

فاعلية برنامج علاجي نفسي جماعي للإدمان على السجائر لدى تلاميذ المرحلة

الثانوية بولاية الوادي

**The effectiveness of group therapy program for cigarette addiction
among secondary school pupils in the Wilaya of EL-OUED**

خديجة كبداني
جامعة وهران 2 الجزائر

حسين سليمان*
جامعة وهران 2 الجزائر

khadidja-15@hotmail.fr

slimanihocine@gmail.com

تاريخ القبول: 2021/05/31

تاريخ الاستلام: 2021/04/27

ملخص:

هدفت الدراسة التالية إلى التعرف على فاعلية برنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين عند التلاميذ في الثانوية، من خلال الإجابة على الإشكالية: هل لبرنامج العلاج النفسي الجماعي فاعلية في تخفيض درجة الإدمان من التدخين لدى التلاميذ في الثانوية؟ وبناء على هذا التساؤل كانت فرضية الدراسة كالتالي: نتوقع من برنامج العلاج الجماعي فاعلية في تخفيض درجة الإدمان على التدخين عند التلاميذ المتمدرسين في الثانوية. وقد طبق الباحث المنهج العيادي وأدوات البحث: استمارة جمع المعلومات الخاصة بالتلاميذ المدخنين، مقياس الإدمان على التدخين عند التلميذ المتمدرس والدافعية للإقلاع عنه، وبرنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين. كما طبق منهج دراسة الحالة ذات المنحى الفردي على ست (06) حالات، وأسفرت الدراسة على أن للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فاعلية في مساعدة المجموعة العلاجية على الإقلاع عن التدخين.

الكلمات المفتاحية:

الفاعلية؛ برنامج علاج نفسي؛ علاج نفسي جماعي؛ الإدمان على السجائر؛ المرحلة الثانوية.

Abstract:

The study aimed to identify the effectiveness of a collective psychotherapy program on cessation of smoking among secondary school students by answering the main question of the study: is the collective psychotherapy program effective in reducing smoking addiction among adolescents in secondary school? Based on this question, the hypothesis of the study was as

* المؤلف المراسل .

follows: We expect an effectiveness for the collective psychotherapy program in reducing the addiction to smoking among secondary school students. The researcher applied the clinical approach using the research tools: the information collection form for students who smoke, smoking dependence scale and motivation to stop and a collective psychotherapy program to cease smoking. The individual-case study was applied in six cases. The results of the study showed that the collective psychotherapy program had the effectiveness in helping adolescents in secondary education to stop smoking,

Keywords :

Effectiveness; psychotherapy program; collective psychotherapy; smoking addiction; secondary school.

مقدمة:

بسبب اعتبار التبغ مادة ذات تأثير نفسي ضعيف، كثيرا ما قلل من شأن ظاهرة تدخين السجائر على الرغم من كونها الظاهرة الأكثر انتشارا بين المراهقين، إذ كثيرا ما اعتبرت مشكلة ثانوية. ينعكس عدم الاهتمام هذا بشكل خاص من خلال العدد المحدود من الدراسات أو التجارب أو الأدوات التي يتم تطويرها خصيصا لمعالجة قضية التدخين بين تلاميذ المرحلة الثانوية.

وتكمن أهمية الدراسة في كونها تتناول أبرز الظواهر السلوكية السلبية التي يتعرض لها المراهق المتمدرس وإثراء المعرفة العلمية في مجال الإدمان على التدخين وأهم الطرق المقترحة لعلاجها. ويهدف البحث إلى دراسة مدى فاعلية برنامج علاج نفسي جماعي للتخفيف من ظاهرة التدخين عند التلاميذ في المرحلة الثانوية وتناول مفهوم العلاج النفسي الجماعي ودراسة أساليبه وفنياته ومزاياه وعيوبه والنظريات المفسرة له. وسنحاول من خلال هذا العرض التطرق للموضوع بجوانبه الاصطلاحية والنفسية والطبية.

1. إشكالية الدراسة:

يقتل التبغ نصف من يتعاطونه تقريبا. يؤدي التبغ بحياة أكثر من 8 ملايين نسمة سنويا، من بينهم 7 ملايين يتعاطونه مباشرة ونحو 1.2 مليون من غير المدخنين يتعرضون لدخانها لا إراديا. يعيش نحو 80% من المدخنين البالغ عددهم 1.3 مليار شخص على

الصعيد العالمي في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.(منظمة الصحة العالمية، 2020)

في الوقت الذي يجتهد فيه كثير من المدخنين للإقلاع عن هذه العادة الضارة، أظهرت الدراسات الحديثة أن تلك المشكلة لم تعد قاصرة على البالغين، وأن 5% من الأطفال البالغين من العمر أحد عشر عاما أصبحوا مدمني تدخين التبغ. ويشرع أكثر من مئة ألف طالب أو شاب في المملكة المتحدة سنويا في ممارسة عادة التدخين والوقوع في براثنه. (السيد، 2009، صفحة 102)

أظهرت الدراسات أن الأشخاص الذين يبدؤون التدخين في سني مراهقتهم (كما هو عليه حال 70% من المدخنين) ، ويوظفون عل ذلك لعقدين أو أكثر سيموتون في سن أبكر بـ 25-20 سنة من نظرائهم الذين لم يسبق لهم التدخين أبدا، ويخسرون بالتالي بعضا من أكثر سنوات حياتهم إنتاجية. (منظمة الصحة العالمية، 2005، 5)

في دراسة أجرتها جامعة تولين في لوزيانا بالولايات المتحدة، عن الشباب الذين دخنوا منذ سن العاشرة وحتى سن الثلاثين، والذين يدخنون أكثر من 3 علب في الأسبوع، ولمدة ثلاث سنوات ونصف أو أكثر، تبين أن هؤلاء الشباب من المدخنين يعانون ارتفاعا في نسبة الدهون الضارة ذات الكثافة المنخفضة LDL والكوليسترول، والتراي جليسريد بنسبة تصل إلى 20%، وهي الدهون الثقيلة التي تتسرب على جدران الشرايين، وتسبب تصلب الشرايين والجلطات، وانخفاض مستوى الدهون النافعة HDL بنسبة 20-25% مقارنة بغير المدخنين من الشباب. (عبد الهادي، 2010، ص 41)

وتدل الدراسات أن 90% من المدخنين بدءوا التدخين قبل بلوغهم سن الـ 21، و60% منهم قبل سن الـ 14، لذا قامت جميع شركات التبغ بدراسات عدة لفهم سيكولوجية المراهقين ومعرفة احتياجاتهم والسبل المثلى للتأثير عليهم. وقسمت عملية التدخين-من تجربة أول سيجارة حتى إدمانها - إلى عدة مراحل، ووضعت استراتيجيات لكل مرحلة، مستهدفة الأخذ بأيدي الأطفال منذ البداية لهبوط درك التدخين دركة دركة، ليتناولوها ويداوموا عليها، ثم يدمنونها. ولقد كان التركيز الأكبر على مرحلة المراهقة. (أبو سلامة، 2012، ص 179-180)

والتدخين هو البداية... أي مدمن مراهق أو شاب بدأ طريقه مدخنا وكلما نجحنا في أن نحمي أبناءنا من التدخين، أو نجعلهم يقلعون عنه، نكون قد أزلنا أحد الأسباب الهامة للإدمان. (الميلادي، 2006، ص145)

تشير نتائج البحث الميداني الذي أجريناه في سنة 1987/1988 على عينة كبيرة تساوي 4% من جميع تلاميذ المدارس الثانوية في مصر (من البنين) أن نسب شيوخ الانحرافات السلوكية بين المدخنين منهم تفوق بمراحل النسب المناظرة لها بين غير المدخنين. (سويف، 1996، ص144)

وهذا يوضح الأساس والباعث المنطقي للدراسة الحالية، ولذا كان من الضروري البحث عن وسائل ناجعة للحد أو التخفيف من هذه الظاهرة الخطيرة على مجتمعنا وخصوصا على صحة الأطفال وبين تلاميذ المدارس .

ويشهد الوقت الراهن جهودا غير مسبوقة من قبل الباحثين لإيجاد أساليب تتماشى مع مختلف حالات الراغبين في الإقلاع عن التدخين منها: العلاج بديل للنيكوتين... العلاج عن طريق التأثير على السلوك...، الأدوية المضادة للتدخين..العلاج بالتنويم المغناطيسي،...الإبر الصينية،...التطعيم ضد التدخين. (السيد، 2009، ص118)

ومن خلال الدراسة الحالية يحاول الطالب الباحث تطبيق برنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين عند التلاميذ المتمدرسين بالمرحلة الثانوية.

فكثير من الناس يعانون من اضطراب حياتي...أو لمعاناتهم من عادات مزمنة سيئة كالإدمان أو الانحراف. وقد وجد المعالجون النفسيون أن مجموعة من المرضى يمكن أن يفيدوا ويستفيدوا من روح الجماعة أثناء العلاج المشترك وبوجود المعالج. (الدباغ، 1980، ص ص 56-57)

أجريت عدة بحوث لدراسة آثار العلاج النفسي الجماعي، ومن أمثلتها دراسة بييمان (Peyman) (1956) حيث قورن أثر العلاج بالصدمات الكهربائية المصاحبة بالعلاج النفسي الجماعي، بأثر العلاج بالصدمات الكهربائية فقط، في جماعتين من مريضات الفصام، ووجد أن نتائج العلاج في الجماعة الأولى كانت أفضل بكثير من نتائجه في الجماعة الثانية. وقد قدم بيرنشتاين وآخرون (Bernstein et al.) (1969) دليلا نظريا وإكلينيكيًا على أن للعلاج الجماعي أثارا علاجية على المعالج نفسه تحدث في الموقف

العلاجي الجماعي. فالموقف العلاجي الجماعي ينظر إليه على أنه أغنى من الموقف العلاجي الفردي، حيث توجد فيه علاقات متعددة، ويعتقد هؤلاء الباحثون أن المعالج أثناء عمله مع الجماعة يستفيد من الفرص التي يتيحها الموقف العلاجي الجماعي. وأوضحت دراسة أحمد خيرى حافظ ومجدي حسن محمود (1989)، (1990) أن العلاج النفسي الجماعي يؤثر بفاعلية في تخفيض القلق وانقاص السلوك العدواني وازدياد الثقة بالنفس وتأكيد الذات وزيادة قوة الأنا لدى العصائيين. (زهران، 2005، ص 289)

ولذلك تحاول الدراسة الإجابة عن التساؤل:

- هل لبرنامج العلاج النفسي الجماعي فاعلية في تخفيض درجة

الإدمان من التدخين لدى التلاميذ المدخنين في المرحلة الثانوية؟

ومن خلال هذه الإشكالية صيغت الفرضية الآتية:

- نتوقع من برنامج العلاج الجماعي فاعلية في تخفيض درجة الإدمان

على التدخين عند التلاميذ المدخنين في المرحلة الثانوية.

أولاً: الجانب النظري للدراسة:

1.1. العلاج النفسي الجماعي:

1.1.1. تعريف العلاج النفسي الجماعي:

عرفت إجلال محمد سرى (2000) العلاج النفسي الجماعي بالعلاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. والعلاج النفسي الجماعي هو طريق المستقبل.

وعرفه سانفورد (Sanford): بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي، يجمع فيه عدد من الأفراد المضطربين انفعاليا، يجتمعون في شكل جماعة مع أخصائي العلاج النفسي وعن طريق التفاعل الاجتماعي يكتسبون خبرة علاجية مفيدة. (عيسوي، 1984، ص 124)

وعرفه مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) بأنه علاقة نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية بين عدد من الأفراد ومعالج أو أكثر وقد يكون هؤلاء الأفراد مرضى، أو مضطربين، أو شواذ، أو جانحين، وقد يكونوا أطفالا أو أو مراهقين، أو راشدين، أو

مسنين، وقد يكونوا ذكورا، أو إناثا، أفرادا، أو عائلات، وتكون هذه الجماعة إما صغيرة، أو متوسطة، أو كبيرة الحجم، وقد تكون متجانسة، أو غير متجانسة وفقا لمستويات حدة مشكلاتهم وكتافاتها، وتختلف طبيعة العلاج وفق طبيعة الاضطرابات والنظرية، والأسلوب العلاجي، ومهارة المعالج، ونضج الجماعة، ودافعيها وذلك من خلال عمليات التفاعل البسيطة، أو المتوسطة، أو العميقة، ومستويات تدعيم الأفراد بعضهم بعضا وذلك تحقيقا لأهداف الجلسات العلاجية، التي قد تطول أو تقصر وفقا للخطة العلاجية بغية التخلص من شكاوى الجماعة، وتعديل اتجاهاتها وسلوكياتها وزيادة استبصارها، ونموها، واتجاهها نحو التغيير الإيجابي بعد حل الصراعات وإحداث التوافق. (أبو زيد، 2008، ص19)

2.1.1. النظريات المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي:

ويرى مليكة (1994) بأن العلاج النفسي الجماعي يمكن استنتاجه من ثلاث أطر نظرية اجتماعية هي :

- نظرية التبادل الاجتماعي : ل(ثيبو و كليبي) والتي ترى بأن المبالغة في تعظيم الأمور وما ينتج عنه من ثواب يعود إلى درجة التفاعل بين الجماعة حيث أن كل سلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة.
- نظرية الدور الاجتماعي : التي تقوم على معرفة المتغيرات الظاهرة، الملاحظة من قبل الآخرين، والتي يمكن قياسها، لأن الجماعة تلزم كل عضو فيها بإتباع سلوك مناسب بما يتفق مع مكانته الاجتماعية.
- نظرية التعلم الاجتماعي: وفيها يجد الفرد لكونه عضو في جماعة التدعيم والتشجيع مقابل ما يقوم به من أنشطة اجتماعية ظاهرة سواء كان ذلك التدعيم من خارج الجماعة أو داخلها فإن دوره في تلك الجماعة يساعده على الحصول على الثناء والتقدير. (الوايلي، 2008، ص108)

رأى (فرويد) الجماعة على أنها تجمع مجموعة من الأفراد يربط بينهم شيء ما خلال عمليات التوحد مع القائد، أو بعضهم مع بعضهم الآخر. وبالنسبة له، فإن فرويد كان يضع في اعتباره أن العلاج النفسي الجماعي لا بد أن يهتم بالفرد داخل الجماعة، وليس

الجماعة ككل، وأن الفرد في العلاج النفسي الجماعي يمثل عضواً لسلالة، ولمجتمع، ولمهنة، ولؤسسة، أو جزءاً من تكوين حشد من الناس الذين انتظموا في جماعة مؤقتة. ولمدة محدودة، ولوقت بعينه، ولغرض محدد، وهدف واضح. ويؤكد فرويد على غريزة التجمع التي تدفع الأفراد إلى أن يحيوا في جماعات خصوصاً عندما يترأسها قائد أو رئيس، باعتبار أن الفرد أو الإنسان في عمومهم حيوان اجتماعي.

ومن النظريات التي يمكن الاستفادة منها في عملية العلاج النفسي الجماعي النظرية السلوكية، والتي ترى بأن السنوات الخمس الأولى من عمر الإنسان تؤثر في بقية مراحل العمرية، وأن علاقة الطفل بوالديه وخاصة والدته تؤدي إلى ارتباط شرطي وعلاقة دينامية، حيث أنهم يمثلون جماعة مستقلة لأن تلك العلاقة تهدف إلى تعديل سلوكيات الطفل، وهذا يدل على أن هناك عملية علاجية نفسية، يقوم بها الوالدين. كما أن النظرية السلوكية ترى بأن السلوك الإنساني نتيجة تفاعل مستمر ومتواصل بين الفرد وبيئته، لأن السلوك ليس شيئاً ثابتاً بل هو متغير، وهذا السلوك لا يحدث في فراغ وإنما يحدث في بيئة اجتماعية، مما يعني بأن الجماعة تؤثر في سلوك الفرد، وأن هذا السلوك يؤثر في البيئة ويتأثر بها. (الوالي، 2008، ص108)

هذه بعض النظريات التي أمكننا أن نذكرها والتي ساهمت في تطور العلاج الجماعي ولا يمكن أن نميل إلى نظرية ونهمل الأخرى، فكل نظرية لها منظورها الخاص للعلاج الجماعي، والتكامل بينها يعطي نظرة أشمل لموضوع العلاج وتفسيراته وفهماً أكثر عمقا.

3.1.1. مفهوم ديناميات الجماعة (Group Dynamics):

يهتم هذا الفرع بدراسة الجماعات بمختلف صورها وأشكالها، وتصنيفاتها، والتفاعلات الاجتماعية داخلها، ومستويات مشاركة الأعضاء وتوجهاتهم، ومراحل تكون الجماعات، وارتقائها، وأهداف الجماعة، وانجازاتها، وبنية الجماعة وعوامل تماسكها والروابط الاجتماعية بين الأفراد والجماعات. ولا غنى للمعالج الجماعي من تفهم ديناميات جماعته العلاجية، وتفهم طبيعة التفاعلات القائمة بين أفرادها، ومستويات

هذا التفاعل، وتحديد طبيعته. لذلك يعد علم ديناميات الجماعة من العلوم الأساسية لأي مشتغل في ميدان جماعي خاصة وإن كان علاجيا. (أبو زيد، 2008، ص 29)

وهذه الديناميات هي ظواهر، ومشاعر، وأحداث حية متأججة داخل الجماعة، وبين أفرادها، مرئية، وخفية تارة، سافرة حادة، وهادئة تارة، واضحة، وغامضة تارة أخرى، وفي كل الأحوال تكون مركبة، ومتعددة، ومحيرة، وعلى المعالج أن يتسلح بالحذر، والروية، وعدم التسرع في تفسيرها. (أبو زيد، 2008، 153)

4.1.1. العلاج النفسي الجماعي للمدمنين:

يعد العلاج الجماعي النفسي من أكثر الوسائل فعالية لعلاج إدمان التدخين للأسباب التالية: أن العلاج النفسي في الإطار الجماعي يعلم المدمن أنماط السلوك الاجتماعية وأساليب التعامل مع الآخرين التي يفتقر إليها عادة المدمنون عن طريق تفاعلهم مع الجماعة كما أن الجماعة تزود المدمن بالمساندة وتعلمه مواجهة نفسه ومواجهة الغير وما إلى ذلك من عناصر أساسية للنمو المسلكي الصحيح. بالإضافة إلى أن المدمنين لديهم نقص أو خلل في المهارات الاجتماعية ولذلك فهم لا يحصلون على تدعيم اجتماعي مناسب. لذا يتعلم المدمن من خلال تفاعل الجماعة أساليب الحياة والمهارات اللازمة لحل المشاكل والتعامل مع الغير، فالعلاج النفسي يتيح فرصا حقيقية لممارسة المهارات الاجتماعية وتحسينها بالإضافة إلى تزويد الأفراد بمدى كبير من النماذج فضلا عن التغذية الرجعية الحقيقية من الأفراد المختلفين.

الجماعة يمكن أن توفر المناخ الانفعالي الدافئ والمتفهم والبعيد عن النقد والتهديد من خلال الجماعة والمعالج مع التركيز على المشاكل الراهنة وواقع المدمن الحالي والحلول المناسبة والصحية واتخاذ القرارات من خلال المشاركة الجماعية.

كذلك للعلاج الجماعي أثره لما اتضح من أن المتعاطين يتعاطون الدخان في جلسات جماعية وأن المتعاطي يتخذ من هذه الجلسة فرصة للاجتماع بالآخرين والاندماج معهم، والانطلاق بينهم، وهو ما يعجز عن ممارسته بدون الدخان، ولا يستطيع في الوقت نفسه أن يتنازل عنه. كما يمكن للمدخن الذي يعاني من صعوبات في التواصل وفي العلاقة بالآخرين أن يستفيد بدرجة كبيرة من العلاج الجماعي، فكل جوانب حياة المريض تناقش وتبحث بصراحة وتمنحه فرصا لتجربة حياتية تعليمية. (العسال، 2012، ص ص 20-21)

2.1. إدمان السجائر:

1.2.1. النظريات النفسية المفسرة لسلوك التدخين عند المراهقين :

1.1.2.1. النظرية التحليلية:

اهتم التحليل النفسي بمشكلات تعاطي المواد المؤثرة نفسيا وبالمشكلات الإدمانية الأخرى منذ بداياته الأولى. منذ أن كتب فرويد لـ فليبس عام 1897 موضحاً أن الاستمناء يعتبر أول وأضخم عادة يمكن إدمانها واسماها الإدمان الأول حيث رأى فرويد أن الإدمانات الأخرى مثل إدمان الخمر مثلاً أو المورفين أو التبغ... إلخ تعتبر كلها بدائل لعادة الاستمناء. ومع تقدم وتطور الفهم التحليلي النفسي للمراحل الأولى للنمو، ظهرت محاولات لفهم تعاطي العقار بوصفه عادة ناتجة المكابحات الليبيدية الفمية الأولية، الدفاعية والعدوانية. حيث أرجع فرويد في كتابه ثلاث مقالات في نظرية الجنسية (1905) التدخين وشرب الخمر إلى تمركز في جبلي. وقد أكد Bril (1922) أن التدخين ينبثق من مص الإصبع حيث أنه تكملة للأنشطة الشبقية الذاتية. (الديدي، 2001، ص ص 71-72)

1.1.2.1. النظرية السلوكية :

يفسر علماء آخرون التدخين بأنه نوع من الأشرط، فممارسة التدخين في البداية تجلب للممارس الثناء من رفاقه وتقبلهم إياه والشعور بالرجولة والشعور بالرجولة. ويعتبر ذلك كله دعماً أو جزاء يتحمل من أجله المشاعر المزعجة التي يحس بها من يدخن لأول مرة مثل الدوخة والغثيان وسرعة دقات القلب ويستمر في التدخين. ومع مضي الوقت وتمكن النيكوتين من الجسم تصبح حركات التدخين والشعور بالاسترخاء والتخلص من التوتر الذي يصاحب أو يلي التدخين دعماً يكتنف العادة. ويرتبط بالدعم بعد ذلك مؤثرات مختلفة إذا وجدت يشعر المدخن بالرغبة في إشعال السجارة، كروية علب السجائر والإعلانات ورؤية المدخنين الآخرين والطعام وامتلاء المعدة وشرب القهوة... إلخ. (الدمرداش، 1982، 178)

2.1.2.1. النظرية النفسية الاجتماعية: يقوم تعاطي العقاقير (ومنها تعاطي السجائر)

وفق المنظور النفسي الاجتماعي بعدة وظائف مثل تخفيف التوتر، والإمتاع، وتحسين

التفاعل الاجتماعي، وإشباع الحاجة للشعور بالقوة، والإبطال المؤقت لتأثيرات الأحداث الضاغطة ونسيان الذكريات المؤلمة. (الرجيع، 2009، ص 4)

3.1.2.1. النظرية الفسيولوجية :

يرى القائلون بالنظرية الفارماكولوجية أن المدخن يقبل على التدخين في أوقات يشعر فيها بنقص كمية النيكوتين في الدم، فيسعى إلى تدخين نسبة معينة من الدخان لتنظيم نسبة النيكوتين في دمه، للتخلص من الآثار السيئة التي يحدثها انسحاب النيكوتين من الجهاز العصبي، وقد فسرت نظرية الإدمان الفسيولوجي الناحية الإدمانية في التدخين بوجود مستقبلات معينة في الجهاز العصبي يلتصق بها العقار، ويتم التفاعل بين العقار والمستقبل فيؤثر على المخ والجسم. (عبد الواحد، 2006، ص 53)

2.2.1. النيكوتين والإدمان :

إلى وقت قريب، قدر الخبراء أن عملية حصول الإدمان تمتد من سنتين إلى ثلاث، وبصفة عامة على المراهق أن يكون قد دخن 100 سيجارة على الأقل خلال حياته حتى يعتبر مدمنا، ولكن دراسات حديثة تقول أن الاعتماد على التبغ يحدث قبل ذلك بكثير حتى قبل الاستعمال اليومي وبعد تدخين بعض السجائر فقط عند بعض المراهقين. في مسح طولي أجري خلال عام بين مراهقين مدخنين، 22% من مجموع 95 شخص لوحظ عندهم أعراض الإدمان على النيكوتين أقل من أربعة أسابيع من بعد بدايتهم تدخين سيجارة واحدة على الأقل في الشهر. 60 مراهق أحس بعرض أو أكثر من أعراض الاعتماد، و 62% من هؤلاء 60 أحسوا بالأعراض الأولى قبل حتى أن يدخنوا كل يوم، وبذلك يمكن القول أن الاعتماد على النيكوتين قد يستفحل بسرعة أكثر مما تم تقديره من قبل. (Lalonde et Heneman, 2004, P12)

3.2.1. الأضرار الصحية للتدخين: في تقريرها حول مضاعفات التدخين الصحية، عدت (Surgeon General) (وهي الهيئة العليا للصحة في الولايات المتحدة الأمريكية) الأمراض التالية والتي تمثل نتيجة مباشرة للتدخين :

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

- الأمراض التنفسية: التهاب القصبات والرئة المزمن، ذات الرئة، قصور في التنفس المزمن، مشاكل تنفسية للطفل يسببها تدخين الأم.
- الأمراض القلبية الوعائية: التمدد الأورطي، تصلب الأوعية، الجلطات الدماغية، الأمراض التاجية.
- الإنجاب، طب المواليد (médecine néonatale) : الموت المفاجئ للرضع، الأوزان الخفيفة للمواليد، مضاعفات الحمل (الولادة المبكرة، المشيمة النازلة، التمزق المبكر للأغشية، نقص في الخصوبة لدى المرأة). (Mautrait et Lagrue, 2005, P 38

ثانيا: الجانب التطبيقي للدراسة:

1. منهج الدراسة:

للتحقق من هدف دراستنا الحالية والتي تتناول فعالية استخدام برنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين عند التلاميذ المدخنين في الثانوية نستخدم المنهج الإكلينيكي (العيادي) والذي يعد المنهج الأنسب في التشخيص والعلاج والبحث فهو يركز على البناء الدينامي للشخصية وفهم الصراعات النفسية للفرد.

وأشار الطيب وآخرون (2005، ص179) أن المنهج الإكلينيكي يستخدم في دراسة حالة فردية بعينها فهو يستخدم أساسا لأغراض عملية وذلك من أجل تشخيص مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص على الذهاب إلى الإكلينيكي ولكن هذا لا يمنع من وجود هدف علمي، فإن دراسة العديد من الحالات الفردية ومقارنتها بعد ذلك يمكن أن تمدنا بمعلومات نظرية لها قيمة علمية.

وعليه اختار الباحث المنهج العيادي الذي يعتمد دراسة الحالة الذي يتناسب مع الهدف الأساسي من الدراسة ويجب على فرضيتها.

2. عينة الدراسة: تم اختيار وتحديد عينة البحث بشكل قصدي وتكونت من التلاميذ المدخنين والمتدربين بثانوية الأخوين كيرد بأمية ونسة-ولاية الوادي-

وبلغ عددهم 06 تلاميذ وتراوح أعمارهم بين سن 16 إلى سن 18 سنة، ونلاحظ تقارب عمر أفراد العينة.

النسبة المئوية (%)	العدد	الفئة العمرية (سنة)
16.66	1	16
66.66	4	17
16.66	1	18

الجدول رقم (01): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق العمر.

2. أدوات البحث وخصائصها السيكومترية :

اعتمد الطالب الباحث في هذه الدراسة على أدوات جمع البيانات التالية للتحقق من فروض البحث :

- استمارة جمع البيانات الأولية الخاصة بالتلاميذ المدخنين.
 - مقياس الإدمان على التدخين عند التلميذ والدافعية للإقلاع عنه.
 - برنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين.
- ولغرض الدراسة الحالية قام الباحث بحساب ثبات و صدق مقياس الإدمان على التدخين عند المراهق المتمدرس بالطرق التالية:
- أولاً: الثبات:

من ثبات مقياس الإدمان على التدخين عند التلميذ باستخدام بيانات العينة الاستطلاعية المكونة من 32 فردا من التلاميذ المدخنين، و ذلك باستخدام طريقة التجزئة النصفية باستغلال نفس بيانات العينة الاستطلاعية، تم حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية و ذلك بعد تقسيم عبارات الاستبيان إلى قسمين (فردى-زوجي) و حساب معامل الارتباط بينهما فكانت قيمته بعد تصحيحه (0.69). و هذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

- ثانياً: الصدق:

أ- صدق المحكمين (صدق المحتوى): تم بناء على توصيات المحكمين تعديل بعض العبارات من حيث الصياغة وكذلك حذف بعض العبارات غير المناسبة أو المكررة، وقد احتفظ الباحث سوى بالبنود التي حصلت على نسبة اتفاق على الأقل 80% من آراء المحكمين، وقد تكونت النسخة النهائية للمقياس من 28 بند.

ب- الصدق التمييزي (المقارنات الطرفية):

قام الباحث بتطبيق مقياس الإدمان على التدخين عند المراهق المتمدرس على نفس العينة الاستطلاعية المكونة من 32 فردا، ثم رتب درجاتهم الخام تصاعديا. و قام بعدها، بسحب 27 % من طرفي التوزيع. فتحصل على مجموعتان متطرفتان (عليا ودنيا) تساوي كل منهما 09 أفراد ($0.27 \times 32 = 8.64$). ثم قام بتطبيق اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات، فتحصل على النتائج المبينة في الجدول التالي:

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	العينة الدنيا = 09		العينة العليا = 09	
			الانحراف المعياري	المتوسط الحساب	الانحراف المعياري	المتوسط الحساب
0.000	12,33	16	2,64	8,66	1,41	21

جدول رقم (02): يوضح نتائج اختبار (ت) بين متوسطي المجموعتين المتطرفتين في استبيان الإدمان والدافعية للإقلاع عن التدخين

يتضح من الجدول رقم (04) أن قيمة (ت) دالة إحصائيا عند مستوى 0.000 مما يعني أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية بين العينتين المتطرفتين في مقياس الإدمان على التدخين عند التلميذ، يتضح من النتائج السابقة أن المقياس يتمتع بدرجات مرتفعة من الصدق والثبات يمكن الوثوق بها لاستخدامه في البيئة الجزائرية بكل اطمئنان.

4. زمن البرنامج :

حدد زمن البرنامج بـ 12 جلسة على مدى شهر، من تاريخ: 2016/11/07 إلى غاية 2016/12/12، من السنة الدراسية: 2016-2017. بواقع 03 جلسات أسبوعيا مدة كل جلسة تتراوح بين 45 و 60 دقيقة.

5. مكان تطبيق البرنامج :

تم إجراء البرنامج في ثانوية الأخوين كيرد، دائرة أميه ونسة بولاية الوادي.

6. الخطوات التمهيدية لبناء البرنامج

قبل البدء في بناء البرنامج قام الباحث بما يلي :

- القراءة المعمقة في مجال علاج الإدمان وطرق التكفل بالمدمنين.
- الإطلاع على أساليب العلاج النفسي الجماعي.
- الدراسة التحليلية لبعض البرامج العلاجية لعلاج التدخين, مثل : دراسة نبيل محمود العسال (أثر أسلوب العلاج الجماعي في الإقلاع عن التدخين (2012)) ودراسة فريق بحث بلجيكي **Françoise cousin** و **Hernando Rebolledo** من منظمة (FARES) و الهيئة العليا الفرنسية للصحة (HAS) حول أبحاث الصحة, الدراسة التجريبية لمدحت عبد الحميد أبو زيد حول مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي (مهارات التأقلم) في الإقلاع عن التدخين وتخفيف القلق المصاحب.

7. محتويات البرنامج : يقصد بالمحتوى كل ما يحويه البرنامج من المهارات والأساليب

العلاجية المستعملة خلال الجلسات العلاجية، وقد راع الباحث فيه ما يلي :

- أن تتنوع المهارات والأساليب العلاجية المستعملة خلال الجلسات العلاجية بما يمكن التلاميذ من اكتساب مهارات لمواجهة كل الآثار المصاحبة لعملية الإقلاع عن التدخين.
- تصميم مواد تثقيفية خاصة لفئة المراهقين وتقديم المعلومات في صورة ملائمة وباستعمال الوسائل التكنولوجية بحيث يستوعبها التلاميذ ويتفاعلون معها.
- استخدام الوسائل مثل المطبوعات ومواقع الانترنت والكتيبات لتقديم المشورة والدعم للتلاميذ المدخنين.

8. تسلسل تطبيق البرنامج : يتم تنفيذ جلسات البرنامج على حسب ما هو موضح في

الجدول التالي :

رقم الجلسة	الموضوعات	الأدوات والفنيات المستخدمة	الأهداف	الزمن
1	التعارف وبناء الألفة شرح خطوات البرنامج بصورة مختصرة	المحاضرة والمناقشة	✓ التعارف بين الجماعة العلاجية ✓ شرح مفهوم العلاج لأفراد الجماعة ✓ تطبيق الاختبار القبلي ✓ توقيع عقد الاتفاق	45-60 دقيقة
2	مناقشة أضرار التدخين على الصحة وتأثير الإدمان على مادة النيكوتين وعلاماته.	الحوار واستعمال وسائل الإعلام الآلي	توعية أفراد الجماعة بالأضرار الصحية الناجمة عن التدخين	45-60 دقيقة
3	المركبات الكيميائية للسيجارة (تشریح قاتل) وتلاعب شركات التبغ بالشباب.	الحوار واستعمال وسائل الإعلام الآلي	توعية أفراد الجماعة وزيادة معرفتهم العلمية حول السجائر	45-60 دقيقة
4	ماذا أجنبي من توقيفي عن التدخين؟	الحوار واستعمال وسائل الإعلام الآلي	زيادة الدافعية للتوقف عن التدخين.	45-60 دقيقة
5-6	المعتقدات الخاطئة (اللاعقلانية) المتعلقة بالتدخين	الحوار والمناقشة	مساعدة أفراد المجموعة على التدريب لمقاومة الأفكار السلبية.	45-60 دقيقة

8-7	المهارات المطلوب تعلمها لمقاومة الرغبة في التدخين	الحوار والمناقشة	مساعدة أفراد المجموعة على التدريب على مهارات للتخفيف من اللهفة على التدخين.	60-45 دقيقة
9	الاسترخاء		مقاومة القلق الناتج عن التدخين أو الانقطاع عنه	60-45 دقيقة
10	تأكيد الذات	الحوار والمناقشة	الاعتراف بالمراهق كشخص مسئول على قراراته وسلوكه.	60-45 دقيقة
11	مقاومة القلق	الحوار والمناقشة	تعلم طرق ومهارات تساعد على مقاومة القلق الناتج عن الامتناع على التدخين	60-45 دقيقة
12	الجلسة الختامية	الحوار والمناقشة	✓ تقييم البرنامج العلاجي ✓ إنهاء العلاقة العلاجية ✓ تطبيق الاختبار البعدي	60-45 دقيقة

جدول رقم(03) يوضح مواضيع جلسات البرنامج وأهدافها والفنيات المستعملة.

9. عرض وتحليل نتائج تطبيق برنامج العلاج النفسي الجماعي وتفسيرها :

- نتوقع من برنامج العلاج الجماعي أثر في تخفيض درجة الإدمان على

التدخين عند التلاميذ المتمدرسين في الثانوية.

ولاختبار هذه الفرضية قام الباحث بدراسة عيادية لست حالات باستخدام المقابلات التشخيصية وأدوات الدراسة، وقد دلت نتائج القياس بأدوات الدراسة أن للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي، بجلساته 12 جلسة علاجية إضافة إلى المقابلات التشخيصية دورا بارزا في علاج حالات الإدمان على التدخين.

ويوضح الجدول التالي ملخص للحالات المدروسة ولنتائج العلاج النفسي الجماعي:

الحالة	الأفراد	العمر (سنة)	مدة التعاطي (سنة)	الأسباب المفترضة للإدمان	درجة الإدمان في التطبيق القبلي	المتابعة
1	ز.ع	17	3	الظروف الاقتصادية الصعبة والاتجاه إلى العمل في عمر مبكر وتقليد الكبار.	13	تخلص التلميذ من إدمانه على السجائر.
2	س.ل	17	4	جماعة الأقران	12	انخفاض في عدد السجائر التي يتناولها التلميذ، ودافعية كبيرة للإقلاع عن التدخين.
3	س.أ	16	3	تقليد الأب جماعة الأقران	14	تخلص التلميذ من التعاطي.
4	ر.ط	17	5	الظروف الاقتصادية الصعبة جماعة الأقران	12	تخلص التلميذ من التعاطي.
5	ز.ل	19	6	تقليد الأب جماعة الأقران	14	تخلص التلميذ من التعاطي.
6	ب.ع	18	5	جماعة الأقران	13	تخلص التلميذ من التعاطي.

الجدول رقم (04) يوضح ملخص للحالات المدروسة ولنتائج العلاج النفسي الجماعي.

يوضح الجدول رقم (04) ملخص للحالات المدروسة بعد دراستها باستعمال أدوات البحث، حيث وجد الطالب الباحث أن مدة تعاطي السجائر عند التلاميذ الست تراوحت بين 3 و6 سنوات، ووجد أيضا أن درجة الإدمان لديهم تراوحت بين 12 و14 درجة وهي درجة متوسطة على سلم استبيان الإدمان على التدخين عند التلميذ والدافعية للإقلاع عنه.

أما الأسباب التي أدت إلى إدمان التدخين فتراوحت بين الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة، التي تمثل عاملا مساعدا على الوقوع بين براثن الإدمان، وتمثل

جماعة الأقران العامل الذي يكاد يكون حاضرا عند معظم الحالات المدروسة ويعتبر تقليد الأب أيضا من الأسباب المهمة التي قد تؤدي إلى تعاطي التبغ. حسب موقع الجمعية السويسرية للوقاية من التدخين، اختلاف جد واضح بين مجموعات أعمار 13-16 سنة و17-19 سنة.

- المجموعة الأولى : الأقل عمرا، تتأثر بالمظاهر، تأثير الأصدقاء، فهي تدخن لأن التدخين رائع "fumer c'est cool"، وهذا يُعلم الشطر الأول من المراهقة حيث قبل أن تثبت أنفسهم كأفراد تحاول الانتماء إلى مجموعة تسايرها تفعل ما يفعله الآخرين في مثل سنهم.

- المجموعة الثانية : من 17-19 سنة يدخنون بالعادة أو أن التدخين يساعدهم على الاسترخاء. تدفعهم الخبرة والنضج إلى الوعي بإدمانهم على النيكوتين، ولكن معظم يكون الوقت قد فات ويصبح الإقلاع صعب التحقيق. (, Douchey,

(Von Duding, Frischknecht, 2007, 28

وبالنسبة لأفراد عينة الدراسة كانت بدايات التدخين لديهم بين 13 و15 سنة وتمثل الفترة التي تتأثر بالمظاهر وبمجموعة الأقران.

وتعرّف الباحث أيضا على المرحلة التي توجد عليها مجموعة البحث لملائمة نوعية التدخل، فلا يمكن التخطيط بنفس الطريقة للتكفل بشخص لا يعي بمشكلته (مرحلة ما قبل التفكير بالتغيير) أو أحد يحضر للقيام بالسلوك (مرحلة التفكير في التغيير). وقد وجد أن الحالات كلها تعي وضعيتها وهي بصدد الإعداد للإقلاع عن التدخين. وما لمسّه الباحث أن البرنامج النفسي الجماعي قد استطاع تسجيل نسب شفاء جيدة، وهذا ما أثبتته متابعة المجموعة العلاجية بعد شهرين من انتهاء البرنامج العلاجي حيث شفيت خمس حالات من مجموع الست حالات، كما سجلت الحالة السادسة نتائج

إيجابية حيث عمل التلميذ على خفض عدد السجائر المتعاطاة وأظهر استبيان الإدمان على التدخين عند التلميذ والدافعية للإقلاع عنه انخفاض في درجة الإدمان على السجائر وأظهر دافعية كبيرة لمحاولة التوقف النهائي عن التدخين. أما في ما يتعلق بسير الجلسات العلاجية الجماعية فقد لاحظ الطالب الباحث من خلال المقابلة التشخيصية والجلسات العلاجية الجماعية استعداد أفراد المجموعة العلاجية المشاركة في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي مع دافعية كبيرة للخضوع للعلاج، وأظهروا تفاعل مع المواضيع المطروحة مع حضور دائم للجلسات وكان حضورهم للجلسات والتفاعل الإيجابي يوحى برغبة كبيرة في الاستفادة من البرنامج العلاجي وتغيير سلوكياتهم الإدمانية.

كل الحالات المدروسة تماثلت للشفاء سوى الحالة الثانية (س.ل) لم تستفد من الشفاء التام ولكنها سجلت انخفاضا محسوسا في درجة الإدمان على السجائر، حيث سجل 8 درجات على سلم استبيان الإدمان على التدخين عند التلميذ والدافعية للإقلاع عنه بعد إعادة تطبيقه، وهي درجة متدنية على السلم المذكور، وبالتالي قد يحتاج التلميذ إلى جلسات علاجية أخرى ربما فردية أو جماعية مع إمكانية اللجوء للعلاج الأسري، ويمكن أيضا معاودة تحديد العوامل المساهمة في عدم الشفاء التام للحالة وربما الاستعانة ببرامج علاجية أخرى لعلاج السمات المصاحبة للإدمان على السجائر كالاكتئاب والقلق والانطوائية وعدم الاتزان الانفعالي... الخ.

ولكن رغم هذه النتائج المنقوصة للبرنامج العلاجي الجماعي استطاع تحقيق جل الأهداف التي أنجز من أجلها، حيث مكّن من إيجاد نوع من الاستبصار لدى أفراد المجموعة العلاجية بمشكلة الإدمان لديهم، وساعدهم على تعلم المهارات اللازمة للتغلب على السلوك الإدماني، واستطاع تدعيم الكفاءة النفسية والاجتماعية لديهم وفتح المجال للحوار الحر والمناقشات للتعبير عن آرائهم ووجهات نظرهم وبفضل تطبيق هذا

البرنامج أمكن أيضا توعية المجموعة بالأضرار الصحية الناجمة عن التدخين وبالتالي زيادة دافعيتهم للعلاج.

ويمكننا تلخيص نتائج الدراسة وتطبيق البرنامج العلاج النفسي الجماعي فيما يلي :

- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على الاستبصار بالأعراض الإدمانية الخاصة بهم والرفع من دافعيتهم للوصول إلى الشفاء التام.
 - مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على التعرف على الأفكار السلبية والاعتقادات اللامنطقية واستبدالها بأخرى منطقية واعتقادات ايجابية وبالتالي العمل على تسريع الشفاء من الإدمان.
 - تعليم أفراد المجموعة العلاجية مهارات وتقنيات لمحاربة اللهفة والرغبة في التدخين.
 - تفاعل أفراد المجموعة مع بعضهم البعض مكنهم من تعلم أساليب التعامل مع الآخرين وتحسن علاقتهم مع ذواتهم مما مكنهم من اكتساب القدرة على مواجهة ضغوط الحياة وبالتالي التغلب على مشكلة الإدمان لديهم.
 - العمل على التقليل من الاضطرابات النفسية المصاحبة لإدمان السجائر كالقلق، وعدم القدرة على التركيز وعدم الثقة في النفس، وضعف تأكيد الذات،... الخ والتي تعتبر عوامل مباشرة لمواصلة السلوك الإدماني.
 - تدريب أفراد المجموعة العلاجية على أساليب الاسترخاء التي تعلمهم التحكم في الذات ومحاربة القلق الناتج عن أعراض الانسحاب.
- مما سبق يتضح أن للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي أثر في مساعدة المجموعة العلاجية على الإقلاع عن التدخين والتقليل من الأعراض المصاحبة للانقطاع عن السجائر وإكساب التلاميذ مهارات وفنيات تقييم شر الإدمان.

خاتمة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية برنامج علاج نفسي جماعي للإقلاع عن التدخين عند التلاميذ المتدربين في الثانوية، وقد أفضت نتيجة الدراسة إلى تحقق فرضية الدراسة، فقد أثبت البرنامج أثره وفعالته في علاج الإدمان على السجائر، وتعود فعالية هذا البرنامج إلى قدرته على تعليم المجموعة العلاجية مهارات وتقنيات تعمل على التقليل من الاضطرابات النفسية المصاحبة لإدمان السجائر، وهذه النتيجة تتماشى ما وصلت إليه عدة دراسات سابقة إلى أهمية العلاجات النفسية وخصوصا الجماعية في علاج الإدمان.

ورغم النتيجة المتحصل عليها في هذه الدراسة فإنها تظل نتيجة محدودة بالدراسة وتحتاج إلى المزيد من البحث للتحقق من صحة نتائجها.

وأخيرا يمكننا أن نقترح بعض التوصيات على ضوء نتيجة الدراسة الحالية في

النقاط الآتية :

- ضرورة التكفل بالمشاكل النفسية للتلميذ على مستوى المؤسسات التربوية ومن بينها ظاهرة التدخين وهذا الدور يستلزم تكاتف جهود الجميع ابتداء من الأسرة والمدرسة وكامل الهيئات والمؤسسات الحكومية والشعبية.
- إن التكفل الأمثل بالإدمان عند التلميذ يتطلب التكفل الأمثل بالأسرة والتي تمثل متغيرا يفرض نفسه، فنوعية الرعاية التي توفرها الأسرة للتلميذ تساهم في بناء شخصيته، فإذا كانت تعاني التفكك أو انخفاض في مستوى دخلها أو مشاكل تضرب أوصالها فذلك يجعل أبناءها يعانون ويلازم الانحراف ويقعون فريسة الإدمان.
- إن التكفل الأمثل بالمشاكل النفسية للتلميذ على مستوى المؤسسات التربوية وخصوصا الثانويات يستلزم التماسي مع المستجدات بتطوير برامج علاجية نفسية حديثة تتماشى مع هذه الفئة العمرية الهشة للتكفل بمشاكلها وكل متطلباتها النفسية ويجب أن تكون التدخلات خصوصا في حالة علاج ظاهرة

التدخين عند المراهقين مبنية على حسب الحالات، فالتدخلات المبنية على المدرسة تتطلب سياسة مدرسية واضحة حول التدخين وجهودا منظمة من توفير المعلومات والوسائل اللازمين لمكافحة هذه الظاهرة.

- تطوير وحدات الكشف والمتابعة بهدف تقديم أفضل خدمة صحية ونفسية للتلميذ خصوصا حول ظاهرة الإدمان عند التلاميذ وسبل التعامل معهم.
- يوصي الطالب الباحث بإجراء دراسات مماثلة تعالج نفس المتغيرات ولكن على عينات أكبر للتأكد من مصداقية المقاييس المستخدمة في الدراسة.

المراجع المعتمدة:

أولا: العربية:

1. عبد الباسط محمد السيد (2009): التدخين، ألفا للنشر، الجيزة.
2. منظمة الصحة العالمية (2005): العبء الصحي لاستخدامات التبغ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة.
3. مصباح عبد الهادي (2010): لإدمان طريقك إلى الهاوية، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.
4. أسامة يعي أبو سلامة (2012): إبداع وإمتاع في فهم المراهقين، مؤسسة اقرأ، القاهرة.
5. عبد المنعم الميلادي (2006): الأمراض والاضطرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
6. مصطفى سويف (1996): المخدرات والمجتمع، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
7. فخري دباغ (1980): العلاج النفسي، دار الجاحظ، بغداد.
8. حامد عبد السلام زهران (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
9. إجلال محمد سري (2000): علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
10. عبد الرحمان عيسوي (1984): العلاج النفسي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
11. مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج1، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة.
12. نبيل محمود العسال (2012): أثر أسلوب العلاج الجمعي في الإقلاع عن التدخين، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
13. رشا عبد الفتاح الديدي (2001): المرأة والإدمان، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
14. عادل الدمرداش (1982): الإدمان، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

15. عبد الحميد عبد العظيم الرجيعه (2003): الآثار النفسية لتعاطي وادمان المخدرات، مركز الدراسات والبحوث، السويس.

16. محمد الطيب، شبل بدران، حسين الدريني، حسن السيلوي، كمال نجيب (2005): البحث في العلوم التربوية والنفسية، ط3، دار المعرفة العلمية، الإسكندرية.

ثانيا: الرسائل العلمية:

1. عبد بن أحمد الوالي (2008): فاعلية العلاج النفسي والجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
2. محمد مسعد عبد الواحد (2006): المشكلات لدى التلاميذ مرتفعي ومنخفضي القابلية للاستهواء، رسالة ماجستير، جامعة الفيوم.

ثالثا: مواقع الأنترنت:

1. منظمة الصحة العالمية (2020): التبغ، تم استرجاعه 5-03-2021 على الساعة 18:00 متوفر على: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

رابعا: الأجنبية:

1. Monique Lalonde, Bernard Heneman (2004): Laprévention du tabagisme chez les jeunes, INSP, Québec.
2. Catherin Mautrait, Gibert Lague (2005): Les difficultés de l'évaluation de la dépendance tabagique chez les adolescents, URCAM, St Etienne.
3. Anne Douchev, Stephan von Duding, Axelle Frischknecht (2007): Le tabagisme chez les jeunes, CIPRET, Genève.