



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم نفس



برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين
لدى الطالب الجامعي
-دراسة ميدانية بجامعة 8 ماي 1945 قالة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت اشراف:

د. بن شيخ رزقية

اعداد الطالبات:

❖ حلاسي دينا

❖ ظوافر تسنيم

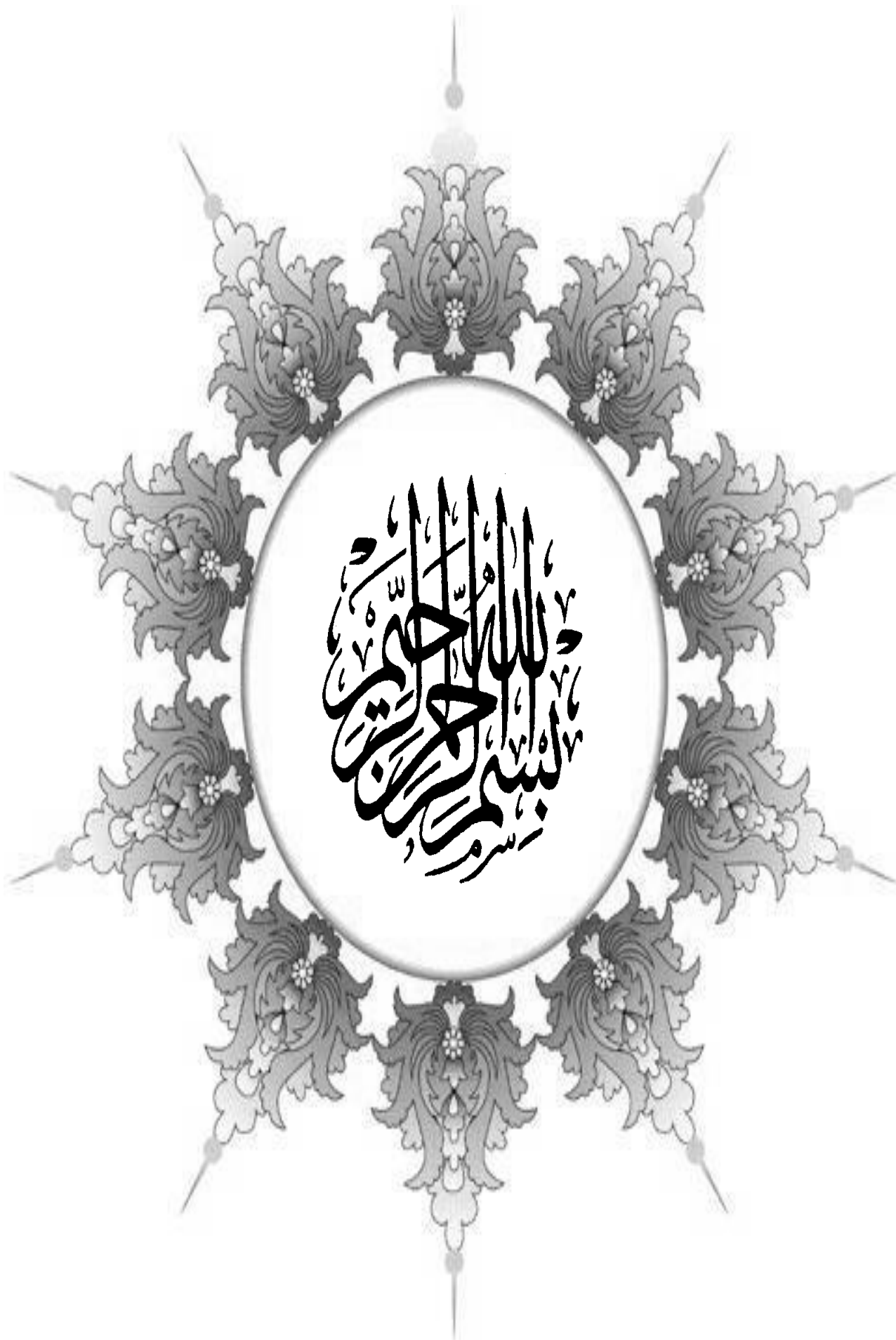
❖ قشاشة خديجة

لجنة المناقشة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
1	عربي سعيدة	أستاذ محاضر -ب-	جامعة 8 ماي 1945	رئيس
2	بن شيخ رزقية	أستاذ محاضر -أ-	جامعة 8 ماي 1945	مشرف
3	مشطر حسين	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945	مناقش

السنة الجامعية: 2022-2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر وتقدير

إن الحمد والشكر لله رب العالمين الذي منا علينا بالتوفيق في إكمال دراستنا.

يتسنى لنا أن نتفضل بالشكر والامتنان لمشرفتنا الدكتورة "بن شيخ" التي منحتنا من وقتها وقامت بإرشادنا وتوجيهنا.

نتفضل بالشكر للأستاذ الدكتور «مكناسي» الذي لم يبخلنا من علمه وخصص لنا البعض من وقته لمساعدتنا في نتائج الدراسة.

نتقدم بجزيل الشكر للأمن الموجود في القسم، الذي فتح لنا أبواب المساعدة أثناء قيامنا بالجلسات العلاجية.

نتقدم بجزيل الشكر لـ «عبير» لمساعدتها لنا في إعداد مطوية حول الإدمان على التدخين.

نشكر جميع من قام بمساعدتنا سواء من أساتذة كلية العلوم الاجتماعية بجامعة
8 ماي 1945 أو خارجها.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

يندرج موضوع الدراسة الحالي تحت عنوان: «برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي - دراسة ميدانية بجامعة 8 ماي 1945-»، وتمثلت أهداف هذه الدراسة في:

تجريب برنامج علاج معرفي سلوكي ومعرفة مدى فعاليته في التخفيف من مستوى الإدمان، وكذلك تزويد الطالب المدمن على التدخين بتقنيات تساعده على تخفيف من إدمانه للتدخين. تمثلت تساؤلات الدراسة في:

- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS 12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS 12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS 12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS 12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

اعتمدت الدراسة على المنهج الشبه التجريبي، حيث تمثلت عينة الدراسة في 14 طالب جامعي من جامعة 8 ماي 1945 بقالة، تم اختيارهم بطريقة قصدية بعد إجراء دراسة استطلاعية قسمت العينة إلى مجموعتين بطريقة عشوائية (القرعة بيننا نحن الطالبات): 7 طلاب جامعيين أفراد المجموعة الضابطة، و7 طلاب جامعيين أفراد المجموعة التجريبية، تم خلال الدراسة إجراء الملاحظة العيادية، المقابلات التشخيصية، وكذلك طبقنا البرنامج العلاجي المقترح على أعضاء المجموعة التجريبية، مع تطبيق مقياس الاعتماد على السجائر -CDS 12 لقياس مستوى الإدمان لدى أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية تطبيقاً قبلياً وبعدياً.

وأسفرت النتائج دراسة على: فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين عند جميع أفراد المجموعة التجريبية.

- انخفاض مستوى الإدمان على التدخين عند جميع أفراد المجموعة التجريبية.
 - إقلاع فردين من أفراد المجموعة التجريبية عن التدخين.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي)
 - توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)
 - لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)
 - توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس بعدي)
- كلمات مفتاحية: الإدمان على التدخين، الإدمان عند الطالب الجامعي، برنامج علاجي معرفي سلوكي.

الملخص باللغة الإنجليزية:

The current topic of the study is "A behavioural cognitive programme to alleviate the level of smoking addiction in a university student - a field study at 8 May 1945 University", the objectives of which are:

Experimenting with a behavioral cognitive therapy program and knowing its effectiveness in alleviating the level of addiction, as well as providing smoking-addicted students with techniques that help them alleviate their smoking addiction.

The study's questions were:

- Are there statistically significant differences at the 0.05 indicator level between the average test group sample scores and the control group members' averages on the cigarette dependency scale (CDS-12) applied before and after the application of the proposed treatment programme?
- Are there statistically significant differences in the level of 0.05 indication between the average scores of the pilot group sample and the control group's average scores on the cigarette dependency scale applied prior to the proposed treatment programme?
- Are there statistically significant differences of 0.05 indicator level between the average control group sample scores on the CDS-12 cigarette dependency scale applied before and after the application of the proposed treatment programme?
- Are there statistically significant differences of 0.05 between the average test group sample scores and the control group average on the cigarette dependency scale (CDS-12) applied after the application of the proposed treatment programme?

The study was based on the semi-experimental curriculum. The sample was 14 university students from the University of May 8, 1945, who were chosen in a deliberate manner after conducting a survey that divided the sample into two groups in a random manner (the draw between us students): 7 university students from the control group, and 7 university students from the pilot group, during the study, clinical observation, diagnostic interviews were conducted, and we applied the proposed treatment programme to the pilot group members, applying the CDS-12 cigarette dependency scale to measure the addiction level of members of the control and experimental groups in a tribal and remote manner.

The results resulted in a study on: the effectiveness of the CBT programme to reduce the level of smoking addiction in all members of the pilot group.

- Low level of addiction to smoking in all members of the experimental group.
- Two members of the experimental group quit smoking.
- There are no statistically significant discrepancies at the 0.05 indicative level between the average grades of the pilot group sample and the control group's average scores on the cigarette dependency scale applied prior to the application of the proposed treatment programme. (Tribal measurement)
- There are statistically significant differences at the indicative level of 0.05 between the average test group sample scores on the CDS-12 cigarette dependency scale applied before and after the application of the proposed treatment programme. (Tribal and remote measurement)
- There are no statistically significant discrepancies at the indicative level of 0.05 between the average members of the control group sample on the CDS-12 cigarette dependency scale applied before and after the application of the proposed treatment programme. (Tribal and remote measurement)
- There are statistically significant differences at the indicative level of 0.05 between the average test group sample scores and the control group members' averages on the cigarette dependency scale (CDS-12) applied after the application of the proposed treatment programme. (Measuring after me)

Keywords: smoking addiction, university student addiction, behavioral cognitive therapeutic program.



فهرس المحتويات

الفهرس:

شكر وعرقان:

الإهداء:

ملخص الدراسة باللغة العربية:

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية:

فهرس المحتويات:

فهرس الأشكال:

فهرس الجداول:

مقدمة:

الفصل التمهيدي: مشكلة الدراسة ومفاهيمها الأساسية.

أولاً: إشكالية الدراسة 04

ثانياً: فرضيات الدراسة 07

ثالثاً: أهمية الدراسة 08

رابعاً: أهداف الدراسة 09

خامساً: أسباب اختيار الموضوع 10

سادساً: مصطلحات الدراسة 11

سابعاً: الدراسات السابقة 13

الجانب النظري:

الفصل الأول: العلاج المعرفي السلوكي.

تمهيد: 23

أولاً: تعريف العلاج المعرفي السلوكي 24

ثانياً: أهداف العلاج المعرفي السلوكي 26

ثالثاً: مبادئ العلاج المعرفي السلوكي 28

رابعاً: خصائص العلاج المعرفي السلوكي 30

خامساً: مراحل العلاج المعرفي السلوكي للمعالج والمتعالج 34

39سادسا: فنيات العلاج المعرفي السلوكي

50سابعاً: دور العلاج المعرفي السلوكي في علاج إدمان التدخين

52خلاصة:

الفصل الثاني: الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي.

54تمهيد:

55أولاً: مفهوم الإدمان

61ثانياً: تعريف إدمان التدخين

62ثالثاً: مراحل التعود على سلوك التدخين

63رابعاً: أسباب الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي

65خامساً: تفسير علم النفس لإدمان التدخين

69سادساً: أثر الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي

75سابعاً: الطالب الجامعي

81خلاصة:

الجانب الميداني

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة.

84تمهيد:

85أولاً: منهج الدراسة

86ثانياً: إجراءات الدراسة الاستطلاعية

93ثالثاً: إجراءات الدراسة الأساسية

102.....رابعاً: ملخص المقابلات التشخيصية مع أعضاء المجموعة التجريبية

110.....خلاصة:

الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

112.....تمهيد:

113.....أولاً: التذكير بفرضيات الدراسة

114.....ثانياً: إجراءات الجلسات العلاجية

131.....	ثالثا: عرض وتحليل نتائج الدراسة.....
135.....	رابعا: مناقشة النتائج على حسب الفرضيات الفرعية.....
141.....	خامسا: مناقشة النتائج على حسب الفرضية العامة.....
144.....	سادسا: نتائج الدراسة.....
145.....	سابعا: صعوبات الدراسة.....
146.....	خلاصة:
148.....	خاتمة ومقترحات الدراسة:
151.....	قائمة المصادر والمراجع:
.....	قائمة الملاحق:

فهرس الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
24	يمثل نموذج للعلاج المعرفي السلوكي.	01
29	يمثل مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.	02
33	يمثل خصائص العلاج المعرفي السلوكي.	03
36	يمثل نموذج .SORC	04
37	يمثل نموذج شبكة . SECCA	05
50	يمثل المحاولات الحديثة لعلاج سلوك التدخين.	06
58	يمثل مراحل الإدمان.	07
60	يمثل أنواع الإدمان.	08
62	يمثل مراحل التعود على سلوك التدخين.	09
72	يمثل الأمراض المتعلقة بالتدخين.	10
74	يمثل أضرار التدخين على البيئة.	11
79	يمثل حاجات الطالب الجامعي.	12
80	يمثل مشكلات الطالب الجامعي.	13

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس.	87
02	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب السن.	87
03	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي.	87
04	يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند الأول	89
05	يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند الثاني	90
06	يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند الثالث	90
07	يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند الرابع	91
08	يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند الخامس	91
09	يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند السادس	92
10	يبين خصائص المجموعة التجريبية.	94
11	يبين الأستاذة المحكمين وملاحظاتهم حول البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف من مستوى الإدمان على التدخين في صورته الأولية.	97
12	يبين الصورة النهائية للبرنامج العلاجي المقترح.	97
13	يبين متوسط حسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.	131
14	يبين دلالة قيمة (T) لدلالة الفروق في القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.	131
15	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية	132
16	يبين قيمة (T) لدلالة الفروق في القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية.	133
17	يبين دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 قياس قبلي وبعدي.	133
18	يبين متوسط حسابي والانحراف المعياري لدرجات المقياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.	134
19	يبين دلالة قيمة (T) لدلالة الفروق في القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.	134

مقدمة

المقدمة:

تعتبر مرحلة الشباب من بين أكثر المراحل التي يرغب بها الفرد التجريب والرغبة في الاكتشاف والشعور بالاستقلالية، وخصوصا في المرحلة الجامعية التي تمتاز بالضغوطات والقلق لدى الطالب الجامعي. لذلك انتشرت العديد من البرامج لتوعية الطالب بمدى خطورة الإدمان، ومن جهة أخرى البرامج العلاجية لتخفيف من حدة الظواهر السلوكية المرضية كالإدمان، من بين العلاجات النفسية الرائجة لمعالجة الإدمان نجد العلاج المعرفي السلوكي، الذي يعتبر من السبل الأولى التي يسلكها الأخصائيين النفسيين بهدف تحديد السلوكيات الغير صحية وتعديل الأفكار السلبية. وراجع ذلك لأهميته، إذ يساعد الأفراد لتمييز الأفكار السلبية واستبصار المواقف بشكل أوضح.

على الرغم من الآثار التي يصل لها المدخن نتيجة استهلاكه لمادة النيكوتين والأمراض المزمنة المصاحبة لذلك التي تمثل أبرزها في سرطان الرئة، وتبقى ظاهرة التدخين من بين الظواهر الأكثر شيوعا في القرن 20، وقد أجمع العلماء على تحريمه وذلك تبعا لقوله تعالى: « وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا (29) وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ عُدْوَانًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصَلِّيهِ نَارًا وَكَانَ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرًا » (النساء 29-30)، وهذا بهدف الحفاظ على الأنفس والأموال وترابط الأسر، حرصا على اجتناب الأضرار، على الرغم من وعي الفرد بكل ذلك، إلا أنه لا يستطيع التحكم في ذاته نتيجة لإدمان لمادة النيكوتين التي تجعل الإقلاع عن التدخين صعبا، حيث يستمر في عملية التدخين، وكل مرة يزيد من عدد السجائر إلى أن يصل إلى مرحلة الإدمان. ونظرا لنقشي هذا الاضطراب، وخطورة انعكاسه على الفرد جاءت هذه الدراسة لتبحث عن أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من مستوى الإدمان لدى الطالب الجامعي، وذلك وفقا للخطة التي شملت خمسة فصول، وجاءت على الشكل التالي:

- أولا مقدمة حول الموضوع. ثم تطرقنا في الفصل التمهيدي المعنون بـ "مشكلة الدراسة ومفاهيمها الأساسية"، حيث تطرقنا فيه إلى: إشكالية وفرضيات الدراسة، أهمية وأهداف الدراسة، أسباب اختيار الموضوع، مصطلحات الدراسة، وأخيرا الدراسات السابقة.

بالنسبة للجانب النظري فقد قسم إلى فصلين:



- الفصل الأول تحت عنوان "العلاج المعرفي السلوكي"، حيث تطرقنا فيه إلى: تعريف العلاج المعرفي السلوكي، أهدافه، مبادئه، خصائصه، مراحل العلاج المعرفي السلوكي للمعالج والمتعالج، فنياته، وأخيرا دور العلاج المعرفي السلوكي في علاج إدمان التدخين.
- الفصل الثاني تم عنوانه بـ "الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي"، حيث تطرقنا فيه إلى: مفهوم الإدمان، تعريف إدمان التدخين، مراحل التعود على سلوك التدخين، أسباب الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي، تفسير علم النفس لإدمان التدخين، أثر الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي، وأخيرا الطالب الجامعي.
- أما بالنسبة للجانب التطبيقي، فهو الآخر قسم إلى فصلين:
- الفصل الثالث تحت عنوان "الإجراءات المنهجية للدراسة"، تم التطرق فيه إلى: منهج وأدوات الدراسة، حدود الدراسة المكانية والزمانية، عينة الدراسة، أساليب تحليل البيانات وتفسيرها، تحليل نتائج الدراسة الاستطلاعية، وأخيرا ملخص المقابلات التشخيصية التي أجريت مع أفراد المجموعة العلاجية.
- الفصل الرابع تم عنوانه بـ "عرض ومناقشة نتائج الدراسة"، تم التطرق فيه إلى: التذكير بفرضيات الدراسة، عرض الجلسات العلاجية، نتائج الدراسة وتحليلها، مناقشة الفرضيات الفرعية على ضوء الدراسات السابقة والجانب النظري، وأخيرا مناقشة الفرضية العامة على ضوءها.
- وفي الختام، خاتمة، نتائج الدراسة وقدمنا مقترحات للدراسات القادمة.

الفصل التمهيدي

مشكلة الدراسة ومفاهيمها الأساسية.

أولاً: الإشكالية:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أسلوب فعال في علاج مختلف الاضطرابات السلوكية والانفعالية، نظراً لعمله على تعديل السلوكيات والأفكار السلبية، حيث يتميز بفترة علاج قصيرة المدى مقارنة مع العلاجات النفسية الأخرى، ومن خلال مجموعة تقنياته المختلفة (تقنيات معرفية وأخرى سلوكية)، التي تهدف إلى التنفيس على المشاعر السلبية لدى الفرد أو المجموعة، تكون فعالة في العديد من الاضطرابات النفسية منها الإدمان، وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان، من بينها: دراسة "حسين سليمان وخديجة كبداني (2021) على فعاليته في التخفيف من حدة الإدمان على التدخين لدى عينة الدراسة.

(سليمان، كبداني، 2021)

يعرف المجتمع بمشاكله التي لا يستطيع الفرد لوحده أن يعالجها، وانتشارها يكون سريعاً بين أفراد المجتمع. وذلك عن طريق التقليد الأعمى بينهم.

الإنسان بطبعه فرد فضولي يرغب بتجريب كل ما هو موجود وشائع دون التركيز على الآثار السلبية رغم معرفته بها بهدف إشباع رغباته النفسية وفضوله وهذا راجع إلى أنه فعال في المجتمع يؤثر ويتأثر بما هو موجود وشائع في البيئة المحيطة به.

الشباب الجامعي اليوم يمثل فئة واسعة في المجتمع وطاقة بشرية كبيرة، فهم الطبقة الواعية والمتقفة في المجتمع، إلا أن أغليبتهم يدخنون ويقبلون على التبغ، وهذا راجع ربما إلى التوتر الذي يعيشونه والقلق حول مستقبلهم من حيث إقبالهم على تحمل مسؤوليات جديدة أو الخوف من شبح البطالة، حيث أظهرت نتائج دراسة أحمد رأفت وغضبة وآخرون (2014) أن نسبة المدخنين في كلية الاقتصاد والعلوم الاجتماعية بلغت 25.4%، وأن أقل نسبة كانت في كلية الشريعة حيث بلغت 0%، وأن نسبة الذكور 89%، وإناث 32.55% في الجامعات الفلسطينية.

(غضبة، وآخرون، 2014)

نجد أن نسبة كبيرة من المجتمع الجزائري وخاصة فئة الشباب منه يتجهون لاستهلاك مختلف المواد السامة منها المخدرات المذهبة للعقل كالكوكايين والأقراص المهلوسة والكحول، ولكن المادة المنتشرة وبكثرة هي مادة التبغ الذي يحتوي على مادة النيكوتين، حيث أكد المدير المكلف بالأمراض غير المتقلبة بالمديرية العامة للوقاية وترقية الصحة بوزارة الصحة، البروفيسور يوسف طرفاني إحصاء

أزيد من 4 ملايين مدخن بالجزائر فيما كشفت المنظمة العالمية للصحة عن 8 ملايين وفاة سنويا بسبب التدخين، وأكد في تصريح للقناة الإذاعية الأولى أن مختلف التحقيقات التي قامت بها وزارة الصحة أظهرت أن نسبة 16% لدى الفئة العمرية ما بين 18 و65 سنة يتعاطون التدخين ونسبة 8% يستهلكون مادة الشمة.

(الإذاعة الجزائرية، 2022، <http://newz.radioalgerie.dz>)

الشباب يبدأ أولا بتذوقها وتجريبها إرضاءً لنفسه في كل مرة حتى يصل إلى مرحلة الإدمان عليها. حيث ينتقل من سيجارة واحد إلى علبة في اليوم، ومن علبة إلى أكثر من ذلك دون أن يشعر بذلك. ففي دراسة أجرتها جامعة تولين في لوزيانا بالولايات المتحدة عن الشباب الذين دخنوا منذ سن العاشرة وحتى سن الثلاثين، والذين يدخنون أكثر من ثلاث علب في الأسبوع ولمدة ثلاث سنوات ونصف أو أكثر تبين أن هؤلاء الشباب من المدخنون يعانون ارتفاعا في نسبة الدهون الضارة ذات الكثافة المنخفضة LDL بنسبة 20-25% مقارنة بغير المدخنين الشباب.

(عبد الهادي، 2010، ص 41)

لذلك نجد الطلاب الجامعيين أغلبيتهم مدمنين عليه مع اختلاف أسباب اللجوء إليه بينهم، بالرغم من معرفتهم للأضرار التي يخلفها الإدمان على التدخين.

ولكن مهما تعددت الأسباب والأعداء إلا أن أضراره وآثاره النفسية والجسمية وخيمة ليس على المدخن فقط وإنما على الذين من حوله أيضا، حيث يسهم التدخين في الإصابة بسرطان الفم والدم والبلعوم والحنجرة والمريء والمعدة والرحم والمثانة والقولون. فضلا عن كون يزيد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين وزيادة حالات الإجهاض وأيضا التهابات الشعب الرئوية وأمراض الحساسية، في هذا الشأن أعلن البروفيسور عبد الباسط كتفي رئيس مصلحة الأمراض الصدرية والتنفسية بمستشفى الروبية. ورئيس الجمعية الوطنية لطب التدخين والسرطان، بأن سرطان الرئة الأكثر انتشارا في الجزائر، الأكثر خطرا وفتكا، و80% من الإصابات يسببها التدخين.

(الجزائر الجديدة، 2022، <http://www.eldjzaireeldjadida.dz>)

في الآونة الأخيرة ومع ظهور فيروس كوفيد 19 وانتشاره أصبح الشباب أكثر وعيا بخطورة التدخين على الرئة وجعلها أكثر عرضة للإصابة بالفيروس، فأصبح عند بعض الشباب والطلاب الجامعيين الرغبة في التداوي والإقلاع عنه والتوجه نحو الرياضة والحياة الصحية، حيث شهد الوقت الراهن جهودا غير مسبوقه من قبل المختصين والباحثين لإيجاد أساليب تتماشى ومختلف حالات

الراغبين في الإقلاع عن التدخين منها: العلاج ببدائل النيكوتين، الأدوية المضادة للتدخين، التطعيم ضد التدخين، تطبيق برامج علاجية سلوكية ومعرفية.

تقربنا من الطلبة وإدراك معاناتهم مع الإقلاع عن التدخين، هذا ما دفعنا لاختيار هذا الموضوع، وانطلاقاً من هذا الطرح، يتمثل السؤال الرئيسي لإشكاليتنا في:

هل البرنامج المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من الإدمان على التدخين لدى

الطالب الجامعي؟

أما بالنسبة للأسئلة الفرعية فهي كالتالي:

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح؟

ثانياً: فرضيات الدراسة:

1- الفرضية الرئيسية:

- البرنامج المعرفي السلوكي فعال لتخفيف مستوى الإدمان لدى الطلبة الجامعيين.

2- الفرضيات الفرعية:

- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة

التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS

12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي)

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة

التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي

المقترح. (قياس قبلي وبعدي)

- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة

الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي

المقترح. (قياس قبلي وبعدي)

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة

التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS

12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس بعدي)

ثالثاً: أهمية الدراسة:

تأخذ دراستنا أهميتها من أهمية دراسة ظاهرة الإدمان على التدخين والبحث عن الحلول للحد منها، كما تتضح أهمية الدراسة في الموضوع الذي نبحث فيه وهو فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف مستوى إدمان التدخين لدى الطلبة، في أنه قد يساعد أخصائيين نفسانيين في المؤسسات العمومية منها والخاصة وكذا الباحثين في دراساتهم، وتشمل:

1. الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية في ندرة الدراسات الوطنية وكذا العربية على حد بحثنا التي تناولت وهدفت إلى وضع دراسة حول برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى إدمان التدخين، وإضافة بحثية لدراسات التي تناولت الموضوع.

2. الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية في تطبيق برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى إدمان التدخين لدى عينة من طلبة جامعة 8 ماي 1945 بقالمة، ومعرفة فاعليته للتخفيف من مستوى إدمان التدخين.

رابعاً: أهداف الدراسة:

- تجيب أهداف دراستنا عن تساؤلات موضوعنا وتعبّر عن الغرض من موضوع دراستنا، والأهداف التي نريد تحقيقها ما يلي:
- توعية الطلبة الجامعيين بخطورة التدخين.
 - مساعدة الطلبة على التخفيف من مستوى الإدمان على التدخين.
 - تجريب علاج معرفي سلوكي ومعرفة مدى فعاليته في التخفيف من مستوى الإدمان.
 - تزويد الطالب وشباب المدمن على التدخين بتقنيات تساعده على التخلص من مستوى إدمانه للتدخين.
 - التخلص من الأفكار السلبية وتعديلها إلى أفكار أكثر إيجابية لمساعدة الطلبة الجامعيين في التخفيف من مستوى إدمان التدخين.

خامسا: أسباب اختيار الموضوع:

لقد اخترنا هذا الموضوع لأسباب عديدة التي سنذكرها في الآتي:

1. السبب الرئيسي لاختيار الموضوع هو الرغبة في الممارسة التطبيقية للعلاج النفسي وكسب القليل من الخبرة ومعرفة أهم المشاكل التي يمكن مواجهتها في ميدان العمل، وهذا كسبب ذاتي.
2. الرغبة في مساعدة فئة الشباب خاصة لتخفيف من الإدمان في الوقت الراهن والتخلص النهائي منه في الزمن البعيد، خاصة أنه لدى كل منا على الأقل شاب يعاني من الإدمان على التدخين، وهذا يمثل سببا ذاتيا آخر.
3. نوع العلاج والاضطراب المتناول والعينة كلهم شكلوا لنا دافعا لاختيار الموضوع.

سادسا: مصطلحات الدراسة:

- **الإدمان:** هو حالة من التسمم الدوري أو المزمّن ضار بالفرد والمجتمع وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الإنشائي ويتصف الإدمان بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد في الحصول عليه بأيّة وسيلة ممكنة ويتصف بالميل نحو مضاعفة كمية الجرعة ويسبب حالة من الاعتماد النفسي والعضوي ويلاحظ من الإدمان ثلاث ظواهر فدية تتداخل مع بعضها البعض وهي التحمل والاعتماد النفسي والاعتماد العضوي البدني.

(الحراشة والجزازي، 2011، ص 15)

ونقصد بالإدمان في دراستنا هو الرغبة القهرية التي تجعل الطالب الجامعي يقوم باستمرار في التدخين، وهي حالة نفسية تجعله غير قادر على التخلي عن عاداته في التدخين.

- **العلاج المعرفي السلوكي:** يجمع العلاج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي عن طريق تحديد أنماط التفكير غير القادرة على التكيف أو الاستجابات العاطفية أو السلوكيات واستبدالها بأنماط مرغوبة أكثر، ويركز العلاج المعرفي السلوكي على تغيير الأفكار السلبية التلقائية التي يمكن أن تساهم في تفاقم الصعوبات العاطفية والاكتئاب والقلق. هذه الأفكار السلبية العفوية لها أيضا تأثير ضار على مزاج.

(Kendra, 2022, <http://everywellmind.com>)

ونقصد به في دراستنا أسلوب علاجي الذي يساعد الطالب الجامعي في التخفيف من إدمان التدخين، حيث تعتمد على تغيير الأفكار والسلوكيات السلبية لديه بواسطة تقنيات معرفية وسلوكية.

- **البرنامج المعرفي السلوكي:** هو عبارة عن خطة علاجية تشمل مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة بطريقة متسلسلة وبالاعتماد على مجموعة من الأدوات ولمدة زمنية محددة.

(جاب الله، 2022/2021، ص 10)

نقصد بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي هو برنامج يتضمن تقنيات معرفية وأخرى سلوكية عديدة تساعد على التخفيف من حدة الاضطرابات، خاصة الإدمان على التدخين.

- **الطالب الجامعي:** هو ذلك الشخص الذي سمحت له كفاءاته العلمية من الانتقال من المرحلة الثانوية إلى الجامعة، تبعا لتخصصه الفرعي بواسطة شهادة أو دبلوم يؤهله لذلك، ويعتبر الطالب أحد

العناصر الأساسية والفعالة في العملية التعليمية طيلة التكوين الجامعي، إذ يمثل عدديا النسبة الغالبة في المؤسسة الجامعية.

(ديلو، 2003، ص 226)

نقصد بمصطلح الطالب الجامعي في دراستنا الشاب الواعي المتفتح على العالم الخارجي مدرك لذاته وواقعه، له قدرات معرفية وعقلية تساعده على مواكبة التطور العلمي الحاصل في زمانه، وهو الطالب المتمدرس بجامعة قالمة -8 ماي 1945-، سنه ما بين 22 سنة إلى 25 سنة، من جنس ذكر.

- **التدخين:** وهو استنشاق وزفير أبخرة حرق المواد النباتية. يتم تدخين مجموعة متنوعة من المواد النباتية، بما في ذلك المار يخوانا والحشيش، ولكن هذا الفعل هو الأكثر شيوعا مع التبغ المدخن في سيجارة أو سجائر أو غليون. يحتوي التبغ النيكوتين، وهو يسبب الإدمان ويمكن أن يكون له تأثيرات نفسية محفزة ومهدئة .

(Christine, 2023, <http://www.britannica.com>)

نقصد بهذا المصطلح في دراستنا حرق مادة التبغ، تذوقها واستنشاق دخانها وإخراج زفير محمل بالمادة المحروقة، تبقى وتكرر هذه العملية.

سابعاً: الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين، وتناولته من زوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية. وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها، مع تقديم تعليقا عليها يتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف.

نشير أن الدراسات التي سيتم عرضها جاءت في الفترة الزمنية بين 2001 و2022، وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

هذا وقد تم تصنيف هذه الدراسات حسب المتغيرات الرئيسية للدراسة وحسب كونها دراسات عربية أو أجنبية إلى: الدراسات التي ناولت محور الإدمان على التدخين، ثم الدراسات التي تناولت محور العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الإدمان على التدخين.

وفيما يلي نقدم عرضاً لهذه الدراسات، ثم نبين جوانب الاتفاق والاختلاف بينها، ثم نوضح جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية.

1- دراسات متعلقة بالإدمان على التدخين:

- دراسة « Jeffery G. Johnson » (2001)، تحت عنوان "التدخين يزيد من خطورة الإصابة باضطرابات القلق لدى المدخنين الشباب"، حيث هدفت الدراسة إلى كشف مدى تأثير الإدمان على التدخين على الإصابة باضطرابات القلق، وكانت العينة 688 شاب، وانتهج الباحث المنهج الوصفي التحليلي بالاعتماد على الاستبانة. حيث أسفرت الدراسة على أن:

➤ الشباب الذين يدخنون علبة سجائر أو أكثر يصابون بنوبات الهلع بمعدل 12 ضعفا مقارنة بغيرهم من المدخنين.

➤ الشباب الذين يدخنون علبة سجائر أو أكثر يصابون برهاب الأماكن المتسعة بمعدل 5 أعاف مقارنة بغيرهم عن المدخنين.

➤ الشباب الذين يدخنون علبة سجائر أو أكثر يصابون باضطراب القلق العام بمعدل 5 أضعاف مقارنة بغيرهم من المدخنين.

➤ توصل إلى أن التدخين هو سبب للإصابة باضطرابات القلق وليست نتيجة لها.

- دراسة "Cem Grecek" (2018)، تحت عنوان: "تحليل طلاب الجامعات المدخنين حسب مستويات إدمانهم"، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم مستويات إدمان التدخين لدى طلاب الجامعات المدخنين، حيث انتهج الباحث منهج المسح الوصفي، وكانت العينة 93 طالبا جامعيًا متطوعًا تم اختيارهم عشوائيًا بالاعتماد على اختبار Fagerstrom Nicotine Addiction. أسفرت النتائج على أن:

➤ أغلبية المشاركين لديهم مستويات منخفضة أو منخفضة جدًا من إدمان التدخين.

➤ الطلاب الذكور كانوا أكثر إدمانًا من الطالبات.

➤ السبب الأكثر شيوعًا الذي ذكره المشاركون للإدمان على التدخين هو دائرة الأصدقاء، بينما كان سبب التدخين هو شعورهم بالاسترخاء.

- دراسة مهدي شهاب أحمد (2019)، بعنوان الإدمان على التدخين وطرق الوقاية منه. هدفت إلى التعرف على مستوى انتشار ظاهرة الإدمان على التدخين بين الطلبة، والتعرف على مستوى الفروق بين الاختصاصات العلمية والإنسانية لظاهرة التدخين، وأيضًا التقدم بصيغة تربوية مقترحة لعلاج مشكلة التدخين. حيث شملت العينة 620 طالبًا، اعتمد الباحث المنهج الوصفي وطبق على العينة مقياس الإدمان على التدخين من إعداد الباحث وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن:

➤ طلبة الأقسام أظهروا مستوى متوسط من ظاهرة التدخين.

➤ وجود فروق بين الطلبة في مستوى التدخين وفق متغير التخصص (علمي - إنساني) لصالح الكليات الإنسانية.

- دراسة رمضان زغوط وحفيظ قاسم (2020)، تحت عنوان: "الاضطرابات النفس عصبية وعلاقتها بالاستبصار وقلق المستقبل والتدين لدى الطلبة المدمنين على النيكوتين بجامعة ورقلة"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات النفس عصبية لدى الطلبة الجامعيين المدمنين على النيكوتين وعلاقتها بكل من الاستبصار المعرفي وقلق المستقبل والتدين، حيث شملت العينة 106 طالبًا مدخنًا من جامعة ورقلة، انتهج الباحثان المنهج الوصفي، واعتمدا في دراستهم على: مقياس Fagerstrom للإدمان على النيكوتين، مقياس MOCA لفحص الاضطرابات النفس عصبية. مقياس BECK للاستبصار المعرفي. وبناء مقياسين لقياس قلق المستقبل والتدين. حيث أسفرت النتائج على:

- وجود اضطراب معرفي خفيف على مقياس MOCA لدى ثلثي العينة 74% خاصة في الذاكرة والقدرات البصرية البنائية والوظائف التنفيذية فروق دالة بين المدخنين.
- أظهرت نسبة كبيرة 87% من المدمنين على النيكوتين انخفاضا في الاستبصار المعرفي، وفي مستوى قلق المستقبل والتدين، مقارنة بالمحك.
- ارتبطت شدة الإدمان بانخفاض الاستبصار المعرفي، ولم تظهر ارتباطا دالا بين الاضطرابات النفس عصبية وبين كل من قلق المستقبل والتدين.
- دراسة « **kamil uygum** » (2021)، تحت عنوان: "آراء مرشحي معلمي الدراسات الاجتماعية حول إدمان التدخين"، هدفت الدراسة إلى فحص آراء مرشحي معلمي الدراسات الاجتماعية حول إدمان التدخين. لغرض الدراسة تم استخدام تصميم البحث الظاهري، تكونت العينة من 20 معلما متطوعا مرشحا (10 ذكور و10 إناث). من أجل جمع البيانات تم بناء استمارة شبه منظمة. أسفرت نتائج الدراسة على:
- سن البدء بالتدخين هو 12 سنة، مقارنة بالسنوات السابقة، يتناقص سن البدء في التدخين، خاصة أن بيئة الأصدقاء فعالة جدا في بدء التدخين.
- يؤثر التدخين سلبا على الوظائف الحيوية والأنشطة البدنية للشباب.
- القهوة والسجائر تزيد من الرغبة في التدخين.
- المدمنين على التدخين يريدون الإقلاع عن التدخين لأسباب مالية وليس صحية.
- دراسة « **Christopher Kindblad** » (2021)، تحت عنوان: "دراسة كمية لتقديم المعرفة وأسبابها في الإدمان على التدخين بين شباب السويد، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم أسباب التدخين بين الشباب في السويد، لربط مستوى المعرفة بالمتغيرات الديموغرافية مثل العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، التعليم وتعليم الأبوين، لتقييم الموقف من الإدمان على السجائر، استخدامها واستعدادا للتوقف عن إدمان التدخين. انتهج الباحث المنهج الوصفي الغير تجريبي. لجمع العينة تم الاعتماد على تقنية كرة الثلج، حيث تمثلت في 100 شخص، تم الاعتماد في جمع البيانات على مقياس Pearson chi، واستبيان مقابلة منظمة. توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- نسبة الذكور أكثر من الإناث.

➤ الحالة العامة للمدخنين في 100 عينة، 84 شخصا مدخنون و16 غير مدخنين.
 ➤ أكثر من نصف الناس متعلمون. اتفق المشاركون على أن الإدمان على التدخين يبدأ في الشباب.
 ➤ الأشخاص الذين يبدؤون التدخين من أجل الاسترخاء هم 22 (26%)، والفضول 15 مدمن (17.8%).

➤ بدأ الكثير منهم بالتدخين بسبب أصدقائهم 13 مدمن (15.4%).
 ➤ يوافق غالبية الأشخاص على أن الإدمان يبدأ بسبب الشعور بالوحدة 14 مدمن (16.6%).

2- دراسات متعلقة ببرنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الإدمان على التدخين:

-دراسة « Alan F. fortmann », « Stephen P. fortmann », « Joel D, killen », « Schatzberg », « Christina Arredondo », « Greer Murphy », « Chris

» Hayward (2008)، تحت عنوان: "العلاج المعرفي الموسع للإقلاع عن التدخين". تهدف هذه

الدراسة إلى: فحص فعالية العلاج السلوكي المعرفي الممتد (CBT) في تعزيز الامتناع عن التدخين

على المدى الطويل (تصميم المعالجة المفتوحة التي تليها مرحلة المعالجة الممتدة)، وكانت العينة

عبارة عن 304 مدخن بالغ. انتهج في هذه الدراسة المنهج التجريبي، تمثلت الأدوات في البرنامج

العلاجي المعرفي، واستمارة تم بناءها لمعرفة درجة الإدمان. وأسفرت النتائج على:

➤ معدل انتشار للامتناع على التدخين لمدة 7 أيام 45% مقابل 29% في 52 أسبوعا.

➤ أولئك الذين لديهم تاريخ إيجابي كان لديهم استجابة علاج أفضل في 20 أسبوعا.

-دراسة « Elizabeth », « Denise Rodriguez de Ybaraa », « Moncia S Webb », « Michal P »

» Baker (2009)، تحت عنوان: "العلاج المعرفي

السلوكي لتشجيع الإقلاع عن التدخين بين المدخنين الأمريكيين من أصل إفريقي -تجربة سريرية

عشوائية-"، أجريت هذه الدراسة بهدف إخضاع علاج القبول والالتزام (ACT) للتجريب في علاج

التدخين وذلك لتحفيز الإقلاع عن التدخين، كان المنهج شبه تجريبي، تمثلت أدوات الدراسة في

البرنامج العلاجي، حيث طبق على عينة قوامها: 81 مدخن بالغ (43 مدخن في ACT، 38 في

CBT)، وتوصلت النتائج إلى أن العلاج كان مجديا وفعالاً لعلاج التدخين حيث 30% أقلعوا عنه

بعد مدة 30 يوم.

- دراسة « Alexandre Martins valença », « Eduards Guedes de conceicao », « Anna Lucia Sparking » (2014) تحت عنوان: "العلاج المعرفي السلوكي للتدخين في العيادات الخاصة"، بهدف تحديد فعالية نموذج معين من العلاج السلوكي المعرفي لمرضى العيادات الخارجية الكحولية في علاج التدخين. حيث شارك في هذه الدراسة 40 مريضا (22 رجلا و18 امرأة). اعتمد الباحث على المنهج التجريبي، تم الاعتماد على بناء البرنامج العلاجي، حيث توصلت النتائج إلى:

➤ 24 مريضا توقف عن التدخين بينما انتكس 16 خلال عام.

➤ تخلي اثنان عن العلاج.

➤ حيث أظهرت النتائج أفضل: 77.8% توقفوا عن التدخين بنهاية العلاج. لكن وصل 45.5% فقط من الرجال.

- دراسة مدحت عبد الحميد أبو زيد (2018). بعنوان "إدمان النيكوتين وقلق التدخين"، هدفت الدراسة إلى: إعداد مقياس يتعلق بتقدير قلق التدخين والتحقق من خصائصه السيكو مترية بتجريبه على عينة من المدخنين والتعرف إلى بنية العاملية. وأيضا ترجمة برنامج علاجي وإعداده، وتعديله لاختبار مدى فاعليته في تخفيض قلق التدخين والمساعدة في الإقلاع عن التدخين لدى 4 مدخنين، واعتمد على أداة واحدة في دراسته وهي مقياس قلق التدخين من إعداده. أسفرت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج العلاجي في تخفيف القلق والإقلاع عن التدخين.

- دراسة « MAnisankar », « Kalyani Kenneth » (2020)، تحت عنوان: "فعالية العلاج السلوكي المعرفي للتدخين"، تهدف هذه الدراسة إلى: تحديد فعالية العلاج السلوكي المعرفي للمدخنين البالغين، شارك فيها: ثلاثون رجلا بالغا، حيث تم الاعتماد على المنهج التجريبي، وبناء برنامج معرفي سلوكي للتدخين، وقد توصلت النتائج إلى:

➤ توقف 18 بالغا عن التدخين، بينما انتكس 11 شخصا خلال العام.

➤ توقف أحدهم عن العلاج.

➤ أظهر البالغون المتزوجون نتائج أفضل: 60% توقفوا عن التدخين بنهاية العلاج.

➤ العلاج السلوكي المعرفي أثبت فعاليته في علاج الاعتماد على التبغ بشكل رئيسي لدى الرجال المتزوجين.

- دراسة "حسين سليمان وخديجة كبداني". (2021) تحت عنوان: "فاعلية برنامج علاجي نفسي جماعي للإدمان على السجائر لدى تلاميذ المرحلة الثانوية". هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين عند التلاميذ في الثانوية، حيث اعتمدوا على المنهج العيادي وأدوات البحث تمثلت في: استمارة جمع المعلومات الخاصة بالتلاميذ المدخنين. - مقياس الإدمان على التدخين عند التلميذ المتمدرس والدافعية للإقلاع عنه وبرنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين. كما طبقت منهج دراسة الحالة ذات منحى فردي، وكانت العينة 6 تلاميذ. وأسفرت الدراسة على أن للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فاعلا في مساعدة المجموعة العلاجية على الإقلاع عن التدخين.

- دراسة "إيمان صدقة". (2022). تحت عنوان: "فاعلية خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي في خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين -دراسة تجريبية-". حيث هدفت الدراسة إلى كشف 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، وأخيرا الكشف عن مدى استمرارية تأثير الخطة العلاجية في خفض سلوك التدخين. تمثلت العينة في 6 مراهقين متمدرسين لديهم مستوى متوسط من الإدمان على التبغ، واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي، حيث اعتمدت الباحثة في دراستها على مقياس الاعتماد على السجائر ومقياس فقدان الاستقلالية المرتبط باستهلاك التبغ لقياس درجة الإدمان على التدخين. وأظهرت نتائج الدراسة أن للتدخل العلاجي القائم على التحسيس الخفي المقترح أثر في خفض مستوى سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين.

3- التعقيب على الدراسات السابقة:

توفر الأبحاث في الدراسات السابقة معلومات مهمة حيث تمكنت الطالبات من معرفة العلاقة بين المتغيرات التي تقدمها الدراسات السابقة كمرجع لمواصلة بحثهن، وهذا سيتبين في جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة.

تناولت الكثير من الدراسات نفس متغيرات دراستنا المتمثلة في الإدمان على التدخين التي من بينها دراسة « kamil uygum » (2021)، تحت عنوان: "آراء مرشحي معلمي الدراسات الاجتماعية حول إدمان التدخين"، والبرامج العلاجية للتخفيف من الإدمان على التدخين التي من بينها

دراسة "حسين سليمان وخديجة كبداني". (2021) التي كانت بعنوان: "فاعلية برنامج علاجي نفسي جماعي للإدمان على السجائر لدى تلاميذ المرحلة الثانوية"، و دراسة « Kalyani Kenneth » « MANisankar » (2020)، التي كانت بعنوان: "فاعلية العلاج السلوكي المعرفي للتدخين"... إلخ. بالنسبة للأهداف منها من توافقت مع دراستنا ومنها من اختلفت معها مثل دراسة: دراسة: « Jeffery G. Johnson » (2001).

ومن حيث عينة الدراسة فقد توافقت دراستنا مع دراسة: "مهدي شهاب أحمد (2019)"، ودراسة "2018 Cem Grecek"، والتي تمثلت في الطلاب الجامعيين. وباقي الدراسات فمنهم من اختاروا فئة الشباب بصفة عامة كدراسة « Jeffery G. Johnson » (2001). ومنهم من اختار فئة تلاميذ المرحلة الثانوية كدراسة (حسين سليمان وخديجة كبداني (2021). ومنهم من اختار فئة المراهقين المتمدرسين في مرحلة الثانوي كدراسة "إيمان صيدقة (2022).

أما في طريقة اختيار العينة فكانت دراسة واحدة والمتمثلة في دراسة « Christopher Kindblad » (2021) تتشابه مع دراستنا في طريقة كرة الثلج.

اعتمدنا على المنهج الشبه التجريبي، اتفقت دراستنا مع دراسة « Moncia S Webb » وآخرون (2009)، بينما اختلفت دراستنا من حيث المنهج مع دراسة "إيمان صدقة" (2022) التي اعتمدت على المنهج التجريبي، وهناك مناهج أخرى مثل المنهج الوصفي الذي اعتمدته دراسة « Christopher Kindblad » (2021)، ودراسة « Jeffery G. Johnson » (2001).


أما بالنسبة للأدوات فقد اشتركت تقريبا جميع الدراسات المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الإدمان على التدخين في البرنامج المعرفي السلوكي مثل دراسة "مدحت أبو زيد (2018)، ودراسة " Alexandre Martins (2014)". ومقياس Fagerstrom كدراسة رمضان زغوط وحفيظ قاسم (2020). بالإضافة إلى أدوات أخرى والتي تختلف من دراسة إلى أخرى فمثلا دراسة حسين سليمان وخديجة كبداني (2021) استعملوا مقياس الإدمان على التدخين للمراهقين.

4- جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة:

حاولنا توظيف كثيراً من الجهود السابقة للوصول إلى تشخيص دقيق للمشكلة ومعالجتها بشكل شامل، ومن جوانب الاستفادة العلمية للدراسات السابقة ما يلي:

- استفادت الدراسة الحالية من جميع الدراسات السابقة في اختيار المنهج الملائم لهذه الدراسة.

- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد الأدوات التي تم استخدامها في دراستنا.
- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد التقنيات العلاجية المناسبة.
- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد التوقيت المناسب للجلسات وعددها.



الجانب النظري

الفصل الأول:

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من أنواع العلاجات النفسية في علم النفس، ويعد من أكثر الأساليب العلاجية شيوعاً في العالم، وذلك راجع إلى فعاليته في تخفيف الاضطرابات النفسية في مدة قصيرة مقارنة بأنواع العلاجات النفسية الأخرى، حيث يهتم بالأفكار السلبية والسلوكيات اللاسوية وإمكانية تغييرها، ويعتمد على مجموعة من التقنيات التي تساعد الفرد على معرفة مشكلاته ومواجهتها والتعامل معها بشكل سليم وسوي، لذلك سنتطرق خلال هذا الفصل إلى عرض عناصر من أجل التعرف على العلاج المعرفي السلوكي وأهدافه، ومبادئه، وخصائصه، ومراحله وفنيات العلاج، ودوره في علاج إدمان التدخين.

أولاً: تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

- هو طريقة علاجية تتبنى التيار المعرفي والسلوكي يتدخل المعالج المختص في هذا الاتجاه لتصحيح مختلف الأفكار أو تعديل سلوكيات خاطئة أو علاج مختلف الاضطرابات النفسية الاعتماد على مختلف الفنيات المعرفية والسلوكية مع بعض بطريقة فردية أو جماعية.

(جاب الله، 2021/ 2022، ص 101)

- يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات مؤداها أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك. وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات السلوكية والمعرفية.

- حسب بيلاك العلاج المعرفي السلوكي هو طريقة علاجية له مجال واسع وينطوي على افتراضين: أولهما: أن العوامل المعرفية المتمثلة في (التفكير، الصور الذهنية، الذكريات، التخيلات...إلخ) تشكل أساس العلاقة بالسلوك المختل وظيفياً.

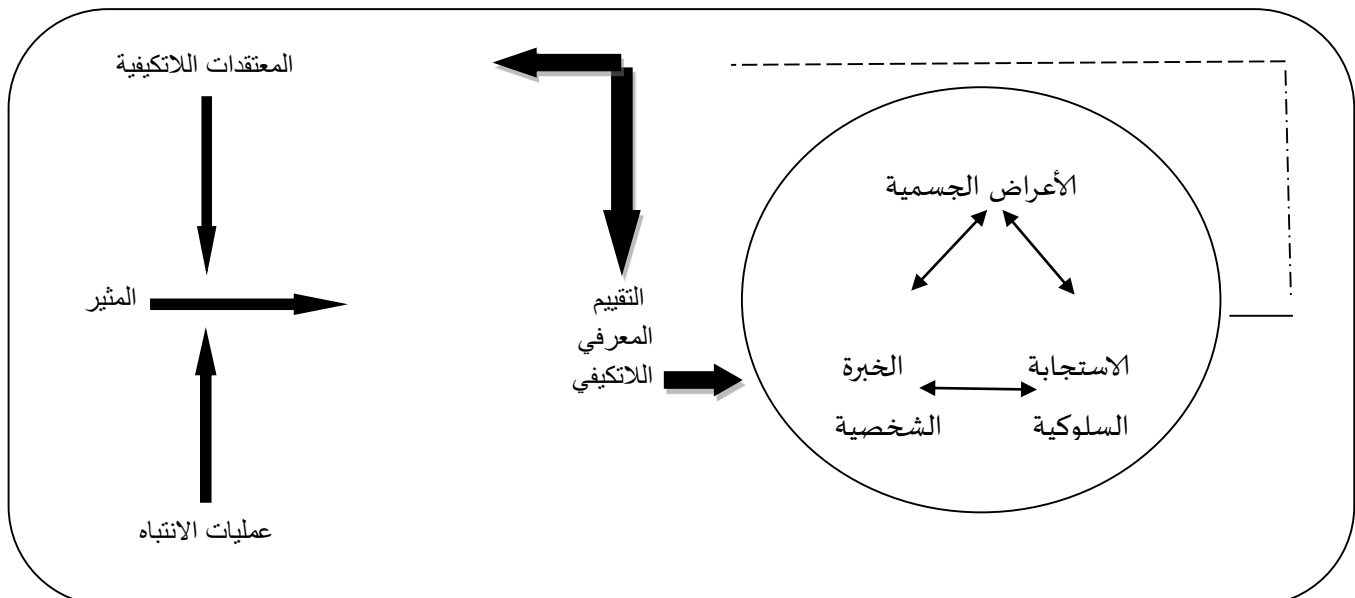
ثانيهما: تعديل تلك العوامل يكون ميكانيزم هاماً لأحداث التغيير في السلوك.

(العقاد، 2001، ص ص 32-33)

- العلاج المعرفي السلوكي **CBT cognitive behavior therapy**: هو أحد أساليب العلاج النفسي الذي يستخدم أساليب وطرق أكثر إيجابية عن طريق دمج فنيات العلاج المعرفي وفنيات العلاج السلوكي معاً، مما يؤدي إلى مساعدة الأفراد على تطوير مهاراتهم المعرفية، وإعادة بناء أفكارهم، وممارسة السلوكيات الإيجابية وتدعيمها، محدثاً بذلك تغييراً في كيفية رؤيتهم لذاتهم وللعالم وللمستقبل.

(ابراهيم، 2013، ص 26)

شكل (01): يمثل نموذج للعلاج المعرفي السلوكي. (هوفمان، 2012، ص 38)



يعمل العلاج المعرفي السلوكي على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي، يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والعميل تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للعميل عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفياً، تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها العميل وما يترتب عليها من ضيق وضغط، وبنفس المنطق يتحمل العميل مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية.

(غربي، 2018/2017، ص ص 114-115)

من خلال ما تم عرضه نستخلص أن العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من العلاج النفسي يعتمد على مبادئ علم النفس المعرفي وعلم النفس السلوكي يركز على تغيير الأفكار والمعتقدات والسلوكيات الضارة التي تؤدي إلى المشاكل النفسية والاجتماعية والعاطفية في الوقت الحاضر أي يركز على الوقت الحاضر والمستقبل دون التركيز على الماضي. ويعتمد هذا النوع من العلاج على تقنيات محددة ومثبتة علمياً لتحقيق التغيير النفسي والسلوكي من بينهم الإرشاد النفسي والتدريب على التحليل الوظيفي والتحفيز المعرفي والتدريب على الاسترخاء والمواجهة الواقعية، إعادة الهيكلة المعرفية. والهدف من هذه التقنيات هو تعزيز السلوك الإيجابي وتغيير الأفكار والمعتقدات السلبية وتحسين الصحة النفسية.

ويعتبر من العلاجات الأكثر استخداماً لأهميته وفعاليتها في علاج الكثير من الاضطرابات ومختلف أنواع الإدمان. ويتم تنفيذ العلاج المعرفي السلوكي عن طريق جلسات منظمة تتراوح عدد الجلسات بين 8 إلى 16 جلسة علاجية حيث تتحكم فيه شدة الإدمان، وتستمر الجلسة الواحدة كأقل تقدير 45 دقيقة، ويمكن أن تكون الجلسة بشكل فردي بين المختص والعميل فقط وأحياناً تكون جماعياً أي المختص النفسي ومجموعة من الأفراد يعانون من نفس المشكلة ولديهم نفس الهدف. كذلك يدعم العلاج بالواجب المنزلي الذي يكون في كل جلسة.

ثانياً: أهداف علاج المعرفي السلوكي:

- إن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على توعية العميل بسلوكياته وانفعالاته الخاطئة وأفكاره السلبية، لذلك نجده يهدف إلى:
 - تبصير العميل على فهم سلوكه غير المتكيف وطبيعة بنية معتقداته ووجدانه، اللذان يؤثران على هذا السلوك.
 - إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك، وبالتالي يمكن بتعديل أحد أركان هذا الثلاثي أن يعتدل الطرفان الآخران.
 - تعليم العميل كيف يقيم أفكاره وتخيلاته، وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
 - تعليم العميل تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية.
 - تدريب العميل على استراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبيق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة، أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية.
 - تحسين المهارات الاجتماعية العميل من خلال تعليمه حل المشكلات.
 - تدريب العميل على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكه وطريقته المعتادة في التفكير باستخدامها خلال الحوار الداخلي.
- (غربي، 2018/2017، ص ص 115-116)
- المساعدة على تعلم سلوكيات جديدة وزيادة السلوكيات المقبولة اجتماعياً، وتقليل السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً.
 - تعليم أسلوب حل المشكلات.
 - المساعدة على التكيف مع محيطه وبيئته الاجتماعية.
 - المساعدة على التخلص من مشاعر القلق والإحباط والخوف.
- (بن شيخ، 2019/2018، ص 4)
- كما يهدف العلاج المعرفي السلوكي حسب حجازي أيضاً إلى:
- مساعدة العملاء على تغيير عملياتهم المعرفية بطريقة تمكنهم من التغلب على مشكلاتهم، حيث إن أفكار الفرد وإدراكاته الخاطئة تؤدي إلى اضطراباته المعرفية والانفعالية والسلوكية.

- تعديل الاتجاهات السالبة المرتبطة بالمعارف المشوهة أو الناقصة لدى العملاء، من خلال التفسير والتوضيح والمناقشة والإقناع والمواجهة وتقديم الاقتراحات، خاصة عندما يؤثر ذلك على قدرة الفرد على تحمل المسؤولية الذاتية والاجتماعية والضبط الداخلي.
 - إقناع العملاء بأن معتقداتهم غير المنطقية وتوقعاتهم وأفكارهم السلبية وعباراتهم الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف.
 - تغيير وجهة نظر العملاء عن الحياة واستخدام نماذج لأساليب جديدة من التفكير والفهم، وإعطاء المعلومات والنصيحة وتوضيح الارتباط بين تفكيرهم وما يرتبط به من أشياء.
 - مساعدة العملاء على تحقيق معنى لحياتهم يمكن من خلاله أن يواجهوا الواقع، والشعور الهام بقيمة الذات.
 - تحسين وظائف العملاء الاجتماعية من خلال مساعدتهم على تعلم طرق وأساليب أكثر واقعية وإيجابية في التفكير.
- (حجازي، دت، ص ص 512-513)

نستخلص أن العلاج المعرفي السلوكي لديه العديد من الأهداف من أهمها:

- تغيير الأنماط السلبية في التفكير والتصرف التي تؤثر على الحالة النفسية للشخص.
- تعزيز الوعي بالأفكار والمعتقدات السلبية: يهدف العلاج إلى مساعدة العميل على التعرف على الأفكار اللاعقلانية التي تساهم في تعزيز المشكلة النفسية وتغييرها إلى أفكار إيجابية.
- تعزيز السلوك الإيجابي: تعليم العميل العديد من السلوكيات الإيجابية وتعزيزها وتشجيع العميل على تعلمها وتكرارها وتقوية استخدامها.
- تحسين المزاج والإحساس بالرضا عن الحياة ومحاولة التقليل من الأعراض النفسية المرتبطة بالمشكلة التي يعاني منها الشخص .
- تطوير مهارات التحكم في العواطف وتعليم المفحوص التعامل معها بشكل صحيح.
- تحسين العلاقات الاجتماعية وزيادة قدرة الفرد على التواصل الفعال مع الآخرين.
- تحسين جودة الحياة للعميل وتحسين صحته النفسية والاجتماعية وزيادة قدرته على الاستمتاع بالحياة .

ثالثاً: مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدء بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعاينه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:

- أ- يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضها البعض.
- ب- تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي.
- ت- إن الاتجاهات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.
- ث- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
- ج- يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
- ح- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة.

(خيري، 2021، ص ص 346-347)

ومن هنا فإن العلاج المعرفي السلوكي يركز على:

- تعليم العميل متابعة وإدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة.
- الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح.

(سكران، 2006، ص 666)

كما ذكرت د. جوديث بيك في كتابها "العلاج المعرفي الأساسيات وما وراءها" الذي صدر عام

1995، فإن هناك 10 مبادئ رئيسية للعلاج السلوكي المعرفي هي:

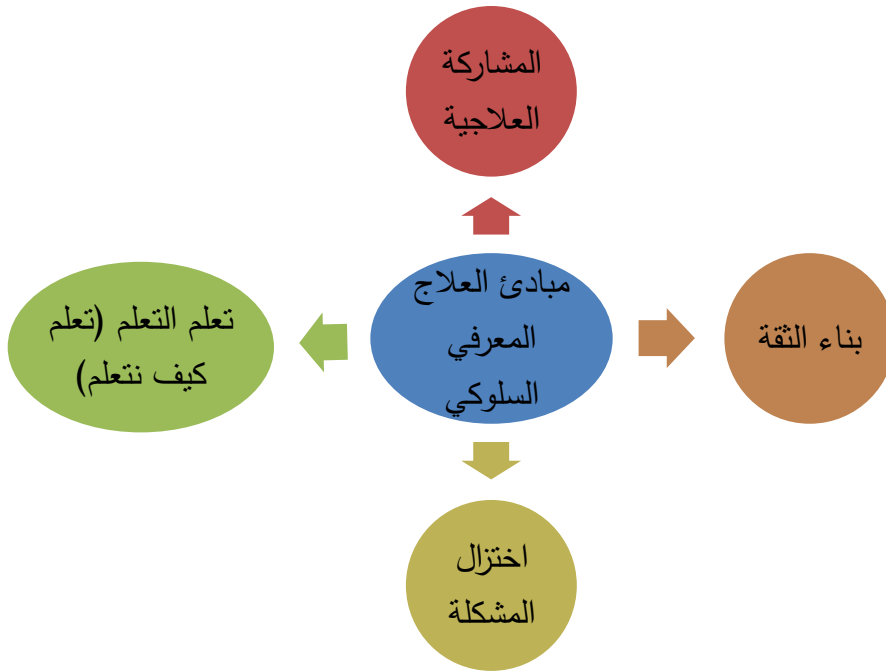
1. يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة متطورة باستمرار للمريض ومشاكله من الناحية المعرفية.

2. العلاج المعرفي السلوكي يتطلب علاقة جيدة بين العميل والمعالج.

3. العلاج السلوكي المعرفي يؤكد أسس التعاون والمشاركة الفعالة.

4. هو أسلوب علاجي موجه تماما نحو هدف ومركز على مشكلة محددة بشكل كامل.
 5. العلاج السلوكي المعرفي يركز أولا على الحاضر.
 6. هو أسلوب تعليمي يهدف إلى تدريب العميل ليكون هو المعالج الخاص، ويركز على منع حدوث أي انتكاسات.
 7. هو علاج ذو فترة زمنية محددة.
 8. العلاج السلوكي المعرفي يقوم على جلسات علاج منظمة وذات هيكل واضحة.
 9. يساعد المرضى على تمييز أفكارهم ومعتقداتهم السلبية المشوشة وتقييمها ومن ثم مقاومتها.
 10. العلاج السلوكي المعرفي يستخدم مجموعة متنوعة من التقنيات لتغيير التفكير والمزاج والسلوك.
- (أبو حجلة، 2022، <http://www.hellooha.com>)

شكل رقم (02): يمثل مبادئ العلاج المعرفي السلوكي. (من إعداد الطالبات)



إضافة إلى كل ما سبق ذكره من مبادئ العلاج المعرفي السلوكي العلاقة بين المعالج والمتعالج التي تكون مبنية على الثقة والاحترام وحسن الإصغاء وعدم إصدار أحكام مسبقة من طرف الأخصائي.

رابعاً: خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي - السلوكي بخصائص عملية محددة يتم فيما يلي وصفها بشيء من التفصيل:

1. صياغة المشكلة:

يقصد بها فهم الحالة وصياغتها أو التنظير الذي يحكم التدخل فيها بهدف العلاج، كما يقصد بها مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة أو عملت على استمرار المشكلات التي تعاني منها الحالة.

ويتم توظيف هذه الفروض العاملة أو فهم الحالة من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج المعرفي السلوكي الوجهة الصحيحة أو تعديله عند اللزوم، وينبثق نموذج الفهم والصياغة المعرفية السلوكية للحالة من أن مشكلات الأفراد واضطراباتهم الانفعالية ماهي إلا نتاج تنشيط وتفعيل المعتقدات الأساسية بواسطة أحداث الحياة المثيرة للضغط.

(بلحسيني، 2010/2011، ص ص 87-88)

فيما معناه أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على فهم وتحديد مشكلة العميل ومعرفة الأسباب التي أدت إلى حدوثها لوضع فرضيات توجه العمل العلاجي وتساعد على بناء خطة علاجية فعالة مع التركيز على أفكار ومشاعر المفحوص في الوقت الراهن والعوامل المساعدة على ظهور الاضطراب.

2. العلاقة مع المعالج:

تعد العلاقة بين المعالج والعميل في العلاج المعرفي - السلوكي علاقة تعاونية، حيث يمارس المعالج دوراً نشطاً فعالاً في عملية العلاج، يبدأ بالتعليم النفسي ورفع مستوى وعي العميل بأفكاره الآلية ذات العلاقة بمشاكلته، وفحصها واختبارها كفروض سواء داخل الجلسة أو خارجها (أي في الواقع)، كما يقوم المعالج بتعليم العميل كيف يتحدى معتقداته اللاتوافقية، ويستخدم في ذلك واجبات محددة بدقة تشكل مهمات أساسية يأنيتها العميل وتمثل جزءاً مهماً من إسهامه في العمل العلاجي، وتحمل المسؤولية الذاتية في سيرورة العلاج.

ويعمل المعالج على تشجيع العميل على الانخراط في نشاطات من شأنها أن تطلق مشاعر الكفاءة والسرور، وتبني مجموعة من الإعزاءات الإيجابية الذاتية المرتبطة بهذه النشاطات.

(بيرل، 2004، ص 194)

إن العلاقة بين المعالج والمتعالج تكون مبنية على ثقة وتفاهم وتعاون من قبل الأخصائي والعميل وتشجيعه على تقبل العلاج والاستمرار به وتعلم التقنيات السلوكية التي يقدمها النفساني لمساعدته على مواجهة أفكاره اللاعقلانية والتحكم بها.

3. العلاج الموجه نحو الهدف:

عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقريرها بشكل تعاوني بين المعالج والعميل، وتتبثق أهداف العلاج المعرفي السلوكي: قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، وعن الفروض العاملة، فإذا افترض المعالج - مثلا - أن قلق مريضه ناجم عن عجز في استعداداته ومهاراته، فإن خطة علاجه لا بد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة والتعرض المباشر وعدم التجنب والهروب في هذا المجال، وإذا افترض المعالج فرضا بديلا بأن قلق مريضه ناجم عن تنشيط اعتقاد أساسي لا تكفي لديه مضمونه "أنه عاجز عن أداء مهمة من المهام" فلا بد أن تتضمن خطته العلاجية "إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه".

(روبرت، 2006، ص 71)

تحدد الأهداف العلاجية بين المعالج والمتعالج بناء على فرضيات، يعمل المعالج مع الفرد لتحديد الأهداف الواقعية والقابلة للتحقيق ووضع خطة لتحقيقها، وذلك من أجل إدارة الوقت والإجهاد، تحسين العلاقات الشخصية، تعزيز الثقة بالنفس، تحقيق الأهداف المهنية، والوصول إلى حل المشكلة الرئيسية.

4. بناء الجلسات:

يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت وهو يعمل بمثابة موجه للعميل، كما يمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي، ويكون نموذج الجدول كما يلي:

- فحص مزاج العميل.

- مراجعة موجزة للأسبوع الفائت بين الجلسات.

- وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.

- مناقشة جدول الأعمال.

- طلب عائد في نهاية الجلسة.

ويتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع.

(بيبرني، 2008، ص ص 43-44)

الاتفاق على الجلسات من خلال جدول أعمال لاستخدام الوقت الأمثل الذي يساعد الفاحص والمفحوص لاستمرار العملية العلاجية مع مراجعة حالة العميل في كل جلسة والمناقشة على الوقت الماضي والتعمق في العملية العلاجية بين كل جلسة وجلسة مع المسؤوليات والواجبات المقدمة خارج الجلسات.

5. رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن عمليات معرفية مختلة تؤدي إلى رؤية محرفة عن الذات والعالم والمستقبل، كما تؤدي إلى انفعالات غير سارة وصعوبات سلوكية. واعتمادا على هذا التصور يتم استخدام فتيات لفحص وتحدي التفكير غير السوي، ويعلم العميل كيف يستخدم الأدلة والبراهين لدحض وتفنيده تفكيره غير الواقعي.

(بلحسيني، 2011/2010، ص 90)

يكون من خلال تحليل الأفكار والمعتقدات السلبية التي يعاني منها الفرد، وتحديد الأسس التي تقوم عليها هذه الأفكار. وبعد ذلك يتم تدريب الفرد على تعديل هذه الأفكار واستبدالها بأفكار إيجابية ومنطقية تساعده على التفكير بشكل أفضل واتخاذ القرارات الصحيحة، حيث يمكن استخدام هذه الأساليب بشكل فردي أو جماعي، وهو أكثر فعالية في تخفيف مستوى الإدمان على التدخين.

6. تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه:

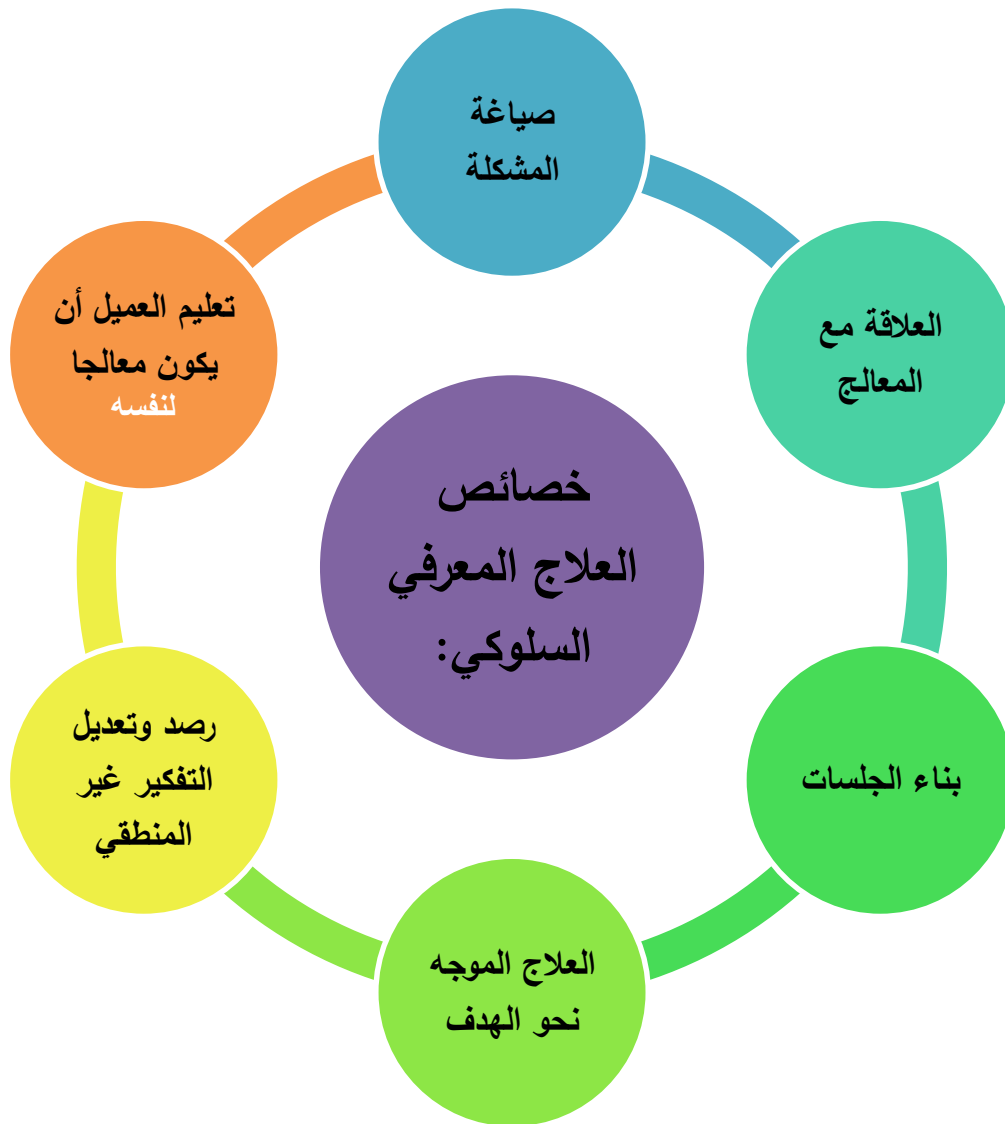
هذه الخاصية تركز على تعليم العميل كيف يكون فعالا داخل الجلسة، أو خارجها وذلك بقيامه بالمهام والواجبات المنزلية حيث بحث المعالج العميل على تقويم مساهمته في مشكلته الحالية، واستكشاف أنماط الاعتقاد الكامنة لديه والتي تؤدي إلى التفكير السلبي ومن ثم تعلم العميل القدرة على إدارة انفعالاته، كما يتم تزويده بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد حدوث التحسن (منع الانتكاسة).

وبهذا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجا تعليميا يساعد على تعلم أسلوب حياة أكثر إيجابية وكفاءة في التعامل مع الصعوبات المستقبلية، حيث يهتم من البداية بتعديل الأفكار الأوتوماتيكية التي

يسمىها بيك الأفكار الآلية، ويسمىها إيليس الأفكار اللاعقلانية وإحلال مكانها أفكار أكثر معقولة ومنطقية تسهم بشكل دال في توافق الفرد.

(بيبرني، 2008، ص ص 48-49)

الشكل رقم (03): يمثل خصائص العلاج المعرفي السلوكي. (من إعداد الطالبات).



خامسا: مراحل العلاج المعرفي السلوكي للمعالج والعميل:

إن العلاجات المعرفية السلوكية تشترك في:

1. القيام بتحليل وظيفي للسلوك المضطرب مع الأخذ بعين الاعتبار عوامل النمو، والحفاظ على هذه السلوكيات، والأخذ بعين الاعتبار بالأحداث السابقة لظهور السلوك المضطرب والنتائج التي سببها.
2. التركيز على "التربية النفسية" La psychoéducation ، وتتمثل في نقل المعلومات الخاصة بأعراض وأسباب الاضطراب عند الطفل.
3. اختبار العلاج المناسب حسب المنهج التجريبي، وتقييمه بهدف تحديد فعاليته.
4. تقليص الأعراض بفضل تدخل علاجي يركز على مشكل معين، ومحدد.
5. تعميم المكتسبات، ومنع الانتكاسة.

بالتالي يمكننا أن نجمل مراحل العلاج المعرفي السلوكي في ما يلي:

1. القيام بالمقابلة مع الحالات المكونة لعينة الدراسة والتي يتم فيها ملاحظة الحالات، والقيام بجمع معلومات كمية الحالة من خلال تقنية التحليل الوظيفي والتي سنتطرق إليها بالتفصيل، وذلك بغرض تحديد المثيرات القبلية التي سببت الاضطراب، وتحديد الاستجابات الناجمة عن الاضطراب من أجل التخطيط للعلاج.
2. تحديد التقنيات العلاجية الملائمة استناد على المعلومات المحصل عليها من التحليل الوظيفي.
3. تطبيق البرنامج العلاجي وفق المخطط الذي وضع له.
4. القيام بعملية متابعة لأثر البرنامج العلاجي.

(عباس، 2014-2015، ص 71)

تمر العملية العلاجية عبر بروتوكول ونظام مخطط ومنظم، وفق المراحل الآتية:

1. التشخيص والتحليل الوظيفي للعرض (التصور المعرفي):

إن تكوين المفهوم أو التصور المعرفي هو الإطار الأساسي لفهم المعالج لحالة ما، فهو يسأل نفسه الأسئلة الآتية لكي يبدأ عملية الصياغة (وضع نظرية -فرضية لحالة ما):

- ما تشخيص الحالة؟
- ما مشاكلها الحالية؟ وكيف بدأت هذه المشاكل وعوامل استمرارها؟
- ما الأفكار والمعتقدات المتعلقة بهذه المشاكل؟ وما التفاعلات (العاطفية-الفيزيولوجية-السلوكية) المرتبطة بأفكار الحالة؟

ثم يضع المعالج فرضيته عن كيف أصيبت الحالة بهذا الاضطراب النفسي:

- ما التجارب والتعليم المبكر، التي أثرت في مشاكل الحالة الحالية؟
- ما معتقدات الحالة التحتية (ويشمل ذلك الاتجاهات أو المواقف وقيمتها)؟

(بيك، 2007، ص 35)

ولا بد من التنويه إلى أن المعالج يبدأ في بناء المفهوم المعرفي خلال اللقاء الأول مع الحالة ويستمر في تنقيح هذا المفهوم على مدار الجلسات.

وفي مجال العلاج المعرفي السلوكي يعتبر الاقتصار على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في التشخيص والاعتماد فقط على الأعراض البارزة للاضطراب اخلاص بجودة العلاج المعرفي السلوكي وفعاليته. وينصب اهتمام التحليل الوظيفي على العلاقات الوظيفية التي توجه أنماط السلوك التاتكيفي وتعمل على استمراره انطلاقا من تحديد المواقف والظروف والأحداث البيئية التي تسبب هذه الأنماط السلوكية وتعمل على تثبيتها لدى العميل، أي أن المعالج يسعى من خلال التحليل الوظيفي لتحديد المنبهات الفارقة والمدعمات المرتبطة بظهور السلوك المضطرب كما يحدد أيضا خصائص وشروط الموقف الذي يحدث فيه هذا السلوك مع تسجيل المنبهات السابقة والتالية لهذا السلوك على مدار أسبوع مثلا.

(بن عبيد، 2017/2018. ص ص 154-155)

أي أنه هو عملية تحليل وتقييم الأنماط الذهنية التي يستخدمها الفرد لمعالجة المعلومات وتصور الواقع. وتشمل هذه العملية تحليل العوامل النفسية التي تؤثر على التصور المعرفي للفرد، بما في ذلك الذكريات والمشاعر والمعتقدات والقيم.

النماذج المعتمدة في التحليل الوظيفي للحالة متعددة بتعدد المتناولات السلوكية والمعرفية وأكثرها تداولاً:
نموذج SORC:

الشكل (04): يمثل نموذج SORC (ميزاب، 2009، ص 6)



نموذج BASICIDEA: اقترح النموذج كل من "لازاريس" 1976 وأكمه كوترو" 1985 بإضافة الحرفين الأخيرين (EA) وهذه معاني الحروف:

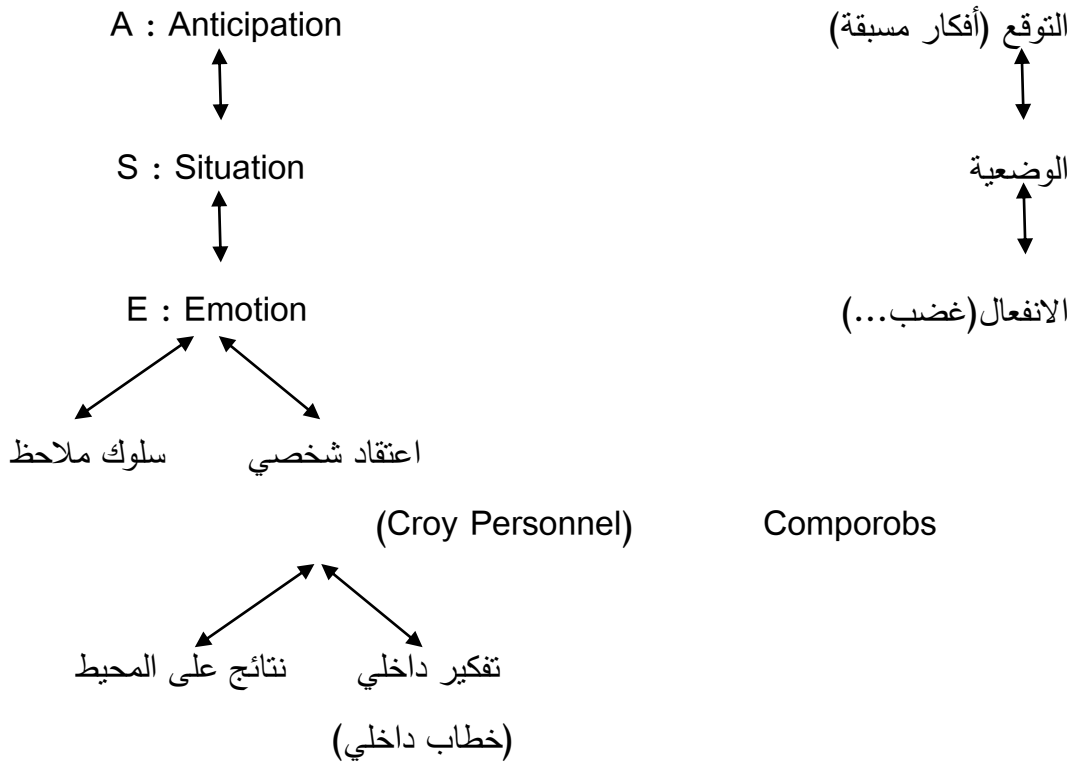
- B : Behavior - السلوك: نشاط ملاحظ للعميل الذي جاء يطلب المساعدة (العلاج)
 - A : Affect - الانفعالات: القلق، الحزن، الغضب، الخوف...إلخ.
 - S : Sensations - الاحساسات: ردود الفعل الجسمية (التعرق، الاغماء...).
 - I : Interpersonnel - العلاقات البينية: يحدد فيها عدد ونوع علاقات العميل مع المحيط.
 - C : Cognitions - التصورات: الكشف في أعماق العميل عن التصورات المختلفة التي يستعملها
 - I : Imagery - المعارف: تظهر في الخطاب الداخلي للعميل.
- مثلا في حالة الاكتئاب: (تصور تخلي الآخرين عنه، معاملة لا إنسانية...)
- D : Drugs - الأدوية: تقييم مدى فعالية بعض الأدوية كالمهدئات.
 - E : Expectation - ما ينتظره العميل من المعالج، وهذا له أثر على العملية العلاجية.
 - A : Attente - ما ينتظره المعالج من العميل.

(ميزاب، 2009، ص 7)

نموذج شبكة La grille SECCA:

تجمع هذه الشبكة بين وظيفة نموذج "لانج" ونموذج SORC السلوكي وتكملة نموذج BASIC IDEA التي كان اقترحها "كوترو"، وذلك كالتالي:

شكل رقم (05): يمثل نموذج شبكة SECCA (ميزاب، 2009، ص 8)



2. تحديد الأهداف العلاجية:

تتعلق الخطوة بما ينبغي أن يتم التوصل إليه من خلال العملية العلاجية، والذي يتمثل بشكل عام في التغيير الذي ينتظر أن يحدث نتيجة العلاج، ويتطلب ذلك فهما مشتركا لتلك المشكلات التي يفصح عنها العميل لأن العمل تشاركي، فالمعالج والعميل يتفقان معا على فرضيات سببية للاضطراب ثم يعقدان اتفاقا علاجيا يتعلق بالأهداف المراد تحقيقها بما في ذلك تحديد نوع التدخلات التي يفترض استخدامها للوصول إلى الأهداف.

3. تنفيذ البرنامج العلاجي:

ولتحقيق تلك الأهداف العلاجية يستخدم المعالج في الإطار المعرفي السلوكي عددا من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية، وإلى جانب ذلك فإن هذا المنحى العلاجي يضع أهمية كبيرة على تلك الأنشطة التي يمكن للعميل أن يؤديها خارج نطاق جلسات العلاج والتي تأخذ شكل الواجبات المنزلية حيث تلعب دورا هاما في حدوث التغيير، يمارس العميل خلالها ما تم تدريبه عليه من مهارات خلال جلسات العلاج، حيث تعمل تلك الواجبات المنزلية على اتقان العميل وتعميمه للكفاءات المكتسبة

خلال الجلسة واستخدامها في الواقع، وتعزز من استقلاليته الأمر الذي يساعده بدرجة كبيرة على منع حدوث انتكاسة بعد أن ينتهى البرنامج العلاجي. (محمد، 2000، ص43)

4. تقييم النتائج:

من الأهمية بمكان من أجل تتبع تقدم العميل أثناء فترة العلاج مراقبة الأعراض التي استهدفها العلاج بالأساس، ويكون التقييم بمقارنة المقاييس المطبقة قبل-أثناء وبعد العلاج، كما يتعين على المعالج تحضير قائمة مراقبة لكل عميل يسجل عليها أعراض معينة بشكل منتظم، عملية المراقبة والتقدم فيها تقدم تغذية راجعة هامة للمعالج النفسي.

(هوفمان، 2012، ص67)

وفي الأخير نستخلص أن العلاج المعرفي السلوكي للمعالج والعميل يمر بعدة مراحل أولاً تشخيص العميل وذلك عن طريق فهم المعالج له من خلال فهم المشكلة وعوامل استمرارها، والأفكار المتعلقة بهذه المشكلات، ثانياً تحديد أهداف العلاج، من خلال فهم المشترك للمشكلات ووضع فرضيات لأسباب الاضطراب بعدها يتم عقد اتفاق علاجي للأهداف المراد تحقيقها، ثالثاً يقوم يبدأ تنفيذ العلاج من خلال تطبيق فنيات معرفية سلوكية، وكذلك عن طريق الواجبات المنزلية التي لها دور في حدوث تغيير بسبب تعميمه للكفاءات المكتسبة خلال الجلسة وأخيراً من أجل تقييم تقدم العميل يقوم المعالج بمقارنة المقياس القبلي والبعدي المطبق أثناء العلاج.

سادسا: فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

يركز العلاج المعرفي السلوكي على بناء برنامج علاجي فعال يساعد العميل على إيجاد حلول للمشكلات التي يعاني منها اعتمادا على العديد من التقنيات المساعدة التي تدعم العملية العلاجية سنذكر أهمها:

1. الاسترخاء:

يعد الاسترخاء أحد أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، وتقوم أساليب الاسترخاء على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس، وذلك عن طريق التنفس العميق، وتمارين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي، ويعد الاسترخاء أمرا مطلوبا في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية، وما ينتج عنها من اضطرابات نفسية وفسولوجية، وتعد الأساليب الحديثة في الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكي، ويحتاج إجراؤه إلى تدريب منظم.

(أبو هدرس، 2013، ص 126)

هي مجموعة التقنيات التي تسمح للحالة للوصول إلى استجابة الاسترخاء، واستجابة الاسترخاء هي الخفض من درجة التأهب والخطر، والخفض من شدة ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، حيث يشعر الفرد بالراحة، وتستعمل هذه الطريقة خاصة في الخفض من الضغط النفسي أو القلق، ويركز الاسترخاء على الجانب الجسدي الفيزيولوجي للحالة كالاسترخاء العضلي وإعادة التأهيل التنفسي وكذلك تركيز على الجانب العقلي كاستخدام التأمل والتصور. وهناك عدة طرق للاسترخاء العضلي مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي لجاكوبسون (Jacobson)، وذلك عن طريق التقلص والارتخاء العضلي المتكرر والمتسلسل مجموعة من العضلات وذلك عن طريق بروتوكول مع من طرفه.

(بلغالم، 2016/2017، ص 71)

وحسب عبد الستار فإن الإعداد الجيد للاسترخاء من أسباب نجاحه في تحقيق النتائج، ويستغرق تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي المنتظم في العلاجات النفسية ست جلسات علاجية على الأقل، في كل منها يجب أن تكون عشرين دقيقة على الأقل لتدريب الاسترخاء، على الفرد أن يمارس تدريبات على الاسترخاء لمدة خمسة عشر دقيقة وفي نفس الوقت.

(حفيظ، 2020/2021، ص 25)

تقنية الاسترخاء تتضمن استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب والتوجيهات لتهدئة الجسم والعقل وتخفيف التوتر والقلق والإجهاد. وتتضمن هذه الأساليب والتقنيات تدريب الاسترخاء العضلي والذهني العميق والتنفس العميق والتخيل الإيجابي والموسيقى الهادئة وغيرها. وعند استخدام هذه التقنية يتم تعليم الأفراد كيفية التحكم في ردود أفعالهم الجسدية والعاطفية الخاصة بهم عن طريق التركيز على الشعور بالراحة والهدوء والتخلص من التوتر.

2. النمذجة:

هي جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك، وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، ويعطى الشخص فرصة لملاحظة النموذج، ويطلب منه أداء العمل نفسه الذي يقوم به النموذج.

وقد استخدمت هذه التقنية كأسلوب تعليمي بهدف إيصال معلومات للعملاء حول النموذج السلوكي المعروف، وذلك بقصد إحداث تغييرات في سلوكهم وإكسابهم سلوكا جديدا، حيث يقوم العميل بتقليد النموذج وأداء السلوك المرغوب بطريقة صحيحة، وذلك في الجلسات المتعلقة بكيفية إدارة الوقت وتنظيمه، وآلية كسر الروتين، وكيفية اتباع أسلوب حياة صحي، والنجاح في الحياة.

(أبو هدرس، 2016، ص 120)

وقد أكد باندورا على أنه في أسلوب النمذجة، المتعلم يحول المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى استجابات لفظية متكررة تستخدم فيما بعد كمؤشرات للسلوك الظاهر، ومثل هذه الاستجابات هي بشكل أساسي تعليمات ذاتية، ويمكن للنمذجة الصريحة لهذه الاستجابات أن تيسر تغيير السلوك، ويمكن للنماذج أن يفكروا بصوت عال أثناء أدائهم للسلوك النموذج ويشمل ذلك إظهار سلوك التمكن، وكذلك سلوكيات التعامل مثل مواجهة الشكوك الذاتية والإحباطات والتعامل معها والانتهاج إلى عبارات التعزيز الذاتي عقب النجاح.

ويمكن للعميل أن يقوم بممارسة السلوك داخل الجلسة، ويمكن له أن يقوم بتطبيق المهارات في

الحياة اليومية الواقعية كمهام بين الجلسات على أن يتم مناقشة مدى التقدم في الجلسة التالية.

(بيرني، 2008، ص 183)

ومنه تعتمد هذه التقنية على نظرية التعلم الاجتماعي Theory Learning Social لصاحبها

"ألبرت بندورا" والذي أولى اهتماما خاصا للتعلم عن طريق النمذجة، ويرى أنه لا بد من وجود عمليات

أساسية متسلسلة لحدوث التعلم بالنمذجة تتمثل في:

- **عمليات الانتباه:** حيث يوصي بضرورة الانتباه للنموذج السلوكي لكي يتم التعلم بالملاحظة، ولا بد للنموذج أن يكون مؤثراً على القائم بالملاحظة حتى ينتبه للسلوك المراد تعلمه، وبالتالي يتوفر قدر من درجة إدخال المثيرات النموذجية كي يحدث التعلم.

- **عملية الاحتفاظ:** أن يتوفر لدى الفرد القدرة على الحفظ، حيث أن الفرد لا يتأثر بسلوك النموذج المشاهد إلا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه.

- **الممارسة:** أن الملاحظة بمفردها لا تؤدي إلى تعلم المهارات، كما أن المحاولات والأخطاء لا تساعد وحدها في تعلم العمليات الحركية، ولكن لا بد من عملية الممارسة، ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس، والذي يفيد في علاج قصور بعض جوانب السلوك المتعلم، وتتكرر الممارسة حتى يتم التعلم، وهذا ما يسمى بلعب الدور والتغذية المرتدة.

(شقيير، 2002، ص ص 269-270)

أي أن هذه الأخيرة تستخدم لمساعدة العميل على تعديل سلوكياته وأفكاره السلبية. وتشمل هذه التقنية تقديم نموذج أو مثال لسلوك أو سلسلة من السلوكيات التي يتم تعليم العميل التقليد عليها، والتي تحقق النتائج المرغوبة. حيث يقوم المعالج بتقديم مثال لسلوكيات صحية وإيجابية للعميل، ويطلب منه التقليد عليها بشكل تدريجي.

3. المراقبة الذاتية:

يقصد بها قيام العميل بملاحظة ما يقوم به من سلوكيات متعلقة بمشكلته وتسجيله في فكرة أو نماذج خاصة معدة من المرشد، وقد روعي البدء في استخدام فنية المراقبة الذاتية في معظم جلسات البرنامج، خاصة الجلسة المتعلقة بضبط الذات وإدارتها، وآلية تعديل السلوكيات السلبية المرتبطة بالإدمان، حيث أن المراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى العميل، وتقدم أدلة تحد من ميل العميل إلى تذكر مشكلته، بدلا من تذكر نجاحاته. (أبو هدرس، 2016، ص 120)

وهو عملية مراقبة السلوك الخاص بالفرد وتقييمه، وذلك بهدف التحكم في السلوك وتعديله إذا لزم الأمر. وتعد المراقبة الذاتية عملية مهمة في تحسين الأداء والتعلم والتطوير الشخصي.

ويمكن تحسين المراقبة الذاتية عن طريق التدريب والتمارين، وتطبيقها في العديد من المجالات، بما في ذلك مجال العمل، التعليم، الحياة الشخصية. حيث يساعد استخدام تقنيات المراقبة الذاتية في تحقيق الأهداف المحددة خلال العلاج.

4. التعزيز:

يعد التعزيز في البرنامج العلاجي أحد التقنيات السلوكية التي تستخدم لتعديل السلوك السلبي، حيث يقدم التعزيز بعد كل مرة يؤدي فيها السلوك المرغوب فيه، وعقب كل سلوك يسهم في تحقيق أهداف البرنامج.

(أبو هدرس، 2016، ص 120)

وينقسم التعزيز الى:

- التعزيز الموجب (الثواب):

هو إثابة الفرد على السلوك السوي مما يعززه ويدعمه ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر نفس الموقف، ومن أشكالها لتعزير المادي أو المعنوي، ويؤدي إلى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب. وكلما كان التعزيز قويا ومرغوبا، وكلما أدى ذلك إلى سرعة تعديل وثبات السلوك من أجل الحصول عليه.

ومن العوامل التي تزيد من سرعة فاعلية التعزيز الموجب نجد الرغبة في الشيء المستخدم في التعزيز والحاجة إليه، وسرعة تقديمه وتقديمه بقدر معتدل.

- التعزيز السالب:

يعمل المعالج في هذا الأسلوب على زيادة ظهور الاستجابة المرغوبة بتعويض العميل لمثير غير السار مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة.

التعزيز السالب لا يستخدم كثيرا، لأن على المعالج أن يعرض العميل لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة وهذا قد يؤثر تأثيرا سلبا على إرادته في الاستمرار في عملية العلاج.

هذا الأسلوب يستخدم لتشجيع العميل على مواصلة الممارسات الإيجابية والتغلب على السلوكيات السلبية. تعتمد هذه التقنية على مفهوم أن الأفراد يتصرفون بشكل متكرر فيما يجلب لهم الرضا والسعادة، وبالتالي يمكن استخدام التعزيز لتشجيع السلوكيات الإيجابية.

تتضمن تقنية التعزيز في العلاج المعرفي السلوكي استخدام المكافآت الإيجابية وتحديد أهداف واقعية وقابلة للقياس، وتقديم تعزيز فوري للسلوكيات الإيجابية التي يتبعها المفحوص، ويمكن استخدام هذه الأخيرة في علاج الإدمان على التدخين.

لكن يجب التعزيز أن يكون متوازنا، حيث يتم تشجيع السلوكيات الإيجابية وتحفيز العميل على مواصلة تحقيق أهدافه، ولكن بدون تحويله إلى عادة أو إدمان.

5. لعب الأدوار:

هي طريقة تقوم على التمثيل المسرحي المقارب قدر الإمكان لوضعية علائقية مأخوذة من الحياة اليومية، تتعلق إذا بوضعية- مشكل قد عاشتها الحالة، أو قد تعيشها في المستقبل، والتي تستلزم تدريباً أو اكتساب مهارة اجتماعية، والهدف من هذه التقنية هي مساعدة الحالة على ضبط ذاتها مع مختلف الممثلين داخل المسرحية، وتعلم أيضاً في التحكم على المستوى السلوكي والمعرفي لوضعية تتركها الحالة انها صعبة، لعب أدوار عبارة عن علاج جماعي يقوم على العرض المسرحي فالمعالج بالمشاركة مع الحالات يقومون بوضع رواية مسرحية، ثم تلعب كل حالة دوراً معيناً، تكرر الحالات هذه المقاطع المسرحية حتى تصبح قادرة على تعميمها في الواقع، وعلى المعالج أن يقوم بتعزيز التفاعل، التعاون والمتبادل بينه وبين الحالات من جهة وبين الحالات مع بعضها البعض من جهة أخرى.

(بلغالم، 2017/2016، ص 71)

كما تستخدم هذه التقنية كأسلوب أساسي في عمليات "توكيد الذات"، ويمكن استعمالها بشكل فردي أو جماعي، ويستوجب اللجوء إلى الاسترخاء وأسلوب قدان الحساسية المنتظم قبل تطبيق طريقة لعبة الأدوار في حالة ما إذا كان العميل يجد صعوبة في مواجهة الآخر خاصة في العلاج الجماعي. ويعتمد المعالج بمساعدة العميل على تحديد وضعيات المشكلة وترتيبها قبل تطبيق تدريجي من الأسهل تنفيذاً إلى الوضعيات الأكثر تعقيداً.

(غربي، 2018/2017، ص 126)

ومنه نجد هذه التقنية تهدف إلى مساعدة العميل على فهم سلوكياته وتصوراتها وتفاعلاته مع الآخرين ومع العالم الخارجي من خلال اللعب بأدوار مختلفة. وتتضمن هذه التقنية تحديد مواقف اجتماعية أو مشكلة التي يواجهها المفحوص، ومن ثم تحويلها إلى مشاهد تمثيلية، يتم فيها تمثيل دور العميل ودور الآخرين المشاركين في هذه المواقف. ويعمل المعالج على توجيه المعالج وإرشاده خلال اللعب بالأدوار ليساعده على تحديد الأفكار السلبية والتصورات الخاطئة التي يحملها تجاه نفسه والآخرين، وتصحيحها بطريقة صحيحة ومفيدة، وذلك من أجل تحفيزه على التفكير بأساليب مختلفة لحل المشكلات، وتعزيز الثقة بالنفس وتطوير المهارات الاجتماعية، وتحسين العلاقات الشخصية.

6. حل المشكلات:

يعرف أبو رحمة خلف (2010) استراتيجية حل المشكلات على أنها عملية سلوكية معرفية موجهة ذاتيا يحاول الفرد من خلالها تمييز الحلول أو اكتشافها لحل مشاكل تواجهه في الحياة اليومية. وللجوانب المعرفية دور في حل المشكلات ومهارات التعامل وذلك بتبصير العميل بغياب مهارات تكيفية ومعرفية معينة عليه تعلمها، ويركز بعض المعالجين من بينهم (ميكينبوم) على مهارات المواجهة.

وتعتبر استراتيجية حل المشكلات مقارنة علاجية صممها (جايهالي) (1976) وهي تختلف عن باقي الاستراتيجيات العلاجية بتركيزها على السياق الاجتماعي والمشكلات الإنسانية، ويعتقد (هالي) أن الناس لا يصنعون المشكلات بأنفسهم وإنما استجابة للبيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، وبهذا فإن العلاج يحل المشكلات يحدد المشكلة بوصفها سلوكا معيناً هو في واقع الأمر جزء من سلسلة أفعال بين عدة أشخاص.

(بن عبيد، 2018/2017، ص 24)

فهناك عدة مراحل يجب إتباعها في أثناء حل المشكلات المطروحة وهي:

- **مرحلة إدراك وجود مشكلة:** وفيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة فمن المهم أن يكون منتبهاً إلى مشاعره عندما يكون متوتراً - مضطرباً - مثاراً...

- **خفض الإثارة:** عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف فكر قبل أن تتصرف) فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة.

- **وضع صياغة للمشكلة:** من خلال التركيز على المطلوب عمله، ليس من خلال مسبب للإحباط وتقدير حجم المعلومات المتاحة ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي.

- **التفكير بطريقة حل بديل:** يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار من بينها.

- **التفكير بالعواقب:** فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به سواء أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل.

(حفيظ، 2021/2020، ص ص 24-25)

تهدف إلى مساعدة العميل على تحديد المشكلات التي يواجهها وتحليلها بطريقة منطقية، ومن ثم تطوير حلول مفيدة وفعالة للتعامل مع هذه المشكلات.

وتشمل هذه التقنية عدة خطوات، حيث تبدأ بتحديد المشكلة وتحليلها بطريقة مفصلة، وتحديد العوامل المؤثرة فيها، ومن ثم تطوير عدة حلول ممكنة للمشكلة، واختيار الحل الأفضل والأكثر فاعلية بناءً على معايير منطقية وواقعية. ويعمل المعالج على توجيه العميل خلال كل خطوة من هذه العملية، وتشجيعه على استخدام المهارات المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المشكلات بشكل فعال، ومن ثم تطبيق الحل الذي تم اختياره على أرض الواقع.

7. الواجبات المنزلية:

هي مجموعة من الأنشطة يكلف بها المتعالجون، حيث يتم تحديد هذه الأنشطة في نهاية كل جلسة، ويتم مناقشتها وتحليلها في بداية الجلسة التالية، وقد روعي أن تكون هذه الأنشطة منسجمة مع مضمون الجلسات، وأهدافها مع ضرورة تشجيع المتعالجين على الالتزام بأداء هذه الفنية، نظراً لأهميتها في تحقيق الأهداف المنشودة من الجلسات.

(أبو هدرس، 2016، ص 121)

تعتبر هذه الواجبات ركناً أساسياً في العملية العلاجية، حيث أن المتعالجين الذي يزاولون ويطبّقون ما تعلموه أثناء الجلسات الإرشادية في حياتهم اليومية أو تفاعلهم مع الحياة الاجتماعية سوف يجعلهم أكثر خبرة واستفادة من الذين لا يطبقون ما تعلموه. حيث تشير الأبحاث التي قام بها إلبرت إيليس وبيير سونز وزملائهم إلى أن المتعالجين الذين يؤدون واجباتهم المنزلية في أساليب العلاج العقلاني الانفعالي يحصلون على نتائج علاجية متميزة عن أولئك الذين يهملون واجباتهم ولا يؤدونها.

(فهيم، 2010، ص 130)

كما يرى معوض أن لها دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية، ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، حيث أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف العميل بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي إلى أنه تجربة لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالي كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي سريعاً وتعطي فرصة للمريض للممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلة واتجاهاته العقلانية ومحاولة تعديلها.

(معوض، 1996، ص 89)

نستخلص أن الواجبات المنزلية هي جزء أساسي من العلاج المعرفي السلوكي، وتهدف إلى تعزيز المهارات والتقنيات التي تم تعلمها خلال الجلسات العلاجية، وتطبيقها في حياة العميل اليومية.

وتتضمن الواجبات المنزلية عدة أنشطة وتمارين يقوم بها العميل بشكل مستقل خارج الجلسات العلاجية.

8. الحوار الذاتي:

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية. فالإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم، التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحتويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب. ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب. (الزعي، 2022، <http://www.gulfkids.com>)

نقصد به هو حوار مع النفس بطريقة إيجابية لزيادة الثقة بالذات والتخلص من السلبية لأن سلوك الأفراد يكون بناء على أفكارهم.

9. الحوار السقراطي:

هي الأسئلة المطروحة أثناء الجلسات العلاجية تساعد العميل على التوصل إلى الاستنتاج المنطقي وتركز على توضيح وتحديد وتعريف المشكلات، وتحديد الأفكار الكامنة وراء المشكلات، وفحص معاني الأحداث لدى العميل، وتقييم النتائج التي يمكن أن تنتج عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات سيئة التكيف. ومن الأسئلة التي تطرح أثناء الجلسات.

(شيماء، 2019، ص 263)

هو أسلوب من أساليب الحوار التي يستعين بها المعالج بطرح الأسئلة خلال الجلسات لمساعدة العميل على معرفة مشكلته والحوار حولها والتعامل معها.

10. ملئ الفراغ:

يتضح من خلال ردود أفعال العميل وجود فجوة بين المثير والاستجابة وتتمثل في الأفكار المسبقة المشوهة ويقوم المعالج بمساعدة العميل على ملء تلك الفجوة من خلال التعامل مع المثير والاستجابة الحقيقيين وتجنب الأفكار المسبقة المشوهة.

(فضل، 2008، ص 113)

أي أن لكل فرد فجوات في حياته نتيجة لعدم استغلال وقته، فهذه التقنية تساعد الفرد على ملئ وقت الفراغ بسلوكيات.

11. المحاضرة:

تعمل هذه الفنية على مساعدة العميل كي يواجه أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية بأسلوب منطقي يعمل على تنفيذها متبعا طرقا جدلية وتعليمية، يتعامل من خلالها مع الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية في مختلف السياقات التي يمكن أن تظهر فيها، كما يتعلم أيضا من خلال هذه الفنية أن يقوم بتعزيز تلك الأفكار العقلانية التي تحل محل الأفكار اللاعقلانية، أي أنه يتم من خلالها مواجهة حقيقة أفكار واعتقادات العميل، التي تتسم باللاعقلانية واللامنطقية، والعمل على إعادة بناء معتقدات جديدة تتسم بالعقلانية والمنطقية تحل محلها.

(بطاطو، 2013، ص 159)

هي تقنية يكون عرضها بطريقة نظرية لفهم العميل الاضطراب الذي يعاني منه بطريقة أدق بهدف مساعدته على معرفة المشكلة والحلول الممكنة لتخلص منها.

12. العلاج بالتعريض:

تقنية سلوكية لتخفيف القلق، يقوم فيها العميل بتعريض نفسه (حقيقة أو خيالاً) إلى مثيرات أو مواقف يخاف منها أو يريد أن يتجنبها، ولكي يكون هذا العلاج فعالاً يجب أن يثير القلق، وأن يكون لمدة كافية، وأن يتكرر حتى يتم إقصاء القلق.

(داود وزين الدين، 2007، ص 673)

نقصد به جعل العميل يواجه الموقف الذي يخيفه أو يحاول تجنبها بطريقة مباشرة سواء حقيقية أو خيالية لعدة مرات حتى يتعود عليه و يصبح لا يَأثر به.

13. وقف الأفكار:

هو أسلوب سلوكي معرفي اقترحه Bain عام 1928، وطوره تايلور كنظرية للتحكم في الأفكار. ويستخدم أسلوب وقف الأفكار لمساعدة الفرد على ضبط الأفكار والتخيلات الغير منطقية أو القاهرة للذات عن طريق استبعاد أو وقف هذه الأفكار السلبية. ويبدأ هذا الأسلوب بالطلب من الفرد أن يفكر ملياً بالأفكار التي تزعجه، وبعد فترة قصيرة يصرخ المعالج قائلاً: "توقف عن ذلك"، أو يحدث صوتاً مزعجاً ومنفراً، ويكرر المعالج هذا الإجراء عدة مرات قبل أن يطلب من الفرد نفسه. لا يكون القيام بذلك بصوت عالٍ في بادئ الأمر، بصوت منخفض لا يسمعه غيره. (أبو أسعد، 2011، ص 18)

نقصد به التحكم في الأفكار السلبية والغير منطقية عن طريق التفكير بالأفكار التي تزعج العميل و تأثر عليه، ويساعده المعالج على توقفها.

14. توكيد الذات:

تعتبر هذه التقنية مفيدة مع العملاء القلقين، وذلك بالتركيز على التعبير عن مشاعرهم، وآرائهم تعبيراً مباشراً وبأسلوب مقبول اجتماعياً، وهي تساعد على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفعالية والنجاح، عندما يدخل الفرد في علاقات اجتماعية مع الآخرين، فلا يكون ضحية لموقف خاطئ من صنع الآخرين ودوافعهم في مثل هذه المواقف.

(غري، 2017/2018، ص 118)

مما سبق وجدنا أنها عبارة عن تقنية تساعد في تدريب العميل على رفع مستوى الثقة بالذات، وجعله يعبر بحرية عن مشاعره بأسلوب مقبول اجتماعياً.

15. الإسقاط المستقبلي:

تعرف ببنية تقدير الاحتمالات المستقبلية، وفيه يتم وضع مشهد محدد في المستقبل وقد يشمل مشاهد فرعية مثل النتيجة الأكثر أملاً، أو الحدث الأكثر رعباً، أو رد فعل مبالغ فيه، أو توقع واقعي، أو مجرد استكشاف لبعض أبعاد الموقف القادم، ويعرض فيها أبطال المسرحية النفسية رغباتهم المستقبلية، وهذا الأسلوب يمكن أن يزود الأبطال بالتبصر بأهدافهم وأولوياتهم ويزودهم ببعض الدلالات للمستقبل الذي يتوقعونه، ويمكنهم من معرفة التعبيرات المطلوبة في أنفسهم من أجل الحصول على ما يريدون.

(عبد العزيز وسليمان، 2021، ص 354)

وفيه يعرض أبطال المسرحية النفسية رغباتهم المستقبلية المستقبل الذي يخافونه، أو المستقبل الذي يأملونه، وكما في الدكان السحري فإن هذا الأسلوب يمكن أن يزود الأبطال بالتبصر بأهدافهم وأولوياتهم، ويزودهم ببعض الدلالات للمستقبل الذي يتوقعونه، ويمكنهم من معرفة التغيرات المطلوبة في أنفسهم من أجل الحصول على ما يريدون.

(الأغا، 2005، ص 35)

أي أنه عبارة عن محاولة جعل العميل يتخيل ذاته على المدى البعيد، والاحتمالات التي ممكن حدوثها عند الاستمرار بنفس السلوك، بهدف جعل العميل يفكر في الأضرار الممكن حدوثها والعكس، وهذا بهدف التخفيف من الاضطراب.

16. المتجر السحري:

تستخدم تلك الفنية في الغالب مع الأشخاص غير القادرين على اكتشاف مشكلاتهم بوضوح ولا يدركون أهدافهم، ويقوم أحد الشخصيات المساعدة أو المعالج بإفهامهم أنهم يمتلكون دكانا سحريا وبه بضاعة عبارة عن مجموعة من السمات والصفات التي يمكن استبدالها بصفات وسمات أخرى يتنازلون عنها مقابل أن يحصلوا على السمات الأخرى من الدكان السحري.

(عبد العزيز وسليمان، 2021، ص 354)

فهي من أكثر الفنيات الارتجال الخيال شيوعا، حيث يقوم المعالج، أو أحد أفراد الجماعة بدور البائع ويقوم العميل بدور المشتري، أما السلع فهي عبارات خيالية ومقادير ليس لها طبيعتها الفيزيائية، وهذه السلع لاتباع بالنقود، ولكن يمكن مقايضتها بمقادير أخرى تتوافر لدى الجماعة، فيأتي إلى المسرح مجموعة من المرضى واحدا تلو الآخر، حيث يدخل أحدهم الدكان المتخيل، طلبا لفكرة أو حلم أو أمنية، أو طموح، وتتوقع منهم أن يأتوا في حالة رغبتهم القوية في الحصول على المقدار المجيب لديهم، وأن حياتهم ليس لها قيمة بدونها، وتتركز أهمية هذه الفنية في حرس الدكان لأنه هو الذي يحدد الثمن الذي يدفعه العميل من خلال معرفته بما يعانیه من مشكلات.

(عثمان، 2016، ص 148)

تستخدم هذه التقنية لاكتشاف مشكلتهم تكون عن طريق تخيل العميل على أنه هناك متجر سحري به مجموعة من الصفات التي يمكن استبدالها بصفات أخرى بهدف تغيير الصفات السلبية بصفات إيجابية.

وفي الأخير نستخلص أن هذه الفنيات تعمل على تخفيف القلق لدى المدمن على التدخين، الناتج عن الأعراض الانسحابية الناتجة عن إنقاص عدد السجائر، ونقص النيكوتين في الدم، كما تعمل على وقف أفكاره اللاسوية حول الإقلاع عن التدخين، وتجعله قادر على السيطرة عليها.

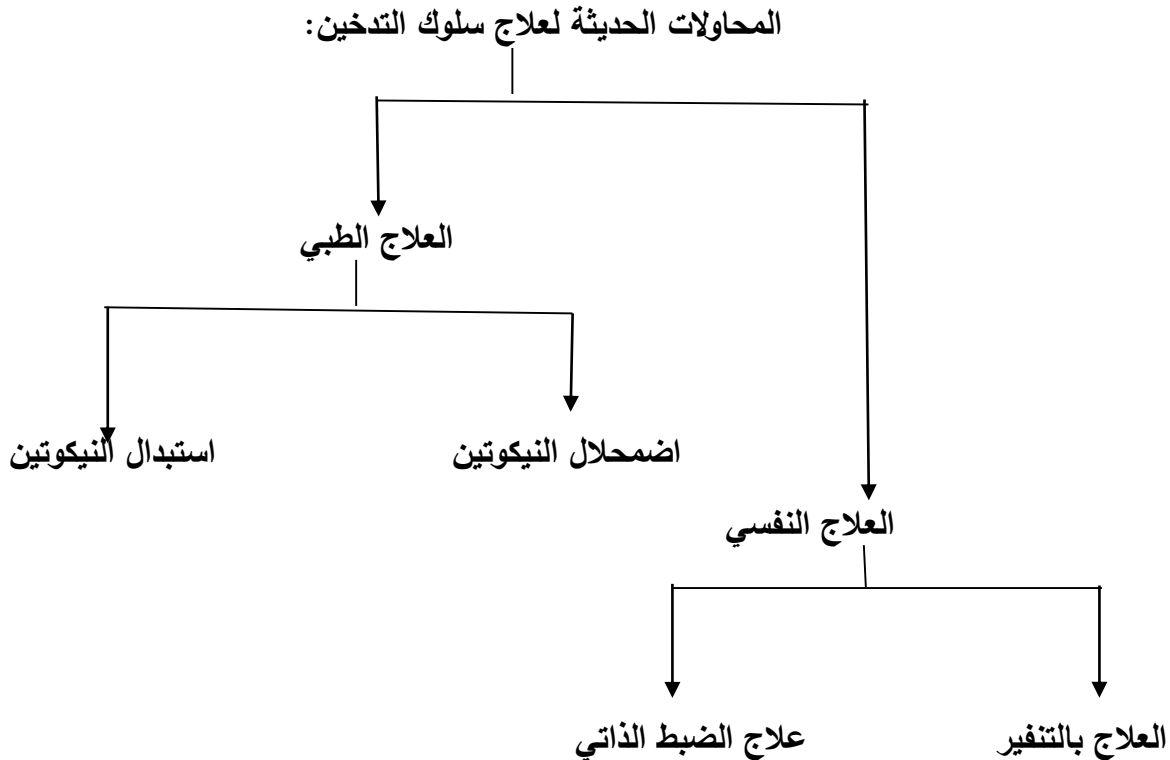
سابعاً: دور العلاج المعرفي السلوكي في علاج إدمان التدخين:

للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية لا تتكرر في علاج التدخين، فتشريط التنفير المعرفي يساعد في إطفاء عادة التدخين، والتدريبات العلاجية التي تعتمد على مهارات التأقلم، والتعامل مع القلق أكثر فاعلية في علاج التدخين وذلك لأهمية الاهتمام بكيفية التعامل مع القلق قبل التعامل مع التدخين ذاته، لأن القلق يثير الحاجة إلى التدخين عند المدخنين، وأن العلاجات القائمة على الأساليب التعليمية، والمعرفية تساعد كثيراً في الإقلاع عن التدخين، وتهتم هذه العلاجات بإعادة البناء المعرفي للمدخن، وهي عملية ضرورية، ومهمة لأن المهارات التي سيتعلمها المدخن أثناء العلاج هي التي سوف يستخدمها بعد توقفه مستقبلياً.

وإن العلاجات ذات الصبغة المعرفية تساعد في الإقلاع عن التدخين، خصوصاً إذا أضيفت لها الاستراتيجيات السلوكية في التعامل مع نقص المهارات اللازمة للإقلاع عن التدخين، ولأن هذه العلاجات تطبقاً لمبادئ التربوية، والتعليمية لنشر الوعي الصحي. وهنا تكمن أهميتها، لأن المدخن لن يتوقف إلا إذا شعر بالخطر الصحي الذي يهدده.

(أبو زيد، 2011، ص 13)

شكل رقم (06): يمثل المحاولات الحديثة لعلاج سلوك التدخين. (رضوان، 2006، ص 184)



دور العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان على التدخين تتمثل في:

1. التعرف على التفكير السلبي والمعتقدات الخاطئة التي تدفع المدخنين للاستمرار في التدخين، وتحديدتها بمعلومات دقيقة وحقائق علمية.
 2. تعلم مهارات التحكم في الرغبة في التدخين، وتطبيق التقنيات المعرفية والسلوكية لتحويل هذه الرغبة إلى شيء آخر، مثل ممارسة التمارين الرياضية أو التركيز على أنشطة ممتعة أخرى.
 3. تطوير خطة علاج شاملة لمساعدة العميل على الإقلاع عن التدخين، وتحديد الأهداف الواقعية والإجراءات الملموسة لتحقيق هذه الأهداف.
 4. توفير الدعم والمساندة المستمرة للمريض على مدار فترة العلاج، سواء من خلال الجلسات العلاجية الدورية أو الواجبات المنزلية.
 5. تقليل خطر الانتكاسات والعودة إلى التدخين بعد الإقلاع عنه، وذلك بتعلم المهارات اللازمة للتعامل مع المواقف المحفزة للإدمان، وتطبيق التقنيات اللازمة لتجنب العودة إلى السلوك السلبي.
 6. تحسين جودة حياة العميل بشكل عام، وذلك بتقليل المخاطر الصحية المرتبطة بالتدخين، وزيادة الثقة بالنفس والسيطرة على حياته.
- ومنه نستخلص أن للعلاج المعرفي السلوكي دور هام في علاج إدمان التدخين وذلك من خلال تعرف على الأفكار الخاطئة التي تجعل الفرد يلجأ إلى التدخين والاستمرار فيه، وكذلك تعلمه المهارات التي تمكنه من التحكم في رغبته لتدخين عن طريق تقنيات معرفية سلوكية. توفر الدعم للعميل طول مدة العلاج وتقلل من خطر الانتكاسة والتحسين من جودة حياته.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل توضح لنا أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد العلاجات الجد فعالة والشاملة في علاج العديد من المشاكل النفسية وتصحيح الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة، وهذا بفضل التقنيات المستخدمة في العلاج، وقد ثبت ذلك في فعالية على علاج الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل والنوم، وخاصة الإدمان الذي فيه أنواع عديدة التي من بينها الإدمان الإلكتروني، الإدمان على المخدرات وبالخصوص الإدمان على التدخين، أيضا التعامل مع مختلف الانفعالات وإيجاد حلول لها، وبالتالي يمثل العلاج المعرفي السلوكي خيار علاجي مهم لتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة. لهذا سوف نتطرق في الفصل الموالي إلى ماهية الإدمان على التدخين قبل التطرق إلى البحث في فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من مستوى الإدمان على التدخين.

الفصل الثاني

الإيمان على التدخين

تمهيد:

يعتبر التدخين من أكثر العادات الضارة التي يمكن للإنسان أن يتبعها، له مضاعفات وآثار جانبية على حياته لدرجة أنه من الممكن أن يؤدي به إلى الإصابة بأمراض خطيرة كضيق في التنفس، سرطان الرئة، سرطان المعدة... إلخ التي تؤدي به إلى الموت المبكر، كذلك تأثيره على الجانب الاقتصادي والاجتماعي للمدخن.

للإلمام بمفهوم الإدمان على التدخين وتأثيره على الجانب النفسي والجسدي، تطرقنا في فصلنا هذا إلى مفهوم الإدمان، والتعريف بالإدمان على التدخين، أبعاده وخصائصه، نظرة أو تفسير علم النفس للإدمان على التدخين وأخيرا أسبابه وآثاره على الطالب الجماعي، وأخيرا تطرقنا إلى مفهوم الطالب الجامعي.

أولاً: مفهوم الإدمان:

1. تعريف الإدمان:

قد يتصور البعض أن مفهوم الإدمان يرادف مفهوم التعاطي، أو مفهوم سوء الاستعمال، أو مفهوم الاعتياد. وأصحاب هذا التصور مخطئون تماماً، فكل مصطلح من هذه المصطلحات معناه ومدلوله الذي يختلف عن الآخر.

لذلك يعرف الإدمان في اللغة بأنه: "المدامومة على عمل شيء"، والأصل الاشتقاقي للكلمة هو الفعل "دمن" والفعل الرباعي منه "أدمن"، فيقال فلانا أدمن الشيء أي أدامه ولم ينفك عنه، فهو مدمن إدمانا، والإدمان ليس مقصوراً على المخدرات، كما أنه ليس مقصوراً على الإنسان، فيمكن للكائن الحي أن يدمن بعض الأفعال والتصرفات والسلوكيات الأخرى.

(ماهر، 1999، ص 4)

حيث أن منظمة الصحة العالمية عرفته بأنه: "حالة نفسية وأحيانا جسمية تنتج عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء أو المخدر، يتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر الذاتي في تناول المادة الإدمانية تناولاً مستمراً أو متقطعاً وذلك من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتجنب الانزعاج النفسي أو العضوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب".

(تيايبي، 2019، ص 15)

وبالنسبة لآخر فإنه: "عبارة عن اضطراب سلوكي يظهر تكرار لفعل من قبل الفرد لكي ينهمك بنشاط معين بغض النظر عن العواقب الضارة بصحة الفرد أو حالته العقلية أو حياته الاجتماعية، ويرجع الإدمان إلى عوامل وراثية، بيولوجية، دوائية، واجتماعية".

(جمال، 2012، ص 21)

وهو أيضاً الاستخدام القهري لمادة مخدرة طبيعية كانت أم صناعية وينتج عن هذا الاستخدام الضرر للفرد أو المجتمع أو كلاهما، وفي الوقت ذاته ينتج عن هذا الاستخدام اعتماد نفسي وعضوي يجبر المتعاطي على قبول التحمل ويزود لهفته للمادة المخدرة عند انتهاء فاعلية الجرعة التي تعطاها.

(أبو الخير، 2013، ص 26)

كما عرفه الغريب: "بأنه حالة المداومة على تعاطي مادة أو مواد معينة، أو القيام بأنشطة محددة لفترة زمنية طويلة، بقصد الدخول في حالة من النشوة، أو إبعاد الاكتئاب". (حمادي، 2018/2019، ص 95)

الإدمان هو عبارة عن استخدام قهري وبصفة مستمرة لمادة ما سواء كانت مخدرة كالكوكايين أو غير مخدرة كالسجائر، وينجر عن القيام بهذا السلوك إلى أضرار نفسية وجسمية للفرد وكذلك أضرار للمجتمع ولا يستطيع الفرد التخلي عن اعتماد هذه المادة كالسجائر مثلا، بسبب الحاجة الملحة بشدة، وكذلك الألم النفسي والجسدي المترتب عنها.

2. أبعاد الإدمان وخصائصه:

من أهم أبعاد الإدمان ما يلي:

- ميل إلى زيادة جرعة المادة المعاطاة، وهو ما يعرف بالتحمل.
 - اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.
 - حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
 - رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي وسيلة.
- (تيايبي، 2019، ص 15)

أما بالنسبة للخصائص فتتمثل فيما يلي:

- تشوق وحاجة مكرهة لتعاطي المادة ومحاولة الحصول عليها بأي وسيلة.
 - نزعة لزيادة الكمية.
 - تأثيرات مؤذية للفرد والمجتمع.
 - خضوع وتبعية جسدية ونفسية لمفعول المادة.
 - ظهور عوارض النقص عند الانقطاع الفوري عن المخدر اختياريا كان أم إجبارا.
- (تيايبي، 2019، ص 15)

ومنه نجد أن الإدمان هو شعور قهري يتحكم في الفرد ويسيره من دون تفكيره وإرادته، حيث أنه يدفع بالفرد المدمن إلى زيادة جرعة المادة المعطاة ومحاولة الحصول عليها بكافة الوسائل.

3. مراحل الإدمان:

إن الطبيعة النفسية للمدمن وكذلك ظروفه الاجتماعية وطبيعة علاقاته وضغوطه البيئية الاجتماعية والعلاقات الشخصية وكذلك التغيرات الجسمانية التي تطرأ على الجسم وكل هذه العوامل المذكورة لها تأثير في سرعة انتقال المدمن وتطوره من مرحلة إدمانية ما إلى مرحلة أخرى أكثر تطوراً. (فطابر، 2001، ص 72)

وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

-مرحلة التحمل:

وهو حاجة المدمن لزيادة لعقار يوماً بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها، والمدمن قد يتجرع كمية من العقار لكي يصل إلى غايته. وعملية الحصول على العقار بأي طريقة يعني السلوك الذي يستبجح أي شيء للوصول إلى العقار كالكذب والغش والتزوير والسرقة وقد ينتهي بارتكاب جريمة.

(عتيقة، 2015، ص 144)

-مرحلة الاعتياد:

وهي الحالة التي يكون فيها تشوق للتدخين بسبب ما يحدثه من شعور بالنشوة وهذا التشوق ليس وراءه قوة مكرهة ويكون ذلك بدافع اجتماعي أو مجاملة الأصدقاء أو تقليداً للآخرين وتكثر هذه الحالات لدى المراهقين والشباب الذين يندفعون بتأثير الآخرين ومعظم هؤلاء يشعرون بالراحة والنشوة وأن حالتهم النفسية قد تغيرت وأصبحوا أكثر شجاعة وأقل خوفاً أو خجلاً وأكثر حرية وانطلاقاً وهذه كلها تنمي لدى الفرد خبرات سابقة تعزز سلوك التدخين وتكرار التجربة في الظروف نفسها للحصول على الخبرات والمشاعر نفسها.

(الهورنة، 2018، ص 14)

-مرحلة الاعتماد:

عرفت هيئة الصحة العالمية 1973 الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائصها الإلحاح للحصول عليها والاتجاه لزيادة التدخين وحدث أعراض انسحابيه.

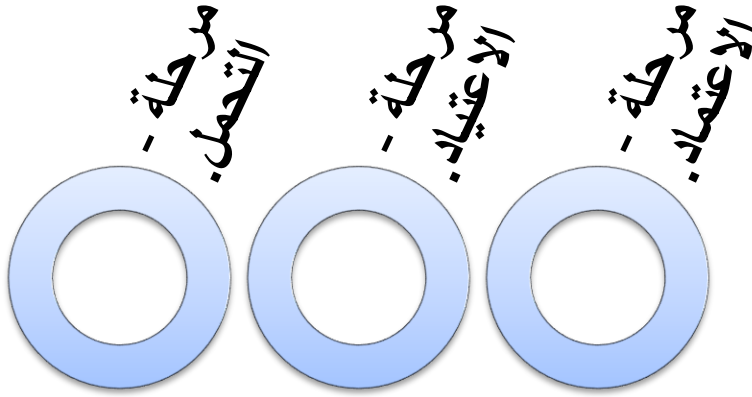
كما يؤدي إلى استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في التدخين بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره وهناك

بعض المواد تسبب اعتمادا نفسيا فقط أما العقاقير التي تسبب اعتمادا عضويا فهي أيضا تسبب اعتماد نفسي.

(الهورنة، 2018، ص 15)

يكون الإدمان عبر عدة مراحل، أولها تبدأ بمرحلة التجربة أو التقليد تجعل الفرد يشعر بنشوة معينة، بعدها يبقى الفرد في تكرارها على حسب قدرة تحمله للوصول إلى شعور المرة الأولى، إلى أن يؤدي به ذلك إلى الاعتياد، وتصبح مادة معتاد عليها من جانب نفسي وعضوي والرغبة الدائمة بالتدخين، إلى أن يصبح إدمان.

الشكل رقم (07): يمثل مراحل الإدمان. (من إعداد الطالبات)



4. أنواع المدمنين:

تتمثل أنواع المدمنين في:

- **المجرب:** وهو الذي يتناول المادة على سبيل التجريب مرة واحدة او حتى أكثر من مرة ولكنه لا يواصل تناولها.
- **المستهلك العارض:** وهو الذي يستعمل المادة على سبيل الترويح واللهو من حين لآخر.
- **المدمن:** هو الذي يستهلك المادة بصفة منتظمة ويعتبر رهينة لها اما نفسيا اما بدنيا ويكون الارتهان البدني.

ومنه نجد أن المدمنين عدة أنواع، من بينهم نجد الطالب الذي يستهلك المادة بهدف التجربة لمرة أو أكثر، لكنه لا يصل إلى مرحلة الإدمان، وهناك من يستهلك بهدف اللهو بين حين وآخر، وأهمهم المدمن الذي معتمد على المادة نفسيا وجسديا ولا يمكنه الاستغناء عنها.

كما توجد شخصيات عديدة للمدمن على التدخين:

- الشخصية السوية: التي تنزلق بخطأ غير مقصود للتدخين.

- الشخصية التي تعاني من اضطرابات نفسية.

- الشخصية التي تعاني من اضطرابات عقلية.

- الشخصية الاجرامية: هي الشخصية السيكوباتية وهي الشخصية التي لديها بصيرة بنتائج أعمالها ولكن يدخن بمجرد فكرة تجول في خاطره.

(محمد فتحي حماد، 2004، ص ص 45-46)

5. أنواع الإدمان:

تختلف أنواع الإدمان حسب التصنيفات الآتي:

- **الإدمان على الكحول والخمر:** وهو الإدمان الذي يحدث نتيجة شرب الخمر والكحول باستمرار، ويكون لديه انحطاط عام وتدهور في الشخصية، يكون واضحا في المظهر الخارجي، السلوك الأخلاقي ويمكن أن تكون لديه مشكلات مالية تعود إلى حاجته إلى الكحول وتقوده إلى سرقات تافهة، وبالإضافة إلى ذلك فإنه لا يفكر بوضوح، ويتدهور جسديا وعقليا.

(العباي، 2010، ص 30)

وهو حالة مرضية مزمنة تتميز بالرغبة الملحة في تناول الكحول بشكل متكرر ومستمر، حتى يتم الوصول إلى درجة أن الشخص يصبح غير قادر على السيطرة على استهلاكه للكحول ويتعرض لمضاعفات صحية واجتماعية ونفسية خطيرة.

- **الإدمان على المخدرات:** وهي الإدمان على كل مادة خام أو مستحضرة، تحتوي على جواهر منبهة أو مسكنة، من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية والموجهة أن تؤدي إلى حالة التعود. أو الإدمان مما يضر بالفرد والمجتمع جسديا ونفسيا واجتماعيا.

حيث هذه المادة المخدرة تجعل الشخص يعتاد عليها ويحتاج لها من أجل الشعور بالنشوة والسعادة وتخفيف الألم والضغط النفسية. لأنها تؤثر على الجهاز العصبي المركزي وتعمل على تحفيز مركز المكافأة في الدماغ، مما يؤدي إلى شعور الشخص بالراحة والاسترخاء والنشوة، ومع

مرور الوقت يتعود الجسم على تأثيرات المخدرات ويحتاج إلى كميات أكبر لتحقيق نفس الشعور بالنشوة، مما يزيد من الحاجة لتناول المخدرات ويصعب الإقلاع عنها.

ويرى العباجي أن اختلاف الزمان وسرعة التطورات التي حدثت وبفعل معطيات التكنولوجيا الحديثة التي سيطرت على أغلب مداخل الحياة أدت إلى إدمان على مواد من نوع جديد هي:

- **الإدمان على التدخين:** وهو تعود الفرد على تدخين السجائر والإدمان عليها ومما يؤدي بالتالي إلى امتلاء جسمه وورثته وتشبعه بالنيكوتين السام ويصبح مدمنا لا يستطيع الاستغناء عنه.

حيث تزداد الحاجة للتدخين مع مرور الوقت، حيث يصبح الجسم معتادا على النيكوتين ويحتاج إلى كميات أكبر لتحقيق نفس الشعور بالراحة، وبالتالي يعتبر الإدمان على التدخين إدمانا قويا وصعب الإيقاف.

(العباجي، 2010، ص 31)

ومنه نستخلص أن للإدمان أنواع مختلفة، حيث نجد الإدمان على الكحول والخمر التي هي الرغبة الملحة لتناول الكحول. وكذلك نجد الإدمان على المخدرات والذي هو عبارة عن تعاطي المادة المخدرة في كل مرة تكون الجرعة أكبر، وذلك للحصول على نفس النشوة التي حدثت أول مرة، وكذلك إشباع الرغبة والتخفيف الألم النفسي، وأخيرا نجد الإدمان على التدخين الذي هو تعود الفرد على تناول السجائر حتى يصبح الجسم مدمن على النيكوتين، بالتالي في كل مرة يزيد في الكميات للحصول على نفس الشعور الأول.

شكل رقم (08): يمثل أنواع الإدمان. (من إعداد الطالبات)



ثانياً: تعريف إدمان التدخين:

-الإدمان للتدخين هو إدمان سلوكي وبيولوجي ويتحول من مجرد عادة إلى إدمان عندما يدمن الشخص السجارة التي تحتوي على مادة النيكوتين التي تؤثر على المراكز والنواقل العصبية وتساعد على إطلاق مادة "الدوبامين" المسؤولة على خلق إحساس النشوة واللذة والقدرة على التركيز والإبداع. وعندما يزول مفعول النيكوتين يقرر العميل الاستهلاك مجددا لخلق نفس المتعة.

(الجملي، 2020، <http://www.med.tn/1363.com>)

-يشار إلى الاعتماد على النيكوتين من خلال الجهود المتكررة غير الناجحة للإقلاع عن التدخين، والمعاناة من أعراض الانسحاب عند محاولة الإقلاع عن التدخين، والتدخين على الرغم من التعرض لمشاكل صحية، والتخلي عن الأنشطة الاجتماعية أو الترفيهية من أجل التدخين.

(Christensen, 2018, p 02)

أي هو حالة مرضية تصيب الشخص بعد تعاطي مادة النيكوتين الموجود في التبغ لفترة طويلة، وتتسم بالحاجة الملحة لتعاطي التبغ والصعوبة في التوقف عنه. وهذا يعني أنه الشعور بالعجز وعدم القدرة على السيطرة على النفس بسبب الرغبة الشديدة في تحقيق النشوة المتعود عليها بالسجائر، وتتزايد درجة الإدمان على حسب مرات التكرار.

وفي الأخير يمكن تعريفه على أنه: "هو عبارة عن عادة يقوم فيها الفرد بتعاطي مادة النيكوتين الموجودة في السجائر، ولا يمكن توقف عن استخدامه بسبب تأثيره على النواقل العصبية التي تفرز مواد تحدث نشوة ولذة".

ثالثا: 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:

- **المرحلة التحضيرية préparatoire l'étape**: وهي مرحلة تكون فيها معتقدات واتجاهات الشخص منصبة على الفائدة التي يحققها هذا السلوك وهي اعتقادات تتأكد شيئا فشيئا يكون سلوك التدخين في هذه المرحلة ملاحظا في المحيط بطريقة تعكس نضج من يسلكونه كما، تعكس استقلاليتهم ويظهر هذا السلوك كوسيلة لمواجهة الضغوط أو كوسيلة تغلق روابط مع جماعة الأصدقاء.

- **مرحلة التجريب d'essai l'étape**: وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص السجائر مع الأصدقاء مما يمنحه إحساسا بالرجولة والنضج وشعورا بالمتعة.

- **مرحلة التكرار**: وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بطريقة متكررة ولكن دون انتظام.

- **مرحلة التعود**: وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بانتظام ويصبح استعمال السجائر يشعره بالاسترخاء (التعود النفسي والفيسيولوجي).

- **مرحلة المداومة**: وهي المرحلة التي تظهر فيها أعراض تبعية جسمية للتبغ.

(Lucas, Barbara, 2005, p 116)

ومنه نستنتج أن مراحل التعود على التدخين تشكل سلسلة من التحولات التي يخضع لها الفرد بمرور الوقت، يعتبر التدخين سلوكا مدمنا يتطلب تعودا تدريجيا، فالمرحلة الأولى هي مرحلة التحضير، حيث تكون لدى الفرد أفكار إيجابية حول التدخين، ثم المرحلة التجريبية وتكون هذه المرحلة لها علاقة بالأصدقاء وتشجيعهم للفرد على التدخين. بعدها يبقى الفرد يكرر العملية إلى أن يصل إلى مرحلة التعود، حيث يصبح تدخينه منتظم، وفي الأخير يصل إلى مرحلة المداومة التي تظهر فيها أعراض الإدمان على التدخين.

شكل رقم (09): يمثل مراحل التعود على سلوك التدخين. (من إعداد الطالبات)



رابعاً: أسباب الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي:

- هناك أسباب عديدة تؤدي بالطالب الجامعي إلى الإدمان على التدخين والتي تتمثل في الآتي:
1. **التصدع الأسري:** فالعلاقات المتداعية بين الوالدين أو بين الوالدين والأبناء من شأنها أن تؤدي إلى لجوء الشباب والمراهقين إلى ممارسة السلوكيات غير المرغوبة ومن ضمنها التدخين هرباً من هذه المشكلات أو محاولة نسيانها كما يعتقدون.
 2. **ضعف رقابة الوالدين على الأبناء:** إن غياب الوالد عن الأسرة لفترة طويلة (أيام، أو شهور، أو سنوات) من شأنه أن يجعل الأبناء وخاصة الذكور منهم يلجؤون إلى التدخين، أو ممارسات أخرى أشد خطراً، لأن سلطة الوالدين غير موجودة، كما أن التوجيه والرعاية غير موجودتين، وقد تستسلم الأم وتعتبر نفسها غير قادرة على السيطرة على الأبناء وأن المسؤولية في ذلك هي مسؤولية الأب.
 3. **جماعة الرفاق:** إن أكثر الأوساط الاجتماعية تأثيراً، على الشباب والمراهقين هم جماعة الرفاق الواقعين تحت تأثير هذه العادة، إذ أن تأثيراتهم تكون قوية، حيث يميل الفرد عادة إلى تقبل السلوكيات التي يقوم بها رفاقه وإلى تقليدهم في ذلك .
- (مهدي، 2019، ص 440)
4. **الفراغ والضجر والرغبة في المغامرة والمتعة:** يحاول الإنسان عادة أن يجد ما يشغل وقته فإذا لم يجد نشاطات ذات قيمة لقضاء وقته فإنه من الممكن أن ينزلق إلى سلوكيات غير مناسبة، كتعاطي التدخين والمخدرات، ويزداد هذا الاحتمال إذا كانت القيم الاجتماعية تستند إلى أخلاق المتعة بغض النظر عن النتائج المترتبة على ذلك الاستمتاع.
 5. **وسائل الإعلام:** تلعب وسائل الإعلام دوراً مهماً في المجتمعات الإنسانية في الوقت الحاضر، فهي أداة للبناء أو الهدم، فهناك الكثير من القنوات التلفزيونية الفضائية والصحف اليومية والمجلات التي تنشر الإعلانات المثيرة عن أنواع السجائر الفاخرة، وعن أشهر الممثلين والممثلات الذين يتعاطون مثل هذه السجائر، مما يدفع الشباب والمراهقين إلى تقليدهم نظراً لسرعة تأثيرهم بمثل هذه الدعايات المغرضة والهدامة.

(مهدي، 2018، ص 440)

- فحسب سمير أبو حامد، هناك عدة أسباب تجعل الناس يلجؤون إلى التدخين نذكر منها الآتي:
- التدخين بدافع التقليد وبدافع الفضول.

- العيش في أجواء التدخين مع الأصدقاء والآباء.
- سهولة الحصول على التدخين (السيجارة وأشكال التدخين الأخرى).
- الاعتقاد بأنه لا يوجد خطر بتجريب التدخين.
- التعرض لظروف الحياة الصعبة والشدة.
- الدور السلبي لدعايات شركات التدخين وبعض الأفلام السينمائية بأن التدخين عمل ممتع ومثير.

(أبو حامد، 2009، ص 31)

ومنه نستخلص أن للإدمان على التدخين أسباب عديدة تؤدي بالطالب الجامعي إليه، حيث أن هذه الأسباب تكون متراكمة منذ مراهقته من مشاكل عائلية، وأصدقاء يدخنون، ضغوط نفسية، وخاصة مرحلة التعليم التي هو فيه، وما يعانيه من مشاكل وصعوبات خلال حياته الدراسية.

خامسا: النظريات المفسرة للإدمان على التدخين:

لقد اختلف العلماء حول تفسير إدمان التدخين، وذلك راجع إلى اختلاف الآراء ونظرتهم له، ومن بين النظريات المفسرة للتدخين ما يلي:

1. نظرية التحليل النفسي:

مع تقدم وتطور الفهم التحليلي النفسي، ظهرت محاولات لفهم تعاطي العقار بوصفه عادة ناتجة عن المرحلة الفمية الأولية، الدفاعية والعدوانية، حيث أرجع فرويد التدخين وشرب الخمر إلى تمركز جبلي، وقد أكد (Bril 1922) أن التدخين ينبثق من مص الإصبع حيث أنه تكملة للأنشطة الشبقية الذاتية.

(سليمانى، كبدانى، 2021، ص 242)

كما فسرت هذا السلوك بأنه علامة تدل على عدم نضج الشخص لأن طاقة المدخن الغريزية مرتبطة بمنطقة الفم، كما يحدث عند الطفل الرضيع، فالمدخن بحاجة إلى وضع شيء في فمه لإشباع رغباته وسلوك التدخين وسيلة تمكنه من ذلك، إن هذا الرأي الخاص بمدرسة التحليل النفسي يبقى رأياً نظرياً لم تثبت صحته بصورة علمية.

(بولحبال، 2020/2019، ص 74)

ومنه فسرت نظرية التحليل النفسي فسرت الإدمان على التدخين على عدم نضج الشخص لأن طاقة المدخن الغريزية مرتبطة بالفم، وأن المدخن يحتاج إلى إشباع رغباته وبالتالي يقوم بالتدخين من أجل إشباع رغبته.

2. نظرية التعلم الاجتماعي:

يرى بعض الباحثين أن سلوك التدخين يستمر بسبب التعلم الاجتماعي لأنه يقترن بالمكافأة التي تنتجها خبرة التدخين، ولكن كيف يحدث هذا الاشرط، إن ممارسة الفرد لسلوك التدخين تجلب له في البداية الثناء من رفقاءه ويعتبر ذلك دعماً أو جزاء يتحمل في سبيله المشاعر المزعجة التي يحس بها من يدخن لأول مرة مثل الغثيان وتسارع نبضات القلب، ومع مضي الوقت وتمكن النيكوتين من الجسم تصبح الحركات المصاحبة لسلوك التدخين والشعور بالاسترخاء والتخلص من التوتر الذي يصاحب أو يلي سلوك التدخين دعماً يكثف العادة ويرتبط بعد ذلك بدعم مؤثرات مختلفة إذا وجدت جعلت المدخن يشعر بالرغبة في إشعال سيجارة كروية علبة السجائر أو الإعلانات ورؤية مدخنين آخرين، وفي

مرحلة لاحقة يدعم التدخين الشعور بالارتياح من الآثار النفسية والجسمية المزعجة التي تحدث بعد فترة من الامتناع عن آخر سيجارة.

(مشاشو، 2018/2017، ص 81)

كما يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الشاب يتعلم التدخين من تدخين الوالدين، مصاحبة الرفاق المدخنين، الرغبة في الشعور بالانتماء وتقليد الكبار، وتأكيدا على ما سبق يؤكد المتبنون لمنحى التعلم الاجتماعي ما للتقليد والمحاكاة من تأثير كبير في نشأة وتطور عادة التدخين، فالطفل الصغير يلاحظ أن النماذج الهامة في حياته (خاصة الوالدين أو نجوم السينما) يسرعون الأخذ بالسيجارة عند أول موقف إحباطي، وبالتالي يتعلم الطفل كيف يقلد الكبار في الأوقات التي يتعرض فيها للضغوط المختلفة وغيرها من المواقف، وهذا التعلم يحدث دون تدعيم مباشر، حيث يتعلم الفرد التدخين من خلال هذا النموذج.

(زيدان، 2014، ص 24)

فحسب هذه النظرية أن سلوك التدخين يستمر بسبب التعلم الاجتماعي نتيجة تعزيز خبرة التدخين من خلال المدح من قبل رفقاءه وتغطي على المشاعر السلبية التي تحدث له عند التدخين أول مرة. وحسب دراسات في الولايات المتحدة الأمريكية يرون أن البيئة لها دور فعال في تعلم التدخين وتقليد الوالدين.

3. تفسير هانز إيزيك:

يبدأ معظم المدخنين التدخين خلال فترة المراهقة، حيث يعتبر الشباب عنصر من عناصر المخاطرة والتمرد، وكذلك وجود نماذج تشجع الشباب على التدخين.

قام بعض علماء النفس أمثال "هانز إيزيك" بوصف شخصية المدخن، حيث تعد سمة الانبساط هي السمة الأكثر ارتباطا بالتدخين، حيث أن الأفراد المدخنين يميلون إلى أن يكونوا أشخاص اجتماعيين مندفعين يميلون للمخاطر ويسعون للمرح، وعلى الرغم من أن الشخصية والعوامل الاجتماعية قادرين على جعل الفرد أكثر إقبالاً لتدخين، لكن العادة هي نفسها عامل اشتراط إجرائي فخلال المراحل الأولى من تعاطي يعطي التدخين مشاعر وأحاسيس ممتعة وبذلك يكون مصدر تعزيز إيجابي، وبعد مرور سنوات عن عادة التدخين تظهر لدى المدخن دوافع أخرى للاستمرار في التدخين متمثلة في الخوف من أعراض الانسحاب وهنا التعزيز السلبي.

(جمال، 2012، ص 69)

ومنه نجد أن الأفراد المدخنين يبدؤون التدخين خلال فترة المراهقة لأنها تعتبر عنصر مخاطرة ووجود نماذج تشجع على التدخين.

وقد قام هانز بوصف شخصية المدخن حيث ميز أنها تكون انبساطية ويميل المدخنين إلى أن يكونوا اجتماعيين مخاطرين يسعون للمرح، وأن عملية الإدمان هي عامل اشتراط إجرائي فخلال المراحل الأولى للتدخين يشعر المدخن بأحاسيس جيدة وبالتالي يعزز إيجابيا ومع الوقت يصبح التدخين بسبب دوافع أخرى كالخوف وهذا تعزيز سلبي.

4. النظرية السلوكية:

لقد فضل أصحاب هذه النظرية استخدام مفهوم طبيعي يتمثل في خفض التوتر ينسبون إليه الإدمان، فالأفراد يدخنون ليخفوا من مشاعر الألم والغضب والضيق وخاصة القلق، وبالتالي يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، فهم يميلون إلى التدخين مرات عديدة ومتتالية.

كما تفترض هذه النظرية أن التدخين وإدمانه سلوك يتعلمه الإنسان، فإذا شعر شخص بالقلق والتوتر دخن سيجارة ليشعر بالهدوء والسكينة، ومع استمرار التدخين يصبح الشخص متعود على هذه المادة لتخفيف آثار الامتناع المزعجة، والمعروف في التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين السلوك ونتيجته طويلا ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان تعزيز سلبي أو إيجابي.

ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه على الدور التعزيزي الذي تلعبه المواد المسببة للإدمان في تطوير السلوك الإدماني ودعمه، فالمدمنون يدخنون بغية الحصول على النشوة والسعادة، وفي ذلك تعزيز إيجابي، ولخفض القلق تعزيز سلبي. إضافة إلى ذلك فإن المثيرات الاجتماعية التي ترتبط به هي الأخرى تكتسب خصائص تعزيرية، لأنها تفتقر بالمثيرات التعزيرية.

(عتيقة، 2015، ص ص 148-149)

أرجعت النظرية السلوكية أن الفرد يلجأ إلى التدخين بسبب العديد من الانفعالات التوتر، الغضب والقلق ومع التعزيز للسلوك يتطور إلى أن يصل لمرحلة الإدمان وهذا عن طريق التعلم الاستجابة للمثيرات والتعزيز الإيجابي.

5. النظرية العصبية

هذا التفسير يرجع الإدمان إلى عوامل بيولوجية تتعلق بطبيعة الانسان وبطريقة عمل الجهاز العصبي، فالجسم عندما يتكيف مع هذه المواد يحدث الإدمان، أما إذا لم يتكيف معها لا يحدث الإدمان.

قدم بوليميرو وبوليميرو تفسيراً واضحاً فيه أن التدخين يعمل كمنظم عصبي وهو ما يفسر وجود الإدمان مع النيكوتين صعوبة التوقف عن هذا السلوك، وقد أكد الباحثان أن النيكوتين قد يشكل طريقة تعمل على تنظيم الأداء والشعور لدى المدخن لأنه يدخل في مستويات المنظمات العصبية النشطة وقد يستخدم من قبل المدخنين ليحث عمل هذه المنظمات التي تؤدي إلى تحسن مؤقت في الأداء أو الشعور ويزيد من القدرة على التركيز واسترجاع كما يزيد في اليقظة والأداء النفسي الحركي وتسبب هذه التغيرات التي تنشأ عن التدخين فإن عدداً كبيراً من القرائن الجسمية الداخلية والقرائن البيئية الخارجية التي لا يبدو أن لها علاقة حقيقية بسلسلة العوامل المؤدية للاعتماد على النيكوتين فد تلعب دور المثير، التمييزي الذي يحث على القيام بالتدخين.

(شيلي، 2008، ص 212)

ومنه نجد أنه فسر التدخين على أنه يعمل كمنظم عصبي مما يفسر سبب صعوبة التوقف عنه، وأن مادة النيكوتين يقوم بتنظيم أداء الشعور لدى المدخن لأنه يدخل في مستويات المنظمات العصبية وهذه المنظمات تقوم بزيادة القدرة على التركيز واليقظة والأداء النفسي.

سادسا: أثر الإدمان على التدخين على الطالب الجامعي:

يصاب المدخن بالعديد من الأضرار والأمراض التي يسببها التدخين، نتيجة العديد من المواد الضارة الموجودة بالسجائر. هذه الأضرار تصيب مختلف أنسجة الجسم وتؤثر على الأداء الحركي والحالة النفسية للمدخن، كما تمتد أضرار التدخين إلى المحيطين بالمدخن في البيت أو في مكان العمل، وهو ما يعرف بالتدهين السلبي.

(عبد العزيز، 2004، ص 97)

في تقرير حول مضاعفات التدخين الصحية، عددت (General Surgeon) وهي الهيئة العليا للصحة في (الولايات المتحدة الأمريكية) الأمراض التالية والتي تمثل نتيجة مباشرة للتدخين:

- السرطانات: المثانة.
- عنق الرحم.
- المريء، الكلى.
- سرطان الدم.
- القصبات الهوائية.
- البنكرياس، والمعدة.

(Mautrait, Lagrue, 2005, p38)

1. تأثير التدخين على القلب والأوعية الدموية:

يعتبر التدخين أهم عامل خطر يسارع الإصابة بأمراض القلب حيث يؤدي النيكوتين وأول ثاني أكسيد الكربون المستنشق إلى تخرب بطانة الشرايين وهذا يساعد على ترسب الدهون، مما يؤدي إلى تسمك وتصلب جدران الشرايين وتضييق فتحتها الداخلية مما يعني تناقص في كمية الدم العابرة مما يعرض بقية أعضاء الجسم نقصا في ترويتها الدموية.

(موره، 2022، ص 173)

2. تأثير التدخين على الجهاز التنفسي:

أمراض الرئة الانسدادية المزمنة تعرف بأنها تراجع غير قابل للعودة للوظيفة التنفسية المتمثلة في أخذ الأوكسجين عبر الشهيق وطرح الغازات الضارة خاصة ثاني أكسيد الكربون عبر الزفير. يؤدي تعرض الجهاز التنفسي إلى تراكم الغازات السامة الناجمة بشكل أساسي عن التدخين إلى حدوث التهاب ويؤدي بدوره مع مرور الوقت إلى التضييق التدريجي في الفتحة الداخلية للطرق الهوائية

والتخريب المتدرج للحويصلات الرئوية، وهو المكان الذي يجري فيه تبادل الغازات بين الهواء المستنشق والدم، وأن التوقف عن التدخين قبل الوصول للمرحلة النهائية الغير قابلة للتراجع للمرض يؤدي إلى تراجع العملية المرضية وبالتالي حصول الشفاء التدريجي. (أبو حامد، 2009، ص 52)

3. تأثير التدخين على جهاز الهضمي:

يمكن لإدمان التدخين أن يصيب الجهاز الهضمي بأمراض ابتداء من الفم، الذي يمكن أن يصاب بالسرطان سواء في الشفتين أو اللسان أو الحنجرة، كما يمكن أن يؤدي الإدمان على التدخين إلى التهاب اللثة والغدد اللعابية التي يمكن أن تتضخم وتليف، كما يمكن له أن يسبب القرحة المعدية والاثني عشر.

(Jean-marc plassart, 2010, <http://www.sqnté.ujf.grenoble.fr>)

4. تأثير التدخين على الجهاز العصبي:

من المعروف إن النيكوتين يؤثر على الأعصاب، وله تأثير مباشر على الجهاز العصبي، وهذا ما نشاهده على المدخنين من خلال الاضطرابات العصبية، و اضطراب 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 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.

(الريضي، 2015، ص 332)

5. تأثير التدخين على الجهاز العضلي:

يحتاج الجهاز العضلي إلى كمية إضافية من الأكسجين عند قيامه بأي جهد، حيث أن الإنسان المدخن أقل قدرة وإمكانية على أداء جهد معين من الإنسان الغير مدخن. لأن دماء المدخن أقل قدرة على حمل الأكسجين، نتيجة اتحاد هيموجلوبين الدم مع أكسيد الكربون، مكونا مركبا اسمه كربو كسي هيموجلوبين، وللنيكوتين تأثير كلي أو جزئي في سد المحركات العصبية عند نقطة ملتقى الخطوط بين الأنسجة العصبية والعضلات. حيث لكي يتقلص العضل ينبغي أن يتسلم إشارات عصبية من الدماغ

أو من الحبل الشوكي، فحين يتسلم الجهاز العضلي هذه الإشارات العصبية تتكمش العضلة وتتقلص، وهذا لا يعطي الجهاز العضلي القوة المطلوبة لأداء المهارات الحركية. وعادة ما تمر الإشارات العصبية فوراً من النسيج العصبي إلى العضل، وهكذا تسبب إجابات سريعة في كل الأجزاء. (الريضي، 2015، ص 341)

6. تأثير التدخين على الجلد والشعر:

يؤثر التدخين على الجلد إما بشكل مباشر عبر التماس الخارجي للجلد مع الجلد، أو بشكل غير مباشر عبر وصول مواد التدخين السمية عبر الأوعية الدموية. وأهم الأمراض الجلدية التي يتسبب التدخين في حدوثها الصدف يتضاعف خطر الإصابة به مرتين مقارنة بغير المدخن.

(موره، 2022، ص 174)

كما أكدت الدراسات أن التدخين، يؤدي إلى تساقط الشعر، ويسرع بالصلع بشكل مبكر عند الشباب. فقد أوضحت إحدى الدراسات أن 75% من الرجال المصابين بالصلع تتراوح أعمارهم بين 21-22 سنة، وهؤلاء كانوا من المدخنين، وأن معظمهم قد بدأ بالتدخين في سن الرابعة عشرة أو الخامسة.

(مهدي، 2019، ص 441)

7. تأثير التدخين على الصحة الإنجابية للذكور:

توجد أدلة علمية هامة على أن التدخين يؤدي إلى انخفاض تعدد النطاف، وزيادة تكرار ظهور نطف غير طبيعية من الناحية المرفولوجية، وإلى نوعية أدنى من النطاف لدى المدخنين مما هي عليه لدى غير المدخنين، كما وجد أن التدخين من قبل الرجال يرتبط بتأخر الإخصاب وتناقص نسب الخصوبة. حيث أن الأدلة العلمية والطبية على أن التدخين هو عامل خطورة ذو أهمية كبيرة في التسبب بحدوث العجز الجنسي هي أدلة دامغة، فقد وجدت إحدى الدراسات أن ما يقارب 81% من المرضى الذين شملتهم الدراسة كانوا مدخنين حاليين أو سابقين.

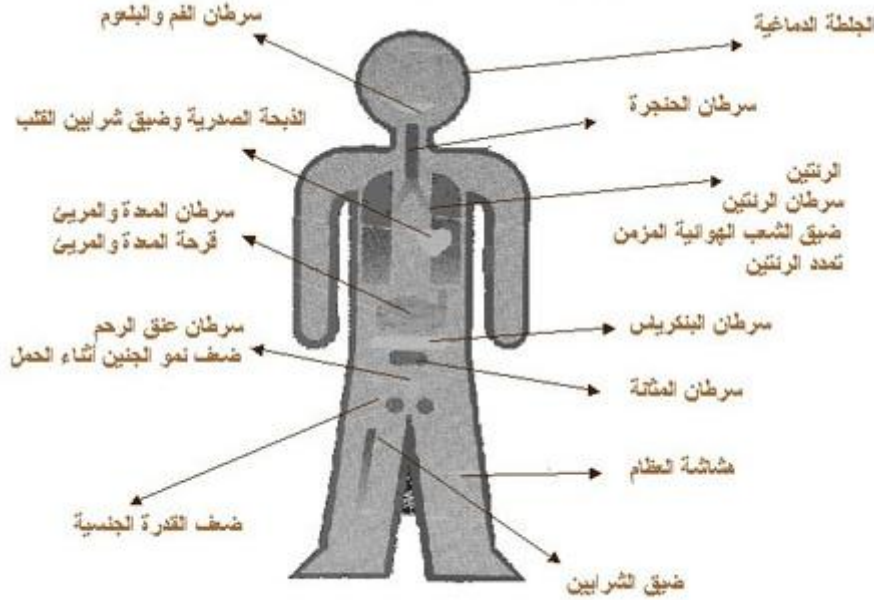
(منظمة الصحة العالمية، 2005، ص 10)

ومنه نستنتج أن للإدمان على التدخين آثار سلبية على الطالب الجامعي، سواء على المدى القريب أو البعيد، حيث أنه يؤثر على جميع أجهزة الجسم التي من بينها الجهاز التنفسي، القلب والأوعية الدموية، الجهاز الهضمي، حيث يؤثر بشكل مباشر عليه فهو يسبب عسرا في الهضم،

والإصابة بقرحة المعدة، بالإضافة إلى الإمساك. كل هذه التأثيرات تأتي بصورة معاكسة عما هو سائد بين الناس، وهو أن التدخين يعمل على تهدئة الأعصاب.

شكل رقم (10): يمثل الأمراض المتعلقة بالتدخين . (التدخين وكيف يمكن التوقف عنه،

(www.your-doctor.net



- أثر التدخين على الأسرة:

يؤدي التدخين إلى حدوث مشاكل صحية تؤثر على الأسرة والأبناء وقد تصل إلى حد الطلاق

وتشمل:

أ- تدهور الوضع المادي: التدخين يكلفك الكثير، ويؤدي الإنفاق المستمر لشراء السجائر إلى ضعف المستوى المادي، وعدم القدرة على إيفاء باحتياجات الأسرة والأبناء مما يسبب المشاكل الزوجية وحوادث الطلاق.

ب- سوء المزاج: مدة النيكوتين وتأثيره بسيطة، فهو لا يدوم إلا لثواني معدودة، وبعدها تعود لعادتك القديم في التدخين مرة أخرى لعودة هذا الشعور السريع، وهذا يزيد احتمالات وقوع الطلاق وانحراف الأطفال وسوء العلاقة مع الجيران.

(سامح، 2020، <http://www.altaafi.com>)

ت- إصابة الأبناء بالأمراض الخطيرة: يؤثر التدخين على الطفل منذ وجوده كجنين في بطن أمه، قد يؤدي التدخين لمشكلات في الجهاز التنفسي للطفل وإصابته بالربو، إلى جانب تعرض الطفل

للتسم نتيجة أكله لعقب السجارة، قد يؤدي التدخين إلى تقليد الأطفال لأبائهم وتدخينهم مثلهم، وهذا من أبرز أسباب التدخين التي يحذر منها الخبراء. إلى جانب الأطفال الذين يتعرضون للتدخين كفاءة أدمغتهم أقل وبالتالي يعانون من البلادة في الأداء.

نجد أن الإدمان على التدخين قد يؤدي إلى مشاكل عائلية وشجارات بين أفراد الأسرة عندما لا يستطيع المدخن أن يؤمن الكمية المطلوبة من السجائر، إذ يفرغ غضبه فيمن حوله سواء كانوا أطفاله أو زوجته أو أحد أفراد عائلته. كما قد يؤدي إلى مصاريف زائدة خارج نطاق تأمين علبه السجائر ألا وهي مصاريف الطبيب والدواء للشخص المتضرر من التدخين.

(سامح، 2020، <http://www.altaafi.com>)

ومنه نجد أن الإدمان على التدخين يؤثر بشكل سلبي على الأسرة، ويؤدي إلى زيادة الأعباء الصحية والتكاليف المرتبطة به من شراء السجائر على الأسرة، أي التأثير على الوضع الاقتصادي لها، كما قد يسبب صراعات ونزاعات داخلها بسبب عدم قدرة الأفراد الآخرين في تحمل الرائحة الكريهة للتدخين.

1. أثر إدمان التدخين على المجتمع:

إنّ للتدخين على المجتمع آثار سلبية ومخاطر ، ويجب على الأفراد إدراك خطورة قيامهم بالتدخين على أنفسهم وعلى مجتمعهم لعلّ هذا يفيد في تغيير سلوكهم وتوقفهم عن هذه العادة ذات التأثير السلبي على النفس وعلى الغير، كما يجب أن تتضافر الجهود المجتمعية لنشر الوعي فيما يتعلق بآثار التدخين على المجتمع والبيئة والصحة العامة، وفيما يأتي بيان لبعض هذه الآثار:

- **المشاكل الاقتصادية المجتمعية:** هي أبرز الآثار السلبية للتدخين على المجتمع، وتكون هذه المشاكل بسبب عوامل عدّة، ومنها: ضعف الإنتاجية لدى الفرد المدخن في قطاع العمل، وذلك لأنّ التدخين يؤثر على صحته ونشاطه. كثرة عدد المرضى في المجتمعات التي تحتوي على عدد كبير من المدخنين وبالتالي احتياج الحكومات لصرف مزيد من الأموال لعلاجهم. التأثير على الاقتصاد من خلال استيراد السجائر بأموال طائلة، وإضعاف عجلة التطور والازدهار.

(عمر، 2020، <http://www.maqaalat.com>)

- **المشاكل البيئية:** التي تنتج عن التدخين خطيرة أيضاً وهي تؤثر على كافة الأصعدة المحلية والعالمية، وفيما يأتي بيان لجملة من الآثار السلبية للتدخين على البيئة:

- انتشار الكثير من المركبات الكيميائية من دخان السجائر في الهواء وإلحاق الضرر بالبيئة وتشكيل خطر عليها، وتلويث الهواء بآلاف المواد السامة.
- خروج غاز ثاني أكسيد الكربون من دخان السجائر وهو غاز ملوث للبيئة ويزيد من نسبة الحرائق والكوارث.
- استنشاق دخان السجائر يؤدي إلى الإصابة بأمراض خطيرة ومزمنة وهذا يهدد الصحة المجتمعية، كما له تأثير على النباتات والأشجار.
- تشويه البيئة والوجه الحضاري للمنطقة بإلقاء عقب السجائر على الأرض، وقد يُلقى البعض هذه الأعقاب بشكل عشوائي مما يؤدي إلى حصول الحرائق وإلحاق الأذى بالآخرين.

(عمر، 2020، <http://www.maqalaat.com>)

وفي الأخير نستخلص أن لإدمان على التدخين تأثير سلبي على البيئة في عدة جوانب، حيث يتمثل هذا التأثير في التلوث البيئي الذي يتسبب فيه التدخين، حيث عندما يتم حرق التبغ يتم إصدار مجموعة واسعة من الملوثات الهوائية الضارة من بينها: ثاني أكسيد الكربون. كما أنه في تصنيعه يكون هدر للمياه والأشجار. كما أن الأفراد عند التخلص من السجائر المستخدمة يقومون برميها في الأماكن الغير المخصصة لرمي النفايات، وهذا يؤدي إلى تلوث البيئة.

شكل رقم (11): يمثل أضرار التدخين على البيئة. (وزارة البيئة والمياه والزراعة،

www.mewa.gov.sa)



سابعاً: مفهوم الطالب الجامعي:

1. تعريف الطالب الجامعي:

الطالب الجامعي هو ذلك الشخص الذي يمثل مرحلة هامة من مراحل العمر، ألا وهي مرحلة "الشباب"، والتي عرفها محمد علي محمد بقوله: "إن الشباب ظاهرة اجتماعية أساساً تشير إلى مرحلة تعقب مرحلة المراهقة، وتبدو خلالها علامات النضج الاجتماعي والنفسي واضحة"، والطلبة الجامعيون من وجهة النظر العلمية التقليدية: "يمثلون جماعة أو شريحة من المثقفين في المجتمع بصفة عامة، إذ يتركز المئات والألوف من الشباب في نطاق المؤسسات العمومية".

(بومخيلة، 2006/2007، ص 97)

وعرف إسماعيل سعد الطلبة على أساس أنهم شباب، وأن الشباب فئة عمرية تشغل وضعا متميزا في بناء المجتمع، وهي ذات حيوية وقدرة على العمل والنشاط، كما أنها تكون ذات بناء نفسي وثقافي يساعد على التكيف والتوافق والاندماج والمشاركة بطاقة كبيرة، تعمل على تحقيق أهداف المجتمع وتطلعاته.

(شعباني، 2002، ص 24)

ويعرف السعيد بريق الطلبة الجامعيين بأنهم الصفوة الأكثر وعياً وإمكانية من حيث التبادل العلمي، وقد لا يوجد التباين بين الصفوة والقاعدة الشبابية في المجتمعات النامية في معنى آخر، ويؤكد أنه يجب التركيز على الشباب المثقف لأنه الفئة الأكثر استعداداً للتغيير وقد يكون السبب الكافي لاعتبارهم الفئة الأكثر إدراكاً بطبيعة التفاعل الاجتماعي والإيديولوجي، والأكثر عرضة للتفاعلات والتيارات العديدة.

(بسباس، 2017/2018، ص 36)

وهو الشخص الذي سمحت له كفاءته العلمية بالانتقال إلى الجامعة تبعاً لتخصصه بواسطة شهادة أو دبلوم يؤهله لذلك، كما أنه يعتبر أحد العناصر الأساسية والفعالة في العملية التربوية طيلة التكوين الجامعي إذ يمثل النسبة الغالبة في الجامعة والمؤسسات الجامعية.

حيث يرى مزيش أن الطالب الجامعي هي الذي يتلقى دروساً ومحاضرات والتدريب على

كيفية الحصول على المعلومات في مؤسسة التعليم العالي للحصول على شهادة جامعية.

(بوقريوة، 2017/2018، ص 55)

الطالب الجامعي هو فرد من المجتمع تحصل على البكالوريا وسجل في مؤسسة تعليمية عالية (الجامعة) لدراسة برنامج أكاديمي يهدف إلى تطوير مهاراته ومعرفته في مجال معين. يتابع الطالب الجامعي دراسة مقررات نظرية وعملية في مجال تخصصه وذلك من أجل الحصول على شهادات عليا مثل الليسانس، والماستر، والدكتوراه.

2. خصائص الطالب الجامعي:

أ- الخصائص الجسمية:

يعتبر النمو الجسمي أهم جوانب النمو في هذه المرحلة، حيث يعتبر أدق مؤشر إن لم يكن المؤشر الوحيد لهذه المرحلة، ويشتمل على مظهرين من مظاهر النمو الفيزيولوجي (التشريحي) والنمو العضوي، والمقصود بالنمو التشريحي هو نمو الأجهزة الداخلية غير الظاهرة للعيان، التي يتعرض لها الطالب أثناء البلوغ وما بعده، ويشمل ذلك بوجه خاص نمو الغدد الجنسية، أما النمو العضوي يتمثل في نمو الأبعاد الخارجية للطالب كالتطول، الوزن، العرض، والتغير في ملامح الوجه وغيرها من الظواهر التي تصاحب عملية النمو.

كما يتم في هذه المرحلة بروز مظاهر النضج الحركي، حيث يقترب النشاط الحركي إلى الاستقرار والرزانة والتآزر، وتزداد المهارات الحسية والحركية بصفة عامة.

(بومخيلة، 2007/2006، ص ص 98-99)

ب- الخصائص العقلية:

إن الحديث عن الخصائص العقلية للطالب يجرنا للحديث عن الذكاء والذي يعتبر من أهم الموضوعات التي اهتم بدراستها علم النفس والذي أثبت أن ذكاء الأذكىاء والمتفوقين والعباقرة يستمر في النمو لكن ببطء شديد حتى العقد الخامس من العمر".

ويبدو دور النشاط العقلي للطالب كمحصلة لمجموع قدراته، بحيث تدل كل قدرة على نوع ما من أنواع النشاط العقلي، إذ تبرز القدرة العددية في إجراء العمليات الحسابية بكل سهولة، والقدرة المنطقية التي تساعد من جانبها على التفكير المجرد والقدرة اللغوية التي تظهر من خلال العلاقات بين الكلمات واستخدامها في الاتصال.

كما تظهر لدى الطالب القدرة على الاستقلال في التفكير، والحكم على الأشياء وهو ما يتضح في مناقشته في مختلف المواضيع لأنه يريد أن يكون لنفسه مبادئ عن الحياة والمجتمع.

(هارون، 2010/2009، ص 47)

ت- الخصائص النفسية:

تختلف خصائص النمو العاطفي للأفراد باختلاف قدراتهم وخبراتهم، إلا أنه ما يميز الطالب في هذه الفترة هو ذلك النمو العاطفي الذي ينحو نحو النضج الانفعالي، وهو مشروط باستعداد الطالب لتحمل المسؤولية اللازمة لقضاء حاجاته وقضاء حاجات الآخرين، وبمواجهة الأوضاع المحيطة بواجهة عقلية وموضوعية.

ومن مميزات النمو النفسي لدى الطالب الجامعي، هو ظهور ونمو وتطور بعض القدرات النفسية ويمكن أن نعد أهمها في:

- القدرة على تحقيق التقبل الاجتماعي نظرا لتمييز الطالب مما يجعله محبوب عند الغير.
- القدرة على المشاركة الانفعالية والأخذ والعطاء.
- القدرة على ضبط النفس في المواقف التي تثير الانفعال والبعد عن التهور والاندفاع.
- القدرة على تحقيق الذات.

(هارون، 2010/2009، ص ص 47-48)

إذن الطالب المتمتع بنمو نفسي سليم يسعى دائما إلى النجاح في تعليمه وخاصة إذا كان هذا التعليم يتناسب مع قدراته، ويستطيع من خلاله ممارسة قدراته الإبداعية وإشباع حاجاته النفسية فسيشعر بالارتياح النفسي.

ث- الخصائص الاجتماعية:

يظهر النمو الاجتماعي للطالب في تكوين المزيد من العلاقات الاجتماعية والتي تتجلى من خلال تحقيق الصلات والتقبل الاجتماعي والذي ينمو ليصل في قمته إلى التكامل الاجتماعي، ولا يمكن للطالب أن يحقق هذا التكامل إلا إذا نمت سلوكه الاجتماعي، والذي يظهر في ردود أفعاله واستجاباته للمؤثرات الخارجية وكلها مظاهر لنمو الذكاء الاجتماعي وهو القدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، والتعرف على الحالة النفسية للمتعلم والقدرة على ملاحظة وتفسير السلوك الإنساني.

وفي مرحلة التكوين الجامعي يتخلص الطالب والطالبة من الكثير من القيود التي كانت تفرض عليهما من النظم التعليمية السابقة، إذ في هذه المرحلة الجديدة ينطلقان نحو فرص من حريتهما الشخصية كرمز من رموز النمو الاجتماعي، وعليه تقع مسؤولية توجيه النمو الاجتماعي لدى كليهما على مؤسسات التعليم العالي.

(هارون، 2010/2009، ص 49)

وحسب رأينا أن الطالب الجامعي من خصائصه ما يلي:

- يمتلك الطالب الجامعي رغبة قوية في تحقيق النجاح الأكاديمي والمهني والشخصي، ويعمل بجد لتحقيق أهدافه. وذلك راجع إلى فضوله الشديد للاطلاع على المعرفة والتعلم، ويسعى دائماً لتوسيع آفاقه المعرفية. حيث أنه يتحلى بالصبر والتحمل لتخطي تحديات وصعوبات عديدة تواجهه وتسبب له العديد من الضغوط خلال فترة دراسته من أجل أن يحقق أهدافه. كما يمتلك الطالب الجامعي مهارات التنظيم والتخطيط، ويقوم بتنظيم وقته وجدول دراسته ومهامه الأخرى بشكل مناسب لضمان النجاح الأكاديمي. حيث يتمتع بالقدرة على التعاون مع زملائه في الدراسة والمشاركة في النشاطات الاجتماعية لتحقيق أهداف مشتركة، واكتساب مهارات اجتماعية تساعده في حياته اليومية.

3- حاجات الطالب الجامعي:

الحاجة كما هو معلوم هي: الافتقار إلى شيء ما، إذا وجدها حقق الإشباع والرضا والارتياح للكائن الحي، والحاجة لشيء ضروري إذ أن خصائص أي شخصية تتوقف عليها، ولا شك أن معرفة حاجات الطالب الجامعي، وطرق إشباعها يضمن إلى قدراته مستوى أفضل للنمو بمختلف جوانبه يجعله يتوافق مع بيئته ومن أهم حاجات الطالب نذكر:

- الحاجة إلى الأمن: يحتاج الطالب الجامعي إلى الشعور بالطمأنينة والأمن وبالانتماء إلى الجماعة إذ أنه يحتاج إلى الرعاية في جو آمن يشعر فيه بالحماية من كل العوامل الخارجية، وتتضمن هذه الحاجة فيما يلي: الحاجة إلى الارتخاء والراحة، المساعدة في حل المشكلات الشخصية.

- الحاجة إلى الحب والقبول.

- الحاجة إلى التقدير الاجتماعي: يحتاج الطالب إلى أن يشعر أنه موضع تقدير وقبول واعتراف واعتبار من الآخرين، وتلعب عملية التنشئة الاجتماعية دوراً هاماً في إشباع هذه الحاجة.

- الحاجة إلى تأكيد الذات: يحتاج الطالب إلى أن يشعر باحترام ذاته وتأكيداً لها، ويسعى دائماً للحصول على المكانة المرموقة باستخدام قدراته استخداماً بناءً.

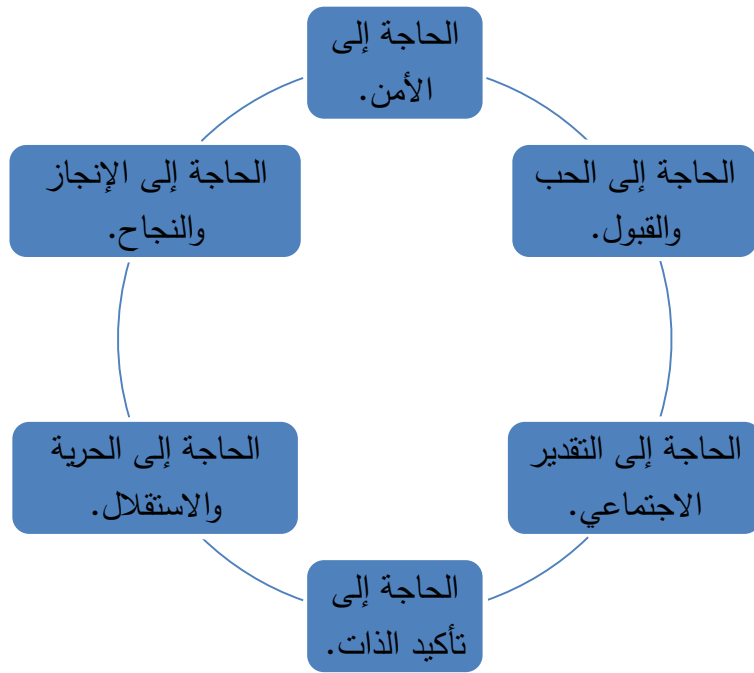
- الحاجة إلى الحرية والاستقلال: يصبو الطالب في نموه إلى الاستقلال والاعتماد على النفس مما يزيد ثقته بنفسه.

- الحاجة إلى الإنجاز والنجاح: يحتاج الطالب إلى التحصيل والإنجاز والنجاح، هذه الحاجة الأساسية في توسيع إدراك الطالب وتنمية شخصيته.

(هارون، 2010/2009، ص ص 49-50)

ومنه نستخلص أن: حاجات الطالب الجامعي تتنوع وتشمل العديد من الجوانب المختلفة، فهي تتضمن الحصول على تعليم جامعي يتناسب مع اهتماماته وأهدافه المهنية، بالإضافة إلى الوصول إلى الموارد الأكاديمية والمراجع والمصادر المعرفية لمساعدته في دراسته. كما يحتاج إلى دعم أكاديمي مستمر من قبل أساتذته والتوجيه الأكاديمي. ويمكن أن تتضمن حاجاته أيضاً الوصول إلى المنشآت التعليمية المجهزة والمختبرات والمكتبات الجامعية والموارد الإلكترونية.

شكل رقم (12): يمثل حاجات الطالب الجامعي. (من إعداد الطالبات)



3. مشكلات الطالب الجامعي:

نذكر منها:

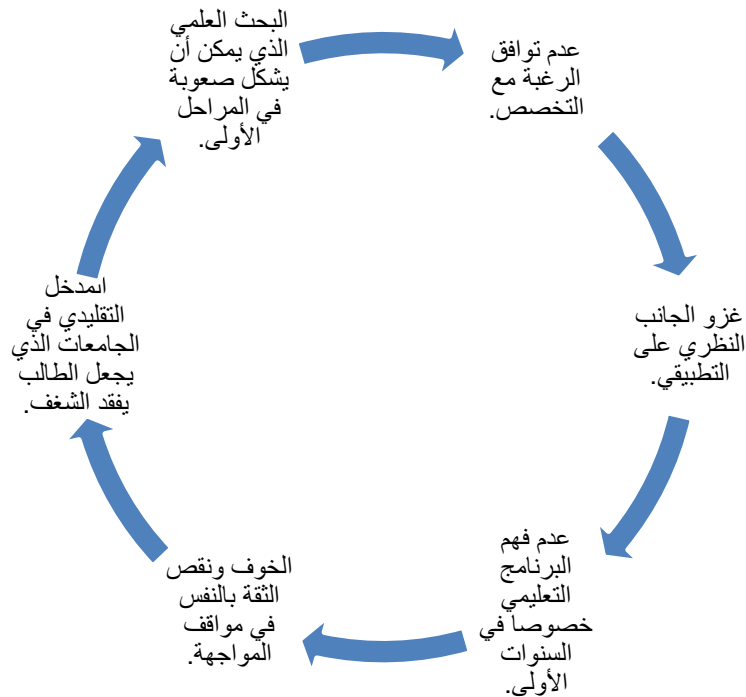
- الانفتاح على الأفكار والمناهج والأبحاث وهذا ما لم يتعود عليه الطالب في المراحل التعليمية السابقة مما يجعله جاهلاً لأبجديات البحث العلمي.
- عدم كفاية الإعداد الثقافي والتربوي في المراحل السابقة من المنظومة التعليمية فقد يقبل الطلاب على اختيار دراسات لا تتفق مع ميولهم الحقيقية بسبب غياب التوعية التربوية حول مضمون الدراسات الجامعية.
- إهمال الجانب الإعلامي والتوجيهي في مستهل السنة الجامعية خاصة بعدما أصبح التعليم الجامعي يعتمد على جهاز الكمبيوتر.

- المدخل التقليدي شائع الاستخدام في الجامعة والذي يؤدي إلى قتل روح المشاركة لدى الطالب وتكوين اتجاهات سلبية إلى جانب فقدان الإحساس بالمسؤولية كما يضعف ويشكل كبير مشاركة الطالب في الموقف التعليمي، وبالتالي فهو يعتمد على حشو أذهان الطلاب بالمعارف والمعلومات المتنوعة دون تنمية مهارات التحليل والاستنباط والاستنتاجات الفكرية والتي هي مصدر الإبداع والابتكار.
- تقليص دور الطالب في العملية التكوينية مما يرفع من درجة اعتماده على الآخرين في العملية التعليمية.
- مشكلة الخوف وضعف الثقة بالنفس في الأجواء غير المستقرة بالإضافة إلى تشويش التفكير في مختلف القضايا التي تواجههم في الحياة الدراسية.
- عدم تقبل الطالب الجامعي للنظام القيمي الموجود في المجتمع الجامعي مما يؤدي إلى شعوره بالوحدة والعزل.

(بوقزينة، 2018/2017، ص 63--65)

أي من بين المشاكل الشائعة التي يواجهها الطلاب الجامعيون الضغط الأكاديمي، صعوبات مالية، نقص الموارد والتسهيلات، ضغوط الحياة الاجتماعية، التوتر المهني وصحة الطالب العقلية والجسدية.

شكل رقم (13): يمثل مشكلات الطالب الجامعي. (من إعداد الطالبات)



خلاصة:

وفي الأخير نجد بالرغم من الأمراض والسموم التي يتعرض لها المدخن والآثار الجانبية للتدخين إلا أن الطالب الجامعي يتقدم بخطوات كبيرة في انتشار هذه الظاهرة وذلك بسبب الانفعالات اليومية التي يتعرض لها من قلق، توتر، انزعاج، لذلك وجب علينا التكفل به ووضع خطة علاجية للتخفيف من الإدمان على التدخين، من خلال بناء برنامج معرفي سلوكي لتخفيف من حدة الإدمان على التدخين ومعرفة مدى فعاليته.

الجانب الميداني

الفصل الثالث:

الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد:

خلال هذا الفصل يتم عرض الإجراءات المنهجية المتخذة لبناء وسير دراستنا، تناولنا فيه: المنهج المتبع، إجراءات الدراسة الاستطلاعية، إجراءات الدراسة الأساسية، الأدوات المستعملة، والعينة التي طبقت عليها هذه الأدوات، وكذلك الأساليب المستعملة في تحليل نتائج الدراسة الأساسية، البرنامج العلاجي المقترح لتخفيف الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي، وأخيرا عرض المقابلات التشخيصية لأفراد المجموعة العلاجية.

أولاً: منهج الدراسة:

يترتب على كل باحث اختيار المنهج الملائم لدراسته حتى تتضح له الأمور ويكون بحث دقيق وواضح حول دراسته، والهدف من اتباعه هو الوصول إلى الغاية المرجوة أو الهدف المسطر لدراسته. فالمنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة مشكلة لاكتشاف الحقيقة وللإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وهو البرنامج الذي يحدد لنا السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها.

(شفيق، 2001، ص 86)

إن موضوع الدراسة هو الذي يفرض على الباحث استخدام منهج دون غيره، لذلك تختلف المناهج باختلاف المواضيع حتى يتمكن الباحث من دراسة موضوعه دراسة علمية فإن تحديد المنهج المتبع في البحث يعد خطوة مهمة وضرورية.

(الرشيدي، 2000، ص 67)

إن في دراستنا اعتمدنا على المنهج الشبه التجريبي بصفته يعتمد على التجربة ويعالج الحالات الجماعية بطريقة علمية وموضوعية، حيث وجدناه أفضل طريقة لدراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي، وذلك إمكانية تجريب البرنامج على مجموعة تجريبية والاستعانة بالمجموعة الضابطة. أي أن طبيعة الموضوع هي التي استدعت الالتزام بالمنهج الشبه التجريبي.

فالمنهج الشبه التجريبي هو "عبارة عن المنهج الذي يقوم بدراسة العلاقة بين متغيرين على ما هما عليه في الواقع مع التحكم في المتغيرات، حيث يقوم الباحث باختيار عينة قصدية من المجتمع بالإضافة إلى عدم ضبط بعض المتغيرات".

(لحمري، 2021/2020، ص 11)

ثانيا: إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

لكل دراسة من الدراسات حدودها المكانية والزمانية، وحدود دراستنا الاستطلاعية تتمثل في الآتي:

1. حدود الدراسة الاستطلاعية المكانية والزمانية:

أ- الحدود الزمانية:

تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية ابتداء من 28 فيفري 2023 إلى غاية 2 مارس 2023، تم توزيع الاستمارات على الطلبة وجمعها في الوقت نفسه عند انتهائهم من الإجابة عليها.

ب- الحدود المكانية:

تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية في جامعة 8 ماي 1945، حيث شملت الدراسة جميع الكليات (كلية الحقوق والعلوم السياسية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، كلية الآداب واللغات، الجامعة المركزية).

2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 38 طالب بجامعة 8 ماي 1945، تستوفي فيهم الشروط التالية:

- أن يكون طالب جامعي بأحد كليات جامعة قالمة.

- أن يكون مدخن.

تم اختيار العينة بطريقة قصدية، حيث كلما لاحظنا طالب جامعي يدخن عدة سجائر في فترة قصيرة نعطيه استمارة ليجيب عليها، وكذلك باستخدام طريقة كرة الثلج، حيث أن الطالب الذي يجيب على الاستمارة يحضر لنا طالب آخر مدخن يعرفه.

- خصائص العينة الاستطلاعية:

تبين الجداول التالية توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والسن والمستوى التعليمي وهي موزعة كالتالي:

جدول رقم 01: يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس:

النسبة	التكرار	الجنس
100%	38	ذكر

(من إعداد الطالبات)

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال الجدول رقم 01 أن جميع أفراد العينة ذكور حيث بلغ عددهم 38 مدخن طالب جامعي بنسبة بلغت 100% أي هو العدد الإجمالي لأفراد عينة الدراسة الاستطلاعية .

جدول رقم 02: يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب السن:

النسبة	التكرار	السن
28,9%	11	من 18 إلى 21 سنة
60,5%	23	من 22 إلى 25 سنة
10,5%	4	أكثر من 26 سنة
100,0%	38	المجموع

(من إعداد الطالبات)

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال الجدول رقم 02 أن عدد أفراد العينة الذي بلغ سنهم 18 سنة إلى 21 هو 11 بنسبة تقدر ب 28,9% وعدد اللذين بلغ سنهم من 22 إلى 25 هو 23 بنسبة 60,5% وهي النسبة الأكبر، أما عدد الذين بلغ سنهم من 26 فما فوق هم 4 أفراد بنسبة تقدر ب 10,5% وتعتبر النسبة الأقل في المجموعة .

جدول رقم 03: يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي:

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
68,4%	26	ليسانس
31,6%	12	ماستر
100,0%	38	المجموع

(من إعداد الطالبات)

التعليق على الجدول: انلاحظ في الجدول رقم (3) أن 26 من أفراد العينة مستواهم التعليمي ليسانس بنسبة قدرت ب 64.4 % و 12 فرد من العينة مستواهم الدراسي ماستر وصلت إلى 31,6%.

3. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على العديد من الأدوات، وذلك من أجل معرفة مدى انتشار إدمان على التدخين بين الطلبة الجامعيين وتمثل هذه الأدوات في:

- الملاحظة:

تم الاعتماد على أداة الملاحظة من أجل إيجاد الطلاب الذين يدخنون وتقديم لهم استمارة للإجابة عليها بهدف معرفة مدى انتشار ظاهرة التدخين بين الطلاب الجامعيين، ومن ثم اختيار العينة للدراسة الأساسية.

تم الاعتماد في دراستنا الاستطلاعية على مقياس Fagerstrom لإدمان النيكوتين، وذلك بهدف معرفة مدى انتشار ظاهرة التدخين في الوسط الجامعي. (الملحق رقم 01)

✓ مقياس Fagerstrom لإدمان النيكوتين:

أعد من قبل (Fagerstrom 1991) لفئة المدخنين. ويعد مناسب لعينة البحث كونه معد لفئة المدخنين من كافة الأعمار ويعتبر أيضاً من أكثر الأدوات استخداماً لتقييم إدمان التدخين ومقياس فاجيرستروم أداة متحقق منها ويستخدم على نطاق عالمي واسع، ويتكون من (6) فقرات وباختيارات متعددة وكما يأتي: الفقرة الأولى عبارة عن سؤال و(3) اختيارات تتراوح درجتها من (0-3)، الفقرة الثانية عبارة عن سؤال و(2) اختيارات تتراوح درجتها من (0-1)، الفقرة الثالثة عبارة عن سؤال و(2) اختيارات تتراوح درجتها (0-1)، الفقرة الرابعة عبارة عن سؤال و(3) اختيارات تتراوح درجتها من (0-3)، الفقرة الخامسة عبارة عن سؤال و(2) اختيارات تتراوح درجتها من (0-1)، الفقرة السادسة عبارة عن سؤال و(2) اختيارات تتراوح درجتها من (0-1).

(عبد الله، 2021، ص 254)

الصدق: تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين، وقد تحصل على نسبة اتفاق 80% من خلال عرضه عليهم.

الثبات: قام الباحث باستخراج ثبات المقياس (مقياس إدمان التدخين) بطريقة إعادة الاختبار، وبعد ذلك تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الطلاب في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني

وبلغت قيمة معامل الارتباط للمقياس (0,83 %)، وهو مؤشر يدل على ثبات جيد للمقياس إذ تشير الأدبيات إلى أن درجة الثبات المقبولة تتراوح بين (60% - 80%) لتصبح الأداة مقبولة. (عبد الله، 2021، ص 254)

4. عرض تحليل نتائج الدراسة الاستطلاعية:

إن الهدف من الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها هو معرفة مدى انتشار ظاهرة الإدمان على التدخين بين الطلبة من أجل اختيار العينة الأساسية للدراسة. وتبين لنا من نتائجها ما يلي:
أ. عرض وتحليل نتائج مقياس Fagerstrom حسب البنود:

البند 01: كم تستغرق من الوقت بين استيقاظك وتدخينك لأول سيجارة في اليوم؟

جدول رقم 04: يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند 01.

النسبة	التكرار	المدة بين الاستيقاظ وأول سيجارة
42,1%	16	أقل من 5 دقائق
31,6%	12	من 6 إلى 30 دقيقة
10,5%	4	من 31 إلى 60 دقيقة
15,8%	6	بعد ساعة كاملة
100,0%	38	المجموع

التعليق على الجدول: نلاحظ من الجدول أعلاه أن 42.1% من أفراد العينة يستغرقون أقل من 5 دقائق عند الاستيقاظ من النوم لتدخين السيجارة الأولى، وهذا يدل على إدمان أفراد العينة (16 طالب جامعي) على التدخين وعدم قدرتهم على الاستغناء على السيجارة، أما أقل نسبة فقدرت ب 10.5% وعدد أفرادها 4 طلاب يدخنون أول سيجارة في اليوم بعد [31-60د]، وهذا يدل على أن لديهم إدمان متوسط، أما المرتبة الثانية فقدرت بنسبة 31.6% حيث تكون أول سيجارة بعد النوم من 6 د إلى 30 دقيقة وهذا دليل على أن لديهم إدمان فوق المتوسط، أما الفئة الأخيرة كان عددها 6 طلاب نسبتهم 15.8% أي أن لديهم إدمان على التدخين ضعيف.

البند 02: هل تواجه صعوبة في الامتناع عن التدخين؟

جدول رقم 05: يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند 02.

صعوبة الامتناع عن التدخين	التكرار	النسبة
نعم	31	81,6%
لا	7	18,4%
المجموع	38	100,0%

التعليق على الجدول: الجدول أعلاه يبين مدى صعوبة الامتناع عن التدخين: نلاحظ فيه أن 31 من أفراد العينة أجابوا ب "نعم" حيث قدرت النسبة ب 81,6% وهي النسبة الأكبر والإجابات التي كانت ب "لا" قدر عددهم ب 7 أفراد بنسبة 18,4% هذا ما يدل على أن عدد كبير من أفراد العينة يجدون صعوبة في الامتناع عن التدخين ذلك راجع إلى درجة الإدمان وضعف الإرادة.

البند 03: أي سيجارة تجدها الأصعب للتخلي؟

جدول رقم 06: يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند 03.

مدة التدخين	التكرار	النسبة
الأولى	37	97.4%
أخرى	1	2.6%
المجموع	38	100,0%

التعليق على الجدول: الجدول أعلاه يوضح لنا أن أغلب أفراد العينة الاستطلاعية لديهم صعوبة في التخلي عن السيجارة الأولى عند الاستيقاظ بنسبة 97.4%، وهذا ربما راجع إلى أنها هي السيجارة التي تشبع الرغبة الملحة للتدخين، وتحقق النشوة لهم. أما فرد واحد من أفراد العينة الاستطلاعية أجاب ب (أخرى) وقدرت نسبته ب 2.6%، وهذا ربما راجع إلى هناك وقت آخر يحقق فيه النشوة، ويشبع فيه الرغبة الملحة للتدخين.

البند 04: كم سيجارة تستهلك في اليوم؟

جدول رقم 07: يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند 04.

النسبة	التكرار	
15,8%	6	من 11 إلى 20 سيجارة في اليوم
39,5%	15	من 21 إلى 30 سيجارة في اليوم
44,7%	17	أكثر من 31 سيجارة في اليوم
100,0%	38	المجموع

التعليق على الجدول: الجدول الموالي يبين عدد السجائر التي يستهلكها أفراد العينة في اليوم الواحد حيث نجد أن 17 فرد من أفراد العينة يستهلكون أكثر من 31 سيجارة في اليوم الواحد بنسبة قدرت ب 44,7% وهي تعد النسبة الأعلى لأفراد العينة، و 15 طالب يستهلك من 21 إلى 30 سيجارة تبغ في اليوم بنسبة وصلت إلى 39,5% و 6 من أفراد العينة يدخنون من 11 إلى 20 سيجارة في اليوم 15,8% وهي النسبة الأقل، معناه أن متوسط عدد السجائر في أفراد العينة الاستطلاعية أكثر من 31 سيجارة سيجارة في اليوم .

البند 05: هل تدخن بصورة متقاربة؟

جدول رقم 08: يبين نتائج مقياس Fagerstrom حسب البند 05.

النسبة	التكرار	
76,3%	29	نعم
23,7%	9	لا
100,0%	38	المجموع

التعليق على الجدول: يوضح الجدول أعلاه أن المدة المستغرقة بين السجائر ما إذا كانت قصيرة أما لا، حيث نلاحظ أن نسبة 76,3% أجابوا بنعم المدة قصيرة وهذا راجع إلى التوتر الحاصل خلال

يومهم وقلقهم وكذلك الفراغ وادمانهم، في حين أن نسبة 23.7% أجابوا ب لا وربما يرجع إلى إدمانهم على السجائر ضعيف.

البند 06: هل تدخن رغم مرضك وضرورة بقاءك في السرير طوال النهار؟

جدول رقم 09: يبين نتائج مقياس **Fagerstrom** حسب البند 06.

النسبة	التكرار	
65,8%	25	نعم
34,2%	13	لا
100,0%	38	المجموع

التعليق على الجدول: الجدول الموضح أعلاه يبين درجة التدخين على الرغم من المشاكل الصحية حيث قدر العدد ب 25 فرد بنسبة 65,8 % وهي النسبة الأكبر و 13 من العينة أجابوا ب (لا) بنسبة 34,2% وهذا ما يدل على أن أفراد العينة الاستطلاعية يجدون صعوبة في الاستغناء على التدخين على الرغم من الأضرار الصحية والأمراض العضوية التي يمكن أن يعاني منها.

1. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

من خلال النتائج المتحصل عليها من الدراسة الاستطلاعية تم الاطلاع على إجابات الطلاب الجامعيين في مختلف التخصصات وذلك من خلال مقياس **Fagerstrom** قمنا به مع أفراد الدراسة الاستطلاعية. توصلنا إلى بعض المؤشرات التي توجي لنا بوجود:

- انتشار ظاهرة الإدمان على التدخين بكثرة بين الطلاب الجامعيين في الوسط الجامعي.
- تمكنا نحن الطالبات من تحديد عينة الدراسة الأساسية، والاتفاق مع الحالات على الوقت الرسمي لانطلاق العملية العلاجية.

ومنه تمكنا من التعرف على مشكلة البحث، مجتمع الدراسة، الأدوات البحثية التي سوف نتبعها، إضافة إلى ذلك تحديد فرضيات البحث.

ثالثاً: إجراءات الدراسة الأساسية:

لكل دراسة من الدراسات حدودها المكانية والزمانية، وحدود دراستنا الأساسية تتمثل في الآتي:

1. حدود الدراسة الأساسية المكانية والزمانية:**أ. الحدود الزمانية:**

تم تطبيق الدراسة الأساسية من 6 مارس 2023 إلى غاية 4 ماي 2023، حيث من 6 مارس 2023 إلى 8 مارس 2023 قمنا بمقابلات تشخيصية مع أفراد المجموعة التجريبية بهدف معرفة أسباب إيمانهم على التدخين.

وكان الابتداء الفعلي للعلاج في 13 مارس 2023، كانت الجلسات عبارة عن اثني عشر (12) جلسة. حيث قمنا ب 4 جلسات قبل شهر رمضان الكريم بوتيرة جلتين كل أسبوع.

وفي شهر رمضان تم برمجت 5 جلسات، في كل أسبوع جلسة بسبب:
- الجلسة الأولى كانت عن بعد لأنها تزامنت مع عطلة الربيع، ولم نصل إلى الأهداف المرجوة منها، وهذا راجع إلى عدم قدرة أفراد المجموعة التجريبية على التفاهم واحترام الدور وذلك راجع إلى نقص الأنترنت وتقطع الاتصال من حين لآخر.

- الجلسة الثانية في نفس أسبوع الجلسة الأولى، فوجدنا عراقيل ومشكلات تتمثل في نقص الاستجابة وضعف التركيز بسبب الصيام.

بسبب هذه الصعوبات برمجتنا جلسة كل أسبوع حتى نهاية شهر رمضان المبارك، ثم عدنا إلى وتيرتنا السابقة جلتين كل أسبوع وكانت آخر جلسة في 4 ماي 2023.

ب. الحدود المكانية:

تم تطبيق الدراسة الأساسية في العديد من الأماكن، وهذا بسبب العطلة الأكاديمية لفصل الربيع، شهر رمضان الكريم وارتفاع درجات الحرارة.

والأماكن التي تم فيها العلاج هي: مكتب الأستاذة بن شيخ في كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس بجامعة 8 ماي 1945 بقالمة، قاعة للتدريس F3.8، المساحة الخضراء المتواجدة في الجامعة المركزية جامعة 8 ماي 1945 بقالمة، دار الثقافة "عبد المجيد الشافعي" بولاية قالمة.

2. عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار 14 طالب جامعي من أصل 38 من عينة الدراسة الاستطلاعية ليكونوا عينة الدراسة الأساسية، وكان هذا الاختيار على أساس الشروط التي تم تحديدها بناء على الدراسة الاستطلاعية والدراسات السابقة والاحتكاك بالطلاب الجامعيين:

- أن يكون لديهم درجة إدمان التدخين مرتفعة حسب نتائج المستخلصة من مقياس المطبق Fagerstrom.

- أن يكون عدد السجائر التي يدخنونها حوالي 40 سيجارة في اليوم (علبتين).

- أن يكون هناك الرغبة في تخفيف من حدة الإدمان على التدخين بناء على تصريحات الأفراد.

- أن يكون السن بينهم متقارب ومحدد من 22 سنة إلى 25 سنة.

- أن يكون سبب الإدمان على التدخين متقارب مثل (المحاكاة والتقليد)

كان الاختيار بعد حساب درجة الإدمان عند أفراد العينة الاستطلاعية، ثم تواصلنا مع 22 طالب جامعي من أجل المشاركة في البرنامج العلاجي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين، حيث كان رد 5 طلاب بالرفض لأسباب شخصية، و3 طلاب آخرين تم عزلهم لاختلاف سبب إدمانهم على التدخين بالنسبة للمجموعة المختارة، أما باقي الأفراد فقبلوا بصدور رحب.

قمنا بتقسيم عينة الدراسة الأساسية إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى مجموعة ضابطة تميزت بالتطبيق عليها مقياس قبلي وبعدي فقط المتمثل في مقياس الاعتماد على السجائر "CDS-12".

- أما المجموعة الثانية تمثلت في المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج العلاجي المقترح والمقياس القبلي والبعدي المتمثل في مقياس الاعتماد على السجائر "CDS-12".

جدول رقم 10: يمثل خصائص المجموعة التجريبية: (من إعداد الطالبات)

الحالة	العمر	المستوى الأكاديمي
أ	25 سنة	ثالثة ليسانس في التسيير والاقتصاد
م	24 سنة	ثالثة ليسانس في علوم الطبيعة والحياة
ب	22 سنة	ثانية ليسانس في الإعلام

الاتصال		
ثانية ليسانس علوم اجتماعية	23 سنة	ن
أولى ماستر في الإعلام الآلي	23 سنة	أ.م
ثالثة ليسانس في الحقوق	23 سنة	ع
ثالثة ليسانس في العلوم التجارية	22 سنة	ك

3. أدوات الدراسة الأساسية:

للقيام بالدراسة الأساسية استخدمنا كل من المقابلة، الملاحظة، ومقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 كمقياس قبلي وبعدي. حيث اعتمدنا على المقابلة (ملحق رقم 02) من أجل معرفة أسباب التدخين ودوافعه عند أفراد المجموعة التجريبية وذلك من أجل ضبط الأساليب العلاجية في البرنامج العلاجي المقترح، أما الملاحظة (ملحق رقم 03) فاعتمدنا عليها من أجل معرفة التغيرات التي طرأت على أفراد المجموعة العلاجية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. بالإضافة إلى مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 من أجل معرفة درجة الإدمان عند أفراد المجموعة العلاجية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، وبالنسبة للأداة الرئيسية التي تقوم عليها دراستنا هي البرنامج العلاجي الذي سنتطرق له لاحقاً.

أ. مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12: (ملحق رقم 04)

ويتكون المقياس من 12 بنداً، مقسم على جزأين: الجزء (أ) مكون من (4) بنود وكل بند يقابله خمسة بدائل وعلى المبحوث أن يختار البديل الأكثر انطباقاً 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 تماماً، بينما تشير الدرجة (5) إلى تمام انطباق البند على المبحوث. وبهذا تتراوح الدرجة الكلية على هذا المقياس ما بين 12 إلى 60 درجة.

(صدقة، 2021/2022، ص 83)

الصدق: بلغت قيم معامل الارتباط بين المحور الأول والثاني 0.725، كما بلغت معامل الارتباط بين المحور الأول والدرجة الكلية للمقياس 0.863، كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين المحور الثاني

والدرجة الكلية للمقياس 0.974، وهي معاملات دالة إحصائياً، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع باتساق داخلي وبالتالي فالمقياس صادق.

الثبات: بلغ معامل ثبات المحور الأول 0.713، وبلغ معامل ثبات المحور الثاني 0.897، وبلغ معامل ثبات المجموع الكلي للمقياس 0.909، وهي معاملات ثبات مرتفعة، وعليه فالمقياس يتمتع بخاصية الثبات.

(صدقة، 2022/2021، ص ص 86-90)

ب. بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين المقترح ومصادره:

تم بناء البرنامج العلاجي المقترح من طرف الطالبات بالتعاون مع الأستاذة المشرفة الدكتورة بن شيخ رزقية، حيث تم الاعتماد في بناءه على مجموعة من المصادر هي:

- الموروث النظري للعلاج المعرفي السلوكي.
- الموروث النظري للإدمان على التدخين.
- وكذلك الأساليب العلاجية والبرامج المستعملة الدراسات السابقة التالية:
 - ✓ دراسة إيمان صدقة (2022/2021) تحت عنوان: فعالية خطة علاجية قائمة على التحسيس الخفي في خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين -دراسة تجريبية.
 - ✓ دراسة حسين سليمان، وخديجة كبداني (2021/2020) تحت عنوان: فعالية برنامج علاجي جماعي للإدمان على السجائر لدى تلاميذ المرحلة الثانوية بولاية الوادي.
 - ✓ دراسة أبو زيد مدحت عبد الحميد (2011) تحت عنوان: الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان بحوث في الشخصية الإدمانية.
- تم وضع أساليب وتقنيات البرنامج العلاجي المقترح تبعا للأسباب التي دفعت بأعضاء المجموعة التجريبية إلى الإدمان على التدخين، وكذلك التعامل مع الأعراض الانسحابية المصاحبة لتخفيف الإدمان على التدخين. حيث تم التطرق للأساليب والتقنيات في الجانب النظري للفصل الأول المعنون ب "العلاج المعرفي السلوكي".
- تم بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح بتنوع بين التقنيات والأساليب المعرفية بهدف تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالتدخين وإقلاعه، وأخرى سلوكية بهدف تعديل السلوكات الخاطئة المرتبطة بالتدخين.

- تحكيم البرنامج العلاجي المقترح:

لقد تم اقتراح البرنامج المعرفي السلوكي لتخفيف من مستوى الإدمان على التدخين في صورته الأولية (ملحق رقم 5) على مجموعة من الأخصائيين النفسانيين الممارسين لتحكيمه، وقد قدموا لنا مجموعة من الملاحظات نوجزها في الجدول التالي:

جدول رقم 11: يبين الأستاذة المحكمين وملاحظاتهم حول البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف من مستوى الإدمان على التدخين في صورته الأولية. (من إعداد الطالبات)

الرقم	اللقب والاسم	الاختصاص	مكان العمل	الملاحظات
01	ماضي ليلي	أخصائية نفسانية	قائمة	الزيادة في مدة الجلسات ال 04 وال 05
02	قريد ياسين	أخصائي نفسي	سكيدة	الزيادة في عدد الجلسات
03	أوباجي يامينة	أخصائية نفسانية وأستاذة محاضرة صنف أ	قسنطينة	زيادة أسلوب التنفير
04	أبو بطة لطفي	أخصائي نفسي	عناية	زيادة أسلوب التعزيز
05	مهري نادية	أخصائية نفسانية سابقة وأستاذة محاضرة صنف أ	سوق أهراس	زيادة تقنية الأعمدة الثلاثة ABC

- الصورة النهائية للبرنامج العلاجي المقترح:

جدول رقم 12: يمثل الصورة النهائية للبرنامج العلاجي المقترح (من إعداد الطالبات).

رقم الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الأساليب المستخدمة	الأدوات المستخدمة
01	60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> القياس القبلي. التعريف بالبرنامج العلاجي المقترح. تحقيق التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية، وبداية بناء العلاقة العلاجية. 	<ul style="list-style-type: none"> رمي الكرة. الواجب المنزلي 	<ul style="list-style-type: none"> وثيقة الالتزام. كرة. مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12.

		<ul style="list-style-type: none"> • تحديد الأهداف المتوقع تحقيقها ومناقشتها معهم بهدف ضبط توقعاتهم. • شرح محتوى عقد الالتزام، والموافقة بالإمضاء عليه. • الواجب المنزلي. 		
<ul style="list-style-type: none"> • فيديو حول الاسترخاء الذهني المطبق. 	<ul style="list-style-type: none"> • الاسترخاء الذهني. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • توضيح أهمية الاسترخاء على الجانب الفيزيولوجي والنفسي لأفراد المجموعة التجريبية. • تدريب أفراد المجموعة التجريبية على أسلوب الاسترخاء. • التخفيف من حدة التوتر والقلق. • الواجب المنزلي. 	60 دقيقة	02
<ul style="list-style-type: none"> • مطويات إعلامية حول الإدمان من إعداد الطالبات. • كرة. • فيديو حول الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • المحاضرة. • رمي الكرة. • المناقشة الجماعية. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • توعية أفراد المجموعة التجريبية بموضوع الإدمان (تعريفه، عوامله، أعراضه، مآله). • توعية أفراد المجموعة التجريبية بأساليب العلاج الفعالة لزرع الأمل في الشفاء. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	03
<ul style="list-style-type: none"> • حاسوب وجهاز العرض. • فيديو حول مآل أفراد مدمنين على التدخين. • فيديو حول الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • الإسقاط المستقبلي. • الحوار الذاتي الإيجابي. • الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • توضيح العلاقة بين الحوار مع الذات والأفكار والانفعالات. • التعريف بفائدة الحوار الذاتي الإيجابي. • تدريب أفراد المجموعة التجريبية على كيفية تطبيق أسلوب الحوار الذاتي الإيجابي. • توعية أفراد المجموعة التجريبية بمآل الإدمان على التدخين 	90 دقيقة	04

		<ul style="list-style-type: none"> • وتقديم نماذج لأفراد مدمنين. • الواجب المنزلي. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • الحوار والمناقشة. • واجب منزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • استبصار أفراد المجموعة التجريبية بأفكارهم السلبية. • مناقشة الأفكار السلبية. • استبصار أفراد المجموعة التجريبية بعلاقة مشاعرهم السلبية وسلوك التدخين. • شرح تقنية ABC وأهميتها مع التدريب عليها. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	05
	<ul style="list-style-type: none"> • المناقشة والحوار. • وقف الأفكار السلبية. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • مواصلة مناقشة الأفكار السلبية. • شرح أسلوب وقف الأفكار. • شرح أسلوب الأعمدة الخمسة ABCDE وأهميته، مع التدريب على تطبيقه جماعيا. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	06
<ul style="list-style-type: none"> • فيديو حول الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • الاسترخاء الذهني. • أسلوب حل المشكلات. • أسلوب التخيل. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • توضيح فائدة أسلوب حل المشكلات. • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على إيجاد الحلول المناسبة لمشكلاتهم من خلال تدريبهم على أسلوب حل المشكلات للتخفيف من القلق. • شرح أهمية أسلوب التخيل والتدريب على تطبيقه. • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في كيفية التعامل مع الأعراض الانسحابية. 	90 دقيقة	07

		<ul style="list-style-type: none"> • الواجب المنزلي. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • توكيد الذات. • لعب الأدوار. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على التنفيس الانفعالي من خلال التمثيل النفسي المسرحي. • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على توكيد الذات من خلال التعبير المناسب على أفكارهم ومشاعرهم. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	08
<ul style="list-style-type: none"> • بعض المثيرات المحفزة للتدخين. • فيديو حول الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • أسلوب الغمر. • الاسترخاء الذهني. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • المساعدة على التحكم في الذات في وجود مثيرات محفزة للتدخين. • المساعدة على التفريغ الانفعالي و تأكيد الذات. • الواجب المنزلي. 	60 دقيقة	09
<ul style="list-style-type: none"> • فيديو حول الاسترخاء الذهني. • جدول مقدم من طرف الطالبات. 	<ul style="list-style-type: none"> • الاسترخاء الذهني. • أسلوب التنفير. • أسلوب التعزيز عن طريق جدول. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • التنفير من السجائر. • تشجيع أفراد المجموعة التجريبية لطب المساندة الاجتماعية لتعزيز الاستمرار في الحد من عدد السجائر. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	10
<ul style="list-style-type: none"> • أوراق فيها صفات إيجابية. 	<ul style="list-style-type: none"> • المتجر السحري. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • المساعدة على كيفية تقمص واكتساب صفات وسلوكات إيجابية والتخلي عن أخرى سلبية تساعد على التدخين. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	11
<ul style="list-style-type: none"> • مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12. 	<ul style="list-style-type: none"> • المناقشة والحوار. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • عرض ملخص لما تم تقديمه خلال الجلسات. • تقييم أفراد المجموعة التجريبية 	90 دقيقة	12

		<p>لمدى الاستفادة من الجلسات.</p> <ul style="list-style-type: none"> • تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية. • الاتفاق على جلسة متابعة وطريقة التواصل معا. • الواجب المنزلي. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • التأكد من استمرار فعالية العلاج. 	60 دقيقة	13

رابعاً: عرض حالات (أفراد المجموعة التجريبية):

الحالة 01:

- اسم: أ.
- الجنس: ذكر.
- العمر: 25.
- المستوى الدراسي: 3 ليسانس في تسيير واقتصاد.
- عدد الإخوة: 3.
- الترتيب بين الإخوة: 1.
- الحالة الصحية: جيدة

بعد إجراء المقابلات التشخيصية مع الحالة (أ) الذي يبلغ من العمر 25 سنة ذو المستوى الدراسي (3) ليسانس يقطن مع عائلته المتكونة من 6 أفراد، الحالة بدأ التدخين سنة 2015 أي حوالي 9 سنوات ماضية لم يكن يرغب في بدأ التدخين ولا حتى تجريبه، فحسب تصريحه لم يكن حتى يشعر بالرغبة بتدوقه ولكن بدأ نتيجة مراهنة قام بها مع صديقه بالتدخين عند خسارته الرهان، وعند تجريبه للتدخين أعجبه وأعطى له شعور جيد من هنا بدأ التدخين. وبعد أعوام حاول التوقف عن التدخين مرة فلم ينجح، كان السبب الذي جعله يريد التوقف هو أنه اكتشف أنه أضاع سنوات حياته بسببه، كذلك أنه يلعب الرياضة والتدخين يعد عائقاً عند اللعب ومدره طلب منه التوقف ولكن لم يستطيع، وقد سبب له المشاكل مع أفراد عائلته بالأخص والده الذي في كل مرة يراه يدخن يتشاجر معه، وكذلك بسبب التدخين كان لا يذهب إلى التدريبات ويضيع حتى ساعات الدراسة وذلك بعدم دخوله إلى الحصص الدراسية وبقائه أمام باب المؤسسة من أجل التدخين، الشيء الذي جعله يرسب في دراسته مرات عديدة.

من خلال الملاحظة العيادية لاحظنا أن الحالة نحيف، شفتاه زرقاوتان، يمكن إرجاع هذا إلى التدخين المستمر، طريقة لباسه مناسب تواصله البصري متوسط، أما بالنسبة لأفكاره مترابطة وكان لديه صعوبة في التركيز يمكن هذا بسبب رغبته الملحة في التدخين.

ومنه نستنتج أن الحالة يعاني من إدمان التدخين وذلك حسب المقابلات التي أجريت معه بالإضافة إلى نتائج المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على 10 درجات، وهي تدل على إدمان مرتفع.

الحالة 02:

- اسم: م.

- الجنس: ذكر.

- العمر: 24.

- المستوى الدراسي: 3 ليسانس تخصص علوم الطبيعة.

- عدد الإخوة: 2.

- الترتيب بين الإخوة: 2.

- الحالة الصحية: جيدة.

بعد إجراء المقابلات التشخيصية مع الحالة (م) يبلغ من العمر 24 سنة يعيش مع عائلته المتكونة من 5 أفراد، الحالة كان يتجاوب مع الأسئلة التي تم طرحها عليه والتي تتمحور حول تشخيص إدمانه على التدخين. من خلال الملاحظة العيادية لاحظنا أن الحالة يظهر عليه شحوب في الوجه اسوداد تحت العينين، طريقة جلوسه وحواره فيها نوعا من الثور، يمكن تفسير هذا بسبب إدمانه على التدخين ويرجع سبب اسوداد تحت العينين إلى الأرق الذي سببه المحاولات الجاهدة لتوقف عن التدخين وذلك حسب DSM5 عند التوقف المفاجئ .

تبين أن الحالة بدأ التدخين، منذ ثمانية سنوات، ويرجع سبب تدخينه أنه رأى أصدقائه يدخنون فأراد تجربته وعندما جرب كانت التجربة ممتعة له ومع تشجيع أصدقائه ظل يدخن. قد يرجع محاكاة الحالة لأصدقائه إلى ضعف تأكيد الذات. حاول العديد من المرات التوقف عن التدخين أو حتى الإنقاص منه، وكان يجبر نفسه على ألا يدخن، ولكن ينتهي به الحال بالفشل، والسبب الذي جعله يريد التوقف عن التدخين أنه بدأ التدخين في سن المراهقة وبسبب تقليده لأصدقائه والآن وجد نفسه الخاسر وعبر عن ندمه، يتناول الحالة كميات كبيرة من السجائر ولا يستطيع كبح رغبته، ويفسر عدم قدرته في التحكم في ذاته عن التدخين إلى أنه يعاني من اضطراب التبغ إذ تتوفر لديه الأعراض وهذا حسب DSM5. وصرح أن التدخين أحيانا يسبب له مشاكل مع عائلته خاصة والده الذي يمنعه من

التدخين في المنزل. وكذلك أصبح يتخلى عن النشاطات وحضور تجمعات مفسرا ذلك بأنه لا يستطيع أن يبقى مطولا بدون أن يدخن، أيضا يعاني من اضطراب استعمال التبغ وهذا حسب DSM5. ومنه نستنتج أن الحالة يعاني من إدمان التدخين وذلك حسب المقابلات التي أجريت معه، بالإضافة إلى نتائج المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على 09 درجات، وهي تدل على إدمان مرتفع، سبب إدمانه على التدخين هو الفضول.

الحالة 03:

- الاسم: ب

- العمر: 22 سنة.

- المستوى الدراسي: ثانية ليسانس علوم واتصال.

- عدد الإخوة: 04.

- الرتبة بين الإخوة: الثالث.

- الحالة الصحية: جيدة.

بعد إجراء المقابلات التشخيصية مع الحالة (ب) يبلغ من العمر 22 سنة يعيش مع عائلته المتكونة من 7 أفراد، الحالة كان يتجاوب مع الأسئلة التي تم طرحها عليه والتي تتمحور حول تشخيص إدمانه على التدخين. من خلال الملاحظة العيادية، لاحظنا أن الحالة أسنانه صفراء بسبب تناوله للقهوة عند التدخين، سمين نوعا ما وهذا راجع ربما إلى بسبب زيادة الشهية عند محاولاته التوقف عن التدخين وهذا عرض من أعراض سحب التبغ بشكل مفاجئ، لباسه نظيف ومرتب، وجهه شاحب نوعا ما، طريقة جلوس مناسبة، كثير الحركة وهذا ربما بسبب التوتر، التواصل البصري ضعيف، كما لاحظنا أن طريقة الكلام سريعة وهذا من أجل محاولته لإنهاء المقابلات من أجل التدخين، معتدل المزاج، أفكاره مفهومة ومترابطة.

تبين من خلال المقابلات التي تم إجراؤها أن الحالة بدأ التدخين منذ سن الخامس عشر، وذلك راجع إلى تقليده لإخوته الأكبر منه ورفقائه في الثانوية، حيث كان أصدقائه عندما يدخنون يقترحون عليه التجريب وفي كل مرة يرفض فيها كانوا يسخرون منه بعبارات جارحة فاضطر الحالة إلى الانضمام إليهم. قد يفسر سلوكه أنه لديه ضعف في تأكيد الذات. حاول الحالة إيقاف التدخين وذلك بسبب والده وإخوته، حيث كان الأب جد صارم معه ولكن بسبب سخرية أصدقائه منه لم يستطع

التوقف، فأصبح يدخن دون علم والده وإخوته، وعند سؤالهم عن رائحة التدخين يقول بسبب أصدقائه وينكر.

صرح الحالة بأنه توصل به الحال إلى التسرب من المدرسة من أجل العمل، وذلك لتوفير ثمن السجائر، وأن كمية السجائر التي يستهلكها كانت كبيرة، حيث يدخن علبتين في اليوم دامت لفترات طويلة ويرجع سبب عدم التزامه بالأدوار الرئيسية والهروب من المدرسة إلى درجة التبعية للنيكوتين والتدخين أي درجة إدمانه الكبيرة.

ونستنتج من خلال المقابلات والملاحظات أن الحالة يعاني من إدمان التدخين، الذي سببه ضعف تأكيد الذات.

ومنه نستنتج أن الحالة يعاني من إدمان التدخين وذلك حسب المقابلات التي أجريت معه بالإضافة إلى نتائج المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على درجة 09، وهي تدل على إدمان مرتفع.

الحالة 04:

- اسم: ن.

- الجنس: ذكر.

- العمر: 23.

- المستوى الدراسي: 2 ليسانس علوم تجارية.

- عدد الإخوة: 3.

- الترتيب بين الإخوة: 3.

- الحالة الصحية: جيدة.

بعد إجراء المقابلات التشخيصية مع الحالة (ن) يبلغ من العمر 23 سنة يعيش مع عائلته المتكونة من 6 أفراد، الحالة كان يتجاوب مع الأسئلة التي تم طرحها عليه والتي تتمحور حول تشخيص إدمانه على التدخين. من خلال الملاحظة العيادية لاحظنا أن الحالة نحيف، يعاني من الهالات السوداء شفتاه زرقاوتان، يفسر سبب الهالات السوداء إلى محاولة التوقف وسحب التبغ بشكل المفاجئ مما سبب له أرق، لباسه أنيق، طريقة جلوسه مناسبة ومحترمة، كثير الحركة، تواصله البصري متوسط، بطيء الكلام، قلق وأفكاره مترابطة، وقليل التركيز.

تبين لنا أن الحالة بدأ التدخين في سن 18 وذلك بسبب مشاكل حدثت له، حيث أنه تشاجر مع أستاذته التي اتهمته بالتشويش وهو لم يشوش، فتفاقم المشكل وقامت بتحويله لمجلس التأديب وطرده لمدة 15 يوم، وعندما علم أبوه قام بتوبيخه فلجأ إلى التدخين من أجل التخفيف من قلقه. يفسر هذا على بعدم قدرة الحالة على حل المشكلات والتعامل معها وعدم القدرة في التحكم في غضبه. حاول التوقف عن التدخين مرة واحدة بسبب قصور مادي، وكذلك أصبح يعرقل حياته.

يستعمل الحالة السجائر بكميات كبيرة منذ مدة طويلة، لا يسبب له التدخين مشاكل مع أصدقائه ولا مع عائلته لأن من يحيطون به كلهم يدخنون، ولكن أصبح يعرقله في حياته حيث أنه يؤجل ويعتذر عن حضور المناسبات العائلية وكذلك الدراسية، وحتى عند مرضه لا يستطيع التوقف عن التدخين وهذا ما سبب له الإزعاج، الحالة واعي بأضرار التدخين وكذلك يعاني من اضطراب استعمال التبغ التي ظهرت أعراضه في عرقلة حياته والقيام بواجباته من أجل التدخين.

ومنه نستنتج أن الحالة يعاني من إدمان التدخين وذلك حسب المقابلات التي أجريت معه بالإضافة إلى نتائج المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على درجة 10، وهي تدل على إدمان مرتفع، الذي سببه عدم القدرة في تحكم في غضبه وكذلك عدم القدرة على حل مشكلاته بطريقة سوية.

الحالة 05:

- الاسم: أ. م
- العمر: 23 سنة.
- الجنس: ذكر.
- المستوى: أولى ماستر تخصص إعلام آلي.
- عدد الإخوة: 01
- الرتبة بين الإخوة: الأكبر.
- الحالة الصحية: جيدة.

بعد إجراء المقابلات التشخيصية مع الحالة (أ) يبلغ من العمر 23 سنة يعيش مع عائلته المتكونة من 4 أفراد، الحالة كان يتجاوب مع الأسئلة التي تم طرحها عليه والتي تتمحور حول تشخيص إدمانه على التدخين. من خلال الملاحظة العيادية لاحظنا أن الحالة نحيف يعاني من اسوداد تحت العينين. قد ترجع نحافته إلى فقدان الشهية أمام الاسوداد تحت العينين إلى فقد يرجع إلى

ارتفاع نسبة النيكوتين في الدم. ملابسه وطريقة جلوسه مناسبان، تواصله البصري قوي، كلامه مفهوم وأفكاره مترابطة، كان يركز مع الكلام من أجل الإجابة على الأسئلة.

الحالة يعيش مع والديه وأخته، حيث هو يكبر من أخته بخمس سنوات. ولكن في عام 2017 سافر أهله إلى خارج الوطن وظل يعيش بمفرده. ومنذ ذلك الحين بدأ التدخين بسبب عدم مراقبة الوالدين إتباع وتقليد رفاقه السوء.

تبين أن الحالة بدأ التدخين بمعدل 5 سجائر في اليوم ولكن في كل مرة يزيد عدد السجائر إلى أن وصل إلى 40 سيجارة، وبصفة غير عادية، بعد مدة سنتين تقريبا حاول توقف عن التدخين وذلك بسبب عدم قدرته على ممارسة حياته اليومية. الحالة يدخن في أغلب أوقات يومه، وهذا ما سبب له مشاكل عائلية بسبب رفض والده للتدخين، وسبب الرفض أن الحالة أصبح يهمل كثيرا واجباته ونشاطاته اليومية، وحتى أحيانا عندما يكون مريض يستمر في التدخين ولا يستطيع التوقف عنه وهي تمثل أعراض اضطراب استعمال التبغ حسب DSM5. ومنه نستنتج أن الحالة يعاني من إدمان التدخين وذلك حسب المقابلات التي أجريت معه بالإضافة إلى نتائج المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على درجة 10، وهي تدل على إدمان مرتفع، الذي سببه غياب المراقبة الوالدية.

الحالة 06:

- الاسم: ع.
- العمر: 23 سنة.
- الجنس: ذكر.
- المستوى: ثالثة ليسانس حقوق.
- عدد الإخوة: 4
- الترتيب بين الإخوة: الثالث.
- الحالة الصحية: جيدة.

بعد إجراء المقابلات التشخيصية مع الحالة (ع) يبلغ من العمر 23 سنة يعيش مع عائلته المتكونة من 7 أفراد، الحالة كان يتجاوب مع الأسئلة التي تم طرحها عليه والتي تتمحور حول تشخيص إدمانه على التدخين. من خلال الملاحظة العيادية لاحظنا أن، ملابسه نظيفة وطريقة جلوسه مناسبة، الحالة شحاب الوجه، شفتان لونها الأزرق، وزنه زائد بالمقارنة مع الوزن الطبيعي، ويرجع هذا

زيادة الشهية بسبب محاولته التوقف عن التدخين وسحب استعمال التبغ شكل مفاجئ وذلك حسب أعراض DSM5. كما كانت أفكاره غير مترابطة وتركيزه ضعيف، وهذا ربما لتفكيره في التدخين، الحالة يعيش مع والديه وإخوته. توفت والدته في 2014، أي أنه عاش يتيم الأم. تعرف على فتاة ودامت علاقتهما لمدة سنتين، ولكن انتهت القصة بخيانتها له. فأتجه إلى التدخين للتفيس على غضبه عن طريق أصدقائه له وتشجيعه على مواصلة السلوك.

تبين أن الحالة بدأ التدخين في 2017 أي منذ 6 سنوات، وكان يدخن بطريقة غير اعتيادية، حيث توصل إلى علبتين في اليوم، لا يستطيع الحالة التحكم في رغبته للتدخين حيث أنه يقضي معظم وقته في التدخين، أصبح يتجنب السفر والأنشطة في أماكن مغلقة، وعند سؤاله عن رغبته في محاولة التوقف عن التدخين أجاب بـ (نعم)، ولكنه رجع إلى التدخين بسبب القلق الزائد والغضب لديه. ومنه نستنتج أن الحالة يعاني من إدمان التدخين وذلك حسب المقابلات التي أجريت معه، بالإضافة إلى نتائج المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على درجة 09، وهي تدل على إدمان مرتفع، وها راجع إلى القلق والتوتر والغضب الذي عانى منه الحالة.

الحالة 07:

- اسم: ك.

- الجنس: ذكر.

- العمر: 24 سنة.

- المستوى الدراسي: سنة ثانية ماستر علوم تجارية.

- عدد الاخوة: وحيد.

- الحالة الصحية: جيدة.

بعد إجراء المقابلات التشخيصية مع الحالة (ك) يبلغ من العمر 24 سنة يعيش مع عائلته المتكونة من 3 أفراد، الحالة كان يتجاوب مع الأسئلة التي تم طرحها عليه والتي تتمحور حول تشخيص إدمانه على التدخين. من خلال الملاحظة العيادية لاحظنا الحالة اسوداد وجه الحالة، شفتان قريبتان للون الأزرق، يفسر هذا لتعاطي كميات كبيرة من السجائر وإدمانه بشكل مرتفع، كما طريقة جلوسه مناسبة وأفكاره مترابطة، وتركيزه متوسط.

تبين أن الحالة وحيد الأم والأب، بدأ التدخين منذ سن 15 سنة أي أنه يدخن لمدة 9 سنوات، وهذا راجع إلى الفراغ الذي يعيشه وقلة النشاطات التي يمارسها.

حاول التوقف عن التدخين لكنه لم يستطع وذلك بتزايد الكميات التي يدخنها، وصل إلى استهلاك علبتين في اليوم، على الرغم من المشاكل التي يتعرض لها مع والدته بسبب التدخين، لكنه لم يستطيع التحكم في رغبته عن التدخين وهي من الأعراض اضطراب التبغ وذلك حسب DSM5.

ومنه نستنتج أن الحالة يعاني من إدمان التدخين وذلك حسب المقابلات التي أجريت معه بالإضافة إلى نتائج المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على درجة 09، وهي تدل على إدمان مرتفع، الذي سبب عدم قدرته تحكم في ذاته.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل قمنا بتحديد الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث تمكنا من أخذ عينة الدراسة الأساسية من عينة الدراسة الاستطلاعية، وبناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي، كما حددنا الأسباب التي أدت بأفراد المجموعة التجريبية إلى الإدمان على التدخين.

الفصل الثاني:

عرض ومناقشة النتائج.

تمهيد:

ذكرنا من خلال هذا الفصل بفرضيات الدراسة، ثم عرضنا النتائج التي تحصلنا عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح وتحليلها، كما ناقشنا الفرضيات الفرعية والعامّة على ضوء الدراسات السابقة، الدراسة الاستطلاعية والجانب النظري للعلاج المعرفي السلوكي، والإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي.

أولاً: التذكير بفرضيات الدراسة.

لقد تم وضع فرضيات للإجابة على أسئلة الدراسة، وتمثلت في الآتي:

1- الفرضية الرئيسية:

- البرنامج المعرفي السلوكي فعال لتخفيف مستوى الإدمان لدى الطلبة الجامعيين.

2- الفرضيات الفرعية:

- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي)

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)

- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس بعدي)

ثانيا: إجراءات الجلسات العلاجية:

إجراءات الجلسة الأولى (13 مارس 2023):

دامت الجلسة 60 دقيقة، وهدفت إلى:

- القياس القبلي.

- التعريف بالبرنامج العلاجي المقترح.

- تحقيق التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية، وبداية بناء العلاقة العلاجية.

- تحديد الأهداف المتوقع تحقيقها ومناقشتها معهم بهدف ضبط توقعاتهم.

- شرح محتوى عقد الالتزام، والموافقة بالإمضاء عليه.

- الواجب المنزلي.

في الجلسة الأولى تم الالتقاء بالمجموعة الضابطة لقياس درجة الإدمان على التدخين بواسطة مقياس الاعتماد على السجائر (CDS-12)، وطلبنا من المجموعة الضابطة الحضور في الجلسة الأخيرة لتطبيق القياس بعدي.

بعد الترحيب بأفراد المجموعة التجريبية، وشكرهم على حضور الجلسات العلاجية، وسؤالهم عن حالهم، قمنا بتعريفهم بأنفسنا، والهدف من تواجدهم معنا، بعدها طبقنا عليهم القياس القبلي الاعتماد على السجائر (CDS-12) لقياس درجة الإدمان، بعدها وضحنا البرنامج العلاجي المقترح لإقناعهم بمنطق العلاج ومسؤوليتهم في نجاحه، وحاولنا إعطاء أمل حول العلاج والاتفاق على شروط سيرورة الجلسات من خلال العقد الالتزام التي تكون مبنية على الاحترام المتبادل والسرية التامة في ما يحدث داخل المجموعة، وذلك بالموافقة والإمضاء عليه (ملحق رقم 07).

استعنا في هذه الجلسة بتقنية رمي الكرة بهدف التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية وكسر الحاجز بينهم لخلق التفاعل وزيادة الثقة بينهم، حيث يتم رمي الكرة ومن يمسك بها يعرف بنفسه (الاسم، العمر، التخصص الجامعي، مدة الإدمان)، ثم يمررها لفرد آخر من أفراد المجموعة التجريبية، بعدها طرحنا بعض الأسئلة عليهم هدفها معرفة أعضاء المجموعة أكثر وزيادة التفاعل والثقة في ما بينهم، من بين الأسئلة:

- ما هو السبب الرئيسي في التدخين؟

- كم لديك وأنت تدخن؟

- هل كانت لك محاولة حقيقية في الإقلاع عن التدخين؟
 - هل سبق لكم العلاج عند أخصائي بهدف التخلص من التدخين؟
 - ماهي العوائق التي واجهتك؟
- فتبين لنا أن أفراد المجموعة التجريبية كان سبب إيمانهم على التدخين هو التقليد ومحاكاة الأصدقاء، حيث حاول جميعهم التوقف عن التدخين دون اللجوء إلى الأخصائي النفسي. ولكن واجهتهم عوائق كثيرة عرقله مواصلتهم في أقلاع عن التدخين.
- وفي الأخير أنهينا الجلسة بواجب المنزلي الذي تمثل في مزايا ومساوئ التدخين، والتأكيد على أهمية تطبيقه، والاتفاق حول الجلسة التالية (الوقت والمكان) وشكرناهم على حضورهم.

إجراءات الجلسة الثانية (16 مارس 2023):

دامت 60 دقيقة، وهدفت إلى:

- توضيح أهمية الاسترخاء على الجانب الفيزيولوجي والنفسي لأفراد المجموعة التجريبية.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على أسلوب الاسترخاء.
- التخفيف من حدة التوتر والقلق.

- الواجب المنزلي.

في هذه الجلسة تم تطبيق الجلسة في مساحة خضراء هادئة. أولاً بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، حيث كل واحد منهم ذكر مجموعة من مساوئ التدخين من بينها:

- يسبب ألام الراس عندما لا أدخن.

- مشكلة في الحالة الاقتصادية.

- يسبب الكثير من الأمراض.

- ينقص في الشهية.

- يترك رائحة كريهة.

- الشعور بالحاجة الملحة والاضطرار للتدخين تكون في الصباح عند الاستيقاظ.

والعديد من المساوئ الأخرى.

ومن بين المزايا التي تطرق لها أعضاء المجموعة العلاجية هي:

- يخفف من درجة القلق.

- يجعلني أشعر بالنشوة والإشباع.

وهنا حاولنا تغيير الفكرة الإيجابية حول التدخين لفكرة سلبية، حيث أن هذه النشوة مؤقتة وتزيد من حدة الإدمان أكثر، وبالتالي عند عدم التدخين تتضاعف درجة القلق والتوتر، هنا أدرك أفراد المجموعة التجريبية بأنه لا توجد مزايا للتدخين.

بعدها تطرقنا إلى تقنية الاسترخاء الذهني، بدأنا أولاً بطرح سؤال عن مفهوم الاسترخاء بالنسبة لهم، فمعظم أفراد المجموعة التجريبية كان جوابهم: "حاجة تكالمي"، ثم عرفناهم بالاسترخاء على أنه انتعاش العقل والجسد مع التخفيف من حدة التوتر، وأنه يساعد كثيرا في الخطة العلاجية ويخفف من حدة القلق والضغط النفسي، وأن له عدة أنواع وأنها اخترنا الاسترخاء الذهني لأنه أكثر نوع يلائمهم كطلبة جامعيين بسبب الضغط والتعب الفكري الذي يواجههم يوميا، ثم طلبنا منهم أخذ الوضعية المريحة مع اقتراح الوضعيات الملائمة للاسترخاء.

عند الانتهاء وضعنا لهم تسجيل صوتي وقاموا باتباع تعليمات الاسترخاء (ملحق رقم 08)، حسب ما هو مذكور في التسجيل الصوتي.

عند إكمالهم للتقنية تناقشنا حول فعالية التقنية وتأثير الاسترخاء فيهم، والأعراض الجسدية والنفسية بعدها شرحنا لهم بأن هذه الأعراض عادية لممارستهم للاسترخاء للمرة الأولى، مثل ما يحدث معهم عند ممارسة الرياضة لأول مرة، ومع التعود ستختفي هذه الأعراض.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، والواجب المنزلي المتمثل في: طلبنا من أفراد المجموعة التجريبية تطبيق الاسترخاء الذهني يوميا في المنزل بواسطة التسجيل الصوتي الذي قمنا بإرساله لهم.

إجراءات الجلسة الثالثة (20 مارس 2023):

دامت الجلسة 90 دقيقة، وهدفت إلى:

- توعية أفراد المجموعة التجريبية بموضوع الإدمان (تعريفه، عوامله، أعراضه، مآله).
- توعية أفراد المجموعة التجريبية بأساليب العلاج الفعالة لزرع الأمل في الشفاء.

- الواجب المنزلي.

خصصناها لمحاضرة حول الإدمان على التدخين، أولاً بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، حيث كان عضوين في المجموعة قاموا بتطبيق الاسترخاء كل يوم دون توقف، فقمنا بتعزيز اجتماعي رمزي متمثل في التصفيق وتشجيعهم على الاستمرار، أما الباقين فمعظمهم طبقوا الواجب لكن بشكل متقطع لم يكن يومياً، وهذا راجع لضيق الوقت، فذكرناهم بضرورة الالتزام بكل ما يتم عرضه وبالواجبات المنزلية من أجل تخفيف الإدمان.

بعدها بدأنا في عرض المحاضرة التي شملت كل عناصر الإدمان على التدخين (تعريف، أسباب، أعراض، آثار، المشاكل التي ممكن مواجهتها على المدى البعيد، نسبة الأفراد الذين يعانون بسرطان الرئة بسبب التدخين، فوائد تخلص الجسم من النيكوتين، الأساليب العلاجية المناسبة للتخفيف من إدمان على التدخين...)، حيث أعطيناهم محاضرة ورقية ورتبنا العناصر، ثم قمنا برمي الكرة ومن يمسكها يحاول شرح العنصر الأول وإعطاء رأيه حوله، كذلك مع مشاركة باقي أفراد المجموعة التجريبية آرائهم، وكان تفاعل جيد خلال الجلسة لأنه حاولنا أن لا نجعلها بطريقة أكاديمية تجعلهم يشعرون بالملل.

في الأخير ركزنا على الأساليب العلاجية المناسبة التي تساهم بشكل كبير في التخلص من الإدمان وحاولنا معرفة آراءهم حول ما هو أنسب أسلوب يفضلونه للتخفيف من التدخين، بعدها طبقنا الاسترخاء الذهني بشكل جماعي نزولاً عند طلبهم.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، والواجب المنزلي المتمثل في: الاطلاع حول المطويات المجهزة من قبلنا وتحت إشراف الأستاذة المشرفة بن شيخ رزقية (الملحق رقم 09)، كذلك أسلوب سجل الأفكار المصاحبة لوقف واستمرار التدخين (ملحق رقم 10)، بعدها ذكرناهم بتاريخ ووقت الجلسة الموالية ومكانها.

إجراءات الجلسة الرابعة: المدخن مستقبلاً بين الإيجاب والسلب (22 مارس 2023):

دامت الجلسة 90 دقيقة، وهدفت إلى:

- توضيح العلاقة بين الحوار مع الذات والأفكار والانفعالات.

- التعريف بفائدة الحوار الذاتي الإيجابي.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على كيفية تطبيق أسلوب الحوار الذاتي الإيجابي.
- توعية أفراد المجموعة التجريبية بمآل الإدمان على التدخين وتقديم نماذج لأفراد مدمنين.
- الواجب المنزلي.

أولاً بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، فهناك من بحث حول علاج الإدمان على التدخين، حيث قالوا بأنهم وجدوا باستطاعتهم تناول مكملات غذائية، فوضحنا لهم بأن هذا ليس من صلاحيتنا ولكن وجهناهم إلى أخصائية التغذية في مستشفى "عقبي" بولاية قالمة.

بعدها شرعنا في شرح تقنية "الإسقاط المستقبلي" وأهميتها التي تتمثل في جعل العميل يتخيل ذاته وهو يمارس في التدخين على المدى البعيد (اتخذنا بعد 5 سنوات كمثال)، فبدأنا أولاً بعرض مشاهد فيديو على ناس يتحدثون عن أنفسهم والآثار السلبية الكثيرة التي يعانون منها بسبب الإدمان عن التدخين (ملحق رقم 11)، وهذا من أجل الإيحاء بتصورات إيجابية من أجل الخوف والترهيب. وبعدها طلبنا منهم إعطاء رأيهم حول الموضوع وتخيل أنفسهم وهم يكررون العادات السيئة وهي التدخين (حاولنا تقليل مستوى الإدمان المنجز عليها الاسقاط المستقبلي بصفة قصدية لتوعية أن أقل مستوى ممكن كم درجة خطورته) كل يوم لمدة 5 سنوات ما هي الآثار الناجمة، وتناقشنا حول محتوى الفيديو الذي تم عرضه، حيث كان هناك تفاعل جيد، وتبين لهم من خلال الاسقاط المستقبلي أن أدنى درجة من الإدمان اسقاطها المستقبلي خطير، وكل منهم ذكر مجموعة من المشاكل التي ممكن مواجهتها مثلاً (ضيق التنفس، عدم القدرة على القيام بالمسؤوليات بالشكل اللازم، الوضع الاقتصادي كذلك، الصعوبة في القيام بالرياضة، زيادة درجة الإدمان أكثر....)، بعدها طلبنا منهم تخيل ذاتهم وهم يطبقون مستوى أدنى من العادات الجيدة كل يوم ومن بينها بداية التخفيف من السجائر لمدة 5 سنوات، فماهي النتائج الممكن الوصول إليها، فكانت كل التخيلات بطريقة إيجابية، لكن معظمهم طرح التساؤل حول هل أستطيع المداومة على هذه العادة؟، في هذه النقطة استغلينا الفرصة لتطبيق تقنية الحوار الذاتي الإيجابي ومحاولة التخلص من الفكرة السلبية المتمثلة في عدم القدرة على التعافي من

الإدمان، والتأكيد على أن كل فرد داخل المجموعة يمكنه القيام بسلوكيات وعادات إيجابية فقط عليه بالثقة في النفس وعدم التشكيك بقدرته على تخلص من التدخين، وكان هناك استجابات إيجابية بين أفراد المجموعة التجريبية.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، والواجب المنزلي المتمثل في: طلبنا من أفراد المجموعة التجريبية الشروع في إنقاص 5 سجائر دوريا إلى غاية الجلسة التالية خاصة مع فرصة شهر رمضان المبارك وتسجيل التأثيرات المصاحبة له، وأيضا مشاهدة الفيديو الذي نرسله لهم خلال الأيام المقبلة، بعدها تم الاتفاق على تاريخ الجلسة الموالية التي تكون عن بعد وذلك لتزامنها مع العطلة الأكاديمية ومن أجل عدم قطع العلاج، وتأكدنا من عدم وجود مشكلة بالنسبة لهم.

إجراءات الجلسة الخامسة: (5 أبريل 2023):

دامت الجلسة 90 دقيقة، وهدفت الجلسة إلى:

- شرح تقنية ABC وأهميتها مع التدريب عليها.
- استبصار أفراد المجموعة التجريبية بأفكارهم السلبية.
- مناقشة الأفكار السلبية.
- استبصار أفراد المجموعة التجريبية بعلاقة مشاعرهم السلبية وسلوك التدخين.
- الواجب المنزلي.

قمنا بالجلسة في دار الثقافة بولاية قالمة، أولا بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، وكان النقاش حول الفيديوهات التي شاهدوها ومدى الاستفادة منها، حيث كان في المجموعة العلاجية من يرغب التوقف عن التدخين نهائيا، وأيضا حول موضوع إنقاص السجائر فطبقت كل المجموعة الواجب، حيث هناك فردين من أفراد المجموعة التجريبية حاولوا إنقاص عدد السجائر أكثر مما طلبناه منهم، ونجحوا خلال المدة التي لم نلتقي بها، فقمنا بالتعزيز الاجتماعي المتمثل في التصفيق، وتشجيعهم على المواصلة، كما قام جميع أفراد المجموعة التجريبية بتسجيل الأفكار والتأثيرات المصاحبة لإنقاص عدد السجائر، وشاركونا بجميع التأثيرات المصاحبة من بينها:

- صعوبة كبيرة في التحكم في النفس.
 - عدم وجود فائدة في إنقاص 5 سجائر لأنه يدخل عدد كبير.
 - صداع قليل.
 - صعوبة التركيز.
- فوضحنا لهم أنها أعراض سيتغلبون عليها مع مرور الوقت، كما تم توضيح أن الإنقاص يكون تدريجياً ولا يكون مرة واحدة لأنهم لا يستطيعون.
- تم شرح أسلوب الأعمدة الثلاثة (ABC)، وأهميتها لأفراد المجموعة التجريبية، والتي تتمثل في استبصارهم بأفكارهم السلبية، ثم تطرقنا إلى التدريب عليها، فطلبنا من أعضاء المجموعة العلاجية تخطيط جدول فيه 3 أعمدة مختلفة (ملحق رقم 12)، حيث قدمنا كمثال تطبيقي جماعي:
- العمود الأول: الموقف: لا يمكنني التوقف من التدخين.
 - العمود الثاني: الفكرة السلبية: سأفشل في ذلك ولا يمكنني الاستمرار.
 - العمود الثالث: الانفعالات المصاحبة: ذكر أفراد المجموعة التجريبية مجموعة من الانفعالات منها قلق.
- بعد استخلاص بعض الأفكار السلبية تم مناقشتها، حيث بدأنا بسؤال: ما هو أكثر شيء يخيفك عندما تفكر في التوقف عن التدخين؟ وأكدنا لأفراد المجموعة التجريبية على التعبير بحرية، منهم من أجاب: "منقدرش نحمل سطر تاع راسي psq insupportable لوجاع أداك"، والآخر قال "oui impossible نقدرش نحملوه"، "باه نبدأ نهاري أنا القارو تاع الصباح منقدرش نفرط فيه"، "خاف نجرب نحبس ومبعد نفشل ونبدأ من الأول"، فأخذنا إجاباتهم بعين الاعتبار، وتم مناقشتهم حول فكرة (آلام الرأس) أكدنا لهم بأنها فترة بسيطة وتحتاج للإرادة، وكذلك حاولنا رفع أعلى درجة يمكن الوصول إليها لصداع ماذا سيحدث؟، وإن حدث وآلمك رأسك بشكل لا يطاق ولا يمكن تحمله أجاب أحدهم: "نهبل"، وبعدها طرحنا تساؤل هل حدث مرة وسمعت أن أحدهم فقد عقله بسبب آلام الرأس! أكيد لا فهذه أفكار سلبية (الهدف من هذا هو جعل أفراد المجموعة التجريبية يتأكدون أن أفكارهم غير واقعية).
- ناقشنا كذلك فكرة التدخين عند الغضب، حيث عند النقاش كل أفراد المجموعة ركزوا على أن التدخين يساعد على التنفيس عن الغضب وتخفيف التوتر المصاحب للغضب.

بالنسبة للحالة "أ.م" الذي أكد أن أكبر عدد سجائر الذي يدخنهم عندما يكون يتكلم مع عائلته قال: "كي نشوفهم منلقا حتى حاجة نسولا جي بيها appart الدخان"، فناقشنا معه فكرته بأنه بدل التدخين يعبر على مشاعر الاشتياق مع والديه عند تحدته معهم.

أي أننا قمنا بمناقشة بعض الأفكار المطروحة في الجلسة وأكدنا بأنه سنكمل في الجلسة التالية. في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، والواجب المنزلي المتمثل في تطبيق تقنية الأعمدة الثلاثة، وتدوين جميع الأفكار السلبية لمناقشتها في الجلسة التالية.

إجراءات الجلسة السادسة: 5 أبريل 2023.

دامت الجلسة 90 دقيقة، وهدفت إلى:

- مواصلة مناقشة الأفكار السلبية.
- شرح أسلوب وقف الأفكار.
- شرح أسلوب الأعمدة الخمسة ABCDE وأهميته، مع التدريب على تطبيقه جماعيا.
- الواجب المنزلي.

أولا بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، تعرفنا على الأفكار السلبية الأخرى وناقشناها، فمن بين الأفكار السلبية مثلا فكرة "لا يمكنني التوقف لأن كل محاولاتي باءت بالفشل، فأنا أنظر إلى نفسي على أنني إنسان فاشل"، ناقشنا هذه الفكرة على أساس أنه لا توجد محاولة فاشلة بل توجد محاولة تعلمنا منها، وأخذنا منها خبرة، فهذه الفكرة معيقة للتطور والتجريب فلا تصدر أحكام إلا بالتجريب، كذلك ناقشنا مجموعة من الأفكار المتمثلة في:

- فكرة "لا يمكن التحكم بالذات عند رؤية أحد يدخن".
 - الأفكار المصاحبة للفراغ والقلق مثل فكرة التدخين بسبب الفراغ.
 - فكرة الصداق المصاحبة لوقف التدخين.
- وفي الأخير أكدنا لهم بأنها مجرد أفكار عادية وسواسية لا تتكرر، لأنك تسمح لها بذلك عن طريق تصديقها والتصرف على أساسها.

بعدها شرعنا في شرح تقنية وقف الأفكار وأهميتها، وكيفية العمل بها وهي القيام باستحضار فكرة سلبية وعند الإشارة يتم تغيير فكرة السلبية إلى أخرى إيجابية. بعد تعريف بالتقنية وشرحها قمنا بتحضير المواقف السلبية لكل فرد وتعيينه وتفاهم على إشارة الوقف والمتمثلة في "stop". بعدها بدأنا بالقيام بالتقنية مثلا الموقف السلبي هو 'الأم الرأس' رأسي يؤلمني، لا أستطيع تحمل، لا يوجد مسكن الألم، رأسي سينفجر، ونحن قمنا باستثارة الموقف بعبارات مثيرة بهدف استحضار الموقف بكل أفكاره ومشاعره: نعم لا تستطيع تحمل الألم لن تستطيع توقف لا تتوقف عن التدخين لأنه سيسبب لك الألم، بعدها أعطينا إشارة التوقف بسبب ملاحظتنا للانفعال الشديد البادي عليه مثل احمرار وجهه والقلق وتصريحاته، تم تحويل الفكرة السلبية لإيجابية جالس على شاطئ البحر والأمواج تداعب قدميه، ثم في المرحلة الثانية طلبنا منه أن يقوم باستحضار الفكرة السلبية مرة أخرى، ولكن هذه المرة ينفعل بصوت منخفض، ونحن نقوم باستثارته أيضا ونعطيه إشارة التوقف لاستحضار الفكرة الإيجابية، لاحظنا هنا أن الانفعال والقلق والتشنج في انخفاض، في المرحلة الثالثة طلبنا منه يقوم باستحضارها لوحده والتوقف لوحده وتبديل للفكرة الإيجابية لوحده من دون تدخلنا، فلاحظنا اختفاء الانفعال.

استعنا بتقنية الأعمدة 5(ABCDE)، فطلبنا من أعضاء المجموعة العلاجية تخطيط جدول فيه

5 أعمدة مختلفة مثل الجلسة السابقة (ملحق رقم 13):

- العمود الأول: الموقف.

- العمود الثاني: الفكرة.

- العمود الثالث: المشاعر.

- العمود الرابع: الفكرة البديلة.

- العمود الخامس: الأثر.

بعد الانتهاء من تطبيق هذه التقنية شرعنا في ممارسة الاسترخاء.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، والواجب المنزلي المتمثل في: تطبيق تقنية وقف الأفكار. مع تنقيص 7 سجائر أخرى إضافة إلى 5 سجائر التي تم إنقاصها مسبقا، وتسجيل التأثيرات المصاحبة لها وفق الأعمدة 5.

إجراءات الجلسة السابعة: (12 أبريل 2023):

دامت الجلسة 90 دقيقة، وهدفت إلى:

- توضيح فائدة أسلوب حل المشكلات.

- مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على إيجاد الحلول المناسبة لمشكلاتهم من خلال تدريبهم على أسلوب حل المشكلات للتخفيف من القلق.
- شرح أهمية أسلوب التخيل والتدريب على تطبيقه.
- مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في كيفية التعامل مع الأعراض الانسحابية.
- الواجب المنزلي.

طبقتنا الجلسة في المساحة الخضراء لأنها من أكثر الأماكن التي نالت إعجاب المجموعة، أولاً بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، والتأكد ما استفادتهم من الواجب الذي ساعدهم في وقف الأفكار السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية، كذلك تطرقنا إلى عدد السجائر للتأكد من إنقاص أفراد المجموعة التجريبية العدد المطلوب، فوجدنا أن جميع أفراد المجموعة قاموا بإنقاص عدد السجائر المطلوبة منهم، إلا فردين منهم قاموا بإنقاص 9 سجائر بدل 7 سجائر، فقمنا بتعزيز اجتماعي من خلال التصفيق.

فيما بعد شرعنا في شرح تقنية حل المشكلات وأهميته، حيث بدأنا أولاً باستبصار المشكلات بالحوار بأنه يجب تعلم حل المشكلات بطريقة سوية وسليمة (لا نحل مشكلة بمشكلة أكثر منها)، فمثلاً عند حوث موقف يثير غضبك يجب التحكم في الغضب والتفكير في الحل وعدم اللجوء مباشرة إلى التدخين، فأشرنا إلى حديث الرسول صلى الله عليه وسلم - «إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب وإلا فليجضع»، أيضاً يجب تعلم أسلوب مواجهة المشكلات وعدم الهروب منها والتعامل معها.

كما أدمجنا تقنية حل المشكلات بأسلوب ملء الفراغ، باعتباره الحل الأفضل للتخفيف من الأعراض الانسحابية والتنفيس عن الذات، فاقترحنا على أفراد المجموعة التجريبية اللجوء إلى ممارسة هوايتهم للتخفيف من الضغط بدلا من التدخين بعد سؤالهم عن الهوايات المفضلة لديهم. فكل منهم ذكر هواية مثلا: كرة القدم، الملاكمة، العزف عن الجيتار، رياضة كمال الأجسام...إلخ.

فيما بعد شرعنا لأفراد المجموعة التجريبية أسلوب التخيل وأهميته في التخلص من الأفكار السلبية، حيث اخترنا الصداغ، حيث تمثلت الخطوة الأولى: طلبنا من كل أفراد المجموعة التجريبية أن

يسألوا أنفسهم سؤال: هل يمكن للتوقف عن التدخين أن يسبب الصداع؟، وهل يسبب هذا الفكر إزعاجا داخليا حقيقي أم أنها مجرد أوهام؟، وماهي الآثار النجمة عن هذا الصداع؟

الخطوة الثانية: طلبنا منهم إغماض أعينهم وتخيل الصداع على أنه أداة صلبة (حجرة مثلا)، ثم التخيل أن الفكرة الإيجابية على أنها فأس، وتخيل أنك تضرب في الحجرة حتى تصبح فتات، وبذلك كسر أو قطع الفكرة وتعويضها بمشاعر إيجابية.

طلبنا منهم التعامل مع كل الأفكار السلبية بهذه الطريقة، وتوقيف التفكير السلبي بالتقنية التي تم التدريب عليها.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما قدم في الجلسة، وطلبنا من العملاء القيام بالهوايات المفضلة لهم بدل التدخين مع إنقاص عدد السجائر (8سجائر) كواجب منزلي مع عدم نسيان التدخين بالسجائر التي تنقص النيكوتين (Nikostop) وهذا من أجل إنقاص نسبة النيكوتين في السيارة.

إجراءات الجلسة الثامنة: (19 أبريل 2023):

دامت الجلسة 90 دقيقة، وتهدف إلى:

- مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على التنفيس الانفعالي من خلال التمثيل النفسي المسرحي.
- مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على توكيد الذات من خلال التعبير المناسب على أفكارهم ومشاعرهم.
- الواجب المنزلي.

أولا بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، فكان هناك تنوع منهم من قام برياضة كمال الأجسام، ومنهم كرة القدم وحتى الملاكمة، وآخرون العزف على الجيتار، بعدها ناقشنا ما إذا أنقصوا عدد السجائر كما هو متفق وكانت النتيجة أنهم جميعا طبقوا المطلوب أي إنقاص العدد، وفردين من أعضاء المجموعة صرحوا بأنهم أنقصوا أكثر مما طلب منهم، وأجمع أفراد المجموعة التجريبية على أنهم لم يجدوا صعوبة في الانقاص، وليس كالمرات السابقة خاصة المرة الأولى.

بعدها بدأنا في تطبيق أسلوب تأكيد الذات على أفراد المجموعة التجريبية، واستعنا بتقنية لعب الأدوار، وحددنا الموقف، ثم قمنا بتحديد المجموعة التي ستقوم بلعب الدور من كانوا يرغبون بذلك، قاموا بتمثيل دور «فرد طلب منه أصدقاؤه التدخين وهو لا يريد ذلك، ولكن نتيجة إصرار أصدقاؤه وعن خجل لم يستطع الرفض وقام بالتدخين» (دون وضع سيناريو)، وبعد انتهاء التمثيل النفسي المسرحي قمنا بمناقشة وفحص ردود أفعال أفراد المجموعة التجريبية، وقمنا بمناقشة سلوكياتهم وتصريحاتهم ودلالاتها النفسية مثل صرح أحد المشاركين «كون جيت في بلاصتو أنا نبقى نقول (لا)»، بعدها قاموا بإعادة تمثيل الدور مرة أخرى بعد المناقشة وإيجاد حلول بديلة من طرفهم، فبدل من أن يدخل يرفض ويصر أكثر على عدم التدخين وتركهم، ثم قمنا بإيقاف المشهد مرة ثانية وناقشنا ما حدث مرة أخرى وتقييم سلوكياتهم وتصريحاتهم، فجمع أفراد المجموعة العلاجية أن يقوموا بما هو صائب ونافع ويرضي أنفسهم مهما كان دون التأثير بأصدقاؤهم، وتعلموا بعد شرح وتوضيح أهمية تأكيد الذات وهو إمكانية قول (لا) على ما لا يرغبون به.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، والواجب المنزلي المتمثل في: إنقاص عدد السجائر (5 سجائر)، وعدم التدخين لمدة ساعتين قبل الجلسة التالية، مع مواصلة تأكيد الذات في مواقف أخرى.

إجراءات الجلسة 09: (24 أبريل 2023).

دامت الجلسة 60 دقيقة، وهدفت الجلسة إلى:

- المساعدة على التحكم في الذات في وجود مثيرات محفزة للتدخين.
- المساعدة على التفريغ الانفعالي وتأكيد الذات.
- الواجب المنزلي.

أولاً بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، كما تأكدنا من عدم قيامهم بالتدخين لمدة ساعتين قبل الجلسة كما طلبنا منهم سابقاً، ثم طبقنا الاسترخاء جماعياً، بعد الانتهاء منه قمنا بتقديم القهوة لأفراد المجموعة العلاجية، وطلبنا من شخص مرافق لنا أن يدخل أمامهم وهذا من أجل تعريضهم مباشرة إلى مثير رائحة السجارة ومثير شخص يدخل أمامهم

ومثير القهوة، فهم حسب تصريحاتهم كلها تثير رغبتهم للتدخين، فاستجابوا جميعاً إلى المثيرات المقدمة وأرادوا أن يدخنوا، فمنهم من قال عند رؤيته للقهوة: "خاصتنا غير قارو ذك"، وآخر قال: "نقدرو نتكيفو"، وآخر قال: "أنا كي نكملو نجبد قارو نتكيفو"، هنا نحن الطالبات طلبنا منهم مقاومة المثير والرغبة في التدخين حتى نهاية الجلسة.

قدمنا لكل واحد منهم علكة لتصريف الانتباه، ثم طلبنا منهم اختيار موقف مزعج ثم تمثيله خلال الجلسة. فتم اختيار موقف الحالة (ن) الذي تمثل في الآتي: الحالة عندما صرح لأصدقائه بأنه يتبع برنامج علاجي لتخفيف الإدمان على التدخين ويسخرون منه ويضايقونه فمنهم من يقول له: "أنت ما تقدرش ديرها"، ومنهم من يقوم بنفخ دخان السجارة في وجهه ويقول له: "شوف شوف رح تخلي الريحه هذي المليحة خليك خليك معنا خير". قمنا بتمثيل هذا الموقف، وكل هذا بهدف تفرغ وتعديل السلوك والتأكيد على ضرورة تأكيد الذات.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، والواجب المنزلي المتمثل في: جعل فترة بين المثير وعملية التدخين (من 15 دقائق إلى 25 دقيقة)، ووضع حبة حلوى عند الشعور برغبة قوية في تدخين السجارة، مع إنقاص 5 سجائر إضافة إلى ما سبق.

إجراءات الجلسة 10: (26 أبريل 2023).

دامت الجلسة 90 دقيقة، وتهدف الجلسة إلى:

-التفكير من السجائر.

-تشجيع أفراد المجموعة التجريبية لطب المساندة الاجتماعية لتعزيز الاستمرار في الحد من عدد السجائر.

-الواجب المنزلي.

أولاً بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، حيث وجدنا الحالة (أ) والحالة (م) أنقصوا عدد السجائر فأصبحوا يدخنون 7 سجائر في اليوم، وبعد الجلسة السابعة قاموا بتأخير السجارة لفترة 30 دقيقة بعد كوب قهوة الصباح ووضع معها حبة الحلوة، ما يدل على استفادتهم والتزامهم بالتقنية.

أما أفراد المجموعة الأخرى فهم ملتزمين بعدد السجائر المتفق عليها وأصبحوا يدخنون بمعدل 15 سيجارة في اليوم، كما أنهم قاموا بأخذ الحلوة بدلا من السجارة وتأخير التدخين لفترة معينة، وهم يحتسون القهوة، حيث أنهم تمكنوا من ضبط أنفسهم والتحكم فيها.

بعد الانتهاء من مناقشة الواجب المنزلي شرعنا في أسلوب التنفير بواسطة التخيل، حيث طلبنا من أفراد المجموعة العلاجية بعد الانتهاء من جلسة الاسترخاء عدم فتح أعينهم وبقائهم على حالة استرخاء، وبدأنا نحن الطالبات بسرد أفكار مقترزة مرتبطة بالتدخين (أسلوب التنفير) متمثلة في:

- أنت تدخن وشخص أمامك هو الآخر يدخن ولكن عند وضع سيجارته في فمه شعر بالغثيان واستفرغ جميع ما أكله خلال يومه وكانت رائحة فمه كريهة لدرجة لا يمكنك تحملها، لأن عود السجارة محشو بالروث والتبغ معا، تخيل أنكما تدخانان من نفس نوع السجائر.

خلال التخيل لاحظنا اشمئزاز على أوجه أفراد المجموعة العلاجية، حيث أنهم قاموا برفع الجفن الأعلى وكذلك الشفتين، تجعد الأنف... إلخ، وهذا دليل على نجاح أسلوب التنفير بواسطة التخيل.

عند الانتهاء من التخيل طلبنا منهم فتح أعينهم وسرد ما شعروا به فمنهم من أجاب: "أكثر شيء عيفني تع واحد يتقيا قدامي"، والآخر "تقدر نتقبل كلش غير ريحة مش مليحة كون تصرالي تع نتكيف وواحد قدامي وريحة فمو مش مليحة نتقيا أنا بعد قدامو نورمال حشاكم"، وغيرها من الأقوال الأخرى التي تدل على تقزز أفراد المجموعة التجريبية ما يؤكد الوصول إلى الهدف المطلوب من الجلسة.

بعدها قمنا بالتعزيز للحالة "أ" و "م" على اجتهادهم وقدرتهم وقوة إرادتهم من خلال شكرهم والثنائي على عزيومتهم، وشجعنا بهم أعضاء المجموعة وطلبنا منهم أخذهما كنموذج للنجاح في الوصول لهدفهم على الإكمال في تطبيق الواجبات وخصوصا إنقاص عدد السجائر، كذلك شجعنا أفراد المجموعة التجريبية على اجتهادهم ومواصلتهم في العلاج وأكدنا لهم أن الرغبة في إكمال العلاج مؤثر مهم في التخفيف من حدة الإدمان.

فيما بعد طلبنا من كل أفراد المجموعة التجريبية طلب مساندة معنوية من المقربين كالعائلة والأصدقاء وخصوصا الأشخاص الذين يرغبون منهم أن يوقفوا التدخين. والتأكيد على الحوار مع الذات دائما بكلمات إيجابية مثل: (نقدر نحبس التدخين، لازم منفشلس، لازم منرجعش مين بديت، قريب نوصل واين حاب...).

وذكرنا لهم أنه أقل واحد فيهم أصبح يدخن 10 سجائر في اليوم بدل 40 سيجارة في السابق، مما يدل على نجاحهم وإصرارهم للوصول لهدفهم في التخفيف من الإدمان. في الأخير قدمنا حوصلة حول ما قدم في الجلسة وعززناهم من خلال عبارات محفزة متمثلة في:

- علابنا بيكم تقدرولها مدام وصلتو للجلسة 10 تسما عندكم رغبة كبيرة باه تنحيو التدخين.
- متمسحوش لأنفسكم بالفشل.
- مشيتوا مليح في البرنامج العلاجي يعطيكم الصحة.
- ما بقاش قد اللي فات للوصول لتحقيق أهدافكم.

ثم وقدمنا واجب المنزلي والمتمثل في: تدخين عدد السجائر المتبقية باستعمال نوع السجائر ذو مذاق سيء بالنسبة لهم مع محاولة التنقيص، وطلب الدعم من المقربين لمواصلة إنقاص عدد السجائر لمدة أسبوع مع التسجيل في الجدول المقدم لهم من قبل الطالبات (ملحق رقم 14)، أن يقدموا لهم جائزة محفزة تناسب رغبتهم مثلا (طبق يفضلونه أو غير ذلك حسب رغبتهم).

إجراءات الجلسة 11: (2 ماي 2023).

دامت الجلسة 90 دقيقة، وهدفت إلى:

- المساعدة على كيفية تقمص واكتساب صفات وسلوكيات إيجابية والتخلي عن آخر سلبية تساعد على التدخين.
- الواجب المنزلي.

أولا بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور والالتزام بالموعد، ومراجعة أثر الجلسة السابقة وطرح سؤال حول حالتهم النفسية منذ آخر لقاء بيننا، ثم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد ما إذا قاموا به وماهي النشاطات التي قاموا بها حسب ما طلب منهم في الواجب المنزلي، مع السؤال حول نوع السجائر الذي يستعملونه، ذلك من أجل التأكد من تطبيقهم للواجب، معظمهم طبقوا إلا فرد واحد مازال يدخن نفس نوع السجائر.

بدأنا في تطبيق تقنية المتجر السحري بعد توضيح أهميتها، كنا قد جهزنا المكان وشرحنا للمجموعة العلاجية التقنية قلنا لهم: "تخليوا روحكم اليوم رايعين supérette كيما موالفين بصح اليوم

عندكم supérette magic فيها الصفات الإيجابية لي تتمناو تكون عندكم، الصفة لي تشوفوا رحكم مسحقتها هزوها، وكي تكملوا حنا حاكمين la case أرواحو تخلصوا عندنا".

من بين الصفات التي كانت موجودة: الصحة الجيدة، اقتصاد المال، قوة الشخصية، الإرادة، الرائحة الطيبة، الشهية المفتوحة، التحكم في الغضب.

كل هذه الصفات كانت مكتوبة في أوراق وموضوعة فوق الطاولات بشكل منظم، وطلبنا من المجموعة أن يقوموا بأخذ ما يحتاجون إليه من المتجر السحري، فيما بعد عادوا لدفع الثمن، فحن الطالبات كنا نمثل دور المحاسب وكنا نطلب حساب كل صفة لوحدها، مثلا قام العميل بدفع ثمن الصحة الجيدة، فقلنا له أن ثمنها يكون بالرياضة والأكل الصحي والتوقف عن التدخين. اقتصاد المال ثمنه عدم تبيذيره فيما لا يفيد كالسجائر وصرف الأموال في الأشياء الإيجابية فقط التي تفيده، قوة الشخصية ثمنها الثقة بالنفس وقول لا في المواقف التي تتطلب الرفض والتي تكون مضرة وفوق قدرتي، الإرادة ثمنها التحكم بالذات والاستمرار، الرائحة الطيبة ثمنها التخلص من رائحة التدخين، الشهية المفتوحة ثمنها الأكل الصحي والتخلص من النيكوتين في الجسم، التحكم في الغضب ثمنها التفكير في الحل وليس في المشكلة.

فكل واحد اختار الصفات الذي يرغب أن تكون به وطلبنا منهم التحلي بكل صفة قتم بشرائها وعليكم باتباع ما يساعدكم عليها كواجب منزلي.

في الأخير قدمنا حوصلة حول ما تم تقديمه في الجلسة، واتفقنا على موعد الجلسة القادمة، وذكرناهم بأنها الجلسة الأخيرة.

إجراءات الجلسة 12: (4ماي 2023):

دامت الجلسة 90 دقيقة، وهدفت الجلسة إلى:

- عرض ملخص لما تم تقديمه خلال الجلسات.
- تقييم أفراد المجموعة التجريبية لمدى الاستفادة من الجلسات.
- تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية.
- الاتفاق على جلسة متابعة وطريقة التواصل معا.
- الواجب المنزلي.

في الجلسة الأخيرة كان حضور المجموعة الضابطة ضروري لتطبيق الاختبار البعدي.

أولاً بدأنا بالترحيب وشكر أفراد المجموعة التجريبية على الحضور، بدأنا في مراجعة جميع التقنيات المطبقة خلال 11 جلسة وجميع الواجبات، وأفضل التقنيات التي نالت إعجابهم والتقنيات التي أفادتهم أكثر وأثرت بهم وساعدتهم على التخفيف والتوقف من التدخين ومدى الاستفادة من العلاج بشكل عام.

بعدها طبقنا على أفراد المجموعة التجريبية الاختبار البعدي المتمثل في مقياس الاعتماد على السجائر 12 CDS- لقياس درجة الإدمان.

أكدنا على أفراد المجموعة التجريبية الاستمرار في نفس وتيرة العلاج لأنه توجد جلسة متابعة بعد شهر ونصف. كما طلبنا منهم مجموعة من الواجبات من بينها: الرياضة، الاسترخاء، التدخين بواسطة Filters nikostop، ...إلخ.

وأخيراً قمنا بتوديع أفراد المجموعة التجريبية وشكرناهم على حضورهم ومشاركتهم في العلاج مع الرجاء منهم مواصلة تطبيق التقنيات التي تدرّبوا عليها.

ثالثاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1. الأساليب الإحصائية:

لمعالجة البيانات المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس الدراسة الأساسية تم الاعتماد على مجموعة من الإحصائيات، تم استخدام الأساليب التالية:

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- مقياس (t) لدراسة الفروق وتم استخدام مقياس (t) لعينتين مترابطتين ولعينتين مستقلتين.

2. عرض نتائج الفرضية الأولى:

- تنص الفرضية الأولى على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي)"
 لاختبار صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها بواسطة البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات Spss، وتم حساب فيه قيمة (T) لدراسة الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة مقياس قبلي.

الجدول رقم 13: يبين متوسط حسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

المجموعات	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجموعة التجريبية	07	52.0000	1.41421
المجموعة الضابطة	07	51.2857	1.38013

التعليق على الجدول: من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط درجات القياس القبلي للمجموعة التجريبية قدر بـ (52.00) والانحراف المعياري قدر بـ (1.4121)، في حين بلغ متوسط درجات القياس القبلي للمجموعة الضابطة بـ (51,2857) والانحراف المعياري (1,38013).

الجدول رقم 14: يبين دلالة قيمة (T) لدلالة الفروق في القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.

الاختبار القبلي	اختبار T	الحرية Df	مستوى الدلالة	متوسط الفروق
	0.956	12	0.358	0.71429

التعليق على الجدول: بعد المعالجة الإحصائية لـ (T) نلاحظ أن مستوى الدلالة (0.358) وهو أكبر من (0.05)، وبالتالي لا توجد فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي وبالتالي الفرضية محققة.

3. عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على " توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)"

جدول رقم 15: يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية.

قياس بعدي	قياس قبلي	الحالة
12	56	الحالة الأولى
12	57	الحالة الثانية
14	59	الحالة الثالثة
14	59	الحالة الرابعة
14	60	الحالة الخامسة
15	59	الحالة السادسة
15	56	الحالة السابعة

التعليق على الجدول: يظهر من نتائج الجدول درجات الحالة الأولى على مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 56 درجة وانخفضت في القياس البعدي لـ 12 درجة.

كما جاءت درجات الحالة الثانية في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 57 وانخفضت في القياس البعدي لـ 12 درجة. تظهر درجات الحالة الثالثة في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 50 وانخفضت لـ 14 درجة. كما بلغت درجات الحالة الرابعة في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 59 وانخفضت في القياس البعدي لـ 14 درجة. وجاءت درجات نتائج الحالة الخامسة في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 60 درجة وانخفضت في القياس البعدي لـ 14 درجة.

وكانت نتائج الحالة الخامسة في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 60 درجة وانخفضت في القياس البعدي لـ 14 درجة. وبلغت نتائج الحالة السادسة في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 59 درجة وانخفضت لـ 15 درجة.

وفي الأخير ظهرت نتائج الحالة السابعة في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي وفي الأخير ظهرت نتائج الحالة السابعة في مقياس الاعتماد على السجائر في القياس القبلي 56 درجة وانخفضت في القياس البعدي ل 15 درجة.

لاختبار صدق الفرضية قمنا بحساب قيمة (T) لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية مقياس قبلي وبعدي.

جدول رقم 16: يبين قيمة (T) لدلالة الفروق في القياس القبلي والبعدي في أفراد المجموعة التجريبية.

مستوى الدلالة	الحرية Df	اختبار T	
0.000	6	53.269	الاختبار القبلي - اختبار بعدي على المجموعة التجريبية

التعليق على الجدول: من خلال الجدول نلاحظ أن مستوى الدلالة قدر بـ (0,000) وهي أقل من (0,05)، وهذا ما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية، وبالتالي الفرضية محققة.

4. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة " - لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)"

لاختبار صدق الفرضية قمنا بحساب قيمة (T) لدلالة الفروق في قياس القبلي والبعدي على أفراد المجموعة الضابطة.

جدول رقم 17: يبين دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CSD-12 قياس قبلي وبعدي.

مستوى الدلالة	الحرية Df	اختبار T	
0.534	6	0.660	الاختبار القبلي - الاختبار البعدي للمجموعة الضابطة

التعليق على الجدول: من خلال الجدول نلاحظ أن مستوى الدلالة قدر بـ (0.534) هي أكبر من قيمة 0,05، وهذا ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، وبالتالي فإن الفرضية محققة.

5. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس بعدي)"
 لاختبار صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها بواسطة البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات Spss، وتم حساب فيه قيمة (T) لدراسة الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة مقياس بعدي.

الجدول رقم 18: يبين متوسط حسابي والانحراف المعياري لدرجات المقياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

المجموعات	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجموعة التجريبية	07	19.7143	0.48795
المجموعة الضابطة	07	50.8571	0.89974

التعليق على الجدول: من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط درجات القياس القبلي للمجموعة التجريبية قدر بـ (19.7143) والانحراف المعياري قدر بـ (0.48795)، في حين بلغ متوسط درجات القياس القبلي للمجموعة الضابطة بـ (50.8571) والانحراف المعياري (0.89974)

الجدول رقم 19: يبين دلالة قيمة (T) لدلالة الفروق في القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.

الاختبار البعدي	اختبار T	الحرية Df	مستوى الدلالة
	-80.502	12	0.000

التعليق على الجدول: بعد المعالجة الإحصائية لـ (T) نلاحظ أن مستوى الدلالة قدر بـ (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0,05)، وبالتالي توجد فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي وبالتالي الفرضية محققة.

رابعاً: مناقشة النتائج على حسب الفرضيات الفرعية.

1. مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:

- من خلال نتائج الفرضية القائلة: "لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي)"، يتضح لنا أن: درجة الإدمان على التدخين عند أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية مرتفعة عند مستوى الدلالة (0,05)، حيث بلغت قيمة (T) التجريبية (0,358) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، وهذا راجع حسب رأينا إلى العديد من الأسباب الاجتماعية والنفسية، الأسرية والدراسية...إلخ.

تتمثل هذه الأسباب في الضغوط التي يتعرض لها الشاب الجامعي عامة وأفراد العينة خاصة داخل الجامعة والصعوبات التي يواجهها. حيث أنه في هذه المرحلة يجد نفسه أمام طريقتين، الأولى هي واجباته الدراسية الجامعية من بحوث واختبارات ومقاييس الواجب عليه حضورها، والثانية هي الحياة الاقتصادية يجب عليه العمل وتوفير مصروف يومه، وحب الاستقلالية المادية، هذا ما يسبب له صراع داخلي يدفعه إلى التدخين. أما من بين الأسباب الاجتماعية فتتمثل في تقليد الأصدقاء والرفقاء، منهم من كانت له مشاكل وضغوطات داخل الأسرة مثل الحالة (أ.م) وتمثل هذا في بعده عن عائلته، حيث يهرب من هذه المشاكل بالتدخين، ويفرغ غضبه فيه، فلا يشعر حتى يجد نفسه يدخن عدد كبير من السجائر.

فمن خلال الجلسات المطبقة مع أفراد المجموعة التجريبية التي قمنا بها وجدنا أن معظم هذه العوامل أدت إلى الإدمان على التدخين. هذا ما تؤكدته النظريات المفسرة للإدمان على التدخين، من بينها نظرية "هانز إيزيك" القائلة بأن: "الشخصية والعوامل الاجتماعية قادرين على جعل الفرد أكثر إقبالاً لتدخين"، وبعد أخذ السجائر لمدة قد يحدث الإدمان، فحسب نفس النظرية "العادة هي نفسها عامل اشتراط إجرائي فخلال المراحل الأولى من تعاطي يعطي التدخين مشاعر وأحاسيس ممتعة وبذلك يكون مصدر تعزيز إيجابي، وبعد مرور سنوات عن عادة التدخين تظهر لدى المدخن دوافع أخرى للاستمرار في التدخين متمثلة في الخوف من أعراض الانسحاب وهنا التعزيز السلبي".

(جمال، 2012، ص69)

حيث تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي قيمة (T) التجريبية (0,358) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، ويمكن تفسير هذه النتيجة كون عينة البحث الكلية المختارة بطريقة قصدية تم تقسيمها بطريقة عشوائية إلى مجموعتين الأولى ضابطة والثانية تجريبية ما يضمن تجانس أفراد المجموعتان.

2. مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:

من خلال عرض نتائج الفرضية الثانية تبين أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي) حيث حصلنا على فرق إيجابي ومرتفع لصالح القياس البعدي عند مستوى الدلالة (0,05)، حيث قيمة متوسط الفروق هي (0,000) وهي أقل من (0,05)، هذا يعني أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعال في تخفيف مستوى الإدمان على التدخين، يمكن تفسير ذلك أنه يرجع الانخفاض في درجات الإدمان على التدخين إلى تعديل الأفكار اللاسوية حول التدخين والاقلاع عنه، وكان هذا بواسطة تقنيات معرفية مثل: تقنية الكشف عن الأفكار السلبية المصاحبة لوقف واستمرار الإدمان على التدخين ووقفها. وتم استبصارهم بهذه الأخيرة ومناقشتها ثم التدريب على طرق لتوقيفها، بالإضافة إلى تقنية الاسقاط المستقبلي، حيث تم توضيح ما يمكن حدوثه في المستقبل عند الاستمرار في التدخين أو عند إيقافه، ويتوضح هذا في نموذج شبكة (SECCA) المذكور في الجانب النظري، حيث تم وضع الأفكار المسبقة المصاحبة لوضعية معينة وثم الانفعال حسبها، وفي الأخير النتائج المتوصل إليها، إلى جانب تعديل السلوكيات السلبية وضبطها وهذا من خلال التدريبات السلوكية من خلال أساليب علاجية، كتقنية تعريض المجموعة العلاجية لمثيرات مثل: رائحة السجائر، شخص يدخن أمامهم، قهوة... إلخ. وهذا من أجل إطفاء الاشرط الكلاسيكي الذي هو عبارة عن رابط بين المثير والسيجارة. بالإضافة إلى الواجبات المنزلية التي تعطى لهم عند نهاية كل جلسة ومناقشتها في بداية كل جلسة، التي ساهمت في تدعيم مكتسباتهم.

كما أن لطريقة العلاج الجماعي دور في تخفيف مستوى الإدمان على التدخين حيث كان هناك تفاعل إيجابي بين أعضاء المجموعة التجريبية، وتمثل في تشجيع أفراد المجموعة التجريبية لبعضهم على مواصلة الجلسات وخلق جو انتماء وتحفيز ومشاركة بعضهم انفعاليا، كما أن تعلمهم اتخاذ

القرار الصحيح أمام المواقف المحرجة وزيادة ثقتهم بأنفسهم من خلال الحوار الذاتي الإيجابي وتأكيد الذات زاد من فعالية العلاج.

وبهذا يكون قد تبين الأثر الإيجابي للتقنيات السلوكية والمعرفية المطبقة وخطوات البرنامج العلاجي المقترح على المجموعة التجريبية، وهذا ما يتطابق مع رأي أبو زيد في قوله أن: "العلاج المعرفي السلوكي فاعلية لا تتكرر في علاج التدخين"، "وأن العلاجات القائمة على الأساليب التعليمية، والمعرفية تساعد كثيرا في الإقلاع عن التدخين"، وأيضا: "العلاجات ذات الصبغة المعرفية تساعد في الإقلاع عن التدخين، خصوصا إذا أضيفت لها الاستراتيجيات السلوكية في التعامل مع نقص المهارات اللازمة للإقلاع عن التدخين"

(أبو زيد، 2011، ص 13)

خدمت نتيجة هذه الفرضية نتائج دراسات سابقة عديدة، بالرغم من اختلاف العينة من بينها: دراسة « MANisankar »، « Kalyani Kenneth » (2020)، المعنون ب: "فعالية العلاج السلوكي المعرفي للتدخين"، التي تمثلت نتائجها في: العلاج السلوكي المعرفي أثبتت فعاليته في علاج الاعتماد على التبغ، حيث أظهر البالغون المتزوجون نتائج أفضل: 60% توقفوا عن التدخين بنهاية العلاج. ودراسة "حسين سليمان وخديجة كبداني". (2021) تحت عنوان: "فاعلية برنامج علاجي نفسي جماعي للإدمان على السجائر لدى تلاميذ المرحلة الثانوية". التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين عند التلاميذ في الثانوية، وتوصلت إلى أن للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فعالا في مساعدة المجموعة العلاجية على الإقلاع عن التدخين، حيث توقف جميع أفراد العينة على التدخين.

3. مناقشة الفرضية الثالثة:

من خلال عرض نتائج الفرضية الثالثة نستخلص أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدالة 0.05، تبين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة قياس قبلي وبعدي على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12، حيث قيمة (T) (0.660) هي أكبر من قيمة 0,05، يمكن تفسير هذه النتيجة إلى عدم استفادة أفراد المجموعة الضابطة من البرنامج العلاجي المطبق، وبالتالي لم تتغير سلوكياتهم ومعتقداتهم ودرجة إيمانهم على التدخين، ولم نسجل أي تأثير أو تغيير إيجابي، وقد يرجع ذلك إلى التوتر اليومي لأفراد المجموعة الضابطة الراجع إلى الواجبات الدراسية والاجتماعية فالحياة الجامعية للطالب الجامعي مليئة بالتوتر وهذا ما جاء حسب رأي بوقزيوة "إن الطالب الجامعي يعاني

من مشكلة الخوف وضعف الثقة في النفس في الأجواء الغير مستقرة، بالإضافة إلى تشويش التفكير في مختلف القضايا التي تواجههم في الحياة الدراسية كقيام بعض الطلبة بتدوين كل ما يقال في المحاضرة لعدم مقدرتهم على تمييز ما هو مهم وما هو غير مهم".

(بوقزيوة، 2017-2017، ص 63)

كل ذلك يؤثر سلبا على ردود أفعاله. بالإضافة إلى عوامل أخرى أسفرت عنها نتائج القياس القبلي التي من خلالها تم التعرف على مستوى الإدمان على التدخين، والذي قد تكون عوامل عدة ساهمت في ظهوره منها: حب التطلع والظهور، التميز والشعور بالاستقلالية، وأهمها اتباع رفقاء السوء رغبة منه لإظهار رجولته بينهم، كل ذلك راجع إلى عقدة النقص التي تسبب الشعور بالتوتر والقلق، فحسب رأي "مهدي" جماعة الرفاق من أكثر الأوساط الاجتماعية تأثيرا على الشباب وتأثيرهم يكون قوي، حيث يميل الفرد عادة إلى تقبل السلوكيات التي يقوم بها رفقاءه وتقليدهم في ذلك.

(مهدي، 2018، ص 440)

بالإضافة إلى أن سلوك التدخين يكون عن طريق شعور الفرد بالفراغ والوحدة، الإحباط، ومحاولة إثبات الذات، ومساعدة البيئة الخارجية على زيادة مستوى الإدمان، فيحاول التعويض عن مشاعره بالنقص من خلال القيام بالتدخين بطريقة مفرطة مما يجعلهم يشعرون بالنشوة مع الاستمرار إلى أن يصلوا إلى مستوى الإدمان.

تتفق هذه النتائج بعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة

قياس قبلي وبعدي على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 مع نتائج دراسة "Cem Grecek" 2018 "تحليل طلاب الجامعات المدخنين حسب مستويات إدمانهم"، حيث وجدت الدراسة أن سبب الإدمان على التدخين الأكثر شيوعا والذي ذكره المشاركون هو دائرة الأصدقاء، بينما كان سبب التدخين هو شعورهم بالنشوة التي تؤدي إلى الاسترخاء، هذا ما الأصول النظرية لنتائج دراستنا لـ "Bandoura" في نظرية التعلم الاجتماعي الأكثر شيوعا في تفسير الإدمان على التدخين بحيث جاء فيها أن الأشخاص يتعلمون التدخين عن طريق الثناء من رفقاءهم، ويعتبر ذلك دعما يساعدهم في تحمل المشاعر المزعجة التي يشعرون بها عندما يدخن أول مرة.

(مشاشو، 2018/2017، ص 81)

ومع الوقت يعتاد الجسم على النيكوتين، فيجعله يشعر بالاسترخاء والتخفيض من درجة التوتر الذي يلي أو يصاحب سلوك التدخين مما تصبح دعما يكثف العادة. ويساعد ذلك في الاستجابة

للمثيرات بسهولة، وهذا ما أكدته دراسة "kamil 2021 uygun" تحت عنوان "أراء مرشحي معلمي الدراسات الاجتماعية حول إدمان التدخين"، حيث أسفرت نتائج الدراسة أن القهوة و السجائر تزيد من الرغبة في التدخين، إضافة إلى هذا تخدم النظرية السلوكية "جون واطسن" الذي يكون السلوك بناء على الاستجابة للمثير (السجائر، القهوة، الرائحة)، ثم يستجيب لرغبة التدخين وتعزيز للسلوك إلى أن يصل إلى مرحلة الإدمان.

(عتيقة، 2015، ص 148)

4. مناقشة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على: "توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس بعدي)" أكدت لنا مؤشرات الإحصائية المتوصل إليها من خلال نتائج مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي، هذا ما أكد فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستوى الإدمان لدى المجموعة التجريبية، يظهر الفرق بين كل من المجموعة الضابطة والتجريبية، لعدم خضوع المجموعة الضابطة للعلاج حسب رأينا، في حين أن التجريبية خضعت ل12 جلسة، نفسر ذلك التحسن سببه تنفيذ الأفراد عن انفعالاتهم من خلال استخدام تقنيات علاجية جمعت بين الفنيات المعرفية وأخرى السلوكية وكذلك الواجبات المنزلية، وكذلك حرص أفراد المجموعة التجريبية على حضور الجلسات بانتظام وتطبيق ما يطلب منهم خلال الجلسات وخارجها، هذا مع حرص الطالبات على تهيئة الجو النفسي المريح والملائم واختيار أساليب علاجية مناسبة لحاجات أفراد المجموعة التجريبية المستخلصة من الجلسات التشخيصية، حيث استخدمنا تقنية لعب الأدوار من أجل تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تأكيد ذاتهم، وكذا تقنية حل المشكلات لتدريب أفراد المجموعة التجريبية على إيجاد حلول للمشاكل التي تواجههم، وبناء علاقة تفاعلية بين أفراد المجموعة العلاج الجماعي، إذ أن التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي ساعدت في الوصول إلى هذه النتيجة حسب رأينا، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة السابقة التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة (Kalyani cenneth 2020)، والتي حاول من خلال هذه الدراسة إبراز فعالية علاج السلوكي المعرفي للتدخين وقد أظهرت تحسنا ملحوظ في علاج الاعتماد على التبعية والتوقف 60%، وكذلك دراسة (Alexandre Martins valenca 2014) التي هدفت إلى

تحديد فعالية نموذج معين من العلاج السلوكي المعرفي لمرضى في علاج التدخين حيث أثبتت فعالية البرنامج من خلال توقف 77.8% عن التدخين بنهاية العلاج، وكذلك دراسة (حسين سليمان وخديجة كبداني 2021)، دلت النتائج إلى أن البرنامج العلاجي مجدي وفعال لعلاج والإقلاع عن التدخين. فالعلاج المعرفي السلوكي يساعد على تغيير الأفكار السلبية والمعتقدات المرضية، وبالتالي يكون ذا نتيجة فعالة. وتجلت فعاليته في خفض الأعراض الفسيولوجية للإدمان، وهذا ما ظهر خلال الجلسات العلاجية حيث صرح أفراد المجموعة التجريبية أنهم عانوا من بعض الأعراض أثناء فترة العلاج، وأن الأساليب التي استخدمناها معهم، ودريناها عليها ساعدتهم في تخفيف من الأعراض الانسحابية التي عانوا منها، "كي بديت نقص من الدخان ولا راسي يوجع بزاف بصح الاسترخاء لتعلمناه في العلاج ساعدني كي نحط نسمعو يحبس راسي من لوجاع. فحسب رأي "غربي" يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تدريب العميل على استراتيجيات وتقنيات معرفية سلوكية في الواقع عند مواجهة مشكلات مستقبلية.

(غربي، 2018/2017، ص 115)

ومنه نفسر أن العلاج المعرفي السلوكي، وتقنياته ساهمت بشكل كبير في الوصول لهذه النتيجة، التي تبين أن العلاج المعرفي السلوكي ذو فعالية. ونتيجة هذه الفرضية توافقت مع دراسات عديدة منها: دراسة "moncia s webb and others,2009" بعنوان العلاج المعرفي السلوكي لتشجيع الإقلاع عن التدخين بين المدخنين الأمريكيين، التي توصلت إلى أن العلاج كان مجديا وفعالاً لعلاج التدخين حيث 30% أقلعوا عنه بعد مدة 30 يوم.

خامسا: مناقشة النتائج على حسب الفرضية العامة:

نص الفرضية العامة: "البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في تخفيف مستوى الإدمان لدى الطلبة الجامعيين".

حيث أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل البرنامج العلاجي المقترح ، كما أظهرت أنه يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر المطبق بعد البرنامج العلاجي المقترح.

إن النتائج الإيجابية المتوصل إليها خلال دراستنا هاته، المتمثلة في فعالية البرنامج العلاجي المقترح يمكن تفسيرها بأن العلاج المعرفي السلوكي ليس كالعلاجات الأخرى التي تبحث في الأسباب، إنما يركز على المتعالج ويحاول إعادة بناء أفكار جديدة واكتساب سلوكيات ومعتقدات جديدة، هذا ما يجعله ذو فاعلية. فحسب "أرون بيك" و "جيفري يونغ" التقنيات المعرفية والسلوكية تركز على الشخص وتكون موجّهة وفعالة، وتستخدم على الاضطرابات النفسية بحيث تعرف الشخص على الأفكار الخاطئة و تعمل على تصحيحها.

(عزى، 2018، ص 668)

إذ يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه أسلوب نفسي علاجي يستخدم أساليب وطرق إيجابية ودمج فنيات سلوكية ومعرفية للعلاج وهذا ما يؤدي إلى مساعدة الأفراد وتطوير مهاراتهم وإعادة بناء أفكارهم وممارسة سلوكيات إيجابية.

(ابراهيم، 2012، ص 26)

وقد أثبتت دراسة (حسين سليمان وخديجة كبداني، 2021) حول: "فاعلية برنامج علاجي نفسي جماعي للإدمان على السجائر لدى تلاميذ المرحلة الثانوية" وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي للإقلاع عن التدخين، وأسفرت الدراسة إلى أن للبرنامج فاعلية للإقلاع عن التدخين. ونتائج دراستنا تخدم ما جاء في الجانب النظري حول دور العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان على التدخين.

وباعتبار التدخين ظاهرة أكثر انتشارا في العالم، والفرد غير قادر عن التخلي عنه لأسباب معرفية، إذ أن الأفكار السلبية تجعله يظن أن التوقف أمر مستحيل، فحسب "عزى" تشويه وضعية ما

بشكل ضخم يؤدي إلى تشويه فاستجابتنا الانفعالية، التي تتلاءم مع مظاهر الوضعية الحالية. (عزى، 2019، ص 658)

وتبين لنا هذا في تصريح أحد أفراد المجموعة العلاجية خلال الجلسات عند مناقشة فكرة التوقف عن التدخين "منفدرش نحمل سطر تاع راسي psq insupportable لوجاع أداك"، أي أن الأفكار السلبية التي تراود الفرد في عدم قدرته عن التخلي عن التدخين بأنه أمر صعب ومستحيل حدوثه هي عبارة عن استجابات مشوهة، وبالعلاج المعرفي يمكن تحويل الأفكار السلبية ووقفها وجعلها أفكار إيجابية، وهذا ما قدمته التقنيات المعرفية التي استخدمناها على أفراد المجموعة التجريبية من أجل التعرف على الأفكار السلبية وكيفية التعامل معها والحد منها هذا ما ساعد أفراد المجموعة التجريبية على التحسن حيث ساهمت الأعمدة الخمس في استبصار الأفكار السلبية واستبدالها بأخرى منطقية مع معرفة العلاقة بين المشاعر والأفكار الضاغطة هذا ما يتماشى مع رأي "سكران" هو الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح.

(سكران، 2006، ص 669)

وتخدم نتائج دراستنا نتائج الدراسات السابقة الأخرى، كدراسة (Alexander Martins, 2014) بعنوان العلاج المعرفي السلوكي للتدخين في العيادات الخاصة" التي هدفت إلى تحديد فعالية نموذج معين من العلاج المعرفي السلوكي لمرضى العيادات في علاج إدمان التدخين، حيث أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاعتماد على التبغ.

وكل الأساليب العلاجية تم إدراجها في هذا البرنامج بعد تشخيص احتياجات ومتطلبات أفراد المجموعة التجريبية مثلا تبين أنهم ليس لديهم القدرة على المعارضة على الأشياء التي تضرهم، فكان العلاج بتأكيد الذات مناسب لهم، أيضا استعنا بالتنفير المعرفي لمساعدتهم لإطفاء عادة التدخين وهذا من خلال التدريبات العلاجية وتعليمهم مهارات التأقلم وكيفية التعامل مع القلق. كل هذا له فاعلية في علاج إدمان التدخين.

(أبو زيد، 2011، ص 13)

العلاج السلوكي يركز على سلوكيات الفرد، إذ يعمل على تغيير السلوكات السلبية وتعليم سلوكات إيجابية، من خلال الاستعانة بمجموعة من التقنيات السلوكية، هذا ما يتماشى مع الفنيات المستعان بها خلال الجلسات العلاجية لأفراد المجموعة العلاجية، مثلا لتخفيف من حدة الإدمان عن

التدخين استخدمنا أسلوب التعريض لجعل أفراد المجموعة العلاجية يتواجهون مباشرة مع المثير بغرض إطفاء الرغبة وعدم الاستئثار للمثيرات، أيضا أسلوب مل الفراغ.

ومنه فإن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق على أفراد المجموعة التجريبية له أثر إيجابي في تخفيف درجة الإدمان لدى الطلبة الجامعيين، وهذا من خلال استفادة أفراد المجموعة التجريبية من أساليب جديدة نفسية علاجية تخفف التوتر وتساعدهم على تعامل مع الضغوط والانفعالات التي أدت بهم إلى الإدمان وبالتالي التخفيف من حدته، وهذا ما يتوافق مع دراسة (joel killen,2008)، بعنوان : "العلاج المعرفي الموسع للإقلاع عن التدخين"، والتي هدفت إلى فحص فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تعزيز الامتناع عن التدخين على المدى الطويل، حيث سجلت الدراسة امتناع أفراد المجموعة التجريبية عن التدخين في 20 أسبوع، وهناك من امتنع بعد 52 أسبوع.

سادسا: نتائج الدراسة:

- انخفاض مستوى الإدمان على التدخين عند جميع أفراد المجموعة التجريبية.
- إقلاع فردين من أفراد المجموعة التجريبية عن التدخين.
- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي)
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)
- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس بعدي)
- البرنامج المعرفي السلوكي المقترح فعال لتخفيف مستوى الإدمان لدى الطلبة الجامعيين.

سابعاً: صعوبات الدراسة:

- خلال دراستنا الميدانية في تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح واجهنا مجموعة من الصعوبات خلال الجلسات التطبيقية من بينهم:
- التزام أفراد المجموعة التجريبية بأوقات الدراسة في الجامعة، مما خلق لنا صعوبة في اختيار الوقت المناسب.
 - صعوبة في اختيار أماكن الجلسات.
 - صعوبة برمجة جلسات عن بعد خلال فترة عطلة الربيع بسبب تقطع الانترنت.
 - الصعوبة الكبيرة في الالتقاء أفراد المجموعة التجريبية مع أخصائية تغذية في مستشفى عقبي.
 - البحث عن نوع سجائر لتغيير الذوق في العديد من الأماكن والدول (فرنسا، إنجلترا، دبي، فلسطين) لإضافتهم في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين المقترح لأسلوب التنفير لكن لم نجد.
 - عدم القدرة على القيام بجلسة متابعة بسبب ضيق الوقت، كذلك الوقت المحدد لدفع المذكرات.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل توضح لنا أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من مستوى الإدمان على التدخين، وتبين ذلك من خلال نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية، ونتائج القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث أن المجموعة الضابطة لم يتغير مستوى درجة الإدمان على التدخين، وهذا ما يبرهن عدم تأثير العوامل الخارجية على التخفيف من مستوى الإدمان.

الغائبة

الخاتمة:

تبين لنا أن الإدمان على التدخين من بين الظواهر الأكثر شيوعاً التي تؤثر على حياة الفرد خاصة والمجتمع عامة، ذلك راجع إلى سهولة التأثير بسلوك الجماعة كما يحاول الفرد إثبات ذاته عن طريق التقليد، كما يجعل التدخين وسيلة التنفيس على مختلف انفعالاته من فرح، حزن، ألم، توتر، قلق... إلخ، وكل هذا راجع إلى الأفكار السلبية والغير سوية، وكلما تعزز السلوك بصورة إيجابية كلما وصل إلى مستوى إدمان مرتفع ويصبح المدخن غير قادر عن التخلي على مادة النيكوتين.

هذا ما جعل المختصين في مجال العلاجات النفسية يجتهدون في هذا المجال أهميتها في علاج الاضطرابات النفسية و تعديل السلوكيات الغير سوية، والعلاج المعرفي السلوكي من بين أكثر العلاجات الرائدة في علاج سلوك الإدمان وذلك لتعدد التقنيات والأساليب الفعالة المساعدة في تخفيف مستوى الإدمان، وبناء على هذا لجأنا إلى بناء برامج علاجية معرفية سلوكية جماعية ثم تطبيقه والبحث عن أثره على تخفيف الإدمان على التدخين لدى الطلبة الجامعيين على تخفيف الإدمان على التدخين لدى الطلبة الجامعيين من خلال النتائج المتواصل إليها بعد تطبيق البرنامج المقترح وتطبيق مقياس CDS-12 قياس قبلي ثم بعدي تبين أن البرنامج العلاجي المقترح المطبق على أفراد المجموعة التجريبية فعال وله أثر إيجابي في تخفيف من مستوى إدمان التدخين لدى الطلبة الجامعيين وهذا ما يدل على أن محتوى البرنامج العلاجي المقترح الذي ضم تقنيات سلوكية وأخرى معرفية مختارة بدقة حسب حاجات أفراد المجموعة التجريبية المستخلص من المقابلات التشخيصية، إضافة إلى رغبة وخصائص أفراد المجموعة التجريبية من جدية وحماس وإرادة وتفاعل إيجابي طيلة الجلسات. كل هذا على تخفيف من مستوى الإدمان على التدخين والتعلم والتدريب على تقنيات جديدة، وبقاء الحماس قائماً طيلة الجلسات من طرف الطالبات والمفحوصين .

قد وأسفرت النتائج دراسة على: فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح المطبق في

تخفيف مستوى الإدمان على التدخين عند جميع أفراد المجموعة التجريبية حيث:

- انخفاض مستوى الإدمان على التدخين عند جميع أفراد المجموعة التجريبية.

- إقلاع فردين من أفراد المجموعة التجريبية عن التدخين.

- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة

التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر -CDS

12 المطبق قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي)

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)
- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس قبلي وبعدي)
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد عينة المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12 المطبق بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح. (قياس بعدي)
- البرنامج المعرفي السلوكي فعال لتخفيف الإدمان لدى الطلبة الجامعيين.
في الأخير نقترح مجموعة من المواضيع هي:
 - دراسة الإدمان بكل أنواعه (الإدمان الإلكتروني، الإدمان مخدرات، الإدمان الكحول...) لانتشار ظاهرة الإدمان ومحاولة الحد منها.
- كما نقترح:
 - البحث أكثر في مواضيع حول العلاج المعرفي السلوكي لأهميته.
 - كما نوصي بتشجيع الأساتذة للطلبة على الممارسة الميدانية، وذلك لجعل الطلبة قادرين على اكتشاف الصعوبات الممكن مواجهتها في مجال العمل للاستفادة منها.
 - تطبيق برامج لتوعية الطلبة حول السلوكيات الخاطئة للحد منها.



قائمة المصادر والمراجع

- إبراهيم، سمير السيد. (2013). *فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأرق لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد*. الكويت: بحث منشور بالمؤتمر الدولي الثاني المتخصص في صعوبات التعلم واضطراب تشتت الانتباه/فرط نشاط: تقييم وعلاج.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2011). *تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق*. (ط1). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أبو الخير، عبد الكريم قاسم. 2013. *معركة الإدمان -التشخيص وخطوات العملية العلاجية-*. (ط1). عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- أبو حامد، سمير. (2009). *التدخين آفة العصر من الألف إلى الياء*. (ط1). دمشق: خطوات للنشر والتوزيع.
- أبو حجلة، أيمن. (2022، 10، 05). *العلاج المعرفي السلوكي (مبادئ وتقنيات وفوائد العلاج المعرفي السلوكي)*. تم الاسترجاع الموقع <http://www.hellooha.com>
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2011). *الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان بحوث في الشخصية الإدمانية*. (ج1). مصر: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر.
- أبو هدروس، ياسر محمد أيوب. (2016). *فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في علاج الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي الفيس بوك لدى عينة من المراهقات*. مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية. 16 (3). 126.
- الإذاعة الجزائرية (31، 05، 2022)، *اليوم العالمي لمكافحة التدخين، 4 ملايين مدخن بالجزائر و 8 ملايين وفاة سنويا عبر العالم، تم الاسترجاع من موقع <http://newz.radioalgerie.dz>*
- الأنصاري، محمد بدر. (2005). *سلوك تدخين السجائر لدى طلبة جامعة الكويت دراسة شخصية المدخنين*. الكويت.
- بسباس، سارة (2018/2017). *استخدامات الطلبة الجامعيين للكتاب الإلكتروني -دراسة استطلاعية لعينة من الطلبة الجامعيين بجامعة البويرة (مذكرة ماستر غير منشورة)*. جامعة أكلي محند الحاج.

- بلحسيني، وردة. (2010/2011). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة دراسة تجريبية بجامعة قاصدي مرياح ورقلة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة قاصدي مرياح.
- بلغال، محمد. (2016/2017). بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أبي بكر بلقايد.
- بن شيخ، رزقية. (2018/2019). مطبوعة محاضرات في العلاجات السلوكية والمعرفية للسنة الثالثة ليسانس تخصص علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة 8 ماي 1945 قالمة.
- بن عبيد، سعاد. (2018/2017). فاعلية التدخل العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغط التالية لصدمة الإفراج -دراسة إكلينيكية- (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الحاج لخضر باتنة 1.
- بو قزوية، زهيرة. (2017/2018). استراتيجيات التعلم المعتمد من قبل طلبة الجامعة وعلاقتها بالتخصص -دراسة ميدانية بجامعة جيجل- (رسالة ماستر غير منشورة). جامعو محمد الصديق بن يحيى.
- بو مخيلة، خلاف. (2006). جمهور الطلبة الجزائريين ووسائل الإعلام المكتوبة. دراسة في استخدامات واشباكات طلبة جامعة منتوري قسنطينة.
- بوضاطو، السيد وسام مصطفى. (2013). برنامج علاجي لتخفيف الاكتئاب ما بعد صدمتي الطفولة والطلاق لدى الأطفال. (ط1). مصر: دار الكتب والوثائق القومية.
- بولجال آية. (2019/2018). دور التفاؤل غير الواقعي في الاتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين نموذجا" لدى الطلبة الجامعيين (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة باتنة 01.
- بيرل، بيرمان. (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي. القاهرة: دار إيتراك.
- بيرني، كوروين. (2008). تر: محمد عيد مصطفى. العلاج المعرفي السلوكي المختصر. (ط1) القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر.

- بيك، جوديث. (2007). تر: طلعت مطر. العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد. القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- البيئة والمياه والزراعة. (2018،05،13). مسترجع من الموقع www.mewa.gov.sa.
- التدخين وكيف يمكن التوقف عنه. (د.ت) مسترجع من الموقع www.yourdoctor.net.
- تيايية، عبد الغاني. (2019). الإدمان على المخدرات: دراسة نفسية في ضوء متغير لهفة الإدمان. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة محمد الشريف مساعدية.
- جاب الله، ريمة. (2021/2020). مساهمة برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين التركيز والانتباه لدى الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية محمد لمين دباغين. جامعة سطيف 02.
- جمال، رنا أحمد. (2012). الأسرة ودورها الفعال في التعامل مع ظاهرة الإدمان عند الأبناء. (ط 1). الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
- الجملي، يسرى. (2020،12،18) الإدمان على التدخين وكيفية الإقلاع عنه سلوكيا وبيولوجيا. تم الاسترجاع موقع <http://www.med.tn/1363>.
- حجازي، حمدي حامد. (د.ت). العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين نوعي الحياة لدى المعاقين حركيا. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية. 1(19). 512-513.
- حرارشة، أحمد حسن جلال والجزازي، علي. (2012). إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج. الأردن: دار حامد للنشر.
- حسين، سليمان وخديجة، كبداني. (2021). فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي للإدمان على السجائر لدى تلاميذ المرحلة الثانوية بولاية الوادي. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف. 1(06). 234-256.
- حفيظ، آلاء الله. (2021/2020). فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف من سلوك عدواني عند المراهق الجانح. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة العربي بن مهيدي.

- حماد، محمد فتحي. (2005). الإدمان والمخدرات - الأسباب لأثار الوقاية والعلاج. ط1. دار الفجر للنشر والتوزيع.
- حمادي، محمد الشريف. (2018/2019). المؤشرات السيوكبائية لدى المدمن الراشد الخاضع للعملية التأهيلية من خلال تطبيق اختباري الرورشاخ و TAT (رسالة دكتوراه). جامعة محمد خيضر بسكرة.
- خيرى، عزة أحمد. (2021). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية وخفض درجة القلق لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسيا (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية الآداب. جامعة أسيوط.
- داود، فوزي ساكر طعيمة وزين الدين، حناني لطفى. (2007). علم النفس الإكلينيكي. (ط1). عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- ديلو، فضيل. (2003). مدخل إلى الاتصال الجماهيري. مخبر علم اجتماع الاتصال. جامعة منتوري قسنطينة.
- رأفت، أحمد غضبة ودريدي، أسماء صدقي ورداد، كوثر راضي. (2014)، التدخين لدى طلبة الجامعات الفلسطينية -حالة دراسية: جامعة النجاح الوطنية- . جامعة النجاح الوطنية. فلسطين.
- الرشيدى، بشير صالح. (2000). مناهج البحث التربوية -رؤية تطبيقية مبسطة- . الكويت: دار الكتاب الحديث.
- رضوان، فوقية حسن (2006). الإعاقة الصحية. مصر: دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع.
- روبرت، ليهي. (2006). تر: جمعة يوسف ومحمد صبوة. العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. القاهرة: إيتراك.
- الرىضي، كمال جمال. (2015). الرياضة لغير الرياضيين. الأردن: الجامعة الأردنية للنشر.
- الزغبى، ابتسام عبد الله. (01، 04، 2022). فنيات العلاج المعرفي السلوكي . تم الاسترجاع من الموقع: <http://www.gulfkids.com>
- زيدان أحمد سعيد. (2014). التدخين وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى طلاب المدارس الثانوية الفنية التجارية بمحافظة كفر الشيخ. مجلة كلية التربية بالسويس. 1(7).

- سامح، محمد. (2020،11،24). التدخين وأضراره مسترجع من الخط <http://www.altaafi.com>.
- سكران، ماهر. (2006). استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال. مجلة كلية التربية. 1 (35). 666.
- السيد، عبد الباسط محمد. (2009). التدخين. الجيزة: ألفا للنشر.
- شعبان، محمد فضل، (2008). العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات. ليبيا: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.
- شعباني، مالك. (2002). دور الإذاعة في نشر الوعي الصحي لدى الطلبة الجامعيين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة منتوري.
- شفيق، محمد. (2001). البحث العلمي خطوات منهجية لإعداد البحوث الاجتماعية. الاسكندرية: المكتبة الجامعية للنشر.
- شقير، زينب محمود. (2002). علم النفس العيادي الإكلينيكي. (ط 2). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- شهاب أحمد، مهدي. 2019. الإدمان على التدخين وطرق الوقاية. مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية.
- شيلي، تايلور. (2008). تر: وسام درويش وآخرون. علم النفس الصحي. (ط1). عمان: دار حامد للنشر.
- شيماء، محمد إبراهيم السيد. (2019). العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية الرياض. 3(6). 263.
- صدقة، إيمان. (2022/2021). فعالية خطة علاجية قائمة على التحسيس تلخفي في خفض سلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين -دراسة تجريبية- (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة باتنة 1.
- العباجي، عمر موفق. (2010). الإدمان والأنترنيت. ط1. عمان: دار مجلاوي.

- عباس، أسماء.(2015/2014). *فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجات القلق المعمم لدى عينة من الأطفال المتمدرسين* (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية. جامعة أبي بكر بلقايد.
- عبد العزيز، دعاء محمد وسليمان، شيماء سيد. (2021). *فعالية برنامج إرشادي قائم على السيكدوراما في تحسين التفكير الإيجابي والكفاءة الاجتماعية الانفعالية لدى أطفال الروضة المعرضين لخطر صعوبات التعلم بمحافظة فنا. مجلة كلية التربية. 2(45). 420-223.*
- عبد العزيز، محمد كمال. (2004). *التدخين اللعين وآثاره الضارة على الشباب والمتزوجين*. (ط1). القاهرة: مكتبة ابن سينا.
- عبد الهادي مصباح. (2010). *الإدمان طريقك إلى الهاوية*. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية للنشر.
- عتيقة، سعيدي. (2015). *أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق* (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة محمد خيضر بسكرة.
- عثمان، محمد سعد حامد. (2016). *دور السيكدوراما والنمذجة في تنمية التعاطف وتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو أقرانهم من ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول الدمج*. مجلة الإرشاد النفسي. 2 (47). 198-138.
- عدد المدخنين في الجزائر في ارتفاع. (2022،12،23). تم الاسترجاع من الموقع <http://www.eldjzaireeldjadida.dz>
- عزى صالح نعيمة. (2019). *العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية (آرون بيك) (جيفري يونغ)*. مجلة آفاق علمية. 3(11). 671-656.
- العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). *سيكولوجية العدوانية وترويضها -منحى علاجي معرفي جديد*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عمر. (2020). *أثار التدخين على الفرد والمجتمع*. مسترجع من الموقع <http://www.maqaalat.com>.
- غربي، باحت أمال. (2018/2017). *فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الضغط والاكئاب لدى مرضى الربو* (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الجزائر 02.
- فطاير، جواد. (2001). *الإدمان وأنواعه مراحل وعلاجه*. (ط 1). مصر: دار الشروق.

- فهمي، السيد علي. (2010). علم النفس المرضي "دراسات ونماذج لحالات ذات اضطرابات نفسية وعلاجها". (ط1). مصر: دار الجامعة الجديدة.
- لحمري، أمينة. (2021/2020). محاضرات السداسي الأول لفائدة طلبة السنة الثانية علم النفس تكوين توجيهي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة تلمسان.
- ماهر، اسماعيل صبري محمد يوسف. (1999). فعالية الحوار الدرامي في تعديل الأفكار الخاطئة عن الإدمان والمخدرات لدى طلاب المرحلة الثانوية دراسة تجريبية. المؤتمر العلمي الثالث للجمعية المصرية للتربية العلمية في مناهج العلوم للقرن الحادي والعشرين للاسماعيلية. مصر.
- محمد، عادل عبد الله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. مصر: دار الرشاد.
- مشاشو، قرمية. (2018/22017). فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض التفاؤل غير الواقعي وتنمية السلوك الصحي لدى المدخن (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة باتنة 01.
- معوض، محمد. (1996). أثر كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الديني في التخفيف من قلق المستقبل لدى عينة من الطلاب (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القاهرة.
- منظمة الصحة العالمية. (2005). العبء الصحي لاستخدامات التبغ. (ط1). مصر: المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.
- مور، جلال الدين. (2022). أضرار التدخين الصحية وآثارها على الفرد والمجتمع: دراسة حالة على طلاب كلية تنمية المجتمع جامعة دننغ. مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية. 3(9). 163-178.
- ميزاب، ناصر. (2009). تقنية "التحليل الوظيفي" في العلاج النفسي السلوكي المعرفي: اضطراب السلوك الغذائي -البوليميا نموذج-. بحث مقدم إلى الملتقى المغاربي حول العلاج بين التكوين والممارسة. جامعة باتنة.
- هارون، أسماء. (2010/2009). دور التكوين الجامعي في ترقية المعرفة العلمية -تحليل نقدي لسياسة التعليم العالي في الجزائر نظام LMD (رسالة الماجستير غير منشورة). جامعة منتوري قسنطينة.
- الهوارنة، معمر نواف. (2018). عالم المخدرات والجريمة بين الوقاية والعلاج. سوريا: (الهيئة العامة السورية للكتاب).

- هوفمان، إس جي. (2012). تر: مراد عيسى. *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر*. القاهرة: دار الفجر.
- الوفيات الناتجة عن آفة التدخين. (07،06،2022). تم الاسترجاع من الموقع: <http://www.aleqt.com>
- Christinesen. (01,2018). Tolerance dependence and withdrawal. Retrieved from <http://www.britannica.com>.
- Kendra, Cherry. (10,08,2002). Retrived from <http://everywellminde.com>.
- Lucas, Kevin et Babara, Loyd. (2005). Health promotion evidence and experience, London : sage publication.
- Marck, Jean Plassart. (14,09,2017). Le tabagisme. <http://www-santé-ujf-gernooble.fr/sante/>.
- Mautrait, Catherin et Laurgue, Girbert. (2005). Les difficultés de l'évaluation de la dépendance tabagique cher les adolescents, URCAM, st, Etienne.

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01: مقياس الإدمان على التدخين.

• الجنس: ذكر أنثى

• السن:

• المستوى الدراسي:

نحن طلبة سنة ثانية ماستر في علم النفس العيادي، نرجو منك أن تجيب على أسئلتنا المطروحة حول إدمان التدخين، التي تهدف إلى معرفة هل أنت مدمن عليه أم لا؟، وذلك من أجل موضوع دراستنا ألا وهو: «برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي -دراسة ميدانية بجامعة 8 ماي 1945 بقالة-». ولكن قبل الإجابة عليك بـ:

1. التأكد من أن إجابتك تعكس رأيك الشخصي، وتكون موضع السرية التامة.

2. اقرأ كل عبارة جيدا ثم ضع (x) في الخانة التي تعبر عن رأيك.

• كم تستغرق من الوقت بين استيقاظك وتدخينك لأول سيجارة في اليوم؟

1. أقل من 5 دقائق

2. من 6 إلى 30 دقيقة

3. من 31 إلى 60 دقيقة

• هل تواجه صعوبة في الامتناع عن التدخين؟

1. نعم

2. لا

• أي سيجارة تجدها الأصعب للتخلي؟

1. الأولى

2. أخرى

• كم سيجارة تستهلك في اليوم؟

1. من 11 سيجارة إلى 20 سيجارة في اليوم الواحد

2. من 21 سيجارة إلى 30 سيجارة في اليوم الواحد

3. أكثر من 31 سيجارة في اليوم الواحد

• هل تدخن بصفة متقاربة؟

1. نعم

قائمة الملاحق.

2. لا

• هل تدخن رغم مرضك وضرورة بقائك في السرير طوال النهار؟

1. نعم

2. لا

الملحق رقم 02: أسئلة المقابلات التشخيصية.

المحور الأول:

- ما اسمك؟
- كم عمر؟
- ما هو مستواك الدراسي؟
- كم لديك من إخوة؟
- ما هو ترتيبك بينهم؟

المحور الثاني:

- منذ متى وأنت تدخن؟
- ما هو السبب الذي دفعك إلى التدخين؟
- هل تستخدم السجائر بكميات كبيرة؟
- هل تأتيك رغبة قوية في التدخين؟
- ما هي المدة التي تستغرقها أثناء التدخين؟

المحور الثالث:

- هل التدخين المستمر يسبب لك مشاكل سواء مع العائلة أو الصديق؟
- هل تتخلى عن الأنشطة اليومية من أجل التدخين؟
- هل تدخن وأنت مريض؟
- هل حاولت أن تقلع على التدخين؟
- إذا كان الجواب بنعم، ما هو السبب الذي جعلك تتخذ قرار الإقلاع عن التدخين؟

الملحق رقم 03: شبكة الملاحظة.

• **المظهر العام:**

- طريقة اللباس: نظيف () أنيق () غير مناسب () مناسب ()
- بينة الجسم: بدين () خامل () حيوي () نحيف ()
- ملامح الوجه: شحوب الوجه () اسوداد تحت العينين () الشفاه قريبة للون الأزرق ()

• **السلوك العام:**

- طريقة الجلوس: مناسبة () غير مناسبة ()
- النشاط الحركي: بطيء () متأخر () كثير الحركة () قليل الحركة ()
- التواصل البصري: قوي () متوسط () ضعيف ()
- كلام المفحوص: سريع () بطيء () مفهوم ()

• **الانفعالات والأفكار:**

- المزاج: قلق () مكتئب () معتدل المزاج () سعيد ()
- شكل الأفكار: مفهومة () غير مفهومة () فقدان الترابط ()
- الانتباه والتركيز: قوي () ضعيف () متوسط ()

الملحق رقم 04: مقياس الاعتماد على التدخين 12-CDS:

نحن طالبة سنة ثانية ماستر في علم النفس العيادي، نرجو منك أن تجيب على أسئلتنا المطروحة حول إدمان التدخين، التي تهدف إلى معرفة هل أنت مدمن عليه أم لا؟، وذلك من أجل موضوع دراستنا ألا وهو: برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي -دراسة ميدانية بجامعة 8 ماي 1945 بقالة-. ولكن قبل الإجابة عليك بـ:

1. التأكد من أن إجابتك تعكس رأيك الشخصي، وتكون موضع السرية التامة.

2. اقرأ كل عبارة جيدا ثم ضع (x) في الخانة التي تعبر عن رأيك.

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 سجائر 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 أو أكثر	

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 أنه لدي سجائر
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعا ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

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 أتترك 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 إطلاقاً	أدخن رغم معرفتي بمخاطر التدخين على صحتي
	2	لا أوافق إلى حد ما	
	3	أوافق نوعاً ما	
	4	أوافق إلى حد ما	
	5	أوافق بشدة	

مجموع النقاط

تفسير النتائج:

- أقل أو يساوي 24 نقطة: إيمان معتدل.
- ما بين 25 - 44 نقطة: إيمان متوسط.
- 15 أو أكثر: إيمان مرتفع.

الملحق رقم 05: الصورة الأولية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح (من إعداد الطالبات):

رقم الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الأساليب المستخدمة	الأدوات المستخدمة
01	60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • القياس القبلي. • التعريف بالبرنامج العلاجي المقترح. • تحقيق التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية، وبداية بناء العلاقة العلاجية. • تحديد الأهداف المتوقع تحقيقها ومناقشتها معهم بهدف ضبط توقعاتهم. • شرح محتوى عقد الالتزام، والموافقة بالإمضاء عليه. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • رمي الكرة. • الواجب المنزلي 	<ul style="list-style-type: none"> • وثيقة الالتزام. • كرة. • مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12.
02	60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • توضيح أهمية الاسترخاء على الجانب الفيزيولوجي والنفسي لأفراد المجموعة التجريبية. • تدريب أفراد المجموعة التجريبية على أسلوب الاسترخاء. • التخفيف من حدة التوتر والقلق. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • الاسترخاء الذهني. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • فيديو حول الاسترخاء الذهني المطبق.
03	90 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • توعية أفراد المجموعة التجريبية بموضوع الإدمان (تعريفه، عوامله، أعراضه، مآله). • توعية أفراد المجموعة التجريبية بأساليب العلاج الفعالة لزرع الأمل في الشفاء. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • المحاضرة. • رمي الكرة. • المناقشة الجماعية. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • مطويات إعلامية حول الإدمان من إعداد الطالبات. • كرة. • فيديو حول الاسترخاء الذهني.

<ul style="list-style-type: none"> • حاسوب وجهاز العرض. • فيديو حول مآل أفراد مدمنين على التدخين. • فيديو حول الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • الحوار الذاتي الإيجابي. • الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • توضيح العلاقة بين الحوار مع الذات والأفكار والانفعالات. • التعريف بفائدة الحوار الذاتي الإيجابي. • تدريب أفراد المجموعة التجريبية على كيفية تطبيق أسلوب الحوار الذاتي الإيجابي. • توعية أفراد المجموعة التجريبية بمآل الإدمان على التدخين وتقديم نماذج لأفراد مدمنين. • الواجب المنزلي. 	60 دقيقة	04
/	<ul style="list-style-type: none"> • الحوار والمناقشة. • واجب منزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • استبصار أفراد المجموعة التجريبية بأفكارهم السلبية. • مناقشة الأفكار السلبية. • استبصار أفراد المجموعة التجريبية بعلاقة مشاعرهم السلبية وسلوك التدخين. • الواجب المنزلي. 	60 دقيقة	05
/	<ul style="list-style-type: none"> • المناقشة والحوار. • وقف الأفكار السلبية. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • مواصلة مناقشة الأفكار السلبية. • شرح أسلوب وقف الأفكار. • شرح أسلوب الأعمدة الخمسة ABCDE وأهميته، مع التدريب على تطبيقه جماعيا. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	06
<ul style="list-style-type: none"> • فيديو حول الاسترخاء الذهني. 	<ul style="list-style-type: none"> • الاسترخاء الذهني. • أسلوب حل المشكلات. • أسلوب التخيل. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • توضيح فائدة أسلوب حل المشكلات. • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على إيجاد الحلول المناسبة لمشكلاتهم من خلال تدريبهم على أسلوب حل المشكلات 	90 دقيقة	07

		<ul style="list-style-type: none"> • للتخفيف من القلق. • شرح أهمية أسلوب التخيل والتدريب على تطبيقه. • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في كيفية التعامل مع الأعراض الانسحابية. • الواجب المنزلي. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • توكيد الذات. • لعب الأدوار. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على التنفيس الانفعالي من خلال التمثيل النفسي المسرحي. • شرح أسلوب توكيد الذات وأهميته. • مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على توكيد الذات من خلال التعبير المناسب على أفكارهم ومشاعرهم. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	08
<ul style="list-style-type: none"> • مقياس الاعتماد على السجائر CDS-12. 	<ul style="list-style-type: none"> • المناقشة والحوار. • الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> • تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة الضابطة. • عرض ملخص لما تم تقديمه خلال الجلسات. • تقييم أفراد المجموعة التجريبية لمدى الاستفادة من الجلسات. • تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية. • الاتفاق على جلسة متابعة وطريقة التواصل مع. • الواجب المنزلي. 	90 دقيقة	09
		<ul style="list-style-type: none"> • التأكد من استمرار فعالية العلاج. 	90 دقيقة	10

الملحق رقم 06: استمارة طلب التحكيم:

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

استمارة تحكيم برنامج علاجي:

المختص:

التخصص:

المؤسسة:

تحية طيبة وبعد:

في إطار إنجاز أطروحة الماستر تخصص علم النفس العيادي والموسومة بـ «برنامج معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الإدمان على التدخين لدى الطالب الجامعي -دراسة ميدانية بجامعة 8 ماي 1945 قالمة» وجب علينا بناء برنامج علاجي لتبنيه كأداة رئيسية لتحقيق أهداف هذا البحث، ولمعرفة مدى قابلية وجاهزية هذا البرنامج للتطبيق تتقدم الطالبات لسيادتكم بنسخة منه للاطلاع عليه وإبداء رأيكم فيما يلي:

1. مدى ملائمة البرنامج العلاجي لما يهدف إليه.

2. التوافق بين الفنيات والأنشطة المستعملة في كل جلسة مع الهدف منها.

3. عدد الجلسات في هذا البرنامج.

4. الزمن المخصص لكل جلسة.

5. ترتيب الجلسات.

6. إضافات ونقائص تقترحون إضافتها أو تعديلها.

الملحق رقم 07: عقد الالتزام.

تم إبرام هذا العقد في اليوم 2023/03/13

بعد التشاور مع أعضاء المجموعة التجريبية الآتي أسمائهم:

- أ.

- م.

- ن.

- ب.

- ك.

- أم.

- ع.

وقد تم الاتفاق والتراضي على الالتزام بجميع أحكام عقد الالتزام:

- الحضور في الموعد.

- الانضباط.

- الصدق في المعلومات المقدمة.

- احترام سرية الجلسة.

- عدم المساس بمشاعر وكرامة الآخرين.

- عدم مقاطعة الآخرين.

- المشاركة في العلاج.

- إتباع توجيهات المعالج.

أعضاء البحث:

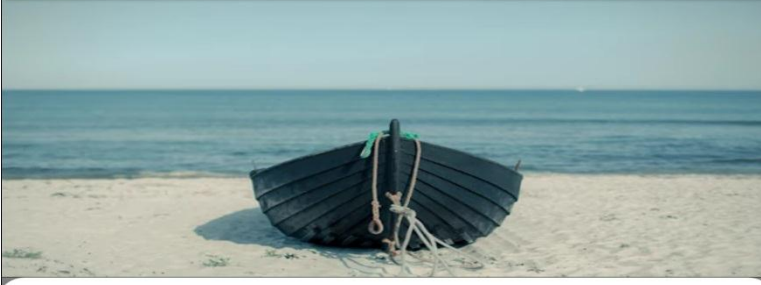



- حلاسي دنيا.

- ظوافر تسنيم.


- قشاشة خديجة.

الإمضاء:


ملحق رقم 08: لقطة شاشة لفيديو الإسترخاء.



Description




تمرين الإسترخاء الذهني باللغة العربية


 **Basel Obied**

16 k	670 918	2020
J'aime	vues	21 mars

مرحبا, إن هذا التمرين صمم خصيصا لكم لتسترخوا ذهنيا من ضغوطات الحياة اليومية و خصوصا ما يجري حول العالم اصنع وقتا لنفسك و أستمتع به لان الإسترخاء الذهني هو أحد أهم أساسيات النجاح في الحياة أتمنى أن يفي بالغرض تحياتي



Basel Obied
10 7 likes




ملحق رقم 09: مطوية حول الإدمان على التدخين.

قائمة الملاحق.

ملحق رقم 10: نموذج سجل الأفكار.

اليوم والتاريخ	الحدث	الأفكار	الشعور	درجته 100	السلوك

ملحق 11: لقطة شاشة لفيديو لتقنية الاسقاطات المستقبلية



Description


قصة خطاف في ترك التدخين

عش بصحة

2,3 k	161 348	2021
J'aime	vues	25 avr.

معا نبدأ و نعيش و نكير بصحة
تابعونا في برامج التواصل الاجتماعي
تويتر: <https://twitter.com/LiveWellMOH>
انستغرام: <https://www.instagram.com/LiveWellMOH/>
فيسبوك: <https://www.facebook.com/livewellmoh-...>
تيليجرام: <https://t.me/LiveWellMOH>

عش بصحة



Description


علاء ابراهيم، بعد سنة من الإقلاع عن التدخين كيف أثر هذا القرار على حياته؟

MakkahHC

187	10 885	2021
J'aime	vues	3 juin

علاء ابراهيم، بعد سنة من الإقلاع عن التدخين كيف أثر هذا القرار على حياته؟

MakkahHC
389 abonnés



Description

ماذا يحدث #رئة #المدخن #التدخين #الاقلاع عن التدخين ضروري #سجائر #معسل #ارجيله

دكتور حسام المحجوب

35 k	2 258 653	2021
J'aime	vues	14 août

دكتور حسام المحجوب
16,1 k abonnés

Vidéos À propos

**ùmmkl

ملحق رقم 12: نموذج جدول الأعمدة الثلاثة.

C	B	A
الانفعالات المصاحبة	المعتقدات الخاطئة	الفكرة السلبية

ملحق رقم 13: جدول الأعمدة الخمسة.

الأثر	الفكرة البديلة	المشاعر	الفكرة	الموقف

ملحق رقم 14: نموذج لجدول لتسجيل عدد السجائر المدخنة في اليوم.

الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت	
							01
							02
							03
							04
							05
							06
							07
							08
							09
							10