

الفروق بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى معدلات القلق والاكتئاب والأفكارالآلية*

هند ياسر عبد اللطيف
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ا.د. محمد نجيب الصبوة
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الفروق بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى القلق والاكتئاب والأفكار الآلية السلبية. واتبعت الدراسة المنهج الوصفى الارتباطى المقارن على عينة قوامها (٤٢٠) من الجنسين ، وتروحت الأعمار ما بين (٢٠ : ٥٠) سنة. فتكونت عينة الذكورالمدخنون من ١٠ فرداً ، وبلغ متوسط أعمارهم $32,51 \pm 8,97$ سنة ، وعينة غيرالمدخنين ١٠ فرداً ، وبلغ متوسط أعمارهم $32,16 \pm 8,41$ سنة، وعينة المدخنات تكونت من ١٠٠ امدخنة، وبلغ متوسط أعمارهن $32,43 \pm 8,44$ سنة، بينما تكونت عينة غيرالمدخنات من ١٠٠ اسيده، وبلغ متوسط عمرهن $32,15 \pm 7,96$ سنة. وتم التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة فى بعض المتغيرات كالعمر، والمستوى التعليمى (عدد سنوات الدراسة)، ومستوى الذكاء. وتكونت أدوات الدراسة من أربعة استخبارات وهى؛ قائمة الأفكار الآلية حول التدخين، من إعداد الباحثة، واستخبارالقلق النفسى ذى المكونات الأربعة، من إعداد لويس جاندا، وقائمة بيك، ومقياس الإعتماد على السجائر من إعداد منظمة الصحة العالمية، بالإضافة إلى المقابلة المبدئية للفرز والتصنيف من إعداد الباحثة. واستخدم تحليل التباين فى اتجاهين، واختبارات الفروق بين المتوسطات للمجموعات غيرالمرتبطة للإجابة عن تساؤلات الدراسة. وتوصلت الدراسة للنتائج التالية؛ وجود فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين فى الاكتئاب، والأفكارالآلية حول التدخين. كما تبين عدم وجود فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى معدلات القلق. وتبين عدم وجود تفاعل أوتأثير متبادل بين شدة التدخين والنوع والأفكارالآلية حيث لم تصل لحد الدلالة، الأمرالذى يشير إلى أن التفاعل بين شدة التدخين والنوع والأفكارالآلية لم يؤثر على معدلات القلق والاكتئاب.

الكلمات المفتاحية : التدخين - القلق - الاكتئاب - الأفكارالآلية .

مقدمة

لقد حظى موضوع التدخين بالدراسة من جانب العلماء والباحثين وذلك لما له من تأثير كبيرعلى الأفراد فى مختلف نواحي الحياة النفسية والمعرفية والاجتماعية والجسمية. وترجع خطورة التدخين الشديدة

* هذا البحث مسئل من رسالة ماجستير فى علم نفس الصحة الإكلينيكي بعنوان الأفكارالآلية كعملية وسيطة بين القلق والاكتئاب لدى الراشدين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين. التى أجريت تحت إشراف أ.د. محمد نجيب الصبوة .

إلى ثلاثة أسباب رئيسية؛ أولاً : ما يترتب على التدخين من أضرار صحية خطيرة لا تقتصر على المدخن فحسب، ولكن تمتد بمضارها إلى المحيطين به، وهو ما يسمى بالتدخين السلبي. ثانياً : ما كشفت عنه الأبحاث العلمية من أن تدخين السجائر يعد من ضمن المواد المؤثرة في الأعصاب (الجهاز العصبي المركزي) التي يمكن أن تحدث حالة من الاعتمادية، وبالتالي تؤدي إلى صعوبة الإقلاع عن التدخين. ثالثاً : ما تبين من عديد من الدراسات الميدانية العالمية والمحلية من أن تدخين السجائر يعتبر البوابة لعالم المخدرات، ولهذا نقول دائماً أن التدخين أولى خطوات الإدمان، حيث تبين أن ٧٥% من المدمنين عرفوا طريق الإدمان عن طريق السجائر. وأشار بعض الإحصاءات إلى أن ٨٥ مليارية يديها المصريون سنوياً بتكلفة ٤ مليارية سنوياً. والمشكلة الآن ليست في وجود السجائر؛ بل في انتشارها السريع واقتناع بعض الشباب والمراهقين بل والأطفال بتدخينها، إذ يعد التدخين من الظواهر البائسة التي تهدد كيان الفرد والمجتمع، فهي تشكل خطراً ملحوظاً على أهم مصدر من مصادر التنمية ألا وهو التنمية البشرية فضلاً عما تحمله من خطورة تتعلق بالتنمية الصحية والاقتصادية، والاجتماعية، والمجتمعية، بالإضافة إلى ما يلاقه الأفراد من قلق واكتئاب، وضغوط، فالتدخين يعد ظاهرة وبائية متعددة التأثير (رجيعه، ٢٠٠٩، ٥).

كما أن القائمين على صناعة التبغ يغيرون خططهم لاستهداف الأطفال والنساء والدول النامية بشكل خاص (أبورياح، ٢٠٠٦، ٩٢). ومنذ بضع سنوات كان من النادر أن تصادف مدخنة، لكن هذا المنظر أصبح مألوفاً بدرجة تثير الدهشة، حيث ازداد عدد المدخنات عشرات الأضعاف، وأصبحنا نلاحظ ذلك في كل مكان؛ فقد أصبحت المرأة تشارك الرجل عاداته السيئة التي كانت مقصورة عليه تقريباً، وتصورت أن التدخين مظهراً من مظاهر الحرية الشخصية، وأنه يضعها على قدم المساواة مع الرجل. ومشكلة استهلاك النساء للتبغ هي مشكلة حقيقية ومتصاعدة حول العالم. وبالرغم من أن معظم المدخنين هم من الرجال إلا أن كثيراً من الأطفال والنساء يتأثرون بالتدخين السلبي. وتمثل النساء نحو ٢٠% من المدخنين الذين يزيد عددهم على المليار مدخن حول العالم، وهذا الرقم في تزايد مستمر (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١، ١٢).

كما أشار عديد من الدراسات إلى العلاقة بين التدخين والاضطرابات النفسية، فهناك أدلة كثيرة على وجود ارتباط قوى بين التدخين والأمراض النفسية والعقلية؛ فنسب انتشار التدخين بين الأفراد الذين يعانون من الأمراض النفسية أعلى بكثير من عامة السكان. وتعارضت نتائج بعض الدراسات فقد أشار بعضها إلى أن التدخين هو السبب في المرض النفسي، وتوصل بعضها الآخر إلى أن المرض النفسي هو السبب في التدخين؛ ومع ذلك يعتقد الباحثون أن التدخين يكون بمثابة عامل من العوامل المهيئة أو الوسيطة التي تؤدي إلى ظهور المرض النفسي، وخاصة في حالة التدخين الكثيف "زيادة عدد السجائر المدخنة" (www.ash.org.uk, 2-12-2014, 6am).

وتوصلت دراسة باتون وآخرون (١٩٩٦) إلى أن الحالات التي تزيد الإقلاع عن تدخين السجائر تعاني من أعراض القلق والاكتئاب، وهذا الشعور قد يؤدي إلى الإنكاس، أو الإستمرار في التدخين. وأشارت النتائج أيضاً إلى العلاقة بين التدخين والعصابية، وضعف مهارات التكيف، وانخفاض تقدير

الذات لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين and Patton, Hibber, Rosier, Carlin, Caust (Bowes, 1996, 225-230).

أما فيما يتعلق بالفروق بين الذكور والإناث في التدخين فأشار عدد من الدراسات إلى أن النساء يدخنون عدد سجائر أقل من الرجال. كما تميل الإناث إلى تدخين سجائر تحتوي على نيكوتين أقل بالمقارنة بالذكور، بالإضافة إلى أنهن لا يستشققن النيكوتين بعمق بالمقارنة بالذكور (Volkow, 2012, 7). كما هدفت دراسة كريستيانسن وآخرين (٢٠١٠) لمعرفة الفروق بين الذكور والإناث المدخنين وغير المدخنين في شكل المعتقدات، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن الإناث أكثر اعتقاداً بأن التدخين يسبب أمراض الرئة، والإصابة بالسرطانات، لكنه لا يسبب الإدمان على الكحول، بالمقارنة بالذكور، ومن ناحية أخرى كان غير المدخنين لديهم معتقدات قوية بأن التدخين ضار وأنه يسبب الأمراض. فالإناث أكثر اعتقاداً بأن التدخين أكثر خطورة على الصحة، ويسبب الأمراض بالمقارنة بالذكور. وتبين من الدراسات المسحية أن الإناث المدخنات أكثر معاناة من القلق والاكتئاب بالمقارنة بالذكور المدخنين، يليهم المدخنات المقلعات، ثم غير المدخنات Mykletun, Overland, (Aron, Liabo and Stewart., 2008, 77-84). وفي ضوء العرض السابق، يمكن صياغته مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤلات الآتية:

مشكلة الدراسة

- ١- هل توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين في معدلات القلق والاكتئاب والأفكار الآلية؟
- ٢- وهل تختلف الحالة المزاجية (القلق والاكتئاب) باختلاف التفاعل بين شدة التدخين والنوع والأفكار الآلية؟

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها

التدخين

اختلف الباحثون في اعتبار التدخين المفرط نوعاً من الاعتماد، ولكن أشار سوفيف إلى أن التدخين المفرط لا يعتبر نوعاً من أنواع الاعتماد، حيث يعكس هذا التعريف نوعاً من التحديد الكميائي لمفهوم الاعتماد باعتباره تغيرات فسيولوجية وكيميائية في الجسم تثير آليات معينة تدفع بالشخص لتناول العقار بغير تحكم، وهذا يختلف عن الإفراط في التدخين (سوفيف، ١٩٨٧). كما ينتج من احتراق التبغ ما يقرب من (٤٠٠٠) مادة كيميائية تتراوح بين الغازات والجزيئات والذرات الصغيرة، ويندرج ضمن لائحة الغازات المتولدة من احتراق التبغ كل من أول أكسيد الكربون^(٢)، وثاني أكسيد الكربون، والأمونيا^(٣)، وسيانيد الهيدروجين، وأكسيد النيتروجين (وهبي، ١١٥، ١٩٩٠). والفورمالديهايد^(٤)، والمبيدات الحشرية^(٥) وبقايا مبيدات الفطريات^(٦) (Paharia, 2008, 107).

1- World Health Organization (W.H.O)

2- Carbon Monoxide

3- Ammonia

4- Formaldehyde

5- Pesticide

6 - Fungicide Residues

وتعددت الأطر النظرية المفسرة لسلوك الاعتماد على التدخين، ودوافع الاستمرار القهري في سلوك التدخين. وقد اهتمت عدة نماذج بمحاولة تفسير اكتساب الأفراد لسلوك تدخين التبغ الذي يتم غالباً من خلال تدخين السجائر، وقد حاول بعضهم تعميم هذه الأطر النظرية المفسرة لسلوك الاعتماد على التدخين لكي يشمل أنماطاً أخرى من الاعتماد على المواد المخدرة (مثل الأفيون والهيروين..... الخ)، كالنظرية الحيوية، والنظريات النفسية، والنظرية الاجتماعية. فيرى نموذج الاعتماد الفسيولوجي على النيكوتين أن المدخنين حينما يستمرون في التدخين فإنما يفعلون ذلك لكي يحافظون على مستوى معين من النيكوتين في الدماغ والجسم حتى لا تحدث لهم بعض الأعراض الانسحابية، ويرى أصحاب نموذج تعديل أو ضبط مستوى الاستثارة أن مادة النيكوتين لها آثار نفسية كيميائية يسعى المدخن للحصول عليها بما يجعل للنيكوتين نوعاً من الدعم الإيجابي، أي أن المدخن لا يعتمد على مادة النيكوتين ويحرص على تناولها من خلال التدخين تجنباً للآثار السلبية المترتبة على انسحابه أو نقصانه في الدم، وإنما لما تحدثه هذه المادة من تعديل لمستوى الاستثارة. ويرجع هؤلاء الباحثون هذا الغرض بناء على ما تبين تجريبياً من أن مادة النيكوتين لها تأثير مزدوج فالجرعات القليلة منها تؤدي إلى التنبيه، ورفع مستوى الاستثارة عند بداية التدخين، بينما تؤدي الجرعات الكثيرة منها إلى تخميد وخفض مستوى الاستثارة. وقد أوضح بعض الدراسات العلمية التي حاولت تصنيف أنماط سلوك التدخين إلى وجود نمطين للتدخين، الأول هو تدخين الانفعال السلبي، الذي يتم للتخلص من حدة الانفعالات السلبية المكدره (كالتوتر والقلق والخوف والاكتئاب..... الخ). والثاني يمثله نمط تدخين الانفعال الإيجابي، حيث يدخن الفرد سعياً إلى التنبيه والاستثارة وليس إلى التهدئة (طه، ١٩٨٩، ١٣).

وحاول بعض الباحثين مثل ريتشارد سولمون (١٩٨٠) تفسير سلوك الاستمرار في التدخين من خلال "نظرية العملية المضادة لاكتساب الدافع" أن يقدم تفسيراً لاكتساب عادة تدخين السجائر أو التبغ، ويحاول سولمون من خلال هذا الإطار أن يفسر معظم أنواع الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب بوجه عام، بما في ذلك اكتساب الدافع لمواصلة تدخين السجائر. وبالنسبة لتدخين السجائر، فيحاول الربط بين كل من العوامل النفسية والفسيولوجية التي تقف وراء سلوك التدخين بطريقة أكثر شمولاً، حيث أشار سولمون إلى أن الإستجابة لتدخين السجائر تنقسم إلى مرحلتين (١) مرحلة قصيرة من حالة اللذة أو المتعة، (٢) وتعبها حالة مضادة من الكدر والتعاسة. ويترتب على المرحلتين نوع من التعود، ويفترض هذا النموذج أن السجائر تحتوي على مواد تجلب اللذة أي أنها تبدأ بالعملية أثناء الاستخدام المبكر. وقد تظهِر أثناء التعاطي المبكر آثار غير سارة أو مكدره، فبهذا الأثر السلبي قد يطمس معالجة بعض المدعمات الأولى، مثل ضغوط الأصدقاء، وإذا لم يحدث هذا الدعم لسلوك التعاطي من البداية، فلن يستمر سلوك التدخين للسجائر، أو تعاطي مواد مؤثرة في الأعصاب. ونظراً لأنه يتم الدعم من البداية، فإن الشخص يكون مدفوعاً إلى التعاطي لإحداث الحالة التي يدعم بعد ذلك حالة التحمل (أي زيادة عدد الجرعات بالتدريج لحصوله على الأثر نفسه) (محمود، ١٩٩٧، ٥١-٥٢).

أما عن الفروق بين الجنسين في التدخين، فمن أسباب التدخين عند الرجال أن بعضهم يعتقد أن السجائر رمز للمركز الاجتماعي المتحضر، ويعتقد بعضهم إنها تهدئ الأعصاب، ويعتقد بعضهم الآخر

أنها ترفية عن النفس، ويعتقد بعضهم الثالث أنها تسلية وتملاً وقت الفراغ، بينما يعتقد بعضهم الرابع أنها تزيل الخجل وضعف الشخصية، بينما يبدأ آخرون التدخين للتلذذ بنكهة السجائر ومع مرور الوقت تصبح جزءاً من شخصيتهم، ومنهم من يدخن السجائر لتلبية لزعته النفسية (انحراف الذات). أما بالنسبة للسيدات فيفسر علماء النفس ظاهرة تدخين السيدات للسجائر لميلهن إلى المساواة مع الرجل في كل شيء، ويدخن بعضهن السجائر كأحد وسائل التمتع بالحياة. وفي إحدى دراسات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية حول وبائيات التعاطى والإدمان بين طالبات الجامعات في مصر أظهرت النتائج أن ٤٠% من الطالبات المشتركات في العينة وعددهن ٧٢٥٥ يدخن أكثر من ٢٠ سيجارة يومياً، وأعلى نسبة كانت في عمر الطالبات المدخنات كانت أقل من عشرين عاماً. أما بالنسبة للمناسبات التي تدخن فيها الطالبات لأول مرة فجاءت نسبة الجلوس مع الصديقات والأصدقاء بحوالي ٢١%، ونسبة ١٦% للتقليد والتجربة، ونسبة ٥% لمواجهة المشكلات، و ٨.٨% في المناسبات البعيدة (السلكاوى، ١٩٩٩، ٣٨٤-٣٩٣).

ورصدت منظمة الصحة العالمية بعض الحقائق عن التبغ والنوع فأشارت إلى أن هناك نحو ٢٠٠ مليون مدخن حول العالم من الرجال والنساء، لكن نسبة النساء أقل بكثير من الرجال في تدخينهم للتبغ. وعلى الصعيد العالمي حوالي ٤٠% من الرجال يدخنون التبغ بالمقارنة بالنساء، وتشمل نسبة النساء حوالي ٩%، وعلى الرغم من ذلك أصبح وباء تعاطى التبغ بين النساء في تزايد مستمر في بعض البلدان. وهناك حاجة إلى فهم المزيد من اتجاهات النساء لتعاطى التبغ. كما أظهر مسح منظمة الصحة العالمية اتجاهات الرجال والنساء في حوالي ١٥١ مدينة، حيث أشار المسح إلى أن معظم الفتيان والفتيات سوف يستمرون في التدخين بعد سن البلوغ نظراً لعدم حظر إعلانات الترويج لمنتجات التبغ، لكن يمكن الحد من ظاهرة الاعتماد على التبغ بالنسبة للفتيات على الأخص إذا تم حظر إعلانات التبغ وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ (World Health Organization, 2010, 1-4).

وعلى الرغم من أن معدلات انتشار تدخين التبغ أعلى بين الذكور بالمقارنة بالإناث، لكن معدلات مضغ التبغ أكثر شيوعاً في الإناث ٢١.٦% مقابل ١٩.٤% للذكور. كما أشارت النتائج إلى إنه لا توجد أي فروق بين الحضر والريف في معدلات التدخين طبقاً للمتغيرات الاجتماعية والسكانية (Flora, Taylor, and Rahman, 2009, 445).

كما أشارت الدراسات إلى بعض الأسباب التي تساهم في بدء الفتيات في التدخين منها اعتقادهن الخاطيء بأن التدخين وسيلة جيدة للسيطرة والحفاظ على الوزن، كما ارتبط التدخين لديهن بتدني احترام الذات وانخفاض تقدير الذات بالمقارنة بالذكور. كما ارتبط البدء في الاعتماد على التبغ بكل من العوامل الثقافية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية.... الخ. ومن السياسات التي تتبعها المؤسسات في صناعة وترويج التبغ هي استهداف المرأة وتعتبر من أكبر أهدافها التي تتضمنها حملاتها التسويقية التي تستهدف المرأة من خلال الإعلانات (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١، ١٤) (World Health Organization, 2010, 1-4).

فمعظم النساء تُدخّن السجائر قليلة القار مقارنة بالرجال، كما أن خطط التسويق تجذب المستهلكين عن طريق أن السجائر قليلة القار، حيث وجد أن نسبة النساء اللاتي تدخن يدخنون السجائر قليلة القار ٦٣% منهن مقابل ٤٦% من الرجال لا يعتقدون أنها أكثر أماناً. ومع ذلك فإن تعرض النساء للأمراض يختلف عن الرجال فالنساء اللاتي تدخن أكثر عرضة لمشاكل العقم^(١) وتأخر الإنجاب^(٢)، والتدخين أثناء الحمل يزيد من خطر الولادة المبكرة^(٣)، ووفاة الأطفال حديثي الولادة، ويمكن أن يسبب الانخفاض في حليب ثدي الأم، ويزيد التدخين أيضاً من خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم^(٤) للمرأة (World Health Organization, 2010, 1-4). والنساء اللاتي تدخن لديهن نسبة أعلى من انقطاع الطمث^(٥)، وانقطاع الطمث المبكر ومشاكل في التبويض^(٦) ومضاعفات تتعلق بالحمل فالتدخين يساهم في ضعف المشيمة^(٧)، والإجهاض^(٨)، ومزمنة موت الأجنة^(٩). (Allspo, Balgent, Baker, Batey, Copeland et al., 2004, 62) والحمل خارج الرحم، وتسمم الحمل (Clark, 2009, 37-52). وأطفال الأمهات المدخنات يعانون من بعض الأمراض كالربو^(١٠) والتهابات الأذن الوسطى^(١١)، وانخفاض الوزن، وبعض التشوهات، وبعض المشاكل السلوكية (Allspo et al., 2004, 62). وأوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة السيطرة على تعاطي التبغ بين النساء لاعتباره جزءاً هاماً من برامج مكافحة التبغ، وينبغي إدماج برامج الإقلاع عن تدخين التبغ والوقاية منه ضمن خدمات الأمومة والطفولة، والصحة الإنجابية. ويجب استخدام الصور التوضيحية لوضع التحذيرات المترتبة على الآثار الضارة، للتبغ لأن نسبة الأمية في النساء أعلى من الرجال لإعطائهم القدرة على فهم المخاطر الصحية لتعاطي التبغ (World Health Organization, 2010, 1-4).

الاكتئاب

ويصنف الاكتئاب ضمن اضطرابات المزاج التي يصفها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) بأنها اضطرابات تتصف باختلال انفعالي حاد، مثل الاكتئاب الأساسي، واضطراب ثنائي القطب. كما ورد الاكتئاب في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٢)، ضمن اضطرابات المزاج وصنف إلى اكتئاب خفيف، أو معتدل، أو حاد، فضلاً عن الاضطراب ثنائي القطب. وهذا يعني أن كلا التصنيفين العالميين في الطب النفسي الأمريكي ومنظمة الصحة العالمية يتفقان على أن الاكتئاب اضطراب في المزاج، الذي يعني اضطراباً نفسياً يتصف بمدة طويلة من الاكتئاب المفرط، أو القنوط، وليس له علاقة في الغالب بالمواقف الذي يعيشها الإنسان (العسال، ٢٠١٢، ٨٠).

- 1- Infertility
- 2- Delayed Child Bearing
- 3- Premature Birth
- 4- Cervical Cancer
- 5- Menopause
- 6 - Problems with ovulation
- 7- Placental insufficiency
- 8- Abortion
- 9- Death syndrome fetuses
- 10- Asthma
- 11- Middle ear infections

فالإكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة إن لم تعالج في بداية الأمر فيشتكي المريض أولاً من فقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة من انكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغيير لون الحياة وقيمتها، ويبدأ في التساؤل عن أهميتها، ويعيش في يأس وجزع وانقباض. وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين، ثم تتزايد وطأة الإكتئاب ويشعر بفقدان الأمل ويتخلل الخوف والرعب كل حياته، ويصيبه الإرتباك الشديد، وتتأثر وظائفه العقلية سلبياً وبضطرب سلوكه، ويشعر بعدم الأهمية واحتقار النفس، ويتوهم العلل البدنية، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم الذات، وهو مايفصح عن الأفكار الإنتحارية. كذلك تظهر في الحالات الشديدة أوالذهانية بعض الضلالات أوالهذات، كما تظهرأعراض فسيولوجية مختلفة كاضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة والكوابيس، وفقدان شهية،ونقص الوزن دون اتباع حمية، والإمساك والضعف الجنسي واضطرابات الطمث. كما تظهر بعض الأعراض السلوكية منها ضعف القدرة على العمل، وعدم الاهتمام بالملبس والمظهر مع حدوث هبوط في مستوى النشاط الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسدي، أوالعكس فتحدث الإثارة والتهيج والاضطراب وزيادة الحركة والصراخ، والتفكير في الإنتحار والإقدام عليه(عكاشة، ٢٠٠٣، ٤٣١).

وحاول عديد من العلماء تفسيرالإكتئاب كل من وجهة نظره الخاصة، وتعكس مجمل تفسيراتهم وحدة وتكامل جوانب حياة الإنسان وارتباط النواحي الجسمية لديه بالنواحي النفسية والعقلية والاجتماعية، كما أنها تعكس تفصيلات لكيفية التداخل والتفاعل بين تلك النواحي في شخصية الإنسان والعوامل المؤثرة فيها؛ ومنها المنحى التحليلي، والمنحى الحيوي، والمنحى النفسي الاجتماعي، والمنحى السلوكي، والمنحى المعرفي . وفيما يلي عرض لبعض وجهات النظرالمفسرة للإكتئاب على النحو التالي: فهناك عديد من النظريات المفسرة للإكتئاب فنجد من أكثر النظريات السائدة هي النظريات الحيوية العصبية لأنها من أقوى الأسس التجريبية وأكثرها اتصالاً بالممارسات الإكلينيكية، حيث تقوم النظريات المختارة على الدراسات التي تفحص الضغط النفسي الاجتماعي، وهرمونات الضغط النفسي، والنواقل العصبية، بالإضافة إلى الجوانب المختلفة بالجهازالعصبي والجهاز الدوري، والعوامل المتعلقة بتأثيرالأعصاب على تغذية الأنسجة، والإيقاع اليومي(جورج، ٢٠١٠، ٢٩).

أما عن الجينات والضغط النفسي الاجتماعي فهناك عديد من الدراسات أجريت على الأسر والتوائم والتبنى وفرت أدلة ثابتة تشير إلى أن الإكتئاب يعد إضطراباً وراثياً تتسبب فيه غالباً عوامل جينية. وتشير هذه النتيجة إلى أن الضغط النفسي الاجتماعي ليس على قدرنفسه من الأهمية في الإصابة بالإكتئاب الأساسي. وتتفق الدراسات على أن تأثير العوامل الوراثية تراوحت بين ٣٠% و٤٠%، بينما العوامل غيرالوراثية، التي تفسرنسبة الباقية التي تراوحت بين ٦٠% و٧٠% التنوع في قابلية الإصابة بالإكتئاب، منها آثار بيئية خاصة بالفرد(تشمل آثار خطأ القياس والتفاعل بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية). وتتوقف حساسية الضغط النفسي للإكتئاب على نوع المريض، فبينما يتساوى تأثير الرجل والمرأة في الآثار المسببة للإكتئاب الناتجة عن أحداث الحياة التي تسبب الضغط النفسي، إلا أن استجاباتهم تختلف على حسب نوع الباعث الذي سبب الضغط النفسي، حيث يزداد احتمال إصابة الرجل بالإكتئاب

بعد الطلاق أو الانفصال أو صعوبات العمل، بينما تزداد حساسية المرأة تجاه الأحداث الجارية في العلاقات الاجتماعية القريبة منها مثل صعوبة التأقلم مع أحد الأشخاص، أو حالات الأمراض الخطيرة أو الوفاة. وأشارت النتائج إلى أهمية اتباع أساليب نفسية اجتماعية تراعى فيها الفروق بين الجنسين في الوقاية من الاكتئاب وعلاجه (جورج، ٢٠١٠، ٢٩-٣٠).

أما التفسيرات الكيميائية الحيوية: فتفترض أن الاكتئاب ينتج عن انخفاض مستوى النشاط العصبى فى مناطق الدماغ المسؤولة عن اللذة أو السرور. ويعتقد أن المستوى المنخفض للنشاط العصبى ينشأ عن عدم كفاية كميات النواقل العصبية فى المشتبكات أو الموصلات العصبية. ويبدو أن أكثر النواقل العصبية إرتباطاً بحالات الاكتئاب هما: النورينفرين والسيروتونين، حيث يؤدي انخفاض مستوى النشاط العصبى لهذه النواقل العصبية إلى الاكتئاب. ويمكن أيضاً أن نفسر من خلالها أعراض انخفاض الشهية، والجنس، والنوم، والنشاط الحركى، وغير ذلك من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب (مكتب الإنماء الاجتماعى، ٢٠٠٠، ٧، ٩٦).

أما عن النموذج المعرفي للاكتئاب، فيفترض هذا المنحى وجود نموذجين معرفيين لتفسير الاكتئاب؛ النموذج الأول: أسسه بيك وزملائه ويرى أن سبب الاكتئاب الأفكار السلبية حول الذات والآخرين والمستقبل، حيث يؤدي الإدراك السلبى لدى الفرد وتقييمه للموقف إلى حالة من الاكتئاب، وغالباً ما تكون الأفكار السلبية تشاؤمية وغير واقعية ومشوهة وغير منطقية. والنموذج الثانى: أسسه سليجمان ويسمى نموذج العجز المكتسب أو المتعلم للاكتئاب فيفترض أن الأفراد يتعلمون بشكل صحيح أو خاطئ، ولا يستطيعون التحكم فى النتائج السلبية فى المستقبل؛ ونتيجة لذلك يشعرون بالعجز، وتؤدي مشاعر العجز إلى الاكتئاب (بركات، ٢٠٠٠، ٤٤-٤٥).

ونموذج العجز المكتسب لسليجمان للاكتئاب فيفترض أن الأفراد يتعلمون بشكل صحيح أو خاطئ، ولا يستطيعون التحكم فى النتائج السلبية فى المستقبل؛ ونتيجة لذلك يشعرون بالعجز، وتؤدي مشاعر العجز إلى الاكتئاب. ويسلم هذا النموذج بأن الخبرات السابقة لعجزه حقيقية وترسب فى اعتقاد الشخص بأن المواقف غير السارة فى المستقبل، سوف تكون خارج نطاق سيطرته ولن يستطيع التحكم فيها؛ ولذلك فإنه يستجيب لهذه المواقف على أساس من السلبية، والاستسلام، والتقبل الاكتئابى (مكتب الإنماء الاجتماعى، ٢٠٠٠، ٧، ٨٦). وقد ربط سليجمان بين الاكتئاب والعجز، فالمريض المكتئب تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بالتخفيف من معاناته أو تحقيق إشباعاته (بركات، ٢٠٠٠، ٤٤-٤٥).

لقرون عديدة لوحظت الفروق الواضحة بين الجنسين فى الاكتئاب، فلو حظ أن النساء أكثر عرضة للاضطرابات الاكتئابية أكثر من الرجال، وأشارت الدراسات إلى أن معدل الانتشار حوالى ٢: ١، وعادة ما يظهر الاكتئاب فى مرحلة المراهقة المبكرة (Cohen & Angold & Rutter 1992). وتوصلت نتائج الدراسات إلى وجهات نظر متعددة منها العوامل الحيوية، والنفسية، والاجتماعية، بما فى ذلك التأثيرات الهرمونية، وتوقيت البلوغ^(١)، والتعرض للضغوط، والفروق بين الجنسين فى تقدير الذات^(٢)، والإدراك، وطرق التعايش، والتوقعات المجتمعية^(٣)، وغيرها كثير

1-Puberty

2- Self-Esteem

3- Societal Expectations

(Swan, Hudmon, and Khroyn, etal,2003,100).

ويؤثرالاكتئاب على الرجال والنساء على حد سواء ، لكن فسر العلماء سبب حدوث الاكتئاب بالنسبة للنساء بشكل أكبر؛ فمن الأسباب المحتمل أنها تزيد أو تساهم في نشأة الاكتئاب لدى السيدات،العوامل الوراثية والحيوية وتأثيرالهرمونات ودورالعوامل البيئية والنفسية والاجتماعية ومدى تفاعلها مع بعضها بعضا للمساهمة في نشأة الاكتئاب. وأشارعلماء الوراثة إلى أنه إذا كان للمرأة تاريخ أسرى من الاكتئاب، فإنها تكون أكثرعرضة لخطر تطورالمرض، وعلى الرغم من ذلك فإنها ليست قاعدة ثابتة، فيمكن أن يحدث الاكتئاب دون تاريخ مرضى للأسرة، لكن قد يتطورالاكتئاب إذا كانت تحمل جينات وراثية بالإضافة إلى العوامل البيئية وغيرها.

كما أشار العلماء إلى دورالمواد الكيميائية^(١) والهرمونات^(٢) التي تؤدي دوراً في اضطراب الاكتئاب، فقد أظهرت التقنيات الحديثة لتصويرالدماغ، مثل التصويربالرنين المغناطيسي^(٣) أن أدمغة الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب تبدو مختلفة عن ليعانون من الاكتئاب،حيث تبين وجود أجزاء من الدماغ هي المسئولة عن المزاج، والتفكير، والنوم، والشهية، والسلوك ، ويبدو أنها لاتعمل بشكل طبيعي، بالإضافة إلى ذلك تظهر أهمية النواقل العصبية^(٤) والمواد الكيميائية التي في العادة لاتكون متوازنة، لكن هذه الصورلا تكشف عن سبب حدوث الاكتئاب. كما درس العلماء تأثير الهرمونات الأنثوية والتي تتغير بطبيعتها طوال الحياة، وقد أظهر الباحثون مدى تأثير الهرمونات على كيمياء الدماغ بشكل مباشر في تحكمها في الانفعالات، والمزاج. وكذلك التغيرات التي تحدث خلال حياتها كسن البلوغ، والحيض، والتغيرات التي تحدث قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة، وقبل وخلال انقطاع الطمث^(٥) (National Institute of Mental Health,2008,1-5). كما أشارت الدراسات الوبائية للاكتئاب إلى أن هناك عوامل خطر للإصابة بالاضطرابات الاكتئابية ، تختلف وفقاً للنوع والعمر، وعادة مايبداً الاكتئاب في سن مبكرة من الحياة وخاصة بالإناث بالمقارنة بالذكور(Kai-Yeinteo, Yee-). (Howsay.,2012,1-7).

القلق

يمكن تعريف القلق من خلال عكاشه (٢٠٠٣، ١٣٤) بأنه شعورعام غامض غيرسار بالتوجس والخوف والتحفيز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي،ويأتي في نوبات متكررة مثل:الشعور بالفراغ في فم المعدة أوفى السحبة في الصدر، أوضيق في التنفس، أوالشعور بنبضات القلب، أوالصداع، أو كثره الحركة". فاضطرابات القلق من الاضطرابات المعقدة والغامضة، فيختلف كل فرد عن الآخر في مظاهر القلق، وتختلف الأعراض من فرد إلى آخر. فتنسم اضطرابات القلق بالأفكارالسلبية والمشاعرالسلبية، ومن الانفعالات المرتبطة باضطرابات القلق والخوف. والقلق يشكل مجموعة كاملة من الأمراض النفسية، فالقلق انفعال موجه نحو

1- Chemicals

2- Hormones

3- Magnetic Resonance Imaging (MRI)

4- Neurotr Ansmitter

5- Perimonpause

المستقبل يتسم بالأفكار السلبية التي تؤثر على الفرد بشكل ملحوظ، وتمثل بعض الأعراض الجسدية، والشعور بالتوتر، والخوف المزمن، والتركيز على القلق، والتهديدات المحتمل حدوثها، والأحداث الخطيرة التي قد تحدث في وقت ما في المستقبل. ومن ناحية أخرى هواسجابة فورية لتقديم إنذارالخطر، ويتسم بميول قوية للهروب من العمل. وهذه المشاعر هي البنيات الأساسية لاضطرابات القلق، وتصبح مرتبطة بتهديدات، أوخطر يشكل مجموعة متنوعة من اضطرابات القلق سواء أكانت من دوافع داخلية أو خارجية (Barlow, pincus, Heinnchs, Choate, 2003, 119).

ولقد لقي موضوع القلق اهتماماً كبيراً من قبل المنظرين والباحثين والاختصاصيين الإكلينيكيين الذين ينتسبون إلى مدارس ونظريات مختلفة، سواء في النظريات الحيوية أوالفسولوجية أوالنفسية. وفيما يلي عرض لبعض النظريات المفسرة للقلق النفسي:

فسر أصحاب النظرية الفسيولوجية أعراض القلق النفسي من خلال زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه التعاطفي واللاتعاطفي؛ ومن ثم نسبة الأدرينالين والنورأرينالين في الدم. ومن علامات تنبيه الجهاز التعاطفي وارتفاع ضغط الدم لدى الفرد وتزايد ضربات القلب، وجحوظ العينين، وزيادة العرق، وجفاف الحلق، وأحياناً رجفة في الأطراف وصعوبة في التنفس. أما ظواهر نشاط الجهاز التعاطفي فأهمها كثرة التبول والإسهال، ووقوف الشعر وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم. ويتسم القلق فسيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه المرضى في وقت الراحة، مع بطء التكيف للكرب، أي الأعراض التي لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد نظراً لصعوبة التكيف لدى مرضى القلق. والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيبوثلاموس (المهاد التحتاني)، وهو مركز التعبير عن الانفعالات، وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوي، وهو مركز الإحساس بالانفعال، وكذلك فالهيبوثلاموس على اتصال بقشرة الدماغ لتلقى التعليمات، منها التكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية، والمخ الحشوي ومن خلال هذه الدوائر العصبية نعبر ونحس بالانفعالات (عكاشة، ٢٠٠٣، ١٣٥).

ولقد طرح الباحثون تفسيرات فيزيولوجية عديده لتفسير اضطرابات القلق، وبخاصة لبنات حامض الصوديوم، "وجابا" السيروتونين باعتبارها أساساً فيزيولوجياً لاضطرابات القلق. وقد فسر من خلال الدراسات العائلية، ودراسات التوائم، وعلى الرغم مما تقدمه الدراسات العائلية لتفسير اضطرابات القلق من بيانات تؤكد دورالعوامل الوراثية لاضطرابات القلق، فإنها في الوقت نفسه لاتقدم أدلة قاطعة في هذا الشأن، وبخاصة فيما يتعلق بالعوامل الاجتماعية، والظروف الأسرية، والتنشئة الأسرية مع العوامل الوراثية والفيزيولوجية (مكتب الإنماء الاجتماعي، ٢٠٠٠، ١٢٠، ٩).

وقدمت النظريات السلوكية أونظريات التعلم، تفسيرات صارت تحتل مكانة كبيرة في اضطرابات القلق. وتعتمد التفسيرات السلوكية على عمليات الإشرط التقليدي، الذي يعتمد في تفسيره على تطور القلق. والإشرط الإجرائي الذي يعتمد في تفسيره على مختلف الأعراض المختلفة المتعلقة بالقلق. ويعتبرالسلوكيون القلق استجابة خوف متعلمة عن طريق الإشرط التقليدي، ويذهبون إلى أن استجابة الخوف تقتنر بنمبه محايد في السابق. أما الآن فأصبح المنبه المحايد سابقاً صار يستدعي الخوف عن الفرد. وتتصف الاستجابات المتعلمة بالإشرط التقليدي بأنها تخضع للضبط الإرادي. وبالتالي لايمكن

الفرد من إيقاف استثارة الخوف لديه حينما يواجه بالمنبه الشرطي، حتى لو كانت استجابة الخوف غير معقولة موضوعياً ولا يوجد ما يؤيدها واقعياً (مكتب الإنماء الاجتماعي، ٢٠٠٠، ١٠٠، ٩).

وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في القلق فتبين من المسوح السكانية، أن اضطرابات القلق وفقاً للتشخيص الإحصائي الرابع تكون أكثر شيوعاً بين الإناث بالمقارنة بالذكور (Katherine, Cloire, Pine and Ross, 2003, 2) فالنساء أكثر عرضة مرتين من الرجال للمعاناة من اضطرابات القلق؛ فعلى سبيل المثال يعاني الإناث من اضطراب الهلع بنسبة ٥% مقابل ٢% للرجال. والخوف من الأماكن المكشوفة ٧% مقابل ٣.٥%، واضطراب ما بعد الصدمة ١٠.٤% مقابل ٥%، والنسبة للقلق المعمم ٣.٦% مقابل ١.٥%، واضطراب القلق الاجتماعي ١٥.٥% مقابل ١١.١%، والوسواس القهري ٣.١% مقابل ٢% (Roos, 2005, 2 Shear, Cloitre, Lpine and).

فأشارت نتائج الدراسات إلى العوامل التي تسهم في خطر الإصابة باضطرابات القلق منها، العوامل الوراثية التي تشكل خطراً لإصابة الإناث باضطرابات القلق، من خلال دراسة التوائم. كما تبين أن هناك دوراً أيضاً للعوامل البيئية والأسرية لنشأة اضطرابات القلق وخاصة القلق المعمم (Katherine et al., 2003, 2).

الأفكار الآلية

تعكس الأفكار الآلية المخططات المعرفية المختلة وكذلك المعتقدات الأساسية والوسيط، كما تعكس الخطط التعويضية والمشكلات الحقيقية، كذلك تعكس الصور الذهنية المرضية. ومن ثم فإن المخططات عبارة عن بنية معرفية لفحص وترميز وتقييم المعلومات التي يصطدم بها الإنسان. وعلى أساس هذه المصفوفة من المخططات يكون الفرد قادراً على توجيه نفسه بالنسبة إلى الزمان والمكان وعلى تصنيف وتفسير الخبرات بطريقة ذات معنى. ويذكر بيك وزملاؤه (١٩٩٠) أن المخطط في مجال علم الأمراض النفسية ما هو إلا أبنية ذات محتوى شخصي شديد الذاتية، وينشط من خلال اضطرابات مثل الاكتئاب ونوبات الهلع مثلاً. ففي حالات الاكتئاب تكون المخططات السلبية هي المسيطرة، مما ينتج عنها تحيز سلبي منتظم في تفسير واستدعاء الخبرات السيئة. بينما تصبح المخططات الإيجابية أقل أهمية، ومن السهل بالنسبة للشخص المكتئب أن يلاحظ الجوانب السلبية ولكن من الصعب عليه ملاحظة الجوانب الإيجابية، وهم قادرون على تذكر الأحداث السلبية بشكل أفضل من قدرتهم على تذكر الأحداث الإيجابية ولديهم احتمالات بالنتائج غير المرغوبة تكون ذات وزن أكبر من الاحتمالات الإيجابية (يونج، بيك، وانيرجر، ٢٠٠٢، ٥٨١-٥٨٣). ودائماً ما يكون المخطط نمطاً سلبياً ومستقراً للغاية عبر مراحل الطفولة والمراهقة، وننظر إلى العالم من خلال مخططنا. والمخططات تشمل المعتقدات والمشاعر عن الذات والبيئة والآخرين، يتقبلها الفرد دون أي تساؤلات أو تفسيرات، وتكون مستديمة وشديدة المقاومة للتغيير. وعندما يتم تنشيط المخطط أو تنشيط الأحداث السلبية يتم السيطرة على مشاعرنا، وأفكارنا ويميل الأفراد إلى المشاعر السلبية المتطرفة بما تحمله من أفكار مختلة وظيفياً. ومن خلال مراجعة المخططات لدى المرضى وجد ثمانية عشر مخططاً. ومعظم الأفراد لديهم ما لا يقل عن اثنين أو ثلاثة من هذه المخططات (Bricker & Young, 2012, 4).

وتعرف الأفكار الآلية بأنها عبارة عن أفكار تلقائية سريعة وموجزة جداً في بعض الأحيان، وفي الواقع كثير من الناس لا يكادون يدركونها، ولكنهم يدركون مشاعرهم التي تتبع هذه الأفكار الآلية، ونتيجة لذلك كثير من الناس تتقبل أفكارها التلقائية كمل لو كانت حقيقة، دون أى تقييم لهذه الأفكار (www.TherapyChanges.Com,2-2-2015-8am) وقد تعرض الأفكار الأحداث الخارجية، وأرجاع الفرد الانفعالية نحو مواقف وأحداث بعينها. وغالباً ما تمضى دون أن تلاحظ؛ لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير، ولأنها تحدث دائماً وبسرعة شديدة. ونادراً ما نتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق، ومألوفة ومعتادة. ويجب أن يتعلم المريض في العلاج المعرفي كيفية التعرف على هذه الأفكار الآلية؛ وحتى يمكن الاستفادة من العلاج بصورة فعالة. ويقوم المعالج المعرفي والمريض بجهد مشترك لاكتشاف الأفكار الآلية، وهي تسبق الانفعالات مثل الغضب والحزن والقلق. ويستخدم المعالجون الأسئلة، والتخيل وأداء الأدوار لاستخلاص الأفكار الآلية (يونج، وآخرون، ٢٠٠٢، ٥٩٩-٦٠٠).

ويرى بيك (١٩٧٠) أن الأفكار تنجم عن تنشيط المخططات المعرفية الوظيفية واستثارة المخططات المعرفية ذات الخلفية المزاجية المضطربة، والتي حددها بأنها أبنية معرفية هدفها الفرز، والتصنيف، والترميز، وتعميم المنبهات التي تصطدم بالإنسان وتستثيره. والمخططات المعرفية الوظيفية تسمح للشخص العادي أن يواجه ذاته في الزمان والمكان وبالتالي تقييم خبراته وإدراكه لها، واتخاذ موقف منها، وأن كثيراً من هذه المخططات قد تتطور بحيث تصبح لاتوافقية أولاتكيفية، وأهم ما تتسم به هذه المخططات اللاتوافقية أن مضمونها يمثل تعميمات واسعة المدى، وسلبية حول الذات. والمخططات اللاتوافقية شأنها في ذلك شأن المخططات التوافقية، تقوم باختبار وتثقيف المعلومات الواردة من البيئة، وتنظم العلاقة التي يفسر بها خبراته، ومن ثم فإن المخططات اللاتوافقية تعد متصلبة إلى حد كبير، ولا تتقبل أية معلومات جديدة، ولا تنظمها، ولا تتأملها أو تعيد النظر فيها، مما يجعل أسلوب التفكير لا يلائم الواقع ولا مقتضيات حل المشكلات (البيهي، ٢٠٠٦، ١٢٨ - ١٢٩). فنحن لانولد ولدنا استعداد وراثي للحديث النفسى السلبى؛ فعلياً أن نتعلم كيف يكون الحديث السلبى حديثاً إيجابياً، ونقوم بتعديل وتغيير السلوكيات الصحية السلبية بسلوكيات صحية إيجابية (www.TherapyChanges.Com,2-2-2015-8am). ومن أشهر النماذج النظرية التي فسرت المخططات المعرفية والأفكار الآلية النموذج المعرفي لبيك :

أشار بيك (١٩٧٦) أن جميعنا لدينا بنية معرفية أو المخططات المعرفية، التي تمكننا من تفسير المعلومات الواردة، وتفسير تجاربنا بطريقة ذات معنى. وتنشأ الأمراض النفسية نتيجة تنشيط هذه المخططات، ويتضمن العلاج النفسى للاضطرابات النفسية تعديلاً للأفكار الآلية، والسلوكيات، والمخططات التي تسبب الانفعالات، والمشاعر السلبية، وتعديل العلاقات بينهم وبعض التدخلات العلاجية قد تشمل الأحداث والمواقف (Persone & Davidson, Tompkins, 2001, 1). والمعتقدات الأساسية تساعدنا في إعطاء معنى لتجارب حياتنا، وقد تكون المعتقدات الأساسية إيجابية. فالمعتقدات يكون لها تأثير عميق على المشاعر والسلوكيات؛ فعلى سبيل المثال؛ مرضى الاكتئاب لديهم أفكار سلبية عن أنفسهم

والعالم والمستقبل، تسهم في إحساسهم بمشاعر اليأس، والشعور بالذنب، والحزن (بيك وآخرون، ١٩٧٩). كما تسهم المعتقدات السلبية في سلوكياتهم فتؤدي إلى العزلة والانسحاب. أما بالنسبة لحالات اضطرابات القلق فيكون لديهم بعض الأفكار والمعتقدات السلبية المتعلقة بالخوف والتهديد من المستقبل، تسهم كذلك في سلوكيات التجنب والتوتر والشد العصبي وبالتالي حدوث نوبات من القلق (بيك وآخرون، ١٩٨٥). كما أن هناك معتقدات مرتبطة بالتعاطي والإدمان تعمل على استمرار تعاطيهم وتيسير وإيحاء سلوكيات التعاطي؛ فتشمل بعض معتقداتهم توقع المكافأة، مثل إذا تعاطيت سوف تكون الليلة عظيمة، أو لا أستطيع الانتظار أكثر من ذلك بدون تعاطي، ولا بد من الحصول على مستوى عالي من النشوة. ووفقاً لذلك فالمعتقدات هي التي تفرض استخدام المؤثرات السلبية كالشعور بعدم الراحة، على سبيل المثال لا يمكنني تحمل أعراض الانسحاب. ويستخدم بعضهم المعتقدات لتيسير وتسهيل أوتيرير الاعتماد على المواد المخدرة على الرغم من تعرضهم لمخاطر الاعتماد، على سبيل المثال الضعفاء هم الذين يستمرون في التعاطي لأن لديهم مشاكل، لكن أنا أستطيع التوقف عن التعاطي في أي وقت.

الدراسات السابقة

ضمن هذا الإطار، أجريت دراسات هدفت إلى فحص الفروق بين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين في القلق والاكتئاب؛ وكذلك دراسات تناولت الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في شكل الأفكار الآلية حول التدخين وبعض مظاهر التشويه المعرفي.

أولاً: الدراسات التي تناولت الفروق بين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين في كل من الاكتئاب

والقلق

أجري مجموعة من الباحثين (Richardson, Ping- He, Curry and Merikangas, 2012) دراسة كان هدفها تحديد الفروق بين الجنسين، ومدى الارتباط بين تدخين السجائر والاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية^(١)، وتلقى الخدمة النفسية المتعلقة بالاكتئاب والقلق لدى عينة من المراهقين في الولايات المتحدة. ولفحص الارتباط بين التدخين في مقابل عدم التدخين بالاكتئاب على عينة قوامها ١٨٨٤ مدخناً في الفئة العمرية من ١٢:٥ سنة، والقلق على عينة قوامها ٦٣٣٦ مدخناً في الفئة العمرية من ١٢:١٩ سنة. وباستخدام تحليل الانحدار اللوجستي^(٢) أظهرت النتائج أن معدلات الاكتئاب والقلق تزداد لدى المراهقين المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين. وأظهرت النتائج أيضاً وجود دلالة إحصائية لدى الإناث في زيادة شدة الاضطرابات النفسية، وكل أعراض اضطراب الاكتئاب الأساسي، ومعظم أعراض اضطراب الهلع وزيادة شدة الضعف. وأظهرت النتائج أن المراهقين الذكور يظهر عليهم أقل التغيرات في الاكتئاب والقلق في حالة التدخين، ولكن كانوا أكثر عرضة لتلقى خدمات الصحة النفسية. وأوصت الدراسة بأهمية الوقاية من التدخين واستهدفت على وجه التحديد الإناث اللاتي يظهرن دلالات تشخيصية للاكتئاب والقلق من خلال برامج مدرسية؛ في حين كانت الفوائد العلاجية أكبر لدى الذكور من خلال برامج متكاملة من خدمات الصحة النفسية.

1-Diagnostic And Statiscal Manual Of Mental Disorders(DSM-IV)

2- Logistic Regression Analysis

وهدفت دراسة عوض الله (٢٠٠٨) إلى الكشف عن مدى تأثير التدخين على مستوى القلق وبعض السمات الشخصية مثل العدوانية، والإنطوائية لدى الأطباء العاملين في المراكز الطبية بقطاع غزة، كما هدفت أيضاً إلى مساعدة الأطباء المدخنين وغيرهم في التخفيف من مستوى القلق الناجم عن التدخين. وكانت عينة الدراسة ١٨٦ طبيباً تم إختيارهم بطريقة طبقية عشوائية للمدى العمرى بين ٢٦ و ٥٥ سنة فأكثر. وكانت سنوات التدخين تتراوح بين سنة و ٢٠ سنة فأكثر، وعدد السجائر المدخنة تتراوح بين ١ و ٢٠ سيجارة فأكثر. وأظهرت النتائج أن الأطباء المدخنين حصلوا على وزن نسبي ٧٢, ٧١ % للقلق. ومن أبرز السمات الشخصية لدى المدخنين كانت الاعتمادية، ثم عدم الثبات الانفعالي، ثم النظرة السلبية للحياة، ثم عدم التجاوب الانفعالي، ثم العدوان. كما أظهرت النتائج كذلك أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى مستوى القلق والسمات الشخصية التى تعزى للحالة الاجتماعية، أو عدد الأفراد فى الأسرة، أو متغير المؤهل العلمى، أو متغير الجهة المشرفة، أو الخبرة، أو سنوات التدخين، أو عدد السجائر. كما أشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى مستوى القلق تعزى إلى متغير سنوات التدخين. وأوصت الدراسة بأهمية أن تقوم المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية بمعرفة أهم أسباب التدخين لدى الأطباء ومحاولة العمل على علاجها بطريقة علمية سليمة .

وأجرت مورست وآخرون (Morissett, Brown, Kamholz and Gullivers (2006) دراسة بهدف معرفة الفروق بين المدخنين وغير المدخنين فى اضطرابات القلق. وأشارت البيانات الانتشارية^(١) إلى أن التدخين فى وقت مبكر يزيد من خطورة الإصابة باضطرابات القلق (إضطراب القلق، والقلق المعمم) ووجود قلق محدد كالقلق الاجتماعى حيث يزيد فيما بعد من مخاطر الاعتماد على النيكوتين. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات أشارت إلى ارتفاع معدل انتشار التدخين بين مرضى القلق، فإن هذه الدراسة هدفت إلى معرفة إلى أى مدى يختلف المدخنون عن غير المدخنين فى اضطراب القلق، على عينة قوامها ٥٢٧ مدخناً فى مقابل عينة مماثلة من غير المدخنين. وأظهرت النتائج ارتفاع الحساسية^(٢) للقلق وأعراض القلق ورهاب الأماكن الواسعة^(٣) والعنف والمزاج المكتئب والتأثيرات السلبية لضغوط^(٤) الحياة، واضطراب الهلع فى اتجاه المدخنين، وبالإضافة إلى ذلك، أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة بين المدخنين وغير المدخنين فيما يتعلق بالرهاب الاجتماعى والإنزعاج وأعراض الوسواس القهرى^(٥).

كما أن هناك عديداً من الدراسات التى تناولت متغيرات القلق والاكتئاب فى علاقتهما بالتدخين كدراسة تسلبس، وأ ثونوسيوس (Tselebis and Athonossios, 2003) حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن المدخنين الحاليين كانت لديهم نسبة عالية من القلق والاكتئاب النفسى مقارنة بالمدخنين السابقين فى مقابل غير المدخنين، كما أظهرت أيضاً أن عدد السجائر المدخنة يومياً ليس لها ارتباط بمستوى القلق أو

1-Epidemiological

2- Sensitivity

3 - Agorophobia

4- Stress

5- Obsessive- Compulsive Disorder

الاكتئاب، لكن كانت نسبة القلق أعلى من الاكتئاب لدى الأطباء المدخنين. وأشارت دراسة نواميم وبرسلا (Naumim and Bressla, 2002) إلى أن المرضى الذين شخصت حالتهم باكتئاب نفسى شديد يكونوا أكثر عرضة واستعداداً للاعتماد على التبغ ثلاثة أضعاف أقرانهم من غير المصابين بالاكتئاب. وكذلك انتهت دراسة جيفرى، وجونسون Jeffrey and Johnson إلى أن الشباب الذين يدخنون فى سن مبكرة تزداد إمكانية إصابتهم باضطرابات القلق مثل نوبات الهلع، ورهاب الأماكن الواسعة، واضطراب القلق المعمم .

وهدفت دراسة الأنصارى (١٩٩٠) إلى فحص الفروق بين مدخنى السجائر وغير المدخنين من طلبة جامعة الكويت فى بعض السمات الشخصية؛ حيث أظهرت النتائج أن غالبية السمات السلبية يتساوى فيها المدخنون وغير المدخنين كالتشاؤم، والاكتئاب، والقلق، والعصابية، والغضب، والتفكير الانتحارى، واللامبالاة، والتمركز حول الذات، وإيذاء الذات (من خلال عوض الله ، ٢٠٠٨ ، ٦٣ - ٦٦).

كما أجرى كولتارد وآخرين (Coulter et al., 2000) دراسة على عينة قوامها ٨٠٠٠ فرد من الجنسين بهدف معرفة الفروق بين المدخنين وغير المدخنين فى الاضطرابات النفسية. فأظهرت نتائج الدراسة أن المدخنين كانوا يعانون من الاضطرابات النفسية ضعفى الأفراد غير المدخنين فى الاكتئاب، والمخاوف المرضية، واضطراب الوسواس القهرى. كما ارتبطت أيضاً الاضطرابات النفسية بالتدخين الكثيف. كما تبين من الدراسة وجود فروق بين الجنسين فى الاضطرابات النفسية، حيث كانت نسبة إصابة الذكور المدخنين بالاكتئاب ٤٥% مقابل ٣٩% للإناث المدخنات، والقلق المعمم ٤٣% للذكور مقابل ٤٥% للإناث، والإصابة بنوبات الاكتئاب ٥٥% للذكور و ٥٣% للإناث، والرهاب ٦٧% للذكور مقابل ٤٥% للإناث، والوسواس القهرى ٥٢% للذكور مقابل ٥٦% للإناث، واضطرابات عصابية أخرى ٤٦% مقابل ٤٢% للإناث. وكشفت نتائج الدراسة كذلك عن وجود علاقة بين الأمراض الذهانية والتدخين (ONS, 2002) حيث وجد ما يقرب من ٦٤% من مرضى الذهان مدخنين. وارتبط التدخين الكثيف أيضاً بالاضطرابات الذهانية حيث وصلت نسبتهم إلى ٣٥%. وأشارت نتائج الأبحاث إلى أن ٧٤% تم تشخيصهم باضطرابات الفصام، و ٧٠% يعانون من الاضطراب ثنائى القطب، واضطرابات ذهانية أخرى ٧٤%، يدخنون أكثر من ٢٠ سيجارة فى اليوم بالمقارنة بحوالى ٨% من عامة السكان (Mcneill, 2004, 3).

وأجرى بيسلى-ماكلوس وآخرون (Peasley-Miklus, Mcleish, Schmidt and Zvolensky, 2011) دراسة على نحو مشابه بهدف معرفة الفروق بين المدخنين وغير المدخنين فى الاضطرابات النفسية؛ فتوصلت النتائج إلى أن المدخنين كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية بالمقارنة بغير المدخنين. وكانت أكثر الاضطرابات شيوعاً القلق والاكتئاب. وكانت معدلات الاكتئاب أعلى بين المدخنين بنسبة ٣٧%، والرهاب الإجتماعى ٣٧%، وكانت ٢٩% للتشخيص المزدوج بالقلق والاكتئاب، وكانت نسبة الإصابة بالأمراض الذهانية ٤٠%، و ٤٦% لمدمنى الكحول، و ٦٩% للمعتمدين على المخدرات، و ٥٧% من الأشخاص المدخنين حاولوا الانتحار خلال العام الماضى .

وهدفت دراسة فلورنودو وزميله (Florend, and Guzman (2014 إلى تحديد المشكلات النفسية لدى الطلاب المدخنين والشاربين للكحوليات على عينة من ٦٨ مشاركاً . واستخدمت الدراسة قائمتي بيك للقلق، والاكتئاب، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الذكور كانوا يعانون من الاكتئاب أكثر من الإناث، بينما كانت الإناث أكثر معاناة من القلق بالمقارنة بالذكور، وكانت الإناث أكثر تقديراً لذواتهم، بالإضافة إلى ذلك تبين أن هناك ارتباطاً بين عدد السجائر المدخنة في اليوم واضطرابات القلق. كما ارتبط التدخين الكثيف باضطرابات القلق، وأعراض الذعر ونوبات الهلع، والخوف من الأماكن المكشوفة، كما ارتبط تدخين السجائر بشرب الكحوليات.

ثانياً : الدراسات التي تناولت الفروق بين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين في الأفكار الآلية السلبية والتشويه المعرفي حول التدخين

أجرى لوكن (Loken (1982 دراسة لمعرفة الفروق بين كل من المدخنات بكثافة وذوى التدخين البسيط، وغير المدخنات في المعتقدات حول تدخين السجائر بهدف فحص التغيرات المعرفية المرتبطة بالصحة، والعواقب غير الصحية المرتبطة بالتدخين لدى مجموعة من النساء كان عددهن ١٧٨ سيدة قسموا إلى مدخنات تدخيناً كثيفاً ، وتدخين بسيط، وغير مدخنات. وأظهرت النتائج اختلافاً بين المجموعات الثلاث في كم المعتقدات وكيفها، وخاصة فيما يتعلق بالعوامل غير الصحية ، ويفترض أنها تؤثر على قرارات التدخين . كما أظهرت المدخنات بكثافة وغير المدخنات اختلافاً جوهرياً كبيراً فيما يتعلق بفحص المعتقدات. وقد اتفق كل من ذوى التدخين البسيط و التدخين الكثيف في المعتقدات السلبية وليس الإيجابية، وكذلك عواقب التدخين، كما أنهم لا يميلون إلى مكافحة التدخين، كما أنهم خضعوا لضغوط من الجماعة المرجعية.

وقد أجرى عدد من الباحثين (Weinberger , George and McKee (2011 دراسة هدفت إلى الكشف عن اختلاف اعتقادات المدخنين مع وجود تاريخ اكتتابي أو بدون وجود تاريخ اكتتابي، حيث أقر الراشدون الذين يعانون من الاكتئاب بأنهم مدخنون بكثافة، وكانت معدلات الإقلاع عن التدخين منخفضة لديهم بالمقارنة بالراشدين الذين لا يعانون من الاكتئاب. وأشارت هذه الدراسة إلى أنه لا يعرف سوى القليل عن العلاقة بين الاكتئاب والمعتقدات حول التدخين التي ترتبط بكل من التدخين، وسلوك الإقلاع عن التدخين. وكان الهدف الأساسي للدراسة فحص ما إذا كان المدخنون الراشدون في ظل وجود تاريخ اكتتابي أو بدونه يختلفون عن غير المدخنين في إقرارهم بالمعتقدات حول التدخين. وكان الهدف الثانوي بحث العلاقة بين الاكتئاب والجنس في وجود توقعات بحدوث التدخين . وقسمت عينة الدراسة إلى عينة من المدخنين بتاريخ إكتتابي ٦٨ مشاركاً ، وعينة من المدخنين الذين لا يعانون من الاكتئاب وكانوا ٧٥ مشاركاً ، وتراوح العمر بين (١٨ و ٧١) سنة، ومتوسط عدد السجائر ١٥ سيجارة في اليوم. وتم تقييم تاريخ الاكتئاب مع توقعات التدخين، وقد تبين وجود تأثير رئيسي للاكتئاب في ٧ من ١٠ من المعتقدات المقررة. وبالمقارنة بين المدخنين بتاريخ اكتتابي وغير المدخنين، أشارت النتائج إلى أن المدخنين كانوا أكثر تأييداً بقوة أن التدخين يقلل من التأثيرات السلبية كالضجر، ويزيد من التسهيلات الاجتماعية (١) ، كما اعتقد المدخنون أن التدخين يعمل كمنبه ويساعدهم على التركيز، كما أنه يساعدهم

على ضبط النفس والتحكم فيها، ويقلل من أعراض الانسحاب، ويساعد على خفض الوزن، وأنه ذو طعم ممتع. وأما بالنسبة لتأثير النوع فكان غير دال. وأوصت الدراسة بأن العلاج المعرفي-السلوكي يكون مفيداً للمدخنين الذين لديهم تاريخ اكتتابي.

كما أشارت دراسة فرينتي وآخرين (2013) Ferrante, Saulle, Ledda, Pappalardo, Fallico, Latorre إلى معرفة اتجاهات ومعتقدات طلاب المدارس الفنية حول انتشار التدخين. على عينة تكونت من ٤٢٢ طالباً من طلاب المدارس الفنية، وكانت عينة الإناث ٢٦٨، وعينة الذكور ٢٢٥، واستبعدت ٧١ حالة. وانتهت الدراسة إلى أنه ينبغي تلقى برامج علاجية للإقلاع عن التدخين، واعتقد أكثر من نصف الطلبة (٦٧.٥% من الطلاب) أن للأطباء دور في تقديم النصائح الطبية للإقلاع عن التدخين، و٩٦% من الطلاب يعتقدون بضرورة تقديم النصائح والمساعدات للإقلاع عن التدخين، و٨٢.٥% يعتقدون أنه يجب تلقى المهنيين التدريب اللازم لمساعدة المدخنين للإقلاع عن التدخين، ولكن ٢١.٣% فقط من إجمالي العينة تلقوا برامج علاجية للإقلاع عن التدخين من خلال مقرراتهم الدراسية

وكشفت دراسة معتز عبد الله، وعبد اللطيف خليفة (ب.ت) عن الأبعاد التي تنتظمها المعتقدات حول تدخين السجائر لدى كل من المدخنين وغير المدخنين. تكونت العينة من ٣٩٠ مبحوثاً (٢٠٥ من الذكور المدخنين و ١٨٥ من الذكور غير المدخنين)، كان متوسط أعمارهم ٢, ٥٣ عاماً وبتباين معيارى ٩١, ٨ عاماً، وروعى التكافؤ فى بعض المتغيرات مثل العمر والتعليم والمهنة. واستخدم مقياس المعتقدات حول تدخين السجائر وباستخدام أسلوب التحليل العاىلى تبين أن معتقدات عينة المدخنين تنتظم فى عشرين عاملاً أمكن تفسير أربعة عشر عاملاً منها. أما معتقدات عينة غير المدخنين فتنتظم فى ثمانية عشر عاملاً أمكن تفسير ثلاثة عشر عاملاً منها. وكشفت النتائج أن هناك تشابهاً واضحاً فى مضمون العوامل التى تمثل نسق المعتقدات حول تدخين السجائر لدى كل من المدخنين وغير المدخنين. كما تبين أن مجموعتى العوامل التى استخرجت لدى المدخنين أو غير المدخنين كانت أبعاداً مستقلة، مما يعنى أن نسق المعتقدات حول تدخين السجائر يتكون من مجموعة معتقدات تتسم بالتمايز والاستقلال فيما بينها. وبالإضافة إلى الدراسات التى تناولت المعتقدات لدى المدخنين أجرى كل من بدر، ومودى (2005)

Badr and Moody دراسة مسحية متعددة المراحل وشاملة لجميع القطاعات لعينة من الذكور الكويتيين البالغين تمثلت فى عينة قوامها ١٧٩٨ قسمت إلى ثلاث مجموعات فرعية من المدخنين الحاليين، وغير المدخنين، والمدخنين السابقين، بمتوسط عمرى ٣٢ سنة، كما كانوا يختلفون فى المستوى الاجتماعى والتعليمى بهدف معرفة معتقدات الموظفين الكويتيين الذكور حول التحكم فى الصحة والتدخين، حيث أجرى استطلاع حول العلاقة بين معتقداتهم حول التحكم فى الصحة، ومعتقداتهم الصحية حول التدخين، ووضعهم من حيث التدخين. استخدمت الدراسة مقياس الضبط الداخلى فى مقابل الضبط الخارجى عبارة عن مقياس شدة يتكون من ١١ بنداً. كما استخدم استبانة للمعتقدات حول

التدخين والصحة مكونة من ٠ ابنود، منها على سبيل المثال: أعتقد أن تدخين السجائر ليس جيداً للصحة، وأعتقد أن الإقلاع عن التدخين يمنع الشخص من الإصابة بسرطان الرئة. وقد أظهرت نتائج المسح قوة المعتقدات لغير المدخنين بأن التحكم في الصحة يأتي من خارج الشخص بالمقارنة بالمدخنين. كما أن غير المدخنين لديهم معتقدات صحية أفضل عن أضرار التدخين بالمقارنة بالمدخنين، أي أن الكويتيين الذكور المدخنين يرون أنفسهم أكثر قدرة على التحكم في حياتهم من غير المدخنين. وقد بين تحليل الانحدار المتعدد أن ضعف التحكم في الصحة، وخلل المعتقدات الصحية حول التدخين، من العوامل القوية المنبئة بمخاطر الإقبال على التدخين في ظل وجود بعض متغيرات أخرى (كون الشخص غير متزوج، وانخفاض مستوى التعليم). وأوضح تحليل الانحدار الخطى البسيط^(١) وجود علاقة سلبية بين التحكم في المعتقدات الصحية وبين المعتقدات الصحية عن أضرار التدخين بين غير المدخنين والمدخنين السابقين، ولكن ليس بين المدخنين الحاليين.

فروض الدراسة

- بعد الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة كما يلي:
- توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين في معدلات القلق والاكتئاب والأفكار الآلية السلبية حول التدخين .
 - تختلف الحالة المزاجية (القلق والاكتئاب) باختلاف التفاعل بين شدة التدخين والنوع والأفكار الآلية.

منهج الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة : أجريت الدراسة الراهنة وفقاً للمنهج (الوصفي الارتباطي المقارن).

تصميم الدراسة: استخدمت هذه الدراسة التصميم المستعرض لمجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة حيث يعتمد هذا التصميم على قياسات للخصائص في الوقت الراهن باختيار مجموعة تتوافر فيها ظاهرة معينة "المدخنون" وتعتبر مجموعة الحالة، واختيار مجموعة أخرى مناظرة لها لاتتوافر فيها الظاهرة "غير المدخنين" وتعتبر مجموعة المقارنة، ثم تتم المقارنة بين المجموعتين في متغيرات الأفكار الآلية والقلق والاكتئاب.

العينة: تم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها (٤٢٠) فرداً من الجنسين بواقع ٢٢٠ مفردة للذكور، و ٢٠٠ مفردة للإناث، وتراوحت الأعمار ما بين (٢٠ : ٥٠) سنة، وبلغ متوسط عمر المدخنين ٣٢,٥١ ± ٨,٩٧ سنة، كما بلغ متوسط غير المدخنين ٣٢,١٦ ± ٨,٤١ سنة، وبلغ متوسط عمر المدخنات ٣٢,٤٣ ± ٨,٤٤ سنة، وبلغ متوسط عمر غير المدخنات ٣٢,١٥ ± ٧,٩٦ سنة. كما أنه قد تم مراعاة إحداث التكافؤ بين المجموعات في العمر، والمستوى التعليمي، والذكاء. وتم مراعاة ما يلي في اختيار العينة : سن التدخين (بداية التدخين)، ومدة التدخين (سنوات التدخين)، وعدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد، وعدد محاولات الإقلاع، والنية أو القصد في الإقلاع عن التدخين، ومدة الامتناع عن التدخين، والانتكاسات والهفوات، و تعاطى مواد أخرى، والتاريخ المرضي للعينة (عضوى - نفسى) من خلال بيانات المقابلة المبدئية.

وتم التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة في بعض المتغيرات الدخلية؛ كالذكاء (الفهم العام)، والعمر، والمستوى التعليمي (عدد سنوات الدراسة). وسيوضح جدول (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية لهذه المتغيرات، وقيم إختبار ت ودلالاتها.

جدول (١)
التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة وبعضها بعضاً في بعض المتغيرات الدخيلة للعينة الأساسية (ن=٤٢٠)

المجموعات المتغيرات	مدخنون ن=١١٠ (١)		غير مدخنين ن=١١٠ (٢)		مدخنات ن=١٠٠ (٣)		غير مدخنات ن=١٠٠ (٤)		قيم إختبار ت					
	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	٢-١	٣-١	٤-١	٣-٢	٤-٢	٤-٣
١- الفهم العام	١٢,٦٠	١,٨٨	١٢,٨٨	٢,٠٥	١٣,٢٦	٢,٠٣	١٣,٥٥	١,٨٩	٧,٨	٢,٤٠	٣,٦٠	١,٥٦	٢,٦٦	١,٠٤
٢- العمر	٣٢,٥١	٨,٩٧	٣٢,١٦	٨,٤١	٣٢,٤٣	٨,٤٤	٣٢,١٥	٧,٩٦	٣,٠	٠,٧	٠,٣١	٠,٢٢	٠,٠١	٠,٢٤
٣- المستوى التعليمي	١٣,٦٧	٢,١٤	١٣,٥١	١,٩٠	١١,١٥	١٣,٤٩	١٣,٣٤	٢,٠٨	٠,٥٦	٠,٦٥	١,١٣	٠,١٠	٠,٦٤	٠,٥٣

تبين من جدول (١) أن قيم إختبار ت كانت غيردالة لمختلف مجموعات الدراسة، مما يدل على وجود تجانس أو تكافؤ بين عينات الدراسة في كل من هذه المتغيرات (الذكاء، والعمر، والمستوى التعليمي).

أدوات الدراسة؛ تكونت أدوات الدراسة من أربعة استخبارات وهي:

١- مقياس الاعتماد على السجائر تأليف هيئة الصحة العالمية (٢٠٠٨)، ترجمة الباحثة.

يتكون المقياس من ١٢ بنداً، انقسمت فيما بينها إلى بعدين. يتكون البعد الأول من أربعة بنود، ويقيم درجة الاعتماد على السجائر. ويصحح البعد الأول من المقياس في اتجاه مدى تقرير الفرد لانطباق كل بند من بنود المقياس عليه، وفقاً لاختيار بديل واحد فقط من بدائل الاستجابة الخمسة للبعد الأول للمقياس وتقدر أعلى درجة عليه بعشرين درجة وتدل على شدة الاعتماد على السجائر بالنسبة للمدخنين، وبالنسبة لغير المدخنين يعتبر في اتجاه رفض الاعتماد على التدخين. والبعد الثاني هو بعد سيطرة التدخين على المدخن، ويتكون من ثمانية بنود تصحح على مقياس شدة خماسي يتكون من: أرفض إلى حد ما (١)، أرفض تماماً (٢)، محايد (صفر)، أوافق إلى حد ما (١)، أوافق تماماً (٢). وتقدر أعلى درجة عليه بـ ١٦ درجة، وتدل على مدى سيطرة التدخين على أفراد العينة من المدخنين في مقابل رفض بعد سيطرة التدخين على غير المدخنين؛ أي استخدم المقياس للمقارنة بين اتجاهات المدخنين وغير المدخنين في الاعتماد على السجائر. واستخدم مقياس الاعتماد على السجائر للفرز والتصنيف، بحيث يضم للعينة من تنطبق عليه شروط اختيار العينة سالفة الذكر، بالإضافة إلى المقابلة المبدئية للفرز والتصنيف التي قامت بإعدادها الباحثة بهدف جمع بيانات العينة.

٢- قائمة بيك للاكتئاب (١٩٨٧)، ترجمة أحمد عبد الخالق (١٩٩٦)، تعديل وتقنين أسماء عبد العزيز (٢٠٠٢).

تكونت القائمة من مجموعة من العبارات التي تصف الحالة المزاجية التي يشعر بها الفرد خلال الأسبوع الماضي (بما فيها اليوم الحالي). وتصحح قائمة بيك للاكتئاب بجمع التقديرات التي يعطيها

المشارك لكل من الواحد والعشرين بنداً ، ويتكون كل بند من مجموعة من أربع عبارات تقدر من صفر: ٣، والدرجة الكلية القصوى هي ٦٣، والحد الأدنى صفر .

٣- اختبار القلق النفسي ذى المكونات الأربعة، إعداد لويس جاندا (٢٠٠١)، ترجمة الباحثة.

يتكون اختبار القلق النفسي ذى المكونات الأربعة (الانفعالات، والأفكار المعرفية، والسلوكيات، والأعراض الجسمية) من ٦٠ بنداً يدور مضمونها حول الصعوبات التي تواجه معظم الناس من وقت لآخر. ويجب المشارك (بنعم) إذا كانت العبارة تنطبق، ويجب (بلا) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليه. ويتكون مقياس القلق النفسي ذى المكونات الأربعة؛ من ٦٠ بنداً يجب عنها "بنعم" ، أو "لا". وتم تصنيف بنوده إلى أربعة أبعاد هي: المشاعر (الانفعالات)، والسلوكيات، والأفكار، والأعراض الجسمية. ويجب عن بنود الاختبار باختيار بديل واحد لكل بند (نعم أولاً)، علماً بأنه يوجد ٨ بنود تصحح عكسياً (١١، ٧، ٢٢، ٣٤، ٣١، ٤٥، ٤١، ٣٨)، حيث تصحح فى اتجاه النفي، وتكون الاجابة (بلا) أى تحصل الاجابة بلا على درجتين، والاجابة بنعم على درجة واحدة، وباقى البنود تصحح إيجابياً؛ أى الاجابة بنعم تأخذ درجتين والاجابة بلا تأخذ درجة واحدة. ويعطى كل بند درجة تتراوح بين (١ و ٢). ويمكن استخلاص درجة كلية لكل بعد على حدة تتراوح بين (١٥ و ٣٠). والدرجة الكلية للمقياس مجموع الأبعاد الأربعة، ويمثل الحد الأدنى للمقياس ستين درجة والحد الأقصى ١٢٠ درجة.

٤- قائمة الأفكار الآلية حول التدخين من إعداد الباحثة.

تكونت قائمة الأفكار الآلية حول التدخين من ٧٤ بنداً ، يدور مضمونها حول أفكار مرتبطة بالتدخين. تصحح جميع البنود فى اتجاه مدى اختيار الفرد للبند الذى ينطبق عليه، وفقاً لاختيار بديل واحد فقط من بدائل الإستجابة، حيث تأخذ لا أوافق أبداً (١)، أوافق نادراً (٢)، أوافق أحياناً (٣)، أوافق غالباً (٤)، أوافق دائماً (٥). وتدرج الدرجة الكلية للاختبار حاصل جمع درجات الفرد على مقياس الشدة بحد أدنى ٧٤ درجة إذا كانت جميع الأفكار لا يوافق عليها، وحد أقصى ٣٧٠ درجة إذا كانت جميع الأفكار يتم الموافقة عليها .

التحقق من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة .

قدمت بطارية الاختبارات إلى ٨٠ فرداً ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين رئيسيتين (ذكور وإناث). وتم تقسيم عينة الذكور إلى عينة ذكور مدخنين تدخيناً كثيفاً وقوامها ٢٠ فرداً وغير مدخنين وقوامها ٢٠ فرداً، كما تم تقسيم عينة الإناث إلى عينة إناث مدخنات تدخيناً كثيفاً وقوامها ٢٠ أنثى وغير مدخنات وقوامها ٢٠ أنثى؛ تراوح المدى العمرى للعينات ما بين ٢٠ و ٥٠ سنة، وذلك لحساب معاملات الثبات والصدق لتلك الاختبارات للتحقق من كفاءتها القياسية . وفيما يلى سنعرض لنتائج معاملات الثبات لقائمة بيك للاكتئاب جدول (٢) معاملات الثبات بإعادة الاختبار وبطريقة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة " جتمان".

جدول (٢)
معاملات الثبات لقائمة بيك لدى مختلف عينات الدراسة الاستطلاعية .

إناث غير مدخنات ن=٢٠	إناث مدخنات تدخيناً كثيفاً ن=٢٠	ذكور غير مدخنين ن=٢٠	ذكور مدخنون تدخيناً كثيفاً ن=٢٠	العينات قائمة بيك للاكتئاب ١- إعادة الاختبار (بنود قائمة بيك)
٠,٩٦	٠,٨٨	٠,٥٠	٠,٧٩	١- الحزن
٠,٩٨	٠,٨٧	٠,٨٧	٠,٨٣	٢- التشاؤم
٠,٨٣	٠,٩٣	٠,٧١	٠,٨٦	٣- الشعور بالفشل
٠,٨١	٠,٨٣	٠,٨٧	٠,٦٤	٤- عدم الرضا
٠,٩١	٠,٨٣	٠,٧٦	٠,٦٢	٥- الشعور بالذنب
٠,٩٦	٠,٨٣	٠,٩٠	٠,٥٤	٦- الاحساس بالعقاب
٠,٩٦	٠,٩٥	٠,٥٤	٠,٩٠	٧- كراهية الذات
٠,٩٦	٠,٩٦	٠,٣٧	٠,٧٤	٨- نقد الذات
٠,٩٦	٠,٩٥	٠,٤٢	٠,٩٠	٩- الميول الانتحارية
٠,٩٦	٠,٩٥	٠,٣٠	٠,٩٠	١٠- نوبات البكاء
٠,٩٠	٠,٨٥	٠,٥٢	٠,٧٥	١١- القابلية للغضب
٠,٩٤	٠,٩٣	٠,٤٢	٠,٧٤	١٢- الانسحاب الاجتماعي
٠,٩٤	٠,٩٤	٠,٤٠	٠,٨١	١٣- العجز عن اتخاذ القرارات
٠,٨٥	٠,٩٥	٠,٥٠	٠,٨٧	١٤- صورة الذات
٠,٩٥	٠,٩١	٠,٤٠	٠,٨٠	١٥- فقدان الطاقة
٠,٨٠	٠,٧٥	٠,٦٥	٠,٨٢	١٦- اضطراب النوم
٠,٨٢	٠,٩٦	٠,٨٨	٠,٦٠	١٧- التعب
٠,٧٥	٠,٩٦	٠,٥٠	٠,٩١	١٨- فقدان الشهية
٠,٩٣	٠,٨٣	٠,٦٦	٠,٨٧	١٩- نقص الوزن
٠,٩٦	٠,٧٠	٠,٤٦	٠,٨١	٢٠- الانشغالات الصحية
٠,٩٦	٠,٩١	٠,٨١	٠,٨٨	٢١- فقدان الاهتمام بالجنس
٠,٩٨	٠,٩٨	٠,٩٠	٠,٩٧	الدرجة الكلية
٠,٨٦	٠,٩٣	٠,٨٧	٠,٩٥	٢- معامل ألفا كرونباخ
٠,٨٢	٠,٨٨	٠,٩٠	٠,٩٧	٣- التجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة جتمان

اتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات لأدوات الدراسة؛ بطريقة إعادة الاختبار، وبطريقة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة جتمان، لها درجة من الكفاءة القياسية لدى مختلف مجموعات الدراسة الاستطلاعية، حيث تقع معدلات الثبات في المستوى الجيد، وهو ما يدل على أن أدوات الدراسة ذات درجة عالية من الاتساق الداخلي لدى مختلف مجموعات الدراسة. وبناء على كل النتائج تم الاعتماد على قائمة بيك للاكتئاب في تطبيق الدراسة الراهنة.

جدول (٣)
معاملات ثبات اختبار القلق النفسي ذي المكونات الأربعة لدى مختلف عينات الدراسة الاستطلاعية .

غير مدخنات ن=٢٠			مدخنات تدخيناً كثيفاً ن=٢٠			غير مدخنين ن=٢٠			مدخنون تدخيناً كثيفاً ن=٢٠			العينات مكونات استخبار القلق
إعادة الاختبار	القسم النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	القسم النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	القسم النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	القسم النصفية	ألفا كرونباخ	
٠,٦١	٠,٦٩	٠,٨٤	٠,٨٦	٠,٨٤	٠,٧٨	٠,٦٥	٠,٦٧	٠,٤٧	٠,٨٠	٠,٨٣	٠,٧٩	١- المكون الانفعالي
٠,٦١	٠,٨٦	٠,٨٠	٠,٧٣	٠,٨٤	٠,٧٥	٠,٦٠	٠,٥٧	٠,٥٠	٠,٧٣	٠,٨٨	٠,٨٥	٢- المكون المعرفي
٠,٧٣	٠,٧٠	٠,٥٠	٠,٦٨	٠,٦٤	٠,٩٠	٠,٤٠	٠,٤٨	٠,٣٠	٠,٧٧	٠,٧٦	٠,٨٣	٣- المكون السلوكي
٠,٣٠	٠,٥٨	٠,٥١	٠,٥٧	٠,٧١	٠,٧٧	٠,٣٠	٠,٥٠	٠,٥٠	٠,٦٨	٠,٧١	٠,٨٧	٤- المكون الجسمي
٠,٨٤	٠,٨٣	٠,٩٥	٠,٨٧	٠,٦٠	٠,٩٦	٠,٧٠	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٩٠	٠,٧٨	٠,٩١	٥- الدرجة الكلية

اتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات لاستخبار القلق النفسي ذي المكونات الأربعة ؛ بإعادة التطبيق وبطريقة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية تقع بين المستوى المقبول والجيد؛ مما يدل على كفاءتها القياسية لدى مختلف مجموعات الدراسة. وبناء على كل النتائج تم الاعتماد على اختبار القلق النفسي ذي المكونات الأربعة في تطبيق الدراسة الراهنة .

جدول (٤)
معاملات ثبات قائمة الأفكار الآلية حول التدخين لدى مختلف عينات الدراسة الاستطلاعية .

إناث غير مدخنات (ن=٢٠)		إناث مدخنات تدخيناً كثيفاً (ن=٢٠)		ذكور غير مدخنين (ن=٢٠)		ذكور مدخنون تدخيناً كثيفاً (ن=٢٠)		العينات معاملات الثبات لقائمة الأفكار الآلية حول التدخين
٠,٩٦	٠,٩٩	٠,٨٦	٠,٩٣	٠,٩٣	٠,٩٩	٠,٩٩	٠,٩٨	
٠,٦٨	٠,٩٩	٠,٥٢	٠,٩٩	٠,٥٢	٠,٩٩	٠,٩٩	٠,٩٨	٢- ألفا كرونباخ
٠,٧٥	٠,٩٧	٠,٥٢	٠,٩٨	٠,٥٢	٠,٩٨	٠,٩٨	٠,٩٨	٣- التجزئة النصفية لسبيرمان براون

تم حساب معاملات الثبات لقائمة الأفكار الآلية حول التدخين باستخدام طريقة إعادة التطبيق؛ لتحديد مدى الاستقرار في أداء المشاركين عبر الزمن؛ فتبين أن معاملات الثبات مرتفعة . كما تم حساب الاتساق الداخلي لقائمة الأفكار الآلية حول التدخين؛ فتبين أيضاً أن معاملات الثبات مقبولة إلى مرتفعة مما يدل على كفاءتها القياسية لدى مختلف عينة الدراسة.

ثانياً : معاملات صدق اختبارات البطارية.

يشير مصطلح الصدق إلى مدى صلاحية المقياس وصحته في قياس ما يظن أنه يقبسه. وقد قامت الباحثة بحساب معاملات الصدق لمقاييس الدراسة بطريقة صدق التعلق بمحك خارجي .

- صدق التعلق بمحك خارجي: استخدمت طريقة صدق التعلق بمحك خارجي لحساب صدق استخبارات بطارية الدراسة. ويعد الارتباط بين اختبار تجريبي جديد واختبارات أخرى محكية استخدمتها دراسات سابقة لتقييم المتغير نفسه موضوع الدراسة الراهنة أحد الأدلة على صدق الأداة، وفيما يلي عرض لنتائج صدق التعلق بمحك خارجي لاستخبارات الدراسة جدول (٥).

جدول (٥)

معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لاستخبارات الدراسة لدى عينات الدراسة الاستطلاعية

العينات (بنود قائمة بيك)	ذكور مدخنون تدخيناً كثيفاً (ن = ٢٠)	ذكور غير مدخنين (ن = ٢٠)	إناث مدخنات تدخيناً كثيفاً (ن = ٢٠)	إناث غير مدخنات (ن = ٢٠)
قائمة بيك للاكتئاب (١)*				
١- الحزن	٠,٧٥	٠,٣٢	٠,٥٧	٠,٣٥
٢- التشاؤم	٠,٦٠	٠,٤٢	٠,٤٦	٠,٥٣
٣- الشعور بالفشل	٠,٧٨	٠,٧٧	٠,٨٥	٠,٣٨
٤- عدم الرضا	٠,٦٤	٠,٤٠	٠,٨٢	٠,٤٢
٥- الشعور بالذنب	٠,٦٢	٠,٥٧	٠,٧٠	٠,٣٠
٦- الاحساس بالعقاب	٠,٤٣	٠,٤٤	٠,٦٦	٠,٥٠
٧- كراهية الذات	٠,٣٢	٠,٦٦	٠,٤٤	٠,٥٠
٨- نقد الذات	٠,٧٠	٠,٥١	٠,٥٧	٠,٥٠
٩- الميول الانتحارية	٠,٧٦	٠,٤٣	٠,٥٩	٠,٤٣
١٠- نوبات البكاء	٠,٣١	٠,٤٥	٠,٤١	٠,٣٦
١١- القابلية للغضب	٠,٤٤	٠,٥٣	٠,٨٣	٠,٥١
١٢- الانسحاب الاجتماعي	٠,٥٦	٠,٤٠	٠,٨٢	٠,٣٠
١٣- العجز عن اتخاذ القرارات	٠,٦٩	٠,٣٣	٠,٨٩	٠,٣٠
١٤- صورة الذات	٠,٧٩	٠,٣١	٠,٥٦	٠,٤٠
١٥- فقدان الطاقة	٠,٤٧	٠,٥٣	٠,٥١	٠,٣٢
١٦- اضطراب النوم	٠,٥٦	٠,٤٤	٠,٥٥	٠,٥٠
١٧- التعب	٠,٧١	٠,٤٠	٠,٤٣	٠,٧٠
١٨- فقدان الشهية	٠,٦٨	٠,٣٦	٠,٤٥	٠,٣٣
١٩- نقص الوزن	٠,٥٦	٠,٦٢	٠,٥٣	٠,٣٠
٢٠- الانشغالات الصحية	٠,٧٤	٠,٦٤	٠,٦٨	٠,٣٢
٢١- فقدان الاهتمام بالجنس	٠,٧١	٠,٣٦	٠,٥٢	٠,٣٢
الدرجة الكلية	٠,٨٢	٠,٦٠	٠,٧٧	٠,٥٥
مكونات اختبار القلق النفسي (٢)*				
١- المكون الانفعالي	٠,٥٦	٠,٦٧	٠,٦٠	٠,٨٧
٢- المكون المعرفي	٠,٣٤	٠,٤١	٠,٥٠	٠,٧٤
٣- المكون السلوكي	٠,٤٤	٠,٤٢	٠,٧٦	٠,٥٦
٤- المكون الجسمي	٠,٤٠	٠,٣٣	٠,٦٠	٠,٨٠
الدرجة الكلية	٠,٤١	٠,٥٦	٠,٦٣	٠,٨٨
قائمة الأفكار الآلية حول التدخين (٣)*				
الدرجة الكلية	٠,٥٥	٠,٨٦	٠,٥٠	٠,٤٢

* (١) المحك الخارجي هو قائمة بيك في اليأس. * (٢) المحك الخارجي مقياس جامعة الكويت للقلق. * (٣) المحك الخارجي اختبار الأفكار اللاعقلانية.

من النتائج السابقة نجد أن معاملات الصدق تراوحت بين المقبولة إلى المرتفعة. وبذلك فإن قائمة بيك، واستخبار القلق النفسى، وقائمة الأفكار الآلية حول التدخين. تتمتع بالمصداقية عند استخدامها لجمع بيانات هذه الدراسة؛ وهو ما يدل على الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة من حيث صدق الأدوات .

عرض نتائج الدراسة

١- الفرض الأول توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين في معدلات القلق والاكتئاب والأفكار الآلية".

وللتحقق من صحة الفرض الأول قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين فى اتجاهين (التثنائى)؛ فيستخدم تحليل التباين التثنائى الاتجاه لمتغيرات تابعة متعددة فى تحليل بيانات متغيرين مستقلين بكل منهما مستويين أو مجموعتين على الأقل، وأكثر من متغير تابع، كما يستخدم تحليل التباين المتعدد عندما يكون هناك عدد من المتغيرات التابعة. بالإضافة إلى بحث الفروق بين متوسطات درجات مجموعات كل متغير مستقل والذي يطلق عليه الأثر الأساسى على المتغيرات التابعة، بالإضافة إلى بحث أثر التفاعل بين المتغيرين المستقلين على المتغيرات التابعة (القلق، والاكتئاب، والتدخين. وينقسم تباين المتغير التابع إلى أربعة أقسام: تباين يرجع للمتغير الأول (الأفكار الآلية)، وتباين يرجع للمتغير الثانى (النوع)، وتباين يرجع للتفاعل بين المتغيرات، وأخيراً تباين الخطأ (العنبرى، ٢٠، ٢٠١٤). وسيوضح الجدول التالى (٦) نتائج تحليل التباين التثنائى المتعدد.

جدول (٦)

نتائج تحليل التباين التثنائى المتعدد لدى الراشدين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
المتغيرات المستقلة					
الأفكار الآلية	٢٤٨٧,١٠٠	١٠٩	٢٢,٨١٧	١,٢٨٧	,٠٤٩
اكتئاب	٦٥٦٢,٣٦٠	١٠٩	٦٠,٢٠٥	١,٣٢٤	,٠٣٣
قلق	١١٠٤٤,٤٧١	١٠٩	١٠١,٣٢٥	١,٣٠٧	,٠٤٠
النوع	٣٤٦,٠١٥	٣	١١٥,٣٣٨	٦,٥٠٥	,٠٠٠
اكتئاب	٣٨١,٧١٨	٣	١٢٧,٢٣٩	٢,٧٩٩	,٠٤٠
قلق	٢٥٣,٦٦١	٣	٨٤,٥٥٤	١,٠٩٠	,٣٥٣
الخطأ	٥٤٤٣,٣٨٦	٣٠٧	١٧,٧٣١	—	—
اكتئاب	١٣٩٥٦,٢٠١	٣٠٧	٤٥,٤٦٠	—	—
قلق	٢٣٨٠٨,٢٧٤	٣٠٧	٧٧,٥٥١	—	—
الإجمالى	١٣٧٣١,٧٦٢	٤١٩	—	—	—
اكتئاب	٤٦٧٠٠,٥٩٨	٤١٩	—	—	—
قلق	٥٤٠٠٥,٢٢٩	٤١٩	—	—	—

وقد كشفت نتائج تحليل التباين التثنائى ما يلى، بالنسبة للمتغير الأول (الأفكار الآلية) .

وجود تأثير للمتغير المستقل الأول (الأفكار الآلية) على المتغير التابع (اتجاه التدخين) حيث أن مستوى الدلالة (٠,٠٤٩) أقوى من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وهذا يعنى أن الأفكار الآلية يؤثر سلباً على الاتجاه

نحوالتدخين، وتوجد فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى الاتجاه نحو التدخين. فالمدخنون من الجنسين يزداد لديهم الأفكارالسلبية المرتبطة بالتدخين ويزاد لديهم الأفكار والمعتقدات فى اتجاه قبول التدخين والاعتماد على تدخين السجائر بالمقارنه بغيرالمدخنين من الجنسين تكون الأفكارالآلية لديهم مرتبطة بفكره رفض التدخين ومعتقداتهم مرتبطة بأضرار التدخين. كما تبين وجود تأثيرللمتغيرالمستقل الأول(الأفكار الآلية) على المتغير التابع(الاكتئاب) حيث أن مستوى الدلالة (٠,٠٣٣) وهو أقوى من مستوى الدلالة (٠,٠٥). وهذا يعنى أن الأفكارالآلية تؤثرعلى معدلات الاكتئاب، وبالتالي يوجد فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين فى معدلات الاكتئاب؛ أى كلما ازدادت الأفكارالآلية حول التدخين ازداد الاكتئاب لدى المدخنين من الجنسين بالمقارنة بغير المدخنين. و يوجد تأثيرللمتغيرالمستقل الأول(الأفكارالآلية) على المتغيرالتابع(القلق)، فيوجد فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى الأفكارالآلية حول التدخين، فمستوى الدلالة (٠,٠٤٠) فهى أقوى من مستوى الدلالة(٠,٠٥)، وبالتالي توجد فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين فى معدلات القلق؛ أى أنه كلما ازداد تكررا الأفكار الآلية حول التدخين، ارتفعت معدلات القلق والاكتئاب والتدخين لدى المدخنين من الذكور والإناث. المتغيرالثانى (النوع).

توجد فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى معدلات القلق والاكتئاب والاتجاه نحوالتدخين؛ حيث كانت دالة(٠,٠٠٠١) فهى أقوى من مستوى الدلالة(٠,٠٥)، وبالتالي توجد فروق بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى الاتجاه نحوالتدخين؛ فالمدخنون من الجنسين كانوا أكثر قبولاً لفكرة التدخين والاعتماد على السجائر، أما غيرالمدخنين من الجنسين كانت تتمثل أفكارهم فى إتجاه رفض التدخين والاعتماد عليه. كما تبين وجود فروق بين الجنسين فى معدلات الاكتئاب حيث كانت دالة (٠,٠٤٠) فهى أقوى من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، لكن توصلت نتائج التحليل الإحصائى إلى عدم وجود فروق بين الجنسين من المدخنين فى معدلات القلق حيث كانت دالة(٠,٣٥٣) فهى أضعف من مستوى الدلالة (٠,٠٥). وكذلك لا توجد فروق بين غيرالمدخنين من الجنسين فى مستوى القلق؛ فقد يرجع ذلك إلى مكونات القلق:مكون انفعالى، ومكون سلوكى، ومكون معرفى، ومكون جسمى. فقد يرتفع البعض على مكون من المكونات بالمقارنة بالمكون الآخر، ولكن يتساوى فى الدرجة الكلية لمعدل القلق، وبالتالي غاب دلالة الفروق بين مجموعة المدخنين من الجنسين من ناحية، وبين مجموعة غير المدخنين من ناحية أخرى.

٢- الفرض الثانى تختلف الحالة المزاجية(القلق والاكتئاب) باختلاف التفاعل بين شدة التدخين والنوع والأفكارالآلية "

التفاعل بين المتغيرات(شدة التدخين والنوع والأفكارالآلية) لدى الراشدين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين. وسيوضح جدول (٧) نتائج تحليل التباين المتعدد لتأثير التفاعل بين إتجاه شدة التدخين والنوع والأفكارالآلية لدى الراشدين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين.

جدول (٧)

تحليل التباين المتعدد لتأثير التفاعل بين شدة التدخين والنوع و الأفكار الآلية لدى الراشدين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين.

مستوى الدلالة	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
					متغير	متغير
					تابع	مستقل
					اكتئاب	التدخين
					قلق	
					اكتئاب	النوع
					قلق	
					اكتئاب	الأفكار الآلية
					قلق	
					اكتئاب	التدخين * النوع
					قلق	
					اكتئاب	التدخين*الأفكار الآلية
					قلق	
					اكتئاب	النوع*الأفكار الآلية
					قلق	
					اكتئاب	التدخين* النوع* الأفكار الآلية
					قلق	
					اكتئاب	الخطأ
					قلق	
					اكتئاب	الإجمالي
					قلق	

تبين من جدول (٧) عدم وجود تفاعل أوتأثير متبادل بين اتجاه التدخين والنوع والأفكار الآلية حيث كانت مستوى الدلالة في جميع الحالات أكبر من (٠,٠٥). مما يشير إلى أن التفاعل بين اتجاه التدخين والنوع والأفكار الآلية لم يؤثر على معدلات القلق والاكتئاب . واستخدم اختبار T.Test لدلالة الفروق بين المجموعات لمعرفة الفروق بين مجموعات في متغيرات الدراسة. وسيوضح جدول (٨) نتائج اختبار ت لدلالة الفروق للمجموعات المستقلة.

جدول (٨)

نتائج اختبار ت لدلالة الفروق للمجموعات المستقلة ن = ٢٠٤

إناث غير مدخنات ن=١٠٠		إناث مدخنات ن=١٠٠		ذكور غير مدخنين ن=١١٠		ذكور مدخنون ن=١١٠		العينة المتغيرات
ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	
٣,٩٨	١٦,٨٧	٤,٧١	٢٠,٩٤	٣,٥٩	١٨,١٨	٥,٠١	٢٦,٤٤	إتجاه التدخين (القبول، والرفض)
٦,١٩	١٢,١٣	٥,١٢	٢٦,١٢	٧,١٢	١٢,٧٢	٨,٨٧	٢٩,٧٤	الاكتئاب
٨,٤٤	٧٧,٤٠	١٠,١١	٩١,٠١	٩,٢٦	٧٩,١٩	٨,٧٣	٩٢,٤١	القلق

تابع جدول (٨)

الأفكار الآلية						
٤,١٢	٧٧,٢١	٣١,٦٨	١٣٣,٣٤	٤,٦٢	٧٧,٤٦	٥٣,٨٤
٢١٠,١٠						
قيم اختبارات						العينات المتغيرات
مدخنتان- وغير مدخنتان	غير مدخنين ، وغير مدخنتان	غير مدخنين، ومدخنتان	مدخنون، وغير مدخنتان	مدخنون، ومدخنتان	مدخنون ، وغير مدخنين	
٤-٣	٤-٢	٣-٢	٤-١	٣-١	٢-١	
*٦,٥٩٣	٢,٥٠٦	*-٤,٧٩٠	*١٥,٢٠٩	*٨,١٧٢	*١٤,٠٣٣	إتجاه التدخين (القبول،والرفض)
*١٧,٣٩٥	٦,٤٥	*-١٥,٥٠٤	*١٦,٧٩٥	*٣,٥٧٧	*١٥,٦٨٥	الاكتئاب
*١٠,٣٣٢	١,٤٥٩	*-٨,٨٣٩	*١٢,٦٤٤	١,٠٨٢	*١٠,٨٩٤	القلق
*١٧,٤٠٤	٤,١٨	*-١٨,١١٨	*٢٤,٦٠٩	*١٢,٤٠٤	*٢٥,٧٤٠	الأفكار الآلية

*دالة عند ٠,٠٠٠،

تبين من الجدول السابق الآتى :

- توجد فروق دالة بين المدخنين وغيرالمدخنين فى كل من إتجاه قبول التدخين، ومعدلات القلق والاكتئاب، والأفكارالآلية السلبية فى إتجاه المدخنين .
- توجد فروق دالة بين المدخنين والمدخنتان فى كل من إتجاه قبول التدخين، والاكتئاب، والأفكارالآلية حول التدخين فى إتجاه المدخنين. بينما لا توجد فروق دالة بينهم فى معدلات القلق .
- توجد فروق دالة بين المدخنين وغيرالمدخنتان فى كل من إتجاه قبول التدخين، ومعدلات القلق، والاكتئاب، والأفكارالآلية السلبية فى إتجاه المدخنين.
- توجد فروق بين غيرالمدخنين والمدخنتان فى كل من إتجاه قبول التدخين، ومعدلات القلق، والاكتئاب، والأفكارالآلية السلبية فى إتجاه المدخنتان .
- لاتوجد فروق دالة بين غيرالمدخنين وغيرالمدخنتان فى كل من إتجاه رفض التدخين، ومعدلات القلق، والاكتئاب، والأفكار الآلية السلبية.
- توجد فروق دالة بين المدخنتان وغيرالمدخنتان فى كل من إتجاه قبول التدخين، ومعدلات القلق، والاكتئاب، والأفكارالآلية السلبية فى إتجاه المدخنتان.

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

تبين صحة الفرض الأول؛ حيث تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين فى معدلات القلق والاكتئاب والأفكارالآلية السلبية حول التدخين. كذلك تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية للذكورالمدخنين فى كل من القلق والاكتئاب والأفكارالسلبية حول التدخين بالمقارنة بالمجموعات الأخرى، ويليها مجموعة الإناث المدخنتان بالمقارنة بمجموعة غيرالمدخنين وغيرالمدخنتان، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكورغيرالمدخنين، والإناث غيرالمدخنتان فى متغيرلت الدراسة.

كما تبين من نتائج الفرض الثانى: تختلف الحالة المزاجية (القلق والاكتئاب) باختلاف التفاعل بين شدة التدخين والنوع والأفكارالآلية؛ عدم وجود تفاعل أوتأثير متبادل بين إتجاه التدخين والنوع والأفكارالآلية،

ولكن تبين من اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعات وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في الآتي:

- توجد فروق بين المدخنين والمدخنات في كل من إتجاه التدخين ومعدلات القلق والاكتئاب والأفكار الآلية السلبية في إتجاه المدخنين .

- توجد فروق بين غير المدخنين والمدخنات وغير المدخنات في كل من إتجاه التدخين ومعدلات القلق والاكتئاب والأفكار الآلية السلبية في إتجاه المدخنات.

- لا توجد فروق بين غير المدخنين وغير المدخنات في كل من إتجاه رفض التدخين والاعتماد عليه ومعدلات القلق والاكتئاب والأفكار الآلية السلبية.

وسيتم تفسير هذين الفرضين معاً وفقاً للنتائج الحالية، ولما توصلت إليه الدراسات السابقة:

قد تبين أن الذكور المدخنين يدخنون عدداً من السجائر أكبر جوهرياً من الإناث المدخنات وكذلك لديهم اعتماد على التدخين، حيث بلغ متوسط اعتمادهم على التدخين وسيطرته عليهم $5,01 \pm 26,4$ سجارة في المقابل كان متوسط اعتماد الإناث المدخنات $4,71 \pm 20,9$ ؛ حيث تضمن مقياس الاعتماد على التدخين بعد الاعتماد على التدخين، وبعد سيطرة التدخين عليهم؛ حيث كانت تتمثل إجاباتهم حول القبول التام لفكرة التدخين وسيطرته عليهم. وفي المقابل كانت إجابات غير المدخنين من الجنسين تشير إلى الرفض التام لاعتمادهم على التدخين وسيطرته عليهم. كما تبين أنه لا توجد فروق بين الذكور غير المدخنين، والإناث غير المدخنات في رفضهم للتدخين وسيطرته عليهم. وبلغ متوسط رفضهم للتدخين $3,59 \pm 18,1$ للذكور غير المدخنين، بينما كان متوسط رفض التدخين من قبل الإناث غير المدخنات $3,98 \pm 16,87$. وكان متوسط الذكور المدخنين أعلى من الإناث المدخنات في كل من القلق والاكتئاب والاعتماد على التدخين والأفكار الآلية حول التدخين.

وفيما يتعلق بالفروق بين الذكور والإناث في التدخين، أشار عديد من الدراسات إلى أن النساء تدخن عدد سجائر أقل من الرجال. كما تميل الإناث إلى تدخين سجائر تحتوي على نيكوتين أقل بالمقارنة بالذكور، بالإضافة إلى أنهن لا يستنشقن النيكوتين بعمق بالمقارنة بالذكور (Volkow, 7, 2012)، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (West McEwen, and Bat, 1999). التي انتهت إلى أن الذكور أكثر تدخيناً من الإناث، بينما تميل الإناث إلى تدخين سجائر قليلة القار، بينما يميل الذكور إلى تدخين السجائر مرتفعة القطران ويدخنوا بكثافة.

كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة فلورنودو (2014) Florendo التي كان هدفها؛ تحديد المشكلات النفسية لدى الطلاب المدخنين. فتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الذكور كانوا يعانون من الاكتئاب أكثر من الإناث، بينما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع هذه النتائج في الفروق بينهم في معدل القلق حيث كان الذكور أعلى من الإناث في القلق. كذلك أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الإناث كن أكثر معاناة من القلق بالمقارنة بالذكور، بالإضافة إلى ذلك تبين أن هناك ارتباطاً بين عدد السجائر المدخنة في اليوم واضطرابات القلق .

كما اتفقت النتائج مع دراسة مورست وآخرين (Morissett et al., 2006) لمعرفة الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في اضطرابات القلق. فهذه الدراسة هدفت إلى معرفة إلى أى مدى يختلف المدخنون عن غير المدخنين في اضطرابات القلق. فأظهرت النتائج ارتفاع الحساسية للقلق وأعراض القلق ورهاب الأماكن الواسعة والعنف والمزاج المكتئب والتأثيرات السلبية لضغوط الحياة، واضطراب الهلع في اتجاه المدخنين. وكذلك انتهت دراسة جيفرى، وجونسون إلى أن الشباب الذين يدخنون في سن مبكرة تزداد إمكانية إصابتهم باضطرابات القلق مثل نوبات الهلع، ورهاب الأماكن الواسعة، واضطراب القلق المعمم .

كما تتفق النتائج مع دراسة كولتارد وآخرين (Coulter et al., 2000) التي هدفت إلى معرفة الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في الاضطرابات النفسية. فأظهرت نتائج الدراسة أن المدخنين كانوا يعانون من الاضطرابات النفسية ضعفى الأفراد غير المدخنين فى الاكتئاب، والمخاوف المرضية، واضطراب الوسواس القهرى. كما ارتبطت أيضاً بالاضطرابات النفسية بالتدخين الكثيف. كما تبين من الدراسة وجود فروق بين الجنسين فى الاضطرابات النفسية، حيث كانت نسبة إصابة الذكور المدخنين بالاكتئاب ٤٥% مقابل ٣٩% للإناث المدخنات، والقلق المعمم ٤٣% للذكور مقابل ٤٥% للإناث، والإصابة بنوبات الاكتئاب ٥٥% للذكور و ٥٣% للإناث، والرهاب ٦٧% للذكور مقابل ٤٥% للإناث، والوسواس القهرى ٥٢% للذكور مقابل ٥٦% للإناث، واضطرابات عصابية أخرى ٤٦% مقابل ٤٢% للإناث. وكشفت نتائج الدراسة كذلك عن وجود علاقة بين الأمراض الذهانية والتدخين (Mcneill, 2004, 3).

واتفقت الدراسة الحالية مع نتائج ماكلوس وآخرين (Miklus et al., 2011) فى أن المدخنين كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية بالمقارنة بغير المدخنين. وكان أكثر الاضطرابات شيوعاً القلق والاكتئاب. وكانت معدلات الاكتئاب أعلى بين المدخنين بنسبة ٣٧%، والرهاب الإجتماعى ٣٧%، وكانت ٢٩% للتشخيص المزدوج بالقلق والاكتئاب.

واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة باتون (1٩٩٦) التي أظهرت أن المدخنين يكونون أكثر عرضة لأعراض القلق والاكتئاب بالمقارنة بغير المدخنين، كما أشارت إلى أن معدلات الاضطراب تزداد كلما زاد عدد السجائر، وهذا قد يتفق مع الدراسة الحالية؛ حيث تبين عدم وجود علاقات ارتباطية متبادلة بين متغيرات القلق والتدخين والاكتئاب لدى عينة الإناث المدخنات؛ فقد يرجع ذلك إلى أن عينة الإناث المدخنات كانت تدخن عدد سجائر أقل من الذكور المدخنين، وأن متوسط عدد سنوات تدخينهم كان أقل بالمقارنة بالذكور المدخنين. حيث أشارت أغلب الدراسات السابقة إلى أنه كلما زاد عدد سنوات التدخين تزداد المعاناة من القلق والاكتئاب. كما تبين أن المدخنين كانوا أكثر معاناة من القلق والاكتئاب بالمقارنة بغير المدخنين.

كما تبين من تفرغ بيانات المقابلة المبدئية بعض الفروق بين الذكور والإناث فى التدخين يمكن أن تفسر الارتباط بين هذه المتغيرات لدى عينة الذكور وغياب هذه الفروق لدى عينة الإناث المدخنات، ومن أبرز هذه الفروق الآتى:

- الذكور يدخنوا في المتوسط من ٢٠ سيجارة إلى ٤٠ سيجارة يومياً ، بينما الإناث تدخن في المتوسط من ١٥ إلى ٢٠ سيجارة يومياً .

- مدة الانتظام في التدخين كانت للذكور أسرع من الإناث حيث تمثلت مدة الانتظام للذكور ما يقرب من ثلاثة شهور إلى ستة أشهر، بينما قد تستغرق الإناث حوالي اثني عشر شهراً للانتظام في التدخين .

- متوسط العمر عند بدء التدخين؛ فالذكور كانوا يبدأون التدخين في سن أقل بالمقارنة بالإناث، فقد كان متوسط سن الذكور عند بدء التدخين ١٤ إلى ١٨ سنة، بينما كان متوسط سن الإناث ٢٠ : ٢٥ سنة .

- الإناث كانوا أكثر إعتقاداً من الذكور في المخاطر الصحية التي يسببها التدخين.

- كل من الذكور والإناث كانوا يعتقدون تماماً أن التدخين لا يسبب أى أضرار نفسية بل بالعكس هو سبب للتخفيف من القلق، والتوتر، وضغوط العمل، والضغوط الأسرية ، ويقلل من شعورهم بالاكتئاب، والإحساس بالمتعة، والاسترخاء، ونوع من التنفيس عن المشاكل بشكل عام.

وفيما يتعلق بالفروق بين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين بالأفكار السلبية ، فهذه دراسة كريستيانسن وآخرين (٢٠١٠) معرفة الفروق بين الذكور والإناث المدخنين وغير المدخنين في شكل المعتقدات، فأشارت نتائج الدراسة إلى أن الإناث أكثر اعتقاداً بأن التدخين يسبب أمراض الرئة، والإصابة بالسرطانات، لكنه لا يسبب الإدمان على الكحول، بالمقارنة بالذكور، ومن ناحية أخرى كان غير المدخنين لديهم معتقدات قوية بأن التدخين ضار وأنه يسبب الأمراض. فالإناث أكثر اعتقاداً بأن التدخين أكثر خطورة على الصحة، ويسبب الأمراض بالمقارنة بالذكور. وتبين من الدراسات المسحية أن الإناث المدخنات أكثر معاناة من القلق والاكتئاب بالمقارنة بالذكور المدخنين، ويليهم المدخنات المقلعات، ثم غير المدخنات (Mykletun et al., 2008, 77-84).

كما اتفقت النتائج الحالية مع نتائج دراسات مشابهة منها؛ دراسة لوكن (1982) Loken لمعرفة الفروق بين كل من المدخنات بكثافة وذوى التدخين البسيط، وغير المدخنات في المعتقدات حول تدخين السجائر في التغيرات المعرفية المرتبطة بالصحة، والعواقب غير الصحية المرتبطة بالتدخين. وأظهرت النتائج اختلافاً بين المجموعات الثلاث في كم المعتقدات وكيفية، وخاصة فيما يتعلق بالعوامل غير الصحية، ويفترض أنها تؤثر على قرارات التدخين. كما أظهرت المدخنات بكثافة وغير المدخنات اختلافاً جوهرياً كبيراً فيما يتعلق بفحص المعتقدات. وقد اتفق كل من ذوى التدخين البسيط والتدخين الكثيف في المعتقدات السلبية وليس الإيجابية، وكذلك عواقب التدخين، كما أنهم لا يميلون إلى مكافحة التدخين، كما أنهم خضعوا لضغوط من الجماعة المرجعية.

وأجرى بوسون وزملاؤه (2011) Bosson, Maggiori, & Gyax دراسة بهدف الكشف عن معتقدات المراهقين واتجاهاتهم حول التحذيرات الصحية لتعاطي التبغ، لمعرفة مدى تأثير النصائح الصحية على كل من المدخنين وغير المدخنين. فأظهرت النتائج اختلافاً وتبين أن غير المدخنين كانوا أكثر ادراكاً واحتراماً للنصائح الصحية، والأضرار الناتجة عن تعاطي التبغ وكانوا أكثر قلقاً حول عواقب التدخين ويدركون العواقب الصحية الناتجة عن التدخين بالمقارنة بالمدخنين.

كما أوضحت نتائج دراسة كل من بدر، ومودى (2005) Badr and Moody أن ضعف التحكم فى المعتقدات الصحية، وعدم صحة المعتقدات الصحية حول التدخين من العوامل القوية المنبئة بمخاطر الإقبال على التدخين، كما تبين وجود علاقة سلبية بين التحكم فى المعتقدات الصحية وبين المعتقدات الصحية عن أضرار التدخين بين غير المدخنين والمدخنين السابقين، ولكن ليس بين المدخنين الحاليين.

المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- العتيبي، أشرف (٢٠١٤). دراسة تقويمية لصحة استخدام أسلوب تحليل التباين فى رسائل الماجستير والدكتوراة فى كلية التربية فى جامعة أم القرى (عبر الفترة الزمنية ١٤٢١-١٤٣٠). رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة أم القرى، كلية التربية، قسم علم النفس .
- السكاوى، محمد (١٩٩٥). تدخين السجائر بين طلبة الجامعة فى مصر: دراسة لبعض مصاحباته وأأسه النفسية والاجتماعية . المجلة الاجتماعية القومية ، ٣٢ ، (٢١١) ، ٣٨٤-٣٩٣ .
- العسال، محمود (٢٠١٢). أثر أسلوب العلاج الجمعى فى الإقلاع عن التدخين وتعديل بعض المتغيرات النفسية للمدخنين . الرياض :جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية .
- أبو رياح، محمد (٢٠٠٦). المشكلات السلوكية لدى التلاميذ مرتفعى ومنخفضى القابلية للإستهواء، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الفيوم، كلية الآداب، قسم علم النفس .
- بركات، أسيا (٢٠٠٠). العلاقة بين أساليب المعامله الوالدية والاكنتاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى بمكة المكرمة ، كلية التربية ، قسم علم النفس.
- جورج، هيستر (٢٠١٠). فسيولوجيا الاكنتاب: هل لدينا أى دليل متواتر يهم الأطباء المعالجين . المجلة العالمية للطب النفسى، ٩ (٣)، ٢٩-٣٥ .
- رجيعة، عبد الحميد (٢٠٠٩). الآثار النفسية لتعاطى وإدمان المخدرات ، مركز الدراسات والبحوث قسم الندوات واللقاءات العلمية . الرياض :جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .
- طه، هند (١٩٨٨). تدخين السجائر طويل المدى: دراسة للأداء على بعض الاختبارات النفسية الموضوعية ، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، جامعة القاهرة ، كلية الآداب، قسم علم النفس .
- عكاشه، أحمد (٢٠٠٣). الطب النفسى المعاصر (ط٨)، القاهرة : الأنجلو المصرية.
- عبد الحليم ، محمود (١٩٩٧). مشكلة المخدرات فى الوطن العربى دراسة لدرجة انتشار المعلومات والخبرات بالمخدرات لدى الشباب العربى . الرياض : أكاديمية نايف للعلوم الأمنية.
- عبد الله، معتز (ب.ت) . بحوث فى علم النفس الاجتماعى والشخصية. القاهرة : دارغريب .

- عوض الله، يوسف (٢٠٠٨). التدخين وعلاقتة بمستوى القلق وبعض السمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة غزة الإسلامية، كلية التربية، قسم علم النفس.
- ليهي، روبرت (٢٠٠٦). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي فى الاضطرابات النفسية (ترجمة) : جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة. القاهرة : دار إيتراك للنشر والتوزيع.
- منظمة الصحة العالمية (٢٠١١) . العبء العالمى للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الإجتماعى على المستوى القطرى، تقرير من الأمانة، الدورة الثلاثون بعد المائة.
- مكتب الإنماء الاجتماعى (٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، (مج٤). الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.
- مكتب الإنماء الاجتماعى (٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، (مج٧). الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.
- مكتب الإنماء الاجتماعى (٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، (مج٩). الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.
- وهبى، محمد (١٩٩٠) . عالم المخدرات بين الواقع والخيال الخادع . بيروت : دارالفكر اللبنانى .
- يونج، جيفرى، بيك، آرون، وانيرجر، آرثر (٢٠٠٢). الاكتئاب. فى: ديفيد بارلو (محرر)، مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات النفسية: دليل علاجى تفصيلى، (ترجمة) : صفوت فرج ، القاهرة : الأنجلو المصرية. ص ص ٥٩٩ - ٥٨٢.

References

ثانياً مراجع باللغة الإنجليزية

- Allsop,S. Balgent,M.,Baker,A.,Batey,B.,Brady,M.,Copeland,J.etal (2004). **Alcohol& Other Drugs:Hand book for Health Professionals** . Australia, ISBN064282312x. www.nceta.finders.edu.au Retrieved From
- Barlow,D.,Pincus,D.,Heinnchs.N.,andChoate,M(2003).Anxiety Disorders.InG.Stricker., T.Widiger.,(Eds).**Clinical Hand book of Psycholocial Disorders,step by stepTreatmen Manual.**(5th ed).(8),119-149. New york:United States of America .
- Bricker,D.,Young,J.(2012).**Aclient's Guid to Schma Therapy.Schema Therapy Institute.** cognitive Therapy Center of New york:Guilford .
- Bader,H. and Moody,p.(2005).Health Locus of Control Beliefs and Smoking among Male Kuwaiti Government Employees. **Eastern Mediterrenian Health Journal** ,11,(1١2) ,137- 145.Retrieved from<http://www.Science Direct>.
- Clark, H.(2009). **Psysiological Effects of Alcoholo ,Drugs,and Tobacco on Women.** In Eric Broderick,D.(Eds) Substance Abuse Treatment:Addressing The Specific Needs of Women.,(3) 37-52.Retrieved From Www.samhsa.gov.

- Florendo,H.,Guzman,R.(2014).Mental Health problems of Freshman College Binge Drinker and Cigarette Smokers.**Asian Journal of Social Science & Humanities**,3(4) November 257-266. Retrieved From www.Ajassh.leena-luna.co.jp.
- Ferrante, M.,Saulle, R.,Ledda,C.,Pappalardo,R.,Fallico,R.,Latorre,G.,Fiore,M.(2013). Prevalence of Smoking Habits,Attitudes,Knowledge and Beliefs among Health Proessional School Students:Across Sectional Study.**Ann Ist Super Sanita**.49(2),143-149.doi:10-4415ANN013-02-06.
- Flora,M.,Mascie Taylor,.C.,Rahman,M.,(2009).Gender and Locality Differences in Tobacco Prevalence among Adult Bangladeshis.**Tobacco Control**.18:445-450.doi:10136\ tc.2008. 02 8142.
- Jand,L(2001).**The Psychologist Book of Personality Tests,24Revealing Tests to Lden- tify and Overcome Your Personal barriers to Better Life**, 21-31.NewYork:JohnWiley. Isbn0-471-45725-9.
- Kai-Yein Teo,Yee-Howsay.(2012).Prevalence of Depression and Cognitive Distortion among Acohort of Malaysian Tertiary Students.**Research in Neuroscience**,1(1), .1-7. doi:10.5923\ J.neuroscience.20120101.01.
- Katherine,M.,Cloire,M.,Pine,D.,Ross,J.(2003).Anxiety Disorders inWomen:Setting Aresearch Agender.**Anxiety Disorders Association of America**.Retrieved.<http://www.adaa.org>.
- Loken,B.(1982).Heavy Smokers;Lightst Smokers and Non Smokers, Beliefs about Cigarette Smoking.**Journal of Applied Psychology** ,67,(5),616-622.doi:10.1037\0021-9010.67.5.61
- McNeill,A.(2004).**Smoking and Patients with Mental Health**.London:Health Develop- ment Agency.ISBNI-84279-1664.
- Mykletun,A.,overland,S.,Aaro,L.,Liabo,H.,Stewart,R.(2008).Smoking in Relation to Anxiety and Depression : Evidence from a Large Population Survey:The HUNT Study. **European Psychiatry** ,23(2), 77- 84 .Retrieved from www.Siencedirect .com.
- Morissett,S., Brown,T.,Kamholz,B., &Gulliver,S. (2006). Differences between Smokers and Non Somkers with Anxiety Disorders.**Anxiety Disorder**.,597-613.dio10.101 6j.janxdis.2005.08.003.
- National Institute of Mental Health Report (2008)A.Expert Panel Addresses High Rates Smoking in People with Psychiatric Disorder.**Nicotine&TobaccoResearch**.,10,(1),.25.The National Institute of Mental Health(NIMH)is part of the National Institutes of Health (NIH),component of the U.S.Department of Health and Human Services.Retrieved from <http://www.nida.nih.gov\nidahome.htm>.
- Patton,G.,Hibber,M.,Rosier,M.,Carlin,J.,caust,J.,Bowes,B.(1996).ISSmoking Associated with Depression and Anxiety in Teen agers?**American Journal of Public Health**.86(2),225-230.
- Person,J.,Davidson,J.,Tompkins,M.(2001).**Essential Components cognitiveBehavior Therapy for Depression**.American Psychological Association:Washington,2.1-33.
- Paharia M.(2008).Tobacco Cessation.In B. Boyer.,M. Paharia.,(Eds) **Comprehensive Hand book of Clinical psychology**.105-125.United States America:John Wiley&Sons, inc.ISBN 978-0-471-78386-2ccloth:alk.paper.DOI: 10.1002/9781118269657.
- Peasley-Miklus,C.E.,McLeish,A.C.,Schmidt,N.B.& Zvolensky,M.J.(2011)Anexamintion of Smoking Outcome Expectancies,Smoking Motives and Trait Worry in a Sample of Treatment Seeking Smokers.**AddictiveBehaviors**.,37(4),407-413.Retrieved from Direct <http:// www. science Direct . 10.1016/j.addbeh.2011.11.037> doi:

- Richardson,R.,Ping-He,J.,Curry,L.&Merikangas,K.(2012).Cigarette Smoking and Mood Disorders in .S.Adolescents:Sex.Specific Associations with Symptoms,Diagnoses.Impairment and Health Services Use.**Journal of PsychosomaticResearch**.1-7.dio:0.1016 \j. psychores.012.1.013.
- Swan,G.,Hudmon,K.and Khroyn,T.(2003)Tobacco Dependence.in A.Neze.,C.Nezu.,and P.Geller (Eds), **Hand book of Health Psychology**.(9) 147-169 .
- Shear,K.,Cloitre,M.,Lpine,D.,Roos,J.(2005).Anxiety Disorders in Women:Setting Aresearch Agender.**Anxiety Disorders Association of America**. Retrieved from [http:// www.adaa.org](http://www.adaa.org).
- Volkow, N.(2012). U.S. Department of Health and human services National Institute on Drug Abuse.Research Report Series.**Tobacco Addiction**.,4 (5),12-20.
- Weinberger,A.,George,T.and Mckee,S.(2011).Differences in Smoking Expectancies In Smokers and with Ahistors of Major Depression.**Addictive Behaviors**, 36,(4),434- 437. doi.org\10.10\j.addbeh.2010.024.
- World Health Orgnization.(2008)A.International Agency for Rrsearch on Cancer **Hand book of Cancer Rcevention**.General mediators and Moderators of TobaccoUse Behaviours.2,122-109.
- World Health Orgnization(2010).**Gender equality is Good For Health 10Facts on Gender and Tobacco**, Department of Gender.[www.who.int\gender](http://www.who.int/gender).

ثالثاً: شبكة المعلومات.

- The Cognitive Model Adapted From Cognitive Therapy by Judith Beck .Retrieved from [www. Therapy Changes.com](http://www.TherapyChanges.com) 2-2-2015- 8m
- Smoking and Mental Health.(2013).Retrieved from www.ash.org.uk.2-12-2014-6am.

Differences between Smoking and Non Smoking Adult Males and Females in Anxiety , Depression and Automatic Thoughts

Dr.Mohammed N.Alsabwa

Hend Y. Abd El- latief

Dept. Psychology- Cairo University

Dept. Psychology- Cairo University

Abstract

The current study was conducted to examine Differences between Smoking and Non Smoking adults both gender in Anxiety ,Depression and Automatic Thoughts about smoking.Followed Method (descriptive correlative comparative Method).The sample was 420 persons of both gender and age ranged between(20-50)years.Male smokers sample consisted of110 participant; M age=32,51± 8,97 SD years. Male non-smokers of 110 participant; M age=32,16± 8,41 SD years. Sample consisted of 200 females ;female smokers 100 participats; M age=32,43± 8,44 SD years. and female non-smokers 100 participats; M age=32,15± 7,96 SD years.Equivalence between samples in some variables such as age,educational level and IQ.The tools of the study

were consisted of four tests; Automatic Thoughts Inventory about Smoking(Prepared by researchers),the Four dimensions Systems Anxiety Questionnaire(Prepared by Louis Janda),Translation by researchers,Beck Depression Inventory and Cigarette Dependence Scale(Prepared by W.H.O),Translation by researchers, in addition to Initial Interview to Classification and Sorting. The study has used the following statistical methods as; analysis of variance and T.Test to count the significant differences between the averages to answer the questions of the study. The study results:Were differences between smokers and non smokers in depression and automatic thoughts.While there is no differences between smokers and non-smokers males and females in the rates of anxiety and there is no interaction between the severity of smoking and sex and automatic thoughts, which indicates that the interaction between the severity of smoking, sex and automatic thoughts ,it did not affect the rates of anxiety and depression.

Keyword:Smoking-Anxiety–Depression-AutomaticThoughts.