



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 1

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

رقم التسجيل:

**فعالية خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي في خفض سلوك
التدخين لدى المراهقين المتمدرسين -دراسة تجريبية-**

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علم النفس

تخصص: علم النفس المدرسي

إشراف الأستاذة الدكتورة

سومية بن مبارك

إعداد الطالبة

إيمان صدقة

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة	الجامعة
أ.د. خديجة بن فليس	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة باتنة -1-
د. سومية بن مبارك	أستاذ محاضر - أ-	مشرفا	جامعة باتنة -1-
د. سماح بشقة	أستاذ محاضر - أ-	عضوا مناقشا	جامعة باتنة -1-
د. حسينة زكراوي	أستاذ محاضر - أ-	عضوا مناقشا	جامعة سطيف-2-
د. الهام ساسان	أستاذ محاضر - أ-	عضوا مناقشا	جامعة عنابة

السنة الجامعية: 2021 / 2022



شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين، سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة والتسليم، أسأل الله العلي القدير أن يعلمنا ما ينفعنا، وأن ينفعنا بما علمنا، وأن يهدينا صراطه المستقيم.

اللهم لك الحمد والشكر على توفيقني في هذا العمل، وأسألك أن تقبله صدقة جارية.

إنّ من الواجب أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من تفضل علي وقدم لي يد العون والمساعدة في سبيل إعداد هذا العمل وأخص بالذكر:

والداي الغاليان اللذان كانا لهما أعمق الجهود لتحقيق هذا النجاح في هذه الرحلة العلمية المتميزة، وشكر خاص لأختي التي زرعت فيّ روح المثابرة والاجتهاد لأصل إلى ما أصبو إليه وكافة أفراد أسرتي كل باسمه وصفته ومكانته.

وشكري وتقديري موصول لأستاذتي المشرفة على بحثي الأستاذة الدكتورة "بن لمبارك سومية" على رعايتها وجهودها في الإشراف فجازها الله عني خير الجزاء، وكذا أتقدم بشكري للجنة المناقشة على قبولها قراءة ومناقشة هذا العمل.

وأتقدم بشكري إلى مدير ثانوية الشهاب ومستشارة التوجيه التي ساعدتني في توزيع أدوات الدراسة، والأخصائية النفسية " نوال بوكشريدة" التي وفرت لي جميع الشروط اللازمة لتطبيق الخطة العلاجية.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى جميع أساتذة فريق التكوين في الدكتوراه بجامعة باتنة 1.

وفي الأخير امتناني وشكري لكل من قدم لي يد المساعدة من قريب أو بعيد ورفع معنوياتي ولو بكلمة طيبة.

ملخص:

تتناول الدراسة الحالية فعالية خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي في خفض سلوك التدخين لدى عينة من المراهقين المتمدرسين؛ تمثلت عينة الدراسة في (ن=6 > 16-19 سنة) مدخنين مراهقين متمدرسين لديهم مستوى متوسط من الإدمان على التبغ، تم اختيارهم بطريقة قصدية من بين المدخنين المتواجدين بثانوية الشهاب بمدينة "العلمة" الجزائر؛ اعتمدت الطالبة الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي والتتبعي، وقد سعت الطالبة الباحثة إلى تحقيق التجانس بين أفراد العينة من حيث (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الشعبة) إضافة إلى التجانس في درجة الإدمان على التدخين في القياس القبلي؛ استعانت الطالبة الباحثة في دراستها بمقياس الاعتماد على السجائر («CDS-12» Cigarette Dépendance Scale) ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ ((Test de HONC (Hooked on Nicotine Checklist) لقياس درجة الإدمان على التدخين قبل وبعد تطبيق الخطة العلاجية؛ أظهرت نتائج الدراسة من خلال حساب الدلالة الإحصائية (Statistical signification)، والدلالة العملية (signification Practical) معبرا عنها بحجم التأثير (Size Effect) حسب معايير كوهين لحجم التأثير، والدلالة الإكلينيكية (Signification Clinical) من خلال حساب مؤشر الثبات (RCI) (Change Reliability Index) حسب طريقة جاكبسون، أن للتدخل العلاجي القائم على التحسيس الخفي المقترح أثر في خفض مستوى سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين.

الكلمات المفتاحية: التحسيس الخفي، سلوك التدخين، المراهق المتمدرس.

Abstract :

The current study is about the efficacy of a treatment plan based on covert sensitization in reducing smoking behavior among a sample of schooled adolescents. The study sample consisted of (n = 6 < 16-19 years) educated adolescent smokers with moderate addiction to tobacco, who were intentionally selected from the smokers at Al-Shehab High School in the city of "El-eulma" Algeria.

The researcher student adopted in this study the experimental method by creating a single group with a tribal, posterior and tracking measurement. The researcher wanted to achieve homogeneity among the sample members in terms of (gender, age, educational level, class) in addition to the homogeneity in the degree of smoking addiction in the tribal measurement.

The researcher student used the Cigarette Dépendance Scale (CDS-12) and the Test de HONC (Hooked on Nicotine Checklist) to measure the degree of smoking addiction before and after the application of the treatment plan. By calculating the statistical significance (signification statistical), the practical significance (signification practical) expressed by the size of the effect (Size Effect) according to Cohen criteria for the size of the effect, and the clinical significance (Signification Clinical) by calculating the RCI (Index Change Reliability) according to the method Jacobson, the proposed therapeutic intervention based on covert sensitization has an effect on reducing the level of smoking behavior among school-aged adolescents.

Keywords: covert sensitization, smoking behavior, school-adolescent.

الفهرس

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر وعران
	ملخص
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: إشكالية الدراسة ومنطقاتها	
5	1- إشكالية الدراسة
8	2- فرضية الدراسة
9	3- أهداف الدراسة
9	4- أهمية الدراسة
10	5- الدراسات السابقة
25	6- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة
الفصل الثاني: العلاج بالتحسيس الخفي	
27	1- مفهوم العلاج بالتحسيس الخفي
34	2- الخلفية التاريخية للعلاج بالتحسيس الخفي
36	3- الأسس النظرية للعلاج بالتحسيس الخفي
38	4- خطوات العلاج بالتحسيس الخفي
44	5- فعالية العلاج بالتحسيس الخفي

45 6- مساوئ العلاج بالتحسيس الخفي.....

الفصل الثالث: المراقبة وسلوك التدخين

48 1- تعريف المراقبة.....

48 2- خصائص النمو في المراقبة وأشكالها.....

50 3- الضغط النفسي لدى المراهق المتمدرس.....

52 4- تعريف سلوك التدخين.....

54 5- النظريات المفسرة لسلوك التدخين.....

55 6- أسباب ودوافع سلوك التدخين.....

58 7- الأشكال المتعددة للتبغ.....

63 8- مراحل التعود على سلوك التدخين ومدى انتشاره.....

70 9- الأضرار والآثار السلبية الناجمة عن سلوك التدخين.....

الجانب الميداني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

77 1- منهج الدراسة.....

77 2- حدود الدراسة.....

78 3- عينة الدراسة.....

78 1-3- عينة الدراسة الاستطلاعية.....

80 2-3- عينة الدراسة الأساسية.....

80 4- أدوات الدراسة.....

112 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية.....

الفصل الخامس: عرض وتفسير نتائج الدراسة

115 1- عرض نتائج الدراسة.....

1151-1 عرض نتائج القياس (القبلي، البعدي، التبعي)
1192-1 حساب الدلالة الإحصائية
1243-1 حساب الدلالة العملية: حجم الأثر
1254-1 حساب الدلالة الإكلينيكية
1302- تفسير نتائج الدراسة في ضوء فرضية الدراسة
138خاتمة
141قائمة المصادر والمراجع
148الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	مختلف الترجمات لمصطلح (Covert Sensitization)	29
2	يبين المميزات والفروق بين العلاج بالتحسيس الخفي والعلاج بالتنفير	33
3	التسلسل الزمني لنشأة العلاج بالتحسيس الخفي	35
4	يوضح استهلاك السجائر السنوي بواسطة الفرد في مجموعة من الدول	66
5	يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر 2007	67
6	يبين نسبة التلاميذ المدخنين حسب العمر والجنس والولاية في الجزائر سنة 2007	69
7	توزيع العينة الاستطلاعية حسب الجنس	69
8	توزيع العينة الاستطلاعية حسب السن	78
10	توزيع العينة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي	79
11	يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغيرات كل من الجنس، السن، المستوى التعليمي، الشعبة	80
12	يوضح توزيع درجات مقياس الاعتماد على السجائر وتفسير النتائج	83
13	يوضح توزيع درجات مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ وتفسير النتائج	84
14	يوضح معاملات الارتباط لصدق الاتساق الداخلي لبنود المحور الأول لمقياس الاعتماد على السجائر	86
15	يوضح معاملات الارتباط لصدق الاتساق الداخلي لبنود المحور الثاني لمقياس الاعتماد على السجائر	87
16	يوضح معاملات الارتباط لصدق الاتساق الداخلي لمقياس الاعتماد على السجائر	89
17	يوضح قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الاعتماد على السجائر	89
18	يوضح نتائج الصدق التمييزي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ	90
19	يوضح ثبات التجزئة النصفية لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ	91
20	يوضح جلسات الخطة العلاجية	100

115	يوضح بيانات عينة الدراسة على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي)	21
117	يوضح نتائج الإحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر وعلى مستوى مقياس الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي).	22
119	يوضح متوسط الرتب للقياس القبلي والبعدي والتبعي لنتائج عينة الدراسة على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ونتيجة الاختبار الإحصائي فريدمان.	23
120	يوضح نتائج المقارنات بين نتائج (متوسط القياس القبلي والقياس البعدي) و(متوسط القياس البعدي والقياس التبعي) و(متوسط القياس القبلي والقياس التبعي) لمقياس الاعتماد على السجائر.	24
121	يوضح متوسط الرتب للقياس القبلي والبعدي والتبعي لنتائج عينة الدراسة مستوى مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ ونتيجة الاختبار الإحصائي فريدمان.	25
122	يوضح نتائج المقارنات بين نتائج (متوسط القياس القبلي والقياس البعدي) و(متوسط القياس البعدي والقياس التبعي) و(متوسط القياس القبلي والقياس التبعي) لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.	26
124	يوضح مستويات حجم التأثير r في حالة عينة مرتبطين لاختبار Wilcoxon للقياس القبلي والتبعي.	27
124	يوضح حجم التأثير للقياس القبلي والتبعي لمقياس الاعتماد على السجائر وفقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.	28
127	يوضح مؤشر ثبات التغير Reliability Change Index (RCI) لمقياس الاعتماد على السجائر.	29
128	يوضح نتائج مؤشر ثبات التغير Reliability Change Index (RCI) لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.	30
130	يوضح تصنيف الحالات بعد خضوعها للخطة العلاجية الخاصة بخفض سلوك التدخين.	31

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
39	مثال توضيحي لنموذج من نماذج مخطط المتعة	1
45	يوضح مجموع الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يطبق معها العلاج بالتحسيس الخفي	2
62	يمثل السير العام لعملية صنع السجارة	3
118	يوضح نتائج الإحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي).	4
118	يوضح نتائج الإحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) على مستوى مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي).	5
121	يوضح اتجاه دلالة الفروق باستخدام المقارنة المتعددة المتوسطات بين نتائج متوسطات القياس القبلي-البعدي-التبعي لمقياس الاعتماد على السجائر.	6
123	يوضح اتجاه دلالة الفروق باستخدام المقارنة المتعددة المتوسطات بين نتائج متوسطات القياس القبلي-البعدي-التبعي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.	7

مقدمة

مقدمة:

باتت ظاهرة التدخين إحدى الظواهر الأكثر انتشارا في العالم المعاصر، وتجلي هذا الانتشار لدى الملايين من الأفراد من مختلف المستويات الاجتماعية ومختلف الأعمار، رغم أضراره الاجتماعية والاقتصادية والصحية المترتبة عنه، فقد أكدت الأدلة العلمية أن للتدخين أثرا سلبيا على الصحة العامة، وهو أحد أسباب انتشار الكثير من الأمراض على الصعيد العالمي، وصرحت منظمة الصحة العالمية أن ثلث عدد البالغين في العالم يدخنون (أي حوالي مليار ومائة مليون نسمة)، منهم 12% من النساء وقرابة 47% من الرجال، ففي البلدان النامية يدخن 48% من الرجال، و7% من النساء، بينما تبلغ نسبة المدخنين في الدول المتقدمة بـ 42% من الرجال، و24% من النساء، ويبقى تدخين السجائر هو السبب الأول للوفاة في الدول المتحضرة، ففي عام 1993 قتل التدخين 434000 شخصا، ويعتبر التدخين هو القاتل لشخص واحد من خمسة أشخاص في الولايات المتحدة. (بن عتو ابراهيم، 2015، 168)

هذه الحقائق العلمية تؤكد لنا أن التبغ يعتبر الأكثر خطورة على الإنسان، حيث توازي خطورته خطورة الأمراض الخطيرة كالإيدز والسرطانات وكذا حوادث السيارات وجرائم القتل وجرائم المخدرات ورغم كل هذه المخاطر إلا أن البشرية لا تزال سادرة في غيها، ولا تزال المصانع تنتج أعدادا هائلة من السجائر تصدر لجميع أنحاء العالم.

وما نلاحظه أن انتشاره لا يزال واقع حي نشاهده في مختلف الأماكن والأوقات، وإنه لمن الملفت أيضا أنه أصبح ظاهرة منتشرة داخل المؤسسات التعليمية لينتشر بصورة سيئة للغاية في المتوسطات والثانويات.

فقد أظهرت دراسة مسح للشباب العالمي للتبغ G.Y.T.S (2007) حول التدخين لدى فئة الشباب بالجزائر تم إجراؤه في المدارس التي تضم التلاميذ التي تتراوح أعمارهم بين 13 و15 سنة، بدعم من OMS و CDC Atlanta عام 2007 أن نسبة التلاميذ المدخنين حسب الولاية كالاتي: 20.2% بولاية قسنطينة، 22.6% بسطيف و16,6% بوهران لتصل النسبة الكلية إلى 59.4% (ص9).

ومثل هذه الإحصائيات التي تدق ناقوس الخطر تجعلنا نشير لضرورة تكاتف الأيدي من الجميع لحماية هذه الفئة الهشة من تلاميذنا المراهقين، فقد قامت ولازالت تقوم الهيئات الطبية

بمجهودات جبارة لتوضيح مخاطر التدخين على صحة الفرد، مما جعل مختلف الحكومات تستجيب رويدا رويدا لمطالب هذه الهيئات بالحد من مخاطر التدخين، كما أن هناك حملات تحسيسية لتوعية الشباب بمخاطر التدخين وأضراره على الصحة شملت الجمعيات ودور الشباب والرياضة داخل المجتمع المحلي لحمياتهم من أفعى الموت ألا وهي تدخين السجائر.

وللحد من هذه الظاهرة يعتبر التدخل السلوكي والعلاج القائم على التحسيس الخفي من بين أساليب الإرشاد والعلاج في مجال الإدمانات بصفة عامة وسلوك التدخين بصفة خاصة حيث يقوم بحل المشكلات على المدى القصير والبعيد.

وترجع نشأة هذا العلاج على يد (جوزيف كوتيليا Cautela) لعلاج مجموعة من الاضطرابات النفسية والمشاكل السلوكية، حيث يهدف هذا المنحى إلى مساعدة الفرد على التغلب على مختلف مشاكله، باستخدام فنيات واستراتيجيات مختلفة لإحداث التغيير المرغوب فيه والتخلص من عاداته الهدامة، حيث يقوم على أساس ربط الصور الممتعة التي تولدها تلك العادات مع صور تخيلية مؤلمة وكريهة، مثل الغثيان أو تجربة مؤلمة عاشها الفرد، فيعمل على إفقاد هذه العادة معظم جاذبيتها واستئصالها عن طريق ربطها بمثير تخيلي منفرد.

وقد أثبت هذا المنحى العلاجي في العديد من الدراسات السابقة فعاليته في خفض مستوى مختلف أنواع الإدمان كالتبغ والكحول والتعافي منها، وهذا ما تتوقع وتسعى إليه الطالبة الباحثة لدى عينة الدراسة الحالية.

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

1- إشكالية الدراسة

2- فرضية الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- الدراسات السابقة

- التعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية منها

6- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

تعددت واختلفت الظواهر الاجتماعية داخل مجتمعاتنا المعاصرة، فمنها ما تمثل في ظواهر سليمة ترتبط بالشروط الاجتماعية والقيمية الحقيقية للمجتمع، ومنها ما تمثل في ظواهر اجتماعية معتلة والتي يكون انتشارها واستمرارها داخل المجتمع بحكم العادة العمياء أو التقليد الأعمى؛ وهنا يمكننا أن نعتبر الظاهرة الاجتماعية ظاهرة مكتسبة، تنتج بسبب تأثير شخص أو جماعة على شخص آخر؛ ومن بين هذه الظواهر الاجتماعية السلبية الأكثر انتشارا داخل المجتمعات هي ظاهرة التدخين، فهي تعد ظاهرة من أكثر الظواهر الاجتماعية انتشارا في الكثير من دول العالم منذ القدم، وهي ليست وليدة العالم الجديد ولكنها حاليا في تزايد بشكل لافت، فقد باتت ظاهرة وبائية عالمية تعددت أضرارها ومساوئها على الفرد والمجتمع، وقد اتسعت هذه الدائرة لتشمل ملايين الأفراد من مختلف المستويات الاجتماعية ومختلف الأعمار، وذلك بالرغم من أضرارها وأخطارها فهي ظاهرة يمتد خطرها لتشمل الجانب الصحي، والبيئي، والاقتصادي، إذ أن أثرها لا يقتصر على الشخص المدخن فقط؛ بل يتعداه إلى غير المدخن، فهي تتسبب في أمراض مزمنة خطيرة، وعاهات وتشوهات، وتعطيل أجهزة عضوية، وتحصد أرواح الملايين من البشر سنويا.

وبالرغم من التحذيرات المستمرة من مخاطره عبر مختلف وسائل الإعلام، والمقرونة بالإحصائيات الدقيقة عن ضحاياه في كل عام، والاكتشافات الجديدة المشخصة للأمراض الخطيرة بل المستعصية الناتجة عنه، إلا أننا نلاحظ انتشاره بشكل رهيب في جميع أنحاء العالم، وقد بات خطرا ليس من السهل مواجهته على الصعيدين العالمي والمحلي.

فحسب تقرير منظمة الصحة العالمية (2020) لسنة (2019) أنه " يقتل نصف من يتعاطونه تقريبا، ويؤدي بحياة أكثر من 8 ملايين نسمة سنويا، من بينهم أكثر من 7 ملايين يتعاطونه مباشرة وحاولي 1.2 مليون من غير المدخنين يتعرضون لدخانهم لا إراديا، كما يعيش نحو 80% من المدخنين البالغ عددهم 1,3 مليار شخص على الصعيد العالمي في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط" (فقرة 1).

ومن الملاحظ أن ظاهرة التدخين باتت واقع حي نشاهده في كل لحظة ومعظم الأماكن العامة كالمقاهي والمطاعم، ووسائل النقل، والمؤسسات التربوية والتعليمية، ولعل أخطر ما في الموضوع هو

الارتفاع الكبير لمعدلات المدخنين بين المراهقين في الوسط المدرسي كتلاميذ المتوسطة والثانوية.

وهذا ما أظهرته دراسة في الجزائر حيث سجلت مصلحة الوقاية بمديرية الصحة والسكان لولاية وهران ارتفاع في عدد التلاميذ المدخنين بين الجنسين، حيث بلغت نسبة التدخين في الطور الابتدائي 9% فيما تجاوزت 19.32% من بين تلاميذ الطور المتوسط، أما بالنسبة للمرحلة الثانوية فقد بلغت نسبة المدخنين 28.03% منهم 6% فتيات، وهي أرقام وصفها المهتمون بالمرعبة وذلك لتنامي الظاهرة بالوسط المدرسي. (تواتي، 2019، ص 29-30)

وبشكل عام، فإن مرحلة المراهقة تمتاز بالقوة والتمرد والاستقلالية، والشعور بالرغبة في إثبات الذات والدخول في مجتمع الرجولة والنضج؛ فقد وردت دراسات متعددة دلت على أن العوامل النفسية والاجتماعية هي أكثر من تنبأت وارتبطت بسلوك التدخين لدى الأطفال والمراهقين ومن أكثرها شيوعاً: تدخين الوالدين، تقليد الأصدقاء، تردي الوضع الاقتصادي الاجتماعي والأسري، وانخفاض مستوى تقدير الذات، والاتجاهات الإيجابية نحو التدخين، وكذلك النزعات الفردية المرتبطة بسلوك التدخين كحب الظهور والتقليد.

تقف وراء استفحال هذه الظاهرة ذات العواقب الوخيمة على صحة الأجيال الشابة، أسباب كثيرة تختلف حسب عمر الفرد وجنسه وثقافته ودوافعه، فبالنسبة للمراهق الذي يشعر أنه أصبح كبيراً وناضجاً ويمكنه مجازاة الكبار في أفعالهم، يظهر سلوك التدخين لديه مكتسب عن طريق التقليد والملاحظة، إذ بينت مختلف الدراسات أن سلوك التدخين بين الأصدقاء والآباء والمعلمين في المدارس من العوامل المرتبطة بشكل كبير مع زيادة نسبة التدخين بين التلاميذ، خصوصاً عند وجود أحد المدخنين داخل أفراد الأسرة أو بين العاملين بالمدرسة.

إذ بينت دراسة العمري عبد الهادي (2009) أن الدوافع وراء سلوك التدخين هو اتخاذ الآباء المدخنون أو أحد أفراد الأسرة من المدخنين كنموذج بنسبة 25.5%، أو ضغوط الأقران بنسبة 23.6% أو تحقيق الذات بنسبة 12.5%، أو الإحساس بالحرية بنسبة 8.8%، أو جذب انتباه الآخرين بنسبة 6.9%، وأخيراً تأثير وسائل الإعلام بنسبة 6.5%، وكانت أسباب الاستمرار في التدخين وعدم القدرة على الإقلاع عنه ترجع بنسبة 50% إلى ارتباطه بسلوك العادة، بالإضافة إلى أن 28.7% من أفراد الأسرة و 21.3% من الأصدقاء ما يزالون يمارسون سلوك التدخين.

كما أشار عبد الحفيظ السجال (2016) إلى الدراسة التي قامت بها الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث (FOREM) في مارس 2015، والتي شملت عينة من تلاميذ المدارس ببلديات شرق العاصمة الجزائر هي على التوالي الحراش، براقى، الكاليتوس، سيدي موسى، باش جراح، برج الكيفان، باب الزوار، الدار البيضاء، الرويبة، درقانة وعين طاية، بمجموع 8645 تلميذ، 47% منهم ذكور و53% منهم من الفتيات، 3419 منهم في الطور الثانوي تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 22 سنة، والبقية البالغة عددها 5226 تلميذ يدرسون في الطور المتوسط تتراوح أعمارهم بين 12 و14 سنة؛ وأظهرت الدراسة أن " التلاميذ المدخنين يتأثرون بالمحيط الذي يعيشون فيه، إذ أن 13.7% من تلاميذ المتوسط أساتذتهم يدخنون، و25% منهم يقدمون على التدخين داخل القسم، أما في الطور الثانوي فالمعضلة أكبر لأن 50% من الأساتذة من المدخنين، و10% منهم يدخنون داخل القسم. كما أشارت ذات الدراسة إلى أن 33.5% من المستجوبين في كلا الطورين أحد والديهم أو كليهما من المدخنين" (فقرة 1).

تلمس أضرار هذه المادة أيضا المسار الدراسي للمدخنين، فتؤثر على القدرات الذهنية للتلميذ كون المواد التي تحتويها السجارة تحدث تخديرا للمخ والأعصاب وتشوش التفكير، ومن نتائجه أيضا إصابة التلاميذ بتعب يؤدي إلى صعوبة التركيز، بطئ الفهم، شرود الذهن، تأثر القدرة العقلية للمخ بسبب عدم نقاء الدم الذي يؤثر على خلايا المخ، مما يتسبب في ضعف مستوى التحصيل الدراسي للتلاميذ.

ونظرا للأضرار والمخاطر التي يسببها التدخين للمدخنين والإحصائيات السابق ذكرها، تظهر لنا ضرورة تدارك وإيجاد حلول لانتشار هذه الظاهرة السلبية بين تلاميذ المراحل الدراسية ما قبل الجامعية، مما دفع الطالبة الباحثة للاهتمام بالعديد من البرامج والاستراتيجيات التي تهدف إلى الحد من هذه الظاهرة.

من بينها العلاج القائم على التحسيس الخفي الذي يعد من بين العلاجات الفعالة في علاج مختلف الإدمانات ومن بينها الإدمان على التدخين، فقد تم تطويره على يد المعالج النفسي (جوزيف كوتيليا 1967) ويوصف هذا العلاج بالخفي لأن العلاج الأساسي يحدث داخل ذهن الشخص، والنظرية التي سيقوم عليها هذا العلاج تتخلص في أن السلوكيات التي تتحول إلى عادات راسخة يتم

اكتسابها لأنها تعزز دوماً بقدر كبير من المتعة، ومن إحدى الطرق لاستئصال هذه العادات ربطها بمثير تخيلي مؤلم للغاية، ونتيجة لذلك لن تثير العادة الهدامة صوراً ممتعة لها وتصبح مرتبطة بشيء ضار ومنفر - وهذا الارتباط يكون بربط الصور الممتعة التي تولدها العادة السيئة مع صور مؤلمة كريهة مثل الغثيان أو إصابة جسدية، أو تجربة مؤلمة، حيث يعمل التحسيس الخفي على إفقاد العادة القديمة معظم جاذبيتها إن لم تجردها منها تماماً، وما إن تصبح العادة السيئة مصدر الألم يصبح بإمكان الفرد الهروب من ألمها بتخيل القيام بأشياء أفضل ترتبط بأحاسيس ممتعة. (ماكاي وديفيز وفانينج، 2010، ص 267)

وتجدر الإشارة إلى أن السبب وراء تسمية العلاج باسم علاج التنفير "اللفظي" هو أن المعالج يوجه خيال العميل بالتعليمات الشفهية، باستخدام مثال العلاج الكحولي أعلاه، سيوجه المعالج المدمن الكحولي لتصور نفسه يختار شرب الكحول، متبوعاً بإرشادات لتخيل العواقب السلبية الشديدة الموصوفة سابقاً (مثل الغثيان والقيء والإذلال). سيطلب المعالج من العميل القيام بهذه العملية مراراً وتكراراً من أجل تقوية العلاقة بين تناول المشروب والعواقب غير السارة للغاية. سيطلب المعالج بعد ذلك من العميل تخيل المشهد مرة أخرى، باستثناء الآن يختار العميل عدم تناول مشروب؛ من خلال عدم الانخراط في السلوك غير المرغوب فيه - تناول مشروب - يتجنب العميل العواقب السلبية للغثيان الشديد والقيء والإذلال. (<https://www.addiction.com>)).

ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي هدفت إلى اختبار فعالية هذا العلاج مع مجموعة من الاضطرابات السلوكية كسلوك التدخين والنتائج التي توصلت إليها في بيئات مختلفة حول العالم، والتي كانت من المرجعيات الأساسية للدراسة الحالية، جاءت رغبة الطالبة الباحثة للتطرق لهذا الموضوع من جانب مختلف وفي بيئة مختلفة كون البيئة العربية لم تحظى بعد بهذا النوع من الدراسات التي تتناول سلوك التدخين باستخدام العلاج بالتحسيس الخفي (في حدود علم الطالبة الباحثة)، ولهذا السبب تحاول الدراسة الحالية تطبيق هذا النوع من العلاج على مجموعة من المراهقين المدخنين المتمدرسين بالثانوية في البيئة العربية وذلك لتزايد سلوك التدخين من جهة، وانتشاره بصورة أكبر بين هذه الفئة من جهة أخرى، وخاصة المتمدرسين الذين هم بأشد الحاجة للتدخل السريع، فهذه الفئة يمكن تحديدها وحصرها داخل المؤسسة التعليمية وكذا متابعتها بشكل منتظم وذلك من خلال طرح التساؤل التالي الذي يشكل محور إشكالية الدراسة الحالية:

1- هل يؤدي تطبيق خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي إلى خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين؟

2- فرضية الدراسة:

بالاعتماد على التساؤل المطروح في إشكالية الدراسة يمكن صياغة الفرضية التالية:

- يؤدي تطبيق خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي إلى خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين.

3- أهداف الدراسة: تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- الكشف عن أثر العلاج بالتحسيس الخفي في خفض مستوى سلوك التدخين.
- دراسة سلوك التدخين والسعي إلى معرفة الأسباب الدافعة للتدخين لدى المراهق المتمدرس.
- التعرف على مدى وعي المراهق المتمدرس للآثار السلبية العائدة من التدخين.
- الكشف عن مدى استمرارية تأثير الخطة العلاجية في خفض سلوك التدخين.

4- أهمية الدراسة: تتجلى أهمية الدراسة في النقاط التالية:

- باتت ظاهرة التدخين متفشية بصورة كبيرة تشد الانتباه بين الشباب والمراهقين الصغار، وخطر التدخين يتفاقم لدى الشباب المتورطين في هذه العادة السيئة منذ الصغر تقليدا منهم للكبار وإثباتا لرجولتهم، مما يعرضهم في أحيان كثيرة إلى أزمات القلبية وسكتات دماغية في سن الثلاثينات والأربعينات، فالانخراط في مثل هذه السلوكات يكلفهم حياتهم مقابل لحظات من اللذة العابرة والمتعة الواهية التي تصاحب تدخين السجائر.

- التدخين له أهمية مجتمعية وإكلينيكية كبيرة تتضح من خلال كونه سببا في أمراض المستعصية المميتة كمختلف أنواع السرطانات.

- الدراسة الحالية تناولت فئة عمرية أكد الكثير من العلماء والباحثين على أهميتها، حيث أن

الدراسات التي تناولت سلوك التدخين عند تلاميذ الثانوية قليلة مقارنة بالدراسات التي تعرضت للفئات العمرية المختلفة من كبار السن.

- محاولة إثراء خبرة الأخصائيين النفسيين والعاملين في مجال الصحة النفسية، بأساليب علاجية غير تقليدية للتعامل مع مشكلة التدخين، ومختلف الاضطرابات النفسية الناتجة عنه والتي يتعرض لها المراهق المتمدرس.

- إمكانية استخدام الأخصائيين النفسيين العاملين في المدارس والمؤسسات التربوية لهذه الخطة لمعالجة اضطراب الاعتماد على التبغ، وتطويرها للاستفادة منها في مشكلات أخرى كالإدمانات المختلفة والمشاكل السلوكية الأخرى.

- أهمية النتائج التي يمكن أن تستثمر في بناء برامج نفسية علاجية أخرى تساعد فئة المدخنين من مراحل عمرية أخرى أو مراحل تعليمية سابقة أو لاحقة في خفض سلوك التدخين أو الإقلاع عنه.

- " تزيد معدلات انتشار التدخين في كل مكان في العالم حيث تشير الإحصاءات إلى أن حوالي ربع المراهقين في الولايات المتحدة يدخنون السجائر، والمعدلات أعلى من ذلك في كثير من البلدان الأخرى" (عبد الرحمن، محمد أنور، أبو المكارم، 2018، ص635).

- تقديم خطة علاجية تساعد المراهقين المتمدرسين في خفض سلوك التدخين لديهم وإمكانية التخلص من هذه العادة نهائياً.

- تأتي هذه الدراسة لتلفت انتباه الأولياء والقائمين على العملية التعليمية بأن سلوك التدخين أصبح يهدد حياة أبنائنا حاضرا ومستقبلا، لذا يجب الاهتمام أكثر ببرامج التكفل العلاجية لمثل هذه المشكلات.

5- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي اهتمت بسلوك التدخين والتي تنوعت أغراضها وأساليبها في البحث، فمنهم من سعى للكشف عن سلوك التدخين وحجمه ومظاهره وأسبابه ونسبة انتشاره عند مختلف الفئات العمرية، وأخرى اهتمت بالبحث في الأساليب الإرشادية والعلاجية الأكثر فعالية مع هذه

المشكلة، ودراسات أجنبية اهتمت في معظمها بفعالية العلاج بالتحسيس الخفي مع مجموعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية كإدمان التبغ والكحول والاضطرابات الجنسية، لذلك فإن الباحثة ستكتفي بذكر الدراسات التي تناولت فعالية العلاج القائم على التحسيس الخفي مع مختلف الاضطرابات والادمانات، وكذا بعض الدراسات التي تناولت سلوك التدخين لدى المراهقين.

5-1-1 دراسات تناولت العلاج بالتحسيس الخفي:

5-1-1-1 دراسة (Emmelkamp Walta 1978) :

- عنوان الدراسة: Effects of therapy set on electrical aversion therapy and covert sensitization.

- أهداف الدراسة:

- خفض مستوى سلوك التدخين لدى عينة الدراسة.
- اختبار فعالية العلاج بالتحسيس الخفي في خفض سلوك تدخين السجائر.
- المقارنة بين نتائج العلاج بالتحسيس الخفي ونتائج العلاج بالتنفير الكهربائي electrical aversion على عينة الدراسة.
- إجراءات الدراسة: تطبيق العلاج بالتحسيس الخفي والعلاج بالتنفير الكهربائي electrical aversion على عينة الدراسة التي تميزت بمستوى تدخين مرتفع.
- أهم النتائج: لقد توصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج أهمها:
 - أ- أظهرت المجموعة المطبق عليها العلاج بالتحسيس الخفي انخفاضا كبيرا في مستوى التدخين مقارنة مع المجموعة الأخرى التي طبق معها العلاج بالتنفير الكهربائي. (p170 kearney, 2006).

Michael R. Low , Leonard Green, Steven M. S. (1980) -2-1-5 دراسة قام بها

Kurtz, Zev S. Ashenberg, and E. B. Fisher, Jr

- عنوان الدراسة:

Self-Initiated, Cue Extinction, and Covert Sensitization Procedures in Smoking Cessation.

- أهداف الدراسة: اختبار فائدة تطبيق كل من العلاج بالتحسيس الخفي والرقابة الذاتية (التحكم الذاتي) في الإقلاع عن التدخين.

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مجموعة لديهم الرغبة في الإقلاع عن التدخين لا يقل عمرهم عن 21 سنة، يدخنون عبوة واحدة على الأقل يوميا لمدة 5 سنوات الماضية.

- إجراءات الدراسة: تم مناقشة أهداف هذا البرنامج خلال (3 جلسات في الأسبوع) لمدة أسبوعين على التوالي قبل تاريخ انطلاق البرنامج الخاص بالإقلاع عن التدخين، مع تقديم تمارين للاسترخاء، حيث تم إجراء 10 جلسات في فترة دامت 90 يوما.

- تضمنت الدراسة الأولى مجموعتين: المجموعة (1) خضعت لاستراتيجيات التحكم الذاتي، وتلقت المجموعة (2) استراتيجيات التحكم الذاتي إضافة للعلاج بالتحسيس الخفي (CS).

- أما بالنسبة للدراسة الثانية فقد تضمنت 3 مجموعات: المجموعة (1) خضعت لاستراتيجيات التحكم الذاتي والعلاج بالتحسيس الخفي (CS)؛ أما المجموعة (2) فقد خضعت للعلاج بالتحسيس الخفي (CS) إضافة إلى إجراءات التثبيط والإطفاء بين الرغبة في السجائر والإيحاء المرتبط بسلوك التدخين؛ وفي الأخير المجموعة (3) خضعت لكلا الإجراءين.

- أهم النتائج: لقد توصل الباحثون إلى مجموعة من النتائج أهمها:

أ- الدراسة الأولى: بعد 3 أشهر من المتابعة 33% من المجموعة (1)، و27% من المجموعة (2) امتنعوا عن التدخين.

ب- خلال 6 أشهر المتتالية أصبحت النسب 33% و13% على التوالي.

ت- الدراسة الثانية: بعد مرور 3 أشهر من المتابعة 71% من المجموعة (1) و60% من

المجموعة (2) امتنعوا عن التدخين، مع نسبة 31% من الممتنعين داخل المجموعة (3).

ث- بعد مرور ستة أشهر من المتابعة جاءت النسب 29% و 27% و 8% على التوالي تمثلت في الممتنعين عن التدخين؛ وبالتالي فإن العلاج بالتحسيس الخفي لم يضيف شيئاً إلى تأثير استراتيجيات الرقابة الذاتية (التحكم الذاتي) وإجراءات التثبيط والإطفاء.

5-1-3- دراسة (Kenneth L, Lichsten and James F. Sallis (1981) :

- عنوان الدراسة: COVERT SENSITIZATION FOR SMOKING: IN SEARCH

. OF EFFICACY

- أهداف الدراسة: تطبيق 4 نماذج من العلاج بالتحسيس الخفي واختبار فعالية كل منها على حدى.

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (6) أفراد: (5) إناث و (1) ذكر مع متوسط عمر يبلغ 33 سنة، لديهم الرغبة في الإقلاع عن التدخين، كانوا يدخنون من حوالي 16 سنة تقريباً، استوفى جميع أفراد العينة الخصائص التالية:

- (1): التدخين طوال الخمس سنوات الماضية.

- (2): تدخين ما لا يقل عن 20 سيجارة يومياً.

- (3): عدم التوقف عن التدخين لأكثر من يومين خلال السنة الماضية.

- (4): خلوهم من أي حالة طبية أو نفسية يمكن أن تتفاقم بسبب العلاج النفسي المجهد.

- إجراءات الدراسة: قاما باختبار أربعة نماذج إجرائية من العلاج بالتحسيس الخفي (CS) في تصميم متعدد حيث تم العمل مع عينة الدراسة عبر جلسات مجدولة وتسجيل عدد السجائر المدخنة خلال فترة العلاج وكانت نماذج العلاج كالاتي:

أ- النموذج (1): تم تقديم 5 جلسات أي حوالي جلتين في الأسبوع، كانت كل جلسة مكونة من 10 تجارب أساسها التنفير من الغثيان حيث اعتبر الغثيان صورة منفرة.

ب- النموذج (2): عمل الباحث على تحديد مواضيع مكرهة مختلفة عن النموذج (1) بالإضافة للاستشارة الكهربائية الجلدية أي الاستشارة الفسيولوجية المصاحبة للصور المنفردة من أجل تعزيز الفاعلية العلاجية لهذه الصور، كان جدول الجلسات هو نفسه كما في النموذج الأول.

ت- النموذج (3): كرر النموذج الثاني باستثناء أنه استبدل السجارة الحقيقية بتمثيلها الخيالي لتعزيز تعميم الاستجابة إلى خارج المختبر.

ث- النموذج (4): كرر النموذج الثالث باستثناء أن جلسات العلاج 5 قدمت في أيام متتالية بدلاً من جلستين في الأسبوع.

- أهم النتائج: لقد توصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج أهمها:

أ- النموذج الأول: أدى إلى تقليل التدخين بنسبة 12.5% .

ب- النموذج الثاني: أدى إلى تقليل التدخين بنسبة 28.5% .

ت- النموذج الثالث: أدى إلى تقليل التدخين بنسبة 44.0% .

ث- أما النموذج الأخير أدى إلى تقليل التدخين بنسبة 80.5% وبالتالي هو الأكثر فاعلية.

5-4-1- دراسة (2005) Tom Kraft & David Kraf:

- عنوان الدراسة: Covert Sensitization Revisited :Six Cas Studies

- أهداف الدراسة: خفض مستوى سلوك التدخين والإقلاع عن تدخين السجائر بالنسبة للحالة (1).

- الإقلاع النهائي عن تدخين الحشيش بالنسبة للحالة (2).

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من حالتين الحالة (1): سيدة تبلغ من العمر 34 سنة تدخن ما يقرب 15 سيجارة في اليوم حريصة على الإقلاع عن التدخين لأنه أصبح يسبب لها اضطرابات في التنفس أثناء اجتيازها لسباقات ركوب الخيل لأنها هوايتها وهذا ما دفعها للتوجه من أجل العلاج؛ الحالة (2): سيدة عزباء تبلغ من العمر 24 سنة كانت حاملاً في 11 أسبوعاً، وكان لديها

إيمان على تدخين الحشيش لكنها طوال السنوات الست الماضية كانت تدخن خليطاً من الحشيش والتبغ بشكل يومي.

- إجراءات الدراسة: طبقا الباحثان المنهج التجريبي (دراسة الحالة) حيث طبقا خطة علاجية قائم على التحسيس الخفي مع الحالتين.

- أهم النتائج: لقد توصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج أهمها:

أ- بالنسبة للحالة (1): بعد فترة من العلاج وجلسة الاسترخاء الثانية ذكرت أنها لم تدخن على الإطلاق، وأن فكرة السجائر لم تراود ذهنها.

- تعرضها للإغراء في إحدى المرات ومع ذلك لم تدخن.

- تمكنت من الركض لمدة خمس دقائق وقفزت عشرين سياراً دون الشعور بضيق التنفس وهذا أعطاها الثقة في أنها يمكن أن تستمر في ركوب الخيل على ارتفاع مستوى.

ب- بالنسبة للحالة (2): في نهاية الجلسة الأولى من الخطة العلاجية والتنويم المغناطيسي، سألت عما إذا كانت لديها أي رغبة في تدخين الحشيش الآن، وكانت غامضة حول ما هو السؤال.

- عندما جاءت لين في جلسة التنويم المغناطيسي الثانية، قالت إنها لم تدخن أي قنب على الإطلاق منذ جلسة التنفير الأولى الماضية وعندما حاولت التخلي عن الحشيش، شعرت دائماً بالخوف مما جعلها تتعرق بغزارة.

- بعد انتهاء العلاج لم تظهر عليها أي أعراض، وقد فوجئت بتوافق مع مدى سهولة التخلي عن الحشيش.

- وأضافت أنها عندما شعرت بحضور شخص ما كان يدخن الحشيش شعرت بالغثيان.

- بعد التواصل معها بعد بعامين، قالت إنها لم تدخن في أي وقت خلال فترة السنتين الماضيتين وشعرت أنها بحالة جيدة.

5-1-5- دراسة (Yoon Jung Choi & Jang-Han Lee (2015)

- عنوان الدراسة: The effect of virtual covert sensitization on reducing alcohol craving in heavy social drinkers

- أهداف الدراسة: التحقق من فعالية العلاج بالتحسيس الخفي بالطريقة الافتراضية ثلاثية الأبعاد في الحد من الرغبة الشديدة في تناول المشروبات الكحولية.

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 40 طالب جامعي وقد تم اختيارهم على أساس تطبيق اختبار اضطراب تعاطي الكحول في كوريا (AUDIT-K) scores.

- إجراءات الدراسة: طبقا الباحثان العلاج بالتحسيس الخفي بالطريقة الافتراضية مع تجسيد الصوت والصورة المنفرة بتقنية ثلاثية الأبعاد.

- أهم النتائج: لقد توصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج أهمها:

أ- انخفاض مستوى الإدمان على الكحول بالنسبة لعينة الدراسة وبالتالي فإن العلاج بالتحسيس الخفي فعال لعلاج إدمان الكحول.

5-2- دراسات تناولت سلوك التدخين (لدى المراهقين المتمدرسين):

5-2-1- دراسة درويش (1998) :

- عنوان الدراسة: مقارنة بين الطلاب الثانوي العام والمهني في تفشي التدخين.

- أهداف الدراسة: إلقاء الضوء على حجم وانتشار تعاطي التدخين في قطاع المدارس الثانوية.

- طبيعة العوامل المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تلعب دورا رئيسا في الدفع إلى خبرة التعاطي.

- التعرف على دور العوامل الكابحة عن الانغماس في هذه الخبرة.

- بيان بعض المؤشرات المعينة في تحديد معالم خطة وقائية لحماية المجتمع.

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (623) طالبا ممثلا لمجتمع قوامه (5530) طالبا من التعليم الثانوي العام، و(394) طالبا ممثلة لمجتمع قوامه (3686) طالبا من التعليم الثانوي المهني في مدينة القاهرة الكبرى.

- منهج البحث والأدوات المستخدمة: استخدم الباحث المنهج الوصفي، كما استخدم الباحث استمارة حول تعاطي السجائر.

- أهم النتائج: لقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- أ- تفشي التدخين بين طلاب الثانوي المهني أعلى منه لدى طلاب الثانوي العام.
- ب- للعمر دلالة على تعاطي أول سيجارة، حيث كانت النسبة مرتفعة لدى طلاب الثانوي العام، من 14 حتى أقل من 18 سنة عنها لدى طلاب الثانوي المهني.
- ت- أما مناسبة التدخين لأول مرة فكانت عوامل الرفاق والتجربة والتقليد أو المجارة.
- ث- أما الظروف النفسية ومواجهة المشكلات الشخصية أو الأسرية، كانت فارقة بدلالة إحصائية لصالح طلاب المهني. (سلطان بن أحمد، 2010، ص107)

5-2-2- دراسة إنصاف عبده القاسم وحمود محمد السياني (1999-2000):

- عنوان الدراسة: التدخين بين طلاب وطالبات مدارس التعليم الثانوي في التعليم العام.

تحددت المشكلة في خطورة التدخين المنتظم في الطفولة التي تؤدي إلى تدخين دائم في الرشد، والفترة الحرجة لتعلم سلوك التدخين هي بين 10 و18 سنة.

- أهداف الدراسة: الكشف عن حجم ظاهرة التدخين بين طلاب مدارس التعليم الثانوي في التعليم العام في اليمن.

- تحديد العوامل التي تؤثر في التدخين ودرجة ارتباطها بخصائص المتعلم والمجتمع والمدرسة.

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 2862 طالب وطالبة (1742) طالب و(1120) طالبة توزعوا على خمس محافظات هي: العاصمة، أمانة، تعز، عدن الجديدة، حضر موت وتمثل

هذه المحافظات مختلف البيئات الطبيعية والاقتصادية والثقافية في اليمن، مما جعل عينة الدراسة ممثلة لجميع مناطق اليمن.

- إجراءات الدراسة والأدوات المستخدمة: استخدم استبيان يحتوي 32 سؤال ويهدف إلى تحديد العوامل المؤثرة في تدخين الطلاب، وتوزعت على العوامل النفسية والاجتماعية، ومقياس الاتجاه نحو التدخين وهو مقياس خماسي ب43 فقرة، ومقياس الوعي بأضرار التدخين يتكون من 25 فقرة تهدف إلى قياس مستوى وعي أفراد العينة بأضرار التدخين على عينة الدراسة.

- أهم النتائج: لقد توصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج أهمها:

ب- ينتشر التدخين بين الطلبة في مدارس التعليم الثانوي، ومحاولة التعود تبدأ قبل الدخول إلى الصف التاسع.

ت- انتشار التدخين بين الذكور أكبر من الإناث.

ث- للمدرسين والآباء والأقران دور في انتشار سلوك التدخين لدى الطلاب.

ج- وجود أثر للعوامل الاجتماعية في جذب الطلاب للتدخين.

ح- اتجاهات الطلاب ايجابية نحو المشكلات الصحية والاقتصادية للتدخين.

خ- أظهر الطالب وعياً بأضرار التدخين على الأم الحامل والجنين. (مشاشو قرمية، 2018، ص

20-21)

5-2-3- دراسة سلمان (2000):

- عنوان الدراسة: "The Interrelationship Between Smoking and Other Life Style

"Determinants Among Jordanian Adolescents" العلاقة بين التدخين والأنماط المعيشية عند

الشباب في سن المراهقة في الأردن"

- أهداف الدراسة: التعرف على العلاقة بين التدخين والممارسات المعيشية عندهم.

- التعرف على العوامل التي تدفعهم إلى التدخين.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 319 طالب وطالبة تراوحت أعمارهم بين 15 و19 سنة من الأقاليم الشمالية والوسطى والجنوبية في الأردن.

- **أهم النتائج:** لقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج أهمها:

أ- كشفت أن نسبة المدخنين من الذكور هي أعلى من الإناث.

ب- كما كشفت أن أعلى نسبة كانت في إقليم الوسط من باقي المناطق.

ت- وأشارت إلى أن الدافع الرئيسي وراء التدخين يعود إلى الفضول يتبعه الأصدقاء.

ث- خلصت إلى أن وعي الفتيات بالأمراض الناتجة عن التدخين هو أقل من وعي الذكور بها.

ج- أثبتت أن المدخنين ذكورا وإناثا هم أكثر ميلا من غير المدخنين إلى اتباع نظام حياة غير صحي إجمالا (كحول، تغذية، مهدئات...). (أمل محمد علي الخاروف، 2009، ص67)

5-2-4- دراسة بشير القصير وآخرون (2000): وهي دراسة أجريت في إطار المسح العالمي للسلوكيات المهددة للصحة (كسلوك التدخين).

- **عينة الدراسة:** شملت عينة الدراسة طلبة المدارس في الأردن والذين تتراوح أعمارهم بين 13 و15 سنة.

- **أهداف الدراسة:** الكشف عن نسبة انتشار سلوك التدخين داخل المدارس الأردنية.

- **منهج الدراسة وإجراءاتها:** استخدم الباحثون المنهج الوصفي وشملت الدراسة طلبة المدارس في الأردن والذين تتراوح أعمارهم بين 13 و15 سنة.

- **أهم النتائج:** لقد توصل الباحثون إلى مجموعة من النتائج أهمها:

أ- 19,9 % من الطلبة تعاطوا التبغ بكافة أشكاله لمرة أو أكثر خلال 30 يوما الأخيرة.

ب- 12,6 % دخنوا السجائر.

ت- 64,5 % من الطلبة أكدوا أن أشخاصا بالغين قاموا بالتدخين بحضورهم خلال السبعة أيام

الأخيرة.

ث- 51.7 % من الطلبة أفادوا بأن أحد الوالدين تعاطى التبغ بمختلف أشكاله. (مشاشو قرمية، 2018، ص23-24)

5-2-5- دراسة سالم (2002):

عنوان الدراسة: "الدوافع النفسية والاجتماعية لتدخين السجائر لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الإعدادية والثانوية في مصر".

- أهداف الدراسة: التعرف على أسباب تدخين السجائر لدى عينة من المراهقين والمراهقات.
- التعرف على الفروق بين الطلاب والطالبات في الأبعاد المقاسة وفقا لاختلافهم في الجنس وكذلك تصميم مقياس يحدد دوافع تدخين السجائر.
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مجموع المدخنين الذكور والبنات بالمرحلة الإعدادية والثانوية بمصر.
- منهج الدراسة والأدوات المستخدمة: استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، كما صمم مقياس يحدد دوافع تدخين السجائر وطبق على عينة الدراسة.

- أهم النتائج: لقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

- أ- أكدت النتائج إلى أهمية الدافع النفسي الاجتماعي والدافع التنبهية.
- ب- للعوامل الاجتماعية أثر في بدء سلوك التدخين والاستمرار به مثل نموذج مدخن في داخل الأسرة أو محيط الأصدقاء والتعرض لضغوط الأقران. (أمل محمد علي الخاروف، 2009، ص67)

5-2-6- دراسة محمد دغيم الدغيم (2015):

- عنوان الدراسة: "مستوى القلق وتقدير الذات والدوافع نحو التدخين لدى المراهقين".
- أهداف الدراسة: الكشف عن الفروق بين المدخنين وغير المدخنين من المراهقين في سمي القلق وتقدير الذات.

- معرفة دوافع سلوك التدخين لدى المراهقين الذكور.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة قوامها (180) منهم (90) من المدخنين تراوحت أعمارهم بين 13 و18 سنة تم سحبها من صفوف المدارس الحكومية في دولة الكويت.
- **منهج البحث والأدوات المستخدمة:** استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، طبق اختبار سلوك مدخني التبغ، ومقياس جامعة الكويت للقلق، ومقياس تقدير الذات.
- **أهم النتائج:** لقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج من أهمها:
 - أ- وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في مستوى القلق.
 - ب- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المدخنين وغير المدخنين في تقدير الذات وارتفاع الشعور بالدونية.
 - ت- تصدر دور الأصدقاء الدوافع والأسباب المؤدية إلى سلوك التدخين بالنسبة لأفراد العينة.
 - ث- جاء تدخين الوالدين في المرتبة الثانية من دوافع التدخين لدى أفراد العينة.
- أما الشعور بمتعة تدخين السجائر وأنها مصدر للراحة واعتبارهما من دوافع التدخين كما يدرکه أفراد العينة فقد احتلتا المرتبتين الثالثة والرابعة من ترتيب الدوافع.
- 5-2-7- دراسة جمال عبد السالم عبد الهادي الطاهر (2018):**
 - **عنوان الدراسة:** أثر برنامج إرشادي صحي توعوي تثقيفي في تغيير سلوك واتجاهات طلبة المرحلة الثانية من التعليم الأساسي نحو التدخين- دراسة ميدانية بمدينة سبها -ليبيا-.
 - **أهداف الدراسة:** التعرف على الأثر الذي يمكن أن يحدثه تطبيق برنامج إرشادي صحي توعوي تثقيفي في تغير سلوك واتجاهات طلبة المرحلة الثانية من التعليم الأساسي.
 - **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 367 طالب من طلاب المرحلة الثانية من التعليم الأساسية (المرحلة الإعدادية) ذوي الفئة العمرية (13-15) تم اختيارهم بطريقة عشوائية
 - **منهج الدراسة والأدوات المستخدمة:** استخدم الباحث استبيان مقبول ذو توزيع قبلي (قبل

التدخل الإرشادي) وبعدي (بعد التدخل التثقيفي الإرشادي).

أهم النتائج:

أ- للبرنامج الإرشادي التوعوي الصحي التثقيفي أثر إيجابي في تغيير سلوك واتجاهات الطلبة في مدارس المرحلة الثانية من التعليم الأساسي نحو التدخين.

5-2-8- دراسة تواتي نورة واليازيدي فاطمة الزهراء (2019):

- عنوان الدراسة: سلوك التدخين عند المتمدرس - دراسة ميدانية بثانوية بلقاسم الوزري -.

- أهداف الدراسة: استكشاف واقع انتشار سلوك التدخين في الوسط المدرسي وتحديدًا في الثانوية.

- التعرف على وعي هؤلاء التلاميذ بأخطار التدخين على صحتهم الجسمية والنفسية.

- معرفة الوسائل التي تعتمد عليها المدرسة للوقاية من ظاهرة التدخين.

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من تلاميذ ثانوية بلقاسم الوزري بالبلدية، البالغ عددهم 280 تلميذ تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 20 سنة.

- منهج الدراسة والأدوات المستخدمة: استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي كما تم تطبيق استبيان وضع لغرض أهداف الدراسة وطبق على عينة الدراسة.

- أهم النتائج: لقد توصلت الباحثتان إلى مجموعة من النتائج أهمها:

أ- 21.1% من التلاميذ يدخنون باستمرار.

ب- 70.4% من التلاميذ واعيين بأن التدخين من مسببات السرطان.

ت- 46.4% من التلاميذ واعيين بأن التدخين يسبب الأمراض الخطيرة.

ث- 21.8% من التلاميذ واعيين بأن التدخين يسبب أمراض الحساسية.

ومنه أظهرت النتائج أن سلوك التدخين منتشر بنسبة كبيرة تدعو للقلق بين تلاميذ الثانوية رغم

وعيمهم الكافي بمخاطر التدخين على صحتهم خصوصا ما يتعلق بالإصابة بالسرطانات المختلفة، هذا الوعي الذي شاركت فيه المدرسة من خلال عدة وسائل مثل تنظيم نشاطات رياضية، حملات تحسيسية ومحاضرات.

التعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية منها:

تشكل الدراسات السابقة خطوة هامة وأساسية توجب على الطالبة الباحثة الاطلاع عليها إذ تمكنها من اكتشاف العلاقات بين المتغيرات المختلفة للدراسة، كما تعد مرجعا أساسيا لها تعتمد عليه للشروع في بحثها.

والدراسات السابقة التي اطلعت الطالبة الباحثة عليها والتي اهتمت بدراسة متغير العلاج بالتحسيس الخفي، هي في الحقيقة دراسات كثيرة سعى من خلالها الباحثون كل حسب متغيرات بحثه إلى اكتشاف فعالية العلاج بالتحسيس الخفي والتأثير الذي يحدثه مع سلوك التدخين ومختلف الاضطرابات الأخرى، ويمكننا القول أنها دراسات تميزت بما يلي:

- كون الدراسات السابقة في مجملها والتي تناولت العلاج بالتحسيس الخفي ركزت على هدف رئيسي تمثل في خفض سلوك التدخين أو الإقلاع عنه نهائيا، ومعرفة أثر البرامج العلاجية القائمة على التحسيس الخفي على عينة الدراسة ومدى فعاليتها مع هذه المشكلة.

- معظم الدراسات التي تناولت العلاج بالتحسيس الخفي أجريت على عينات مختلفة تراوحت أعمارهم ما بين (21 إلى 34 عام) فدراسة (Yoon Jung Choi1 & Jang-Han Lee(2013) طبقت على طلبة جامعيين، في حين أن دراسة (Tom & David (2005) طبقت على عينة تبلغ من العمر 24 عام و34 عام، في المقابل دراسة (Michael et al (1980) طبقت على عينة بلغت من العمر 21 عام كحد ادنى؛ ودراسة قام بها (Kenneth et al(1980) طبقت على عينة بلغ متوسط عمرها 33 سنة.

- واختلفت الدراسات فيما بينها في نوع الاضطراب أو الإدمان الذي يعاني منه أفراد العينة، كالإدمان على المشروبات الكحولية والحشيش، وتدخين السجائر - وهو موضوع دراستنا الحالية- فدراسة كل من (Kenneth et al (1980) ودراسة (Emmelkamp Walta (1978) ودراسة (1980) Michael et al، ودراسة (Tom & David (2005) جميعها اختبرت أثر العلاج بالتحسيس الخفي على

المدخنين من خلال خفض مستوى التدخين أو الإقلاع عنه نهائياً، وجميع هذه الدراسات السابق ذكرها أثبتت نجاعة وفعالية هذا العلاج.

- أما دراسة (Tom & David (2005) اختبرت فعالية العلاج بالتحسيس الخفي مع الإدمان على تدخين الحشيش (القنب الهندي)، ودراسة (2013) Yoon Jung Choi & Jang-Han Lee اختبرت فعالية العلاج بالتحسيس الخفي على عينة تعاني من الإدمان على المشروبات الكحولية وأثبتت هي الأخرى فعاليته من خلال النتائج النهائية .

- وقد اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أن عينتها قليلة (أقل من 10 أفراد)، وهذا يعود لطبيعة الدراسات ذات المنهج التجريبي، وطبيعة الخطة العلاجية المقترحة، وكذا خصوصية الفئة المطبق عليها وصعوبة الحصول عليها.

- كما اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تناول سلوك التدخين من وجهة نظر علاجية لخفض مستوى سلوك التدخين في ضوء العلاج والنظريات النفسية المختلفة، كما اتفقت معها من حيث الواجهة والمنظور النفسي المتبني وهو العلاج السلوكي.

- أما الدراسات التي تعرضت لسلوك التدخين السابق ذكرها فقد اجتمعت في نقطة مشتركة وهي عينة الدراسة التي تمثلت في المراهقين المتمدرسين منهم المدخنين وغير المدخنين وهذا ما يتفق مع عينة دراستنا الحالية.

- كما يلاحظ على هذه الدراسات في جانبها المنهجي أن أغلبها اعتمد على المناهج الوصفية الارتباطية وعلى المعالجات الكمية (الإحصائية) فيما يخص انتشار ظاهرة التدخين وعلاقتها بمجموعة من المتغيرات.

- كما تباينت أيضاً الدراسات السابقة فيما بينها من حيث هدفها فمنها من جاءت دراسات مسحية هدفت إلى معرفة مدى انتشار ظاهرة التدخين بين صفوف المراهقين المتمدرسين بالثانويات وكذا مدى وعيهم بأضراره، كدراسة درويش (1998) ودراسة بشير قصير وآخرون سنة (2000)، ودراسة عبده القاسم والسياني (1999-2000)، ودراسة تواتي واليازيدي (2019)؛ ودراسات هدفت إلى معرفة الدوافع المؤدية لسلوك التدخين كدراسة سلمان (2000)، ودراسة محمد دغيم الدغيم

(2015)، كما وردت دراسات هدفها معرفة أسباب التدخين كدراسة سالم (2002).

إن مراجعة الطالبة الباحثة للدراسات السابقة ونتائجها، مكنها من الإلمام ببعض خصائص فئة المراهقين المتمدرسين المدخنين منهم وغير المدخنين، ومعرفة مدى انتشار ظاهرة التدخين بين صفوف تلاميذ المرحلة الثانوية، كما مكنتها من تحديد مشكلة الدراسة تحديدا دقيقا وقابلا للدراسة، ألا وهو خفض مستوى الإدمان على التدخين لدى عينة الدراسة، كما مكنتها أيضا من المساهمة في صياغة الفروض واختيار المنهج المعتمد في الدراسة؛ كما نشير إلى أن الدراسة الحالية تميزت عن الدراسات السابقة في كونها تتناول موضوع فعالية خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي في خفض مستوى سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين بالثانوية، إضافة إلى تطبيقها في البيئة العربية كونها تفتقر لهذا النوع من العلاج خاصة فيما يتعلق بسلوك التدخين لدى المراهقين وذلك لأهمية هذه الشريحة وما تحمله من خصائص فهي الفئة الأكثر تعرضا لتفاقم انتشار ظاهرة سلوك التدخين.

6- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

6-1- العلاج بالتحسيس الخفي: هو نوع من أنواع العلاجات النفسية السلوكية يستهدف العادات الهدامة، ويعالج مختلف الاضطرابات والمشكلات السلوكية كالتدخين، حيث يعمل التحسيس الخفي على إفقاد عادة التدخين معظم جاذبيتها واستئصالها عن طريق ربطها بمثير تخيلي منفرد.

6-2- سلوك التدخين: تصنف منظمة الصحة العالمية التدخين على أنه إدمان، لأن الاستخدام المزمن للنيكوتين يؤدي إلى الاعتماد عليه، وبذلك فإن المدخن يشعر بالألم البدني والنفسي عند التوقف عن التدخين، ويؤدي ذلك إلى أن يصبح التدخين سلوكا قسريا متمكنا من المدخن، وله أخطاره الاجتماعية والنفسية والعضوية وهو الدرجة التي يتحصل عليها المدخن المتمدرس (عينة الدراسة) في كل من مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ المستخدمة في الدراسة الحالية.

الفصل الثاني: العلاج بالتحسيس الخفي

- 1- مفهوم العلاج بالتحسيس الخفي
- 2- الخلفية التاريخية للعلاج بالتحسيس الخفي
- 3- الأسس النظرية للعلاج بالتحسيس الخفي
- 4- خطوات العلاج بالتحسيس الخفي
- 5- فعالية العلاج بالتحسيس الخفي
- 6- مساوئ العلاج بالتحسيس الخفي

اهتم الباحثون والمتخصصون في ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي بإعداد برامج متنوعة للتدخل العلاجي، تستخدم لعلاج مجموعة من الاضطرابات السلوكية وتعديل السلوكيات الغير سوية، من بينها سلوك التدخين الذي تعاني منه شريحة كبيرة في المجتمع خاصة الشباب والمراهقين، فهذا السلوك يعتبر من العادات الهدامة التي تعد مصدر من مصادر الانفعالات المؤلمة للفرد، وتلك الأشياء التي اعتاد الإنسان على فعلها وتبدو مرضية في لحظتها، ومكلفة في المستقبل لما لها من تأثيرات سلبية على صحة الفرد.

وتعد أساليب العلاج السلوكي في ميدان العلاج النفسي من أكثر العلاجات نجاعة في القضاء على مثل هذه السلوكيات، من بين هذه الأساليب العلاج بالتحسيس الخفي، والذي اعتمده الطالبة الباحثة كأسلوب علاجي في هذه الدراسة؛ حيث تشير الطالبة الباحثة إلى أن هذا الفصل يعد الإطار الذي تم على أساسه إعداد الخطة العلاجية للدراسة الحالية.

1- مفهوم العلاج بالتحسيس الخفي:

لقد تم تطوير العلاج بالتحسيس الخفي على يد (جوزيف كوتيليا 1967) كعلاج للعادات الهدامة، ويوصف أيضا بالتنفير (الخفي) لأن العلاج الأساسي يحدث داخل ذهن الشخص، والنظرية التي يقوم عليها التنفير الخفي تتلخص في أن السلوكيات التي تتحول إلى عادات راسخة يتم اكتسابها لأنها تعزز دوما بقدر كبير من المتعة، ومن إحدى الطرق لاستئصال هذه العادات ربطها بمثير تخيلي مؤلم للغاية ونتيجة لذلك لن تثير العادات القديمة صورا ممتعة ولكنها تصبح مرتبطة بشيء ضار ومنفر وهذا الارتباط يكون بربط الصور الممتعة التي تولدها هذه العادة مع صور مؤلمة كريهة، مثل الغثيان، إصابة جسدية، أو تجربة مؤلمة، حيث يعمل التنفير الخفي على إفقاد العادة القديمة معظم جاذبيتها إن لم تجردها منه تماما؛ وما إن تصبح العادة القديمة مصدر الألم يصبح بإمكان الفرد الهروب من ألمها بتخيل القيام بأشياء أفضل ترتبط بأحاسيس ممتعة. (ماكاوي وآخرون، 2010، ص267)

كما يعرفه كل من (Lichstein; Sallis 1981): بأنه تقنية عيادية شاعت لأول مرة بواسطة (Cautela 1966)، والتي تجمع بشكل خيالي بين فعل غير مرغوب فيه مع نتيجة مكرهة لإحداث تخفيضات في التعبير الحركي للسلوك المستهدف.

كما يعرفه (Kearney 2006): بأنه إجراء علاجي سلوكي تم تطويره بواسطة (Cautela عام 1966) وزملاؤه لعلاج سلوكيات النهج غير المتكيف، يتم عادة تحت إشراف معالج نفسي حيث يتصور العميل أنه بدأ في الانخراط في سلوك مستهدف غير مرغوب فيه؛ مع تطور المشاهد المتخيلة تتم إضافة عناصر مكرهة أو ضارة إلى المشاهد، وغالبًا ما يتم توجيه العملاء لتخيل أنفسهم وهم يعانون من غثيان شديد؛ القصد من ذلك هو تقليل قوة وتكرار السلوكيات الغير مرغوب فيها.

ويعرفه (Buffond 2016): بأنه شكل من أشكال العلاج - بالنفور أو العزوف بالتنفير - الذي فيه استجابة سرية مثل فكرة أو صورة لحدث مكروه متخيل، وفيه يتم التعامل مع العناصر الداخلية لتسلسل التحفيز والاستجابة بدلاً من التعامل مع الاستجابات العلنية والمحفزات الخارجية؛ الهدف هو منع الأفكار والتخيلات التي تسبق السلوكيات العلنية غير المرغوب فيها وتزيد من احتمالية حدوثها؛ وعلى الرغم من أنه من الممكن للفرد أن يقوم بالتحسيس الخفي بنفسه، إلا أنه من الشائع أن يتم إجرائه ضمن تفاعل علاجي منظم.

مثال: قد يتخيل الفرد نفسه مسترخيًا أمام التلفزيون ويأكل وعاءًا كبيرًا من الفشار الساخن بالزبدة، مستمتعًا بالرائحة والطعم؛ ثم يتخيل كمية الدهون المتراكمة حول بطنه، وزيادة وزنه والتتمر الذي يتعرض له من طرف زملائه، واضطراره إلى شراء ملابس جديدة تناسب مقاسه، ورفضه من طرف صديقه بسبب وزنه الزائد.

كما يعرف العلاج التحسيس الخفي: على انه شكل محدد من أشكال العلاج بالتنفير، يُعرف أيضًا باسم علاج التنفير اللفظي، وغالبًا ما يستخدم نهج تعديل السلوك هذا في علاج أنواع مختلفة من الإدمان بالإضافة إلى السلوكيات والرغبات والعادات غير المرغوب فيها أو المدمرة للذات، تم تقديمه لأول مرة في الستينيات كشكل من أشكال العلاج للسلوكيات غير المرغوب فيها من قبل عالم النفس الأمريكي الدكتور جوزيف كاوتيل، مستندًا على مبادئ التحليل السلوكي للتكييف الكلاسيكي؛ كما يعتمد هذا العلاج على افتراض أن معظم السلوكيات المشكلة يتم تعلمها، وبالتالي يمكن تجاهلها؛ كما تتطلب عملية إلغاء التعلم أو تغيير السلوك التكييف المناسب.

ينطوي العلاج بالتحسيس الخفي على القضاء على السلوك غير المرغوب فيه من خلال إنشاء ارتباط عميق ودائم بين السلوك والمثيرات "السرية" (أي المتخيلة) أو النتيجة المقلقة للغاية، وبمجرد أن

يتم تأسيس رابطة قوية، فإن الانخراط في السلوك لم يعد جذابًا وبالتالي الكف عن القيام به
(<https://www.addiction.com>).

من خلال التعريفات السابقة للعلاج بالتحسيس الخفي يمكن أن نستخلص بأنه منهج علاجي ينتمي للعلاجات السلوكية، يهدف لمساعدة الفرد على تعديل سلوكياته الغير توافقية والغير مرغوب فيها، حيث يقوم على أساس ربط الصور الممتعة التي تولدها هذه السلوكيات مع صور تخيلية مؤلمة وكريهة، مثل الغثيان أو تجربة مؤلمة عاشها الفرد، فيعمل على إفقاد السلوك المراد القضاء عليه معظم جاذبيته واستئصاله عن طريق ربطه بمثير تخيلي منفر.

تجدر بنا الإشارة إلى أن هناك مجموعة من الترجمات لمصطلح (Covert Sensitization) وهو التسمية باللغة الإنجليزية للعلاج بالتحسيس الخفي فقد أشير له باللغة العربية بعدة مصطلحات جاءت كالاتي:

جدول رقم (1): مجموع الترجمات لمصطلح (Covert Sensitization)

Covert Sensitization	
Covert: الخفي Sensitization: التنفير	التنفير الخفي:
التنفير الخفي: وهذا ينحدر من مفهوم العلاج بالتنفير إلا أنه يختلف عنه في كونه يكون بطريقة سرية وخفية مقارنة مع العلاج بالتنفير التي تظهر استجابته على الجسم.	
Covert: التخيلي Sensitization: التنفير	التنفير التخيلي:
التنفير التخيلي: لأنه ينفر الفرد من السلوك المراد القضاء عليه على مستوى خيال الفرد.	
Covert: الخفي Sensitization: التحسيس	التحسيس الخفي:
التحسيس الخفي: ونعني به تحسيس الفرد اتجاه السلوك الغير مرغوب فيه وهو السلوك المراد التخفيف منه أو التخلص منه، ويكون التحسيس خفيا أي سري بمعنى لا تكون استجابته ظاهرة على الجسم أي تتم العملية العلاجية	

<p>داخل ذهن الشخص حيث يركز على الصور والمشاعر أي الاستجابات التخيلية الداخلية لا الاستجابات الجسدية. فقد خلص Cautela بحلول عام 1967، إلى أن تصور التحسيس الخفي هو النظر السري للعقاب وبالتالي كان الأكثر ملاءمة؛ وهو ما اعتمدته الطالبة الباحثة كترجمة نهائية لمصطلح Covert Sensitization.</p>	
<p>Covert: التخيلي Sensitization: التحسيس</p> <p>التحسيس التخيلي: بمعنى يتم تحسيس الفرد اتجاه السلوك الغير مرغوب فيه وتتم هذه العملية داخل ذهن الشخص حيث يركز الأخصائي على الاستجابات التخيلية لا الاستجابات الجسدية وبذلك يكون العلاج على مستوى خيال الفرد.</p>	<p>التحسيس التخيلي</p>
<p>سمي هكذا كون المعالج يعمل على توجيه خيال العميل عن طريق تقديم التعليمات الشفهية</p>	<p>التفسير اللفظي</p>

(إعداد الطالبة الباحثة)

لا يمكننا أن نتطرق لمفهوم العلاج بالتحسيس الخفي دون أن نشير لمفهوم علاج مهم كان بمثابة قاعدة أو نقطة الانطلاق للعلاج بالتحسيس الخفي وهو العلاج بالتنفير.

أ- تعريف العلاج بالتنفير Aversion therapy:

عرفه د.نائر حيدر: هو "استخدام مادة كيميائية أو صعقة كهربائية خفيفة عند وصول المريض للذة الناتجة عن ممارسة السلوك غير الطبيعي الذي نريد علاجه" (د.نائر حيدر، دس، ص31).

ونعي به أسلوب من أساليب العلاجات السلوكية يقوم على التنفير الذي يربط الاستجابة بشيء منفرد بهدف الاستجابة وإطفائها، يعتمد على مواد ومحفزات كيميائية أو كهربائية من شأنها أن تحدث رد فعل سلبي على الجسم.

ب- الفرق بين العلاج بالتحسيس الخفي والعلاج بالتنفير:

كثير من الناس على دراية بالأساليب المستخدمة في التحسيس العلني (العلاج بالتنفير)، وأشهرها المواد الكيميائية والأدوية، نذكر منها عقار disulfiram (الاسم العام لـ Antabuse) حيث

يستخدم للمساعدة في منع مدمني الكحول من الشرب؛ عند استخدام المنبه الكيميائي Disulfiram لعلاج مدمني الكحول تظهر لديهم بعض الآثار الجانبية غير السارة - مثل الغثيان والقيء والصداع والدوار - في غضون بضع دقائق من تناول أي كحول، هذه الآثار الجانبية تعتبر بمثابة رادع للشرب؛ وكثيرا ما تستخدم أيضا الصدمات الكهربائية في العلاج بالتنفير.

يعمل التحسيس الخفي بشكل مشابه جدًا للعلاج بالتنفير إلا مع وجود اختلاف رئيسي واحد - يتخيل المتلقي الحافز "السري" (في شكل شيء غير سار للغاية أو نتيجة سلبية قوية). بعبارة أخرى، بدلاً من مواجهة عواقب جسدية فعلية مثل الألم الناجم عن صدمة كهربائية أو الآثار الجانبية الجسدية السيئة لعقار مثل disulfiram، فإن العواقب تظهر بوضوح في ذهن الشخص.

فعلى سبيل المثال، بدلاً من استخدام disulfiram، فإن مدمني الكحول الذين يستخدمون التحسيس الخفي يتخيلون أنفسهم يشربون الكحول، ثم يتخيلون بأكبر قدر ممكن من الوضوح عواقب غير سارة للغاية أثناء تناولهم الشراب.

الهدف من العلاج بالتحسيس الخفي - كما هو الحال مع جميع أنواع علاج التنفير - هو تكوين ارتباط قوي مع مرور الوقت، بحيث يتم التخلص تمامًا من السلوك غير المرغوب فيه في النهاية؛ على أقل تقدير يصبح السلوك أقل متعة وأقل جاذبية.

وتجدر الإشارة إلى أن السبب وراء تسمية العلاج باسم علاج التنفير "اللفظي" هو أن المعالج يوجه خيال العميل بالتعليمات الشفهية، باستخدام مثال العلاج الكحولي أعلاه، سيوجه المعالج المدمن الكحولي لتصور نفسه يختار شرب الكحول، متبوعًا بإرشادات لتخيل العواقب السلبية الشديدة الموصوفة سابقًا (مثل الغثيان والقيء والإذلال). سيطلب المعالج من العميل القيام بهذه العملية مرارًا وتكرارًا من أجل تقوية العلاقة بين تناول المشروب والعواقب غير السارة للغاية. سيطلب المعالج بعد ذلك من العميل تخيل المشهد مرة أخرى، باستثناء الآن يختار العميل عدم تناول مشروب؛ من خلال عدم الانخراط في السلوك غير المرغوب فيه - تناول مشروب - يتجنب العميل العواقب السلبية للغثيان الشديد والقيء والإذلال (<https://www.addiction.com>).

كما يشير (Rodger K. Buffond 2016) أن التحسيس الخفي له بعض المزايا على العلاج بالتنفير، فالتحسيس الخفي يقوم على تخيل الأحداث مما يعني أن الصور والشرائح وأجهزة العرض

وأجهزة الصدمات وغيرها من المعدات ليست مطلوبة مقارنة مع ضرورة وجودها في العلاج بالتنفير.

هناك العديد من المزايا للعلاج بالتحسيس الخفي، لا سيما عند مقارنتها بالعلاج بالتنفير، ربما تكون الميزة الأكثر بروزاً هي أن العديد من الأشخاص يعتبرون التحسيس الخفي نهجاً أخلاقياً أكثر في العلاج؛ غالباً ما يتم انتقاد العلاج بالتنفير لأن المشاركين يعانون من عواقب جسدية فعلية (Buffond, 2016,p3).

كما يجادل البعض بأنه من غير الأخلاقي استخدام منبه كيميائي مثل disulfiram للحث على الغثيان والقيء (من بين الآثار الجانبية السيئة الأخرى)، حتى لو كان وسيلة فعالة للحد من مشكلة الشرب لدى بعض الأشخاص أو القضاء عليها.

في حين جادل الكثيرون ضد الاستخدام -المثير للجدل- للصدمات الكهربائية في العلاج بالتنفير، والتي يمكن تفسيرها على أنها عقابية وقد تسبب ضرراً نفسياً للمتلقين (https://www.addiction.com).

خلاصة القول هي أن أساليب العلاج بالتنفير تتضمن دائماً نوعاً من المعاناة الجسدية كوسيلة للقضاء على السلوكيات الغير مرغوب فيها، في حين أن العلاج بالتحسيس الخفي لا يفعل ذلك.

كما يتميز العلاج بالتحسيس الخفي ببعض المميزات جاءت كالاتي:

- لا توجد مخاطر جسدية محتملة (على سبيل المثال، رد فعل سلبي لمحفزات كيميائية).
- يمتلك العميل - وليس المعالج - سيطرة كاملة على الحافز المتخيل.
- لا يُطلب من العميل الانخراط فعلياً في السلوك غير المرغوب فيه في معظم الحالات (على سبيل المثال، تناول مشروب بالفعل)، يمكن أن يكون العلاج فعالاً فقط من خلال تخيل الانخراط في السلوك، هذا مهم بشكل خاص للسلوكيات التي قد تنطوي على الآخرين وتؤذيهم، مثل الاعتداء الجنسي على الأطفال أو الافتراء.

• إنها أقل تكلفة، فقد تكون بعض تقنيات العلاج بالتنفير، خاصة تلك التي تتضمن استخدام محفزات كيميائية مثل Antabuse، باهظة التكلفة تماماً؛ هذا لأنه (بالإضافة إلى تكلفة الدواء نفسه)

مطلوب إشراف طبي - على الأقل في العيادات الخارجية، والتكلفة تكون للجلسات فقط.

- إنها خالية نسبيًا من المخاطر، فغالبًا ما تنطوي طرق العلاج بالتنفير على درجة معينة من المخاطر، مثل الآثار الجانبية الخطيرة أو الاستجابة السلبية غير المتوقعة (<https://www.addiction.com>).

جدول رقم (2) : يبين المميزات والفروق بين العلاج بالتحسيس الخفي والعلاج بالتنفير

المميزات والفروق بين العلاج بالتحسيس الخفي والعلاج بالتنفير	
العلاج بالتنفير	العلاج بالتحسيس الخفي
العلاج يكون في الواقع عن طريق مواجهة عواقب جسدية فعلية مثل الألم الناجم عن صدمة كهربائية أو الآثار الجانبية الجسدية السيئة لعقار مثل disulfiram. وبالتالي توجد مخاطر جسدية محتملة لدى العميل نتيجة للآثار الجانبية والاستجابة السلبية غير المتوقعة للمحفزات الكيميائية أو الكهربائية.	العلاج يكون على مستوى خيال العميل عن طريق مجموعة من التعليمات الشفهية متبوعة بإرشادات لتخيل العواقب السلبية الشديدة للسلوك الغير مرغوب فيه (مثل الغثيان أو القيء أو الإذلال). وبالتالي لا توجد مخاطر جسدية محتملة نتيجة لمحفزات كيميائية أو كهربائية.
يمكن للعميل الانخراط فعليًا في السلوك غير المرغوب فيه في معظم الحالات (على سبيل المثال، تناول مشروب بالفعل، أو تناول سيجارة فعليًا).	لا يُطلب من العميل الانخراط فعليًا في السلوك غير المرغوب فيه في معظم الحالات (على سبيل المثال، تناول مشروب بالفعل، أو تناول سيجارة فعليًا).
استخدام المحفزات الكيميائية مثل الأدوية باهظة الثمن، بالإضافة إلى إشراف طبي - على الأقل في العيادات الخارجية، بالإضافة لضرورة توفر جهاز الصدمات الكهربائية.	نظرًا لعدم وجود مخاطر جسدية فهو أقل تكلفة والتكلفة الأساسية تكون لجلسات العلاج فقط.
ضرورة توفر مختلف الأدوات التي تساعد المعالج في إحداث الاستجابة السلبية الجسدية كالشرائح والمحفزات الكيميائية وأجهزة الصدمات وغيرها من المعدات.	عدم ضرورة توفر مجموعة من الأدوات كالشرائح وأجهزة العرض وأجهزة الصدمات وغيرها من المعدات فهي ليست مطلوبة.
انتقاد العلاج بالتنفير لأن المشاركين يعانون من	العديد من الأشخاص يعتبرون التحسيس الخفي

عواقب جسدية فعلية، نتيجة استخدام المحفزات الكيميائية والصدمات الكهربائية والتي يمكن تفسيرها على أنها عقابية وقد تسبب ضررًا نفسيًا للعملاء.	نهجًا أخلاقيًا أكثر في العلاج لأنه لا يخلف استجابات جسدية مؤلمة.
--	--

(إعداد الطالبة الباحثة)

2- الخلفية التاريخية للعلاج بالتحسيس الخفي:

يعود استخدام العلاج بالتحسيس الخفي لعلاج مجموعة واسعة من الاضطرابات، مثل التدخين والسمنة، إلى الخمسينيات والستينيات على التوالي؛ كما توجد العديد من المراجع السابقة تعود إلى أربعينيات القرن التاسع عشر.

- يذكر (2005 David Kraft) المرجع الأول (1843) J.W. Robbins الذي يشير إلى استخدام اقتراحات ما بعد التنويم ذات الطبيعة النفرية في علاج النظام الغذائي للمريضة Deleuze.

- وفي عام (1920) أظهر Watson و Reyner إجراءً أظهروا فيه أن إقران حافز مكره بجسم محايد يؤدي إلى الانسحاب؛ هذا بدوره وُلد اهتمامًا بالعلاج بالتنفير.

- في حين تعامل (1956) Raymond بشكل فعال مع استخدام أبومورفين، مما أدى إلى مزيد من الاهتمام بالعلاج بالتنفير الكيميائي، حيث استخدمه (1968) Liberman لعلاج إدمان المخدرات.

- في المقابل جاء العلاج البديل للتنفير الكيميائي باستخدام علاج التنفير الكهربائي؛ وكان (Max1935) من أوائل المعالجين الذين استخدموا الصدمات الكهربائية في علاج مريض مثلي الجنس.

- كما أبلغ (1964) Maguire and Vallance عن العلاج الناجح لمريض كحولي تعرض لصدمة كهربائية عندما استنشق أنبوبًا يحتوي على شراب الويسكي؛ في ذلك الوقت جادل (1965) Rachman بأن علاج التنفير الكهربائي كان أفضل من علاج التنفير الكيميائي.

- ومن المثير للاهتمام أن (1958) Franks قد أشار بالفعل إلى أنه هناك قيودًا على علاج التنفير الكيميائي في علاج إدمان الكحول: فقد أكد على صعوبات التحكم في الربط بين المنبه المشروط والمحفزات غير المشروطة.

هنا أدت الطبيعة غير السارة للعلاج بالتنفير الكهربائي إلى تطوير التحسيس الخفي، فهو بدوره إجراء يتم على مستوى الخيال، ففي الستينيات، تم استبدال الأساليب الكيميائية والكهربائية إلى حد كبير بهذه التقنية الجديدة - التحسيس الخفي- وأحياناً يشار إليه باسم "التنفير اللفظي"؛ وكان هذا النهج تحسناً كبيراً لأنه لم يتضمن عوامل كيميائية ولا صدمات كهربائية، وتم تنفيذ العملية برمتها في الخيال بمساعدة التتويم المغناطيسي أو الاسترخاء.

يمكن تلخيص التسلسل الزمني لنشأة العلاج بالتحسيس الخفي ضمن الجدول الآتي:

جدول رقم (3): التسلسل الزمني لنشأة العلاج بالتحسيس الخفي

السنة	الأعمال
1843	J.W. Robbins : استخدم اقتراحات ما بعد التتويم ذات الطبيعة النفورية في علاج النظام الغذائي للمريضة (Deleuze، 1843).
1920	Watson و Reyner : قاما بإجراء أظهروا فيه أن إقران حافز مكره بجسم محايد يؤدي إلى الانسحاب؛ هذا بدوره وُلد اهتماماً بالعلاج بالتنفير.
1935	Max : كان العلاج البديل للتنفير الكيميائي هو استخدام علاج التنفير الكهربائي، وكان من أوائل المعالجين الذين استخدموا التنفير بالصدمات الكهربائية لعلاج مريض مثلي الجنس.
1956	Raymond : تعامل بشكل فعال مع استخدام أبومورفين، مما أدى إلى مزيد من الاهتمام بالعلاج بالتنفير الكيميائي.
1958	Franks : أشار بالفعل إلى أنه هناك قيوداً على علاج التنفير الكيميائي في علاج إدمان الكحول: فقد أكد على صعوبات التحكم في الربط بين المنبه المشروط والمحفزات غير المشروطة. ربما أدت الطبيعة غير السارة للعلاج بالتنفير الكهربائي أيضاً إلى تطوير التحسيس الخفي، فهو بدوره إجراء يتم على مستوى الخيال.
1964	Maguire and Vallance : أبلغوا عن العلاج الناجح لمريض كحولي تعرض لصدمة كهربائية عندما استنشق أنبوباً يحتوي على شراب الويسكي.
1965	Rachman : جادل بأن علاج التنفير الكهربائي كان أفضل من علاج التنفير الكيميائي.
1966	Cautela : تم استبدال الأساليب الكيميائية والكهربائية إلى حد كبير بهذه التقنية الجديدة -

التحسيس الخفي - وأحياناً يشار إليه باسم "التنفير اللفظي". كان هذا النهج تحسناً كبيراً لأنه لم يتضمن عوامل كيميائية ولا صدمات كهربائية، وتم تنفيذ العملية برمتها في الخيال بمساعدة التنويم المغناطيسي والاسترخاء.

(إعداد الطالبة الباحثة)

3- الأسس النظرية للعلاج بالتحسيس الخفي:

استند Joseph Cautela في إجراءات العلاج بالتحسيس الخفي إلى عدة افتراضات أطلق عليها الافتراضات الأساسية الثلاثة افتراض التجانس وافتراض التفاعل وافتراض التعلم. بشكل أساسي، ما تتلخص فيه هذه الأحداث هو أن الأحداث العلنية والأحداث السرية تخضع لنفس القوانين وتتفاعل معها ويؤثر كل منهما على الآخر، ويستجيب بشكل مشابه لقوانين التعلم (Kearney, 2006,P169).

نشير هنا إلى نظرية التعلم الاجتماعي التي تؤكد أهمية الجانب الاجتماعي لعملية التعلم فهي ترى أن السمة الاجتماعية من الطبيعة البشرية وهي مسؤولة إلى درجة كبيرة عن تعلم أنماط معينة من السلوك والخبرة، بحيث تتباين مثل هذه الأنماط تبعاً لاختلاف المجتمعات ونوعية الخبرات السائدة فيها. وتحديداً فإن هذه النظرية ترى أن التعلم يحدث من خلال الملاحظة والتقليد، فمن خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين وما ينتج عنها من آثار عقابية أو تعزيزية ينشأ الدافع لدى الأفراد في تعلم بعض الخبرات والأنماط السلوكية؛ ويلخص العالم ألبرت باندورا أن التعلم "عملية اجتماعية". (الشناوي، 1998، ص24).

وهذا ما يحدث عند تعلم سلوك التدخين فهو غالباً ما يكون اكتسابه عن طريق الملاحظة من جماعة الرفاق أو أحد أفراد الأسرة أو أي نموذج داخل المجتمع.

كما نشير أيضاً إلى نظرية "إيفان بافلوف" في التعلم على ارتباط استجابة ما بمثير ما ولا تربطهما علاقة طبيعية، وتفسير ذلك حدوث التعلم لدى الفرد حيث يحدث الارتباط بين مثيرين وتحدث بما تسمى الربطة، فيحل أحدهما مكان الآخر في إحداث استجابة ليست له في الأصل؛ ووضح بافلوف أن السلوك الاستجابي يعرف بأنه الاستجابة من خلال جهاز أو تنظيم لوضعية مثيرة بحيث أن المثير يسبق الاستجابة؛ كما وضح بافلوف أنه يمكن إحداث استجابة شرطية بالربط بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي أي غير الشرطي الذي يظهر دائماً الاستجابة لدى الكلب وهي سيلان اللعاب.

ولم يتوصل العالم بافلوف إلى هذه النتيجة من العدم بل أثبتتها من خلال التجارب التي قام بها على الحيوان (الكلب)، حيث عمل على الربط بين تقديم الطعام وصوت الجرس؛ فحدث ارتباط بين المثير الشرطي (الجرس) وأصبح الكلب يسيل لعابه بمجرد سماع صوت الجرس. اعتماداً على هذه النتائج يمكن أن نقول أن الاضطراب السلوكي ما هو إلا خلل في عملية التعلم، فالسلوك الشاذ أو الغير المرغوب فيه تم تعلمه نتيجة تعزيز أو تثبيبه سلبي. (الزريقات، 2011، ص160)

هذا النوع من العلاج يتعرض فيه المريض إلى منبه بالتزامن مع التعرض لبعض أشكال الإزعاج أو المشقة، ويهدف هذا الاشتراط إلى جعل المريض يربط بين المنبه وبين الأحاسيس غير السارة لكي يتوقف عن السلوك الغير مرغوب فيه.

كما وضع (Kearney 2006) أن Dougher, Grossen, Ferraro and Garland في سنة 1987 أشاروا إلى أن فعالية العلاج بالتحسيس الخفي قد تكون في المقام الأول لأنها تقلل من قوة المنبهات المعززة من خلال التكييف الكلاسيكي.

كما نرى، إن كل ما يفعله الفرد في الحياة بشكل منتظم - سواء كان ذلك بتنظيف الأسنان، أو الذهاب إلى العمل كل يوم، أو تعاطي الكحول - له "مردود"، إذا لم يحدث ذلك، فلن يفعله الفرد.

فعلى سبيل المثال، فإن مردود تنظيف الأسنان هو صحة الفم بشكل أفضل ورائحة أعذب، في حين أن مردود إدمان الكحول قد يكون التخدير المؤقت لمشاعر مؤلمة أو الشعور بمزيد من الاسترخاء والثقة في المواقف الاجتماعية؛ بطبيعة الحال فإن الذهاب إلى العمل كل يوم - حتى لو كان ذلك لوظيفة مكروهة - له مردود واضح يتمثل في توفير الدخل، والذي يعد بالنسبة لمعظم الناس ضرورة للحصول على طعام على الطاولة والحفاظ على سقف فوقهم.

تعمل المكافآت على تعزيز السلوك - سواء كان سلوكاً تكييفياً أو سلوكاً إشكالياً.

ومع العلاج بالتحسيس الخفي، يجب إحباط مردود السلوك غير المرغوب فيه بطريقة ما حتى يتوقف السلوك، يتم تحقيق ذلك من خلال إنشاء ارتباط قوي بين السلوك المراد تغييره والمحفز المكروه والغير سار، ولكي يكون الحافز فعالاً يجب أن يكون مزعجاً للغاية؛ في الواقع كلما كان الأمر غير مريح أو مؤلماً أو مثيراً للاشمئزاز، كان أكثر فعالية.

فالمعالجون الذين يستخدمون العلاج بالتحسيس الخفي يوجهون عملائهم لاستخدام أكبر قدر ممكن من التفاصيل عند تخيل العواقب السلبية، نظرًا لأن الحافز الخفي يجب أن يكون مناسبًا للعميل، سيستغرق المعالج بعض الوقت للتعرف على العميل - أي "ما الذي يجعل العميل مستاءً"، إذا جاز التعبير، كلما كانت الصورة مناسبة بشكل أفضل، زادت فعاليتها من حيث القضاء على السلوك بنجاح؛ على سبيل المثال قد تنجح فكرة الإذلال مع بعض العملاء، ولكنها لا تشكل رادعًا للآخرين؛ دور المعالج هنا هو التأكد من أن الصورة المحددة سيكون لها تأثير عميق على العميل.

يجب أيضًا أن يحدث التأثير السلبي للمحفز فورًا أو بعد وقت قصير جدًا من السلوك غير المرغوب فيه من أجل إجراء الارتباط، على سبيل المثال، يتعلم الأطفال بسرعة أن لمس وعاء ساخن على الموقد يؤدي على الفور إلى إحساس مؤلم للغاية وغير سار، نادرًا ما يكررون هذا السلوك لأنه تم إنشاء ارتباط قوي بين لمس الموقد الساخن والألم.

على الرغم من أن السلوكات المسببة للمشاكل والعادات السيئة، مثل الإفراط في تناول الطعام أو تعاطي المخدرات، لها عواقب سلبية أيضًا، فإن هذه العواقب غالبًا لا تحدث فورًا أو بعد فترة وجيزة، نتيجة لذلك لا يتم تكوين ارتباط قوي؛ الأشخاص الذين يفرطون في تناول الطعام أو يدخنون بانتظام يعرفون، من الناحية الفكرية على الأقل، أنهم سوف يكتسبون وزنًا زائدًا أو يضررون بصحتهم بشكل خطير. لكن النتيجة التي لن تحدث إلا في وقت ما في المستقبل - أو المستقبل البعيد جدًا - غالبًا ما تكون غير كافية لتعويض قوة المكافأة أو المكافأة الفورية - والمرضية للغاية. هذا هو السبب في صعوبة التغلب على شيء مثل الإفراط في الأكل القهري. فالإشباع الفوري يعد بمثابة تعزيز قوي. الجانب الآخر لإيقاف السلوك - على سبيل المثال، فقدان الوزن - هو مكافأة لطيفة ولكنها تحدث بمرور الوقت وليس على الفور؛ فكبشر، قد يكون من الصعب مقاومة الإشباع الفوري حتى عندما نعلم أنه سيكون هناك مكافأة في المستقبل (<https://www.addiction.com>).

4- خطوات العلاج بالتحسيس الخفي:

4-1- خطوات تطبيق العلاج بالتحسيس الخفي:

الخطوة 1: تعلم الاسترخاء التصاعدي

يعد الإرخاء التصاعدي للعضلات والاسترخاء العضلي المختصر من أسرع الطرق للتخلص من الشد العضلي، وبمجرد أن يتقن المسترشد هذا التمرين سيكون قادرا على الوصول إلى الاسترخاء العميق في جميع أجزاء جسده في أقل من دقيقتين.

سيستغرق الأمر حوالي أربعة أيام لإتقان الاسترخاء التصاعدي، وأسبوعين آخرين للحصول على نتائج من الإجراء الفعلي للتحسيس الخفي.

الخطوة 2: تحليل المسترشد لعاداته الهدامة:

ما البيئة التي يتواجد فيها عادة؟ من يكون معه؟ كيف يكون الموقف؟ ما أول شيء يقوم به عند تحضيره للقيام بالسلوك الغير مرغوب فيه؟

الخطوة 3: تكوين المسترشد لمخطط هرمي للمتعة:

يكون المسترشد قائمة قصيرة من 5 إلى 10 مشاهد يستمتع فيها بالسلوك الغير مرغوب فيه ويرتبها من الأقل إمتاعا إلى الأكثر إمتاعا ويضع تقديرا لدرجة الإمتاع التي يجلبها كل مشهد على مقياس من 1 إلى 10 فإذا كانت سلوك المسترشد الغير مرغوب فيه هي الإفراط في الأكل فبإمكانه تكوين مخطظه بناء على الأطعمة المفضلة لديه.

الشكل رقم (1): مثال توضيحي لنموذج من نماذج مخطط المتعة

مخطط المتعة	
العنصر	درجة الإمتاع (1-10)
التسوق لشراء أفضل المأكولات الخفيفة	1

3	تناول وجبة خفيفة من الفطائر أثناء مشاهدة التلفاز
5	تناول حلوى مع القهوة
8	تناول آيس كريم بعد وجبة دسمة
10	وجبة حارة من المطعم الإيطالي المفضل عند إحساس بجوع شديد

الخطوة 4: خلق مشهد منفر

يبحث المسترشد في قائمة المشاهد المنفرة الواردة أدناه عن شيء ما عندما يفكر فيه يثير في أعماقه الاشمئزاز أو الخوف، ثم يرتبهم وفقا لدرجة الاشمئزاز أو الخوف التي يحسها عند تخيل هذه العناصر.

قائمة المشاهد المنفرة:

الجروح المفتوحة - الإغماء - الحشرات الزاحفة - الأماكن الضخمة المفتوحة - إنسان ميت -
الظهور بمظهر الأحمق - نار مضطربة - الأماكن المغلقة - استخدام الحفار الكهربائي في الأسنان
- الغثيان والقيء - الثعابين - الحيوانات الميتة - الرعد - الدم - النظر لأسفل من مكان مرتفع - سكتة
قلبية - الرفض والنبذ من الغرباء - السقوط - النقد اللاذع - الإصابات البدنية - الحقن وسحب الدم.

فيختار المسترشد أكثر عنصرين أو ثلاثة عناصر تحزنه عندما يفكر فيها ويعد الغثيان أكثرها شيوعا في الاستخدام في التحسيس الخفي كما استخدم النبذ الاجتماعي والرفض بصورة واسعة ولابد أن يكون العنصر المستخدم منفرا بما يكفي لإثارة أحاسيس جسدية واضحة عند التفكير فيه، فإحساس المسترشد الحقيقي بالاشمئزاز أو الخوف سيكون مهما جدا لنجاح هذا الإجراء على سبيل المثال فكرة الغثيان يجب أن تصحبها ذكرى خاصة جدا لشيء أثار غثيان المسترشد إلى أن يبدأ في الشعور بقليل من الغثيان القديم يعود.

الخطوة 5: دمج المشاهد الممتعة والمنفرة:

ما إن يصبح المسترشد قادرا على تخيل ومعايشة المشاهد المنفرة بشكل واضح، يكون قد استعد لربطها بعناصر في مخطط المتعة الخاص عبر الخطوات الآتية:

أ - ربط كل عنصر في مخطط المتعة الخاص به مع المشهد المنفر.

ب- القيام بوصف تفصيلي لهذا العنصر في المخطط.

ت - إدخال المشهد المنفر حتى يشعر بالإعراض عما كان يستمتع بفعله.

ثم يتخيل نفسه يشعر بشعور أفضل بمجرد التوقف عما كان يقوم به.

يقوم المسترشد بكتابة هذا السيناريو ذو الثلاث خطوات لكل عنصر في مخطظه مع مراعاة أن يكون المشهد المنفر مفرزا قدر الإمكان، وملينا بالتفاصيل، ويستأصل أي إحساس بالمتعة؛ ويحرص على إيقاف المشهد المنفر حالما يتوقف عن ممارسة السلوك الاعتيادي الهدام ثم يدع نفسه للإحساس الفوري بالراحة والاسترخاء.

عندما يعيد المسترشد صياغة المخطط لتضمين المشهد المنفر يكون بإمكانه الشروع في التحسيس الخفي فيقرأ العنصر الأول من مخطظه إلى أن يحفظه ثم يغلق عينيه ويسترخي مستخدما الاسترخاء التصاعدي فالاسترخاء يساعده على تكوين صورة ذهنية أوضح، وعندما يتلاشى التوتر من جسده يتخيل العنصر الأول: فيلاحظ ما يراه أو يشمه وما يسمعه ويلاحظ كل شيء يقوم به ثم ينتقل إلى المشهد المنفر إلى أن يشعر بعدم الارتياح والاشمئزاز؛ ومن ثم يستعرض كل عنصر في مخطظه من ثلاث إلى خمس مرات مستخدما هذا النهج ويحصر نفسه في عنصر أو اثنين يوميا حتى يستطيع الانتهاء من جميع عناصر المخطط خلال أسبوع تقريبا.

- الخطوة 6: تبديل المشهد المنفر:

يبدل المسترشد المشهد بحيث يتجنب التقيؤ أو أي عنصر منفر في المشهد؛ فيتجنب التنفير بتجنب العادة الهدامة، فمع ظهور أولى علامات الغثيان يتوقف عن عادته الهدامة ومن ثم يبدأ في الشعور بأنه أفضل.

ثم يراجع مشهده المنفر بدلا من الإقدام على معاشته ويحصر نفسه كما فعل في البداية في عنصر واحد أو اثنين يوميا مع التدرب على كل عنصر من ثلاث إلى خمس مرات قبل الانتقال إلى العنصر الذي يليه.

- الخطوة 7: التدريب على التنفير الخفي في الواقع:

بمجرد أن يتقن المسترشد التنفير الخفي من خلال المشاهد التخيلية ينتقل إلى ممارسه هذا الإجراء في الحياة الواقعية في وجود مواقف أو أشياء مغرية في وقت تكون رغبته فيها قليلة، ومع اكتسابه مزيداً من الثقة في قدرته على السيطرة على العادة الهدامة، يمكنه استخدام التنفير الخفي عندما يكون الإغراء أقوى. على سبيل المثال لو كان يعمل على التحكم في اشتهاه الحلوى، يمكنه ان يمر بواجهة أحد المخابز عندما لا يكون جائعاً بدرجة كبيرة ويمارس التنفير الخفي بينما ينظر إلى داخل المخبزة، وفيما بعد عندما يصبح أكثر ثقة بنفسه يمكنه الذهاب إلى المخبزة قبل الإفطار مباشرة وتكرار هذا الإجراء. (ماكاي وآخرون، 2010، 267-275)

4-2- تعليمات وإرشادات لتطبيق العلاج بالتحسيس الخفي:

أشار (Cautela,1967) إلى مجموعة من التعليمات والإرشادات تساعد المعالج على القيام بالعلاج بالتحسيس الخفي والوصول إلى نتائج مرضية العديد من الشروط التي يجب الالتزام بها من أجل تقليل وتيرة الاستجابة غير القادرة على التكيف والوصول لنتائج مرضية من بينها: مجموعة من الإرشادات يتبعها المعالج أثناء قيامه بالعلاج بالتحسيس الخفي:

1. قبل البدء في العلاج بالتحسيس الخفي، ينبغي مناقشة الأساس المنطقي للعلاج مع العميل.
2. في عملية التحسيس الخفي، يجب أن يكون العملاء قادرين على تخيل أنهم "موجودون" بالفعل.
3. كما هو الحال مع مختلف إجراءات العلاجات الأخرى القائمة على التعلم، يلزم إجراء تجارب تعليمية متعددة، عادة ما تصل من 5 إلى 10 مرات للتدريب على مختلف المشاهد في كل جلسة على مدار عدة جلسات للقضاء على السلوكات المستهدفة.
4. يختلف طول المشهد باختلاف المدة التي يستغرقها العميل لتجربة المشهد بوضوح مع الاستجابة العاطفية المناسبة، مع ضرورة تقديم الحافز الضار بشكل متزامن مع الاستجابة.
5. نظرًا لأن معظم السلوكات المرشحة لهذا النهج ذات دوافع عالية، فإن إعادة التشاور يعد أمرًا ضروريًا لتحديد محفز مكره قوي، ومن المهم أن تكون المشاهد مكروهة بما يكفي لتؤدي إلى سلوك

تجنب، بالإضافة إلى الكراهية الجسدية للمشاهد، من المفيد غالبًا بناء مكون اجتماعي للإخراج كذلك، كما يجب استخدام مشاهد متعددة لتقليل الحساسية، وقد يحتاج المعالج إلى تغيير المشاهد من وقت لآخر لتجنب الشبع، ولمنع هذا يجب تطوير عدد من المحفزات البغيضة والتأوب، مع ضرورة أن يكون لدى الحافز درجة كافية من الضرر لتحقيق الغرض.

6. لتعزيز مشاهد التعميم، يجب أن تتضمن المواقف المختلفة التي يحتمل أن يحدث فيها السلوك المستهدف.

7. غالبًا ما تستخدم إجراءات الاسترخاء لزيادة الراحة وإزالة التوتر بعد إنهاء عملية التخيل.

8. من الشائع جدًا إعطاء العملاء واجبات منزلية عند استخدام العلاج بالتحسيس الخفي، يجب أن تقتصر ممارسة الواجبات المنزلية للمشاهد على ما لا يزيد عن تصورين في اليوم، فالواجب المنزلي له ثلاثة فوائد على الأقل تعود على العميل هي:

- أولاً: يتم استخدام المزيد من تجارب التحسيس الخفي وبالتالي (وجود المزيد من التعزيزات).

- ثانيًا: يصبح لدى العميل إجراء تحت سيطرته يمكن تطبيقه متى حدث له الإجراء بالفعل، لذلك يحدث التكييف في الجسم عندما يتم إجراء الفرد في مواقف معينة.

- ثالثًا: وفقًا لتقارير المرضى، فإن مجرد معرفة أن لديهم إجراء يمكنهم استخدامه كلما احتاجوا إليه يقلل من مستوى القلق العام لديهم (Cautela, 1967).

9. عند استخدام العلاج بالتحسيس الخفي، يجب مواصلة العلاج بعد القضاء على السلوكات المستهدفة العلنية، يجب أن يركز العلاج بعد ذلك على الحوافز المتبقية حتى يتم التخلص منها، يجب استهداف الحوافز السرية للانخراط في السلوكات غير اللائقة ومعالجتها لتقليل احتمالية الانتكاس، هذا مهم بشكل خاص في المواقف التي تكون فيها سلامة الآخرين مصدر قلق.

10. بما أن الهدف الرئيسي هو جعل العملاء مستقلين عن المعالجين، فينبغي تعليمهم استخدام التحسيس الخفي كأداة لضبط النفس عند الحاجة.

11. يمكن مراعات إمكانية وجود تباين كبير من حالة لأخرى اعتمادًا على الظروف الفريدة لكل

حالة على حدى، هنا قد يتعين على المعالج أن يعالج كل حالة بشكل فردي.

12. يوافق غالبية المهنيين على أن استراتيجية التدخل المفضلة هي استخدام إجراءات التحسيس الخفي جنباً إلى جنب مع الإجراءات المصممة لإنشاء سلوكيات إيجابية، في العديد من تطبيقات التحسيس الخفي ينهي الفرد العادة السيئة المكروهة ثم يتخيل بدء استجابة بديلة أكثر توافقاً (Kearney, 2006).

5- فعالية العلاج بالتحسيس الخفي ومجالات استخدامه:

لقد حقق التحسيس الخفي نجاحاً هائلاً في علاج الانحرافات الجنسية مثل الخيالات السادية والاشتهاء الجنسي للأطفال، كما استخدم أيضاً في الحد من عادات السرقة وقضم الأظافر والمقامرة القهريّة والكذب القهري والتسوق القهري، كما أفاد التحسيس الخفي في الحد من استخدام الأدوية غير المؤدية للإدمان مثل الماريجوانا.

وكذلك استخدم التحسيس الخفي في علاج إدمان الكحول، والبدانة (السمنة)، ومشاكل التدخين. (ماكاي وآخرون، 268، 2010)

وكان التحسيس الخفي شكلاً من أشكال العلاج الفعال والموثوق للغاية؛ حيث أثبتت فعاليته في العديد من الدراسات حيث تم استخدامه بنجاح في مجموعة من الاضطرابات النفسية السلوكية أهمها:

- أثبتت دراسة كل من (Anant 1967) و (Ashem & Donner 1968) و (Kraft & 2005) و (David) و (Jung Choi & Han Lee 2013) فعاليته في علاج إدمان الكحول.

- أثبتت دراسة (Seager 1969) فعاليته في علاج القمار القهري.

- أثبتت دراسة كل من (Little & Curran 1978)؛ و (Mahoney 1974)

- (Rodger K. Buffond 2016) فعاليته في علاج اضطراب السمنة.

- أثبتت دراسة (Cautela 1967) فعاليته في علاج جنوح الأحداث وبما في ذلك سرقة السيارات واستنشاق الغراء.

- أثبتت دراسة كل من (Little & Curran 1978) و (Rodger K. Buffond 2016) في علاج

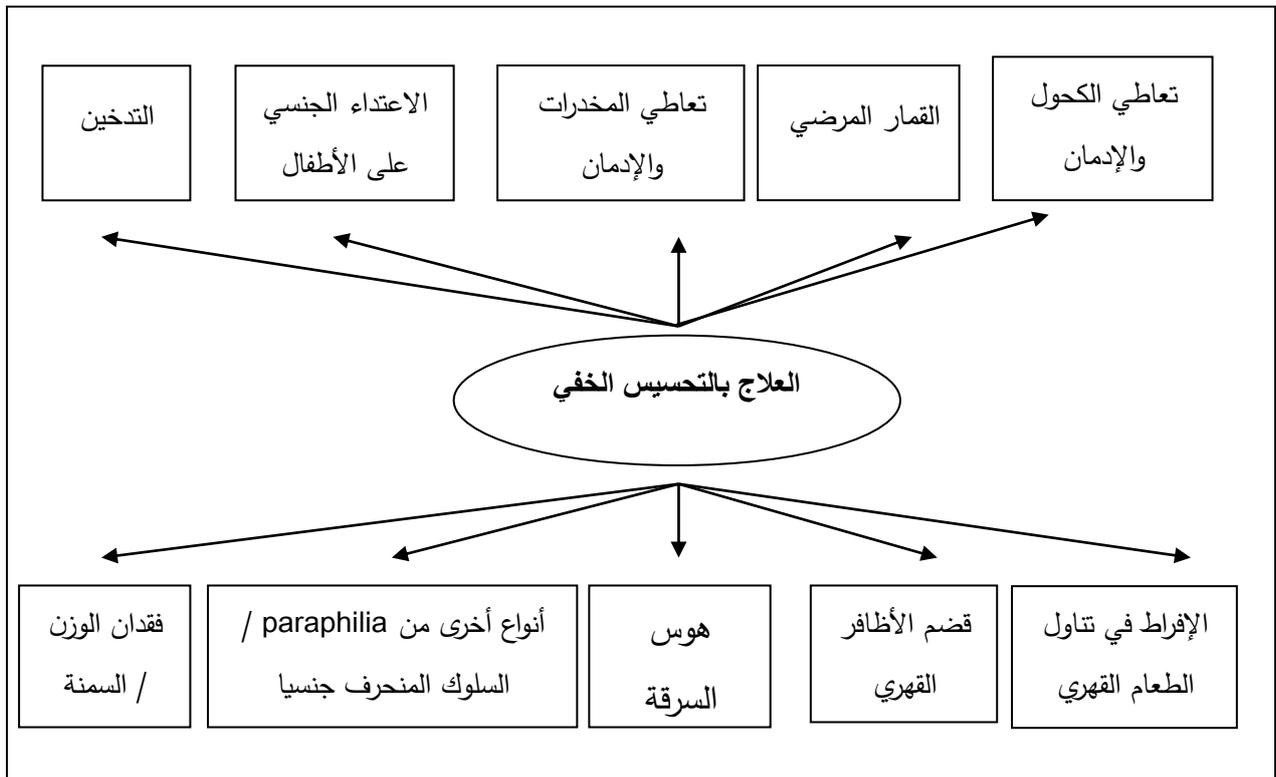
المتلية الجنسية والانحرافات الجنسية.

- أثبتت دراسة كل من (Lichstein Sallis 1981) فعاليته في علاج إدمان المخدرات.

- أثبتت دراسة كل من (Lichstein Sallis 1981) و (Tom & David 2005) و (Rodger) (K.Buffond 2016) و (Little & Curran 1978)؛ (Mahoney 1974) و (Michael R et al,1980) في علاج إدمان التبغ حيث أظهرت الدراسات السابقة نتائج إيجابية مثبتة مع هذه الفئة خاصة عند مقارنتها بالعلاجات الأخرى.

شكل رقم (2): يوضح مجموع الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يطبق معها العلاج

بالتحسيس الخفي



(إعداد الطالبة الباحثة)

6- مساوئ العلاج بالتحسس الخفي:

مثل جميع العلاجات النفسية، لا يخلو العلاج بالتحسيس الخفي من مجموعة من العيوب نحددها في النقاط الآتية:

- العلاج بالتحسيس الخفي مثله مثل علاجات تعديل السلوك الأخرى، يركز على الجانب المكتسب من السلوكات غير المرغوب فيها، وعلى هذا النحو فإنه يفشل في معالجة العوامل النفسية الأخرى التي غالباً ما تؤدي إلى مثل هذه السلوكات.
- العديد من السلوكات التي يتم التعامل معها بالتحسيس الخفي مثل الإدمان القوي أو البارافيليا، معقدة للغاية.
- قد تكون معالجة العوامل الأساسية التي أدت إلى المشكلة في المقام الأول مهياًة للفشل.
- في حالة الإدمان قد يعرض الأفراد أيضاً لخطر تطوير إدمان آخر حتى لو تم القضاء على الإدمان الذي يتم علاجه.
- يجب أن تكون النتيجة المتخيلة مزعجة للغاية حتى تكون فعالة، بدون هذا المكون من المحتمل أن يفشل العلاج.
- التحسيس الخفي لا يأتي بنتائج إيجابية مع الجميع، وهذا راجع للطبيعة البشرية والاختلاف من فرد لآخر.
- العملاء الذين ليس لديهم دوافع عالية لن يستفيدوا عادة من العلاج بالتحسيس الخفي (<https://www.addiction.com>).
- وذكر (Rodger K. Buffond, 2016) أن التحسيس الخفي له عيبان:
 - أولاً: لأن المشاهد، والسلوك، والتحفيز المكروه كلها متخيلة، فهي غير قابلة للتحكم الدقيق.
 - ثانياً: هناك مشكلة إيجاد حافز مكروه مناسب يستطيع الفرد تخيله.
- أخيراً نرى أن العلاج النفسي يتخذ صوراً متعددة تختلف باختلاف مدراسه، كما تختلف تقنياته وأساليبه باختلاف الاضطراب الذي يعاني منه الشخص، وعندما نشير إلى اضطرابات السلوك المختلفة كالإدمان تعتبر أساليب التعديل السلوكية من أحسن التقنيات في علاجها، ومن بين أهم هذه الأساليب العلاج بالتحسيس الخفي الذي يعتبر من الأساليب الفعالة والتي أثبتت فعاليتها في العديد من الدراسات التي سبق وذكرناها في هذا الفصل، والتي تعمل بشكل مباشر على القضاء على السلوك

بصفة نهائية حيث يكون التخلص من السلوك الغير مرغوب فيه من خلال تحديد ذلك السلوك والظروف والشروط التي يظهر فيها وكذا العوامل التي تكتنفه، فمثل هذه الأساليب تساعد العميل على التخلص من السلوك غير المرغوب فيه وتساعد على تعلم وإدراك أن الظروف الأصلية يمكن تغييرها بحيث تصبح الاستجابات غير المرغوبة غير ضرورية لتجنب المواقف غير السارة التي سبق أن ارتبطت بها.

الفصل الثالث: المراهقة وسلوك التدخين

- 1- تعريف المراهقة
- 2- خصائص النمو في المراهقة وأشكالها
- 3- الضغط النفسي لدى المراهق المتمدرس
- 4- تعريف سلوك التدخين
- 5- النظريات المفسرة لسلوك التدخين
- 6- أسباب ودوافع سلوك التدخين
- 7- الأشكال المتعددة للتبغ
- 8- مراحل التعود على سلوك التدخين ومدى انتشاره
- 9- الأضرار والآثار السلبية الناجمة عن سلوك التدخين

المراهقة فترة زمنية انتقالية تفصل بين مرحلة الطفولة ومرحلة الرشد، وتمثل الانتقال من التبعية إلى الاستقلال الذاتي التدريجي، ويواجه ذلك الانتقال مجموعة من العادات والسلوكيات السوية وغير السوية، التي يتعامل معها المراهق كل حسب نموه الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي؛ وتعتبر ظاهرة التدخين لدى المراهق من بين هذه السلوكيات والآفات السلبية المنتشرة في كافة أنحاء العالم، والتي حظيت بالاهتمام والدراسة نظرا لما يترتب عليها من آثار سلبية اقتصادية واجتماعية وصحية، إذ يعتبر سلوك التدخين لدى المراهقين مشكلة عالمية في الصحة العامة من خلال تقارير منظمة الصحة العالمية التي تشير إلى أنه ما يزال الوباء الأكثر خطرا والأشد ضررا على الصحة والحياة بصفة عامة، فهو يتسبب في وفاة 5 ملايين شخص سنويا في مختلف أنحاء العالم أي أكثر من 10 آلاف وفاة يوميا، ونظرا لما يترتب عليه من آثار سلبية مدمرة تشمل أفراد وجماعات منهم الشباب والمراهقين، فقد أولى الباحثون اهتماما خاصا وكرسوا جهودهم لتحديد ماهيته والأسباب والدوافع الكامنة وراء انتشاره وأنواعه والأضرار الناجمة عنه، وهذا ما ركزت عليه الطالبة الباحثة في هذا الفصل، إضافة إلى التطرق لمفهوم المراهقة وأشكالها وخصائصها.

1- تعريف المراهقة:

تعددت التعاريف لمصطلح المراهقة وذكرت الطالبة الباحثة التعريف الذي اتفق عليه العلماء: المراهقة هي حالة من النمو تقع بين الطفولة والرجولة أو الأنوثة، ولا يمكن تحديد فترة المراهقة بدقة لأنها تعتمد على السرعة الضرورية في النمو الجسمي فهي متفاوتة، وبما أن عملية النمو السيكولوجي غامضة ليس من غير السهل أن تقرر هذه المرحلة من حياة الإنسان حتى يصبح النظام الغددي ناميا بصورة كلية، ومما لا ريب فيه أن هذا الاحتمال يجب أن ينتهي في بداية العشرينيات من العمر فالمراهقة فترة تشمل الأفراد الذين هم بالعقد الثاني من الحياة. (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص224)

2- خصائص النمو في المراهقة وأشكالها:

2-1- خصائص النمو في المراهقة: يتأثر الشباب بما فيهم تلاميذ المرحلة الثانوية في المجتمعات المعاصرة بعوامل محلية وقومية وعالمية، كما يواجهون مجموعة من التحديات الثقافية، الاقتصادية، السياسية والاجتماعية، التي تؤثر في قدرتهم على تحقيق مطالب نموهم، مما قد يحدث بعض المشكلات لديهم.

فالمراهقة عملية تغير في الجوانب البيولوجية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية، ويعدّها البعض مرحلة ذات طبيعة بيولوجية واجتماعية على السواء، فتتميز بدايتها بحدوث تغيرات بيولوجية عند البنين والبنات ويرافقها تغيرات اجتماعية ونفسية معينة تتلخص أهم هذه التغيرات فيما يلي:

- **النمو الجسدي:** حيث تظهر قفزة سريعة في النمو، طولاً ووزناً، تختلف بين الذكور والإناث، بالإضافة إلى النمو السريع للجهاز العظمي والعضلي والدوري.

- **النضج الجنسي:** يتحدد النضج الجنسي بظهور الخصائص الجنسية عند كلا الجنسين.

- **التغير النفسي:** تؤدي التغيرات الهرمونية والجسدية في مرحلة المراهقة إلى تفاوت مشاعر المراهقين وتضاربها؛ فهم يعيشون مزيجاً من مشاعر الخوف والقلق والمفاجأة والتوتر والابتهاج أحياناً، مما ينعكس على تقييمهم لذاتهم ومزاجهم وعلاقاتهم الاجتماعية. (سليمان ربحاني وآخرون، 2009، ص 217)

2-2- أشكال المراهقة: أثبتت البحوث العلمية أن للمراهقة أشكالاً متعددة وصورتها تتباين بتباين الثقافات، وتختلف باختلاف الظروف والعادات الاجتماعية، والأدوار التي يقوم بها المراهقون في مجتمعهم، وتتخذ مرحلة المراهقة عدة أشكال هي كالتالي:

2-2-1- المراهقة المتوافقة أو المتكيفة: ومن سماتها الهدوء والاعتدال والابتعاد عن صفات العنف، والتوترات والانفعالات الحادة، بالإضافة إلى التوافق مع الوالدين وكذا الأسرة والمجتمع الخارجي ومن سماتها أيضاً الاستقرار والإشباع المتزن للطلبات والابتعاد نهائياً عن الخيال وأحلام اليقظة، إضافة إلى عدم المعاناة من الشكوك حول أمور الدين.

2-2-2- المراهقة الانسحابية المنطوية: من سمات هذا الشكل من أشكال المراهقة سيطرة الطابع الانطوائي والتمركز حول الذات، التردد، الخجل، الشعور بالنقص، إضافة إلى الإسراف في الجنسية الذاتية والاتجاه نحو التطرف الديني بحثاً عن الراحة النفسية والتخلص من مشاعر الذنب، كما يميزها محاولة النجاح في الدراسة، وبما أنها يغلب عليها طابع الانطواء والعزلة فإن العلاقات الاجتماعية في هذا الشكل محدودة جداً سواء داخل الأسرة أو في المجتمع الدراسي مما ينجم عنه تأخر ملحوظ في المستوى الدراسي رغم المحاولة.

2-2-3- المراهقة العدوانية المتمردة: سماتها العامة هي:

- التمرد والثورة ضد المحيط الأسري والمدرسي وضد كل ما يمثل سلطة على المراهق.
- الانحرافات الجنسية، حيث يقوم المراهق العدوانى المتمرد بعلاقات جنسية غير شرعية.
- إعلان الإلحاد الديني والابتعاد عن جميع الطوائف والاتجاهات والمذاهب الدينية.
- الشعور بالظلم وقلة التقدير من الجميع مما يجعل المراهق ينحوا نحو أحلام اليقظة ليرسم فيها عالما آخر كما يريده هو.
- سلوكيات عدوانية على الإخوة والزملاء وكذا الأساتذة.

2-2-4- المراهقة المنحرفة: يتسم فيها سلوك المراهق بالانحلال الخلقي التام والانهيار النفسي

بالإضافة إلى السلوك المضاد للمجتمع، وبلوغ الذروة في سوء التوافق والبعد عن المعايير الاجتماعية في السلوك، وهذا ليس معناه أن المراهق يظهر بشكل معين من الأشكال وذلك لإمكانية جمع بعض الحالات بين ملامح شكلين أو أكثر نظرا لكون شكل المراهقة تتغير حسب الظروف والعوامل المؤثرة فيه. (جدو عبد الحفيظ، 2014، ص25-27)

مما سبق نلاحظ أن للمراهقة أشكال تختلف فيما بينها في المميزات والأسباب والعوامل المؤثرة فيها، من شأن هذه الأسباب والعوامل أن تساعد في ظهور مجموعة من السلوكيات غير التكيفية والغير سوية لدى المراهق في هذه المرحلة.

3- الضغط النفسي لدى المراهق المتمدرس:

يعتبر الدخول في مرحلة المراهقة مرحلة هامة للغاية، فالمراهق يجد نفسه في عالم آخر، وهو عالم الكبار، فنجده يلجأ لسلوكيات جديدة قصد التكيف، وعادة ما تكون هذه السلوكيات عنيفة وغير سوية، خاصة في البيئة المدرسية.

وقد أثار موضوع الضغط لدى المراهقين المتمدرسين العديد من الدراسات والبحوث ومنها ما توصل إليه الباحث Frydenberg فريدينبرق عام (1997) أن اهتمامات التلميذ تقع في ثلاث فئات، وهي:

1. النجاح الدراسي في الامتحانات.

2. القيام بالعلاقات الاجتماعية (تشمل الأسرة وجماعة الرفاق).

3. القضايا المتعلقة بالمساواة بين الجنسين.

ولقد حدد جور Jore خمس فئات رئيسية للعوامل الضاغطة لدى المراهقين باعتبارها خاصة بالذات والعائلة، والأصدقاء، التفاعل بين الذات والأصدقاء، التفاعل بين الذات والأسرة.

ويشير ديالي "Dialy" إلى أن العوامل التي تشكل ضغطاً للمراهقين تشمل المتغيرات البدنية الفيزيولوجية، والانتقال من مدرسة لأخرى، تغيير العلاقات بالرفاق والوالدين، الطلاق بين الوالدين والتفكك الأسري، وفي النهاية المشاحنات اليومية؛ وفي حصر للمراهقين وجد "Frydenberg" فريدنبرق أن مصادر الضغوط لدى المراهقين تتمثل في درجات المدرسة، تقدير الذات، الصحة البدنية (الهرمونات البيولوجية). (طوبال فطيمة، 2017، ص87)

وقد أوضحت الدراسات أن مرحلة المراهقة تعتبر من أكثر المراحل عرضة للاضطرابات السلوكية عند التلاميذ المتمدرسين، وللمدرسة دوراً هاماً في حدوث ذلك.

ففي هذا الصدد يشير "كازدين" (Cazdin) إلى وجود عوامل تساعد على حدوث الاضطرابات السلوكية للمراهقين، منها العوامل التي ترجع إلى المدرسة كخصائص الوضع المدرسي التي تعد من أبرز العوامل التي تساعد في تزايد تعرض هذه الفئة لهذه الانحرافات.

ويقول "العتيبي" باعتبار أن هذه المرحلة من مراحل التعليم هي من أهم مراحل التعليم العام إن لم تكن أهمها على الإطلاق، لما يصاحبها من نمو للجسم والانفعال وتفنق للعقل وثورة للعواطف وحب للانتماء فإنها تتميز بخصائص نمو متفردة لمرور طلاب هذه المرحلة في الغالب بمرحلة المراهقة التي تتميز بسرعة النمو الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.

كما أوضح "الحقيل" أن المرحلة الثانوية تعد من أخطر مراحل حياته، حيث يتوقف عليها مسار حياته المستقبلي، سلباً أو إيجاباً، ويذكر "زهران" أن في هذه المرحلة يزداد لدى الفرد الوعي الاجتماعي والميل إلى العنف، ومحاولة تحقيق المزيد من الاستقلال الاجتماعي، ورغبته في مقاومة السلطة. (زيد عبد الزايد أحمد الحرثي، 2008، ص86).

إنّ فالمرهق في المدرسه الثانويه يعانى مجموعه من الأزمات والصراعات، وذلك بسبب دراسته وتفكيره بمستقبله، وما يزيد من شدته؛ ما يعلقه والداه من آمال على المدرسه الثانويه؛ لذلك نجد بين تلاميذ المدرسه الثانويه الكثير من القلق والصراعات، والسلوكات المنحرفه كالتدخين وتعاطي المخدرات.

والواقع أن طبيعة العلاقة التي يكونها المرهق مع هذا الوسط المدرسي الجديد ذات تأثير كبير في تحديد معالم مستقبله الاجتماعي والمهني، فهي تتطلب من المرهق جهودا كبيرة للتكيف مع هذه البيئه الجديدة ومتابعة الدراسة والانتقال من مستوى تعليمي لآخر.

4- تعريف سلوك التدخين:

هو عملية جلب مادة الدخان (التبغ) إلى الجسد، بواسطة السجارة أو الغليون أو غيرها، عن طريق المص أو المضغ أو الاستنشاق.

والتبغ الذي يصنع منه الدخان: هو نبات حشيشي مخدر، مر الطعم، من الفصيلة الباذنجانية السامة، ويحوي مواد سامة كثيرة، منها: النيكوتين، ومادة السينانور، وحامض الأيدروجين المكبريت، وحامض الكبريتيك، وكبريتات الرصاص، وأكسيد الكربون، وثاني أكسيد الكربون، ومواد سامة أخرى.

وأشهر تلك المواد ضررا، وأعظمها خطرا: النيكوتين، الذي يقول عنه أحد الأطباء: إن الكمية الموجودة منه في سجارة واحدة كافية لقتل إنسان لو أعطيت له بواسطة إبرة في الوريد، ويقال: إنه لو وضع من تلك المادة السامة- النيكوتين- نقطتين في فم كلب، مات في الحال، وخمس نقط منها تكفي لقتل جمل.

مما يزيد الطين بلة أن السجائر التي تباع في البلاد النامية والمتخلفة تحتوي على أضعاف ما تحتويه مثيلاتها في أوروبا من السموم الناقعة.

يقول الدكتور كيث بال"إن السجائر التي تباع في البلاد النامية تحتوي على ضعف كمية (القطران) والنيكوتين الموجودة في مثيلاتها في أوروبا، والتي تصدرها نفس الشركة وبذات الاسم؛ نتيجة للتساهل في الرقابة أو عدمها" (القصير، 2011، ص4).

كما عرفته شيلي تايلور (2008) أن "سلوك التدخين سلوك يقاوم التغيير، فحتى بعد التوقف

الناجح يتعرض أغلب الناس للانتكاس" (ص 337).

وتعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه "عبارة عن إدمان، لأن الاستخدام المزمن للنيكوتين يؤدي إلى الاعتماد عليه، وبذلك فإن المدخن يشعر بآلام بدنية ونفسية عند التوقف عن التدخين ويؤدي ذلك إلى أن يصبح التدخين سلوكا قسريا متمكنا من المدخن" (عربي، 2013، ص177).

نشير هنا إلى أن الإدمان يعرف سلوكيا بأنه الاستخدام المتكرر للمادة النفسية رغم النتائج السلبية المترتبة عليها؛ استخدم تاريخيا مصطلح التعود لوصف الاستخدام المتكرر للمادة النفسية على أنه لا ينتج تسمم، وفي سنة 1964 أوصت منظمة الصحة العالمية بالتخلي عن مصطلح الإدمان والتعود ويستخدم عوضا عنهما مصطلح الاعتماد كي يتم التركيز على القضايا الأخلاقية والاجتماعية المرتبطة بالإدمان.

وتعتبر منظمة الصحة العالمية هي أول من اعتبرت التبغ إدمانا - ينتج مادة نفسية سنة 1974- على الرغم من أن التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية (ICD-10) لم يضمن النيكوتين مع المخدرات الأخرى التي تنتج الإدمان حتى سنة 1992. أما عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي، فقد ضمنت التبغ لأول مرة باعتباره إدمانا في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي (Rafael J.Salin-Pascual, Alcocer-Castillejos, & Alejo-Galarza, 2003).

ووفقا لتقرير كبار الجراحين في الولايات المتحدة الصادر سنة 1964 كان ينظر للتعاطي الحاد للنيكوتين على أنه لا ينتج اعتمادا جسميا، وأنه يعتبر عادة متكونة أكثر من كونه إدمان، وفي سنة 1983، صنفت خدمة الصحة العامة بالولايات المتحدة تدخين السجائر كشكل من أشكال الاعتماد على المخدرات، وأن النيكوتين هو المادة النفسية الخطرة فهو اتساقا مع نموذج الاعتماد على المخدرات تمت الموافقة من قبل المركز العلاجي الفارماكولوجي على علاج الاعتماد على التبغ باعتباره أحد أنماط الاعتماد.

وعدل تقرير كبار الجراحين في الولايات المتحدة سنة 1988 وجهة النظر فيما يخص الاعتماد على النيكوتين حيث أصبح ينظر للنيكوتين على أنه إدمان له أعراض تحمل وانسحاب.

وربما يرجع السبب وراء تأخر تصنيف تدخين السجائر كشكل من أشكال الإدمان إلى أنه

يتضمن مدى واسعاً ومتنوعاً من العوامل المربكة مقارنة بأنماط التعاطي الأخرى، على سبيل المثال، تشير دراسات الكحول إلى أن تناول قليل من الإيثانول ينتج مستويات محددة من الإيثانول في الدم وذات ثبات مرتفع، وكذا الحال بالنسبة لدراسات المهدئات، فتناول عدد من المليجرامات من المخدر من خلال البلع أو الحقن يمكن تحديد مستواه بسهولة في الدم أي أنه لا يرتبط بتسمم واضح، كما أنه لم يصنف على أنه عادة مدمرة للسلوك، أو أنه عادة غير مرغوبة اجتماعياً إلا أن هذه النظرة للنيكوتين وعدم تصنيفه على أنه سوء استعمال للمخدرات لم تستمر طويلاً؛ إذ توصل تقرير كبار الجراحين 1988- في الولايات المتحدة؛ قسم الصحة والخدمات الإنسانية- بعد مراجعة مدققة لأكثر من 2500 ورقة بحثية إلى خلاصة لا لبس فيها وهي أن السجائر وغيرها من أشكال التبغ تعتبر إدماناً، وأن النيكوتين الذي يعتبر المكون الرئيس للتبغ مخدر ويسبب الإدمان، وأن العمليات الفارماكولوجية والسلوكية التي تحدد إدمان التبغ تتشابه مع تلك التي تميز المخدرات الأخرى كالهروين والكوكايين إذ يعمل على المستقبلات الكولينية في مسارات الدوبامين في المنطقة السقفية البطنية (مكافأة المخ) بنفس الطريقة التي يعمل بها الهيروين، والكوكايين والإمفيتامينات مما يفسر التدعيم الإيجابي للتعاطي الذاتي للنيكوتين. (فتحي عبد الرحمن، 2018، 646-647)

من خلال التعريفات السابقة نستخلص أن مادة النيكوتين الموجودة بالسيجارة تقوم بتحفيز الخلايا العصبية المسؤولة عن شعور الإنسان بالسعادة، وهذا الأثر يشبه الأثر الذي تسببه المواد المخدرة الأخرى، حيث أنه يمكن أن يحث النيكوتين على الشعور بالمتعة والسعادة، وبمرور الوقت يعود عليه المدخن ويصبح مدمناً عليه.

هنا نستنتج أن سلوك التدخين نوع من أنواع الإدمان حيث يعتبر النيكوتين هو المادة التي تسبب الإدمان على التدخين، فكلما دخن الفرد أكثر زاد احتياجه إلى النيكوتين أكثر ليشعر بالراحة؛ وعند محاولة التوقف يواجه تغيرات عقلية وجسدية مزعجة، وهذه هي أعراض الامتناع عن تعاطي النيكوتين.

5- النظريات المفسرة للتدخين:

5-1- نظرية التحليل النفسي: تنهض نظرية التحليل النفسي على فكرة محورية من خلالها يتم تفسير كافة السلوكيات الإنسانية، وترى أن الشخص حين يتعرض للإحباط، فإن الإحباط يؤثر فيه

نفسيا خاصة إذا كان غير مؤهل لذلك نفسيا، وغالبا ما يكون العاملين معا، عامل خارجي وعامل نفسي داخلي، هنا يلجأ الشخص إلى أن يتفاعل مع العديد من دروب الانحراف بغض النظر عن نوع هذا الانحراف وما إذا كان التدخين أو تعاطي المخدرات أو انحرافات سيكوباتية أو انحرافات جنسية ... الخ.

5-2- نظرية التعلم وتفسير سلوك التدخين:

ولعل من الخطوات الأساسية لهذه النظرية:

أ- أن التدخين عملية يتم تعلمها من البيئة

ب- أن البيئة التي يتواجد فيها الفرد لها ردود أفعال في إحداث التدخين، كما أن هناك العديد

من الأسباب التي تكون مهياة للتدخين مثل:

- توافر التدخين.

- سهولة الحصول عليه.

- ضغط الأقران أو الأصدقاء وتحريضهم للتدخين.

- التدعيم الاجتماعي المرافق لظاهرة التدخين.

- خبرة الفرد في هذا المجال. (غامد، 2006، ص58)

6- أسباب ودوافع سلوك التدخين:

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد مستهلكي التبغ عالمياً يزيد عن 1,3 مليار نسمة، أي حوالي ربع عدد البالغين، ويبلغ عدد الوفيات جراء استهلاك التبغ ما يقارب 5 ملايين شخص كل عام؛ وإذا ما وازمبت أنماط الاستهلاك الحالية على وتيرتها فإن أعداد الوفيات ستتضاعف تقريبا لتصل إلى عشرة ملايين شخص مع حلول سنة 2020. (منظمة الصحة العالمية، 2006، ص11)

أمام هذا العدد الهائل من المستهلكين نتساءل هل هذه المواد التبغية تعتبر مواد ضرورية للمستهلك حتى يشتريها ويستهلكها بانتظام، بمعنى ما الذي يدفعه لاستهلاكها؟

يتفق أغلب المدخنين على أنه من الدوافع التي تجعلهم يدخنون (من حيث الترتيب) هي: العادة،

لذة التدخين، العصبية، التوتر والملل، الترويح عن النفس والتهديئة، الرغبة في الإثارة وزيادة التركيز، القدرة على أداء العمل.

إنّ عملية البحث عن الأسباب والدوافع الباعثة لاستهلاك التبغ، وتحديدتها وضبطها، تدفعنا إلى ضرورة التفرقة بين فئتين من المستهلكين مستهلك غير فارماكولوجي (أ)، ومستهلك فارماكولوجي (ب).

أ- المستهلك غير الفارماكولوجي: هو المستهلك للمواد التبغية دون ارتباط ذلك بمستوى النيكوتين في الدم، ويشمل الفئات التالية:

- الاستهلاك النفسي الاجتماعي: يستعمل المستهلك المواد التبغية خاصة السجائر لأنه يعتبرها رمزا للمركز الاجتماعي والعصرية واحترام الذات.

- الاستهلاك النفسي الحركي: هنا لطقوس التدخين دور في استقزاز المدخن حتى يدخن، مثل تداول السجائر والشيشة ووضعها في الفم وإشعالها... الخ. كما يستعمل المستهلك هذه المواد بسبب ظروف الحياة وما تشمله من قهر وإحباط، فيلجأ إليها للخروج من المشاكل النفسية والمتاعب.

ب- المستهلك الفارماكولوجي: هو المستهلك للمواد التبغية بسبب ارتباط نسبة النيكوتين في الدم، ونستطيع أن نقول عليه مستهلك مجبر على ذلك، ويشمل الفئات التالية:

- الاستهلاك الانغماسي أو الإشباعي: وهذا النوع من المستهلكين منتشر بكثرة، ويكون هدف المستهلك هنا هو الحصول على أكبر قدر من اللذة حتى يتكيف مع المواقف التي يمر بها.

- الاستهلاك التسكيني: هدف المستهلك تهدئة التوتر العصبي أو تخفيفه.

- الاستهلاك المنبه: هدف المستهلك في هذه الحالة تنبيه جهازه العصبي ليساعده على التفكير أو إنجاز الأعمال المهمة.

- المستهلك الإدماني: هو المستهلك الذي يستهلك المواد التبغية حتى يتجنب الآثار السيئة التي يشعر بها بمجرد الامتناع عنها، والتي تحدث بسبب هبوط نسبة النيكوتين في الدم، وتبدأ هذه الأعراض بعد مضي 30 د من آخر سيجارة دخنها.

- الاستهلاك اللاإرادي: وهو المستهلك الأكثر إدماناً على المواد التبغية، فالمدخن في هذه

الحالة يشعل سيجارة تلو أخرى تعاطاها للتو، دون أن يشعر بذلك، حتى تنفذ عنه السجائر. (الدرماش، 1982، ص 177-178)

- وقد تتعدد وتختلف أسباب التدخين فيما بينها لدى المراهق المتمدرس ونذكر منها كالاتي:

أ- **التقليد:** حيث أن المراهق يريد أن يشعر بأنه قد صار رجلا ولذلك فهو يقلد الرجال ويحاكيهم وأول من يقلد والديه ومدرسيه وأبطال المسلسلات التليفزيونية والسينمائية، كما أنه ينجرف مع رفقائه في المدرسة والشارع.

ب- شعور الشاب بالإحباط وعدم القدرة على تغيير الواقع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.

ت- **المدرس:** ففي المدارس التي لا يدخن فيها إلا قلة من المدرسين، فإن عدد من يدخنون من الطلبة أقل بكثير من زملائهم الذين يدرسون لدى أساتذة مدخنين.

ث- **الأسرة:** إذ أن الأطفال والشباب يتأثرون وينفعلون ببيئتهم العائلية، بمنزلهم الذي تعبق أجوائه بالدخان المتصاعد من سجائر الأهل والإخوة الكبار، فينعكس ذلك على سلوك وتصرفات الصغار.

ج- **التدخين كنوع من الإيحاء النفسي** بما يصاحب التدخين من لذة وربطها بالرفاهية، وكذلك الربط بينه وبين عادات مثل القراءة وتفرغ التوتر. (سلامة عوض، 2008، ص 15-16)

مما سبق تبين أن هناك مجموعة من الأسباب والدوافع التي تجعل المراهق يقبل على التدخين تختلف باختلاف طبيعة شخصيته والبيئة التي يعيش فيها، حيث تنقسم إلى أسباب نفسية وأسباب نفسية-اجتماعية؛ كضغوط الأصدقاء والأصدقاء التي تعتبر عاملا مؤثرا على المراهق في المرحلة الانتقالية ما بين سن الطفولة إلى سن النضج، حيث يمر الفرد بتغيرات نفسية وجسدية تجعله في حالة عدم اتزان، ومن السهل عليه تجربة مختلف العادات السيئة والتي من بينها التدخين فيتلقى التشجيع من زملاءه الآخرين على ممارسة هذه العادة، لأنها تمثل من وجهة نظرهم إحدى مظاهر الثورة الحقيقية على العادات والتقاليد والأوامر والنواهي، التي يعتقدون بأنهم يعيشون في ظلها، سواء على مستوى الأسرة الواحدة أو على مستوى المجتمع بأسره.

وهذا الأخير يجعل المدخن يتلقى ما يسمى بالثواب، الذي له مدلول إيجابي على نفسيته عند

مشاركته في نشاط جماعي، هذا ما يمكن تفسيره بالانتماء والقبول الاجتماعي له.

كما يمكن الإشارة لعامل المدرسة والأسرة اللذان يساهمان بشكل كبير في ارتفاع احتمالات تدخين تلاميذهم أو أبنائهم، فالمعلم والأب يمثلان قدوة والقوة يقلدها الأطفال في كل التصرفات فإذا كانت تصرفاتها إيجابية فسوف يكتسب الطفل إيجابياتها وإذا كانت تصرفاتها (تصرفات القدوة) تتسم بالسلبية فالأمر الحتمي أن السلبية تكون هي سمة التصرفات التي يكتسبها الطفل أيضا من أبويه أو معلمه وخاصة فيما يتعلق بالتدخين أو أي عادة سيئة أخرى.

كما نشير أيضا إلى المشاعر الإيجابية التي يشعر بها المدخن مع التدخين ومن بينها تخفيف حدة القلق والتوتر وشعور عام بالحالة الجيدة للنفس والجسد خاصة بعد مواجهة مواقف ضاغطة، لكن هؤلاء الأشخاص تغيب عنهم حقيقة منتجات التبغ في أنها هي الأداة الباعثة على الضغوط، والدليل على ذلك أنه بمجرد انتهاء الموقف الباعث على الضغوط فهم لا يقاومون تدخينها وتظل ملازمة لهم.

7- الأشكال المتعددة للتبغ:

بحلول نهاية القرن العشرين تنوعت أشكال تعاطي التبغ إضافة إلى استهلاكه بمختلف أنواعه؛ سواء على شكل تدخين (سيجار، غليون، أرجيلة)، أو دون دخان وذلك عن طريق (المضغ أو التبغ أو نشوق وأشكال أخرى)، أو أنواع التبغ الحديثة مثل السيجارة الإلكترونية أو الأرجيلة الإلكترونية، وفيما يلي لمحة موجزة عن هذه الأشكال:

7-1- لفافات تدخين التبغ: تشمل لفافات تدخين التبغ ثلاثة أنواع وهي:

أ- السجائر: تعتبر من أكثر المنتجات المسببة للإدمان والوفاة، وهي تتخذ شكلان؛ قد تكون سجائر مصنعة، ينتشر الشكل الأول في كل دول العالم، وتعتبر السجائر المنتهية بمرشح (فلتر) (Filter) أكثر شعبية من الأخرى التي لا تنتهي بمرشح (رزق، دس، ص 27-28).

ب- السجائر التي يلفها المدخن بنفسه: يجذب هذا النوع من التدخين الكثير من المدخنين في الآونة الأخيرة وأصبح أكثر تداولاً خاصة بين الشباب فمن وجهة نظرهم:

- أنها أكثر اقتصاداً من السجائر المصنعة.

- ينظر إليها أحيانا على أنها منتج "طبيعي" أكثر من السجائر المصنعة.
 - يعتبر أسلوب استهلاكها أسلوبا أكثر عصرية من أسلوب استهلاك السجائر المصنعة.
 - طريقة لفها تشكل طقوسا للتصنيع عند المستخدم.
- لا يزال هذا النوع من السجائر الأكثر ضررا على صحة المدخن من السجائر المصنعة
(Federation Adiction,2016).

أ- البيدي والكريت:

تشير منظمة الصحة العالمية (2006) أنهما "عبارة عن سجائر تصنع يدوياً، صغيرة الحجم تعتمد بشكل رئيسي على خليط من الأعشاب والتوابل، كما يكون التبغ أحد المكونات الأساسية فيها، وتنتشر هذه الأنواع من السجائر في أقاليم شرق آسيا والشرق المتوسط" (ص 21).

ب- السيجار:

عبارة عن لفافة من التبغ، يتميز باحتوائه على مقدار من التبغ يفوق المقدار الموجود في السجائر بعدة مرات، لكن حجمه يتفاوت بشكل كبير فنجد أنواعا يقارب حجمها حجم السيجارة، وأخرى يكون قطرها أكبر بعدة مرات وتحتوي كمية من التبغ تعادل تلك الموجودة في رزمة تضم 20 سيجارة أو أكثر؛ الشيء المميز في السيجار أنه لا يتطلب إشعالاً كي يستفيد المدخن من النيكوتين وغيره من المواد الموجودة فيه، بل بمجرد وضع لفافة سيجار في الفم يتعرض المتعاطي إلى التبغ وسمومه، وهذا راجع إلى الطبيعة الغلوية للتبغ مقارنة مع الطبيعة الحمضية في السجائر، مما يمكن النيكوتين من أن يمتص من قطعة سيجار غير مشتعلة. (منظمة الصحة العالمية، 2006، ص23)

7-2- الغليون والشيشة أو الأرجيلة:

أ- الغليون: " يكون مصنوعا من الخشب المفرغ، أي تجويف كروي صغير يوضع فيه التبغ، ويتم التدخين بعد إشعال التبغ الذي فرم وخرم وأضيفت له بعض النكهات" (هيام رزق، بس، ص30).

فالدخان المنبعث من الغليون يكون أكثر قلوية من دخان السجائر لذلك يتطلب استنشاقا مباشرا للمواظبة على مستوى مرتفع من إدمان النيكوتين، ونظرا للكميات الكبيرة -نسبيا- من التبغ التي

توضع في الغليون، فإنها تجعل المدخنين وأيضاً المحيطين بهم يتعرضون إلى كم هائل من الدخان، يعادل ذلك المنبعث من عدة سيجارات مشتعلة، هذا معناه ارتفاع نسبة تعرضهم للأمراض الناتجة عن التبغ ودخانها. (منظمة الصحة العالمية، 2006، ص24)

ب- الشيشة أو الأرجيلة:

تعتبر نوع من أنواع التدخين التقليدي تنتشر في الشرق الأوسط والمغرب العربي كما بدأ ينتشر استخدامها على نطاق واسع خلال السنوات الأخيرة في المدن الغربية.

يتكون شكلها الكلاسيكي من تدخين خليط رطب مصنوع من التبغ المخمر مع دبس السكر (بقايا السكر اللزج)، إضافة لخلصات الفاكهة التي تعطي المنتج طعمًا لطيفًا.

النسخة المنكهة من هذا المزيج تسمى tabamel، والنسخة غير المنكهة هي jurak. وهناك أيضًا إصدار منتج من التبغ النقي، يسمى tumbàk؛ يسخن عن طريق الفحم يعطي دخانًا يتم تبريده عبر الماء قبل استنشاقه.

كما توجد أيضا أنواع أخرى للشيشة لكنها "خالية من التبغ":

- الشيشة الإلكترونية التي تأتي على شكل قلم محمول ذو حجم كبير تعمل وفق نفس مبدأ السجائر الإلكترونية.

- Le Shiazو عبارة عن حجارة صغيرة موضوعة وسط مادة منكهة تحل محل مادة tabamel، والتي عند تسخينها تنتج بخارا للاستنشاق (Federation Adiction,2016).

7-3- منتجات التبغ الفموية غير قابلة للتدخين:

يعتبر التبغ الفموي من المنتجات ذات القابلية الكبيرة للإدمان، كما أنه يعتبر النمط السائد في بعض مناطق العالم لتعاطي التبغ، ومن الأشكال الرئيسية للتبغ الفموي ما يلي:

أ- **تبغ المضغ:** أشارت هيام رزق (د س) أنه "التبغ المقطع كأعشاب قصيرة (أجزاء من ورق التبغ الغض) معدة ليتم مضغها طوال اليوم، وهو عادة خفيف الحموضة" (ص31).

ب- **تبغ الخزن:** التبغ في هذه الحالة يكون مقطعاً إلى جزيئات، كطحن القهوة الخشن، ويكون

مرطبا، يتم تعاطيه عبر وضعه في اللثة والخد.

ت- السنوس السويدي: هو أحد أنواع التبغ الخزن، يختلف عنه في طريقة معالجته، وهو أكثر رطوبة.

ث- الغوتكا: هو عبارة عن خلطة جافة محلاة ومنكهة تحتوي على جوز الأريفة، والكاد الهندي، والكلس المطفأ، إضافة إلى التبغ وتوابل أخرى.

ج- السعوط أو النشوق: وهو تبغ مسحوق يستنشق من خلال فتحتي الأنف أو يؤخذ فمويا. (منظمة الصحة العالمية، 2006، ص27-28)

4-7- تركيب دخان السجارة:

تتمثل أهم محتويات السجارة في:

1. غاز أول أكسيد الكربون ويمثل من 1-5 و2% من حجم الدخان المتصاعد.
2. غاز ثاني أكسيد الكربون ويمثل من 5-15% من حجم الدخان المتصاعد.
3. أحماض طيارة: مثل النمليك وحمض الليمونيك وحمض الأوكساليك والفينول وحمض الخليك وحمض البنزروييك.
4. مادة مهيجة تعرف بالغول وتوجد بنسبة 2 ملغ في كل سجارة.
5. مادة البنزوبيرين وهي المادة التي يعزى إليها تكون داء السرطان.
6. الزرنيخ بنسبة 10 % في التبغ.
7. النيكوتين ويكون 8% من وزن التبغ.
8. القطران وهو الجزء الصلب من الدخان ويمثل 11-17% من وزن التبغ.
9. الأروت (النيتروجين) وهو الجزء المسحوب من الهواء ويمثل 75% من حجم التبغ.
10. كبريتيد الأيدروجين وهو الجزء الناتج من احتراق المواد الزلالية المحتوية على كبريت

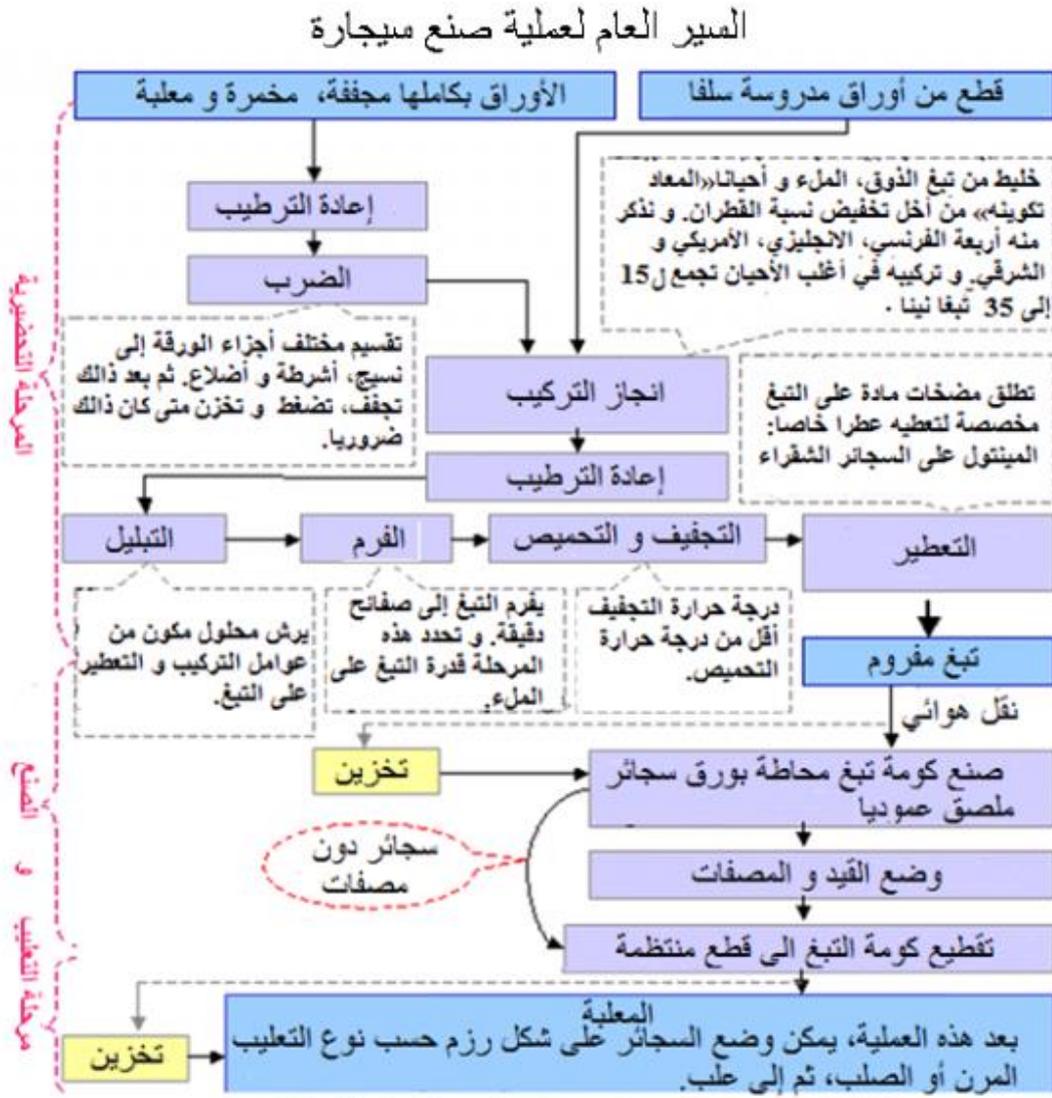
وتصل كميته إلى 40%.

11. سيانيد الهيدروجين وهو غاز مكون من أيروجين وكربون وأزوت وينتج عن احتراق كل 100 غ من التبغ.

12. بخار الماء وهو الرطوبة الموجودة في التبغ وتنشأ عند منطقة الجمره.

عنصر البولونيوم المشع الذي يتركز في رئة المدخن ويفتك بها. (مصطفى، 2008، ص13)

شكل رقم (3): يمثل السير العام لعملية صنع السجارة



Secretariat de la conférence des nations unies pour le commerce et le développement

8- مراحل التعود على سلوك التدخين ومدى انتشاره:

8-1-1- مراحل التعود على سلوك التدخين: يمر المدخن بعدة مراحل من تجربة التبغ إلى التعود

عليه، بحيث يصبح من الصعب عليه التخلي عن هذا السلوك وهي مراحل يمكن إيجازها فيما يلي:

8-1-1-1- المرحلة التحضيرية l'étape préparatoire: وهي مرحلة تكون فيها معتقدات

واتجاهات الشخص منسوبة على الفائدة التي يحققها هذا السلوك وهي اعتقادات تتأكد شيئاً فشيئاً؛ يكون سلوك التدخين في هذه المرحلة ملاحظات في المحيط بطريقة تعكس نضج من يسلكونه كما تعكس استقلاليتهم ويظهر هذا السلوك كوسيلة لمواجهة الضغوط أو كوسيلة لخلق روابط مع جماعة الأصدقاء.

8-1-1-2- مرحلة التجريب l'étape d'essai: وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص السجائر

الأولى ويكون ذلك عادة مع الأصدقاء مما يمنحه إحساساً بالرجولة والنضج وشعوراً بالمتعة.

8-1-1-3- مرحلة التكرار: وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بطريقة متكررة ولكن دون

انتظام.

8-1-1-4- مرحلة التعود: وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بانتظام ويصبح استعمال

السيجارة يشعره بالاسترخاء (التعود النفسي والفيسيولوجي).

8-1-1-5- مرحلة المداومة: وهي المرحلة التي تظهر فيها أعراض تبعية جسمية للتبغ. (مشاشو،

2018، ص 80-81)

أصبح من الشائع مشاهدة مراهقين في المدارس يتسربون من أجل تدخين سيجارة أو سيجارتين بالسر عن أهلهم، ليمر بعدة مراحل أثناء تدخينه؛ حيث يبدأ الأمر بالتجربة لاختبار الطعم، ثم ينتقل إلى مرحلة التعود حيث يصبح لا شعورياً يضع السيجارة في فمه، والمرحلة الثالثة مرحلة التحمل حيث يتكيف جسم المراهق مع مادة التبغ ويصبح بحاجة لزيادة الجرعات، والمرحلة الأخيرة هي مرحلة الإدمان والخضوع.

8-2- مدى انتشار سلوك التدخين:

8-2-1- نسبة انتشار التدخين لدى البالغين:

الاستهلاك العالمي للسجائر في ارتفاع مستمر فالكثير من الناس يدخنون، وكل مدخن يستهلك كمية كبيرة من السجائر، فالسجائر تستحوذ على النصيب الأكبر من منتجات التبغ المصنع في العالم 96% من مجمل المبيعات.

فقد بلغ عدد المدخنين في الولايات المتحدة 50 مليون نسمة أو 23% من إجمالي تعداد السكان. وفي كندا 45% من التعداد الكلي منهم 10% يدخنون أكثر من 25 سيجارة. وفي المملكة المتحدة تبلغ نسبة الذكور المدخنين 68% والنساء 43% من عدد السكان الكلي، أما في ألمانيا الاتحادية فيبلغ عدد المدخنين 60%.

والملاحظ أن استهلاك السجائر انخفض لفترة بسيطة في الولايات المتحدة بعد نشر تقرير الجراح العام عن أخطار التدخين، ولكن عاد وارتفع مرة أخرى والنسبة في ازدياد تتراوح بـ 3-4% سنويا وخاصة بين الشباب.

وقد لوحظ أن طلبة كليات الطب في بريطانيا يدخنون حاليا أقل مما كانوا يفعلون منذ 10 سنوات إلا أن عدد السجائر التي يستهلكها الطلاب لا يختلف عن العدد الذي تستهلكه الفئات الأخرى من الناس. ونستنتج من ذلك أن انخفاض معدل الاستهلاك لا يعود إلى علمهم بأضرار التدخين بصورة خاصة أو رغبتهم في أن يكونوا قدوة حسنة بالنسبة للآخرين، ونجد أن نسبة طالبات كلية الطب المدخنات أقل بنسبة 50% من الفئات الأخرى ولعل السبب في ذلك ارتفاع الوعي بين الطالبات عن الطلبة. (الدرماش، 192، ص182)

في حين قد أجريت العديد من البحوث في مقاطع (Québec) حول عوامل الخطر السلوكية والتي من بينها سلوك التدخين والهدف من ذلك تحديد نسبة الانتشار والفئات العمرية الأكثر ممارسة لهذا السلوك، من بين هذه البحوث: بحث حول الصحة العامة في كندا نظم من (نوفمبر 2000 إلى سبتمبر 2001) على عينة تقدر بـ 130000 شخص من سن 12 سنة فما فوق وأشارت النتائج إلى أن 31,1% من أفراد العينة الذكور و 27,9% من أفراد العينة الإناث هم مدخنين؛ وبحث آخر الهدف

منه متابعة استعمال التبغ بكندا سنة 2000 على عينة قدرت بـ 21800 من سن 15 سنة فما فوق وجاءت النتائج كالاتي: 31,5% من أفراد العينة ذكور مدخنين و 28,3% إناث مدخنات. (مشاشو، 2018، ص 83-84)

وفي سنة 2014، بلغ عدد السجائر المدخنة في العالم 8.5 ترليون سيجارة، وكانت هناك دول مرتفعة الدخل ومتوسطة الدخل ومنخفضة الدخل من ضمن أعلى 10 دول من حيث استهلاك السجائر، فكانت الصين في صدارة الدول المستهلكة للسجائر بحوالي 2.5 ترليون سيجارة، وجاءت روسيا في المرتبة الثانية ومن ثم الولايات المتحدة، وإندونيسيا، واليابان، وألمانيا، والهند، وتركيا، وكوريا الجنوبية، وفيتنام في المراتب التالية.

وبلغ عدد الرجال المدخنين في سن 15 عام أو أكبر حوالي 820 مليون شخص ويشكلون ثلث الرجال في العالم لعام 2013، وفي السنوات الثلاثين الأخيرة انخفض المعدل العالمي لانتشار سلوك التدخين بين الرجال تقريبا (15%)، وبالرغم من ذلك فإن الاتجاه في انتشار التدخين بين الرجال يتفاوت بشكل كبير بين بلدان العالم، فمن انخفاض قدر بـ (24%) في كندا إلى زيادة قدرت بـ (16%) في كازخستان بين عامي 1980-2013. (شحادة، 2017، ص 33)

وعند التركيز على الدول العربية نلاحظ ارتفاع نسب التدخين فيها بصورة ملفتة للنظر، والتي تصل خطورتها في حالات كثيرة إلى درجة الوفاة المبكرة لاسيما في مصر التي وصلت زيادة النسبة فيها إلى 8% سنويا، الأمر الذي يؤدي إلى الإصابة بعدة أمراض أبرزها سرطان الرئة، والذي يشكل التدخين 90% أحد أسباب حدوثه، وهذا ما يرفع من احتمالات الوفاة المبكرة، وفي لبنان تبلغ نسب المدخنين أكثر من 52% من مجموع السكان مع ارتفاع في أعداد الوفيات لتصل ما بين 3500-4000 شخص سنويا، ويبين تقرير منظمة الصحة العالمية أن دول مجلس التعاون الخليجي تتفق مبالغ كبيرة على استهلاك التبغ تصل إلى 800 مليون دولار سنويا؛ مما يعكس ارتفاع حالات الوفاة في هذه الدول لتصل إلى حوالي 30 ألف سنويا. (جابر، 2016، ص 278)

وفي عام 2002، استهلكت 5,604 بليون سيجارة في العالم أجمع، وقدر الوضع بأن المدخنين سوف يستهلكون 9 ترليون سيجارة بحلول عام 2025، إذا ما واصلت هذه النزعات في الاستمرار. ومن الناحية الأخرى، فهناك فقط خمسة أقطار - الصين، الولايات المتحدة الأمريكية، روسيا

الفدرالية، اليابان وإندونيسيا - تستهلك أكثر من نصف سجائر العالم (انظر الجدول الموالي) (والصين، منفردة، تستهلك ثلث كل السجائر المدخن).

جدول رقم(4): يوضح استهلاك السجائر السنوي بواسطة الفرد في الدول التالية:

الترتيب	القطر	استهلاك الفرد	الترتيب	القطر	استهلاك الفرد
1	البحرين	2,069	15	إيران	807
2	كازاخستان	1.956	16	الجزائر	794
3	تونس	1.865	17	المغرب	733
4	الأردن	1.699	18	الغابون	726
5	مصر	1.414	19	باكستان	618
6	تركيا	1.373	20	اليمن	577
7	الكويت	1.362	21	الكاميرون	471
8	ماليزيا	1.246	22	أوزبكستان	443
9	البانيا	1.196	23	السنغال	344
10	سوريا	1.161	24	توغو	339
11	اندونيسيا	1.122	25	بنغلاديش	243
12	غينيا	965	26	ساحل العاج	192
13	السعودية	917	27	بوركينافاسو	191
14	أذربيجان	904	28	نيجيريا	179

(منظمة المؤتمر الإسلامي، 2003، ص8)

نلاحظ أن دولة البحرين احتلت المرتبة الأولى من بين الدول المذكورة أعلاه بمعدل 2,6 ألف سيجارة في العام، وهذا رقم مرتفع مقارنة مع دول الوطن العربي، كما نلاحظ أن تونس والأردن ومصر احتلت المرتبة 3 و4 و5 على التوالي بمعدل 1,9 ألف و1,7 ألف و1.4 ألف سيجارة تستهلك في العام مرتبة على التوالي؛ في حين جاءت الجزائر في المرتبة 16 بمعدل 749 سيجارة في العام وهو رقم منخفض بعض الشيء بالنسبة للدول السابق ذكرها، ولكن هذا لا ينفي مدى انتشار ظاهرة التدخين داخل الجزائر باختلاف الجنسين واختلاف الأعمار والمستويات.

نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر 2007: قام باحثون من المعهد الوطني للصحة العمومية بدراسة سنة 2007 حول عوامل الخطر والتي من بينها سلوك تدخين السجائر على عينة تقدر ب: 4818 فرد تتراوح أعمارهم بين 35 إلى 70 سنة يتوزعون على 16 والية وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم(5): يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر

2007:

السن	ذكور %	إناث %
39-35	30,39	11,22
44-40	32,67	13,61
49-45	24,03	8,34
54-50	27,8	12,28
59-55	27,13	12,06
64-60	25,36	11,81
70-65	16,64	8,97
الوسط	ذكور %	إناث %
الحضري	28,14	11,55
الريفي	23,68	10,64
المنطقة	ذكور %	إناث %
الشمال	29,17	11,95
الوسط	25,26	10,6

(مشاشو، 2018، ص86)

8-2-2- نسبة انتشار سلوك التدخين لدى المراهقين:

تجدر بنا الإشارة إلى المستهلك المراهق أي القاصر: وهو من لم يبلغ سن 19 سنة في القانون المدني الجزائري، ومنظمة الصحة العالمية اعتبرت كل من لم يبلغ سن 18 سنة قاصرا.

يعتبر القاصر دائماً الهدف الرئيسي لشركات التبغ -على اختلاف جنسياتها- لبيع منتجاتها،

ولعلّ ذلك يعود إلى معرفتهم التامة بأن صغار السن هم الأنسب للترويج لها والحصول على مستهلكين جدد، وكذا لسهولة إقناعهم من خلال المنتجات المحببة لديهم مثل الألعاب، ولسهولة السيطرة على خيالهم الجامح البسيط، بحيث تصور لهم أن التدخين يمثل الرجولة والأناقة فيقعون في شباك النيكوتين.

حوالي 90% من المدخنين المنتظمين بدأوا التدخين في سن 18 سنة أو أقل منها، ونادرا ما يحاول أحد تدخين أول سيجارة بعد سن الطفولة، أو بمعنى آخر إذا كف عدد كبير من الأطفال عن محاولة التدخين، ولم يصبحوا مدخنين منتظمين، وبالتالي مدخنين بالغين مدمنين، فإن شركات التبغ لن تجد في النهاية ما يكفي من العملاء البالغين لتستمر في عملها.

والخلاصة، أن التسويق للشباب ضرورة تجارية للعمليات الناجحة لإعمال التبغ، لأن هناك حاجة لعملاء جدد في السوق ليحلوا محل من يقلع من البالغين أو الذين ماتوا، كما أن الاختيار المبكر للصنف يؤدي إلى مزيد من الدخل بتقدم المدخنين في السن.

ونشير إلى أنه، إذا كانت الشركات تركز على صغار السن، فإن وسيلتها في ذلك هي الخداع الإعلاني أو الإعلان المضلل، ويقصد به الإعلان الذي يكون من شأنه خداع المستهلك، حيث يصاغ في عبارات تؤدي إلى خداعه؛ فهو إذا يقع بين الإعلان الصادق والإعلان الكاذب، وهو يشكل جريمة اقتصادية.

تعتبر أرقام انتشار ظاهرة التدخين في سن المراهقة مقلقة لارتفاعها ففي الولايات المتحدة نصف الطلاب يدخنون بالفعل، وأثبتت الدراسات أنه ما يقارب ربع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و17 عامًا هم مدخنون عاديون.

في حين أظهرت دراسة أجريت في هولندا أنه 24% من الأطفال في سن 12 سنة هم مراهقين يدخنون بالفعل، و35% منهم يبلغون سن 13 سنة مدخنين، و43% منهم يبلغون سن 14 سنة مدخنين؛ بينما في عمر 12 سنة أثبت أنه 1% منهم يدخنون يوميًا، في حين يرتفع هذا الرقم إلى 12% لمن هم في سن 14 سنة.

أظهرت دراسة نشرت في فرنسا في عام 2004 أن نسبة المدخنين تزداد بشكل كبير لدى

الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-13 و 18 سنة، (4 إلى 43% مدخنين ذكور) و(4 إلى 45% مدخنات إناث)؛ إن نسبة المدخنين الذين يدخنون (أكثر من 10 سيجارة في اليوم) مرتفعة لدى المراهقين البالغ عمرهم 18 سنة مقارنة بمن هم في سن 17، تماما بالنسبة للمدخنين يوميا.

يتطور إدمان التبغ بسرعة بين المدخنين الشباب. يصبح نصف المدخنين المراهقين مدمنين على التبغ عندما يدخنون سبع سجائر في الشهر. ومع ذلك، يصبح البعض كذلك عندما يدخنون سيجارة أو سيجارتين في الشهر (Di Franza et al,2007).

أشار باهصي والوادي (2014) إلى إجراء وزارة الصحة دراسة استقصائية وطنية شاملة داخل المملكة العربية السعودية إحصائيات آفة التدخين ضمن برنامج مكافحة التدخين في عام 2005 تضمنت أسئلة حول التبغ حيث "كان معدل انتشار التدخين بين صفوف المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (15-24 سنة) 8.6% منهم 16,1% ذكور و0,8% إناث" (ص14).

وأظهرت دراسة (مسح الشباب العالمي للتبغ G.Y.T.S) حول تدخين لدى فئة الشباب بالجزائر تم إجراؤه في المدارس التي تضم التلاميذ التي تتراوح أعمارهم بين 13 و 15 سنة، بدعم من OMS و CDC Atlanta عام 2007 أن نسبة التلاميذ المدخنين حسب العمر والجنس والولاية كالآتي:

جدول رقم (7): يبين نسبة التلاميذ المدخنين حسب العمر والجنس والولاية في الجزائر سنة

2007

العمر	الولاية		
	قسنطينة	سطيف	وهران
13 سنة	17,3%	19,6%	13,1%
14 سنة	17,8%	20,3%	12,6%
15 سنة	23,6%	25,7%	21,2%
الجنس	أنثى	6,4%	4,4%
	ذكر	40,2%	43,2%
المجموع	20,2%	22,6%	16,6%

(G.Y.T.S ALGERIE ,2007,p15)

نلاحظ مما سبق أن نسب انتشار سلوك التدخين لدى الراشدين أو المراهقين في ارتفاع مستمر خاصة في البلدان النامية مثل الجزائر، وهذا عائد للكثير من الأسباب والعوامل المساعدة في تفاقم هذه

الظاهرة يجب على المختصين دراستها والحد منها، فهو بدوره لا يضر بالصحة الفردية فحسب، وإنما يتعداها إلى الضرر المجتمعي الواسع، الذي يستدعي من الأفراد والجماعات والمؤسسات العامة والخاصة، أن تسرع في دق ناقوس الخطر لحماية الأجيال المتعلمة الصاعدة، التي تمثل مستقبل البلاد والعباد، ليس من ناحية الصحة الجسدية فقط، وليس من الجوانب المالية فحسب، بل ومن النواحي الإنتاجية الفعلية قبل هذا وذاك.

9- الأضرار والآثار السلبية الناجمة عن سلوك التدخين:

9-1- أضرار سلوك التدخين على الجهاز التنفسي:

تتكون الرئتين من مئات الحويصلات الهوائية الصغيرة وجدران هذه الحويصلات محاطة بالشعيرات الدموية التي تقوم بتبادل الأكسجين وثنائي أكسيد الكربون مع المحيط، تتأثر هذه الحويصلات بالمواد الضارة الموجودة بالدخان، حيث يحدث تدمير للعديد من الخلايا المبطنة للشعيرات الدموية، وهناك نوعان من هذه الخلايا إحداها مفرزة للمخاط الذي يعمل كمصيدة الأجزاء الغريبة الداخلة مع الهواء أثناء الاستنشاق وأخرى تسمى الخلايا الهدبية، لها أهداب توجد على سطح الخلايا تتحرك حركة منتظمة للمساعدة في طرد الأجسام الغريبة للخارج، وقد تأكد أن التدخين يؤثر على هذه الخلايا حيث أن المواد الموجودة في التبغ من نيكوتين وقطران تؤدي إلى تثبيط الخلايا الهدبية ثم تخریبها، كما تؤثر على الخلايا المفرزة للمخاط بحيث يزداد إفرازها بدرجة كبيرة وبالتالي يتجمع السائل المخاطي في الممرات الهوائية مما يضطر المدخن للسعال الشديد لإخراج هذا المخاط (وهو أول أعراض التهاب القصبات الهوائية) (S.shabé et al, 2001)؛ وهذا ما يدعى بالتهاب الشعب الهوائية المزمن: الذي يتمثل في فرط مزمن في إفراز المخاط.

وهذا السعال المزمن الناتج عن إفراز المخاط والتهابات الصدر يؤدي إلى ضعف وظيفة الرئتين، وارتفاع نسبة الإصابة بالتهاب الشعب المزمن الأمفيزيما أو تمدد الرئتين هي حالة تنتج من انفجار حويصلات الرئتين نتيجة لسعال المزمن فيحبس الهواء داخل تجاويف الرئة فيشعر المصاب بصعوبة في الزفير وضيق في التنفس أثناء الراحة والمجهود. ويؤدي تمدد الرئتين إلى فشل القلب على المدى الطويل، وتكثر هذه الحالة بصورة خاصة بين مدخني السجائر أكثر منها بين مدخني الغليون والسيجار. (الدرماش، 1982، ص173)؛ وهذا ما يسمى بمرض الانسداد الرئوي المزمن: حيث يؤدي إلى

فقدان وظائف الرئة بشكل دائم، مما يسبب ضيق النفس وعدم القدرة على ممارسة الرياضة والحاجة المتكررة للأكسجين.

9-2- أضرار سلوك التدخين على القلب:

يؤدي سلوك التدخين إلى أمراض شرايين القلب والجلطة ويبلغ عدد الوفيات السنوية من أمراض القلب نصف مليون نسمة يتسبب التدخين في 25 % منها، وهو من أهم أسباب الوفيات في الولايات المتحدة وأوروبا. ويؤدي التدخين إلى تراكم الدهون في جدران الشرايين وضيقها وتخثر الدم على أماكن التراكم فتتكون بذلك الجلطة. وقد أثبت الأطباء البريطانيون أن احتمال وفاة المدخنين الذين نقل أعمارهم عن 65 سنة من جلطة القلب ضعف احتمال وفاة غير المدخنين من نفس الحالة. (الدرماش، 1982، ص172)

كما يعتبر التدخين سببا قويا للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وهو السبب في 30% من الوفيات في الفئة العمرية بين 35 إلى 69 سنة وتبلغ نسبة المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ثلاثة أضعاف مقارنة مع غير المدخنين، وباجتماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب كارتفاع الكوليسترول يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض ارتفاع الضغط الشرياني (S.shabé et al,2001).

فللتدخين تأثيرات مباشرة على القلب ووظائفه، حيث يضعف التدخين الطاقة الجسمية، وتتنخفض القوة القلبية، وتزداد سرعة دقات القلب، مما يؤدي إلى عدم انتظام دقاته، كما يسبب التدخين الذبحة الصدرية، وهي عبارة عن ألم يصيب الشخص في صدره من الناحية اليسرى، نتيجة لنقص تزويد القلب بالدم بواسطة الشرايين الإكليلية، ويحصل ذلك نتيجة جهد كبير أو انفعالات أو نتيجة للتدخين، وهذا الألم حاد جدا يشبه طعنة السكين، ويصعب معه التنفس وأحيانا يمتد الألم إلى اليد اليسرى وإلى الذقن ونادرا ما يمتد إلى اليد اليمنى. وربما تستمر هذه النوبة عدة دقائق وربما تستمر لساعات، وإذا ازدادت كمية نقص التروية للقلب فإنها تؤدي إلى احتشاء العضلة القلبية (الجلطة) وربما يؤدي ذلك إلى موت عضلة القلب. (الريضي، 2015، ص332)

9-3- أضرار سلوك التدخين على الجهاز العصبي:

من المعروف أن النيكوتين يؤثر على الأعصاب، وله تأثير مباشر على الجهاز العصبي، وهذا

ما نشاهده على المدخنين من خلال الاضطرابات العصبية، واضطراب الذاكرة، والارتعاش في الأطراف، والتهاب الأعصاب، كما أن لاستمرارية التدخين تأثير مباشر على تلف الأعصاب وخاصة عند هؤلاء المدخنين، الذين يعملون في أعمال ذهنية شاقة، والذين تقلق نفوسهم وأعصابهم للأحداث المثيرة الجاذبة للانتباه لا بل الخطيرة منها. هناك من يتذرع لقول أن العباقرة كانوا يقبلون على التدخين بصورة كبيرة، ولو أن التبغ أو التدخين يضر ليتلف أعصاب هؤلاء العباقرة، باعتقادنا لو أن هؤلاء العباقرة أقلعوا عن التدخين لكان عطاؤهم أوسع وأكبر لما قدموا للبشرية.

هناك علاقات بين النيكوتين وأنسجة العصب والغدد العصبية والجهاز العضلي، وإذا كانت هذه العلاقة غير منتظمة مضطربة سوف يؤدي ذلك إلى حدوث الرجفان وعدم الثبات. فتأثير النيكوتين الأول هو التهيج تأتي بعده حالة جديدة لا تستطيع تحريك حركات العصب أن تستمر في عملها أكثر مما كانت عليه، وهذا يؤدي إلى شلل التركيب الذي تزوده الدورة العصبية. كل هذه التأثيرات تأتي بصورة معاكسة عما هو سائد بين الناس وهو أن التدخين يعمل على تهدئة الأعصاب. (الريضي، 2015، ص332)

9-4- أضرار سلوك التدخين على الجهاز العضلي:

يحتاج الجهاز العضلي إلى كمية إضافية من الأكسجين عند قيامه بأي جهد، وسبق أن ذكر أن الإنسان المدخن أقل قدرة وإمكانية على أداء جهد معين من الإنسان الغير المدخن. لأن دم المدخن أقل قدرة على حمل الأكسجين، نتيجة اتحاد هيموجلوبين الدم مع أكسيد الكربون، مكونا مركبا اسمه كربوكسي هيموجلوبين، وللنيكوتين تأثير كلي أو جزئي في سد المحركات العصبية عند نقطة ملتقى الخطوط بين الأنسجة العصبية والعضلات. ولكي يتقلص العضل ينبغي أن يتسلم إشارات عصبية من الدماغ أو من الحبل الشوكي، فحين يتسلم الجهاز العضلي هذه الإشارات العصبية تتكتم العضلة وتتقلص، وهذا لا يعطي الجهاز العضلي القوة المطلوبة لأداء المهارات الحركية. وعادة ما تمر الإشارات العصبية فورا من النسيج العصبي إلى العضل، وهكذا تسبب استجابات سريعة في كل الأجزاء، يكون التأثير الأول للنيكوتين على العضلة هو التهيج، غير أن تأثير هذا التهيج يتبعه حالا ركود وخمول، ويستمر هذا الخمول إلى أن يصل لحالة الانحطاط. (الريضي، 2015، ص341)

9-5- أنواع السرطانات التي يسببها سلوك التدخين:

يسبب سلوك التدخين العديد من أنواع السرطانات أهمها:

- سرطان الرئة.

- سرطان المرئ.

- سرطان عنق الرحم.

- سرطان المعدة.

- سرطان القولون والمستقيم.

- سرطان الدم النخاعي الحاد.

- سرطان الكبد (مؤسسة الحسين للسرطان، 2013، ص32).

- سرطان الحنجرة والفم.

- سرطان الكلى والمثانة.

- سرطان البنكرياس.

فنسبة الإصابة بالسرطان بين المدخنين تعادل 5-15 أمثال النسبة الموازية بين غير المدخنين. (الدرماش، 1982، ص172)؛ وأفضل وقاية من هذه الأنواع من السرطان ألا يدخن الإنسان أصلاً أو أن يقلع إذا كان مدخناً.

في حين يرى (أرناؤوط) أن العوامل التالية تلعب دوراً مهماً في الإصابة بأمراض التدخين:

- مدة التدخين: فكلما زادت مدة التدخين زاد الضرر الناتج.

- عمق استنشاق الدخان: فكلما زاد استنشاقه زاد الضرر أكثر.

- طول السجارة والعقب: فكلما زاد طول السجارة زاد الضرر وكلما طول "العقب" كلما قل

الضرر نوعا ما.

- نسبة احتواء السجارة على مضاعفات التبغ.

- وجود فلتز من عدمه في السجارة. (مصطفى، 2008، ص17)

ونخلص من كل ما تقدم إلى أن سلوك التدخين يعتبر من بين أخطر المشكلات السلوكية في المجتمع عامة وعند الشباب والمراهقين خاصة، فهو ظاهرة لها خطرها على الفرد والمجتمع معا، حيث تتسبب في الكثير من الآثار السيئة على الصحة، فالعديد من البحوث والدراسات اتجهت نحو الكشف عن هذه الأضرار التي تحدثها داخل المجتمع؛ سواء على المدى القريب أو على المدى البعيد، وفي كل يوم تزداد قائمة الأمراض الناجمة عنه بشكل مروع.

وأما كسلوك فهي تعد ظاهرة بالغة التعقيد تدمر جيل كامل من الشباب وتجعله غير سوي وغير صالح لبناء حياته ولا لبناء مجتمعه، بل تجعله فرد ضار وعنصر فاسد في ثنايا المجتمع الذي يعيش فيه، ومن الملاحظ في الآونة الأخيرة انتشار هذه الظاهرة بشكل واسع بين صفوف المراهقين وتلاميذ الثانويات، فبالرغم من وعيهم بمدى ضرر هذه المادة إلا أنهم عاجزين عن التخلي عنها وهذا عائد لأسباب منها مادة الدخان ذاتها، أو في الفرد المدخن نفسه، أو تدخل مجموعة من المتغيرات النفسية والاجتماعية، وسمات الشخصية التي تبدأ بتعرضهم لهذه الخبرة وانغماسهم فيها، بالإضافة إلى علاقات المراهق المدخن بغيره من أفراد المجتمع، خاصة مجتمع الأقران.

وفي النهاية يجب على المختصين الالتفات لعظم هذا الضرر فيسعون إلى الحلول والاستراتيجيات التي تشجع المدخن على الإقلاع عن هذه العادة السيئة التي تضر بصحته وقد تؤدي به إلى الموت المحتوم، ناهيك عن الآثار السلبية والبيئية على المجتمع بأكمله.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

1- منهج الدراسة

2- حدود الدراسة

3- عينة الدراسة

3-1- عينة الدراسة الاستطلاعية

3-2- عينة الدراسة الأساسية

4- أدوات الدراسة

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية

يهدف الجانب الميداني من الدراسة إلى تكملة الجانب النظري، فهو وسيلة لنقل مشكلة الدراسة وتصورات الباحث إلى الميدان بغية توضيحها وتحديدتها وتبيان جوانبها، لذا تطرقت الطالبة الباحثة في هذا الفصل إلى المنهج المستخدم في الدراسة الحالية، خطوات اختيار عينة الدراسة وأهم خصائصها، كما تطرقت إلى أدوات الدراسة، وحدود الدراسة الزمنية والمكانية، والخطوات الإجرائية لتطبيق الخطة العلاجية، لينتهي بالأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

1- منهج الدراسة:

نظرا لكون الدراسة الحالية تسعى لمعرفة فعالية خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي (كمتغير مستقل) في خفض درجة سلوك التدخين (كمتغير تابع)، فإن المنهج الذي تم اعتماده في هذه الدراسة هو المنهج التجريبي. لأنه يتناسب مع طبيعة المشكلة ويحقق أهداف الدراسة، إلا أنه في الكثير من الأحيان لا تتوفر شروط التجريب الكاملة أمام الباحث، فيلجأ إلى أحد تصاميمه التي قد تكون شبه تجريبية والتي تعتمد على القياس القبلي والبعدي والتتبعي للمجموعة الواحدة.

2- حدود الدراسة:

في ضوء الأهداف التي تسعى الخطة العلاجية إلى تحقيقها، يتم تنفيذ الخطة العلاجية ضمن الحدود التالية:

1-2- الحدود الزمنية: تم الشروع في تطبيق إجراءات الخطة العلاجية ابتداء من تاريخ 2021/01/11 إلى غاية 2021/02/24، كما تم إجراء القياس التتبعي بتاريخ 2021/04/11، وتجدر بنا الإشارة إلى أنه تم الإعلان عن إجراء الدراسة وإعلام التلاميذ المدخنين لمن يرغب في المشاركة وإجراء القياس القبلي بتاريخ 2021/01/06.

2-2- الحدود المكانية: تم تطبيق الخطة العلاجية في ثانوية الشهاب بدائرة العلمة ولاية سطيف - (مكان إقامة الطالبة الباحثة) بعد الحصول على ترخيص بالزيارة الميدانية من طرف مدير الثانوية (أنظر الملحق رقم 1) .

3- عينة الدراسة:

3-1- العينة الاستطلاعية: كان الهدف من هذه العينة هو حساب الخصائص السيكومترية

للمقاييس التالية (أدوات الدراسة):

- مقياس الاعتماد على السجائر «CDS-12» Cigarette Dépendance Scale .

- مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ Test de HONC (Hooked on Nicotine

. Checklist)

وقد اعتمدنا على عينة قوامها (250) مدخن متمدرس بثانوية الشهاب ولاية سطيف للموسم

الدراسي 2020 / 2021، تم اختيارها بطريقة قصدية، ويمكن توضيح خصائص هذه العينة

الاستطلاعية كما يلي:

3-1-1- توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والسن والمستوى الدراسي:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والسن والمستوى الدراسي

وهي موزعة كالاتي:

جدول رقم (8): توزيع العينة الاستطلاعية حسب الجنس

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	250	100%

نلاحظ من الجدول رقم (8) أن جميع أفراد العينة ذكور بعدد بلغ 250 مدخن متمدرس بنسبة

بلغت 100% وهو العدد الإجمالي لعينة الدراسة الاستطلاعية ككل.

جدول رقم (9): توزيع العينة الاستطلاعية حسب السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
16 سنة	60	24%
17 سنة	77	30.8%
18 سنة	100	40%
19 سنة	13	5.2%
المجموع	250	100%

نلاحظ من الجدول رقم (9) أن عدد أفراد العينة الذين بلغ سنهم 16 سنة هو 60 بنسبة تقدر بـ 24%، وعدد الذين بلغ سنهم 17 سنة هو 77 بنسبة 30.8%، أما عدد الذين بلغ سنهم 18 سنة فهو 100 بنسبة قدرت بـ 40% وهي النسبة الأكبر، وعدد الذين بلغ سنهم 19 سنة هو 13 بنسبة 5.2% وهي النسبة الأقل في المجموعة.

جدول رقم (10): توزيع العينة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى الدراسي
26%	65	أولى ثانوي
34.8%	87	ثانية ثانوي
39.2%	98	ثالثة ثانوي
100%	250	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (10) أن 65 من أفراد العينة مستواهم الدراسي أولى ثانوي بنسبة قدرت بـ 26%، و 87 منهم مستواهم الدراسي ثانية ثانوي بنسبة 34.8% وهي النسبة الأقل، و 98 منهم مستواهم الدراسي ثالثة ثانوي بنسبة مقدارها 39.2% وهي النسبة الأكبر.

3-2- العينة الأساسية: تم اختيار عينة الدراسة الحالية بطريقة قصدية لتخدم أغراض البحث، وذلك من المدخنين المتمدرسين -بتأوية الشهاب العلة-، ولقد شملت عينة الدراسة 6 تلاميذ مدخنين تم اختيارهم حسب الدرجات التي حصلوا عليها في مقياس الاعتماد على السجائر، ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، حيث اتضح أن لديهم درجة متوسطة من الإدمان على التبغ. وقد تم اختيارهم ممن يعانون إدماناً متوسطاً على التبغ لتحقيق التجانس داخل العينة وأيضاً من حيث السن، الشعبة، المستوى الدراسي، واشتراكهم في توقيت مدرسي واحد. (مع الإشارة لتوفر الرغبة لدى أفراد العينة للخضوع للخطة العلاجية والرغبة في الإقلاع عن التدخين والاستعداد للالتزام والانضباط).

3-2-1- توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير(الجنس، السن، المستوى التعليمي، الشعبة):

جدول رقم (11): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغيرات كل من الجنس، السن، المستوى التعليمي، الشعبة:

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	06	100%
السن	06	100%
المستوى الدراسي	06	100%
الشعبة	06	100%

يتضح من الجدول السابق أن جميع أفراد العينة جنسهم ذكر وسنهم 17 سنة، ومستواهم التعليمي سنة ثانية ثانوي، ويدرسون شعبة العلوم التجريبية وذلك بنسبة 100% لجميع المتغيرات.

4- أدوات الدراسة:

اعتمدت الطالبة الباحثة في الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات تمثلت في ما يلي:

- مقياس الاعتماد على السجائر «CDS-12» (Cigarette Dépendance Scale). (أنظر الملحق رقم 2)

- مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ Test de HONC (Hooked on Nicotine Checklist). (أنظر الملحق رقم 3)

- الخطة العلاجية (إعداد الطالبة الباحثة).

- تم اختيار أدوات الدراسة: كون مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ يقيس مستوى الاستقلال الذاتي للاعتماد على النيكوتين، فعند بداية فقدان الاستقلالية لدى المدخن اتجاه مادة التبغ أي عندما تظهر عواقب استخدام التبغ الجسدية منها أو النفسية عائقاً أمام الإقلاع عن التدخين، يبدأ الاعتماد على النيكوتين الذي يقيسه مقياس الاعتماد على السجائر، وبالتالي المقياسين يقيسان درجة الإدمان على التبغ.

وثانياً لأن مجموع البنود والعبارات لكل منهما تمس بدرجة كبيرة وبصفة مباشرة المعايير والمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) لتشخيص الاعتماد على التبغ وهي كالآتي:

الدليل التشخيصي والإحصائي لتشخيص الخامس (DSM-5) يتم تشخيص الاعتماد على التبغ إجرائياً عندما تتوفر ثلاثة أو أكثر من المحكات التشخيصية الآتية:

1. استخدام كميات كبيرة من المخدر ولفترة طويلة عن المعتاد.
 2. استمرار الرغبة والحاجة للتدخين، وفشل في محاولات التوقف عن تعاطي التبغ أو السيطرة عليه.
 3. الرغبة الشديدة والقوية في تعاطي التبغ.
 4. استخدام التبغ بشكل قصدي لمواجهة المشكلات الطبية، والأسرية، والاجتماعية.
 5. الاستخدام المتكرر للتبغ يؤدي إلى الفشل في الالتزام بالدور الأساسي في الحياة اليومية كالعمل أو المدرسة، أو المنزل.
 6. التوقف عن ممارسة النشاطات الاجتماعية والأسرية والترفيهية أو التقليل منها بسبب الرغبة القاهرة للمخدر.
- الاستمرار في التدخين رغم المعرفة المسبقة بأضراره، ورغم المعاناة بسببه من مشكلات جسمية وفسولوجية، قد تكون خطيرة في كثير من الأحيان.
- تعاطي التبغ المتكرر في المواقف التي يشكل فيها خطراً على الجسم (مثل التدخين في السرير).

3- التحمل: يتحدد بما يلي:

- أ- ويتمثل في حاجة المدخن إلى زيادة كمية التبغ المدخنة للحصول على التأثير المطلوب مقارنة بالمراحل الأولى من التدخين.
 - ب- أو وجود تناقص ملحوظ في التأثير الذي يحدثه التبغ مع الاستمرار في تدخين نفس الكمية.
- 4- الاعتماد العضوي (أعراض الانسحاب): ويحدث ذلك نتيجة التوقف المفاجئ أو التقليل من

الكمية المدخنة وذلك بعد الاستمرار في التدخين عدة أسابيع متتالية على الأقل، وتظهر هذه الأعراض في صورة معاناة من بعض المشاعر النفسية كالقلق والاكتئاب والإحباط ونوبات الغضب وصعوبة التركيز، وكذلك بعض الأعراض الفسيولوجية كفقدان الشهية والأرق وزيادة الوزن وانخفاض سرعة ضربات القلب. (APA,2013, 571-577)

4-1- مقياس الاعتماد على السجائر «CDS-12» (Cigarette Dépendance Scale) :

لإعداد هذا المقياس في صورته الأجنبية تم تطبيق استبيان مكون من (114) بند على (3009) مدخن، وتم عمل إعادة للاختبار على مجموعات فرعية بعد 18 يوم (ن=578) وتم عمل متابعة للبيانات بعد 45 يوم (ن=990) ونتج عن هذه الدراسة مقياس مكون من 12 بندا أطلق عليه مقياس الاعتماد على السجائر-12 (CDs-12)، وهناك نسخة مختصرة منه أطلق عليها مقياس الاعتماد على السجائر-5 (CDs-5). ويغطي مقياس الاعتماد على السجائر-12 المكونات الرئيسية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-V، والتصنيف العالمي العاشر للاضطرابات النفسية لتعريف الاعتماد، وهي القهر، أعراض الانسحاب، فقدان التحكم أو السيطرة، توزيع الوقت، إهمال النشاطات الأخرى، والاستمرار رغم الضرر. ويتسم مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 والنسخة المصغرة منه بثبات عن طريق إعادة الاختبار ($r \geq 0,83$) واتساق داخلي مرتفع (ألفا كرونباخ $\geq 0,84$) وتبين من نتائج الدراسات السابقة أن درجات مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 مرتفعة لدى المدخنين الذين يدخنون بطريقة منتظمة مقارنة مع المدخنين الآخرين (Perneger, 2003, & Etter, LeHouezec).

ويتكون المقياس من 12 بندا، مقسم على جزئين: الجزء (أ) مكون من (4) بنود وكل بند يقابله خمسة بدائل وعلى المبحوث أن يختار البديل الأكثر انطباقا عليه والدرجة على هذا الجزء تتراوح من (1) إلى (5) والبند الثالث والرابع يعتبران من البنود المعكوسة بمعنى أنه إذا اختار المبحوث الإجابة رقم (1) فسوف يحصل على 5 درجات وليس درجة واحدة كما في البنود الأول والثاني، أما الجزء الثاني من الاختبار وهو الجزء (ب) فيتكون من (8) بنود يجاب عنها باستخدام مقياس ليكرت متدرج الشدة مكون من 5 درجات لتحديد درجة اتفاق المبحوث مع العبارة؛ إذ تشير الدرجة (1) إلى أن البند لا ينطبق تماما، بينما تشير الدرجة (5) إلى تمام انطباق البند على المبحوث. وبهذا تتراوح الدرجة

الكلية على هذا المقياس ما بين 12 إلى 60 درجة.

مفتاح التصحيح في المقياس:

الجدول رقم (12): يوضح توزيع درجات مقياس الاعتماد على السجائر وتفسير النتائج

درجات المقياس	التفسير
أقل أو يساوي 24 نقطة	إدمان معتدل
ما بين 25 إلى 44 نقطة	إدمان متوسط
45 نقطة أو أكثر	إدمان مرتفع

مدى درجات المقياس تتراوح بين (12 - 60) درجة.

4-2- مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ: Test de HONC (Hooked on

: Nicotine Checklist)

مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ HONC هو اختبار مكون من 11 عبارات تستخدم لتحديد بداية وقوة الاعتماد على التبغ. تم تصميمه لتحديد المرحلة التي يفقد فيها المراهق الاستقلال الكامل عن تعاطي التبغ. فالاعتماد على النيكوتين يبدأ عند فقدان الاستقلالية أي عندما تظهر عواقب استخدام التبغ سواء كانت جسدية أو نفسية، عائقا أمام الإقلاع عن التدخين.

جاء هذا المقياس لاختبار نظرية الاستقلال الذاتي للاعتماد على النيكوتين ليقاس بذلك فقدان الاستقلالية عن استخدام التبغ؛ لإعداد الاختبار في صورته النهائية وتقييمه طبق في دراسة طويلة المدى مدتها (30 شهرا) لمجموعة مكونة من 679 تلميذ في الصف السابع؛ يتسم مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ بثبات وجد عن طريق إعادة الاختبار (0,65) عند مستوى دلالة (0.01) واتساق داخلي مرتفع حيث بلغ (0,79) عند مستوى دلالة (0.01) وتبين من نتائج الدراسة السابقة أن المقياس يتمتع بصدق يبلغ (0.94) (Joseph, Judith A, Kenneth, Jjudith k, Nancy, (0.94) (Ann,Mardia2002).

يتكون المقياس من 11 بندا، مقسم إلى جزأين: الجزء (أ) مكون من (6) بنود وكل بند يجاب

عنه ب (نعم) أو (لا) وعلى المبحوث أن يختار الاستجابة الأكثر انطباقا عليه؛ أما الجزء الثاني من المقياس وهو الجزء (ب) فيتكون من (5) بنود يجاب عنها ب (نعم) أو (لا) أيضا.

مفتاح التصحيح في المقياس:

الجدول رقم (13) يوضح توزيع درجات مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ

وتفسير النتائج

درجات المقياس	التفسير
0 أي لا توجد إجابة بنعم	استقلالية كاملة في استهلاك التبغ
1-7 درجة	فقدان الاستقلالية المرتبطة باستهلاك التبغ وبدء الاعتماد على النيكوتين
7 درجات أو أكثر	فقدان الاستقلالية المرتبطة باستهلاك التبغ مرتفعة وبالتالي إدمان مرتفع

مدى درجات المقياس تتراوح بين (1-11) درجة.

4-2-1- خطوات ترجمة المقياسين:

قامت الطالبة الباحثة بترجمة أدوات الدراسة باستخدام الترجمة عبر الثقافية التي وصفها سبربير وآخرون (Sperber, Devellis, & Boehleck, 1994).

حيث تم ترجمة النسخة الأصلية للمقياسين باللغة الفرنسية (نسخة أ) إلى اللغة العربية حيث قام بالترجمة أخصائية نفسية وخبراء في الترجمة، تمت مناقشة الترجمات واستخراج نسخة نهائية معربة (نسخة ب)؛ ثم قام أخصائيون في علم النفس وخبراء في الترجمة بترجمة النسخة العربية (ب) إلى اللغة الفرنسية مجدداً، لنحصل بذلك على (نسخة ج)، ثم تمت مقارنة النسخة الأصلية للمقياسين (النسخة أ) ب (النسخة ج) بغرض مقارنة اللغة والتشابه في التفسير، باستخدام أداة التصنيف التي طورها سبربير وزملاؤه (Sperber et al, 1994) من قبل 6 محكمين منفصلين من أساتذة جامعيين وأخصائيين نفسانيين. (أنظر الملحق رقم 4)

البنود التي تحصلت على تقييم مساوي أو أكبر من 3 تم إعادة النظر فيها، وترجمتها من طرف أستاذ جامعي محاضر ب. تخصص علم النفس العيادي متمكن من اللغتين الفرنسية والعربية.

مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ تطلب إعادة النظر لثلاث بنود إذ تحصلت على تقييم أعلى من (3) فيما يخص مقارنة اللغة وتشابه التفسير، والمتمثلة في البنود (2، 3، 10) حيث تم النظر فيها وإعادة ترجمتها.

أما فيما يخص مقياس الاعتماد على السجائر فقد تحصل خمس بنود منه على تقييم أعلى من (3) فيما يخص مقارنة اللغة وتشابه التفسير، وهي البنود التالية (5، 7، 9، 10، 12) حيث تم النظر فيها وإعادة ترجمتها.

4-2-2- حساب الخصائص السيكومترية: لحساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة المستخدمة في الدراسة الحالية، تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة مكونة من (250) فرد.

4-2-2-1- حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الاعتماد على السجائر (Cigarette Dependence Scale):

4-2-2-1- الصدق: قمنا بالاعتماد على صدق الاتساق الداخلي لمقياس الاعتماد الإدمان على السجائر حيث قمنا بحساب معامل الارتباط بين كل البنود مع المحور الأول والبنود مع المحور الثاني، وحساب الارتباط بين المحاور الرئيسية والدرجة الكلية للمقياس.

وقد اختلف الباحثون بشأن اعتبار الاتساق الداخلي نوعاً من أنواع الصدق، حيث ترى أنستازي أن الاتساق الداخلي أحد طرق حساب صدق التكوين، وتعزي هذا إلى أن الاتساق الداخلي يقيس التجانس، ويحدد هذا التجانس خصائص المجال السلوكي أو السمة التي يقيسها الاختبار، ومن ثم فإن درجة تجانس الاختبار تتعلق بمقدار ما بصدق التكوين (فرج، 2007، 285). ومن ثم يمكن اعتبار الاتساق الداخلي مؤشراً للصدق وليس معامل صدق أساسي يمكن الاحتكام إليه.

ففي حالة ما إذا كان الاختبار يتكون من عدد من المقاييس الفرعية فيمكن حساب الاتساق الداخلي من خلال ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للاختبار (فرج، 2007، 284). وتم حساب الاتساق الداخلي للمقياس الحالي من خلال حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية، كما هو موضح في الجدول التالي:

- صدق الاتساق الداخلي:

جدول رقم (14): يوضح معاملات الارتباط لصدق الاتساق الداخلي لبنود المحور الأول لمقياس الاعتماد على السجائر.

المجموع الكلي للمحور الأول	البند الرابع	البند الثالث	البند الثاني	البند الأول		
				--	معامل ارتباط بيرسون	البند الأول
				250	حجم العينة	
			--	0,458**	معامل ارتباط بيرسون	البند الثاني
				0,001	قيمة الدلالة	
			250	250	حجم العينة	
		--	0,485**	0,388**	معامل ارتباط بيرسون	البند الثالث
			0,001	0,001	قيمة الدلالة	
		250	250	250	حجم العينة	
	--	0,367**	0,286**	0,350**	معامل ارتباط بيرسون	البند الرابع
		0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
	250	250	250	250	حجم العينة	
--	0,626**	0,773**	0,752**	0,782**	معامل ارتباط بيرسون	المجموع الكلي للمحور الأول
	0,001	0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
250	250	250	250	250	حجم العينة	

** الارتباط دال عند مستوى دلالة $\alpha=0.01$.

يظهر من نتائج الجدول رقم (14) أن قيم معامل الارتباط بين بنود المحور الأول تتراوح ما بين 0.286 و 0.485 كما أن الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.01$ كما بلغ معامل الارتباط بين البند الأول والدرجة الكلية للمحور الأول 0.782، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين البند الثاني

والدرجة الكلية للمحور الأول 0.752، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين البند الثالث والدرجة الكلية للمحور الأول 0.773، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين البند الرابع والدرجة الكلية للمحور الأول 0.626، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع باتساق داخلي في محوره الأول.

جدول رقم (15): يوضح معاملات الارتباط لصدق الاتساق الداخلي لبنود المحور الثاني

لمقياس الاعتماد على السجائر.

B8	B7	B6	B5	B4	B3	B2	B1		
							0,481**	معامل ارتباط بيرسون	B2
							0,001	قيمة الدلالة	
							250	حجم العينة	
						0,611**	0,407**	معامل ارتباط بيرسون	B3
						0,001	0,001	قيمة الدلالة	
						250	250	حجم العينة	
					0,578**	0,536**	0,432**	معامل ارتباط بيرسون	B4
					0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
					250	250	250	حجم العينة	
				0,561**	0,585**	0,577**	0,461**	معامل ارتباط بيرسون	B5
				0,001	0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
				250	250	250	250	حجم العينة	
			0,604**	0,631**	0,641**	0,570**	0,408**	معامل ارتباط بيرسون	B6
			0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
			250	250	250	250	250	حجم العينة	
		0,691**	0,750**	0,566**	0,599**	0,586**	0,380**	معامل	B7

								ارتباط بيرسون	
		0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
		250	250	250	250	250	250	حجم العينة	
	0,420**	0,361**	0,468**	0,393**	0,435**	0,376**	0,355**	معامل ارتباط بيرسون	B8
	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
	250	250	250	250	250	250	250	حجم العينة	
	0,599**	0,830**	0,817**	0,826**	0,777**	0,806**	0,780**	معامل ارتباط بيرسون	المجموع الكلي للمحور الثاني
	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	قيمة الدلالة	
	250	250	250	250	250	250	250	حجم العينة	

** الارتباط دال عند مستوى دلالة $\alpha=0.01$.

يظهر من نتائج الجدول رقم (15) أن قيم معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس على مستوى المحور الثاني تتراوح ما بين 0.355 و 0.750، كما أن الارتباط دال عند مستوى دلالة $\alpha=0.01$ ، بينما بلغ معامل الارتباط بين البند الأول والدرجة الكلية للمحور الثاني 0.637، في حين بلغ معامل الارتباط بين البند الثاني والدرجة الكلية للمحور الثاني 0.780، بينما بلغ معامل الارتباط بين البند الثالث والدرجة الكلية للمقياس 0.806، كما بلغ معامل الارتباط للبند الرابع والدرجة الكلية للمحور الثاني 0.777، كما بلغ معامل الارتباط بين البند الخامس والدرجة الكلية للمحور الثاني 0.826، كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين البند السادس والدرجة الكلية لمحور الثاني 0.817، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين البند السابع والدرجة الكلية للمحور الثاني 0.830، كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين البند الثامن والدرجة الكلية للمحور الثاني 0.599، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع باتساق داخلي في محوره الثاني.

جدول رقم (16): يوضح معاملات الارتباط لصدق الاتساق الداخلي لمقياس الاعتماد على السجائر

المحور الثاني	المحور الأول		
	0,725**	معامل ارتباط بيرسون	المحور الثاني
	0,001	قيمة الدلالة	
	250	حجم العينة	
0,974**	0,863**	معامل ارتباط بيرسون	المجموع الكلي للمقياس
0,001	0,001	قيمة الدلالة	
250	250	حجم العينة	

** الارتباط دال عند مستوى دلالة $\alpha=0.01$.

يظهر من نتائج الجدول رقم (16) أن قيمة معاملات الارتباط لمقياس الاعتماد على السجائر كلها دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة معاملات الارتباط بين المحور الأول والمحور الثاني 0,725، كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين المحور الأول والدرجة الكلية للمقياس 0,863، كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين المحور الثاني والدرجة الكلية للمقياس 0,974، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع باتساق داخلي وبالتالي فالمقياس صادق.

4-2-2-1-2- الثبات: من أجل التحقق من ثبات مقياس الاعتماد على السجائر اعتمدنا على أسلوب ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي.

- ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاعتماد على السجائر «CDS-12» (Cigarette Dépendance Scale):

جدول رقم (17): يوضح قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الاعتماد على السجائر

المحاور	عدد العناصر	قيمة ألفا كرونباخ
المحور الأول	5	0.713
المحور الثاني	9	0.897
الكلي للمقياس	13	0.909

يظهر من نتائج الجدول رقم (17) قيمة معامل ألفا كرونباخ 0.713 للمحور الأول وهذا يدل على أن المقياس في محور الأول يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، كما بلغ معامل الثبات للمحور الثاني

0.897 وهو معامل ثبات مرتفع، كما بلغ معامل الثبات للمجموع الكلي للمقياس 0.909 وهو معامل ثبات مرتفع، وعليه فالمقياس يتمتع بخاصية الثبات.

4-2-2-2 الخصائص السيكومترية لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ Test

: de HONC (Hooked on Nicotine Checklist)

4-2-2-1 الصدق: قمنا بحساب الصدق التمييزي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط

باستهلاك التبغ حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين وأخذ 27% من مجموعة الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة و27% من المجموعة الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة، حيث يتم ضرب حجم العينة في $0.27 * N (250) = 67.5$ أي 68 فرد في كل مجموعة بمجموع كلي 136 من 250 فرد ثم يتم التأكد من أن الاختبار يمكنه التمييز بين طرفي الخاصية المراد قياسها.

الصدق التمييزي: قمنا بحساب الصدق التمييزي وذلك بالاعتماد على الاختبار الإحصائي t-test

لعينيتين مستقلتين.

جدول رقم (18): يوضح نتائج الصدق التمييزي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك

التبغ:

مستوى الخطأ α -level	قيمة الدلالة p-value	قيمة T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المجموعات	مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ
0.05	0.00	-25.57	1.69	5.51	68	مجموعة الأفراد من ذوي الدرجات المنخفضة	
			0.35	10.85	68	مجموعة الأفراد من ذوي الدرجات المرتفعة	

يظهر من نتائج الجدول رقم (18) أن المتوسط الحسابي لمجموعة الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة هو 5.51 وبمجموع رتب 1.69، وهي أقل من نتائج مجموعة الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة والذي بلغ متوسطهم الحسابي 10.58 وبمجموع رتب 0.35، وما يؤكد قيمة الاختبار الإحصائي $t = (-25.57)$ وهي دالة إحصائياً بقيمة دلالة (p-value 0.00) لأنها أقل من مستوى الخطأ $\alpha = 0.05$.

ما يعني أن مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ استطاع التمييز بين طرفي السمة التي يقيسها وبالتالي فهو صادق.

4-2-2-2- الثبات: من أجل التحقق من ثبات مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ اعتمدنا على أسلوب التجزئة النصفية.

- ثبات التجزئة النصفية لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ Test de HONC (Hooked on Nicotine Checklist) :

حيث قمنا بتجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين، الجزء الأول يمثل الأسئلة الفردية والجزء الثاني يمثل الأسئلة الزوجية ثم يحسب معامل الارتباط (r) بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية ثم تصحيح معامل الارتباط بمعامل سبيرمان براون (Spearman-Brown) ومعامل قاتمان (Guttman).

جدول رقم (19): يوضح ثبات التجزئة النصفية لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ:

0.558	قيمة الجزء الأول من المقياس	الجزء الأول	ألفا كرونباخ
6	عدد العناصر		
0.569	قيمة الجزء الثاني من المقياس	الجزء الثاني	
5	عدد العناصر		
11	مجموع عدد العناصر		
0.637	معامل الارتباط بين جزئي المقياس		
0.780	سبيرمان براون (Spearman-Brown)		
0.778	ومعامل قاتمان (Guttman)		

يظهر من نتائج الجدول رقم (19) أن قيمة معامل الارتباط بين الجزء الأول من المقياس والجزء الثاني من المقياس هي 0.637، كما بلغت قيمة معامل التصحيح سبيرمان براون 0.780 وبلغت قيمة معامل الثبات قاتمان 0.778 وهذا ما تدل على أن معامل الثبات عالٍ مما يؤكد على ثبات المقياس وصلاحيته لجمع البيانات. (أنظر الملحق رقم (5)).

4-3-3- الخطة العلاجية: (إعداد الطالبة الباحثة)

4-3-1 تعريف الخطة العلاجية: هي مجموعة من الخطوات المنظمة والتي تهدف إلى تحقيق مجموعة من الأهداف بحيث تمهد كل خطوة للخطوة التي تليها، تترابط في الأخير لتؤدي إلى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة والمعارف السلبية لدى الأفراد واستبدالها بأساليب سلوكية وأفكار واتجاهات أكثر إيجابية مما يترتب عليه تحقيق التوافق النفسي لدى المشاركين في الخطة العلاجية.

تتحدد ضمن خطة العلاج أهداف بعيدة المدى وأخرى مرحلية لحل مشكلات العميل، فالأهداف العريضة توضح المآل الإيجابي المتوقع من الأساليب والاستراتيجيات العلاجية المستخدمة. وعلى عكس الأهداف البعيدة تستخدم صياغات سلوكية قابلة للقياس في تحقيق الأهداف المرحلية كما ينبغي التأكد ما إذا كان العميل قد تمكن من تحقيقها، ويراعى عند تصميم كل هدف مرحلي أن يشكل خطوة باتجاه تحقيق الهدف العلاجي بعيد المدى، وبعبارة أخرى تعتبر الأهداف المرحلية سلسلة من الخطوات التي يؤدي إتمام كل منها إلى الوصول إلى الهدف الأبعد، وفي حالة إنجاز العميل لكل الأهداف المرحلية الأساسية يمكن أن نعتبره قد نجح في حل مشكلته، وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أوجه قوة وضعف كل فرد والضغوط التي يتعرض لها ومصادر دعمه الاجتماعي ومشاكله الأسرية والنمط الذي تتبعه أعراضه عند إعداد استراتيجيات العلاج (سعاد، 2018، ص164).

والخطة العلاجية الحالية منظمة في ضوء أسس وفنيات العلاج بالتحسيس الخفي لـ كوتيليا، ويتم من خلال جلسات تدريبية علاجية جماعية وفردية، تحتوي على مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة منها المحاضرات والمناقشات الجماعية والحوار، وتكليف أفراد المجموعة التجريبية بواجبات منزلية خلال فترة زمنية محددة، تهدف إلى خفض سلوك التدخين أو الإقلاع عنه، ومساعدتهم على الاستبصار بسلوكهم، والوعي بمشاكلهم والعمل على تحقيق أهداف الخطة العلاجية المقترحة.

4-3-2- التخطيط للخطة العلاجية:

اطلعت الطالبة الباحثة على بعض المواضيع التي اهتمت بمشكلة الإدمان على التبغ واستنقادت منها وتم تصميم الخطة العلاجية الحالية من العلاج السلوكي تحديدا العلاج بالتحسيس الخفي حيث أكدت عدة دراسات (Leonard et al 1890 ؛ Tom & David 2005 ؛ Yoon & Lee 2013 ..لخ) نجاعة هذا العلاج في خفض مستوى سلوك التدخين والإقلاع عنه.

وتركز هذه الخطة العلاجية على المكونات السلوكية، الانفعالية وبالتالي تنوع الأساليب والفنيات المستخدمة خلال الجلسات العلاجية، وبذلك ستركز الخطة العلاجية على إحداث تغيير في سلوك التدخين من جراء تصحيح وتعديل هذا السلوك، وكل ما يرتبط به من أحداث ومواقف وتداعيات يواجهها المراهق المدخن، وهذا سيسمح له بتعلم أساليب جديدة يواجه بها مختلف مشاكله بطريقة إيجابية دون الهروب للسيجارة.

4-3-3- مصادر إعداد الخطة العلاجية:

- كتاب (Thoughts & Feelings لدماثيو ماكاي وآخرون)؛ (الأفكار والمشاعر) (دليل عملي لتقنيات العلاج السلوكي المعرفي - ترجمة سليمان الغديان)، والذي يحتوي على بروتوكول لخطوات وتعليمات العلاج بالتحسيس الخفي.

- الإطار النظري للدراسة الذي تناول موضوع سلوك التدخين، تعريفه نظرياته أسبابه، أشكاله وأضراره.

- الدراسات والأبحاث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج بالتحسيس الخفي وخاصة فيما يتعلق بمتغير الدراسة.

- الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت إعداد البرامج العلاجية لتخفيض درجة سلوك التدخين، خاصة من حيث كيفية إعدادها وفنياتها ومحتوى جلساتها، والمقاييس المستعملة.

- الاستفادة من المراجع التي تناولت أساليب وطرق وفنيات العلاج النفسي لخفض سلوك التدخين.

أما النظرية التي تقوم عليها هذه الخطة العلاجية تتلخص في أن السلوكات التي تتحول إلى عادات راسخة يتم اكتسابها لأنها تعزز دوماً بقدر كبير من المتعة، ومن إحدى الطرق لاستئصال هذه العادات ربطها بمثير تخيلي مؤلم أو مكره، وبالتالي لن تثير العادة الهدامة صوراً ممتعة، ولكنها تصبح مرتبطة بشيء ضار ومنفر - وهذا الارتباط يكون بربط الصور الممتعة التي تولدها هذه العادة بصور مؤلمة كريهة، حيث يعمل "التحسيس الخفي" على إفقاد العادة الهدامة معظم جاذبيتها، إن لم تجردها منها تماماً. (ماكاي وآخرون، 2010، ص267)

4-3-4- أهداف الخطة العلاجية:

- الهدف الرئيسي: اقتراح خطة علاجية لخفض سلوك التدخين من خلال القضاء على هذه العادة وكذا اختبار فعاليتها في خفض مستوى سلوك التدخين لدى أفراد المجموعة التجريبية.

الأهداف الفرعية للخطة العلاجية:

- تزويد أفراد المجموعة التجريبية بمعلومات عن الخطة العلاجية، والفنيات العلاجية التي يجب التدرب عليها، وكذا أهميتها ودورها في خفض سلوك التدخين.

- تزويدهم بمعلومات عن سلوك التدخين: تعريفه، أسبابه، أخطاره ومرتباته على جميع جوانب الشخصية انفعاليا، سلوكيا وعواقبه على الصحة الجسمية، وكذا معرفتهم بأهمية وطبيعة المرحلة العمرية التي يعيشونها.

- تعريف أفراد المجموعة التجريبية بالصلة الموجودة بين السلوكات وكيفية تأثير كل منهما على الآخر.

- التعرف بأهمية الخفض التدريجي لكمية السجائر المدخنة بحيث يكون التخفيض خلال الفترات التي يستطيع أفراد المجموعة عدم للتدخين فيها.

- تزويد أفراد المجموعة التجريبية بمعلومات عن الاسترخاء بأنواعه لاستخدامه في مواجهة المواقف الضاغطة ودوره في خفض التوتر وضبط الانفعالات والقدرة على التخيل ومن ثم التدريب عليه.

- ممارسة الاسترخاء العضلي التصاعدي انتقالا إلى تمرين الاسترخاء العضلي المختصر للوصول إلى الاسترخاء والراحة في وقت قصير للتخلص من القلق والتوتر.

- ممارسة المهارات المدرب عليها داخل الجلسات العلاجية في شكل واجبات منزلية من خلال إتباع التعليمات الخاصة بها.

- تطوير مهارة التخيل لدى أفراد المجموعة التجريبية من أجل تخيل المشاهد الممتعة والمنفرة ومن ثم ربط هذه الصور الممتعة التي تولدها عادة التدخين بصور مؤلمة كريهة، أو أي تجربة سابقة مؤلمة.

- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على ممارسة وتطبيق ما يتم تعلمه خلال الجلسات العلاجية

خارج هذه الجلسات في الحياة اليومية وممارستها في الواقع.

- عدد الجلسات: تتكون الخطة العلاجية الحالية من ثلاثة عشر (13) جلسة بزمين جلستين أسبوعيا.
- زمن كل جلسة: تستغرق كل جلسة ما بين 45 إلى 120 دقيقة. (وذلك حسب محتوى الجلسة).
- عدد المشاركين في الخطة العلاجية: بلغ عدد المشاركين في الخطة العلاجية 6 تلاميذ ذكور لديهم مستوى متوسط من الاعتماد على النيكوتين أي (إدمان متوسط).

- الأسلوب العلاجي: جلسات جماعية وذلك عن طريق عملية تفاعل بين الطالبة الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية من خلال المحاضرة والمناقشة والحوار والصور والفيديوهات، بهدف تبسيط المعلومة وتحليل هذه العادة بدقة أكثر، وإثارة اهتمامهم طول الجلسات وكذا اكتساب معلومات حول طبيعة هذه المشكلة، وأيضا تطبيق وممارسة بعض الأساليب والفنيات العلاجية كالاسترخاء، وذلك لتحقيق التنفيس والتفريغ الانفعالي وتغيير سلوك أفراد المجموعة خاصة وأنهم يعانون من نفس المشكلة، وتشابه معظم المتغيرات المرتبطة بهذه المشكلة، وهذا مما لا شك يعد عامل مهم يدفع الجماعة للتعاون والتكاتف لتحقيق الأهداف المشتركة؛ وجلسات فردية من أجل إجراء تمارين الاسترخاء والتدريب على مهارة التخيل، ذلك لأن كل فرد من المجموعة التجريبية لديه مشاهد ممتعة ومنفردة خاصة تختلف من فرد لآخر، والأسلوب الفردي يمكن الطالبة الباحثة من جمع أكبر عدد ممكن من التفاصيل لوصف المشاهد وتخيلها وبالتالي ممارسة التحسيس الخفي بشكل أصح.

4-3-5- تقييم الخطة العلاجية المقترحة: لقد تم تقييم الخطة العلاجية الحالية بعدة طرق:

أولاً: التقييم المبدئي: وذلك من خلال:

أ- تقييم الخطة العلاجية:

بعد أن صممت الطالبة الباحثة المحتوى المبدئي لجلسات الخطة العلاجية المقترحة، قامت بعرضها على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال الدراسات النفسية، لهدف معرفة مدى ملائمة الخطة العلاجية المقترحة لأفراد عينة الدراسة ومعرفة آرائهم خاصة في ما يخص النقاط الآتية إذا كانت مناسبة أو غير مناسبة بتقدير 1-5:

- عنوان الخطة العلاجية
- الهدف العام للخطة العلاجية
- الأهداف الفرعية للخطة العلاجية
- محتوى الخطة العلاجية
- مدة الخطة العلاجية
- أدوات القياس في الخطة العلاجية
- مناسبة الفنيات المستخدمة في الخطة العلاجية
- ترتيب جلسات الخطة العلاجية
- التقييم التجريبي للخطة العلاجية

وقد تمت مراجعة الجلسات وعمل التعديلات اللازمة على الخطة العلاجية، وذلك لتحسين وزيادة كفاءتها وفعاليتها، وقد أجمع معظم المحكمون على صلاحية وملائمة الخطة العلاجية لما وضعت من أجله، وبعد ما تم أخذ هذه الملاحظات بعين الاعتبار تم إخراج الخطة العلاجية في صورتها النهائية. (أنظر الملحق رقم 6)

ب- القياس القبلي: والذي نهدف من خلاله إلى قياس مستوى متغير سلوك التدخين لدى أفراد المجموعة التجريبية وذلك من خلال:

- تطبيق مقياس الاعتماد على السجائر.

- تطبيق مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.

ثانياً: التقييم البنائي (التكويني): وذلك من خلال تقييم تطبيق الواجبات المكفون بها الخاصة بمحتوى كل جلسة في حياتهم اليومية عن طريق استمارات المراقبة الذاتية، وذلك من أجل مراقبة مدى التطبيق لها، ولتحري أي قصور أو اختلال وتقويمه في بداية كل جلسة.

ثالثا التقييم النهائي: ويتمثل في القياس البعدي على عينة الدراسة عن طريق الإجابة على مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، وذلك بعد انتهاء كل جلسات الخطة العلاجية، وكذا ملاً استمارة الانطباعات بعد انتهاء جلسات الخطة العلاجية.

رابعا: التقييم التتبعي: ويكون التقييم التتبعي من خلال إعادة التطبيق لمقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ على عينة الدراسة بعد مرور شهر من انتهاء الخطة العلاجية، للوقوف على مدى استمرارية فعالية الخطة العلاجية ومدى استمرار أفراد العينة في التخلي عن سلوك التدخين.

4-4- الفنيات العلاجية والمهارات المستخدمة في الخطة العلاجية:

لكي تحقق الخطة العلاجية أهدافها المسطرة يجب أن تستخدم الفنيات العلاجية المناسبة التي تساهم إلى حد كبير في تنفيذها، والخطة العلاجية الحالية تعتمد على مجموعة من الفنيات أهمها:

- **المحاضرة:** تمثل المحاضرة أو ما يطلق عليها التوجيه المباشر فنية ضرورية للعلاج السلوكي، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات لأعضاء المجموعة التجريبية عن سلوك التدخين من حيث مفهومه ومظاهره، أسبابه، وكذا أخطاره على الصحة الجسمية والنفسية للفرد.

وقد اعتمدت الطالبة الباحثة في المحاضرة على جهاز العرض المرئي "الداشوا" وذلك للاستعانة بملخصات ومشاهد لتسهيل الفهم، والتخلص من الملل وتشتت الانتباه.

- **الحوار والمناقشة الجماعية:** هي ذات منحى تعليمي حيث يتم تزويد أفراد المجموعة بالعديد من المعلومات والمهارات، يتخلل ذلك مناقشات مختلفة بين الطالبة الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية من خلال ما يطرحونه من تساؤلات بهدف رفع اللبس والغموض والاستيعاب، والوصول إلى مفاهيم مشتركة تساهم في ترسيخ قواعد الخطة العلاجية.

- **الاسترخاء العضلي:** يقصد بالاسترخاء الممارسة المنتظمة لواحد أو أكثر من مجموعات تدريب تتضمن مزيجا من التنفس العميق وإرخاء العضلات وتقنيات التخيل، والتي ثبت أنها تعمل على إزالة الشد العضلي الذي يخترنه الجسم خلال وقت الضغوط، كما يساعد على قلة سرعة توارد الأفكار وانخفاض مستوى القلق والخوف بشكل كبير (ماكاي وآخرون، 2010، ص73).

وهي تعتبر أحد الفنيات الهامة في تطبيق الخطة العلاجية، وذلك لما تنطوي عليه من أهمية في خفض القلق والتوتر الناجم عن المواقف الضاغطة، وكذا التخلص من الانفعالات المصاحبة لها. ويتم تدريب أفراد المجموعة على تمارين الاسترخاء أثناء الجلسات، والتأكيد على القيام به كواجب منزلي ومتابعة ذلك.

- **مهارة التخيل:** يعد التخيل مهارة مثل أي مهارة أخرى، قد تجد الأشخاص أكثر قدرة على استخدامها من غيرهم في البداية - فقد يكون هناك شخص لديه القدرة على الجلوس واستعادة مشهد ما بتفاصيله كما لو أنه جزء منه، أو قد يجد صعوبة كبيرة في رؤية أي شيء في المشهد.

ومن لا يمتلك مهارة فطرية في التخيل، باستطاعته أن يكتسبها عن طريق التدريب، ومن المهم أن يجعل المشارك المشهد الذي يتخيله "حيا" قدر المستطاع من خلال جمع أكبر قدر ممكن من التفاصيل من ثلاث حواس على الأقل من الحواس الخمس.

مثلا: ما الأصوات التي تسمعها عند تخيلك للمشهد؟ ما الروائح التي تصدر من هذا المشهد؟ ما الذي تستطيع الشعور به من خلال حاسة اللمس؟

استخدمتها الطالبة الباحثة بهدف تخيل المواقف والمشاهد التي يستمتع فيها أفراد المجموعة التجريبية بسلوك التدخين، وكذا تخيل المشاهد التي تثير اشمئزازهم أو شعور الخوف لديهم.

- **الواجب المنزلي:** تقوم هذه الفنية على توجيه وتشجيع أفراد المجموعة التجريبية على القيام بمجموعة من الواجبات المنزلية، مما يمكنه من تدعيم بعض التغيرات الإيجابية التي تعلمها خلال الجلسات، يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف أفراد المجموعة التجريبية بواجبات يسعى من خلالها إلى ممارسة تمارين الاسترخاء العضلي ومهارة التخيل للمشاهد الممتعة والمنفرة، وكذا دمجها.

- **التعزيز الإيجابي:** أكثر الأساليب الناجحة في تعديل السلوك، إذ يؤدي إلى زيادة وتثبيت السلوك المرغوب فيه يكون على شكل محفزات إيجابية مادية ومعنوية، وقد اعتمدت الطالبة الباحثة على التحفيز المعنوي لأفراد المجموعة عند محاولتهم التقليل من سلوك التدخين وخفض كمية السجائر المدخنة أثناء الجلسات، وأيضا تحفيز بعضهم البعض بالتعزيز المعنوي داخل الجلسات وخارجها، أما

التعزيز المادي فكان من خلال توزيع شهادات تقديرية للمشاركة وزعت في آخر جلسة وذلك بهدف تشجيعهم على المحافظة والالتزام بما ورد في هذه الخطة العلاجية.

الوسائل المادية المستخدمة في الخطة العلاجية:

استعانت الطالبة الباحثة ببعض الوسائل المادية أثناء الجلسات لتحقيق أهداف الخطة العلاجية وأهمها ما يلي:

- جهاز الحاسوب.
- جهاز العرض المرئي للمعلومات Data Shaw projector.
- دفاتر لتدوين الملاحظات الذاتية.
- استمارات وجدول المراقبة الذاتية.
- مقياس الاعتماد على السجائر.
- مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.

المشاركون في الخطة العلاجية:

- الطالبة الباحثة: حيث قامت بتطبيق الخطة العلاجية بنفسها على أفراد المجموعة التجريبية.
- مستشارة التوجيه والأخصائية النفسانية بالثانوية: اختيار وتحديد العينة، تمرير المقاييس النفسية واسترجاعها وتوفير كل الظروف الملائمة والمساعدة لإجراء الخطة العلاجية.
- أفراد المجموعة التجريبية: وهم التلاميذ المدخنين المتواجدين بثانوية الشهاب العلةمة - الجزائر.
- جلسات الخطة العلاجية: تتكون الخطة العلاجية من 13 جلسة علاجية 7 منها جماعية، و6 منها فردية، لكل منها هدف وموضوع وفتيات خاصة، وقد تم تقسيمها تبعا لأهداف الخطة العلاجية.

1- محتوى وأهداف الجلسات:

جدول رقم (20): يوضح جلسات الخطة العلاجية:

رقم الجلسة وزمنها	العنوان	المحتوى	الهدف	الأدوات المستخدمة	الفنيات والأساليب المستخدمة
1 جماعية الزمن الكلي: 60 د	التعريف العام بالخطة العلاجية وبناء العلاقة العلاجية	- التقديم والتعرف على أفراد المجموعة. - توضيح أبعاد وأهداف الخطة العلاجية، وأنه لكل جلسة أهداف فرعية للهدف العام الذي تسعى وراءه الخطة العلاجية لخفض سلوك التدخين، وذلك من خلال تحديد الأهداف التي يتوقعون تحقيقها من خلال مشاركتهم في الخطة العلاجية ويتم مناقشتها معهم. - شرح مجموعة القوانين والضوابط التي تنظم العلاقات والتعاملات داخل الجلسات وتساعد على إنجاز الخطة العلاجية ضمن عقد علاجي يقدم لأفراد المجموعة. - ملاً استمارة تقييم الجلسة الأولى. - الواجب المنزلي: تقديم استمارة مساوي ومزايا سلوك التدخين.	- تحقيق التعارف وبناء العلاقة العلاجية مع أفراد المجموعة. - التعريف بالخطة العلاجية ومعرفة أهداف أفراد المجموعة ومناقشة توقعاتهم من هذه الخطة العلاجية وكذا تعزيزها. - تحديد القوانين الضابطة للجلسات والاتفاق عليها. - الاتفاق على جدول المواعيد	- استمارة العقد العلاجي. - استمارة تقييم الجلسة 1. - استمارة مساوي ومزايا سلوك التدخين.	المناقشة و الحوار المحاضرة الواجب المنزلي

		المناسب للجميع.	- أعمال الجلسة 1 (انظر الملحق رقم 7)		
2	جماعية	ترسيخ العلاقة العلاجية والبدء بالعمل على المشكلة	- تقييم ردود أفعال أفراد المجموعة حول الجلسة الأولى. - مناقشة الواجب المنزلي. - فسح المجال للحديث حول مشكلة التدخين. - تقديم استمارة تقييم الجلسة 2 - ختم الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة. - أعمال الجلسة 2 (أنظر الملحق رقم 8)	الزمن الكلي: 90 د	المناقشة و الحوار
		- ترسيخ العلاقة بين الطالبة الباحثة وأفراد المجموعة من خلال تبادل الحوار حول سلوك التدخين من مساوئ ومزايا.			- استمارة تقييم الجلسة 2.
3	جماعية	تعلم الاسترخاء التصاعدي	- التعرف على مفهوم الاسترخاء وأهميته وأنواعه. - اتخاذ وضعية مريحة مع إغماض العينين والموازنة بين الشهيق والزفير خلال عملية التنفس. - القيام بخطوات الاسترخاء التصاعدي - التعرف على شعور أفراد المجموعة أثناء تمرين الاسترخاء وبعده، وفي ما إذا وصلوا إلى مرحلة الاسترخاء العضلي في جميع أجزاء الجسم. - التطرق لأهمية خفض التدريجي لاستهلاك التبغ وشرح أهميته لنجاح الخطة العلاجية. - تقديم استمارة تقييم الجلسة 3	الزمن الكلي: 90 د	المناقشة و الحوار
		- توضيح أهمية تمرين الاسترخاء في إنجاح الخطة العلاجية. - التخفيف من حدة التوتر والقلق باعتبارهما دافعان أساسيان لسلوك التدخين عن طريق ممارسة الاسترخاء. - تحديد عدد السجائر المدخنة من			- جهاز الحاسوب - جهاز العرض المرئي (داتا شو) - استمارة تقييم الجلسة 3. - استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء

		<p>طرف كل مشارك مع ذكر أهمية التقليل منها بطريقة تدرجية.</p>	<p>الواجب المنزلي: التدريب على تمرين الاسترخاء العضلي كل يوم لمدة لا تقل عن 15 د في نفس المكان داخل المنزل؛ مع ضرورة ملئ استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء. -ختم الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة. - أعمال الجلسة 3 (انظر الملحق رقم 9)</p>		
4	القيام بالتدريب على الإرخاء العضلي المختصر	<p>- مناقشة الواجب المنزلي وتحديد الصعوبات التي واجهت أفراد المجموعة. - عرض صور لمجموعة من الأعضاء الداخلية للجسم (الرتنين، الأمعاء، الكبد) لمدخنين بعد تشريحها ومقارنتها مع أعضاء لغير مدخنين ومعرفة آراء أفراد المجموعة حولها. - مناقشة عدد السجائر المدخنة يوميًا منذ الجلسة الماضية مع وضع استراتيجية للتقليل من عدد السجائر وتخفيضها إلى 10 كحد أقصى في اليوم إلى غاية الجلسة القادمة. - القيام بتمرين إرخاء العضلات المختصر. - تقديم استمارة تقييم الجلسة 4 الواجب المنزلي: التدريب على</p>	<p>- معرفة وتدارك الصعوبات التي واجهت أفراد المجموعة أثناء القيام بتمرين الاسترخاء العضلي. - وضع استراتيجية للتخفيض التدريجي للسجائر. - القدرة على الوصول إلى مرحلة الاسترخاء العضلي العميق في وقت قصير</p>	جماعية	الزمن الكلي: 120 د
	المناقشة و الحوار	-جهاز الحاسوب			
	الاسترخاء العضلي المختصر	-جهاز العرض المرئي (داتاشو)			
	الواجب المنزلي	استمارة تقييم الجلسة 4. استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء			

		باتباع الطريقة المختصرة للاسترخاء العضلي.	إرخاء العضلات المختصر كل يوم لمدة 15 د مع الإجابة على استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء المقدمة في الجلسة 3. - إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة. - أعمال الجلسة 4 (انظر الملحق رقم 10)		
5	- تحليل عادة التدخين جماعية الزمن الكلي: 90 د	- مناقشة الواجب المنزلي. - مناقشة عدد السجائر المدخنة يوميا ووضع حد لكمية السجائر وتخفيضها إلى 10 كحد أقصى في اليوم إلى غاية الجلسة القادمة. - الإجابة عن أسئلة استمارة تحليل عادة التدخين. - القيام بتمرين إرخاء العضلات المختصر - الانقباضات المتزامنة. - تقديم استمارة تقييم الجلسة 5 - الواجب المنزلي: التدريب على الاسترخاء كل يوم مع الإجابة على الاستمارة الموزعة في الجلسة 3 - إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة. - أعمال الجلسة 5 (انظر الملحق رقم 11)	- تحديد في ما إذا هناك تجاوب اتجاه الخفض التدريجي وضبط الكمية المراد تدخينها. - معرفة البيئة والأفراد المتواجدين أثناء القيام بسلوك التدخين، والوضعيات المحفزة له. - إزالة التوتر من خلال التدريب على الإرخاء العضلي لأعضاء الجسم	- استمارة تحليل عادة التدخين - استمارة تقييم الجلسة 5. - استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء	المناقشة و الحوار الاسترخاء العضلي الواجب المنزلي
6	تكوين	- مناقشة الواجب المنزلي.	- مناقشة	- استمارة	المناقشة

<p>جماعية</p> <p>الزمن الكلي: 90 د</p>	<p>مخطط هرمي للمتعة</p>	<p>-مناقشة عدد السجائر المدخنة وفيما إذا استطاع المشاركون عدم تخطي الكمية المتفق عليها في (الجلسة 4) وهي 10 سجائر كحد أقصى.</p> <p>- تكوين قائمة قصيرة من 5 إلى 10 مشاهد يستمتع فيها أفراد المجموعة بسلوك التدخين.</p> <p>- ترتب من الأقل إمتاعا إلى الأكثر إمتاعا مع وضع تقدير لدرجة الإمتاع التي يجلبها كل مشهد على مقياس من 1 إلى 10.</p> <p>- القيام بتمرين الاسترخاء العضلي المختصر.</p> <p>- تخيل عنصر من عناصر مخطط المتعة الخاص بهم من خلال تشكل صورة للمشهد الممتع ثم مع التركيز على الأصوات والروائح والأحاسيس الجسدية التي يشعرون بها.</p> <p>- تقديم استمارة تقييم الجلسة 6 واجب منزلي: القيام بتمرين الاسترخاء العضلي المختصر مع تخيل أحد أو اثنين من عناصر مخطط المتعة.</p> <p>- إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة.</p> <p>- أعمال الجلسة 6 (أنظر</p>	<p>صعوبات الواجب المنزلي إن وجدت. - معرفة كمية السجائر المدخنة من طرف كل مشارك وهذا لتشجيع بعضهم البعض. - معرفة المواقف الأكثر إمتاعا بعادة التدخين بالنسبة لأفراد المجموعة. - الوصول للإرخاء العضلي وبالتالي تخيل المشاهد الممتعة بشكل أوضح.</p>	<p>مخطط المتعة. -استمارة تقييم الجلسة 6. - استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء العضلي مع تخيل أحد عناصر مخطط المتعة</p>	<p>و الحوار الاسترخاء العضلي التخيل الواجب المنزلي</p>
--	-------------------------	--	---	---	--

		الملحق رقم 12				
7	جماعية	خلق مشهد منفر	<p>- مناقشة الواجب المنزلي</p> <p>- معرفة كمية السجائر المدخنة من طرف أفراد المجموعة مع تحفيز للذي دخن أقل كمية.</p> <p>- ترتيب بعض العناصر المزعجة وفقا لدرجة الاشمئزاز والخوف التي يحسونها عند تخيل هذه العناصر بعد تقديم صور وفيديوهات حول هذه المشاهد.</p> <p>- على المشاركين اختيار عنصرين أو ثلاث تحزنهم عندما يفكرون فيها، ولا بد يكون العنصر المستخدم منفرا بما يكفي لإثارة أحاسيس جسدية واضحة عند التفكير فيه.</p> <p>مثال: فكرة الغثيان يجب أن تصاحبها نكزى خاصة لشيء أثار الشعور بالغثيان حقا إلى أن يبدأ في الشعور بقليل منه في الحقيقة.</p> <p>- ممارسة تمرين الاسترخاء العضلي مع تخيل إحدى المشاهد المنفرة.</p> <p>- تقديم استمارة تقييم الجلسة 7</p> <p>- واجب منزلي: القيام بتمرين الاسترخاء العضلي مع التدريب على تخيل ومعايشة أكثر المشاهد المنفرة بشكل واضح. وملئ الاستمارة.</p>	<p>- تبادل الخبرات حول تقليلهم لعدد السجائر المدخنة ومعرفة التغيرات التي طرأت عليهم.</p> <p>-معرفة أكثر ثلاث مشاهد منفرة التي تعطي إحساسا بالخوف أو الاشمئزاز بالنسبة لأفراد المجموعة.</p> <p>-القدرة على تخيل ومعايشة المشاهد المنفرة بشكل واضح بعد تمرين الاسترخاء وبالتالي يصبح كل فرد منهم مستعدا لربطها بالعناصر المتواجدة في مخطط المتعة الخاص بهم.</p>	<p>-استمارة المشاهد المنفرة</p> <p>استمارة التقييم الذاتي</p> <p>استمارة التقييم الذاتي</p> <p>تمارين الاسترخاء</p> <p>الواجب المنزلي</p> <p>المشهد المنفر</p>	<p>المناقشة و الحوار</p> <p>الاسترخاء العضلي</p> <p>التخيل</p> <p>الواجب المنزلي</p>
الزمن الكلي: 90						

			<p>- إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة</p> <p>- أعمال الجلسة 7 (أنظر الملحق رقم 13)</p>		
8	دمج المشاهد (الأقل إمتاعا) مع المشهد المنفر	<p>- مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>- مناقشة عدد السجائر المدخنة يوميا منذ الجلسة الماضية مع تقليل عدد السجائر إلى أقل من 10 في اليوم إلى غاية الجلسة القادمة.</p> <p>- إعادة تخيل ومعايشة المشاهد المنفرة والتدقيق فيها</p> <p>- ما إن يصبح المشارك قادرا على تخيل ومعايشة المشاهد المنفرة بشكل واضح، يكون قد استعد لربطها بعناصر في مخطط المتعة الخاص به.</p> <p>- التدرج على دمج المشاهد الممتعة الأقل إمتاعا مع المشاهد المنفرة تقدم الأخصائية التعليمات الآتية - التدرج على عنصرين من عناصر مخطط المتعة</p> <p>- تقديم استمارة تقييم الجلسة 8</p> <p>الواجب المنزلي: استعراض كل عنصر من مخطط المتعة 13 الأقل إمتاعا مستخدما هذا النهج</p> <p>- إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة.</p> <p>- أعمال الجلسة 8 (أنظر الملحق رقم 14)</p>	<p>- مناقشة صعوبات الواجب المنزلي.</p> <p>- العمل على تقليل كمية السجائر المدخنة لأقل من 10 في اليوم</p> <p>- القدرة على التدرج على ربط ودمج المشاهد والتركيز على المشاهد الأقل إمتاعا.</p> <p>- التعود على هذه العملية والقدرة على تخيل المشاهد بشكل أوضح.</p>	<p>- استمارة دمج المشاهد الأقل إمتاعا والمشهد المنفر.</p> <p>- استمارة تقييم الجلسة 8</p> <p>- استمارة التقييم الذاتي لدمج المشاهد الأقل إمتاعا مع المشهد المنفر.</p>	<p>المناقشة و الحوار</p> <p>الاسترخاء العضلي</p> <p>الزمن الكلي: 45 د</p>

9	دمج المشاهد (الأكثر إمتاعاً) مع المشاهد المنفر	فردية الزمن الكلي: 45 د	<p>- مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>- مناقشة عدد السجائر المدخنة يوميا والقدرة على تقليلها لأقل من 10 في اليوم.</p> <p>- ممارسة الاسترخاء العضلي.</p> <p>- إعادة التدريب على دمج مشهد تم التدريب عليه في الجلسة الماضية</p> <p>- التدريب على دمج مشهدين من مخطط الممتعة (الأكثر إمتاعاً) 3مرات مع المشهد المنفر قبل الانتقال إلى العنصر الذي يليه.</p> <p>- تقييم مدى نجاح هذا التدريب.</p> <p>- تقديم استمارة تقييم الجلسة 9 واجب منزلي: التدريب على كل عنصر أو اثنين من مخطط الممتعة الأكثر إمتاعاً وملء الاستمارة الموزعة في الجلسة 9.</p> <p>- إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة.</p> <p>- أعمال الجلسة (انظر الملحق رقم 15)</p>	<p>- مناقشة</p> <p>صعوبات الواجب المنزلي.</p> <p>- تحديد السجائر المدخنة يوميا والتشجيع على المواصله.</p> <p>-التدريب على ربط المشهد المنفر المختار بعناصر مخطط المتعة والتركيز على المشاهد الأكثر إمتاعاً.</p>	استمارة دمج المشاهد الأكثر إمتاعاً والمشهد المنفر. <p>-استمارة تقييم الجلسة 9.</p> <p>-استمارة التقييم الذاتي للمنزلي</p> <p>دمج المشاهد الأكثر إمتاعاً مع المشاهد المنفر.</p>	المناقشة و الحوار الاسترخاء العضلي التخيل
10	تبديل المشهد المنفر (التركيز على	فردية الزمن	<p>- مناقشة الواجب المنزلي ومعرفة عناصر المتعة التي تم العمل عليها.</p> <p>- التدريب على تبديل المشهد المنفر: بحيث يتجنب النقيؤ، أو النبذ، أو أي شيء اختاره ليكون</p>	<p>-القدرة على تبديل المشاهد المنفرة بتجنب مشاهد ممتعة تتعلق بسلوك التدخين.</p>	<p>- جهاز الحاسوب</p> <p>-جهاز العرض المرئي</p>	المناقشة و الحوار الاسترخاء العضلي

<p>التخيل الواجب المنزلي</p>	<p>(داتاشو) -استمارة تقييم الجلسة10 -استمارة التقييم الذاتي الخاصة بتبديل المشهد المنفر</p>	<p>-التدريب على تجنب المشهد المنفر بدلا من الإقدام على معاشته من خلال تجنب مشهد المتعة المتعلق بسلوك التدخين، مع التركيز على المشاهد الأقل إمتاعا لدى المشارك.</p>	<p>عنصر التنفير في المشهد، بتجنب مشهد المتعة المرتبط بسلوك التدخين. مثال: مشهد المتعة: تناول السجائر في المقهى. عند ظهور أولى علامات الغثيان توضع السجائر وتغادر المقهى، وتبدأ في الشعور بأنك أفضل. - العمل على مشهدين من مخطط المتعة (مع التركيز على المشاهد الأقل إمتاعا). - تقديم استمارة تقييم الجلسة10 - واجب منزلي: تبديل المشهد المنفر وتجنبه بدلا من الإقدام على معاشته مع التركيز على عنصر واحد أو اثنين يوميا وملاء الاستمارة. - إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة. - أعمال الجلسة 10 (أنظر الملحق رقم 16)</p>	<p>المشاهد الأقل إمتاعا</p>	<p>الكلي: د 60</p>
----------------------------------	---	--	--	-----------------------------	------------------------

<p>المناقشة و الحوار</p> <p>استمارة تقييم الجلسة 11</p> <p>الاسترخاء العضلي</p> <p>التخيل</p> <p>الواجب المنزلي</p>	<p>استمارة تقييم الجلسة 11</p> <p>استمارة التقييم الذاتي الخاصة بتبديل المشهد المنفر</p>	<p>- مناقشة الصعوبات الموجودة أثناء القيام بالواجب المنزلي.</p> <p>- القدرة على التدريب على المشاهد الأكثر إمتاعاً لدى المشارك.</p> <p>- القدرة على تبديل المشهد المنفر بتجنب مشهد المتعة أو المشاهد التي تثير رغبة المشارك في الإقبال على سلوك التدخين.</p>	<p>- مناقشة الواجب المنزلي</p> <p>- تمرين الاسترخاء</p> <p>- العمل على تبديل المشهد المنفر بحيث يتجنب المشهد المنفر بتجنب المشهد الممتع (الأكثر إمتاعاً) المتعلق بسلوك التدخين.</p> <p>- التدريب على المشاهد الأكثر إمتاعاً من 2 إلى 4 مرات قبل الانتقال إلى العنصر الذي يليه.</p> <p>- تقديم استمارة تقييم الجلسة 11 الواجب المنزلي: التدريب على كل عنصر من عناصر مخطط المتعة والتركيز على المشاهد الأكثر إمتاعاً وملاً استمارة مخطط تبديل المشهد المنفر الموزعة في الجلسة 10.</p> <p>- إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة.</p> <p>- أعمال الجلسة 11 (انظر الملحق رقم 17)</p>	<p>تبديل المشهد المنفر (التركيز على المشاهد الأكثر إمتاعاً)</p> <p>الزمن الكلي: 60د</p>	<p>11</p> <p>فردية</p>
<p>المناقشة و الحوار</p> <p>التخيل</p>	<p>تقديم استمارة تقييم الجلسة 12</p> <p>استمارة التدريب على</p>	<p>- مناقشة الصعوبات الموجودة أثناء القيام بالواجب المنزلي.</p> <p>- التدريب على ممارسة التحسيس الخفي في المواقف</p>	<p>- مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>- بمجرد أن يتقن كل فرد منهم التحسيس الخفي من خلال المشاهد التخيلية، تأتي مرحلة ممارسة هذا الإجراء في الحياة الواقعية في وجود مواقف أو أشياء مغرية في وقت تكون الرغبة فيه قليلة.</p> <p>- وفي وقت يكتسب كل فرد منهم</p>	<p>التدريب على التحسيس الخفي في الواقع</p> <p>الزمن الكلي: 45د</p>	<p>12</p> <p>فردية</p>

<p>الواجب المنزلي</p>	<p>التحسيس الخفي في الواقع.</p>	<p>التي تثير الرغبة في سلوك التدخين. - معرفة مدى قدرة المشارك على ممارسة التحسيس الخفي مع وجود مختلف المثبرات التي تثير رغبته في التدخين في الجلسة.</p>	<p>مزيدا من الثقة في قدرته على السيطرة على سلوك التدخين، يمكن الشروع في استخدام التحسيس الخفي عندما يكون الإغراء أقوى. على سبيل المثال: بهدف التحكم في الرغبة في التدخين، يمكن المرور بأحد المقاهي المملوءة بالمدخنين عندما لا تكون الرغبة كبيرة في التدخين ويمارس التحسيس الخفي فعند النظر إلى داخل المقهى يستحضر مشهد منفرد يثير الاشمئزاز. وفيما بعد تزداد الثقة بالنفس، يمكن الذهاب إلى المقهى في وقت الفراغ وفي وقت تكون فيه الرغبة أكثر ويتكرر هذا الإجراء. - التدرج على التحسيس الخفي في الجلسة مع خلال عرض لصور لمثيرات مغرية تتعلق بسلوك التدخين حيث تثير رغبة المشارك بالتدخين، ثم يستحضر المشارك المشهد المنفرد المثير للاشمئزاز. - تقديم استمارة تقييم الجلسة 12 واجب منزلي: التدرج على التحسيس الخفي في الواقع خارجا مرتين كل اليوم إلى موعد الجلسة القادمة.</p>
-----------------------	---------------------------------	---	---

			<p>- إنهاء الجلسة وتحديد موعد الجلسة اللاحقة.</p> <p>- أعمال الجلسة 12 (انظر الملحق رقم 18)</p>		
13	الجلسة الختامية	<p>- مناقشة مختلف المواقف التي مارس فيها أفراد المجموعة التحسيس الخفي في الواقع وتشجيعهم على المواصلة.</p> <p>- مراجعة كافة المهارات التي تم عرضها في الخطة العلاجية خلال الجلسات وأهميتها في خفض سلوك التدخين.</p> <p>- التأكيد على ضرورة الاستمرار في تطبيق ما تم تعلمه واكتسابه من خلال الخطة العلاجية في الحياة اليومية وكيفية التعامل مع أعراض انسحاب النيكوتين ومواجهة الانتكاسة والوقاية منها</p> <p>- تقديم توجيهات للتعامل مع أعراض انسحاب النيكوتين والمقدمة لمقاومة الانتكاسة والوقاية منها.</p> <p>- القياس البعدي لسلوك التدخين لأفراد المجموعة للتعرف على درجة الإدمان على التبغ.</p> <p>- معرفة مدى الاستفادة من</p>	<p>- مناقشة مختلف المواقف التي مارس فيها أفراد المجموعة التحسيس الخفي في الواقع وتشجيعهم على المواصلة.</p> <p>- مراجعة كافة المهارات التي تم عرضها في الخطة العلاجية خلال الجلسات وأهميتها في خفض سلوك التدخين.</p> <p>- التأكيد على ضرورة الاستمرار في تطبيق ما تم تعلمه واكتسابه من خلال الخطة العلاجية في الحياة اليومية وكيفية التعامل مع أعراض انسحاب النيكوتين ومواجهة الانتكاسة والوقاية منها</p> <p>- تقديم توجيهات للتعامل مع أعراض انسحاب النيكوتين والمقدمة لمقاومة الانتكاسة والوقاية منها.</p> <p>- القياس البعدي لسلوك التدخين لأفراد المجموعة للتعرف على درجة الإدمان على التبغ.</p> <p>- معرفة مدى الاستفادة من</p>	الجلسة الختامية	جماعية
الزمن الكلي: 120د		<p>جهاز الحاسوب و-جهاز العرض المرئي (داتاشو). - تقديم توجيهات للتعامل مع أعراض انسحاب النيكوتين ومواجهة الانتكاسة والوقاية منها. - مقياس فقدان الاستقلالية</p>	<p>المناقشة و الحوار التعزيز</p>		

<p>المرتبط باستهلاك التبغ. شهادات شكر.</p>	<p>مجمل جلسات الخطة العلاجية ومدى تحقيقه لأهدافه، ومعرفة النقائص. - التأكيد على ضرورة الاستمرار في تطبيق ما تم تعلمه من خلال الخطة العلاجية. وتشجيعهم لمواصلة التغيير الإيجابي في خفض سلوك التدخين لديهم وعدم الإقبال عليه مرة أخرى بالنسبة للمقلعين.</p>	<p>والتقدير عليهم. - الإعلان عن انتهاء الخطة العلاجية وتحديد موعد جلسة المتابعة بعد شهر. - أعمال الجلسة 13 . (انظر الملحق رقم 19)</p>	
--	---	--	--

5- أساليب المعالجة الإحصائية:

لمعالجة البيانات المحصل عليها من خلال تطبيق مقاييس الدراسة، تم الاستعانة ب: الحزمة الإحصائية "SPSS 26/28" ، تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية .
- معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس الدراسة.

- معامل ألفا كرومباخ لحساب ثبات مقياس الدراسة.
- الصدق التمييزي.
- الاختبار الإحصائي t-test لعينيتين مستقلتين.
- أسلوب التجزئة النصفية لحساب ثبات مقياس الدراسة.
- معامل سبيرمان براون (Spearman-Brown).
- معامل قاتمان (Guttman).
- الاختبار الإحصائي فريدمان.
- الدلالة العملية: معادلة حجم الأثر $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$.
- الدلالة الإكلينيكية: وقد قامت الطالبة الباحثة بحساب الدلالة الإكلينيكية لكل أفراد العينة كل حدى، وذلك لتدعيم النتائج الإحصائية والعملية المتوصل إليها خلال الدراسة الحالية.

الفصل الخامس: عرض وتفسير نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة

عرض نتائج القياس (القبلي، البعدي، التبعي)

حساب الدلالة الإحصائية

حساب الدلالة العملية: حجم الأثر

حساب الدلالة الإكلينيكية

2- تفسير نتائج الدراسة في ضوء فرضية الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج القياس (القبلي، البعدي، التبعي) لسلوك التدخين:

جدول رقم(21): يوضح بيانات عينة الدراسة على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي).

مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ				مقياس الاعتماد على السجائر				الحالات
المجموع	قياس تتبعي	قياس بعدي	قياس قبلي	المجموع	قياس تتبعي	قياس بعدي	قياس قبلي	
26	2	3	5	46	21	23	41	الحالة الأولى
26	2	2	6	50	21	24	44	الحالة الثانية
27	2	3	6	48	22	24	42	الحالة الثالثة
16	0	2	5	44	13	14	39	الحالة الرابعة
0	0	0	2	33	0	0	31	الحالة الخامسة
19	0	1	6	46	0	18	40	الحالة السادسة

يظهر من نتائج الجدول أن درجات الحالة الأولى على مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 41 وانخفضت في القياس البعدي لـ 23 درجة لتتخفص أيضا في القياس التبعي لـ 21 درجة، كما حققت في مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ 5 درجات في القياس القبلي لتتخفص إلى 3 في القياس البعدي و2 في القياس التبعي.

كما جاءت درجات الحالة الثانية في مقياس الاعتماد على السجائر 44 في القياس القبلي وانخفضت لـ 24 في القياس البعدي و21 في القياس التبعي، كما تحصلت في مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ على 6 درجات في القياس القبلي لتتخفص لـ 2 درجة في القياس البعدي و2 في القياس التبعي.

وتظهر أيضا درجات الحالة الثالثة في مقياس الاعتماد على السجائر 42 درجة في القياس

القبلي لتتخفص إلى 24 في القياس البعدي و21 في القياس التتبعي، كما بلغت في مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ 6 درجات في القياس القبلي لتتخفص لـ 3 درجات في القياس البعدي ودرجتين في القياس التتبعي.

كما بلغت درجات الحالة الرابعة في مقياس الاعتماد على السجائر 39 في القياس القبلي لتتخفص في القياس البعدي لـ 14 درجة و13 في القياس التتبعي، كما جاءت درجاتها في مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ 5 درجات في القياس القبلي لتتخفص لدرجتين في القياس البعدي و0 في القياس التتبعي.

كما جاءت نتائج الحالة الخامسة في مقياس الاعتماد على السجائر 31 درجة في القياس القبلي لتتخفص بشكل ملحوظ لـ 0 في القياس البعدي والتتبعي، وبلغت درجاته في مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ 2 في القياس القبلي لتتخفص بشكل ملحوظ لـ 0 في القياس البعدي والتتبعي.

وفي الأخير بلغت درجات الحالة السادسة في مقياس الاعتماد على السجائر 40 درجة في القياس القبلي لتتخفص لـ 18 في القياس البعدي لتواصل الانخفاض لـ 0 في القياس التتبعي، كما جاءت درجاتها في مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ 6 درجات في القياس القبلي لتتخفص لـ 1 في القياس البعدي و0 في القياس التتبعي.

1-1-1- عرض نتائج الإحصاءات الوصفية لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك

التبغ ومقياس الاعتماد على السجائر:

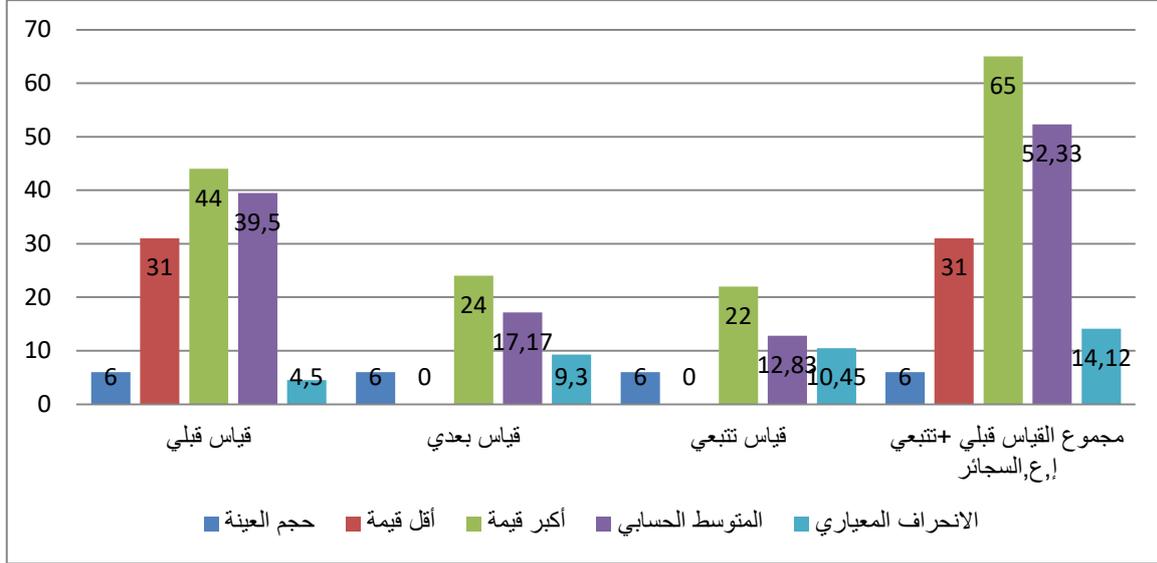
نعرض في هذا العنصر نتائج الإحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر وعلى مستوى مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لكل من القياس (القبلي، البعدي، التتبعي).

جدول رقم (22): يوضح نتائج الإحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر وعلى مستوى مقياس الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي).

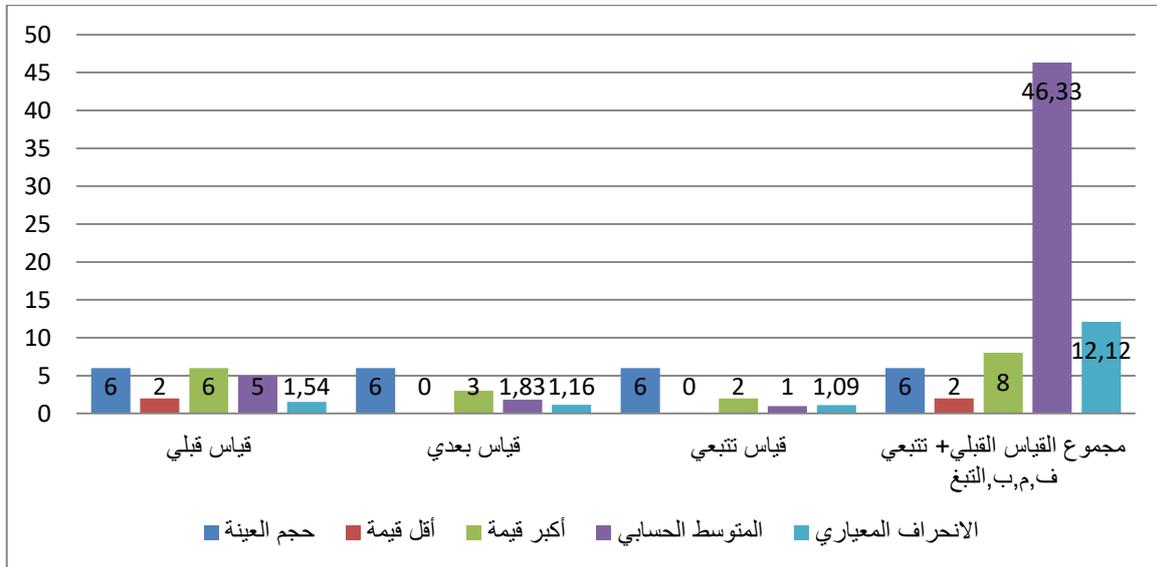
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أكبر قيمة	أقل قيمة	حجم العينة		
4,50	39,50	44	31	6	قياس قبلي	مقياس الاعتماد على السجائر
9,30	17,17	24	0	6	قياس بعدي	
10,45	12,83	22	0	6	قياس تتبعي	
14.12	52.33	65	31	6	مجموع القياس القبلي + التبعي إ.ع. السجائر	
1,54	5,00	6	2	6	قياس قبلي	مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ
1,16	1,83	3	0	6	قياس بعدي	
1,09	1,00	2	0	6	قياس تتبعي	
12.12	46.33	8	2	6	مجموع القياس القبلي + التبعي ف.م.ب. التبغ	

يتضح من نتائج الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي لمتغير الاعتماد على السجائر 39.50 وانحراف معياري 4.50، كما بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 17.17 وانحراف معياري 9.30، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس التبعي 12.83 وانحراف معياري 10.45، كما بلغ المتوسط الحسابي لمتغير فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ على مستوى القياس القبلي 5.00 وانحراف معياري 1.54، وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي 1.83 وانحراف معياري 1.16، كما بلغ المتوسط الحسابي للقياس التبعي 1.00 وانحراف معياري 1.09. كما بلغ المتوسط الحسابي لمجموع القياس القبلي والتبعي لمقياس الاعتماد على السجائر 52.33 وانحراف معياري 14.12، كما بلغ المتوسط الحسابي لمجموع القياس القبلي والتبعي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ 46.33 وانحراف معياري 12.12.

شكل رقم (4): يوضح نتائج الإحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي).



شكل رقم (5): يوضح نتائج الاحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) على مستوى مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لكل من القياس (القبلي، البعدي، التبعي).



2-1- حساب الدلالة الإحصائية:

1-2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

تم التحقق من صحة الفرضية والتي تنص على أنه: "يؤدي تطبيق الخطة العلاجية القائمة على التحسيس الخفي إلى خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين"، وتم التحقق من صحة الفرضية من خلال تطبيق الاختبار الإحصائي فريدمان.

- مقياس الاعتماد على السجائر:

جدول رقم (23): يوضح متوسط الرتب للقياس القبلي والبعدى والتتبعي لنتائج عينة الدراسة على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ونتيجة الاختبار الاحصائي فريدمان.

قيمة الدلالة-p value	درجة الحرية	قيمة الاختبار	حجم العينة	متوسط الرتب	المتغيرات	
0.001	2	11.56	6	3,00	قياس قبلي	مقياس الاعتماد على السجائر
				1,92	قياس بعدي	
				1,08	قياس تتبعي	

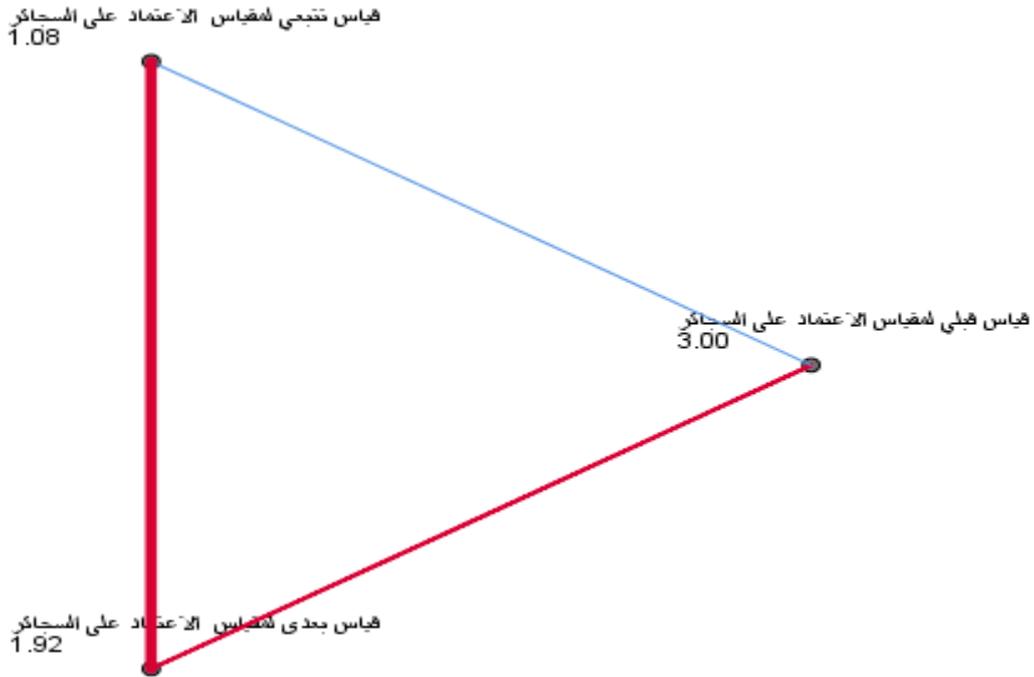
يتضح من نتائج الجدول أن قيمة متوسط الرتب للقياس القبلي 3.00 وهي أكبر من متوسط رتب القياس البعدي والذي بلغ 1.92 واكبر من قيمة متوسط الرتب القياس التتبعي 1.08 وما يؤكد ذلك قيمة الاختبار الإحصائي x^2 والتي بلغت 11.56 بدرجة حرية 2 وهي قيمة دالة إحصائياً عند قيمة دلالة $p = 0.001$ والجدول رقم (24) يوضح المقارنات المتعددة المتوسطات أي بين أزواج متوسطات الرتب للقياس القبلي-البعدي-تتبعي.

جدول رقم (24): يوضح نتائج المقارنات بين نتائج (متوسط القياس القبلي والقياس البعدي) و(متوسط القياس البعدي والقياس التتبعي) و(متوسط القياس القبلي والقياس التتبعي) لمقياس الاعتماد على السجائر.

قيمة الدلالة p-value	قيمة الفرق	القياسات	
0.01	1.083	القياس القبلي-القياس البعدي	مقياس الاعتماد على السجائر
0.44	0.833	القياس البعدي-القياس التتبعي	
0.00	1.917	القياس القبلي-القياس التتبعي	

يتضح من نتائج الجدول أن الفرق بين قيمة متوسط رتب القياس القبلي والقياس البعدي بلغ 1.083 وهي قيمة دالة إحصائياً عند قيمة دلالة $\rho = 0.01$ ، كما بلغ الفرق بين قيمة متوسط الرتب للقياس البعدي والقياس التتبعي 0.833 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند $\rho = 0.44$ ، وبلغ الفرق بين قيمة القياس القبلي والقياس التتبعي 1.917 وهي قيمة دالة إحصائياً عند قيمة دلالة $\rho = 0.00$ وهذا يدل على أن الفرق هو لصالح القياس القبلي بمتوسط رتب 3.00 والشكل الموالي يوضح ذلك.

شكل رقم (6): يوضح اتجاه دلالة الفروق باستخدام المقارنة المتعددة المتوسطات بين نتائج متوسطات القياس القبلي-البعدي- التتبعي لمقياس الاعتماد على السجائر.



- نلاحظ من الشكل رقم (6) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند قيمة دلالة $p=0.01$ بين القياس القبلي والقياس التتبعي أشير له باللون الأزرق، ونلاحظ أيضا أن الفروق كانت لصالح القياس القبلي بمتوسط رتب بلغ 3.00 وهو أعلى من متوسط الرتب للقياس التتبعي ذو القيمة 1,08 وبالتالي الفروق كانت لصالح القياس القبلي.

- مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ:

جدول رقم (25): يوضح متوسط الرتب للقياس القبلي والبعدي والتتبعي لنتائج عينة الدراسة على مستوى مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ ونتيجة الاختبار الاحصائي فريدمان.

قيمة الدلالة-p-value	درجة الحرية	قيمة الاختبار	حجم العينة	متوسط الرتب	المتغيرات
0.00	2	11,27	6	3,00	مقياس فقدان الاستقلالية
				1,92	المرتبط باستهلاك التبغ
				1,08	للقياس

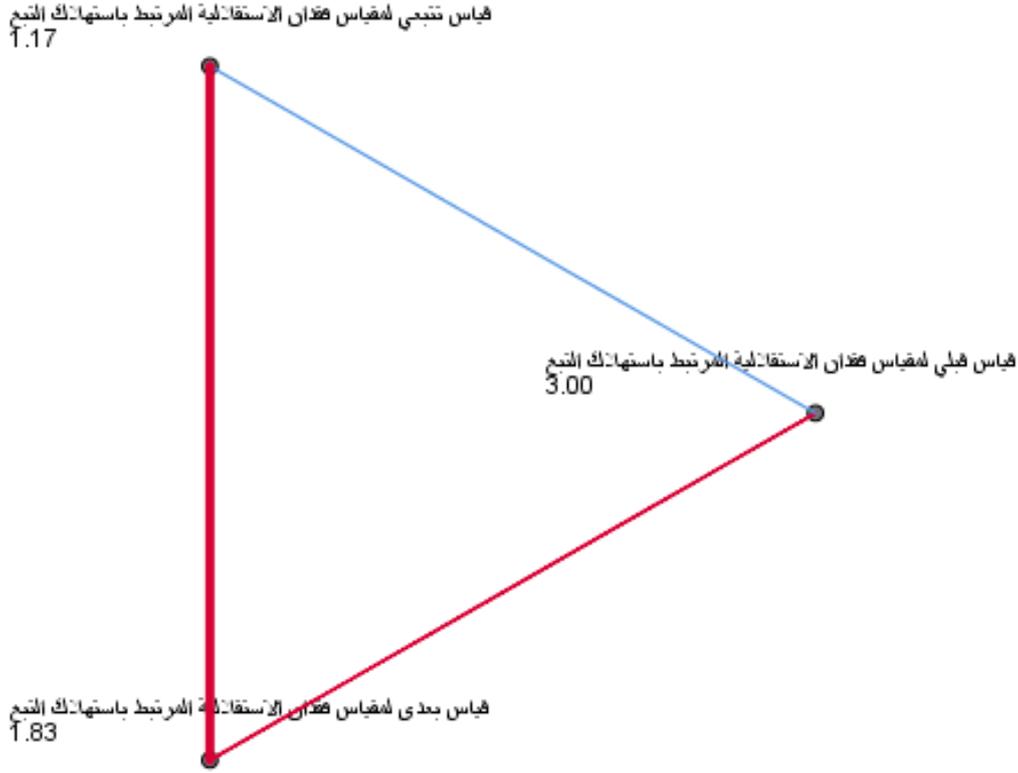
يتضح من نتائج الجدول أن قيمة متوسط الرتب للقياس القبلي 3.00 وهي أكبر من متوسط القياس البعدي والذي بلغ 1.92 واكبر من قيمة متوسط الرتب للقياس التتبعي 1.08 وما يؤكد ذلك قيمة الاختبار الإحصائي χ^2 والتي بلغت 11.27 بدرجة حرية 2 وهي قيمة دالة إحصائياً عند قيمة دلالة $\rho = 0.00$ والجدول رقم (26) يوضح المقارنات بين أزواج متوسطات الرتب للقياس القبلي-البعدي-تتبعي.

جدول رقم(26): يوضح نتائج المقارنات بين نتائج (متوسط القياس القبلي والقياس البعدي) و(متوسط القياس البعدي والقياس التتبعي) و(متوسط القياس القبلي والقياس التتبعي) لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.

قيمة الدلالة p-value	قيمة الفرق	القياسات	
0.13	1.167	القياس القبلي-القياس البعدي	مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ
0.74	0.667	القياس البعدي-القياس التتبعي	
0.00	1.833	القياس القبلي-القياس التتبعي	

يتضح من نتائج الجدول أن الفرق بين قيمة متوسط رتب القياس القبلي والقياس البعدي بلغ 1.167 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند قيمة دلالة $\rho = 0.13$ ، كما بلغ الفرق بين قيمة متوسط الرتب للقياس البعدي والقياس التتبعي 0.667 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند $\rho = 0.74$ ، وبلغ الفرق بين قيمة القياس القبلي والقياس التتبعي 1.833 وهي قيمة دالة إحصائياً عند قيمة دلالة $\rho = 0.00$ وهذا يدل على أن الفرق هو لصالح القياس القبلي بمتوسط رتب 3.00 والشكل التالي يوضح ذلك.

شكل رقم(7): يوضح نتائج المقارنات بين نتائج متوسطات القياس القبلي-البعدي-المتبعي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.



-نلاحظ من الشكل رقم (7) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند قيمة دلالة $p=0.01$ بين القياس القبلي والقياس المتبعي أشير له باللون الأزرق، ونلاحظ أيضا أن الفروق كانت لصالح القياس القبلي بمتوسط رتب بلغ 3.00 وهو أعلى من متوسط الرتب للقياس المتبعي ذو القيمة 1,17 وبالتالي الفروق كانت لصالح القياس القبلي.

نلاحظ من الجداول السابقة أن الفرق بين قيمة القياس القبلي والقياس المتبعي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ 1.917 وهي قيمة دالة إحصائية عند قيمة دلالة $p=0.00$ ؛ في حين بلغ الفرق بين قيمة القياس القبلي والقياس المتبعي لمقياس الاعتماد على السجائر 1.833 وهي قيمة دالة إحصائية عند قيمة دلالة $p=0.00$ ؛ مما يدل على وجود فروق معنوية في متوسط سلوك التدخين في القياس القبلي والقياس المتبعي لصالح القياس القبلي. وهذا يعني انخفاض في مستوى سلوك التدخين بعد الخضوع للخطة العلاجية القائمة على التحسيس الخفي، والنتائج المتوصل إليها هي ما نصت عليه

الفرضية العامة.

1-3- حساب الدلالة العملية (حجم الأثر):

من أجل التحقق من مدى فاعلية الخطة العلاجية التي تهدف إلى خفض سلوك التدخين لدى أفراد المجموعة التجريبية، والجدير بالذكر أن الدلالة الإحصائية لا تكفي وحدها لتحديد مدى التأثير الفعلي للمتغير المستقل على المتغير التابع؛ لذلك قامت الطالبة الباحثة بحساب حجم التأثير بين نتائج متوسط رتب القياس القبلي والتتبعي بالاعتماد على قيمة z التي يتم استخراجها بتطبيق الاختبار الإحصائي ويلكوكسن ثم مقارنتها في مجال مستوى حجم التأثير وفق ما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم (27): يوضح مستويات حجم الأثر r في حالة عينة مرتبطين لاختبار Wilcoxon

للقياس القبلي والتتبعي.

حجم الأثر	صغير	متوسط	مرتفع
R	0.1	0.3	0.5

$$r = \frac{z}{\sqrt{N}}$$

3-1-1- حجم الأثر الذي أحدثته الخطة العلاجية فيما يخص خفض مستوى سلوك التدخين:

جدول رقم (28): يوضح حجم الأثر للقياس القبلي والتتبعي لمقياس الاعتماد على السجائر

وفقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.

المتغيرات	حجم العينة	جذر حجم العينة \sqrt{N}	قيمة z	حجم الأثر r	مستوى الأثر
القياس القبلي والتتبعي لمقياس الاعتماد على السجائر	6	2.44	-2.20	0.90	مرتفع
القياس القبلي والتتبعي لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ	6	2.44	-2.20	0.90	مرتفع

يتضح من نتائج الجدول أن قيمة حجم التأثير للقياس القبلي والتتبعي لكلا المقياسين بلغ 0.90 وهي تقع ضمن مستوى التأثير المرتفع، أي أن حجم الأثر مرتفع بما فيه الكفاية لقبول الفرضية العامة ما يعني أن تطبيق الخطة العلاجية القائمة على التحسيس الخفي أدت إلى خفض سلوك التدخين لدى

أفراد المجموعة التجريبية.

ولتدعيم النتائج الإحصائية والعملية المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة لجأت الطالبة الباحثة إلى البحث عن الدلالة الإكلينيكية لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية، وذلك لرفع ثقة النتائج المتوصل إليها والتأكد أن هذه النتائج ترجع لتأثير الخطة العلاجية لا لعامل آخر.

1-4-4- الدلالة الإكلينيكية:

إن الاعتماد على قيمة الدلالة الإحصائية p-value وعلى قيمة حجم الأثر effect size غير كافية لأنهم يعتمدان على قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي والقياس التتبعي للخطة العلاجية ومن المعروف أن المتوسط الحسابي أكثر تأثر بالقيم المتطرفة.

ويرى كل من جاكبسون وفوليت وريفنس ستورف أن التغيرات الناتجة عن العلاج النفسي تكون ذات دلالة إكلينيكية عندما يتمكن العميل من التحرك من فئة الاضطراب إلى فئة السواء بعد الخضوع للبرنامج العلاجي (Wisse,2004).

ولتحديد مدى التحسن الذي أحدثته الخطة العلاجية في خفض سلوك التدخين على مستوى كل فرد قمنا بحساب الدلالة الإكلينيكية.

1-4-4-1- حساب درجة القطع:

من أجل حساب درجة القطع للخطة العلاجية قمنا بحساب درجة القطع على مستوى كل من مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.

$$\text{معادلة نقطة القطع للمقياس} = \bar{x}_1 + (S_1 * 2)$$

$$\text{نقطة القطع للمقياس الأول} = 39.50 + (4.50 * 2) = 48.5$$

$$\text{نقطة القطع للمقياس الثاني} = 5.00 + (1.54 * 2) = 8.08$$

حيث أن:

$$\bar{x}_1 = \text{المتوسط الحسابي للدرجات القبليّة}$$

$S_1 =$ الانحراف المعياري للدرجات القبلية

1-4-2- حساب مؤشر ثبات التغيير (Reliability Change Index (RCI):

يتم حساب مؤشر ثبات التغيير (Reliability Change Index (RCI) لكل فرد من أفراد المجموعة من خلال حساب الفرق بين درجاته على مستوى القياس القبلي والتتبعي ثم نقوم بقسمته على الخطأ المعياري لدرجات الفرق وفق المعادلة التالية:

$$RCI = \frac{x_{post} - x_{pre}}{\sqrt{2(SE)^2}}$$

حيث أن:

X_{Post} = درجة الفرد في القياس القبلي

X_{pre} = درجة الفرد في القياس التتبعي

SE = الخطأ المعياري للقياس $SE = SD\sqrt{1-r_{xx}}$

SD = الانحراف المعياري لمجموعة المعيارية

$\sqrt{2(SE)^2}$ = الخطأ المعياري للفرق

r_{xx} = قيمة معامل الثبات للاختبار

القيمة الحرجة لمؤشر ثبات التغيير الدالة إحصائياً = 1.96

1-2-4-1- حساب مؤشر ثبات التغير Reliability Change Index (RCI) لمقياس الاعتماد

على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ:

جدول رقم(29): يوضح مؤشر ثبات التغير Reliability Change Index (RCI) لمقياس

الاعتماد على السجائر.

حالات الدراسة	Pretest Scale Score درجة الفرد في القياس القبلي	Posttest Scale Score درجة الفرد في القياس التبعي	Standard Deviation from Normative Sample الانحراف المعياري للعيينة المعيارية	Coefficient Alpha from Normative Sample معامل الثبات للعيينة المعيارية	Reliable Change Index RCI مؤشر ثبات التغير	القيمة الحرجة لمؤشر ثبات التغير الدالة إحصائياً 1.96	التصنيف
الحالة 1	41	21	4,5	0,76	6,4	1.96	تغير موثوق
الحالة 2	44	21	4,5	0,76	7,4	1.96	تغير موثوق
الحالة 3	42	22	4,5	0,76	6,4	1.96	تغير موثوق
الحالة 4	39	0	4,5	0,76	12,5	1.96	تغير موثوق
الحالة 5	31	0	4,5	0,76	9,9	1.96	تغير موثوق
الحالة 6	40	0	4,5	0,76	12,8	1.96	تغير موثوق

جدول رقم (30): يوضح نتائج مؤشر ثبات التغيير (Reliability Change Index (RCI) لمقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.

حالات الدراسة	Pretest Scale Score	درجة الفرد في القياس القبلي	Posttest Scale Score	درجة الفرد في القياس التبعي	Standard Deviation from Normative Sample الانحراف المعياري للعينة المعيارية	Coefficient Alpha from Normative Sample معامل الثبات للعينة المعيارية	Reliable Change Index RCI مؤشر ثبات التغيير	القيمة الحرجة لمؤشر ثبات التغيير الدالة إحصائياً 1.96	التصنيف
الحالة 1	5	2	2	0	1,54	0,87	3,8	1.96	تغير موثوق
الحالة 2	6	2	2	0	1,54	0,87	5,1	1.96	تغير موثوق
الحالة 3	6	2	2	0	1,54	0,87	5,1	1.96	تغير موثوق
الحالة 4	5	0	0	0	1,54	0,87	6,4	1.96	تغير موثوق
الحالة 5	2	0	0	0	1,54	0,87	2,5	1.96	تغير موثوق
الحالة 6	6	0	0	0	1,54	0,87	7,6	1.96	تغير موثوق

يتضح من نتائج الجدول رقم (29) و(30) أن قيمة مؤشر ثبات التغيير (Reliable Change Index (RCI) للحالة الأولى بلغت 6.4 و3.8 على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، وهما أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائياً 1.96 وعليه يمكننا القول أنه هناك تغير موثوق لدى الحالة 1 على مستوى سلوك التدخين، هذا يعني أن الخطة العلاجية التي خضعت لها الحالة 1 ذات فاعلية في خفض مستوى سلوك التدخين.

كما بلغت قيمة مؤشر ثبات التغير (RCI) للحالة الثانية 7.4 و 5.1 على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، وهما أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائياً 1.96 وعليه يمكننا القول أنه هناك تغير موثوق لدى الحالة 2 على سلوك التدخين، هذا يعني أن الخطة العلاجية التي خضعت لها الحالة 2 ذات فاعلية في خفض مستوى سلوك التدخين.

وبلغت قيمة مؤشر ثبات التغير (RCI) للحالة الثالثة 6.4 و 5.1 على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، وهما أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائياً 1.96 وعليه يمكننا القول أنه هناك تغير موثوق لدى الحالة 3 على مستوى سلوك التدخين، هذا يعني أن الخطة العلاجية التي خضعت لها الحالة 3 ذات فاعلية في خفض مستوى سلوك التدخين.

ويتضح أيضاً من نتائج الجدول رقم (29) و(30) أن قيمة مؤشر ثبات التغير (RCI) للحالة الرابعة 12.5 و 6.4 على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، وهما أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائياً 1.96 وعليه يمكننا القول أنه هناك تغير موثوق لدى الحالة 4 على مستوى سلوك التدخين، هذا يعني أن الخطة العلاجية التي خضعت لها الحالة 4 ذات فاعلية في خفض مستوى سلوك التدخين.

وبلغت قيمة مؤشر ثبات التغير (RCI) للحالة الخامسة 9.9 و 2.5 على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، وهما أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائياً 1.96 وعليه يمكننا القول أنه هناك تغير موثوق لدى الحالة 5 على مستوى سلوك التدخين، هذا يعني أن الخطة العلاجية التي خضعت لها الحالة 5 ذات فاعلية في خفض مستوى سلوك التدخين.

كما بلغت قيمة مؤشر ثبات التغير (RCI) للحالة السادسة 12.8 و 7.6 على مستوى مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ، وهما أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائياً 1.96 وعليه يمكننا القول أنه هناك تغير موثوق لدى الحالة 6 على مستوى سلوك التدخين، هذا يعني أن الخطة العلاجية التي خضعت لها الحالة 6 ذات فاعلية في خفض مستوى سلوك التدخين.

1-4-3- تصنيف عينة الدراسة بعد الخضوع للخطة العلاجية الخاصة بخفض سلوك

التدخين.

بالاعتماد على قيم مؤشر ثبات التغير ودرجة القطع قمنا بتصنيف الحالات التي خضعت للخطة العلاجية وأقلعت عن التدخين.

جدول رقم(31): يوضح تصنيف الحالات بعد خضوعها للخطة العلاجية الخاصة بخفض سلوك

التدخين.

التصنيف	الحالات	
تحسنت(انخفض مستوى سلوك التدخين)	الحالة الأولى	الخطة العلاجية لخفض سلوك التدخين
تحسنت (انخفض مستوى سلوك التدخين)	الحالة الثانية	
تحسنت(انخفض مستوى سلوك التدخين)	الحالة الثالثة	
تحسنت (أقلع نهائيا)	الحالة الرابعة	
تحسنت (أقلع نهائيا)	الحالة الخامسة	
تحسنت (أقلع نهائيا)	الحالة السادسة	

نلاحظ من نتائج الجدول رقم (31) أن الحالات الستة قد تحسنت حيث كانت نتائجهم أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائيا 1.96، 3 منهم أنخفض سلوك التدخين لديهم و3 الآخرين أقلعوا عنه نهائيا، وبالتالي الخطة العلاجية القائمة على التحسيس الخفي ساهمت فعلا في خفض سلوك التدخين لديهم.

2- تفسير النتائج في ضوء الفرضية:

نصت الفرضية العامة على ما يلي: "يؤدي تطبيق خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي إلى خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين". دلت النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية أن الخطة العلاجية أحدثت تغييرا إيجابيا وملحوظا لدى عينة الدراسة، وبالتالي تحقق فرضية الدراسة.

كما بينت النتائج المتوصل إليها من خلال حساب الدلالة الإحصائية، العملية والإكلينيكية وبكل وضوح درجة الأثر والتغيير الذي أحدثته الخطة العلاجية، من حيث خفض سلوك التدخين. حيث أسفرت النتائج الى أن 3 حالات أقلعوا عن التدخين بشكل نهائي، بينما تحسنت 3 حالات الأخرى أي

انخفض سلوك التدخين لديهم.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه كل من (Emmelkamp Walta 1978)؛ (Michael R, et all 1980) الذين أثبتوا فعالية العلاج بالتحسيس الخفي في خفض سلوك التدخين، وذلك مقابل التدريب الاسترخائي والتدريب التخيلي لصالح العلاج بالتحسيس الخفي. حيث أدى هذا الأخير إلى انخفاض واضح في مستوى سلوك التدخين، والنتائج المتوصل إليها في الدراسة السابقة الذكر لا تختلف عن نتائج دراسة (Kenneth L, James F. Sallis 1981) ودراسة (Tom Kraft, 2005) (David Kraf) الذين أثبتوا فعالية هذا التوجه العلاجي.

وهذا ما تمكنت الطالبة الباحثة من إثباته من خلال الدلالة العملية، أي حجم الأثر الذي أحدثته الخطة العلاجية القائمة على أسس التحسيس الخفي والذي كانت نتيجته (G=90). واعتمدت الطالبة الباحثة الدلالة الإكلينيكية لتأكيد وتدعيم النتائج المتوصل إليها إحصائياً وعملياً، وقد اتضح ذلك من خلال تجاوز قيمة مؤشر ثبات التغير (RCI) لأفراد المجموعة التجريبية القيمة الحرجة المقدر بـ 1,96، والتي حسب جاكسون هي دليل على التحسن. يمكن الإشارة إلى 3 حالات الأخيرة التي أفلعت نهائياً عن سلوك التدخين، أما 3 حالات الأخرى فقد أحرزوا تحسناً ملحوظاً لكن لم يقلعوا عن التدخين، وحسب رأي الطالبة الباحثة هذا يعود إلى ارتفاع مستوى سلوك التدخين لديهم في القياس القبلي بالنسبة للحالات الأخرى، وبالتالي معدل إقبالهم على هذا السلوك ودرجة ادمانهم على التبغ لعبت دوراً مهماً في عدم قدرتهم على الإقلاع عن التدخين في هذه الفترة وبالتالي يحتاجون إلى فترة علاج أطول.

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية مدى إقبال أفراد المجموعة التجريبية على استهلاك السجائر وهو الحال ذاته كما تعتقد الطالبة الباحثة عند أغلب المراهقين والشباب، والسبب يعود إلى القيمة الرمزية للسيجارة وهو ما حاولت العديد من الاتجاهات النظرية تفسيره والتي نذكر من بينها نظرية التعلم الاجتماعي، التي أكدت أن سلوك التدخين يستمر بسبب التعلم الاجتماعي لأنه يقترن بالمكافأة التي تتيحها خبرة التدخين، فممارسة هذا السلوك تجلب له في البداية الثناء من رفقاته والذي له مدلول إيجابي على نفسيته عند مشاركته في نشاط جماعي كالتدخين، هذا ما يمكن تفسيره من خلال الرغبة في الانتماء والقبول الاجتماعي، والذي من شأنه أن يكتف هذه العادة، كما نشير أيضاً إلى المشاعر الإيجابية التي يشعر بها المدخن أثناء التدخين، ومن بينها تخفيف حدة القلق والتوتر وشعور عام

بالحالة الجيدة للنفس والجسد خاصة بعد مواجهة مواقف ضاغطة، لكن هؤلاء الأشخاص تغيب عنهم حقيقة منتجات التبغ في أنها هي الأداة الباعثة على الضغوط، والدليل على ذلك أنه بمجرد انتهاء الموقف الضاغط فهم لا يقاومون تدخينها وتظل ملازمة لهم.

كما نشير إلى أن هناك دراسات كثيرة عمدت إلى البحث في العوامل التي تجعل الفرد مهيباً للانخراط في هذا السلوك وأكدت النتائج أن البيئة تلعب دوراً مهماً في تعلم التدخين في سن مبكرة ويكون ذلك من خلال:

- ضغط الأقران والأصدقاء وتحريضهم على التدخين.
- تساهل الوالدين في التربية والتحذير من هذا السلوك.
- الرغبة بالظهور بمظهر البالغين.
- عدم الوعي بأضراره أو عدم الاكتراث بها.
- التدعيم الاجتماعي المرافق لظاهرة التدخين.

كما أظهرت الدراسات السابقة التي كشفت مدى انتشار سلوك التدخين لدى المراهقين كدراسة عبده القاسم (2000)، والتي هدفت إلى الكشف عن حجم ظاهرة التدخين بين تلاميذ مدارس التعليم الثانوي في اليمن على عينة شملت 2862 طالب وطالبة، وتوصلت إلى أن سلوك التدخين يبدأ في مرحلة مبكرة، بل أن التلاميذ يصلون إلى مرحلة التعود وهم لم يجتازوا بعد المرحلة الثانوية.

كما سجلت مصلحة الوقاية بمديرية الصحة والسكان لولاية وهران ارتفاع في عدد التلاميذ المدخنين بين الجنسين، إذ بلغت نسبة التدخين في الطور الثانوي 3.6% من الطالبات، أي 71 مدخنة من مجموع 1965 طالبة، حيث 14.1% من المدخنات بدأت التدخين عند 15 أو 16 سنة، و85.9% بدأت في سن 17 سنة، كما أكد الأخصائي النفسي لأحد الثانويات أن ظاهرة التدخين موجودة ومتفشية بين المراهقين، مشدداً على ندرة ممارستها أثناء تواجد التلاميذ في الحرم المدرسي، وذلك لحزم الإدارة في مثل هذه التفاصيل تجاه أي تلميذ مدخن، ولهذا يقوم التلميذ بالتدخين عادة عقب انتهاء الدوام وهذا ما قد يوضح النسبة القليلة من التلاميذ الذين أقرروا بأنهم يدخنون فهم يخافون

الإجراءات الردعية التي تتخذها إدارة المدرسة ضدهم وقد يفضح أمرهم لدى أوليائهم.

كما أظهرت نتائج دراسة تواتي واليازيدي (2019)، التي أظهرت أن سلوك التدخين منتشر بعدد يقدر بـ 59 تلميذ مدخن بنسبة 21.1% مقارنة مع التلاميذ الغير مدخنين والذي قدر عددهم بـ 166 أي بنسبة 99.3% وهي نسبة كبيرة تدعو للقلق بين تلاميذ الثانوية.

تشير الطالبة الباحثة إلى أن اللجوء إلى ممارسة هذا السلوك في مرحلة عمرية مبكرة والاستمرار فيه يجعل الأفراد يصلون إلى مرحلة التعود وصعوبة التوقف رغم وعيهم بأضرار التدخين الخطيرة وهذا ما أثبتته إجابات جميع أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الإدمان على السجائر بأنهم يوافقون بشدة على عبارة: "أدخن رغم معرفتي بمخاطر التدخين على صحتي"؛ وهذا ما أكدته دراسة الطالبة الباحثة إيمان صدقة (2019) أن تلاميذ الثانوية واعيين بمجموعة الأضرار التي يسببها التدخين خاصة الأكثر شيوعا كالإصابة بسرطان الرئة والفم والبلعوم وبعض الأمراض الخطيرة كاضطرابات في التنفس والتهابات مزمنة على مستوى الجهاز التنفسي.

كما نشير إلى الشعور بالاضطراب والتوتر لدى المدخن من مجرد التفكير في فكرة ترك التدخين وأعراض الانسحاب المصاحبة له، وهو الأمر الذي تعكسه أيضا إجابات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ بنعم على العبارات الآتية: "هل شعرت بالتوتر والقلق؟"؛ "لم تستطع البقاء هادئا لأنك لم تدخن؟"؛ "هل شعرت بالحاجة القوية والرغبة الشديدة في التدخين؟"؛ "هل تدخن حاليا لأنه من الصعب عليك التوقف عنه؟"؛ إن هذا التعود وبمرور الوقت جعل من هذا السلوك جزءا من الحياة اليومية لأفراد المجموعة التجريبية، ومع وجود هذا الوعي بمختلف أخطار هذا السلوك نجدهم غير قادرين على التوقف عن ممارسته رغم تواجد الرغبة في الإقلاع عنه.

هنا تأتي أهمية وضع الخطة العلاجية المقترحة لمساعدة هذه الفئة من أجل خفض مستوى هذا السلوك تدريجيا ثم التوقف عنه بشكل نهائي، وبعد الانتهاء من الجلسات العلاجية مع المجموعة التجريبية والقيام بجميع التعليمات جاءت نتائج التدخل العلاجي جد مرضية كما ذكرنا سابقا حيث أحدث انخفاض دالا إكلينيكي في سلوك التدخين لدى جميع أفراد المجموعة التجريبية عند نهاية العلاج (في التطبيق البعدي)، حيث توجد فروق بين التطبيقين قبلي وبعدي وهو انخفاض جاء بعد الالتزام بجلسات الخطة العلاجية التي كانت لها التأثير الواضح في تغيير مدى إقبال المجموعة على سلوك التدخين.

تعيد الطالبة الباحثة هذه النتائج إلى انسجام أفراد المجموعة التجريبية لأنهم جميعا من فئة المراهقين، يقيمون في نفس الحي، ويدرسون بمؤسسة تعليمية واحدة، الأمر الذي وفر للدراسة المناخ الملائم لتنفيذ الخطة العلاجية.

كما ترجع هذه النتائج أيضا حسب استمارة تقييم الجلسة الثانية إلى تعرفهم على الوظائف الصحية التي يستعيدوها الجسم بعد الإقلاع عن التدخين، وأن كل سيجارة يقومون بتدخينها تقصر من عمرهم حوالي 11 دقيقة، وكذا إدراكهم لأضرار التدخين على الجانب النفسي وآثاره السلبية على أجهزة الجسم على المدى القريب والبعيد، وبذلك تكون نتائج الدراسة الحالية قد اتفقت مع ما توصلت إليه دراسة (ديلهوم وماير، 2007) التي أجريت على عينة تتكون من 63 مدخن حيث تم عرض مجموعة من الرسائل الوقائية التي تحتوي الصور القوية (النماذج) في تغيير السلوكات، ولذلك يمكننا القول أن نجاح عرض الصور يظهر من خلال تغيير ملحوظ في مستوى استهلاك أفراد المجموعة التجريبية للتبغ.

هذا بالإضافة إلى تركيز الخطة العلاجية على العلاقة بين سلوك التدخين وتكوين ذات المراهق، لأن الاتجاهات النظرية في هذا المجال تؤكد أن لجوؤه للسيجارة هو بحث عن تأكيد للذات، وإيجاد المكانة بين جماعة الرفاق وتقليد لمن يعتبره مثله الأعلى والرغبة الملحة للاقتداء به، إضافة إلى الصورة الخاطئة التي يقدمها المجتمع عن النضوج، فلكي يصبح المراهق ناضجا يجب أن يكون مدخنا، أي أن هذا الارتباط هو ما يجعل تغيير هذا السلوك هدف صعب المنال واللجوء إلى المناهج العلاجية أصبح ضرورة، لأن المناهج التوعوية الإرشادية والوقائية أصبحت غير كافية بل وحتى المناهج العلاجية قد تصل إلى نتائج باهرة ولكنها تبقى دائما معرضة للفشل بسبب سهولة الانتكاس.

كما ترجع هذه النتائج أيضا إلى استفادة أفراد المجموعة التجريبية من تمارين الاسترخاء داخل الجلسات، فحسب نتائج استمارات المراقبة الذاتية للجلسة الثالثة أن 90% منهم وصلوا إلى مرحلة الاسترخاء العضلي، ووصول 100% منهم إلى الاسترخاء العضلي العميق والشعور بالارتياح بعد التمرين في الجلسة الخامسة، أي بعد تكرار التمرين خارج الجلسات العلاجية في شكل واجبات منزلية، وكذا التدريب عليه داخل الجلسات؛ هذا التمرين ساهم بشكل فعال في إرخاء العضلات من بعد الضغوطات اليومية التي يتعرض لها أفراد المجموعة التجريبية، وهذا بدوره قلل من حدة التوتر والقلق والضغوطات الناجمة عن أجواء الدراسة والحياة الأسرية وجماعات الرفاق، والتي تعد من بين العوامل

الرئيسية في ارتفاع مستوى سلوك التدخين لدى أفراد المجموعة التجريبية، وبالتالي تجنب فكرة أن استهلاك سيجارة سيقلل من هذا التوتر والقلق.

ونشير أيضا إلى التزام أفراد المجموعة التجريبية بالتعليمات وممارستهم لما تعلموه خلال الجلسات العلاجية خارج الجلسات، أي في الحياة اليومية من خلال تكليفهم بالواجب المنزلي، نذكر منها تمارين تخيل المشاهد (المتعة والمنفرة) فمن خلال نتائج استمارات المراقبة الذاتية للجلسة السابعة تمكن 90% منهم تخيل المشاهد المنفرة والشعور بالاشمئزاز عند تخيلها، وتمكنهم من ربطها بمشاهد المتعة الخاصة بهم حيث استطاع جميع أفراد المجموعة التجريبية أي 100% منهم دمج المشاهد (الأقل إمتاعا) مع المشهد المنفر في الجلسة الثامنة، وبدأ يذهب شعورهم بالراحة والمتعة أثناء تخيلهم لمشاهد المتعة الخاصة بكل فرد من أفراد المجموعة فور إدخال المشهد المنفر وكان ذلك بنسبة 100% منهم في الجلسة الثامنة، بالإضافة للقيام بنفس التمرين كواجب منزلي، وإعادة القيام بدمج المشاهد 3 الأكثر إمتاعا والمنفرة في الجلسة التاسعة، حيث استطاع 100% منهم أن يصبحوا أكثر تركيزا على تخيل المشاهد الممتعة والمشهد المنفر، وبالتالي بدأت أغلب مشاهد المتعة الخاصة بسلوك التدخين لديهم تفقد جاذبيتها بالتدرج، هذا الأخير انعكس على إقبالهم على سلوك التدخين لديهم.

كما تشير الطالبة الباحثة إلى أهمية تمرين تبديل المشاهد المنفرة والتركيز على المشاهد الأقل إمتاعا داخل الجلسة العاشرة والمشاهد الأكثر إمتاعا داخل الجلسة الحادي عشر، والتدرب عليها خارج الجلسات كواجبات منزلية فقد قام جميع أفراد المجموعة بالتدرب على أكثر من عنصر من مخطط المتعة، مما جعل كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية يستبدل المشهد المنفر بحيث يتجنب الشعور بالاشمئزاز أو التقيؤ، أو أي عنصر منفر في المشهد؛ فيتجنب ذلك الشعور وذلك التنفير بتجنب مشهد المتعة الخاص بسلوك التدخين، فمع ظهور أولى علامات الغثيان يتوقف عن سلوك التدخين ومن ثم يبدأ في الشعور بالراحة وبأنه أفضل. وبالتالي يصبح يتجنب سلوك التدخين بدلا من الإقدام على معاشته.

وقد تم إحراز تحسن ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد شهر من انتهاء الخطة العلاجية وذلك بعد قيامنا بالتطبيق التتبعي حيث توجد فروق بين التطبيقين القبلي والتتبعي والبعدي والتتبعي، هذا يعكس استمرار أفراد المجموعة التجريبية في التوقف التدريجي عن سلوك التدخين بل ومن أفراد المجموعة التجريبية من توقف نهائيا (حالتين عند القياس التتبعي).

وقد قامت الطالبة الباحثة بالتطبيق التتبعي من أجل التأكد من استمرارية وبقاء معدلات التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية، وأنه ليس تحسن مؤقت يزول بتوقف الخطة العلاجية، وهذا ما نعتبره دليل على نجاح الخطة المقترحة، خاصة مع فئة الشباب المراهقين الذين يتعرضون لمشكلات وظروف نفسية اجتماعية ودراسية مختلفة؛ وهذا يدل على اكتساب أفراد المجموعة التجريبية المهارات والأساليب اللازمة للتعامل مع سلوك التدخين وعدم الإقبال عليه بكميات مرتفعة كالسابق.

كما ترجع أيضا إلى الأساليب العلاجية كالاسترخاء وتخيل المشاهد والمواقف التي تثير اشمئزازهم عند وجود الرغبة في التدخين فهذه الفنيات تدربوا عليها داخل الجلسات وخارجها في شكل واجبات منزلية، أدى إلى استمرارهم في تطبيقها بعد انتهاء الخطة العلاجية بشكل جماعي، وهذا راجع للصلة التي تربطهم خارج الجلسات والتي ساهمت بشكل كبير في تحقيق هذه النتائج الجيدة، فالعمل الجماعي بينهم شجعهم على المثابرة والمواصلة عن طريق تحفيز بعضهم البعض هذا مما جعلهم يستفيدون أكثر من توجيهات التعامل مع أعراض انسحاب النيكوتين ومواجهة الانتكاسة والوقاية منها المقدمة في الجلسة العلاجية الأخيرة حيث تطرقنا لأهمية فترة ما بعد الإقلاع عن التدخين.

كما تعزى نتائج الدراسة الحالية أيضا إلى تلقي أفراد المجموعة التجريبية للكلم الهائل من المعلومات حول هذا السلوك، من خلال عرضها في شكل صور وفيديوهات داخل الجلسات، فمن جهة استوعبوا مخاطر هذا السلوك ومن جهة أخرى أدركوا فوائد الإقلاع عنه والتي تنعكس على الجسم والنفسية فور توقفه عن هذا السلوك أي في الساعات الأولى من الإقلاع عنه، وبالتالي أصبحوا يحاولون قدر الإمكان تجنب السجارة لتجنب التوتر والآثار الوخيمة التي تلحقها بأجهزة الجسم المختلفة.

ومما سبق ترى الطالبة الباحثة أن ظهور التحسن المتحصل عليه في القياس التتبعي هو شيء إيجابي، ودليل لنجاح الخطة العلاجية المقترحة لخفض سلوك التدخين، وهذا ما قد يشجع الأخصائيين على البحث والدراسة في زيادة مدة الخطة العلاجية أو زيادة النظر والتعديل للظروف البيئية والنفسية والاجتماعية للمراهقين المتمدرسين.

خاتمة

خاتمة:

يعتبر سلوك التدخين من بين الظواهر التي تؤثر بشكل ملحوظ على حياة الفرد والمجتمع، وأنها كسلوك تعد ظاهرة بالغة التعقيد ولها من الأسباب ما يؤدي إلى تقامها سواء تمثلت هذه الأسباب في مادة الدخان ذاتها، أو في الفرد المدخن نفسه، أو في المجتمع على وجه العموم، والملاحظ أن ظاهرة التدخين باتت منتشرة بشكل ملحوظ بين صفوف المراهقين داخل المؤسسات التعليمية، فاللجوء إلى ممارسة هذا السلوك في مرحلة عمرية مبكرة يجعل المراهق يصل إلى مرحلة التعود ومن ثم صعوبة التوقف عليه، مما يؤدي إلى ارتباط هذا السلوك بمعتقدات وأفكار خاطئة تجعله يستقر في ممارستها، وهذا راجع لخصائص مرحلة المراهقة وغياب المعرفة الصحيحة والدقيقة حول إتباع مثل هذه السلوكيات في حياتهم؛ وهذا ما يدفعهم إلى الانخراط في سلوكيات سلبية غير صحية مقارنة مع أقرانهم غير المدخنين.

لذلك عمل الباحثون على اقتراح وتطوير علاجات نفسية أكثر نجاعة مع مثل هذه الاضطرابات السلوكية ويعد العلاج بالتحسيس الخفي أحد هذه العلاجات، وهو يعد من بين العلاجات المعرفية السلوكية التي حاولت تطوير مهارات وفنيات علاجية تساعد العميل على التعامل مع مثل هذه الاضطرابات النفسية السلوكية بشكل مرن وفعال، حيث يعمل على القضاء على هذه العادة من خلال ربطها بمثير تخيلي مؤلم للغاية ونتيجة لذلك لن تثير العادة الهدامة صوراً ممتعة لها وتصبح مرتبطة بشيء ضار ومنفر - وهذا الارتباط يكون بربط الصور الممتعة التي تولدها العادة السيئة مع صور مؤلمة كريهة مثل الغثيان أو إصابة جسدية، أو تجربة مؤلمة حيث يعمل التحسيس الخفي على إفقاد العادة القديمة معظم جاذبيتها إن لم تجردها منه تماماً، وما إن تصبح العادة السيئة مصدر الألم يصبح بإمكان الفرد الهروب من ألمها بتخيل القيام بأشياء أفضل ترتبط بأحاسيس ممتعة، ويأتي ذلك من خلال تدريب العميل على مهارات تساعد على القيام بمثل هذه العمليات والتعامل مع أفكاره ومشاعره السلبية وكيفية تطبيقها على حياته بشكل عام، وهذا ما دفع بالطالبة الباحثة إلى الاعتماد على هذا التيار العلاجي.

وفي ظل الغياب الواضح لمثل هذه الدراسات على المستوى المحلي والعربي جاءت هذه الدراسة كتجربة أولى في هذا المجال - في حدود علم الطالبة الباحثة -، من خلال تطبيق خطة علاجية

متكونة من ثلاثتي عشرة جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع، تم تطبيقها على ست حالات؛ وأسفرت النتائج عن حدوث تحسن ملحوظ في مستوى سلوك التدخين، أين أقلع 3 حالات بشكل نهائي بالإضافة إلى انخفاض مستوى التدخين لدى الثلاث حالات الأخرى؛ وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الإحصائية والعملية والإكلينيكية، الأمر الذي يتوافق مع نتائج الدراسات السابقة.

في ختام هذا البحث وللاانتشار الواسع لسلوك التدخين على كل المستويات، وبين كل الفئات خاصة المراهقين منهم المتمدرسين وغيرهم، ونتيجة لما يترتب عليه من آثار سلبية على الفرد والمجتمع، يتطلب بلا شك المزيد من الدراسات في هذا المجال، وفتح آفاق لأبحاث جديدة تضع الطالبة الباحثة حوصلة لهذه التجربة العلمية وتتمثل في:

- إجراء أبحاث ودراسات تتطرق لتطبيق الخطة العلاجية المستخدمة في الدراسة الحالية، ومتابعة الحالات لفترات زمنية أطول للتأكد من استمرارية تطبيق العملاء للمهارات التي تم التدريب عليها ولفترات أطول، أو تعميمها على وضعيات مختلفة وهذا ما تعذر على الطالبة الباحثة القيام به.

- إشراك المختصين في هذا المجال في وضع برامج مدروسة تساعد هذه الفئة الهشة للإقلاع عن التدخين والحد من تفشي هذه الظاهرة خاصة داخل المؤسسات التعليمية والتربوية.

- تفعيل دور الأسرة في مجال مكافحة التدخين مع ضرورة التنسيق بين كافة الجهات المعنية بالأدوار المختلفة في هذا المجال.

- إجراء دراسات لخفض سلوك التدخين على فئات أخرى غير المراهقين كالطلبة الجامعيين أو الراشدين وتكييف برنامج بما يتناسب معهم.

- تطبيق تقنيات وأسس هذا العلاج على اضطرابات مختلفة كالسمنة، والاضطرابات الجنسية.

- إجراء دراسات مقارنة، أين يتم تطبيق هذه الخطة العلاجية القائمة على التحسيس الخفي ومقارنتها ببرامج وخطط علاجية تركز على أسس علاجية أخرى كالعلاج المعرفي السلوكي.

هذا ولا يزال مجال علم النفس واسعاً وغنياً يحتاج للعديد من الأبحاث والدراسات لتطويره، وجعل البرامج أكثر فعالية مع سرعة تطبيقها واستمرارية فعاليتها على المدى البعيد.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- إبراهيم، عبد الستار؛ بن عبد الله الدخيل، عبد العزيز؛ إبراهيم، رضوان(1993). العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته. الكويت: عالم المعرفة.
- باهصي، جمال؛ بن محمد الوادعي، علي(2014). إحصائيات آفة التدخين بالمملكة العربية السعودية. وزارة الصحة برنامج مكافحة التدخين. السعودية: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
- بن صالح القصير، عبد الله(2011). البيان في أضرار الدخان. الطبعة 2. شبكة الألوكة.
- تايلور، شيلي(2008). علم النفس الصحي. ترجمة درويش بريك، وسام؛ شاكرا طعيمة، فوزي. ط1. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- تواتي، نورة؛ اليازدي، فاطمة الزهراء(2019). مارس). سلوك التدخين عند التلميذ المتمدرس - دراسة ميدانية بثانوية بلقاسم الوزري. مجلة المرشد، (7)، 29-38.
- تائر أحمد غباري؛ خالد محمد أبو شعيرة(2015). سيكولوجيا النمو الإنساني بين الطفولة والمراهقة. عمان، الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- تائر حيدر. العلاجات السلوكية. كلية الطب البشري، جامعة دمشق. بدون تاريخ.
- جابر، صلاح الدين(2016). يناير). دور اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ في حماية الصحة والبيئة. مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث. (9)، 259-324.
- جدو عبد الحفيظ(2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم (رسالة ماجستير، جامعة سطيف2، الجزائر). تم الاسترجاع من موقع <http://dspace.univ-setif2.dz/xmlui/handle/setif2/181>
- جلال، بهاء الدين. مهارات وفنيات تعديل السلوك. مركز هيلب وبوب مع جمعية التوعية والتأهيل الاجتماعي. بدون تاريخ.

- الخطيب، صالح احمد(2007). الإرشاد النفسي في المدرسة: أسسه، نظرياته، وتطبيقاته. ط1. الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعية.
- الدرماش، عادل(1982). الإدمان مظاهره وعلاجه عالم المعرفة. الكويت: عالم المعرفة.
- دغيم الدغيم، محمد (2016.أفريل). مستوى القلق وتقدير الذات والدوافع نحو التدخين لدى المراهقين. مجلة العلوم التربوية، 1(2)، 184 - 204.
- رزق، هيام. كيف تحمي صحتك من السموم "التدخين والإدمان. الجزائر: دار الهدى. بدون تاريخ.
- الرياضي، كمال جميل(2015). الرياضة لغير الرياضيين. ط1. الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزريقات، ابراهيم عبد الله فرج(2011). تعديل سلوك الأطفال والمراهقين (المفاهيم والتطبيقات). الأردن: دار الفكر.
- الزغلول، عماد عبد الرحيم(2005). نظريات التعلم. ط2. فلسطين: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- زيد بن زايد، أحمد الحارثي(2008). إسهام الإعلام التربوي في تحقيق الأمن الفكري لدى طلاب المرحلة الثانوية، بمدينة مكة المكرمة من وجهة نظر مديري وكلاء المدارس والمشرفين التربويين (رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية). تم الاسترجاع من موقع <http://site.iugaza.edu.ps/hsoofi/files/2010/02>
- سجال، عبد الحفيظ (2012/07/04). السجائر والمخدرات تجتاح المدارس في الجزائر. تم الاسترجاع من موقع <https://zedni.com/>
- سلامة عوض الله، يوسف مصطفى(2008). التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة (رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين). تم الاسترجاع من موقع <https://library.iugaza.edu.ps/thesis/80689.pdf>

- سليمان، ریحاني؛ مي، الذویب؛ عز الرشدان(2009). أنماط المعاملة الوالدية كما يدركها المراهقون وأثرها في تكيفهم النفسي. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 5(3)، 217-231.
- شحادة، محمد عرسان(2017). الآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية لظاهرة التدخين في الضفة الغربية (دراسة حالة: مدينة سلفيت) (رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين). تم الاسترجاع من موقع <https://hdl.handle.net/20.500.11888/13180>.
- صدقة، إيمان؛ بن لمبارك، سمية (2021.مارس). سلوك التدخين عند المراهق المتمدرس الانتشار والدوافع والأسباب (دراسة ميدانية). مجلة العلوم النفسية والتربوية، 7(2)، 294-305.
- عبد الهادي الطاهر، جمال عبد السالم (2018). أثر برنامج إرشادي صحي توعوي تثقيفي في تغيير سلوك واتجاهات طلبة المرحلة الثانية من التعليم الأساسي نحو التدخين دراسة ميدانية بمدينة سبها_ ليبيا(رسالة ماجستير ليبيا). تم الاسترجاع من موقع <http://repository.usd.sd:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/938>.
- عزت عربي، محمد(2013). اتجاهات طلبة جامعة دمشق نحو منع التدخين في الأماكن العامة(دراسة ميدانية على طلبة كليتي التربية والعلوم). مجلة اتحاد الجامعات العربية، 11(2)، 166-191.
- العمري، عبد الهادي بن يحيى بن محمد (2009) العوامل والأسباب التي تدفع إلى ممارسة سلوك التدخين من وجهة نظر بعض الطلاب المدخنين وغير المدخنين بالمرحلة الثانوية بمحافظة المخوة(رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية). تم الاسترجاع من موقع <http://thesis.mandumah.com/Record/135212>.
- فتحي عبد الرحمن، صابرين(2018.أكتوبر). الفروق بين المعتمدين على النيكوتين وغير المعتمدين في مركز التحكم في التدعيم. مجلة دراسات عربية، 4(4)، 639-673.
- فرج، صفوت (2007). القياس النفسي، ط6، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- قرمية، مشاشو(2018). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التفاوض غير الواقعي وتنمية السلوك الصحي لدى المدخن (أطروحة دكتوراه). جامعة الحاج لخضر، الجزائر.
- القصير، عبد الله بن صالح (2011). البيان في أضرار الدخان. شبكة الالوكة. الطبعة 2.
- ماکاي، ماثيو؛ ديفيز، مارثا؛ فانينج، باتريك(2010). الأفكار والمشاعر المسيطرة على حالاتك المزاجية وعلى حياتك.(ترجمة سليمان الغديان). المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.
- محمد علي الخاروف، أمل(2009). التدخين لدى طالبات وطلاب الجامعة الأردنية أسبابه ومضاره وطرق علاجه. مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، 36(1)، 61-87.
- منظمة المؤتمر الإسلامي(2003). مكافحة التبغ في الدول الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي. مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (مركز أنقرة).
- منظمة الصحة العالمية(2006). التبغ قاتل بكل صوره وأشكاله. اليوم العالمي للامتناع عن التبغ. المكتب الإقليمي للشرق المتوسط. تم الاسترجاع من موقع <https://www.who.int/iris/handle/10665/119800>
- منظمة الصحة العالمية(2020). التبغ. تم الاسترجاع من موقع <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- مؤسسة الحسين للسرطان(2013). الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الادمان على التبغ "لنساعد المدخنين في الإقلاع عن التدخين. الأردن: وزارة الصحة. تم الاسترجاع من موقع <https://www.khcc.jo/uploads/2019/10/khccbookletsmokingaddiction.pdf>
- Addiction A-Z, Owned and operated by Promises Behavioral Health. Covert sensitization. Retrived from <https://www.addiction.com/blogs/a-z/covert-sensitization/> .
- American Psychiatric Association(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5TM text Revision). Washington, DC : London, England APA .

- Anant ,S.S (1967). A note on the treatment of alcoholics by a verbal aversion technique. Canadian Psychologist, 8 (1), 19-22.
- Ashem, B ; Donner L (1968). Covert Sensitisation with alcholoics: A controlled replication. Behaviour Research and Therapy, 6(1), 7-12.
- Bufford, Rodger K (2016.June). Aversion Therapy. Baker Encyclopedia of Psychology and Counseling, 115-121.
- Cautela JR(1967). Covert Sensitization .Psychological Reports, 20. 259-468.
- Choi, Yoon Jung ; Lee, Jang-Han(2015. May). The effect of virtual covert sensitization on reducing alcohol craving in heavy social drinkers. Springer-Verlag London.156-756.
- Di Franza et al (2007.July). Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Ise. Arch Pediatr Adolesc Med, 161(7), 704-710.
- Etter, J. F.,Le Houezec, J. & Perneger, T. V(2003). A self- Administered Questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale ; Neuropsychopharmacology,28, 359–370.
- Federation Adiction(2016). Jeunes et tabac: prévenir,réduire les risques et accompagner vers larret .Manuel pour les professionnels des cjc et de premier recours. Réseau de prévention des addictions.
- Joseph R Difranza, Judith A Savageau, Kenneth Fletcher, Jjudith k Ockene, Nancy A Rigotti, Ann D McNeill, Mardia Coleman (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study : Arch Pediatre Adolesc Med ,156(4) :397-403
- Kazarian, Shahe; Evans, David(2001).hand book of cultural health psychology, academie press. Academic Press.
- Kearney, Albert J(2006). A Primer of Covert Sensitization. Cognitive and Behavioral Practice, (13): 167–175.
- Kraft, Tom; Kraft, David (2005.December). Covert Sensitization Revisited: Six Case Studies. Contemporary Hypnosis,1-19.
- Lichstein, Kenneth L ; Sallis, James F (1981). COVERT SENSITIZATION FOR SMOKING: IN SEARCH OF EFFICACY. Addictive Behaviors, (6) ,83-91.
- Little, L.M ; Curran, James P(1978). Covert Sensitization: A Clinical procedure in need of some explanations. Psychological Bulletin, 85(3), 513-531.

- Low, Michael R ; Green, Leonard ; Kurtz, Steven M.S ; Ashenberg, Zev S, and E.B.Fisher, Jr(1980). Self-Initiated, Cue Extinction, and Covert Sensitization Procedures in Smoking Cessation. Journal of Behavioral Medicine, 3(4), P375-372.
- Rafael J, Salin-Pascual; Natasha V.Alcocer-Castillejos, Gabriel Alejo-Galazra(2003). Nicotine dependence and psychiatric disorders. Revista de Investigation Clinica.55(6). 677-693.
- Republique Algerienne Democratique ET Populaire (2007).ENQUETE GLOBALE SUR LE TABAGISME CHEZ LES JEUNES G.Y.T.S ALGERIE. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière Observatoire régional de la santé ‘’Est’’.Avec l’appui de l’O.M.S Et la collaboration du C.D.C .Atlanta. Retrived from [https://untobaccocontrol.org/impldb/wpContent/uploads/reports/algeria_annex2_gyts_2007 fr.pdf](https://untobaccocontrol.org/impldb/wpContent/uploads/reports/algeria_annex2_gyts_2007_fr.pdf).
- Seager P (1969). Learning not to bet. Mental Health (Winter), 19-21.
- Sperber, Ami D; Devellis, Robert F; Boehlecke, Brian (1994. December). Cross-cultural translation : Methodology and validation. Journal of Cross-Cultural Psychology, 25(4), 501-524.
- Wise, E. A. (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions. journal of personality assessmen, 82(1), 50-59.

الملاحق

الملحق رقم (1): المكاتب الخاصة بتطبيق الخطة العلاجية لتخفيض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين بثانوية الشهاب دائرة العلة ولاية سطيف

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة - باتنة 01 -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
الرقم : 2020/ 509

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de La Recherche Scientifique
Université - BATNA 01 -
Faculté des Sciences Humaines et Sociales

جامعة باتنة
1977
UNIVERSITÉ BATNA

إلى السيد: مدير ثانوية الشهاب - سطيف.

الموضوع: ترخيص لزيارة ميدانية

يسر نائب العميد لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية أن يتقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلب لزيارة الميدانية للطالب: صدقة إيمان السنة الثالثة دكتوراه ل م د الفرع علم النفس وعوارف التربية والأرطونيا تخصص: علم النفس المدرسي للقيام بزيارة ميدانية في إطار تحضيرها لأطروحة الدكتوراه

تقبلا واثمنا سيدي فائق التقدير والتحية..

باتنة في: 2020/11/16

23 نوفمبر 2020

رأي بالموافقة

نائب العميد

بعض فائق

BOUCHERIDA, N
Psychologue Clinicienne

Scanné avec CamScanner

الملحق رقم (2): مقياس الاعتماد على السجائر

ترجمة الطالبة الباحثة: إيمان صدقة

بعد الإجابة على الأسئلة ستحصل على درجاتك في اختبار "CDS-12" (مقياس الإدمان على السجائر).

ملاحظة هامة: يرجى الإجابة على جميع الأسئلة

النقاط			
	1	20 - 0	ضع رقما 0 إلى 100 يدل على درجة إدمانك على السجائر . 0- أنا لست مدمنا على الإطلاق على السجائر 100- أنا مدمن بشدة على السجائر
	2	40 - 21	
	3	60 - 41	
	4	80 - 61	
	5	100 - 81	

النقاط			
	1	5 - 0 سجائر في اليوم	كم عدد متوسط السجائر التي تدخنها يوميا؟
	2	10 - 6	
	3	20 - 11	
	4	29 - 21	
	5	30 أو أكثر	

النقاط			
	5	5 - 0 دقائق	عادة كم دقيقة تستغرق بعد استيقاظك من النوم لتدخن سيجارتك الأولى؟
	4	15 - 6	
	3	30 - 16	
	2	60 - 31	
	1	61 وأكثر	

الملاحق

النقاط			
	5	مستحيل	بالنسبة لك، التوقف عن التدخين بشكل نهائي سيكون أمرا:
	4	صعب جدا	
	3	صعب نوعا ما	
	2	سهل نوعا ما	
	1	سهل جدا	

يرجى توضيح ما إذا كنت موافقا على العبارات التالية:

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	بعد مرور ساعات دون تدخين، أشعر بحاجة ملحة للتدخين
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	أشعر بالقلق لفكرة نفاذ السجائر
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	قبل الخروج أتأكد دائما أنه لدي سجائر
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

الملاحق

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	أنا متعلق للسجائر
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	أنا أدخن كثيرا
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	في بعض الأحيان أترك كل شيء من أجل الذهاب لشراء السجائر
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	أدخن طوال الوقت
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

النقاط			
	1	لا أوافق إطلاقا	أدخن رغم معرفتي بمخاطر التدخين على صحتي
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

	مجموع النقاط
--	--------------

تفسير النتائج:

- أقل أو يساوي 24 نقطة: إيمان معتدل
- ما بين 25 و 44 نقطة: إيمان متوسط
- 45 نقطة أو أكثر: إيمان مرتفع
- 44 نقطة قدر متوسط درجة (3009 مدخن)

الملحق رقم (3): مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ

ترجمة الطالبة الباحثة: إيمان صدقة

- هل سبق وأن حاولت التوقف عن التدخين لكنك لم تتجح؟ نعم لا
- هل تدخن حالياً لأنه من الصعب عليك التوقف عنه؟ نعم لا
- هل سبق وفكرت أنك تدخن لأنك مدمن على التدخين؟ نعم لا
- هل سبق وشعرت برغبة شديدة في التدخين؟ نعم لا
- هل سبق وشعرت أنك بحاجة فعلاً إلى تدخين سيجارة؟ نعم لا
- هل من الصعب عليك أن لا تدخن في الأماكن التي يمنع فيها التدخين كالثانوية مثلاً؟ نعم لا

حين محاولتك الإقلاع عن التدخين- أو عندما توقفت عن التدخين لفترة معينة:

- هل وجدت صعوبة في التركيز في عملك لأنك لم تدخن؟ نعم لا
- هل كنت سريع الانفعال لأنك لم تدخن؟ نعم لا
- هل شعرت بالحاجة القوية والرغبة الشديدة في التدخين؟ نعم لا
- هل شعرت بالتوتر والقلق، ولم تستطع البقاء هادئاً لأنك لم تدخن؟ نعم لا
- هل شعرت بالحزن أو الاكتئاب لأنك لم تدخن؟ نعم لا

التفسير:

- تكفي إجابة واحدة بنعم لتدل على فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ.

- كلما ارتفع مجموع الإجابات بنعم، كلما دل على فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ

وبالتالي الإدمان.

- تشير النتيجة 7 وما فوقها إلى مستوى عال من الإدمان.

الملحق (4): قائمة الأساتذة المترجمين والمشاركين في عملية ترجمة أدوات الدراسة وإفاداتهم

ترجمة النسخة الأصلية للمقاييس (أ) للغة العربية (ب)	
الاسم ولقب	الوظيفة
حسنا بن سالم	متخصصة في علم النفس وحائزة على ليسانس ترجمة
لعمش نصير	مترجم ترجمان رسمي لدى مجلس قضاء سطيف
حربوش نريمان	مترجمة ترجمانة رسمية لدى مجلس قضاء سطيف
طالبى أمينة	مترجمة ترجمانة رسمية لدى مجلس قضاء سطيف
ترجمة النسخة العربية (ب) للغة الأصلية للمقاييس أي الفرنسية نسخة (ج)	
الاسم ولقب	الوظيفة
بلميلود سهيلة روميلة	أخصائية نفسانية بالجزائر العاصمة
نجاه سعدون	مترجمة ترجمانة رسمية لدى مجلس قضاء سطيف
مقارنة النسخة الأصلية (أ) للمقاييس بالنسخة (ج) لغرض مقارنة اللغة والتشابه في التفسير	
الاسم ولقب	الوظيفة
حسينة زكراوي	أستاذة محاضرة أ بجامعة سطيف 2
لخضر عمران	معالج نفساني وأستاذ مساعد صنف (أ) بجامعة بجاية
نوال بوكشريدة	أخصائية نفسية
بشراوي فتيحة	أخصائية نفسية
حمش عبد المجيد	أخصائي نفساني
إعادة النظر في البنود التي تحصلت على تقييم مساوي أو أكبر من 3 في مقارنة اللغة والتشابه في التفسير	
بن عطية ياسين	أستاذ محاضر ب جامعة سطيف 2

المكتب العمومي للترجمة الرسمية - Office Public de Traduction Officielle

الأستاذة: حريوش نريمان - Me HARBOUCHE Naryman

Courriel: Harbouche.traduction@gmail.com / البريد الإلكتروني: (+213) 36.47.25.47

العنوان: مركز 'سماح' شارع 01 نوفمبر مكتب رقم 07 (ط. أرضه) - العلمة (سطيف) / Adresse : Centre 'Semaï', rue 1^{er} Nov - Bureau N°07 (R-D-C) - El Eulma (Sétif)



إفـادة

أنا الممضية أدناه، الأستاذة: حريوش نريمان، مترجمة-ترجمانة رسمية لدى مجلس قضاء سطيف، أفيد أنني قمت بترجمة وثيقتين أولهما بعنوان: Test de HONC، والثانية بعنوان: Testez votre dépendance à la cigarette، من الفرنسية إلى العربية لفائدة الطالبة الباحثة: صدقة إيمان.

سلمت هذه الشهادة للمعنية لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون.

سطيف، في: 2021/08/08.



(السكّوب العمومي للترجمة) الرسمية: 17 اوت 2021

-الأستاذة: نجاة سعدون -

محلفة ومعتمدة لدى وزارة العدل (دكتوراه في الترجمة وأستاذة محاضرة بجامعة الجزائر2)

01 شارع محمد خميسي، مقابل المدخل الجاني لمقر البلدية، العلة، سطيف، 19600 ☎ / 0778.900.410 :opto.sadoun@yahoo.fr



إشهاد بالترجمة

أنا الممضية أسفله، الأستاذة: د. نجاة سعدون

الدرجة العلمية: أستاذة محاضرة رتبة "ب"

جامعة: أبي القاسم سعد الله- الجزائر2

والمترجمة الترجمانة الرسمية المحلفة المعتمدة لدى وزارة العدل:

أشهد أنني قد ترجمت الاختبارين الموسومين بـ:

1- مقياس درجة الإدمان على السجائر CDS-12

2- اختبار هونك HONC

وذلك من اللغة العربية إلى اللغة الفرنسية، ترجمة أكاديمية مكافئة، صحيحة مطابقة للأصل في

المعنى والشكل.

الخاصين بالطالبة الباحثة: إيمان صدقة

في إطار إعدادها أطروحة الدكتوراه الموسومة:

" فعالية خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي في خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين"

بإشراف: الأستاذة الدكتورة بن مبارك سمية

في تخصص: علم النفس المدرسي

قسم: علم النفس

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

جامعة: الحاج لخضر باتنة 1.

إثباتا لذلك سلّم هذا الإشهاد لاستعماله فيما يسمح به القانون.

العلمة، في: 7 / اوت 2021

الختم والإمضاء

اسم ولقب الأخصائي النفساني: حمحاش عبد المجيد

التخصص: علم النفس العيادي

الايمل: magicdidine@gmail.com

إفادة

أنا الممضي أسفله، الأخصائي النفساني: حمحاش عبد المجيد، أخصائي نفساني رئيسي -مديرية الحماية المدنية- سطيف؛ متمكن من اللغتين الفرنسية والعربية، ولغرض ترجمة وتعريب كل من:

- مقياس الاعتماد على السجائر «CDS-12» (Cigarette Dépendance Scale)
- ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ (Test de HONC (Hooked on Nicotine Checklist).

باستخدام الترجمة عبر الثقافية، أفيد أنني قمت بالإجابة على استمارة تقييم مقارنة النسخة الأصلية (A) للمقياسين بالنسخة المترجمة (B) لهما، وذلك بتقييم مدى تطابق اللغة والتشابه في التفسير، باستخدام أداة التصنيف المطورة من طرف (Sperber et all)؛ لفائدة الطالبة الباحثة: إيمان صدقة.

التوقيع والختم 2021/08/22

Hamhach Abd elmadjid
Psychologue Clinicien Princi...

اسم ولقب الأخصائي النفساني: نوال بوكشريدة

التخصص: علم النفس العيادي

الايمل: Naoual psy@gmail.com

إفادة

أنا الممضية أسفله، الأخصائية النفسنة: نوال بوكشريدة، أخصائية نفسية بثانوية الشهاب -العلمة-
متمكنة من اللغتين الفرنسية والعربية، ولغرض ترجمة وتعريب كل من:

- مقياس الاعتماد على السجائر «CDS-12» (Cigarette Dépendance Scale)
- ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ (Test de HONC (Hooked on
Nicotine Checklist)

باستخدام الترجمة عبر الثقافية، أفيد أنني قمت بالإجابة على استمارة تقييم مقارنة النسخة الأصلية (A)
للمقياسين بالنسخة المترجمة (B) لهما، وذلك بتقييم مدى تطابق اللغة والتشابه في التفسير، باستخدام أداة
التصنيف المطورة من طرف (Sperber et all)؛ لفائدة الطالبة الباحثة: إيمان صدقة.

التوقيع والختم



2021/10/07



Yacine Benatia 11:48



à moi ^

De Yacine Benatia yacpsy@gmail.com

À imen sedka imensedka@gmail.com

Date 5 oct. 2021 à 11:48



Chiffrement standard (TLS)

[En savoir plus](#)

إفادة

أنا الأستاذ: بن عطية ياسين، أستاذ محاضر صنف (ب) ،
تخصص علم النفس العيادي، بجامعة محمد لمي
دباغين سطيف2، متمكن من اللغتين الفرنسية والعربية،
ولغرض ترجمة وتعريب كل من:

- مقياس الاعتماد على السجائر(Cigarette

«Dépendance Scale) «CDS-12

- ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك

التبغ(Hooked on Nicotine)Test de HONC

(Checklist .

باستخدام الترجمة عبر الثقافية، وبعد بالإجابة على
استمارة تقييم مقارنة النسخة الأصلية (A) للمقياسين
بالنسخة المترجمة (B) لهما، وذلك بتقييم مدى تطابق
بمقارنة اللغة والتشابه في التفسير، باستخدام أداة
التصنيف المطورة من طرف (Sperber et all)؛ أفيد
أنني قمت بإعادة النظر في البنود التي تحصلت على
تقييم مساوي أو أكبر ل(3) وإعادة ترجمتها وصياغتها
صياغة سليمة لفائدة الطالبة الباحثة: إيمان صدقة.

اسم ولقب الأستاذة: حسينة زكراوي

التخصص: علم النفس العيادي

الجامعة: محمد لمين دباغين سطيف2

الايمل: Soso.psy@gmail.com

إفادة

أنا الممضية أسفله، الأستاذة: حسينة زكراوي ، أستاذة محاضر (أ)، بجامعة محمد لمين دباغين سطيف2، تخصص علم النفس العيادي، متمكنة من اللغتين الفرنسية والعربية، ولغرض ترجمة كل من:

- مقياس الاعتماد على السجائر «CDS-12» (Cigarette Dépendance Scale)
- ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ (Hooked on Nicotine Checklist) Test de HONC

باستخدام الترجمة عبر الثقافية، أفيد أنني قمت بالإجابة على استمارة تقييم مقارنة النسخة الأصلية (A) للمقياسين بالنسخة المترجمة (B) لهما، وذلك بتقييم مدى تطابق بمقارنة اللغة والتشابه في التفسير، باستخدام أداة التصنيف المطورة من طرف (Sperber et all)؛ لفائدة الطالبة الباحثة: إيمان صدقة.

التوقيع والختم

في 2021/09/19

Dr. Zekraoui H
Psychologue Clinique

الملحق(5): صدق وثبات أدوات الدراسة

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	250	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	250	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,713	4

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	250	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	250	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,897	8

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	250	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	250	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,909	12

Corrélations

		Corrélations				
		A1	A2	A3	A4	axe_A
A1	Corrélation de Pearson	--				
	N	250				
A2	Corrélation de Pearson	,458**	--			
	Sig. (bilatérale)	<,001				
	N	250	250			
A3	Corrélation de Pearson	,388**	,485**	--		
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001			
	N	250	250	250		
A4	Corrélation de Pearson	,350**	,286**	,367**	--	
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001		
	N	250	250	250	250	
axe_A	Corrélation de Pearson	,782**	,752**	,773**	,626**	--
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001	<,001	
	N	250	250	250	250	250

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		Corrélations				
		B1	B2	B3	B4	B5
B2	Corrélation de Pearson	,481**				
	Sig. (bilatérale)	<,001				
	N	250				
B3	Corrélation de Pearson	,407**	,611**			
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001			
	N	250	250			
B4	Corrélation de Pearson	,432**	,536**	,578**		
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001		
	N	250	250	250		
B5	Corrélation de Pearson	,461**	,577**	,585**	,561**	
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001	<,001	

	N	250	250	250	250	
B6	Corrélation de Pearson	,408**	,570**	,641**	,631**	,604**
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	250	250	250	250	250
B7	Corrélation de Pearson	,380**	,586**	,599**	,566**	,750**
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	250	250	250	250	250
B8	Corrélation de Pearson	,355**	,376**	,435**	,393**	,468**
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	250	250	250	250	250
axe_B	Corrélation de Pearson	,637**	,780**	,806**	,777**	,826**
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	250	250	250	250	250

Corrélations

		B6	B7	B8
B2	Corrélation de Pearson			
	Sig. (bilatérale)			
	N			
B3	Corrélation de Pearson			
	Sig. (bilatérale)			
	N			
B4	Corrélation de Pearson			
	Sig. (bilatérale)			
	N			
B5	Corrélation de Pearson			
	Sig. (bilatérale)			
	N			
B6	Corrélation de Pearson			
	Sig. (bilatérale)			
	N			
B7	Corrélation de Pearson	,691**		
	Sig. (bilatérale)	<,001		
	N	250		
B8	Corrélation de Pearson	,361**	,420**	
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	
	N	250	250	
axe_B	Corrélation de Pearson	,817**	,830**	,599**
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001	<,001
	N	250	250	250

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		axe_A	axe_B
axe_B	Corrélation de Pearson	,725**	
	Sig. (bilatérale)	<,001	
	N	250	
axe_A_B	Corrélation de Pearson	,863**	,974**
	Sig. (bilatérale)	<,001	<,001
	N	250	250

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Avertissement n° 67. Nom de la commande : GET FILE

Le document est déjà en cours d'utilisation par un autre utilisateur ou processus. Si vous apportez des modifications au document, elle pourraient remplacer des modifications apportées par d'autres utilisateurs ou ceux-ci pourraient écraser les vôtres.

Fichier C:\Users\GHEDJATI FAROUK\Desktop\إيمان صدقة\إيمان صدقة نتائج\الثبات الصدق نتائج\2.sav ouvert

Test T

Statistiques de groupe

		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
axe_C	مجموعتي الدراسة				
	مجموعة الافراد من ذوي الدرجات المنخفضة	68	5,5147	1,69717	,20581
	مجموعة الافراد من ذوي الدرجات المرتفعة	69	10,8551	,35461	,04269

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	df
axe_C	Hypothèse de variances égales	99,113	<,001	-25,579	135
	Hypothèse de variances inégales			-25,407	72,756

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Signification		Différence	Erreur standard
		p unilatéral	p bilatéral	moyenne	
axe_C	Hypothèse de variances égales	<,001	<,001	-5,34037	,20878
	Hypothèse de variances inégales	<,001	<,001	-5,34037	,21019

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		Inférieur	Supérieur
axe_C	Hypothèse de variances égales	-5,75327	-4,92746
	Hypothèse de variances inégales	-5,75930	-4,92143

Tailles d'effet pour échantillons indépendants

		Standardisation ^a	Estimation des points	95% Intervalle de confiance	
				Inférieur	Supérieur
axe_C	d de Cohen	1,22183	-4,371	-4,987	-3,749
	Correction de Hedges	1,22867	-4,346	-4,960	-3,728
	Delta de Glass	,35461	-15,060	-17,604	-12,510

a. Dénominateur utilisé pour estimer les tailles d'effet.

Le d de Cohen utilise l'écart type combiné.

La correction de Hedges utilise l'écart type combiné, plus un facteur de correction.

Le delta de Glass utilise l'écart type échantillon du groupe de contrôle.

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	250	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	250	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,558
		Nombre d'éléments	6 ^a
	Partie 2	Valeur	,569
		Nombre d'éléments	5 ^b
	Nombre total d'éléments		11
Corrélation entre les sous-échelles			,637
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,779
	Longueur inégale		,780
Coefficient de Guttman			,778

a. Les éléments sont : C1, C3, C5, C7, C9, C11.

b. Les éléments sont : C11, C2, C4, C6, C8, C10.

الملحق (6): قائمة الأساتذة المحكمين للخطة العلاجية

الجامعة	الدرجة العلمية والتخصص	اسم ولقب الأستاذ المحكم
جامعة الحاج لخضر، باتنة 1	أستاذ محاضر -أ- تخصص علم النفس المدرسي	سماح بشقة
جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2	أستاذة محاضرة -أ- تخصص علم النفس العيادي	اعزيز غنية
جامعة الحاج لخضر، باتنة 1	أستاذ محاضر -أ- تخصص علم نفس الصحة	عزوز اسمهان
جامعة الحاج لخضر، باتنة 1	أستاذ التعليم العالي تخصص علم النفس المدرسي	بن فليس خديجة
جامعة الحاج لخضر، باتنة 1	أستاذ التعليم العالي تخصص علم النفس الصحة	احمان لبنى

الملحق رقم (7) : أعمال الجلسة 1: 11 جانفي 2021

العقد العلاجي:

تهدف الخطة العلاجية إلى التعريف بسلوك التدخين ومخاطره الحقيقية وذلك من أجل خفض هذا السلوك والتوقف التدريجي عن عنه؛ ومن أجل ذلك سيتم الاتفاق بين أفراد المجموعة والأخصائية على ضرورة الالتزام بما يلي:

- التقيد بمواعيد الجلسات وعدم التغيب عنها.
- إتمام الواجبات والمهام المنزلية والتعامل معها بإيجابية لما لها من دور رئيسي في إنجاح أهداف الخطة العلاجية.
- الاحترام المتبادل والتواصل المبني على الاحترام.
- الاستماع الفعال.
- تقديم الدعم والاهتمام لبعضنا البعض.
- تحديد مواعيد الجلسات والمدة الزمنية المستغرقة في كل جلسة.
- الحفاظ على السرية التامة لما يقال في الجلسات.

أوافق على ما تم الاتفاق عليه

إمضاء الأخصائية:

إمضاء المفحوص:

نتائج استمارة تقييم الجلسة 1: التعريف العام بالخطة العلاجية وبناء العلاقة العلاجية

م	المحتوى	الاستجابة	
		نعم	لا
		التكرارات	النسبة المئوية
1	تم التعرف على المعالجة النفسية	6	100%
2	تم التعرف على محتوى البرنامج.	6	100%
3	تم التعرف على أهداف البرنامج.	6	100%
4	تم التعرف على أهمية البرنامج في مساعدتي على تخفيض سلوك التدخين والإقلاع عنه.	6	100%
5	تم تحديد مواعيد الجلسات العلاجية.	6	100%

نتائج المراقبة الذاتية الخاصة بواجب الجلسة 1: استمارة مزايا ومساوئ التدخين

مزايا سلوك التدخين	مساوئ سلوك التدخين
<ul style="list-style-type: none"> • ينحي القلقة • ينحي المونك • يرتاح راسك • ينحي القلقة والهموم • يصحى عند الصباح • يريح النفس • يريح البال • يساعد على تخفيف القلق • الشعور بالارتياح عند التدخين • يساعد على التفكير • يحسن المزاج • المتعة 	<ul style="list-style-type: none"> • يدمر الصحة والمال • اصفرار الأسنان • يسبب السرطان • يسرف المال • مشاكل مع العائلة • لا يمكنني إكمال الرياضة • يهلك الصحة • في حالة تدخين أكثر من 10 سجائر يوجع الرأس • يسبب ضيق في التنفس • أمراض قلبية رئوية • يفقر • يسبب نقص الوزن واسوداد الوجه

يمثل هذا الجدول ملخص لمجمل ما تم الحصول عليه من نتائج جميع أفراد العينة الخاصة

باستمارة مزايا ومساوئ التدخين.

الملحق رقم (8): أعمال الجلسة 2: 13 جانفي 2021

نتائج استمارة تقييم الجلسة 2: ترسيخ العلاقة العلاجية والبدء بالعمل على المشكلة

م	المحتوى	الاستجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
1	التعرف على المعالجة أكثر	6	100%	-	-
2	بدأت أتقبل المعالجة أكثر	5	90%	1	10%
3	تم التعرف على سلوك التدخين وأخطاره على جسمي على المدى القريب والبعيد	6	100%	-	-
4	تم التعرف على أضرار التدخين على الجانب النفسي	6	100%	-	-
5	تم التعرف أن كل سيجارة أقوم بتدخينها تقصر عمري بحوالي 11 دقيقة	6	100%	-	-
6	تم التعرف على أهمية اتباع خطوات البرنامج للتخلص من سلوك التدخين وصولا إلى الإقلاع النهائي	6	100%	-	-
7	تم التعرف على أهمية خفض كمية السجائر المدخنة تدريجيا	3	50%	3	50%

الملحق رقم (9): أعمال الجلسة 3: (18 جانفي 2021)

خطوات تمرين الاسترخاء التصاعدي الخاصة بالجلسة الثالثة :

خطوات الاسترخاء التصاعدي: يمارس هذا التمرين لمدة تتراوح من 20 إلى 30 دقيقة يوميا بصرف النظر عن ارتياحك له من عدمه، فأنت تطور مهارة القدرة على الاسترخاء. في البداية ستجد أن الأمر يستغرق منك وقتا طويلا لكي تسترخي ولو وفي أثناء ممارستك لهذا التدريب، كرر دورة الشد والإرخاء مرة واحدة لكل مجموعة عضلات. قم بشد كل مجموعة عضلية لمدة سبع ثوان، ثم قم بإرخائها لمدة 20 ثانية. وفي كل عملية شد للعضلات، قم بشدها لأقصى حد ممكن. وحين يحين وقت الإرخاء، قم به بشكل كلي ومفاجئ. انتبه للشعور المصاحب للاسترخاء الذي يسري في جسدك.

هل عضلاتك ثقيلة أم ساخنة أم بها تتميل؟ إن تعلم إدراك العلامات الفسيولوجية للاسترخاء تعتبر جزءاً أساسياً من عملية الاسترخاء.

والتدرج من مجموعة عضلية إلى أخرى يسير وفقاً لتسلسل منطقي، وبعد ممارسة تدريبات الإرخاء التصاعدي لوضع مرات، يجد معظم الناس أن بإمكانهم تذكر هذا التسلسل بسهولة.

و يتم التدريب على إرخاء كل جزء من أجزاء الجسم على حدة على النحو الآتي :

الذراعان: Arms

1. أطبق كلتا يديك بشدة، مع استمرار في ذلك لمدة سبع ثوان، ركز انتباهك على الأحاسيس التي تسري في عضلات اليد أثناء انقباضها. والآن أرخ عضلات اليدين ولاحظ الفرق. احتفظ بتركيزك على الأحاسيس والمشاعر. وبعد 20 ثانية من إرخاء العضلات، اعد إطباق يديك مرة أخرى لمدة 7 ثوان، ثم أرخهما لمدة عشرين ثانية .

2. بعد ذلك اثن مرفقيك مع ثني العضلات ذات الرأسين (عضلات المرفق)، استمر على هذا الوضع لمدة سبع ثوان ثم أرخ العضلات، ثم شدها مرة ثانية ثم استرخ مرة أخرى. ومرة أخرى ركز انتباهك على الأحاسيس الداخلية للاسترخاء وهي تسري في هذا الجزء.

3. قم بشد العضلات ثلاثية الرؤوس -تك العضلات الترس تقع أسفل الذراع- عن طريق إغلاق مرفقيك ومد ذراعيك بأقصى حد ممكن إلى جانبيك، بعد ذلك أرخها، ثم أعد شدها وإرخائها مرة أخرى. لاحظ الأحاسيس المصاحبة للاسترخاء وهي تسري في هذا الجزء.

الرأس : Head

1. ارفع الحاجبين الى اعلى ارتفاع ممكن واستشعر التوتر الذي يحدث في الجبهة، استمر على هذا الوضع ثم دع الحاجبين يعودان إلى وضعهما الطبيعي المسترخي فجأة، كرر هذا الترتيب.

2. اقبض جميع اجزاء وجهك كما لو انك تحاول ان تجعل كل اجزائه تتقابل عند طرف أنفك، استشعر موضع الشد، بعد ذلك استرخ ولاحظ التغيير في مشاعرك، كرر هذا الترتيب.

3. أغلق عينيك بقوة وابتسم ثم افتح فمك إلى أقصى حد وابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم

استرخ، كرر التدريب.

4. اطبق فكك على بعضهما وادفع لسانك نحو سقف الحلق، ابق على هذا الوضع لمدة ثوان ثم استرخ، أعد هذا التدريب، ولاحظ التغير في أحاسيسك، افتح فمك إلى أقصى حد وابق على هذا الوضع ثوان ثم استرخ حتى يعود الفك إلى وضعه الطبيعي، اشعر بالإسترخاء ولاحظ الفرق، كرر هذا الترتيب.

5. قم بإمالة رأسك للخلف إلى أقصى حد، حتى يلامس على منطقة أسفل الرقبة، ابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم استرخ، كرر هذا التدريب. بعد ذلك قم بمد رأسك لأحد الجانبين بحيث يركز بالقرب من إحدى الكتفين، وابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم استرخ، ثم كرر، الآن ادر رأسك نحو الكتف الأخرى وابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم استرخ، ثم كرر. ارفع رأسك إلى وضع الثبات الطبيعي ثم استشر زوال الشد، افتح فمك قليلا، ثم مد رأسك إلى الأمام إلى أن يركز على صدرك، تخلص من الشد بينما تعيد رأسك إلى وضع الارتكاز الطبيعي له، كرر هذا الترتيب

وسط الجسم: Midsection

1- ارفع كتفك إلى أعلى بقدر ما تستطيع -وكأنك تحاول ملامسة أذنك بهما- ابق على هذا الوضع لثوان، ثم اترك كتفك يعود إلى وضعهما الطبيعي، استشر النثل الذي ينتاب العضلات بينما تقوم بإرخائها. كرر هذا الترتيب. بعد ذلك قم بمد كتفك إلى الخلف كما لو كنت تحاول أن تجعل عظمتي الكتف تلامسان بعضهما البعض. استمر على هذا الوضع لبضع ثوان، ثم دع كتفك تعودان إلى وضعهما الطبيعي، مع التكرار.

2- بعد ذلك، اثن مرفقك مع ثني العضلات ذات الرأسين (عضلات المرفق). استمر على هذا الوضع لمدة سبع ثوان ثم ارخ العضلات، ثم شدها مرة ثانية ثم استرخ مرة أخرى. ومرة أخرى، ركز انتباهك على الأحاسيس الداخلية للاسترخاء وهي تسري في هذا الجزء.

3- قم بشد العضلات ثلاثية الرؤوس -تلك العضلات لتي تقع أسفل الذراع- عن طريق إغلاق مرفقك ومد ذراعك بأقصى حد ممكن إلى جانبيك. بعد ذلك أرخها، ثم أعد شدها وإرخائها مرة أخرى. لاحظ الأحاسيس المصاحبة للاسترخاء وهي تسري في هذا الجزء.

الرأس : Head

- 1- ارفع الحاجبين إلى أعلى ارتفاع ممكن واستشعر التوتر الذي يحدث في الجبهة، استمر على هذا الوضع ثم دع الحاجبين يعودان إلى وضعهما الطبيعي المسترخي فجأة، كرر هذا الترتيب.
- 2- اقبض جميع أجزاء وجهك كما لو انك تحاول أن تجعل كل أجزائه تتقابل عند طرف أنفك، استشعر موضع الشد، بعد ذلك استرخ ولاحظ التغيير في مشاعرك، كرر هذا الترتيب.
- 3- أغلق عينيك بقوة وابتسم ثم افتح فمك إلى أقصى حد وابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم استرخ، كرر التدريب.

- 4- أطبق فكك على بعضهما وادفع لسانك نحو سقف الحلق، ابق على هذا الوضع لمدة ثوان ثم استرخ، أعد هذا التدريب، ولاحظ التغيير في أحاسيسك، افتح فمك إلى أقصى حد وابق على هذا الوضع ثوان ثم استرخ حتى يعود الفك إلى وضعه الطبيعي، أشعر بالاسترخاء ولاحظ الفرق، كرر هذا الترتيب.

- 5- قم بإمالة رأسك للخلف إلى أقصى حد، حتى يلامس على منطقة أسفل الرقبة، ابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم استرخ، كرر هذا التدريب. بعد ذلك قم بمد رأسك لأحد الجانبين بحيث يرتكز بالقرب من إحدى الكتفين، وابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم استرخ، ثم كرر، الآن ادر رأسك نحو الكتف الأخرى وابق على هذا الوضع لعدة ثوان ثم استرخ، ثم كرر. ارفع رأسك إلى وضع الثبات الطبيعي ثم استشعر زوال الشد، افتح فمك قليلاً، ثم مد رأسك إلى الأمام إلى أن يرتكز على صدرك، تخلص من الشد بينما تعيد رأسك إلى وضع الارتكاز الطبيعي له، كرر هذا الترتيب.

وسط الجسم : Midsection

- 1- ارفع كتفك إلى أعلى بقدر ما تستطيع -وكأنك تحاول ملامسة أذنك بهما- ابق على هذا الوضع لثوان، ثم اترك كتفك يعود إلى وضعهما الطبيعي، استشعر الثقل الذي ينتاب العضلات بينما تقوم بإرخائها. كرر هذا الترتيب. بعد ذلك قم بمد كتفك إلى الخلف كما لو كنت تحاول أن تجعل عظمتي الكتف تلامسان بعضهما البعض. استمر على هذا الوضع لبضع ثوان، ثم دع كتفك تعودان إلى وضعهما الطبيعي، مع التكرار.

2- قم بمد ذراعيك إلى الأمام بحيث يتوازيان مع بعضهما البعض. بعد ذلك، وبينما نبقيهما على هذا الوضع اجعل أحد ذراعيك تتقاطع مع الآخر عند أعلى نقطة على ذراعيك تستطيع الوصول إليها. استشرع التمدد الذي يحدث في الجزء العلوي من ظهرك. استمر على هذا الوضع. الآن، دع ذراعيك تعودان إلى وضعهما الطبيعي ثم لاحظ المشاعر المصاحبة للإرخاء. كرر هذا الترتيب.

3- خذ نفسا عميقا. وقبل أن تزفره، اقبض كل عضلات معدتك وبطنك. استمر على هذا الوضع لثوان ثم أطلق الزفير وأرخ عضلات البطن والمعدة. كرر هذا الترتيب.

4- قم بتقويس ظهرك برفق، وأبقه مشدودا لعدة ثوان ثم استرخ، بحيث يعود ظهرك إلى وضعه الطبيعي على الأرض أو السرير أو ظهر المقعد. كرر هذا الترتيب.

الساقان: Legs

1- قم بشد الوردفين والفتخدين ثم قم بزيادة الشد عن طريق مد ساقيك وقدميك بقوة في وضع مستقيم عبر الكعبين. استمر على هذا الوضع قليلا ثم استرخ. كرر هذا الترتيب.

2- قم بشد العضلات الداخلية للفتخدين عن طريق ضغط الساقين معا بأقصى قوة ممكنة. استرخ، واستشرع الراحة تسري في ساقيك، كرر هذا الترتيب.

3- قم بشد عضلات الساقين مع مد أطراف القدمين. استمر على هذا الوضع لبضع ثوان، ثم استرخ بينما تعيد أطراف القدمين إلى وضعها الطبيعي. كرر هذا الترتيب.

4- قم بلي أطراف قدميك إلى الخلف من خلال سحبها باتجاه رأسك مع شد عضلات قصبية وربلة الساق. استمر على هذا الوضع لبضع ثوان ثم استرخ عن طريق إرخاء القدمين لتعودا إلى وضعهما الطبيعي. كرر هذا التدريب (سليمان الغديان، 2010، ص75-78).

نتائج استمارة تقييم الجلسة3: تعلم الاسترخاء التصاعدي

م	المحتوى		الاستجابة	
			لا	نعم
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية

1	تم التعرف على تقنية الاسترخاء وأهميته	6	%100	-	-
2	تم التعرف على أهمية الاسترخاء لإنجاح البرنامج	6	%100	-	-
3	وصلت إلى مرحلة الاسترخاء العضلي	5	%90	1	%10
4	أحسست بالراحة بعد التمرين	6	%100	-	-
5	التعرف على ضرورة ممارسة الاسترخاء العضلي بشكل فردي مرتين في اليوم على الأقل.	6	%100	-	-
6	تم التعرف على أهمية إتباع خطوات تمرين الاسترخاء للقيام به بشكل فردي.	6	%100	-	-
7	أنا مستعد للتقليل من عدد السجائر التي أدخنها	4	%80	2	%20

نتائج استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء التصاعدي / تمرين الاسترخاء العضلي

الخاصة بالجلسة 3

أفراد المجموعة	التكرار	وقت وزمن التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	1	الساعة: 21:33	البيت	الاسترخاء
(ح 2)	1	الساعة: 21:13	غرفة النوم	شعور بالراحة في جسمي
(ح 3)	1	الساعة: 22:00	البيت	شعور بالراحة
(ح 4)	1	الساعة: 20:30	غرفة النوم	شعور بالراحة في جسمي
(ح 5)	1	الساعة: 22:05	البيت	رغبة في النوم
(ح 6)	1	الساعة: 21:00	غرفة نومي	رغبة في النوم

ما هي الصعوبات التي واجهتك أثناء قيامك بعملية الاسترخاء التصاعدي/ الاسترخاء العضلي:

- صعوبة في شد وإرخاء الساقين.

- شد عضلي الأيدي اليمنى واليسرى.

- عدم قدرتي على التنفس بطريقة صحيحة.

- عدم القدرة على التركيز الكامل مع التسجيل وسماع الأصوات في البيت.

الملحق رقم (10): أعمال الجلسة 4: (20جانفي 2021)

خطوات تمرين إرخاء العضلات المختصر - (الانقباضات المتزامنة - horthand Muscle Relaxation - Simultaneous Contractions) الخاص بالجلسة الرابعة:

على الرغم من أن تدريبات الإرخاء التصاعدي للعضلات تعد وسيلة ممتازة للاسترخاء، فإنها تستغرق وقتا طويلا للغاية لتغطية جميع المجموعات العضلية بشكل متعاقب وجعلها أداة فعالة للاسترخاء. ولكي تجعل جسمك يسترخي بسرعة، ستحتاج إلى تعلم الطريقة المختصرة التالي للاسترخاء العضلي.

والسبيل لتعلم إرخاء العضلات المختصر هو تعلم إرخاء العضلات في كل مجموعة من المجموعات العضلية الأربع في وقت واحد؛ فسوف تقوم بشد كل مجموعة من العضلات والاستمرار على ذلك لمدة سبع ثوان، ثم ترخيها لمدة عشرين ثانية- تماما مثلما فعلت في التدريب الكامل للإرخاء العضلي. وعندما يصبح أكثر إجابة، قد يحتاج إلى وقت أقل لشد وإرخاء العضلات. أتبع الخطوات الآتية:

1. أطبق يديك بشدة وأنت تلوي العضلات ذات الرأسين وعضلات الساعد، قم بشد جميع عضلات الذراع وهي تتدلى في شكل مستقيم بجانبك. استمر على هذا الوضع ثم استرخ. استشعر كل الأحاسيس التي تمر عليك.

2. ادفع رأسك إلى الخلف حسب استطاعتك، ثم أدره باتجاه عقارب الساعة في دائرة كاملة، ثم أدره عكس اتجاه عقارب الساعة، وبينما تقوم بذلك، قم بتجعيد عضلات الوجه كما لو كنت تحاول أن تجعل كل أجزائه تتقابل عند طرف الأنف، ثم استرخ، والآن قم بشد عضلات الفكين والحنجرة وارفع كتفيك إلى أعلى، واستمر على هذا الوضع لبضع ثوان، ثم استرخ. استشعر كل الأحاسيس التي تمر عليك.

3. قم بتقويس ظهرك برفق بينما تأخذ نفسا عميقا، استمر على هذا الوضع لبضع ثوان ثم استرخ، خذ نفسا عميقا آخر، ولكن في هذه المرة ادفع بطنك إلى الخارج بينما تزفره، ثم استرخ. استشعر كل الأحاسيس التي تمر عليك.

4. مد أطراف قدميك تجاه وجهك بينما تقوم بشد عضلات ريلة وقصبة الساق، استمر على هذا الوضع لبضع ثوان ثم استرخ، الآن قم بلف أطراف قدميك بينما تقوم بشد عضلات ريلة الساق

والفخذين والردفين. استمر على هذا الوضع لبضع ثوان ثم استرخ. استشعر كل الأحاسيس التي تمر عليك (سليمان الغديان، 2010، ص78-79).

نتائج استمارة تقييم الجلسة4: القيام بالتدريب على الاسترخاء العضلي التصاعدي

م	المحتوى	الاستجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
1	تم التعرف على كيفية تخطي الصعوبات التي تواجهني أثناء القيام بتمرين الاسترخاء	6	%100	-	-
2	تم التعرف على الوظائف الصحية التي يستعيدها جسمي بعد الإقلاع عن التدخين	6	%100	-	-
3	أحسست بالراحة بعد التمرين	6	%100	-	-
4	أشعر أن جسمي بدأ يتعود على التمرين بشكل جيد	5	%90	1	%10
5	أرى أنني بدأت أتقبل فكرة تقليل عدد السجائر التي أدخنها	5	%90	1	%10

نتائج استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء التصاعدي / تمرين الاسترخاء العضلي

الخاصة بالجلسة 4

أفراد المجموعة	التكرار	وقت وزمن التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	2	الساعة: 21:30	البيت	شعور بالاسترخاء
		الساعة: 21:50	//	//
(ح 2)	3	الساعة: 21:00	غرفة النوم	شعور بالراحة في جسمي
		الساعة: 21:00	//	//
		الساعة: 21:15	//	//
(ح 3)	1	الساعة: 21:30	البيت	شعور بالراحة في أعضاء جسمي
(ح 4)	3	الساعة: 20:33	غرفة النوم	شعور بالراحة وعدم القلق
		الساعة: 20:53	//	شعور بالراحة في جسمي
		الساعة: 20:45	//	//
(ح 5)	1	الساعة: 22:20	البيت	رغبة في النوم
(ح 6)	2	الساعة: 20:50	غرفة نومي	راحة ورغبة في النوم
		الساعة: 20:15	//	//

الملحق رقم (11): أعمال الجلسة 5: (25جانفي 2021)

يمثل هذا الجدول ملخص لمجمل ما تم الحصول عليه من نتائج جميع المشاركين على استمارة عدد السجائر المدخنة

نتائج استمارة تحليل عادة التدخين الخاصة بالجلسة 5:

استمارة تحليل عادة التدخين

الأسئلة	الأجوبة
ماهي الأوقات التي تدخن فيها كثيرا؟	(ح 1) الصباح بعد الفطور والليل (ح 2) في الصباح وفي الليل (ح 3) الصباح، الغداء، المساء والليل (ح 4) 8 صباحا، وراء الغداء، أوقات الفراغ (ح 5) الصباح، بعد وجبة العشاء، عند التجمع مع الأصدقاء (ح 6) بعد الوجبات
ما هي البيئة التي تتواجد فيها عادة عندما تدخن؟	(ح 1) الجردة (ح 2) في الخارج (ح 3) الجردة المدرسة (ح 4) الجردة، الطريق، المؤسسة (ح 5) البيت، الجردة، المدرسة (ح 6) الجردة، الحي
من يكون معك؟	(ح 1) أصدقائي (ح 2) أصدقائي أو وحدي (ح 3) رفقائي، ابن الخال، ابن العم (ح 4) أصدقائي، وحدي (ح 5) الجميع إلا عائلتي (ح 6) أصدقائي
ما هو أول شيء تقوم به قبل بدايتك بالتدخين؟	(ح 1) الأكل (ح 2) الفطور، سماع الموسيقى (ح 3) الغناء، وبعد الأكل (ح 4) نسييت (ح 5) الأكل أو أي شيء (ح 6) احتساء القهوة

الملاحق

<p>(ح 1) نجيب بيه الطريق، المورال طالع، في الشياخة مع المجموعة</p> <p>(ح 2) قبل النوم وبعده، عندما أكون في الطريق</p> <p>(ح 3) القلق، عندما أكون في السيارة ذاهب إلى مكان ما</p> <p>(ح 4) ازالة القلق، الطريق، السفر</p> <p>(ح 5) القلق، الطريق، عند التجمع مع الأصدقاء</p> <p>(ح 6) التوتر، مزاجي معتدل</p>	<p>ما هي المواقف التي تثير رغبتك نحو التدخين؟</p>
--	---

يمثل هذا الجدول ملخص لمجمل ما تم الحصول عليه من نتائج جميع المشاركين الخاصة باستمارة تقييم تمرين الاسترخاء التصاعدي

نتائج استمارة تقييم الجلسة 5: تحليل عادة التدخين

م	المحتوى	الاستجابة			
		لا		نعم	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
1	تعلمت كيف أواجه الصعوبات التي تواجهني أثناء القيام بتمرين الاسترخاء العضلي	6	100%	-	-
2	تشجعت من زملائي الذين قللوا من عدد السجائر التي يدخنونها	6	100%	-	-
3	أجبت على الاستمارة الخاصة بتحليل عادة التدخين بسهولة	6	100%	-	-
4	وصلت إلى مرحلة الاسترخاء العضلي العميق	6	100%	-	-
5	أشعر بالارتياح بعد التمرين	6	100%	-	-
6	تم التعرف على أهمية تمرين الاسترخاء في التخلص من التوتر الذي يدفعني للتدخين	6	100%	-	-

نتائج استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء التصاعدي/ تمرين الاسترخاء العضلي

الخاصة بالجلسة 5

أفراد المجموعة	التكرار	وقت وزمن التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	2	الساعة: 21:30 الساعة: 21:30	البيت //	الاسترخاء ورغبة في النوم
(ح 2)	2	الساعة: 21:00 الساعة: 21:20	غرفة النوم //	رأاااااااااا //
(ح 3)	2	الساعة: 21:50	البيت	شعور بالراحة

//	//	الساعة: 21:40		
شعور بالراحة في جسمي	غرفة النوم	الساعة: 20:40	2	(ح 4)
//	//	الساعة: 20:15		
رغبة في النوم	البيت	الساعة: 22:15	2	(ح 5)
//	//	الساعة: 22:30		
راحة ورغبة في النوم	غرفة نومي	الساعة: 21:09	2	(ح 6)
//	//	الساعة: 21:20		

الملحق رقم (12): أعمال الجلسة 6: (27 جانفي 2021)

نتائج استمارة مخطط المتعة الخاصة بالجلسة 6:

(حالة 1)

مخطط المتعة	
درجة الإمتاع (1-10)	العنصر
1	1: في الثانوية
2	2: في العمل
3	3: في الرياضة
4	4: الدخان فوق الشبعة
5	5: عندما يكون المورال طالع
6	6: عندما نكون في الشيشة
7	7: عندما نكون مقلق
8	8: عند الشبع وراء الغداء
9	9: في المقهى مع القهوة
10	10: الفراش

(حالة 2)

مخطط المتعة

العنصر	درجة الإمتاع (1-10)
1: في الثانوية	4
2: عندما نكون مريض	5
3: في الطريق	6
4: في الليل	7
5: عند شرب قهوة أو تاي	8
6: عند الاستماع للموسيقى	9
7: عند الاستيقاظ من النوم	10

(حالة 3)

مخطط المتعة	
العنصر	درجة الإمتاع (1-10)
1: عندما لا تكون لدي رغبة	1
2: عندما أكون بمفردي	2
3: عندما اخرج في الليل	3
4: عندما نكون في العمل	4
5: عندما نكون في الثانوية	5
6: عندما نكون مقلق	6
7: عندما اكون مستلقي	7
8: عندما اكون في المنزل	8
9: عندما اكون مع رفقائي	9
10: عندما تكون لدي طريق	10

(حالة 4)

مخطط المتعة

العنصر	درجة الإمتاع (1-10)
1: البيت	2
2: الثانوية	3
3: بيت جدي	4
4: الأماكن العامة	5
5: القلقة	6
6: القهوة	7
7: مع الأصدقاء	8
8: الجردة	9
9: السفر	10

(حالة 5)

مخطط المتعة	
العنصر	درجة الإمتاع (1-10)
1: عند تواجد الأهل	4
2: في الثانوية	5
3: في العمل	6
4: في القهوة	7
5: في الفراش ومشاهدة التلفاز	8
6: عند التجمع في الليل	9
7: الطريق	10

(حالة 6)

مخطط المتعة	
العنصر	درجة الإمتاع (1-10)
1: كي نعود في الحي	4
2: كي نعود في القهوة	5
3: كي نعود في الشيشة	6
4: كي نعود مقلق	7
5: كي نعود في الجردة	8
6: كي نعود مع رفاقي	9
7: كي نعود نسوق	10

نتائج استمارة تقييم الجلسة 6: تكوين مخطط هرمي للمتعة

م	المحتوى	الاستجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
1	معرفة المواقف الأكثر إمتاعا لي عندما أأدخن والتدقيق فيها	6	%100	-	-
2	مشاركتي في تكوين مخطط هرمي للمشاهد الممتعة المتعلقة بالتدخين خاص بي	6	%100	-	-
3	أصبحت أكثر تركيزا مع المعالجة عند قيامي بتمرين الاسترخاء	6	%100	-	-
4	استطعت تخيل عنصر من عناصر مخطط المتعة الخاص بي	6	%100	-	-
5	استطعت التركيز على الأصوات والأحاسيس الجسدية التي أشعر بها خلال تمرين التخيل	3	%50	3	%50

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بواجب بالجلسة 6: تمرين الاسترخاء العضلي مع

تخيل أحد عناصر مخطط المتعة

نتائج استمارة التقييم الذاتي لتمرين الاسترخاء التصاعدي/ تمرين الاسترخاء العضلي الخاصة

بالجلسة 6

أفراد المجموعة	التكرار	عناصر مخطط المتعة	وقت وزمن التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	3	في الجردة مع أصدقائي	الساعة: 21:30	غرفة النوم	الاسترخاء والاستمتاع بالمشهد
		في الشيشة	الساعة: 21:40	//	//
		في الشيشة	الساعة: 21:40	//	//
(ح 2)	3	عند الاستيقاظ من النوم	الساعة: 21:15	غرفة النوم	شعور بالراحة في جسمي والاستمتاع بالمشهد
		عند الاستماع للموسيقى	الساعة: 21:30	//	//
		//	الساعة: 21:00	//	شعور بالراحة في جسمي والاستمتاع بالمشهد ورغبة في التدخين
(ح 3)	2	كي نكون حاكم طريق	الساعة:	البيت	شعور بالراحة
		كي نكون مع رفقائي	21:50	//	//
			الساعة: 22:00		

(ح 2)

المشاهد المنفرة	درجة الاشمئزاز التي تحققه بالنسبة المئوية	درجة الخوف التي تحققه بالنسبة المئوية
طبيب الأسنان	%99	%99
الإصابات البدنية	%70	-
التقيئ	%60	-
الظهور مظهر الأحمق	%50	-
الغثيان	%40	-
الرفض والنبذ من الغرباء	%30	-
الجروح المفتوحة	%40	-
التقيء أمام العامة	%50	-
صوت غلاف الكراس	%80	-
الحيوانات الميتة	%40	-

(ح 3)

المشاهد المنفرة	درجة الاشمئزاز التي تحققه بالنسبة المئوية	درجة الخوف التي تحققه بالنسبة المئوية
الغثيان	%80	%99
الجروح المفتوحة	%60	-
الثعابين	%50	-
الحقن	%40	-
سكتة قلبية	%40	-
انسان ميت	%30	-
الأماكن المغلقة	%30	-
التقيء	%20	-
الإصابات البدنية	%20	-
النقد اللاذع	%10	-

(ح 4)

المشاهد المنفرة	درجة الاشمئزاز التي تحققه بالنسبة المئوية	درجة الخوف التي تحققه بالنسبة المئوية
الإصابات البدنية	%80	%100
الجروح المفتوحة	%70	%70

الملاحق

-	%70	سحب الدم
%90	%60	طبيب الأسنان
%40	%50	الرفض والنبذ من الغرباء
%80	%40	التقيء أمام العامة
%10	%30	الظهور بمظهر الأحمق
-	%20	الأماكن المغلقة
-	%10	الشعابين
%80	%10	السقوط من المرتفع

(5ح)

المشاهد المنفرة	درجة الاشمزاز التي تحققه بالنسبة المئوية	درجة الخوف التي تحققه بالنسبة المئوية
التقيء (عندما يلمسني في وجهي)	%90	-
الغثيان	%80	-
الرفض والنبذ من الغرباء	%50	%100
إنسان ميت	%10	%10
سقوط من مكان مرتفع	%10	%5
النقد اللاذع	%10	-
النظر إلى الأسفل	%5	%5
الجروح المفتوحة	%5	-
سكتة قلبية	%5	-

(6 ح)

المشاهد المنفرة	درجة الاشمزاز التي تحققه بالنسبة المئوية	درجة الخوف التي تحققه بالنسبة المئوية
الغثيان والتقيء	%100	-
التقيء أمام العامة	%90	-
الجروح المفتوحة	%80	-
إنسان ميت	-	%70
الإصابات البدنية	%60	-
الرفض والنبذ من الغرباء	%40	-

-	%30	الإغماء
-	%20	الأماكن المغلقة
-	%20	النقد اللاذع
%10	-	العناكب

نتائج استمارة التقويم الذاتي لكل حالة الخاصة بالجلسة 7

استمارة التقويم الذاتي

<p>كنت أعاني في بداية البرنامج العلاجي من:</p> <p>(ح 1) الإكثار من التدخين (ح 2) الإدمان على التدخين (ح 3) الإدمان كثيرا (ح 4) الإدمان عن التدخين (ح 5) التدخين (ح 6) الإدمان على التدخين</p>
<p>التغيرات التي حصلت لي حتى الآن هي:</p> <p>(ح 1) نقص في التدخين (ح 2) تنقيص التدخين (ح 3) انقصت في التدخين (ح 4) إيقاف التدخين وكشف أكثر أضرار التدخين (ح 5) الاسترخاء عند التوتر - تنقيص الدخان (ح 6) انقاص كمية التدخين</p>
<p>قدم لي البرنامج العلاجي المساعدات التالية:</p> <p>(ح 1) الحفاظ على نشاطي البدني (ح 2) فهم أضرار التدخين والاسترخاء (ح 3) الدافعية (ح 4) التوعية أكثر عن الأضرار (ح 5) معرفة أشياء عن التدخين - الاسترخاء</p>

<p>(ح 6) الوعي والشجاعة للتوقف</p>
<p>العوامل والظروف الحياتية السابقة التي ساهمت في تطور مشكلتي هي:</p> <p>(ح 1) المخالطة (ح 2) أصدقائي والقلقة (ح 3) أصدقاء والقلق (ح 4) الأغاني (ح 5) القلق والحزن (ح 6) مشاكل عائلية</p>
<p>الظروف الحالية التي تؤثر في مشكلتي هي:</p> <p>(ح 2) الدراسة والقلق (ح 3) القلق (ح 4) الأصدقاء (ح 5) القلق (ح 6) الدراسة ومشاكل عائلية</p>
<p>الخطوات التالية (الأهداف التي أرغب في تحقيقها من خلال البرنامج العلاجي) هي:</p> <p>(ح 1) الإقلاع عن التدخين (ح 2) التوقف عن التدخين (ح 3) تبطيل التدخين (ح 4) الرياضة (ح 5) انقاص الدخان (ح 6) التوقف النهائي</p>
<p>الظروف الحياتية التي أشعر أنها تساعدني في حالتي هي:</p> <p>(ح 1) التفاح (ح 2) الأهل والبرنامج (ح 3) تشجيع من عند الأهل والأصدقاء والبرنامج (ح 4) الأستاذة المختصة والرياضة (ح 5) البرنامج (ح 6) البرنامج والمعالجة</p>

قارن الحالة التي أنت عليها الآن مع تلك التي كانت في بداية البرنامج العلاجي معطيا نسبة مئوية لمشكلة

التدخين: كما هي(....) تحسن: (ح 1) تحسن
 (ح 2) 70%
 (ح 3) 60%
 (ح 4) 90%
 (ح 5) 30%
 (ح 6) 80%

نتائج استمارة تقييم الجلسة7: خلق مشهد منفرد

م	المحتوى	الاستجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
	بعد مشاهدتي لمقطع الفيديو أدركت خطورة التدخين على الفم والحنجرة	6	100%	-	-
1	معرفة أكثر ثلاث مشاهد منفردة لي	6	100%	-	-
2	شعرت بالاشمئزاز عند تخيل هذه المشاهد	5	90%	1	10%
3	استطعت تخيل المشهد الذي ينفردني	5	90%	1	10%
4	استطعت التركيز على الأصوات وأحاسيسي الجسدية التي أشعر بها في خلال التمرين	6	100%	-	-
5	هل قيل في الجلسة كلام ضايك أو انك لا توافق عليه	-	-	6	100%

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بواجب بالجلسة السابعة: تمرين الاسترخاء العضلي مع

تخيل الم شهد المنفر الخاصة بالجلسة 7

أفراد المجموعة	التكرار	المشهد المنفر	وقت وزمن التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	1	التقيء أمام العامة	الساعة: 21:35	غرفة النوم	عدم الارتياح
(ح 2)	1	طبيب الأسنان ينظف في أسناني	الساعة: 21:15	غرفة النوم	شعور غريب وعدم تحمل المشهد

شعور بالاشمئزاز والغثيان	البيت	الساعة: 21:58	الغثيان والتقيء	1	(ح 3)
شعور بالاشمئزاز وعدم الرغبة في اكمال تخيله	غرفة النوم	الساعة: 20:30	جرح مفتوح	1	(ح 4)
الاشمئزاز كثيرا	البيت	الساعة: 22:35	التقيء (عندما يلمسني في وجهي)	1	(ح 5)
شعور سيء	غرفة نومي	الساعة: 21:29	الغثيان	1	(ح 6)

الملحق رقم (14): أعمال الجلسة 8: (2 فيفري 2021)

ما إن تصبح قادرا على تخيل ومعايشة المشاهد المنفرة بشكل واضح، تكون قد استعددت لربطها بعناصر في مخطط المتعة الخاص بك.

أ- اربط كل عنصر في مخطط المتعة الخاص بك مع المشهد المنفر بهذه الصورة

ب- ابدأ بوصف تفصيلي لهذا العنصر في المخطط.

ت- ادخل المشهد المنفر حتى تشعر بالإعراض عما كنت تستمتع بفعله لتوك .

تخيل نفسك تشعر بشعور أفضل بمجرد التوقف عما كنت تقوم به.

اكتب هذا السيناريو ذا الخطوات الثلاث لكل عنصر في مخططك، مع مراعات ضرورة أن يكون المشهد المنفر مقززا قدر الإمكان، وملئنا بالتفاصيل، ويستأصل تماما أي إحساس بالمتعة. واحرص على إيقاف المشهد المنفر حالما تتوقف عن ممارسة السلوك الاعتيادي الهدام. دع نفسك للإحساس الفوري بالراحة والاسترخاء.

عندما تعيد الصياغة المخطط لتضمين المشهد المنفر، يكون بإمكانك الشروع في التدريب على التفسير الخفي. اقرأ العنصر الأول من مخططك إلى أن تحفظه في ذهنك. أغلق عينيك واسترخ مستخدما الاسترخاء التصاعدي، فالاسترخاء يساعدك على تكوين صور ذهنية أوضح. عندما يتلاشى التوتر من جسدك، تخيل العنصر الأول: لاحظ ما تراه، وتشمه، وتسمعه، ولاحظ كل شيء تقوم به، ثم انتقل مباشرة إلى المشهد المنفر إلى أن تشعر بعدم الارتياح والاشمئزاز.

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بالجلسة 8: دمج المشاهد الممتعة الأقل إمتاعا والمنفرة

عناصر مخطط المتعة	المشهد المنفر
(ح 1) -بعد الرياضة / في الثانوية/ في العمل	واحد يتقيأ أمام العامة.
(ح 2) انا مريض/ في النهار/ في الطريق	مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني

صورة الغثيان	(ح 3) في الثانوية / بمفردي/ في العمل
جرح مفتوح	(ح 4) في مكان عام/ في البيت/ الثانوية
لي معايا يتقيا عليا	(ح 5) في الثانوية/ في العمل/ خويا معايا
صورة للقيء	(ح 6) انا في القهوة/ في الثانوية/ في الحي

نتائج استمارة تقييم الجلسة8: دمج المشاهد الممتعة والمنفرة (3لأقل إمتاعا)

م	المحتوى	الاستجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
1	استطيع الاسترخاء وتخيل مشهد المتعة الخاص بالتدخين	6	100%	-	-
2	أتخيل المشهد الذي ينفرنى جيدا	6	100%	-	-
3	أدقق في المشهد الذي ينفرنى وأحس في بالاشمئزاز	6	100%	-	-
4	أشعر بالغثيان أثناء تخيلي للمشهد	5	90%	1	10%
5	أشعر بالخوف أثناء تخيلي للمشهد	1	10%	5	90%
6	يذهب شعوري بالراحة والمتعة أثناء تخيل مشهد المتعة الخاص بي فور إدخال المشهد المنفر	6	100%	-	-
7	أستطيع أن أدمج المشاهد الأقل متعة مع المشهد المنفر في مخيلتي	4	80%	2	20%

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بواجب الجلسة8: دمج المشاهد الممتعة (3 الأقل

إمتاعا) والمنفرة (التدريب على كل عنصر ثلاث مرات قبل الانتقال للعنصر الآخر)

أفراد المجموعة	التكرار	عنصر مخطط المتعة/ المشهد المنفر	وقت التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	2	-بعد الرياضة نحب ندخن/ واحد يتقياً أمام العامة. -أنا في الثانوية/ واحد يتقياً في المرحاض أمامي.	الساعة:21:36	البيت	عدم الارتياح
			//	//	//
(ح 2)	3	-انا مريض وحاب ندخن/مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني -في النهار ندخن / مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني	الساعة:21:30	البيت	عدم الارتياح
			//	//	//

اشمئزاز	//	الساعة: 21:20	-في الليل قبل ما نرقد ندخن/ مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني		
الاشمئزاز وتوقفي عن التخيل	البيت	الساعة: 22:48	-أنا في الثانوية/ صورة الغثيان	2	(ح 3)
//	//	//	-في العمل / صورة الغثيان		
شعور بعدم الارتياح	البيت	الساعة: 20:40	-في مكان عام/ جرح مفتوح	4	(ح 4)
//	//	الساعة: 21:00	-كي نكون في الثانوية/ جرح مفتوح		
//	//	//	-كي نكون في القهوة/ جرح مفتوح		
شعور بدوار	//	//	- في البيت/ جرح مفتوح		
شعور سيئ وتوقفي مباشرة على تخيل المشهد في جميع المحاولات	البيت	الساعة: 22:20	- الثانوية/ لي معايا يتقيئ عليا	2	(ح 5)
	//	//	-في العمل/ لي معايا يتقيئ عليا		
شعور مقزز	البيت	الساعة: 21:39	-انا في القهوة/ صورة للقيء	4	(ح 6)
عدم الارتياح	//	//	-انا في الشيشة/ صورة للقيء		
الاشمئزاز	//	الساعة: 21:15	-أنا في الثانوية / صورة للقيء		
//	//	//	-كي نكون في الحي/ صورة للقيء		

الملحق رقم (15): أعمال الجلسة 9: (8 فيفري 2021 / 9 فيفري 2021)

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بالجلسة 9: دمج المشاهد الممتعة الأكثر إمتاعاً والمنفردة

المشهد المنفر	عناصر مخطط المتعة
واحد يتقيأ أمام العامة.	(ح 1) -بعد وجبة الغداء / في القهوة/ في الفراش
مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني	(ح 2) عند الاستماع للموسيقى/ عند الاستيقاظ من النوم/ نشرب في التاي
صورة الغثيان	(ح 3) كي تكون عندي طريق/نكون مع رفقائي/ في البيت
جرح مفتوح	(ح 4) السفر/ في الجردة/ نكون مع صحابي
لي معايا يتقيئ عليا	(ح 5) عند التجمع في الليل/ في الفراش ومشاهدة التلفاز/ الطريق
صورة للقيء	(ح 6) كي نعود نسوق/كي نعود مع رفقائي/ في الجردة

نتائج استمارة تقييم الجلسة 9: دمج المشاهد الممتعة (3 الأكثر إمتاعاً) والمنفرة

م	المحتوى	الاستجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
1	أصبحت أكثر تركيزاً على تخيل المشاهد الممتعة والمنفرد	6	100%	-	-
2	بمساعدة المعالجة أستطيع التخيل أحسن	6	100%	-	-
3	يذهب شعوري بالراحة والمتعة أثناء تخيل مشهد المتعة الخاص بي فور إدخال المشهد المنفرد	6	100%	-	-
4	أشعر بالغثيان أثناء تخيلي للمشهد	5	90%	1	10%
5	أشعر بالخوف أثناء تخيلي للمشهد	1	10%	5	90%
6	لا أستطيع الدمج بين المشهد الممتع مع المشهد المنفرد في الخيال	-	-	6	100%

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بواجب الجلسة 9: دمج المشاهد الممتعة (3 الأكثر إمتاعاً) والمنفرة (التدرب على كل عنصر ثلاث مرات قبل الانتقال للعنصر الآخر)

أفراد المجموعة	التكرار	عنصر مخطط المتعة / المشهد المنفرد	وقت التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	3	- أنا في الفراش / صورة للقيء أمام العامة. - في القهوة / واحد يتقأ أمام العامة. - في الفراش / واحد يتقأ أمام العامة.	الساعة: 21:30	البيت	عدم الارتياح
			الساعة: 21:40	//	شعور سيء
			//	//	اشمئزاز
(ح 2)	3	أنا نشرب في التاي / صورة أنا مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني أنا نسمع في الموسيقى / مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني عند الاستيقاظ من النوم / مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني	الساعة: 21:00	البيت	عدم الارتياح
			//	//	//
			الساعة: 21:15	//	اشمئزاز
(ح 3)	2	كي نكون مع رفقائي / صورة الغثيان كي نكون ماشي طريق / صورة الغثيان	الساعة: 22:15	البيت	شعور بالاشمئزاز
			//	//	توقفي عن التخيل
(ح 4)	3	كي نكون في الجردة / واحد مجروح	الساعة: 21:00	البيت	شعور بعدم الارتياح

اشمئزاز //	// //	// الساعة:20:21	جرح مفتوح كي نكون مع صحابي / جرح مفتوح كي نكون مسافر / جرح مفتوح		
الاشمئزاز كثيرا شعور سيئ واتوقف مباشرة عن التخيل	البيت //	الساعة:10:22 الساعة:00:22	أنا مجمع في الليل مع صحابي / لي معايا يتقيئ عليا كي نكون حاكم طريق / لي معايا يتقيئ عليا	2	(ح 5)
شعور مقزز عدم الارتياح الاشمئزاز	البيت // //	الساعة:00:21 الساعة:05:21 //	كي نعود مع صحابي في الجردة / صورة للقيء كي نعود نسوق / صورة للقيء كي نعود نسوق / صورة للقيء	3	(ح 6)

الملحق رقم (16): أعمال الجلسة 10: (10 فيفري 2021 / 11 فيفري 2021)

نتائج استمارة تقييم الجلسة 10: تبديل المشهد المنفر (التركيز على المشاهد الأقل إمتاعا)

م	المحتوى	الاستجابة	
		لا	نعم
		النسبة المئوية	التكرارات
1	معرفة كيفية مواجهة الصعوبات التي تواجهني أثناء قيامي بدمج المشاهد الممتعة والمنفرة أثناء الواجب المنزلي	100%	6
2	تدربت جيدا على تبديل المشهد المنفر	80%	4
3	استطعت التركيز مع المعالجة عندما أتخيل المشهد الممتع والمشهد المنفر	100%	6
4	يزول شعوري بالاستياء والاشمئزاز عند توقفي عن تخيل مشهد التدخين الذي يمتعني	90%	5
5	لا استطيع الشعور بالراحة عندما أتجنب تخيل المشهد الممتع	-	-

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بواجب الجلسة 10: تبديل المشهد المنفر (التركيز على

المشاهد الأقل إمتاعا)

أفراد المجموعة	التكرار	عنصر مخطط المتعة / المشهد المنفر	تبديل المشهد المنفر	وقت التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	2	-في الثانوية ندخن/التقياً داخل المرحاض. -بعد الرياضة /التقياً أمام العامة.	- نرمي الدخان مباشرة ونخرج من المرحاض. - نطفي الدخان ونخرج من الشيشة.	الساعة: 21:36 //	البيت //	شعور بالارتياح بعدما نرمي الدخان ونخرج من المرحاض والثانوية
(ح 2)	2	-في الليل في الحي نتكيف/صورة أنا مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني. -انا مريض شوي/ أنا مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني.	-نطفي الدخان ونرميه بعدها نحس روجي افضل. -نطيش الدخان مباشرة باه تروح صورة طبيب الأسنان من مخيلتي.	الساعة: 21:00 الساعة: 21:30	البيت //	غياب شعوري بالخوف والاشمئزاز والإحساس أنني أفضل.
(ح 3)	2	-كي نكون في الثانوية ونتكيف/ صورة الغثيان. - في العمل/صورة الغثيان.	-نطفي الدخان ونغادر المرحاض يروح شعوري بالاشمئزاز. -عند إحساسي بالاشمئزاز نطفي الدخان طول	الساعة: 21:15 //	البيت //	اشعر بالراحة عندما أرمي الدخان. //
(ح 4)	2	- في الثانوية وندخن/ صورة لجرح مفتوح. - في مكان عام/ واحد مجروح والدم يسبح.	-نطفي الدخان ونخرج من المرحاض باه يروح شعوري السيء المتعلق بالجرح المفتوح. -نرمي الدخان مباشرة باه يروح شعوري بالاشمئزاز.	الساعة: 21:30 الساعة: 21:15	البيت //	ينقص شعوري بالإستياء ونحس روجي أفضل. //
(ح 5)	2	- انا في الثانوية ندخن في المرحاض/ لي معايا يتقيئ عليا. - انا في العمل/ صورة	- نطيش الدخان ونخرج طول للساحة باه تروح صورة القيء من راسي.	الساعة: 22:30	البيت //	استرحت شوي //

		//	-نظفي الدخان طول ونتتنفس مليح باه ما نبقاش نخم في صورة القيء على وجهي.	القيء على وجهي.		
يذهب شعوري بالاشمزاز الذي يسببه لي القيء نبدأ نحس روجي أحسن.	البيت	الساعة:21:10	-نرمي الدخان ونروح مباشرة للقسم باه تروح صورة القيء من راسي. -نظفي الدخان ونخرج للخارج باه يروح شعوري بالاشمزاز. -نرمي الدخان مباشرة ونبدل المكان ونبدأ نحس روجي احسن.	- في الثانوية في المرحاض ندخن/ صورة للقيء . -في الشيشة/ صورة للقيء . - في الحي/ صورة للقيء .	3	(ح 6)
//	//	//				
//	//	الساعة:21:30				

الملحق رقم (17): أعمال الجلسة 11: (15 فيفري 2021 / 16 فيفري 2021)

نتائج استمارة تقييم الجلسة 11: تبديل المشهد المنفر (التركيز على المشاهد الأكثر إمتاعا)

م	المحتوى	الاستجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
1	معرفة كيف أتعامل مع الصعوبات التي تواجهني أثناء قيامي بتبديل المشاهد المنفرة من خلال تجنب المشاهد الممتعة	6	100%	-	-
2	أصبحت قدرتي على تبديل المشهد المنفر أحسن	5	90%	1	10%
3	تدربت على أكثر من عنصر من مخطط المتعة الخاص بي في الجلسة	5	90%	1	10%
4	أشعر بالراحة عند توقفي عن تخيل المشاهد التي تثير رغبتني في الإقبال عن التدخين	6	100%	-	-

نتائج استمارة المراقبة الذاتية الخاصة بواجب الجلسة 11: تبديل المشهد المنفر (التركيز على المشاهد الأكثر إمتاعاً)

أفراد المجموعة	التكرار	عنصر مخطط المتعة / المشهد المنفر	تبديل المشهد المنفر	وقت التمرين	مكان التمرين	شعورك بعد القيام بالتمرين
(ح 1)	2	- في القهوة نتكيف/واحد يتقياً أمام العامة. -كي نكون في الفراش متكسل ونتكيف/ واحد يتقياً أمام العامة.	- نرمي الدخان مباشرة ونخرج من القهوة. - نطفي الدخان ونشرب الماء .	الساعة: 21:36 //	البيت //	نشعر بالراحة بعدما نرمي الدخان ونخرج من القهوة. -شعور بالراحة بعد ما نطفي الدخان ونشرب الماء .
(ح 2)	2	-انا نشرب في التاي ونتكيف/صورة انا مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني. -انا نسمع في الموسيقى ونتكيف/ مع طبيب الأسنان ينظف في أسناني.	نطفي الدخان ونحبس التاي نحس روجي احسن. -نطيش الدخان ونحبس الموسيقى باه تروح صورة طبيب الاسنان من تخيلي	الساعة: 21:40 الساعة: 21:30	البيت //	غياب شعوري بالخوف ونحس روجي أفضل //
(ح ر)	2	-كي نكون مع رفقائي ونتكيف / صورة الغثيان -كي نكون حاكم طريق وندخن/ صورة الغثيان	-نطفي الدخان ونغادر الجماعة باه يروح شعوري بالاشمئزاز عند تخيلي للغثيان والقيء . -عند احساسني بالاشمئزاز نرمي الدخان مباشرة	الساعة: 21:35 //	البيت //	اشعر بالراحة كي نرمي الدخان //
(ح 4)	2	-كي نكون في الجردة وندخن/ جرح مفتوح -كي نكون رايج لسطيف في السيارة وندخن/ جرح مفتوح	نطفي الدخان ونروح للدار باه يروح السيء كي شفت الجرح المفتوح -نطفي الدخان ونرميه ويذهب شعوري بالاشمئزاز	الساعة: 21:50 //	البيت //	ينقص شعوري بالإستياء -نحس روجي أفضل
(ح 5)	2	- انا مجمع في الليل مع صحابي وندخن/ لي معايا يتقيئ عليا - انا نسوق في الفراش نتفرج وندخن/ صورة القيء على وجهي	نطيش الدخان ونروح للدار باه ما نبقاش نخم في مشهد القيء . -نطفي الدخان طول ونفتح النافذة نتنفس باه ما نبقاش نخم في	الساعة: 22:45 //	البيت //	استرحت استرحت شوي

			صورة القيء على وجهي			
يذهب شعوري بالاشمزاز الذي يسببه لي القيء //	البيت //	الساعة: 21:20 //	نرمي الدخان ونخرج من الجردة باه تروح صورة القيء من راسي. -نرمي الدخان من النافذة ونصكر الكارو باه تروح صورة القيء من راسي	كي نعود مع صحابي في الجردة ندخن/ صورة للقيء -كي نعود نسوق رايح طريق/ صورة للقيء	3	(ح 6)

الملحق رقم (18): أعمال الجلسة 12 : (17 فيفري 2021/ 18 فيفري 2021)

نتائج استمارة تقييم الجلسة 12: التدريب على التنفير الخفي في الواقع

م	المحتوى	الاستجابة			
		لا		نعم	
		النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات
1	معرفة كيفية مواجهة الصعوبات التي تواجهني أثناء قيامي بتبديل المشاهد المنفرة من خلال تجنب المشاهد الممتعة	-	-	100%	6
2	أشعر بالغبثان حين ادمج بين مشهد المتعة والمشهد المنفر في الخيال	10%	1	90%	5
3	استطعت تجنب المثير الذي يثير رغبتي في التدخين	20%	2	80%	4
4	استطيع السيطرة على رغبتي اتجاه التدخين	10%	1	90%	5

ملحق رقم (19): أعمال الجلسة 13

توجيهات التعامل مع انسحاب النيكوتين ومواجهة الانتكاسة والوقاية منها:

عند الإقلاع عن التدخين، سوف يعتاد جسمك على عدم وجود النيكوتين في أجهزة الجسم .
النيكوتين هي مادة موجودة في السجائر تجعلها مسببة للإدمان مما يجعلك تريد المزيد منها؛ وأثناء
تكيف جسمك مع هذا الأمر، سوف تعتريك علامات انسحاب النيكوتين، عادة ما تستمر تلك العلامات
لمدة أسبوع أو أسبوعين، ولكن قد يستمر بعضها لمدة أطول.

تتسم الأيام القليلة الأولى التي تلي الإقلاع عن التدخين بالصعوبة. يجب أن تضع في الاعتبار

أن الشعور بالضيق أو الإحباط أو الملل يمكن أن يكون جزءا عاديا من الانسحاب المبكر للنيكوتين. وسوف يزول هذا الشعور، في حقيقة الأمر وبعد أسابيع قليلة من الإقلاع عن التدخين، يرجح أن يقل الشعور بالضغط بشكل كبير. ويجب أن تذكر نفسك لماذا ترغب في الإقلاع عن التدخين. يجب أن تستمر في الاستعانة باستراتيجيات التغلب على دوافع التدخين التي تتناوبك.

ها هي مجموعة من النصائح التي تفيدك في التعامل مع هذه الأعراض:

علامات الانسحاب	ما يمكنك القيام به
الرغبات الملحة	تستمر الرغبات الملحة لمدة دقيقة أو دقيقتين فقط، وبالتالي، فإن استخدام "القواعد الأربعة" يمكن أن يساعدك على البقاء بدون تدخين . -التأخير، انتظر لحظات قليلة. -اشرب كوبا من الماء. -التشتيت، افعل شيئا آخر. -التنفس العميق.
الصداع	-خذ حماما دافئا. -مارس تمارين التنفس العميق.
الشعور بالحزن	-افعل شيء يجعلك تشعر بالسعادة أو يجعلك مشغولا، مثل أي هواية أو قضاء وقت مع الأصدقاء.
الشعور بالتعب	-احصل على قسط وثير من الراحة. -حدد مواعيد الأنشطة في الأوقات التي تتمتع فيها بأكثر قدر من الطاقة. -احصل على فترات راحة أو قيلولة، لا تجهد نفسك. -اطلب المساعدة بدلا من محاولة القيام بمجهود كبير بنفسك.
الشعور بالضيق أو التوتر أو العصبية أو القلق	- افعل الأشياء التي تستمتع بها لتجعلك مشغولا، مثل أي هواية أو قضاء وقت مع الأصدقاء والعائلة. -تحدث مع الأصدقاء أو أفراد العائلة. -مارس تمارين الإطالة الخفيفة والتنفس العميق، والتي يمكن أن تحد من التوتر في عضلاتك وتجعلك تشعر بأكثر قدر من الاسترخاء. -ذكر نفسك بأنك سوف تعبر هذا الأمر. -يمكن أن يعمل التمرين والنشاط البدني، مثل الخروج للتنزه، على الحد من الإجهاد وتحسن الحالة المزاجية لديك.

مواجهة الانتكاسة والوقاية منها

إرشادات لمواجهة الانتكاسة والوقاية منها
<p>- حدث نفسك: "يمكنني القيام بهذا" و"لن أدخن اليوم".</p> <p>- تذكر الأسباب التي تدفعك للإقلاع عن التدخين.</p> <p>- تذكر دائما بأن التدخين لن يحل ما تواجهه من مشاكل.</p> <p>- ذكر نفسك أنك تعرف فوائد الإقلاع عن التدخين، وتريد أ تفعل كل شيء في وسعك للتخلص من هذا المرض.</p> <p>- تذكر أنك قطعت شوطا طويلا وترغب في النجاح فيه.</p> <p>- اخرج من المكان أو الموقف الذي يجعلك تفكر بالتدخين.</p> <p>- تخلص من كل الأشياء التي تذكرك بالتدخين.</p> <p>- خذ نفسا عميقا.</p> <p>- تناول وجبة خفيفة (مثل التفاح).</p> <p>- أخرج للمشي.</p> <p>- اتصل بصديق.</p> <p>- قم بأداء التمارين الرياضية.</p> <p>- حدث نفسك بأنك حاولت الإقلاع وفكر فيما عرفته عن نفسك وعن عادة النيكوتين.</p>

نتائج استمارة تقييم الجلسة 13: الجلسة الختامية

م	المحتوى	الاستجابة	
		نعم	لا
		النسبة المئوية	التكرارات
1	معرفة ضرورة ممارسة التنفير في المواقف التي تثير رغبتني في التدخين	100%	6
2	معرفة كيفية مواجهة الانتكاسة وأعراض انسحاب النيكوتين	100%	6
3	تمت الإجابة على مقياس الاعتماد على السجائر	100%	6
4	تمت الإجابة على مقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ	100%	6
5	تم منحي شهادة تقدير وشكر على مشاركتني في	100%	6

الملاحق

				البرنامج	
-	-	%100	6	تم تحديد موعد القياس التتبعي للتعرف إذا طرأ تغير في سلوكي نحو التدخين	6