



التدخين وعلاقته باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين في مملكة البحرين

رسالة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس الإرشادي

إعداد

صبيحة أحمد يعقوب كمال

20010053

إشراف

د. محمد حسن المطوع

الأستاذ المشارك بقسم علم النفس

كلية الآداب

مملكة البحرين

ديسمبر/2019

اعتماد لجنة المناقشة

صفحة الاعتماد من قبل لجنة التحكيم



قسم علم النفس

جامعة البحرين

برنامج ماجستير علم النفس الإرشادي

ناقشت الطالبة (صبيحة أحمد يعقوب كمال) رقم جامعي (20010053) الأطروحة التي استكملت بها الحصول على درجة الماجستير في (علم النفس الإرشادي) والمعنونة (التدخين وعلاقته باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين في مملكة البحرين)، وذلك يوم (2020/06/16م).

وتوصي اللجنة بمنحها درجة الماجستير بتقدير.....

(لجنة المناقشة)

الإسم	التوقيع
د. محمد حسن المطوع	مشرقاً ورئيساً
أ. د. أمينة ابراهيم شلبي	ممتحناً خارجياً
د. أماني عبد الرحمن الشيراوي	ممتحناً داخلياً

ملخص الدراسة

هدف البحث إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين التدخين واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين في مملكة البحرين، كما هدف البحث إلى الكشف عن الفروق التي تعزى للنوع والمرحلة التعليمية حول علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين في مملكة البحرين. وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك على عينة أولية من الطلاب الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٤ - ١٨ سنة) بمتوسط عمري يبلغ (١٦ سنة) حيث بلغ عددها (٥٠٠ طالب وطالبة)، وبعد إجراء محك الفرز بلغ عدد الطلاب المدخنين (١٢١ طالب وطالبة) كعينة نهائية للبحث. واستخدمت الباحثة مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة واستمارة تحديد مستوى التدخين لدى المراهقين. وأسفرت نتائج الدراسة عن بعض النتائج هي:

وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين التدخين واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين، وكانت أكثر أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ارتباطاً بالتدخين هو بعد الاندفاع يليه بعد المهارات الاجتماعية ثم الحركة المفرطة وأخيراً ضعف الانتباه.

وجود فروق ذات دلالة احصائية في (الدرجة الكلية والأبعاد) لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تعزى لمستوى التدخين (ضعيف - متوسط - ادمان) لدى المراهقين في مملكة البحرين، حيث كانت الفروق بين المراهقين المدخنين في جميع أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وكانت الفروق لصالح المدخنين في مستوى (الإدمان) في كلاً من الأبعاد التالية (الاندفاع - ضعف المهارات الاجتماعية - ضعف الانتباه)، بينما كانت الفروق لصالح المراهقين المدخنين في مستوى (الضعيف) في بعد (فرط الحركة).

وجود فروق ذات دلالة احصائية في الدرجة الكلية والأبعاد لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تعزى للمرحلة التعليمية (اعدادي - ثانوي) لدى المراهقين المدخنين ومستوياتهم المختلفة للتدخين (ضعيف - متوسط - إدمان) كانت الفروق لصالح المراهقين المدخنين في المرحلة الإعدادية من التعليم، وكان المراهقين الأكثر تدخيناً (في مستوى الإدمان) هم الأعلى في كلاً من الأبعاد التالية (الاندفاع - ضعف المهارات الاجتماعية).

وأوصى البحث بضرورة تصميم برامج ارشادية وعلاجية للتخفيف من مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين والذي قد ينعكس بشكل إيجابي على التقليل من مستوى التدخين لديهم. والتدخل المبكر للتنوعية من مخاطر اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بشكل مسبق حتى لا تصل الحالات إلى مراحل متقدمة من الاضطراب.

إهداء

إلى الذي وهبني كل ما يملك حتى أحقق له آماله، إلى من كان يدفعني قدماً نحو الأمام لنيل المبتغى، إلى الإنسان الذي امتلك الإنسانية بكل قوة، إلى الذي سهر على تعليمي بتضحياته، إلى مدرستي الأولى في الحياة أبي الغالي أحمد يعقوب كمال رحمه الله.

إلى التي وهبت فلذة كبدها كل العطاء والحنان، إلى التي صبرت على كل شيء، إلى التي رعتني حق الرعاية وكانت سندي في الشدائد وكانت دعواها لي بالتوفيق سر نجاحي، إلى نبع الحنان أُمي الغالية بدرية عبدالله العقاب جزاها الله خير الجزاء.

إلى سر سعادتي وأملي في هذه الحياة، إلى أبنائي الأعراء عائشة أحمد الحمر، وعبدالله أحمد الحمر حفظهم الله ورعاهم وجعلهم ذرية صالحة لخير دينهم وأمتهم ووطنهم.

إليهما أهدي هذا العمل المتواضع لكي أدخل على قلبهما شيئاً من السعادة، إلى اخواني الأعراء جمال أحمد كمال، ويعقوب أحمد كمال الذين تقاسموا معي عبء الحياة وكانوا سنداً لي في السراء والضراء.

إلى من كانوا سبباً في دعمي وتشجيعي أهدي ثمرة جهدي، إلى من كانوا قدوة لي ويشرفني السير على خطاهم، إلى سمو الشيخة شيعة بنت حسن العجمي حرم جلالة ملك البحرين المفدى، والشيخة لمياء بنت محمد آل خليفة رئيسة جمعية النور للبر، والشيخة لولوة بنت خليفة آل خليفة نائبة رئيسة جمعية النور للبر.

إلى القريبة على قلبي التي زرعت فيني الأمل وكانت معي في كل لحظة، إلى أختي وصديقتي الغالية الشيخة منيرة بنت عبدالله العجمي، والإبنة العزيزة التي أكن لها كل مشاعر الحب الشيخة شيعة الشادن بنت سلمان آل خليفة، والأخت الغالية الشيخة نورة بنت عبدالله العجمي، والأبناء الأعراء الشيخ خالد بن طلال آل خليفة، والشيخة حصة بنت طلال آل خليفة، والإبنة العزيزة الشيخة حصة بنت محمد العرجاني حفظهم الله جميعاً وأسعدهم في الدارين.

إلى أخواتي وصديقاتي اللاتي يشرفني مشاركتهن فرحتي وفخري بهذا العمل، إلى الغاليات مريم يوسف الرويعي، ومريم علي كانو، ودرة حمادي النغموشي، وأسماء حسن بطيش، ووفاء حسن بطيش.

إلى جميع الأهل وكل من أحبني وأحبيته في الله، وإلى كل من يؤمن بأن بذور النجاح في ذواتنا وأنفسنا قبل أن تكون في أشياء أخرى.

شكر وتقدير

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم ((من لم يشكر الناس لم يشكر الله))

الحمد لله على احسانه والشكر له على توفيقه وامتنانه، ونشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له تعظيمًا لشأنه ونشهد أن محمدًا عبده ورسوله الداعي إلى رضوانه صلى الله عليه وعلى آله وأصحابه وأتباعه وسلم. بعد شكر الله سبحانه وتعالى على توفيقه لنا لاتمام هذا البحث المتواضع أتقدم بجزيل الشكر إلى من شرفني بإشرافه على بحثي الدكتور محمد حسن المطوع الذي لا أستطيع إيفائه حقه بصبره الكبير علي، ولتوجيهاته العلمية التي لا تقدر بثمن، والتي ساهمت بشكل كبير في اتمام واستكمال هذا العمل.

إلى أ.د. وهيب عيسى الناصر نائب الرئيس للبرامج الأكاديمية والدراسات العليا بجامعة البحرين، والخالة العزيزة أنيسة عبدالله العقاب، وجميع أساتذة قسم علم النفس بجامعة البحرين وعلى رأسهم الدكتور أحمد سعد والدكتورة جيهان العمران اللذان كان لهما دورًا كبيرًا في تشجيعي بالالتحاق ببرنامج ماجستير علم النفس الإرشادي وكانوا قدوة لي، وأساتذتي الأفاضل الدكتورة شيخة الجنيد والدكتور محمد مقداد والدكتور توفيق عبد المنعم الذين أعانوني على الإستمرار في مسيرة العلم والنجاح، والدكتورة أمينة ابراهيم شلبي التي يشرفني أن تكون ممتحنًا داخليًا بلجنة المناقشة، والدكتورة أمينة عبدالرحمن الشيراوي أستاذتي التي يسعدني أن تكون ممتحنًا داخلًا بلجنة المناقشة، والدكتورة أمينة ابراهيم شلبي التي يشرفني أن تكون ممتحنًا خارجيًا بلجنة المناقشة لوضع ملاحظاتهم القيمة على بحثي والإسهام في إثراء الرسالة العلمية.

إلى كل من ساعدوني في التدريب الميداني أثناء فترة الدراسة، وقدموا لي الدعم بكل اخلاص ورحابة صدر، إلى اللواء بروفيسور الشيخ خالد بن علي آل خليفة - قائد الخدمات الطبية الملكية بالمستشفى العسكري، والدكتور فهد آل خليفة - رئيس الأطباء بالمستشفى العسكري، والدكتور وحيد علي العقاب - استشاري أول في طب الأطفال والخدج ورئيس الأطباء سابقًا بالمستشفى العسكري، والدكتور أحمد الأنصاري - رئيس قسم التدريب سابقًا بالمستشفى العسكري، والدكتور وائل العاني - استشاري الأمراض النفسية بالمستشفى العسكري، والدكتور خالد الجلاهمة - طبيب نفسي بالمستشفى العسكري، والدكتورة سهام صويغ - المدير والمؤسس لمركز مساندة لاستشارات الطفل والأسرة.

كما أتوجه بخالص شكري إلى كل من أعانوني على انجاز واطمام هذا العمل، إلى الدكتور ابراهيم أبو الهدى - أستاذ الصحة النفسية المساعد بوزارة التربية والتعليم، والأستاذ بلال عكاشه - مدير مدرسة حوار الدولية، والدكتور أحمد الأنصاري - استشاري الأمراض النفسية للأطفال والناشئة ورئيس جمعية فرط الحركة ونقص الانتباه البحرينية، والأستاذة ندى نسيم - اختصاصية أولى في مجال الإرشاد والتوجيه، وجميع أعضاء مجلس إدارة جمعية نقص الانتباه وفرط الحركة البحرينية، والأخت الفاضلة نرجس - سكرتيرة قسم علم النفس بجامعة البحرين، وإلى كل من لديه اهتمام بالإطلاع على هذا البحث.

((رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحًا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين))

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
اعتماد لجنة المناقشة	ب
ملخص الدراسة	ت
الإهداء	ث
الشكر والتقدير	ج
قائمة المحتويات	ح
قائمة الجداول	د
قائمة الملاحق	ر
الفصل الأول مدخل إلى الدراسة	
مقدمة	2
مشكلة الدراسة	5
أسئلة الدراسة	5
أهداف الدراسة	6
أهمية الدراسة	6
حدود الدراسة	7
مصطلحات الدراسة	7
الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة	
التدخين	10
التدخين والاعتماد	13
أعراض الانسحاب	14
النظريات المفسرة لسلوك التدخين	14

18	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التدخين
18	اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
21	تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
22	نبذة تاريخية عن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
23	معدلات انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
25	أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
27	أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
28	تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
30	علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
33	الدراسات السابقة
38	التعليق على الدراسات السابقة
الفصل الثالث الطريقة والإجراءات	
41	منهج الدراسة
41	مجتمع الدراسة وعينته
42	إجراءات فرز العينة
42	أدوات الدراسة
51	خطوات إجراءات تنفيذ الدراسة
52	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
الفصل الرابع نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات	
54	التحقق من تساؤلات الدراسة
67	استنتاجات وتوصيات الدراسة
68	الدراسات المستقبلية
69	المراجع
78	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	43
2	طريقة الاستجابة على عبارات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	43
3	طريقة احتساب حدود درجات أفراد العينة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	44
4	معاملات ارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس	44
5	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	45
6	عبارات البعد الأول لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس	46
7	عبارات البعد الثاني لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس	47
8	عبارات البعد الثالث لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس	48
9	عبارات البعد الرابع لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس	49
10	معامل ثبات أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	50
11	طريقة الاستجابة على عبارات استمارة قياس مستوى التدخين	51
12	مصفوفة الارتباطات لبيرسون Pearson Correlation Coefficient بين أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والدرجة الكلية وبين التدخين	54

58	المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وفق مستويات التدخين الثلاثة (ضعيف- متوسط- ادمان)	13
59	تحليل التباين (ANOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين المستويات المختلفة للتدخين (ضعيف-متوسط-ادمان) على أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	14
62	المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار دلالة الفروق T-Test لأبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والدرجة الكلية تعزى إلى المرحلة الدراسية (اعدادي-ثانوي) ذو مستويات التدخين المختلفة (ضعيف-متوسط-ادمان)	15
63	تحليل التباين الثنائي (ANOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين المستويات المختلفة للتدخين (ضعيف- متوسط- ادمان) في المرحلتين (الإعدادية- الثانوية) على أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	16
65	المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار دلالة الفروق T-Test على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تعزى إلى الجنس (الذكور-الاناث)	17

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	رقم الصفحة
1	نموذج استمارة قياس مستوى التدخين	78
2	نموذج مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة	82
3	تحكيم استمارة قياس مستوى التدخين (الدكتور شريف شعبان)	87
4	تحكيم استمارة قياس مستوى التدخين (الدكتور ابراهيم أبو الهدى)	92
5	تحكيم مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة (الدكتور شريف شعبان)	97
6	تحكيم مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة (الدكتور ابراهيم أبو الهدى)	103
7	رسالة موافقة من مدرسة حوار الدولية لتطبيق استمارة قياس مستوى التدخين ومقياس نقص الانتباه وفرط الحركة	109

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- مقدمة
- مشكلة الدراسة
- أسئلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة

تعتبر مرحلة المراهقة من المراحل الحاسمة في حياة الفرد، فهي المرحلة التي يودع فيها الإنسان طفولته بضعفها وعشوائيتها، وممهدة لمرحلة النضج والرشد، وما بين المرحلتين تأتي مرحلة المراهقة بما تتطوي عليه من توترات عصبية تعصف بالشخصية وتجعلها أكثر حساسية وضعفاً نحو أي اضطراب تمر به (Carbarino, 1985)، ومن الأمور التي يقع فيها المراهق في هذه المرحلة هي ادمان التدخين والاعتماد المفرط عليه، حيث يستجيب خلالها المراهق لمحاكاة أصدقائه وتقليدهم حتى لا يشعر أنه منفصل عنهم أو أقل منهم أو عاجزاً عن فعل ما يقومون به، ويزيد من ذلك الحملات الإعلامية الضخمة التي تظهر الرموز الفنية والإعلامية والزعماء والقادة وهم يتناولون السجائر في مشهد درامتيكي يستهوي مشاعر المراهق التي هي بالأساس ضعيفة أمام هذه الإغراءات (Carbarino, 2001).

ووصفت الأدبيات الأعراض النفسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder منذ زمن طويل. وكان أول من وصف الأفراد الذين يعانون من شدة الإندفاع وفرط الحركة في سلوكهم هو الطبيب النفسي الألماني (Heinrich Hoffmann, 1809-1894) وأطلق على هذه المشكلة السلوكية "الجنون التلقائي" أو "قصور القدرة على المنع Defective Inhibition" وقام George Still عام 1902م بنشر مقال في "اللانست" Lancet حيث وصف أطفال لديهم هياج حركة ومشاكل في الانتباه وصعوبة في التحكم في اندفاعهم والحاجة إلى المكافأة الفورية في وصفه هذه الخصائص السلوكية إلى أن هؤلاء الأفراد ليس لديهم "اعتبار للآخرين" أو ليس لديهم مراعاة للآخرين، وأطلق على هذا الاضطراب "نقص التحكم الأخلاقي" (سليمان، 2015؛ الشربيني، 2000، Adler 2008؛ عكاشة، 1998؛ محمد، 2010).

فاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder عبارة عن حركات جسمية عشوائية لا إرادية غير مناسبة تظهر نتيجة أسباب عضوية أو نفسية،

وتكون مصحوبة بضعف في التركيز". وكثيرًا ما يرافق نقص الانتباه فرط الحركة، لأن هذا الأخير سبب له كما بينته الدراسات السريرية والتجريبية (عبد الرحمن، 2015؛ منظمة الصحة العالمية، 2000؛ محمد، 2010؛ Low, 2017).

ويمكن تعريفه أيضًا بأنه "اضطراب عصبي سلوكي ناتج عن خلل في بنية ووظائف الدماغ يؤثر على السلوك والأفكار والعواطف وهو اضطراب يمكن التعامل معه وتخفيف حدة أعراضه، وغالبًا يتم التعرف على المراهق الذي يعاني من الاضطراب ما بين (12-18) سنوات وتستمر الأعراض عليه في (60%) من الحالات إلى فترة المراهقة، كذلك قد تستمر الأعراض أو بعضها في (30%) في مرحلة الرشد" (منظمة الصحة العالمية، 2000؛ محمد، 2010؛ Barkley & Fischer, 2010).

وهناك العديد من الوسائل للتعرف على أثر اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة على التدخين لدى المراهقين منها المقابلات بين الوالدين والمراهقين، ومقاييس التصنيف (التي يكملها الوالدين، والمعلمون، والمراهقون)، والمهام المختبرية، وتقنيات المراقبة المباشرة. ويتم تحديد إيجابيات وسلبيات تلك الوسائل من خلال مقدمي الرعاية للمراهقين (Barkley, 2005; Amsterdam,) (Velde, Schult & Brink, 2018).

ومن الدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية، أشارت دراسة (Amsterdam, et al. 2018) التي اعتبرت أن من أهم الاضطرابات المصاحبة للتدخين هو اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وخاصة لدى المراهقين. وأكدت دراسة (Bülent, Umut & Aksoy, 2017)، على وجود الخصائص النفسية والمؤشرات الاكلينيكية للصفحة النفسية للمراهقين من غير المدخنين وغير المصابين بأي اضطراب هم الأفضل، يليهم المراهقين المدخنين غير المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، كما جاءت الدلائل الاكلينيكية للصفحة النفسية للمراهقين المدخنين والمصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة منخفضة في كثير من خصائص الشخصية كالثقة بالنفس، والاستقلال الذاتي، والتوافق النفسي، والطموح، وارتفعت مؤشرات القلق، والتوتر، وتدني مفهوم الذات.

وأشارت عدد من الدراسات أن هناك عدد من العوامل التي يبدو أنها تساهم في إقبال المراهقين على التدخين من قبل أولئك الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

وقد تلعب الوراثة دورًا كبيرًا في زيادة العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والإقبال على التدخين. وقد حددت الدراسات عددًا من العلامات الجينية المشابهة المرتبطة بكل من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتدخين (Goldenson, Khoddam, Stone & Leventhal, 2018). تشير هذه النتائج إلى وجود عوامل بيولوجية عصبية شائعة قد تسهم في حدوث اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومخاطر تعرض الشخص للتدخين. وقد أظهرت الدراسات أن العوامل السلوكية العصبية والسلوكية تساهم في ارتفاع معدلات التدخين لدى المراهقين والبالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (Fiammetta, Francesco, Nicols & Laura, 2011).

كما أن المراهقين والبالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة هم أكثر عرضة للانخراط في العادات الخطرة مثل التدخين (Wilens, Vitulano, Upadhyaya, Adamson, Sawtelle, Utzinger & Biederman, 2008). وأشارت إلى أنه قد وجدت عدد من الدراسات أن النيكوتين يمكنه تحسين الانتباه، حيث أن النيكوتين يمارس تأثيرات مفيدة على مجموعة من العمليات التي يعرف أنها تتعطل في الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، ويعتقد أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة هم عرضة لخطر التدخين بسبب التأثيرات المفيدة للنيكوتين على التركيز (Rhodes, Pelham, Gnagy, Shiffman, Derefinko, & Molina, 2016).

كما أكدت دراسة (Rhodes, et al., 2016)، وتم الكشف عن عامل جيني مرتبط بعدد السجائر التي اعتادت الأم تدخينها أثناء الحمل ومرتبطة أيضًا بإصابة الطفل بمتلازمة نقص الانتباه وفرط الحركة كما ثبتت احتمالية انتقاله من الآباء إلى الأبناء واصابتهم بأنماط مزمنة من المتلازمة كما تواجد هذا العامل أيضًا عند الأبناء الذين لم يثبت تدخين أمهاتهم أثناء الحمل مما يؤكد أن التعرض للنيكوتين داخل الرحم ليس عاملاً رئيسياً.

مشكلة الدراسة

أشارت الدراسات والبحوث إلى أن المراهقين المدخنين قد تظهر عليهم أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder أكثر من المراهقين غير المدخنين، وتؤدي الإصابة بهذا الاضطراب إلى صعوبة الإقلاع عن التدخين، وقد تستغرق هذه العملية وقتاً أطول (Gehricke, Gevorkian, Stehli, Alejo, Dawson, & Kopelevich) (2019).

وقد يزداد مستوى نقص الانتباه وفرط الحركة بزيادة التدخين. فقد أثبتت الدراسات المتعلقة بسلوك المدخنين وخاصة المراهقين، أن التدخين يؤثر على الحالة المزاجية والعصبية للمراهقين ويعمل على إفراز هرمونات تزيد من التوتر المراهقين وتجعلهم أكثر عصبية وتشتتاً على مستوى تفكيرهم وانتباههم وانفعالاتهم. كما اقترحت بعض الدراسات إلى أن المراهقين وغيرهم من الأفراد يقبلون على التدخين عندما يشعرون بالضيق والحزن، فيتجهون للتدخين محاولة للتخلص من التوتر (Bulent, et al., 2017; Rhodes, et al., 2016; Low, 2017).

وبناءً على ما سبق ترى الباحثة أن بعض المراهقين المدخنين بشكل مفرط قد تظهر عليهم أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. كما تتضح مشكلة الدراسة الحالية في الكشف عن علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder لدى المراهقين.

أسئلة الدراسة

1. هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين التدخين واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder لدى المراهقين في مملكة البحرين؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في (الدرجة الكلية والأبعاد) لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder تعزى لمستوى التدخين (ضعيف- متوسط- ادمان) لدى المراهقين في مملكة البحرين؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستويات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ضعيف - متوسط - مرتفع) تعزى للنوع (ذكور-إناث) والمرحلة التعليمية (اعدادي - ثانوي) لدى المراهقين المدخنين في مملكة البحرين؟

أهداف الدراسة

يمكن ابراز العدف الرئيسي للدراسة في الكشف عن علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين في مملكة البحرين ، والذي يتفرع منه الأهداف الفرعية التالية :

1. التعرف على مستوى التدخين ومستوى نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين في مملكة البحرين.

2. الكشف عن الفروق التي تعزى للمرحلة التعليمية ونوع التعليم حول علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين في مملكة البحرين.

3. التوصل إلى بعض التوصيات المتعلقة بالوسائل والأساليب التي تساعد على تخفيف مستوى نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين المدخنين في مملكة البحرين.

أهمية الدراسة

- الأهمية النظرية:

تكمن أهمية الدراسة النظرية فيما يتعلق بعينة الدراسة والمتمثلة في فئة المراهقين، وكما هو معروف مدى حساسية هذه المرحلة العمرية ومدى ما ينتاب المراهق من صراعات وتقلبات نفسية وصفت بالعنفية، وهذا يجعل أهمية البحث ذات جدوى خاصة في هذه المرحلة.

كما تتضح أهميتها في تناولها لموضوع مجتمعي وصحي يشغل بال معظم مؤسسات المجتمع وهو انتشار ظاهرة التدخين بين المراهقين وما يشكله من خطورة على صحتهم ومستقبلهم النفسي والاجتماعي.

كما أنه في حدود علم الباحثة لم توجد دراسة في الدراسات العربية عن علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، كما تندر الدراسات التي تستهدف فئة المراهقين.

- الأهمية التطبيقية:

تكمن أهمية الدراسة التطبيقية فيما يلي:

1. إثراء البحوث والدراسات النفسية بنوع من البحوث الجديدة والتي تتناول بعض المتغيرات النفسية الهامة لدى عينة ذات طبيعة عمرية هامة (المراهقين) ويعانون من مشكلات نفسية تتمثل في اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الناتج من التدخين.
2. تقديم دراسة وصفية مقارنة ذات نتائج فعالة على المراهقين المدخنين في بعض المتغيرات النفسية كنقص الانتباه وفرط الحركة.
3. تقديم مقترحات للحد من انتشار التدخين لدى المراهقين في مملكة البحرين من جانب وتخفيف مستوى نقص الانتباه وفرط الحركة من جانب آخر.

حدود الدراسة

- **الحدود الموضوعية:** تتمثل حدود الدراسة الموضوعية في علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين.
- **الحدود البشرية:** تتمثل الحدود البشرية للدراسة الحالية في المراهقين المدخنين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (14) إلى (18) سنة.
- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق وتنفيذ البحث خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي (2018-2019).
- **الحدود الجغرافية:** تتمثل الحدود الجغرافية للدراسة الحالية في مملكة البحرين.

مصطلحات الدراسة

التدخين: ويعرف على أنه "عملية يتم فيها حرق مادة، غالبًا ما تكون هذه المادة هي النيكوتين، حيث يتم تذوق الدخان أو استنشاقه" (فايض الشمري، 2014، 34).

التعريف الإجرائي للتدخين: تعرف الباحثة التدخين اجرائيًا بتناول السجائر بشكل يؤدي إلى الادمان، بحيث يصعب التخلص منه والابتعاد عنه.

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة: يعرف سليمان (2015) اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بأنه "حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول، يظهر على شكل مجموعة اضطرابات سلوكية تنشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معا" (ص. 11).

التعريف الإجرائي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة: تعرف الباحثة المراهقين ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بهؤلاء الأفراد الذين ترتفع متوسطات درجاتهم على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة المستخدم في الدراسة الحالية.

المراهقة: تعرف بأنها "مرحلة تأهب لمرحلة الرشد وتمتد في العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشرة إلى التاسعة عشرة تقريباً أو قبل ذلك بعام أو عامين أو بعد ذلك بعام أو عامين" (حامد زهران، 1990، 323).

التعريف الإجرائي للمراهقة: تعرفهم الباحثة في هذه الدراسة بالأفراد من الجنسين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (12 - 18) سنة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

- التدخين
- التدخين والاعتماد
- أعراض الانسحاب
- النظريات المفسرة لسلوك التدخين
- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التدخين
- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- نبذة تاريخية عن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- معدلات انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)
- الدراسات السابقة
- التعليق على الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإطار النظري الذي ستتناول فيه الباحثة المفاهيم الأساسية والنواحي التي تستند إليها الدراسة، وهي تشكل الأسس التي تقوم عليها الدراسة، كما تفسر بمقتضاها ما يمكن التوصل إليه من نتائج، ومن ثم يتضمن الفصل مناقشة المحاور الآتية:

التدخين

يعرفه عمر (2008، 223)، وابن منظور (1973): دخنت النار دخناً أي ظهر دخانها، ويقال دخن الخلق والعقل والدين أي فسد. ودخن الشيء أي صار لونه مثل لون الدخان. وفي صحيح مسلم بشرح النووي، والبخاري، ومسند أحمد وأبو داود، من حديث أبي إدريس الخولاني- رضي الله عنه- أنه سمع حذيفة بن اليمان- رضي الله عنه- يقول: كان الناس يسألون رسول الله- صلى الله عليه وسلم- عن الخير وكنت أسأله عن الشر مخافة أن يدركني، فقلت: يا رسول الله إنا كنا في جاهلية وشر ف جاءنا الله بهذا الخير، فهل بعد هذا الخير شر؟ قال نعم. فقلت: هل بعد ذلك الشر من خير؟ قال: نعم وفيه دخن. قلت: وما دخنه؟ قال قوم يستتون بغير سنتي ويهدون بغير هديي ... الحديث.

عندما وصل (Chrestopher, Columbus, 1451-1506) إلى أمريكا وجد الهنود الحمر يذخنون نبات الطَّباق ، فحمله إلى بلاده، وعرفته أوربا، كما دخل إلى تركيا في القرن السابع عشر، فكانت اسبانيا أول الدول الأوروبية التي زرعت الدخان في عام 1518م، ثم كانت البرتغال وفرنسا في عام 1559م، ثم زرعت بريطانيا عام 1584م، وبعدها انتشر في بقية الدول الأوروبية، ثم انتقل إلى مصر التي زرعت عام 1601م، ثم لبنان عام 1625. ثم انتشر في الدول العربية أثناء الاستعمار الغربي، وما زال العالم يعاني من آثار تدخين أوراق النيكوتين، ففي كل عام يقتل هذا العدو الشرس ثلاثة ملايين مدخن، ومن المتوقع أن يرتفع العدد إلى عشرة ملايين عام 2020م (عوض، 2016؛ Burns, 2007).

لقد أطلق الأوروبيون على النيكوتين إسم توباكو Tobacco نسبة إلى الأنبوب الذي كان يدخن فيه الهنود، والنيكوتين محصول عشبي يتبع الفصيلة الباذنجانية ذو أوراق عريضة، وتنتشر زراعته في المناطق الاستوائية وشبه الاستوائية والمعتدلة، والوطن الأصلي له هو القارة الأمريكية، حيث عرف الهنود زراعة النيكوتين في أمريكا منذ ما يقارب 2500 عام (الجوري والشملان، 1435 هـ، 6-7). وفي الوقت الذي تنبعت فيه الدول المتقدمة إلى أضرار التدخين وعملت على مواجهته بخطط قومية شاملة تشارك فيها أجهزة الإعلام، والمؤسسات التعليمية، والأسر ذاتها، حتى أن أعداد المدخنين انخفضت بنسبة (1.5%) سنوياً، بينما لم تنتبه الدول النامية بالقدر الكاف، وما زال يزداد أعداد المدخنين فيها بنسبة (2.1%) سنوياً في شرائح عمرية مختلفة حتى وصلت إلى الشباب الرياضيين (أحمد وميلود، 2016 ؛ Burns, 2007).

لقد لقي تدخين هذا العشب منذ المراحل المبكرة في تاريخ ظهوره كثيراً من الخلاف في الرأي شأنه في ذلك شأن الكثير من المواد النفسية. فمنذ سنة 1604م أعلن الملك جيمس الأول في إنجلترا غضبه على تدخين النيكوتين وشبهه بشرب الكحوليات حتى السكر (سويف، 1996، 57، Burns, 2007، 24).

إن موضوع التدخين أثار اهتمام الهيئات الصحية العالمية مثل منظمة الصحة العالمية، والولايات الملكية في بريطانيا، والهيئات الطبية في أوروبا وأمريكا، ووزارات الصحة في مختلف أنحاء العالم. ويشير (العسال 2012، 6) إلى أن ظاهرة تدخين السجائر تعد من أكثر الظواهر غير الصحية انتشاراً في المجتمعات العربية والأجنبية، وعلى الرغم من التحذيرات الطبية وحملات التوعية الحكومية والشعبية التي تكشف عن أخطار التدخين فإن سلوك التدخين على المستوى العالمي في تزايد مستمر (Brown, Lewinsohn, Seeley & Wagner, 1996). وعلاوة على ذلك فإن الأمراض التي تصيب المدخن لا تقتصر عليه وحده بل تمتد إلى من حوله وهو ما يعرف بالتدخين السلبي، فقد دلت نتائج الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإصابة بسرطان الرئة بين غير المدخنين المتزوجين تبلغ (16%) وترتفع إلى (17%) في بيئة العمل.

ويعتبر تدخين السجائر مصدر قلق كبير على الصحة العامة إذ تشير الدراسات أن تدخين النيكوتين سبباً في زيادة عدد الوفيات أكثر من أي عقار آخر (Mathers, Toumbourou,)

(Catalano, Williams & Patton, 2006)، كما أكدت كثير من الدراسات على أن التدخين سبباً في أمراض السرطان، وأمراض القلب والأوعية الدموية (Stämpfli, & Anderson, 2009)، كما تشير الدراسات إلى أن معظم المدخنين تكون بداية تجربة سلوك التدخين لديهم في مرحلة المراهقة (Brown et al., 1996)، وهو من العوامل الخطيرة والرئيسة التي تساهم في تطور سلوكيات التدخين مدى الحياة (Gilman, Rende, Boergers, Abrams, Buka, Clark, ...et al., 2009) (& Lipsitt, 2009).

ولقد بينت الدراسات المسحية أن التدخين بين المراهقين (ذكور وإناث) الذين يبلغون من العمر (16) عاماً ينتشر بشكل يومي بنسبة (19%) وذلك قبل عشر سنوات، بينما ينتشر الآن بنسبة (29%) بين الذكور، و(31%) بين الإناث (Rainio, Rimpela, Luukkaala, & Rimpela, 2008). ويبلغ معدل انتشار الاعتماد على النيكوتين لدى عامة السكان حوالي (13%) ويشكل حوالي نصف عدد مستخدمي النيكوتين الحاليين (Grant et al., 2004) نظراً لأن الغالبية العظمى من المدخنين يدخنون في معظم حياتهم، فترات متتالية من الامتناع عن التدخين والانتكاس.

وبين تقرير منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) (2010) أن التدخين يزهق أرواح ما يقرب من (6) مليون شخص سنوياً، ويسبب خسائر اقتصادية تصل إلى مئات المليارات من الدولارات، وأن معظم هذه الوفيات تحدث في البلدان النامية منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، ومن المتوقع أن يزداد عدد الوفيات بسبب التدخين إلى (8) ملايين شخص بحلول عام 2030م.

وتشير الدراسات إلى أن مرحلة المراهقة من المراحل العمرية الخطيرة التي ينتشر فيها سلوكيات التدخين، فقد أكد (Pennanen, Vartiainen & Haukkala, 2012) على انخفاض التدخين بين المراهقين في فنلندا خلال العقد الماضي، ومع ذلك فإن واحد من كل خمسة عشر شخصاً في مرحلة المراهقة ما زال يدخن يومياً، وقد بينت دراسات عديدة أن سلوك التدخين عند المراهقين يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمستوى التعليمي، فكان الطلاب الأقل تعليمياً أكثر عرضة للتدخين، مع الأخذ في الاعتبار عوامل مهمة أخرى مثل تأثير الآباء والأقران.

التدخين والاعتماد

الاعتماد Dependence حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية، تنتج عن التفاعل بين الشخص ومادة نفسية. وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الشخص مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري (أي من حين لآخر)، وذلك لكي يخبر الشخص آثارها النفسية، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها (سوف، 1996، 18). فعلى الرغم من أن (85%-75%) من المدخنين يودون الإقلاع عن التدخين فإن أقل من (50%) منهم ينجحون في الإقلاع عنه قبل سن الستين، ويرجع ذلك إلى مستوى الاعتماد على النيكوتين والضغط النفسية (Fiammetta, et al., 2011).

لقد شمل تشخيص الاعتماد على النيكوتين للمرة الأولى في العام 1980م في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III) وبعد ثمان سنوات نشرت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية تقريراً بعنوان: العواقب الصحية للتدخين: النيكوتين والادمان (US Department of Health and Human Services) حيث تم تعريف تدخين النيكوتين على أنه ادمان، ولقد تم تحديد المعايير الحالية لتشخيص الاعتماد على النيكوتين من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الخامس المعدل (DSM-V, 2013)، وكذلك منظمة الصحة العالمية (WHO) من خلال التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة (WHO, 2010).

وتوجد مواد مسببة للاعتماد Dependence Producing Drugs وهي مواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الشخص فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كليهما معاً، وبعض المواد بما في ذلك المادة الموجودة في القهوة والشاي كفيلة بأن تحدث اعتماداً بمعنى عام، ومثل هذه الحالة ليست ضارة بالضرورة ولكن هناك فئات أخرى من المواد التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي تأثيراً منشطاً، أو تحدث اضطرابات في الإدراك، أو في المزاج، أو في التفكير، أو في الحركة، ومن هذه المواد المحدث للاعتماد النيكوتين، وهو مادة قلبية موجودة في نبات النيكوتين، حيث يعمل النيكوتين عن طريق الارتباط بمستقبلات خاصة ويؤثر على إفراز النواقل العصبية neurotransmitters مثل الدوبامين والسيروتونين Dopamine and Serotonin (WHO, 2010).

لقد أدرجت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2010) الدخان ضمن المواد المسببة للإدمان، وقد تأكد أن جميع أعراض ومظاهر الإدمان تتوفر في مدمني التدخين، حيث إن أعراض تشخيص الإدمان تتوفر لدى المدخنين، فهم يشعرون بالتوتر الشديد، والرغبة الملحة في التدخين عند الامتناع عنه، وأيضًا تعترضهم أعراض نفسية وجسمية عند الامتناع عن التدخين.

ويوضح كل من الجوري والشملاق (1435هـ، 9) أن النيكوتين هو المادة التي تعطي النكهة المميزة للسيجارة وتؤدي إلى الإدمان، وبعد نفس عميق يستغرق النيكوتين حوالي (10) ثوان لكي يصل إلى المخ، هذه الجرعة من النيكوتين تحفز الجسم على إطلاق مادة الدوبامين Dopamine، والجدير بالذكر أن استنشاق مادة النيكوتين يوصله إلى الدماغ في أقل من (10) ثوان، وتكون كل رشفة دخان بمثابة الجرعة المخدرة الحقيقية لأنها تصل إلى الدماغ بأسرع من أي مادة يتناولها المرء عبر الوريد عن طريق الحقن.

أعراض الانسحاب

يتضمن أعراض انسحاب النيكوتين كما أرودها كل من (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2010)

1. دوار (قد يستمر ليوم أو يومين بعد الإقلاع عن التدخين).
2. مشاعر إحباط ونفاذ صبر وغضب.
3. أرق - قلق - صداع.
4. اضطرابات في النوم.
5. اضطراب في التركيز.
6. تعب وإجهاد.

النظريات المفسرة لسلوك التدخين

سوف يتم استعراض بعض النظريات المفسرة للتدخين وسلوك المدخنين من خلال وجهة النظر البيولوجية أو النفسية أو السلوكية أو الاجتماعية.

النظرية البيولوجية

تدعم هذه النظرية الافتراض الوراثي للتدخين، على اعتبار أن النيكوتين ينشط المادة النيكوتينية الموجودة في المستقبلات الحسية، والنيكوتين مبدئياً يزيل استقطاب المادة الموجودة في المستقبلات الحسية، وبذلك يبدأ التنبيه العصبي، عندئذ يخدر العصب وتضعف الحساسية. والأهم من ذلك أن النيكوتين يؤدي إلى تحرر مادة الدوبامين Dopamine التي تسهم بدورها في التدعيم الذاتي لسلوك التدخين والاعتماد عليه (Jiloha, 2010; Darrall & Figgins, 1998).

الدوبامين هو ناقل عصبي في الدماغ ، وتعمل مستقبلات الدوبامين Dopamine على الاستجابة للإشارات في الخلايا العصبية ، وتعتمد الاستجابة على موقع المستقبلات في الدماغ ، وعلى سبيل المثال الدوبامين Dopamine مهم في مراكز الحركة و التنسيق في الدماغ، وأظهر البحث أيضا أن الدوبامين يطلق بكميات كبيرة في الجهاز الحوفي، وهو الجزء من الدماغ المسؤول عن التحفيز والمكافأة، كما يقول المعهد الوطني لتعاطي المخدرات. كما أن الدوبامين Dopamine هو مادة كيميائية يتم إنتاجها في الدماغ، والتي ارتبطت بالمتعة والمكافأة، كما يتم إطلاقها بكثرة عند تدخين النيكوتين، يُعتقد أن هذا جزء من السبب في أن طبيعة التدخين قد تسبب الإدمان (Faulkner, Ghahremani, Tyndale, Hellemann & London, 2018; McCaul,) Wand, Kuwabara, Dannals, Wong, & Xu, X. 2019; Bagot, Heishman & Moolchan, 2007).

يحتوي دخان النيكوتين على أكثر من (4000) مادة كيميائية وأحد هذه المواد هو النيكوتين، وهو مادة تسبب إدماناً كبيراً، وقد ثبت أنه أكثر إدماناً من الهيروين، ووفقاً لجامعة مينيسوتا تدخل هذه المادة الكيميائية في الدم، و بعد حوالي سبع ثوان تدخل الدماغ، تؤثر بالضبط على نفس مستقبلات الدوبامين، مما يعطي الدماغ رسالة مفادها أنه تم تنفيذ نشاط مجزي، ويذكر المدخنون الشعور بالهدوء والنشوة الخفيفة عندما يقوموا بتدخين سيجارة (Faulkner, Ghahremani,) Tyndale, Hellemann & London, 2018; McCaul, Wand, Kuwabara, Dannals, Wong, & Xu, X. 2019; Bagot, Heishman & Moolchan, 2007).

نظرية التحليل النفسي

تقوم النظرية على فكرة محورية من خلالها يتم تفسير كافة السلوكيات الإنسانية. وترى أن الشخص حين يتعرض للإحباط فإن الإحباط سوف يؤثر فيه وخاصة إذا كان غير مؤهل نفسياً، وغالباً ما يكون العاملين معاً، عامل خارجي، وعامل داخلي، هنا يلجأ الشخص إلى أن يتفاعل مع العديد من دروب الانحراف بغض النظر عن نوعه (Conrad, Flay & Hill, 1992؛ Demos, 2019).

وتفسر نظرية التحليل النفسي الاعتماد في ضوء القهر، والاضطرابات التي تحدث في مرحلة المراهقة، ومن هذه الاضطرابات عمليات الإشباع العضوي في المرحلة الفمية، وكذلك النمو الجنسي، ويستمر ذلك حتى المرحلة القضيبية. وهنا يختل نضج الأنا وتظهر مخاوف مثل الخوف من عدم الإشباع، والخوف من الخشاء، فضلاً عن اضطراب علاقات الحب بين المدمن ووالديه، وظهور ثنائية العواطف، وتحول موضوع الحب الأصلي إلى موضوع العقار (زهرا، 1990؛ زيدان، 2014؛ Fisher & Greenberg, 1996؛ Marinelli, & Barber, 2004).

إن فرويد Freud يرى أن مراحل نمو الشخصية يصاحبها في أوقات مختلفة بروز أهمية أجزاء أو مناطق مختلفة من الجسم، وترتبط بلذة خاصة ناتجة عن إشباع حاجات هذه المنطقة، وهنا يتحقق للطفل إشباع سوي أو يقاسي إحباطاً أو إهمالاً يعيق عملية الإشباع. ويوضح عبد الرحمن (2015، 70) أن المرحلة الفمية تستغرق من لحظة الميلاد حتى الشهر الثامن عشر من حياة الطفل، ويكون فيها الفم المصدر الأساسي للحصول على اللذة، وفي ذات الوقت مصدر للصراع والإحباط، وقد أطلق فرويد على هذا الجزء من المرحلة الفمية مرحلة الاندماج أو التوحد الفمي. ويكون التدخين عبارة عن تثبيت على المرحلة الفمية بمقاييس هذه النظرية (زيدان، 2014؛ Demos, 2019؛ Fisher & Greenberg, 1996؛ Wilson, 2002).

النظرية السلوكية

يعد التدخين نوع من السلوك غير المتكيف الذي يتم دعمه مع الوقت بوجود حافزين: الحافز الاجتماعي متمثلاً في الاهتمام بالأقران، والحافز الكيميائي. فالمحاكاة لها تأثير كبير في نشأة وتطور عادة التدخين، فكما يرى أصحاب نظرية التعلم أن الطفل الصغير يلاحظ أن النماذج الهامة

في حياته خاصة الوالدين، ونجوم السينما، يسرعون إلى إشعال السجارة عند أول موقف إحباطي، وبالتالي يتعلم الطفل كيف يقلد الكبار في الأوقات التي يتعرض فيها للضغوط المختلفة، هذا التعلم يحدث دون تدعيم مباشر حيث يتعلم الفرد سلوك التدخين من خلال النموذج (Bandura, 1986; Glass & Flory, 2010 ؛ Akers & Lee, 1996 ؛ Gilman et al., 2009).

نظرية التعلم الاجتماعي

أكد باندورا Bandura أن الأفراد يتعلمون كيفية التصرف من خلال التعليم والملاحظة والتفاعل الاجتماعي والنمذجة. ووفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي فإن المراهقين يميلون إلى تقليد المدخنين الذين يرتبطون معهم بعلاقة ما (Akers & Lee, G., 1996; Bandura, 1986)، كما أن تدخين الوالدين أو أحدهما وتدخين الأقران له تأثير خاص على بداية ارتباط المراهقين بسلوك التدخين (Conrad et al., 1992; Gilman et al., 2009; Kobus, 2003). ومع ذلك فإن سلوك تدخين الوالدين ليس فقط الذي يؤثر على تدخين المراهقين، ولكن أيضاً موقف الوالدين من التدخين والممارسات المتبعة من قبلهم لمنع التدخين (Andersen et al., 2004; Henriksen & Jackson, 1997; Jackson & Henriksen, 1998) وعلاوة على ذلك فإن شعبية التدخين وتشجيع الأقران من العوامل الهامة في انتشاره بين المراهقين، وكذلك البنية الأسرية مثل العيش في أسرة من والد واحد نتيجة الانفصال بين الزوجين، والمشكلات الأسرية في وجود الأبناء (Pennanen, Broms, Korhonen, Haukkala, Partonen, Timo, ... et al., 2000; KoKaprio, 2014 ;Kobus, 2003; Bobak, Jarvis, Skodova & Marmot, 2000).

ويبين العمري (2010) أن سلوك التدخين بين المراهقين يؤدي وظائف اجتماعية كالتقليد والمحاكاة، أو إثبات أن المدخن بلغ مرحلة الرجولة والنضج والرغبة في الظهور بمظهر الكبار. وقد بينت الدراسات استئصال مشكلة التدخين في دول الخليج العربي، وأن المملكة العربية السعودية تحتل المركز الرابع من بين أكبر خمسة عشر دولة تستورد النيكوتين في العالم.

وتشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتباط المراهقين بالتدخين والخلفية الاجتماعية والاقتصادية لديهم، فالطلاب الذين ينتمون إلى عائلات اجتماعية اقتصادية متدنية يرتبطون بالتدخين أكثر من الآخرين، ويرجع ذلك إلى ضعف الكفاءة الذاتية لديهم عند مقارنتهم

بالمراهقين من أسر ذوات مستوى اجتماعي اقتصادي مرتفع (Mathur, Stigler, Perry, Arora) (Reddy, 2008).

الإضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التدخين

يعتبر النيكوتين أهم مادة فعالة في النيكوتين، وهو يحدث زيادة إفراز اللعاب، وزيادة حركة المعدة مع زيادة إفراز الحامض المعدي، كما يؤدي إلى نشاط حركي مع اليقظة والانتباه والتركيز ويثبط الشهية مما يمنع زيادة الوزن. ويؤدي استمرار تعاطي النيكوتين إلى الاعتماد عليه. ومن مضاعفات تعاطي النيكوتين لمدة طويلة: أمراض الرئة المزمنة، سرطان الرئة، سرطان البنكرياس، سرطان المثانة، أمراض الشريان التاجي (Brown, et al., 1996; WHO, 2010; Camp, 2018; Kelsges & Reyea, 1993; Stoney, Kaufmann& Czajkowski, 2018).

يصل النيكوتين المستنشق إلى المخ بسرعة من (10-20) ثانية، وتظل مستويات النيكوتين بالدم مستقرة إذا كان المدخن يكثر من التدخين. ومع التعرض المتكرر للنيكوتين يتطور التكيف العصبي (التحمل) Tolerance، ويعاني المدخنون المزمنون من أعراض الرغبة الشديدة عند الانسحاب، وخلال فترات الامتناع عن التدخين؛ لأن المستقبلات النيكوتينية أصبحت أكثر حساسية، وبالتالي يحافظ المدخنون على مستويات النيكوتين في الدم لمنع حدوث أعراض الانسحاب خلال الليل أو فترات الامتناع (WHO, 2010; Camp, Kelsges & Reyea, 1993; Stoney, 2018; Kaufmann& Czajkowski, 2018).

إضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Defici Hyperactivity Disorder (ADHD)

مما لا شك فيه أن موضوع الاضطرابات السلوكية يعد من الموضوعات التي تستحق أن نوليها جل اهتمامنا بما يمكن أن يعود بالنفع على المجتمع بما فيه. ومن الأهمية أن نفرق بين الاضطرابات السلوكية والمشكلات السلوكية، إذ يختلف كل منهما عن الآخر اختلافاً بيئياً. فالمشكلة السلوكية Behavioral problem ما هي إلا سوء سلوك يمثل خروجاً عن المألوف، أو التقاليد والأعراف، أو النظام والقوانين، وبالتالي فهو قد يؤثر سلباً على علاقة الفرد بالآخرين (Barkley, 2005; Stoney, et al., 2018).

وحيثما يزداد معدل تكرار المشكلة السلوكية وتصبح مزمنة، ويزداد مستوى حدتها، وتعمل على تعطيل الأداء الوظيفي اليومي للطفل، ويقر الوالدان أو أحدهما إلى جانب المعلم أنه قد تم بذل العديد من المحاولات الجادة في سبيل تعديل سلوكه، ولكنه غير قابل للترويض، فبذلك تكون توافرت لديه شروط الاضطراب السلوكي Behavior Disorder هذا الاضطراب لا يتوقف عند مرحلة المراهقة أو الرشد، أو عند حدود الفرد ذاته، بل يتعداه إلى أبنائه وكأننا نبدأ ما أطلق عليه إريك إريكسون Erick Erickson "دورة حياة" (Carbarino, 2001, Barkley, 2005).

ويعد الانتباه أحد العمليات العقلية التي تلعب دورًا هامًا في حياة الفرد من حيث قدرته على الاتصال بالبيئة المحيطة به، والتي تنعكس في اختياره للمنبهات الحسية المختلفة والمناسبة، حتى يتمكن من دقة تحليلها وإدراكها، والاستجابة لها بصورة تجعله يتكيف مع بيئته الداخلية والخارجية (الشربيني، 2000؛ القاضي، 2011؛ Edwards, 2002). ولقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى وجود فئة من الأفراد يكون لديهم قصورًا في الانتباه، وغير قادرين على الاستمرار أو الاحتفاظ بالانتباه فترة طويلة، وغير قادرين على إنهاء ما يطلب منهم تأديته، واندفاعيون، ويتحركون حركات مفرطة دون هدف واضح ومحدد، وتعرف تلك الفئة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (Danielson, Bitsko, Ghandour, Holbrook, Kogan, & Blumberg, 2018).

ويعتبر اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) من الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها المراهقين، وله تأثيرات على الطفل من الناحية السلوكية والمعرفية والاجتماعية، فيشكل الاضطراب مصدرًا أساسيًا لتوتر الأفراد المحيطين به، وكل ذلك له تأثير على نموه ومستقبله التعليمي والاجتماعي (Banerjee, Middleton & Faraone, 2007; Moriyama, Cho, Verin, Fuentes, & Polamczyk, 2012).

حيث تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب (ADHD) له أثر عميق على مستوى الفرد والأسرة والمدرسة (Hoseini, Ajilian, Moghaddam, Habibolah, Khademi & Saeidi, 2014; Liesveld, 2007; Mihde, Eakin, Hechtman, Ochs, Bouffard, Greenfield, 2003; & Looper, 2003) فيؤدي الاضطراب إلى آثار سلبية على المستوى المعرفي والانفعالي،

بالإضافة إلى وجود مشكلات أسرية بسبب عدم قدرة الوالدين على التعامل مع الطفل صاحب الاضطراب (محمدي، 2011)، ويشير Barkley (2005) إلى أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط المفرط كثيرون الحركة باستمرار، ويتحدثون بإفراط، ويتجهون من نشاط إلى آخر دون أي تكملة لنشاط معين، ويعانون من تشتت وصعوبة في التركيز، وتقلب في المزاج، وفشل في إنجاز الأعمال المدرسية.

وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات لا تمثل بذاتها إعاقة تعليمية إلا أن ثلث الأفراد المصابين باضطراب (ADHD) يعانون من إعاقات في التعلم، حتى أن هؤلاء الأفراد يواجهون صعوبة في القراءة والكتابة والرياضيات (National Institute of Mental Health [NIMH], 2014). ولقد أكدت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association (APA أن اضطراب (ADHD) هو أحد الاضطرابات العقلية الأكثر شيوعًا بين المراهقين، وكثير من الراشدين، حيث تشمل أعراض الاضطراب عدم القدرة على الحفاظ على التركيز، وكذلك حركة مفرطة، واندفاع في الأفعال تحدث في نفس اللحظة دون تفكير (Danielson, et al., 2018).

وتتفق الجمعية البريطانية لعلم النفس (Chartered British Psychological Association) مع الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) بأن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) هو اضطراب عصبي نفسي يتمثل بضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية، ويسبب خللاً في التفاعل الاجتماعي، والتحصيل الأكاديمي، وعجزاً في تنظيم السلوك. في حين أشارت المؤسسة الوطنية للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية National Institute of Mental Health (2014) إلى أن الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب غالباً ما يواجهون صعوبات في الاحتفاظ بأفكارهم، ويشعرون بالملل بعد بضع دقائق من القيام بمهمة ما (الزعبي والقحطاني، 2015).

ويشير التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) (2010) إلى أن الاضطراب يبدأ دائماً في مرحلة مبكرة من النمو (عادة في السنوات الخمس الأولى من العمر)، ومميزاته الرئيسية هي فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجاً معرفياً، وميلاً إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون

الانتهاء من أي منها، بالإضافة إلى نشاط مفرط غير منظم وغير مرتب. ويستمر الاضطراب عادة أثناء سنوات الدراسة وحتى أثناء الحياة الراشدة (WHO, 2010).

وتختلف طريقة ظهور الأعراض المرضية وفقًا للمرحلة النمائية التي يمر بها الفرد، حيث يصعب تقييم الاضطراب في مرحلة ما قبل المدرسة حيث تكون السلوكيات طبيعية في هذه المرحلة، وتعتبر غير طبيعية إذا كانت شديدة بحيث تسبب قصور في الوظائف والمهام، أما في مرحلة سنوات المدرسة فإن المراهقين المصابون بالاضطراب يجذبون الأنظار لأنفسهم نتيجة ما يعانون من مشكلات خاصة بالانتباه، وقصور في الأداء الدراسي، وبذلك يسهل التعرف عليهم (Moriyama et al., 2012; Hosein, et al., 2014). وغالبًا ما يتم تحديد الاضطراب في المدرسة الابتدائية على الرغم من أن التشخيص يمكن أن يتم في أي وقت من بداية مرحلة ما قبل المدرسة وحتى مرحلة الرشد (2, 2013, Parents Medication Guide).

تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

يرى (Hoseini, Ajilian, Moghaddam, Habibolah, Khademi and Saeidi, 2014) أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) حالة مزمنة تؤثر على ملايين المراهقين، وغالبًا ما تستمر حتى سن البلوغ، ويتضمن الاضطراب مجموعة من المشكلات مثل صعوبة الحفاظ على الانتباه، والسلوك المندفع، والنشاط المفرط. ويبين العاسمي (2008) أنه اضطراب سلوكي يتسم بالاندفاعية وعدم الانتباه والحركة الزائدة غير الهادفة وغير المقبولة اجتماعيًا، تصاحبه مجموعة من الأعراض الثانوية مثل القلق والاكتئاب والتحصيل الدراسي المنخفض، والسلوك العدواني، ويكون هذا السلوك متكررًا وشديدًا بالمقارنة مع سلوك المراهقين العاديين.

ويرى الشربيني (2000) والجمعية النفسية الأمريكية (APA) أنه حالة مرضية تحدث في المراهقين بنسبة (3-5%) بسبب عوامل وراثية واضطراب في تكوين الجهاز العصبي، وتتميز الحالة بكثرة الحركة والنشاط مع عدم القدرة على التركيز والانتباه، ويتم علاجها بالوسائل النفسية بالإضافة إلى بعض الأدوية المنبهة للمراكز العليا بالجهاز العصبي. ويعرفه التصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز بتوليفة من سلوك مفرط

النشاط، قليل التهذيب، مع عدم اكتراث شديد وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، وانتشار هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة واستدامتها مع الوقت (WHO,2010).

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-V) فإن الافراد ذوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة هم الأفراد الذين يخلطون بين المثيرات، ولا ينجزون المهام بسرعة، ولا يستطيعون استيعاب التعليمات، ويتصفون بتكرار الأخطاء، والاندفاعية، مقارنة بمن هم في مثل عمرهم الزمني. ويعرف (ADHD) بأنه اضطراب سلوكي يصاب به المراهقين فيعانون من قصور في الانتباه، وعدم قدرة على التركيز، وعدم مقدرة على إنهاء الواجبات المدرسية، علاوة على عدم استطاعتهم البقاء هادئين، وعدم كف اندفاعهم، الذي يؤثر عليهم وخاصة في جانب الأداء الدراسي والعلاقات (إسماعيل، 2017).

نبذة تاريخية عن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

في عام 1902م أشار جورج ستيل (George Still, 1902) في دراسة تعد الأولى من نوعها في هذا المجال إلى اضطراب النشاط الزائد لدى المراهقين، وقال أنه شكل من أشكال اضطراب السلوك الاجتماعي لدى الطفل، بوصفه يتمثل ببعض الصفات مثل: التسرع والاندفاع في إصدار الاستجابات مع عدم القدرة على تركيز الانتباه فترة طويلة، إلى جانب الحركة المستمرة والمفرطة في الشدة، الأمر الذي يجعل الطفل لا يستطيع إقامة علاقات طيبة مع أقرانه في المدرسة (Smith, 2017; Burd, & Kerbeshian, 1988).

وفي أواخر الأربعينات من القرن الماضي أجريت بحوث ودراسات وصفت الاضطراب بأنه اضطراب (ADHD) ناشيء عن تلف في المخ، أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، أو زملة الخلل البسيط للمخ Minimal Brain Syndrome أو رد فعل حركي زائد Hyper Kinetic Reaction وذلك لما وجدوا من تشابه بين أعراض هذا الاضطراب وأعراض الأفراد المصابين بآفات دماغية (القاضي، 2011، 28)، وفي السنوات الأولى من عام 1980م بدأ الاتجاه الذي كان سائداً من قبل والذي يشير إلى أن الاضطراب استجابة لحدوث تلف عضوي أو خلل وظيفي في المخ يتناقص، وأن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية تعتبر مظاهر سلوكية نهائية ناشئة

من حدوث تفاعل على درجة عالية من التعقيد بين خصائص الفرد وبيئته (عكاشة، 1998؛ Burd & Kerbeshian, 1988؛ Lange, Reichl, Lange, Tucha & Tucha, 2010).

ثم ظهر اتجاه يرى أنه اضطراب سلوكي واستخدم مصطلح اضطراب قصور الانتباه في الإصدار الثاني من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-II)، وفي الطبعة الثالثة منه (DSM-III) صنف الاضطراب في فئتين: الأولى اضطراب نقص الانتباه مع النشاط الزائد، والثانية تسمى اضطراب نقص الانتباه بدون نشاط زائد. ظل الاضطراب يحمل هذا المسمى حتى أجري تعديل على النسخة الثالثة من الدليل (DSM-III-R) عام 1987م وأطلق عليه اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وظلت حتى إصدار الطبعة الخامسة من الدليل (DSM-V) عام 2013 ليصنف الاضطراب كما يلي:

- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذي تغلب عليه قلة الانتباه.
 - اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذي يسود فيه فرط الحركة والاندفاعية.
 - اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة فئة شاملة.
- ويتضح مما سبق أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة حالة عصبية تشتمل على مشكلات خاصة بعدم الانتباه ونشاط زائد لا يتناسب مع عمر الطفل. أي أن الاضطراب ليس اضطراباً في الانتباه فقط كما كان يعتقد في الماضي.

معدلات انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

تقدر الأبحاث إنتشار الاضطراب بنسبة من (6-7%) بين الأشخاص الذين يبلغ أعمارهم (18) عاماً أو أقل، وذلك عند خضوعهم للتشخيص من خلال معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-V)، وتختلف النسب لتتراوح بين (1-2%) لنفس الفئة العمرية عند التشخيص من خلال معايير التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية Classification of Mental and Behavioral Disorders الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD-10)، وتشير الإحصائيات إلى انتشار الاضطراب بين الأفراد في أمريكا الشمالية بمعدل أعلى من أفريقيا والشرق الأوسط، وقد يرجع ذلك إلى اختلاف الطرق التشخيصية (WHO, 2010؛ Smith, 2017).

ويعتبر اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة أحد أكثر الاضطرابات العصبية النمائية شيوعاً في مرحلة المراهقة، حيث قدرت نسبة الانتشار (5.3%) بين الأفراد أقل من (18) سنة، وهو ما أثبتته نتائج (102) بحث في جميع القارات، على أن الغالبية العظمى كانت في أوروبا وأمريكا الشمالية. (Polanczyk et al., 2007). لقد بذلت جهود كبيرة من قبل الباحثين في جميع أنحاء العالم لتحديد مدى انتشار هذا الاضطراب، والعديد من الأدبيات سجلت معدلات عالية من التباين تراوحت من (1%) وحتى (20%) بين الأفراد في سن الدراسة، ولقد أشار العديد من الباحثين إلى أن معدلات الانتشار في أوروبا أقل بكثير من المعدلات الموجودة في أمريكا الشمالية (Hoseini, 2012, Moriyama, et al., 2014, Abbasi, Moghaddam, Khademi, and Saeidi, 2014).

وتتباين معدلات انتشار الاضطراب باختلاف بعض العوامل مثل العمر، ففي الوقت الذي يظهر فيه الاضطراب في مرحلة ما قبل المدرسة، وتحديداً في عمر (2-4) سنوات فإن البحوث والدراسات بل والواقع يبين انتشار الاضطراب إلى مرحلة المراهقة وما بعدها. أيضاً الجنس يعتبر من العوامل المؤدية لوجود تباين في نسب الانتشار، حيث ينتشر بنسبة أكبر بين الذكور عنه بين الإناث (Willcutt, 2012 ؛ Smith, 2017)، وبشكل عام فالاضطراب ينتشر في جميع الفئات العمرية (Wilens, 2009)، وغالباً ما يصحب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة جنباً إلى جنب اضطرابات أخرى مثل: اضطراب القلق anxiety disorder واضطراب المعارضة والتحدي oppositional defiant disorder مما يزيد من صعوبة معرفة معدلات الانتشار الحقيقية (Willcutt, 2012 ؛ Smith, 2017 ؛ Kessler et al., 2009).

وبحسب تقديرات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) فإن اضطراب (ADHA) ينتشر بنسبة تصل إلى (10%) بين أطفال العالم، وتشير بعض الدراسات إلى أن المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات السلوكية، وأن أعراض اضطراب (ADHD) تكون واضحة بدرجة كبيرة في الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وكذلك الأسر المتصدعة (Smith, 2017؛ APA, 2013).

أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

قديمًا إعتاد الباحثون على الاعتقاد بأن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) مرتبطًا بإصابات طفيفة في الرأس وتلف في الدماغ، ولقد تم دحض هذه النظرية بثبوت عدم وجود مثل هذا التاريخ لمعظم المصابين بالاضطراب، وتكهن آخرون بأن السكر المكرر والمواد المضافة للأغذية تسبب أعراض الاضطراب، وعلى الرغم من أن السكر المكرر ليس مفيدًا لصحة الإنسان بشكل عام إلا أنه لم تثبت البحوث وجود علاقة ارتباطية بينه وبين الاضطراب وكذلك المواد المضافة للأغذية (Attention Deficit Disorder Association, 2018).

وعلاوة على ذلك فإن اضطراب (ADHD) لا يكون بسبب سوء الحالة الصحية للوالدين، أو إصابات الرأس، أو أحداث الحياة الصادمة، أو نقص النشاط البدني، أو ألعاب الفيديو والتلفزيون، أو الحساسية الغذائية، في حين أظهرت البحوث والدراسات أن المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لديهم انحراف في عمل الدوبامين Dopamine والنوربينيفرين Norepinephrine الذي يعمل على تسهيل التواصل بين الخلايا العصبية وتفعيل وظائف المخ المختلفة (Barkley et al., 2008, 23)، كما أن الاختلافات في مسار الاتصال مرتبطة بالمكافأة والنتائج، وهو مسار يشتمل على نشاط الدوبامين، وكان يمثل مشكلة بشكل بارز في أدمغة الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وكذلك شبكات المخ المشاركة في عمل تنظيم وضبط الانتباه، علاوة على أن مستويات السيروتونين Serotonin تلعب دورًا في التأثير على تنظيم وتعديل نظام الدوبامين (Volkow, Wang, Kollins, Wigal, Newcorn, Telang, Fowler and Swanson, 2009).

في عام 1990 نشر Zametkin أول دراسة عن الراشدين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، مقارنة بمجموعة أخرى غير مصابة بالاضطراب، واستخدم في هذه الدراسة التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) Magnetic Resonance Imaging، ولقد بينت نتائج الدراسة أن الراشدين المصابين بالاضطراب لديهم انخفاضًا ملحوظًا للنشاط في المخ، خاصة في المناطق المسؤولة عن النشاط الحركي والقدرة على الانتباه: القشرة المخية الأمامية وقشرة الفص الجبهي (the premotor cortex and prefrontal cortex)، كما أظهرت عديد من الدراسات اختلافات في حجم المادة البيضاء والرمادية، ومستويات النشاط في المخيخ والمادة السوداء والقشرة

المخية لدى الأفراد المصابين بنقص الانتباه وفرط الحركة (Tomasi & Castellanos, 2002; Volkow, 2014, Zametkin, 1995).

وفي عام 1990م أجرى المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH) دراسة أثبتت نتائجها أن جزء من المخيخ ومجموعة من الخلايا العصبية أصغر بشكل كبير عند الأفراد المصابين بالاضطراب مقارنة بغيرهم الأصحاء، وقد بينت البحوث أن هذه المناطق تتعلق بتنظيم الانتباه، بالإضافة إلى ذلك وجدت علاقة بين الاضطراب وبعض العوامل مثل تعاطي المخدرات وتناول المسكرات والتدخين للأم الحامل، والتلف العصبي السابق للولادة (Edwards, 2002).

وفي علم الوراثة بينت نتائج الدراسات أن الاضطراب ينتقل بالوراثة إلى حد كبير حيث توجد علاقة بين العديد من الجينات واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، حيث تبين أن اضطراب (ADHD) يرتبط بجينات مختلفة مثل مستقبلات الدوبامين Dopamine وكذلك جين نقل الدوبامين. بالإضافة إلى الجينات التي تؤثر على نشاط السيروتونين Serotonin (Henriquez et al., 2008; Soo-Churi et al., 2012; Gizer et al., 2008, Franke et al., 2010). وهناك كثير من الأدلة التي تثبت أن اضطراب (ADHD) مرتبط بالعوامل الوراثية حيث تشير الدراسات إلى أن (40-60%) من المراهقين والراشدين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لهم تاريخ وراثي في عائلاتهم (Biderman et al., 1992; Medine et al., 2003; Barkley, 2008; Volkow, Wang, Kollins, Wigal, Newcorn, Telang ...et al. Swanson, 2009).

ويبين أحمد عكاشة (1998، 762) أنه يوجد شذوذ في رسم المخ في حوالي (65%) من الأفراد مفرطي الحركة خاصة المصحوبين بعلامات عضوية، أي أن الاضطراب قد يكون من أسبابه تلف نسيج المخ حيث إن البعض يعاني من نوبات صرعية، وقد يظهر الشذوذ في رسم المخ في حوالي (25%) من الحالات غير المصحوبة بعلامات عضوية. وتشير الاحتمالات إلى أن الاضطراب ينبع من التفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية، وقد تم رصد هذا التفاعل في حالات تعرض الجنين لتدخين الأم أثناء الحمل (Nigg et al., 2010).

أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

إتجهت الدراسات النفسية والطبية للاهتمام باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من أجل وضع صورة تشخيصية واضحة تحدد ملامحه وأعراضه وأسبابه المختلفة، ولتمييزه عن الاضطرابات النفسية الأخرى المشابهة له في الأعراض السلوكية والانفعالية. ولقد أشار الباحثون في مجال علم النفس والطب النفسي عن الأعراض المصاحبة للاضطراب، وأشاروا إلى مجموعة من الأعراض الدالة عليه والتي تعد من السمات العامة لنمط شخصية الطفل (ADHD) على المستوى المعرفي والانفعالي والسيولوجي هي: السلوك العدواني، والمستوى التحصيلي المنخفض، والسلوك الفوضوي، وعدم الاتزان الانفعالي، وعدم التوافق النفسي والاجتماعي، وضعف تحمل الإحباط، وشروذ الذهن، وضعف تقدير الذات، والاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب ... إلخ (Alqahtani, 2010; Juneja, Sairam, & Jain, 2014).

إن اضطراب (ADHD) لا يؤثر على الحياة الأكاديمية فقط للمصابين بل يؤثر على حياتهم الاجتماعية أيضاً، فيظهر السلوك العدواني لدى بعضهم، والبعض الآخر يكون أكثر انسحاباً؛ لأن عدم قدرتهم على التحكم في سلوكياتهم يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية؛ وعدم تقدير الذات (Barkley, 1997).

وفي الوقت الذي ازداد القلق فيه من الإفراط في تشخيص الاضطراب في الدول المتقدمة، نجد الدول غير المتقدمة أقل حظاً حيث لا يتم الانتباه إلى الاضطراب، وقد تراوحت نسب العلاج في الدول المتقدمة ما بين (0-7%) (Polanczyk, Caspi & Houts, 2010)، في حين تكون الرعاية الطبية محدودة في الدول النامية، وعادة لا يتم اكتشاف الاضطراب وتتكيف العائلات مع الاضطراب ويتجنبون الذهاب بالطفل للأماكن العامة، وغالباً ما يكون المعلمون هم من يحولون المراهقين للعلاج. وفيما يتعلق بالمراهقين والبالغين فإن تحويلهم للعلاج غالباً ما يكون نتيجة لمشكلات مثل سوء استخدام العقاقير، أو حالات اكتئاب، أو وجود صعوبات في العلاقات الاجتماعية (Moriyama, Cho, Verin, Fuentes & Polanczyk, 2012; Elkins, Saunders, Malone, Keyes, Samek, ... et al., & Iacono, 2018).

تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

إن المراهقين الذين يعانون من اضطراب (ADHD) يصنف سلوكهم في فئتين رئيسيتين: ضعف الانتباه المتواصل، والاندفاع المفرط. ونتيجة لذلك تم اقتراح ثلاثة أنواع فرعية من هذا الاضطراب من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-V): عدم انتباه وشرود أغلب الوقت، ونشاط مفرط، واندفاعية (APA, 2013; WHO, 2010).

ضعف الانتباه:

يظهر اختلال الانتباه في شكل توقف مبكر عن المهام الجارية وترك الأنشطة دون استكمالها، وينتقل المراهقين كثيرًا من نشاط إلى آخر، ويبدون وكأنهم فقدوا اهتمامهم بمهمة ما؛ لأن مهمة أخرى قد جذبتهم، ويجب تشخيص هذه النقائص من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط إذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل في حدود عمره وحاصل نسبة ذكائه Intelligent Quotient (WHO, 2010).

فرط الحركة:

يتميز المراهقين المصابون بالاضطراب بعدم الاستقرار والحركة الزائدة وعدم الهدوء والراحة، ومن السهل استئثارهم، إلا أن هذه الصفات تختلف بعض الشيء عن الصفات التي يتصف بها المراهقون من تلك الفئة (Barkley, Murphy & Fischer, 2008).

الاندفاعية:

الفشل في تأجيل الاستجابة وإرجائها حتى تكون الظروف مناسبة، والعجز عن فهم عواقب السلوك والفشل في تنظيم السلوك وضبطه وفقا لمطالب المواقف وضعف السيطرة على النزاعات والسلوك وعدم القدرة على الانتظار وتبدل المزاج، إضافة إلى سهولة الضجر والملل والتعرض للإحباط (Bülent, Aksoy, Onur & Maner, 2017).

ولقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) معايير لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كآتي:

أ. نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة والاندفاعية، يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر بـ (1) و/أو (2):

1. **عدم الانتباه:** ستة من الأعراض التالية أو أكثر إستمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري، والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية.

- غالباً لا ينتبه للتفاصيل ويرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو النشاطات الأخرى.

- غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو ممارسة الأنشطة (مثل صعوبة المحافظة على التركيز أثناء المحادثات أو القراءة المطولة).

- غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند الحديث معه.

- غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي، أو الأعمال اليومية.

- غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (فوضوي، غير منظم في العمل، لا يحسن إدارة الوقت، لا يلتزم بالمواعيد المحددة، لا يحافظ على متعلقاته الشخصية).

- غالباً ما يتجنب المهام التي تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلًا (الواجبات في المنزل، وبالنسبة للمراهقين والراشدين مراجعة الأوراق الطويلة، وإعداد التقارير).

- غالباً لا يحافظ على أغراضه ويفقدها (أدواته المدرسية، المفاتيح، الأوراق، الهاتف).

- غالباً ما يسهل تشتيته بمنبه خارجي.

- كثير النسيان في الأنشطة اليومية (دفع الفواتير، المحافظة على المواعيد).

2. **فرط الحركة - الاندفاعية:** ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية:

- غالباً ما يبدي حركات تملل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه أثناء الجلوس.

- غالباً ما يغادر مقعده (في صفوف الدراسة، في المكتب، في العمل).

- غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة.

- غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب.

- غالباً ما يكون متحفظاً ويتصرف كما لو كان مدفوعاً بمحرك.
 - غالباً ما يتحدث بإفراط.
 - غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة.
 - غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره.
 - غالباً ما يقاطع الآخرين ويقحم نفسه في شئونهم.
- ب- وجود بعض أعراض فرط الحركة-الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنة.
- ج- وجود بعض أعراض فرط الحركة-الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة والمنزل مثلاً).
- د- يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض أو إنقاصها لجودة الأداء الاجتماعي أو المهني أو الأكاديمي.
- ومن قبل الإصدار الخامس من الدليل كان الإصدار الرابع (DSM-IV) الذي فصل الاضطراب إلى ثلاث فئات:
- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذي تغلب عليه قلة الانتباه.
 - اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذي يسود فيه فرط الحركة والاندفاعية.
 - اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة فئة شاملة.
- وفي الحياة الراشدة يظل من الممكن استخدام تشخيص الاضطراب، حيث أسس التشخيص مماثلة لما سبق، ولكن يجب أن يتم تقييم الانتباه والنشاط بالإشارة إلى مقاييس النماء الطبيعي وما إذا كان فرط الحركة موجوداً في المراهقة ولم يعد موجوداً الآن، ولكن جاءت بعده حالة أخرى مثل اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع أو معاقرة المخدرات، عندئذ يرمز إلى وجود الحالة الحالية وليس الحالة الأسبق تاريخاً (WHO, 2010).

علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

لعل أخطر ما في موضوع التدخين هو انتشار معدلاته بين المراهقين كطلاب المراحل المتوسطة والثانوية وبصورة وبائية. ووفقاً لدراسة قامت بها منظمة الصحة العالمية حول السلوك الصحي للأطفال والمراهقين في المدارس، فإن هناك ما يقرب من (18%) من المراهقين من عمر (15) عاماً يدخنون سجائر مرة واحدة على الأقل في الأسبوع. وتشير عدد من الدراسات أن في السنوات العشرين الأخيرة أصبح المراهقين أكثر عرضة للترويج والتسويق في اتجاه سلوك التدخين

في سن مبكرة، وأفاد معظم المدخنين أنهم بدأوا التدخين قبل سن (18) عاماً (Conrad, et al., 1992؛ Amsterdam et al., 2018؛ Frei, et al., 2010؛ Low, 2017؛ Glass & Flory, 2010).

أما المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) فهم أكثر عرضة للتدخين وإدمان النيكوتين من أقرانهم الذين لا يعانون من الاضطراب، كما أنهم أكثر عرضة للتدخين في سن مبكرة، ويواجهون صعوبات أكثر من غيرهم في الإقلاع عن التدخين. وتشير الدراسات إلى ارتفاع نسبة التدخين بين المراهقين ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة على الرغم من الجدل الدائر حول ما إذا كان التدخين لدى هذه الفئة محاولة للعلاج الذاتي، فقد تبين أن النيكوتين منشط للجهاز العصبي المركزي ويعمل على الدماغ بطريقة مشابهة لمضادات الذهان الأكثر شيوعاً في علاج اضطراب (ADHD) وبالتالي فقد يكون النيكوتين وهو المادة الإدمانية في النيكوتين بمثابة شكل من أشكال العلاج الذاتي (Liebrenz, Frei, Fisher, 2014؛ Gamma, Buadze & Eich, 2010؛ Glass & Flory, 2010).

لقد تبين أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يصحبه مجموعة متنوعة من الاضطرابات الأخرى مثل: اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج، واضطرابات التحكم في الدفعة، واضطرابات تعاطي المواد المخدرة، وقد قدرت نسب انتشار اضطرابات تعاطي المواد لدى المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (47%) وتزيد النسبة عن ذلك في بعض المجموعات (Adler, Spencer, Farane, Kessler, Hows, Biedeman & Secnik, 2006)، وهناك عدد من العوامل التي تساهم في الإقدام على التدخين عند من يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة منها العامل الوراثي، فقد تلعب الوراثة دوراً كبيراً في ذلك حيث إن التدخين والاضطراب لهما عامل وراثي كبير كل على حده، علاوة على أن تعرض الجنين للتدخين من قبل الأم قد يؤدي إلى زيادة احتمالات إصابته باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (McClermon & Kollins, 2008؛ Durston, 2010؛ Laucht, Hohm, Esser, Schmidt & Becker, 2007).

لقد تم إجراء دراسة وبائية لمعرفة العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتدخين على عينة سويسرية، وتكونت العينة من (100) شخص يعانون من الاضطراب ويدخنون، وقد

أسفرت النتائج عن ارتفاع نسبة المدخنين ممن يعانون من اضطراب (ADHD) حيث كانت نسبتهم (55%) من عينة الدراسة، وهي نسبة كبيرة عند المقارنة ببقية المجتمع السويسري والذي ينتشر التدخين فيه بنسبة (31%) (Frei et al., 2010).

وفي دراسة (Bulent et al., 2017) والتي هدفت إلى تقييم الخصائص الاكلينيكية للأفراد الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، ومقارنة حالتهم بالاعتماد على النيكوتين للوصول إلى فهم أفضل للعلاقة بين التدخين والاضطراب، وجاءت نتائج الدراسة لتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وسلوك التدخين، مع تطور سلوك التدخين ليصل إلى حد الاعتماد.

وعلى الرغم من تركيز الدراسات على العلاقة بين الأعراض الاكلينيكية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتدخين، إلا أن الدراسات كانت مضمّنة لمعرفة العلاقة بين أعراض الاضطراب والاعتماد على النيكوتين. وقد توصلت دراسة استطلاعية حديثة إلى أن المراهقين المصابين باضطراب (ADHD) كانوا أكثر عرضة للإصابة باعتماد النيكوتين عند سن (18) سنة أثناء المتابعة، وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم غير المصابين باضطراب (ADHD) (Liebrenz et al., 2014).

لقد تم تفسير نتائج عديد من الدراسات على أنها تدعم الرأي القائل بأن المرضى الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) قد ينتشر بينهم سلوك التدخين كعلاج ذاتي لنقص الانتباه، حيث تبين أن النيكوتين يعمل كمعزز للأفراد الذين لديهم مستويات عالية من نقص الانتباه كمؤثر إيجابي على الإثارة والانتباه (Frei et al., 2010)، إلا أن دراسة (Bulent et al., 2017) جاءت نتائجها خلافاً لذلك، حيث بينت عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات عدم الانتباه لدى المصابين بالاضطراب ودرجات الاعتماد على النيكوتين، كما أوضحت أن العلاقة بين أعراض اضطراب (ADHD) واستخدام النيكوتين، واعتماد النيكوتين، والميل إلى الانتكاس، كانت أكثر ارتباطاً بالنشاط الزائد والاندفاع بدلاً من عدم الانتباه.

كما أشارت نتائج دراسات أخرى إلى أن القدرة على ترك التدخين لدى المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة أقل بكثير عن غيرهم من المراهقين المدخنين غير المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. كما أشارت النتائج إلى أن هناك حالة ضعف في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المدخنين منهم عن غيرهم من غير المدخنين (Wilens et al., 2008 ؛ Goldenson, et al., 2018).

الدراسات السابقة

دراسة (Lahey et al. 1994)، بعنوان: التجارب الميدانية للدليل التشخيصي والاحصائي النفسي الخامس لفرط الحركة ونقص الانتباه لدى المراهقين. إلى إجراء التجارب الميدانية للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس DMS-IV في مجال اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder لدى المراهقين والوقوف على دلالات هذا الاضطراب ومقارنتها بما تضمنه الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس DMS-IV. حيث أجريت التجارب الاكلينيكية على عينة مكونة من (380) شاباً تراوحت أعمارهم ما بين (4-17) سنة، وتم استخدام مقاييس تشخيصية، وأسفرت الإجراءات التشخيصية لأفراد العينة عن وجود ثلاثة أنواع فرعية من نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder هي: (لا يبالي دائماً - ضعيف اجتماعياً - أنواع مختلطة)، وتشير التحليلات ونتائج الدراسة إلى أنه يوجد ما يقرب (5) أعراض من شأنها أن تساعد في تحديد دقيق لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

دراسة (Bernard et al., 2007) هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أعراض نقص الإنتباه وفرط الحركة والاستمرار في التدخين والاعتماد على النيكوتين. تكونت عينة الدراسة من (13494) من المراهقين الأمريكيين، تم استبعاد مجموعة من المشاركين حتى كان العدد النهائي لعينة الدراسة (10445) مشاركاً. وتم استخدام الانحدار الخطي لفحص أعراض (ADHD)، كما تم استخدام الانحدار الخطي لفحص الاعتماد على التدخين. بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الاعتماد على النيكوتين وفرط النشاط الزائد، كما توجد علاقة ارتباطية بين أعراض (ADHD) والتقدم في مستويات التدخين.

دراسة (Fummeler, et al. 2007) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين أعراض نقص الإنتباه وفرط الحركة، والاستمرار في التدخين والاعتماد على النيكوتين. وتكونت عينة الدراسة من (13494) من المراهقين الأمريكيين. وتم استخدام الانحدار الخطي لفحص أعراض (ADHD)، كما تم استخدام الانحدار الخطي لفحص الاعتماد على التدخين. بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الاعتماد على النيكوتين وفرط النشاط الزائد، كما توجد علاقة ارتباطية بين أعراض (ADHD) والتقدم في مستويات التدخين.

دراسة (Pennanen, 2012) وهدفت إلى معرفة آثار التدخين طويلة الأجل على المراهقين في فنلندا لمدة ثلاث سنوات، كما هدفت إلى فحص العلاقة بين التحصيل الدراسي وسلوك التدخين، ومعرفة آثار الإدراك المرتبطة بالتدخين، والاطلاع على ممارسات الوالدين لمكافحة التدخين. إجمعت الدراسة أربعة قياسات: الأول عند بدء المراهق الصف السابع في المدرسة الشاملة، وإثنان آخران في بداية الصف الثامن والتاسع، ثم إجراء القياس النهائي عندما يكمل المراهقون الصف التاسع. تكونت عينة الدراسة من (1821) وكان معدل الاستجابة (65%). بينت نتائج الدراسة وجود علاقة بين تعاطي التدخين والتدهور في التحصيل الدراسي، علاوة على انخفاض مؤشرات نتائج الكفاءة الذاتية لدى المدخنين، كما بينت الدراسة التتبعية أن الأسر التي بها أحد الوالدين أو كلاهما يدخن يوجد بها انخفاض في مستوى التحصيل الدراسي عند الأبناء المراهقين.

دراسة أبو شوارب (2013). هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال الروضة. تكونت عينة الدراسة من (26) طفلاً وطفلة لديهم أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وعددها (13)، وأخرى ضابطة وعددهم (13) طفلاً وطفلة. تلقت المجموعة التجريبية البرنامج التدريبي الذي تضمن استخدام استراتيجيات التلقين والتعزيز وتكلفة الاستجابة. استغرق تطبيق البرنامج شهراً بواقع (3) جلسات أسبوعياً. أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة من وجهة نظر الأمهات والمعلمات على القياس البعدي. كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياس التتبعي من وجهة نظر الأمهات والمعلمات، وذلك يشير إلى أن البرنامج التدريبي كان فعالاً في خفض نقص الانتباه والنشاط الزائد.

دراسة زيدان (2014). واستهدفت الكشف عن العلاقة بين التدخين وكل من القلق والاكتئاب، وكذلك الكشف عن الفروق بين (المراهقين) من طلاب المدارس الثانوية الفنية المدخنين، وطلاب المدارس الثانوية الفنية التجارية غير المدخنين على اختباري القلق والاكتئاب. تكونت عينة الدراسة من (88) طالبًا، (50) طالبًا مدخن، و(38) طالب غير مدخن من الصفوف الثاني والثالث من مدرسة فوة الثانوية الفنية التجارية التابعة لمحافظة كفر الشيخ. توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق والاكتئاب لدى الطلاب المدخنين وكذلك بين الطلاب غير المدخنين، كما توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الطلاب المدخنين وغير المدخنين على مقياس القلق لصالح الطلاب المدخنين. أيضا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ بين درجات الطلاب المدخنين وغير المدخنين على مقياس الاكتئاب لصالح الطلاب المدخنين.

دراسة (Liebrenz et al., 2014) وهدفت إلى فحص العلاقة بين اضطراب نقص الإنتباه وفرط الحركة واستخدام النيكوتين من خلال تصورات المريض ذاته. كما هدفت إلى استجلاء الحقائق بخصوص استخدام النيكوتين للتطبيب الذاتي لأصحاب هذا الاضطراب. وتكونت العينة من (12) مريضًا باضطراب نقص الإنتباه وفرط الحركة ويتعاطون التدخين ممن يترددون على مستشفى جامعة زيورخ للطب النفسي. تم العمل على نموذجين من النماذج التفسيرية للتدخين: التدخين كمحاولة للتطبيب الذاتي، والتدخين كسلوك اجتماعي. أوضحت النتائج أن الأشخاص الذين يتعاطون النيكوتين كمحاولة للتطبيب الذاتي كان للتدخين أثر إيجابي على التوتر الداخلي، والوظائف المعرفية، أيضًا الأشخاص الذين يتعاطون النيكوتين كسلوك اجتماعي تبين وجود أثر إيجابي على العلاقات بين الأشخاص، علاوة على أن استخدام النيكوتين كان مرتبطًا بالصورة الذاتية، والرغبة في الانتماء إلى مجموعة الأقران. كما أسفرت عن وجهات نظر المشاركين حول التدخين وعلاقته باضطراب (ADHD) حيث تبين أن التدخين كعلاج هو وجهة النظر السائدة بينهم.

دراسة الزعبي والقحطاني (2015). هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التعزيز الرمزي في خفض مظاهر اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم. تكونت عينة الدراسة من (17) طالبًا من ذوي صعوبات التعلم في مدينة نجران بالمملكة العربية السعودية، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. طبق على أفراد

المجموعتين بطاقة ملاحظة لرصد مظاهر اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على ثلاث مراحل: فبلي وبعدي ومتابعة. تلقى أفراد المجموعة التجريبية التدريس بأسلوب التعزيز الرمزي لمدة سبعة أسابيع، في حين تلقى أفراد المجموعة الضابطة التدريس بالطريقة التقليدية. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين على القياسين البعدي والمتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية تعزى لمتغيري الصف الدراسي ونوع الصعوبة التعليمية.

دراسة الدغيم (2016). والتي كشفت عن الفروق بين المدخنين وغير المدخنين من المراهقين في سمتي القلق وتقدير الذات، ومعرفة دوافع سلوك التدخين لدى المراهقين الذكور. تكونت عينة الدراسة من (180) منهم (90) من المدخنين من عدد من المدارس الحكومية بدولة الكويت، تراوحت أعمارهم بين (13 - 18) عامًا، بمتوسط عمري (15.7) سنة وانحراف معياري (0.7). وبينت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات المراهقين المدخنين وغير المدخنين في مستوى القلق، ولم توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين في تقدير الذات.

دراسة (Rhodes, et al., 2016)، التي بعنوان: اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يزيد من مخاطر التدخين: العلاقة الارتباطية بين التدخين وفرط الحركة ونقص الانتباه. على أن اشتراك كلاً من التدخين والاصابة بمتلازمة نقص الانتباه وفرط الحركة بعامل خطري جيني واحد مما يزيد من احتمالية تدخين الأفراد المصابين بالمتلازمة بمعدل الضعف وفي مراحل عمرية مبكرة مقارنة بغيرهم الغير مصابين. ولأغراض البحث تم سحب عينات من الدم لأكثر من (450) طفل مصاب بمتلازمة نقص الانتباه وفرط الحركة وتتراوح أعمارهم بين (6 - 12) عام كما اشترك ذويهم وأقربائهم حيث تم تحليل العينات المخبرية لخمسة بدلات جينية مرتبطة بشكل وثيق بجوانب التدخين المختلفة كعدد السجائر التي يتم تدخينها يومياً، وبدء التدخين والاقلاع عنه كما اشتملت الدراسة على سؤال الأمهات عن تدخينهم أثناء الحمل. وتم الكشف عن عامل جيني مرتبط بعدد السجائر التي اعتادت الأم تدخينها أثناء الحمل ومرتبطة أيضاً بإصابة الطفل بمتلازمة نقص الانتباه وفرط الحركة كما ثبتت احتمالية انتقاله من الآباء إلى الأبناء واصابتهم بأنماط مزمنة من المتلازمة كما تواجد هذا العامل أيضاً عند الأبناء الذين لم يثبت تدخين أمهاتهم أثناء الحمل مما يؤكد أن التعرض للنيكوتين داخل

الرحم ليس عاملاً رئيسياً. أما عن تأثير هذا العامل فافتترضت الدراسة أنه يزيد خطر الإصابة بالمتلازمة وزيادة فرصة التدخين لاحقاً لتسببه بتغير السلوك وإضعاف الوظائف الدماغية العليا المرتبطة بشكل وثيق بالإصابة بالمتلازمة.

دراسة (Amsterdam, der Velde, Schutle & den Brink, 2017)، التي بعنوان: العوامل المسببة لزيادة الاعتماد على التدخين لدى المراهقين من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة: مراجعة منهجية. إلى أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من الاضطرابات شديدة الانتشار، ويشكل خطراً على بعض الاضطرابات العقلية في مرحلة المراهقة. واعتبرت الدراسة أن من أهم الاضطرابات المصاحبة للتدخين هو اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وخاصة لدى المراهقين. وأكدت على أنه يزيد احتمال إصابة المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بنسبة (2-3%) من تناول مادة النيكوتين أكثر من أقرانهم الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، ويتناولون التدخين في وقت مبكر من الحياة ويتقدمون بسرعة أكبر وبشكل أكثر تكراراً للتدخين مما يجعلهم في حالة ادمان.

دراسة (Bülent, et al. 2017)، التي حددت الصفحة النفسية والخصائص الاكلينيكية للمراهقين الذين تم تشخيصهم على أنهم من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من المدخنين ومقارنتهم بأقرانهم من المراهقين المدخنين غير المصابين بأي اضطراب نفسي وغير المدخنين. وتم تطبيق البحث على عينة مكونة من (40) مراهق بالغ من المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، و(40) مراهق بالغ من المدخنين غير المصابين بأي اضطراب نفسي، و(40) مراهق غير مدخن وغير مصاب بأي اضطراب نفسي. وتم استخدام بعض المقاييس السيكولوجية كنموذج لجمع البيانات الاجتماعية والديموغرافية، ومقياس تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة Attention Deficit Disorder أو Attention Deficit Hyperactivity Disorder للبالغين. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود الخصائص النفسية والمؤشرات الاكلينيكية للصفحة النفسية للمراهقين من غير المدخنين وغير المصابين بأي اضطراب هم الأفضل عن غيرهم، يليهم المراهقين المدخنين غير المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، جاءت الدلائل الإكلينيكية للصفحة النفسية للمراهقين المدخنين والمصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة منخفضة في كثير من

خصائص الشخصية كالثقة بالنفس، والاستقلال الذاتي، والتوافق النفسي، والطموح، وارتفعت مؤشرات القلق، والتوتر، وتدني مفهوم الذات.

وفي دراسة (Goldenson et al., 2018)، استهدفت الكشف عن اعراض اضطراب نقص النشاط وفرط الحركة، وعلاقته بالتدخين (واستخدام النيكوتين البديل السجارة الالكترونية) لدى المراهقين. وكان حجم العينة (1921) من طلاب المدارس الثانوية في دراسة استقصائية طولية امتدت من 2015 الى 2016. وتم استخدام قائمة تقييم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وجاءت نتائج الدراسة لتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.01$) بين اضطراب نقص الإنتباه وفرط الحركة وسلوك التدخين لدى افراد العينة، مع تطور سلوك التدخين ليصل إلى حد الاعتماد واستخدام النيكوتين البديل (السجارة الالكترونية).

التعليق على الدراسات السابقة

في مراجعة الأدب النفسي والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوعي نقص الانتباه وفرط النشاط وعلاقتها بالتدخين لدى المراهقين. أفادت الدراسات السابقة الباحثة في مساعدتها في تحديد المشكلة وأهدافها وتساولاتها، وكذلك اعانتها في اعداد وتصميم أدوات الدراسة الحالية مثل دراسة الخشرمي (2007) والدغيم (2016) ودراسة (Alder et al., 2006).

ترى الباحثة أن هذه الدراسات كانت متنوعة من حيث عينتها وأدواتها ومنهجيتها ومن حيث النتائج التي توصلت إليها. ومن هذه الدراسات دراسة (Faulkner, et al., 2018)، ودراسة (McCaul, et al. 2019) التي تناولت الاتجاه البيولوجي لموضوع التدخين وكذلك دراسة (Gilman et al., 2009) التي تضمنت الاتجاه البيولوجي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. أما من حيث النتائج فهناك عدد من الدراسات توصلت نتائجها بأن هناك علاقة ارتباطية ما بين نقص الانتباه وفرط النشاط والتدخين لدى المراهقين مثل دراسة (Amsterdam et al., 2018) ودراسة (Frei et al., 2010).

لقد ألقت الدراسات السابقة الضوء على كثير من المعالم التي أفادت البحث الحالي، كما أنها ساعدت في إبراز العلاقة بين الدراسات السابقة وعلاقتها بالبحث الحالي ممّا مهد الطريق أمام

الباحثة فيما يتعلّق بتحديد خطة البحث والعينة واختيار الأدوات، ويمكن بشكل عام إجمال الاستفادة من تلك الأبحاث والدراسات السابقة كما يأتي:

- ساعدت الدراسات السابقة في تحديد وصياغة مشكلة البحث الحالي وتحديد جوانبها وأبعادها المختلفة.
- تحديد أدوات جمع البيانات المتعلقة بالبحث وكيفية بناء وتصميم استبانة تعكس متغيرات البحث.
- استفاد البحث الحالي من الدراسات السابقة في اختيار المنهج المناسب.
- النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة كانت تقديمًا هامًا لموضوع البحث، وتمت الاستفادة منها في صياغة صحيحة وموضوعية لفرضيات البحث الحالي وتساؤلاته.
- تحديد الخطوات المتبعة في إجراء البحث الحالي في النواحي الفنية والنواحي الإدارية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة وعينته
- إجراءات فرز العينة
- أدوات الدراسة
- خطوات إجراءات تنفيذ الدراسة
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل الثالث

الطريقة والاجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفًا لإجراءات البحث من حيث وصف منهج البحث ومجتمع البحث والعينة ومحاكات اختيارها ووصفها، وعرض الخصائص السيكومترية لأدوات البحث، كما يتضمن الأساليب الإحصائية المستخدمة، وعرضا موجزًا للدراسة الاستطلاعية من حيث المبررات والإجراءات، وأبرز النتائج التي أسفرت عنها.

منهج الدراسة

سيتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وهو المنهج الذي يعتمد على التحليل الاحصائي، ويمكن من خلاله جمع البيانات من مجتمع البحث حول المتغيرات وتحليلها بهدف تحديد علاقة التدخين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين.

مجتمع الدراسة وعينته

تكون مجتمع الدراسة من جميع الطلاب والطالبات في مرحلة المراهقة بمملكة البحرين، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (14 - 18) سنة بمتوسط عمري يبلغ (16) سنة. أما مجتمع الدراسة المتاح فهو مجمل طلاب وطالبات المرحلتين الإعدادية والثانوية في مدرسة حوار الدولية.

وتم اختيار عينة من الطلاب والطالبات في مرحلة المراهقة، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (14 - 18) سنة، عددها (500) فرداً من المجتمع الأصلي، وسيتم تحديد المراهقين الذين سيتم تطبيق أدوات الدراسة عليهم وفق محك الاستبعاد والاربايعات لتحديد الطلاب والطالبات المدخنين من بينهم كمستوى أول للاختيار وعددهم (121) ثم تحديد ذوي نقص الانتباه وفرط الحركة من بين هؤلاء المدخنين كمستوى ثاني للاختيار.

إجراءات فرز العينة

- تمت إجراءات فرز عينة البحث من الطلبة في ضوء المحكات التالية:
- 1- تم تطبيق استمارة قياس مستوى التدخين (اعداد الباحثة) لدى المراهقين على العينة الأولية والتي قوامها (500) طالب وطالبة بالمرحلتين الإعدادية والثانوية.
 - 2- تم فرز استجابات الطلاب والطالبات على استمارة قياس مستوى التدخين لدى المراهقين وتحديد المدخنين، حيث بلغ عددهم (121) طالب وطالبة بنسبة بلغت (24.2%) من العينة الأولية للدراسة بواقع (99) من الذكور، و(22) من الاناث.
 - 3- تم تطبيق مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة (اعداد الباحثة) بواسطة المعلمين على عينة المدخنين من الطلاب والطالبات.
 - 4- تم ترتيب متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ترتيباً تنازلياً، واستبعاد الأفراد في الارباعي الأدنى بواقع (27%) من حجم عينة الفرز من المدخنين، حتى أصبحت العينة النهائية للمدخنين ذوي أعلى متوسطات نقص انتباه و فرط حركة (32) طالب وطالبة.

أدوات الدراسة

- تم في هذه الدراسة استخدام بعض الأدوات والمقاييس بهدف التحقق من فرضيات الدراسة وهي كما يلي:
1. مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة: من إعداد الباحثة.
 2. استمارة قياس مستوى التدخين لدى المراهقين: من إعداد الباحثة.
- ويمكن عرض الخصائص السيكومترية لتلك الأدوات كما يلي:

1- مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD): من إعداد الباحثة

قامت الباحثة بإعداد هذا المقياس بعد الاطلاع على عدد من المقاييس التي ترتبط بنفس الموضوع سواء العربية منها والأجنبية.

هدف المقياس:

يهدف المقياس الى تحديد دقيق لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة عند المراهقين.

وصف المقياس:

يتكون المقياس من (46) عبارة موزعة على أربعة أبعاد موضحة في الجدول التالي:

جدول (1)

يوضح أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

أبعاد المقياس	عدد العبارات
ضعف الانتباه	15
الحركة المفرطة	10
الاندفاع	11
المهارات الاجتماعية	10
المجموع	46

ويجب عنها الشخص وفق مقياس ليكرت المكون من أربعة تقديرات متدرجة موضحة في الجدول التالي والدرجات التي يحصل عليها الشخص عند اختياره.

جدول (2)

طريقة الاستجابة على عبارات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
5	4	3	2	1

بحيث تشير الدرجة (5) إلى وجود اضطراب بدرجة كبيرة جداً ، بينما تشير الدرجة (4) إلى وجود الاضطراب في السلوك بدرجة كبيرة ، وهكذا يقل التقدير إلى أن تصل إلى الدرجة (1) والتي تشير إلى عدم وجود الاضطراب بشكل مطلق.

حدود درجات الأفراد على المقياس:

جدول (3)

يوضح طريقة احتساب حدود درجات أفراد العينة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

أبعاد المقياس	عدد العبارات	أكبر درجة	الدرجة المتوسطة	أقل درجة
ضعف الانتباه	15	75	45	15
الحركة المفرطة	10	50	30	10
الاندفاع	11	55	33	11
المهارات الاجتماعية	10	50	30	10
المجموع	46	230	138	46

الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

أولاً: صدق المقياس:

يقصد بصدق المقياس هو أن يكون المقياس صادقاً في قياس ما وضع من أجله، ولا يقيس شيئاً آخر، وقد قامت الباحثة بتقييم صدق المقياس بالطرق الآتية:

(أ) - الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (4)

معاملات ارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس

(ن = 40)

الأبعاد	ضعف الانتباه	الحركة المفرطة	الاندفاع	المهارات الاجتماعية
معامل الارتباط	0.789	0.762	0.657	0.665
الدلالة	0.00	0.00	0.00	0.00

يتضح من الجدول رقم (4) أن قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس، والدرجة الكلية للمقياس، هي معاملات موجبة ومرتفعة، حيث تراوحت بين (0.665) في بعد المهارات الاجتماعية، و(0.789) في بعد ضعف الانتباه، وجميعها دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

(ب) - الارتباط بين أبعاد المقياس:

جدول (5)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

الأبعاد				
المهارات الاجتماعية	الاندفاع	الحركة المفرطة	ضعف الانتباه	
-	-	-	1	ضعف الانتباه
-	-	1	0.683**	الحركة المفرطة
-	1	0.632**	0.746**	الاندفاع
1	0.607**	0.564**	0.685**	المهارات الاجتماعية

يتضح من الجدول رقم (5) أن جميع قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة وبعضها البعض مرتفعة، حيث كانت أعلى قيم هذه الارتباطات بين الاندفاع وضعف الانتباه والتي بلغت (0.746)، وأقل قيم هذه الارتباطات كانت الحركة المفرطة والمهارات الاجتماعية والتي بلغت (0.564). وجميعها دالة إحصائياً وبدرجة عالية من الصدق.

(ج) - الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية التي عددها (40 فرد) على كل مفردة من مفردات المقياس، ودرجاتهم الكلية على المقياس كما توضحها الجداول التالية:

البعد الأول: ضعف الانتباه

جدول (6)

عبارات البعد الأول لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط

كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس

أرقام العبارات	معامل ألفا للمفردة	معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية
1	0.876	.691
2	0.881	.788
3	0.809	.697
4	0.834	.509
5	0.877	.437
6	0.882	.641
7	0.879	.564
8	0.808	.456
9	0.811	.682
10	0.848	.487
11	0.854	.592
12	0.803	.735
13	0.826	.522
14	0.880	.705
15	0.881	.582

البعد الثاني: الحركة المفردة

جدول (7)

عبارات البعد الثاني لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس

أرقام العبارات	معامل ألفا للمفردة	معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية
1	0.811	.726
2	0.789	.672
3	0.801	.719
4	0.800	.664
5	0.788	.467
6	0.812	.599
7	0.765	.468
8	0.734	.690
9	0.810	.659
10	0.811	.540

البعد الثالث: الاندفاع

جدول (8)

عبارات البعد الثالث لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس

أرقام العبارات	معامل ألفا	معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية
1	0.832	.645
2	0.842	.632
3	0.841	.439
4	0.841	.536
5	0.837	.298
6	0.829	.619
7	0.833	.608
8	0.842	.752
9	0.840	.582
10	0.825	.659
11	0.812	.651

البعد الرابع: المهارات الاجتماعية

جدول (9)

عبارات البعد الرابع لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومعاملات ألفا ومعاملات ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس

أرقام العبارات	معامل ألفا للمفردة	معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية
1	0.745	.481
2	0.766	.531
3	0.763	.489
4	0.762	.691
5	0.760	.606
6	0.765	.555
7	0.766	.694
8	0.764	.557
9	0.761	.381
10	0.762	.590

ويتضح من الجداول السابقة أن جميع قيم معاملات الصدق دالة إحصائيًا وبدرجة عالية من الصدق.

ثانياً: ثبات المقياس:

ويقصد بثبات الاستبيان قدرة الاستبيان على الثبات والاستقرار في التطبيقات المتكررة مع مرور الوقت، بحيث لا تتأثر كثيراً درجات الأفراد المستجيبين على عباراته إذا ما تكررت مرات الاستجابة عليه خلال فترات زمنية متعاقبة (سلفرمان وليندا، 2004). واستخدمت الباحثة الطرق التالية:

[أ] - معامل ألفا كرونباخ: Alpha Coefficient

وقد تم حساب معامل ثبات الاستبيان عن طريق استخدام برنامج حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS) وذلك لحساب معامل (ألفا كرونباخ Cronbach Alpha Coefficient)، وكانت قيمة معامل الثبات تساوي (0.879)، وهو معامل ثبات مرتفع ويشير إلى تمتع الاستبيان بدرجة عالية من الثبات

[ب] - معامل ثبات أبعاد المقياس:

جدول (10)

معامل ثبات أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

الأبعاد				
أبعاد المقياس	ضعف الانتباه	الحركة المفرطة	الاندفاع	المهارات الاجتماعية
معامل الثبات	0.883	0.821	0.843	0.769

ويتضح من الجدول رقم (10) أن جميع قيم معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس ذات قيم مرتفعة مما يشير إلى ثبات المقياس.

2- استمارة قياس مستوى التدخين: من إعداد الباحثة

هدف الاستمارة:

هدفت الاستمارة تحديد وفرز المدخنين من بين أفراد العينة الكلية للدراسة وجمع بعض المعلومات المرتبطة بعملية التدخين .

وصف الاستمارة:

تتكون الاستمارة من جزئين ، الجزء الأول يتكون من 10 أسئلة تتعلق بجمع معلومات عن عملية التدخين كنوع التدخين وعدد المرات وأماكن التدخين ... الخ ، والجزء الثاني تكون من 10 عبارات يجيب عنها الفرد بأسلوب التقدير الذاتي وفق مقياس ليكرت الخماسي الموضحة في الجدول التالي:

جدول (11)

طريقة الاستجابة على عبارات استمارة قياس مستوى التدخين

بدرجة كبيرة جدًا	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	بدرجة بسيطة	بدرجة بسيطة جدًا
5	4	3	2	1

خطوات إجراءات تنفيذ الدراسة

أتبعت الباحثة في انجاز الدراسة الحالية الخطوات التالية:

- 1- إعداد مدخل البحث والذي يشمل مقدمة الدراسة وأهميتها ومشكلة الدراسة وأهدافها ومصطلحاتها ومنهجية البحث مجتمع البحث وعينتها وأدواتها وأساليب المعالجة الإحصائية.
- 2- إعداد الإطار النظري والذي يشمل متغيرات البحث الذي يتمثل في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والتدخين ، وذلك من خلال اطلاع الباحثة على المراجع العربية والأجنبية.
- 3- إعداد الأدب النظري بعد اطلاع الباحثة على الدراسات والأبحاث العربية والأجنبية المرتبطة بموضوع الدراسة من خلال رسائل الماجستير والدكتوراه المنشورة وغير المنشورة في الدوريات وفي المواقع العلمية ومكتبات الجامعات.
- 4- إعداد أدوات البحث وتقنياتها على مجتمع الدراسة من خلال عرضها على مجموعة من المتخصصين والأساتذة ، وحساب الصدق والثبات لمقياس اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه واستمارة قياس مستوى التدخين.

- 5- عمل فرز لعينة المدخنين من خلال تطبيق استمارة قياس مستوى التدخين على العينة الكلية.
- 6- تطبيق مقياس اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه على عينة المدخنين.
- 7- المعالجة الإحصائية للبيانات وتحليل النتائج ومناقشتها.
- 8- صياغة بعض التوصيات البحثية .

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

أعتمدت الباحثة على بعض الأساليب الإحصائية بإستخدام حزمة البرامج الإحصائية والاجتماعية SPSS وهي كالتالي:

1. حساب المتوسطات والانحراف المعياري.
2. معامل ارتباط سبيرمان -بيرسون.
3. معامل الثبات (الفا).
4. اختبار t-TEST للمجموعات المستقلة.
5. تحليل التباين (ONE- WAY ANOVA).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات

- التحقق من تساؤلات الدراسة
- استنتاجات وتوصيات الدراسة
- الدراسات المقترحة
- المراجع
- الملاحق

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات

التحقق من تساؤلات الدراسة

تم في هذا الفصل تحليل البيانات التي تم تجميعها، بهدف التحقق من تساؤلات الدراسة، وذلك من خلال استخدام بعض الطرق الإحصائية المختلفة والتي وضحت مدى تحقق تلك الفرضيات من عدمه ، وتمثلت هذه الطرق الإحصائية فيما يلي:

نتائج التساؤل الأول:

وينص على: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التدخين واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة **Attention Deficit Hyperactivity Disorder** لدى المراهقين في مملكة البحرين؟

وللتحقق من هذا التساؤل قامت الباحثة بحساب المعاملات الارتباطية بين بين الدرجة الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والدرجة الكلية وبين التدخين، وذلك وفق معادلة بيرسون Pearson Correlation Coefficient للعلاقة الارتباطية ومن خلال برنامج SPSS.

جدول (12)

مصفوفة الارتباطات لبيرسون Pearson Correlation Coefficient بين أبعاد

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والدرجة الكلية وبين التدخين

الدرجة الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة				
	ضعف الانتباه	الحركة المفرطة	الاندفاع	المهارات الاجتماعية	
0.779**	0.775**	0.664**	0.809**	0.788**	معامل الارتباط
	3	4	1	2	الترتيب

*معامل ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.01) *معامل ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.05).

يتضح من خلال مصفوفة الارتباطات لبيرسون "Pearson Correlation Coefficient" الموضحة في جدول رقم (12) أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين الدرجة الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وبين الدرجة المرتفعة للتدخين عند المراهقين، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.779) وهي قيمة مرتفعة تشير إلى العلاقة الارتباطية الموجبة القوية بين المتغيرين، مما يمكن تفسيره أنه كلما اتجه المراهقين إلى مستوى يقترب من ادمان التدخين كلما أدى ذلك إلى زيادة في مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، والعكس، وهنا ترى الباحثة أنه قد يؤدي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الزائد إلى دفع المراهقين إلى مزيد من التدخين.

أما فيما يتعلق بالعلاقة الارتباطية بين أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وبين التدخين، فقد اشارت معاملات الارتباط أن هناك علاقة ارتباطية بين جميع أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتدخين لدى المراهقين، وكانت جميع قيم معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01).

وكانت أعلى قيم المعاملات الارتباطية بين بعد "الاندفاع" كأحد أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وبين التدخين حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.809) وهي قيمة مرتفعة تدل على وجود علاقة ارتباطية إيجابية، وهو ما يعنى أن مستوى الاندفاعية لدى الطلاب المراهقين يزداد بشكل كبير كلما ازداد معدل التدخين والعكس، حيث يساعد التدخين الزائد على فقدان السيطرة على الأفعال، كما أنه يؤدي إلى انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع من الشخص وخاصة في مرحلة المراهقة، وبالتالي فهو يصبح شخص مندفع ويتصرف أو يتحدث بدون تفكي، وهذا بدوره يبرر اقحامه في أمور لا مبرر لها في بعض الأمور وقد تصل الحالة الى الضرب والعنف ويجعله محب للعراك ودائماً في حالة غضب واستياء وغيرها من السلوكيات الحادة كنوع من ردود الأفعال نتيجة عدم أو تأخر مطالبه في الحال.

وجاء بعد "المهارات الاجتماعية" في المرتبة الثانية في علاقته بالتدخين، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين نقص المهارات الاجتماعية وبين التدخين الزائد (0.788) وهي قيمة تدل على وجود علاقة ارتباطية إيجابية ومرتفعة وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)،

وهذا يشير إلى أن التدخين الذي قد وصل إلى مستوى الادمان يؤدي إلى ضعف المهارات الاجتماعية لدى المراهقين، ومن مظاهر الضعف في المهارات الاجتماعية ضعف القدرة على التواصل غير اللفظي فليجأ إلى استخدام جسده سواء بالحركات وأجزاء الجسم، وبالتالي يكون غير قادر على التواصل اللفظي بفاعلية ووضوح، كما أن التدخين الشديد يجعل المراهق غير قادر على تكوين صداقات جديدة، والاحتفاظ بالصداقات القديمة أو الإبقاء على صداقات الماضي فقط فهو لا يحب أن يتعرف على أي أشخاص جدد ويدخلهم في حياته الحالية، كما أنه غالبًا ما يفقد أصدقاءه بسرعة نتيجة سوء تعامله معهم، وإذا حاول تكوين صداقات فهو يفضل إقامة صداقات مع من هم دون عمره أو أكبر منه، وفيما يتعلق بتعامله مع أصدقائه فهو لا يسلك بشكل إيجابي مع زملائه وأقرانه، ولا يرغب في التحدث أمام الآخرين وخاصة غير المقربين، كما أنه لا يتعامل مع المواقف الجديدة بثقة ولا يتردد في عمل شيء جديد مختلف فهو نمطي تقليدي ويقل الابداع والمبادرات لديه، أما فيما يتعلق بالمحيط الاجتماعي الأكبر نجده لا يتبع المعايير والقواعد الاجتماعية في المناسبات الاجتماعية المختلفة، ويرجع ذلك إلى أنه لا يعرف ما هو مفروض أن يتبع من تعليمات داخل الفصل.

وجاء بعد "ضعف الانتباه" في المرتبة الثالثة في علاقته بالتدخين، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين ضعف الانتباه وبين التدخين الزائد (0.775) وهي قيمة تدل على وجود علاقة ارتباطية إيجابية ومرتفعة وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يشير إلى أن زيادة مستوى التدخين يؤدي إلى ضعف الانتباه لدى المراهقين، ويبدو هذا الضعف في الانتباه من خلال الأداء التحصيلي الضعيف للمراهق، كونه يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم وشرحه ومتابعته في الصف، وبالتالي فهو في الغالب يفشل في اتمام المهام أو الأنشطة التي يكلف بها، كما أنه يبتعد عن المهام والأنشطة التي تحتاج جهدًا عقليًا وتركيزًا، ويرجع ذلك إلى حالة الذهول والحيرة أو الإرتباك الذي ينتابه، أو لأنه ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل، وقد ينسى الأشياء الهامة لإتمام المهام والواجبات، فهو ليس لديه القدرة على التركيز ويعاني من الشرود وأحلام اليقظة.

وجاء بعد "الحركة المفرطة" في المرتبة الرابعة في علاقته بالتدخين، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين ضعف الانتباه وبين التدخين الزائد (0.664) وهي قيمة تدل على وجود علاقة ارتباطية إيجابية ومتوسطة، كما أنها قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يشير إلى أن

زيادة مستوى التدخين قد يؤدي إلى الحركة المفرطة لدى المراهقين، ويبدو حركته المفرطة في نشاطه الدائم والخروج المستمر من مقعده في الصف فهو دائماً قلق ويتلوى وغير مستقر في مقعده، ومتململ ويده تتحركان باستمرار ويعبث في كل شيء يتلفت حوله كثيراً، كما أنه يطلب الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر وأحياناً يخرج دون إذن، وقد يظهر سلوكيات متكررة لدرجة الإزعاج و لا يستجيب للتعليمات متمرد أو خارج عن الطاعة، وربما يخالف الأنظمة والقواعد واللوائح والنظم ويبدى استيائه تجاهها، كما أن ردود أفعاله عنيفة ولا تتناسب مع طبيعة الموقف بالإضافة إلى أن حركاته لا يمكن توقعها، ويظهر سلوك العناد والمعارضة أحياناً. كما تتفق نتائج هذا التساؤل مع نتائج دراسة (Liebrenz, et al., 2014)، وهذا ما أكدته أيضاً دراسة الدغيم (2016)، حيث أشارت إلى وجود فروق دالة احصائياً ما بين المدخنين وغير المدخنين في مستويات نقص الانتباه وفرط الحركة، وتتفق معها دراسة زيدان (2014) وكذلك دراسة (Brown, et al., 1996)، أما دراسة (Frei, et al., 2010) فقد أكدت نتائج هذه الدراسة الحالية من حيث استهلاك النيكوتين وعلاقته بنقص الانتباه وفرط الحركة.

نتائج التساؤل الثاني:

وينص على: هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في (الدرجة الكلية والأبعاد) لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة **Attention Deficit Hyperactivity Disorder** تعزى لمستوى التدخين (ضعيف - متوسط - ادمان) لدى المراهقين في مملكة البحرين؟

وللتحقق من صحة هذا التساؤل تم حساب متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في (الدرجة الكلية والأبعاد) لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وما يقابلها من مستويات التدخين التالية (ضعيف-متوسط-ادمان)، ولمعرفة أي المتوسطات أعلى، كما تم عمل تحليل التباين ANOVA لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعات كما توضحها الجداول التالية:

جدول (13)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وفق مستويات التدخين الثلاثة (ضعيف - متوسط - ادمان)، حيث (n=121)

مستويات التدخين			الإحصاء الوصفي	أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
ادمان N=32	متوسط N=55	ضعيف N=34		
67.07	64.63	62.12	M	ضعف الانتباه
4.22	3.06	3.21	S.D.	
32.54	33.87	34.56	M	الحركة المفرطة
2.99	3.21	2.17	S.D.	
48.65	41.09	35.22	M	الاندفاع
4.04	3.56	2.19	S.D.	
43.67	41.06	32.43	M	المهارات الاجتماعية
4.22	3.69	2.77	S.D.	
191.93	180.65	164.33	M	الدرجة الكلية
15.47	13.52	10.34	S.D.	

ويمكن التحقق من دلالة الفروق بين المجموعات من خلال جدول تحليل التباين كالتالي:

جدول (14)

تحليل التباين (ANOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين المستويات المختلفة للتدخين (ضعيف-

متوسط-ادمان) على أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

Sig. Level	p- value	F- value	درجات الحرية	مصدر التباين	
دالة عند 0.05	0.021	8.321	3	بين المجموعات	ضعف الانتباه
			117	داخل المجموعات	
			120	إجمالي	
دالة عند 0.05	0.026	7.982	3	بين المجموعات	الحركة المفرطة
			117	داخل المجموعات	
			120	إجمالي	
دالة عند 0.01	0.000	12.432	3	بين المجموعات	الاندفاع
			117	داخل المجموعات	
			120	إجمالي	
دالة عند 0.01	0.000	14.763	3	بين المجموعات	المهارات الاجتماعية
			117	داخل المجموعات	
			120	إجمالي	
دالة عند 0.01	0.000	18.543	3	بين المجموعات	الدرجة الكلية
			117	داخل المجموعات	
			120	إجمالي	

أشارت المعطيات الإحصائية لتحليل التباين الأحادي one Way ANOVA إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين المدخنين في جميع أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تعزى إلى مستوى التدخين لديهم، حيث كانت الفروق في الدرجة الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة فروقاً ذات دلالة إحصائية ولصالح مستوى "الادمان" لدى للمراهقين المدخنين، حيث بلغت المتوسط (191.93) ويقابل هذا المتوسط الدرجة الفائية ($F = 18.543$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0,01)، مما يشير إلى أن المراهقين المدخنين الذين يفرطون في تناول السجائر لدرجة تصل إلى الادمان يعانون بدرجة كبير من نقص الانتباه وفرط الحركة عن غيرهم من المراهقين في مستويات التدخين المتوسطة والضعيفة.

كما أشارت النتائج إلى أن هناك فروق بين المراهقين المدخنين في جميع أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وكانت الفروق لصالح المدخنين في مستوى (الادمان) في كلاً من الأبعاد التالية (الاندفاع- ضعف المهارات الاجتماعية)، عند مستوى دلالة (0.01)، في حين كانت الفروق في بعد "ضعف الانتباه" عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يشير إلى أن الإفراط في التدخين يكون عامل مساعد أو ربما يمثل أحد الأسباب القوية التي تؤدي إلى حالة ضعف المهارات الاجتماعية بين المراهقين أو الاندفاعية التي يبدونها في بعض المواقف الضاغطة، أو القصور وضعف الانتباه في المواقف التي تتطلب منهم تركيزاً مضاعفاً.

بينما كانت الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) ولصالح المراهقين المدخنين في مستوى (الضعيف) في بعد "فرط الحركة"، تشير النتائج إلى أن الحركة المفرطة قد تكون بين المراهقين الأقل تدخيناً، مما يعنى أن حالات التدخين الزائدة تصيب المراهق بحالة من الفتور والكسل والركون.

وإجمالاً يمكن القول بأن الزيادة المفرطة في التدخين تنعكس بشكل واضح على مستوى الانتباه لدى المراهقين وحجم الحركة لديهم، ويبدو ذلك متفقاً مع ما أشارت إليه دراسة (Fummeler, et al. 2007) ودراسة الزعبي والقحطاني (2015)، ودراسة الدغيم (2016). حيث أكدوا على أن الانتباه يقل تركيزه ويضعف كرد فعل لزيادة مستوى التدخين وترسيب النيكوتين في الدم، أما كل من (Bülent, et al., 2017)، (Barkley and Fischer, 2010)، فقد أشاروا

إلى أن الإصابة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة هو ما يجعل المراهق مقبلاً على التدخين أكثر من غيره من غير المضطربين في نقص الانتباه وفرط الحركة.

نتائج التحقق من التساؤل الثالث:

وينص على: هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدرجة الكلية والأبعاد لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة **Attention Deficit Hyperactivity Disorder** (تعزى للمرحلة التعليمية (اعدادي - ثانوي) لدى المراهقين المدخنين ومستوياتهم المختلفة للتدخين (ضعيف - متوسط - ادمان) في مملكة البحرين؟

وللتحقق من صحة هذا التساؤل تم حساب متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في المرحلتين (الإعدادية-الثانوية) من المدخنين في المستويات الثلاثة (ضعيف-متوسط-ادمان) في (الدرجة الكلية والأبعاد) لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، ولمعرفة أي المتوسطات أعلى، كما تم عمل تحليل التباين الثنائي ANOVA لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعات كما توضحها الجداول التالية:

جدول (15)

المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار دلالة الفروق T-Test لأبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والدرجة الكلية تعزى إلى المرحلة الدراسية (اعدادي-ثانوي) ذوي مستويات التدخين المختلفة (ضعيف-متوسط-ادمان)

طلاب المرحلة الثانوية N=42			طلاب المرحلة الاعدادية N= 79			الإحصاء الوصفي	مستويات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
ادمان	متوسط	ضعيف	ادمان	متوسط	ضعيف		
60.43	55.98	42.44	62.11	58.32	45.36	M	ضعف الانتباه
3.07	3.33	3.54	2.20	3.08	2.43	S.D.	
28.55	30.11	32.45	34.25	35.99	36.72	M	الحركة المفرطة
2.08	2.65	3.20	2.98	2.54	3.08	S.D.	
46.55	40.43	36.65	48.22	43.54	38.32	M	الاندفاع
3.76	2.99	2.19	3.88	3.37	3.11	S.D.	
40.33	38.32	29.54	42.88	40.65	31.23	M	المهارات الاجتماعية
3.09	2.65	2.45	3.05	3.03	3.54	S.D.	
175.86	164.84	141.08	187.46	178.5	151.63	M	الدرجة الكلية
15.76	14.61	13.57	15.99	15.39	15.27	S.D.	

ويمكن التحقق من دلالة الفروق بين المجموعات من خلال جدول تحليل التباين كالتالي:

جدول (16)

تحليل التباين الثنائي (ANOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين المستويات المختلفة للتدخين (ضعيف - متوسط - ادمان) في المرحلتين (الإعدادية - الثانوية) على أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

مصدر التباين	درجات الحرية	F- value	p- value	Sig. Level
ضعف الانتباه	بين المجموعات	8.754	0.044	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات			
	إجمالي			
الحركة المفرطة	بين المجموعات	9.543	0.032	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات			
	إجمالي			
الاندفاع	بين المجموعات	12.543	0.000	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات			
	إجمالي			
المهارات الاجتماعية	بين المجموعات	14.476	0.000	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات			
	إجمالي			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	18.432	0.000	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات			
	إجمالي			

توضح الجداول الخاصة بتحليل التباين رقم (15) ، و (16) إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وكانت الفروق لصالح المراهقين المدخنين في المرحلة الإعدادية، حيث بلغت قيمة متوسط درجاتهم على مقياس اضطراب

نقص الانتباه وفرط الحركة (187.46) وهي قيمة يقابلها درجة فائية مقدارها $F\text{-value}= 18.432$ وبالكشف عنها في جداول الدلالة الإحصائية نجد أنها قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، ما يشير إلى أن المراهقين المدخنين الأقل عمراً وخاصة في مرحلة التعليم الاعدادي هم الأكثر اضطراباً ونقصاً في الانتباه الأكثر فرطاً للحركة عن غيرهم من المراهقين المدخنين في المرحلة الثانوية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Goldenson, et al. 2018) ودراسة (Wilens, et al. 2008).

كما أشارت النتائج إلى أن هناك فروق بين المراهقين المدخنين في جميع أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وكانت الفروق لصالح المراهقين المدخنين في المرحلة الإعدادية من التعليم، وكان المراهقين الأكثر تدخيناً (في مستوى الادمان) هم الأعلى في كلاً من الأبعاد التالية (الاندفاع- ضعف المهارات الاجتماعية)، عند مستوى دلالة (0.01)، في حين كانت الفروق في بعد "ضعف الانتباه" عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يشير إلى أن المستويات المرتفعة من التدخين تصيب المراهقين الأقل عمراً بضعف ملحوظ في المهارات الاجتماعية وحالة من الاندفاع والتهور عن غير من المدخنين الأكبر عمراً، كما كانت الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) ولصالح المراهقين المدخنين في المرحلة الإعدادية (مستوى التدخين الضعيف) في بعد "فرط الحركة"، وهنا تشير النتائج إلى أن الحركة المفرطة ليست بالضرورة من مظاهر ومؤشرات التدخين الزائد ولكن العكس. ويتفق هذا مع ما أشار إلى كل من دراسة (Pennanen et al. 2012)، ودراسة أبو شوارب (2013)، ودراسة زيدان (2014).

وإجمالاً يمكن القول بأن تدخين المراهقين الأصغر عمراً سواء كان التدخين في مستوى الادمان أو المتوسط أو حتى الضعيف يشكل خطراً في زيادة اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة عن الآخرين الأكبر عمراً ويتفق هذا ما أوضحتها دراسة (Keath, 2017) التي أكدت على أن عامل العمر له دور فاعل في التحكم الذاتي وخاصة لدى المدخنين، فكلما كبر العمر كان أكثر تحكماً في الذات مما يجعلهم أقل في حدة الاضطرابات المتعلقة بنقص الانتباه وفرط الحركة، وهذا ما أكدته أيضاً دراسة، ودراسة لو (Low, 2017).

نتائج التحقق من التساؤل الرابع:

وينص على: هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدرجة الكلية والأبعاد لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة **Attention Deficit Hyperactivity Disorder** تعزى للجنس (ذكور - اناث) لدى المراهقين المدخنين في مملكة البحرين؟

وللتحقق من صحة هذا التساؤل تم حساب متوسطات درجات الطلاب على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، كما تم حساب الدرجة التائية (T-test) للمجموعات المستقلة للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين (الذكور-الاناث) حول أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والدرجة الكلية، كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (17)

المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار دلالة الفروق T-Test على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تعزى إلى الجنس (الذكور - الاناث)

Sig.	p-value	T-test	الاناث N=22		الذكور N= 99		ابعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
			S.D.	M	S.D.	M	
دالة عند 0.01	0.000	12.43	4.55	65.43	4.32	62.54	ضعف الانتباه
دالة عند 0.01	0.000	14.27	3.65	37.54	3.77	44.65	الحركة المفرطة
دالة عند 0.01	0.000	11.87	3.87	46.43	4.28	53.32	الاندفاع
دالة عند 0.01	0.000	13.66	3.33	45.54	3.54	40.66	المهارات الاجتماعية
دالة عند 0.01	0.000	18.98	15.4	194.04	15.91	201.17	الدرجة الكلية

تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية والأبعاد لمقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بين المراهقين المدخنين من الجنسين (الذكور-الاناث)، حيث كانت الفروق لصالح المراهقين المدخنين من الذكور، حيث بلغت قيمة متوسط درجاتهم على المقياس (206.05) وهي قيمة مرتفعة ويقابلها درجة تائية مقدارها ($T\text{-test}= 18.98$) وبالكشف عن تلك القيمة في الجداول الإحصائية عند درجات الحرية المناسبة يجدها قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وهذا يشير إلى أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يكون في أعلى مستوياته لدى المراهقين المدخنين الذكور أكثر من المراهقات الاناث اللاتي بلغت قيمة متوسطاتهن على نفس المقياس (190.06)، وهنا يمكن القول بأن الذكور معرضون لهذا الاضطراب بشكل أكبر من الاناث وتتفق هذه النتائج مع ما أشارت إليه دراسة (ويلنر وآخرون, 2008, Wilnes et al.) التي أكدت على أن التدخين لدى الذكور يكون في الغالب مصحوباً بنوع من الإضرابات المتعلقة بفرط الحركة بشكل أكثر من الاناث. كما أشارت نتائج دراسة (Michael Liebrecht et al., 2014) إلى أن خصائص الذكور في مرحلة المراهقة قد تكون المسؤولة عن حالة الضعف العام في الانتباه والزيادة الملحوظة في الحركة وهذا قد لا ينطبق على الاناث بنفس الدرجة، ولكن قد تكون الاناث المدخنات أكثر اضطراباً في نقص الانتباه وفرط الحركة عن غيرهن من الاناث غير المدخنات، وهذا ما أوضحته دراسة الدغيم، محمد دغيم (2016).

كما تشير النتائج المتعلقة بالفروق في أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بين الجنسين، إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المراهقين المدخنين الذكور، وكانت الفروق دالة عند مستوى دلالة (0.01) في الأبعاد التالية (الاندفاع- الحركة المفرطة)، بينما كانت الفروق لصالح المراهقات المدخنات الاناث في الأبعاد التالية (المهارات الاجتماعية - ضعف الانتباه)، وهذا يمكن تفسيره في ضوء خصائص كل من الذكور والاناث في مرحلة المراهقة، حيث تميل الاناث المدخنات إلى اضطراب في المهارات الاجتماعية والتواصل مصحوباً بضعف الانتباه الناتج من الشعور بالذنب نتيجة التدخين وهذا ما أكدته بولينت وآخرون (Bulent et al., 2017)، حيث أن التدخين بالنسبة للاناث يشعرهن بحالة مبالغ فيها بالذنب أكثر من الذكور نظراً لتعارض ذلك مع العادات والثقافة والتقاليد العربية والإسلامية، بينما يؤدي التدخين الزائد إلى حالة من الاندفاع والتهور والحركة المفرطة لدى الذكور بشكل أكبر منه لدى الاناث المدخنات.

استنتاجات وتوصيات الدراسة

أولاً: استنتاجات الدراسة

من خلال تحليل درجات أفراد عينة الدراسة من المراهقين المدخنين على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، أمكن الخروج ببعض الاستنتاجات البحثية التالية:

1- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وبين الدرجة المرتفعة للتدخين عند المراهقين، مما يمكن تفسيره أنه كلما اتجه المراهقين إلى مستوى يقترب من ادمان التدخين كلما أدى ذلك إلى زيادة في مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، والعكس.

2- يعتبر "الاندفاع" كأحد أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، أكثر مظاهر الاضطراب المتعلقة بزيادة مستوى التدخين، وهو ما يعنى أن مستوى الاندفاعية لدى الطلاب المراهقين يزداد بشكل كبير كلما ازداد معدل التدخين والعكس، حيث يساعد التدخين الزائد على فقدان السيطرة على الأفعال، كما أنه يؤدي إلى انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع من الشخص وخاصة في مرحلة المراهقة، وبالتالي فهو يصبح شخص مندفع ويتصرف أو يتحدث بدون تفكير.

3- تعتبر "الحركة المفرطة" أقل أبعاد اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة ارتباطاً بالتدخين الزائد، وهذا يشير إلى أن زيادة مستوى التدخين قد يؤدي في بعض الأحيان إلى الحركة المفرطة لدى المراهقين.

4- توجد فروق واضحة بين المراهقين المدخنين في اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تعزى إلى مستوى التدخين لديهم، فالادمان هو المستوى الذي يزداد عنده مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ويبدو ذلك في ضعف المهارات الاجتماعية والاندفاعية وضعف الانتباه، في حين أن الحركة المفرطة تكون أكثر وضوحاً في مستويات التدخين المتوسطة والضعيفة.

5- يمثل العمر عاملاً حاسماً في ظهور ملامح ومؤشرات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المدخنين، فالعمر الأقل يكون الأكثر عرضة لحالات الاضطراب العالية.

6- تختلف أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة باختلاف جنس المدخن، فالذكور تزداد لديهم الاندفاعية والحركة المفرطة، بينما تقل المهارات الاجتماعية لدى الإناث المدخنات كما ينقص الانتباه بشكل ملحوظ.

ثانياً: توصيات الدراسة:

- من خلال ما أسفرت عنه النتائج وما أوضحتها الاستنتاجات البحثية يمكن صياغة بعض التوصيات التي قد تفيد المسؤولين والتربويين في إيجاد آليات من شأنها مواجهة اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين وخاصة المدخنين منهم، ويمكن عرض تلك التوصيات كما يلي:
- 1- تصميم برامج إرشادية وعلاجية للتخفيف من مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين والذي قد ينعكس بشكل ايجابي على التقليل من مستوى التدخين لديهم.
 - 2- التدخل المبكر للتوعية من مخاطر اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بشكل مسبق حتى لا تصل الحالات إلى مراحل متقدمة من الاضطراب.
 - 3- تدريب المعلمين على كيفية التعامل مع المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة داخل الصفوف والمدارس.
 - 4- انشاء مراكز علاج مبكر لظاهرة التدخين بين المراهقين وتقشيتها في مراحل عمرية مبكرة.
 - 5- اقتباس التجارب الناجحة للمؤسسات والدول التي واجهت تلك الظاهرة المتعلقة بالتدخين في مراحل العمر المبكرة ومحاكاتها بالأساليب العلاجية والإرشادية العملية الحديثة .
 - 6- تدريب ومتابعة لأدوار ومهام المرشدين الاجتماعيين والمهنيين في المدارس فيما يتعلق بالإجراءات المتخذة لمواجهة ظاهرة التدخين بين الطلاب .
 - 7- تخريج أخصائيين نفسيين متخصصين في علاج الإضطرابات النفسية بشكل عام واضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة بشكل خاص .
 - 8- التوجيه نحو مزيد من الدراسات والبحوث المستقبلية المتعلقة بدراسة ظاهرة التدخين وتأثيره على بعض الاضطرابات النفسية.

الدراسات المستقبلية:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية تقترح الباحثة الدراسات المستقبلية التالية:

1. العلاقة بين التدخين وقلق المستقبل لدى عينة من المراهقين.
2. العلاقة ما بين التدخين ونقص الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين المتفوقين تحصيلياً والعاديين.
3. العلاقة بين التدخين وبعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من المراهقين.

المراجع

العربية

- أحمد، بن ناهية؛ وميلود، اليمان (2016). **تأثير التدخين على صفة التحمل العام**. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة قاصدي مرباح-ورقلة.
- الجوري، فيروز علي؛ والشملان، بركة صالح (د.ت). **حقائق ومعلومات عن النيكوتين**. المملكة العربية السعودية: وزارة الصحة، برنامج مكافحة التدخين.
- الخشرمي، سحر احمد. (2007). **العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم**. الرياض: كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- الدغيم، محمد دغيم (2016). **مستوى القلق وتقدير الذات والدوافع نحو التدخين لدى المراهقين**. **مجلة العلوم التربوية بالكويت**، مجلد 1(2)، 183-204.
- الزعبي، سهيل محمود ؛ القحطاني، محمد حسن (2015). **أثر التعزيز الرمزي في خفض مظاهر اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم**. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، مجلد 3(1)، 373-386.
- زهران، حامد عبد السلام. (1990). **علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- زيدان، أحمد سعيد. (2014). **التدخين وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى طلاب المدارس الثانوية الفنية التجارية بمحافظة كفر الشيخ**. **مجلة كلية التربية بالسويس**، مجلد 7(2)، 50-103.
- سليمان، محمد سيد سعيد. (2015). **معارف المعلمين عن اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة بالمرحلة الابتدائية**. **مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية**، المجلد الثالث والعشرون (العدد الاول)، 98-121.
- سويف، مصطفى (1996). **المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية (عالم المعرفة، العدد 205)**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- الشربيني، لطفي (2000). **معجم مصطلحات الطب النفسي**. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

الشمري، فايز صايل نائف. (2014). مشكلة التدخين لدى طلاب المرحلة الثانوية من وجهة نظر المرشدين وعلاجها من منظور التربية الإسلامية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدعوة وأصول الدين، الجامعة الإسلامية، المملكة العربية السعودية.

عبد الرحمن، محمد السيد (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

العسال، نبيل محمود (2012). أثر أسلوب العلاج الجمعي في الإقلاع عن التدخين. الرياض: مركز الدراسات والبحوث بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

عكاشة، أحمد (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

العمرى، سلطان احمد سلطان (2010). الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في سمة القلق ومفهوم الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة النماص مع تصور لبرنامج إرشادي مقترح. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك خالد.

عوض، صفاء ياسين عبد الرازق (2016). تعرفه السجائر ما بين العائد المالي واسترداد تكلفة العلاج الصحي في فلسطين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية.

عيد، محمد إبراهيم. (2004). محاضرات في الصحة النفسية للطفل. القاهرة: الرسالة للإعلان.

القاضي، خالد (2011). تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الزائد: دليل عملي للوالدين والمعلمين. (ط10). القاهرة: عالم الكتب.

محمد، عادل عبد الله (2010). مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية. القاهرة: دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع.

منظمة الصحة العالمية (2000). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. بيروت: المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.

منظمة الصحة العالمية (2011). تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء النيكوتين العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

نداء، سامية. (2006). أثر تدريس وحدة مقترحة في التدخين والادمان على معلومات تلاميذ المرحلة الإعدادية واتجاهاتهم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الاسكندرية.

- Adler, L. A., Spener, T., Farane, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biedeman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annual Clinical Psychiatry*, 18(3), 145-148.
- Adler, L. A. (2008). Diagnosing and treating adult ADHD and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(31), 212-217.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association (2013). *ADHD Parents Medication Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostics Manual of Disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amsterdam, J., der Velde, B., Schulte, M., & Brink, W. V. (2018). Causal factors of increased smoking in ADHD: A systematic review. *Journal Substance Use and Misuse*, 5(3), 432-445
- Andersen, M., Leroux, B., Bricker, J., Rajan, K., & Peterson, A. (2004). Antismoking parentings practices are associated with reduce rates of adolescent smoking. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 348-352.
- Alqahtani, M. (2010). Attention-deficit hyperactive disorder in school-aged children in Saudi Arabia. *European Journal Pediatrics*, 169, 1113-1117.
- Attention Deficit Disorder Association (2018). *What Causes ADHD*. <https://add.org/adhd-facts/>
- Bagot, K. S., Heishman, S. J., & Moolchan, E. T. (2007). Tobacco craving predicts lapse to smoking among adolescent smokers in cessation treatment. *Nicotine Tobacco Research*, 9, 647-652.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice Hall.
- Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S.V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96, 1269-1274.
- Barkley, R. E. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York, NY.: The Guildford Press

- Barkley, R. (2005). *Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 503-513.
- Bobak, M., Jarvis, M. J., Skodova, Z., & Marmot, M. (2000). Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. *Tobacco Control*, 9(3), 310-312,
- Brown, R., Lewinsohn, P., Seeley, J., & Wagner, E. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1602-1610.
- Bülent, B., Aksoy, U. M., Onur, Ö, Ş., & Maner, A. F. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and nicotine dependence in adults. *Journal of National Institutes of Health*, 54(4), 322–327.
- Burd, L., & Kerbeshian, J. (1988). Historical roots of ADHD. *Journal of American Academy of Children and Adolescents Psychiatry*, 27, 262-271.
- Burn, E. (2007). *The smoke of the Gods: A social history of tobacco*. Philadelphia: Temple University Press.
- Camp, D. E., Klesges, R. C., & Relyea, G. (1993). The relationship between body weight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology*, 12(1), 24-32.
- Carbarino, J. (1985). *Adolescence: An ecological perspective*. OH: Merrill
- Carbarino, J. (2001). An ecological perspective on the effects of violence on children. [*Journal of Community Psychology*](#), 29(3), 361 – 378.
- Carbarino, J. (2017). *Children and families in the social environment*. NY: Routledge.
- Castellanos, X. (2002). Anatomic magnetic resonance imaging studies of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(4), 444-448.
- Conrad, K. M., Flay, B. R., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 87(12), 1711-1724.
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported: ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(2), 234-242.

- Darrall, K.G., & Figgins, J.A.. (1998). Roll-your-own smoke yields: Theoretical and practical aspects. *Tobacco Control*, 7(2),168-175.
- Demos, V. (2019). *The affect theory of Silvan Tomkins for psychoanalysis and psychotherapy: Recasting the essentials*. New York: Routledge
- Durston, S. (2010). Imaging genetics in ADHD. *NeuroImage*, 53(3), 832-838.
- Edwards, J. H. (2002). Evidenced-based treatment for child ADHD: “Real world” practice implications. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(2), 126-139.
- Elkins, I. J., Saunders, G. R., Malone, S. T., Keyes, M. A., Samek, D. R. ... et al., & Iacono, W. G. (2018). Increased risk for smoking in female adolescents with attention deficit hyperactivity disorder in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 63-70.
- Faulkner, P., Ghahremani, D. G., Tyndale, R. F., Helleman, G., London, E. D. (2018). Functional connectivity of the raphe nuclei: Link to tobacco withdrawal in smokers. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 800-808.
- Fiammetta, C., Francesco, P., Nicols, L., & Laura, C. (2011). Nicotine dependence and psychological distress: Outcomes and clinical implications in smoking cessation. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 119-128.
- Fisher, S. & Greenberg, R. P. (1996). *Freud scientifically reappraised: Testing the theories and therapy*. New York: Wiley.
- Frei, A., Hornung, R., & Eich, D. (2010). Tobacco consumption of adults diagnosed with ADHD. *Der Nervenarzt*, 81(7), 860–866.
- Fummeler, B., McCelmann, F. J., & Kollins, F. J. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10) pp. 1203–1213.
- Gehricke, J. G., Gevorkian, J., Stehli, A., Alejo, S. D., Dawson, M., & Kopelevich, A. (2019). Discrepancies in the Validity of Self-Reported Cigarette Smoking in Adults With and Without ADHD. *Journal of Dual Diagnosis: research and practice in substance abuse comorbidity*, 15(3), 177-183.
- Gilman, S., Rende, R., Boergers, J., Abrams, D., Buka, S., Clark, M., ...et al., & Lipsitt, L. (2009). Parental smoking and adolescent smoking initiation: An intergenerational perspective on tobacco control. *Pediatrics*, 123(2), e274-e281.

- Gizer, I. R., Waldman, I. D., Abramowitz, A., Barr, C. L., Feng, Y., Wigg, K. G., Misener, V. L., & Rowe, D. C. (2008). Relations between multi-informant assessments of ADHD symptoms, DAT1, and DRD4. *Abnormal Psychology, 117*(4), 869-880.
- Glass, K., & Flory, K. (2010). Why does ADHD confer risk for cigarette smoking? A review of psychosocial mechanisms. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*(3), 291-313.
- Goldenson, N. I., Khoddam, R., Stone, M. D., & Leventhal, A. M. (2018). Associations of ADHD symptoms with smoking and alternative tobacco product use Initiation during adolescence. *Journal of Pediatrics Psychology, 43*(4), 353–365.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Achieves of General Psychiatry, 61*(11), 1107-1115.
- Henriksen, L., & Jackson, C. (1998). Anti-smoking socialization: Relationship to parent and child smoking status. *Health Communication, 10*(1), 87-101.
- Hoseini, B. L., Abbasi, A. M., Moghaddam, T. H., Khademi, G., & Saeidi, M. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children: A short review and literature. *International Journal of Pediatrics, 2*(3-4), 443-450.
- Jackson, C. & Henriksen, L. (1997). Do as I say: Parenting smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behaviors, 22*(1), 107-114.
- Jiloha, R. C. (2010). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment. *Indian Journal of Psychiatry, 52*(4), 301-307.
- Juneja, M., Sairam, S., Jain, R. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescent School Children. *Indian Pediatrics, 51*, 151-152.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners C. K., Adler, R. et al.... & Zaslavsky, AM. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry, 163*, 716-723.
- Kobus, K. (2003). Peers and adolescent smoking. *Addiction, 98*, 37- 55.

- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., & Shaffer, D. (1994). DMS-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1673-1685.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. [*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*](#), 2(4), 241–255.
- Laucht, M., Hohm, E., Esser, G., Schmidt, M. H., & Becker, K. (2007). [*Association between ADHD and smoking in adolescence: Shared genetic, environmental and psychopathological factors*](#) . *Journal of Neural Transmission*, 114(8), 959-1097
- Liebreinz, M., Frei, A., Fisher, C. E., Gamma, A., Buadze, A. & Eich, D. (2014). Adult attention deficit/hyperactivity disorder and nicotine use: A qualitative study of patient perceptions. *BMC Psychiatry*, 14, 1-11.
- Liesveld, J. (2007). Teachers knowledge, beliefs, and values about children with ADHD, (Unpublished PhD Dissertation), The University of New Mexico, New Mexico.
- Low, K. (2017). ADHD increases risk for cigarette use: ADHD symptoms are significantly associated with risk for smoking. *Journal of Pediatrics*, 162(2), 253-261.
- Mathers, M., Toumbourou, J., Catalano, R., Williams, J., & Patton, G. (2006). Consequences of youth tobacco use: A review of prospective behavioral studies. *Addiction*, 10, 948-958.
- Mathur, C., Stigler, M., Perry, C., Arora, M. & Reddy, S. (2008). Difference in prevalence of tobacco use among Indian urban youth: The role of socioeconomic status. *Nicotine and Tobacco Research*, 10(1), 109-116.
- McCaul, M. E., Wand, G. S., Kuwabara, H., Dannals, R. F., Wong, D., Xu, X. (2019). The relationship of varenicline agonism of $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptors and nicotine-induced dopamine release in nicotine-dependent humans. *Nicotine Tobacco research*, 21(12), 1580-1589.
- McClernon, F. J., & Kollins, S. H. (2008). ADHD and smoking: From genes to brain to behavior. *Annual of New York Academy of Science*, 1141, 131-147.
- Moriyama, T., Cho, A., Verin, R., Fuentes, J., & Polanczyk, G. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder. In J. Rey, (ed), *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

- National Institute of Mental Health (NIMH). (1999). *Questions and answers: Multimodal Treatment Study of Children With ADHD*. Bethesda, MD: NIMH.
- Nigg J., Nikolas, M., & Burt, S. A. (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 863-873.
- Pennanen, M. (2012). *School achievement, family factors and smoking prevention: A three-year follow-up of a smoking prevention programme in Helsinki*. Helsinki, Finland: National Institute for Health and Welfare.
- Pennanen, M., Vartiainen, E. & Haukkala, A. (2012). The role of family factors and school achievement in the progression of adolescents to regular smoking. *Health Education Research*, 27(1), 57–68.
- Pennanen, M., Boms, U., Korhonen, T., Haukkala, A., Partonen, T., Timo, A., ... Et al., KoKaprio, J. (2014). Smoking, nicotine dependence and nicotine intake by socio-economic status and marital status. [*Addictive Behaviors*](#), 39(7), 1145-1151
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 6, 942–950.
- Polanczyk, G., Caspi, A., & Houts, R. (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: Results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 210-216.
- Rainio, S. U., Rimpela, A. H., Luukkaala, T. H., & Rimpela, M. K. (2008). Evolution of the association between parental and child smoking in Finland between 1977 and 2005. *Preventive Medicine*, 46(6), 565-571.
- Rhodes, J. D., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Shiffman, S., Derefinko, K. J & Molina, B. G. (2016). Cigarette smoking and ADHD: An examination of prognostically-relevant smoking behaviors among adolescents and young adults. [*Psychological Addiction Behavior*](#), 30(5), 588-600.
- Smith, M. (2017). Hyperactive around the world? The history of ADHD in global perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767-787.
- Stämpfli, M., & Anderson, G. (2009). How cigarette smoke skews immune responses to promote infection, lung disease and cancer. *Nature Reviews Immunology*, 9(5), 377- 384.

- Stoney, C. M., Kaufmann, P. G., & Czajkowski, S. M. (2018). Cardiovascular disease: Psychological, social, and behavioral influences: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 73(8), 949-954.
- Tomasi, D. & Volkow, N. D. (2014). Functional connectivity of substantia nigra and ventral tegmental area: maturation during adolescence and effects of ADHD. *Cerebral Cortex*, 24(4), 935-944.
- US Department of Health and Human Services. (1988). *The health consequences of smoking: nicotine addiction*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services
- Volkow, N., Wang, G. J., Kollins, S., Wigal, T., Newcorn, J., Telang, F., Fowler, J., & Swanson, J. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: Clinical implications. *Journal of the American Medical Association(JAMA)*, 302(10), 1084-1091.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M. K., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1557- 1562.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-500.
- [Wilens](#), T. E., Vitulano, [M.](#), Upadhyaya, [H.](#), Adamson, J., Sawtelle, R., Utzinger, L., & Biederman, J. (2008). Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric*, 153(3), 414 - 419.
- Wilson, S. (2002) Dying for a smoke: Freudian addiction and the joy of consumption, *Angelaki: Journal of Theoretical Humanities*, 7(2), 161-173
- World Health Organization (WHO). (2010). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Zametkin, A. J. (1995). Attention-Deficit Disorder Born to be hyperactive? *Journal of the American Medical Association(JAMA)*, 273(23),1871-1874.

الملاحق

ملحق (1) : استمارة قياس مستوى التدخين

البيانات الشخصية

الرقم الأكاديمي: _____

الجنس:

ذكر	☐
أنثى	☐

العمر:

أقل من 12 سنة	☐
من 12 - 15 سنة	☐
أكبر من 15 سنة	☐

موضوع التدخين

- إذا كنت تدخن فعليك اجابة جميع الأسئلة.
- إذا كنت لا تدخن فعليك اجابة السؤال الأول فقط.

الأسئلة

1- هل تدخن؟

نعم ☐

لا ☐

2- متى بدأت التدخين؟

☐ قبل دخول المدرسة

☐ في المرحلة الابتدائية

☐ في المرحلة الإعدادية

☐ في المرحلة الثانوية

3- كم مرة تدخن في اليوم؟

☐ أقل من 5 مرات

☐ من 5 إلى 15 مرة

☐ أكثر من 15 مرة

4- هل يعلم والديك بأنك تدخن؟

نعم ☐

لا ☐

5- هل الأب يدخن؟

نعم ☐

لا ☐

6- هل الأم تدخن؟

نعم ☐

لا ☐

7- هل لك اخوة يدخنون؟

نعم ☐

لا ☐

8- هل لك أصدقاء يدخنون؟

نعم ☐

لا ☐

9- أي من الأنواع التالية تدخن؟

السجائر العادية ☐

السجائر الالكترونية ☐

الشيخة العادية ☐

الشيخة الالكترونية ☐

مواد تمضغ بالفم ☐

لصقات تبغ ☐

10- ماهو أكثر مكان تدخن فيه؟

المدرسة ☐

البيت ☐

مع الأصدقاء في الطريق ☐

☐ في الأماكن العامة (الحدائق - المنتزهات - البر - الأسواق - المقاهي الخ)

رقم	العبارات	التقييم			
		درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	إلى حد ما	درجة بسيطة جداً
1	كوني مدخن فإن ذلك يؤثر على سمعتي أمام الآخرين				
2	لدي رغبة في ترك التدخين				
3	أشعر بأن التدخين يؤثر على سلوكي				
4	ألجأ إلى التدخين عندما أريد زيادة تركيز الانتباه				
5	يساعدني التدخين على الدراسة واستدكار دروسي				
6	لا تشغلني الأضرار الصحية التي يسببها التدخين لي				
7	أشعر بثقة في النفس كبيرة عندما أدخن				
8	يمنحني التدخين الشعور بالأمل والإقبال على الحياة				
9	أشعر بأنني عاجز فعلاً أمام التدخين				
10	أنا نادم كوني أصبحت مدخناً				

ملحق (2) : مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

البيانات الشخصية للمفحوص:

الرقم الأكاديمي: _____

الجنس:

ذكر	☐
أنثى	☐

العمر:

أقل من 12 سنة	☐
من 12 - 15 سنة	☐
أكبر من 15 سنة	☐

التاريخ : _____

البيانات الشخصية للفاحص:

اسم الفاحص: _____

وظيفته: _____

طبيعة العلاقة مع المفحوص: () المعلم () الأب () الأم () أخرى

أولاً: ضعف الانتباه

رقم	السلوك	التقييم				
		يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
1	أدائه التحصيلي غير جيد					
2	يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم					
3	يعاني من الذهول والحيرة أو الإرتباك					
4	يفشل في اتمام المهام أو الأنشطة التي يكلف بها					
5	انتقاله من شيء لآخر أو من نشاط لآخر بشكل مزعج وغير هادف					
6	لا يصغي ولا يستمع للآخرين بشكل يضايقهم					
7	ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل					
8	ليس لديه القدرة على التركيز					
9	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة					
10	كثيراً ما ينشغل بذاته					
11	ينسى الأشياء الهامة لاتمام المهام والواجبات					
12	لا يرغب في متابعة التعليمات التي توجه له					
13	يبتعد عن المهام والأنشطة التي تحتاج جهداً عقلياً وتركيزاً					
14	يفقد أشياءه وأدواته بشكل متكرر					
15	عدم الاهتمام أو اللامبالاة بعملية التعلم					

ثانياً: الحركة المفرطة

رقم	السلوك	التقييم				
		يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
1	مفرط الحركة والنشاط ودائم الخروج من مقعده					
2	متململ ويداه تتحركان باستمرار ويعبث في كل شيء					
3	ردود أفعاله عنيفة ولا تتناسب مع طبيعة الموقف					
4	حركاته لا يمكن توقعها					
5	قلق ويتلوى وغير مستقر في مقعده، يتلفت حوله كثيراً					
6	يطلب الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر وأحياناً يخرج دون إذن					
7	سلوكيات متكررة لدرجة الإزعاج					
8	يخالف الأنظمة والمواعيد ويكره أن تقيده النظم أو القواعد					
9	لا يستجيب للتعليمات متمرّد أو خارج عن الطاعة					
10	يظهر سلوك العناد والمعارضة					

ثالثاً: الإندفاع

رقم	السلوك	التقييم				
		يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
1	لا يستطيع السيطرة على أفعاله					
2	يجب أن تؤدي مطالبه في الحال					
3	انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع					
4	مندفع ويتصرف أو يتحدث بدون تفكير					
5	يجيب عن السؤال قبل اتمامه					
6	محب للعراك ودائماً في حالة غضب واستياء					
7	اقحام نفسه في أمور لا مبرر لها					
8	مقاطعة الآخرين في الحديث					
9	مطيع باستياء وبامتعاض					
10	ضرب الآخرين بعنف					
11	يركض ويقفز بسرعة					

رابعاً: المهارات الاجتماعية

رقم	السلوك	التقييم				
		يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
1	غير قادر على التواصل اللفظي بفاعلية ووضوح					
2	ضعف القدرة على التواصل غير اللفظي (بالحركات وأجزاء الجسم)					
3	لا يتبع المعايير والقواعد الاجتماعية في المناسبات الاجتماعية المختلفة					
4	غير قادر على تكوين صداقات جديدة، والاحتفاظ بالصداقات القديمة					
5	لا يتعامل مع المواقف الجديدة بثقة ولا يتردد في عمل شيء جديد مختلف					
6	لا يسلك بشكل إيجابي مع زملاءه وأقرانه					
7	لا يعرف ما هو مفروض أن يتبع من تعليمات داخل الفصل					
8	يفقد أصدقاءه بسرعة نتيجة سوء تعامله معهم					
9	لا يرغب في التحدث أمام الآخرين وخاصة غير المقربين					
10	يفضل إقامة صداقات مع من هم دون عمره أو أكبر منه					

ملحق (3) : تحكيم استمارة قياس مستوى التدخين

جامعة البحرين

قسم علم النفس



كلية الآداب

استمارة التدخين

بالتميز ج. ر. ش. ع.
دكتور / شريف شعبان
قسم علم النفس
مشاركة الترقية والتكامل - البحرين
نيسان 2019

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس الإرشادي

إعداد

صبيحة أحمد يعقوب كمال

20010053

إشراف

د. محمد حسن المطوع
الأستاذ المشارك بقسم علم النفس
كلية الآداب

مملكة البحرين

نوفمبر/2018

البيانات الشخصية

الرقم الأكاديمي: _____

الكشف بـ كرامات من:

الجنس: _____

الجنس:

ذكر	☐
أنثى	☐

العمر:

أقل من 12 سنة	☐
من 12 - 15 سنة	☐
أكبر من 15 سنة	☐

موضوع التدخين

يُظهر قدرة تفكير

- إذا كنت تدخن فعليك إجابة جميع الأسئلة.
- إذا كنت لا تدخن فعليك إجابة السؤال الأول فقط.

الأسئلة

1- هل تدخن؟ اكتب اسم الشخص الذي تدخن معه.

☐ نعم

☐ لا

2- متى بدأت التدخين؟

☐ قبل دخول المدرسة

☐ في المرحلة الابتدائية

☐ في المرحلة الإعدادية

☐ في المرحلة الثانوية

كلمة مرحلة ارفعه على الطالب
يُفضل التعبير الزمني بشكل أدق

3- كم مرة تدخن في اليوم؟

☐ أقل من 5 مرات

☐ من 5 إلى 15 مرة

☐ أكثر من 15 مرة

4- هل يعلم والديك أنك تدخن؟

☐ نعم

☐ لا

5- هل الأب يدخن؟

☐ نعم

☐ لا

لا تفعل ويكشف بجلدك
الوالدين يرضون

6- هل الأم تدخن؟

☐ نعم

☐ لا

7- هل لك أخوة يدخلون؟

☐ نعم

☐ لا

8- هل لك أصدقاء يدخلون؟

☐ نعم

☐ لا

9- أي من الأنواع التالية تدخن؟

☐ السجائر العادية

☐ السجائر الإلكترونية

☐ الشيشة العادية

☐ الشيشة الإلكترونية

☐ مواد تمضغ بالفم

☐ لصقات نيك

هذه ١٠ أنواع من السجائر العادية، فماذا
إذا علمها قد تكون سبب في الإدمان

10- ماهو أكثر مكان تدخن فيه؟

☐ المدرسة

☐ البيت

☐ مع الأصدقاء في الطريق

☐ في الأماكن العامة (الحدائق - المتنزهات - البر - الأسواق - المقاهي الخ)

رقم	العبارة	التقييم					
		درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	إلى حد ما	درجة بسيطة	درجة بسيطة جداً	
1	كوني مدخن فإن ذلك يؤثر على سمعتي أمام الآخرين						+
2	لدي رغبة في ترك التدخين						+
3	أشعر بأن التدخين يؤثر على سلوكي						+
4	ألجأ إلى التدخين عندما أريد زيادة تركيز الانتباه						-
5	يساعدني التدخين على الدراسة واستكمال دروسي						-
6	لا تشغلني الأضرار الصحية التي يسببها التدخين لي						-
7	أشعر بثقة في النفس كبيرة عندما أدخن						-
8	يمنحني التدخين الشعور بالأمل والإقبال على الحياة						-
9	أشعر بأنني عاجز فعلاً أمام التدخين						+
10	أنا نادم كوني أصبحت مدخناً						+

لاي

ملحق (4) : تحكيم استمارة قياس مستوى التدخين

جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

استمارة التدخين

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس الإرشادي

إعداد

صبيحة أحمد يعقوب كمال

20010053

إشراف

د. محمد حسن المطوع
الأستاذ المشارك بقسم علم النفس
كلية الآداب

مملكة البحرين

نوفمبر/2018

د. إبراهيم محمود أبو الهدي
2018/11/10

د. إبراهيم محمد أبو الهدي
استاذ الحقبة لقيته بشار
مشاركة الترقية "العلم ملكة" بشار

البيانات الشخصية

الرقم الأكاديمي: _____

الجنس:

ذكر	☐
أنثى	☐

العمر:

أقل من 12 سنة	☐
من 12 - 15 سنة	☐
أكبر من 15 سنة	☐

موضوع التدخين

ملزمة

- إذا كنت تدخن فعليك اجابة جميع الأسئلة.
- إذا كنت لا تدخن فعليك اجابة السؤال الأول فقط.

الأسئلة

1- هل تدخن؟

☐ نعم

☐ لا

2- متى بدأت التدخين؟

☐ قبل دخول المدرسة

☐ في المرحلة الابتدائية

☐ في المرحلة الإعدادية

☐ في المرحلة الثانوية

3- كم مرة تدخن في اليوم؟

☐ أقل من 5 مرات

☐ من 5 إلى 15 مرة

☐ أكثر من 15 مرة

4- هل يعلم والديك بأنك تدخن؟

☐ نعم

☐ لا

5- هل الأب يدخن؟

☐ نعم

☐ لا

6- هل الأم تدخن؟

نعم ☐

لا ☐

7- هل لك أخوة يدخنون؟

نعم ☐

لا ☐

8- هل لك أصدقاء يدخنون؟

نعم ☐

لا ☐

9- أي من الأنواع التالية تدخن؟

السجائر العادية ☐

السجائر الإلكترونية ☐

الشييشة العادية ☐

الشييشة الإلكترونية ☐

مواد تمضغ بالفم ☐

لصقات تبغ ☐

10- ماهو أكثر مكان تدخن فيه؟

المدرسة ☐

البيت ☐

مع الأصدقاء في الطريق ☐

في الأماكن العامة (الحدائق - المنتزهات - البر - الأسواق - المقاهي الخ) ☐

ما هو عنوان هذا المقياس ؟
 مقياس لقياس الكفاءة الشخصية

رقم	العبارات	التقييم				
		درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	إلى حد ما	درجة بسيطة	درجة بسيطة جداً
1	كوني مدخن فإن ذلك يؤثر على سمعتي أمام الآخرين					
2	لدي رغبة في ترك التدخين					
3	أشعر بأن التدخين يؤثر على سلوكي					
4	ألجأ إلى التدخين عندما أريد زيادة تركيز الانتباه					
5	يساعدني التدخين على الدراسة واستذكار دروسي					
6	لا تشغلني الأضرار الصحية التي يسببها التدخين لي					
7	أشعر بثقة في النفس كبيرة عندما أدخن					
8	يمنحني التدخين الشعور بالأمل والإقبال على الحياة					
9	أشعر بأنني عاجز فعلاً أمام التدخين					
10	أنا نادم كونني أصبحت مدخناً					

يفضل توصير اباء العيال اما سلبية او ايجابية

ملحق (5) : تحكيم مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة

جامعة البحرين

قسم علم النفس

كلية الآداب

دكتور/ شربل شعبان
قسم علم النفس
مدرسة التربية، العلم - البحرين
سبتمبر ٢٠١٨

مقياس

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس الإرشادي

إعداد

صبيحة أحمد يعقوب كمال

20010053

إشراف

د. محمد حسن المطوع
الاستاذ المشارك بقسم علم النفس
كلية الآداب

مملكة البحرين

نوفمبر/2018

البيانات الشخصية للمفحوص:

الرقم الأكاديمي: _____

الجنس:

ذكر	☐
أنثى	☐

العمر:

أقل من 12 سنة	☐
من 12 - 15 سنة	☐
أكبر من 15 سنة	☐

التاريخ: _____

البيانات الشخصية للفاحص:

اسم الفاحص: _____

وظيفته: _____

طبيعة العلاقة مع المفحوص: () المعلم () الأب () الأم () أخرى

إذا كان الأب والأم لرجل عليه فاحصاً

أولاً: ضعف الإنتباه Deficit Attention Symptoms

رقم	السلوك	التقييم			
		يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
1	أدائه التحصيلي غير جيد				
2	يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم				
3	يعاني من التشتت والحيرة أو الارتباك				
4	يفشل في إتمام المهام أو الأنشطة التي يكلفها				
5	انتقاله من شيء لآخر أو من نشاط لآخر بشكل مزعج وغير هادف				
6	لا يصغي ولا يستمع للآخرين بشكل طبيعي				
7	ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل				
8	ليس لديه القدرة على التركيز				
9	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة				
10	كثيراً ما ينشغل بذاته				
11	ينسى الأشياء الهامة لإتمام المهام والواجبات				
12	لا يصغي في متابعة التعليمات التي توجه له				
13	يبتعد عن المهام والأنشطة التي تحتاج جهداً عقلياً وتركيزاً				
14	يفقد أشياءه وأدواته بشكل متكرر				
15	عدم الاهتمام أو اللامبالاة بعملية التعلم				

ثانياً: الحركة المفرطة Hyperactivity Symptoms

رقم	السلوك	التقييم				
		يقوم بهذا السلوك بنسبة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بنسبة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بنسبة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق	
1	مفرط الحركة والنشاط ودائم الخروج من مقعده					
2	متلهلعل ويداه تتحركان باستمرار ويعيث في كل شيء					
3	ردود أفعاله ضعيفة ولا تتناسب مع طبيعة الموقف					
4	حركاته لا يمكن توقعها					
5	قلق ويتلوى وغير مستقر في مقعده، يتلفت حوله كثيراً					
6	يطلب الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر وأحياناً يخرج دون إذن					
7	سلوكيات متكررة لدرجة الإزعاج					
8	يخالف الأنظمة والمواعيد ويكره أن تقيده النظم أو القواعد					
9	لا يستجيب للتعليمات متعمداً أو خارج عن الطاعة					
10	يظهر سلوك العناد والمعارضة					

النتيجة: 5

ثالثاً: الإنبفاع Impulsively Symptoms

رقم	السلوك	التقييم				
		لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً
1	لا يستطيع السيطرة على أفعاله					
2	يجب أن تؤدي مطالبته في الحال					
3	انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع					
4	متدفع ويتصرف أو يتحدث بدون تفكير					
5	يجيب عن السؤال قبل اتمامه					
6	مطعم الطعام والشراب في حالة غضب واستياء					
7	اقدام نفسه في أمور لا مبرر لها					
8	مقاطعة الآخرين في الحديث					
9	مطعم باستياء وبامتعاض					
10	غضب الآخرين بعنف					
11	يركض ويقتفب بسرعة					

رابعاً: المهارات الاجتماعية

رقم	السلوك	التقييم				
		يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق	
1	غير قادر على التواصل اللفظي بفاعلية ووضوح					
2	ضعف القدرة على التواصل غير اللفظي (بالحركات وأجزاء الجسم)					
3	لا يتبع المعايير والقواعد الاجتماعية في المناسبات الاجتماعية المختلفة					
4	غير قادر على تكوين صداقات جديدة، والاحتفاظ بالصداقات القديمة					
5	لا يتعامل مع المواقف الجديدة بثقة ولا يتردد في عمل شيء جديد مختلف					
6	لا يسلك بشكل إيجابي مع زملاء وإقرانه					
7	لا يعرف ما هو مفروض أن يتبع من تعليمات داخل الفصل					
8	يفقد أصدقائه بسرعة نتيجة سوء تعامله معهم					
9	لا يرغب في التحدث أمام الآخرين وخاصة غير المقربين					
10	يفضل إقامة صداقات مع من هم دون عمره أو أكبر منه					

ملحق (6) : تحكيم مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة

جامعة البحرين

كلية الآداب

مقياس

اضطراب نقص الإنتباه وفرط الحركة

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس الإرشادي

إعداد

صبيحة أحمد يعقوب كمال

20010053

إشراف

د. محمد حسن المطوع
الاستاذ المشارك بقسم علم النفس
كلية الآداب

مملكة البحرين

نوفمبر/2018

عل. ج. و. م. ز.

د. إبراهيم محمود أبو الهادي

قسم علم النفس

2019/11/10

د. إبراهيم محمد إبراهيم

استاذ الصحة النفسية المشارك

مشاركة بالبرقية والتعلم معكم ابغري

بسم الله

البيانات الشخصية للمفحوص:

الرقم الأكاديمي: _____

الجنس:

نكر	☐
أنثى	☐

العمر:

أقل من 12 سنة	☐
من 12 - 15 سنة	☐
أكبر من 15 سنة	☐

التاريخ: _____

البيانات الشخصية للفاحص:

اسم الفاحص: _____

وظيفته: _____

طبيعة العلاقة مع المفحوص: () المعلم () الأب () الأم () أخرى

أولاً: ضعف الإنتباه Deficit Attention Symptoms

رقم	السلوك	التقييم				
		يُتَوَمَّ بهذا السلوك كثيراً جداً	يُتَوَمَّ بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يُتَوَمَّ بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يُتَوَمَّ بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
1	أدائه التحصيلي غير جيد					
2	يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم					
3	يعاني من الذهول والحيرة أو الارتباك					
4	يفشل في إتمام المهام أو الأنشطة التي يكلف بها					
5	انتقاله من شيء لآخر أو من نشاط لآخر بشكل مزعج وغير هادف					
6	لا يصغي ولا يستمع للآخرين بشكل مضيقهم					
7	ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل					
8	ليس لديه القدرة على التركيز					
9	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة					
10	كثيراً ما ينشغل بذاته					
11	ينسى الأشياء الهامة لإتمام المهام والواجبات					
12	لا يرغب في متابعة التعليمات التي توجه له					
13	يبتعد عن المهام والأنشطة التي تحتاج جهداً عقلياً وتركيزاً					
14	يفقد أشياءه وأدواته بشكل متكرر					
15	عدم الاهتمام أو اللامبالاة بعملية التعلم					

ثانياً: الحركة المفرطة Hyperactivity Symptoms

رقم	السلوك	التقييم				
		يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق
1	مفرط الحركة والنشاط ودائم الخروج من مقعده					
2	مهملاً ويدها تتحركان باستمرار ويعيث في كل شيء					
3	ردود أفعاله عذبة ولا تتناسب مع طبيعة الموقف					
4	حركاته لا يمكن توقعها					
5	هائج ويتلوى وغير مستقر في مقعده، يتلفت حوله كثيراً					
6	يطلب الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر وأحياناً يخرج دون إذن					
7	سلوكيات متكررة لدرجة الإزعاج					
8	يخالف الأنظمة والمواعيد ويكره أن تقيده النظم أو القواعد					
9	لا يستجيب للتعليمات متعمداً أو خارج عن الطاعة					
10	يظهر سلوك العناد والمعارضة					

في ملاحظة ودراسة الحركة المفرطة

أخيراً نكتب لأركه، كرمه

ثالثاً: الإندفاع Impulsively Symptoms

رقم	السلوك	التقييم				
		لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً
1	لا يستطيع السيطرة على أفعاله					
2	يجب أن تؤدي مطالبته في الحال					
3	انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع					
4	منذفع ويتصرف أو يتحدث بدون تفكير					
5	يجيب عن السؤال قبل إتمامه					
6	يجب للعراك دائماً في كلمة غضب واستياء					
7	أفحام نفسه في أمور لا مبرر لها					
8	مقاطعة الآخرين في الحديث					
9	مطيع باستياء وبامتعاض					
10	ضرب الآخرين بعنف					
11	يركض ويقفز بسرعة					

تدابير الحد من الإندفاع

رابعاً: المهارات الاجتماعية

رقم	السلوك	التقييم				
		لا يقوم بهذا السلوك على الإطلاق	يقوم بهذا السلوك بدرجة قليلة	يقوم بهذا السلوك بدرجة متوسطة	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة	يقوم بهذا السلوك بدرجة كبيرة جداً
1	غير قادر على التواصل اللفظي بفاعلية ~~وغير متحمس~~					
2	ضعف القدرة على التواصل غير اللفظي (بالحركات وأجزاء الجسم)					
3	لا يتبع المعايير والقواعد الاجتماعية في المناسبات الاجتماعية المختلفة					
4	غير قادر على تكوين صداقات جديدة، والاحتفاظ بالصداقات القديمة					
5	لا يتعامل مع المواقف الجديدة بثقة ~~لا يتردد في عمل شيء جديد مختلف~~					
6	لا يسلك بشكل إيجابي مع زملاءه وأقرانه					
7	لا يعرف ما هو مفروض أن يتبع من تعليمات داخل الفصل					
8	يفقد أصدقاءه بسرعة نتيجة سوء تعامله معهم					
9	لا يرغب في التحدث أمام الآخرين وخاصة غير المقربين					
10	يفضل القامة صداقات مع من هم دون عمره أو أكبر منه					

ملحق (7) : رسالة موافقة من مدرسة حوار الدولية لتطبيق استمارة قياس مستوى التدخين ومقياس نقص الانتباه وفرط الحركة



11 ديسمبر 2019م

الى من يهمة الأمر

تحية طيبة وبعد

نحنيطكم علماً بأن إدارة مدرسة حوار الدولية ليس لديها أى مانع في تطبيق استمارة التدخين ومقياس نقص الانتباه وفرط الحركة على فئة المراهقين المدخنين الذين تتراوح أعمارهم (١٤ - ١٨) سنة، لمساعدة الطالبة صبيحة أحمد يعقوب كمال لاستكمال متطلباتها للحصول على درجة الماجستير في علم النفس الإرشادي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير



مدير المدرسة
بلال عكاشة

Abstract

Prepared By: Sabeeha Ahmed Yaqoob Kamal

The aim of this research was to investigate the association between smoking and ADHD among adolescents in the Kingdom of Bahrain

The use of correlation descriptive methodology, on an initial sample of students aged (14-18 years) with an average age of (16 years) where the number (500 students), and after the test of screening and exclusion reached the number of students smokers (121 students and student) as a final sample for research. The research used the ADHD measure (researcher) to determine the level of smoking in adolescents (researcher).

The results of the study resulted in some of the results are:

- There was a statistically significant relationship between smoking and attention deficit hyperactivity disorder in adolescents.

- There were statistically significant differences in (total score and dimensions) of Attention Deficit Hyperactivity Disorder attributed to the volume of smoking (weak - moderate - addiction) in adolescents in the Kingdom of Bahrain, where differences between adolescents smokers in all dimensions of attention and hyperactivity disorder. The benefit of smokers in the level of (addiction) in the following dimensions (impulse - poor social skills - poor attention), while the differences in favor of adolescents' smokers in the level (weak) in the (hyperactivity) dimension.

- The presence of statistically significant differences in the total degree and dimensions of attention deficit and hyperactivity disorder attributed to the educational stage (preparatory - secondary) in the adolescent smokers and their different levels of smoking (weak - medium - addiction) were the differences in favor of adolescent smokers in the preparatory stage of education, and adolescents were the most Our smoking (at the level of addiction) is the highest in both the following dimensions (impulse - poor social skills).

The research recommended the need of counseling and treatment programs to alleviate the level of attention deficit and hyperactivity disorder in adolescents, which may reflect positively on reducing the level of smoking. Early intervention to raise awareness of the risk of attention deficit hyperactivity disorder in advance so that cases do not reach advanced stages of the disorder.

UNIVERSITY OF BAHRAIN

College of Arts



Department of Psychology

Smoking and its Relationship to ADHD among Adolescents at the Kingdom of Bahrain

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master's Degree in Psychology of
Counseling

Submitted by

Sabeeha Ahmed Yaqoob Kamal
20010053

Supervised by

Dr. Mohamed Hasan Al-Mutawa
Associate Professor of Psychology
University of Bahrain

KINGDOM OF BAHRAIN

December/2019