمن التعزيز الذاتي مكافأة بطريقة منتظمة؛ بهدف الزيادة أو الحد من حدوث بعض السلوكيات المقصودة.

وتتضمن المكافأة الذاتية الإيجابية تعزيز الذات بشيء مفضل بعد النجاح بتعديل السلوك المستهدف. ومن الأمثلة على المكافأة الذاتية الإيجابية، السماح للذات بالذهاب إلى السينما بعد النجاح في خفض عدد السجائر. أما المكافأة الذاتية السلبية، فإنها تتضمن إزالة بعض المثيرات المنفرة من البيئة بعد النجاح في تعديل السلوك المستهدف.

والأهم من ذلك، فإن المكافأة الذاتية أثبتت أنها أسلوب فعال في تعديل السلوك إضافة إلى ذلك فإن لأساليب المكافأة الذاتية فوائد جوهرية، إذ إن تطبيقها لا يستدعي وجود شخص آخر، كالمعالج لمراقبة السلوك وتعزيزه، بل يكون الفرد معالجا لنفسه.

وكما هو الحال بالنسبة لمكافأة الذات فإن عقاب الذات يكون على نوعين؛ عقاب الذات الإيجابي وتتضمن تطبيق بعض المثيرات المزعجة على الذات؛ وذلك لعقاب سلوك غير مرغوب فيه. فقد يقوم الفرد، على سبيل المثال، بتعريض نفسه لصدمة كهربائية خفيفة في كل مرة يشعر فيها برغبة في التدخين. إن العقاب الذاتي السلبي يتضمن سحب بعض المثيرات الإيجابية من البيئة في كل مرة يؤدي فيها الفرد سلوكا

غير مرغوب فيه. فقد يقوم الفرد المدخن، على سبيل المثال، بتمزيق دينار في كل مرة يفوق فيها عدد السجائر التي يدخنها الحصة المقررة مسبقا. (تايلور، 2008، ص 159)

- التعاقد المتبادل:

إن عقاب الذات يكون فعالا فقط إذا قام الناس فعلا بتطبيق العقوبة. وعندما تصبح العقوبة الذاتية منفرة جدا فإن الناس غالبا ما يتوقفون عن بذل الجهد للقيام بالسلوك. ومع ذلك فإن أحد أشكال العقاب الذاتي الفعالة التي استخدمت بشكل أوسع في تعديل السلوك هو أسلوب التعاقد المتبادل. وفي التعاقد المتبادل يقوم الفرد بإبرام اتفاقية مع شخص آخر، كالطبيب، تتضمن تفصيلا بالمكافآت، والعقوبات التي يقترن تقديمها بأداء سلوك معين، أو الامتناع عن القيام بسلوك ما. فعلى سبيل المثال، الشخص الذي يرغب في التوقف عن التدخين يودع مبلغا من المال لدى المعالج الذي يقوم بدوره بفرض غرامة على الشخص كلما قام فيها بتناول السجائر، ويقدم له مكافأة في كل مرة يمتنع فيها عن تناول السجائر.

- الضبط الذاتي الداخلي:

كما أشرنا سابقا، فإن العادات الضارة بالصحة، وتعديل هذه العادات يقترن دائما بحوارات داخلية صامتة، مثل توجيه النقد إلى الذات، أو الثناء على الذات. إن الضبط الذاتي الداخلي يدرب الفرد على تمييز المحاولات الذاتية الداخلية وتعديلها؛ من أجل تشجيع عملية تغيير السلوك الضار بالصحة. وأحيانا ما يتم تعديل المدركات التي تسبق السلوك المستهدف بالتغيير. فمثلا إذا كانت رغبة الفرد بالتدخين مسبقة بحوارات واضحة مع الذات، مثل اتهام الذات بالضعف، وعدم القدرة على التحكم بالرغبة بالتدخين، فإن هذه المعتقدات توجه إلى إحداث التغيير في هذه المعتقدات. إن المدخن سيدرب لتطوير مدركات تسبق الحدث، وتساعد في التوقف عن التدخين. كالاعتقاد الذي يجعله يعد نفسه مسئولا عن التحكم برغباته، كأن يقول لذاته: "أستطيع القيام بهذا العمل"، "وسوف تكون صحي أفضل بكثير".

وكما يمكن تعديل السلوك باستخدام أساليب مناسبة في التعزيز، فإن السلوكيات الخفية، أو المحادثات الداخلية مع الذات، والصور الذهنية قد تحدث أيضا تعديلا في السلوك. ففي إحدى الدراسات التي قام بها "هوم" (*HOM*)، على سبيل المثال، تم تدريب العملاء الذين يرغبون في التوقف عن التدخين بأن يستجيبوا للرغبة الملحة في التدخين عن طريق تبني أفكار ضد التدخين، مثل، "التدخين يسبب السرطان"، وأفكار تشجع على عدم التدخين، مثل، "سأأذوق الطعام بشكل أفضل إذا توقفت عن التدخين". ومن أجل زيادة تكرار هذه المدركات، تدريب العملاء على تعزيز هذه الأفكار عن طريق السماح لأنفسهم القيام بسلوكيات يرغبون فيها، كشرب الصودا، على سبيل المثال.

وقد تكون الأفكار هدفا توجه إليها جهود التعديل. لإعادة تنظيم البني المعرفية التي قام بتطويرها مايشنباوم (*Maishnbaum*) هي طريقة لتعديل الحوارات الداخلية التي تتم بين المرء ونفسه. قد استخدمت بشكل واسع في علاج الاضطرابات الناجمة عن الضغط. فعند تطبيق إجراءات التدخل التقليدية، يدرب العملاء أولا على مراقبة أحاديثهم التي يجرونها مع الذات في المواقف التي تسبب لهم الضغوط. وبهذه الطريقة يتمكنون من تمييز ما قالوه لأنفسهم في الأوقات المسببة للضغط. ثم يتم تعليمهم لتعديل التعليمات الذاتية التي يقدمونها لأنفسهم لكي تتضمن أشكالا بناءة من الإدراك. (تايلور، 2008، ص 160)

الواجبات السلوكية:

كما يعد أسلوب الواجبات السلوكية من الأساليب الأخرى التي تساهم في زيادة انخراط العميل في العملية العلاجية، إذا يطلب من العميل القيام بممارسة نشاطات منزلية تعمل على مساندة إجراءات التدخل العلاجية. وتصمم الواجبات السلوكية بحيث تساعد على الاستمرار في علاج المشكلة السلوكية. وتخصص بعض أقسام كل جلسة من جلسات تعديل السلوك لتحضير الواجبات المنزلية. ويتم إعطاء هذه الواجبات بعد الوصول إلى نقاط معينة في الجلسات العلاجية.

وهذا الأسلوب يستخدم دائما للتأكيد بأن كلا الطرفين يبقى ملتزما بعملية تغيير السلوك، وأن كليهما على وعي بالتزام الآخر تجاه العملية. إضافة إلى ذلك، فإن أسلوب كتابة الواجبات المنزلية أظهر نجاحا أكبر من مجرد الاعتماد على الاتفاق اللفظي، كما أنه يزود بتسجيل واضح لما تم الاتفاق عليه.

إن أسلوب الواجبات المنزلية المنظم في علاج السلوكيات الضارة بالصحة قد أصبح من الأساليب الشائعة تماما. ففي مسح لبرامج علاج المشاكل الصحية تبين أن 54% من برامج التدخين تضمنت استخدام أسلوب الواجبات السلوكية. (تايلور، 2008، ص 162)

- تدريب المهارات:

يتيح إدراك المختص في علم النفس بشكل متزايد إلى اعتبار أن بعض العادات الضارة بالصحة تتطور استجابة لخبرة القلق التي يتعرض لها الأفراد في المواقف الاجتماعية. فعلى سبيل المثال، يبدأ المراهقون غالبا بالتدخين من أجل تخفيف القلق الاجتماعي؛ لترك الانطباع لدى الآخرين بأنهم ظرفاء ومتطورون.. فالقلق الاجتماعي يمكن أن يعمل بوصفه قرينة للعادات اللاتكيفية، مسببا إتباع طرق بديلة للتعامل مع القلق. كما قد يكون - أيضا - سببا في إتباع السلوك الصحي. وبالنسبة فقد يحتاج الأفراد إلى تعلم طرق بديلة في التعامل مع هذا القلق في الوقت الذي يقومون فيه بتغيير العادات الضارة بالصحة. (كلاركسون وآخرون، 2009، ص 120)

وهناك عدد من البرامج التي صممت لتغيير العادات الضارة بالصحة تتضمن إما تدريب المهارات الاجتماعية أو التدريب التوكيدي، أو كليهما، كجزء من برنامج التدخل، إذا يتم تدريب الأفراد على إتباع طرق يمكن أن تساعد في التعامل مع القلق الاجتماعي.

- تدريب الاسترخاء:

في عام 1958 قام العالم النفسي جوزيف وولبي بتطوير طريقة لعلاج القلق عرفت بتقليل الحساسية التدريجي. وتتضمن الطريقة تدريب العميل لكي يستبدل القلق باستجابة الاسترخاء في المواقف

التي تسبب القلق. ومن أجل أن يحدث استجابة الاسترخاء، قام وولبي بتعليم المرضى كيف يقومون بالتنفس بعمق وإرخاء العضلات تدريجياً (التدريب على الاسترخاء) ففي التنفس العميق، يقوم الشخص بأخذ نفس عميق مضبوط، يؤدي إلى حدوث مجموعة من التغيرات الفسيولوجية، مثل: انخفاض معدل النبض، وضغط الدم، وزيادة أكسدة الدم. وهذه الطريقة في التنفس هي التي يتبعها الناس في حالات الاسترخاء. وفي الاسترخاء التقدمي للعضلات يتعلم الفرد أن يرخي جميع عضلات جسمه للتخلص من التوتر أو الضغط، فإن كثيراً من العادات الصحية الضارة، مثل: التدخين، وشرب الكحول، تشكل طرقاً للتعامل مع القلق الاجتماعي؛ لذا، فبالإضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية، أو التدريب التوكيدي، يمكن للأفراد أن يتعلموا أساليب الاسترخاء للتعامل بشكل أكثر فعالية مع قلقهم. (إبراهيم، ص 103)

4- العلاجات الأخرى للإدمان على التدخين:

4-1- الجانب العلاجي الدوائي:

4-1-1- العلاج ببدائل النيكوتين:

قبل البدء في استعمال هذه البدائل يجب أن تكون هناك فترة أولى من الاستمرارية على البدائل (6- 12 أسبوع) ونفس المدة عند الإقلاع الذي يكون بطريقة تدريجية.

- نيكوريت: وهي نوع من اللبان يحتوي على نيكوتين يتم امتصاصه عن طريق المضغ من خلال الأغشية المخاطية بالفم.

- ويتم مضغ 2 ملغ للذين يدخنون أقل من 25 سيجارة في اليوم.

- ويتم مضغ 4 ملغ للذين يدخنون أكثر من 25 سيجارة في اليوم.

ومن الممكن مضغ قطعة إلى قطعتين من اللبان في الساعة الواحدة بحيث لا يتعدى عدد القطع 24 قطعة في اليوم الواحد بعد الإقلاع الفوري.

وتبلغ نسبة الذين أقلعوا عن التدخين مستخدمين اللبان لفترات طويلة 20% (أكثر من 12 أسبوع) بينما نسبة لم تتعدى 2% استخدموا لبان نيكوريت أكثر من عام. ولا توجد أعراض جانبية تشكل خطورة على المتعالم عند استخدام لبان نيكوريت لفترات طويلة.. فمعظم الأعراض الجانبية لاستخدام اللبان قليلة ولا تتعدى الشعور بطعم سيئ في الفم من آثار مضغ اللبان. والتهابات وآلام بالفكين.

ولا يقارن هذا طبعًا بالفائدة الكبرى التي يلعبها لبان نيكوريت من خلال قدرته على توفير الشعور بالارتياح أثناء تعرض المدخن لأصدقاء أو مكان به تدخين.

- مستحلب النيكوتين:

متوفر بتركيزات 2-4 ملغ ويستخدم بصفة خاصة في الذين أدمنوا التدخين مباشرة عند الاستيقاظ من النوم.

ويستخدم في الأسابيع الستة الأولى من 9-20 مرة يوميًا ويتم الإقلال تدريجيًا على مدار ستة أسابيع أخرى. وعلى المستخدم أن يقوم بامتصاص مستحلب نيكوتين حتى الذوبان مع الحرص على عدم ابتلاعه.

ومع العلم بأن مستحلب نيكوتين يحتوي على أكبر نسبة من النيكوتين مقارنةً بكل الأنواع الأخرى للبدائل العلاجية , إلا أن المريض يعاني من عدة أعراض جانبية أكثر منها في لبان نيكوريت مثل: قلق بالنوم, شعور بالغثيان, ارتجاع بالمريء صداع... الخ.

- لاصقة النيكوتين: ومنها نوعان:

النوع الأول: منها "جرعة ثابتة" وتبلغ فاعليته 16 ساعة والمعروف بنيكوتورول.

النوع الثاني: منها "جرعة تقل تدريجيًا" وتبلغ مدة فاعليته من 16 - 24 ساعة والمعروف بالنيكوديرم.

وتلصق هذه اللواصق كل صباح لتصل نسبة النيكوتين بالدم إلى حوالي نصف تركيزه بالشخص المدخن. وربما يعاني الشخص المستخدم لتلك اللصقات من طفح جلدي بعد استخدامها لمدة 24 ساعة. أو القليل من اضطرابات النوم.

ويمكن استخدام كلاً من اللصقات بالإضافة إلى لبان نيكوريت في المواقف التي تحمل مخاطرة كبيرة والتي وُجد بأنها يزيدا من نسبة الإقلاع من 5-10%. وللعلم فإنه لا توجد دراسات قد فرقت بين اللواصق ذوات الـ 16 ساعة أو ذوات الـ 24 ساعة وفي كلتا الحالتين يضطر المستخدم إلى الإقلاع عن استخدام تلك اللواصق بعد 6-12 أسبوع من الاستخدام لعدم وجود الحاجة إلى استخدامها بعد تلك الفترة.

- مستنشق النيكوتين:

ومع أنه صمم لاستنشاق النيكوتين وامتصاصه عن طريق الرئتين إلا أنه فعلياً يتم امتصاص النيكوتين من خلال الأغشية المخاطية للحلق. ويتم استنشاق حوالي 4 ملغ نيكوتين بكل بخة من مستنشق النيكوتين. إلا أن مستويات النيكوتين الممتصة تكون منخفضة جداً.

وبالرغم من أن المريض يحتاج إلى 20 دقيقة من استخدام البخاخة لاستخلاص فقط 4 ملغ نيكوتين وينتج بعد ذلك مستوى منخفض من النيكوتين. إلا أنه يملك البديل السلوكي للمدخن عوضاً له عن التدخين علاوة على نُدرّة الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام مستنشق النيكوتين. (<http://highpsyche.blogspot.com>).

4-1-2- العلاج بالمركبات غير النيكوتينية:

تستخدم مثل تلك المركبات للذين يرفضون العلاج بالنيكوتين. وكذلك الذين تم استخدام بدائل النيكوتين معهم وباءت بالفشل.

ويتم العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب التي تقوم بعمل الناقل العصبي الدوبامين والادرينالين (*Dopamine, Adrenergic*) مثل مركبات (*Bupropion*) والمعروف تجاريًا باسم ويلبترين.

ونبدأ برنامج العلاج بـ 150 ملغ/ اليوم من *Bupropion* لمدة ثلاثة أيام ثم تزيد الجرعة حتى تصل إلى 150 ملغ مرتين يوميًا لمدة 6-12 أسبوع، وقد لاحظ أنه بمضاعفة الجرعة إلى 300 ملغ/اليوم قد ضاعفت من معدلات الإقلاع عند المدخنين غير معتمدة في ذلك إذا كان المتعالج يعاني من اكتئاب مسبقًا أو لا.

ونادرًا ما تحدث أعراض جانبية من استخدام عقار ويلبترين في شعور بالغثيان أو قلق بالنوم.

وفي دراسة لوحظ أنه باستخدام اللواصق الطبية النيكوتينية بالإضافة إلى تناول عقار ويلبترين ترتفع معدلات الإقلاع عن التدخين في هؤلاء المستخدمين.

■ ويأتي مضاد الاكتئاب المعروف بـ *Nortriptyline* في علاج التدخين كاختيار ثاني في برنامج العلاج.

■ ويمكن استخدام الكاتابرس أو (*Clonidine*) إما عن طريق الفم أو عن طريق اللواصق بجرعات تتراوح ما بين 0.2 إلى 0.4/اليوم.

ويعتقد أن الكلونيدين يعمل على إزالة أعراض الانسحاب المصاحبة لوقف النيكوتين عن طريق تقليل نشاط الجهاز العصبي الودي.

ومقارنةً بالنيكوتين من خلال البدائل العلاجية فإن العلاج بعقار كلونيدين يفتقر إلى القاعدة العلمية من حيث المصدقية وكم المعلومات المتوفرة مثل التي يمتاز بها العلاج بالنيكوتين علاوة على مخاطر الآثار الجانبية للدواء مثل: الشعور بالإغماء، الهبوط في ضغط الدم.

ويستخدم بعضاً من المرضى مركبات *Benzodiazepine* بجرعات تتراوح من 10-30 ملغ/اليوم الواحد في الأسبوع الثاني إلى الثالث من بداية الإقلاع (<http://highpsyche.blogspot.com>).

4-2- الجانب التوجيهي الوقائي:

إن نجاح الإقلاع عن التدخين يختلف باختلاف درجة ممارسته، فهو لدى غير المدمنين أو المتعلقين به أيسر منه لدى المدمنين عليه والمتعلقين به، لقد أشارت دراسة أقيمت سنة 1987 إلى أن 68% من المدخنين ابدوا رغبة في الإقلاع عن التدخين وبينت النتائج انح وال 66% من الراغبين بالإقلاع عن التدخين يجدون ذلك سهلاً مقابل 14% يجدونه صعب. وإن الوقاية من التدخين قبل الوقوع فيه أكثر ضرورة من علاجه.

وباختصار فهناك وسائل متنوعة تساعد في الامتناع عن التدخين أو الإقلاع عنه منها ما هو وقائي ومنها ما هو علاجي كما وسبق شرحه في العناصر السابقة.

نستطيع أن نذكر أهم الوسائل المقترحة للوقاية من الوقوع في عادة التدخين أو الإقلاع عنها:

القدوة من الوالدين والمعلم , المتابعة والتقييم. التوجيه والتوعية. اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية في كل المؤسسات والأماكن. تنظيم برامج وأنشطة بين المدارس والأسر والأعلام لوضع قواعد ومعايير للوقاية. التدريب على السيطرة على الذات والابتعاد عن المواضيع التي يمكن أن تقضى إلى عادة التدخين. (عابدين, ص ص 168-171)

خلاصة جزئية:

تعددت العلاجات النفسية وتطورت , حيث أصبح كل علاج يحتاج إلى تخصص لوحده وذلك لتعدد تقنياته وتنوعها وفق متطلبات عصر القطار المغناطيسي ونحن في هذا الفصل أخذنا بعرض نموذجين , النموذج الأول كان عن الاستراتيجيات العلاجية للإدمان والذي تمثل في العلاج النفسي الجمعي الذي يعتمد على إعادة تأهيل المدمنين وذلك من خلال معرفة الفريق العلاجي انه لا توجد شخصية إدمانية واحدة. وان اختيار المادة يكون لتأثيراتها الطبية أو العلاجية ويجب على الفريق أن يقف على المعتقدات واتجاهات الشخص تجاه تعاطيه لهذه المادة وكذلك تحديد الظروف المحيطة به , أما النموذج الثاني في الاستراتيجيات العلاجية للإدمان فكان خاص بالعلاج الانفعالي العقلاني الذي يركز على خلق التحالف العلاجي بين المعالج والمريض وتقييم وتحديد المشكلة وكذلك المشاركة في وضع أهداف العلاج الأولية ليأتي تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية لمساعدة المريض المدمن أما في ما يخص الاستراتيجيات العلاجية الخاصة بالإدمان على التدخين أخذنا الإستراتيجية المعرفية السلوكية في مواجهة السلوكيات الغير صحية والمتمثلة في التدخين حيث يهتم هذا النوع من العلاجات بتركيز الشديد على المعتقدات التي يحملها الناس إزاء عاداتهم الصحية وبالتالي فان إجراءات التدخل المعرفية – السلوكية تسعى إلى تغيير المدركات تماما كسعيها لتغيير السلوك.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: منهجية البحث والإجراءات الميدانية

- 1- المنهج المستخدم
 - 2- متغيرات البحث
 - 3- خطوات تصميم وتنفيذ التجريب
 - 4- تحديد عينة الدراسة
 - 5- أدوات البحث
 - 6- المعالجة الإحصائية
 - 7- حدود البحث
- خلاصة جزئية

تمهيد:

يعمل الجانب التطبيقي من البحث على تكملة وتأكيد ما جاء به الجانب النظري, فهو إذا وسيلة لنقل مشكلة البحث وتصورات الباحث, إلى الميدان, وتوضيحها, وتحديدتها, وتبيان جوانبها.

لذا فإننا في هذا الفصل من الجانب الميداني, سنستعرض أهم الإجراءات المنهجية والميدانية في البحث المتمثلة في المنهج المستخدم وعينة البحث وحدود وأدوات البحث, والخصائص السيكمترية لأدوات القياس, وكذا التصور الهيكلي للبرنامج المصمم لموضوع الدراسة.

وفي الأخير نصل إلى إجراءات التطبيق الميداني, وأدوات المعالجة الإحصائية للبيانات.

1- المنهج المستخدم:

بما أن المنهج في البحث العلمي يعني مجموعة القواعد والأسس التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى الحقيقة، وبلاستناد إلى أن اختيار المنهج المناسب يعتمد أولاً وأخيراً على طبيعة المشكلة المطروحة فقد كان المنهج المستخدم في بحثنا هذا هو: المنهج التجريبي ذلك لكون هذا الأخير "يعد في البحث العلمي من أقرب المناهج إلى الطريقة العلمية الصحيحة والموضوعية واليقينية في البحث عن الحقيقة واكتشافها وتفسيرها والتنبؤ بها والتحكم فيها".

ويعرف المنهج التجريبي على أنه: "المنهج الذي نتحكم من خلاله بمتغير أو متغيرات مستقلة ونلاحظ أثر هذا التحكم على متغير أو متغيرات تابعة". (الزق، 2006، ص 73)

"وهنا يقوم الباحث بإحداث تغيير مقصود في أحد المتغيرات المؤثرة على الظاهرة ويضبط متغيرات أخرى ويتم التحكم فيها ليتوصل إلى علاقات سببية بين هذا المتغير وغيرها من المتغيرات الأخرى. (عويرة، 2008، ص 84)

1-1- المجموعة التجريبية:

"هي المجموعة المحددة للتجريب وهي التي يتم إدخال متغير عليها لمعرفة أثره علي هذه المجموعة. (عليان وآخرون، 2000، ص 52).

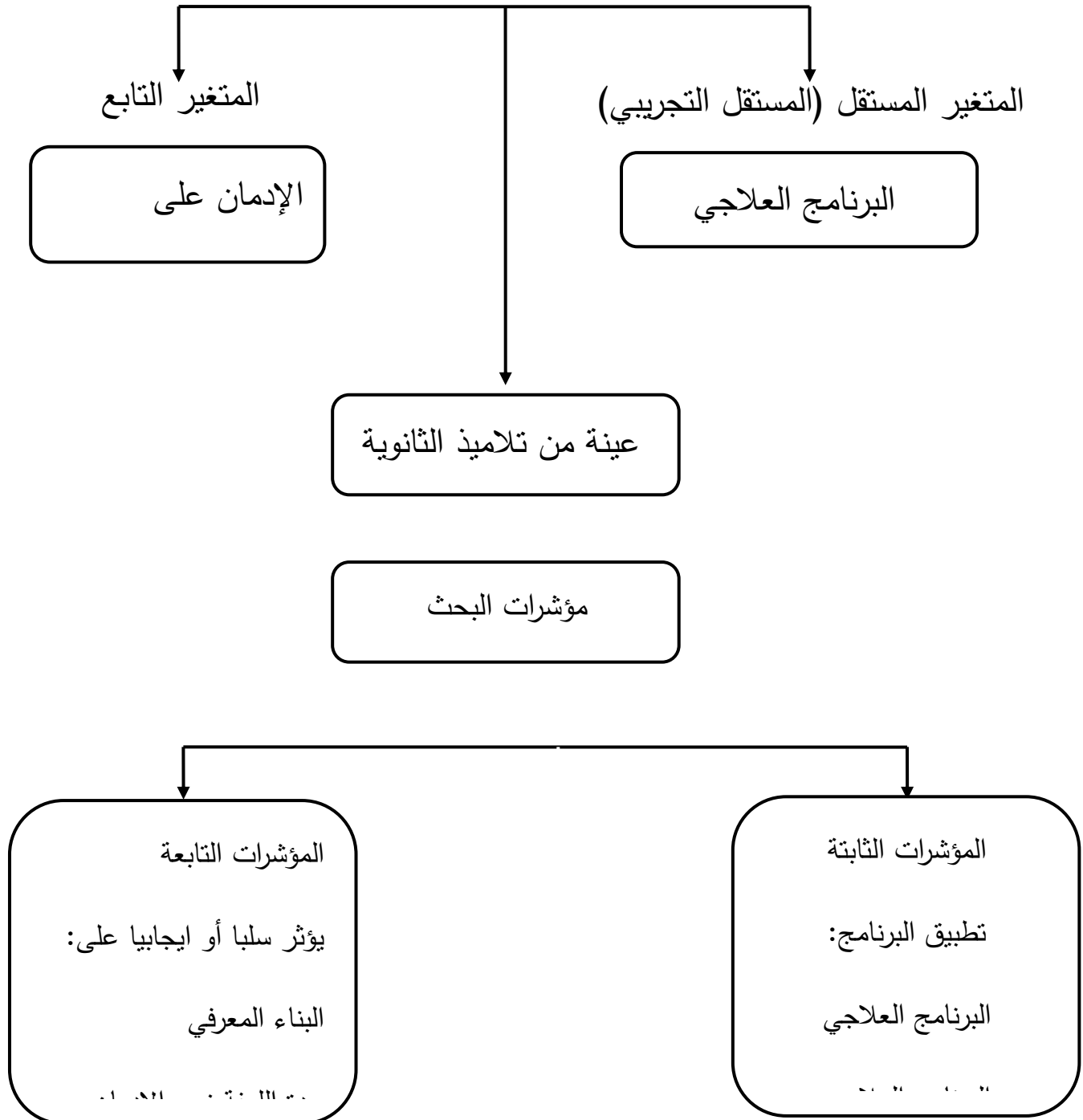
ولقد استخدمنا في بحثنا المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة حيث يركز هذا الأسلوب على التجريب لتأثير عامل واحد على أداء المجموعة موضوع الاهتمام. (عبيدات وآخرون، 1999، ص 42) حيث اتباع الباحث الخطوات الآتية:

- 1- تحديد حجم الجماعة المستهدفة بالبحث.
- 2- تحديد المكان المناسب للتجربة.
- 3- تحديد الزمان المناسب للتجربة.
- 4- تحديد المتغير أو المتغيرات المستهدف قياس آثارها.
- 5- قياس الجماعة قبل إدخال أي متغير.
- 6- توحيد صفات وظروف المحرّب عليهم.
- 7- قياس الجماعة بعد إدخال كل متغير.
- 8- مقارنة أثر المتغير على الجماعة القبلية والبعدية.
- 9- اختبار الفروض.
- 10- تحديد النتائج.

وتكون الجماعة تجريبية وضابطة في وقت واحد، ضابطة بقياسها قبل إدخال المتغير وتجريبية بعد إدخاله. (عقيل، 1999، ص 120)

والمقصود بها في بحثنا هي المجموعة التي طبق عليها البرنامج العلاجي المعرفي الجمعي .

2- متغيرات البحث:



(مخطط رقم 2)

3 - خطوات التصميم وتنفيذ التجريب (التصميم التجريبي):

1-3 العينة الاستطلاعية: قمنا باجراء دراسة استطلاعية بهدف معرفة مدى صلاحية الادوات التي سيتم الاستعانة بها في دراستنا الحالية حيث تمثلت في مقياسين ,مقياس المكونات المعرفية حول التدخين ومقياس حدة اللهفة نحو الادمان وذلك من أجل دراسة الموضوع الحالي, حيث تمت الدراسة الاستطلاعية في جامعة الحاج لخضر جامعة باتنة وذلك بتوزيع المقياسين على طلبة جامعيين من جنس ذكور لتخصصات مختلفة حيث بلغ عددهم 36 فرد مدخن وقد تمت هذه الدراسة في مدة زمنية امتدت ما بين 19 ماي 2013 الى غاية 22 ماي 2013 .

حيث كان الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية التأكد من صدق وثبات الاداتين .

الخصائص السيكومترية لمقياس المكونات المعرفية للإدمان على التدخين:

الوثبات :

بلغ معامل ثبات هذا الاستبيان عن طريق معامل ألفا كرونباخ 0.62 مما يدل على أنه يتمتع بثبات مقبول على العموم كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (02) يوضح معامل الثبات

معامل الثبات	
عدد المفردات	ألفا كرونباخ
36	,622

الصدق:

تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي أي إتساق الدرجة الكلية لكل محور على حدى مع الدرجة الكلية للمقياس ككل فبلغ معامل الارتباط بين المحور الأول () والدرجة الكلية للمقياس ككل (0.34) وهي دالة إحصائيا عند ألفا (0.05) أما المحور الثاني () فقد بلغت (0.70) و هي دالة عند ألفا (0.01) أما المحور الثالث () فقد بلغت (0.48) كذلك هي أيضا دالة عند ألفا (0.01) أما المحور الرابع () فقد

بلغت (0.67) كذلك هي أيضا دالة عند ألفا (0.01) أما المحور الخامس () فقد بلغت (0.60) كذلك

هي أيضا دالة عند ألفا (0.01) كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (03) يوضح معامل الاتساق الداخلي :

مصفوفة الارتباط							
		M1	M2	M3	M4	M5	TOTAL
M1	معامل الارتباط بيرسون	1	,171	-,212	,144	-,127	,342*
	مستوى الدلالة		,319	,215	,403	,459	,041
	N	36	36	36	36	36	36
M2	معامل الارتباط بيرسون	,171	1	,213	,342*	,196	,703**
	مستوى الدلالة	,319		,211	,041	,252	,000
	N	36	36	36	36	36	36
M3	معامل الارتباط بيرسون	-,212	,213	1	,068	,354*	,487**
	مستوى الدلالة	,215	,211		,695	,034	,003
	N	36	36	36	36	36	36
M4	معامل الارتباط بيرسون	,144	,342*	,068	1	,326	,676**
	مستوى الدلالة	,403	,041	,695		,052	,000
	N	36	36	36	36	36	36
M5	معامل الارتباط بيرسون	-,127	,196	,354*	,326	1	,609**
	مستوى الدلالة	,459	,252	,034	,052		,000
	N	36	36	36	36	36	36
TOTAL	معامل الارتباط بيرسون	,342*	,703**	,487**	,676**	,609**	1
	مستوى الدلالة	,041	,000	,003	,000	,000	
	N	36	36	36	36	36	36
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).							
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).							

الخصائص السيكمترية لمقياس حدة اللهفة للادمان:

الثبات :

بلغ معامل ثبات هذا الاستبيان عن طريق معامل ألفا كرونباخ 0.62 مما يدل على أنه يتمتع بثبات مقبول على العموم كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (04) يوضح معامل الثبات

معامل الثبات	
عدد المفردات	ألفا كرونباخ
24	,900

الصدق :

تم حساب صدق هذا الاستبيان عن طريق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) فتحصلنا على النتيجة التالية:

جدول رقم (05) يوضح معامل الصدق التمييزي :

Statistiques de groupe							
مستوى الدلالة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الطرفين	الدرجات
دال عند ألفا	,000	20	10,455	9,56889	11	الطرف الأعلى	0.01
				10,00364	11	الطرف الأدنى	

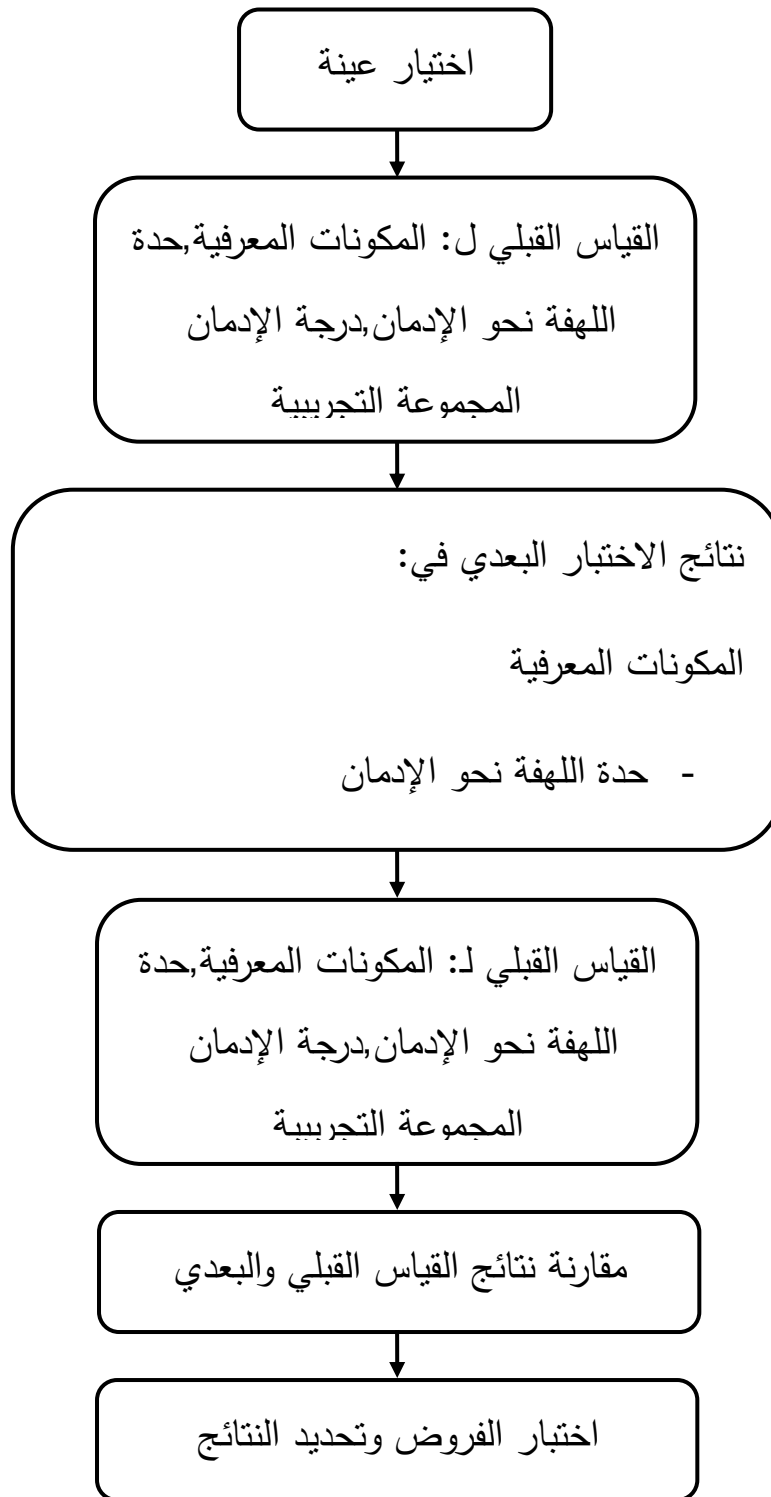
من خلال قيمة T والتي بلغت 10.45 عند درجة الحرية 20 و بالنظر إلى مستوى الدلالة نستطيع الحكم عليها بأنها دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α) 0.01 وبالتالي فإن هذا المقياس صادق .

3-2- تحديد حجم الجماعة المستهدفة بالبحث: إن تحديد حجم العينة المستهدفة بالبحث من حيث الكم والكيف يعتبر خطوة هامة في تصميم وتنفيذ التجريب حتى تتم هذه العملية وفق أسس سليمة، فبعد تحديد مجتمع الدراسة والذي كان عدد أفراد 20 تلميذا من تلاميذ السنة الأولى والثانية ثانوي من الشعب العلمية والأدبية ومن خلال إجراء الجلسة أولى معهم تم اختيار 15 فردا حسب رغبتهم للمشاركة في البرنامج، وبعد القيام بتطبيق جلسة الإعداد القبلي أصبح العدد 13 فردا وذلك على أساس توافق التوزيع الزمني لأوقات الفراغ من الدراسة التي حددت من خلالها الأوقات التي ستقام فيها الجلسات الخاصة بالبرنامج العلاجي.

3-3- تحديد المتغيرات المقصودة بالتجريب: كما هو جلي في عنوان البحث فإن المتغيرات المقصودة هي البناء المعرفي لدى أفراد العينة وكذلك وحدة اللفظة نحو الإدمان ، فقد قمنا باعادة صياغة اختبارا قبليا لقياس المكونات المعرفية ووحدة اللفظة نحو الإدمان والاستعانة باختبار فوجيستروم لقياس درجة الإدمان، ومن ثم البحث إن كانت هناك فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي ذات دلالة إحصائية.

3-4- تنفيذ التجريب: وقد تولى هذه العملية الطالبة في المجموعة التجريبية، فقد تم تخطيط مسبق على أسلوب لشرح المعلومات المقدمة للمجموعة وإتباع الجدول الزمني المسطر لكل جلسة.

3-5- اختيار المواضيع المتعلقة بالجلسات: تم اختيار المواضيع الخاصة بالجلسات من خلال الاستعانة بمحاور مقياس المكونات المعرفية واستخلاص منها مواضيع نتناولها أثناء الجلسات، (المحاضرة) بالإضافة إلى الأساليب المعرفية وفتياتها وتقديمها بشكل مبسط لأفراد المجموعة التجريبية ، وطبعا كانت الاستعانة بالنصوص وآيات من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة.



"التصميم التجريبي للدراسة"

المخطط رقم (03)

4- تحديد عينة الدراسة:

4-1- تعريف عينة البحث: هي جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أن تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة في المجتمع التجريبي فالعينة إذا هي جزء أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي ثم تعميم نتائج الدراسة كله. (عويّرة, 2008, ص 94)

ولقد اعتمدنا في بحثنا هذا على العينة القصدية البسيطة ، فهي تحقق غرض الباحث في جمع المعلومات، أي أن الباحث يقوم باختيار عينة الدراسة على أساس أنها تحقق أغراض الدراسة من خلال توفر المعلومات اللازمة للبحث في أفراد العينة التي تستخدم في اختبار فرضيات محددة.

وأفراد العينة التي اعتمدنا عليها هم تلاميذ السنة الأولى والثانية من التعليم الثانوي وقد بلغ عدد أفراد العينة 13 تلميذا يتراوح سنهم ما بين 17 إلى 20 سنة من الشعب الأدبية والعلمية

5- أدوات البحث: إن طبيعة هذا الموضوع تتطلب استخدام أدوات معينة في صيرورة هذه الدراسة من بدايتها إلى نهايتها حتى يتم التوصل إلى نتائج موضوعية وصادقة، ولا بأس باستعراض هذه الأدوات:

5-1- مقياس حدة اللهفة نحو الإدمان:

5-1-1- التعريف بالمقياس: مقياس تقدير حدة اللهفة نحو الإدمان هو من وضع عبد الحميد أبو زيد يتكون من 28 عبارة مصاغة بأسلوب تقريرى يجاب عن كل منها بمقياس خماسي الإجابة وهو لا مطلقا (صفر) قليلا (1) متوسط (2) كثيرا (3) دائما (4) وعليه فان درجة المقياس ككل تتراوح بين (صفر و112) درجة تشير الدرجة المنخفضة إلى قلة حدة اللهفة نحو الإدمان في حين تعبر الدرجة المرتفعة عن ارتفاع وزيادة حدة اللهفة نحو الإدمان لدى الشخص المختبر.

وقد قمنا باعادة صياغة بنود المقياس على إدمان التدخين الذي كان في الأصل موجه للإدمان على المخدرات حيث تمت إعادة صياغة بعض البنود وحذف البعض الآخر فأصبح عدد البنود 24 عبارة وعليه فان درجة الكلية أصبحت تتراوح من 0 - 96 درجة.

5-1-2 حساب صدق المقياس: لحساب صدق المقياس اعتمدنا على استطلاع آراء المحكمين المتمثلين في 8 أساتذة من جامعة الحاج لخضر قسم علم النفس باتنة و 3 أساتذة من جامعة محمد بوضياف قسم علم النفس مسيلة إضافة إلى أخصائيين ممارسين , من اجل إجراء تعديلات خاصة بالمقياس.

حيث تم حساب صدق المقياس بالاستناد إلى الوسيط الحسابي لدرجات التي منحها المحكمين ثم تحويل تقديراتهم إلى نسب مئوية وتم تحديد معيار قبول واعتماد التعديلات عندما تكون الدرجة المحصل عليها تفوق أو تساوى 60% وذلك ما يظهره الجدول التالي:

جدول(06) يوضح درجات الصدق "ن" لكل بند من بنود تقدير حدة اللهفة نحو الإدمان:

العبارة	ن	العبارة	ن	العبارة	ن	العبارة	ن	العبارة	ن
1	%100	6	%75	10	%100	16	%100	21	%100
2	%87,50	7	%87,50	12	%100	17	%87,50	22	%100
3	%100	8	%87,50	13	%100	18	%100	23	%100
4	%87,50	9	%87,50	14	%100	19	%100	24	%100
5	%100	10	%87,50	15	%100	20	%100		

(الملحق رقم 3)

5-2 مقياس المكونات المعرفية للإدمان على التدخين:

5-2-1- التعريف بالمقياس: مقياس المكونات المعرفية للإدمان على المخدرات هو من وضع أمزيان وناس يتكون من 120 عبارة موزعة على 15 محور هذه البنود مصاغة بأسلوب تقريرى يجاب عن كل منها من خلال الاختيار الشائى نعم/خطأ الدرجة الكلية لهذا المقياس تتراوح من 0- 120 درجة تشير الدرجة المنخفضة إلى مكونات معرفية منخفضة فى حين تعبر الدرجة المرتفعة عن ارتفاع وزيادة المكونات المعرفية لدى الشخص المختبر.

وقد قمنا باعادة صياغة بنود المقياس على إدمان التدخين الذى كان فى الأصل موجه للإدمان على المخدرات حيث تمت إعادة صياغة بعض البنود وحذف البعض الآخر فأصبح عدد البنود 40 عبارة موزعة على 5 محاور وعليه فان الدرجة الكلية أصبحت تتراوح من 0-40 درجة.

5-2-2- حساب صدق المقياس: لحساب صدق المقياس اعتمدنا على استطلاع آراء المحكمين المتمثلين فى 8 أساتذة من جامعة الحاج لخضر بباتنة و 3 أساتذة من جامعة محمد بوضياف قسم علم النفس مسيلة من اجل إجراء تعديلات خاصة بالمقياس.

حيث تم حساب صدق المقياس بالاستناد إلى الوسيط الحسابى لدرجات التى منحها المحكمين ثم تحويل تقديراتهم إلى نسب مئوية وتم تحديد معيار قبول واعتماد التعديلات عندما تكون الدرجة المحصل عليها تفوق أو تساوى 60% وذلك ما يظهره الجدول التالى:

جدول (07) يوضح درجات الصدق "ن" لكل بند من بنود مقياس المكونات المعرفية للإدمان على التدخين:

ن	العبارة	ن	العبارة	ن	العبارة	ن	العبارة	ن	العبارة	ن	العبارة
%62,50	36	%100	29	%100	22	%87,50	15	%100	8	%75	1
%87,50	37	%100	30	%100	23	%87,50	16	%37,50	9	%100	2
%100	38	%75	31	%87,50	24	%100	17	%87,50	10	%100	3
%50	39	%100	32	%87,50	25	%87,50	18	%75	11	%100	4
%100	40	%100	33	%100	26	%100	19	%75	12	%100	5
		%75	34	%100	27	%87,50	20	%100	13	%100	6
		%87,50	35	%37,50	28	%100	21	%37,50	14	%100	7

(الملحق رقم 2)

5-3- مقياس فوجيستروم *Test de Fagerström* :

تعريف بالمقياس: هذا المقياس من وضع فوجيستروم أستخدم في فرنسا منذ 10 سنوات لقياس درجة الإدمان وذلك من خلال ثلاث مجالات من 0-3 ليس مدمن، من 4-6 مدمن، من 7-10 مدمن جدا، حيث قمنا بتطبيقه على العينة لقياس درجة الإدمان ومقارنة نتائجها من خلال القياس القبلي والبعدي.

(الملحق رقم 4)

5-4- البرنامج العلاجي: تم اقتباس البرنامج وتعديله من طرف الطالبة من برنامج قام بتكييفه على المجتمع العربي، وعلى فئة معتمدي النيكوتين، مدحت عبد الحميد أبو زيد (مدى فاعلية برنامج علاجي جماعي سلوكي معرفي في الإقلاع عن التدخين) وتخفيف القلق لدى هذه الفئة، حيث كان البرنامج في الأصل يتكون من جلسات أساسية (14 جلسة أساسية)، وجلسات إضافية اختيارية (4 جلسات اختيارية)، حيث قامت الطالبة بتلخيص الجلسات الأساسية إلى 12 جلسة وإلغاء الجلسات الإضافية، وذلك توافقاً مع الفرضيات المعتمدة في الدراسة، بالإضافة إلى إجراء تغييرات في الواجبات المنزلية المقدمة، وكذلك في محتوى مرحلة التوجه التعليمي، وكذلك إدخال عدة أدوات تستخدم أثناء الجلسات، وكذلك بعض التعديلات في الزمن المقسم داخل الجلسة

5-4-1- هدف البرنامج العام: الكشف فاعلية برنامج علاجي معرفي جمعي لفئة المدمنين على التدخين من خلال تصحيح البنية المعرفية للمدخنين و السير لتقليل من الإدمان، بما يحقق نوع من الرغبة في الإقلاع عن تدخين السجائر.

5-4-2- التصور الهيكلي للبرنامج:

المرحلة الأولى: الإعداد القبلي (الجلسة 01).

المرحلة الثانية: القياس القبلي (الجلسة 02).

المرحلة الثالثة: التوجه التعليمي (الجلسة 03).

المرحلة الرابعة: التدخل الأساسي - سبعة جلسات (من الجلسة رقم (04) وحتى الجلسة رقم (09) وهي كالاتي:

- جلسة رقم (04): تحديد مثيرات التدخين ومواقفه.

- جلسة رقم (05): مهارات التأقلم مع اللفتة والحفز الملح.

- جلسة رقم (06): الأفكار السالبة المتعلقة بالتدخين.

- جلسة رقم (07): تعلم أسلوب حل المشكلات.

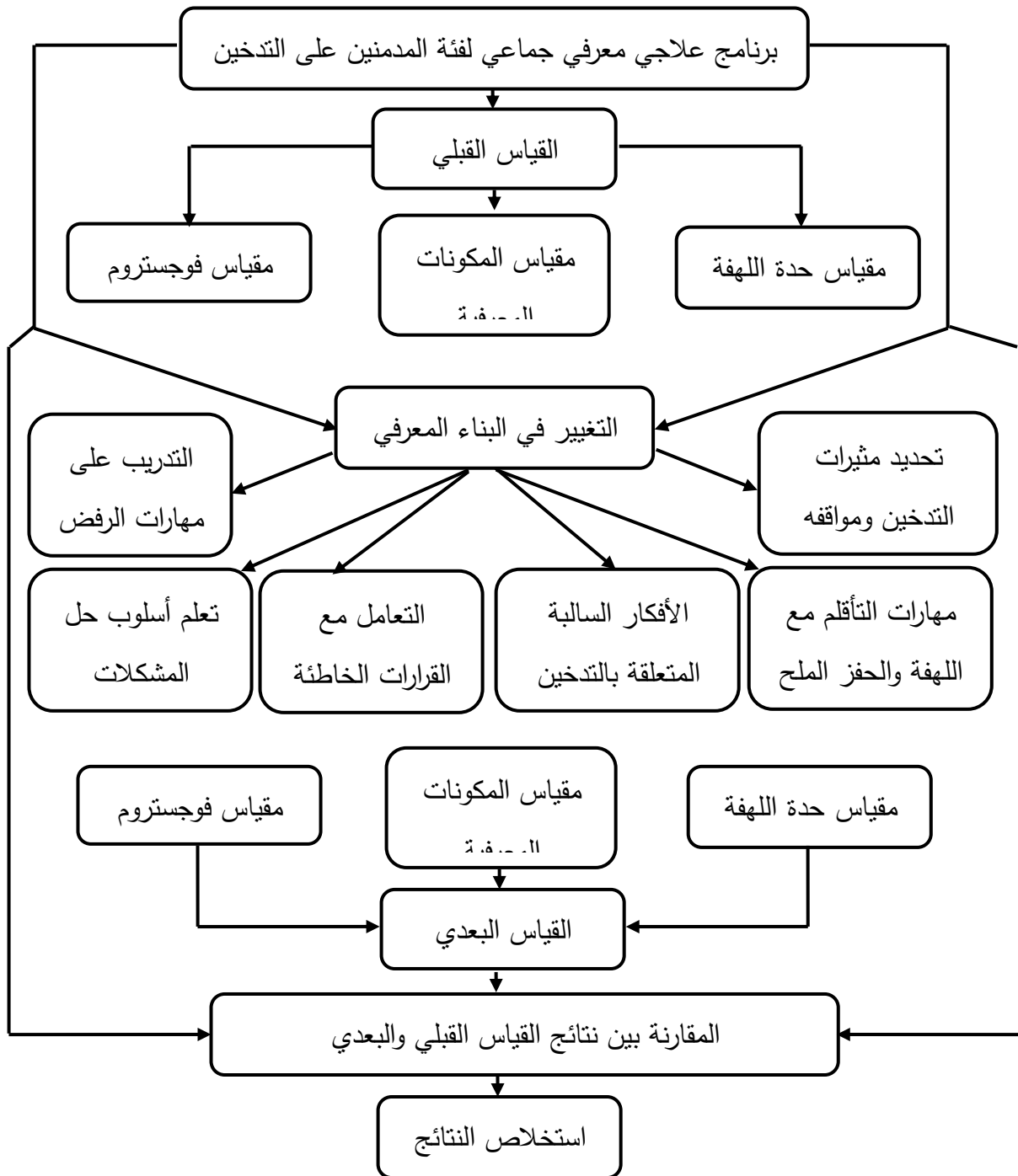
- جلسة رقم (08): التدريب على مهارات الرفض.

- جلسة رقم (09): التعامل مع القرارات الخاطئة.

- جلسة رقم (10): الاستبصار الكلي.

المرحلة الخامسة: القياس البعدي (جلسة 11).

المرحلة السادسة: الإنهاء (جلسة 12).



المدة المستغرقة لتطبيق البرنامج 6 أسابيع

مخطط رقم 4- التصور الهيكلي للبرنامج العلاجي

(الملحق رقم 1)

6- المعالجة الإحصائية: إن تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة في تحليل وتفسير النتائج يعتبر خطوة هامة في الجانب الميداني للدراسة، لذلك أردنا أن نبين أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في بحثنا هذا حيث تمت الاستعانة بحزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية إصدار رقم 20 (برنامج: *SPSS - V20*) وذلك من خلال: التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، اختبار T .

7- حدود البحث:

7-1- المجال المكاني للدراسة: تم الجانب الميداني للدراسة بثانوية محمد الزين بباتنة.

7-2- المجال البشري للدراسة: بلغ عدد أفراد العينة 13 فرد من الذكور من تلاميذ سنة الأولى والثانية ثانوي من الشعب الأدبية والعلمية.

7-3- المجال الزمني للدراسة: استغرقت مدة تطبيق البرنامج العلاجي ستة أسابيع ابتداء من 2013/4/10 إلى غاية 2013/5/26 بمعدل جلستين في كل أسبوع لمدة ساعة ونصف لكل جلسة.

- الصعوبات المعترضة: من الطبيعي أن تعترض أي باحث صعوبات في الميدان أثناء إعداداته للبحث ومن أهم الصعوبات التي نسجلها بخصوص هذا الجانب هي:

- قلة المراجع التي تتناول الموضوع إن لم نقل شبه انعدامها.
- في حدود إطلاعنا فإنه لا توجد دراسة ميدانية محلية تناولت الموضوع.
- غياب التلاميذ في بعض الجلسات الشيء الذي يؤدي إلى تأجيل تقديم الجلسة إلى يوم آخر.
- عدم القدرة على التوفيق بين التوقيت الزمني لأوقات الفراغ لأفراد العينة وتوقيت الجلسات هذا ما جعلنا نؤخر وقت بداية الجلسة في بعض الأحيان.
- قلة الوقت اللازم لانجاز هذا البحث.

خلاصة جزئية:

وكخلاصة لهذا الفصل يتبين لنا أنه لا يمكن أن يصل أي باحث إلى نتائج حقيقية في بحثه إلا إذا كان هناك ترابط وتكامل بين فصوله النظرية والتطبيقية, ولقد ركزنا في هذا الفصل على تحديد الإجراءات المنهجية والميدانية بدقة, كما حاولنا شرح البرنامج المصمم الذي نأمل من خلاله التخفيف من مستوى الإدمان على التدخين إن قيمة البحث تكمن في التحكم في هذه الإجراءات المتبعة زيادة على الوصول إلى الحقيقة الكامنة وراء الموضوع المعالج.

الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج وتفسيرها

1- عرض وتحليل نتائج البحث

2- مناقشة النتائج وتفسيرها

اقتراحات البحث

خاتمة

تمهيد:

بعد أن تم تنفيذ البرنامج وتطبيق الاختبار القبلي والبعدي لقياس درجة الإدمان وحدة اللمهة نحو الإدمان والمكونات المعرفية لدى المدمنين على التدخين، على أفراد العينة قبل خضوعهم للبرنامج العلاجي وبعده، يمكن عرض النتائج المحصل عليها، متبوعاً بتحليل هذه النتائج في ضوء فرضيات البحث الفرعية، والفرضية العامة، وهذا من أجل الحكم عليها في النهاية بالإثبات أو النفي.

1- عرض نتائج البحث:

الفرضية الأولى: والتي تنص على أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في أبعاد البنية المعرفية. وللتحقق من ذلك قمنا بتطبيق مقياس المكونات المعرفية للإدمان على المدمنين وبعد القياس القبلي والبعدي للعينة فان النتائج المحصل عليها توضحها الجداول التالية:

جدول (08) يوضح قيمة ت لمقياس المكونات المعرفية للمدمنين على تدخين السجائر

المتغير	القياس	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
معارف حول الإدمان على تدخين السجائر	القبلي	5.46	1.33	3.22	0.01
	البعدي	6.76	1.30		
التوقعات حول القدرة على التحلي عن التدخين وصعوبات الانسحاب	القبلي	4,53	1,05	1.60	غير دالة إحصائيا
	البعدي	5,30	1,31		
التوقعات حول رغبة المدخن في العودة لتدخين السجائر	القبلي	5,69	1,18	1.86	غير دالة إحصائيا
	البعدي	4,92	1,75		
المعارف حول الأضرار الجسمية والنفسية للإدمان على تدخين السجائر	القبلي	4,92	1,03	5.16	0.01
	البعدي	6,07	1,86		
المعارف حول الأضرار الأسرية والاجتماعية والمادية لتدخين السجائر	القبلي	5,00	1,22	1.67	غير دالة إحصائيا
	البعدي	5,61	1,60		
القيمة الكلية	القبلي	25,61	3,77	5.38	0.01
	البعدي	28,69	2,75		

جدول رقم 09 يوضح قيمة $k2$ لبنود مقياس المكونات المعرفية للمدمنين على تدخين السجائر:

				القياس البعدي				القياس القبلي				البند	المحور	
				خطأ		صح		خطأ		صح				
الدلالة	$k2$	التكرار المتوقع	التكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	التدخين مشكلة للإنسان المدمن	معارف حول الإدمان على تدخين السجائر	
	غير معرفة	0	13	%0	0	%100	13	%0	0	%100	13			
غير دالة إحصائيا	2,16	1	12	%0	0	%100	13	15,30 %	2	%84,60	11			التدخين عبرة عن سم قاتل
0.05	3,93	5,5	7,5	23,00 %	3	%76,90	10	61,50 %	8	%38,40	5			في حالة التوقف عن التدخين قد يصبح العلك بديلا للسيجارة
	غير معرفة	0	13	%0	0	%100	13	%0	0	%100	13			أعتقد أن حالة الشخص تتحسن إذا بقي بعيدا عن تدخين السجائر
غير دالة	2,47	7	6	69,20 %	9	%30,70	4	38,40 %	5	%61,50	8			التدخين يدخل البهجة والسرور للمدخن

غير دالة	1,75	3,5	9,5	15,30 %	2	%84,60	11	38,40 %	5	%61,50	8	أعتقد أن التدخين يساعد على تخفيف الألم
غير دالة	#NOM ?	9,5	#NOM?	92,30 %	12	%7,60	1	53,80 %	7	%46,10	6	أعتقد أن التدخين منشط للإنسان
0.05	4,88	3,5	9,5	46,10 %	6	%53,80	7	%7,60	1	%92,30	12	زيادة التوتر قد تجعل من الإنسان يلجأ لتدخين السجائر
غير دالة	2,16	1	12	%0	0	%100	13	15,30 %	2	%84,60	11	أرى أن التوقف عن التدخين شيء ممكن
غير دالة	0,19	3,5	9,5	23,00 %	3	%76,90	10	30,70 %	4	%69,20	9	بإمكان المدخن أن يتوقف عن التدخين لوحده
غير دالة	0,37	1,5	11,5	%7,60	1	%92,30	12	15,30 %	2	%84,60	11	التوقف عن إدمان التدخين يحتاج فقط إلى رغبة صادقة
التوقعات حول القدرة على التخلي عن التدخين وصعوبات الانسحاب												

غير دالة	0,61	7	6	46,10 %	6	%53,80	7	61,50 %	8	%38,40	5	أعتقد أن التوقف عن التدخين السجائر يخلق آلاما
غير دالة	0,16	4,5	8,5	30,70 %	4	%69,20	9	38,40 %	5	%61,50	8	تبدأ معاناة الشخص بعد 48 ساعة من تناوله لآخر سيجارة
غير دالة	0,15	7,5	5,5	61,50 %	8	%38,40	5	53,80 %	7	%46,10	6	التوترات التي تلي التوقف عن تدخين السجائر تدفع الشخص إلى العدوانية
غير معرفة	0	13	13	%0	0	%100	13	%0	0	%100	13	الأيام الأولى للإقلاع عن التدخين السجائر يشعر الشخص فيها بالآلام جسدية ونفسية

من أجل التغلب على الرغبة في العودة لتدخين السجائر يتطلب النظر إليها بمضارها	12	%92,30	1	%7,60	13	%100	0	%0	12,5	0,5	1,04	غير دالة
أرى أن تدخين أي سيجارة أيا كان نوعها تؤدي إلى الانتكاسة ويعود الشخص إلى التدخين من جديد	10	%76,90	3	23,00 %	10	%76,90	3	23,00 %	10	3	0	غير دالة
الضغوط التي يواجهها الشخص قد تدفع به إلى العودة للتدخين من جديد	13	%100	0	%0	5	%38,40	8	61,50 %	9	4	11,55	01 .0
يحتاج الشخص لذي توقف عن	9	%69,20	4	30,70 %	10	%76,90	3	23,00 %	9,5	3,5	0,19	غير دالة

												التدخين إلى علاقات جديدة يشعر فيها بالأمان
غير دالة	0,15	6,5	6,5	46,10 %	6	%53,80	7	53,80 %	7	%46,10	6	يجب على الشخص الذي أقطع عن التدخين أن لا يعود إلى أصدقائه المدخنين
غير دالة	1,04	0,5	12,5	%0	0	%100	13	%7,60	1	%92,30	12	التغلب على الرغبة في العودة إلى التدخين يتطلب الإرادة والصبر
05 .0	6,5	4	9	53,80 %	7	%46,10	6	%7,60	1	%92,30	12	المشاكل التي يعيشها الفرد في محيطه العائلي والاجتماعي والمهني قد ترجعه إلى التدخين من جديد

	غير معرفة	0	13	%0	0	%100	13	%0	0	%100	13	الإدمان على تدخين السجائر يسبب الإصابة بالجلطة الرئوية وسعال متواصل	المعارف حول الأضرار الجسمية والنفسية للإدمان على تدخين السجائر
	غير دالة	2,16	1	%0	0	%100	13	15,30 %	2	%84,60	11	الإدمان على تدخين السجائر يسبب الإصابة بالجلطة الدماغية وانسدادات الأوعية الدموية	
	غير معرفة	0	13	%0	0	%100	13	%0	0	%100	13	الإدمان على تدخين السجائر يسبب الإصابة بمرض سرطان الحنجرة	
05 .0	5,57	6	7	23,00 %	3	%76,90	10	69,20 %	9	%30,70	4	التدخين يسبب الأرق وصعوبة النوم للمدخن	

غير دالة	1,38	6,5	6,5	38,40 %	5	%61,50	8	61,50 %	8	%38,40	5	الإدمان على تدخين السجائر يجعل المدمن عدوانيا
غير دالة	0,86	3	10	15,30 %	2	%84,60	11	30,70 %	4	%69,20	9	أرى أن حياة المدمن على تدخين السجائر كلها قلق وتوتر
غير دالة	3,39	1,5	11,5	%0	0	%100	13	23,00 %	3	%76,90	10	الإدمان على تدخين السجائر يسبب للشخص الهزال وهبوط الوزن
غير دالة	2,16	1	12	15,30 %	2	%84,60	11	%0	0	%100	13	أعتقد أن استهلاك السجائر يخلق نفقات مادية إضافية
غير دالة	0	1	12	%7,60	1	%92,30	12	%7,60	1	%92,30	12	إدمان تدخين السجائر يعتبر وباء يهدد كيان

المجتمع												
يؤثر المستهلك للسجائر بانتظام على اقتصاد وطنه	7	%53,80	6	46,10 %	10	%76,90	3	23,00 %	8,5	4,5	1,52	غير دالة
أعتقد أنه من بين عواقب تدخين السجائر هو الطلاق بين الزوجين	2	%15,30	11	84,60 %	7	%53,80	6	46,10 %	4,5	8,5	4,24	05 .0
أعتقد أن الرغبة في التدخين تجعل المدمن على التدخين تجعل المدمن على التدخين يؤجل بعض من واجباته	10	%76,90	3	23,00 %	11	%84,60	2	15,30 %	10,5	2,5	0,24	غير دالة
المدمن على تدخين السجائر	9	%69,20	4	30,70 %	10	%76,90	3	23,00 %	9,5	3,5	0,19	غير دالة

											يرتكب أخطاء في حق المحيطين به	
غير دالة	1,04	0,5	12,5	%0	0	%100	13	%7,60	1	%92,30	12	يؤثر المدخن سلبا على صحة أفراد عائلته

من خلال الجدول نجد أن قيمة "ت" الكلية بلغت 5.38 وهي دالة عند مستوى 0.01 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

وبالمقارنة بين نتائج المحاور في القياس القبلي والبعدي وحسب تقديرات "ت" فإن قيمتها في محور المعارف حول الأضرار الجسمية والنفسية للإدمان على تدخين السجائر، بلغت 22.3 وهي دالة عند مستوى 0,01 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي هذا ما تؤكده تقديرات اختبار $k2$ لبنود المقياس حيث نجد قيمة $k2$ في البند (في حالة التوقف عن التدخين قد يصبح العلك بديلا للسيجارة) تساوي 3.93 وكذلك البند (زيادة التوتر قد تجعل من الإنسان يلجأ لتدخين السجائر) حيث بلغت قيمة $k2$ 3.5 وهما دالتين إحصائيا عند المستوى 0.05، أما محور المعارف حول الأضرار الجسمية والنفسية للإدمان على تدخين السجائر، فقيمة ت بلغت 5.16 عند مستوى 0.01 هذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي هذا ما تؤكده تقديرات اختبار $k2$ لبنود المقياس لهذا المحور حيث نجد قيمة $k2$ في البند (التدخين يسبب الأرق وصعوبة النوم للمدخن) تساوي

5.573 هو دال إحصائيا عند المستوى 0.05. أما باقي المحاور (محور التوقعات حول القدرة على التخلي عن التدخين وصعوبة الانسحاب، التوقعات حول رغبة المدخن في العودة للتدخين السجائر ومحور المعارف حول الأضرار الأسرية والاجتماعية والمادية للتدخين)، فهي غير دالة عند الدرجة 0.01 مما يدل على انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي.

الفرضية الثانية: والتي تنص على أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في حدة اللهفة نحو التدخين، وللتحقق من ذلك قمنا بتطبيق مقياس حدة اللهفة نحو الإدمان على التدخين وبعد القياس القبلي والبعدي للعينة فان النتائج المحصل عليها يوضحها الجدول التالي:

جدول (10) يوضح قيمة ت لحدّة اللهفة نحو الإدمان

المتغير	القياس	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
القيمة الكلية لحدّة اللهفة نحو الإدمان	القبلي	45,6154	20,16407	5.35	0.001
	البعدي	25,2308	18,57487		

من خلال الجدول نجد أن قيمة "ت" الكلية بلغت 5.35 وهي دالة عند مستوى 0.01 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي، حيث نلاحظ انخفاض في متوسط حدة اللهفة نحو الإدمان في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي.

الفرضية الثالثة: والتي تنص على أن تطبيق البرنامج العلاجي يؤدي إلى انخفاض مستويات التدخين لدى عينة التطبيق. وللتحقق من ذلك قمنا بتطبيق مقياس فوجستروم وبعد القياس القبلي والبعدي للعينة فان النتائج المحصل عليها وضحها الجدول التالي:

جدول (11) يوضح النتائج الكلية للتطبيق القبلي والبعدي لمقياس فوجستروم

الدرجة	القياس	المتغير
73	القبلي	درجة الإدمان
35	البعدي	

جدول (12) يوضح نتائج التطبيق القبلي والبعدي لمقياس فوجستروم

1. في الصباح كم من الوقت بعد الاستيقاظ تدخن أول سيجارة؟

قياس قبلي	قياس بعدي	
1	1	في الـ 5 دقائق
11	6	6 - 30 دقيقة
1	2	31 - 60 دقيقة
		أكثر من 60 دقيقة

2. هل تجد صعوبة في التوقف عن التدخين في الأماكن الممنوع فيها التدخين؟

قياس قبلي	قياس بعدي	
9	3	نعم
4	6	لا

3. أي سيجارة تتخلى عنها بصعوبة؟

قياس قبلي	قياس بعدي	
12	7	في بداية اليوم
1	2	في آخره

4. كم عدد السجائر التي تدخنها في اليوم (في المتوسط).

قياس قبلي	قياس بعدي	
5	6	10 أو أقل
6	3	20-11
2	0	30-21
0	0	31 - أو أكثر

5. المدة بين السجائر قريبة خلال الساعات الأولى من الصباح مقارنة بباقي النهار.

قياس قبلي	قياس بعدي	
12	4	نعم
1	5	لا

6. هل تدخن عندما تكون مريض وحتى وإن كنت طريح الفراش طول اليوم؟

قياس قبلي	قياس بعدي	
4	1	نعم
9	8	لا

من خلال النتائج الكلية المتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي لمقياس فوجيستروم نلاحظ انخفاض في درجة الإدمان من 73 إلى 35 درجة، أما نتائج البنود المتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي لمقياس فوجيستروم نلاحظ إن البند (في الصباح كم من الوقت بعد الاستيقاظ تدخن أول سيارة) سجل انخفاض في عدد إجابات أفراد المجموعة الذين أجابوا من 6 إلى 30 لصالح القياس البعدي، وفي البند (كم عدد السجائر التي تدخنها في اليوم) سجل انخفاض في عدد إجابات أفراد المجموعة فيما يتعلق بعدد السجائر من 30 إلى 10 سجائر لصالح القياس البعدي. أما بند (المدة بين السجائر قريبة خلال الساعات الأولى من الصباح مقارنة بباقي النهار) فأنا نجد عدد الذين أجابوا بنعم قد انخفض عددهم في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي.

2- مناقشة النتائج وتفسيرها :

من خلال التجربة التي قمنا بها والمتمثلة في تطبيق برنامج علاجي معرفي لفعلة المدمنين على التدخين من اجل التخفيف من مستوى الإدمان على التدخين لديهم وبالنظر إلى الجداول من 08 إلى 12 نستنتج الآتي ذكره:

مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضيات:

■ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في أبعاد البنية المعرفية وهذا بدلالة الفروق الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي أي أن البرنامج العلاجي أثر في أبعاد البنية المعرفية عند أفراد المجموعة التجريبية حيث كانت الفروق دالة في المحاور الخاصة بالمعارف حول التدخين والأضرار الجسمية والنفسية للإدمان على التدخين , هذا ما أوضحته دراسة لكيسجيز (Lqsgez) حول المعتقدات والاتجاهات نحو الصحة العامة والمشكلات النفسية التي تقترن بتدخين السجائر فكانت نتائج الدراسة انه يوجد لدى المبحوثين معتقدات غير صحية ومعارف ضئيلة واهتمامات قليلة عن النتائج الصحية والمشكلات النفسية التي تترتب عن تدخين السجائر, وكذلك ما أوضحته نظرية المعتقد الصحي فيما يتعلق بالمعتقدات ومدرجات الفرد وما يعترضه من تهديد صحي على أنها ترتبط بثلاث عناصر أساسية وهي: القيم الصحية العامة، وهذه تتضمن الاهتمام والحرص على الصحة، والمعتقدات المحددة التي يحملها الفرد بخصوص إمكانية إصابته باضطرابات محددة، والمعتقدات حول النتائج التي تترتب على التعرض للاضطراب, هذا ما جعل أكثر المحاور تأثيراً أثناء تطبيقنا للبرنامج هي تلك المتعلقة بالمعارف العامة حول التدخين والأضرار الجسمية والنفسية الناتجة عن إدمان التدخين. حيث يؤكد هذا دراسة مدحت عبد الحميد أبو زيد على أن المدخن لن يتوقف إلا إذا شعر بالخطر الصحي الذي يتهدهده.

■ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في حدة اللففة نحو الإدمان على التدخين وهذا بدلالة الفروق الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي أي أن البرنامج العلاجي أثر في حدة اللففة نحو إدمان التدخين من خلال انخفاض معدلات اللففة لدى أفراد المجموعة.

■ تطبيق البرنامج العلاجي يؤدي إلى انخفاض مستويات التدخين لدى عينة الدراسة. وهذا ما تم تسجيله من خلال الدرجة الكلية للإدمان ومقارنته بين القياس القبلي والقياس البعدي حيث لاحظنا انخفاض ملحوظ في درجات الإدمان لأفراد العينة التجريبية.

ونتائج الفرضيتين الثانية والثالثة مرتبط بال علاج المعرفي حيث تؤكد دراسة مدحت عبد الحميد أبو زيد أن هذا النوع من العلاجات يساعد في الإقلاع عن التدخين من خلال تعليم المهارات المعرفية لأفراد العينة التجريبية حيث أصبح لأفراد المجموعة القدرة على التحكم في حدة اللهفة نحو إدمان التدخين هذا ما جعلنا نسجل انخفاضا ملحوظا في درجات اللهفة وبالتالي الوصول إلى نتيجة منطقية والمتمثلة في الفرضية الثالثة حيث كان درجات الإدمان منخفضة لصالح القياس البعدي مقارنة بالدرجات التي سجلناها في القياس القبلي.

هذا ما يفسر فاعلية هذا النوع من البرامج في التخفيف من مستوى الإدمان على التدخين, على العموم يمكننا أن نصل إلى أن غالبية الفرضيات التي حددناها في الفصل التمهيدي قد تحققت وكانت النتائج كالتالي:

- هناك تأثير للبرنامج العلاجي على مستويات التدخين بعد تطبيقه . **محقة.**
- هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في تعديل البنية المعرفية لدى مدمني التدخين. **محقة.**
- هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في حدة اللهفة نحو التدخين . **محقة.**

يمكننا الإجابة عن التساؤل الرئيسي:

" هل للبرنامج العلاجي المعرفي الجمعي المقترح فاعلية في التخفيف من مستوى الإدمان لفئة المدخنين؟.

فقد أثبتت دراستنا أن هناك أثر واضح في أبعاد البنية المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية وكان الفرق واضحاً بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي, وكذلك كان الأثر واضحاً وجلياً في معدلات اللهفة نحو الإدمان على التدخين من خلال الانخفاض الملحوظ وكذلك درجات الإدمان لأفراد المجموعة التجريبية. إذن البرنامج العلاجي المعرفي الجمعي أثبت فاعليته في التخفيف من مستوى الإدمان لفئة المدخنين.

مقترحات البحث:

في ضوء النتائج المتوصل إليها في بحثنا هذا نقدم جملة من المقترحات والتي تتمثل فيما يلي:

- تبني برامج علاجية لتخفيف من مستويات الإدمان على التدخين وذلك من خلال المؤسسات والمراكز التي تستطيع إن تتبنى مثل هذه البرامج.
- تنظيم دورات تكوينية في العلاجات المعرفية ويتم فيها التدريب على البرامج الجماعية وكيفية التحكم فيها.
- إجراء المزيد من الدراسات البحثية حول موضوع اقتراح وتصميم برامج علاجية لفئة المدمنين على التدخين.
- نقترح إدراج العلاجات الجماعية في الاستراتيجيات الخاصة بالعلاج الموجه لمدمنين بغض النظر عن نوع الإدمان.
- نقترح إعادة تطبيق هذه التجربة في العديد من المؤسسات والمراكز وعلى جميع المستويات العمرية.
- إمكانية تناول الموضوع من زوايا أخرى حيث يعتبر من المواضيع الجديدة في مجال الإدمان فهو يحتاج إلى مزيد من الإثراء.

■ وفي الأخير يجب أن تتضافر جهود الباحثين والأخصائيين الممارسين للحد والتقليل من هذا النوع من الإدمان وجعله أكثر وضوحاً وبروزاً في ساحة العلاجات النفسية والإرشادية.

آفاق بحثية: يفتح البحث الحالي المجال أمام البحوث التالية:

- فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي جماعي مقترح لفئة المدمنين على التدخين.
- تصميم برنامج علاجي باستخدام فنيات العلاج الجشطلتي لفئة المدمنين على التدخين.
- أثر العلاج الجمعي لفئة المدمنين على التدخين

خاتمة

جاء بحثنا هذا ليدرس تجريباً أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة اللهفة نحو الإدمان ودرجة الإدمان وكذلك تعديل في البناء المعرفي لدى المدمنين على التدخين.

وقد قسمناه إلى جانبين نظري وتطبيقي، جاء الأول في فصلين تناولنا من خلاله مفاهيم حول الإدمان ثم تطرقنا بشيء من التفصيل لإدمان على التدخين ليكون الفصل الثاني والأخير في هذا القسم على الاستراتيجيات العلاجية النفسية والوقائية الخاصة بالإدمان على التدخين.

وبالنسبة للجانب الثاني المتمثل في الجانب التطبيقي فقد قسمناه إلى فصلين، جاء الفصل الأول ليعرفنا على منهجية البحث والإجراءات الميدانية أما الفصل الآخر فتناولنا فيه عرض وتحليل نتائج البحث على ضوء الفرضيات وأهداف البحث وبغية التحقق من فروض البحث فقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج التجريبي، فطبّقنا ثلاث مقاييس خاصة بالمكونات المعرفية للإدمان على التدخين وكذلك حدة اللهفة ودرجة الإدمان وتطبيق هذه المقاييس على المجموعة العلاجية ومقارنة النتائج المتحصل عليها من خلال القياس القبلي والقياس البعدي.

وكانت عينة بحثنا ثلاثة عشر فرداً كلهم ذكور من تلاميذ السنة الأولى والثانية ثانوي من الشعب الأدبية والعلمية والتي تمت اختيارهم بطريقة قصديه من أجل توفر فيهم المعلومات التي تتطلبها الدراسة وللإشارة فإن ميدان دراستنا كان بثانوية "محمد الزين" بباتنة.

وبعدما قمنا بالقياس القبلي للمكونات المعرفية وحدة اللهفة ودرجة الإدمان ثم قسناه بعد تقديم البرنامج وبعد المعالجة الإحصائية وتحليل هذه النتائج توصلنا إلى أن: البرنامج العلاجي المعرفي الجماعي المقترح أثبت فاعليته في تعديل البنية المعرفية والتخفيف من حدة اللهفة نحو الإدمان والتخفيف من مستويات الإدمان لفئة المدمنين على التدخين.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- القرآن الكريم.

أولاً- الكتب:

- 1- إجلال محمد سرى: علم النفس العلاجي، علا للكتب، ط2، القاهرة، 2000.
- 2- أرنولد واشنطن، ودوناباوندي: إرادة الإنسان في شفاء الإدمان، ترجمة: صبري محمد حسين، ط1، القاهرة، 2003.
- 3- حسين فايد: سيكولوجية الإدمان، المكتب العلمي، (دون بلد النشر، وسنة الطبع).
- 4- شيفر وملمان: سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة: سعيد حسني العزّة، دار الثقافة، ط1، (دون بلد النشر)، 2006.
- 5- شيلي تايلور: علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش بريك، وفوزي شاكّر طعمية داود، ردمك للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2008.
- 6- عادل الدمرداش: الإدمان (مظاهره- علاجه)، عالم المعرفة، الكويت، (دون سنة الطبع).
- 7- عبد الرحمن شعبان عطيات: المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤوليات المكافحة، ط1، الرياض، 2000.
- 8- عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي الحديث، عالم المعرفة، الكويت، (دون سنة الطبع).
- 9- عبد الله عسكر: الإدمان بين التشخيص والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، ط5، القاهرة 2005.
- 10- عبد المنعم أحمد الدردير: دراسات معاصرة علم النفس المعرفي، ج1، القاهرة، 2004.
- 11- عبد المنعم شحاتة: من تطبيقات علم النفس، ط1، إتراك، القاهرة، 2004.
- 12- عبد الهادي مصباح: الإدمان، دار المصرية اللبنانية، ط1، القاهرة، 2004.
- 13- عفاف عبد المنعم: الإدمان، دار المعرفة الجامعية، (دون ط)، مصر، 2003.
- 14- علاء الدين كفاقي: الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.
- 15- فتحي دردار: الإدمان، ط5، (دون دار النشر)، الجزائر، 2005.
- 16- لطفي عبد العزيز الشربيني: مشكلة التدخين والحل، دار النهضة العربية، ط1، بيروت، 1999.
- 17- مجدي أحمد محمد عبد الله: علم النفس المرضي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2000.

- 18- محمد حسن غانم: العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، (دون دار النشر، دون بلد النشر، دون سنة الطبع).
- 19- محمد حمدي حجار: العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، 1992.
- 20- مدحت عبد الحميد أبو زيد: العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج2، الأزرابطة، القاهرة، 2008.
- 21- مدحت عبد الحميد أبو زيد: العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج4، الأزرابطة، القاهرة، 2008.
- 22- مدحت عبد الحميد أبو زيد: العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج5، الأزرابطة، القاهرة، 2008.
- 23- مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، عالم المعرفة، الكويت، (دون سنة الطبع).
- 24- معتز سيد عبد الله: علم النفس الاجتماعي والشخصية، مجلد أول، دار غريب، (دون بلد النشر، وسنة الطبع).
- 25- مياسا محمد: مأسات الإدمان، دار الجليل، لبنان، 1997.
- 26- هنري شابرول: الإدمان في سن المراهقة، ترجمة: فؤاد شاهين، عويدات للنشر، ط1، بيروت - لبنان، 2001.



ثانيا- الرسائل الجامعية:

- 1- أمزيان وناس: استراتيجيات العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك، جامعة الجزائر، 2006-2007.
 - 2- سارة أشواق بهلول: سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية، جامعة الجزائر، 2008-2009.
 - 3- عبد الحميد عبد العظيم رجيعة: المخدرات والأمن الاجتماعي، جامعة مصر، 2009-2010.
 - 4- عبد الله بن أحمد الوائلي: فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، جامعة الرياض، 2003-2004.
 - 5- منى محمد صالح علي العامري: دراسة فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة، جامعة القاهرة، 2000-2001.
 - 6- يزيد بن محمد الشهري: السلوك التوكيدي لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات، جامعة الرياض، 2005-2006.
- ثالثا- المجالات:

- 1- كلاوس غراوه، وآخرون: ترجمة: سامر جميل رضوان، شبكة العلوم النفسية العربية.

رابعاً- مواقع الإنترنت:

- 1- <http://www.alnafsy.net/ar/cp/print.php/2009/12/09/146-13.phtml?p=main>
- 2- <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=6606>
- 3- <http://www.call-of-hope.com/ems/ams/ara/bkinfo/books/sss4755ara.html>
- 4- <http://www.arabslab.com/vb/showthread.php?t=3560>
- 5- <http://www.annabaa.Org/nbaneus/64/183/>
- 6- <http://www.agofos.com/vb/showthread.php?t=6606>

7- <http://highpsyche.blogspot.com/2010/10/blog-post-8473.html>

خامساً- المراجع الأجنبية:

1- *Les stratégies thérapeutique actuelles du sevrage tabagique*.henri jean aubin , Ivan .berlin.2004.

2- *Institut nationale de santé publique enquête nationale de santé transition epidémiologique et systeme de santé* .novembre 2007.

الملاحق

وثيقة التعاقد

هل تريد أن تتوقف عن تدخين السجائر؟.

إن كنت لا تعلم فان تدخين السجائر يحمل خطورة كبيرة وتأثيراً ضاراً على صحتك وعائلتك وترهن حياتك في غياهب الجهول حيث تمضى عمرك وأنت جاهل لهذا الخطر المحدق بصحتك ومجتمعك, فضلاً عن كونها محرمة في الدين الذي أنت تدين به.

نحن نمحك الفرصة للتخلص من الإدمان على تدخين السجائر وذلك بعلاجك مركزين على تصحيح أفكارك والحد آو التقليل من حدة لهفتك لإدمان على السجائر وتساعدك لتجاوز أصعب المراحل ونصل بك إلى حد خلق فيك رغبة للإقلاع.

لنتمتع بشبابك وتسائر مجتمعك وترضى عائلتك ولا تغضب ربك إذا كنت ترغب في التخلص من إدمان التدخين, وتتوقف نهائياً عن تناول السجائر, ما عليك إلا الإدلاء برغبتك بملء البيانات التالية:

الاسم:	
اللقب:	
السن:	
المستوى الدراسي:	
عمر بداية التدخين:	

أنا الممضى أسفله ارغب في العلاج للإقلاع عن تدخين السجائر وعليه فيأني اتبع طريقة العلاج المسطرة واحترام البرنامج المعد لذلك.

إمضاء المعنى بالأمر

استمارة تسجيل التدريب

الاسم:

نوع النشاط:

التاريخ:

رقم ومدة الجلسة:

تلخيص الجلسة:

.....

.....

.....

النشاط المدرب أثناء الجلسة:

.....

.....

استفادتي من النشاط:

.....

إمكانية استمراري في تطبيق النشاط:

.....

.....

.....

ملاحظة:

.....

.....

ملاحظة: هذه الاستمارة تملأ من طرف العميل تقدم له نهاية كل جلسة تدريبية مع مراعاة الوقت المستغرق فيها.

الملحق رقم 01:

بروتوكول البرنامج العلاجي

- المسمى: برنامج علاجي معرفي جماعي لفئة المدمنين على التدخين.
- اتجاه العلاج: العلاج المعرفي
- هدف البرنامج العام: الكشف عن مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي جماعي لفئة المدمنين على التدخين من خلال التأثير في البنية المعرفية للمدخنين والحد أو التقليل من الإدمان، بما يحقق نوع من الرغبة في الإقلاع عن التدخين السجائر.
- طبيعة البرنامج: معرفي جماعي.
- حجم المراحل العلاجية: ستة مراحل.
- طبيعة الجلسات: مغلقة.
- حجم الجلسات: 12 جلسة.
- تكرار الجلسات: جلستين في الأسبوع.
- مدة الجلسة: 90 دقيقة.
- قيادة الجلسة: الطالبة.
- الملاحظون والمساعدون: لا يوجد.
- حجم الجماعة وطبيعتها: 13 فرد ذكور متطوعين مدخنين.
- مدة المقرر العلاجي: ستة أسابيع.
- حجرة تنفيذ البرنامج: قاعة مجهزة.

- **مصدر البرنامج:** تم اقتباس البرنامج وتعديله من طرف الطالبة من برنامج قام بتكييفه على المجتمع العربي، وعلى فئة معتمدي النيكوتين، مدحت عبد الحميد أبو زيد (مدى فاعلية برنامج علاجي جماعي سلوكي معرفي في الإقلاع عن التدخين) وتخفيف القلق لدى هذه الفئة، حيث كان البرنامج في الأصل يتكون من جلسات أساسية (14 جلسة أساسية)، وجلسات إضافية اختيارية (4 جلسات اختيارية)، حيث قامت الطالبة بتلخيص الجلسات الأساسية إلى 12 جلسة وإلغاء الجلسات الإضافية، وذلك توافاً مع الفرضيات المعتمدة في الدراسة، بالإضافة إلى إجراء تغييرات في الواجبات المنزلية المقدمة، وكذلك في محتوى مرحلة التوجه التعليمي، وتم إدخال عدة أدوات تستخدم أثناء الجلسات، وكذلك بعض التعديلات في الزمن المقسم داخل الجلسة.

2- التصور الهيكلي للبرنامج:

المرحلة الأولى: الإعداد القبلي (الجلسة 01).

المرحلة الثانية: التقويم القبلي (الجلسة 02).

المرحلة الثالثة: التوجه التعليمي (الجلسة 03).

المرحلة الرابعة: التدخل الأساسي - سبعة جلسات (من الجلسة رقم (04) وحتى الجلسة رقم (09) وهي كالتالي:

- جلسة رقم (04): تحديد مثيرات التدخين ومواقفه.

- جلسة رقم (05): مهارات التأقلم مع اللهفة والحفز الملح.

- جلسة رقم (06): الأفكار السالبة المتعلقة بالتدخين.

- جلسة رقم (07): تعلم أسلوب حل المشكلات.

- جلسة رقم (08): التدريب على مهارات الرفض.

- جلسة رقم (09): التعامل مع القرارات الخاطئة.

- جلسة رقم (10): الاستبصار الكلي.

المرحلة الخامسة: التقويم البعدي (جلسة 11).

المرحلة السادسة: الإنهاء (جلسة 12).

المرحلة الأولى: الإعداد القبلي: تستغرق جلسة واحدة تهدف من خلالها لتحقيق هدف: ألفة الجماعة بعد تعارفها وانسجام أفرادها وتعاونهم وتوعيتهم بالبرنامج العلاجي المقرر لهم.

شكل الجلسة الأولى:

المضمون والمحتوى	الزمن بالدقيقة
تسخين	05 دقائق
التعارف وبناء الألفة	20 دقيقة
شرح مفهوم العلاج	25 دقيقة
تطبيق مقياس فوجيستروم <i>Fogestrom</i>	15 دقيقة
التعاقد	10 دقائق
التغذية الراجعة	15 دقائق
	90 دقيقة

- التسخين: حيث يتم الترحيب بأعضاء الجماعة بعبارات مستبشرة ومتفائلة.

- بناء الألفة (التعارف): حيث نحاول أن نخلق جوًا من الألفة والانسجام والاتفاق والتوافق بين أفراد الجماعة ونبدد الشعور بالعزلة والحياد، والخوف، والقلق المتعلق بالتواجد مع أفراد غرباء وفي حجرة للعلاج ونبدأ في إدارة الحوار، حيث يتحدث كل فرد عن نفسه وعن ظروف معيشته وعن حياته الأسرية، وكيف يقضي وقت فراغه أو ما مشكلاته أو ما الذي يهدف إليه الآن من خلال هذا البرنامج؟ وهل لديه الدافعية الكافية للقيام بالمهمة، وما الصعاب التي تواجهه؟ وما توقعاته؟ وهل سبق له العلاج في مكان آخر وهل نجح في التوقف من قبل؟ إلى غير ذلك، وعلينا أن نحرص أن يدار هذا الحوار الفردي الجماعي في جو بعيد عن الاستجواب تمامًا، فالأمر الآن لا يعدو عن مجرد زيادة التعارف، والألفة، والمودة بين أفراد الجماعة.

مفهوم العلاج: حيث نحاول شرح مفهوم العلاج لأفراد الجماعة موضحين المراحل العلاجية وفقًا لجلسات البرنامج العلاجي وحجم المقرر العلاجي والقواعد العامة المرعية في العلاج الجماعي والأهداف المنشود تحقيقها... الخ.

تطبيق مقياس *Fogerstrom*: يتم تقديم مقياس فوجرستروم لقياس درجة الإدمان عند كل فرد من المجموعة العلاجية.

- **التعاقد:** يبدأ كل فرد في ملء وثيقة العلاج بعد قراءتها أولاً والموافقة عليها، ثم يوقع كل فرد وثيقته، والعقد في كل الأحوال يعني بالتزام بالعلاج واحترام قواعده، والاستمرار فيه.

- **الواجب المنزلي:** حيث يقوم بتوزيع مطويات المتعلقة بالتدخين وأضراره.

المرحلة الثانية: التقويم القبلي: وتستغرق جلسة واحدة وتهدف إلى قياس المكونات المعرفية وحدة اللفظة.

شكل الجلسة الثانية:

المضمون والمحتوى	الزمن
تسخين	10 د
تطبيق مقياس المكونات المعرفية	35 د
تطبيق مقياس حدة اللفظة	25 د
تغذية راجعة	20 د
	90 د

- **التسخين:** يكون فيه السؤال عن الصحة والدراسة وكيف تم قضاء الوقت... إلخ.

- **تطبيق مقياس المكونات المعرفية:** حيث نقوم بتطبيق مقياس المكونات المعرفية على أفراد الجماعة العلاجية في مدة الجلسة، ويحتفظ بدرجاتهم حتى يتسنى لنا مقارنة تلك الدرجات في مرحلة القياس البعدي.

وكذلك نفس الشيء لتطبيق مقياس حدة اللفظة نحو الإدمان.

- تغذية راجعة: حيث نطلب من كل فرد من أفراد المجموعة العلاجية أن يذكر لنا انطباعاته عن الجلسة ككل.

المرحلة الثالثة: التوجه التعليمي: وتستغرق جلسة واحدة أيضًا، وتهدف إلى توعية أفراد الجماعة بالأضرار الناجمة عن التدخين وزيادة معلوماتهم ، وتحقيق إلمامة أكثر بالموضوع.

شكل الجلسة الثالثة:

الزمن	المضمون والمحتوى
05 دقائق	تسخين
05 دقائق	مراجعة ما سبق
35 دقيقة	محاضرة عن أضرار التدخين
30 دقيقة	مناقشة جماعية
10 دقائق	تغذية راجعة
05 دقائق	واجب منزلي
90 دقيقة	

- التسخين: حيث يتم في مدة 05 دقائق الترحيب بأفراد الجماعة. والسؤال عن صحة كل فرد فيها، وكذلك كيف قضى وقته... الخ.

- مراجعة ما سبق: مراجعة لكل ما تم تقديمه في الجلسة الثانية من خلال انطباعاتهم حول المقاييس المقدمة، وهل كانت سهلة بالنسبة لهم، وهل البنود واضحة... الخ.

- محاضرة عن أضرار التدخين: حيث نقدم لهم محاضرة نتحدث فيها عن الأضرار الجسمية والنفسية والتأثير التدخين على المستويين الاجتماعي والاقتصادي، وكذلك التركيز على رأي الدين في ذلك.

- سير المحاضرة يكون متدرج كالآتي:

1- مكونات السيجارة.

2- الأضرار الجسمية للتدخين.

3- الأضرار النفسية.

4- الأضرار الاجتماعية والاقتصادية.

5- رأي الدين.

باستخدام الأدوات التالية:

- جهاز عرض (data chew).

- نظام الشرائح (power point).

- صور وفيديوهات (مشاهدة أفلام)

مناقشة جماعية: ويكون بفتح مناقشة بيننا وبين الأفراد، وكذلك مناقشة بين أفراد الجماعة فيما بينهم، عن الأضرار المتعلقة بالتدخين من خلال ما ذكر في المحاضرة ومقارنتها بالمعلومات التي كانت لديهم عن التدخين، مع تركيزنا على رأي الدين لديهم.

- تغذية راجعة: حيث نطلب من كل فرد من أفراد الجماعة العلاجية، بذكر كل ما تم الاستفادة منه، ومدى وجود تتطابق أو تناقض بين ما تلقوه في المحاضرة وما كان لديهم من معلومات، كذلك ذكر إيجابيات وسلبيات الجلسة.

- واجب منزلي: إعطاء لكل فرد من أفراد الجماعة العلاجية نسخة من محاضرة أضرار التدخين وكذا قرص مضغوط (قصة واقعية لمدخن أصيب بسرطان الحنجرة).

المرحلة الرابعة: التدخل الرئيسي: وتستغرق سبعة جلسات كاملة وتهدف إلى تدريب أفراد الجماعة على المهارات اللازمة للتأقلم مع كل ما يستلزمه التوقف عن التدخين، وهذه الجلسات تبدأ من الجلسة (04) إلى غاية الجلسة (10).

شكل الجلسة الرابعة:

المضمون والمحتوى	الزمن بالدقيقة
تسخين	05 دقائق
مراجعة ما سبق	05 دقائق
شرح معنى المثيرات والمواقف ذات الخطورة العالية	25 دقيقة
مناقشة عامة	40 دقيقة
تغذية راجعة	10 دقائق
واجب منزلي	05 دقائق
	90 دقيقة

- تسخين: دائماً تبدأ بالسؤال عن الصحة وعن الجو وعن الدراسة كالمعتاد... الخ.

- مراجعة لما سبق: مراجعة الواجب المنزلي السابق (النسخة المقدمة عن المحاضرة والقصة الواقعية).

- شرح المثيرات والمواقف ذات الخطورة العالية:

1- شرح المثيرات المتعلقة بتدخين السجائر:

1-1- المثيرات البصرية: مثل: رؤية السجائر، رؤية علبة السجائر، فلتر السجائر، ولاعة وقداحة، علبة

كبريت، صديق مدخن... الخ.

1-2- المثيرات الشمية : وتتلخص في شم رائحة دخان السجائر في أي مكان ومن أي شيء تنبعث

منه رائحته.

1-3- المثيرات السمعية: وتتلخص في سماع الحديث عن السجائر، والتدخين من شخص عادي، أو مقرب أو عبر الهاتف...الخ.

1-4- المثيرات اللمسية: وتتلخص في ملامسة أي شيء يتعلق بالتدخين وبالسجائر مما سبق ذكره.

1-5- المثيرات الذوقية: وتتلخص في تذوق طعم السجائر من أية شيء يشبه أو يتعلق به، أو يذكر به.

2- المواقف ذات الخطورة العالية:

2-1- المواقف الانفعالية:

2-1-1- المواقف الانفعالية السالبة: التوتر، الغضب، النفرة، الملل، الضيق، القلق، الحزن، الكآبة، الخجل، .

2-1-2- المواقف الانفعالية الإيجابية: وتشتمل على كل المواقف التي يشعر بها الفرد المدمن بالفرح، السرور، البهجة والرضا والانشرح والفرفشة نتيجة انتصار ما، أو نجاح ما...الخ.

2-1-3- المواقف الفيزيائية: المرض، الألم، وجبات الطعام (خاصة الدسمة) التعب، الأرق...الخ.

2-1-4- المواقف ذات الطابع الجنسي: وتشتمل على المواقف التي تربط التدخين بالجنس مثل الرغبة في التدخين عقب ممارسة الجنس أو الرغبة في التدخين عند لقاء أفراد من الجنس الآخر...الخ.

2-1-5- المواقف الاجتماعية: الحفلات، الأصدقاء المدخنون، العطلات، الفراغ، الوحدة، المقاهي، الأسفار والرحلات، وجود فرد مدخن في الأسرة...الخ.

2-1-6- المواقف المعرفية: ضعف التركيز، انشغال البال، الرغبة في التركيز الشديد، تشتت الانتباه، التوتر الذهني...الخ.

- مناقشة عامة: حيث نطلب من خلال فتح مناقشة أن يحدد لنا كل واحد المواقف التي يكون استهداف الفرد للتدخين فيها كثيرا، ويطلب وصف لمشاعر كل منهم تجاه هذه المواقف، وما هي العواقب المترتبة كل ذلك سواء السلبية أم الإيجابية.

- واجب منزلي: نقوم بإعطاء كل فرد من أفراد الجماعة العلاجية نموذج ملاحظة الذات والذي يوضح في الجدول التالي:

نموذج ملاحظة الذات لمثيرات التدخين ومواقف الخطورة المتعلقة به

تسلسل	المثير أو الموقف	الأفكار والانفعالات	السلوك	النتائج الإيجابية	النتائج السلبية
1					
2					
3					
4					

ويكون بتسجيل المواقف الخطرة وما صاحبها من أفكار وانفعالات وسلوك وعواقب وذلك بصفة يومية وحتى الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة: مهارات التأقلم مع اللهفة الملحة للتدخين

شكل الجلسة الخامسة:

الزمن	المحتوى
5د	تسخين
5د	مراجعة ما سبق
5د	شرح الهدف من الجلسة
20د	مناقشة وتدريب حول المهارات المطلوب تعلمها
10د	تغذية راجعة
5د	مشاهدة فيلم
90د	

- تسخين: نطلب من كل فرد أن يحدثنا عن صحته وكيف كان قضاءه للأيام السابقة...الخ.

- مراجعة لما سبق: نقوم بمراجعة مع أفراد العينة للواجب المنزلي (نموذج ملاحظة الذات) ومدى تمكنهم من تطبيقه ذاتيا.

- شرح الهدف من الجلسة: الغرض العام لهذه الجلسة هو تعلم كيفية مواجهة اللهفة، والرغبة في التدخين، وتبدأ في شرح معنى اللهفة أو الرغبة الملحة في التدخين وما هي أسبابها وأعراضها، ومدى استمرارية نوباتها التي قد تستغرق دقائق معدودة ولكن يمكنها أن تهاجم المدخن يوميا، أو لأسابيع أو لشهور عدة، ولكنها في كل مرة لا تتعدى بضع دقائق.

- المهارات المطلوبة تعلمها والتدرب عليها:

1- التحاشي أو التجنب: أي على كل فرد أن يتجنب المواقف التي تثيره وتستثير في نفسه الرغبة في التدخين قدر الإمكان.

2- التأجيل: أي تأجيل إشباع الرغبة الملحة الآن وإقناع الذات بأن الإشباع سوف يأتي في وقت لاحق وليس الآن، ربما بعد نصف ساعة أو ساعة أو في آخر النهار أو كذا وهكذا.

3- التعبير عن الرغبة: حاول أن تعبر عن رغبتك في التدخين لصديق حميم أو لأحد أفراد أسرتك فهذا من شأنه أن يساعد في تلاشي الرغبة والشعور بالراحة، ولا بد أن نعي أن الشعور باللهفة ليست شيئاً سيئاً بل هو أحد أعراض الاعتماد المعروفة.

4- التزحلق على أمواج الرغبة: ويقصد به أن يحاول الفرد أن يتحمل الموقف ويقف ضد رغبته ويصر على كسر رغبته بنفسه دون مساعدة من أحد.

مثل الذي يتزحلق على الأمواج، وكذلك فإن الفرد من مطالب بأن يجلس مع نفسه بإصرار وعزيمة حتى تنتهي نوبة اللهفة، فموجات اللهفة تشبه موجات المحيط تبدو صغيرة في البداية ثم تكبر وتزداد سعة ثم تنكسر فإن استطاع الفرد تحملها وقت شدتها فسرعان ما تنكسر، وبذلك تزداد ثقة الفرد في نفسه.

5- التحدي الفكري: إذا هاجمتك اللهفة حاول أن تتحداها بتذكر الجوانب السيئة في التدخين والآثار السلبية الناجمة عنه، والعواقب الوخيمة له وحاول أن تكرر لنفسك أنك قادر وأنت سوف تصبح أفضل بلا تدخين وتحديث نفسك بذلك ولتقل لنفسك إنني لن أموت إذا امتنعت عن التدخين الآن، بل العكس هو الصحيح لا بد لي أن أقاوم، فأنا أريد أن أتحسن، إن تدخين السجائر في الماضي كان خطأ، وكل إنسان من الممكن أن يخطئ وتحاشي الخطأ فضيلة، وهكذا ويمكن للفرد أن يكتب ذلك على ورقة ويحتفظ بها وكلما فاجأته نوبة لهفة قرأها لنفسه وتسمى هذه الطريقة بالمفكرة.

- تغذية راجعة: نطلب من أفراد الجماعة العلاجية، أن يذكروا لنا مدى استوعابهم لهذه المهارات ومدى الاستفادة منها، وما هي العواقب التي يمكن أن يجدها في تطبيقهم لهذه المهارات. ومع تدعيم هذه التغذية الراجعة بمشاهدة فيلم .

- واجب منزلي: نطلب من أفراد الجماعة التدريب على ملئ السجل اليومي لرغبات التدخين والموضح بالجدول التالي:

جدول السجل اليومي لرغبات التدخين

اليوم	الموقف: يتضمن الأفكار والمشاعر	شدة اللهفة	سلوك التأقلم المستخدم
السبت			
الأحد			
الاثنين			
الثلاثاء			
الأربعاء			
الخميس			
الجمعة			

وهكذا لابد أن يتدرب الأفراد على ملئ هذا السجل اليومي وأن يقدروا بأنفسهم درجة اللهفة التي يشعرون بينها (1- 10).

الجلسة السادسة: التعامل مع الأفكار السلبية المتعلقة بالتدخين

شكل الجلسة السادسة:

الزمن	المحتوى والمضمون
5د	تسخين
5د	مراجعة ما سبق
5د	شرح الهدف من الجلسة
30د	مناقشة المعتقدات الخاطئة المتعلقة بالتدخين
15د	التدريب على مقاومة الأفكار السلبية
15د	تمارين الممارسة
10د	تغذية راجعة

- تسخين: دائما السؤال عن الصحة، الدراسة.. الخ.
- مراجعة ما سبق: مراجعة مدى قدرة أفراد الجماعة من تطبيق مهارات التأقلم مع المواقف الملحة للتدخين.
- شرح الهدف من الجلسة: الغرض من هذه الجلسة معرفة المعتقدات الخاطئة المتعلقة بالتدخين وتعلم مهارات لمقاومة هذه الأفكار السلبية.
- مناقشة المعتقدات الخاطئة المتعلقة بالتدخين:
نقوم بمناقشة أمثلة من هذه المعتقدات ومحاولة تدبرها مع الجماعة مثل:
 - لن أقوى على التوقف عن التدخين.
 - أعتقد أنني لن أستطيع التركيز بعد ذلك في أية عمل دون تدخين.
 - أنا غير كفء للتوقف عن التدخين.
 - تنقضي الثقة بنفسني لمواصلة الإقلاع عن التدخين.
 - قد يكون بإمكانني التوقف لفترة عن التدخين، ولكنه ليس بإمكانني الاستمرار في ذلك التوقف.
 - يصعب علي أخذ قرار التوقف نهائيا.
 - أتمنى أن أتوقف، ولكن ليس بيدي.
 - يبدو لي أنني خلقت لكي أكون مدخنا وهذا قدرتي.
- مهارات مقاومة الأفكار السلبية: نحاول مساعدة أفراد الجماعة على التدريب على مقاومة الأفكار السلبية بما يلي:

- حاول أن تطرد الفكرة من رأسك.
- حاول أن تشغل ذهنك بأية شيء يشتت هذه الفكرة.
- فكر مع نفسك وحزم في ضرورة العلاج والاستمرار فيه.
- لا تدع لنفسك فرصة إيجاد المبررات والأعذار.
- فكر جليا أن الأمر لا يتطلب منك سوى بعض المقاومة.
- تحدي الفكرة السلبية بأخرى إيجابية.
- لا تفكر بالآثار الحسن الفوري للتدخين، بل فكر بالآثار اللاحق السيئ عليك.
- حاول أن تعي أن علاج التدخين يكمن في علاج أفكارك.
- لا تدع الفكرة تسيطر عليك ولا تستسلم لها بسهولة.
- إذا أحسست بضعف اتصل بأحد الأصدقاء غير المدخنين.

*** تمارين الممارسة:** حيث نحاول تدريب جماعة العلاجية على ممارسة تحليل الأفكار وتقويمها كالاتي:

- الآثار الإيجابية لعدم التدخين:.....
 - الآثار السلبية للتدخين:.....
 - معوقات الإقلاع وصعوباته:.....
- وذلك من خلال قيام كل فرد بذكر الآثار الإيجابية لعدم التدخين والآثار السلبية له، ثم يذكر الصعوبات التي يواجهها في التوقف من التدخين.
- **تغذية راجعة:** حيث تقوم بتأكيد لما تم تعلمه في هذه الجلسة على أن نركز على انطباعات الجماعة العلاجية.

- الواجب منزلي: حيث نطلب من الجماعة العلاجية بالتدرب على هذه المهارة وذلك من خلال كتابة خمس معتقدات سلبية وخمس معتقدات إيجابية مع كتابة الفوائد المتحصلة عليها في كل معتقد.

الجلسة السابعة: تعلم أسلوب حل المشكلات

شكل الجلسة:

الزمن	المحتوى والمضمون
5د	تسخين
5د	مراجعة ما سبق
5د	شرح الهدف من الجلسة
20د	مناقشة المشكلات المتعلقة بالتدخين
30د	تعلم مهارات لعب الدور الإلقائي
10د	التدريب على تمرين المفكرة
10د	تغذية راجعة
5د	واجب منزلي
90د	

- تسخين: السؤال عن الصحة والدراسة... الخ.

- مراجعة ما سبق: مراجعة للواجب المنزلي الذي قدم في الجلسة الماضية (تمرين المعتقدات السلبية والإيجابية).

- شرح الهدف من الجلسة: تهدف الجلسة إلى التعامل مع حل المشكلات وهذه المشكلات تنقسم إلى مشكلات سابقة، مشكلات حالية، وأخرى مستقبلية.

- مناقشة المشكلات المتعلقة بالتدخين: حيث نحاول أن نسلط الضوء في الجلسة لكل فروع المشكلات.

- **تعلم مهارات لعب الدور الإلقائي:** لعب الدور الإلقائي أو التسميعي يعد من المهارات الواجب تعلمها لحل المشكلات، حيث نقوم بتدريب الجماعة العلاجية على هذه التقنية .

ويكون كالآتي:

- نقوم بتشجيع المجموعة على ضرورة تعلم هذه المهارة.

- الإجابة عن أي تساؤل واستفسار مع تقديم الشرح الكافي.

- نسأل المجموعة بذكر لنا بعض المواقف التي حدثت لهم وكان يمكن التغلب عليها بهذا الأسلوب.

- نسأل المجموعة بذكر بعض المواقف المستقبلية التي قد تحدث لهم في المستقبل القريب وكيفية استخدام هذه المهارة.

- نسأل أحد أفراد المجموعة بالقيام بلعب الدور الإلقائي، فإذا تم اختيار موضوع أن أحد أصدقائك سوف يقيم حفلة بمناسبة حصوله على شهادة البكالوريا. وأن التدخين سوف يكون متاحاً، فعلى الفرد أن يقوم باللعب دور الصديق المتحصل على الشهادة، ثم يلعب دوره الشخصي، وذلك من خلال الإلقاء لتكون الاستعانة بمثير (وضع سجائر فوق طاولة)، وإذا كان بالإمكان ارتجال ذلك فيمكن أن يقوم الفرد بالإلقاء دون مساعدة ودون إعداد مسبق للحوار، أما إذا أخطأ أو احتاج للمساعدة، فيمكن المساعدة بالعبارات التي تعينه، والهدف وراء هذا هو تعويد الفرد وتدريبه على حل المشكلة.

- **تمرين المفكرة:** في مدة عشر دقائق يحتفظ أفراد الجماعة كل منهم بالعبارات الدالة في مفكرتهم، تلك العبارات التي يمكن الاستعانة بها في مواقف المشكلات التي تتطلب الحل.

- **التغذية الراجعة:** يمكن أن تساعد الجماعة العلاجية في تلخيص ما تم الاستفادة منه من هذه المهارة.

- **الواجب المنزلي:** نطلب من أفراد الجماعة التدرب على هذه المهارة من خلاص تمرين المفكرة.

- الجلسة الثامنة: التدريب على مهارات الرفض

شكل الجلسة:

الزمن	المحتوى
5د	تسخين
5د	مراجعة ما سبق
5د	شرح الهدف من الجلسة
20د	مناقشة أسباب الرفض وصعوباته
40د	التدريب على المهارات المطلوبة
10د	تغذية راجعة
5 د	واجب منزلي
90د	

- تسخين: كما اعتدنا دائما على السؤال عن الصحة، وكذلك كيف تم قضاء الوقت... الخ.

- مراجعة ما سبق: مراجعة مع أفراد المجموعة للواجب المنزلي (المفكرة) وما مدى تطبيقهم لهذا التمرين وما هي الأمور التي ما زالت غامضة.

- شرح الهدف من الجلسة: تهدف إلى تعليم الجماعة مهارات رفض التدخين.

- مناقشة أسباب الرفض وصعوباته: نناقش ونشرح مع أفراد الجماعة العلاجية لأسباب الرفض والصعوبات التي تواجه الأفراد في ذلك مثل:

- عدم توفر القناعة الكافية والرغبة في الرفض.

- إغراءات الآخرين.

- توفر السجائر في كل مكان.

- الضغوط المباشرة للإقبال عن التدخين.

- اللفظة المشروطة بمثيرات مثل: أماكن، أشخاص، مناسبات... الخ.

- استعادة الخبرات الممتعة الناتجة عن التدخين.

- وجود الأعراض الاعتمادية.

التدريب على مهارات الرفض: نحاول أن نطلب من المجموعة العلاجية الإمام بالمهارات معينة وهي:

- **مهارة رفض الفكرة:** احتفظ بالورقة مكتوب عليها (لا لن أدخن اليوم) أو (لا للتدخين)، حيث نقوم بطلب من كل فرد أن يخرج ورقة ويكتب فيها العبارة التي تروق له ويحتفظ بها ليخرجها وقت الحاجة .

- **مهارة لعب الدور الإلقائي:** وقد تم شرحها في الجلسة السابقة.

- **التغذية الراجعة:** دائما ولمدة عشر دقائق نتدارس مع الجماعة عن مدى الاستفادة وكل الانطباعات عن الجلسة.

- **الواجب المنزلي:** تكرار تمرين المفكرة للأفكار المهمة وقت الحاجة.

- الجلسة التاسعة: التعامل مع القرارات الخاطئة

شكل الجلسة:

الزمن	المحتوى
5د	تسخين
5د	مراجعة ما سبق
5د	شرح الهدف من الجلسة
20د	مناقشة القرارات وتقويمها
40د	التدريب على اتخاذ القرارات وتقويمها
10د	تغذية راجعة
5د	واجب منزلي
90د	

- تسخين: السؤال عن الصحة والدراسة...الخ.

- مراجعة ما سبق: مراجعة الواجب المنزلي السابق (تمرين المفكرة) من خلال تمكنهم منها.

- شرح الهدف من الجلسة: تهدف إلى:

- زيادة إدراك الجماعة بالأفكار والقرارات الظاهرية الخاطئة التي قد تدفع إلى مواقف المخاطرة.

- تشجيع الأفراد على تجنب التبريرات الخاطئة وتجنب تهوين الأمور والمواقف المثيرة.

- تدريب الأفراد على عمليات القرارات الصائبة في الوقت المناسب حيث نقوم بالإيضاح والشرح لهذه

القرارات مع زيادة تفاعل الجماعة العلاجية.

أمثلة للقرارات الخاطئة أو غير الصائبة:

- إن تدخين سيجارة واحدة لن يفسد الأمر.
- لدي مهمة صعبة على أن أنجزها ولا مانع من تدخين سيجارة أو اثنين فقط حتى يمكنني التركيز بطريقة أفضل.
- لا يمكنني حل المشكلة التي بين يدي إلا إذا دخنت سيجارة.
- سوف أدخن هذا المرة فقط.

التدريب على تقويم القرارات واتخاذها ب:

هو عبارة عن تمرين حيث تقوم بتدريب الجماعة بوضع قائمة بالقرارات الخاطئة التي اتخذها كل فرد من الجماعة مع إيضاح الموقف المتعلق بها، مع بيان أسباب الخطأ في استقرار وكيف يمكن تلاشي هذه الأخطاء، وكيف يمكن استبدال القرارات الخاطئة بأخرى صائبة على النحو التالي:

الموقف	القرار الخاطئ	مبرراته	القرار الصائب	مبرراته
.....				
.....				
.....				

ثم تساعد أفراد الجماعة العلاجية على وضع خطة مستقبلية للمواقف الشبيهة، واختيار مدى قدرة الجماعة على التوصل إلى القرارات الصائبة في مثل هذه المواقف

- التغذية الراجعة: إجراء تغذية لما تعلمه والتدرب عليه.

- الواجب المنزلي: التدرب على تمرين تقييم القرارات واتخاذها وتسجيل الأحداث والقرارات المتعلقة به.

- الجلسة العاشرة: جلسة للاستبصار الكلي

شكل الجلسة:

الزمن	المحتوى
5د.	تسخين
5د.	مراجعة ما سبق
20د	شرح الهدف من الجلسة
45د	مناقشة حول الاستبصار الحادث للجماعة
10د.	تغذية راجعة
5 د.	واجب منزلي
90د.	

- تسخين: السؤال عن الصحة والدراسة...الخ.

- مراجعة ما سبق: مراجعة الواجب المنزلي السابق (تمرين اتخاذ القرارات).

- شرح الهدف من الجلسة: تهدف هذه الجلسة إلى محاولة معرفة مدى استبصار الجماعة العلاجية بكل ما قدم لهم ولكل المهارات التي تدربوا عليها، كذلك مدى فاعلية الواجبات المنزلية المقدم لهم.

- مناقشة حول مدى الاستبصار الحادث للجماعة:

نقوم بمراجعة لكل الجلسات السابقة وذكر لأهم المهارات وذلك بالاستعانة على ذاكرة الجماعة العلاجية ومدى استيعابهم لذلك.

- تغذية راجعة: مدى استفادتهم من خلاصة هذه المراجعة أو الاستبصار الذي حدث لهم.

- واجب منزلي: المطلوب تأمل ذاتي لكل فرد من أفراد الجماعة إصلاحية، أي محاولة إجراء مقارنة ذاتية لمعلومات التي تلقوها ولمهارات التي تدربوها.

المرحلة الخامسة: التقويم البعدي

وتستغرق جلسة واحدة هي الجلسة (11) ويتم فيها إعادة تطبيق المقياس (اختبار فوجستروم، المكونات المعرفية ومقياس حدة اللهفة نحو الإدمان) ومقارنة درجات أفراد الجماعة بدرجاتهم في التقويم القبلي، والتعرف على طبيعة الفروق والتغيرات الحادثة.

المرحلة السادسة: الإنهاء

وتستغرق جلسة واحدة وهي الجلسة (12)، وفيها يودع أفراد الجماعة العلاجية بعضهم، وكذلك نقوم بتشجيعهم وتدعيمهم بمتابعة وتطبيق لكل المهارات التي تدربوا عليها.

الملحق رقم 2:

مقياس المكونات المعرفية للمدمنين على تدخين السجائر

رقم البند	البند	صح	خطأ
01	أعتقد أن التدخين منشط للإنسان.		
02	التدخين يدخل البهجة والسرور للمدخن.		
03	أعتقد أن التدخين يساعد على تخفيف الألم.		
04	التدخين مشكلة للإنسان المدمن.		
05	التدخين عبارة عن سم قاتل.		
06	بإمكان المدخن أن يتوقف على التدخين لوحده.		
07	التوقف عن إدمان المدخنين يحتاج فقط إلى رغبة صادقة.		
08	في حالة التوقف عن التدخين قد يصبح العلك بديلاً عن السجارة .		
09	أعتقد أن التوقف عن تدخين السجائر يخلق آلاماً .		
10	يحتاج الشخص الذي توقف عن التدخين إلى علاقات جديدة يشعر فيها بالأمان.		
11	أرى أن التوقف عن التدخين شيء ممكن.		
12	تبدأ معاناة الشخص بعد 48 ساعة من تناوله لآخر سجارة.		
13	الأيام الأولى للإقلاع عن التدخين لسجائر يشعر الشخص فيها بآلام جسدية ونفسية.		
14	يجب على الشخص الذي اقلع عن التدخين أن لا يعود إلى أصدقائه المدخنين.		
15	من أجل التغلب على الرغبة في تدخين السجائر يتطلب النظر إليها بمضارها.		
16	أعتقد أن حالة الشخص تتحسن إذا بقي بعيداً عن تدخين السجائر.		
17	التغلب على الرغبة في العودة إلى التدخين يتطلب الإرادة والصبر.		

18	الضغوط التي يواجهها الشخص قد تدفع به إلى العودة للتدخين من جديد.
19	أرى أن تدخين أي سيجارة أيا كان نوعها تؤدي إلى الانتكاسة ويعود الشخص إلى التدخين من جديد.
20	المشاكل التي يعيشها الفرد في محيطه العائلي والاجتماعي والمهني قد ترجعه إلى التدخين من جديد.
21	التوترات التي تلي التوقف عن تدخين السجائر قد تدفع الشخص إلى العدوانية.
22	الإدمان على تدخين السجائر يسبب للشخص الهزال وهبوط الوزن.
23	زيادة التوتر تجعل من الإنسان يلجأ للتدخين السجائر.
24	الإدمان على تدخين السجائر يسبب للإنسان الالتهابات الرئوية وسعال متواصل.
25	الإدمان على تدخين السجائر يسبب الإصابة بالجلطة الدماغية وانسداد الأوعية الدموية.
26	الإدمان على تدخين السجائر يسبب الإصابة بمرض سرطان الحنجرة.
27	التدخين يسبب الأرق وصعوبة النوم للمدخن.
28	أرى أن حياة المدمن على تدخين السجائر كلها قلق وتوتر.
29	الإدمان على تدخين السجائر قد يجعل المدمن عدوانيا.
30	يؤثر المدخن سلبا على صحة أفراد عائلته.
31	أعتقد أن الرغبة في التدخين تجعل المدمن على التدخين يؤجل بعض من واجباته.
32	المدمن على تدخين السجائر يرتكب أخطاء في حق المحيطين به.
33	أعتقد أنه من بين عواقب تدخين السجائر هو الطلاق بين الزوجين.
34	إدمان تدخين السجائر يعتبر وباء يهدد كيان المجتمع.
35	أعتقد أن استهلاك السجائر يخلق نفقات مادية إضافية.
36	يؤثر المستهلك للسجائر بانتظام على اقتصاد وطنه.

- قائمة محاور مقياس المكونات المعرفية للمدمنين على تدخين السجائر

رقم المحور	المحور	البند
01	معارف حول الإدمان على تدخين السجائر	- التدخين مشكلة للإنسان المدمن. - التدخين عبارة عن سم قاتل. - في حالة التوقف عن التدخين قد يصبح العلك بديلا عن السيجارة. - أعتقد أن حالة الشخص تتحسن إذا بقي بعيدا عن تدخين السجائر. - التدخين يدخل البهجة والسرور للمدخن. - أعتقد أن التدخين يساعد على تخفيف الألم. - أعتقد أن التدخين منشط للإنسان - زيادة التوتر تجعل من الإنسان يلجأ للتدخين السجائر
02	التوقعات حول القدرة على التخلي عن التدخين وصعوبات الانسحاب	- التوقف عن التدخين شيء ممكن. - بإمكان المدخن أن يتوقف على التدخين لوحده. - التوقف عن إدمان المدخنين يحتاج فقط إلى رغبة صادقة. - أعتقد أن التوقف عن تدخين السجائر يخلف آلاما. - التوترات التي تلي التوقف عن تدخين السجائر قد تدفع الشخص إلى العدوانية. - تبدأ معاناة الشخص بعد 48 ساعة من تناوله لآخر سيجارة. - الأيام الأولى للإقلاع عن التدخين لسجائر يشعر الشخص فيها بآلام جسمية ونفسية.
03	التوقعات حول رغبة المدخن في العودة إلى تدخين	- من أجل التغلب على الرغبة في تدخين السجائر يتطلب النظر إليها بمضارها.

- أرى أن تدخين أي سيجارة أيا كان نوعها تؤدي إلى الانتكاسة ويعود الشخص إلى التدخين من جديد. - الضغوط التي يواجهها الشخص قد تدفع به إلى العودة للتدخين من جديد. - يحتاج الشخص الذي توقف عن التدخين إلى علاقات جديدة يشعر فيها بالأمان - يجب على الشخص الذي اقلع عن التدخين أن لا يعود إلى أصدقائه المدخنين - التغلب على رغبة العودة إلى التدخين يتطلب الإرادة والصبر. - المشاكل التي يعيشها الفرد في محيطه العائلي والاجتماعي والمهني قد ترجعه إلى التدخين من جديد.	السجائر	
- الإدمان على تدخين السجائر يسبب للإنسان الالتهابات الرئوية وسعال متواصل. - الإدمان على تدخين السجائر يسبب الإصابة بالجلطة الدماغية وانسداد الأوعية الدموية. - الإدمان على تدخين السجائر يسبب الإصابة بمرض سرطان الحنجرة. - التدخين يسبب الأرق وصعوبة النوم للمدخن. - الإدمان على تدخين السجائر قد يجعل المدمن عدوانيا. - أرى أن حياة المدمن على تدخين السجائر كلها قلق وتوتر. - الإدمان على تدخين السجائر يسبب للشخص الهزال وهبوط الوزن.	المعارف حول الأضرار الجسمية و النفسية للإدمان على تدخين السجائر	04

- أعتقد أن الرغبة في التدخين تجعل المدمن على التدخين يؤجل بعض من واجباته. - أعتقد أن استهلاك السجائر يخلق نفقات مادية إضافية. - المدمن على تدخين السجائر يرتكب أخطاء في حق المحيطين به. - يؤثر المدخن سلباً على صحة أفراد عائلته, - إدمان تدخين السجائر يعتبر وباء يهدد كيان المجتمع, - يؤثر المستهلك للسجائر بانتظام على اقتصاد وطنه. - أعتقد أنه من بين عواقب تدخين السجائر هو الطلاق بين الزوجين.	المعارف حول الأضرار الأسرية والاجتماعية والمادية لتدخين السجائر	05
---	--	-----------

الملحق رقم 3:

مقياس تقدير حدة اللهفة نحو الإدمان

رقم البند	البند	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
01	أنا دائما في حالة تلهف إلى السيجارة					
02	ليست لدي سيطرة أو تحكم في مدى رغبتني في التدخين					
03	يزداد شعوري بالقلق كلما ازدادت رغبتني في التدخين					
04	شعوري بالرغبة في التدخين يجعلني عصيبا بشكل متزايد					
05	أثناء تلهفي للسيجارة يصبح تفكيري منصبا فقط على تدخين السيجارة					
06	شعوري بالرغبة في التدخين له ردود أفعال جسمية					
07	في لحظات تلهفي للسيجارة يزداد توتري					
08	مشكلتي في عدم تحمل آلام زيادة اللهفة للسيجارة					
09	ترداد حدة غضبي كلما زادت لهفتي للتدخين					
10	عندما تنتابني مشاعر اللهفة أتذكر بسرعة نشوة السيجارة					
11	عندما أرغب في التدخين لا يمكن الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة					
12	لا يمكن النوم وأنا متلهف إلى السيجارة					

					لا يوجد لدي حل مقنع حتى الآن لمواجهة التلهف للسيجارة إلا التدخين فورا	13
					أشعر بالحيرة والارتباك أثناء رغبتى في التدخين	14
					لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة تلهف للسيجارة	15
					أفقد شهيتي للطعام تماما وأنا في حالة تلهف للسيجارة	16
					اللهفة عندي تعني الرغبة الشديدة لتناول السيجارة	17
					أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت متلهفا للسيجارة ولم أجدها	18
					لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء تلهفي للسيجارة	19
					عندما أفكر في السيجارة أشعر بقشعريرة تحتاح جسمي	20
					أصعب اللحظات تمر علي هي لحظات التلهف للسيجارة	21
					شعوري بالصداع يلزم شعوري باللهفة للسيجارة	22
					أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة التلهف للسيجارة	23
					قدرتي على تحمل الرغبة في التدخين تضعف يوما بعد يوم	24

الملحق رقم 4:

مقياس فوجستروم

1- في الصباح كم من الوقت بعد الاستيقاظ تدخن أول سيجارة؟.

في ال 5 دقائق

30-6 دقيقة

60-31 دقيقة

أكثر من 60 دقيقة

2- هل تجد صعوبة في التوقف عن التدخين في الأماكن الممنوع فيها التدخين؟.

نعم

لا

3- أي سيجارة تتخلى عنها بصعوبة؟.

في بداية اليوم

في آخره

4- كم عدد السجائر التي تدخنها في اليوم (في المتوسط)؟.

10 أو أقل

20-11

30-21

31 - أو أكثر

5- المدة بين السجائر قريبة خلال الساعات الأولى من الصباح مقارنة بباقي النهار.

نعم

لا

6- هل تدخن عندما تكون مريض وحتى وإن كنت طريح الفراش طول اليوم؟.

نعم

لا