

التدخين وأثاره على الفرد والمجتمع من منظور الخدمة الاجتماعية

Smoking and its social impact on the individual and society from the perspective of social Work

إعداد

بشير مهل نملان الرشيدى

اخصائي اول اجتماعي

ماجستير خدمة اجتماعية

مسار طبي وتأهيل معاقين - جامعة الملك عبدالعزيز

١٤٤٣/٢٠٢٢ هـ

مقدمة:

يعتبر التدخين آفة من الآفات الخطيرة في العصر الحالي، وذلك على مستوى العالم عامة، وليس حكراً على بلد دون أخرى، ولا هي مشكلة مجتمع بعينه أو أنها تخص قطاعاً أو فئة في المجتمع كما أنها لا ترتبط بوقت زمني محدد أو فترة دون غيرها.

وقد أوضحت التقارير أنه يوجد في العالم اليوم ١.٣٠٠ مليون مدخن ويتوقع الباحثون أن يزداد ذلك العدد إلى ١.٩٠٠ مليون خلال العقود الثلاث التالية، وقد بنى العلماء توقعاتهم هذه وفقاً لمعدلات الزيادة السكانية ومعدلات الزيادة في الاستهلاك للسجائر (Homsuwam Dykstra, 2011, 24).

ووفقاً لتقرير معاصرة أصدرته منظمة الصحة العالمية (W. H. O) سيكون هناك ٨٠٠.٠٠٠ - ١٠٠٠.٠٠٠ مدخن جديد في العالم كل عام، وقد قرر البنك الدولي (world Bank) أن ١٤.٠٠٠ - ١٥.٠٠٠ شاب في الدول المرتفعة الدخل يبدعون التدخين كل يوم وأن حوالي ٦٨.٠٠٠ - ٨٤.٠٠٠ مراهق يبدئون التدخين في الدول المتوسطة والمنخفضة الدخل كل عام. (W. H. O Smoking Statistics 2011).

وما أن أدرك العالم الغربي الحمل الثقيل الذي يلقيه التدخين على الصحة العامة والفردية من جهة، وكذلك الاستنزاف المادي لخزينة الدولة من جهة أخرى، حتى بدأ يشن حملة لا هوادة فيها لإبعاد الناس عن التدخين، ولدفع المدخنين لتركه، حتى وصل الأمر في السنوات الأخيرة إلى منع التدخين في الأماكن العامة، وأماكن العمل والمطاعم وخلافه وبالتالي أصبح المكان العام والجيد المسموح بالتدخين فيه هو الفضاء الطلق، ولقد ساهمت هذه الإجراءات في تراجع عدد المدخنين في هذه الدول بشكل كبير (سمير أبو حامد، ٢٠١١، ٥).

وعلى الرغم من هذا الاهتمام في الدول المتقدمة إلا أنه لم يحظ بنفس القدر من الاهتمام في الدول النامية عامة ويتضح ذلك من أعداد المدخنين التي تزداد فيها بنسبة (٢.١٪) سنوياً (فريد فايد علي، ٢٠٠٦).

أما عن المملكة العربية السعودية وهي إحدى الدول النامية مرتفعة الدخل فقد أكدت التقارير أن ١٤ مليار ريال حجم سوق التبغ في المملكة. وكما يبلغ حجم الإنفاق اليومي للسجائر ٢٠ مليون ريال لتسجل المملكة العربية السعودية رابع دولة على مستوى العالم مستهلكة للتدخين، حيث يستهلك كل فرد ٢١٣٠ سيجارة سنوياً لمليون مدخن في المملكة، وهي من أعلى نسب التدخين في العالم وتعتبر هذه الأرقام مخيفة مقارنة بعدد السكان. (تقارير مجلس الشورى، لعام ٢٠١٣)

ومن الملاحظ أن خطر التدخين لا يقتصر على الراشدين بل أمتد إلى صغار السن حيث تدل الأبحاث على أن أغلب المدخنين قد بدءوا تجاربهم الأولى مع الطفولة أو في مرحلة المراهقة وأن المدخنين المنتظمين بدءوا التدخين قبل سن العشرين.

وقد أكدت ذلك العديد من الدراسات ومنها دراسة محمد حسن سالم ٢٠١٠ والتي أوضحت أن معظم المدخنين في المملكة العربية السعودية يقعون في الفئات العمرية ما بين ١٥ - ٢٥ عام بنسبة ٧٦٪ مما يدخنون (محمد حسن سالم، ٢٠١٠).

وقد اتفقت مع هذه النتيجة دراسة عبد المنعم الشناوي وأمينة إبراهيم ٢٠١٠ التي أكدت أن من أهم مشكلات المراهقين هي تدخين السجائر. (عبد المنعم الشناوي وأمينة إبراهيم، ٢٠١٠).

وثمة ميل جديد يظهر في هذه المرحلة وهو رغبة المراهق في أن يعامل معاملة الكبير، فهو لم يعد بعد ذلك الصغير الذي يتلقى كلام الكبار وأوامرهم بالطاعة والتنفيد بل إنه أصبح يشعر بأنه كبير مثلهم. ويبدو أن يعطي مسئولية عمل مستقل بذاته يحاسب عليه فيما بعد أما معاملته معاملة الصغار فلا شك قد تؤثر فيه تأثير سلبي، وقد تدفعه إلى إثبات ذاته عن طريق المشاكسة أو الاعتداء أو التدخين. (أحمد علي حبيب، ٢٠١٢، ٢٥)

التدخين مفهومة وأبعاده

مقدمة

يحتل التدخين المرتبة الثانية في قائمة الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم ويتوقع أن يرتفع العدد السنوي للوفيات إلى ثمانية ملايين بحلول ٢٠٣٠م إذا لم يتم اتخاذ إجراءات عاجلة. (منظمة الصحة ، ٢٠٠٤) حيث تؤكد اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ على أن تفشي وباء التبغ يعد مشكلة عالمية ذات عواقب وخيمة على الصحة العامة تستدعي قيام أوسع تعاون دولي ممكن ومشاركة جميع البلدان في استجابة دولية فعالة وملائمة وشاملة، حيث يعكس ذلك قلق المجتمع الدولي بشأن العواقب الصحية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية العالمية النطاق المدمرة لتعاطي التبغ والتعرض لدخانها. ويعكس قلقا مماثلا إزاء زيادة استهلاك وإنتاج السجائر في جميع أنحاء العالم ولا سيما الدول النامية وإزاء العبء الذي يلقيه ذلك على الأسر والفقراء والنظم الصحية الوطنية. وإذ تعترف الاتفاقية بأن القرائن العلمية قد أكدت بشكل لا لبس فيه بأن تعاطي التبغ والتعرض لدخانها يتسببان في الوفاة والمرض والعجز. وإذ تعترف بأن السجائر تخضع لأكثر الأساليب تعقيدا بهدف إيجاد حالة من الاعتماد والإبقاء عليها، وبأن الكثير من المركبات التي تحتوي عليها، وكذلك الدخان المنبعث منها هي عناصر سامة ومسرطنة، فإنها تؤكد على ضرورة بذل الجهود للحد من تلك الظاهرة. (قسم مكافحة التبغ ، ٢٠١٢)

هذا وتعد مشكلة التدخين إحدى مشكلات العصر الحالي على مستوى دول العالم بصفة عامة، وليست حكرا على بلد دون آخر ولا هي مشكلة مجتمع بعينه أو أنها تخص قطاعا أو فئة في المجتمع كما أنها لا ترتبط بوقت زمني محدد أو فترة دون غيرها بل أننا أمام مشكلة عامة لا يمكن أن توصف بأنها محددة المعالم. (منظمة الصحة العالمية) كما يعد التدخين واحدا من الأشكال الأكثر شيوعا من المخدرات الترفيهية، حيث يمارس من قبل أكثر من مليار شخص في غالبية المجتمعات البشرية، حيث تعتبر المخدرات الأخرى محدودة في الاستخدام مقارنة بالتبغ لأنها غالبا ما تكون غير متاحة تجاريا. (لطفي الشربيني، ١٩٩٩)

ويقدر عدد المتوفين في العالم سنويا من جراء آفة التدخين بحوالي خمسة ملايين شخص. ويعتبر استخدام التبغ هو المسئول الرئيسي عن ما يقرب من وفاة ٤٥٠٠٠٠٠ حالة وفاة مبكرة سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية بالإضافة إلى التأثيرات السلبية على صحة كل فرد من أفراد المجتمع. في حين لم تتجاوز ضحايا القنبلة الذرية التي أقيمت على ناجازاكي وهيروشيما ٢٦٠ ألف شخص، وأن ضحايا الإيدز منذ ظهوره عام ١٩٨١م وحتى عام ١٩٩٢م قد بلغت ربع مليون شخص كما ورد في سجل منظمة الصحة العالمية. حيث كشفت البحوث والدراسات عن أن تدخين السجائر يلحق ضررا بالغاً بالعمليات العقلية العليا الضرورية لحياة الفرد اليومية مثل (الانتباه والإدراك والتذكر ... الخ) وهو ضرر يماثل الضرر الذي كشفت عنه البحوث كنتيجة للتعاطي المزمن للحشيش. (<http://en.wikipedia.org/wiki/Smoke>) ويتكون دخان التبغ من آلاف من المركبات بما في ذلك النيكوتين حيث عرف الكثير من المكونات السمية التي تؤثر على الدماغ، القلب والأوعية الدموية، والنظام الرئوي. وقد أكدت نتائج الدراسات على الآثار السلبية للتدخين لدى الشباب وذلك من خلال عمليات الأكسدة والالتهابات وعمليات تصلب الشرايين، كما تؤثر على النمو العصبي لدى الأطفال وتعمل على تحفيز العمليات العصبية الكامنة في مرض الزهايمر للمسنين، وتؤثر على الجهاز العصبي للأمهات الحوامل وكبار السن. (عبدالمنعم شحاتة، ١٩٩٨)

ولقد انتهت الدول المتقدمة مبكرا إلى هذا الخطر الداهم وحرصت على مواجهته على المستوى القومي بخطط واسعة ساهمت فيها أجهزة ومؤسسات مختلفة كالأسر والمؤسسات التعليمية ووسائل الإعلام المختلفة، وعلى الرغم من هذا الاهتمام في الدول المتقدمة بهذا الشأن إلا أنه لم يحظ بنفس القدر من الاهتمام في الدول النامية ويتضح ذلك من أعداد المدخنين التي تزيد فيها بنسبة (٢٠.١%)

سنويا (Gary E. Swan March 1971)

ومن الجدير بالذكر أن كثير من المدخنين يبدأون التدخين في مرحلة المراهقة حيث يعتبر الإحساس بالمتعة مصدرا للتعزيز الإيجابي بينما تجنب أعراض الانسحاب والتعزيز السلبي تصبح الدوافع الرئيسية للمتابعة. (فريد على فايد ٢٠٠٦)

الأبعاد العلمية للتدخين:

(أ) مفهوم التدخين

يشير قاموس فيرتشيلد Fairchild إلى مفهوم التدخين على أنه: "استنشاق الدخان الناتج عن احتراق التبغ". (Ozerkmen, Neemetin, ٢٠٠٨) والتدخين هو: "استنشاق دخان التبغ بعد حرقه"، فهو فعل المدخن إذا أشعل السجارة أو الغليون وامتنص الدخان. ثم أصبح لفظ الدخان يطلق على التبغ ذاته (مادة التدخين) بالغلبة وكثرة الاستعمال. (Bowles, ٢٠٠٩)

وتعرف إدارة الثقافة الصحية التدخين بأنه: "استنشاق وابتلاع الدخان الناتج عن احتراق أوراق التبغ المحمل بعدد كبير من المركبات الكيميائية. (Whipple, Kerry, ٢٠١٠)

ويقصد بالتدخين في الدراسة الحالية: "عادة تناول الشاب السجائر المصنوعة من التبغ بشكل يومي بإرادته وبشكل منتظم لمدة شهر على الأقل مع عدم قدرته على الإقلاع عنه رغم معرفته بأضراره."

(ب) مكونات التبغ ودخانه:

أن دخان السجائر يحتوي على أكثر من أربعة آلاف مركب كيميائي، وقد تم التعرف على أكثر من ثلاثمائة مادة من تلك المركبات، منها خمسون مادة تقريبا من المواد المسرطنة، والجدير بالذكر أن قسما من هذه المواد موجود في ورق التبغ الطبيعي، أما القسم الآخر فيتكون نتيجة احتراق التبغ بإشعال السجارة. أما أهم مكونات الدخان الضارة فهي: (Torabi, Mohammad, ٢٠١٠)

١- النيكوتين:

هو مادة سامة ومسببة للإدمان، ويعد من أشد السموم التي عرفها الإنسان، فالجرعة القاتلة منه مليغرام واحد لكل كيلو غرام في جسم الإنسان، ويقول تقرير الكلية الملكية للأطباء ١٩٧٧ ما أن كمية النيكوتين الموجودة في سيجار واحد كفيلة بقتل إنسان في أوج صحته لو تم حقنها في الوريد، وفي السجارة الواحدة التي تزن في المتوسط (٠.٨ غ) من التبغ توجد كمية من النيكوتين تتراوح بين (٩: ١٧ مغ). وللنيكوتين تأثير على العديد من أجهزة الجسم نتيجة انتشاره السريع، فهو يؤثر تأثيرا سيئا على القلب والأوعية الدموية، والقناة الهضمية، والكبد والكلية، وله تأثيره المعقد على الجهاز العصبي، فالجرعة الأولى منه تعمل كمنشط قوي للدماغ، بينما الجرعات التي تليها فلها تأثير مسكن.

٢- القطران والمواد المسرطنة:

يحتوي دخان السجائر على (٥٠) مادة مسرطنة تقريبا، وهي من حيث التأثير قسمان: الأول: مواد مسرطنة ذات تأثير إنشائي "أي يحدث السرطان"، الثاني: مواد مسرطنة منشطة "أي تنشط العمليات السرطانية، التي تنشأها القسم الأول"

٣- أول أكسيد الكربون وغازات سامة أخرى ومنها:

ومنهما "ثاني أكسيد الكربون، سيانيد الأيدروجين، ثالث أكسيد الزرنيخ، وكبريتيد الأيدروجين"، حيث يعد أول أكسيد الكربون أخطر هذه الغازات ونسبته في الدخان السجارية تتراوح بين (١ - ٥%). وتأتي خطورة أول أكسيد الكربون - إضافة إلى سميته - من منافسته الشديدة للأوكسجين، فهو يتحد مع الهيموجلوبين بنسبة (٢١٠) أضعاف قابلية الأوكسجين، فمن يدخن (٢٠) سيجارة يوميا يفقد (٥ - ١٠%) من الهيموجلوبين لاتحاده مع أول أكسيد الكربون؛ وسيضطر الجسم لزيادة عدد الكريات الحمراء لتعويض نقص الأوكسجين، مما يؤدي إلى لزوجة الدم، مما يؤدي لجلطة الشرايين.

٤- المواد المهيجة والمخرشة:

إضافة إلى المواد السابقة الذكر يوجد في دخان السجائر أكثر من عشرين مادة من الأحماض العضوية المختلفة ومنها بعض المواد السامة مثل: "الأسيتيلين، والكحول الميثيلي"

(ج) أسباب التدخين وعوامل الاستمرار فيه:

(١) العوامل الاجتماعية: تتعدد العوامل الاجتماعية المؤدية للتدخين ومنها: (- Geier, Christine S. & ٢٠١٠)

١- التقليد (القوة السيئة):

حيث يقوم المراهقين والشباب بمحاكاة الكبار المدخنين واتخاذهم قدوة لهم، في المجالات التالية:

- الأسرة: وجود شخص مدخن أو أكثر في الأسرة يغري بقية أفرادها بالتدخين، وقد أثبتت الإحصائيات أن الطفل الذي لا يدخن أبواه أقل عرضة للتدخين من الذي يدخن أبواه أو أحدهما.
- الشارع: أن وجود شخص أو أكثر أو مجموعة الزملاء (الشلة) يغري ويشجع بقية أفرادها على التدخين، ليثبت بذلك رجولته، وصدق انتمائه إلى المجموعة.
- المدرسة: كلما قل عدد المدرسين المدخنين قلت نسبة المدخنين بين الطلبة، والعكس صحيح.
- الممثلون: والذين لا تكاد تغادر السجارة شفاههم، مما يؤدي إلى الافتتان بالتدخين وأنه سر النجاح.
- حب الاستطلاع والمغامرة: تدفع الأطفال والمراهقين لتجربة تدخين السجارية.

- المناخ العام: كلما كان المناخ مشجعا على التدخين كلما زاد الإقبال عليه والعكس صحيح، فالمجتمع الذي يتميز بتمسك أبناؤه بتعاليم دينهم فإن ذلك بمثابة حصانة ضد أي انحراف. وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات أن غياب الإرشاد الديني كان من العوامل التي تدفع المراهق إلى التدخين.

٢- الإعلان (الدعاية):

أن قوة الإعلان تضي على التدخين صفة الحداثة، والعصرية، والنضج، ولها تأثير بالغ في نفوس المراهقين وعقولهم، ومن مظاهره:

- الحكايات الشعبية: التي كانت تقوم قديما مقام أجهزة الإعلام المعاصرة، وهي تدور حول معني: "أن التدخين صفة من صفات الرجولة والكرم".
- أجهزة الإعلام: مع أن القوانين منعت الإعلان المباشر عن السجائر إلا أن شركات التبغ أوجدوا وسائل بديلة، فأتجهت إلى رعاية المسابقات الرياضية الكبرى، كسباق السيارات ومباريات الكرة، لتظل فكرة الارتباط بين السجارة والبطولة قائمة في أذهان الشباب إغراء لهم على التدخين. بل أن بعض الشركات المصنعة للتبغ، تعمل على تحسين صورتها من خلال إتباعها لسياسات وبرامج مثل "خدمات الصحة المدرسية، دعم برامج الرعاية اللاصفية للطلاب، وبرامج محو الأمية".
- اختيار الألوان المميزة البراقة لعلاف علبة السجائر: ومنها اختيار أسماء جذابة للسجائر.

٣- دافع إثبات الذات (حب الظهور):

يكبر الطفل ويكبر معه هذا الدافع، ويسعى لتحقيقه بشتى الوسائل، وبالتدخين يحس أنه خرج من دور الطفولة إلى دور الرجولة، وظهر أمام زملاءه بالشجاعة والقدرة على الانفاق.

٤- المجاملات الزائفة:

تلعب المجاملات الزائفة - خاصة في أماكن العمل - دورا بارز في انتشار التدخين، ويدخل في هذا الإطار أيضا بعض السلوكيات الشائعة بين الناس في بعض البلدان، والتي تتجلى في الأفراح والأفراح، حيث توزع السجائر عدة مرات على المشاركين.

(٢) الدوافع النفسية للمدخنين: ميز الباحثون النفسيون بين أربعة مستويات من صور التدخين: (حياة

رضوان علي، ١٩٩٣)

- التدخين بحكم العادة: فقد يكون الدافع في بداية الأمر هو الشعور بالنقص فيسعي الشخص للتخلص من هذا الأثر السلبي بالتدخين، وقد يكون للحصول على أثر إيجابي كالقبول في جماعة، ولكن بمرور الزمن تترسخ العادة وتتلاشي تلك الدوافع وتمارس عملية التدخين بشكل إلى بحت.

- التدخين للحصول على أثر إيجابي: فهو يدخل بهدف التنشيط والإثارة، فيشعر إما بطاقة متزايدة حسب وهمه، أو بالاسترخاء الذي يجلب المتعة النفسية والحسية.

- التدخين للتخلص من أثر سلبي (غضب، قلق، ضيق): ويطلق عليه التدخين للتخدير والتسكين.

- التدخين الإدماني: للحصول على أثر إيجابي والتخلص من أثر سلبي لديه والغرضان متوافقان وممتزجان بحيث تتكون هناك عملية (إدمان نفسي).

(٣) **التدخين لمعتقدات خاطئة:** ومنها تلك المعتقدات الشائعة ما يلي: (محمد سيد فهمي، ١٩٩٥)

- يدعي البعض أنه لم يرد نص شرعي بتحريم التدخين، وكلنا يعلم بأن التبغ لم يعرف في زمن النبي (صلى الله عليه وسلم) ولا في زمن الأئمة أصحاب المذاهب الفقهية، ولكن ذلك لا يعني عدم وجود أدلة شرعية عامة تدل على حرمة، فالاجتهاد والقياس دليل من الأدلة الشرعية في الفقه، وذلك لكون استعمال التدخين يمثل ضرر ولكونه يحطم الصحة البدنية والعقلية.

- قد يتذرع البعض بأن بعض علماء المسلمين يدخلون، والرد أن هؤلاء العلماء لم يدعوا لأنفسهم العصمة، ولعل بعضهم اعتمد على آراء علماء سابقين لم يقفوا على ضرر التدخين.

- يدعي البعض بأن الدخان لا يضره، وهي دعوي لا يسندها دليل ولا واقع، فالضرر حاصل ومشاهد عند غالبية المستخدمين للتبغ وهو كاف في الحكم بضرره.

- يدعي البعض بأن فيه علاجا، ولكن الإسلام إذ يحرم شيئا يحرمه قطعيا، وما كان الله ليجعل فيما حرمه شفاء، عن ابن مسعود رضي الله عنه: "إن الله لم يجعل شفاءكم فيما حرم عليكم" (رواه البخاري).

(٤) **العوامل الاقتصادية:** تفيد العديد من الدراسات أن من أهم العوامل الاقتصادية المشجعة على التدخين هي وفرة النقود مع المراهقين الناجمة عن مصروف الجيب المرتفع، حيث أشارت نتائج دراسة "مجدي جراس" إلى أن مصروف الجيب الفائض لا يدفع الطالب فقط إلى الانزلاق في تدخين السجائر بل أيضا الاندفاع في تجربة تعاطي المخدر من باب حب الاستطلاع. (نورهان منير، ٢٠٠٥)

(٥) **عوامل الاستمرار في التدخين: ومن تلك العوامل:**

- الإدمان: حيث يمثل الاعتماد على النيكوتين أحد الأسباب الرئيسة للاستمرار في التدخين.

- قلة الوعي بمخاطر التدخين: لعدم وجود مؤسسات كافية تبصر الناس بآثار التدخين السيئة.

- الأقوال المثبطة: كلما حاول الشخص الإقلاع عن التدخين سمع عبارة: "لا فائدة من المحاولة".

(د) **آثار التدخين الصحية والاقتصادية:** (على علي التمامي، ٢٠٠٥)

(١) **الآثار الصحية للتدخين:** تؤكد تقارير عديد من المنظمات أن هناك عددا من المخاطر الصحية التي تنترب على التدخين ومنها:

- عام ١٩٥٠م أظهرت الدراسات في إنجلترا وأمريكا تطابقا غير مسبوقا في الربط بين عادة التدخين وحدوث سرطان الرئة. وفي ١٩٥٤م نشر الباحثون في البلدين دراسات مستقلة تثبت ارتفاع معدل الوفيات بين المدخنين عنه بين غير المدخنين.
- وفي عام ١٩٦٢م أصدرت الكلية الملكية للأطباء في لندن تقريرا طبيا تم فيه كشف الآثار الضارة للتدخين على الصحة العامة.
- وأكد تقرير اللجنة الطبية الأمريكية الذي نشر في ١١/١/١٩٦٤م أن التدخين ضار بالصحة حتما وسبب رئيسي لعدد من الأمراض المميتة. ولا تختلف الآثار الضارة كثيرا بين تدخين السجائر ذات المصفيات Filter وغير المصفيات.
- ونشر في تقرير الكلية الملكية للأطباء عام ١٩٨٣م: "أن ثلاثة من كل عشرة يدخنون سيلاقون حتفهم بسبب أمراض ناتجة عن التدخين، وإن أغلب الباقين سيعانون من أمراض لها علاقة بالتدخين".
- وجاء في تقرير لمنظمة الصحة العالمية W.H.O في يناير ١٩٨٦م: "إن التدخين واستخدام التبغ يؤدي إلى (٩٠%) من جميع حالات سرطان الرئة (التي تقدر بمليون حالة كل عام في العالم) و(٧٥%) من جميع حالات التهاب الشعب الهوائية المزمن... "ويقول التقرير: "ولا يؤدي استخدام التبغ إلى الإضرار بالمتعاطي فحسب، ولكن المدخن يلوث البيئة، ويصيب غير المدخنين الموجودين معه بالأضرار الصحية البالغة"، ويؤكد أن التوقف عن استعمال التبغ سيؤدي إلى تحسين المستوي الصحي وإطالة الأعمار بما لا تستطيعه جميع الوسائل الأخرى.
- وفي تقرير الكلية الملكية الطبية البريطانية لعام ١٩٩٢م والذي يبحث في تأثيرات التدخين على الأجنة يؤكد أن: "التدخين عند الحوامل يؤدي إلى كثرة الإجهاض والإملاص (ولادة أجنة ميتة) وإلى حدوث الخداج (الولادة قبل الأوان) وإلى نقص وزن الوليد، وكثرة وفاة الرضع في الشهر الأول من ولادتهم، وحدوث العيوب الخلقية، ويؤكد التقرير أن الوفاة في المهد ترجع في كثير من الأجيال إلى تدخين الأبوين في المنزل، وأن ثلث حالات الصمم عند الأطفال يعود إلى أن أحد الأبوين مدخن".
- ومع كل هذا يستمر المدخن في التدخين غير مبال، ولعل ذلك يرجع إلى ما جبل عليه الانسان من رؤية الأخطار المباشرة والتغاضي عن الأخطار المستقبلية البعيدة، فالتدخين يحتاج إلى ربع قرن أو أكثر حتى تظهر آثاره المدمرة، إضافة إلى الطبيعة الإدمانية للتدخين نتيجة النيكوتين.
- (٢) الآثار الاقتصادية: يزرع التبغ- كما تقول منظمة الأغذية والزراعة الفاو (F.A.O)- في أكثر من ١٢٠ قطرا من أقطار العالم أكثرها تقع في دول العالم الثالث، حيث يعاني السكان من الفقر وسوء التغذية بل ومن المجاعات بين حين وآخر. وإذا افترضنا أن ثلث البشرية - البالغ عددها ستة مليارات- يدخن (تصل نسبة المدخنين في بعض الدول إلى ٦٠%) وان متوسط ما يدخن الفرد علبة واحدة يوميا،

وان متوسط قيمتها دولار واحد فقط، فهذا يعني أن البشرية تحرق يوميا ثلاثة أرباع ترليون من الدولارات تقريبا، ومن تداعيات التدخين الاقتصادية:

- التغيب عن العمل: بسبب ما يتعرض له المدخنون من أمراض ناتجة عن التدخين، وبذلك تفقد الدول عشرات الملايين من أيام العمل، تقدر بملايين الدولارات.

- تكاليف الرعاية الصحية: حيث أن مليارات الدولارات تنفق في إنتاج الدواء أو شرائه بسبب الاستهلاك المتزايد لعلاج الأمراض الخطيرة أو المزمنة الناتجة عن الإدمان على التدخين.

(د) أهم التشريعات الدولية والمحلية التي تكافح التدخين: (- Patten. Christi، ٢٠٠٩)

* دوليا: الاتفاقية الاطارية بشأن مكافحة التبغ (FCTC) The Frame Convention on Tobacco Control

تمثل الاتفاقية أول معاهدة دولية للصحة العامة تحدد الحد الأدنى من الاجراءات التي يتعين على الحكومات الالتزام بها للتصدي لاستخدام التبغ، حيث وافق أعضاء منظمة الصحة العالمية بالإجماع على المعاهدة في ٢١ مايو ٢٠٠٣م، وفي ٢٥ فبراير ٢٠٠٥م دخلت المعاهدة حيز التنفيذ، وتعتبر الاتفاقية جزء من القانون الدولي "بما يعني أن القوانين الوطنية يجب أن تحدث إلى مستواها"، وتتضمن:

١- فرض الضرائب على التبغ: حيث أن رفع أسعار منتجات التبغ بنسبة (١٠%) يخفض استهلاكه بمعدل (٤%) في البلدان المتطورة وحتى (٨%) في البلدان النامية، مما يعني أن زيادة أسعار السجائر بنسبة (٧٠%) من شأنها إنقاذ ١١٤ مليون شخص من الموت في أنحاء العالم.

٢- سياسة حظر التدخين: تقوم على حظر التدخين في مناطق معينة وتكون عادة مدعومة بأحكام تشريعية تنص على فرض غرامات على المخالفين، وبرغم تزايد عدد الدول التي قررت سن قوانين لحظر التدخين فإن هناك فقط (٥%) من سكان العالم (في ١٦ بلدا) يتمتعون بالحماية التي تؤمنها قوانين الحظر الشامل للتدخين.

٣- حظر الاعلان الدعائي: يشمل الاعلان الدعائي الرعاية والترويج والدعاية المباشرة وغير المباشرة لمنتجات التبغ باستخدام وسائل الاعلام المطبوعة والمسموعة والمرئية واللوحات الاعلانية والبريد الالكتروني والعادي، وهو ما تم حظره في ثلث بلدان العالم فقط حتى الآن.

٤- توسيم وتغليف علب منتجات التبغ: يجب أن تكون التحذيرات على علب السجائر فعالة بحيث تتضمن صورا ورسوما توضح المخاطر وان تصاغ بلغة قوية وواضحة ونوعية. علما بأن حوالي نصف سكان العالم يعيشون في بلدان لم تضع قيودا مناسبة على استخدام التعايير المضللة "سجائر خفيفة، قليلة القطران"

٥- الحملات الإعلامية في وسائل الاعلام الواسعة الانتشار: تشكل الحملات الإعلامية جزءاً أساسياً من البرنامج الشامل للحد من استهلاك التبغ، وتهدف إلى (التوعية حول الآثار الضارة للتدخين، حث المدخنين على الإقلاع عن التدخين).

٦- وقف التدخين: حيث تتوفر أنواع عدة من التدخلات للراغبين في الإقلاع عن التدخين أهمها: (تقديم المشورة لوقف التدخين، تقديم المساعدة عبر الهاتف والانترنت "خطوط الإقلاع"، والعلاج بالأدوية).
كما يعرف التدخين:

بأنه مصدر للفعل دخن، ويقصد بها هنا عملية إشعال أي شخص للسيجارة أو الغليون أو امتصاص الدخان الناتج عن الاشتعال ثم إخراجها من الفم والأنف. (عبد الحميد الحوسني، ٢٠١٢، ٨٦).

ويعرف التدخين بأنه استنشاق وابتلاع الدخان الناتج عن احتراق أوراق التبغ المحمل بعدد كبير من المركبات الكيميائية. (سمير أبو حامد، ٢٠٠٩، ١٣)

ويعرف التدخين بأنه عملية يتم فيها حرق لمادة، غالباً ما تكون التبغ، ومن هنا فإنه يتم تذوق الدخان أو استنشاقه. (عابد فصيل الزراد، ٢٠١٣، ٢٩)

وفي ضوء ما سبق فإن الباحث يمكن أن يحدد مفهوم التدخين في الدراسة الحالية بأنه: تناول المراهق السجائر المصنوعة من التبغ بشكل يومي بإرادته وبشكل منتظم لمدة شهر على الأقل مع عدم قدرته على الإقلاع عنها.

موقف جمهور العلماء من التدخين:

يرى جمهور العلماء تحريم تعاطي التبغ لأربع أسباب:

أولاً: التدخين مضر بالصحة وكل ما كان كذلك يحرم اتفاقاً

قال تعالى (الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ وَيَضَعُ عَنْهُمْ إِصْرَهُمْ وَالْأَغْلَالَ الَّتِي كَانَتْ عَلَيْهِمْ فَالَّذِينَ آمَنُوا بِهِ وَعَزَّرُوهُ وَنَصَرُوهُ وَاتَّبَعُوا النُّورَ الَّذِي أُنزِلَ مَعَهُ أُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ) (الأعراف/ ١٥٧)

والتدخين من الخبائث بالإجماع.

وقوله تعالى (وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ) (البقرة/ ١٩٥)

والتدخين يؤدي إلى التهلكة.

حيث يسبب وفيات في الجنس البشري أكثر مما تسببه الحرائق ومرض الإيدز وحوادث القتل وتعاطي الكوكايين وحوادث الطرق ومدمني الهيروين والحوادث المنزلية والمسكرات مجتمعة. (حسن البنا محمد، ٢٠١١، ٥٧)

ثانياً: التبغ من المواد التي تسبب الفتور في الجسم:

(وقد نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر) في حديث أم المؤمنين أم سلمة والذي رواه الإمام أحمد البخاري ومن الواضح أن النهي هنا للتحريم لكونه مضر بالصحة بل قد يؤدي إلى الوفاة وقصر الحياة، فتحريمه لذلك يعرفه العقل والفطرة، فإن الصحة أعظم منة وأكبر منحة من الله. كما نهى الله عن إيصال الإنسان الضرر إلى نفسه فقال تعالى (وَلَا تُلْفُؤْا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ) (البقرة/ ١٩٥) ثالثاً: التدخين يؤدي الغير سواء بالتدخين كرهاً (اللاإرادي) أو برأئحته غير الطيبة وفي الحديث الشريف عن أبي هريرة قال (قال رسول الله صلى الله عليه وسلم من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فلا يؤدي جاره (رواه البخاري)

رابعاً: التدخين ضرب من ضروب الإسراف والتبذير.

وذلك لضياعه جزء كبير من المال وتكليفه أحياناً نفقات للعلاج، وخسائر الحرائق ولا شك أن للأموال حرمة تصان لأجلها، ويعد إتلافه بغير فائدة سفهاً ونقص عقل، والشرع يؤيد ذلك قال الله تعالى (وَلَا تُؤْتُوا السُّفَهَاءَ أَمْوَالَكُمُ الَّتِي جَعَلَ اللَّهُ لَكُمْ قِيَامًا) (النساء/ ٥) والسفيه هو من لا يحسن التصرف في المال، كمن يبذله في حرام أو في غير فائدة، فمثل هذا يحجر عليه في ماله، ولا يمكن التصرف فيه، وشارب الدخان أولى بوصف السفه، واستحقاق الحجر عليه لما تقدم، وقد قال الله تعالى: (وَلَا تَأْكُلُوا أَمْوَالَكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ) (البقرة/ ١٨٨) ولا أبطل من إحراقه وتعذيب النفس به فهو أولى بالنهي، وقد نهى الله عن الإسراف والتبذير، فقال تعالى: (وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا) (الأعراف/ ٣١) كما قال (وَأْتُوا حَقَّهُ يَوْمَ حَصَادِهِ وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ) (الأنعام/ ١٤١). (عبد الله عبد الرحمن الجبيري، ٦٤، ٢٠١١)

أنواع التدخين:

تتعدد أشكال التدخين وأنواعه حسب نوع مادة التبغ المستخدمة، والطريقة أو الأداة المستخدمة لإشعال وحرق هذه المادة. ويمكن تقسيم التدخين إلى الأنواع التالية:

- تدخين السجارة (السجاير بأنواعها)
- تدخين السيجار
- تدخين البايب
- تدخين النارجيلة (الشيشة)
- تدخين الجوزة

مع ملاحظة أنه يمكن إضافة بعض أنواع المخدرات مثل: الحشيش والبانجو، عند ممارسة الأشكال المختلفة للتدخين. (عابد فيصل الزراد، ٢٠١٣، ٥٥)

عوامل انتشار التدخين بوجه عام:

يلاحظ في الآونة الأخيرة، وتفشي ظاهرة التدخين وخاصة بين صغار السن من الشباب (المراهقين). ويمكن حصر أسباب تفشي هذه الظاهرة في مجموعة من العوامل أهمها:

- قلة الوعي بخطورة التدخين.
- محاولة تقليد الكبار.
- ضعف الرقابة الأسرية على الأبناء.
- تفكك الأسرة وغياب الأب.
- تدليل الأبناء خاصة لو كان الابن الوحيد.
- رفاقاء السوء والرغبة في مسايرة القرناء.
- الهروب من المشاكل الخاصة.
- حب الاستطلاع.
- الجهل وانتشار الأمية (حسن أحمد شحاتة، ٢٠٠٩، ١١٤)

عوامل انتشار تدخين السجائر بوجه خاص:

يعد تدخين السجائر هو أكثر أنواع وأشكال التدخين شهرة وانتشار بين جميع المواطنين، وفي مختلف بلدان العالم، المتقدم منها والنامي على السواء.

وربما يرجع انتشار تدخين السجائر على وجه الخصوص إلى العوامل التالية:

- ١- صغر حجمها وسهولة حملها.
- ٢- سهولة التنقل والاحتفاظ بها.
- ٣- سهولة إشعالها في أي مكان مهما كانت الظروف.
- ٤- إمكانية الحصول على أعداد قليلة منها.
- ٥- إمكانية استخدامها للتحية والترحيب في المجالات والمناسبات المختلفة مثل: (الأفراح والمآتم)
- ٦- التقليد (القدوة السيئة) يعد التقليد وخاصة تقليد صغار السن لمن هم قدوة لهم مثل (الأب، العم، المعلم، والأسطى في العمل وغيرهم) من أهم عوامل انتشار التدخين. (عز الدين الدنشاري وحلمي معوض، ٢٠٠٣، ٧٦)

الآثار الاجتماعية للتدخين

مقدمة:

لم تعد الصحة اليوم مجرد خلوا من العلة أو المرض وإنما هي تكامل صحي لكل من الجسم و النفس والعقل والحياة الاجتماعية كما أكد على ذلك تعريف منظمة الصحة العالمية، ففي عام ١٩٠٥ م أطلق ريتشارد كابوت R-capote الطبيب الأمريكي صرخته الشهيرة قائلاً: بأن الطب يعتبر علم اجتماعي والمرضى انعكاس أو صنع اجتماعي وعلاجه يجب أن يكون علاجاً اجتماعياً (عبد الخالق عفيفي ١٩٩٩، ص: ٨٠:٧٩).

ويعتبر التدخين من المشكلات التي تؤثر على الحالة الصحية والاجتماعية و النفسية للفرد والمجتمع، ولهذا استمر الجدل طويلاً حول وضع التدخين من الناحية الطبية، وما إذا كان مرضاً يحتاج إلى العلاج، أم مجرد عادة لها بعض الآثار الصحية، ولقد ورد في آخر تصنيف للأمراض النفسية صادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، حيث ورد ما يؤكد الصفة المرضية للتدخين، ففيه لحاله مرضية تعرق بالاعتماد على التبغ، والاعتماد على التبغ يعرف علمياً بأنه استخدم الشخص للتبغ في صورة سجائر أو غير ذلك (لطي الشرييني، ١٩٩٩، ص: ٨).

كما تعتبر مشكلة التدخين إحدى مشكلات العصر الحالي على مستوى دول العالم بصفة عامة، وليست مشكلة التدخين حكراً على بلد دون آخر، ولا هي مشكلة مجتمع بعينه، أو أنها تخص قطاعاً أو فئة في المجتمع، كما أنها لا ترتبط برقت زمني محدد أو فترة دون غيرها، ولا يمكن القول بأنها مشكلة صحية فقط فهناك الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والنفسية المختلفة لهذه المشكلة (لطي الشرييني، ١٩٩٩، ص: ١٥).

وتعتبر القارة الأمريكية مصدر التبغ الذي اشتهر بقيمته المقدسة لدى القبائل الهندية التي كانت تستخدمه في طقوسها الدينية، حيث تجتمع القبيلة حول غليون هندي أو نارجيلة للاحتفال بالإنسان كصلة وصل بين الأرض والسماء منذ خمسمائة عام، وادخل فاتحو العالم الجديد التبغ إلى أوروبا رغبة منهم في استحضار أشياء غريبة إلى بلادهم، (زيدان كرم، ٢٠٠١، ص: ٢١).

وتشير الدراسات إلى أن التبغ بعد أن انتشر في أوروبا تسرب بعد ذلك إلى أفريقيا وآسيا حيث جلب في أواخر القرن العاشر الهجري إلى بلاد المغرب ثم إلى وسط أفريقيا ومنها إلى مصر ثم إلى الحجاز وسائر الأقطار. (شعيب الغباشي، ٢٠٠٤، ص: ١٨).

وتنتشر عادي التدخين في الآونة الأخيرة حيث منظمة الصحة العالمية في تقريرها ٢٠٠٨ أن عدد المدخنين في العالم أكثر من مليار مدخن ومن المقدر أن يصل إلى ١.٧ مليار بحلول عام ٢٠٢٥، بينما تبلغ الوفيات من الأمراض الناتجة عن التدخين ٥.٤ مليون شخص سنوياً ومن المتوقع أن ترتفع

الوفيات إلى أكثر من ٨ ملايين شخص سنويا عام ٢٠٣٠، وعن عدد المدخنين في المجتمع المصري يشير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء أن عدد المدخنين بلغ ١٣ مليون مدخن عام ٢٠٠٩. (منظمة الصحة العالمية)

الآثار المترتبة على التدخين:

يعتبر التبغ من الأسباب المؤدية للموت المبكر والأمراض والعجز في العالم أجمع، حيث قدر أن حوالي ٤.٩ مليون شخص يموتون سنويا بسبب استخدام التبغ، وهذا التقدير يشير إلى ارتفاع النسبة إلى ١٠ مليون شخص في عام ٢٠٢٠، إذا ما تم استهلاك السجائر على ما هو عليه حاليا، في حين سيكون هناك أكثر من ٧٠% من هؤلاء المدخنين في عداد الموتى بشكل سنوي وخصوصا في الدول المتقدمة (WHO, 2008)

ووفقا لإحصائية البنك الدولي فإن تعداد المدخنين سيصل إلى عدد ١.١ بليون مدخن في عام ٢٠٢٥، ويتوقع زيادة هذا الرقم إلى ٦.١ بليون شخص بوجود هذه النماذج من المدخنين، كما يتوقع أن يموت حوالي ٥٠٠ مليون شخص قبل نضوجهم من الأمراض المرتبطة بالتدخين، في حين سيكون أكثر من نصف الموتى من الأطفال والمراهقين، كما يتوقع البنك الدولي أنه في عام ٢٠٣٠ سيكون التبغ هو أحد أكبر مسببات الموت في العالم بمعدل ١٠ مليون نسمة سنويا، تتراوح أعمارهم بين ٦٩-٣٥ سنة (World Bank, 1999). وذكرت منظمة الصحة العالمية WHO (٢٠٠٣) من أن التدخين سببا رئيسا للأمراض المؤدية للموت مقارنة بالأمراض الأخرى، حيث تقدر عدد حالات الوفيات في كل عام ٤.٩ مليون مدخن. كما قدر أن ١٠ مليون مدخن سيموتون في العالم الثالث بسبب التدخين، وتشكل تكلفة علاج أمراض التدخين .هـ مليون دولار سنويا بالولايات المتحدة.

كما يعتبر التدخين من أكثر العوامل الرئيسية المسببة لأمراض القلب، والسكتة الدماغية، وسرطان الرئة، وأمراض الرئة المزمنة والمسببة جميعا للموت. ولقد قدر بان يكون هناك شخص مدخن من بين كل خمسة أشخاص يعيشون على هذه الأرض (١-٥) ممن يدخن ٢٠ سيجارة وأكثر في اليوم الأمر الذي جعلهم يعانون من الالتهاب الشعبي المزمن، كما تشير الدراسات إلى أن التدخين كان مسئولا عن موت ٣٠٠٠ شخص من غير المدخنين سنويا لإصابتهم بأمراض الرئة بشكل غير مباشر وذلك بسبب اختلاطهم بالمدخنين وهو ما يعرف بالتدخين السلبي (U.S. DHHS, 2000).

ويعتبر التدخين السبب الرئيس لأمراض السرطان بصفة عامة وسرطان الرئة والبلعوم بصفة خاصة، وحالات تمدد الرئة والتهاب القصبة الهوائية المزمنة، وأمراض القلب والجلطة الدماغية، والحالات الجسدية مثل تأخر شفاء الجروح وقرحة المعدة وهشاشة العظام (أنظر تقرير وكالة الأنباء الكويتية، ٢٠٠٨). وفي إطار معرفة ووعي أفراد المجتمع وخاصة من الفئات والشرائح الاجتماعية الصغيرة، فقد

ذكر بنار والكتبي في دراستهم على طلبة المدارس من أن أفراد العينة التي قاموا بإجراء الدراسة عليهم أقرّوا بأن التدخين من المسببات الرئيسية لسرطان الرئة وأمراض التنفس والقلب ولكن عددا قليلا من أفراد عينتهم من المدخنين اعترفوا بمضار التدخين (AlKetbi, 1999 & Bener). ولا يقتصر خطورة التدخين على تناول السجائر، فتناول الشيشة يعتبر من وسائل تدخين التبغ وبطريقة مختلفة وذلك عن طريق استخدام الفحم والماء الذي يوضع في إناء يمتد منه أنبوب مطاطي، وتنتشر عادة تدخين الشيشة في الشرق الأوسط بشكل كبير وله مخاطر تفوق مخاطر تدخين السجائر، وتكمن خطورتها بتنامي المعلومات الخاطئة حول التقليل من خطورة تأثير الشيشة لدى عينات الشباب، فقد أشارت دراسة قام بها المطيري وآخرون (Almutairi et al., 2006) على عينة من الشباب الخليجي بأن غالبية الشباب الخليجي يعتقدون بأن تدخين الشيشة يعد أقل خطورة من تدخين السجائر التقليدية ظنا منهم أن تدخين الشيشة يفلتر عن طريق الماء.

ويمتد الاعتقاد بعدم خطورة الشيشة مقارنة بخطورة ومضار السجائر، إذ لم يعد يقتصر على العالم العربي فقط، إذ تشير إحدى الدراسات بالمجتمع الأمريكي (Weglicki et al., 2007) إلى انتشار الاعتقاد الخاطئ بأن الشيشة أقر خطورة من تدخين السجائر، لدرجة تنامي انتشارها بين الشباب الأمريكي الجامعي لتصل لنسبة ٢٠% من مجموع الطلاب.

ومن خلال هذا البحث والذي هدف لتسليط الضوء على درجة الاتجاهات نحو التدخين ومدى انتشاره في المجتمع الكويتي بين فئة الشباب عن طريق تحديد بعض العوامل الاجتماعية والثقافية وغيرها من العوامل المرتبطة بانتشارها وفلك بالتركيز على معرفة العوامل المؤثرة بالاتجاهات نحوه، وللسعي لمعرفة العمر الذي يبدأ عنده الشاب المدخن من تناول السجائر الأولى وكذلك العمر المحدد لاعتباره مدخنا مستمرا، وما هو تأثير تدخين أحد الوالدين أو الأصدقاء ومدى تأثير وسائل الإعلام في التأثير في الاتجاه نحو مشكلة التدخين. كما تهدف الدراسة للتعرف على ومقارنة اتجاهات المدخنين وغير المدخنين الشباب من الجنسين نحو هذه الظاهرة.

أثر التدخين على الفرد والمجتمع :

لقد أوضح الأطباء أن التدخين يسبب أضراراَ صحية بالغة بجسم الإنسان ، وبماله وبعقله . فإنه يوهن القوة ويضعف البصر والقلب ويمنع من الانتفاع الكلي بالغذاء . قال تعالى (ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة)

فالذي يدخن يندفع بشكل تلقائي نحو كارثة محتومة بسبب مجموعة من الأمراض القاتلة ، وشركات التبغ هي شركات القتل ، وهي شركات تتجر بالموت ، تنتج هذه الشركات بمعدل (سيجارتين) يومياَ لكل إنسان على وجه الأرض ، أي إنها تنتج في اليوم الواحد اثني عشر ألف مليون سيجارة ، إن هذه الكمية التي تنتجها شركات الدخان فيها مواد سامة لو حقنت دفعة واحدة في أهل الأرض لاستطاعت

أن تبيد الجنس البشري بأكمله ، بل إن أثرها أشد من أثر أكبر قنبلة ذرية ، إن عدد الذين يلقون حتفهم ، أو يعيشون حياة تعيسة من جراء التدخين يفوق عدد الذي يلاقون حتفهم نتيجة الطاعون والكوليرا والجذري والسل والجذام والتيفوئيد والتيفوس مجتمعين ، والوفيات الناجمة عن التدخين هي أكثر بكثير من جميع الوفيات للأمراض الوبائية مجتمعة ، هذه فقرة من تقرير نشرته منظمة الصحة العالمية .

ثمة إحصاء رسمي يبين أن هناك ألف وفاة كل يوم بسبب الدخان ، وهذا العدد يزيد سبعة أضعاف على عدد الذين يموتون في حوادث السير ، علماً بأن أعلى نسبة يموت بها الناس هي نسب حوادث السير ، لذلك قالت منظمة الصحة العالمية : " إن التدخين يعد سبباً حتمياً لأمراض مميتة " .

وثمة إحصائية دقيقة تقول : إن مجموع الذين يموتون بسبب التدخين في دولة غربية واحدة هي أربعمئة ألف إنسان ، بواقع ألف كل يوم أو أكثر ، إن بين كل ثلاثة مدخنين يلقى أحدهم حتفه بسبب التدخين ، هذه كلها تقارير من منظمة الصحة العالمية .

إن مجموع الدخل الذي تحققه الدول الكبرى من جراء الضرائب الباهظة على إنتاج التدخين هو أقل بكثير من الأموال التي تنفق في معالجة الأمراض الناتجة عن التدخين .

إن الإنسان جبل على رؤية الأخطار المباشرة والاستهانة بالأخطار غير المباشرة ، فلو ظهرت إصابات وتظهر كل يوم أنفلونزا الطيور في بلد ما كما ترون وتسمعون لخف المسئولون عن الصحة لمواجهة هذا المرض ، واستنفروا ، ولكن لماذا لا يواجهون أخطار التدخين بهذا القلق الشديد ، وبهذه التدابير الحازمة ، ومن أنجح الإعلانات التي وضعت في حين من الأحيان على طرق دمشق رسموا رصاصاً وكتبوا تحتها موت سريع ، ورسموا سيجارة ، وكتبوا تحتها : " موت بطيء " (محمد راتب، ٢٠٠٦)

يتسبب التدخين بمختلف أشكاله في تكبد المجتمع خسائر مادية وبشرية يمكن توضيح أهمها فيما يلي :-

١- يعتبر التدخين خسارة اقتصادية على المجتمع لأن مواد التدخين جميعها تستورد من الخارج مقابل أموال ضخمة مما سبب الضرر للاقتصاد الوطني

٢- حيث أن التدخين يزيد من نسبة انتشار بعض الأمراض المعدية ومشاعر التعب والإرهاق ، بالإضافة إلى ما يتحمله المجتمع من خسائر مادية نتيجة العناية الصحية التي تواجه لمشكلات أمراض التدخين .

دارسات الخدمة الاجتماعية ومنظورها عن التدخين:

مقدمة:

إن عامل العمر يعتبر أحد المحددات المهمة لتفاعل البيئة المحيطة بالفرد بدرجة إستعداد الفرد الذاتية، فوفقا لما تذهب إليه نظرية التعلم الإجتماعي، فإن العمر يعد محورا مهما في التأثير بالإتجاهات أو باللجوء لتجريب وتناول السجائر أو الشيثة. حيث تشير الإحصاءات لنتائج الدراسات الميدانية والمسحية إلى أن نسبة انتشار التدخين في الولايات المتحدة قد بلغت معدل ٢٠.٩% من أصل ٤٤ مليون فردا وتقدر ما نسبته ٤٧% من هؤلاء المدخنين ما بين عمر ١٨-٤٤ سنة، حيث يشكل الرجال نسبة ٢٣.٤% بينما تشكل النساء نسبة ١٨.٥% (CDC, 2005) كما أن التدخين في الدول العربية أصبح من الظواهر المتزايدة بشكل ملحوظ، ففي العراق، على سبيل المثال، كان أن هناك ٤٠% من طلبة الكليات أعمارهم بين ١٨-٢٢ سنة من المدخنين. (WHO, 2006)، وحسب ما جاء في التقديرات الذي أشار لها التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية، وبمقارنة بين الذكور والإناث في الدول العربية، فقد وجد أن المدخنين الذكور في العراق يشكلون نسبة ٤٠% فيما بلغت نسب الإناث ٥% لدى الإناث، أما في جمهورية مصر العربية فيشكل الرجال نسبة ٤٠%، في حين كان هناك ١٨% من المدخنين من إناث، أما في فلسطين فإن المدخنين يشكلون نسبة ٤٠% ذكور والإناث ٢.٧%، أما في سوريا فيشكل الذكور ٩.٥% والإناث ٩.٩%، وتونس ٦١.٩% ذكور و ٧.٧% إناث، واليمن ٧٧% و ٢٩% إناث (WHO, 2006).

وتشير الدراسات لانتشار كبير للتدخين بين الشباب في الشرق الأوسط في سن مبكر وبشكل ملحوظ، حيث أكدت إحدى الدراسات إلى أنه يبدأ مبكرا قبل سن ١٤ سنة (Hill, 2003 & Kulwicki). في حين تنامي بالطفرة السنوية لمعدلات المدخنين بالعديد من الدول. ففي جمهورية مصر العربية على سبيل المثال يتزايد بنسبة ٨-٩% سنويا أي بمقدار يفوق التزايد العام لعدد السكان. (Hassan, 2003) كما تشير الإحصاءات لتنوع نسب تدخين الشباب في الوطن العربي، ففي الكويت مثلا، بلغت نسبة المدخنين من المراهقين الشباب والذين يتراوح أعمارهم (١٥-٢٠) لتصل لنسبة (٣٤.٤%)، وفي العراق بلغت نسبة لتصل (٤٠) لمن أعمارهم (١٨-٢٢ عام)، وفي الإمارات (٣٠.٣%) لمن يتراوح أعمارهم (١٥-١٩) (Hill Rice, 2003 & Kulwicki)

أما عن مقدار استهلاك التدخين بشكل يومي، قد أشارت الدراسة لوجود نسبة ٤٥% يستهلكون عدد ١٥-٢٥ سيجارة يوميا، في حين كانت هناك نسبة ٢٠% من العينة قد تجاوزت نسبة استهلاكها ما يعدل أكثر من علبة ونصف باليوم. أما عن العمر عند بداية التدخين، فقد كانت المرحلة العمرية الواقعة بين ١٧-٢٠ هي أكثر حساسية للبدء بالتدخين، حيث أشارت نسبة ٥٢.١% إلى أنهم أصبحوا مدخنين خلال تلك

المرحلة العمرية، في حين أن نسبة ٨٠.٤% قد بدؤوا التدخين قبل أن يبلغوا عمر ٢٢ عاماً (Radovanovic et al., 1999).

كما أجريت دراسة أخرى للأصاري (Alansari, 2005) والتي حذر فيها من أن التدخين ينتشر بين طلبة جامعة الكويت، فبعد أن قام بتطبيق دراسته لفحص أعداد المدخنين على عينة من الطلبة عددهم ٧٧٧ طالباً وطالبة متوسط أعمارهم بلغ عشرين عاماً، حيث أشارت الدراسة إلى أن ٤٢.٢٠% من أفراد العينة قد جربوا التدخين مرة واحدة على الأقل خلال مراحل العمر.

وبالمقابل، فإن هناك من الدراسات من تقل من حجم مشكلة تدخين الشباب، فقد أشارت أحد الدراسات (Chandrashekar et al., 2008) من أن انتشار استخدام التبغ وارتباطها بين طلبة الكليات في النيبال كان ضعيفاً، حيث تم عمل مسح حول التدخين في النيبال عام ٢٠٠٧ باستخدام مقياس للتقدير الذاتي على ١٦٠٠ طالباً اختيروا من ١٣ كلية بطريقة عشوائية. وتوصلت النتائج إلى أن استخدام التبغ ينتشر بمقدار ١٣.٩% للذكور، و٢٠.٥% للإناث وكانت بداية التدخين في عمر ١٥-١٦ سنة. وأما فيما يتعلق بالمعدل اليومي لأعداد السجائر المستهلكة، فقد أشارت الدراسة لوجود حوالي ٥٨.٧% ممن يتناول على الأقل سيجارة واحدة باليوم، ولقد أشار ٦٧.٨% من أفراد العينة بانهم اشتركوا بالتبغ بأنفسهم من المحلات التجارية أو من أصدقاءهم، وذكر ٦٦.٧% بانهم يدخنون في المقاهي والمطاعم متبوعاً بالأمكن العامة، أما ٨٢% من أفراد العينة فذكروا بانهم تأثروا بالإعلانات التجارية من المجلات والجرائد، كما تأثروا من تدخين والديهم وأقربائهم.

كما تشير الدراسات إلى العمر الذي يبدأ الشاب به بتناول التدخين، يختلف من مجتمع لآخر ومن بلد لآخر، فقد وجدت دراسة باوزير وزملائه (Bawazeer, Hattab, and Morales, 1999) من أن ما يصل لنسبة ٣٦.٣% من الشباب المدخنين بالمرحلة الثانوية قد بدأوا التدخين من خلال التدخين مع أصدقائهم في بداية تناولهم للسجائر، في حين توصلت دراسة داميناكي وآخرين

(Damian naki et al., 2008) والتي هدفت للتعرف على العوامل التي تؤثر على المراهقين وتدفعهم ليصبحوا مدخنين، وقد أكدت النتائج من أن ٢٣.٩% من أفراد العينة جربوا التدخين في فترات سابقة من حياتهم، مقابل ١٨.٦% لا يزالون مدخنين في الوقت الحالي. وقد ذكرت نسبة ١١.٤% أنهم يدخنون بشكل يومي، وكانت هناك ارتباطات دالة بين استمرارية التدخين مع الطلبة من المراحل النهائية للدراسة، كما بينت الدراسة أن الذكور دخنوا بأعمار أصغر من الإناث حيث كانت أعمارهم $13.4 \pm$ ٢.٣ أما الإناث كانت أعمارهم 14.1 ± 2.3 ، وهذا وتبين بان هناك ارتباطات موجبة دالة بين المدخنين الحاليين وبين وجود أخوة وأقرباء لهم يدخنون أمامهم، ووجود أصدقاء لهم يدخنون.

لما كان الإتجاهات نحو التدخين أو اللجوء لتناول السجائر والشيشة يتأثر بتفاعل الفرد مع البيئة المحيطة وخصوصا تلك البيئة اليومية التي يتعاطى ويتفاعل معها الفرد بشكل يومي ومستمر، فإن البيئة الأسرية تعد الوسيط الأهم من حيث التأثير بقوة الإتجاهات نحو هذه المشكلة من جهة ومدى ممارستها من جهة أخرى. فقد أوضحت الدراسات خلال العقد الأخير من الألفية الجديدة لمدى تأثير البيئة الأسرية في اتجاه الأبناء لتناول السجائر، إذ أشارت دراسة هوبيار وفوريا إلى أن التدخين يتضاعف لدى الأفراد بالأسر المدخنة مقارنة بالأسر غير المدخنة (Vuoria, 1999 & Astedt-Kurki, Hopia)، في حين اقترح توملسون وهول (Hall, 2003 & Tomlinson) إلى أن أحد أهم المتطلبات الأساسية للمحافظة على المجتمع و صحة الأسرة، وخصوصا الحد من تدخين الوالدين، وهذا ما أشارت إليه دراسة رودن من أن للوالدين دور مهم في أن يكونا نموذجا إيجابيا لسلوكيات أبناءهم (Roden, 2003).

كما تؤكد الدراسات كذلك إلى أن للتدخين داخل البيت من جانب الوالدين من تأثير لتدخين الأبناء الصغار في المستقبل، حيث وجدت دراسة مازيك (Mzayek, 2000 & Maziak) إلى أن تدخين أحد الوالدين كان طريقا لتدخين الأبناء بمقدار أربعة أضعاف مقارنة بالأسر التي لا يسمح بالتدخين فيها أو التي لا يدخن فيها الوالدين، كما دلت دراسات أخرى على أن تدخين الوالدين من الأسباب المؤدية لتدخين الأبناء (Alsad, 2008 & Khader) من جانب آخر، قام كل من جرسباش وزملائه (Griesbach, Currie, 2003 & Amos) بدراسة عينة من الطلبة (ن= ١٠٨٠٢) تم اختيارهم من سبعة مناطق أوروبية، حيث أشارت الدراسة إلى أن التدخين يرتفع بشكل مضاعف لدى صغار السن إذا كان أحد الوالدين مدخنا، حيث خلصت الدراسة إلى أن الأسر التي بها مدخن سواء كان أحد الوالدين، أو أحد الإخوة اكبر سنا، كان الأبناء أكثر عرضة للتدخين بالمقارنة بأقرانهم بالأسر غير المدخنة.

وفي دراسة طويلة امتدت كثر من عشرين عاما، للتحقق من مدى تأثير التعرض للتدخين منذ الصغر نتيجة وجود أحد الوالدين كمدخن بالمنزل وأثر ذلك على الأبناء، فقد قام ببول وزملائه بتتبع عينة قوامها ٦٥٥٥٩، يتراوح أعمارها بين ١٥-١٩ عاما، حيث طبقت استبانة كانت نسبة المشاركة بها ٥٤%، وقد خلصت الدراسة من أن الأطفال الذين سبق لهم معايشة لأحد من المدخنين، قد كانوا أكثر عرضة واتجاهها لسلوك للتدخين، وخصوصا أولئك الأطفال الذين كان أحد الوالدين مدخنا، حيث كانوا أكثر اندفاعا نحو التدخين (Paul et al, 2008). كما تؤكد دراسة أخر لتأثير البيئة الأسرية المدخنة السلبي على الأطفال والمراهقين، حيث وجد لي وآخرون (Li et al., 2003) في دراساتهم أن ١٥ مليون طفل ومراهق يعيشون وسط بيئة المدخنين، وأن هناك ٤٩% من هؤلاء الأطفال والمراهقين يعيشون وسط عائلات من المدخنين، بينما كان هناك ٤٣% منهم يسكن مع مدخن واحد على الأقل من الأبوين. لهذا فإن عامل البيئة الأسرية لا شك من أنه عاملا مهما ورئيسيا في توجيه مواقف واتجاهات الشباب نحو تناول ومجالسة المدخنين من عدمه.

وفي دراسة هدفت لقياس مستوى انتشار التدخين وتحديد عادات وممارسات ومواقف التدخين بين طلبة المدارس الثانوية من الفتيان تراوحت أعمارهم بين ١٥-١٩ سنة في دولة الإمارات العربية المتحدة، ومقارنتها ببعض البيانات الدولية باستخدام الاستبانة المعدة من منظمة الصحة العالمية، ح طبقت هذه الاستبانة على عينة عنقودية عددها ١٧٠٠ طالب وطالبة اختيروا عشوائيا، حيث تبين انتشار التدخين لدى عينة الدراسة بمقدار ٢٨.٢% اعترفوا بانهم دخنوا في السابق وقد اقلعوا الآن عنه، كما أنكر ٥٢.٩% من أفراد العينة بانهم قد دخنوا من قبل، كما اعترف ٣٠.١% من أفراد العينة أن أصدقائهم كانوا المصدر الرئيس والأول لجعلهم مدخنين، وذكر ٤٥% من أفراد العينة أنهم قد بدءوا التدخين بين عمر ١٠-١٥ سنة، و ١٥.٧% كانت أسرهم قد سمحت لهم بالتدخين، في حين ذكر ٧٨.٣% منهم بأنه لم يسمح لهم بالتدخين من قبل عائلاتهم، كما ذكر ٦% من أفراد العينة عدم معرفة أولياء أمورهم بتدخينهم، هذا وذكر ٦٦.٥% من المدخنين بانهم يريدون التوقف عن التدخين، كما تبين أن الآباء المدخنين كان أبنائهم أكثر تدخيناً من أفراد العينة من آباء غير المدخنين، وذكر أفراد العينة أيضاً أن تأثير وسائل الإعلام كانت شديدة التأثير عليهم (AlKetbi,1999) & Bener.

ومن العوامل المؤثرة في الاتجاه للتدخين كان عامل الجنس حيث أكدت الدراسات من عاملا جوهريا في التمييز بين الذكور والإناث بأسباب اللجوء للتدخين. حيث كانت أكثر الأسباب المؤدية لتدخين الفتيات هو الاعتقاد بان التدخين يمكنه المساعدة على حفظ الوزن ودعم برامج الرجيم والذي تحافظ عليه الإناث بدرجات أكبر من حرص الذكور (French, 2001; Cawley et al., 2004 & Fulkersom)، بل تؤكد نفس الدراسات إلى تهافت البدينات للتدخين مقارنة بغير البدينات للاعتقاد بدور التدخين بتخفيف الشهية وفقدان الوزن. أما عن العوامل المساعدة بتدخين الذكور، فتشير بعض الدراسات والتي حللت سيكولوجية دعايات التدخين والموجهة للمراهقي والشباب من أن تلك الدعايات قد أوجدت صورا ذهنية تربط تدخين الذكور بالنضوج واكتمال الرجولة والحصول على الاسترخاء، الأمر الذي يدفع الشباب لتقليد الكبار للوصول لتلك الصور الذهنية (Dewhirst and Sparks, 2003)، فيما رأت دراسة (Bancraft et al, 2003) من تأثير الدعايات التجارية والإعلامية من ربط تخفيف ضغوط العمل باللجوء للتدخين لدى الذكور، في حين تربط الدعايات تدخين الإناث بتخفيف الضغوط الزوجية وضغوط الأبناء.

كما يعتبر محور بيئة الأصدقاء من المحاور الرئيسية في التفاعل والتبادل في تغيير الإتجاهات وممارسة سلوك تناول السجائر وغيرها من أنواع التبغ والشيشة. لذلك فإن تأثير البيئة المتعلقة بأصدقاء الشباب تعتبر محورا يوازي إن لم يتعدى تأثير البيئة الأسرية.

حيث أكدت العديد من الدراسات للتأثير الكبير لجماعة الأصدقاء في لجوء الشباب للتدخين

Al-Shatti, 2000; & Memom, Moody, Sugathan, El-Gerges, Al-Bustan) khan, 1996; and Al- & Siddiqui, Ogbeide, Al Khalife, 2000; Saeed, khoja (Karim, 2001 & Yousaf).

كما تؤكد الأبحاث من أن الأصدقاء كانوا أكثر العوامل المؤدية للجوء للتدخين، ففي دراسة ميدانية أجريت على عينة من ١٠٥٧ طلبة جامعة الشارقة في دولة الإمارات العربية المتحدة، كشفت الدراسة إلى أن نسبة ١٥.١% كانوا من المدخنين منهم ٩.٤% مدخنين للسجائر و ٥.٦% يدخنون الشيعة، وكانت نسبة الإناث المدخنات للسجائر تشكل ٨.٩%، في حين كانت نسبة تناول الشيعة تشكل نسبة ٢٦.٢%. وباستخدام تحليل الانحدار تبين أن من أكثر العوامل التي تنبئ بلجوء الشباب للتدخين لدى الطلبة الذكور، هو عامل وجود أصدقاء للطلبة من المدخنين، إضافة لوجود أحد الأبوين من المدخنين. (Mandil et al., 2007)

في حين أكدت أكثر من دراسة (Al Khalifa, & Memom et al., 2000; Siddiqui, Ogbeide) (2000). على أن تأثير الأصدقاء كان عاملاً مهماً في اتجاه الشباب للتدخين وتكوين اتجاهات إيجابية حول التبغ أو المدخنين، في حين أشارت نتائج دراسة وانج وزملائه (Wang et al. 1990) إلى أن الاحتكاك بأصدقاء مدخنين يزيد إمكانية تدخين المراهق بدرجة ١.٥% مقارنة بالأصدقاء غير المدخنين. فيما وجدت دراسة (Abolfotouh et al. 1998) من أن الأصدقاء كانوا أكثر المؤثرات للتدخين لدى الشباب.

ومن الدراسات المؤكدة على تأثير بيئة الأصدقاء باتجاه الشباب نحو تناول السجائر أو تناوله، فقد أشارت دراسة اليوسف وكريم من أن الطلاب الذين لديهم أصدقاء وأقران مدخنين قد كانوا أكثر تدخيناً من غيرهم مقارنة بأولئك الذين ليس لديهم أصدقاء مدخنين (Karim, 2001 & Al Yousaf). ولا يقتصر التأثير من جانب الأصدقاء فقط. حيث دراسة تايلور وزملائه (Taylor et al., 2004) على عينة ٦٢٤ شاب ومراهق، من أن للقدوات وأصحاب المثل الأعلى من الفنانين واللاعبين المدخنين من دور كبير في تقليد أولئك المعجبين بسلوك أولئك القدوات.

من جانب آخر، تشير البحوث الميدانية من تأثير المستوى الاقتصادي في اللجوء للتدخين وكذلك بدرجة اتجاهات الشباب نحو التدخين، ففي دراسة لهانسون وشين (Hanson and Vhen, 2007) والتي وجدت ارتفاعاً في نسبة التدخين لدى الشباب المنتمي لأسر ذات دخول اقتصادية عالية، وتعلل الدراسة ذلك الاتجاه بالعزلة التي يعيشها الشباب بالأسر الغنية عن محيط الراشدين مقارنة بالأسر متوسطة أو ضعيفة الدخل، إضافة لتوفر المال وقلة المسؤوليات الحياتية لهؤلاء الفتية.

ومن المحاور المهمة والمؤثرة في صياغة اتجاه الشباب نحو التدخين، إضافة إلى مدى لجوءه للتدخين من عدمه، هو محور التدخين، حيث أكدت دراسة حميد وزملائه، (Noreen, Mughal, and Rauf

Hameed, Jalil (2002)، على أهمية الالتزام الديني في الابتعاد عن اللجوء للتدخين. فقد أكدت دراستهم على عينة ألف مشارك باكستاني إلى نسبة تدخين الشعب الباكستاني (٣٢.٥%) لكن نسبة تصل إلى (٧٠%) من المدخنين قد أكدوا قلة التزامهم الديني مقابل فقط (٩%) من المدخنين ممن أكدوا على درجة عالية من الالتزام الديني.

وفي دراسة أخرى على عينة من طلاب المرحلة (٩-١١) سنه، فقد أكدت الدراسة أن ممارسة الطالب للشعائر الدينية قد قللت لديه الاتجاه نحو التدخين، في حين أكدت نفس النتائج على عينات تتراوح أعمارهم (٢٢-٢٣)، أن التدين مرتبط بعدم اللجوء للتدخين. (Whooley, Boyd, Gardin, and Williams, 2002)

ومن مراجعة العديد من الدراسات فإن الغالبية العظمى من تلك الدراسات لتؤكد من أن الالتزام الديني، تؤكد الدراسات على أنه مهم في البعد عن أي تصرفات وسلوكيات سلبية قد تقود للتأثير السلبي على صحة وسلامة الفرد (Sloan and Bagiella, 2002)، بل تؤكد دراسات أخرى (Williams, Lewis- Jack, Johson, and Adams-Campbell, 2001) إلى أن المشاركين بالأنشطة الدينية، كانوا أقل تناولا للتدخين مقارنة بمن لا يشارك بأنشطة أو فعاليات دينية.

وحول علاقة الإدراك السلبي لمخاطر التدخين بتناول أو عدم تناول التدخين، فقد أكدت دراسة الماس وزملائه (Almass, 2002) على عينة مقارنة بالسعودية وإيرلندا، من أن المعرفة الصحية بمخاطر التدخين يؤدي إلى عدم اللجوء لسلوك التدخين أو الإقناع عن الاستمرار فيه.

حيث أكدت دراسة خليجية على تأييد الشباب لاتخاذ إجراءات صارمة للحد من التدخين بالأماكن العامة، إضافة إلى عدم موافقتهم للمدخنين بتناول السجائر في مجالسهم الاجتماعية. (Abolftoutouh et al., 1998)

ونستخلص من مراجعة الدراسات السابقة وجود عوامل متداخلة حددتها الدراسات تسهم في تكوين الاتجاهات نحو التدخين وتناول التبغ بشتى أنواعه. كما تشير الدراسات إلى أن هذه العوامل تنقسم لعوامل تتعلق بالفرد من حيث الجنس، والعمر، والمستوى الإقتصادي، والثقافي، ودرجة الصحة النفسية، والجسدية، ودرجة التدين من جهة، وعوامل تتعلق بالبيئة المحيطة بالشباب وتتمثل هذه المحددات بطبيعة الأسرة التي ينتمي لها الشاب ومدى وجود مدخن من الوالدين أو أحد الإخوة المدخنين، كما تشمل المحددات البيئية المحيطة بالشباب والتي يتفاعل معها أولئك الشباب وتحدد درجة اتجاههم نحو التدخين، محدد الأصدقاء مدى موقفهم أو تناولهم للتدخين.

ودراسة: سوسن عبد الونيس إبراهيم ١٩٩٢ وتوصلت إلى فاعلية الاتجاه المعرفي السلوكي من منظور خدمة الفرد في علاج مشكلة التدخين لدى عينة من المراهقين من خلال استخدام تكتيكي الانطفاء

التدريجي والتدعيم الايجابي وذلك من خلال الاهتمام بتنمية دافعية المدخن إلى الدوافع النفسية والاجتماعية لتدخين السجائر لدى عينه من الطلاب من أهمها: الاعتقاد الخاطيء بان التدخين دليل رجولة، وعدم وجود قوانين مشددة تطبق لمنع التدخين، وشعور الطلاب بالسعادة عندما يدخنون أمام الجنس الآخر،

ودراسة السيد عبد المقصود أحمد رزق ٢٠٠٢ وأوضحت النتائج أن استخدام الخبرة الهادفة غير المباشرة من منظور خدمة الجماعة لها أثر على وقاية الطلاب من التدخين وتنمية الذاتي لديهم، ودراسة السيد منصور محمد عبد العال ٢٠٠٧ وأسفرت النتائج عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في مواجهة مشكلة تدخين السجائر لدى الطلاب. وذلك من خلال أساليب العلاج المعرفي السلوكي وأهمها التدعيم.

ترتبط مشكلة التدخين بصفة عامة بالعديد من العوامل منها العوامل الاجتماعية التي تعني الخبرات والسلوكيات، ونمط المعيشة، والبيئة الجامعية والأسرة والخصائص الشخصية التي قد تزيد من فرصة إقبال الشباب من الجنسين على التدخين بصفة عامة وتدخين الشيشة بصفة خاصة، وفهم هذه العوامل هو مطلب أساسي يساعد على فهم طبيعة المشكلة، وإمكانية وضع حلول لها ومواجهتها، ونظرا لتعدد مشكلة التدخين وتداخل فيها العديد من العوامل قد تم الاتفاق بين العديد من الدراسات على أن أهم العوامل التي ترجع للشباب في التدخين هي: الاستقلال الذاتي فالشباب من الجنسين يحرصون على التحرر من سلطة الراشدين ويريدون أن يستقلوا بأمورهم دون سيطرة الأسرة والمجتمع ويحاولون أن يجبروا الناس المحيطة بهم على الاعتراف بأنهم قد أصبحوا كبار، ويدفعهم ذلك إلى أنواع من السلوك الاجتماعي الذي يتجلى فيه الغضب أو التمرد. (إبراهيم محمد يسري إبراهيم دعبس، ١٩٩٥. ص: ٢٠٦).

وكذلك تركز الشباب حول ذواتهم وسيطرة الخيال عليهم واعتقادهم أن التدخين وسيلة تساعدهم على استمرار الخيال يدفعهم للإبقاء على التدخين، كما أن حب الظهور والرغبة في التباهي يعتبر من خصائص مرحلة الشباب والشباب يعد التدخين مؤشرا لهذا التباهي من ناحية أخرى (سنا محمد سليمان، ٢٠٠٨. ص: ٧١-٧٢)

كما يتميز الشباب بصفات مزاجية تدفعهم للتدخين من بينها الخجل أو التهيب الشديد أو عدم الثقة بالنفس أو عدم الثقة بالآخرين، كما ساعد على انتشار التدخين وتضاعف عدد المدخنين، أيضا وخاصة بين الشباب قيام الشركات الأجنبية للدخان بإغراء الشباب على التدخين بكل الوسائل ومن ذلك الإنفاق على بعض البطولات الرياضية الدولية، بحيث ارتبط في ذهن الملايين من الشباب أن السجارة معني للبطولة (المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، ١٩٩٨-١٩٩٩. ص: ٦٨).

ومن بين العوامل المرتبطة بتدخين الشباب تقليد الأصدقاء، حيث أشارت وبائيات التعاطي والإدمان بين تلاميذ المدارس الثانوية العامة أن الجلسة من الأصدقاء من أقوى الدوافع للتدخين (المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠٠٢. ص: ١٦) وأشارت إلى هذا المعنى أيضا دراسة بعنوان العوامل

التي يمكنها التنبؤ بتدخين السجائر لدى طالبات الجامعة الإناث ٢٠٠٨ حيث أشارت إلى أن الرفقاء من أهم العوامل التي تنبئ بتدخين الطالبات (Doris:2008.P:142,Thompson).

وترتبط مشكلة التدخين بمجموعة من العوامل على مستوى الأسرة وذلك لأن الأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع فهي مصدر العطاء والحب والحنان فضلا عن كونها مصدر لإشباع الحاجات المادية والنفسية للأبناء، ولكن قد تخرج بعض الأسر على مقتضيات الدور الأسري حيث تفقد الأسرة قدرتها على القيام بوظيفة التنشئة الاجتماعية السليمة والتي قد توقع في براثن الإدمان أو التدخين ومن أهم الأسباب الأسرية التي تدفع الأبناء إلى الإقبال على التدخين بصفة عامة وتدخين الفتيات للشيشة بصفة خاصة الإهمال في التنشئة الاجتماعية.

وإن الإهمال الذي يتلقاه الشاب أو الفتاة في وقتنا المعاصر سواء من الأب لانشغاله بعمله وتأمين المعيشة لأسرته، أو من الأم لانشغالها بعمل ما أو بأعمال المنزل أو من أشقاء الشاب أو الفتاة الذين يتنافسون في اقتطاع الجزء المتبقي من وقت الوالدين. وإن إهمال حاجات الشاب أو الفتاة غالبا يؤدي إلى الاختلاط بقرناء السوء مما يدفعهم إلى الانحراف (فاطمة الخطيب، ٢٠٠٦. ص:١٩٨).

وللأسرة دور كبير في التأثير على سلوكيات التدخين عند الأبناء خاصة إذا كان احد الأبوين أو كلاهما مدخن وتشير إحدى الدراسات إلى أن تدخين احد الوالدين دافع من دوافع إقبال الأبناء على التدخين (p:76,Michelle 2007,Doucette).

كما أن المشكلات الاجتماعية والنفسية داخل الأسرة تؤثر بشكل أساسي على أفرادها مما يدفعهم دفعا إلى ارتكاب المخالفات وان يلجئوا إلى التدخين إن التدخين ينسبهم هذه المشكلات. (شعيب الغباشي ٢٠٠٤، ص:٤٥)

كما تفتقد بعض الأسر عنصر الرقابة لأنها تؤمن أن الإنسان حر حرية مطلقة في كل أو في بعض تصرفاته وأفعاله وعليه فان التدخين حرية شخصية للأبناء. (الجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات ٢٠٠٣، ص:٦٤)

ويلعب المستوي الاقتصادي للأسرة دورا في تعاطي الأبناء للتبغ أو المخدرات بصفة عامة ولا يمكن التقليل من حجم المصروف الثابت الشهري أو الأسبوعي أو اليومي للابن أو الابنة داخل الأسرة فقد أشارت البحوث الميدانية أن هناك ارتباط قوي بين حجم مصروف الجيب واحتمالات إقدام التلاميذ على تدخين السجائر وتعاطي المخدرات. (مصطفى سويف، ١٩٩٥ ص:٩٠).

وترتبط بمشكلة التدخين عوامل ترجع للمجتمع نذكر منها: تعاضم تأثير وسائل الإعلام، ولوسائل الإعلام المتعددة تأثير في نفس وعقل ووجدان الشباب وخاصة في السلوكيات غير السوية ومنها التدخين فالأفلام والمسلسلات والإعلانات التي تتبناها وسائل الإعلام تدعم عند الفتيات سلوك التدخين عندما تصور الإناث المدخنات بشكل أفضل، وضعف الوازع الديني حيث وجد أن المجتمعات التي تتمسك بالدين

الإسلامي نقل بها عادة التدخين وذلك لان الإسلام يحرم التدخين لما له من اثر سلبي على الصحة والمال والأسرة. (شعيب الغباشي ٢٠٠٤، ص: ٤٤).

معروف أن التدخين بدأ في أوساط الرجال، ولا يعرف بالتحديد متى بدأ النساء يمارسن هذه العادة الرديئة إلا انه من المجزوم به أن المرأة لم تكن هي السابقة و الغريب أن عادة المرأة موجودة بل مقبولة في بعض الأقطار العربية كاليمن فالمرأة تشارك الرجل في تدخين النارجيلة "الشيشة"، كما تشارك في مضغ القات (شعيب الغباشي، ٢٠٠٤، ص: ٧٣).

تصور مقترح للإقلاع عن التدخين من منظور الخدمة الاجتماعية:

التصور المقترح:

هدفت الورقة إلي التعرف علي العوامل الاجتماعية المرتبطة بالتدخين و أسفرت عن وجود مجموعة من العوامل الاجتماعية علي مستوي الفرد و الأسرة و المجتمع دفعت للتدخين. هذا فثمة تصور مقترح ممارسته بطريقة خدمة الفرد في مواجهة تلك العوامل:

١- الأسس التي يقوم عليها التصور المقترح:

أ- نتائج الدراسات السابقة.

ب- تحليل الإطار النظري.

٢- الأهداف التي يسعى التصور لتحقيقها:

أ- تعديل أفكار الشباب نحو مفهوم المساواة ومسايرة العصر والحرية الشخصية وما يحققه التدخين من إشباع للجوانب الجسمية- النفسية- العقلية- الاجتماعية- الدينية التي دفعتها للاعتياد علي التدخين بصفة عامة وتدخين الشيشة بصفة خاصة.

ب- العمل علي بناء مفاهيم جديدة لدي الشباب مرتبطة بالحرية الشخصية والعمل علي تشجيع قيم الحياء.

ج- العمل علي المستوي الوقائي والتنموي عن طريق تنبيه الأسرة والمجتمع إلي خطورة انتشار سلوك التدخين والأضرار الصحية - الاقتصادية - الاجتماعية التي تلحق بالفرد - الأسرة - المجتمع.

د- العمل علي المستوي العلاجي مع الحالات الفردية التي وصلت إلي حالة إدمان التدخين وخاصة .

ه- تحديد الأدوار التي يجب علي الأخصائي الاجتماعي القيام بها عند التعامل مع المدخن.

٣- أماكن تنفيذ الدور المقترح:

- في رعاية الشاب في الجامعة.

- في المدارس.

- في عيادات التدخين بالمستشفيات النفسية

٤- القائمون علي تنفيذ الدور المقترح.

الأخصائيون الاجتماعيون العاملون في المجال الطبي وبصفة خاصة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الحالات الفردية في المدارس وبالجامعة مع الوضع في الاعتبار ضرورة تدريب الأخصائيين الاجتماعيين علي التصور قبل تطبيقه بهدف مساعدتهم علي تطبيق الأساليب العلاجية المرتبطة بالمدخل العلاجي.

٥- الدور المقترح ممارسته لطريقة خدمة الفرد:

الدور المقترح ممارسته لطريقة خدمة الفرد يعتمد علي المدخل العلاجية والوقائية والتنموية للطريقة ومن أهم المداخل التي تتناسب التعامل مع مشكلة التدخين هو المدخل العقلائي الانفعالي.

(أ) مفهوم العلاج العقلائي الانفعالي.

ذلك العلاج الذي يقوم علي محاولة تعديل أفكار واعتقادات العملاء غير العقلائية تلك الأفكار التي تؤثر في السلوك بطريقة مباشرة لها بأفكار أخري سليمة (علي حسين زيدان وآخرون، ٢٠٠٨، ص ٢٥٥).

(ب) مبررات استخدام العلاج العقلائي الانفعالي.

١- يتعامل العلاج العقلائي الانفعالي مع الأفكار غير العقلائية التي دفعت إلي التدخين .

٢- يساعد العلاج العقلائي الانفعالي على توضيح سبل الحكم على الأفكار غير العقلائية المرتبطة بالتدخين من خلال الحكم على السلوك في ضوء المعايير الآتية:

أ- حماية أنفسهم.

ب- تحقيق الأهداف القريبة والبعيدة.

ج- مساعدة المدخنين على تجنب الاضطرابات والمشكلات مع الأفراد الآخرين.

د- مساعدة المدخنين على الإحساس بالمشاعر التي تردن الشعور بها.

٣- يساعد العلاج العقلائي الانفعالي على تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المدخنين بشأن العلاقات الإنسانية بينهم وبين الأصدقاء الذين يسعوا لتقليدهم.

٤- يساعد العلاج العقلائي الانفعالي في زيادة قدرة المدخنين على تعديل معارفهم بالتدخين وتقليل مشاعر الغضب التي تدفعهم إلى التدخين.

٥- يساهم العلاج العقلائي الانفعالي في زيادة توافق المدخنين مع أسرهم قد تكون عامل من عوامل الإقبال على التدخين.

٦- كما يساعد العلاج العقلائي الانفعالي في تعديل حديث الذات الذي يحدد كيف يشعر المدخن وكيف يفعل.

٧- ويساعد العلاج العقلاني الانفعالي الأسرة على تعديل سلوكياتها مع أبنائها وخاصة الإناث، وتزويدهم بأساليب صحيحة لمحاولة تعديل سلوكيات فتياتهن وابنائهم نحو التدخين.

(ج) أهداف العلاج العقلاني الانفعالي:

- ١- يسعى إلى تحديد الأسباب الأولية لانفعالات المدخن التي تدفعهم إلى التدخين.
- ٢- مساعدة المدخنين على إدراك حديث الذات السلبي الذي قد تكون نتيجته إقباله على التدخين

(د) وحدة العمل:

يتم التعامل مع الوحدات التالية:

- المدخنين .

- أفراد أسر المدخنين.

(هـ) ضوابط التصور:

- ١- ينفذ هذا التصور على عينة من المترددين على عيادة التدخين بالمجمع الطبي بحائل
- ٢- يعتمد في التنفيذ على المقابلات الفردية والجماعية.
- ٣- تستغرق مدة تطبيق التصور من ثلاثة إلى ستة أشهر.
- ٤- يستطيع الأخصائي التعامل مع عدد من الحالات يتراوح بين (١٠-١٥) حالة في ضوء قدرة الأخصائي على التواصل مع الحالات والقدرة على المتابعة والتوجيه.

(و) المشكلات التي ستعامل معها العلاج العقلاني الانفعالي:

في ضوء ماتم عرضة تم تحديد مجموعة من المشكلات التي يمكن ان تواجه العلاج العقلاني الانفعالي أهمها:

- المشكلات السلوكية المدخنين.

- ضعف قدرة المدخنين على تحمل المسؤولية (الفردية- الاجتماعية).

- صعوبة تكيف المدخنين مع الأسرة.

- ضعف قدرة المدخنين على توظيف قدراتهم.

(ز) الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها:

١- إستراتيجية تعليم المفاهيم:

يأتي تعليم المفاهيم من التفاعل مع الآخرين فهي عملية تبادلية وانتقالية حيث لكل إنسان نظريته الفردية وافتراضاته المنطقية عن مدى فهمه للآخرين ولذا فإن محاولة تحقيق تغير في علاقة ما يتطلب اشتراك كافة الأطراف. وإلا فلن يتحقق هذا التغير نتيجة لافتقار العنصر التفاعلي، ويأتي التغيير باستخدام تعلم

المفاهيم عن طريق الاتصال وتبادل المعلومات، وينبغي على المعالجين اختيار كافة وسائل الاتصال وبخاصة اللغة حتى يتبينوا (مالكلوم باين، ترجمة حمدي منصور، وسعيد عويصة: ١٩٩٨، ص ٢٥٤).

-مدى إدراك المدخنين عن أنفسهم.

-افتراضاتهم عن العالم.

-فهمهم لدواتهن.

-مسئولية المدخنين الشخصية وكيفية استيعابهم لما يحدث لهم.

٢- إستراتيجية إعادة بناء المفاهيم:

وتعتمد هذه الإستراتيجية على تقديم نموذج لطرق جديدة للتفكير والفهم وأن يقدم النصيحة والمعلومات وأن يساعد العملاء على الربط بين تفكيرهم والأحداث التي جربوها، وأن يستخرج من العميل أي مفاهيم قمعتها توقعات الآخرين. كذلك فإن اشتراك العميل في التعلم الإدراكي يعد أمراً ضرورياً فالهدف هو مساعدته على البحث عن برهان في حياته لمشكلة تفكيره وفهمه لعالمه، ويتحقق ذلك من خلال الاستنباطات وهو دفع العملاء للتمعن في حياتهم اليومية وتحليلها للحصول على رؤية جديدة، والتفسير والشرح ويعني توفير المعلومات غير المتاحة من قبل العملاء ويشتمل ذلك على تفسير ومواجهة أي محاولات لعرض معلومات جديدة، والمناقشة لدفع العميل للتفكير في مفاهيم جديدة، والتجربة الذاتية التي تشتمل على وضع العميل في مواقف معينة حيث يمكن رؤية المشاكل والتفكير بوضوح وأخيراً الاقتداء وهو مساعدة العميل على التمثل بالآخرين سواء كان الباحث أو أناس آخرين أو شخصيات من الكتب. يتبينوا (مالكلوم باين، ترجمة حمدي منصور، وسعيد عويصة: ١٩٩٨، ص ٢٥٥).

ويمكن تطبيق هذه الإستراتيجية مع المدخنين من خلال مساعدتهم على إعادة بناء مفاهيمهم عن التدخين وعن الحرية الشخصية وذلك من خلال الاستبطان. والتفسير والشرح والتجربة الذاتية وتعريفهم بخطورة التدخين وتأثيره عليهم ومساعدتهم على الاقتداء بنماذج حسنة.

(ز)التكنيكات العلاجية المستخدمة

(Ellis، 1982: pp:92:113)

١- الأساليب المعرفية:

للتعرف على أفكار العميل الخاطئة وتحليلها وطرح أفكار جديدة ومناقشة الأضرار في الأفكار الخاطئة ومزايا الأفكار الجديدة مع دفع العميل للثقة بالنفس.

ويستخدم المعالج هذه الأساليب للتعرف على أفكار المدخن الخاطئة التي دفعته إلى التدخين ومنها الشعور بتحقيق الذات ومناقشته في تلك الأفكار ودفعه للتعرف على قدراته وتوجيهه إلى ضرورة استغلالها.

٢- الأساليب الانفعالية:

تتضمن تعليم العميل ضبط انفعالاته، وعدم إظهارها للآخرين إلا بشكل متعقل ومتزن والتروي في عرض المشاعر والاتجاهات، وضرورة الالتزام بالموضوعية والهدوء، وتعلم العميل مهارات حل المشكلة، بعد تحليلها وعرضها ومناقشتها بشكل متأنى وأسلوب هادي مع تشجيع العميل على مواجهة المواقف عدم الهروب.

ويساعد المعالج المدخن على التحكم في انفعالاته تجاه أي موقف في الأسرة ومحاولة فهم أبعاد الموقف وتعليمه كيفية الصمود ومواجهة المواقف من خلال تجزئة الموقف وعدم التسرع في الحكم على الأمور.

٣- الأساليب السلوكية:

تتضمن إعطاء بعض التكاليفات أو الواجبات المنزلية للعميل التي تساعده على اكتشاف جوانب خطاه وتفكيره غير العقلاني، ومساعدة العميل على اختيار القدوة الصحيحة، ومن الضروري أن يكون المعالج نموذجاً للاقتداء، ويمكن استخدام أسلوب النمذجة من خلال عملاء آخرين تم تغيير أنماط تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم.

ويكلف المعالج المدخن بقراءة بعض الكتب التي توضح أضرار التدخين الصحية والنفسية والاجتماعية، ومساعدته على التعرف على القدوة الحسنة التي يجب عليها أن تتمسك بها.

المراجع :

١. إبراهيم محمد يسري إبراهيم دعبس: التكوين النفسي للمدمن في الثقافات المختلفة، الإسكندرية، بدون نشر، ط١، ١٩٩٥.
٢. اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، مرجع سبق ذكره، ص ١.
٣. اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا، طبعة جديدة ومنقحة ٢٠٠٤م، ص ٣.
٤. أحمد علي حبيب: المراهقة، القاهرة، مؤسسة طيبة للطبع والنشر، ٢٠١٠م.
٥. الأستاذ محمد راتب النابلسي ، مضار التدخين على الفرد والمجتمع خطبة جمعة بتاريخ ٢٤ / ٠٢ / ٢٠٠٦م <http://nabulsi.com>
٦. التدخين - أثره على الفرد والمجتمع ، وأسباب الوقوع فيه ، علاجه ، شبكة الإنترنت ، منتدى بريدة ، <http://forum.buraydh.com>
٧. تقارير مجلس الشورى: المملكة العربية السعودية، ١٤٣٤هـ ٢٠١٢م.
٨. حسن أحمد شحاتة: التدخين والإدمان وإعاقة التنمية، القاهرة، الأكاديمية الحديثة للكتاب الجامعي، ٢٠٠٩م.
٩. حسن البنا محمد عبد المعز: لغة مكافحة التدخين، الرياض، دار الزمان للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م.

١٠. حياة رضوان علي: فعالية نموذج التركيز على المهام في علاج المشكلات الاجتماعية لمرضى سرطان المثانة، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٣م.
١١. زيدان كرم: التدخين هذا المخدر المشروع، لبنان: مكتبة لبنان، ٢٠٠١.
١٢. سمير أبو حامد: التدخين آفة العصر من الألف إلى الياء، دمشق، خطوات للنشر والتوزيع، ٢٠١١م.
١٣. سناء محمد سلمان: التدخين بين الصحة والسلامة والمرض والندامة، القاهرة، عالم الكتب، ط١، ٢٠٠٨.
١٤. سوسن عبد الونيس إبراهيم: فعالية الاتجاه السلوكي من منظور خدمة الفرد في علاج مشكلة التدخين لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، القاهرة (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٢م).
١٥. السيد عبد المقصود أحمد رزق: استخدام وسائل الخبرة الهادفة غير المباشرة من منظور خدمة الفرد في تنمية وعي الطلاب للوقاية من التدخين، القاهرة (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ٢٠٠٢م).
١٦. شعيب الغباشي: السجارة مقبرة المدخنين، القاهرة: دار الفضيلة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤.
١٧. شعيب الغباشي: السجارة مقبرة المدخنين، القاهرة: دار الفضيلة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤.
١٨. عابد فيصل عبد العظيم وآخرون: فنيات العلاج النفسي وتطبيقاته، القاهرة، دار الفكر العربي، ٢٠١٠م.
١٩. عبد الحميد الحوسني: دليل الآباء للتدخين والمخدرات، أبو ظبي، دار الأعلام والنشر، ط ٢، ٢٠١٢م.
٢٠. عبد الخالق محمد عفيفي: مقدمة في الرعاية الاجتماعية المعاصرة، القاهرة: مكتبة عين شمس، ١٩٩٩.
٢١. عبد الله عبد الرحمن الجبرين: التدخين مادته وحكمه في الإسلام، الرياض، دار كنوز إشبيليا للنشر والتوزيع، ٢٠١١م.
٢٢. عبد المنعم الشناوي وأمينة إبراهيم شحاتة: أنماط السلوك المشكل لدى المراهقين، دراسة استكشافية على طلاب محافظة القاهرة، بحث منشور بمجلة دراسات عربية في علم النفس، جمهورية مصر العربية، مج ٩، عدد ٢، ٢٠١٠م.
٢٣. عبد المنعم شحاتة محمود: سيكولوجية التدخين (البدء، الاستمرار، الامتناع)، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٨م، ص ٣٧.
٢٤. علي علي التمامي: استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة للتخفيف من حدة مشكلات فتيات مدارس الفصل الواحد" دراسة مطبقة على مدرسة أتريب للفصل الواحد بمدينة بنها، المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ج ٢، ٢٠٠٥م.
٢٥. فاطمة الخطيب: دور الأسرة في حماية الأبناء من تعاطي المخدرات (بحث منشور في مجلة مستقبل التربية العربية، القاهرة، المركز العربي للتعليم والتنمية، العدد (٤٠)، المجلد (١٢)، ٢٠٠٦).
٢٦. فريد علي فايد: استخدام أسلوب لعب الدور في خدمة الفرد في علاج مشكلة التدخين "دراسة تجريبية مطبقة على طلاب التعليم الثانوي الفني التجاري"، بحث منشور في المؤتمر العلمي التاسع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٦م.
٢٧. فريد علي فايد: استخدام أسلوب لعب الدور في خدمة الفرد في علاج مشكلة التدخين، بحث منشور بالمؤتمر العلمي التاسع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٦م.

٢٨. قسم مكافحة التبغ لدي الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة، المنشورة الإعلامية رقم (٦) "وقف التدخين".

٢٩. لطفي الشربيني: مشكلات التدخين: وسائل عملية للإقلاع عن التدخين، الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٩.

٣٠. لطفي الشربيني: مشكلات التدخين، الإسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٩، ص ١٥.

٣١. المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية: "تقرير عن الممارسات السلوكية الخاطئة وتأثيرها على الشباب صحياً واجتماعياً"، القاهرة: المجالس القومية المتخصصة، الدورة الثانية عشر، ١٩٩٨-١٩٩٩.

٣٢. محمد حسن سالم: مستوى السلوكيات الخاطئة وواقع ممارستها لدى طلاب الصف الثالث المتوسطة، بحث منشور، بالمؤتمر العلمي الرابع عشر، كلية التربية، جامعة الجوف، ٢٠١٠م.

٣٣. محمد سيد فهمي استخدام نموذج التركيز على المهام في تهيئة الجانحات للتوافق مع البيئة بعد الإفراج عنهم، المؤتمر العلمي الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٥م، ص ٧٢.

٣٤. مصطفى سويف: تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب، (بحث منشور في المجلة الاجتماعية والقومية، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد الثاني والثلاثون، العددان (١) (٢)، ١٩٩٥).

٣٥. منظمة الصحة العالمية 2010-1-29. www.rosaonline.net

٣٦. نورهان منير حسن فهمي: استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة لتنمية المهارات الاجتماعية للمكفوفين، المؤتمر العلمي الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠١م.

37. Abolfotouh, M., A., Adel Aziz, M., Alkija, W., Al-Safy, A., Khattab, M., Mirdad, S., Al-Juhani, A. R., & Al-Humaidi, M(1998). Smoking habits of King Saud University students in

38. Abolfotouh, M., A., Adel Aziz, M., Alkija, W., Al-Safy, A., Khattab, M., Mirdad, S., Al-Juhani, A. R., & Al-Humaidi, M(1998). Smoking habits of King Saud University students in Abha, Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 18(3) 212-216

39. Alansari B. (2005). Prevalence of cigarette smoking among male Kuwait University undergraduate students. *Psychological reports*, 96:1009-10.

40. Al-Faris, E. (1995). Smoking habits of secondary- school boys in rural Ryadh. *Public Health*, 109, 47-55.

41. Almas, K., Maroof, F., McAllister, C., & Freeman, R. (2002). Smoking behavior and knowledge in high school students in Riyadh and Belfast. *Tropical Dental Journal*, 25 (98), 40-44.

42. Almutairi, K. (2004). Predicting Smoking Behavior Among Male Saudi Arabian College Students. Unpublished Dissertation. University of Nebraska. UMI#:3131533

43. Almutairi, K. (2004). Predicting Smoking Behavior Among Male Saudi Arabian College Students. Unpublished Dissertation. University of Nebraska. UMI#:3131533

44. Al-Yousaf, M. A., & Karim, A. (2001). Prevalence of smoking among high school students. *Saudi Medical Journal*, 22 (10), 872- 874.

45. and psychosocial profile of smoking among pregnant women in Lebanon: public

46. Astedt-Kurki, P., Hopia, H. & Vuori. (1999). Family health in everyday life: A qualitative study on well-being in families with children. *Journal of Advance Nursing*, 29(3), 704-711.

47. Bancroft, Agnus, Susan Wiltshire, Odette Parry, and Amanda Amos.(2003). 'It's Like an Addiction First Thing... Afterwards It's Like a Habit': Daily Smoking Behavior among People Living in Areas of Deprivation." *Social Science and Medicine*, March 6, 56:1261-1267.
48. Bandura, A. (2006). Social cognitive theory. In S. Rogelberg (Ed.). *Encyclopedia of Industrial/Organizational Psychology*. Beverly Hills: Sage Publications.
49. Bandura, A. (2008). Observational learning. In W. Donsbach, (Ed.) *International encyclopedia of communication*. (Vol. 7, pp. 3359-3361). Oxford, UK: Blackwell.
50. Bawazeer, A. A., Hattab, A. S., & Morales, E. (1999). First cigarette smoking experience among secondary-school students in Aden, Republic of Yemen. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5(3), 440-449.
51. Bener, A., & Al-Ketbi, L. (1999). Cigarette smoking habit among high school boys in a developing country. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 119, 166-169.
52. Bergman, G. (1998). Is Religion Good for Your Health?. *Journal of Interdisciplinary Studies*, 10 (1-2), 189-190
53. Bowles. Hannah & Others: Helping Teenagers Stop Smoking "Comparative Observations across Youth Settings in Cardiff". *Journal Article. Health Education Journal*. V 68 n 2 p 111- 118 2009. ERIC (EJ842310)
54. Bronson, R. C., Jackson-Thompson, J., Wilkerson, J. C., Davis, J.R., Owens, N. W. and Fisher, E. B., Jr. (1992). Demographic and socioeconomic differences in beliefs about the health effects of smoking, *American Journal of Public Health*, 82 (1). Pp. 99-103.
55. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS).(2006). Summary of Annual Results for. http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2006/ann_summary-sommaire-eng.php.
56. Cawley, John, Sara Markowitz, and John Tauras. (2004). "Lighting Up and Slimming Down: The Effects of Body Weight and Cigarette Prices on Adolescent Smoking Initiation." *Journal of Health Economics* 23:293-311.
57. Center for Disease Control and Prevention "CDC". (2005). Cigarette smoking among adults-United States, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 1121-1124. Chaaya, M., Awwad, J., Campbell, O., Sibai, A., & Kaddour, A. (2003). Emographic health implications. *Maternal and Child Health Journal*, 7, 179-186.
58. Chandrashekar, Sreeramareddy, T; Kishore, P, Jagadish, P; and Ritesh, M. (2008). Prevalence and correlates of tobacco use amongst junior collegiate in twin cities of western Nepal: A cross-sectional, questionnaire-based survey. *BMC Public Health*. doi:10.1186/1471-2458-8-97.
59. Dewhirst, Timothy, and Robert Sparks. (2003). "Intertextuality, Tobacco Sponsorship of Sports, and Adolescent Male Smoking Culture." *Journal of Sport & Social Issues* vol. 27 4:372-398.
60. Doolan, Daniel m: Age Related Differences in Smoking Cessation Outcomes for Women Hospitalized with Cardiovascular Disease (Ph.D. Dissertation) (United States California (University of California (San Francisco. 2007)
61. Doyal, L. (2001) Sex, gender and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*. 323, pp. 1061-1063
62. FNITCS. (2002). experiences with smoking. *Public Health Nursing*, 20, 177-183. First Nations and Inuit Health Branch and the Advisory Circle with the assistance of Social-Tech Consulting Services. Retrieved October 8, 2005 from http://www.hc-sc-gc.ca/fnih-spni/spni/pubs/tobac/2002_frame-cadre/index_e.html.

63. Fulkerson, Jayne A., and Simone A. French. (2003). "Cigarette Smoking for Weight Loss or Control among Adolescents: Gender and Racial/Ethnic Differences." *Journal of Adolescent Health* April 4, 32:306-313.
64. Gary E. Swan and Christina N. Lessov - Schlaggar: The Effects of Tobacco Smoke and Nicotine on Cognition and the Brain. From the issue entitled "Special Issue-- Alcohol and Drug Dependence: Brain Mechanisms and Behavioral Impact". *European*. Vol. 14. Issue 1. March 1971. PP 29- 37
65. Geier, Christine S & Bogner, Franz X.: Student - Centred Anti- Smoking Education; Comparing a Classroom-Based and an Out -of- School Setting. *Journal Article. Learning Environments Research*. V 13 N 2 PP 147- 157 Jul 2010. ERIC (EJ887197)
66. Godel JC, Pabst HF, Hodges PE et al. Smoking and caffeine and alcohol intake during pregnancy in the northern population: effect on fetal growth. *Can Med Assoc J* 1992; 147(2):181.8.
67. Godel, J. (2006). First Nations and Inuit Health Committee: Use and misuse of tobacco among Aboriginal people- update 2006. *Pediatrics & Child Health* 11(10):681-681. Retrieved January 5, 2007, from <http://www.cps.ca/english/statemenrs/II/FNIH06-01.htm>.
68. Gray, Nancy L., and Rebecca L. Donatelle. (1990). "A Comparative Analysis of Factors Influencing Smoking Behaviors of College Students: 1963-1987." *Journal of Drug Education* 20:247-255.
69. Griesbach, D., Amos, A., & Currie, C.(2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*, 56 (1), 41-52.
70. Haddad, L. & Malak, M. (2002). Smoking habits and attitudes toward smoking among university students in Jordan. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 793-802.
71. Hameed, A., Jalil, M. A., Noreen, R., Mughal, I., & Rauf, S. (2002). Role of Islam in Prevention of smoking. *Journal of Ayub Medical College*, 14(1), 23-25
72. Hasim, T. J. (2000). Smoking habits of students in college of Applied Medical Science, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*. 21 (1), 76-80.
73. Hassan, H. (2003). The economics of tobacco in Egypt: a new analysis of demand. *World Bank Publications*. Available online at: <http://www.emro.who.int/tfi/Tobacco-Economics-Egypt-pdf> Accessed on: Journal 15,2003.
74. HomsuwanDykstra: The factors affecting values, attitudes and participation of adolescents in non-smoking compaigns, *Journal of Risk and Uncertainty*, V (28), N(9)2011.
75. <http://en.wikipedia.org/wiki/Smoke>
76. <http://www.emro.who.int/publications/HealthEdReligion/Smoking.htm>.
77. http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/emro/en/
78. Kasapoglu, Aytul :Ozerkmen, Neemettin: Predictors of Adolescent Cigarette Smoking Behavior: A Sociological Case Study in Ankara. Turkey. *Journal Article. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. V 17 N 4 PP 115- 132 Aug 2008. ERIC (EJ835063)
79. Khader, A., & Alsadi , A.(2008). Smoking habits among university students in Jordan: prevalence and associated factors. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 14, No. 4.
80. Koeing, H. G., George, L.K., & Cohen, H.J. (1998). The relationship between religioese activities and cigarette smoking in order adults. *Journal of Gerontology: Series A: Biological Sciences & Medical Science*, 53 (6), 426-434.
81. Kulwicki, A, & Rice, V. H. (2003). Arab American adolescent perceptions and
82. Li, C., Unger, J. B., Schuster, D., Rohrbach, L. A., Howard-Pitney, B., & Norman, G. (2003). Youths' exposure to environmental tobacco smoke (ETS): Associations with health beliefs and social pressure. *Addictive Behaviors*, 28(1), 39-53.

83. Mandil, A., A. Hussein, H. Omer, G. Turki and I. Gaber. (2007). Characteristics and risk factors of tobacco consumption among University of Sharjah students. *Health Journal*. Volume 13 No. 6 November – December.
84. Mason, W. A., & Windle, M. (2002). Family, religious, school, and peer influence on adolescent alcohol use. *The prevention Researcher*, 9(3): 6-7.
85. Maziak, W. & Mzayek, F. (2000). Characterization of the smoking habit among high school students in Syria. *European Journal of Epidemiology*, 16, 1169-1176.
86. Memon, A., Moody, P., Sugathan, T., El-Gerges, N., Al-Bustan, M., & Al-Shatti, A. (2000). Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence. Characteristics, and attitudes. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (11), 1306-1315.
87. Ministry of Public Health. *The Kuwait Health Survey. First Report (Draft)*, Vol. 1, 2. Kuwait: Department of Planning and Follow-Up, MPH, 1987 (mimeographed).
88. Moody P. (1992). International use and marketing of cigarettes and proposed interventions. *Med Princ Pract* ±3; 3: 174±180.
89. Mustafa, A. M. (2000). Islamic ruling on smoking. Retrieved June 6, 2003, from
90. Omer, S. (2000). Smoking in the third world. *World Health*, 48(4), 28-30.
91. Patten. Christi A & .Others: Focus Groups of Alaska Native Adolescent Tobacco Users: Preferences for Tobacco Cessation Interventions and Barriers to Participation. *Journal Article. Health Education & Behavior*. V 36 N 4 PP 711- 723 2009. ERIC (EJ849570)
92. Paul, S., Blizzard, L., Patton, G., Dwyer, T., & Venn, A. (2008). Parental Smoking and Smoking Experimentation in Childhood Increase the Risk of Being a Smoker 20 Years Later: the Childhood Determinants of Adult Health Study. *Addiction*, 103, 846-853.
93. Piko, Bettina. (2000). "Perceived Social Support from Parents and Peers: Which Is the Stronger Predictor of Adolescent Substance Use?" *Substance Use & Misuse*35:617-630.
94. Radovanovic, Z., N. Shah, J. Behbehani (1999) Prevalence and Social Correlates of Consanguinity in Kuwait. *Annal of Saudi Medicine*, 19, N. 3: 206-210.
95. Ritchie, D., Schulz, S, Bryce, A (2007) One size fits all? A process evaluation –the turn of the story in smoking cessation *Public Health Vol 121, (5): 341-347*.
96. Roden, J. (2003). Capturing parents' understanding about the health behaviors they practice with their preschool-aged children. *Comprehensive pediatric Nursing*, 26(1), 23-44.
97. Saeed, A., Khoja, T., & Khan, S. (1996). Smoking behavior and attitudes among adult Saudi nationals in Riyadh City, Saudi Arabia. *Tobacco Control*, 5, 215-219.
98. Sarason, I. G.; Johnson, J. H. and Siegel, J. M. (1978). Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-943.
99. Sarason, IG and Sarason, BR. (2004) (eds). *Social Support: Theory, Research and Application*. London: Springer London, Limited.
100. Siddiqui, S., Ogbeide, D. O., & Alkhalifa, I. (2000). Smoking in Saudi community. Prevalence, influencing factors, and risk perception, *Family Medicine*, 33(5), 367-370.
101. Sloan, R., & Bagiella, E. (2002). Claims about religious involvement and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 14-21.
102. Sugathan TN, Moody PM, Bustan MA, and Elgerges NS. (1998). Age patterns of smoking initiation among Kuwait university male students. *Social science & medicine*. 47(11):1855-8.
103. Sugathan, T.N., Moody, P.M., Albustan, M. A., & El-Gerges, N. S. (1998). Age patterns of smoking initiation among Kuwaiti university male students. *Social Science & Medicine*, 47(11): 1855-8.

104. Taylor, Jennifer E., Mark W. Conard, Kristen Koetting O'Byrne, C. Keith Haddock, and W. S. Carols Poston. (2004). "Saturation of Tobacco Smoking Models and Risk of Alcohol and Tobacco Use Among Adolescents." *Journal of Adolescent Health* 35:190-196.
105. Thorson, J.A., Powell, F.C., Abdel-khalek, A.M., & Beshai, J.A. (1997). Constructions of religiosity and death anxiety in tow cultures: The United States and Kuwait. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 374- 383.
106. Tomlinson, P. S., & Hall, E. O. (2003). Expanding Knowledge in family health care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17(2), 93-95.
- others: Tobacco, the Common Enemy and a Gateway Drug: & .Torabi. Mohammad R .\ .\ Policy Implications. Journal Article. ICHPER-SD Journal of Research. V 5 N 1 pp 37- 44 Spr - Sum 2010. .ERIC (EJ897773)
108. U.S. Department of Health and Human Services. (1990). The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General (U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, Washington, D.C)
109. U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and improving Health. Washington, D.C. Author. Retrieved May 21, 2003, from the World Wide Web: <http://www.health.gov/healthypeople>.
110. U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and improving Health. Washington, D.C. Author. Retrieved May 21, 2003, from the World Wide Web: <http://www.health.gov/healthypeople>.
111. U.S. Department of Health and Human Services. (2008). The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General (U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, Washington, D.C).
112. Wang, M. Q., Fitzhugh, E. C., Green, B. L., Turner, L. W., Eddy, J. M., & Westerfiled, R. C. (1999). Prospective social- psychological factors of adolescent smoking progression. *Journal of Adolescent Health*, 24, 2-9.
113. Webster's New World Medical Dictionary (2008). Fully Revised and Updated by WebMD (Paperback).
114. Weglicki LS, Templin T, Hammad A, Jamil H, Abou-Medienne S, Farroukh M, and Rice VH. (2007). Health issues in the Arab American community. Tobacco use patterns among high school students: do Arab American youth differ?. *Ethnicity & disease* 17(2 Suppl 3):S3-22-S3-24.
115. Whipple. Kerry & Others; Dowd. Deborah: Assessing Support for Campus Tobacco Policy in Tobacco Country. Journal Article. *Health Educator*. V 42 N 1 PP 3- 11 Spr 2010. ERIC (EJ897773)
116. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, (2008): The MPOWER package? Geneva, World Health organization.
117. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, (2008): The MPOWER package? Geneva, World Health organization.
118. Who smoking statistics (2011) : fact sheets , 28 May . retrieved November 2011 from <http://www.wpro.who.int/mgdiacenter/fact-sheets/fs-2011528.htm>
119. WHO, Constitution of the World Health Organization, signed July 22, 1946, pmbl. (entry into force April 7, 1948), available at http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
120. Whooley, M. A., Boyd, A. L., Gardin, J. M., & Williams, D. R. (2002). Religious Involvement and Cigarette Smoking in Young Adults. *Archives of Internal Medicine*, 162 (14), 1604-1607.

121. Williams, C. D., Lewis-Jack ,O., Johnson, K., & Adams-Campbell, L. (2001). Environmental influences, employment status, and religious activity predict current cigarette smoking in the elderly. *Addictive Behaviors*, 26(2), 297-301.
122. World Bank. (1999). *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. The International Bank for Reconstruction and Development, N.Y.
123. World Health Organization (2003). *An international treaty for tobacco control*. Retrieved September 15, 2004 from <http://www.who.int/features/2003/08/en/>
124. World Health Organization (2003). *An international treaty for tobacco control*. Retrieved September 15, 2004 from <http://www.who.int/features/2003/08/en/>
125. World Health Organization (2006). *Tobacco free initiation*. Retrieved July 19, 2006 from