

الأفكار الآلية كعملية وسيطة بين القلق والاكتئاب لدى الراشدين المدخنين

وغير المدخنين من الجنسين

هند ياسر عبد اللطيف

ا.د. محمد نجيب الصبوة

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ملخص

أجريت الدراسة الحالية بهدف فحص الأفكار الآلية كعملية وسيطة بين القلق والاكتئاب لدى الراشدين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين، ومعرفة دورها (الأفكار الآلية حول التدخين) في فهم العلاقات السببية بين القلق والاكتئاب والاستمرار في التدخين، ومدى إمكانية التنبؤ بالإقلاع عن التدخين. واتبعت المنهج غير التجريبي (الوصفي الارتباطي). على عينة قوامها (٤٢٠) فرداً راشداً من الجنسين. وتراوحت الأعمار ما بين (٢٠ : ٥٠) سنة. وتكونت عينة الذكور المدخنين من ١٠ فرداً، وبلغ متوسط أعمارهم $32,51 \pm 8,97$ سنة، وتكونت عينة غير المدخنين ١٠ فرداً، وبلغ متوسط أعمارهم $32,16 \pm 8,41$ سنة، وعينة المدخنات تكونت من ١٠٠ مدخنة، وبلغ متوسط أعمارهن $32,43 \pm 8,44$ سنة، بينما تكونت عينة غير المدخنات من ١٠٠ سيدة، وبلغ متوسط أعمارهن $32,15 \pm 7,96$ سنة. وتم التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة في بعض المتغيرات كالعمر، والمستوى التعليمي (عدد سنوات الدراسة)، ومستوى الذكاء، وتكونت أدوات الدراسة من أربعة استخبارات وهي؛ قائمة الأفكار الآلية حول التدخين واستخبار القلق النفسي ذي المكونات الأربعة، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الإعتماد على السجائر، بالإضافة إلى المقابلة المبدئية للفرز والتصنيف. وتوصلت الدراسة للنتائج التالية؛ وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والقلق والتدخين والأفكار الآلية. ومدى قدرة الأفكار الآلية في التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب والاستمرار في التدخين لدى الذكور المدخنين. بينما كشفت نتائج العينة الكلية عن إسهام الأفكار الآلية في تفسير التغير الذي يحدث في معدلات القلق والاكتئاب والاستمرار في التدخين. وتبين من نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي قدرة النموذج الأفكار الآلية والتدخين معاً على تفسير التباين الذي يحدثه في معدلات الاكتئاب، وولاية متغير التدخين. وقد كشفت نتائج تحليل الانحدار البسيط بعد تطبيق الخطوات الأربعة لبارون وكيني عن إسهام كل من القلق والاكتئاب في الأفكار الآلية، كما تنبأت الأفكار الآلية بالتدخين. كما تبين من خلال معادلة سوبل للكشف عن التأثير غير المباشر للأفكار الآلية وقدرتها على التنبؤ بشدة التدخين. وكانت النتائج دالة في التأثير المباشر والتأثير غير المباشر للعملية الوسيطة لدى الذكور المدخنين والعينة الكلية.

الكلمات المفتاحية : التدخين - القلق - الاكتئاب - الأفكار الآلية كعملية وسيطة.

مقدمة

يؤدي عديد من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية والثقافية دوراً في ارتفاع معدلات التدخين لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، وفقاً لتقرير لجنة الخبراء التي تعقد من قبل المعهد الوطني للصحة النفسية، حيث تقوم بمراجعة البحوث اللازمة لتوضيح هذه العوامل وتفاعلها، وتحسن العوامل التي تهدف إلى الحد من معدلات المرض والوفيات^(١) الناجمة عن التدخين في هذه الفئة من الجمهور "المرضى النفسيين".

فقد تبين أن ٤١% من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية يدخنون، و ٢٢% من المرضى النفسيين يدخنون بغض النظر عن تلك التشخيصات النفسية. ويستهلك المرضى ذوى الاضطرابات النفسية حوالي ٤٤% من السجائر. كما أن ارتفاع معدل التدخين هو عامل مهم فى زيادة معدلات الأمراض الجسمية والوفيات بين هذه الفئات المرضية.

كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن العلاقة بين الاكتئاب والتدخين قد تكون ثنائية الإتجاه، فالإكتئاب يزيد من خطر التدخين، والتدخين يزيد من حدوث الاكتئاب. وأظهرت البحوث أن النيكوتين ينشط بعض المسارات العصبية فى الدماغ التى تنظم المشاعر والإحساس بالمتعة كالدوبامين الذى يعد أحد النواقل العصبية، فقد تبين أن النيكوتين يزيد من مستويات الدوبامين مما يؤدي إلى الشعور بالمتعة التى يعيشها كثير من مستخدمي التبغ بكثرة، فتلك التأثيرات تبدو بسرعة فى تأثيرها على المشاعر والأحاسيس، التى تؤدى إلى مواصلة الإتجاه فى التدخين للحفاظ على الآثار الممتعة ومنع أعراض الانسحاب^(١). وتؤثر أعراض الانسحاب من النيكوتين على الوجدانات السلبية^(٢) وتغير الحالة المزاجية التى يكون أبرزها القلق والاكتئاب، والتشويه المعرفى^(٣) وقلة الانتباه، واضطراب النوم، وزيادة الشهية^(٤) (National Institute of Mental Health, 2008A,10) .بالإضافة إلى الشعور بالأرق^(٥)، والشهور بالتلملل وعدم الاستقرار^(٦) واليأس، وضعف التركيز^(٧)، والتوق أو الرغبة الشديدة للسجائر^(٨) (Jarvis,2004,4-6). وهذه الأعراض قد تبدأ بعد قليل من تدخين آخر سيجارة وعادة ما تهدأ هذه الأعراض فى أسابيع قليلة ، وقد تستمر عند الآخرين لعدة أشهر. ولكن هناك عديد من التخمينات ربما الأفراد الذين يعانون من الإكتئاب يدخنون ليشعروا شعوراً أفضل، أو قد يحدث الإكتئاب للمدخنين بسهولة لأنهم يدخنون (National Institute of Mental Health , 2008B,10).

أهمية الدراسة

كشفت عديد من الدراسات عن وجود علاقة بين كل من الإكتئاب والقلق والتدخين، منها دراسة باتون وآخرون (١٩٩٦)؛ فأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين مستويات القلق والإكتئاب المرتفعة والتدخين؛ أى أن المدخنين يعانون من القلق والإكتئاب بالمقارنة بغير المدخنين. وأشاروا إلى وجود علاقة دالة بين تعاطى التبغ والصحة النفسية، وتوصلوا إلى أنه تزداد معدلات الاضطراب كلما زاد عدد السجائر "التدخين الكثيف"، وكانوا يدخنوا بانتظام (Patton,Hibber,Rosier,Carlin,caust and Bowes,1996,225-230). وفيما يتعلق بالعلاقة بين التدخين، وشرب الكحوليات والقلق والاكتئاب فتزداد شدة أعراض القلق والاكتئاب للمعتدين على النيكوتين فى حاله شرب الكحوليات بالإضافة إلى وجود انفعالات ومشاعر سيئة والإحساس بالغضب (Saateioglu,Celikel and Cakmak,2008, 33-38) .

1- Withdrawal Symptoms

2- Negative Emotions

3- Cognitive Distortion

4- Increased Appetite

5-Restlessness

6-Irritability

7- Impaired Concentration

8-Craving for Cigarettes

كما أشارت دراسة جون وزميله (٢٠١٣) إلى وجود علاقة بين الاكتئاب والتدخين، كذلك أشارت إلى أن تدخين التبغ يكون بمثابة الخطر لمن يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية ويعانون في الوقت نفسه من الاكتئاب. كما ارتبط التدخين الكثيف باضطرابات المزاج وأمراض القلب، وكانت هناك علاقة بين الإقلاع عن التدخين ومستوى الاكتئاب، فمن يعانون من الاكتئاب تكون محاولات الإقلاع عن التدخين أقل بالمقارنة بمن لا يعانون منه (Jones and Henriette, 3, 2013). وقد تبين من دراسة أجريت عام ٢٠١٣ بمركز السيطرة على الأمراض النفسية في الولايات المتحدة أن الأشخاص المصابين بالأمراض النفسية كانوا أكثر عرضة للتدخين بنسبة ٧٠% من الأشخاص غير المصابين بالأمراض النفسية، و ٤٠% : ٥٠% من الأشخاص المصابين بالاكتئاب والقلق يدخلون السجائر، و ٧٠% من المصابين بالفصام يدخلون (6amwww.ash.org.uk, 4-12-2014). وتوصلت الدراسة التي أجراها أكتون وزملاؤه إلى ارتباط التدخين بأعراض الاكتئاب، وأشارت نتائج بعض الدراسات السابقة إلى أن الأعراض الاكتئابية تنبئ باحتمالات التدخين الكثيف، بالإضافة إلى أن المدخنين الحاليين كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بالمقارنة بالمدخنين السابقين (Acton, Prochaska, Kaplan, Small and, Hall, 2001, 622).

وأجرى موريل (٢٠٠٧) دراسة بهدف معرفة دور القلق كعملية وسيطة بين الإقلاع عن التدخين وأعراض الانسحاب؛ حيث توصلت النتائج إلى أن المدخنين تزداد لديهم أعراض القلق، وأعراض الانسحاب إذا كانوا يعتقدون بأن التدخين يقلل من شعورهم بالقلق بالمقارنة بمن لا يعتقدون بأن التدخين يقلل من شعورهم بالقلق. كما أقر المدخنون بأنهم يدخلون لخفض الانفعالات السلبية، وتقليل شعورهم بالقلق والاكتئاب. وتوصل الباحثون إلى أن القلق ينشأ من مصادر داخلية للفرد " من طريقة تفكيره"، أو من مصادر بيئية مثل الضغوط الشخصية أو الخوف، أو يحدث القلق كجزء من زملة أعراض انسحاب النيكوتين. كما أشار إلى أهمية تحديد ما إذا كان الأفراد يدخلون لتخفيف شعورهم بالقلق، أم أن شعورهم بالقلق يجعلهم يدخلون (Morrell, 2007, 72).

وفيما يتصل بالعلاقة بين المعتقدات والتشوهات المعرفية والتدخين، توصلت نتائج دراسة كرنسنيك وزملاؤه (٢٠٠٦) إلى أن المعتقدات الصحية حول التدخين كانت سبباً من أسباب البدء في التدخين، وكان هناك ارتباط بين مستويات شدة المعتقدات وبدء سلوك التدخين؛ فكلما كانت المعتقدات الصحية حول التدخين ضعيفة، بدأ الأشخاص في تدخين السجائر مبكراً. والمدخنون لديهم اعتقادات خاطئة حول التدخين منها أن التدخين أقل خطورة على الصحة العامة، وأن التدخين لا يسبب أي مشاكل صحية بالمقارنة بغير المدخنين (Krosnick, Chang, Sherman, Chassin, Person, Krosnick et al., 2006, 19). وأشارت نتائج دراسة مانفو وأريا إلى أن التدخين يؤثر سلباً على الصحة النفسية، ويزيد من القلق والاكتئاب على عكس ما يعتقد المدخنون (Munafu and Araya, 2010, 425). كما ارتبط التشويه المعرفي بالاكتئاب، وارتبط التشويه المعرفي أيضاً بتعاطي المخدرات؛ وكان التعاطي أكثر انتشاراً بين الذكور المكتئبين، بينما كانت الأفكار الانتحارية، والشعور بالذنب، وعدم القيمة أكثر انتشاراً بين الإناث الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية ويتعاطوا المواد المخدرة (Kai-Yeinto and Yee-Howsay, 2012, 1-7). وأشار عديد من الدراسات إلى أهمية المعتقدات في فك الروابط الشرطية خلال مراحل الإقلاع عن التدخين، وكيفية تعديل المعتقدات السلبية

للمدخنين إلى معتقدات إيجابية، كما أشار الباحثون إلى أهمية تقييم المعتقدات خلال فترات المتابعة (Kleinjan, Eijnden, Johannes and Engels, 2006, 2223-2237).

ونستخلص مما سبق أنه يزيد التدخين في ظل القلق والاكتئاب بمقدار الضعف بالمقارنة بمعدلات التدخين دون القلق والاكتئاب. ويزيد التدخين في ظل وجود المعتقدات والأفكار الآلية السلبية حول التدخين أضعافه في ظل وجود القلق والاكتئاب، ويقل التدخين في ظل وجود المعتقدات والأفكار الآلية السلبية حول التدخين من دون القلق والاكتئاب، ومن هنا يتضح دور الأفكار الآلية المرتبطة من ناحية بالقلق والاكتئاب، والمرتبطة بالتدخين من ناحية أخرى. ومن هنا يظهر دور المعتقدات والأفكار الآلية السلبية التي تدفع الفرد للتدخين، وهذه الأفكار الآلية تؤدي دوراً في استمرار التدخين وزيادة كثافته مع مرور الوقت. وأن هذه الأفكار كما تسبب القلق والاكتئاب تسبب التدخين الذي يدفع بدوره لحدوث القلق والاكتئاب .

ويمكننا تحديد مبررات إجراء الدراسة الراهنة فيما يلي :

- ندرة الدراسات العربية، والأجنبية التي تناولت العلاقة بين متغيرات الدراسة (الأفكار الآلية حول التدخين كعملية وسيطة بين التدخين والقلق والاكتئاب لدى الراشدين من الجنسين) .

- محاولة فهم دور الأفكار الآلية المرتبطة بالتدخين والتي تساهم في استمرار سلوك التدخين، ومدى اسهام شدة التدخين في استمرار المعاناة من القلق والاكتئاب، ومدى إمكانية تنبؤ الأفكار الآلية بكل من القلق والاكتئاب، وكثافة التدخين أو قلته واستمراره أو التوقف عنه .

مشكلة الدراسة

مما سبق يمكن أن نحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن الأسئلة الآتية :

١- هل يمكن للأفكار الآلية والتدخين التنبؤ بتغير الحالة المزاجية (القلق والاكتئاب) لدى المدخنين وغير المدخنين من الجنسين ؟

٢- وهل تتباين القدرة التنبؤية للأفكار الآلية لدى الراشدين من الجنسين بتباين القلق والاكتئاب والاستمرار في سلوك التدخين؟

٣- وهل تتوسط الأفكار الآلية العلاقة بين التدخين وكل من القلق والاكتئاب لدى المدخنين وغير المدخنين من الجنسين ؟

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها

التدخين

أدرجت منظمة الصحة العالمية^(١) التبغ ضمن المواد المؤثرة في الأعصاب التي ينطبق عليها شروط الاعتماد . وقد أوضحت بعض الدراسات أن التدخين عادة مكتسبة، وتعد نمطة إلى حد ما؛ ويمارسها الفرد مدفوعاً برغبة ملحة للإستمرار تحاشياً لأعراض الانسحاب مثل الصداع والإمساك والتوتر وسرعة الاستثارة واستجابة لأثر التحمل. كما يكشف مدخنو السجائر عن رغبة شديدة في الامتناع عن التدخين ولكن دون أن ينجحوا في ذلك (عبد الله، ٦١، ١٩٩٩).

وتعددت الأطر النظرية المفسرة لسلوك الاعتماد على التدخين، ودوافع الاستمرار القهري في سلوك التدخين.

وقد اهتمت عدة نماذج بمحاولة تفسير اكتساب الأفراد لسلوك التدخين 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.

كما أشارت الدراسات والبحوث إلى أن السبب في بدء سلوك التدخين يرجع إلى بعض العمليات النفسية والاجتماعية التي تدفع الفرد للبدء في سلوك التدخين؛ منها نماذج السلوك الصحي مثل نموج المعتقدات الصحية، ونظرية الدوافع. كما استخدمت بعض الدراسات النموذج المعرفي ومدى إسهامه في بدء التدخين مثل تيرمان وساتون (١٩٨٢). وشملت الدراسات توقع سلوك التدخين المرتبط بالمرح والسرور، والتدخين كوسيلة لتهدئة الأعصاب، والتدخين كظاهرة إجتماعية، والتدخين كنوع من الثقة بالنفس، والتدخين وعلاقته بالضغوط (Ogden, 2004, 111).

وضع نظرية التعلم الاجتماعي ألبرت باندورا، وتتمثل الخاصية الأساسية لهذه النظرية في إيضاح عملية التعلم من خلال ما يعرف باسم العمليات المعرفية الوسيطة. ويرى باندورا أن عملية التعلم أو الاكتساب تتم من خلال الملاحظة أو الاقتداء (يوسف، ٢٠٠١، ٨٩-٩١). ويرى باندورا أن الشخص المدخن مثلاً يتوقع أن تكون لديه استعدادات مسبقة إلى عدم تفعيل ذاته مع البيئة، وهنا يكون تدخين السجائر هو الملجأ للهروب من هذه الاختبارات التي يقيها الفرد مع الآخرين حول ذاته (العسال، ٢٠١٢، ٦٩). وتؤكد نظرية التعلم الاجتماعي أهمية العمليات الرمزية، وعمليات المحاكاة، والفعالية الذاتية في السلوك الإنساني، وأهمية المعرفة التي تؤدي دوراً رئيسياً في التعلم الإنساني، وتقدم هذه النظرية تفسيرات لسلوكيات التعاطي والاعتماد من منظور نفس اجتماعي، كما أنها قدمت تفسيرات عن الأسباب التي تجعل بعض الناس يبدأون بالتعاطي ولماذا يستمرون في التعاطي، فالتعاطي والاعتماد أنماط سلوكية متعلمة يكتسبها الفرد في سياق تفاعلاته مع الوسط المحيط به (مكتب الإنماء الاجتماعي، ٢٠٠٠، ١٠٢، ٥).

ووفقاً لنظرية توقع المنفعة؛ التي وضعها فون، ونيومان، وومورجيس (Vonne, umann and Morgensten 1947- 1998). فإن توقع المنفعة لاختيار فعل معين، يتمثل في مجموعة القيم الذاتية المتعلقة بالنتائج المترتبة على هذا الاختيار، وكل من هذه القيم تقدر من خلال إمكانات هذا الاختيار للوصول إلى هذه النتائج. وبعد نموذج الفعل المتعلق الذي نشره فيشبين وآخرون (١٩٧٥) أهم نماذج هذا المنحى لأنه يفسر سلوك التدخين في عدد واسع من السياقات والمواقف ويعد نموذجاً للتنبؤ بالنية لأداء سلوك ما لأن النية محدد مباشر للسلوك الفعلي على أساس أن النية يحددها عاملان، الأول: اتجاهات الفرد نحو السلوك، والثاني: المعايير الذاتية (إدراك الفرد للضغوط الاجتماعية التي تدفعه إلى أداء أو عدم أداء السلوك)، واللذان تحدهما مجموعة من المعتقدات؛ وتشمل معتقدات الفرد الشخصية، ومعتقداته عن نظرة الآخرين وتوقعهم لها، بالإضافة إلى دافعية الفرد في إكمال هذا السلوك. وتتنبأ هذه النظرية بما سوف يقابله متخذ القرار من أفعال مختلفة (على سبيل المثال بالتدخين مقابل عدم التدخين). ويحدد بارون قائمة من الحاجات بتوقع عدم تدخين الفرد وهي: حاجات معرفية: حاجات الفرد للمعلومات

أي رغبة الفرد لفهم ومحاولة التحكم في البيئة المحيطة به. وحاجات وجدانية: مثل الرغبة في إشباع التذوق الجمالي، وإشباع الحاجات العاطفية والترفيهية. وحاجات شخصية: تتعلق بتعزيز مصداقية وثقة وثبات ومكانة الفرد، وهذه الحاجة تكون مستمدة من رغبة الفرد بالارتقاء الذاتي. وحاجات اجتماعية: تتعلق بتقوية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وهذا يتضمن أفراد الأسرة والأصدقاء والمجتمع ككل وتكون هذه الحاجة مستمدة من الرغبة في الانتماء. والهروب من الواقع: وهي حاجات متعلقة بالشرود الذهني، وتخفيف حدة التوتر النفسي والرغبة بالتسليّة والترفيه (العسال، ٢٠١٢، ٧٠، ٧٢). ويمكن تلخيص ما سبق في أننا لا يمكننا أن نفسر سلوك التدخين أو الاستمرار فيه وفقاً لمنظور واحد فقط، وإنما هو نتاج تفاعل عديد من العوامل الحيوية، والنفسية كالمعتقدات والسلوكيات، والعوامل الاجتماعية، والعوامل البيئية.

وهناك عوامل عديدة كشفت الدراسات أن لها دوراً مهماً في تفسير الاستمرار في سلوك التدخين بعد البدء فيه، ويمكن تصنيف هذه العوامل على النحو الآتي: **العوامل الفسيولوجية**: يفترض أن التدخين يؤدي إلى أن يصبح النيكوتين مكوناً منتظماً من مكونات الدم وبالتالي يتجه الشخص إلى التدخين من أجل الإحتفاظ بتوازن النيكوتين في الدم. **والعوامل الفسيولوجية والنفسية**: يفترض أن المدخنين يعتمدون على مادة النيكوتين لا لتجنب الآثار السلبية المترتبة على سحبها من الدم، ولكن لما يمكن أن تحدثه من تعديل في مستوى الاستثارة في الجهاز العصبي المركزي. وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن الجرعات الصغيرة من مادة النيكوتين تؤدي إلى التنبيه وزيادة الاستثارة بينما تؤدي الجرعات الكبيرة إلى تخميد وخفض الاستثارة. **والعوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية**: يفترض أن استمرار التدخين ليس دالة للرغبة في تنظيم معدل النيكوتين في الدم أو تنظيم مستوى الاستثارة في الجهاز العصبي المركزي، وإنما هودالة لعوامل بيئية واجتماعية وانفعالية نفسية " كثيرة وذلك لعدة اعتبارات هي: عودة عديد من الأشخاص للتدخين فيما بين ثلاثة شهور سنة بعد التوقف عن التدخين، على الرغم من عدم وجود أعراض انسحاب نتيجة لإنخفاض النيكوتين في الدم، و إكتفاء بعض الأشخاص بتدخين سجائر لا تحتوي على نيكوتين. وقد كشفت الدراسات أن الأشخاص يدخنون لأسباب مختلفة منها التغيرات الانفعالية المرتبطة ارتباطاً شريطياً بالتدخين مثل الضغوط البيئية والاجتماعية، ووجود تاريخ طويل للتدخين، فنصف المدخنين ذكروا أنهم استغرقوا فترة لاتقل عن ستة شهور حتى ينتظموا في التدخين، كما ذكر نصفهم الآخر مدة تزيد عن السنتين (عبد الله، ١٩٩٩، ٦٥، ٦٦). **وفيما يتعلق بالعوامل المعرفية**، كالمعتقدات والأفكار الآلية السلبية حول التدخين: تبين أن من أهم أسباب التدخين؛ كثرة الاعتقادات والأفكار الآلية السلبية التي ترى أن التدخين مفيد لتغيير الحالة المزاجية إيجابياً، كما يعتقد المدخنون أنه يساعد على حل المشكلات والتفكير السليم وأداء العمليات والمهام العقلية كما يعتقدون بأن التدخين يساعدهم على زيادة الوعي وتركيز الانتباه، وأنه من مظاهر الرجولة وأصبح الآن لدى كثيرات من مظاهر الأنوثة. وكذلك يعتقدون أنه نوع من الهروب من المشاكل والضغوط النفسية والأزمات والمصائب التي يتعرض لها المدخنون. ويعتقد المدخنون أن التدخين يساعدهم على الإسترخاء في مواقف الشدة والقلق والكرب، لكن الأدلة العلمية تؤكد عكس ذلك لأن القلق والعصبية والتلمل تعد مظاهر رئيسية للكرب والضغوط النفسية، وهي في ذلك الوقت ذاته سمات بارزة في شخصية المدخن. وعلى الرغم من أن التدخين يقلل من أعراض الانسحاب التي قد تتمثل في القلق لكنها لا تقلل من القلق أو التعامل مع الأسباب الكامنة للقلق (2-12-2015, www.ash.org.uk&enquiries@ash.org.uk 2pm). فتوصلت البحوث

الحالية إلى أن التدخين يكون محفزاً للقلق (Paharia,2008,108). ويعتقد المدخنون أن التدخين يخفف التوتر، وأن الإقلاع عن التدخين شئٌ مجهد ويعتقدون أن التدخين يقضى على الملل ويقتل الوقت. كما يعتقدون أن التدخين يزيد التركيز فتدخين سيجارة واحدة يزيد التركيز. ويعتقدون كذلك أنه من الصعب التوقف عن التدخين بسبب وجود أصدقاء مدخنين، أو أنهم يمكنهم التدخين في الأماكن العامة في أى وقت، ولذلك لديهم تسهيلات إجتماعية تساعدهم مرة أخرى للعودة إلى التدخين (Morris, Wavmonsky, Giese, Graves and Turnbull,2000, 4). ويعتقدون أن التدخين يساعدهم في المحافظة على الوزن، حيث يزيد التدخين من معدل التمثيل الغذائي "يساعد على حرق السعرات الحرارية"، ويقلل الشهية؛ فعندما يتوقف المدخن عن التدخين يمكن أن نتوقع ضعف الوزن. ومعظم المدخنين يعترفون بأنهم يستمتعوا بتدخين السجائر، لكن في الواقع تدخين السجائر لا يشعر بالمتعة، لكن تدخين السجائر يصبح عادة لتجنب أعراض انسحاب النيكوتين وبعيداً عن الإحساس بالمتعة. وقد يدخن الأفراد لكي يشعروا أنهم جزء من الجماعة، أو يبدخنوا لإرتباط التدخين بالأنشطة الإجتماعية اليومية. ويعتقد الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية أن التدخين يقضى على الملل، لعدم وجود أنشطة هادفة (Morris et al,2000,4). ويعتقدون أنه يحسن أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة، وكذلك يعتقدون أن التدخين يحفز بعض النواقل العصبية لمقاومة الاكتئاب، بالإضافة إلى أن التدخين يخفف الأعراض السلبية المرتبطة بالفصام، ويساعدهم أيضاً لتجنب الآثار الجانبية المرتبطة بالأدوية المضادة للذهان كعقار هالوبيريديول (Mcneill,2004,5).

وفيما يتعلق بالعلاقة بين التدخين والاضطرابات النفسية فهناك ارتباط قوى بين التدخين والاضطرابات النفسية، حيث أن معدل انتشار التدخين بين المرضى النفسيين يتراوح بين ٢ و٣ مرات بالمقارنة بالجمهور العام، ويتراوح بين ٤٠% و ٥٠% بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب والقلق، و ٧٠% من المرضى الذين يعانون من الفصام. وأشارت الدراسات فى الولايات المتحدة إلى أن النسبة قد تصل إلى ٩٠% بين المرضى المصابين بـ الأمراض العقلية من المعتمدين على النيكوتين (www.ash.org.uk2-11-2014,6pm&enquiries@ash.org.uk).

وأشارت الدراسات إلى ارتفاع معدلات تعاطى التبغ بين الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية وخاصة المرضى الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب أو القلق أو الهوس الاكتئابى أو مرضى الفصام حيث وصل معدل التدخين بينهم حوالى ٦٠% : ٨٠%. فانتشر التدخين بنسبة ٥٩,١% بين مرضى الفصام، ٤٦,٤% للاضطراب ثنائى القطب، و ٣٨,١% لمن يعانون الضيق النفسى الشديد، و ٣٧,٢% لاضطراب نقص الانتباه، و ٣٥,٤% للخرف، وللرهاب أو المخاوف، أما بالنسبة لعامة السكان فكانت نسبتهم ٢٠,٦% لاستخدامهم التبغ (Epidemic,2011,4:8). وأشار معهد تعاطى المخدرات إلى أن المدخنين يعانون أكثر من غير المدخنين من الأمراض النفسية على رأسها الاكتئاب (abuse. Gov,5-6-2014,8am www.drug; &National Institute of Mental Health,2009).

وتبين من الدراسات التى أجراها المعهد الوطنى لتعاطى المخدرات والصحة لعام ٢٠١٣ أن متوسط عدد السجائر المستهلكة من قبل المدخنين الذين يعانون من أمراض نفسية ٣٦,١% مقابل ٢١,٤% للمدخنين الذين لا يعانون من أى أعراض نفسية. وقد بلغ متوسط عدد السجائر المدخنة للذكور فى المدى العمرى من ١٨ : ٢٥ سنة ٢١٨ سيجارة فى الشهر مقابل ١٨١ سيجارة للفئة العمرية نفسها لكنهم لا يعانون من أى أمراض نفسية. وبالنسبة

للمدخنات كان متوسط عدد السجائر المدخنة في الشهر ١٩٠ سيجارة مقابل ٦٧ سيجارة للمدخنات اللاتي تعانين من أى أمراض نفسية (National Survey on Drug Abuse and Health, 2013).

وكشفت نتائج دراسة على عينة من عمال الصناعة في مصر أن من جربوا أكثر من مادة كانوا أكثر تعرضاً لتقافة المخدر، كما أن نسبة أكبر منهم يدخنون السجائر، وهم أكثر معاناة لمشكلات في التوافق النفسي والاجتماعي (يونس ١٩٩١، ٤٧: ٥٨). وجاءت نتائج البحوث العلمية لتؤكد وجود روابط متعددة بين التدخين وبين عدد من الحالات النفسية، فنسبة التدخين بين المكتئبين تتضاعف أكثر من ضعف أمثالها لدى غيرهم، وهم لا يقلعون عن التدخين بسهولة ونفس الظاهرة متكررة بين من يعانون من القلق. وأما مرضى الفصام فتتراوح نسبة المدخنين بينهم بين ٧٥ و ٩٠% (خيال، ٢٠٠١، ٨٩).

وفي محاولة من سويف لحصرهم أنواع الاضطرابات والمشكلات المترتبة على تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب وكان بتكليف من هيئة الصحة العالمية عام ١٩٧٩، وأمكن حصر ٢٦ إضطراباً صحياً بدنياً و ٣٥ إضطراباً نفسياً بالإضافة إلى ٥٥ إضطراباً اجتماعياً ورد ضمن اضطرابات الصحة النفسية؛ حالات الخلل الذهني التسمي، والتفكير الاضطهادي، والتدهور العقلي، والنوبات الذهانية الحادة، والاكتئاب، والهالوس، واضطرابات النوم، والنوبات الشبيهة بالصرع (سويف، ٢٠٠١، ٢٢).

وكثير من المدخنين الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية، يرغبون في التوقف عن التدخين، ولكنهم لا يتلقون النصيحة أو الدعم الذي يساعدهم على التوقف عن التدخين (Mcneill, 2004, 3). ومن ضمن تقارير مقدمي الرعاية الصحية أشاروا إلى أن ٧٠% من المدخنين يرغبون في الإقلاع عن التدخين كل عام، لكن ٤٦% فقط هم الذين يحاولون الإقلاع، و ٧% فقط الذين يقلعون نظراً لمعرفة العواقب الصحية المرتبطة بتعاطي التبغ (Paharia, 2008, 107). وأشارت الدراسات إلى أن عدداً قليلاً من المدخنين ينحجون في التوقف عن التدخين من دون مساعدة، وتتراوح نسبتهم بين ٤% و ٧% وفسروا ذلك باعتبار التدخين ليس فقط اعتماداً جسدياً على النيكوتين، ولكنه اعتماد نفسي ويكون أقوى من الاعتماد الجسدي. وهذا ما سيؤدي إلى الانتكاس؛ لأن المدخن ربط بين التدخين وبعض الأنشطة الاجتماعية (American Cancer Society, 2012).

وأوصى معهد تعاطي المخدرات بتقديم برامج فعالة لمساعدة الأفراد للإقلاع عن التدخين، ولاسيما من يعانون من الاضطراب ثنائي القطب، والفصام، واضطرابات المزاج. كما يجري المعهد بحثاً لتحسين نتائج علاج المدخنين لمن يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة، واضطرابات القلق الأخرى، والاهتمام باضطراب فرط الحركة وضعف الانتباه، بالإضافة إلى توعية النساء الحوامل بأهمية الإقلاع عن التدخين لزيادة وزن الأجنة. (Volkow, Nd, 24)

الاكتئاب

يعرف الاكتئاب بأنه حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن، وفقدان السعادة، والانسحاب الاجتماعي وفقدان الأمل، والإحساس بعدم القيمة، وفقدان الأمل في المستقبل. بالإضافة إلى عدم القدرة على الإنجاز، وزيادة الحساسية الانفعالية، والشعور بالوحدة النفسية، والاحساس بالذنب نحو الذات والآخرين؛ كما يتسم بوجود أعراض جسمية مثل توهم المرض واضطرابات الشهية، والشعور بالإجهاد، ونقصان الوزن (عبد الغفار، ٢٠٠٧، ٤). وتتحدد أعراض الاكتئاب في أربع فئات وهي: أولاً: الأعراض المزاجية" الانفعالية" المزاج المكتئب الحزين،

ومشاعر سلبية نحو الذات، وفقدان الشعور بالرضا، وفقدان التعلق الانفعالي، وكثرة البكاء، وفقدان الإحساس بالمرح، وضعف الإرادة . **ثانياً : الأعراض المعرفية** : انخفاض تقدير الذات، والتوقعات السالبة، وكثرة لوم الذات ونقدها، والتردد وعدم الحسم، وتشوه صورة الجسم، والمبالغة فى تقدير المشكلات، وبطء عمليات التفكير، وصعوبات فى الذاكرة والتركيز والانتباه. **ثالثاً : الأعراض الجسمية**: اضطراب النوم، واضطراب الأكل، وفقدان الطاقة الجنسية، وسرعة التعب. **رابعاً : الأعراض السلوكية** : البطء النفسى الحركى، والاهتياج النفسى الحركى، والسلوك الانسحابى، والاعتمادية، والانتحار (مكتب الإنماء الاجتماعى، ٢٠٠٠، ٧، ١٠٥).

وهناك نمطان أساسيان للنظريات المفسرة للاكتئاب هما النماذج والنظريات الحيوية، والثاني هو نمط نظريات علم النفس المفسرة للاكتئاب، وفقاً لهذه التفسيرات يتبنى أصحاب كل منظور منحنى علاجياً يتفق مع رؤيتهم النظرية للمفهوم والأسباب التي تقف وراء حدوث الاضطراب؛ ومنها المنحنى التحليلي، والمنحنى الحيوي، والمنحنى النفسى الاجتماعى، والمنحنى السلوكى، والمنحنى المعرفى . وفيما يلي عرض لبعض وجهات النظر المفسرة للاكتئاب على النحو التالي:

فالنظرية السلوكية تفسر الاكتئاب على أنه دالة للتعزيز الخاطئ أو التعزيز غير الكافى، فيحدث الاكتئاب نتيجة مستويات منخفضة من التعزيز؛ كانخفاض الحب أو العلاقات الودية من خلال فقد أحد الأقارب، أو من خلال فقدان البيئة الاجتماعية التي توفر نوعاً من التدعيم الإيجابى (حسين، ٢٠٠٨، ١٥). وتقدم النظريات السلوكية نموذجين أساسيين لتفسير الاكتئاب، حيث أشار النموذج الأول إلى أن الاكتئاب ينشأ من مستويات منخفضة من الثواب أو مستويات مرتفعة من العقاب يتلقاها الأفراد في حياتهم، وافترض "سكينز" أن الأنماط السلوكية الموجودة في الاكتئاب قد تكون نتيجة لإنطفاء النتائج السلوكية الإيجابية، بسبب نقص الدعم الإيجابى. أما النموذج الثانى ففسر الاكتئاب على أنه أنماط سلوكية متعلمة، وتظل هذه الأنماط قائمة لأنها تؤدي إلى إثابة للفرد مثل التعاطف والدعم من الآخرين (مكتب الإنماء الاجتماعى، ٢٠٠٠، ٧، ٧٨).

أما النموذج المعرفى للاكتئاب فيفترض وجود نموذجين معرفيين لتفسير الاكتئاب؛ النموذج الأول: أسسه بيك وزملائه ويرى أن سبب الاكتئاب الأفكار السلبية حول الذات والآخرين والمستقبل، حيث يؤدي الإدراك السلبي 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).

وأول من ألقى الضوء على التفكير السلبي الواسم لحالات الاكتئاب "نموذج أرون بيك ١٩٧٦"، وأشار إلى أهمية السلبية فى الاضطرابات الاكتئابية والتفسيرات المتشائمة^(١) والشعور باليأس^(٢) من الذات والعالم، وأشار المنحنى المعرفى لبيك إلى نقلة نوعية حقيقية فى العلوم النفسية العيادية ومدى تركيزها على أهمية الأفكار الواعية والعمليات المعرفية وتقييمها فى علم النفس المرضى، وبالفعل نحج نموذج بيك فى وصف التفكير الاكتئابى (Swan, Hudmon, and Khroyn, 2003, 150).

1- Pessimistic

2- Hopelessness

ومزيجك بين ثلاثة مستويات من التشويهاات المعرفية تؤدي دوراً في الاكتئاب وعلاجه، هي الأفكار الآلية، والمخططات (الإفترضات الأساسية)، والتشوهات (التحريفات المعرفية). فالأفكار الآلية مستوى سطحي للمعارف والتي يمكن إخراجها للوعي بطريقة سهلة بواسطة المريض والمعالج الإكلينيكي. والمكتئبون من الأفراد لديهم نمط من الأفكار السلبية عن أنفسهم وعن العالم وعن مستقبلهم، وهذا ما يعرف بالثالوث الاكتئابي (بونج، وبيك، وانبيرجر، ٢٠٠٢، ٥٨١-٥٨٢). وتتنظر النظرية المعرفية، والمعرفية-السلوكية إلى الاكتئاب بوصفه اضطراباً في التفكير، وأن الأعراض الاكتئابية تنوالت طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السلبية، فيرتبط الوجدان والسلوك مع المكون المعرفي، ومن ثم ينظر بيك إلى الاكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية رئيسية. ويتضمن ذلك أفكاراً عن عدم الكفاءة، والإنهزام واللاقيمة، والشعور بالذنب، والحرمان والوحدة، واليأس ومن ثم تتفاقم أعراض الاكتئاب عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار (عبد الله ١٩٩٩، ١٦٢).

كما ترى النظريات المعرفية أن الأفراد المكتئبين لديهم استعداد معرفي للإصابة بهذا الاضطراب، وتتفق هذه النظريات في الاكتئاب مع نظرية الاستهداف للضغط، حيث ترى أنه عندما يواجه الفرد حادثاً ضاعطاً، فالفرد الذي لديه هذا الاستهداف سوف يقيم مصدر الضغط ونتائجه بطريقة سلبية، وبالتالي يزداد توقع إصابته بالاكتئاب أكثر من غيره من الأفراد الذين ليس لديهم هذا الاستهداف المعرفي. وأشار بيك إلى الأفكار الاكتئابية بوصفها متغيرات وسيطة للتغير في المزاج، التي تظهر خلال النوبة الاكتئابية وعادة تختفي بعد انتهاء النوبة ولا تمثل عنصر استهداف. وقد رأبيك عام ١٩٧٢ أن الاستهداف يتضمن سمات معرفية أو مخططات؛ تتقدم أو تسبق أول نوبة اكتئاب، وتجعل مريض الاكتئاب مستهدفاً لنوبات اكتئابية في المستقبل (عبد الفتاح، ٢٠٠٧، ٦٧).

وفيما يتعلق بالعلاقة بين الاكتئاب والتدخين، يعتبر الاكتئاب من الإضطرابات الأساسية التي ترتبط بالتدخين، حيث أشار عديد من الدراسات إلى أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ مرضي للاكتئاب أكثر عرضة مرتين للتدخين بالمقارنة بمن لا يعانون من الاكتئاب. وينبغي أن نكون على دراية بالمرضى الذين يعانون من الاكتئاب ويكونوا مدخنين، لأن هذا يعنى أن هناك مؤشراً على شدة الاعتماد على النيكوتين. ويجب مراعاة المزاج السلبي بعد الإقلاع عن التدخين، حيث يكون المدخنون أكثر عرضة للاكتئاب الشديد، حيث يكون الهدف هو الامتناع عن التدخين على المدى الطويل. وفسرت بعض النماذج أسباب كون المكتئبين أكثر عرضة للتدخين، حيث أشارت إلى ارتفاع معدل التدخين في الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب، وتشمل هذه العوامل؛ العوامل الوراثية فهناك بعض الأدلة من دراسات التوائم عن الجينات المشتركة التي تؤدي إلى التدخين والاكتئاب على حد سواء. وأشار بعض الباحثين إلى دور التأثيرات البيئية؛ فالمشكلات الإجتماعية أو الأحداث الضاغطة قد تؤدي إلى التدخين والاكتئاب، وآخرون أشاروا إلى دور التطبيب الذاتي؛ كاستخدام النيكوتين كمضادات للاكتئاب، ومضادات الاكتئاب تستخدم لتخفيف أعراض انسحاب النيكوتين، وتحسين المزاج، وزيادة الانتباه والوظائف المعرفية والحد من التوتر. أما بالنسبة للتفسيرات السببية ثنائية الاتجاه؛ فأشارت الدراسات إلى أن الشباب البالغين الذين لديهم تاريخ مرضي من الاكتئاب أكثر عرضة ثلاث مرات لأن يصبحوا مدخنين من أولئك الذين لا يعانون من الاكتئاب. وعلى العكس فهناك أيضاً أدلة على أن التدخين يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب نتيجة التغيرات الفسيولوجية العصبية (Mendelsohn, 2012, 300-301).

وفى المملكة المتحدة أشارت نتائج الدراسات إلى أن معدلات التدخين بين البالغين الذين يعانون من الاكتئاب حوالى ضعفى البالغين الذين لا يعانون من الاكتئاب. كما ارتبط التدخين بمجموعة كبيرة من التشخيصات النفسية؛ بما فى ذلك القلق والاكتئاب، والخوف من الأماكن المكشوفة، واضطراب الهلع. كما أن مستويات الدوبامين تكون منخفضة فى الأشخاص المصابين بالاكتئاب وبالتالي يستخدمون السجائر كوسيلة لزيادة الدوبامين بشكل مؤقت (زيادة مشاعر المتعة). وأشارت إحدى الدراسات الطولية لمجموعة لها تاريخ طويل فى التدخين اليومى وبشكل منتظم وملحوظ إلى خطر الإصابة بالاكتئاب الشديد. واتفقت نتائج هذه الدراسة مع بعض التقارير التى أشارت أيضاً إلى أن التاريخ السابق للتدخين سيزيد من خطر ظهور أعراض الاكتئاب، وزيادة المخاطر للإصابة بنوبات إكتئابية شديدة. وأضافت إحدى الدراسات الأخرى أن هناك عوامل تسهم فى العلاقة بين التدخين والاكتئاب منها الجينات، وهناك بعض الأسباب المحتملة الأخرى التى تسهم فى نشأة كل من الاكتئاب والتدخين كعوامل بيئية واجتماعية منها انخفاض احترام الذات، وأساليب التعامل، وبالتالي يستخدم المدخنون النيكوتين بمثابة مضادات للاكتئاب باعتباره شكلاً من أشكال التطبيقيب الذاتى (enquiries@ash.org.uk)&(2-11-2014-6amwww.ash.org.uk).

وتبين من نتائج إحدى الدراسات أن معدلات الانتحار من الجنسين كانت أعلى بين مجموعات المدخنين، وكانت تزداد نوبات الاكتئاب لديهم، وكانت لديهم محاولات انتحار سابقة أعلى مرتين بالمقارنة بغير المدخنين. وأشارت إلى أن التدخين يؤدي إلى الاكتئاب، والاكتئاب يهيئ الناس للتدخين. لذلك أوصى الباحثون بضرورة إضافة برنامج علاجى لعلاج أعراض الانسحاب من النيكوتين للذين يعانون من الاكتئاب، وكذلك بعض الاضطرابات الأخرى المرتبطة باضطرابات المزاج، والقلق، واضطرابات تعاطى المخدرات (Haustein and Groneberg, 2010, 156).

وتبين من نتائج دراسة أخرى أجريت على عينة من البالغين فى المدى العمرى من ٥٥ سنة فأقل أنهم يعانون من الاكتئاب لأنهم كانوا مدخنين حاليين، كما تبين أنهم مدخنون بكثافة، وازداد عدد السجائر فى حالة زيادة شدة الاكتئاب. كما تبين أيضاً أن الأشخاص الذين يعانون من أعراض الاكتئاب الخفيف "تحت عتبة التشخيص" يكونون أكثر عرضة للتدخين من غيرهم الذين لا يعانون من أعراض الاكتئاب (Epidemic, 2011, 11). وقد تبين أنه يمكننا التنبؤ من الاكتئاب بمعدلات الإقلاع عن التدخين، كما يستخدم علاج الاكتئاب سواء الدوائى أو النفسى للمرضى الذين يريدون الإقلاع عن التدخين ويعانون من أعراض الاكتئاب. كما يستخدم العلاج المعرفى - السلوكى لعلاج الاكتئاب، ومضادات الاكتئاب لتحسين معدلات الإقلاع عن التدخين لمن لديهم تاريخ مرضى للاكتئاب أو يعانون من أعراض اكتئابية (Morris et al., 2000, 6).

القلق

يعرف بيك، وباترسون (١٩٩٠) القلق على أنه انفعال يرتبط بتوقع خطر محتمل لا يمكن للمريض السيطرة عليه. وللقلق أعراض جسمية وأخرى نفسية فالجسمية تشمل الضعف العام، ونقص الطاقة الحيوية وتوتر العضلات، وسرعة النبض والخفقان، وارتفاع ضغط الدم والشعور بالضيق وإرهاق الحواس واضطراب النوم، وصعوبة التنفس. أما الأعراض النفسية فتشمل التوتر العام، وعدم الإستقرار والشعور بعدم الراحة، والحساسية النفسية الزائدة، والإرتباك والتردد فى اتخاذ القرار، والإنتشغال بأخطاء الماضى، وسرعة التهيج، وضعف القدرة على

التركيز والشروع الذهني، وضعف القدرة على العمل، وسوء التوافق الإجتماعي. ويرى آرون بيك A. Beck أن حجم القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات، ولذلك فأى حركة أو صوت أو تغيرات فى الوسط الذى يعيش فيه تتم ترجمتها إلى الخطر حيث يخبر المريض أفكاراً عن الخطر المتوقع. ويكون تفكير الفرد مشتتاً ومشوهاً ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر مما يفقده تحكمه الإرادى فى المنبهات الخارجية، وهو الأمر الذى يؤدى إلى زيادة القلق إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للمواقف وليس الموقف الفعلى، كما إنها أيضاً تثير استجابات انفعالية وسلوكية (عبد الله، ١٩٩٩، ١٩٢). .

ويرى بيك وفقاً للنظريات المعرفية أن الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة أساساً عن اضطراب فى تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد وما يعتقد، وطريقة تفسيره للأحداث والمواقف كلها عوامل هامة فى الاضطرابات الانفعالية. ويؤكد بيك على أن توقع الفرد للمخاطر وتوقع حدوث الكوارث من المكونات الأساسية التى يتسم بها مرضى القلق. فالقلق لديه يتوقف على كيفية إدراكه لتلك المخاطر، وتقديره لها، فالفرد فى حاله القلق يكون مهموماً أولاً باحتمل تعرضه للخطر والأذى، وتسيطر عليه فكرة وجود خطر داهم يهدد صحته، وأسرته وممتلكاته، ومركزه المهني أو الاجتماعى وغيرها من أنواع التهديدات (القاضى، ٢٠٠٩، ٢٢).

كما يشير عبد الله (١٩٩٩، ٦٧) إلى أن النموذج المعرفي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه، وكذلك اتجاهاته وآرائه ومُذَلَّه، تعد جميعاً أموراً مهمة لها صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو بسلوكه المرضى، وأن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل، يستخدمها جميعاً فى التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التى قد تعترض حياته. ويرى بيك أن الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة عن اضطراب فى تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد وما يعتقد فيه، وكيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل مهمة فى الاضطرابات الانفعالية، فبدأ فى الإستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعانى التى يعطيها لها. وقد تكون أرجاعاً متباينة للموقف الواحد تختلف باختلاف الأفراد؛ بل من جانب الفرد نفسه أيضاً فى أوقات مختلفة. كذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصاً، يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالى لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث. كما تفسر نظرية بيك "المعرفية ذلك بأنه أنماط من التفكير المشوه، والخطأ فى تقييم المواقف من ناحية خطورتها وما يترتب على ذلك من تكوين مخططات معرفية نشطة تحول مؤثرات البيئة إلى مصادر للقلق فتؤدى بالتالى إلى الشعور بالقلق وظهور أعراضه. ولهذا نجد أن الأفكار الخاطئة والإدراك الخاطئ لدى المريض يقوده إلى سلوك خاطئ، فوجود أفكار خاطئة لديه تتعلق بحياته وعلاقاته وتصوراته عن الحياة قد تقوده إلى سلوكيات خاطئة، مما يترتب على ذلك ظهور القلق الذى يوجد لديه (القاضى، ٢٠٠٩، ٢٠).

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين القلق والتدخين، فتبين من خلال الدراسات أن التدخين مقترن بشكل كبير فى معظم اضطرابات القلق. كما أن تعاطى التبغ يزيد من خطر تطور بعض اضطرابات القلق. فالمدخنون يعانون أكثر من غيرهم من اضطرابات القلق، وتكون الأعراض أكثر شدة أثناء الإقلاع عن التدخين (Morissette, Tull, Gulliver, Kamholz and Zimerine, 2007, 245). فعلى الرغم من أنه لا توجد إحصاءة محددة وفقاً لمنظمة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية والعقلية الناتجة عن تدخين السجائر، فإنه قد أشارت معظم الدراسات إلى أن هناك علاقة بين تدخين السجائر، وبعض الاضطرابات النفسية والعقلية كدراسة

زفلونسكى، وفيلندور، ولنفيليند، وماكليش Zvolensky, Feldner, Feldner and Mcleish (2005). ودراسة ليفينثال وآخرون (2010) Leventhal, Mickens, Dunton, Sussman, Riggs and Pentz et al. ودراسة إدينجتون، وون، وجـ، وولى، وكامبل، وهـ، وجنس، وإدينجتون، وون، ودونالد (1998) Addington, Guebaly, Campbell, Hodgins, & Addington. ودراسة هيرن، وسانيتاغو، وسـ، اندوي، وفرناندو، ومانريـ، وديز، ومانريـ، وديز، وباركيو (2000) Andrès, Santiago, Sandoya, Fernández, Manrique and Barquero. ودراسة جورجوا وآخرين (2008) George, Vessicchio, Sacco, Einberyer, Dudas, Allem et al. ودراسة جيرند، وكيلي، وسميث، واغاروال، وماير، ورومييرغال (Grant, Kelly, Smith, Agrawal, Meyer, and Romberger) ودراسة زفلونسكى وآخرين (2007) Zvolensky, Miller, Matther, Ellen, Alison and Kristin (2006)

وفي عام ٢٠٠٥ عقد المعهد الوطنى للصحة النفسية^(١) اجتماعاً لاستعراض تعاطى التبغ والاعتماد على النيكوتين، والإقلاع عن التدخين بين الذين يعانون من اضطرابات نفسية وخصوصاً الأفراد الذين يعانون من اضطرابات كالقلق^(٢)، والاكتئاب^(٣)، والفصام^(٤)؛ حيث كانت معدلات التدخين مرتفعة بشكل استثنائى بين هؤلاء الأفراد، كما تبين أن هذه المعدلات تساهم فى ارتفاع معدلات اعتلال الصحة والوفيات لهؤلاء الأفراد. وقد فسرت العوامل الحيوية، والنفسية، والاجتماعية ارتفاع معدلات التدخين بما فى ذلك عدم وجود علاج للإقلاع عن التدخين فى أماكن الصحة النفسية (National Institute of Mental Health, 2008a).

الأفكار الآلية

وتعرف الأفكار التلقائية بأنها تيار ملئ بالأفكار الآلية السلبية، وهذه الأفكار ليست مقتصرة على المرضى المضطربين نفسياً، ولكنها شائعة عند كل الناس بدرجات متفاوتة. ومعظم الوقت يكونون بالكاد واعين لهذه الأفكار، ولكن بمجرد تلقى تدريب بسيط يمكن أن تصبح هذه الأفكار فى الوعي، وحينما نصبح واعين بهذه الأفكار، فإنه يمكننا تلقائياً أن نتبين الحقيقة إذا كنا لانعانى من أى اضطرابات نفسية. وقد تكون الأفكار الآلية فى صورة لفظية أو صورة خيالية أو كليهما. ويمكن تقييم الأفكار التلقائية بناء على مصداقيتها وفائدتها. وهناك نوع من الأفكار التلقائية تكون صحيحة، ولكن ما يستخلص منها يكون مشوهاً وهناك منها ما يكون معطلاً لاتخاذ القرارات (بيك، ١٢٥، ٢٠٠٧-١٢٧).

ولقد وضع بيك وآخرون (١٩٩٣) نموذجاً معرفياً خصيصاً لمعالجة مشكلات تعاطى المخدرات والكحوليات، ومعالجة المعتقدات الوسيطة؛ كالشعور بعدم الحب، والشعور بالعجز واليأس، والإحباط والشعور بالملل. فعندما يبدأ الشخص الاعتماد على مادة ما فتظهر لديه بعض الأفكار الآلية فى بداية الاعتماد؛ على سبيل المثال عندما يبدأ الشخص التدخين فيتبادر فى ذهنه بعض الأفكار الآلية حول التدخين؛ كالتدخين يريحنى، أو التدخين يجعلنى أكثر استرخاءً، والتدخين يجعلنى أكثر تفاؤلاً. وفى مجال تعاطى المخدرات؛ عادة ما يتم قياس الاستجابات الانفعالية

1-National Institute Of Mental Health

2- Anxiety

3- Depression

4- Schizophrenic

وقياس اللفة من خلال التقرير الذاتي. أما بالنسبة للمدخنين قد لا يكونوا على وعى بالأفكار التي تجعلهم يدخنون، ولن كانوا على وعى بهذه الأفكار فيما يبرروا تدخينهم للسجائر (Keith et al., 2007, 400).

ومازال البحث مستمراً عن دورالعوامل المعرفية في الأمراض النفسية والعقلية، والاعتماد على النيكوتين والمخدرات بشكل عام. وأكدت البحوث أن هناك فروقاً فردية في شكل الأفكارالآلية السلبية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين. كما ارتبطت الأفكار الآلية بشكل كبير بالقلق والاكتئاب والانتحار، كما أظهرت النتائج أن تغييرالأفكار الآلية السلبية ينعكس في نجاح العلاج المعرفي- السلوكي. كما تبين أن الأفكارالآلية لها دور كعملية وسيطة بين العلاج المعرفي- السلوكي، والأعراض الاكتئابية(كوفمان، آخرون، ٢٠٠٥) (Flett, Hewitt, Demerjian and Rat-emo., 2012, 92). وكثيراً ما تظهرالأفكارالآلية السلبية في الاضطرابات المرتبطة بالاكتئاب والقلق منها على سبيل المثال: أنا فاشل، أنا سيئ الحظ، أنا عديم القيمة (Beckham, Beckham, 2004, 4-10) يجب أن أكون مثالياً، أو ينبغي ألا أرتكب أى خطأ، أسعى دائماً للكمال (Flett et al., 2012, 99).

فالنماذج النظرية التي تناولت المخططات المعرفية المرضية عديدة لعل أبرزها ما يلي؛ (نظرية بيك المعرفية). فأشاربيك ١٩٧٦ أن جميعنا لدينا بنية معرفية أوالمخططات المعرفية، التي تمكننا من تفسير المعلومات الواردة، وتفسير تجاربنا بطريقة ذات معنى. وتتشأ الأمراض النفسية نتيجة تنشيط هذه المخططات، ويتضمن العلاج النفسى للاضطرابات النفسية تعديلاً للأفكارالآلية، والسلوكيات، والمخططات التي تسبب الانفعالات، والمشاعرالسلبية، وتعديل العلاقات بينهم وبعض التدخلات العلاجية قد تشمل الأحداث والمواقف (Persone, Davidson, and Tompkins, 2001, 1). ووضع بيك (١٩٧٩) الإفتراضات النظرية التي تكمن وراء تشكيل النظرية المعرفية منها: الإدراك والخبرة والعمليات الدينامية التي تحتوى على كل من الإستقراء والاستنباط، والمدرجات الداخلية والخارجية، وإدراك الفرد للأحداث، وإدراك الماضي والحاضر والمستقبل، تأثيرالإدراك على المزاج والسلوك، والعلاج النفسى يسمح للأشخاص بإدراك التشويهاات المعرفية (Stankiewicz, 2008, 21). كما يتكون النموذج المعرفى للاضطرابات المعرفية من ثلاث مستويات :

١- الأفكارالآلية السلبية^(١): فالأفكارالآلية تأتي بسرعة وتلقائية، وتبدو منطقية للشخص، وقد تكون الأفكارالآلية مرتبطة بالأحداث الخارجية، ويمكن أن تحدث الأفكارالآلية في شكل صور؛ مثل تخيل موقف محرج يحدث، والأفكارالآلية يمكن إدراكها بسهولة، وتعديلها إذا أدركناها.

٢- القواعد والإفتراضات والاتجاهات(المعتقدات الوسيطة^(٢)) في كثير من الأحيان هذه الإفتراضات توجه سلوكنا يومياً ، وتقوم بوضع معاييرنا وقيمنا، ووضع قواعد حياتنا اليومية. وقد تكون الفروض إيجابية ، وقد تكون الفروض

سلبية. ويطلق أيضاً على الفروض والقواعد "المعتقدات الوسيطة" لأنها تربط الأفكارالآلية مع المعتقدات الأساسية.

1- Negative Automatic Thoughts (NATS)

2-Inter Mediate Belifs

ويشير بيك وآخرون (١٩٨٥) إلى أن الفروض والقواعد غالباً ما تتركز على ثلاث قضايا رئيسية هي القبول، والكفاءة، والسيطرة .

٣- **المعتقدات الأساسية**^(٣): فتتصف المعتقدات الأساسية بأنها كامنة ومعطلة، وتمثل المعتقدات الأساسية في معتقدات حول الذات على سبيل المثال؛ أنا ضعيف، وعن الآخرين على سبيل المثال؛ الآخرون يتدخلوا في حياتي، وعن العالم على سبيل المثال؛ إنها كارثة وقاسية. والمعتقدات الأساسية تساعدنا في إعطاء معنى لتجارب حياتنا، وقد تكون المعتقدات الأساسية إيجابية مثل: أنا عظيم، وأنا أستطيع أن أعمل بكفاءة، وأنا محبوب. وقد تكون سلبية مثل: أنا عديم الفائدة (Neenan and Dryden, 2010, 6-7).

أما فيما يتعلق بشكل التشويه المعرفي والأفكار الآلية والتدخين، فالتشويه المعرفي هو نمط التفكير الخاطيء أو المشوه. وتوجد أنماط من التفكير الخاطيء لأسباب عديدة ومختلفة منها: إنكار المسؤولية عن سلوكنا، أو إنكار الآثار السلبية لسلوكنا، أو السماح لأنفسنا الاستمرار في تصرفات نعرف أنها خاطئة، أو لتجنب مواجهة مشاعر مؤلمة، أو لتجنب التغيير. على سبيل المثال؛ التدخين أو الإفراط في تناول الطعام، أو الإسراف في الانفاق..... وهكذا. ونأخذ التدخين كمثال لذلك فمعظمنا يسمع مجموعة متنوعة من الأسباب أو الأعداء حول لماذا يدخل الناس، وحول كيفية بدئهم التدخين، وكذلك حول استمرارهم في التدخين، وحول الأسباب التي تحول دون إقلاعهم عن التدخين. ومن أبسط الطرق لتقليل التشويه المعرفي هو التوقف عن التدخين (Cognitive Distortion, 1999, 3-5).

ومن الأفكار الآلية للمدخنين ما يلي: التدخين يساعدني في حل مشكلاتي، أو إذا لم أقلع عن التدخين الآن؛ فهذا يعني أنني سأعجز عن الإقلاع عن التدخين أبداً، أو إذا حاولت الإقلاع عن التدخين وفشلت سأشعر بالخجل بين أصدقائي، والخوف من زيادة الوزن لو أقلعوا عن التدخين، و ينبغي للدولة أن تبذل جهداً أكثر لكي يتوقف الناس عن التدخين، أو سأشعر بالقلق من عواقب التدخين، حتى لو أقلعت عن التدخين، فالآخرين سوف يجعلوني أبداً في التدخين مرة أخرى، أنا غير مستعد للإقلاع عن التدخين الآن، لو أقلعت عن التدخين، ستنتهى اللحظات الجميلة كشرب القهوة أو مشاركة أصدقائي، لو أقلعت عن التدخين لن تتحسن صحتي، التلوث البيئي يهدد الصحة، ويؤثر عليها أكثر من التدخين (Charila, 2011, 19- 20).

ومن العادات المرتبطة بالتدخين فالمدخن يدخل السجائر تلقائياً بدون وعي، أو يجد السجارة في فمه، ولم يتذكر متى وضعها، أو يشعل سجارة أخرى بدون وعي أن هناك سجارة أخرى مازالت مشتعلة، أو يدخل السجائر لأنها أصبحت عادة دون أن يرغب في التدخين. ومن سلوكيات الاعتماد نجد المدخن لا يشعر بالرضا إلا إذا دخل السجائر، وعدم القدرة على تحمل أي شيء إذا نفذت السجائر، أو الشعور بالشغف لتدخين السجائر، وعدم وعيه بأنه يدخل بكثافة. والبعض الآخر يدخل لتخفيض المشاعر السلبية وتقليل الانفعالات؛ فيشعل سجارة عندما يحاول حل مشكلة، أو يدخل السجائر عندما يشعر بعدم الإرتياح، أو يشعل السجارة عندما يشعر بالخجل أو الحرج، أو تدخين السجائر يساعدني على تقليل شعوري بالضيق، أو يدخل عندما يشعر بالهموم والمخاوف. والبعض يدخل لزيادته الاحساس بالمتعة والاسترخاء وخطوات إشعال السجائر جزء من شعورهم بالمتعة، فيشعروا بالمتعة عند رؤية دخان السجائر. كما تبين أنهم يدخنوا كنوع من التحفيز ورفع المعنويات؛ أو أدخل لرفع معنوياتي، أو أدخل لتحفيز

نفسى، أو أذخن لكى أبقى نشطاً (Battista, Stewart, Fulton, Steeves, Darredeau and) (Gavic, 2008, 1405).

وفيما يتصل بالعلاقة بين الأفكار الآلية وكل من القلق والاكتئاب والتدخين؛ فالمعتقدات يكون لها تأثير عميق على المشاعر والسلوكيات على الأفراد، كما أن لديهم معتقدات متساهلة أيضاً لجعل الأمر أكثر عقلانية أو يعطوا تبريرات لأنفسهم. فالمرضى الذين يحملون مثل هذه الأفكار يبدوا أن لديهم كثيراً من التبريرات للاستمرار في التعاطي. بالإضافة إلى هذه المعتقدات حول التعاطي يكون هناك أعراض أو أفكار اكتئابية: كالشعور بالحزن، والشعور بالإشمزاز من النفس، وعدم التطلع إلى المستقبل، ولوم النفس على الأخطاء، والشعور بالكدر والتعب، والشعور بالغضب في كل الأوقات، وفقدان الاهتمام بالآخرين، وفقدان الإهتمام بالجنس (Beck, Wright, Newman and Liese, 1993, 169-174). فطريقة التفكير قد تجعلك تدخن أو تمنعك عن التدخين؛ فتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار إيجابية تساعدك في الإقلاع عن التدخين؛ على سبيل المثال: أذخن بعد الأكل (فكرة آلية سلبية حول التدخين)، يمكن تحويلها إلى (فكرة آلية إيجابية) أنا أستطيع تغيير هذه العادة؛ فمن الممكن تناول الطعام في مكان آخر ويمكننى استخدام فرشاة الأسنان بعد الأكل مباشرة. لقد أقلعت من قبل لكن عدت للتدخين بسبب تعرضي للضغوط (فكرة آلية سلبية). لقد تعلمت الأساليب التي تساعدني في الإقلاع عن التدخين وسأحافظ على استمراري في الإقلاع عن تدخين السجائر (فكرة آلية إيجابية). سأشعر بالغضب لو أقلعت عن التدخين (فكرة آلية سلبية). ويمكن تعلم طرق جديدة لتغيير طرق تفكيرى ومشاعرى وسلوكى للتخلص من العادات السيئة (فكرة آلية إيجابية). فيهدف العلاج المعرفى السلوكى إلى تغيير الأفكار الآلية السلبية إلى أفكار آلية إيجابية لمساعدة المدخنين للإقلاع عن تدخين السجائر (www.ash.org.uk, 2-12-2014-6am).

وبعد توضيح دور الأفكار الآلية والمعتقدات السلبية حول التدخين من ناحية والأفكار الآلية وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب والتدخين من ناحية أخرى. سنقوم بتوضيح الفرق بين المتغيرات المعدلة والمتغيرات الوسيطة وتأثير كل من هذه المتغيرات على المتغيرات الأخرى، مع الإشارة إلى بعض المعادلات والأساليب الإحصائية التي يحسب بها مدى التأثير المباشر وغير المباشر للمتغيرات المعدلة أو الوسيطة.

المتغيرات المعدلة⁽¹⁾ والوسيطة⁽²⁾

هذه المتغيرات تساعدنا في فهم الظواهر المعقدة، وتفسير العلاقة السببية بين عديد من المتغيرات لفهم وتفسير حدوث هذه الظواهر. وخاصة في تفسير الظواهر النفسية بشكل عام، كما تساعدنا في فهم وبحث العلاقات السببية بين المتغيرات والتأثيرات المباشرة وغير المباشرة، فهذه النماذج يمكن أن تعطينا تحليلاً وتفسيراً لفهم العلاقات السببية، وفهم العلاقات المتبادلة بين هذه المتغيرات بشكل مناسب وشكل التفاعل بين المتغيرات من قبل الباحثين واستخدام طرق إحصائية متطورة (Sun kim, Kaye and Wright, 2001, 64).

المتغير الوسيط

هو المتغير الذى يؤثر على المتغير المحكى أو الاستجابة أو المتغير التابع بطريقة غير مباشرة من خلال

1- Moderator Variables

2- Mediator Variables

العملية الوسيطة بين المتغير التنبؤي أو المتغير المستقل والمتغير التابع. كما أنه المتغير الذي لا يتصل بالمتغير المقاس أو المتغير المحكى، ولكنه لا يزال فاعلاً في معادلة الانحدار بسبب علاقاته العامة بالمتغيرات المنبئة الأخرى، ويتلخص دور المتغير الوسيط في أنه يتوسط العلاقة بين المتغيرات. فالمتغير الوسيط يؤثر على متغير ثانى بطريقة غير مباشرة فقط من خلال العملية الوسيطة مقدمة بمتغير ثالث وهو المتغير التنبؤي أو المتغير المستقل، وينظر للمتغير الوسيط في الوقت نفسه على أنه نتيجة للمتغير الأول وسبباً للمتغير المحكى أو التابع أو النتيجة (غريب، ب ت، ٨).

وهناك بعض الشروط التي اقترحها البارون وكيني (١٩٩٨) لا بد أن تتوفر في العملية الوسيطة :

- أن يكون المتغير التنبؤي له القدرة على التنبؤ بالمتغير الوسيط مسار (أ) .
- أن يكون المتغير التنبؤي له القدرة على التنبؤ بالمتغير التابع مسار (ج/).
- أن يكون المتغير الوسيط له القدرة على التنبؤ بالمتغير التابع مسار (ب) .

يجب أن يختفى تأثير المتغير التنبؤي على المتغير التابع عندما يتم ضبط المتغير الوسيط، أى ضبط المسارين (أ، وب) فيكون مسار (ج) مساوياً صفر، فإنه يكون لدينا دليل على سيطرة المتغير الوسيط (غريب ، ب ت ، ١٤). فالمتغير الوسيط يفسر ويشرح كيف تحدث الظاهرة، أو لماذا توجد علاقة بين إما المتغير المستقل والتابع أو بين المتغير التنبؤي والمتغير المحكى أو الإستجابة. والمتغير الوسيط غالباً ما يكون سمة في الأفراد، وعلى النقيض المتغير المعدل هو الأكثر شيوعاً عندما تكون هناك علاقة ضعيفة بين المتغير التنبؤي والمتغير المحكى، ويجب أن تكون هناك علاقة دالة بين المتغير التنبؤي والمتغير المحكى قبل اختبار تأثير المتغير الوسيط، فالمتغير الوسيط يؤثر بشكل غير مباشر على النتيجة؛ فيعتبر متغيراً ثالثاً يقع في مسار السببية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة (Sun-kimetal. ,2001,64).

وضع بارون وكيني (١٩٨٦) بعض معادلات الانحدار لتحديد أثر المتغير الوسيط التي يتم اختيارها وفقاً للشروط الآتية : **المعادلة الأولى** : إذا كان المتغير التنبؤي يتنبأ بشكل كبير بالمتغير الوسيط.

المعادلة الثانية : إذا كان المتغير التنبؤي يتنبأ بشكل كبير بالنتيجة (المتغير التابع).

المعادلة الثالثة : يتم إدخال كل من المتغير التنبؤي، والمتغير الوسيط في وقت واحد للتنبؤ بالنتيجة (المتغير التابع) (Baron , and Kenny,1986,1174- 1177).

ولحساب العملية الوسيطة بالتأثير المباشر ؛ اقترح البارون وكيني (١٩٨٦) أربعة خطوات تجرى لتحليلات الانحدار، ويتم فحص أهمية المعاملات في كل خطوة لحساب التأثير المباشر للعملية الوسيطة ؛ **الخطوة الأولى**: إجراء تحليل الانحدار البسيط مع توقع التنبؤ من س ب ص، واختبار مسار ج منفرداً، ص = ب صفر + ب ص + د. **الخطوة الثانية**: إجراء تحليل الانحدار البسيط س للتنبؤ ب م (المتغير الوسيط). واختبار مسار أ، م = ب صفر + ب ص + د. **الخطوة الثالثة**: إجراء تحليل الانحدار البسيط للتنبؤ من م ب ص، واختبار مسار ب منفرداً، ص = ب صفر + ب م + د. **الخطوة الرابعة**: تحليل الانحدار المتعدد ل س و م والتنبؤ منهما ب ص النموذج ١. فالغرض من الخطوات ١-٣ هو إثبات أن العلاقة صفرية بين المتغيرات، والغرض من الخطوة الرابعة معرفة أثر المتغير الوسيط (م) بعد ضبط تأثير المتغير المستقل (س).

استخدم كثير من الباحثين الطرق المباشرة لحساب العمليات الوسيطة، لكن تبين وجود بعض المشكلات لإحصائية عند تطبيق هذه الطرق. فقد اقترح جاد وكيني (1981) حساب معامل التأثير غير المباشر، وحساب الفرق بين اثنين من معادلات الانحدار. وللتغلب على المشاكل السابقة اقترح الآتى: أولاً: لا بد من رصد المسار غير المباشر الذى جعل النتيجة (ص) تتأثر أو تتشكل من خلال المتغير (س) من خلال مسار مركب أ- ب. ثانياً: بارون وكيني يميلان إلى غياب دور بعض التأثيرات غير المباشرة للمتغيرات الوسيطة الحقيقية، ونوع الخطأ. فالأسلوب الأفضل هو حساب التأثير غير المباشر (Preacher, & Hayes, 2004, 7)؛ وهناك طريقتان لتقدير هذه التأثيرات غير المباشرة وهما أولاً: عن طريق الفرق بين معاملات الانحدار. نموذج ١: ص = ب صفر + ب اس = ب ٢م + د. ونموذج ٢: ص = ب صفر + ب ام + د. فهذا النموذج أو الأسلوب يقوم بطرح معامل الانحدار الجزئى الذى تم الحصول عليه من نموذج ١، ب ١ من معامل الانحدار البسيط الذى تم الحصول عليه من نموذج ب ٢. وسنلاحظ أن كل تأثير س على ص ناتج عن تأثير ب وهو معامل صفر من الانحدار البسيط. و ب ١ هو معامل الانحدار الجزئى من الانحدار المتعدد، والتأثير غير المباشر هو الفرق بين معاملات الانحدار (التأثير غير المباشر للمسار ب = ب - ب ١). ثانياً: عن طريق ضرب اثنين من معادلات الانحدار لسوبل (Sobel, 1982). نموذج ١: ص = ب صفر + ب اس = ب ٢م + د، ونموذج ٢: م = ب صفر + ب اس + د. وسنلاحظ أن نموذج سوبل مختلف عن النموذج السابق؛ حيث ينطوى هذا النموذج على العلاقة بين س و م ويتم تشكيل النموذج بضرب اثنين معاً من معاملات الانحدار، وتأثير الانحدار الجزئى لتأثير م للتنبؤ ب بالمتغير ب ٢ و ص والانحدار البسيط للتنبؤ من المتغير س بالمسارات ب- م. (التأثير غير المباشر ب = (ب ٢) (ب)).

فاختبار سوبل هو طريقة لتقييم الأدلة على وجود عملية وسيطة. وهو فى الأساس متخصص فى توفير طريقة لتحديد ما إذا كان هناك ارتفاع أو انخفاض فى تأثير المتغير التنبؤى بعد تقديم نموذج المتغير الوسيط، ويكون ذا دلالة إحصائية منخفضة. ويفترض وجود علاقة بين المتغير التنبؤى والمتغير التابع، ويكون له تأثير غير مباشر بسبب تأثير متغير ثالث (المتغير الوسيط)، ونتيجة لذلك عند تضمين المتغير الوسيط فى نموذج تحليل الانحدار مع المتغير التنبؤى فيتم تقليل تأثير المتغير التنبؤى، ويكون تأثير المتغير الوسيط أكثر تأثيراً. وتحسب معادلة سوبل، لتحديد الدلالة الإحصائية للتأثيرات غير المباشرة (حجم التأثير غير المباشر، ومقارنة الخطأ المعيارى). وهناك طرق بديلة لتقدير وحساب المتغير الوسيط؛ منها معاملات اختبار سوبل التى تحسب تأثير المتغير الوسيط (1982، 1986) المستمدة من تحليل التباين على طريقة دلتا متعددة المتغيرات، ونظرية الخطأ المعيارى، ومستوى الدلالة (Fairchild, & Mackinnon, 2009, 89). ونستخدم أيضاً تحليل الانحدار وتحليل الانحدار المتعدد، وتحليل التباين لكنه يمدنا باختبار محدود لفرض التوسط، ومعادلة سوبل لحساب تأثيرات المتغيرات الوسيطة (Baron, & Kenny, 1986, 1177). واختبار سوبل من الطرق المستخدمة لحساب أو تقييم المتغيرات الوسيطة، وفحص العلاقة بين مسار (أ- ب) من خلال نماذج المسار لنموذج بارون وكيني (1986) للعلاقات السببية لاختبار الفرض الصفرى (663-657, 2007, Mackinnon, Fairchild and Frits). سنلاحظ أن مقدار إنخفاض تأثير المتغير المستقل على التابع قد يرجع إلى المتغير الوسيط، علماً بأن التأثير الكلى للعملية الوسيطة = التأثير المباشر + التأثير غير المباشر (للمتغير الوسيط).

وبعض الباحثين أشاروا إلى مفهوم الوساطة الكلية أو الكاملة في مقابل الوساطة الجزئية، لمساعدتهم في فهم حجم التأثير للعملية الوسيطة. فالعملية الوسيطة الكلية تعنى المسار المباشر من (س إلى ص)، في حين أن العملية الوسيطة الجزئية يكون التأثير فيها أقل من العملية الوسيطة الكلية، ونلاحظ أن الآثار غير المباشرة لحجم التأثير تختلف من العملية الوسيطة الكلية عن الجزئية. فإذا أردنا معرفة حجم التأثير غير المباشر فيمكن أن نحسب حجم التأثير غير المباشر لتأثير (أ، وب) و (ج) ومسار التغيير الذي يحدث في (ص) من تأثيرات المسارات المختلفة لكل تغيير وتأثير يحدث على حدة. فمسار (أ، وب) ومدى تأثيرهم على (ص) من المتوقع أن يحدث تغييراً في حجم التأثير كدالة لوجود متغير ثالث؛ المتغير الوسيط (م) الذي يقوم بدور في تغيير النتيجة (ص). والبعض أشار إلى عدم ضرورة استخدام هذا المفهوم إذا كان الهدف هو معرفة حجم التأثير، لأن التأثير يمكن أن يحدث من خلال المسارات (Rucker, Preacher, Tormala, and Pett ., 2011, 367).

المتغير المعدل

المتغير المعدل هو المتغير الذي يظهر أثره عندما تتنوع قوة أو وجهة العلاقة بين متغيرين كدالة لوجوده. والمتغير المعدل ليس بحاجة إلى التأثير على المتغير التابع، ولكنه يمثل مجموعة من الظروف تخفف أو تعدل من العلاقة بين متغيرين أو أكثر (غريب، ب ت، ٨). وقد يتدخل المتغير المعدل في زيادة حجم العلاقة أو انخفاضه بين المتغير التنبؤي والمتغير التابع، أو قد يفسر اتجاه العلاقة بين المتغيرين من الموجب إلى السالب (Sun kim et al., 2001, 64). فالمتغير المعدل على سبيل المثال يتحدد بالنوعية كالجنس أو العرق أو الطبقة الاجتماعية، أو بالكم كمستوى المكافآت، فهو المتغير الذي يؤثر في قوة العلاقة واتجاهها بين المتغير التنبؤي والمتغير التابع. ويستخدم معامل الارتباط للمتغير المعدل لمعرفة مدى تأثير المتغير المعدل في وجهة العلاقة بين المتغيرات وقوتها. أما إذا كان هدفنا رصد التفاعل بين المتغيرات نستخدم تحليل التباين لمعرفة التفاعل بين المتغيرات؛ لأنه يمكن أن يكون محدوداً في الانحدار المتعدد أو الانحدار اللوجستي ويكون المتغير المعدل هو المتغير الذي يؤثر في العلاقة بين المتغيرين. (Baron, & Kenny, 1986, 1174).

وتستخدم الأساليب الإحصائية لقياس المتغيرات المعدلة؛ وفقاً لنوع المتغير (متغير نسبة، أو فترة، أو فئوي) أو وفقاً لمستوى المتغير نستخدم التحليلات الإحصائية المناسبة لتقييم دور المتغير المعدل في منظومة العلاقات بين المتغيرات سواء أكانت علاقات ارتباطية أو سببية. وفيما يلي نعرض بعض الأساليب الإحصائية التي تستخدم في حساب المتغيرات المعدلة: تحليل الانحدار المتعدد، والنمذجة بالمعادلة البنائية، وتحليل التباين (McClelland & Judd, 1993, 376). واستخدم تحليل الانحدار المتعدد لقياس التفاعل بين المتغيرات، وتحليل الانحدار الهرمي، وتحليل التباين (Grau, Satanova and Mariapeiro, 2001, 69). فلا بد من أخذ المتغيرات المعدلة والوسيط في اعتبارنا عند تقييم برامج الوقاية من تدخين التبغ، ومدى أهمية المتغيرات الوسيطة لفهم العلاقة السببية بين المتغيرات (International Agency for Research on Cancer World Health Organization, 2008, 109).

الدراسات السابقة

من مراجعة عدد كبير من الدراسات السابقة، تبين أنها فحصت ظاهرة التدخين وما يرتبط بها من متغيرات عديدة، فمنها ما درس التدخين وما يترتب عليه من أضرار جسدية وأمراض بدنية عديدة في المجال الطبي، ومنها

ما أشار إلى العلاقة بين التدخين وبعض المتغيرات النفسية الاجتماعية؛ كحجم انتشار الظاهرة في البلاد العربية، وما هي الأسباب التي تكمن وراء البدء في التدخين، وما العوامل التي تساعد على الاستمرار في التدخين، وما العوامل التي تحول دون التوقف والإقلاع عن التدخين، ومنها ما درس التدخين وعلاقته ببعض السمات الشخصية، وبعضها الآخر فحص التدخين في علاقته بالقدرة العقلية، وهناك ما كان هدفاً للكشف عن دور بعض العوامل النفسية في التنبؤ بالإقلاع عن التدخين. وبناء على مسح الدراسات السابقة، تبين أنها ما هي إلا وصف لظاهرة التدخين وانتشارها وما يرتبط بها من عوامل اجتماعية وسكانية. لكن لا نعرف ما السبب وراء التدخين من الجانب المعرفي، وما الأفكار المرتبطة بالتدخين في ظل وجود المعاناة من القلق والاكتئاب. وبناء على ما سبق نحن الآن بصدد بعض الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة، وسنقوم بعرضها على النحو التالي :

أولاً : الدراسات التي تناولت الاكتئاب والقلق في علاقتهما بالتدخين

أجرى هولي ولى (2006) Holly and lee مراجعة تحليلية لبيانات القلق والاكتئاب المرتبطة بكل مرحلة من مراحل تدخين السجائر من حيث إستهلاك السجائر، والاحتفاظ بالسجائر، والإقلاع عن التدخين، مع التأكيد على أعراض انسحاب النيكوتين. وتحليل النتائج تؤكد أن تدخين السجائر يكون مرتفعاً في الحالات المرضية التي تعاني من اضطراب القلق المصحوب بالاكتئاب، كما يوجد علاقة وسيطة تظهرها بعض العوامل كعمر المدخن، ونوع الاضطراب، ومستوى الاعتماد على النيكوتين. ما أشار بعض الدراسات أيضاً إلى وجود علاقة بين التدخين والقلق والاكتئاب على حد سواء، لكن نتائج البحوث لم تكشف عما إذا كانت هناك عوامل مشتركة تؤثر على تطور القلق والاكتئاب والتدخين سواء أكان القلق أم الاكتئاب هو الذي يؤدي إلى التدخين، أو ما إذا كان العكس هو الصحيح . ومع ذلك، فإن الفهم الحالي للعلاقة بين التدخين، والقلق والاكتئاب تؤكد عدم توقف الأساليب العلاجية الحالية، بالإضافة إلى ذلك أوصت الدراسة باتجاهات جديدة للبحث والممارسة الإكلينيكية لفهم العلاقة بين القلق والاكتئاب والتدخين .

وقد تناولت دراسات أخرى علاقة التدخين ببعض المتغيرات النفسية الأخرى منها دراسة مجموعة من الباحثين (2010) Cogle, Zvolensky, Fitch and Ericsson بهدف فحص العلاقة بين التدخين واضطرابات القلق . وأجريت هذه الدراسة على عينة قوامها ٥٦٩٢ مدخناً تم تشخيصهم على المحور الأول للاضطرابات النفسية، حيث أجرى تقييم باستخدام المسح العالمي للصحة النفسية بمبادرة من منظمة الصحة العالمية، وبالإضافة إلى تشخيصهم على المحور الأول للاضطرابات النفسية، وتم تقييم التدخين، وتقييم حالة الصحة النفسية. وأظهرت النتائج وجود ارتباط للاضطرابات ما بعد الصدمة^(١) بمعدلات التدخين المرتفعة بما في ذلك المدخنين منذ ١٢ شهراً، أو مدى الحياة ، والتدخين الكثيف، والاعتماد على النيكوتين، وعدم الإقلاع عن التدخين. وكان الارتباط أقل في بعض اضطرابات القلق الأخرى كاضطراب القلق المعمم^(٢)، والرهاب الاجتماعي^(٣). واختلفت التنبؤات، فارتبط الهلع بمن يدخنون يومياً على مدار ١٢ شهراً . وكان هناك ارتباط دال لمن لديهم تاريخ مرضي من نوبات الهلع سواء أكانوا مدخنين لمدة سنة، أو مدخنين بكثافة، أو معتمدين على النيكوتين، أو فشلوا في

1 -Post – Traumatic

2- Generalized Anxiety

3- social Phobia

الإفلاج عن التدخين عبر حياتهم . ومما سبق يتضح أن النتائج أظهرت أن عدداً كبيراً من اضطرابات القلق ارتبطت بشكل أو بآخر بتدخين السجائر .

وأجرى على نحو مشابه فيلدنر وآخرون (2009) Feldner,Smith,Ericcson,Schmidt Zvolensky and دراسة هدفت إلى فحص دور الاعتماد على النيكوتين في العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة ومشاكل الهلع ،حيث أجريت تجارب قليلة نسبياً لفهم هذا الارتباط. وأشارت النتائج إلى أن الاعتماد على النيكوتين غالباً ما يتبعه اضطراب ما بعد الصدمة. كما أشارت أبحاث التدخين إلى أن تدخين عدد كبير من السجائر يومياً قد يؤدي إلى اضطرابات الهلع . كما اختبرت الفرض الجزئي أن التدخين يتوسط العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة ونوبات الهلع في عينة ممثلة بلغ حجمها ٦٩٢ ٥ مدخنا منهم ٣٠٢٠ ٣ إمراة بمتوسط عمري ٤٥ سنة وانحراف معيارى ١٨ سنة للراشدين. وفي تكرار المسح الوطنى للحالة المرضية أظهرت النتائج صحة الفرض ودعمت كذلك فرض الدراسة أن التدخين بين الأفراد ذوى اضطراب ما بعد الصدمة ربما يطور لديهم مشكلات الهلع .

كما أجرى مصطفى وآخرون (2014) Mustafa,Sedacolak,Dusunc,Guven,Aricl and Gocet دراسة بهدف معرفة العلاقة بين الأعراض النفسية ومستوى الاعتماد على النيكوتين، على عينة قوامها ٧٧ مشاركاً قسمت إلى ٢٨ أنثى، و ٩ ذكراً وقسمت العينة إلى أربع عينات فرعية من حيث مستوى الاعتماد على النيكوتين (معتمد منخفض جداً ، ومعتمد منخفض، ومعتمد متوسط، ومعتمد مرتفع). استخدمت الدراسة اختبار الاعتماد على النيكوتين، وبطارية الأعراض النفسية، ومقياس تقرير ذاتى لشدة الاعتماد على النيكوتين .وأظهرت النتائج أن هناك علاقة بين الأعراض النفسية، ومستوى الاعتماد على النيكوتين؛ كما تبين وجود علاقة بين الوسواس القهرى، والقلق العام، والأفكار الذهانية، والشعور بالأرق، وأعراض فقدان الشهية ، واضطرابات المزاج ، كل منها على حدة ، بمستوى شدة الاعتماد على النيكوتين.

ثانياً : دراسات التدخين فى علاقته بالأفكار الآلية السلبية والتشويه المعرفي

وأجرى زفلونسكى و آخرون (2006) Zvolensky,Miller, Marce,Mcleish,Felde and Ellen دراسة هدفت إلى فحص وتقييم حساسية القلق وتفاعلها مع تعاطى الماريجوانا^(١) للتنبؤ بالمتغيرات المتعلقة بأعراض القلق والهلع المرتبط بالتفكير الكارثي^(٢) بين متعاطى التبغ على عينة قوامها ٢٦٥ من مدخنى التبغ من الراشدين، وأشارت النتائج إلى أن حوالي ٧٣% من العينة الحالية كانوا من مدخنى الماريجوانا؛ و ٨٧,٥% من العينة الفرعية كانوا يتعاطون الماريجوانا أكثر من مرة فى الأسبوع، وكان ٣٧ من الإناث مدخنات منتظمات، بمتوسط عمري ٢٢,٦ سنة وانحراف ٧,١٩ سنة. وكانت العينة من جنسيات مختلفة ٩٤% من القوقازيين، و ٣% آسيويين، و ١% أمريكيان أفارقة، و ١% أسبان، و ١% جنسيات أخرى. وكان متوسط السجائر المدخنة فى اليوم ١٢,٣١ سيجارة وانحراف ٨٣,٦ سيجارة فى اليوم ، ومتوسط سن الانتظام فى التدخين ١٦,١٥ سنة، وانحراف ١,٨ سنة، ومتوسط السجائر المدخنة ٦,٦١ سيجارة، وانحراف معيارى ٨,٠٥ سيجارة. وتم رصد بعض المتغيرات كتاريخ التدخين، ومعدل التدخين،

1- Marijuana

2- Catastrophic Thinking

3- Alcohol

وسن التدخين، وانتظام التدخين، واستخبار الماريجوانا والكحول⁽³⁾ بالإضافة إلى بند للتعاوى الحالى للماريجوانا والكحول ، واستخبار الحساسية للقلق، واستخبار للتأثيرات الإيجابية والسلبية للتدخين، واستخبار أعراض المزاج والقلق. وأظهرت النتائج أن هناك تفاعلاً بين استخدام الماريجوانا والحساسية للقلق، ويمكن التنبؤ من خلالهما بأعراض القلق، ورهاب الأماكن الواسعة. كما أشارت النتائج إلى أنه يمكن التنبؤ بأعراض القلق من خلال التعاوى المتكرر للماريجوانا . وبالمقارنة بين مدخني الماريجوانا وغير مدخني الماريجوانا يمكن التنبؤ بمخاطر أعراض القلق، والتفكير الكارثي للأحداث المادية بين مدخني السجائر من المرتفعين على الحساسية للقلق. ونوقشت النتائج في ضوء التعاوى المتكرر والتعاوى المنتظم للماريجوانا، والحساسية للقلق، والهلع، واستخدام التبغ بانتظام . وأجرى يونج، وبورلاند على نحو مشابه (Borland and Yong (2008) مسحاً عالمياً⁽⁴⁾ لتعاوى النيكوتين في أربعة بلدان بهدف معرفة وظيفة المعتقدات حول التدخين، ومدى فاعليتها للإقلاع عن التدخين بين المدخنين الراشدين. وكان الهدف فحص الخصائص النفسية، ووصفها، والتنبؤ بمدى فاعلية سلوك الإقلاع لسته معتقدات وظيفية تدور حول الإقلاع عن التدخين لدى المدخنين الراشدين واستخدم المسح الإتصالات الهاتفية العشوائية لعينة قوامها ٨٠٠٠ من المدخنين الحاليين في المملكة المتحدة، والولايات المتحدة، وكندا، وأستراليا. وأظهرت نتائج المسح أن هناك ارتباطاً واستقراراً نسبياً مع مرور الوقت للمعتقدات الوظيفية لسته كالتدخين من أجل الاستمتاع بالحياة، وكان الارتباط دالاً إحصائياً لمحاولات الإقلاع عن التدخين، ومرتبطة بالاعتماد على النيكوتين. والتدخين لإدارة الضغوط كان دالاً إحصائياً ، ويقال أيضاً من محاولات الإقلاع. وكانت الفعالية الذاتية دالة إحصائياً للإقلاع أو الاعتماد، والتدخين للتحكم في الوزن، والتدخين للتيسير الاجتماعي، والتدخين كعامل مساعد على التركيز لم يكن دالاً إحصائياً بشكل مستقل مع محاولات الإقلاع عن التدخين. كما تبين أن الأسباب الإيجابية للتدخين قد تعوق الإقلاع عن التدخين، لكن يمكن التنبؤ مستقبلاً من إدارة الضغوط بنجاح محاولات الإقلاع. وأوصت الدراسة بمدى أهمية التدخلات لتعديل تلك المعتقدات، ومراجعتها للتخلص من المعتقدات التي لا علاقة لها بنتائج إيقاف التدخين .

وأجرى بوسون وزملاؤه (Bosson, Maggiori and Gyax, (2011) دراسة بهدف معرفة معتقدات المراهقين واتجاهاتهم حول التحذيرات الصحية لتعاوى التبغ، في الفئة العمرية من ١٤ : ١٨ سنة، لمعرفة مدى تأثير النصائح الصحية على كل من المدخنين وغير المدخنين. أظهرت النتائج اختلافاً بين الفئات العمرية، وبين خبرات المراهقين لتعاوى التبغ، وكذلك في تلقيهم وتقبلهم النصائح الصحية لتعاوى التبغ؛ فالطلاب الأصغر عمراً كان تنفيذهم للنصائح أفضل جوهرياً بالمقارنة بمن هم أكبر منهم سناً . وتبين أيضاً أن غير المدخنين كانوا أكثر إدراكاً واحتراماً للنصائح الصحية، والأضرار الناتجة عن تعاوى التبغ وكانوا أكثر قلقاً حول عواقب التدخين ويدركون العواقب الصحية الناتجة عن التدخين بالمقارنة بالمدخنين. وأوصت الدراسة بأهمية علاج المعتقدات والاتجاهات السلبية المعرفية للمدخنين، وكذلك تغيير السلوكيات والمواقف المرتبطة بالتدخين، وتقييم النصائح الصحية بشكل مختلف وتقديمها بشكل يناسب الفئة العمرية، وكذلك طريقة تغيير المعتقدات والسلوكيات المرتبطة بالتدخين.

كما هدفت دراسة تشابمان وآخرين (Chapman, Wong, Smith, and Bmed (1993) إلى معرفة دورالمعتقدات الصحية حول التدخين لدى عينة قوامها ٤٦٨ قسمت إلى عينة من الإناث (ن = ٢١٧)، وعينة من الذكور (ن = ٢٥١) طلب من جميع المشاركين الإجابة عن استخبار للمعتقدات حول التدخين وعلاقته بالأمراض التي يسببها التدخين، حيث شمل الاستخبار بعض المعتقدات الصحية المرتبطة بالتدخين (كالإصابة بأمراض القلب، وضعف الدورة الدموية، والتهاب الشعب الهوائية، وسرطان الرئة، والسكتة الدماغية) وكذلك بعض الأعراض المرتبطة بالتدخين كالسعال وضيق التنفس، ومرض واحد قد يبدو أنه غيرمرتبط بالتدخين كالتهاب المفاصل. وأظهرت النتائج أن المدخنين السابقين اتفقوا على أن التدخين يسبب الأمراض الجسمية وكذلك يسبب الأعراض المرتبطة بالتدخين أكثر من المدخنين الحاليين. وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاه أن المدخنين الحاليين بنسبة تتراوح بين ٥٠ : ٨٠% يعتقدون بأن التدخين يسبب الأمراض الجسمية، مقابل ٦٥ : ٩٥% من المدخنين السابقين، كما كانوا يعتقدون بأن التدخين يسبب التهاب المفاصل ١١% بالنسبة للمدخنين الحاليين مقابل ١٤% للمدخنين السابقين .

وأجرى الصبوة (Al- Sabwah, (2002) دراسة هدفت إلى معرفة المنبئات السلوكية والمعرفية للتوقف عن التدخين لدى عينة من المدخنين المصريين لأطول مدة ممكنة. شملت الدراسة ٨١ من المدخنين المصريين تم اختيارهم من بين ٤٦ مدخنًا بعد فحصهم بالعيادة النفسية لمدة ٦ شهور ثم طبق عليهم استخبار التوقف عن التدخين.

ويعكس هذا الاستخبارالمكونات الأساسية لنظرية الفعل أوالسلوك التخطيطي، والحساسية المدركة للخطرالمتوقع، ونوايا التوقف عن التدخين، ومحاولات التوقف الفعلي، والتوقف الدائم بعد محاولات التوقف المتقطعة (الانتكاسات). وكشفت نتائج تحليل الانحدارالمتدرج وتحليل الانحدار اللوجيستي، أن متغيرالقصد أونوايا التوقف عن التدخين يعد أول المتغيرات المنبئة بالقدرة على التحكم في فعل التدخين، وإدراك الأخطارالمتوقعة. وبعد ستة شهورمن المتابعة، تبين أن القيام بمحاولات التوقف عن التدخين يعد متغيراً منبئاً بالنية ويعد محاولات التوقف السابقة، بينما تنبأ متغير طول محاولة التوقف بأطول مدة بمتغيرتعديل سلوك التدخين على رفع دافعية المدخن للتوقف واستثارة عمليات إدراك الأخطار الناجمة عن التدخين. ومع ذلك لازالت هناك حاجة ماسة لتحديد المزيد من المتغيرات الاجتماعية والمعرفية المسؤولة عن تحويل الانقطاع المؤقت عن التدخين إلى توقف تام ودائم .

فروض الدراسة

- بعد الإطلاع على الأطرانظرية والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة كما يلي :
- تتباين القدرة التنبؤية للأفكارالآلية لدى الراشدين المدخنين من الجنسين بتباين القلق والاكتئاب والإستمرار في سلوك التدخين .
 - يمكن للأفكارالآلية والتدخين التنبؤ بتغير الحالة المزاجية (القلق والاكتئاب) لدى المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين .
 - تتوسط الأفكارالآلية العلاقة بين التدخين وكل من القلق والاكتئاب لدى المدخنين وغيرالمدخنين من الجنسين .

منهج الدراسة وإجراءاتها

أجريت الدراسة الراهنة وفقاً للمنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت هذه الدراسة التصميم المستعرض لدراسة مجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة.

عينة الدراسة

تم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها (٤٢٠) من الجنسين بواقع ٢٢٠ مفردة للذكور، و ٢٠٠ مفردة للإناث، وتراوحت الأعمار ما بين (٢٠ - ٥٠) سنة، وبلغ متوسط عمر المدخنين $32,51 \pm 8,97$ سنة، كما بلغ متوسط غير المدخنين $32,16 \pm 8,41$ سنة، وبلغ متوسط عمر المدخنات $32,43 \pm 8,44$ سنة، وبلغ متوسط عمر غير المدخنات $32,15 \pm 7,96$ سنة. كما أنه قد تم مراعاة إحداث التكافؤ بين المجموعات في العمر، والمستوى التعليمي، والذكاء. وتم التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة في بعض المتغيرات الدخيلة؛ كالذكاء (الفهم العام)، والعمر، والمستوى التعليمي (عدد سنوات الدراسة). وسيوضح جدول (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية لهذه المتغيرات، وقيم إختبار ت ودالاتها.

جدول (١)

التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة وبعضها بعضاً

في بعض المتغيرات الدخيلة للعينة الأساسية (ن = ٤٢٠)

المجموعات	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	٤-٣	٤-٢	٣-٢	٤-١	٣-١	٢-١
١	١٢,٦٠	١,٨٨	١٢,٨٨	٢,٠٥	١٣,٢٦	٢,٠٣	١٣,٥٥	١,٨٩	٠,٧٨	٢,٤٠	٣,٦٠	١,٥٦	٢,٦٦	١,٠٤
٢	٣٢,٥١	٨,٩٧	٣٢,١٦	٨,٤١	٣٢,٤٣	٨,٤٤	٣٢,١٥	٧,٩٦	٠,٣٠	٠,٠٧	٠,٣١	٠,٢٢	٠,٠١	٠,٢٤
٣	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 التكافؤ (١) أن قيم إختبار ت كانت غير دالة 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. واستخدم المقياس للمقارنة بين اتجاهات المدخنين وغير المدخنين في الاعتماد على السجائر. واستخدم المقياس للفرز والتصنيف لعينة الدراسة.

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

٣-استخبار القلق النفسى ذى المكونات الأربعة، إعداد لويس جاندا(٢٠٠١)، ترجمة الباحثة. ويتكون استخبارالقلق النفسى ذى المكونات الأربعة (الانفعالات، والأفكارالمعرفية، والسلوكيات، والأعراض الجسمية) من ٦٠ بندا يدورمضمونها حول الصعوبات التى تواجه معظم الناس من وقت لآخر.

٤- قائمة الأفكار الآلية حول التدخين من إعداد الباحثة. تكونت قائمة الأفكار الآلية حول التدخين من ٧٤ بنداً ، يدور مضمونها حول أفكار مرتبطة بالتدخين.

التحقق من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة

قدمت بطارية الاستخبارات إلى ٨٠ فرداً ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين رئيسيتين (ذكور وناث). وتم تقسيم عينة الذكورالى عينة ذكورمدخنين تدخيناً كثيفاً وقوامها ٢٠ فرداً وغيرمدخنين وقوامها ٢٠ فرداً، كما تم تقسيم عينة الإناث إلى عينة إناث مدخنات تدخيناً كثيفاً وقوامها ٢٠ أنثى وغيرمدخنات وقوامها ٢٠ أنثى؛ تراوح المدى العمرى للعينات مابين ٢٠ و٥٠ سنة، وذلك لحساب معاملات الثبات والصدق لتلك الاستخبارات للتحقق من كفاءتها القياسية.

أولاً : حساب معاملات ثبات أدوات الدراسة

تم حساب معاملات الثبات لمقاييس الدراسة وبثلاث طرق هى : إعادة الاختبار، وبطريقة معامل ألفا ل كرونباخ، والتجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة جتمان، لها درجة من الكفاءة القياسية لدى مختلف مجموعات الدراسة الاستطلاعية، حيث تقع معدلات الثبات فى المستوى الجيد، وهو مايدل على أن أدوات الدراسة ذات درجة عالية من الاتساق الداخلى لدى مختلف مجموعات الدراسة. وبناء على كل النتائج تم الاعتماد على قائمة بيك للاكتئاب حيث تراوحت معاملات الثبات بين ٠,٨٢ ، إلى ٠,٩٧ ، ، بينما تراوحت معاملات ثبات استخبارالقلق النفسى ذى المكونات الأربعة بين ٠,٧٨ ، إلى ٠,٩٦ ، حيث استخدمت التجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام "معادلة جتمان" لعدم تساوى النصفين، وقائمة الأفكارالآلية حول التدخين فتبين أيضاً أن معاملات الثبات مقبولة إلى مرتفعة فتراوحت معاملات ثباتها من ٠,٧٥ إلى ٠,٩٨ ، مما يدل على كفاءتها القياسية لدى مختلف عينة الدراسة.

ثانياً : معاملات صدق اختبارات البطارية

قامت الباحثة بحساب معاملات الصدق لمقاييس الدراسة بطريقة صدق التعلق بمحك خارجى، فنجد أن معاملات الصدق تراوحت بين المقبولة إلى المرتفعة. وتراوحت معاملات الصدق من ٠,٦٠ إلى ٠,٨٨ ، لجميع أدوات الدراسة لمختلف العينات؛ وهو مايدل على الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة من حيث صدق الأدوات.

نتائج الدراسة

وللتحقق من صحة الفرض الأول الذى ينص على " تتباين القدرة التنبؤية للأفكارالآلية لدى الراشدين المدخنين من الجنسين بتباين القلق والاكتئاب والإستمرار فى سلوك التدخين". فقامت الباحثة بحساب قيمة معامل الارتباط لبيرسون بين متغيرات الدراسة(التدخين والاكتئاب والقلق والأفكارالآلية). ويحسب معامل الارتباط تمهيدا لإجراء تحليل الانحدارليبحث فروض الدراسة حيث يكون لمعامل الارتباط أهمية فى تحليل الانحدارالمتعدد للتنبؤ بالمتغيرات الأكثر ارتباطاً وبعضها بعضاً. وسيوضح جدول (٢) معاملات الارتباط لمتغيرات الدراسة فى مختلف العينات.

جدول (٢)

معاملات الارتباط لمتغيرات الدراسة في مختلف العينات

المتغيرات	ذكور مدخنون ن = ١١٠			ذكور غير مدخنين ن = ١١٠			إناث مدخنات ن = ١٠٠			إناث غيرمدخنات ن = ١٠٠		
	الاكتئاب	القلق	الأفكار الآلية	الاكتئاب	القلق	الأفكار الآلية	الاكتئاب	القلق	الأفكار الآلية	الاكتئاب	القلق	الأفكار الآلية
تدخين	**،٤٢٧	*،٢١٧	**،٢٩٨	،٠٠٧	،٠٥٦	،١٧٨	،١٦٥	،٠٩٥	،٠٨٧-	،٠٦٠	،٠٣٠	،٠٤٨
اكتئاب	-	**،٣١٣	**،٣٦٣	-	،٠٧٤	،٠٣٧-	-	،٠٣٣	،٢٠٦*	-	،١٣٥	،٠٢٥
القلق	-	-	**،٢٥٢	-	-	،٢٢٥*	-	-	،١٣٦	-	-	،٠٩٢-

* دالة عند ٠،٠٥

** دالة عند ٠،٠١

يتبين من الجدول السابق وجود ارتباط دال بين معظم متغيرات الدراسة الممثلة في التدخين، والاكتئاب، والقلق، والأفكار الآلية السلبية حول التدخين لدى عينة الدراسة. بالنسبة لعينة الذكور المدخنين: تبين وجود علاقات ارتباطية طردية "موجبة" بين المتغيرات؛ بمعنى أنه كلما ازداد التدخين ازداد الاكتئاب، وكما تبين أنه كلما ارتفع معدل الأفكار الآلية المرتبطة بالتدخين زاد التدخين، والأمر نفسه بالنسبة للعلاقة بين التدخين والقلق النفسى، كذلك تبين أنه كلما ارتفعت معدلات القلق والاكتئاب عند المدخنين ازداد تكرار الأفكار الآلية حول التدخين، وكانت معاملات الارتباط أشد قوة لدى المدخنين من الذكور والإناث بالمقارنة بغير المدخنين والمدخنات. أما عينة الذكور غير المدخنين فقد اتضح عدم وجود علاقة ارتباطية بين كل من الاكتئاب والتدخين، والقلق والتدخين، والأفكار الآلية والتدخين، والاكتئاب والأفكار الآلية. أما فيما يتعلق بالعلاقة بين القلق والأفكار الآلية؛ فتبين وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين. وفيما يتعلق بعينة الإناث المدخنات؛ اتضح عدم وجود علاقة ارتباطية بين كل من الاكتئاب والتدخين، والقلق والتدخين، والأفكار الآلية حول التدخين والتدخين، والقلق والاكتئاب، والقلق والاكتئاب، والأفكار الآلية. ولكن أظهر التحليل وجود علاقة ارتباطية دالة بين الاكتئاب والأفكار الآلية، أما بالنسبة لعينة الإناث غير المدخنات؛ فقد اتضح أنه لا توجد علاقة بين متغيرات الدراسة وبين بعضها بعضا. للإجابة عن تساؤلات البحث، تم تحليل البيانات إحصائيا باستخدام نموذج الانحدار الخطى البسيط ونموذج الانحدار الخطى المتعدد. و استخدمت معادلة الانحدار للتنبؤ بقيمة المتغير المتنبأ به عند قيمة معينة للمتغيرات التنبؤية للإجابة عن هذا التساؤل استخدم نموذج الانحدار الخطى البسيط. وسيتم عرض النتائج في جدول (٣).

جدول (٣) نموذج الانحدار الخطى البسيط لدى مختلف عينات الدراسة (ن = ٤٢٠)

العينات	المؤشرات المتغيرات المتنبأها		ر	ر ^٢	معامل الانحدار	معاملات الانحراف المعياري		ت	الدالة	ف	الدالة
	المنبئة	المنتبأها				الخطأ المعياري	معامل B				
ذكور مدخنون ن = ١١٠	الأفكار الآلية	قلق	،٢٥٢	،٠٦٣	بسيط	،٠١٥	،٠٤١	٢٢،٧٠١	،٠٠٨	٧،٢٩٨	،٠٠٨
		اكتئاب	،٣٦٣	١٣٢		،٠١٥	،٠٦٠	٤،٠٤٤	،٠٠٠	١٦،٣٥٥	،٠٠٠
		تدخين	،٢٩٨	،٠٨٩		،٠٠٩	،٠٢٨	٣،٢٤٣	،٠٠٢	١٠،٥١٧	،٠٠٢

تابع جدول (٣)

ذكور غير مدخنين ن = ١١١٠	الأفكار الآلية	قلق اكتئاب تدخين	٢٢٥ ، ٠٣٧ ، ١٧٨ ،	٠٠١ ، ٠٣٢ ،	بسيط	١٨٨ ، ١٤٨ ، ٠٧٤ ، ١٣٩ ،	٤٥١ ، ٠٥٧ - ، ٠ ، ١٣٩ ،	٢.٤٠٣ ، -٣.٨٨٨ ، ١.٨٨٣ ، ١٣٩ ،	٠١٨ ، ٦٩٩ ، ٠٦٢ ،	٥.٧٧٥ ، ١٥١ ، ٣.٥٤٤ ،	٠١٨ ، ٦٩٩ ، ٠٦٢ ،
إناث مدخنات ن = ١٠٠	الأفكار الآلية	قلق اكتئاب تدخين	١٣٦ ، ٢٠٦ ، ٠٨٧ ،	٠١٩ ، ٠٤٣ ، ٠٠٨ ،	بسيط	٠٣٢ ، ٠١٦ ، ٠١٥ ، ٠١٣ - ، - ،	٠٤٣ ، ٠٣٣ - ، - ، ٠١٣ - ، - ،	١.٣٦٢ ، -٢.٠٨٨ - ، ٨٦٦ - ، - ، - ،	١٧٦ ، ٠٣٩ ، ٣٨٩ ،	١.٨٥٥ ، ٤.٣٦٠ ، ٧٥٠ ،	١٧٦ ، ٠٣٩ ، ٣٨٩ ،
إناث غير مدخنات ن = ١٠٠	الأفكار الآلية	قلق اكتئاب تدخين	٠٩٢ ، ٠٢٥ ، ٠٤٨ ،	٠٠٨ ، ٠٠١ ، ٠٠٢ ،	بسيط	٢٠٦ ، ١٥٢ ، ٠٩٨ ، ٠٤٧ ،	١٨٨ - ، - ، ٠٣٨ ، ٠٤٧ ،	٩١٣ - ، - ، ٢٥٢ ، ٤٨٠ ،	٣٦٣ ، ٨٠٢ ، ٦٣٣ ،	٨٣٤ ، ٠٦٣ ، ٢٣٠ ،	٣٦٣ ، ٨٠٢ ، ٦٣٣ ،
العينة الكلية ن = ٤٢٠	الأفكار الآلية	قلق اكتئاب تدخين	٥٢٥ ، ٦٦٥ ، ٦١١ ،	٢٧٦ ، ٤٤٢ ، ٣٧٣ ،	بسيط	٠٠٧ ، ٠٠٦ ، ٠٠٣ ،	٠٩٤ ، ١١٠ ، ٠٥٥ ،	١٢.٦٠٩ ، ١٨.١٩٢ ، ١٥.٧٦١ ،	٠٠٠ ، ٠٠٠ ، ٠٠٠ ،	١٥٨.٩٩٨ ، ٣٣٠.٩٤٠ ، ٢٤٨.٤١٥ ،	٠٠٠ ، ٠٠٠ ، ٠٠٠ ،

يتضح من جدول (٣) أولاً: **عينة الذكور المدخنون**؛ أن الأفكار الآلية تسهم بنسبة (٦%) من التباين الكلي في التنبؤ بمعدلات القلق، ويشير قيمة معامل الارتباط إلى قوة العلاقة بين الأفكار الآلية والقلق، فبلغت (٠,٢٥٢). كما تبين أن الأفكار الآلية تسهم بنسبة (١٣%) من التباين الكلي في التنبؤ بحدوث الاكتئاب، وتشير قيم معامل الارتباط إلى قوة الارتباط بين الأفكار الآلية والاكتئاب فبلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٣٦٣). كما أوضحت النتائج مدى إسهام الأفكار الآلية في تفسير التغيير الذي يحدث للاستمرار في التدخين بنسبة (٨%) من التباين الكلي. وتشير قيم معامل الارتباط إلى قوة الارتباط بين الأفكار الآلية والتدخين (٠,٢٩٨)، حيث كانت قيم اختبار ف، واختبار ت دالة عند (٠,٥). **ثانياً: عينة الذكور غير المدخنين**؛ عند بحث أثر كل متغير على حدة من المتغيرات تبين ما يلي: عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمتغيرين التاليين (الاكتئاب، والتدخين) على مستوى تأثير الأفكار الآلية. بينما كان يوجد تأثير ذو دلالة بين القلق والأفكار الآلية عند مستوى دلالة (٠,٥). **ثالثاً: عينة الإناث المدخنات**؛ تبين عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمتغيرين التاليين (القلق، والتدخين)، بينما كان يوجد تأثير ذو دلالة بين الأفكار الآلية والاكتئاب عند مستوى دلالة (٠,٥) لقيم اختباري (ف، وت). كما فسّر النموذج التباين الذي يحدث في معدلات الاكتئاب بنسبة (٤%) وكان معامل الارتباط (٠,٢٠٦). **رابعاً: عينة الإناث غير المدخنات**؛ أظهرت نتائج التحليل عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين الأفكار الآلية لتفسير كل من (القلق، والاكتئاب، والتدخين)، وذلك كما تبين من نتائج الفرض الأول عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرات لدى عينة الإناث غير المدخنات. وفيما يتعلق بالعينة الكلية للدراسة الحالية تبين أن الأفكار الآلية تسهم بنسبة (٢٧%) من التباين الكلي في التنبؤ بمعدلات القلق، وتشير قيمة معامل الارتباط إلى قوة العلاقة بين الأفكار الآلية والقلق فبلغت (٠,٥٢). كما كان إسهام الأفكار الآلية (٤٤%) من التباين الكلي في التنبؤ بمعدلات الاكتئاب، وكان معامل الارتباط بينهما (٠,٦٦). وكان إسهام الأفكار الآلية في

متغير التدخين (37%) من التباين الكلى فى القدرة على التنبؤ بالاستمراريى التدخين، وكان معامل الارتباط بينهما (0.61)، حيث كانت قيم اختبار ت لجميع المتغيرات دالة عند (0.001).

الفرض الثانى " يمكن للأفكار الآلية والتدخين التنبؤ بتغير الحالة المزاجية (القلق والاكتئاب) لدى المدخنين وغير المدخنين من الجنسين "

اتبعنا فى البداية طريقة الانحدار الخطى المتعدد التدريجى لاختبار الفرض الثانى، التى تقتضى إدخال المتغيرين معاً مع استبعاد المتغيرات التى تصبح غير مؤثرة بوجود بقية المتغيرات الأخرى، واستخدمنا الطريقة العيادية، التى تعتمد على إدخال كل المتغيرات كلها فى النموذج مرة واحدة. وسيوضح جدول (4) نتائج تحليل الانحدار الخطى المتعدد للتنبؤ بالقلق والاكتئاب.

جدول (4)

نتائج تحليل الانحدار الخطى المتعدد للتنبؤ بالقلق والاكتئاب

العينات	المؤشرات المتغيرات		نوع الانحدار	معاملات الانحراف		ت	الدلالة	ف	الدلالة
	المنبئة التابعة	المؤشرات المتغيرات		الخطأ المعيارى	معامل B				
ذكور مدخنون ن=110	نموذج 1 تدخين	اكتئاب	تدرجى	0.154	0.755	4.908	0.000	24.092	0.000
	نموذج 2 تدخين والأفكار الآلية	اكتئاب		0.106	0.719	3.974	0.000	17.194	0.000
	أفكار الآلية	قلق		0.015	0.043	2.933	0.004	-----	-----
ذكور غير مدخنين ن=110	تدخين والأفكار الآلية	اكتئاب	العيارى	0.101	0.29	1.47	0.883	0.085	0.918
	أفكار الآلية	قلق		0.188	0.451	2.403	0.018	5.775	0.018
	التدخين	اكتئاب		0.016	0.33	-2.088	0.039	4.360	0.039
إناث مدخنات ن=100	تدخين والأفكار الآلية	قلق	العيارى	0.215	0.330	1.068	0.288	1.499	0.228
	أفكار الآلية	قلق		0.032	0.046	1.451	0.150	-----	-----
	التدخين	اكتئاب		0.158	0.92	0.585	0.560	0.202	0.817
إناث غير مدخنات ن=100	التدخين والأفكار الآلية	قلق	العيارى	0.214	0.054	-0.250	0.803	0.444	0.643
	أفكار الآلية	قلق		0.054	0.186	-0.895	0.373	-----	-----
	التدخين	اكتئاب		0.107	0.94	18.192	0.000	330.940	0.000
العينة الكلية ن=420	التدخين والأفكار الآلية	اكتئاب	تدرجى	0.007	0.87	11.677	0.000	189.243	0.000
	أفكار الآلية	قلق		0.083	0.429	5.194	0.000	-----	-----
	التدخين والأفكار آلية	قلق		0.007	0.79	8.533	0.000	158.998	0.000
				0.104	0.257	2.482	0.013	83.560	0.000

تبيين من خلال نتائج تحليل الانحدار الخطى المتعدد المتدرج مايلي :

عند إجراء تحليل الانحدار المتعدد التدريجي لتحديد أهمية إسهام كل متغير من هذه المتغيرات معا للتنبؤ بالتغير الذي يحدث في المتغير التابع (المتنبأ به)، كما يتضح من الجدول (٤) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات التنبؤية في معادلة الانحدار. بالنسبة لعينة الذكور المدخنين؛ بالنسبة للمتغير التابع الأول (الاكتئاب) قد تبين أن متغير "التدخين" قد فسرحوالى (١٨%) من التباين الذي يحدث في للمتغير التابع "الاكتئاب"، بينما فسركل من الأفكار الآلية والتدخين معاً حوالى (٢٤%) من التباين الذي يحدث في معدلات الاكتئاب لدى عينة الذكور المدخنين. وفيما يتعلق بمتغير التابع الثانى (القلق) فقد تبين دخول متغير الأفكار الآلية منفرداً وقد فسرحوالى (٦%) من التباين الذى يحدث في معدلات القلق للذكور المدخنين، وكانت قيم ت دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٠٠١)، (٠,٠٥). وفيما يتعلق بالذكور غير المدخنين تبين أن الأفكار الآلية استطاعت تفسير مدى التغير الذى يحدث في معدلات القلق بنسبة (٥%)، وكانت قيم ت دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥). أما عينة الإناث المدخنات تبين أن الأفكار الآلية فسرت حوالى (٤%) من التغير الذى يحدث في معدلات القلق، بينما فسرحوالى الأفكار الآلية التباين الذى يحدث في معدلات الاكتئاب بنسبة (٣%) للإناث المدخنات وكانت قيم ت دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وفيما يتعلق بالإناث غير المدخنات فلا يوجد تأثير ذو دلالة أو عدم وجود دلالة إحصائية لتفسير الأفكار الآلية والتدخين لمعدلات القلق والاكتئاب. واعتمدنا في تحليل النتائج لهذه العينة على الانحدار المتعدد التدريجي. أما بالنسبة للعينة الكلية؛ تبين أن كل من الأفكار الآلية والتدخين تنبأنا بمعدلات القلق والاكتئاب للعينة الكلية وكانت قيم ت دالة؛ حيث فسرحالنموذج (٤٧%) من التباين الذى تحدثه الأفكار الآلية والتدخين والتنبؤ بمعدلات الاكتئاب. بينما فسرحالنموذج (٢٨%) من التباين الذى يحدثه التفاعل بين الأفكار الآلية والتدخين للتنبؤ بمعدلات القلق .

الفرض الثالث " الأفكار الآلية تتوسط العلاقة بين التدخين وكل من القلق والاكتئاب والاستمرار فى التدخين لدى المدخنين وغير المدخنين من الجنسين "

للتحقق من صحة الفرض الثالث قمنا بحساب معادلات الانحدار وفقاً للخطوات الأربع لبارون وكينى (١٩٨٦)، لحساب التأثير المباشر للعملية الوسيطة، كما تم حساب التأثير غير المباشر للعملية الوسيطة بطريقة جاد وكينى (١٩٨١)، ومعادلة سوبل (١٩٨٢)، وحساب التأثير الكلى للعملية الوسيطة. واعتمدنا فى الدراسة الحالية على استخدام معادلة سوبل وتم حسابها من خلال هذا الرابط

(SobelTest) & (Kristopher, Preacher, <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>, 14-8-2015)

(using This online Calculator) وسيوضح جدول (٥) نتائج تحليل الانحدار الخطى البسيط والمتعدد

لحساب التأثير المباشر وغير المباشر باستخدام معادلة سوبل .

(التدخين). فيتكون هذا التأثير من حاصل ضرب معاملات الانحدار في هذين المسارين وبذلك يكون التأثير غير المباشر للعملية الوسيطة (الأفكار الآلية) $195 = 0.89\gamma = 0.173$ ، (أ ب) ، وهذا يعني أنه يوجد تأثير غير مباشر للأفكار الآلية كعملية وسيطة بين القلق والاكتئاب والاستمرار في التدخين ، لأن قيمة التأثير غير المباشر تضاعفت عن قيمة التأثير المباشر ، وكذلك كانت قيمة معادلة سوبل دالة. فمتغير الأفكار الآلية يتوسط بشكل كامل العلاقة بين القلق والاكتئاب والتدخين؛ لأن قيمة معامل بيتا في الخطوة الأولى (معادلة انحداراً) تغيرت في الخطوة الثانية (المعادلة الثانية - انحدار ب) من (2.200) إلى (0.28) بالنسبة لمتغير الاكتئاب، وانخفض معامل بيتا من (1.051) إلى (0.28) لمتغير القلق. ووفقاً لما أشار له بارون، وكينى (1986) فإن النتائج السابقة لا تكون ذات دلالة إحصائية إلا بعد إجراء اختبار سوبل للتحقق من معنوية أو دلالة دور العملية الوسيطة (الأفكار الآلية)، وقد صمم بريشر، وليوناردل (2001) (Preacher & Leonardelli, 2001) برنامج حسابي لإجراء هذا الاختبار (Sobel Test) (Kristopher, Preacher, http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm, 14-8-2015) (using This online Calculator)، والتي تعرض نتائجه في الجدول السابق، والتي تدل وفقاً لمستوى الدلالة بدلالة نتائج اختبار سوبل للأفكار الآلية كعملية وسيطة بين القلق والاكتئاب والتدخين لعينة الذكور المدخنين. وفيما يتعلق بحساب التأثير الكلي؛ التأثير الكلي = التأثير المباشر + التأثير غير المباشر (ج = ج / أ + ب) ج = $0.173 + 0.2273 = 0.4003$ ، فالتأثير الكلي للعملية الوسيطة (الأفكار الآلية) = 22% . ثانياً: **عينة الذكور غير المدخنين**؛ تبين أن معاملات الانحدار كانت غير دالة مما يشير إلى أن هناك فروقاً بين المدخنين وغير المدخنين في إسهام الاكتئاب والقلق في الأفكار الآلية والتدخين حيث كان التأثير ضعيفاً ، فيما عدا متغير القلق فقد كان يسهم بنسبة 5% من التغير الذي يحدث في الأفكار الآلية. وكانت قيم اختبار سوبل غير دالة للتأثير غير المباشر لعينة الذكور غير المدخنين **ثالثاً: عينة الإناث المدخنات** تبين أن معاملات الانحدار كانت غير دالة مما يشير إلى أن هناك فروقاً بين المدخنين الذكور والمدخنات في أنماط الأفكار الآلية حول التدخين ومعدلات القلق والاكتئاب في التأثير المباشر للعملية الوسيطة، وكذلك كانت قيم اختبار سوبل للتأثير غير المباشر غير دالة أيضاً ، بينما كانت قيم نموذج الانحدار دالة للعلاقة بين الاكتئاب والتنبؤ بالأفكار الآلية (انحدار مساراً) كانت القيم دالة 0.39 عند مستوى دلالة 0.05 . **رابعاً عينة الإناث غير المدخنات** : تبين من تحليل مختلف المسارات لتحليل الانحدار عدم ملاءمة البيانات لنموذج الانحدار؛ فكانت معاملات الارتباط بين المتغيرات لعينة الإناث غير المدخنات ضعيفة وبالتالي كانت القيم غير دالة لاختبارات توف وعدم وجود تأثير مباشر للعملية الوسيطة (الأفكار الآلية) وعدم وجود تأثير غير مباشر للعملية الوسيطة وفقاً لقيم اختبار سوبل حيث كانت غير دالة . **خامساً: العينة الكلية**؛ تبين أن انحدار الاضطرابات المزاجية (القلق والاكتئاب) مسار (ج) قد تنبأ بالاستمرار بالتدخين بنسبة 46% ، وكانت قيم ت دالة عند (0.01) . بينما تنبأ مسار (أ) الاضطرابات المزاجية ب 71% من التغيرات التي تحدث في الأفكار الآلية، بينما تنبأت الأفكار الآلية بحوالي 37% من التغيرات التي تحدث في الاستمرار في التدخين مسار (ب)، بينما تنبأ مسار أب باستخدام نموذج الانحدار المتعدد العيادي بمسار (ج/) ب 41% من إسهام القلق والاكتئاب والأفكار الآلية بالاستمرار في التدخين. وكانت جميع قيم التأثيرات المباشرة دالة (0.00) لمستوى دلالة قيم ف ، وت.

ولحساب العملية الوسيطة بطريقة غير مباشرة وفقاً لاختبار سوبل؛ فقد تم ضرب اثنين معاً من معاملات الانحدار، وتأثير الانحدار الجزئي لتأثير المتغير الوسيط (الأفكار الآلية) للتنبؤ بالمتغير التابع (التدخين). فيتكون هذا

التأثير من حاصل ضرب معاملات الانحدار في هذين المسارين وبذلك يكون التأثير غير المباشر للعملية الوسيطة (الأفكار الآلية) $\gamma = 0.37$, $\beta = 0.26$, (أ ب)، فمتغير الأفكار الآلية يتوسط بشكل كامل العلاقة بين القلق والاكتئاب والتدخين؛ لأن قيمة معامل بيتا في الخطوة الأولى (معادلة انحداراً) تغيرت في الخطوة الثانية (المعادلة الثانية - انحدار) من (٤.٠١٣) إلى (٠.٥٥) بالنسبة لمتغير الاكتئاب، وانخفض معامل بيتا من (٢.٩٤) إلى (٠.٥٥) لمتغير القلق. وتم حساب معادلة سويل وكانت قيمة اختبار ت جوهرية لمسارات الانحدار. وفيما يتعلق بحساب التأثير الكلي؛ التأثير الكلي = التأثير المباشر + التأثير غير المباشر (ج = ج / + أ ب) $= 0.67 + 0.188 = 0.858$ ، فالتأثير الكلي للعملية الوسيطة (الأفكار الآلية) $= 67\%$.

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

سوف نناقش هذه النتائج في ضوء الأطر النظرية ونتائج البحوث السابقة التي اهتمت بفروض الدراسة. فأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين كل من الأفكار الآلية السلبية والقلق والاكتئاب لعينة الذكور المدخنين، وتشير هذه النتيجة إلى تحقق صحة الفرض الأول. وتتفق نتائج هذا الفرض مع الإطار النظري والدراسات السابقة في تفسير العلاقة الارتباطية بين كل من التدخين والاكتئاب والقلق، والأفكار الآلية السلبية المرتبطة بالتدخين. فأشارت معظم النتائج إلى وجود علاقة بين الاكتئاب والتدخين (كدراسة أكتون، ٢٠٠١) ودراسة ماركوس واريبا (٢٠١٢) إلى أن التدخين يؤثر سلباً على الحالة المزاجية (القلق والاكتئاب). وقد تكون العلاقة ثنائية الاتجاه فالتدخين يزيد من حدوث القلق والاكتئاب، والقلق والاكتئاب يزيد من خطر التدخين. كما اتفقت النتائج مع ما أوضحه موريل (٢٠٠٧) بأن المدخنين يزداد لديهم أعراض القلق، وأعراض الانسحاب إذا كانوا يعتقدون أن التدخين يقلل من شعورهم بالقلق، كما أقروا بأنهم يدخنوا لاعتقادهم وأفكارهم السلبية حول التدخين وأنهم يدخنوا لخفض الانفعالات السلبية وتقليل شعورهم بالقلق والاكتئاب.

كما تبين وجود علاقة ارتباطية بين الأفكار والمعتقدات السلبية والتدخين كدراسة جون (٢٠٠٦) حيث تبين وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات السلبية والتدخين. كما ارتبط التشويه المعرفي بالاكتئاب، وارتبط التشويه المعرفي بالتعاطي. وكانت الأفكار السلبية لدى الإناث مرتبطة بالاكتئاب. وفيما يتعلق بالارتباط بين الأفكار الآلية والاكتئاب فقد يفسر ذلك النموذج المعرفي للاكتئاب لبيك، ويرى أن سبب الاكتئاب الأفكار السلبية حول الذات والآخريين والمستقبل، حيث يؤدي الإدراك السلبي لدى الفرد وتقييمه للموقف إلى حالة من الاكتئاب.

كما أشارت نتائج الدراسة إلى تبين قدرة الأفكار الآلية في التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب والإستمرار في التدخين؛ حيث تبين قدرة الأفكار الآلية بالتنبؤ بكل من القلق والاكتئاب والإستمرار في التدخين لدى الذكور المدخنين. بينما فسرت الأفكار الآلية التغير الذي يحدث في مستوى القلق فقط لغير المدخنين. وفيما يتعلق بعينة الإناث فالأفكار الآلية تنبأت بالتغير الذي يحدث في مستوى الاكتئاب فقط لعينة الإناث المدخنات. واختفت القدرة التنبؤية للأفكار الآلية على تفسير التغير الذي يحدث في معدلات القلق والاكتئاب والتدخين لغير المدخنات. بينما كشفت نتائج العينة الكلية عن إسهام الأفكار الآلية في تفسير التغير الذي يحدث في معدلات القلق والاكتئاب والإستمرار في التدخين.

فالأفكار الآلية لها قدرة تنبؤية بالقلق والاكتئاب والتدخين على الرغم من أن الأفكار الآلية السلبية مرتبطة بالتدخين إلا أنها تنبأت بالقلق عند الذكور غير المدخنين، وتنبأت بالاكتئاب عند الإناث المدخنات؛ فمن يعانون من القلق

والاكتئاب لديهم نمط من الأفكار السلبية، حيث ارتبطت الأفكار الآلية السلبية المرتبطة بالتدخين بالاكتئاب في عينة الإناث المدخنات وبالقلق في عينة الذكور غير المدخنين. فقد فسرت النظرية المعرفية، والمعرفية- السلوكية الاكتئاب بوصفه اضطراباً في التفكير، وأن الأعراض الاكتئابية تتوالى طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السلبية، فيرتبط الوجدان والسلوك مع المكون المعرفي (عبد الله، ١٩٩٩، ١٦٢). وأشار بيك إلى الأفكار الاكتئابية السلبية بوصفها متغيرات وسيطة للتغير في المزاج، التي تظهر خلال النوبة الاكتئابية وعادة تختفي بعد انتهاء النوبة ولا تمثل عنصر استهداف (عبد الفتاح، ٢٠٠٧، ٦٧). كما تبين أن من عوامل الاستهداف للاكتئاب (المخططات المعرفية كعنصر استهداف للاكتئاب، وأنماط العزو، ووجهة الضبط، وتعلم اليأس، وانخفاض تقدير الذات) (عبد الفتاح، ٢٠٠٧، ٥). وبالتالي ارتبط الاكتئاب عند المدخنات بالأفكار الآلية السلبية. وبالمقارنة بغير المدخنات اخفت القدرة التنبؤية للأفكار الآلية بالقلق والاكتئاب أو قبول سيطرة التدخين والاعتماد على التدخين؛ حيث كانت إجابات غير المدخنات في اتجاه رفض التدخين وسيطرته عليهم ورفض الأفكار المرتبطة بالتدخين .

ووفقاً لنموذج المقاومة الآلية للتدخين كان أغلب المدخنين يدخنون بسبب أفكارهم حول التدخين، وبعضهم الآخر قد يتحكم في أفكاره وسلوكياته حول التدخين من خلال المقاومة الآلية للتدخين، فقد يعدلوا طريقة تفكيرهم أو سلوكياتهم نحو التدخين (Charila , 2011, 21). فالمعتقدات وما تحتويه من أفكار آلية سلبية يكون لها تأثير عميق على المشاعر والسلوكيات؛ فعلى سبيل المثال؛ مرضى الاكتئاب لديهم أفكار سلبية عن أنفسهم والعالم والمستقبل، وتسهم 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 وحدوث الهيم والغم وبالتالي حدوث نوبات من القلق (بيك وآخرون، ١٩٨٥).

وقد أكدت نتائج الدراسات السابقة صحة نتيجة الفرص الثاني؛ حيث تنبأت الأفكار الآلية بتغير الحالة المزاجية لدى المدخنين وغير المدخنين من الجنسين. فتنبأ التدخين والأفكار الآلية بالاكتئاب عند المدخنين، والمدخنات، بينما تنبأت الأفكار الآلية بالقلق لدى الذكور المدخنين وغير المدخنين والمدخنات، بينما لم يتحقق التنبؤ لعينة غير المدخنات في متغيرات الدراسة .

ومن الدراسات التي أظهرت قدرة الأفكار السلبية للتنبؤ بأعراض القلق دراسة زفلونسكي وآخرين (Zvolensky et al., 2006) وكان هدفها فحص وتقييم حساسية القلق وتفاعلها مع تعاطي الماريجوانا للتنبؤ بالمتغيرات المتعلقة بأعراض القلق والهلع المرتبط بالتفكير الكارثي بين متعاطي التبغ. وأظهرت النتائج أن هناك تفاعلاً بين استخدام الماريجوانا والحساسية للقلق، ويمكن التنبؤ من خلالهما بأعراض القلق. كما أشارت النتائج إلى أنه يمكن التنبؤ بأعراض القلق من خلال التعاطي المتكرر للماريجوانا. وبالمقارنة بين مدخني الماريجوانا وغير مدخني الماريجوانا يمكن التنبؤ بمخاطر أعراض القلق، والتفكير الكارثي للأحداث المادية بين مدخني السجائر من المرتفعين على الحساسية للقلق. وتم مناقشة النتائج في ضوء التعاطي المتكرر والتعاطي المنتظم للماريجوانا، والحساسية للقلق، والهلع، وتعاطي التبغ بانتظام .

وافتقت نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في النتائج منها دراسة (Richardson et al., 2012) التي كان هدفها فحص الارتباط بين المدخنين وغير المدخنين في القلق والاكتئاب. وأظهرت النتائج أن

معدلات الاكتئاب والقلق تزداد لدى المراهقين المدخنين بالمقارنة بغيرالمدخنين، وأظهرت النتائج أن المراهقين الذكور يظهر عليهم أقل التغيرات في الاكتئاب والقلق في حالة التدخين .

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج كل من كوجل وآخرين (Cogle et al., 2010)، وفيلدندر وآخرين (Feldner et al., 2009) وعضو الله (٢٠٠٨) حيث كان هدفهم فحص العلاقة بين التدخين واضطرابات القلق، وقد تبين من نتائج الدراسات السابقة أن عدداً كبيراً من اضطرابات القلق ارتبطت بشكل أواخر بتدخين السجائر . كما اتفقت الدراسة الحالية مع نتائج دراسة تسليس، وأثونسوس (Tselebis and Athonossios, 2003) فأشارت نتائج الدراسة إلى أن المدخنين الحاليين يعانون بنسبة عالية من القلق والاكتئاب النفسى مقارنة بالمدخنين السابقين في مقابل غيرالمدخنين، ولكن كانت نسبة القلق أعلى من الاكتئاب لدى الأطباء المدخنين. كما توصلت نتائج مصطفى وآخرون (Mustafa et al., 2014) إلى أن هناك علاقة بين الأعراض النفسية، ومستوى الاعتماد على النيكوتين؛ كما تبين أن وجود علاقة بين الوسواس القهري، والقلق العام، والأفكارالذهانية، والشعوربالأرق، وأعراض فقدان الشهية، واضطرابات المزاج، كل منها على حدة، بمستوى شدة الاعتماد على النيكوتين .

كما تحقق صحة الفرض الثالث؛ فالأفكارالآلية توسطت العلاقة بين كل من القلق والاكتئاب والتدخين لدى الذكور المدخنين فالأفكارالآلية تتوسط العلاقة بين القلق والاكتئاب والتدخين، وكانت النتائج دالة للتأثيرالمباشر وفقاً لبارون وكيني، وكانت دالة أيضاً للتأثير غير المباشر باستخدام معادلة سويل.

فيشير هذا الفرض إلى أهمية المتغيرات الوسيطة لفهم العلاقة السببية بين المتغيرات، ومدى تأثير المتغيرات الوسيطة على المتغيرات التابعة، ومدى إمكانية التنبؤ بالإقلاع عن التدخين .ومن النتيجة السابقة يمكن أن نفسر العلاقة الثنائية التي تقف خلف العلاقة المتبادلة بين كل من القلق والاكتئاب والتدخين فأيهما يؤثر في الآخر . فقد أشار كثير من الباحثين إلى عدم فهم العلاقة المتبادلة بينهم وبين بعضهم بعضاً، وقام آخرون بتفسير هذه العلاقة من خلال الدراسات أوالنماذج النظرية، فأشار هولى ولى (Holly and Lee 2006) إلى وجود علاقة بين التدخين والقلق والاكتئاب على حد سواء. لكن نتائج البحوث لم تكشف عما إذا كانت هناك عوامل مشتركة تؤثرعلى تطورالقلق والاكتئاب والتدخين سواء أكان القلق أم الاكتئاب هو الذى يؤدي إلى التدخين، أو ما إذا كان العكس هوالصحيح.

فالتدخين يؤثرسلبياً على آلية عمل الدماغ وخاصة الدوبامين على المدى الطويل، وقد يؤدي انخفاض الدوبامين إلى التدخين بشكل أكبر . ولكن معظم الناس تبدأ في التدخين قبل ظهورأى علامات أوأعراض للاكتئاب، لذلك ليس من الواضح ما إذا كان التدخين يؤدي إلى الاكتئاب أوأن الاكتئاب هو سبب البدء في التدخين. وأشارت إحدى الدراسات الطولية لمجموعة لها تاريخ طويل في التدخين اليومي وبشكل منتظم وملحوظ إلى خطر الإصابة بالاكتئاب الشديد .

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع بعض التقارير التي أشارت أيضاً إلى أن التاريخ السابق للتدخين سيزيد من خطر ظهور أعراض الاكتئاب، وزيادة المخاطر للإصابة بنوبات إكتئابية شديدة .وأضافت إحدى الدراسات الأخرى أن هناك عوامل تسهم في العلاقة بين التدخين والاكتئاب منها الجينات، وهناك بعض الأسباب المحتملة الأخرى التي تسهم في نشأة كل من الاكتئاب والتدخين كعوامل بيئية واجتماعية منها انخفاض احترام الذات، وأساليب

التعامل، وبالتالي يستخدم المدخنون النيكوتين بمثابة مضادات الاكتئاب باعتباره شكلاً من أشكال التطبيق الذاتي(&enquiries@ash.org.uk; 2-11-2014-6amwww.ash.org.uk) وتبين من نتائج إحدى الدراسات أن معدلات الانتحار من الجنسين كانت أعلى بين مجموعات المدخنين، وكانت لديهم محاولات انتحار سابقة أعلى مرتين بالمقارنة بغير المدخنين. وأشارت إلى أن التدخين يؤدي إلى الاكتئاب، والاكتئاب يهيئ الناس للتدخين. وأشارت أيضاً إلى أن أساليب المواجهة المعرفية أقل فعالية لديهم بالمقارنة بغير المدخنين (Haustein and Groneberg,2010,156).

وتبين من نتائج دراسة أخرى معاناة الأفراد من الاكتئاب لأنهم كانوا مدخنين، كما تبين أنهم مدخنون بكثافة، ويزداد عدد السجائر في حالة زيادة شدة الاكتئاب. كما تبين أيضاً أن الأشخاص الذين يعانون من أعراض الاكتئاب الخفيف يكونون أكثر عرضة للتدخين من غيرهم الذين لا يعانون من أعراض الاكتئاب. والذين يعانون من الاكتئاب يدخنوا على سجائر يومياً أو أكثر، بالمقارنة بمن لا يعانون من أى أعراض الاكتئاب، وهذه مؤشرات على شدة أو كثافة التدخين، كما يرتبط التدخين الكثيف في هذه الفئة بعجزهم عن الإقلاع عن التدخين (Epidemic , 2011,11)

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة واينبرجر (2011) Weinberger et al., حيث أشارت النتائج إلى أن المدخنين كانوا أكثر تأييداً وبقوة أن التدخين يقلل من التأثيرات السلبية كالضجر، ويزيد من التسهيلات الاجتماعية، 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 .

وبعض الدراسات أشار إلى بعض المتغيرات الوسيطة منها، دراسة فيلدنر وآخرون (2009) Feldner et al., التي توصلت إلى أن التدخين يتوسط العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة ونوبات الهلع. وأظهرت النتائج صحة الفرض ودعمت كذلك فرض الدراسة أن التدخين بين الأفراد ذوي اضطراب ما بعد الصدمة ربما يطور لديهم مشكلات الهلع . وأشارت هولوى ولى (2006) Holly and Lee إلى بعض المتغيرات الوسيطة التي تؤثر في العلاقة بين التدخين والقلق والاكتئاب منها عمر المدخن، ونوع الاضطراب، ومستوى الاعتماد على النيكوتين .

واتفقت النتائج مع نتائج بحوث منظمة الصحة العالمية، والمعهد القومي لبحوث الأورام السرطانية؛ في أهمية الإشارة إلى بعض المحددات النفسية والاجتماعية ودور المتغيرات الوسيطة والعلاقات السببية المرتبطة بالتدخين فأشاروا إلى بعض المتغيرات منها؛ متغيرات معرفية (المعتقدات والأفكار الآلية المرتبطة بمخاطر التدخين، والتكاليف، وفوائد الإقلاع)، ومعتقدات حول الإقلاع ومبررات الإقلاع، والاحساس بالندم، والموقف تجاه التدخين، والمخاوف حول تعرض الآخرين للتدخين السلبي، وفوائد التدخين، والموقف تجاه صناعة التبغ، والميل للتدخين، والنية في الإقلاع عن التدخين، ومحاولات الإقلاع السابقة ومدتها، والفعالية الذاتية، والتأثيرات الاجتماعية المدركة، والمعايير الاجتماعية، والخصائص الاجتماعية والسكانية (كالعمر، والجنس، والوضع الاجتماعى والاقتصادى، والعرق، واللغة الأساسية، والديانة، والأسرة والأقران) (International Agency For Research on Cancer World Health Organization ,2008,108A).

وقد امكنا من خلال نتائج هذا الفرض تفسير جزء من العلاقة السببية التي تقف خلف العلاقة بين كل من القلق والتدخين من ناحية والاكتئاب والتدخين من ناحية أخرى؛ لمعرفة مدى إسهام الأفكار الآلية السلبية كعملية وسيطة للتنبؤ بكل من القلق والاكتئاب والتدخين والتأثير المباشر، وغير المباشر التي تحدثه في هذه المتغيرات.

قائمة المراجع

أولاً مراجع باللغة العربية

- العسال، محمود (٢٠١٢). أثر أسلوب العلاج الجمعي في الاقلاع عن التدخين وتعديل بعض المتغيرات النفسية للمدخنين . الرياض :جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية .
- القاضي، وفاء(٢٠٠٩).قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة. رسالة ماجستير(غير منشورة)، جامعة غزة الاسلامية، كلية التربية ، قسم علم النفس.
- بركات، آسيا (٢٠٠٠).العلاقة بين أساليب المعامله الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى بمكة المكرمة ، كلية التربية ، قسم علم النفس.
- بيك، جوديث (٢٠٠٧).العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد. (ترجمة): طلعت مطر، القاهرة :المركز القومي للترجمة.
- حسين،عبد العزيز (٢٠٠٨). العلاقة بين الاكتئاب بمقياس بيك والحالات الانفعالية بمقياس الانفعالات الفارق لدى عينه سعودية، الندوة الإقليمية لعلم النفس، جامعة الملك سعود، كلية التربية، قسم علم النفس .
- خيال، محمود (٢٠٠١). الإدمان كتاب الهلال الطبى ، (١٢) دار الهلال : القاهرة: دار الهلال .
- سويف، مصطفى (٢٠٠١). مشكلة تعاطى المخدرات بنظرة علمية ، القاهرة :الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عبد الله، عادل (١٩٩٩). العلاج المعرفي- السلوكى أسسه وتطبيقاته ، القاهرة : دارالرشاد .
- عبد الغفار،غادة (٢٠٠٧). الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطرابات الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ،١٧، (٣) ، ١-٣٦.
- عبد الفتاح، غريب (٢٠٠٧). الاضطرابات الاكتئابية التشخيص، عوامل الخطر، والنظريات والقياس. المجلة المصرية للدراسات النفسية ، ٥٦ (١٧) ، ٣٩- ٩٧.
- عوض الله، يوسف (٢٠٠٨). التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض السمات الشخصية للأطباء المدخنين فى قطاع غزة . رسالة ماجستير(غير منشورة)، جامعة غزة الاسلامية، كلية التربية،قسم علم النفس.
- مكتب الإنماء الاجتماعى(٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، (مج٥). الكويت :مكتبة الكويت الوطنية.
- مكتب الإنماء الاجتماعى(٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، (مج٧). الكويت :مكتبة الكويت الوطنية.
- يوسف، جمعة (٢٠٠١). النظريات الحديثة فى تفسير الأمراض النفسية: مراجعة نقدية . القاهرة : دار غريب.

– يونج، جيفرى؛ وبيك، آرون؛ وانيرجر، آرثر (٢٠٠٢). الاكتئاب. فى: ديفيد بارلو (محرر)، مرجع إكلينيكي فى الاضطرابات النفسية: دليل علاجى تفصيلي، (ترجمة): صفوت فرج القاهرة: الأتلجو المصرية. ص ص ٥٩٩-٥٨٢.

– يونس، فيصل (١٩٩١). بعض مصاحبات التجريب المتعدد للمواد النفسية. المجلة الاجتماعية القومية، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجناية، القاهرة، ٢٨، (١)، ٤٧ - ٥٨.

References:

ثانياً مراجع باللغة الانجليزية

- Andres,A.,Santiago,A.,Sandoya,M.,Fernandez,M.,Manrique, j and Barquero,j (2000). Determinants of Smoking Behaviour in out Patients with Schizophrenia
- Schizophrenia**
- Al-Sabwah,M.N.(2002).Behavioral and Conitive Predictors of Smoking Abstinence Among Egyptian Adult Smokers.**Derasat Nafseyah**.12 (1)160 .
- Addington, .Guebaly,J.,Campbell,N.,Hodgin,W.,Addington,D.andDonald,c.(1998). Smoking CessationTreatment for Patients with Schizophrenia .**The American Jornal of Psychiatry**, 55(7),974-976. Retrieved from <http://www.Science Direct>.
- American Cancer Society (2012). **Question about Smoking ,Tobacco and Health for Additional Assistance Please Contact your American Cancer Society**. Retrieved from <http://www.cancer .org> . 20-8-2014, 9am.
- Acton,G.,prochaska,J.,Kaplan,A., Small,T.,Hall,S.(2001).Depression and Stages of Change for Smoking in Psychatric Outpatients. **Addiction Behaviors**,26, 621-631.pll: s0306-4603 0100178-2.
- Beck,A.,Wright,F.,Newman,C.,Liese,B.(1993).**Focus on Beliefs in.Cognitive Therapy of Substance Abuse**.169:186 .NewYouk :Guilford press.
- Beckham, E.,Beckham,L.(2004).**Coping with Negative Thinking .A Personal Guide to Coping**.3,1-24.
- Bosson,M.,Maggiori,C.,Gygax,p.(2011).Smoking and Adolescence:Exploing Tobaco Consumption and Related Attitudes in three Different Age Groups in Switzerland. **Journal of youth Studies**,15,225-240.
- Baron,R.,Kenny,D.(1986).The Moderater Variable Distinction in Social Psychological Research:Conceptual,Strategic, and Statistical Considerations.**Journal of Persontity and Social Psychology**,51,(6),1173-1182.AmericanPsychologicalAssociation.doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173.PMID 3806354.

- Battista,s., Stewart.,S. Fulton,H., Steeves,D., Darredeau,C.,Gavric,D. (2008).A further investigation of the Relations of Anxiety Sensitivity to Smoking Motives.**Addictive Behaviors**.33,1402–1408.Retrieved From www.Science direct com.doi:\10.016\Jdbeh.2008.06.016.
- Charila,D.(2011).**The Smoking Cessation Program in the Student population. Psychologist(unpublised Doctoral)**,in Clinical psychology laboratory of Student Counseling Center of Athens.College of Osteopathic Medicine ,Department of Psychology.
- Cognitive Distortion .Aprationers Portfolio (1999).Forensic Psychology Practice Ltd The Willows Clinic.
- Cougel,J.,Zviolensky,.M.,.Fitch,.K.and Ericsson,N.(2010).The Role of Comobidity In Explaining the Associations between Anxiety Disorders and Smoking.**Journals. Permissions@Oxford Journals.Org&Society for reserch on Nicotine and Tobacco**. 12 (4),355–364.Retrieved from <http://ntr.oxfordjournals.org/content/10/12/169>.
- Chapman,S.Wong,W.,Smith,W.,Bmed,B.(1993).Self–Exempting Beliefs about Smoking and Health:Differences between Smokers and Ex–Smokers.**American Journal of Public Health 83,(2)**,215–219.
- Epidemic,A.(2011).**Tobacco Use and Mental Illness**.World Health Orgnization,WHO Report on the Global Tobacco . Retrieved from [http:// WWW.who.int](http://WWW.who.int).
- Fairchild,A.,Mackinnon,D.(2009)A general Model for Testing Mediation and Moderation Effects.**Society for Prevention Research**,10,(2),87–99.di:10.1007\sll121–008–0109– 6.
- Flett,G.,Hewitt,P.,Demerjian,A.Rat–Emo,J.(2012).Perfectionistic Automatic Thoughts and Psychological Distress in Adolesents: an Analysis of the Perfectionism Cognitions Inventory.**Journal of Rational–Emotive &Cognitive–Behavior Therapy**,30,(2)91–104. Retrieved from Springer.Doi:0.1007\s10942.011.0131–7.
- Feldner,M.Smith,R.Ericcson,N. Schmidt,N.and Zvolensky, M.(2009).Test of The Role Nicotine Dependence in The Relation between Posttroumatic Stress Disorder and Panic Spectrum problems.**Journal of Traumatic Stress**.22,(1) 36–44.dio:10.1002\jts.20384.
- Grant ,M. Kelly,S. Smith ,L.Agrawa I, Mcyer,J.and Romberger, D.(2007).Bupropion and Nicotion Patch as Smoking Cessation Aids in Alcoholics.**Alcohol** ,41(5),381–391. Retrieved from <http://www.science Direct>.

- George, T., Vessicchio, J., Sacco, K., Weinberyer, A., Dudas, M., Allem, M. et al. (2008). A Placeb Controlled Trial of Bupropion Combined with Nicotine Patch for Smoking Cessation In Schizaphrenia **Biol Psychiatry**. Jun, 63(11), 1092-1096. doi:10-1016/j-bio psych.2007-11-002. Retrieved from [http:// www.Science Direct](http://www.Science Direct).
- Grau, R., Satanova, M. & Mariapairo, J. (2001). Moderater Effectsof Self- Efficay on Occupational Stress. **Psychological IN Spain**, 5(1). 63-74. by Coleglo Ofical de psicologos. Spain.
- Haustein, K., Groneberg, D. (2010). **Tobacco or Health?** (2). Dio: 10.1007/978.3-540-87577-2.
- Holly, M. & Lee, C. (2006). Cigarette Smoking, Aniytyand Depression. **Journal of Psychology and Behavioral Assessment**, 28. (4), .281-295. Retrieved from <http://www.scienceDirect>.
- Jand, L. (2001). **The Psychologist Book of Personality Tests, 24 Revealing Tests to Lden- tify and Overcome Your Personal barriers to Better Life**, 21-31. New York: John Wiley |sbn 0-471-45725-9.
- Jarvis, M. (2004). **ABC of Smoking Cessation**. In Why People Smoke. in Britton, J. (Eds), 228-277.
- Jone , P., Henrietten, E. (2013). Tobacco Smoking and Depression: Time To Move on To new Research Paradigm in Medical? **BMC Medicine**, 11-138. Retrieved entral.com: <http://www.biomedc>.
- Kai-Yein Teo, Yee-Howsay. (2012). Prevalence of Depression and Cognitive Distortion among A cohort of Malaysian Tertiary Students. **Research in Neuroscience**, 1(1), .1-7. doi:10.5923/J.neuroscience.20120101.01.
- Krosnick, J., chang, L., Sherman, S., Chassin, L., Person, C., Krosnick, j. et al. (2006). The Effects of Belifes About The Health Consequencees of Cigarate Smoking on Smoking Onset. **Journal of Communication Association**, 56, (1), 18-37. doi:0.1111 \J.60.2460.466(2006). 002810x.
- Kleinjan, M., Eijnden, R., Johannes, A., Engels, R. (2006). Excuses to Continue Smoking: the Role of Disenagement Belifes in Smoking Cessation. **Addictive Behaviors**. 31(12) 2223-2237. dio: \ 1016\Jaddbeh.2006.02.012.
- Leventhal. Mickens, A., Dunton, D., Sussman, F., Riggs, S., pentz, N et al. (2010). Tobacco Use Moderates The Association Between Major Depression and Obesity. **Health Psychology**, 29 (5), 521-528. doi:10.1037/a00854.
- Mcneill, A. (2004). **Smoking and Patients with Mental Health**. London: Health Development Agency. ISBNI-84279-1664.

- Morris, C., Wavmonsky, J., Giese, A., Graves, M., Turnbull, J. (2000). **Smoking Cessation for Person with Mental Illnesses A toolkit for Mental Health Providers.** –
- Mendelsohn, C. (2012). Smoking and Depression. A review Clinical. **Reprinted From Australian Family Physician.**, 41(5), 300–307. Correspondence afp@Racg.org.au .
- Mackinnon, D., Fairchild, A., Fritz, M. (2007). Mediation Analysis. **Annual Review of Psychology**, 58, 595–608. Doi: 10.1146/annurev.psych.58.11.05085542.
- McClelland, G. Judd, C. (1993). Statistical Difficulties of Detecting Interactions and Moderator Effects. **Psychological Bulletin**. 114(2) 376–390 by American Psychological Association Doi: 0033–2909/93/300.
- Morrell, H. (2007). **Cigarette Smoking : attentional of Anxiety as a predictor of Nicotine Withdrawal Severity (unpublished Doctoral)**, A dissertation in clinical psychology submitted to Graduate Faculty of Texas Tech University.
- Mustafa Koc, T. Seda Colak., dusunc, B., Guven, N., Aricl, N., Gocet, E. (2014) The Relation between Psychological Symptoms and Nicotine Dependence Level. **International Journal of Humanities and Social Science**, 4, (5), 184–91. Retrieved from www.LJhssnet .com.
- Munafo, M., Araya, R. (2010). Cigarette Smoking and Depression: A question of Caution. **The British Journal of Psychiatry**. 197, (5) 425– 426. doi: 10.1192/bjd.bp.109.074880.
- Morissett, S., Brown, T., Kamholz, B., & Gulliver, S. (2006). Differences between Smokers and Non Smokers with Anxiety Disorders. **Anxiety Disorder.**, 597–613. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.08.003.
- National Institute of Mental Health Report (2008) A. Expert Panel Addresses High Rates Smoking in People with Psychiatric Disorder. **Nicotine & Tobacco Research.**, 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.html> .
- National Institute of Mental Health : Tobacco Use and Cessation in Psychiatric Disorder. (2008) B. **Oxford Journals Nicotine & of Tobacco Research.**, 10, (12), 1691–1715. doi: 10.1080/14622200802443569.
- National Institute of Mental Health (2009). **Woman and Depression.** Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov>.
- National Survey on Drug Use and Health (The NSDUH Report). (2013). Smoking and Mental Illness (NSDUHS).
- Neenan, W. Druyden, W. (2010) **An overview of Cognitive Therapy.**
- Ogden, J., (2004). Smoking and Alcohol Use In **Health Psychology A text book.** (3th ed). 99–133. New York: USA. ISBN 6335214711.

- Patton, G., Hibber, M., Rosier, M., Carlin, J., caust, J., Bowes, B. (1996). Is Smoking 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 cognitive Behavior Therapy for Depression**. American Psychological Association: Washington, 2. 1-33.
- Preacher, K., Hayes, A. (2004). Spss and Procedures for Estimating Indirect Effect in Simple Mediation models. **Behavioral Research Methods, Instruments and Computer**, 36(4), 717-731.
- 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 978-0-471-78386-2 cloth: alk. paper. DOI: 10.1002/9781118269657.
- Rucker, D., Preacher, K., Tormala, Z, and Petty, R. (2011). Mediation Analysis in Social Psychology: Current Practises and New Recommendations. **Social and Personality Psychology Compass**, (5\6), 371-539. Doi: 10.1111\J.1751-9004.2011-00355.x.
- Stankiewicz, C. (2008). **Examination of health Adherence Behaviors and Cognitive Distortion Inpatients with Chronic. (unpublised Doctoral)**, Philadelphia College of Osteopathic Medicine Department of Psychology.
- 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.
- Sun Kim, J., Kaye, J., Wright, L. (2001). Moderator and Mediating Effects in Causal **Mental Health Nursing** , 22, 63-75.
- Saateioglu, M., Celikel, F., Cakmak, D. (2008) Depression and Anxiety in Alcohol Dependent Impatients Who Smoke. **Isrj Psychiatry Relat sci**. 45 (1) 33-83.
- Sobal, M. (1982). Asymptotic Intervals for Indirect Effects in Strudtural Equations Models. in Leinhardt, s (Eds), **Sociological Methodology** 290-312. San Francisco: jossey Bass.
- Volkow , N., (N. D). Research Focuses on Groups with Smoking Rates. Research News and Trends the **National Instute on Drug Abuse. NIDA Notes** 24, (2). Retrieved from <http://www.drug abuse.gov>. 7-4-2014-9am.
- World Health Orgnization. (2008). International Agency for Rrsearch on Cancer **Hand book of Cancer Rcevention**. General mediators and Moderators of Tobacco Use Behaviours. 2, 122-109.
- Zvolensky, M. Feldner, M. Feldner, E. and Mcleish, A. (2005). Smoking And Panic Attacks, Panic Disorder and Agrophobice A review of The Empirical Literature. **Clinical Psychology Review**. 25(6): 761-789 . Retrieved from <http://www.Science Direct>.

- Zvolensky, M. Miller, M. Marce, A., Mcleish, A., Feldne, M. and Ellen, W. (2006A). Anxiety Sensitivity Interacts with Marijuana Use In The Prediction of Anxiety Symptoms and Panic-Related Catastrophic Thinking Among Daily Tobacco Users. **Behaviour Research and Therapy**, **44**, 907–924. doi:10.1016/j.brat.2005.06.005.
- Zvolensky, M., Miller, M., Matthew, F., Ellen, I., Alison, M. C. & Kristin, G. (2006B). Anxiety Sensitivity: Concurrent Association with Negative Affect Smoking motives and Abstinence Self-Confidence among Adult Smokers. **Addictive Behaviors**, **31**, 429–439. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.027.

ثالثاً: مراجع الانترنت

- Smoking and Mental Health. (2013). Retrieved from www.ash.org.uk. 2-12-2014-6am.
- Smoking Statistics : Who Smokes and how Much (2012). ASH Fact Sheet. Review <http://www.ash.org.uk>. 4-12-2014, 6am Retrieved from
- Smoking and Mental Health (2013). ASH Fact Sheet on Smoking and Mental Health : Planned Review Data January. Retrieved from <http://www.ash.org.uk> & 2-12-2015, 2pm and 2-2-2015, 2pm. enquiries @ash .org.uk. 2-11-2014, 6pm
www.drug control. 12-5-2014, 7pm and 5-6-2014 ,4pm. –
- Kristopher, Preacher, <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>, 14-8-2015 (Sobel Test using this online Calculator).

Automatic Thoughts As a Mediating Process and Their Relationship with Anxiety and Depression among Smoking and Non Smoking Adult Males and Females

Mohammed N. Alsabwa

Dept. Psychology– Cairo University

Hend Y. Abd El- latief

Dept. Psychology– Cairo University

Abstract

The current study was conducted to examine automatic thoughts as a mediating process and their relationship with anxiety and depression among smoking and non smoking adults both gender. followed The Non-experimental (descriptive correlative Method). The sample was 420 persons of both gender and age ranged between (20–50) years. Male smokers sample consisted of 110 participants, M age = 32,51 ± 8,97 SD years. Male non-smokers of 110 participants, M age = 32,16 ± 8,41 SD years. Sample consisted of females 200 females ; female smokers 100 participants, M age = 32,43 ± 8,44 SD years. and female non-smokers

100 participations, 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, the Four dimensions Anxiety Questionnaire, Beck Depression Inventory and Cigarette Dependence Scale,in addition to InitialInterview.

The study results: there is positive correlation significant between depression, anxiety,smoking,automatic thoughts and Predicted automatic thoughts with anxiety, depression and the continuing to smoke for male smokers.while the total sample results revealed results the contribution of automatic thoughts in the interpretation of the change that is happening in anxiety ,depression rates and continuing to smoke.The results of multiple linear regression analysis showed ;ability of automatic thoughts and Smoking explanation and the interpretation of variation and predict rates of depression ,then smoking variable. The results of simple linear regression analysis, after applying the four steps to Baron and Kenny:It shows the contribution of each of anxiety and depression in automatic thoughts.as predicted automatic thoughts smoking. through Sobel of the equation for the effect of indirect of automatic thoughts for their ability to predict smoking. the results were a function of the direct and indirect impact of the process of male smokers as a meditating process and basic sample.

Keyword: Smoking – Anxiety – Depression– Automatic Thoughts As a mediating Process.