

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس



مذكرة لنيل شهادة الماستري علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي موسومة ب:

علاقة الإدمان على التدخين بقلق الموت

- دراسة ميدانية على عينة من المدمنين بولاية مستغانم -

مقدمة من طرف

الطالب: جعفر نور الدين

أمام لجنة المناقشة

<u>اللقب والاسم</u>	<u>الرتبة</u>	<u>الصفة</u>
د. غاني زينب	أستاذة محاضرة (أ)	رئيسا
د. بلكراد محمد	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا ومقررا
د. سيسبان فاطيمة الزهراء	أستاذة محاضرة (أ)	ممتحنا

السنة الجامعية 2021-2022

إمضاء المشرف بعد الاطلاع على التصحيحات

تاريخ الإيداع: 2022/06/28

شكر وعرفان

الحمد لله على جميع النعم

كل الشكر لكل من ساعدنا في بلوغ هذا الهدف ، من أساتذة و
إداريين وزملائي الطلاب و الأستاذ المشرف الدكتور بلكره محمد
وهو مشكور على توجيهه وإرشاده و إلى كل من ساعدني من
قريب أو من بعيد ، من أول يوم لي في الدراسة إلى هذا اليوم ،
وكل من يستحق الشكر.

إهداء

إلى والدي الكريمين وإلى جميع أساتذة علم النفس وعلى رأسهم
الأستاذ القدير ميموني مصطفى عميد أساتذة علم النفس في
جامعة مستغانم وإلى زملائي الطلاب وإلى جميع عمال وموظفي
الجامعة وإلى جميع أهلي وأصدقائي

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الإدمان على التدخين وعلاقته بقلق الموت لدى عينة قوامها 34 شخص من المدمنين على التدخين بولاية مستغانم أختيروا بطريقة العينة المتاحة ، حيث إستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يناسب أهداف الدراسة وهذا بالإعتماد على مقياس فاجيرستروم fagerstrom لقياس درجة الإدمان ومقياس قلق الموت لدونالد تمبلر . donald timbler .

وبعد تحليل البيانات بإستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS خلصت الدراسة إلى نتائج مفادها :

- توجد علاقة كبيرة بين الإدمان على التدخين وقلق الموت حيث مايقارب ثلثي العينة سجلوا درجات قلق مرتفعة.
- يوجد إدمان كبير لدى العينة بدليل جميع أفراد العينة مدمنين على التدخين يتراوح إدمانهم ما بين إدمان متوسط وإدمان كبير .

الكلمات المفتاحية : الإدمان ، التدخين ، القلق ، قلق الموت .

SUMMARY OF THE STUDY

The study aimed to identify the reality of smoking addiction and its relationship to death anxiety among a sample of 34 smoke addicts in the state of Mostaganem who were chosen by the available sample method. by Donald Timbler.

After analyzing the data using the SPSS statistical analysis program, the study concluded the following:

- There is a significant relationship between smoking addiction and death anxiety, as nearly two-thirds of the sample recorded high levels of anxiety.
- There is a great addiction in the sample, as evidenced by all the members of the sample addicted to smoking, their addiction ranges between moderate addiction and major addiction.

key words : Addiction, smoking, anxiety, death anxiety .

قائمة المحتويات

الرقم	الموضوعات
أ	شكر و عرفان
ب	إهداء
ج	ملخص الدراسة
هـ	قائمة المحتويات
1	مقدمة
الفصل الأول : مدخل الدراسة	
4	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
7	فرضيات الدراسة
7	أهمية الدراسة
7	أهداف الدراسة
7	مصطلحات الدراسة
الفصل الثاني : الإدمان على التدخين	
8	تمهيد
10	تعريف التدخين
10	مراحل التدخين
11	النظريات المفسرة للتدخين
14	مراحل التعود على التدخين
16	التدخين والمشكلات الصحية
19	تعريف الإدمان
20	مفاهيم مرتبطة بالإدمان
21	مراحل الإدمان
22	النظريات المفسرة للإدمان
25	أسباب الإدمان
26	أنواع المدمنين

27	علاج الإدمان
30	خلاصة
الفصل الثالث : قلق الموت	
32	تمهيد
32	تعريف القلق
33	أعراض القلق
33	أنواع القلق
34	مستويات القلق
34	أسباب القلق
36	القلق حالة والقلق سمة
36	النظريات المفسرة للقلق
37	علاج القلق
39	تعريف قلق الموت
43	أعراض قلق الموت
40	أشكال قلق الموت
40	أسباب قلق الموت
41	مواقف الفرد المميزة والمتناقضة اتجاه الموت
42	مكونات قلق الموت
43	النظريات المفسرة لقلق الموت
46	خاتمة
الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة	
48	تمهيد
48	الدراسة الإستطلاعية
48	أهداف الدراسة
48	المجال الجغرافي للدراسة الإستطلاعية
48	المجال الزمني للدراسة الإستطلاعية

49	عينة الدراسة الإستطلاعية
53	أدوات القياس
53	الدراسة الأساسية
53	منهج الدراسة
53	المجال الجغرافي للدراسة الإستطلاعية
53	المجال الزمني للدراسة الإستطلاعية
53	المجال البشري للدراسة الإستطلاعية
53	عينة الدراسة ومواصفاتها
57	أدوات الدراسة
59	الأساليب الإحصائية المستخدمة
الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج الدراسة	
61	عرض و تفسير نتائج الفرضية الأولى
62	عرض و تفسير نتائج الفرضية الثانية
63	عرض و تفسير نتائج الفرضية الثالثة
64	عرض و تفسير نتائج الفرضية الرابعة
65	الخاتمة
67	المراجع
72	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
49	توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس	1
50	توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الحالة الصحية	2
51	توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي	3
52	توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الإدمان	4
54	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	5
54	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الصحية	6
55	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي	7
58	نتائج مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر DONALD TIMBLER	8
61	درجة الإدمان لدى عينة الدراسة	9
62	مستويات قلق الموت لدى عينة الدراسة	10
62	نتائج قلق الموت حسب مقياسي النزعة المركزية والتشتت	11
64	علاقة الإدمان بقلق الموت لدى عينة الدراسة	12
64	علاقة السن بقلق الموت لدى عينة الدراسة	13

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
49	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس.	1
50	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الصحية.	2
51	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي.	3
52	يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الإدمان	4
54	يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	5
55	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الصحية	6
56	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي	7
56	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي	8
61	يوضح درجة الإدمان لدى عينة الدراسة	9
63	تخطيط قلق الموت لدى عينة الدراسة	10

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
72	مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	1
76	مقياس فاجيرستروم	2

مقدمة :

يعتبر التدخين عادة سيئة إنتشرت في جميع مناطق العالم حتى أصبح مألوفاً جداً كأنه أمر طبيعي وهو بوابة الإدمان يلجأ إليه المدخن لأسباب متعددة ، منهم من يدخن من أجل الترويح عن النفس ومنهم من يدخن من أجل تهدئة أعصابه ، وكل بحسبه . إلا أن أضراره تبلغ درجة الخطورة وهذا مما إتضح أنه يسببه من أمراض مثل سرطان الرئة والحنجرة وأمراض القلب والشرابين وغيره بالإضافة إلى الأمراض النفسية كالقلق والإكتئاب ، وأيضا المشاكل الإجتماعية حيث يصل الأمر في بعض الأحيان إلى درجة أن شخص يقتل آخر بسبب سيجارة . كما يؤثر على جيب المدخن حيث يصبح المدخن رهينة التدخين نظرا للتبعية التي يفرضها الإدمان ، فأصبحت هذه الظاهرة معضلة تؤرق الدول فنجد أن دولا تمنع التدخين في الأماكن العامة وتفرض ضرائب كبيرة على الشركات المنتجة للتبغ وتقوم بحملات توعية من مخاطر التدخين والأمراض الفتاكة التي يسببها وطرق أخرى لمجابهة هذا الوباء الذي إنتشر بشكل رهيب .

فالباحثين في موضوع التدخين وجدوا أنه ضارب في التاريخ ، نظرا لوجود مجتمعات كانت تقوم بإستنشاق بعض أنواع أوراق الأشجار لأغراض مختلفة منها الإستشفاء من بعض الأمراض .

ووصل الأمر إلى درجة أن حذرت منظمة الصحة العالمية من أن التدخين يتسبب في وفاة ما لا يقل عن ثمانية ملايين شخص سنويا وذلك في اليوم العالمي للامتناع عن استهلاك التبغ الذي يصادف 31 ماي من كل سنة، كما أن له أضرار على البيئة .

ففي ظل هذه الكوارث التي يسببها التدخين لنا أن نتخيل شعور المدخن وهو يسمع هذه الأخبار .

لقد تناول البحث الحالي علاقة الإدمان على التدخين بقلق الموت وقد تم تقسيم البحث كما يلي:

الفصل الأول : تطرقنا في هذا الفصل إلى صياغة الإشكالية من خلال التعريف بالموضوع الذي سوف ندرسه والدراسات السابقة التي تناولته و النتائج التي توصلت إليها ثم حددنا فرضيات لدراستنا ووضحنا أهداف الدراسة ثم قمنا بتعريفات إجرائية لمصطلحات الدراسة التي تعتبر مصطلحات محورية في البحث .

الفصل الثاني : تناولنا في الفصل الثاني الجانب النظري للدراسة إذ خصصناه لموضوع الإدمان على التدخين وهذا من خلال تعريف التدخين وكيف يقع الشخص في فخ التدخين والمراحل التي يمر بها المدخن وكذا النظريات المفسرة للتدخين وكيف فسرت كل نظرية هذا الموضوع ومراحل التعود على التدخين و أولها تكوين المعرفة والمعتقدات حول التدخين ثم مرحلة التجربة الأولية أول محاولتين أو ثلاث محاولات وبعده مرحلة

التجربة " تكرار التدخين بشكل غير منتظم"، مرحلة الإستخدام المنتظم على سبيل المثال: التدخين نهاية كل أسبوع أو كل يوم" ثم تأتي مرحلة الإعتماد أي يصبح الشخص مدمن، كما تناولنا أيضا الأضرار الناجمة عن التدخين والمشكلات الصحية التي يسببها . وفي نفس الفصل قمنا بتعريف الإدمان و المفاهيم المرتبطة بالإدمان والمراحل التي يمر بها المدخن إلى غاية الإدمان ، النظريات المفسرة للإدمان وكيف فسرت كل موضوع الإدمان و أسباب الإدمان ، أنواع المدمنين وفي آخر الفصل علاج الإدمان .

الفصل الثالث : خصص الباحث هذا الفصل لموضوع قلق الموت ، بدءا عرفنا القلق وبيننا ماهو القلق وهذا بذكر أعراض القلق و أنواعه ، مستوياته ، أسبابه وكيف يكون القلق حالة و وكيف يكون سمة و النظريات المفسرة للقلق ، علاج القلق . وما يهمنا نحن في دراستنا هو قلق الموت بالتحديد لذا وضعنا تعريف قلق الموت أعراض قلق الموت ، أشكال قلق الموت وماهي أسباب قلق الموت ، و مواقف الفرد المميزة والمتناقضة اتجاه الموت ، مكونات قلق الموت كما وضعنا أهم النظريات المفسرة لقلق الموت وفي نهاية الفصل خلاصة موضوع الإدمان على التدخين .

الفصل الرابع : تناولنا في هذا الفصل الجانب التطبيقي للدراسة وهذا بعرض الدراسة الإستطلاعية ، أهداف الدراسة الإستطلاعية ، وأين تمت أي المجال الجغرافي للدراسة الإستطلاعية وكذا بينا الفترة الزمنية التي جرت فيها ، كما حددنا عينة الدراسة و الأدوات التي أستعملت لهذا الغرض . وأيضا الدراسة الأساسية ، منهج الدراسة الأساسية ومجالها الجغرافي و الزمني و البشري و أدوات الدراسة ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الخامس : وضعنا في هذا الفصل عرض وتحليل نتائج الدراسة حيث أجبنا على التساؤلات المطروحة في بداية الدراسة وكذا عرض وتحليل كل فرضية على حدى ثم الخاتمة .

الفصل الأول

مدخل الدراسة

تمهيد

- 1- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
- 2 - فرضيات الدراسة
- 3 - أهمية الدراسة
- 4 - أهداف الدراسة
- 5 - مصطلحات الدراسة

1- مشكلة الدراسة وتساولاتها :

يعتبر الإدمان أفة خطيرة وسلوك سلبي تعيشه فئة من المجتمع ، تلجأ إليه هذه فئة حسب إعتقادها للهروب من الواقع البائس الذي يرفضونه من مشاكل نفسية واجتماعية و... إلخ ، فيجدون أنفسهم في مأزق لا يستطيعون الخروج منه ، ما يجعلهم يعيشون معاناة حقيقية داخل هذا العالم الذي اقموا انفسهم فيه فيصبحون تحت سيطرة الادمان وبالتالي يصبح سلوكهم عدواني وتصرفاتهم عنيفة نتيجة الاضطرابات التي تحدث لهم أثناء تعاطيهم لمواد مسببة للادمان كالمخدرات والخمر وغيرهما .(عادل الدمرداش ، 1982 ، ص37)

ومن الأمثلة على الإدمان (التدخين) والذي يمس شريحة كبيرة من المجتمع ، يلجأ إليه المدمنون

لأسباب متنوعة تختلف باختلاف الثقافات ، فهناك مجتمعات ترفض التدخين وتمنعه لأسباب دينية

واجتماعية بينما مجتمعات أخرى تتقبله وتعتبره عادة يلجأ إليها المدخنون في مختلف الأعمار ذكورا وإناثا قصد النشوة أو للتخفيف من الضغوط الاجتماعية ، لكن ما يغفل عنه الكثير أن التدخين يسبب الإدمان وهو ما يجعل التوقف عنه صعب كما يسبب أمراض خطيرة تؤدي إلى الموت في كثير من الأحيان كأضرار الرئة وسرطان الحنجرة ، أمراض القلب والشرايين وأمراض أخرى ، وبعد الإصابة بهذه الأمراض الخطيرة يبدأ المدمنين بالتفكير جديا في الموت . وهذا ما جعل الكثيرين يقومون بدراسات حول هذا الموضوع نذكر منها مايلي :

دراسة حفيزة قاسم ، الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بالاستبصار المعرفي وقلق المستقبل والتدين لدى الطلبة المدمنين على التدخين . دراسة لنيل شهادة ماستر سنة 2015 ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة إستعملت الباحثة مقياس فاجيرستروم لإدمان النيكوتين و النتائج المتحصل عليها هي كالآتي : .

توصلت الدراسة إلى أن نسبة كبيرة من المدمنين على التدخين صَنّفوا من ذوي الضعف المعرفي خاصة في الذاكرة والقدرات البنائية البصرية والوظائف التنفيذية وكانت الفروق دالة بين المدخنين وغير المدخنين كما أن نسبة كبيرة من المدمنين على التدخين أظهروا انخفاضا في الاستبصار المعرفي، و انخفاض في مستوى قلق المستقبل .

وكذلك دراسة قواري سعاد ، دراسة ميدانية لأربع حالات مدمنين على التدخين و الكوكايين و الأريكا . دراسة لنيل شهادة ماستر سنة 2019 ، جامعة مستغانم . إستعملت الباحثة المنهج العيادي بالإضافة إلى مقياس قلق الموت أما النتائج المتحصل عليها هي كالآتي :

- توجد عدة أسباب وعوامل قد تؤثر على الحالة النفسية للمراهق المدمن منها: الحرمان العاطفي ، أساليب المعاملة ، تدني المستوى التعليمي، فقدان أحد الوالدين، الطلاق، فكل هذه الأسباب قد تجعل

المراهق يشعر بالخوف و القلق وفقدان الثقة بالنفس و هذا ما يجعل المراهق لا يتقبل الواقع و يبحث عن الحل الأمثل للتخلص من تلك المعاناة والمشاكل والصراعات النفسية فإستنتجت الباحثة ان التدخين يسبب التوتر والقلق بأنواعه .

وأیضا دراسة بوفرة مختار، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات مجلة الرواق سنة 2017 ، معسكر ، إستعمل الباحث إستبيان قلق الموت ، وكانت نتائج الدراسة كالتالي :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، وكذا التعرف على الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن، جرت الدراسة بمدينة معسكر حيث تكونت عينة الدراسة من 106 فرد تم اختيارهم بطريقة عشوائية، طبق عليهم مقياس قلق الموت، وتمت المعالجة الإحصائية للبيانات ببرنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وكشفت الدراسة عن النتائج التالية :

- وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة .
- توجد فروق دالة إحصائيا في درجة قلق الموت تبعا لمتغير الجنس .
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة قلق الموت تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والسن .

كما لدينا دراسة يوسف مصطفى سلامة عوض الله ، التدخين وعلاقته بمستوى القلق . دراسة لنيل شهادة ماجيستر سنة 2008 ، غزة فلسطين . إستعمل الباحث مقياس القلق وكانت نتائج الدراسة كالتالي :

ينسب الكثير من الناس سبب التدخين الى الاكتئاب الا ان الدراسة خلصت أن سبب التدخين هو القلق النفسي وليس الاكتئاب .

يظل الجهاز النفسي للمدخن خلال حياة المدخن يقاوم إلى أن ينهار هذا الخط ويدخل المدخن بحالة من القلق المزمن ويرى الباحث أن لكل فترة عمرية أسباب القلق الخاصة بها .

ونجد دراسة مريامة بريشي ، مراحل الاكتساب والاقلاع عن سلوك التدخين . دراسة لنيل شهادة ماجيستر سنة 2004 ، جامعة بن يوسف بن خدة الجزائر ، إستعملت الباحثة المنهج العيادي وكانت نتائج الدراسة كالتالي :

مادة النيكوتين هي المسؤولة عن تكرار سلوك التدخين، وهذا لتأثيرها المباشر على الجهاز العصبي وما

تحدثه من شعور بالراحة عند تعاطيها من قبل المدخنين. وغياها يصاحبه أعراض الانسحاب، الشعور بحالة النقص، حاجة لا تقاوم بأخذ سيجارة أخرى الغضب، إثارة الأعصاب، اضطرابات في النوم... لذلك قامت جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين بتصنيف التدخين كنوع من الإدمان يدخل تحت بند الاضطرابات النفسية، لأن التدخين في مرحلة معينة من التعاطي، لا يصبح عادة بل يعتبر نوعا من الإدمان

- ظهور علامات غير طبيعية عند محاولة الإقلاع مثل: القلق، الصداع، ضعف التركيز... وهكذا، يتحول التدخين إلى نوع من الإدمان له أخطاره الاجتماعية والنفسية والعضوية، وأخطر من ذلك فيتحول الدخان إلى بوابة لإدمان الكحول و المخدرات .

ولدينا دراسة عاشور زهية ، قلق الموت لدى المسنين مظهره واثاره . مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي لسنة 2017 ، جامعة أم البواقي . إستعملت الباحثة المنهج العيادي وتوصلت إلى مايلي :

- أفكار وسواسية عن الموت وهذا ما يؤثر نفسيا وسلوكيا .

- الخوف من الموت وفكرة فراق الأهل والاحباب يولد نوع من القلق وعدم الشعور بالارتياح .

- الفئة الأكثر تأثرا بقلق الموت هي فئة المسنين .

الدراسات التي تطرقت لموضوع التدخين توصلت إلى المعطيات المخيفة عن الأضرار الخطيرة التي يسببها التدخين والتي تجعل المدخن يعيش كل أنواع القلق ، كما يلاحظ أن قلق الموت يختلف باختلاف متغير السن ومتغير المستوى التعليمي ومتغير الصحة فمن خلال المقابلات التي أجريت مع المدخنين يلاحظ إختلاف في مستوى قلق الموت حيث يوجد قلق الموت مرتفع لدى فئة المدخنين المصابين بالأمراض الخطيرة مثل سرطان الرئة و الحنجرة والقلب ، وكبار السن وفئة أصحاب المستوى التعليمي العالي وفي المقابل يوجد قلق الموت منخفض لدى صغار السن وأصحاب المستوى التعليمي المتدني والأصحاء . ومن هنا نطرح الإشكالية التالية : ما علاقة إدمان التدخين بقلق الموت ؟

التساؤلات :

- ما مستوى الإدمان لدى عينة الدراسة ؟
- مامستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة ؟
- هل توجد علاقة بين الإدمان وقلق الموت ؟
- هل توجد علاقة بين السن وقلق الموت ؟

2- فرضيات الدراسة :

من خلال التساؤلات المطروحة نقتح الفرضيات التالية :

- 1 - مستوى الإدمان لدى عينة الدراسة مرتفع
- 2- مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة مرتفع
- 3- توجد علاقة بين الإدمان وقلق الموت
- 4- توجد علاقة بين السن وقلق الموت

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في البحث عن الأسباب المؤدية إلى إدمان التدخين وكيف يتم الإدمان وماهي المدة التي يستغرقها المدخن حتى يصبح مدمنا وكيف يصاب بالامراض الناتجة عن التدخين وكذا مستويات قلق الموت حسب متغير الجنس ومتغير الحالة الصحة ومتغير السن لدى شريحة المدمنين على التدخين ، نظرا لكون التدخين أصبح يحصد أرواح كبيرة بالإضافة إلى الأزمات النفسية والمادية التي يسببها ، حيث دقت مؤسسات عالمية ناقوس الخطر وحذرت منه وهي تعمل على إيجاد آليات فعالة لمواجهة هذه الآفة الخطيرة في أوساط المجتمع .

- . البحث عن الإضطرابات والحالة النفسية التي يعيشها المدمنين .
- . كما تبحث هذه الدراسة عن العلاقة بين الإدمان وقلق الموت .

أهداف الدراسة :

- الكشف عن مستوى الإدمان لدى عينة الدراسة وفق المتغيرات .
- الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة
- الكشف عن العلاقة ما بين الإدمان وقلق الموت
- الكشف عن العلاقة ما بين سن المدمن على التدخين و قلق الموت

مصطلحات الدراسة :

التدخين : هو عملية يتم فيها حرق مادة والتي غالبا ما تكون التبغ وبعدها يتم تذوق الدخان أو إستنشاقه ، وتتم هذه العملية بإعتبارها ممارسة للترويح عن النفس (رهام خليفه سعيد السعيديه ، 2021 ص2) التدخين إجرائيا:

هو قيام الفرد بإشعال سيجارة تتكون من التبغ وإستنشاق الدخان المتصاعد منها قصد الترويح عن النفس .

الإدمان : الإدمان و يقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو المواد النفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو التعديل تعاطيه وكثيرا ما تظهر عليه الإنسحاب إذا ما إنقطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص 33) الإدمان إجرائيا :

و يقصد به التعاطي المتكرر لمواد مخدرة بصفة مستمرة ، حيث يصبح الشخص متعلق نفسيا وجسديا بهذه المواد ، وفي حالة التوقف عن تعاطيها تظهر عليه أعراض نفسية وجسدية خطيرة تسمى أعراض الإنسحاب .

قلق الموت : هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت و الموضوعات المتصلة به، تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد .(بشير معمرية .2007. ص212) قلق الموت إجرائيا:

هو أفكار غير سارة حول توقف الحياة ، مما يؤدي إلى وقوع الشخص في حالة من القلق والإضطراب .

الفصل الثاني

الإدمان على التدخين

تمهيد

تعريف التدخين

مراحل التدخين

النظريات المفسرة للتدخين

مراحل التعود على التدخين

التدخين والمشكلات الصحية

تعريف الإدمان

مفاهيم مرتبطة بالإدمان

مراحل الإدمان

النظريات المفسرة للإدمان

أسباب الإدمان

أنواع المدمنين

علاج الإدمان

خلاصة

التدخين:

وباء خطير يعاني منه الكثير من الناس في عالمنا المعاصر باعتباره أحد السلوكيات غير الصحية التي لا تقتصر آثارها على المدخن فحسب ، بل تتعداه إلى الآخرين المحيطين به. ويقصد به التبغ، وهو مادة يدخنها المدخن، بقصد المتعة والتسلية، وقد يؤدي التدخين فقط إلى الإدمان. (العمري، 2010)
 والتدخين يقصد به عملية إشعال أي شخص للسيجارة أو الغليون فقط أو امتصاص الدخان الناتج عن الاشتعال ثم إخراجها من الفم أو الأنف. (زيدان، 2014)
 وهو سلوك مكتسب خلال أسابيع أو عدة أشهر منذ بدء تدخين أول سيجارة، يتعزز بسبب الخصائص العصبية الدوائية للنيكوتين الذي يلعب دورا محفزا سلبيًا أو إيجابيا لهذا السلوك. (العنزي، 2015، ص 211)
 وعرف "عادل الدمرداش" 1982 التدخين بأنه عادة إدمانية تعود لأسباب نفسية واجتماعية، وتتم هذه العادة بمراحل مختلفة وهي:

1- مراحل التدخين :

- 1-1 التدخين النفسي الإجتماعي: يلجأ المدخن في هذه المرحلة إلى التدخين لأنه يعتبره رمزا للمركز الإجتماعي واحترام الذات.
 - 1-2 التدخين النفسي الحركي: تلعب طقوس التدخين الدور الأساسي في تحقيق اللذة لدى المدخن.
 - 1-3 التدخين الإدماني: يدخن الشخص في هذه المرحلة حتى يتجنب آثار الامتناع المزعجة. (مشاشو، 2011، ص75)
- وعليه فالتدخين يصنف ضمن قائمة السلوكيات ذات العلاقة بالصحة وهو الذي يقوم فيه الفرد بإشعال سجارة واستنشاق دخان التبغ بعد احتراقه.

2- النظريات المفسرة للتدخين:

تعددت النظريات التي تفسر الظواهر السلوكية غير السوية عند الأفراد، والذي يمثل التدخين جزء من هذه السلوكيات، لذلك اتجهت أنظار العلماء لتقديم تصور حول الآليات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية الممارسة سلوك التدخين وأهم هذه النظريات:

2-1 النظرية الفسيولوجية:

من بين التفسيرات الفسيولوجية لسلوك التدخين نجد التفسير الذي قدمه "بوميرليو" حيث اعتبرا أن التدخين يعمل كمنظم عصبي ويمكن أن يفسر مع وجود الإدمان على النيكوتين السبب الذي يجعل التوقف الدائم عن التدخين من العوامل الصعبة جدا. واقترح هذا الباحث أن النيكوتين قد يشكل طريقة تعمل على تنظيم الأداء والشعور لدى المدخن فهو يتدخل في مستويات المنظمات العصبية النشطة، بما في ذلك الأستيتيل كولين، والنور إيبينفرين، والدوبامين، والمورفينات الذاتية والفاسوبريسين وهو هرمون يسبب رفع ضغط الدم وقد يستخدم النيكوتين من قبل المدخنين ليستحث عمل هذه المنظمات العصبية لأنها تؤدي إلى تحسن مؤقت في الأداء أو الشعور. إذ تبين على وجه التحديد أن الأستيتيل كولين، والنور إيبينفرين، والفاسوبريسين تعمل على تقوية الذاكرة. كما يساعد الأستيتيل كولين والبيتا إندورفين على تخفيف القلق والتوتر، في حين يساعد التغيير في الدوبامين، والنور إيبينفرين، والمورفينات الذاتية على تحسين المزاج ويجد الكثير من الناس أن أداءهم في إنجاز المهمات الأساسية يتحسن دائما عندما تكون مستويات الأستيتيل كولين والنور إيبينفرين مرتفعة، وبالتالي فإن التدخين يزيد من قدرة المدخنين على التركيز، والاسترجاع، كما يزيد من إنتاجهم، ويقظتهم، وادائهم النفسي الحركي، ومن قابليتهم على استبعاد المثيرات الدخيلة، وبسبب التغيرات العديدة في المنظمات العصبية التي تنشأ عن التدخين، فإن عددا كبيرا من القرائن الجسمية الداخلية والقرائن البيئية الخارجية التي لا يبدو أن لها علاقة حقيقية بسلسلة العوامل المؤدية للاعتماد على النيكوتين، قد تلعب دور المثير التمييزي الذي يحث على القيام بالتدخين انسجاما مع ما تقدم، فإن المدخنين الذين يتوقفون عن التدخين يفيدون بأن قدرتهم على التركيز قد انخفضت، كما أن انتباههم أصبح مشتتا، وأن ذاكرتهم قد تضررت كما يقرون بتعرضهم لزيادة القلق والتوتر وسرعة الاستثارة والتوق إلى التدخين وتقلب المزاج، وكثيرا من المدخنين الذين توقفوا عن التدخين عادوا للتدخين لأنهم تعلموا من خبرتهم أن النيكوتين يخفف من هذه المشكلات ويمكن أن يساعدهم في التعامل مع مطالب الحياة اليومية، حيث إن التدخين يساعد من ناحية مبدئية في حدوث اليقظة والانتباه ثم تخفيف التوتر الذي قد

ينشأ عن تنشيط كل من الكولين والكاد، يلي ذلك منع إطلاق الكولين أو المورفينات الذاتية، ويتعلم المدخنون كيفية التحكم بشكل اختياري بكمية النيكوتين التي يتعاطونها من أجل زيادة هذه التأثيرات وقد تكون هذه أحد الأسباب التي تجعل التدخين يساعد في مواجهة الضغط. (تايلر، 2008، ص ص 268-269)

2-2- نظرية التحليل النفسي:

تفسر نظرية التحليل النفسي عملية التدخين بعدم النضوج في الشخصية الذي يرتبط بغرائز ودوافع لاشعورية تعمل على توجيهها، وأن المواقف النفسية التي يتعرض لها الشخص، وطبيعة ومستوى تلك المواقف تلعب دورا بارزا في عملية التدخين، وأن عملية تعويض العوامل النفسية المكبوتة تشكل صراعات للفرد والتي يتم التعبير عنها في صورة سلوك يليق بالراشدين، ويمثل التدخين حلا بديلا لعمليتي النكوص والإعلاء مما يحقق درجة من الرضا في الأنا الأعلى.

كما يرى التحليليون أن عملية التدخين ذات علاقة باضطراب الشخصية، ووجود صراع داخلي لدى المدخن، وهو ما يجعل منها تأخذ الصفة القهرية، وهذه النظرة قد لا تخلو من شيء من الصحة فيما يتعلق بالاضطرابات الشخصية، والشعور بعدم الأمن النفسي أو الرغبة في تحقيق بعض المظاهر العلنية التي تخفي وراءها عوامل أساسية في الجانب الشخصي يمكن تعويضها بالتدخين. (العمرى، 2010)

2-3- نظرية التعلم الاجتماعي:

استنتج "ألبرت باندورا" 1977 من خلال بحوثه العلمية أن الأطفال يتعلمون كيفية التصرف من خلال التعليم والمراقبة، والتعليم هو الكيفية التي يعلم بها الآباء والأمهات والمعلمون الطلاب السلوك والتصرف، أما المراقبة فهي الكيفية التي يري اليافعون بها الراشدين والأقران وهم يقومون بسلوك معين ويتم تعزيز أو تعديل سلوكهم من خلال ردود فعل الآخرين على تصرفهم. لذلك يحتاج تعليم المهارات إلى تكرار للعمليات الطبيعية، النمذجة، المراقبة، والتفاعل الاجتماعي، حيث يعتبر المعلمون والراشدون الآخرون قدوة يحتذى بها فيضعون المعايير ويمثلون مصادر النفوذ. (الخاروف، 2009)

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الشاب يتعلم التدخين من: تدخين الوالدين، مصاحبة الرفاق المدخنين، الرغبة في الشعور بالانتماء وتقليد الكبار. وتأكيدا على ماسبق يؤكد المتبنون لمنحى التعليم 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 إلى أخذ سيجارة عند أول موقف إيجابى، وبالتالي يتعلم الطفل كيف يقلد الكبار في الأوقات التي يتعرض فيها للضغوط المختلفة وغيرها من المواقف، وهذا التعلم يحدث بدون

تدعيم مباشر حيث يتعلم الفرد التدخين من خلال هذا النموذج. (زيدان، 2014 ص 24)

2-4- النظرية العقلية الانفعالية:

يعد "ألبرت إيس" أول من أدخل العقل والعواطف في عمليات الإرشاد والعلاج النفسي الحالي تحت مسمى "العلاج العقلاني الانفعالي"، وذلك من خلال نظريته إلى الإنسان باعتباره عاقلاً منفرداً في نوعه، وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة، والسلوك العصابي والاضطراب الانفعالي لا يكونان إلا نتيجة للتفكير غير المنطقي.

ويرى الباحثون من خلال هذه النظرية أن سلوك التدخين ناتج من اعتقادات غير عقلانية ولا منطقية مرتبطة ببعض المشاعر والأحاسيس في موقف التدخين، وأن المدخن اكتسب هذه العادة وتعلمها في ضوء تفسيراته الشخصية لنتائج عملية التدخين، وتوقعات التعزيزات الاجتماعية وعدم اعتبار القيم المرتبطة بهذه السلوكات وإدراكها أو استمجاغ هذه القيم باعتبارها معززات السلوك التدخين، هذا إضافة إلى ما قد يراه الفرد من قصور في ذاته وانخفاض في تقديره لها.

2-5- نظرية الترابطات التفاضلية:

تعد نظرية الاختلاط التفاضلي إحدى نظريات الضبط الاجتماعي، وهي ترى أن سلوك الفرد يتأثر بالطابع الثقافي المحيط به ويسعى إلى التشبه به ما لم توجد عوامل ثقافية أخرى توجهه إلى طرق مختلفة، وهي تعتمد على الطريقة الميكانيكية في تفسير التدخين وتبرير مختلف التصرفات، وذلك من خلال تأكيد أهمية الطرق والوسائل التي يسلكها المدخن وتبرير التصرفات التي يقوم عليها، ويلعب الأقران المخالطون للفرد دوراً هاماً في تحديد سلوكه، كما أن توجهاتهم نحو السلوك والخبرة التي يدركها الفرد من خلال علاقته بالأقران واتجاهاتهم وما يعود عليه من تعزيزات داخل جماعة الأقران تلعب دوراً بارزاً في بدء عملية التدخين والاستمرار فيه.

ويرى "سوزلاند" "Suthen Land" أن الأساس في السلوك هو التعلم والاتصال بين الأفراد ذوي العلاقات الوطيدة، وطبيعة الإتجاه نحو ذلك السلوك، وأن دوافع وميول الفرد تجاهه تحكمها العلاقات الاجتماعية داخل الجماعة، إضافة إلى أهمية عوامل تكرار السلوك واستمراريته وعمق دلالاته للشخص، ودرجة تأثير القيم السائدة في المجتمع ورضاها من عدمه على طبيعة الشخص.

وتؤكد نظرية الترابطات التفاضلية على وجود انطباع ضمني يصور التدخين متعة، وتلميح بأن التجربة تدل على

الجرأة والتحدي لتجريب الممنوع والرغبة في تجربة التدخين يرتبط بإظهار النضج والكبر وتأكيد العلاقات الاجتماعية، وقد تتعذر هذه الأشياء لكون تدخين الصغار أمر محظور على وجه العموم، وهذا فإن الشروع في التدخين يعد وسيلة لمعارضة سلطة الكبار والرغبة في إظهار الاستقلال وغالبا ما تتم هذه التجربة بوجود زملاء وأقران لالتماس رضاهم أو التميز عنهم بكونه أكثر نضج. (العمرى، 2010)

لقد اختلفت التفسيرات المقدمة للتدخين لاختلاف التوجهات النظرية للباحثين، فمنها من ركزت في تفسيرها على دوافع الإقدام على التدخين بمختلف أنواعها، ومنها من ركزت على التأثير الكيميائي للتدخين، ومنها من ركزت على الجانب اللاعقلاني لسلوك التدخين. وعلى الرغم من الاختلاف القائم في تفسير سلوك التدخين إلا أن جميع النظريات تعتبر هذا السلوك سلوكا ضار غير مرغوب .

3- مراحل التعود على التدخين:

لأول وهلة قد يفكر المرء بأن التدخين هو عادة بسيطة نسبيا قابلة للتعديل وإزالتها بالعزم والتصميم، إلا أنها مشكلة سلوكية معقدة ناتجة عن التأثير المحدث للتعود البيولوجي والنفسي للتدخين ولفهم هذا التعقيد يجب أن ننظر إلى التدخين من خلال المراحل التي يمر بها المدخن. (حجار، 2009، ص 108)

لقد اختلف الباحثون في طرحهم للمراحل التي يمر بها التدخين، حيث نجد ثلاث اتجاهات للتدخين والتي تتمثل في:

- الإتجاه الذي يؤكد على المراحل السلوكية للتدخين.
- الإتجاه الذي يؤكد على المراحل التحفيزية للتدخين.
- الإتجاه الذي يجمع بين الإتجاهين السابقين.

غير أن الإتجاه الأول هو الأكثر شيوعا والمعتمد بين الباحثين ومن رواد هذا الإتجاه نجد الباحثان "Leventhal" و "Cleary" 1980 اللذين إقترحا بأنه بمجرد أن يصبح الشخص مدخنا، فإنه يمر بسلسلة من المراحل والتي تتمثل في: مرحلة التحضير، مرحلة التجريب "المبادرة"، مرحلة التدخين، ومرحلة الحفاظ على التدخين "الإستمرار".

في حين نجد أن الباحث "Flay" وزملائه 1983 قاموا بتفصيل نموذج "Leventhal" و "Cleary" واقترحوا خمس مراحل للتدخين وهي: مرحلة الإعداد "تكوين المعرفة والمعتقدات حول التدخين"، مرحلة التجربة الأولية "أول محاولتين أو ثلاث محاولات"، مرحلة التجربة "التكرار التدخين بشكل غير منتظم"، مرحلة الإستخدام المنتظم على سبيل المثال: التدخين نهاية كل أسبوع أو كل يوم"، ومرحلة الإعتماد على النيكوتين.

ومن جهة أخرى قام الباحث "Kremers" وزملائه 2004 بتعديل وتوسيع نموذج "Flay" وزملائه واقترحوا نموذجا يتكون من ستة مراحل وهي: مرحلة التحضير، مرحلة التجربة الأولية، مرحلة التجريب، مرحلة الاستخدام المنتظم، مرحلة تقرير عدم التدخين، ومرحلة الإقلاع عن التدخين.

أما الإتجاه الثاني فهو يشدد على الجانب التحفيزي للتقدم إلى المستويات العليا للتدخين، ومن رواد هذا الإتجاه نجد الباحث "Pollonen" وزملاؤه 1998 الذين حددوا مراحل التدخين في أربع مراحل وهي: مرحلة التجميع المسبق "أي عدم الرغبة في التدخين في المستقبل"، مرحلة التأمل "أي النية للتدخين في المستقبل"، مرحلة التحضير "أي النية للتدخين في المستقبل القريب"، وأخيرا مرحلة الإستحواذ "أي البدء في التدخين العرضي أو المنتظم".

في حين نجد أن الإتجاه الثالث سعى إلى دمج نموذج المراحل السلوكية للتدخين ونموذج المراحل التحفيزية للتدخين في نموذج واحد من أجل زيادة القدرة على التنبؤ بمخاطر التدخين.

وعلى الرغم من هذا الاختلاف إلا أنه يمكن إيجاز مراحل التعود على التدخين فيما يلي:

3-1- مرحلة التحضير:

وهي مرحلة تكون فيها معتقدات واتجاهات الشخص منصبة على الفائدة التي يحققها هذا السلوك وهي إعتقادات تتأكد شيئا فشيئا. حيث يكون التدخين في هذه المرحلة ملاحظا في المحيط بطريقة تعكس نضج من يسلكونه كما تعكس استقلاليتهم، وأيضا يظهر كوسيلة لمواجهة الضغوط أو كوسيلة لخلق روابط مع جماعة الأصدقاء .

3-2- مرحلة التجريب:

وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص السجائر الأولى ويكون ذلك عادة مع الأصدقاء مما يمنحه إحساسا بالرجولة والنضج وشعورا بالمتعة.

3-3- مرحلة التكرار:

وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بطريقة متكررة ولكن دون انتظام.

3-4- مرحلة التعود :

وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بانتظام ويصبح استعمال السجارة يشعره بالإسترخاء

التعود النفسي والفيسيولوجي

3-5- مرحلة المداومة:

وهي المرحلة التي تظهر فيها أعراض التبعية الجسمية للتبغ. (مشاشو، 2011، ص 76)

4- التدخين والمشكلات الصحية:

منذ صدور التقرير الأول العام عن التدخين عام 1964 ازدادت المعرفة العلمية حول العواقب الصحية الناجمة عن استخدام وتعاطي التبغ إذ يعتبر تدخين السجائر السبب الرئيسي للوفيات الناجمة عن الإصابة بأمراض القلب والسرطان في الولايات المتحدة الأمريكية، بالإضافة إلى هذا فالأشخاص غير المدخنين ليسوا محصنين ضد المخاطر الصحية الناتجة عن التبغ، فالتعرض للتبغ غير المباشر له عواقب صحية خطيرة للبالغين وللأطفال على حد سواء.

فالأضرار المرتبطة بالتبغ تمثل أكثر من 400000 حالة وفاة بين البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية كل عام، ولقد تبين أن الوفيات التي تعزى إلى تعاطي التبغ تتجاوز الوفيات الناجمة من نقص المناعة المكتسبة، حوادث المرور، تعاطي الكحول، الانتحار، القتل، الحرائق، واستخدام العقاقير غير المشروعة، وكما أظهر أحد تقارير منظمة الصحة العالمية أن عبء المرض والموت الذي يعزى إلى التبغ في البلدان المتقدمة كان أعلى بكثير من العبء الذي يمكن أن يعزى إلى أي عامل آخر بما في ذلك تعاطي المخدرات، ارتفاع ضغط الدم، وعدم ممارسة النشاط البدني. (Brandt & al, 2001, pp87-88)

حيث يؤدي تدخين السجائر إلى خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز التنفسي، وعشرة أنواع من السرطان (Xu, Liu, Sharma, Zhao, 2015)، فالإصابة بأمراض القلب الناتجة عن التدخين هي السبب الرئيسي للوفاة في الولايات المتحدة، أما السرطان فهو السبب الرئيسي الثاني للوفاة في الولايات المتحدة، إذ يسبب التدخين سرطان الرئة، الحنجرة، المرئ، البلعوم، الفم، المثانة ويساهم في سرطان البنكرياس والكلى وعنق الرحم، ويسبب أمراض الرئة الأخرى مثل: التهاب الشعب الهوائية المزمن ومرض الانسداد الرئوي المزمن (Brandt & al, 2001, pp89)

إن المشكلات الصحية الناجمة عن التدخين تصيب مختلف أجهزة الجسم ومن أبرز هذه المشكلات الصحية نذكر ما يلي:

4-1- مشكلات الجهاز العصبي المركزي:

يفسر تأثير النيكوتين على الجهاز العصبي المركزي من خلال أثره على مجموعة الناقلات العصبية، ويتم

ذلك من خلال مرحلتي عمل:

أ- المرحلة الأولى:

هي عملية التنشيط "بالأستيل كولين" في وجود جرعة صغيرة، غير أنه إذا أخذ بجرعات كبيرة ، فإنه ينبه أولاً ثم يسد الطريق على إطلاق إشارات الأعصاب المنشطة بالأستيل كولين.

ب- المرحلة الثانية:

يطلق النيكوتين في حالة تنشيطه للأستيل كولين النور أدرينالين في المناطق المحيطة والمركزية، وأن هذا العمل هو المسئول عن الآثار المهيجة التي تدفع المدخن إلى التدخين، وقد ينجم أثر مهيج أيضا عن إطلاق هرمونات الغدة الكظرية، ويعتقد أيضا أن النيكوتين يطلق أيضا بيتا اندروفين والأنكفاليينات التي تحدث أثرا مسكنا. (العمرى، 2010)

4-2- مشكلات الجهاز التنفسي:

يسبب التدخين السعال المزمن وإفراز المخاط والتهابات الصدر ويهبط وظيفة الرئتين، ويؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالتهاب الشعب المزمن الأمنيما أو تمدد الرئتين، وهي حالة تنتج من انفجار حوصلات الرئتين نتيجة للسعال المزمن فيحبس الهواء داخل تجاويف الرئة فيشعر المصاب بصعوبة في الزفير وضيق في التنفس أثناء الراحة والمجهود، ويؤدي تمدد الرئتين إلى فشل القلب على المدى الطويل، وتكثر هذه الحالة بصورة خاصة بين مدخني السجائر أكثر منها بين مدخني الغليون، ويصاب مدخنو السجائر بمضاعفات الجهاز التنفسي بعد العمليات الجراحية أكثر من غير المدخنين، كما أن التدخين يضاعف من شدة نوبات الربو الشعبي في المصابين به وتقل أخطار هذه المضاعفات إذا ألق المدخن.

4-3- السرطان:

يرتبط سرطان الرئة بتدخين السجائر بصورة خاصة وبعدد الذي يستهلكه المدخن وبمحتواها من القطران وبكمية الدخان التي يستنشقها، ويؤدي الإقلاع عن التدخين إلى انخفاض احتمال الإصابة بسرطان الرئة بحيث توازي نسبة الإصابة في غير المدخن بعد 10 سنوات من الإقلاع، حيث لوحظ في دراسة متابعة في بريطانيا أن عدد الأطباء الذين تقل أعمارهم عن 65 سنة والذين أصيبوا بسرطان الرئة أقل من الفئات الأخرى نتيجة الإقلاع عدد كبير منهم عن التدخين. ويسبب التدخين أيضا سرطان الحنجرة والفم والمثانة والكلى والبنكرياس بصورة خاصة عند مدخني السجائر، بينما ترتفع نسبة الإصابة بسرطان الشفتين بين مدخني الغليون. (الدمرداش، 1982، ص 173-174)

4-4- الاضطرابات القلبية:

يعتبر التدخين سببا قويا للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وهو السبب في 30 % من الوفيات في الفئة

العمرية بين 35 إلى 69 سنة وتبلغ نسبة المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ثلاثة أضعاف مقارنة مع غير المدخنين، وإجماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب كارتفاع الكوليسترول يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض الشريان التاجي وارتفاع الضغط الشرياني.

4-5- مشكلات الجهاز الهضمي:

يمكن للتدخين أن يصيب الجهاز الهضمي بأمراض إبتداء من الفم الذي يمكن أن يصاب بالسرطان سواء في الشفتين أو اللسان، كما يمكن أن يؤدي إلى إلتهاب اللثة والغدد اللعابية التي بإمكانها أن تتضخم وتليف، وأيضاً يتسبب في حدوث القرحة المعدية والإثني عشر. (مشاشو، 2011، ص84)

1- تعريف الإدمان:

لغة :

الإدمان مصطلح يشير إلى المداومة على الشيء أو الإعتماد المضطرد عليه. (مدحت محمد أبو النصر، 2008، ص28)

الإدمان كما ذكر في القاموس المحيط أدمن الشيء أو أدامه أصل المادة (دمن) وهي تعطي معنى المداومة وهو المرض الذي يصيب النخل والشجر والإنسان ومن معاني هذه المادة تسوية الأرض وجعلها سطرًا واحدًا ليس فيه حفر وكل هذا يعطي أن مادة (دمن) ومنها أدمن تعني المداومة. (حسين علي خليفة الغول، 2011، ص92)

اصطلاحاً:

الإدمان و يقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو المواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو التعديل تعاطيه وكثيراً ما تظهر عليه الإنسحاب إذا ما إنقطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص 33)

كما يعرف الإدمان بأنه حالة من التسمم المزمن الذي ينتج عن التعاطي المتكرر لعقار ما وهذه الحالة تتميز بالإعتماد النفسي والفيزيائي على مفعول هذا العقار وتوجد معها رغبة عارمة أو اجتياح قهري للإستمرار في تعاطيه والحصول عليه بأي وسيلة كما يوجد أيضاً ميل لزيادة الجرعة مع ظهور تدهور تدريجي في الشخصية وإذا ما توقف عن تعاطي العقار لأي سبب من الأسباب فإن أعراض الإنقطاع سرعان ما تظهر. (حسين علي خليفة الغول، 2011، ص 95)

والإدمان عبارة عن اضطراب سلوكي يظهر تكرر لفعل من قبل الفرد لكي ينهمك بنشاط معين بغض النظر عن العواقب الضارة بصحة الفرد أو حالته العقلية أو حياته الاجتماعية العوامل التي تم اقتراحها كاسباب للإدمان تشمل عوامل وراثية بيولوجية دوائية واجتماعية. (رباب عبد الوهاب العدينات، 2016، ص21)

تعريف منظمة الصحة العالمية:

عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع المادة المسببة للإدمان ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في التعاطي بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره وقد يدمن

المتعاطي على أكثر من مادة. (ناصر محي الدين ملوحي، 2019، ص14)

كما يعرف الإدمان حسب الدليل التشخيصي DSM 5:

بأنه نمط غير قادر على التأقلم من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض والتي تحدث في أي وقت وهي كالآتي:

- الحاجة إلى زيادة بشكل ملحوظ كميات من المواد لتحقيق التسمم أو التأثير المطلوب
- إستمرار استخدام نفس الكمية .

- هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة و في كثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم.

ومنه فالإدمان هو التعاطي المستمر و المتكرر لمادة مسببة للإدمان بحيث يصبح المدمن ملتزم اتجاه تلك المادة وعدم تعاطيها يؤدي به إلى البحث الدائم عنها للشعور بالراحة والاسترخاء على الرغم من أضراره الجانبية، كما يصاحبه عجز تام عن التوقف.

2- مفاهيم مرتبطة بالإدمان:

2-1- المدمن:

من خلال تعريف مفهوم الإدمان يمكن للباحث تعريف المدمن بأنه الشخص الذي يستخدم مادة بشكل قهري يعجز معه عن الإنقطاع أو التعديل في فعل التعاطي حيث يكشف عن اعتماد نفسي أو نفسي و عضوي على هذه المادة كما أنه يظهر ميلا نحو زيادة الجرعة المتعاطاة كما يعاني من مجموعة من الأعراض النفسية والنفسية العضوية عند الإمتناع عن التعاطي أو تقليل الجرعة المتعاطاة. (محمد فتحي محمد، 2011، ص33)

2-2- التعاطي:

ورد على لسان العرب أن التعاطي هو تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله وعلى ذلك تعد كلمة تعاطي ترجمة دقيقة المصطلح الذي يعني تناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي أثارها إلى الأضرار بمتعاطيها.

(زعاف سمية و سي يوسف أم الجيلالي، 2015، ص62)

2-3- التبعية:

تعني حالة الخضوع للمادة المسببة للإدمان وضرورة الإستمرار في العيش تحت تأثيرها فالمدمن هنا يضطر للتدخين لتجنب الأعراض المزعجة التي يسببها فقدان هذه المادة . (سليمان فتيحة، 2011، ص 31)

2-4- التعود:

من خصائصه:

- الرغبة في الإستمرار في تناول العقار لما يسببه من شعور بالراحة.
- عدم زيادة الجرعة.
- تكون قدر معين من الإعتماد النفسي و عدم حدوث الإعتماد العضوي.
- أضرار العقار تنعكس على المدخن فقط ولا تمتد إلى المجتمع.(عادل الدمرداش، 1990، ص188) 2-

5- الإعتماد:

حالة نفسية و أحيانا تكون عضوية كذلك تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائما على عنصر الرغبة القاهرة في أن يستخدم الشخص مادة معينة على أساس مستمر و دوري و ذلك لكي يدرك أثارها النفسية. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص 24)

2-6- التحمل:

يصف هذا المصطلح حالة توقف المسكن عن إعطاء التسكين بنفس الدرجة السابقة و يحصل التحمل عند معظم مرضى الإدمان و بسببه يحتاج المريض إلى زيادة الكمية و يعتبر التحمل من الأعراض الرئيسية للإدمان و الدليل على ذلك أن المرضى الذين يتلقون المسكنات لأسباب علاجية و ليس بسبب الإدمان لا يحتاجون لزيادة جرعة المسكن على العكس من المدمنين على نفس المادة. (رباب عبد الوهاب العدينيات، 2016، ص22)

2-7- اللهفة:

اللهفة عبارة عن رغبة عارمة لمادة أو عقار ذي تاثير نفسي أو مزاجي أو هي الرغبة في الحصول على التأثيرات السمية للعقار النشوية أو الممتعة.

كما يمكن تعريف اللهفة بأنها أعراض البحث عن العقار كمصدر للراحة و المتعة .(حسين علي خليفة الغول، 2011، ص 129)

ومما سبق نستنتج أن هناك الكثير من المفاهيم التي لها علاقة بالإدمان والتي من شأنها أن تساعد في فهم الإدمان بشكل أفضل وما يحيط به من عناصر .

3 - مراحل الإدمان:

إن الطبيعة النفسية للمدمن وكذلك ظروفه الاجتماعية وطبيعة علاقاته وضغوطه البيئية الاجتماعية

والعلاقات الشخصية وكذلك التغيرات الجسدية التي تطرأ على الجسم وكل هذه العوامل المذكورة لها تأثير في سرعة انتقال المدمن وتطوره من مرحلة إدمانية ما إلى مرحلة أخرى أكثر تطورا. (جواد فطير، 2001، ص72)

وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

3-1- مرحلة التحمل :

وهو حاجة المدمن لزيادة لعقار يوما 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 يستتبع أي شيء للوصول إلى العقار كالكذب والغش والتزوير والسرقة وقد ينتهي بارتكاب جريمة.

(سعدي عتيقة، 2015، ص144)

3-2- مرحلة الاعتياد:

وهي الحالة التي يكون فيها تشوق للتدخين بسبب ما يحدثه من شعور بالنشوة و هذا التشوق ليس وراءه قوة مكروهة و يكون ذلك بدافع اجتماعي أو مجاملة الأصدقاء أو تقليدا للآخرين و تكثر هذه الحالات لدى المراهقين و الشباب الذين يندفعون بتأثير الآخرين ومعظم هؤلاء يشعرون بالراحة و النشوة و أن حالتهم النفسية قد تغيرت و أصبحوا أكثر شجاعة و أقل خوفا أو خجلا و أكثر حرية و انطلاقا وهذه كلها تنمي لدى الفرد خبرات سابقة تعزز سلوك التدخين و تكرار التجربة في الظروف نفسها للحصول على الخبرات و المشاعر نفسها. (معمر نواف الهوارنة، 2018، ص14)

3-3- مرحلة الاعتماد:

عرفت هيئة الصحة العالمية 1973 الإعتاد بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائصها الإلحاح للحصول عليها والاتجاه لزيادة التدخين و حدوث أعراض انسحابيه. كما يؤدي إلى استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في التدخين بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره وهناك بعض المواد تسبب إعتادا نفسيا فقط أما العقاقير التي تسبب إعتادا عضويا فهي أيضا تسبب إعتاد نفسي. (مرجع سابق، ص145).

4- النظريات المفسرة للإدمان :

هناك وجهات نظر مختلفة حول تفسير ظاهرة الإدمان فكل باحث ينظر إلى الظاهرة من وجهة نظر خاصة بمجال اختصاصه.

4-1- النظرية البيولوجية:

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. لازالت الدراسات تتأرجح حول تأكيد العوامل الوراثية في حالات الإدمان من عدم وجودها و نعني بالوراثة إنتقال بعض السمات و الخصائص من الأباء و الأجداد إلى الأبناء عن طريق الجينات و مثال ذلك أن الفرد المدمن له أباء مدمنين وأن سمة الإدمان اكتسبها من والديه الأم أو الأب أو كلاهما (إلا أن البحوث العلمية تؤكد أن الإدمان سلوك مكتسب ومتعلم و هو سلوك مرضي سلبي و شاذ إذا الظروف الاجتماعية و البيئية المحيطة بالفرد هي المسؤولة عن إدمان الفرد وهناك بعض البيئات التي ينحدر منها الأفراد المدمنين كالأسرة الفقيرة و المنهارة و المتفككة التي يسودها الصراعات و الحرمان العاطفي .

حسب عادل صادق عام 1986 يقول أن هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين الآلام وتعرف باسم الاندروفينات والانكفاليينات أي هناك أفيون داخليا يفرز من مخ الإنسان لتسكين الآلام ومعنى ذلك أن مادتي الاندروفينات والانكفاليينات تساعد على التخفيف من الآلام الجسمية تهدئتها يضيف عادل صادق أن مدمن الأفيون كان له خط قليل في أفيون المخ فيلجا إلى الأفيون الشجرة فحسب هذا التفسير فإن المدمن على الأفيون يلجا إلى تعاطيه قصد تعويض الاندروفينات والانكفاليينات التي تفرز من المخ والمسؤولة عن تسكين الآلام. (سليمانى فتيحة، 2011، ص 39 40)

4-2- 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 الانسان فإذا شعر شخص بالقلق والتوتر دخن سيجارة ليشعر بالهدوء والسكينة ومع استمرار التدخين يصبح الشخص متعود على هذه المادة لتخفيف آثار الإمتناع 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 الإتجاه 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 وفي ذلك

تعزيز سلبي. إضافة إلى ذلك فإن المثيرات الاجتماعية التي ترتبط به هي الأخرى تكتسب خصائص تعزيزية لأنها تقترن بالمثيرات التعزيزية. (سعيد عتيقة، 2015، ص 148-149)

ومن الطرق السلوكية المستخدمة في معالجة الإدمان طريقة خفض حالة الطوارئ والتدريب على الإدارة الوالدية يشتمل أسلوب إدارة الطوارئ على تعليم الأسرة كيفية التعرف على المشكلات السلوكية والتحكم في التغييرات التي تؤدي إلى حدوثها وتقليل الطلبات أو الأوامر السلبية والتدعيم المنظم للسلوك المرغوب والعمل على تجاهل السلوك السلبي غير المرغوب فيه. وبشكل محدد فإن خفض حالة الطوارئ هو بمثابة تعاقد سلوكي يهدف إلى تعليم الاسر كيفية وضع عقود سلوكية محددة ويتم دعم النتائج التي يتم الحصول عليها من قبل كل أعضاء الأسرة كما تركز مهارات الاتصال على خفض وإزالة التفاعلات الاسرية السلبية والإلزامية وتعتبر الطرق السلوكية والسلوكية المعرفية فعالة في معالجة حالات الإدمان. (محمد المشابقة، 2007، ص 62_63)

4-3- نظرية التحليل النفسي:

يعتمد التفسير السيكودينامي للإدمان على أنه سلوك نكوصي أدت إليه الصراعات اللاشعورية الليبيدية، حيث تم التثبيت في المرحلة الفمية . فالإدمان في رأي فرويد هو بديل للشبقية الطفلية الذاتية النكوصية، التي خبرت بداية باعتبارها سارة ثم غيرسارة، وهي الدائرة لمعظم الأشكال الإدمانية. وفي هذه الدائرة تصبح الرغبة في اللذة مشبعة، ولكن فقط بمصاحبة الذنب، وانخفاض تقدير الذات، وتنتج هذه المشاعر قلقاً غير محتمل يؤدي بدوره إلى تكرار السلوك. (نوبيات قدور، 2006، ص 66-67)

حيث تقوم نظرية التحليل النفسي على أساسين: يمثل الأساس الأول صراعات نفسية تعود إلى الحاجة للأمن والحاجة إلى آليات الذات والحاجة إلى الإشباع النرجسي الجنسي، وعليه في حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات فإنه يلجأ إلى التدخين ، ويمثل الأساس الثاني في الأثار الكيمائية للسجائر، وتفسر النظرية ظاهرة الإدمان في ضوء الإضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة التي لا يتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى. (خليف مكي، 2016، ص 49-50)

4-4- النظرية الاجتماعية:

اتفق أغلب علماء الاجتماع على أن الإدمان انحراف اجتماعي، فالإدمان سلوك انحرافي وآفة خطيرة تضر المدمن واسرته ومجتمعه.

ويقول بعض الدارسين أن رغبة الإنسان في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم تدفعه إلى تحقيق هذه الرغبة

بكل الطرق، وحسب هؤلاء الدارسين فإن المدمنين يلجأون لذلك لتحقيق رغباتهم، وعليه فإن التدخين من الطرق والأساليب المحققة للإشباع والمعوضة للحرمان والنقص.

وتتظر هذه النظرية إلى الإدمان على أنه وسيلة دفاع أو وسيلة هروب من المواقف الخارجية التي لا تحتمل. من هنا نرى أن كل نظرية من النظريات المفسرة للإدمان حاولت التعرف على السبب أو الخلل الذي يؤدي بالفرد إلى الإدمان، حيث ظهرت بعض الأسباب البيولوجية التي تؤدي إلى ذلك كما أن كل من الدوافع النفسية والبيئية تلعب دورا مهما في التسبب بالإدمان. (سليمانى فتيحة، 2011، ص 43)

5- أسباب الإدمان :

- أسباب متعلقة بالمدخن نفسه:

- الأسباب الوراثية: يعتقد الباحثون في هذا المجال أن هناك علاقة بين إدمان الأولياء ووقوع أبنائهم في الإدمان، ويؤيدون وجهة النظر هذه بدراسات عديدة غير أنه لحد الآن لا توجد أدلة قاطعة ونهائية تثبت هذا الرأي. (نوبيات قدور، 2006، ص71)

- شخصية المدخن: يرى علماء النفس أن التدخين قد يكون بديلا لتفادي الحرمان والإحباط وانه نشاط تعويض لإعادة التوازن بين القصور والعجز من جهة والعمل والإنجاز من جهة أخرى.

إن هذه المميزات النفسية التي تدفع الشخص إلى التدخين بحثا عن التوازن النفسي، أكدتها العديد من الدراسات منها (دراسة وين) التي هدفت إلى التعرف على سمة الشخصية الإدمانية وصنفتها إلى

- غير ناضج: أي عاجز عن إقامة علاقات هادفة مع الآخرين، لا يستطيع الاعتماد على نفسه.

- المتفاني في ذاته: أي لا يستطيع اشباع رغباته، ويرغب في اشباعها بسرعة.

- المضطهد لذاته: قلق، سريع الغضب، يلجأ للتدخين لتخفيف قلقه. -

- الشخصية الإكتئابية: وهي شخصية قلقة متوترة. (خليف مكي، 2016، ص 47)

- أسباب متعلقة بالمادة التي يدخنها:

- التوافر: ذكر توفر السجائر كعامل هام في التورط في الإدمان، وبعض الدراسات تقدم وصفا حيا للتجربة في العملية التي يؤدي فيها توفر السجائر إلى تدخينها. (زمار هارون الرشيد، 2017، ص63)

- القواعد والقوانين: إلى جانب عامل الوفرة، يقوم عامل اخر لا يمكن اغفاله هو عامل القوانين والقواعد المعمول بها في المجتمع. وقد لجأت معظم حكومات العالم، في فترات تاريخية مختلفة إلى استخدام الية القانون

للتأثير في الحد من معدلات انتشاره والكيفية التي يتم بها تأثير القانون في هذا الصدد. (مصطفى سوبف، 1996، ص 83)

- نظرة المجتمع للتدخين: تختلف نظرة المجتمعات للمواد التي يتعاطاها الناس فالخمر والتدخين مقبولان اجتماعيا في بعض المجتمعات، والحشيش وعقاقير الهلوسة مرفوضان في نفس الوقت. والسبب في هذا التناقض يعود لثلاثة عوامل:

- تأصل المادة: كلما كان استعمال المادة متأصلا في المجتمع ازداد تقبله لها.

- تأخر ظهور الأضرار والوفاة بسبب الاستعمال: فالتدخين لا تظهر اضراره الا بعد 10 سنوات تقريبا وقد تصيب الأضرار فئة قليلة من المدخنين لذلك يغض المجتمع النظر عن التدخين.

- ظروف اقتصادية: مثل توفر المادة ورخص ثمنها ولا سيما أن التدخين لا يتعارض مع قيم المجتمع فالتدخين وشرب القهوة لرخص أسعارها وتوفرهما مقبولان أكثر من الخمر والخمر بدورها مقبولة أكثر من الأفيون وهكذا. ومع ذلك فإننا لا نستطيع بأي حال من الأحوال أن نصنف مثل هذه المواد (الدخان والقهوة) مع الخمر أو المخدرات أو أن نقول أن لها مضاعفات أو اثارا شبيهة. (عادل الدمرداش، 1990، ص 29)

مما سبق نستخلص أن أسباب التدخين لا تقتصر فقط على مجرد الرغبة في تجربة شعور جديد، بل هناك الكثير من الأسباب التي تدفع الفرد إلى الإدمان، نجد منها الأسباب الجسدية وأيضا الأسباب النفسية وأخيرا الأسباب الاجتماعية.

6- أنواع المدمنين:

6-1- المجرب: وهو الذي يتناول المادة على سبيل التجريب مرة واحدة او حتى أكثر من مرة ولكنه لا يواصل تناولها.

6-2- 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

6-3- الشخصية السوية: التي تنزلق بخطأ غير مقصود للتدخين.

- الشخصية التي تعاني من اضطرابات نفسية.

- الشخصية التي تعاني من اضطرابات عقلية.

6-4- الشخصية الاجرامية: هي الشخصية السيكوباتية وهي الشخصية التي لديها بصيرة بنتائج أعمالها ولكن يدخن بمجرد فكرة تجول في خاطره. (محمد فتحي حماد، 2004، ص 45-46)

وبالتالي يختلف المدمنون باختلاف شخصيتهم ، حيث يوجد من يدخن من أجل التجريب فقط، بينما نجد من يدخن بصفة مستمرة ودورية، كما نجد أن هناك من يدخن بسبب اضطرابات في الشخصية.

7 - علاج الإدمان:

7-1- العلاج الدوائي:

هو علاج طبي والعلاج بالأدوية يساعد جسد المدمن على القيام بدوره الطبيعي والتخفيف من الآلام مع تعويضه عن السوائل المفقودة. وتختلف الادوية المستخدمة باختلاف نوع المسببة للإدمان (زغاف سمية ويوسف ام الجيلالي، 2015، ص70)

7-2- العلاج النفسي :

تتظر مدرسة التحليل النفسي على انه مع عدم اغفال الخصائص الكيميائية للعقار واثاره فان مشكلة الإدمان لا تكمن في العقار ولكن في الشخص المدمن وفي بنيته الشخصية أو بنائه النفسي ومستوى النضج الذي وصل اليه لان هذا المستوى هو الذي يحدد أساليب توافقه في الحياة وأساليب تفاعله مع الاخرين في المجتمع. (حركات بسمة، 2014، ص63)

وتتحدد أهداف العلاج النفسي للإدمان كما يلي:

- اعادة ثقة المدمن في نفسه و إعادة الاعتبار إلى شخصيته.
- محاولة تغيير سلوك المدمن شيئاً فشيئاً.
- محاولة دفع المدمن إلى تغيير نظرتة للحياة و المجتمع المحيط.
- مساعدة المدمن على استعادة ارادته وجعله يقرر مصيره بنفسه وكل القرارات والمسؤوليات التي تخصه هو شخصيا او تلك التي تخص محيطه القريب.
- جعل المدمن يغير الاتجاه والرأي نحو المادة التي يستخدمها وذلك بإعطائه المعلومات الصحيحة والدقيقة عن الآثار و النتائج المأساوية للإدمان. (حسين علي خليفة الغول، 2011، ص207)

7-3- العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي المعتمد على الاسترخاء من أفضل طرق العلاج حيث انه في العلاج السلوكي لحالات الإدمان يدرّب المريض على الاسترخاء والتخلص من التوتر الناتج عن التوقف عن الإدمان ، إن هذا الاسترخاء يعوض الاسترخاء الذي تجلبه المادة المسببة للإدمان ويزيل عنه القلق والشعور بالتوتر. (سليمانى فتيحة، 2011، ص47)

كما أن الطرق السلوكية المختلفة لا تقدم فقط العون و المساعدة للمدمنين لكي يقلعوا عن ادمانهم وشفائهم منه ولكنها أيضا تضعف إلى حد كبير منطقتهم و تفكيرهم اللعقلاني غير الصحيح و ما يصاحب عادة مثل هذا التفكير الخاطئ من انفعالات و عواطف منافية. (محمد حمدي حجار، 1992، ص 201)

7-4- العلاج العقلاني الانفعالي (ألبرت اليس):

ويركز هذا العلاج على تشجيع المدمن على أن يركز على تغيير ادراكه الخاطئ لنفسه وللبيئة. ويرى صاحب هذا العلاج أن الأشخاص والاحداث لا تسبب الاضطراب في حد ذاتها وانما العامل الأساسي في الاضطراب هو كيفية إدراك الشخص للموقف.

7-5- علاج الدعم وعلاج إعادة البناء :

يهدف هذا العلاج إلى تدعيم شخصية المدمن من خلال العمل على تحقيق الأغراض وحل المشاكل النفسية التي تواجهه عن طريق تغيير ظروفه، اما علاج إعادة البناء فيهدف إلى تعديل شخصية المدمن وتغيير طريقة تفكيره واتجاهاته وسلوكياته ومن ثم إعادة الثقة بنفسه وبناء شخصه. (خثير فاطمة، 2012، ص 57)

7-6- العلاج الاجتماعي:

يبدأ العلاج الاجتماعي عادة عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي، لان التخلص من الاعتماد الفسيولوجي على المادة المسببة للإدمان او التوقف عنها، لا يعني بالضرورة الشفاء التام ، فالعلاج الاجتماعي يعني التكفل بالفرد المدمن.

يركز هذا العلاج على السياق الاجتماعي الذي يوجد فيه الفرد، لما له من أهمية من ابتعاد او اقتراب الفرد من الإدمان ، فتعزيز مشاركة الفرد في النشاطات التطوعية والاجتماعية، تزيد من اندماجه الاجتماعي وتزيد من ايمانه بقيم المجتمع الذي يعيش فيه، وتبعده عن الانحراف لأن ذلك يهدد مصالح الفرد نفسه.

كما أن تكوين نظام معتقدات اجتماعي ثقافي وديني، يحمي الأفراد من الوقوع في دائرة الانحراف ويجنبهم الإدمان . (عادل الدمرداش، 1990، ص 77)

7-7- العلاج في الجماعة :

إن مجموعات المراهقين والشباب ومجموعات الاهل تسهل فهم التصرفات الإدمانية و الصعوبات النفسانية و المشاكل بين الأشخاص المرتبطة بها و ذلك بتمكين الاستفادة من الدعم الجماعي و خبرة القداماء وتخفيض مواقف الرفض والاسقاط من خلال المواجهة مع الجماعة ، الادراك الاسهل عند الاخرين لما نرفض رؤيته في ذاتنا.

- إن العلاجات في الجماعة هي الركيزة الأكثر تكيفا مع اجراءات الصراع المباشر ضد التصرفات الإدمانية ومع نمو المهارات الاجتماعية في الاتصال و في حل المشاكل بين الأشخاص. (فؤاد شاهين، 2001، ص 103)

7-8- الوقاية من الإدمان:

قد يتفق الجميع على ان الوقاية خير من العلاج وان الوقاية من حدوث أية مشكلة انما يجب أن تكون سابقة لعلاج هذه المشكلة، فكلما كانت هناك وقاية قائمة على الوجه الصحيح كلما قلت الجهود المبذولة نحو العلاج. لذا فان التركيز الأول يجب ان يكون منصبا على وسائل الوقاية من التدخين. (زعاف سمية وسي يوسف أم الجبلاي، 2015، ص70)

إن الوقاية من وقوع الأفراد في الإدمان أفضل من العلاج، وبالتالي يجب القيام باستراتيجيات مختلفة كالتوعية داخل المدارس في كل الاطوار حول الآثار الضارة للتدخين، أيضا فرض عقوبات قاسية على الشركات المنتجة، كما يجب على السلطات ان تحارب انتشار هذه الظاهرة والقضاء عليها، كما يمكن للأسرة أن تساعد من خلال توعية أفرادها بسلبيات هذه الظاهرة وتدعيمهم وتشجيعهم على تقدير ذاتهم .

خاتمة:

التدخين من أقدم عادات الإنسان وأكثرها انتشارا. وقد حاولت الحكومات الحد من استهلاكه بفرض الضرائب العالية على التبغ ولكن خسارة المال والعلم بأضرار التدخين لم يردع الناس عن ممارسته، ويتضح من ذلك أن الرغبة في التدخين جامعة وقاهرة ومن هنا نستنتج أن التبغ مثل القهوة والخمر ترضي رغبات فعلية عند الكثير من الناس، فلذة التدخين قد تنتج من الهدوء الذي تسببه عملية وضع سيجارة أو غليون في الفم ومن الطقوس التي يمارسها المدخن مثل اختيار نوع الدخان وإشعال السيجارة ورؤية وشم الدخان نفسه، ولكن الأرجح أن مادة النيكوتين هي السبب الرئيسي في الإقبال على التدخين. فأعراض الإقلاع عن التدخين المزعجة تزول بمجرد حقن الشخص بالنيكوتين. ويحدث نفس الشيء لو قام المدخن بمضغ أوراق التبغ واستنشاق السعوط، ومما يثبت أن الإنسان يتوق إلى تعاطي النيكوتين أو مادة مشابهة له ولا يتوق إلى التبغ في حد ذاته أن أهال أستراليا تعودوا منذ زمن بعيد على مضغ أوراق نبات البيتوري Pituri التي تحتوي على مادة النورنيكوتين. وليس لهذا النبات أي علاقة بنبات التبغ. (عادل الدمرداش ، 1982 ، ص175)

الفصل الثالث

قلق الموت

تمهيد

1- تعريف القلق

2- أعراض القلق

3- أنواع القلق

4- مستويات القلق

5- أسباب القلق

6- القلق حالة والقلق سمة

7- النظريات المفسرة للقلق

8- علاج القلق

تعريف قلق الموت

2- أعراض قلق الموت

3- أشكال قلق الموت

4- أسباب قلق الموت

5- مواقف الفرد المميزة والمتناقضة اتجاه الموت

6- مكونات قلق الموت

7- النظريات المفسرة لقلق الموت

خلاصة

1- القلق

يعد القلق من أبرز الاضطرابات التي عانى منها الإنسان منذ القدم نتيجة الجوع والمرض والعبودية والحرمان والحروب، وازداد انتشار هذا الاضطراب بمرور السنين وأصبح أكثرها شيوعاً بسبب ما نواجهه من تعقد حضاري وتغيرات اجتماعية وتطلعات إيديولوجية، وكثرة الصراعات وتعددتها ويعتبر قلق الموت من أنواع القلق العام، والخوف من الموت يعتبر أمر شائع وعام لدى البشر، ورغم أن القلق حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف من الموت إلا أنه حقيقة ثابتة لا يمكن أن يرفضها العقل.

1- تعريف القلق:

- حامد زهران : القلق هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطير فعلي أو رمزي قد يحدث يصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وعضوية.
- هورني : القلق هو استجابة انفعالية لخطر يكون موجهاً إلى مكونات الأساسية الشخصية. (محمد قاسم عبد الله: 2004، ص 169)
- أرون بيك: القلق هو انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقرير لخطر محتمل.
- معجم أكسفورد : القلق هو إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل. (عبد اللطيف حسين فرج: 2009، ص 127 128)
- القلق عبارة عن ردة فعل على الخطر الناجم عن فقدان أو فشل الواقعي أو التصور المهم لفرد حيث يشعر بالتهديد جراء فقدان أو الفشل (سامر جميل رضوان: 2000، ص 266).
- يعرف فيصل خير الزراد القلق: بأنه شعور غير سار بالتوقع والخوف والتحفيز وتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، ومن قلق الموت هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعد أو الضيق في والتنفس، والشعور بضربات القلب، والصداع وشعور بالدوار ولإعياء وكثرة الحركة أحياناً (عبد اللطيف حسين فرج: 2009، ص 128).
- هو حالة عاطفية مؤلمة، أو شعور مؤلم من توقعات خطر غامض يرتبط بأعراض جسدية مثل: خفقان القلب، احمرار الوجه، التعرق، كما قد يكون طبيعي وقد يكون مرضي. (Nubukrpo,2006, p34 , Philippe)

- هو حالة خوف من شئٍ خطير أو مخيف، مع محاولة إيجاد حل لهذا الخوف.

(Romald J.comer,2009,p118)

- القلق هو انفعال مؤلم مؤسف ومحزن وموجع يسبب الكرب ولألم ولأسى والمضايقة، وقد ينظر للقلق على أنه مرض نفسي وفي الغالب ما يكون هذا المرض وظيفيا بمعنى أنه لا يرجع إلى أسباب عضوية إنما يرجع إلى أسباب نفسية وأزمات اجتماعية (عبد الرحمن محمد العيسوي: 2001، ص70)

2- أعراض القلق :

ويمكن تقسيم هذه الأعراض إلى أعراض نفسية وأعراض جسمية.

2-1- الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع
- الاكتئاب وضعف الأعصاب
- الانفعال الزائد
- عدم القدرة على الإدراك والتمييز
- نسيان الأشياء
- اختلاط التفكير
- زيادة الميل إلى العدوان (فاروق السيد عثمان: 2001، ص 30).

2-2- الأعراض الجسمية:

- برودة الأطراف وتصبب العرق
- اضطراب خفقان القلب
- اضطراب التنفس
- اضطراب المعدة والأمعاء ودوار
- حالات التعب والإعياء
- قلة النوم، والأوجاع البدنية المختلفة كالصداع والألم الظهر والمفاصل (سيجموند فروبيده، ترجمة عثمان نجاتي: 1989، ص13).

3- أنواع القلق:

3-1- القلق الموضوعي العادي: هو قلق عام يمر بيه كل الناس في حياتهم اليومية وفيه يكون الخوف

خارجيا، كخوف التاجر من الإفلاس أو قلقنا على شخص مصاب بمرض خطير أو قلق الطالب قبل الامتحان، هنا يكون مصدر الخطر خارجيا ويكون للخوف ما يبرره. (أحمد عزت راجح: 1968، ص 493).

3-2- القلق العصابي:

هو خوف غامض غير مفهوم لا يستطيع الشخص أن يشعر بيه أو يعرف سببه ، فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي، ويتضح من هذا التعريف أن مصدر القلق العصابي يكمن داخل الشخص فيخاف الفرد أن تغرقه وتسيطر عليه نزعة غريزية لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها وقد تدفعه ليقوم بعمل أو يفكر في أمر قد يعود عليه بالأذى (عطا الله فؤاد الخالدي، دلال سعد الدين العلمي: 2009 ص 78).

4- مستويات القلق:

هناك ثلاث مستويات للقلق هي:

4-1- مستوى القلق المنخفض:

يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علامة إنذار الخطر وشك الوقوع (عبد الحميد محمد شاذلي: 2001، ص 115).

4-2- المستوى المتوسط:

يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولى الجمود على استجابات الفرد في مواقف مختلفة ويحتاج الفرد إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

4-3- المستوى القلق العالي:

هذا المستوى يؤثر على التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية ولا يستطيع تميز المنبهات الضارة وغير ضارة ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك التشويشي (منى عبد الحليم: 2009، ص 34)

5- أسباب القلق:

تعددت أسباب القلق، ومن أهمها:

5-1- الإستعداد الوراثي:

في بعض الحالات وقد تخطت العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.

5-2- الاستعداد النفسي:

الضعف النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، و التوتر النفسي الشديد والأزمات أو المتاعب والخسائر المفاجئة والصدمات النفسية مثل الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا أو زواجيا والحلول الخاطئة وكثرة الحرمانات الثقافية.

5-3- مواقف الحياة الضاغطة:

مطالب و مصالح المدنية المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم والحرمان عدم الأمان، واضطراب الجو الأسري والوالدان العصبيان القلقان.

5-4- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخوخة:

الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.

5-5- التعرض لحوادث وخبرات حادة:

الحوادث الاقتصادية أو عاطفية أو تربية، وخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي والمرض (عبد الحميد محمد شاذلي: 2000، ص116).

6- القلق حالة والقلق سمة:

إن هناك وجهة نظر أخرى تسمى "نظرية القلق حالة سمة" والتي تميز بين نوعين من القلق هما: "القلق حالة" ويشير إلى القلق كحالة انفعالية طارئة وقتية في حياة الإنسان تتذبذب من وقت لآخر وتزول بزوال المثيرات التي يتبعها، وهي حالة داخلية تتسم بمشاعر التوتر والخطر المدركة شعوريا والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي فتظهر علامات القلق حالة وتختلف هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت.

أما النوع الثاني: فأطلق عليه "القلق سمة" ويشير إلى القلق كسمة ثابت نسبيا للشخصية، وتشير هذه النظرية إلى الاختلافات الفردية في قابلية الإصابة بالقلق والتي ترجع للاختلافات الموجودة بين الأفراد في استخدام الاستجابة في المواقف المدركة كمواقف تهديديه بارتفاع مستوى القلق وما اكتسبه كل فرد من طفولته من خبرات سابقة، كما تميز هذه النظرية أيضا بين حالات القلق المختلفة والظروف البيئية الضاغطة التي تؤدي إلى هذه

الحالات و مكانيزات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة: 2007، ص 256).

7- النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك لتعداد المدارس النفسية والتي كانت تجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس، وفيما يلي تعداد بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق:

7-1- نظرية التحليل النفسي:

كان فرويده من أكثر علماء النفس استخدموا المصطلح القلق، وينظر فرويده إلى القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يهدد الشخصية أو يكرر صفوها على الأقل، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع والأفكار غير مقبولة والتي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا على كبتها بل تجاهد مرة أخرى في مجال الشعور وتقترب من منطقة الشعور والوعي وتوشك أن تتجح في اختراق الدفاعات وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى الكابتة ممثلة في الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيداً من القوى الدفاعية لتحول دون مكبوتات والنجاح في الإفلات من اسر اللاشعور، وعلى أية حال فإن المكبوتات إذا

كانت قوية فإن لهذه القوة أثر سلبي على الصحة النفسية لأنها إما إن تتجح في اختراق الدفاعات والتعبير عن نفسها في سلوك لا سوي أو عصابي، أو أن تنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهياً للقلق المزمن المرهق، الذي هو من صور الصعاب. (صبره محمد على، محمد عبد الغني شريت: 2004، ص 93).

7-2- النظرية السلوكية:

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالاً على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي، ويركز الأوائل من السلوكيون من أمثال واطسون Watson على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي و بالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق و يصبح الخوف من المؤثر الشرطي دفعا مكتسبا (عبد اللطيف حسين فرج: 2009، ص 153).

فالسلوكيون لا يركزون على الصراعات الداخلية كما يفعل التحليليين، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الآلي ويصبح هذا المثير قادر على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير هذا الشعور، وعندما يبني الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور

المثير الشرطي ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المهم الذي هو القلق (صبره محمد علي، اشرف محمد عبد الغني شريت: 2004، ص 93، 94).

7-3- النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي ركيزة قوية في علم النفس المعاصر، حيث أثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة، حيث يرى "بيك Beck" أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر.

وهذا يؤدي لتعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يؤدي إلى إدراك أي مثير أو موقف كمهدد، فانتباه المريض يبدو مرتبطاً بتصورات أو مفهوم الخطر مع انشغال البال الدائم بالمثيرات الخطيرة، وبسبب توقف معظم انتباه المريض على المفاهيم أو المثيرات المتصلة بالخطر، فإنه يفقد الكثير من القدرة على أن ينقل فكرة إلى عمليات أخرى داخلية أو مثيرات أخرى خارجية، فموضوع الخطر مبالغ فيه مع الميل إلى تصوير المآسي ولأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية (عبد اللطيف حسين فرح: 2009 ص 141، 142).

8 - علاج القلق:

القلق أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج ومن طرق العلاج ما يلي:

8-1- العلاج النفسي:

يهدف إلى تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس وإيحاء وإقناع والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المواقف المرضية والشعور بالأمن النفسي (حامد عبد السلام زهران: 2005، ص 488).

ويقوم العلاج النفسي بالتبصير المريض بحالته بعد الاستماع إليه، وربط أعراضه بأسبابها من حياته الخاصة، سواء كانت هذه الأسباب ضغوطات خارجية حالية أو من ماضيه (عبد المنعم حنفي: 2005، ص 189).

8-2- الإرشاد النفسي:

ويشمل الإرشاد العلاجي والإرشاد الزواجي وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها.

8-3- العلاج البيئي:

أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل: تغيير العمل تخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والتسلية والعلاج بالموسيقى والعلاج بالعمل (حامد عبد السلام زهران : 2005، ص 488).

8-4- العلاج الكيميائي:

له أثر فعال في علاج القلق ومن أمثلة الأدوية التي تفيد هذه الحالات مجموعة الأدوية الآتية:

- الفاليوم

- الأتيفان

- التراتكسين

- مضادات الاكتئاب.

ويستخدم هذا العلاج في حالات القلق الشديد المزمن (طارق كمال: 2005، ص 59، 60).

8-5- العلاج الكهربائي:

لا يستخدم إلا في حالات القلق التي يصاحبها أعراض اكتئابية شديدة، ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات التي تصل بين قشرة المخ والهيبتوتلامس.

8-6- العلاج السلوكي:

ويستخدم في حالات الخوف المرضي العصابي ويعتمد على التخلص من الفعل المرضي وتكوين فعل سوي وذلك بأن يمرن المريض على الاسترخاء ثم تعرض عليه منبهات أقل من أن تصدر قلقاً أو تسبب ألماً ثم زيادة المنبه بالتدريج حتى يستطيع المريض مواجهة مواقف الخوف وبذلك يتحقق له الشفاء.

8-7- العلاج بالجراحة:

يستخدم في الحالات التي لا تشفي بالوسائل العلاجية السابقة ويعتمد على قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهي والتلاموس (مجدي أحمد محمد عبد الله: 2006، ص 156).

1- تعريف قلق الموت:

- هوتلر: هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور ولانشغال المعتمد على التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة.
- ديكستين: هو التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة.
- (عادل شكري محمد كريم: 2006، ص 27).
- إرنست بيكر: يرى أن مشكلات التكيف والإضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعاً في إطار واحد وهو الخوف من الموت.
- ألفريد أدلر: يرى أن المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت
- شنالي هول: يرى أنه نوع من الفوبيا أطلق عليه مخافة الموت (فاروق السيد عثمان: 2001، ص 74).
- تلمبر: حالة انفعالية غير سارة يجعل بها تأمل الفرد في وفاته هو.
- أحمد محمد عبد الخالق: ينظر إلى قلق الموت على أنه نوع من القلق العام الغير هائم أو الطليق والذي يركز حول موضوعات متصلة بالموت الاحتضار لدى الشخص أو ذويه (أحمد محمد عبد الخالق: 1987، ص 38).
- هو حالة انفعالية سلبية مضايقة تنتاب الفرد عند التفكير في الموت أو التأمل في حقيقته أو توقعه ويعجل بذلك مثل المرض أو فراق عزيز بالموت أو بالإشراف عليه (عادل شكري محمد كريم: 2006، ص 27).

2- أعراض قلق الموت:

هناك أعراض لقلق الموت منها ما هي بدنية وماهية نفسية

1-2- الأعراض البدنية:

- التوتر الزائد
- الأحلام المزعجة
- سرعة النبض أثناء الراحة
- فقد السيطرة على الذات
- نوبات العرق
- غثيان و اضطراب المعدة
- ترميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين

2-2- الأعراض النفسية:

- نوبات من الهلع التلقائي
- الاكتئاب
- الانفعال الزائد
- عدم القدرة على التمييز
- اختلاط التفكير
- زيادة الميل للعدوان
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب الشعور بالموت الذي قد يصل لدرجة الفزع (شبهة الكاملة: 2018، ص 29).

3- أشكال قلق الموت:

- **القلق الإستلابي:** الذي يجعل الإنسان ينشط لمكافحة هذا الخطر الذي يهدد بقاءه فيحاول الهروب أو المواجهة، وتأخذ ردود فعله أشكالا عقلية أو فيزيولوجية.
- **قلق الموت الوجودي:** هو من أقوى أشكال قلق الموت، ويشمل الخوف من الفناء الشخصي النهائي، وهذا الشكل يعمل بشكل لا شعوري وينشط أفكار واسعة ومتنوعة، بالإضافة إلى سلوكيات التي تكون مصممة بشكل لا شعوري الإنكار الموت.
- **قلق الموت المفترس:** يظهر هذا الشكل عندما يؤدي الفرد الآخرين جسديا أو عقليا ويحصل رد فعل الأساسي من هذا النوع من القلق بمجرد إحساس الفرد بالذنب بصورة شعورية أولا شعورية، ويحفز مجموعة من القرارات العقابية لمرتكب الأذى للآخرين عادة ما تكون على شكل إذاء النفس أو الانتحار (محمد محمد صابر العمر، على نحيلي: 2016، ص 48).

4- أسباب قلق الموت:

- تعددت العوامل التي تدفع للقلق من الموت فلكل إنسان عامل خاص به، حيث يرجع "مسكويه" فيرجع قلق وخوف الإنسان من الموت:
- يظن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.
- يعتقد عقوبة تحل بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.

- يظن أن بدنه إذا إنحل وبطل تركيبه فقد أنحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور.
- يظن أن العالم سيبقى موجود وليس هو فيه (أحمد محمد عبد الخالق: 1987، ص 91)
- أما "بيكر وبرونر" يرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:|
- كراهية الجثة وغرابتها.
- العدوى الاجتماعية للحزن.
- الاشمئزاز الحضاري.
- الخوف من الصدمة.
- أما شرلتز" يرجع قلق الموت إلى الأسباب الآتية:
- الخوف من المعانات البدنية والآلام عند الاحتضار.
- من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.
- الخوف من التوقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.
- الخوف من تأثيرات الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العتاب الإلهي.
- الخوف من العدم.
- أما "ماسرمان" يرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:
- المرض .
- الحوادث.
- الكوارث (أحمد محمد عبد الخالق: 1987، ص 191، 193).

5- مواقف الفرد المميزة والمتناقضة اتجاه الموت:

يصنف " أديت تايلور" بعض هذه المواقف ب:

- **الخوف:** وجد الخوف مع وجود الوعي بالموت، وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت واعتباره ظاهرة اجتماعية غير أن هذا الخوف المبرر هو الطبيعي ايجابي ومثير لرغبة في الحياة في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا يؤدي إلى حالات حصر حادة.
- **القلق:** إن الموت باعتباره موضوعا حصريا يحدث عند الإنسان، ويتعلق بمصيره السلبي ويرى "فرويد" أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع صدها، والقلق هنا يأتي من إدراك الفرد بقرب نهايته من

هذه النهاية للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، هذا الأخير يؤدي إلى انتظار يأس للموت ويزداد تأكيد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين.

- **الربط بين القلق والموت:** إن الموت باعتباره نهاية للحياة، يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه، إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها مثل: الانتحار، الرفض المرضي للموت. فكل هذه التظاهرات كما يقول "مالاشيران" بتكرر قلق الموت عند الإنسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو شيء المجهول عند الموت (جملة سعاد: 2015، ص28)

6 - مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاك شوورن" مكونات ثلاثة للخوف هي:

- الخوف من الاحتضار.
- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كفانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت،

وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

- عملية الاحتضار.
- الموت الشخصي.
- فكرة الحياة الأخرى.
- النسمة السحيقية أو المطبقة التي ترفرف فوق المحتضر.

أما البتفون" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:

- التحلل أو النسخ.
- الركود أو التوقف.
- الانفصال.

كما ميز "كونت وزملائه" بين أربعة أبعاد مستقلة في قلق الموت وهي الخوف من :

- المجهول المعانات.
- الوحدة

- التلاشي الشخصي (أحمد محمد عبد الخالق: 1987، ص 47، 45).

7- النظريات المفسرة لقلق الموت:

7-1- النظرية العضوية البيولوجية:

عرف "بيشا" الحياة أنها مجموعة الوظائف التي تقاوم الموت ويرى "كلورد بيرنارد" أن الحياة هي الموت مفسرا ذلك أنه إن أردنا أن نقول إن جميع الوظائف الحيوية هي بالضرورة نتيجة لعملية الاحتراق العضوي، وحديثا حاول بعض علماء الأحياء تقدير العمر التقريبي للوفاة وهناك ثلاثة حقائق أساسية في هذا المجال وهي:

- شرايين الإنسان تحدد العمر.

- كلما زاد محيط البطن بالنسبة إلى محيط الصدر فغالبا ما ينخفض العمر المتوقع ما لم تؤثر عوامل أخرى كأمراض معينة.

- إن الموت ليس إفلاس القلب بل هو توقف المخ (أحمد محمد عبد الخالق: 1987، ص15)

7-2- نظرية التحليل النفسي:

نجد أن "فرويد" من بين المهتمين بفكرة قلق الموت، فهو يرى أن كل نهاية ترمي إليها الحياة هي الموت أي أن كل كائن حي ميت لا محالة، ويتم التفريق بين الحياة والموت على أساس نزوة الحياة التي تعمل على محا فضاة الحيوية والثانية نزوة الموت التي تعمل على تهديد الوحدات الحية، وهو يرجع سبب ارتفاع القلق من الموت إي القمع الجنسي، كما هوامات الموت تتمثل في الخوف من الدفن حيا في حالة سبب يشير إلى أنه يخفي رغبة العودة إلى بطن الأم.

كما يعتبر افرويد" أن الأنا يتخلص بمقدار معتبر من اليببدو النرجسي بمعنى آخر يضحي بنفسه من ما هو عليه في حالات القلق وهو يظن أن قلق الموت يحدث بين الأنا والأنا الأعلى (جملة سعاد: 2015، ص30).

7-3- النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف و الألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف وينثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه أذن فهو خوف محبوس لا يجد له مصرفا.

كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف فإن التأثيرات تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذ تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق

7-4- النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن أفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبيا وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي الفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.

7-5- النظرية المعرفية السلوكية:

أمثال أليس يعتبرون الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير عقلانية، حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير المنطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت (عاشور نسبية: 2017، ص 16، 17).

7-6- نظرية العاملين في قلق الموت:

لقد ذهب "تمبلر" سنة (1993) إلى أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

1- الحالة الصحة النفسية بوجه عام.

2- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

وبالنسبة للمحدد الأول فإن المرضى السيكاتريين (في مجال الطب نفسي يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت بالمقارنة إلى الأسوياء، إن مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء ترتبط إيجابيا مع مقاييس قلق الموت، وقد استخرج "براون" ارتباطا سلبيا بين قلق الموت والهدف من الحياة، كما ثبت أن المرضى الذين عولجوا من أعراض الاكتئاب بالعقاقير المضادة للاكتئاب قد تناقض قلق موت لديهم، ارتباطا أيجابيا بالتناقض في الاكتئاب.

ومن الملفت الاهتمام أن يظهر قلق الموت في الجانب الأكبر منه لارتبط بالصحة الجسمية أو التكامل البدني، فقد حصل مرضى الغسيل الكلوي على درجات تقع في الحدود السوية تماما ولم تظهر علاقة بين درجات مقاييس قلق الموت والدرجة في المقاييس الفرعية المشيرة إلى الانشغال "البدني في دليل الكورنيل" الطبي لدى الأشخاص المحالين إلى التقاعد.

وقد أجرى "تلمبر" 17 دراسة معمقة على عينات سوية وسيكاترية طبق عليها عدد غير قليل من المقاييس،

وتؤكد نتائج هذه الدراسة نظرية تمبلر " ذات العاملين في قلق الموت (أحمد محمد عبد الخالق: 1987، ص 50)

خاتمة

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح لعلاج ما يستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه، حيث أنه يحقق أعلى نسب الشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة. وقد أجريت دراسة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي لم تتلقى أي علاج.

وقد اعتمد اثلمبر " على نظرية العاملين في قلق الموت، حيث رأى أنه إذا كان قلق الموت مرتفع مصاحبا أوليا لحالة مرضية أكثر شمولاً كالاكتئاب، أو عصاب القلق، أو الوسواس القهري، فإن هذه الحالة يجب أن تعالج علاجاً عرضياً بالعلاج السلوكي، أو العقاقير أو العلاج الكهربائي التشنجي، أما إذا كان قلق الموت المرتفع عرضاً مستقلاً نسبياً لدى الشخص في حالة من الصحة النفسية أساساً، بالإضافة إلى كونه نتاجاً لخبرات بيئية غير مواتية فإنه يجب أن يخفض مباشرة بطرق العلاج السلوكي لتقليل الحساسية المنظم.

إن قلق الموت المرتفع، عند معظم المرضى يعد نتاجاً لكل من الاضطراب النفسي العام، والخبرات المحددة المتصلة بالموت وفي هذه الحالة يجب أن يعالج قلق الموت لديهم بكل من الطرق المباشرة وغير المباشرة (أحمد محمد عبد الخالق: 1987، ص 205 ، 204)

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية :

- ✓ أهداف الدراسة
- ✓ المجال الجغرافي للدراسة الإستطلاعية
- ✓ المجال الزمني للدراسة الإستطلاعية
- ✓ عينة الدراسة الإستطلاعية
- ✓ أدوات الدراسة

2- الدراسة الأساسية :

- ✓ منهج الدراسة
- ✓ المجال الجغرافي للدراسة الإستطلاعية
- ✓ المجال الزمني للدراسة الإستطلاعية
- ✓ المجال البشري للدراسة الإستطلاعية
- ✓ عينة الدراسة ومواصفاتها
- ✓ أدوات الدراسة
- ✓ الأساليب الإحصائية المستخدمة

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

بعد تعرضنا في الفصول السابقة للجانب النظري لموضوع الدراسة سيتم في هذا الفصل التطرق إلى الجانب الميداني الذي يضم أهم الخطوات المنهجية و طريقة العمل التي اتبعت، و الهدف منها هو جمع المعلومات و تحليلها و تفسيرها، وإستخدام الوسائل الإحصائية للحصول على النتائج المطلوبة.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي كل الإجراءات البحثية التي يقوم بها الباحث العلمي التي من خلالها تتاح فرصة التعرف و الاطلاع على الميدان الذي سيجري فيه الدراسة الأساسية ووضع خطة عمل ، و تكمن أهميتها في التعرف على الاستجابة الأولية للعينة، وهذا يسمح لنا برصد أهم الملاحظات و بالتالي التعرف على الزمن الكلي للدراسة الأساسية.

1/ أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- التعرف على ميدان البحث العلمي و معرفة النقائص التي قد تعترض الدراسة الأساسية.
- إتباع خطوات إعداد الإجراءات المنهجية من أدوات الدراسة و المجال الزمني و المكاني للدراسة، و العينة التي طبقت عليها الدراسة الأساسية.
- إيجاد إجابة للإشكالية المطروحة وذلك من خلال الجمع المنظم للمعلومات وتحليلها ثم تفسيرها.

المجال الجغرافي للدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة في نهج محمد خميستي و شارع شرقي عبد القادر .

المجال الزمني للدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة من :

2022/02/17 إلى غاية 2022/05/30 ..

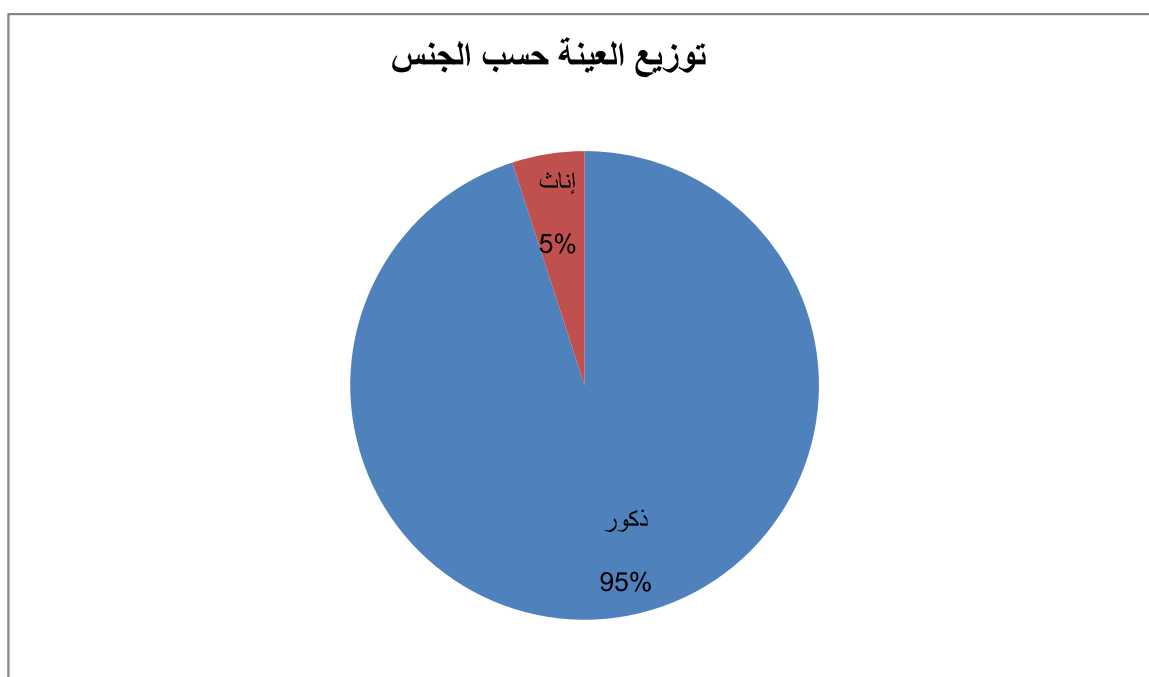
طريقة المعاينة و مواصفات العينة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة متاحة قريبة من الباحث (38 مدخن من الذكور و مدخنين) بولاية مستغانم ضمت الأهل والأصدقاء وغرباء .

* حسب الجنس :

جدول رقم (01) يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
95%	38	ذكور
05%	02	إناث



شكل رقم (01) يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس.

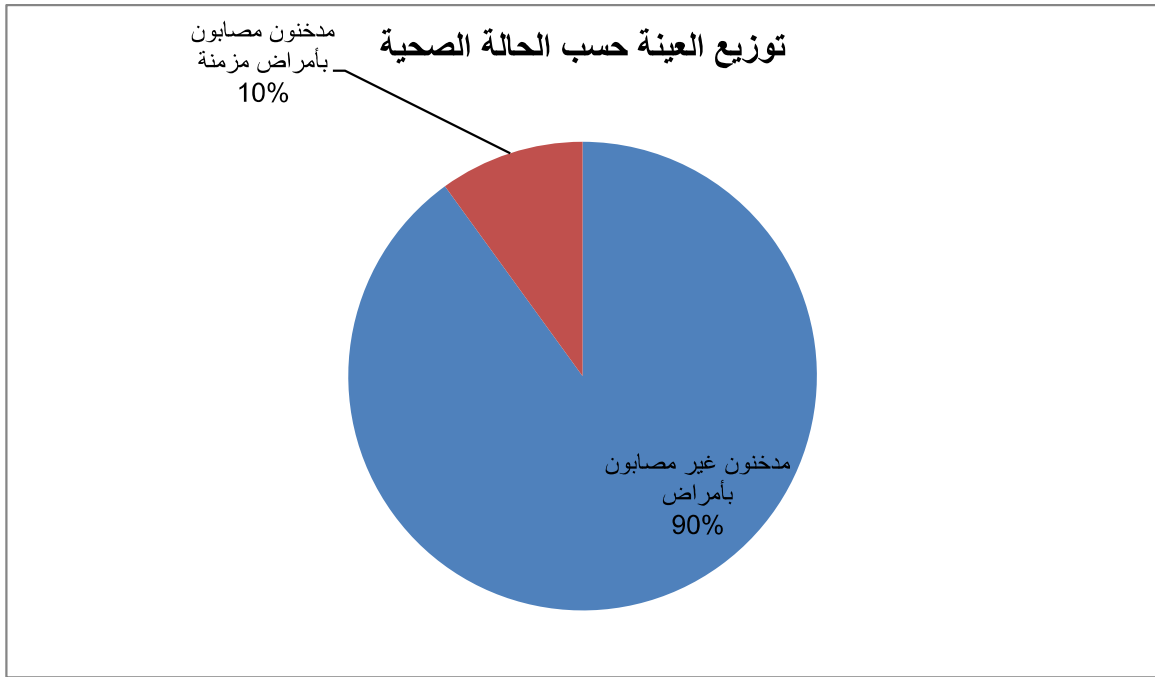
نسبة الذكور في العينة الإستطلاعية هي 95% .

نسبة الإناث 05% .

* حسب الحالة الصحية :

جدول رقم (02) يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الحالة الصحية

النسبة المئوية	العدد	العينة
90%	36	مدخنون غير مصابون بأمراض
10%	4	مدخنون مصابون بأمراض مزمنة



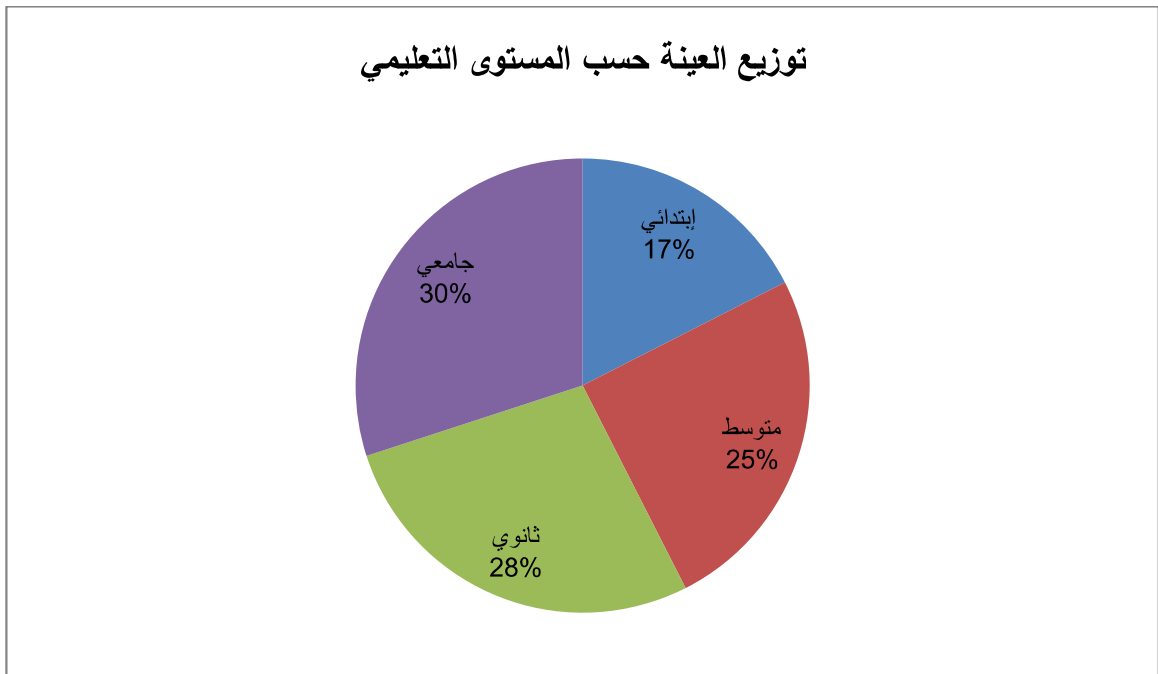
شكل رقم (02) يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الصحية.

- نسبة المدخنون غير مصابون بأمراض في العينة الإستطلاعية هي 90% .
 - نسبة المدخنون مصابون بأمراض مزمنة في العينة الإستطلاعية هي 10% .
- يتوزعون حسب المرض كما يلي :
- مرض الرئة : 02 حالتين .
 - مرض القلب : 01 حالة واحدة .
 - مرض الربو : 01 حالة واحدة .

* حسب المستوى التعليمي :

جدول رقم (03) يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	العدد	العينة
17.5%	7	إبتدائي
25%	10	متوسط
27.5%	11	ثانوي
30%	12	جامعي



شكل رقم (03) يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي.

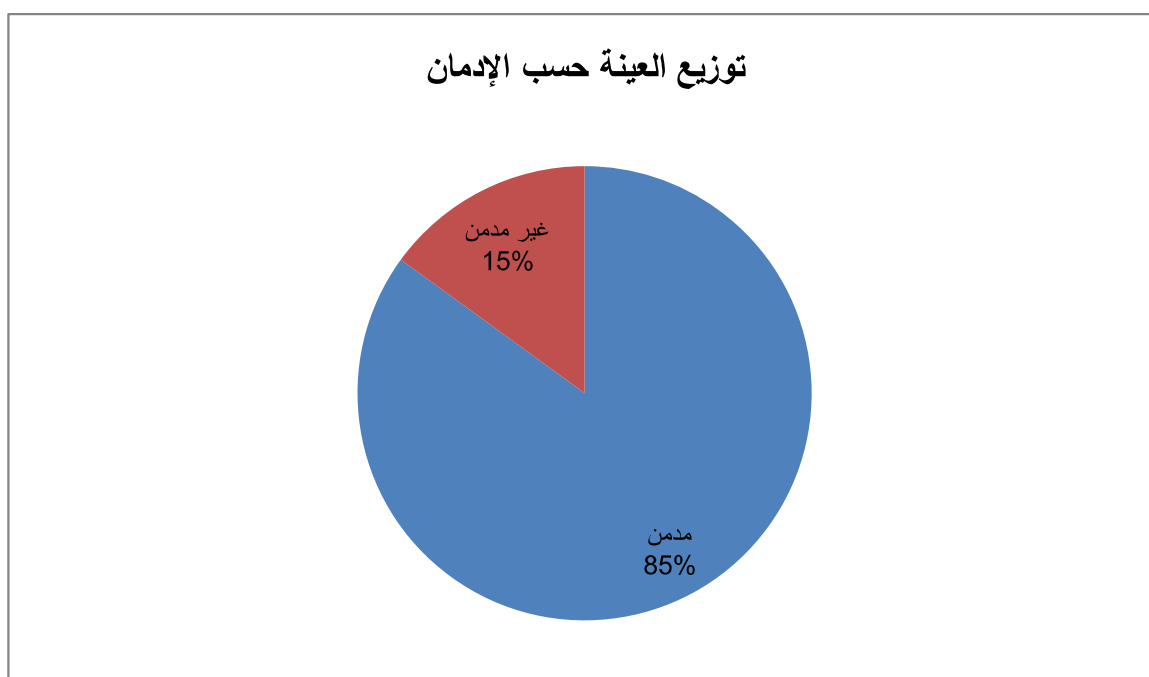
تراوحت نسب العينة حسب المستوى الدراسي كالتالي :

- إبتدائي : 17.5% .
- متوسط : 25% .
- ثانوي : 27.5% .
- جامعي : 30% .

* حسب الإدمان :

جدول رقم (04) يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الإدمان

النسبة المئوية	العدد	العينة
%85	34	مدمن
%15	6	غير مدمن



شكل رقم (04) يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الإدمان

أجرينا على العينة إختبار الإدمان بإستعمال مقياس فاجيرستروم fagerstrom فتبين لنا أن عدد المدمنين هو 34 بنسبة 85% وغير المدمنين 06 بنسبة 15% .

أدوات الدراسة :

إستعملنا مقياس فاجيرستروم fagerstrom لقياس درجة الادمان .

النتيجة : بعد إستعمالنا لمقياس فاجيرستروم fagerstrom لقياس درجة الادمان وجدنا 34 مدمن من بين 40 مدخن تم إختيارهم لإجراء الإختبار تراوحت درجات إدمانهم من 3 إلى 5.

ثانيا/ الدراسة الأساسية:

1- منهج الدراسة:

المنهج الوصفي :

إستخدمنا المنهج الوصفي التحليلي الذي يحاول وصف الظاهرة و يفسر و يقارن و يقيم النتائج ذات معنى مما يزيد رصيد المعرفة عن تلك الظاهرة (الغنام، 1974).

المنهج التحليلي : وهو منهج يدرس النتائج المتحصل عليها بواسطة المقاييس المستعملة ثم يقوم بتحليلها للخروج بخلاصة تكون بإجابة على التساؤلات المطروحة في الدراسة .

- تحديد المتغيرات:

• المتغير المستقل: الإدمان على التدخين .

المتغير التابع: قلق الموت.

- المجال الجغرافي للدراسة:

تم إجراء الدراسة في نهج محمد خميستي و شارع شرقي عبد القادر.

المجال الزمني للدراسة :

أجريت الدراسة من :

2022/02/17 إلى غاية 2022/05/30 .

المجال البشري : 34 مدمن تدخين .

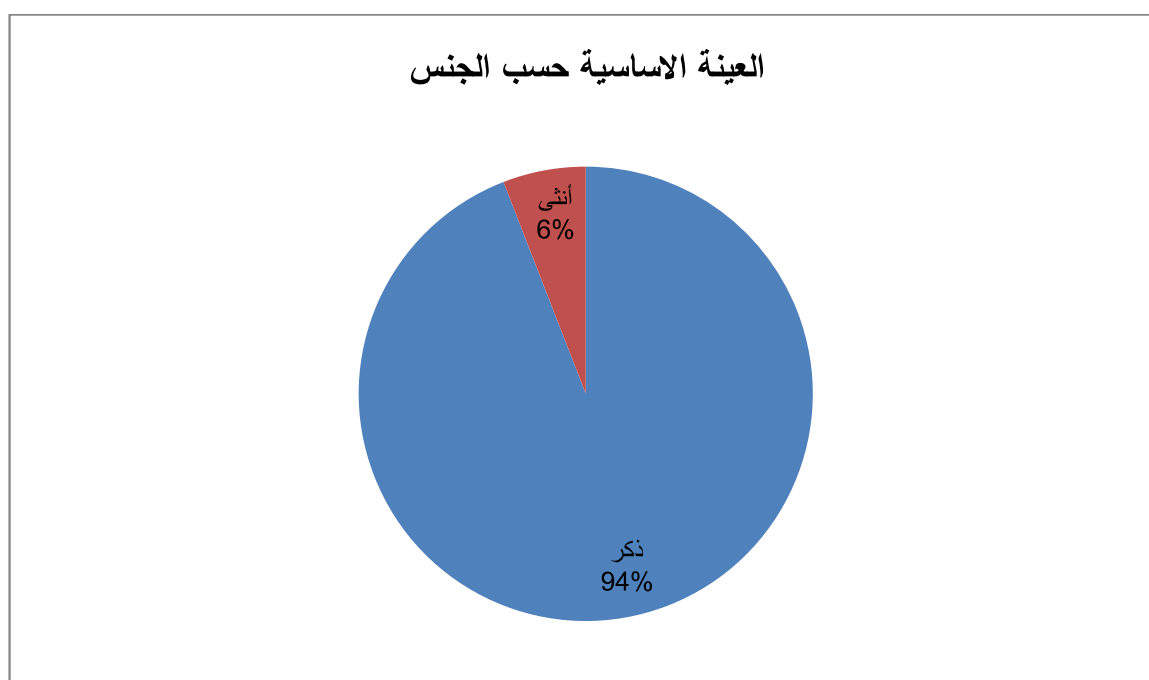
عينة الدراسة ومواصفاتها:

- تتكون عينة الدراسة الأساسية من 34 مدمن تدخين

حسب الجنس :

جدول رقم (05) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

العينة	العدد	النسبة المئوية
ذكور	32	%94.1
إناث	02	%5.9



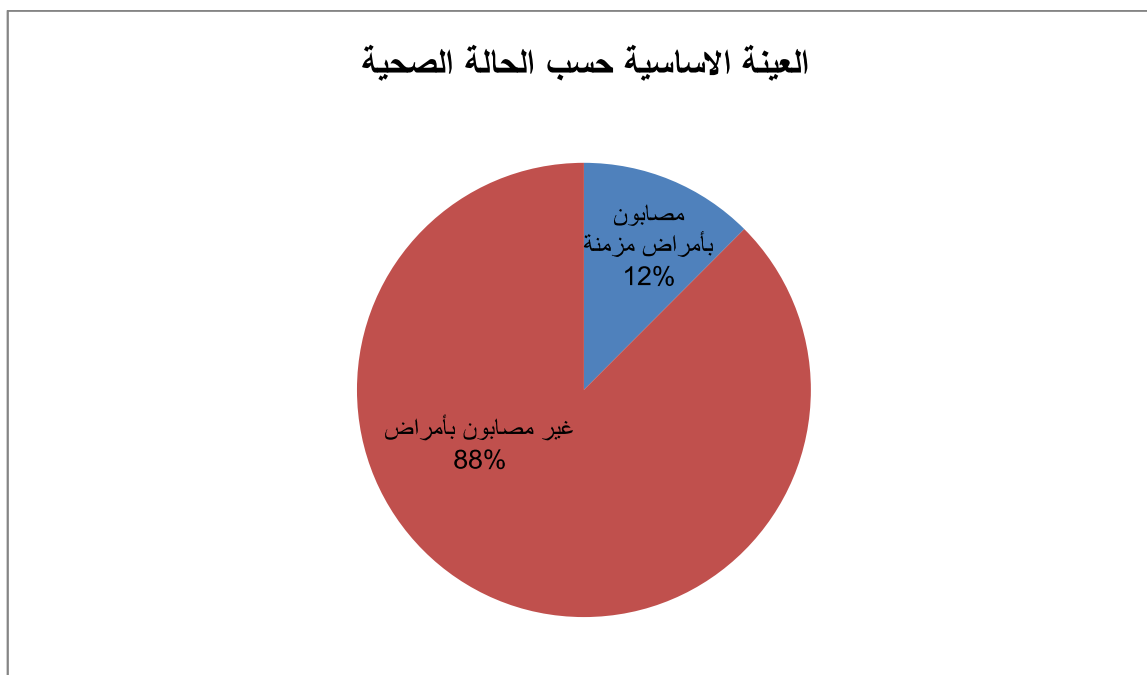
شكل رقم (05) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

- 32 ذكر بنسبة %94.1 و 2 أنثى بنسبة % 5.9

حسب الحالة الصحية :

جدول رقم (06) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الصحية

العينة	العدد	النسبة المئوية
مصابون بأمراض مزمنة	04	%11.2
غير مصابون بأمراض	30	%82.8



شكل رقم (06) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الصحية

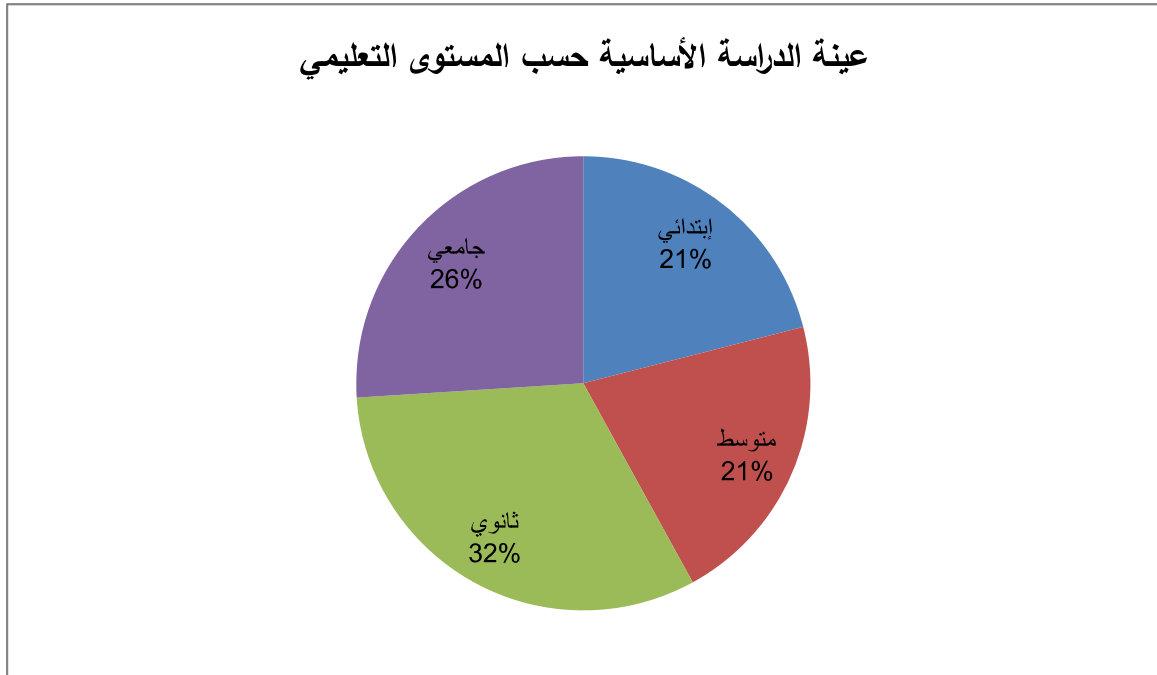
4 - مدمنين يعانون من أمراض مزمنة بنسبة 11.8 %

30 - مدمن غير مصاب بأمراض بنسبة 82.8 %

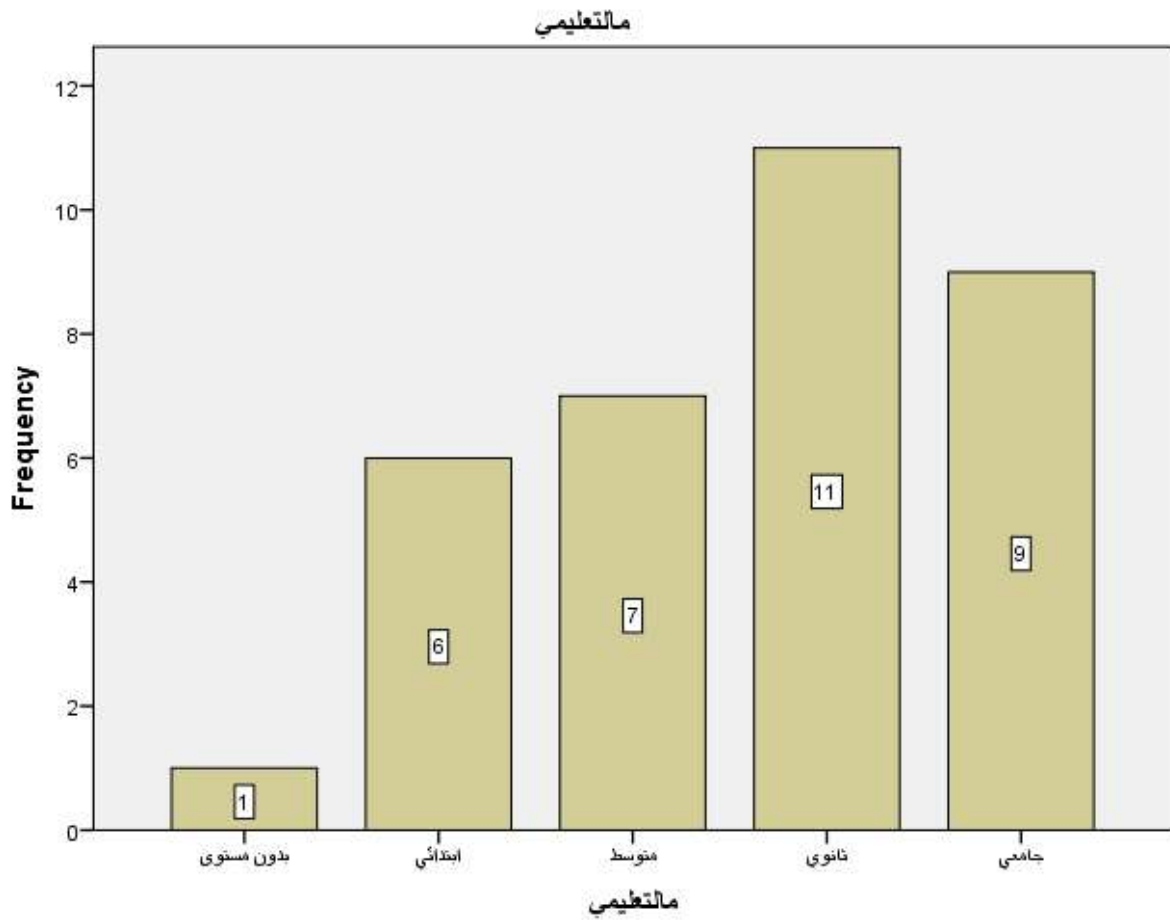
حسب المستوى التعليمي :

جدول رقم (07) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي

العينة	العدد	النسبة المئوية
إبتدائي	7	20.6
متوسط	7	20.6
ثانوي	11	32.3
جامعي	9	26.4



شكل رقم (07) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي



شكل رقم (08) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي

إبتدائي العدد 7 بنسبة 20.6 %
 متوسط العدد 7 بنسبة 20.6 %
 ثانوي العدد 11 بنسبة 32.3 %
 جامعي العدد 9 بنسبة 26.4 %

أدوات الدراسة :

إعتمدنا في بحثنا هذا على :

- الملاحظة العيادية .
- المقابلة العيادية .
- مقياس قلق الموت لصاحبه " دونالد تمبلر "

1- الملاحظة العيادية :

تعد وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بسلوكيات الفرد الفعلية ومواقفه ومشاعره واتجاهاته . وتم استخدام هذه التقنية بهدف مشاهدة سلوك الحالة كما هو عليه في الواقع ، وكذا تحديد جوانب النشاط أو السلوك الذي نريد ملاحظته ، وتعني الملاحظة التبحر في ظاهرة ما ، أو فكرة ما ، أو إدراك شيء عن طريق الوصف لها التبحر والغوص في حقائق الشيء التذي يساعد الباحث في تنمية مهاراته واستعدادته المهنية الخلاقة ، والتي يمكن استخدامها في الكشف عن حقائق جديدة (عمر ، 2009 ، ص 65)

2- المقابلة العيادية :

يعرف " بنهجام " المقابلة بانها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف معين ، غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها ويضيف " أنجلش " في السياق نفسه انها محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين هدفها استثارة انواع معينة من المعلومات لإستغلالها في بحث علمي وللاستعانة بها في التوجيه والتشخيص والعلاج (عمر ، 2009 ، ص 93)

أثناء توزيعنا أوراق الإستبيان قمنا بمقابلات مع العينة حيث كانت أسئلة أخرى خارج أسئلة الإستبيان ، تضمنت هذه الأسئلة مدة التدخين و هل كانت هنالك محاولات للإقلاع عن التدخين ، هل الوالد من المدخنين ، هل هنالك في العائلة مرضى بسبب التدخين ، كم كان سنك أثناء تدخينك أول سيجارة ، كيف بدأت التدخين ، هل تنوي الإقلاع عن التدخين .

جدول رقم (08) يوضح نتائج مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر DONALD TIMBLER المتحصل عليها :

الدرجة الكلية	درجة الإدمان	م التعليمي	المرض	الجنس	السن	العينة
9	4	جامعي	لاشيء	ذ	26	1
10	4	ابتدائي	لاشيء	ذ	51	2
10	3	متوسط	لاشيء	أ	28	3
10	3	ابتدائي	لاشيء	ذ	22	4
7	3	جامعي	لاشيء	أ	27	5
5	4	جامعي	الربو	ذ	37	6
7	4	جامعي	لاشيء	ذ	26	7
8	3	ثانوي	لاشيء	ذ	19	8
10	5	متوسط	القلب	ذ	57	9
7	3	ثانوي	لاشيء	ذ	21	10
10	4	ثانوي	لاشيء	ذ	24	11
9	4	ثانوي	لاشيء	ذ	33	12
6	4	متوسط	لاشيء	ذ	37	13
7	3	متوسط	لاشيء	ذ	41	14
10	4	ابتدائي	لاشيء	ذ	42	15
11	5	جامعي	لاشيء	ذ	31	16
10	4	متوسط	لاشيء	ذ	29	17
7	5	جامعي	لاشيء	ذ	30	18
10	5	جامعي	لاشيء	ذ	35	19
6	4	ثانوي	لاشيء	ذ	19	20
10	4	ابتدائي	لاشيء	ذ	24	21
10	4	ثانوي	لاشيء	ذ	22	22
10	5	ثانوي	لاشيء	ذ	26	23
9	4	ثانوي	لاشيء	ذ	24	24

8	3	ثانوي	لاشيء	ذ	22	25
9	4	جامعي	الرثة	ذ	27	26
8	4	ابتدائي	لاشيء	ذ	21	27
7	3	متوسط	لاشيء	ذ	28	28
8	3	ابتدائي	لاشيء	ذ	20	29
10	4	جامعي	لاشيء	ذ	24	30
7	5	متوسط	لاشيء	ذ	25	31
10	5	ابتدائي	الرثة	ذ	55	32
7	5	ثانوي	لاشيء	ذ	38	33
5	4	ثانوي	لاشيء	ذ	23	34

وجدنا أن درجة قلق الموت متباينة حسب المتغيرات الموجودة (الجنس ، السن ، المستوى التعليمي ، الحالة الصحية)

الأساليب الإحصائية المستخدمة :

- النسب المئوية
- المتوسط الحسابي
- معامل الارتباط بيرسون
- الإنحراف المعياري

الفصل الخامس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

1 عرض و تفسير نتائج الدراسة :

بعد البحث الذي قمنا به وجمع البيانات سنقوم بتحليل النتائج المتعلقة بالفرضيات.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

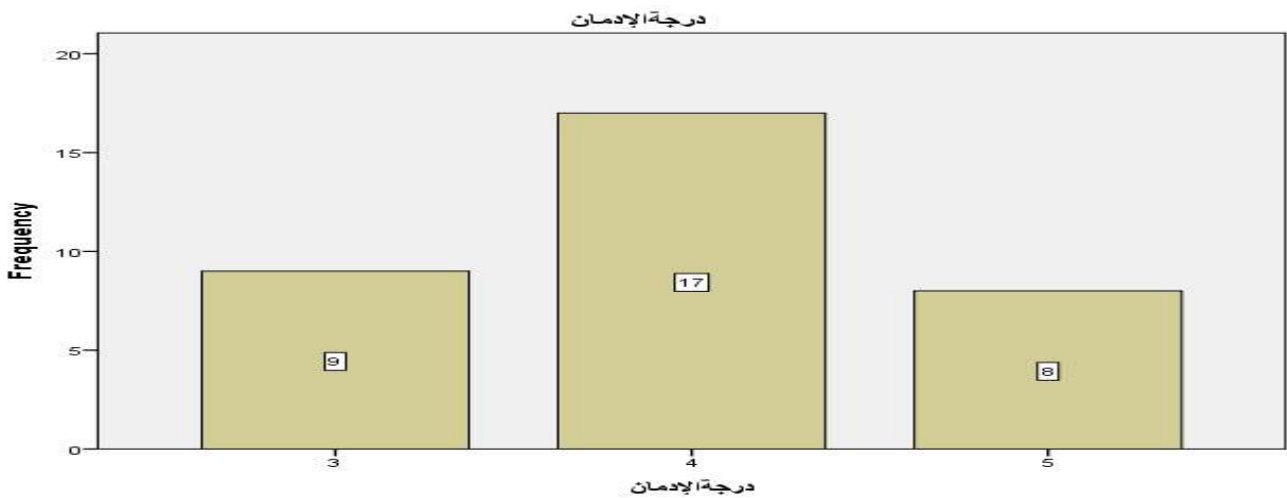
- الفرضية الأولى: مستوى الإدمان لدى عينة الدراسة مرتفع .

- للإجابة على الفرضية الأولى قام الباحث بإستخدام مقياس الإحصاء الوصفي متمثلة في التكرارات والنسب

المئوية لدرجة الإدمان كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (09) يوضح درجة الإدمان لدى عينة الدراسة

درجة الإدمان	التكرار	النسبة المئوية	الملاحظة
3	9	26.5%	إدمان متوسط
4	17	50%	إدمان كبير
5	8	23.5%	إدمان كبير



شكل رقم (09) يوضح درجة الإدمان لدى عينة الدراسة

التعليق:

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول مايلي :

- 9 مدخنين من العينة سجلوا الدرجة الثالثة حسب مقياس فاجيرستروم لقياس الإدمان بنسبة 26.5% وهي تعبر عن إدمان متوسط وهذا لأنهم لايدخنون عدد كبير من السجائر في اليوم إلا أنهم يدخنون بصفة مستمرة ، حيث صرح هؤلاء عند إجراء الإستبيان معهم وكذلك قمنا بمقابلة نصف موجهة على هامش الإستبيان أنهم يدركون مخاطر التدخين وهم أكثر وعي .

17 - مدخن سجلوا الدرجة الرابعة بنسبة 50% وهي تعبر عن إدمان كبير والسبب أنهم يدخنون أكثر من علبة سجائر في اليوم وهم أكبر سن .

8 - مدخنين من العينة سجلوا الدرجة الخامسة حسب مقياس فاجيرستروم لقياس الإدمان بنسبة 23.5% وهي تعبر عن إدمان كبير وهذا لأنهم يدخنون عدد كبير من السجائر في اليوم علبة إلى علبتين في اليوم ولهم مدة كبيرة وهم يدخنون وهم أكبر سن من الآخرين ، فهم يعتقدون أنهم مرغمون على التدخين لخفض التوتر الذي تسببه ضغوطات الحياة .

وإستنتاجنا يتماشى مع النظرية السلوكية التي تقول بأن المدمنون يلجأون إلى الإدمان لخفض التوتر والغضب لذا نقول أن مستوى الإدمان لدى العينة مرتفع.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

الفرضية الثانية: مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة مرتفع

- للإجابة على الفرضية الثانية قام الباحث بإستخدام مقاييس النزعة المركزية متمثلة في الوسيط والمنوال ، الإنحراف المعياري ، المدى ، التكرارات والنسب المئوية لدرجة قلق الموت كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (10) يوضح مستويات قلق الموت لدى عينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	الفئة
11.8%	4	6 - 0
35.2%	12	8 - 7
53%	18	15 - 9

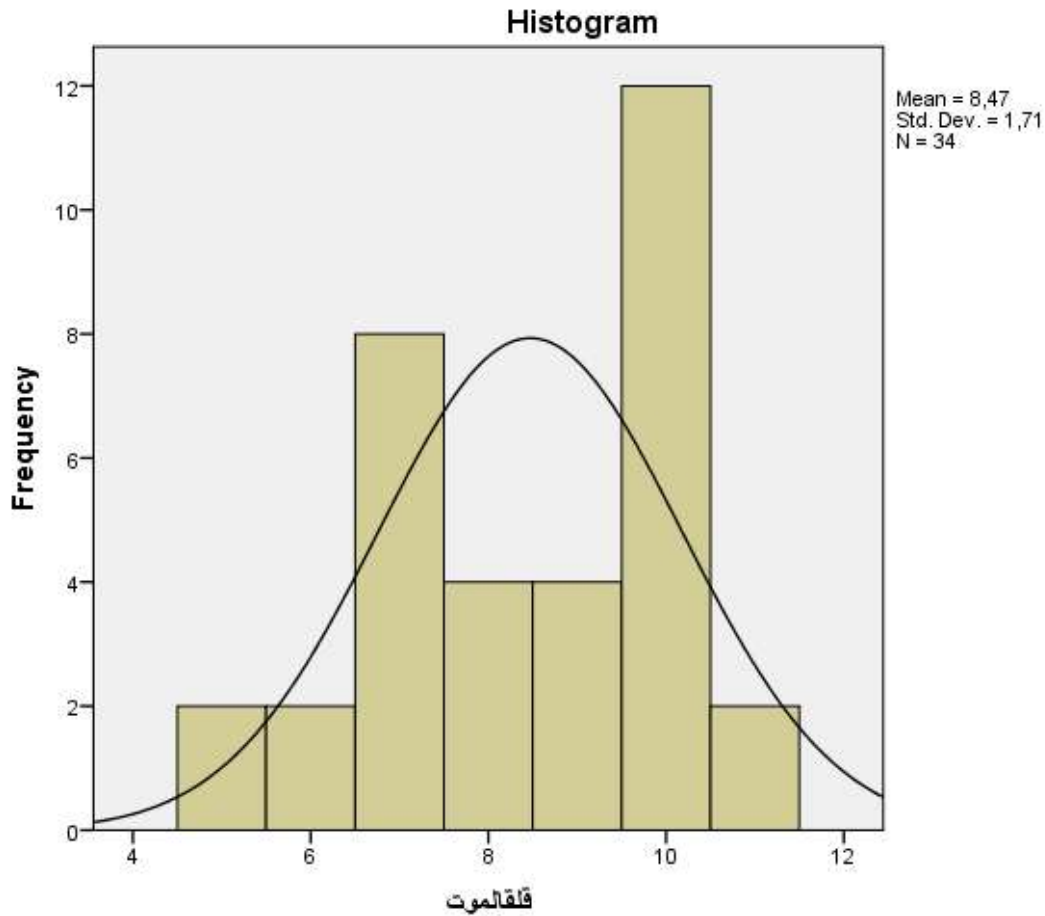
18 فرد سجلوا قلق موت مرتفع بنسبة 53% .

12 فرد سجلوا قلق موت متوسط بنسبة 35.2% .

لدينا 4 افراد ليس لديهم قلق الموت بنسبة 11.8% .

جدول رقم (11) يوضح نتائج قلق الموت حسب مقياسي النزعة المركزية والتشتت

العينة	المتوسط	الوسيط	المنوال	الإنحراف المعياري	المدى	أقل قيمة	أكبر قيمة
34	8.47	9	10	1.71	6	5	11



شكل رقم (10) يوضح تخطيط قلق الموت لدى عينة الدراسة

التعليق:

بعد إستعمالنا لمقياس النزعة المركزية ومقياس التشتت تحصل أفراد العينة على درجات قلق بين 5 و 11 ، المتوسط الحسابي هو 8.47 ، الوسيط 9 ، المنوال 10 ، المدى 6 ، الإنحراف المعياري 1.7 ، أصحاب درجات قلق الموت المرتفعة نجد المصابون بالأمراض المزمنة والذين يفوق سنهم 50 سنة فالإنسان كلما بدأ يكبر كلما نقصت مناعته وضعف جسمه وقلت مقاومته للأمراض وبالتالي فهو يدرك خطورة الوضع فترتفع لديه درجة قلق الموت بعكس صغار السن فمنهم من يمارسون الرياضة ويعتقدون أن الرياضة تخلصهم من أضرار التدخين .

أغلبية العينة تبين أن لديهم قلق موت مرتفع وبالتالي نقول أن مستوى قلق الموت لدى العينة مرتفع .

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة: توجد علاقة بين الإدمان وقلق الموت

- بعد إستعمالنا لمعامل بيرسون تحصل أفراد العينة على الدرجات الاتية كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (12) يوضح علاقة الإدمان بقلق الموت لدى عينة الدراسة

مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية Sig	معامل الارتباط	لمتغيرات
غير دالة عند 0.05	0.23	0.20	قلق الموت
			الإدمان

التعليق:

معامل الارتباط يساوي 0.20 وهي قيمة ضعيفة وغير دالة إحصائياً عند النقطة 0.05

حسب الدراسة التي قمنا بها فإنه توجد فئة من المدمنين تأمل أن تتوقف عن الإدمان يوماً ما وتتعالج من الإدمان وهذا الأمل في التوقف يخفض قلق الموت لديهم وكذلك فئة أخرى تعتقد أن الأعمار بيد الله وليس التدخين هو الذي يقتل وفئة أخرى صغيرة في السن ولا يؤثر عليهم التدخين في الوقت الحالي ، كل هذه العوامل وعوامل أخرى تجعل مستوى القلق ينخفض لدى المدمنين وهذا حسب النتائج التي توصلت إليها الدراسة .

فالعلاقة بين الإدمان وقلق الموت علاقة طردية ضعيفة .

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

الفرضية الرابعة: توجد علاقة بين السن وقلق الموت

- بعد إستعمالنا لمعامل بيرسون تحصل أفراد العينة على الدرجات الآتية كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (13) يوضح علاقة السن بقلق الموت لدى عينة الدراسة

مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية Sig	معامل الارتباط	المتغيرات
غير دالة	0.19	0.22	قلق الموت
			السن

معامل الارتباط يساوي 0.22 وهي قيمة ضعيفة وغير دالة إحصائياً .

التعليق:

بالعودة للبيانات إتضح أن نسبة من المدمنين على التدخين رغم كبر السن إلا أنهم لا يظهرون قلق الموت وهذا راجع إلى نمط التفكير الخاص بهم حيث لمسنا عند مقابلتهم أنهم لا يبالون وهم في صحة جيدة في حين مدمنين أقل سن منهم منهكين بدنياً وأجسامهم نحيفة وتبدو عليهم علامات التأثر بالتدخين وسجلوا درجات قلق مرتفعة كما أن النساء أيضاً يؤثر عليهم التدخين ولذلك درجات القلق الخاصة بهن مرتفعة ، كما أن المصابون بأمراض مزمنة قلقهم مرتفع رغم صغر سنهم ، لهذا نقول :

هنالك علاقة طردية بين السن وقلق الموت.

خاتمة

بعد قيامنا بهذه الدراسة المتواضعة حول الإدمان على التدخين وعلاقته بقلق الموت ، قمنا ببحث نظري ، وبحث تطبيقي على عينة من المدمنين على التدخين ، وجدنا أن هنالك علاقة وطيدة بين الإدمان على التدخين وقلق الموت . فمن خلال هذه الدراسة لاحظنا أن المدمنون صغار السن لا يدركون حجم الكارثة وبيقون في تبعية للتدخين حتى يصابون بأمراض أو يتقدمون في السن يظهر عليهم قلق الموت . نظريا التدخين عدو يحصد أرواح الملايين من البشر سنويا كما أعلنت منظمة الصحة العالمية ، ويتسبب في حدوث أمراض نفسية وجسدية خطيرة وخسائر إقتصادية وحتى أضرار بيئية ، فأمام هذه الأزمة ، تبذل جهود كبيرة للحد من هذه الظاهرة بمختلف الوسائل ، وتأتي هذه الدراسة للتوعية بمخاطر التدخين والإدمان بصفة عامة .

لذا وجب إتخاذ إجراءات مناسبة قبل فوات الأوان ، وهذا بتكافل الجميع وإتحادهم لمواجهة هذه الظاهرة وكل في مجال إختصاصه . فالهدف هو الفئة الشابة التي تكون مندفعة نحو الحياة و إكتشاف أمور جديدة وضرورة تنبيههم بخطورة التدخين والعمل على عدم تورطهم في إدمان التدخين .

قائمة المصادر و المراجع

المراجع باللغة العربية :

- سيغmond فريد، ترجمة محمد عثمان نجافي، الكهف والغرض والقلق ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر، ط3.
- حجار محمد حمدي ، 1991 العلاج النفسي السلوكي للتدخين، المجلة العربية للدراسات الأمنية، العدد 5، المجلد 11
- الخاروف أمل محمد علي 2009 ، التدخين لدى طالبات وطلاب الجامعة الأردنية أسبابه ومضاره وطرق علاجه، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 36، العدد 1
- الدمرداش عادل ، 1982 ، الإدمان مظاهره وعلاجه ، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب
- رضوان سامر جميل وريشكة كوندرد ، 2001 ، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين طالب سوريين وألمان، مجلة شؤون اجتماعية، الجزء 18 العدد 72
- زيدان أحمد سعيد ، 2014 ، التدخين وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى طلاب المدارس الثانوية الفنية التجارية بمحافظة كفر الشيخ، مجلة كلية التربية بالسويس، المجلد 7 .
- عبد الخالق احمد محمد ، 1998 ، التفاؤل وصحة الجسم دراسة عالمية، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 26 .
- العمري سلطان بن أحمد بن سلطان ، 2010 ، الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في سمة القلق ومفهوم الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة النماص ، رسالة ماجستير في التربية، تخصص توجيه وارشاد نفسي، كلية التربية، جامعة الملك خالد، المملكة العربية السعودية.
- العنزي عبد العزيز حجي ، 2015، دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 4 .
- مشاشو قرمية ، 2011 ، علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين -دراسة مقارنة بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر -باتنة ، الجزائر.
- فؤاد شاهين ، 2001 ، الإدمان في سن المراهقة، عويدات للنشر و الطباعة ، بيروت، لبنان، ط1.

- عفاف محمد عبد المنعم، 2003، إدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع الاسكندرية، مصر، ط1.
- معمر نواف الهوارنة ، 2018 ، عالم المخدرات والجريمة بين الوقاية والعلاج، الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق، سوريا، ط 1.
- جواد فطير ، 2001 ، الإدمان وانواعه ومراحله وعلاجه، دار الشروق، القاهرة، مصر، ط1.
- حركات بسمة ، 2014 ، أثر تعاطي المخدرات في ظهور العدوانية لدى المراهق، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي، ام البواقي، الجزائر.
- حسين علي خليفة الغول ، 2011 ، الإدمان الجوانب النفسية والاكلينيكية والعلاجية للمدمنين، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ط1.
- رباب عبد الوهاب عديناات ، 2016 ، المخدرات ودورها السلبي على الفرد والأسرة والمجتمع وطرق الوقاية منها، دار خالد اللحياني للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
- زعاف سمية وسي يوسف ام الجيلالي ، 2016 ، تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى مدمني المخدرات، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، الجزائر.
- سعيد عتيقة ، 2016 ، أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق، مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس ، تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- مجد المسابقة ، 2007 ، الإدمان على المخدرات: الارشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر و التوزيع ، القاهرة .
- مصطفى سوييف ، 1996 ، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، عالم المعرفة، الصفاة، الكويت، ط1.
- محمد فتحي حماد ، 2004 ، الإدمان والمخدرات الأسباب والاثار والوقاية والعلاج ، دار فجر للنشر والتوزيع، الحداثق، كفر الدوار، ط1.
- خثير فاطمة ، 2013 ، الشخصية السيكوباتية عند الشباب المدمن على المخدرات، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الدكتور مولاي الطاهر، سعيدة.
- خليف مكي ، 2017 ، التأخر الدراسي لدى المراهق المتمدرس المتعاطي المخدرات ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس المدرسي، جامعة الدكتور مولاي الطاهر، سعيدة ، الجزائر

- محمد فتحي محمد ، 2011 ، ادمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيالي، من منظور التحليل الإكلينيكي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر، ط1.
- مدحت محمد أبو النصر ، 2008 ، مشكلة تعاطي وادمان المخدرات، الدار العالمية للنشر والتوزيع، الجيزة، مصر، ط1.

المراجع باللغة الأجنبية :

- Philippe Nubukpo , 2006 , Guide pratique de psycho g riatrie , 2e , Paris, Masson .
- Romald J.comer , 2009 , Abnormal psychology , eighth edition , New York .
- Brandt , E.N & all , 2001 , Health and Behavior "The Interplay of Biological , Behavioral , and Societal Influences , United States of America , the National Academy of Sciences , All rights reserved.

الملاحق

- مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر :

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من الاسئلة التي تسمح بجمع المعلومات الخاصة بقلق الموت وضع هذا المقياس الامريكي دونالد تمبلر وترجم الى لغات عديدة منها العربية والاسبانية وحتى اليابانية والهندية وتم استخدامه في كثير من البحوث التي اجريت على عينات كثيرة من الذكور والاناث من ثقافات مختلفة وهو مرتبط بعدد كبير من الاعمار من 16 الى 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن والجنس والصحة العقلية وأنواع اخرى من السلوكيات لذا فهو يعد واحدا من اكثر المقاييس انتشارا في البحث طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970 .

الخصائص السيكومترية للمقياس :

بدأ تكوين المقياس بوضع 40 بنداً تم اختيارها على اساس منطقي كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة والجثث والدفن ثم مر المقياس بمراحل متابعة حتى وصل الى 15 بند وهي النهائية للمقياس ويحتوي المقياس على (09) بنود تصحح ب "نعم" و(06) تصحح ب "لا" وقد اتضح بان وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب عددا قليلا من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الوجهة بمقياس (كوش كيتسون) الذي يعتبر افضل مقياس مختصر حيث يتكون من 15 بنداً لوجهة الاستجابة بالموافقة وقد اوضحت دراسة "تمبلر" عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس "مارلو كراون"

ثبات الاختبار :

لقد قام أحمد عبدالخالق بترجمة مقياس قلق الموت الى العربية وطبقت النسختان العربية والانجليزية معا مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الانجليزية وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية الى 0,87 بالنسبة للذكور والاناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الإختبار بالصورة العربية ، وكان الفاصل الزمني بين الإختبار وإعادته أسبوعا واحدا ، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين الى 0,70 بالنسبة للذكور (ن=44) وبالنسبة للإناث 0,73 (ن=56) وتعد جميع المعاملات مرتفعة .

صدق الإختبار :

لقد قام "تمبلر" بتقدير صدق المقياس مستخدماً عدة طرق منها مقارنة درجات مرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقاً عالمياً من الموت بدرجة عينت ضابطة من المرضى السيكاتريين الذين قرروا أنه يوجد لديهم قلق الموت ، وقد أستخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين ، مما يشير إلى صدق المقياس ، كذلك الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا "ك" من قائمة "مينوسوتا"

طريقة تصحيح وتطبيق المقياس :

يمكن تطبيق مقياس تمبلر فردياً و جماعياً ، تحتوي كراسة الاسئلة على التعليمات التي توضح طريقة الإجابة وتمثل في :

إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (نعم).

إذا كانت العبارة خاطئة أولاً تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (لا).

تسجيل اجابات المفحوص على الكراسة ذاتها ، وتتضمن هذه الكراسة : كتابة سن المفحوص ، المستوى الدراسي. ويطلب من المفحوص قراءة التعليمات لإزالة الغموض أو سوء الفهم وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة إنتهاء الإختبار مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه .

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بنداً ، (09) منها تصحح ب "نعم" و(06) تصحح ب "لا" ويكون النقيط بإعطاء :

- نقطة (01) للبنود التي تصحح ب "نعم" وأجاب عليها المفحوص بصحيح
- نقطة (01) للبنود التي تصحح ب "لا" وأجاب عليها المفحوص بخطأ
- صفر (00) للبنود التي تصحح ب "نعم" وأجاب عليها المفحوص بخطأ
- صفر (00) للبنود التي تصحح ب "لا" وأجاب عليها المفحوص بصحيح

جدول (01) يوضح سلم اختيار قلق الموت لدونالد تمبلر:

14	13	12	11	10	9	5	4	1	البنود التي تصحح بـ (نعم)
/	/	/	15	7	6	8	3	2	البنود التي تصحح بـ (لا)

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص الحصول عليها أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي :

- . الدرجة التي تتراوح بين 0-6 درجات تشير إلى عدم وجود قلق الموت .
- . الدرجة التي تتراوح بين 7-8 درجات تشير إلى وجود قلق موت متوسط .
- . الدرجة التي تتراوح بين 9-15 درجات تشير إلى وجود قلق موت مرتفع.

(زعتن نورالدين ، 2008 ، ص102/105)

مقياس دونالد تمبلر لقياس قلق الموت:

الحالة :.....

السن :.....

الجنس :.....

التعليمة : عزيزي المجيب يرجى منك الإجابة عن هذه الأسئلة ب :

وضع العلامة (نعم) إذا كانت العبارة تنطبق عليك أو تناسبك .

وضع العلامة (لا) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك ولا تناسبك .

الرقم	العبارة	(نعم)	(لا)
1	أخاف كثيرا من الموت		
2	نادرا ما تخطر لي فكرة الموت		
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتحدثون عن الموت		
4	أخاف أن تجرى عملية جراحية		
5	لا أخاف إطلاقا من الموت		
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص		
7	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		
8	أتضايق كثيرا من مرور الوقت		
9	أخشى أن أموت موتا مؤلما		
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا		
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية		
12	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا		
13	أفشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		
14	يزعجني منظر جسد ميت		
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئاً يخيفني		

مقياس فاجيرستروم مبسط في سؤالين

1- كم تدخن من سيجارة في اليوم ؟

- | | |
|---|-------------------|
| 0 | أقل من 10 سيجارة |
| 1 | 11 إلى 20 سيجارة |
| 2 | 21 إلى 30 سيجارة |
| 3 | أكثر من 30 سيجارة |

2- بعد الإستيقاظ من النوم بكم دقيقة تدخن السيجارة الأولى ؟

- | | |
|---|------------------|
| 3 | أقل من 5 دقائق |
| 2 | 6 إلى 30 دقيقة |
| 1 | 31 إلى 60 دقيقة |
| 0 | بعد أكثر من ساعة |

تفسير المقياس :

- 1-0 : لا يوجد إدمان .
- 3-2 : إدمان متوسط .
- 6-4 : إدمان كبير .

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية
لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

الطالب(ة): **جعفر نور الدين**
الجامعي: **AP100767182**

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: **10.4691893** والصادرة بتاريخ:
..... **2017.05.19**

عن ولاية **أولاد سيدي البهبوب**... المسجل بكلية العلوم الاجتماعية / قسم: العلوم الاجتماعية /
شعبة علم النفس

والمكلف بإنجاز مذكرة ماستر بعنوان:

..... **علاقة الإدمان على الترخين بقلق الموت**

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية
والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ:

إمضاء المعني

ج

نظر و صدق على الترخين
سيد: **جعفر نور الدين**
هـ لاد مسياري السميوي
تاريخ: **27 جوان 2017**
رئيس المجلس الشعبي
وبالتفويض عن
تمنوش محمد
مطبخ الإدارة الإقليمية

* ملحق القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 28 جويلية 2016 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية
ومكافحتها.