

الاكتئاب وعلاقته بالاعتماد على النيكوتين

صابرين فتحى عبدالرحمن (*)

إشراف

د/ أميمة محمد أنور (**)

أ.د/ فؤاد محمد أبو المكارم (***)

ملخص البحث

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العلاقة بين الاعتماد على النيكوتين (كما يتبدى فى معدلات النيكوتين بالدم كمؤشر فارماكولوجى، ومقاييس الاعتماد على النيكوتين كمؤشر نفسى) ومظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة لدى عينة من طلاب الجامعة المدخنين ، وكذا الكشف عن الفروق بين المدخنين وغير المدخنين فى مظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة. وتكونت عينة الدراسة من ١٠٨ طالباً من طلاب جامعة القاهرة، وقُسمت العينة إلى ٦٥ مدخناً، و٤٣ غير مدخن. تراوح المدى العمرى لأفراد العينة بين ٢١،٤١ سنة إلى ٢٥،٢٢ سنة، بمتوسط قدره ٢٣،٣٢ سنة، وانحراف معيارى ١،٩١ سنة. وتوزعت العينة الكلية على خمسة عشر كلية من الكليات النظرية والعملية. وتم استخدام مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين، ومقياس الاعتماد على التدخين، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاكتئاب كسمة والذي يمثل أحد المقاييس الفرعية لقائمة جيلفورد للشخصية، وتم قياس معدلات النيكوتين فى الدم. وبينت النتائج أنه لا توجد علاقة بين مظاهر الاكتئاب كحالة وكل من مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين ومعدلات النيكوتين فى الدم، فى حين تبين وجود علاقة بينها وبين مقياس الاعتماد على السجائر. أما بالنسبة للاكتئاب كسمة فقد تبين أنه لا توجد علاقة بينه وبين مقياس التقرير الذاتى للاعتماد على النيكوتين، بينما يوجد ارتباط بينه وبين معدلات النيكوتين فى الدم، وكشفت النتائج أيضاً عن أنه لا توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين فى مظاهر الاكتئاب سواء كحالة، أو كسمة.

(*) المدرس المساعد - بقسم علم النفس- جامعة القاهرة.

(**) مدرس علم النفس-كلية الآداب-جامعة القاهرة

(***) أستاذ علم النفس المعرفى - كلية الآداب-جامعة القاهرة

المصطلحات الأساسية: الاعتماد على النيكوتين، معدل النيكوتين في الدم، التدخين، الاكتئاب كحالة وكسمة، مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين ، مقياس الاعتماد على التدخين.

Abstract

Nicotine Dependence and its relationship to depression

Dr. sabrin Fathi Abdel- Rahman

Prof. Dr. Fouad Mohamed Abulmakarim

Dr. omaina Mohamed Anwar

This study aimed at revealing relationship between nicotine dependence (as shown in nicotine rates in the blood as a pharmacological indicator, the criteria for nicotine dependence as a psychological indicator), and manifested depression as a state and trait in a sample of university students smokers, as well as detect differences between smokers and non-smokers in the manifestations of depression. The sample consisted of 108 students from Cairo University. The sample was divided into 65 smokers and 43 non-smokers. Their ages ranged between 21.41 - 25.22 years old, with an average of 23.32 years and a deviation of 1.91 years. The total sample was divided between fifteen theoretical and practical colleges. Tools, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, Cigarette Dependence Scale-12 (CDS), Beck Depression Inventory, Depression scale from Guilford Personal Inventory, and Nicotine rates in the blood. **Results;** The results showed that there was no relationship between depression as a state and both of Fagerstrom Test For Nicotine Dependence and nicotine rates in the blood, while a relationship was found between depression as a state and Cigarette Dependence Scale-12 (CDS). There was no relationship between nicotine dependent self-report scales, and depression as a trait, while there was relationship between nicotine rates in the blood and depression as a trait. Also, there were no differences between smokers and nonsmokers in depression manifestations.

Key words: Nicotine Dependence, Nicotine rates in the blood, Smoking, Depression as a state and trait, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and Cigarette Dependence Scale-12 (CDS).

المقدمة

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العلاقة بين الاكتئاب والاعتماد على النيكوتين (كما يتبدى في معدلات النيكوتين بالدم كمؤشر فارماكولوجي، ومقاييس الاعتماد على النيكوتين كمؤشر نفسي) لدى عينة من مدخني السجائر. إذ يسبب إدمان السجائر خسائر هائلة سواء على مستوى الفرد الذي يعاني منه، أو أسرته، أو المجتمع. فعلى مستوى الفرد تبين أنه بالمقارنة بغير المدخنين يعاني المدخنون من معدلات مرتفعة من السرطان، وأمراض القلب، واصابات الرئة، وأمراضها المزمنة (Quattrocki, Baird,&Yurgelun-Todd,2000). ويعتبر تدخين السجائر هو السبب الأول للوفاة والمرض في الولايات المتحدة، إذ أنه يتسبب في وفاة أكثر من نصف مليون شخص سنويًا بالولايات المتحدة.

وعلى مستوى المجتمع، يؤثر التدخين سلبيًا على المجتمع من خلال زيادة معدلات الوفاة، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، إذ تُقدر تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة بـ ٥٠ بليون دولار سنويًا أو ما يعادل تقريبًا ٧٪ من إجمالي الميزانية المخصصة للرعاية الصحية القومية (Quattrocki, Baird,& Yurgelun-Todd,2000).

وقد تبين من خلال المسح القومي الذي أُجري في الولايات المتحدة الأمريكية أن معدلات انتشار التدخين بين طلاب الجامعة تراوح ما بين ٢٤,٥٪ إلى ٢٨,٥٪ (Kenney & Holahan,2008; Park & Romer,2007). كما ينتشر التدخين بشكل كبير بين المرضى النفسيين مقارنة بالجمهور العام؛ إذ تبلغ نسبة انتشار التدخين في الولايات المتحدة بين المرضى النفسيين غير المقيمين بالمستشفى بين مرضى الفصام ٨٨٪، وبين مرضى الهوس ٧٠٪، بينما تصل النسبة لدى مرضى الاكتئاب إلى ٤٩٪، وعلى الرغم من أن نسبة انتشار التدخين أقل لدى مرضى الاكتئاب مقارنة بالاضطرابات النفسية الأخرى

إلا أن نسبة انتشاره في الجمهور العام تظل أعلى بشكل جوهري فهي أعلى من ٢٢٪ إلى ٣٠٪ (Quattrocki, Baird, & Yurgelun-Todd, 2000).

ويرى جلاسمان وآخرون Glassman et al أن هناك نسبة مرتفعة من تدخين السجائر وسط الأفراد ذوي النوبة الكبرى من الاكتئاب، وكذلك المرضى الذين لم ينجحوا في التخلص من الاكتئاب المرتبط بمحاولات التوقف عن التدخين (Salin- Pascual, Alcocer-Castillejos & Alejo – Galarza, 2003).

وثمة علاقة بين الاعتماد على النيكوتين والاكتئاب؛ حيث تشير الدراسات إلى وجود نسبة عالية من المدخنين تصل ما بين ١٨,٥٪ إلى ٦٠,٦٪ لديهم تاريخ من الاكتئاب الشديد، كما تشير الدراسات إلى أن ما يقرب من ٤٩٪ من مرضى الاكتئاب يدخنون السجائر، وذلك مقابل ٢٢ - ٣٠٪ من غير المرضى. ويعانى المعتمدون على النيكوتين من بعض الأعراض النفسية والحسية كنقص الشعور باللذة^١، وفقدان الشهية / الوزن^٢، وبعض الاضطرابات النفسية الحركية^٣، والتعب^٤ والأرق^٥، وكذا يخبرون درجات مرتفعة من المزاج الاكتئابي. ويزيد احتمال ظهور النوبة الكبرى من الاكتئاب لدى ٣٠٪ من المدخنين الممتنعين عن التدخين، وذلك في غضون فترة تتراوح بين يومين إلى ستة أسابيع من الامتناع عن التدخين. حيث أشارت دراسة طولية مسحية تتبعية^٦ أجريت على أكثر من ٦٠٠٠ مراهق إلى أن التدخين كان أحد أكثر المؤشرات تنبؤًا بظهور الأعراض الاكتئابية لدى كلا الجنسين (see: Choi et al, 1996)، ودعمت دراسة طولية أجريت على ١٤ الف راشد فرضية أن التدخين ربما يؤدي إلى الاكتئاب خاصة لدى الإناث (Steuber, & Danner, 2006; Lokhmotov, 2013, 63-64).

1 anhedonia

2 Appetite/weight loss

3 Psychomotor disturbance

4 fatigue

5 insomnia

6 A longitudinal follow-up

كما وُجد أن المدخنين الذين لديهم تاريخ سابق للاكتئاب وحاولوا التوقف عن التدخين لم ينجحوا في التوقف عنه مقارنة بالمدخنين الذين ليس لديهم تاريخ للاكتئاب (Park & Romer, 2007; Quattrochi, Baird & Yurgetun-todd, 2000). وحاول الباحثون استخدام مضادات الاكتئاب^١ لمساعدة المدخنين للتوقف عن التدخين، حيث وجد هل وآخرون (Hall et al ٢٠٠٢) أن استخدام مضادات الاكتئاب على سبيل المثال النورتريبتلين Nortriptyline يُيسر من عملية الإقلاع عن التدخين (Park & Romer, 2007).

وفيما يتعلق بالعلاقة بين الأعراض الاكتئابية وتدخين السجائر لدى طلاب الجامعة، يشير المسح الإحصائي القومي بالولايات المتحدة إلى أن ما يقرب من ١٦٪ من طلاب الجامعة لديهم تاريخ للاكتئاب، وأن أكثر من ثلث هؤلاء الطلاب تم تشخيصهم على أنهم مرضى اكتئاب (Kenney & Holahan, 2008).

ويتضح من خلال المراجعة التي قام بها بارك Park ورومر Romer (٢٠٠٧) وذلك على ٥٧ دراسة اهتمت بفحص العلاقة بين الاكتئاب والتدخين أن ٤٧ دراسة منها كشفت عن وجود علاقة جوهرية بين الاعتماد على النيكوتين والاكتئاب، وتبين من خلال هذه المراجعة أن هناك خمسة مسارات محتملة للعلاقة بين الاكتئاب والنيكوتين نوضحها فيما يلي:

١- أن الاكتئاب يسبب التدخين، وتعتمد هذه الفكرة على فرضية "التطبيب الذاتي"^٢، فعندما يخبر الفرد حالة من الاكتئاب أو لا يستطيع التحكم في مشاعره السلبية؛ يبدأ في التدخين ليخفف من حدة تلك الأعراض (Kendler et al, 1993). ولهذا الافتراض ما يدعمه حيث كشفت بعض الدراسات الفارماكولوجية أن النيكوتين يعمل كمضاد للاكتئاب^٣؛ حيث يزيد

1 Antidepressants

2 Self-medication

3 Anti - Depressant

- تدخين النيكوتين من إفراز الناقلات العصبية المتمثلة في الدوبامين¹ والنورإبنفرين² والاسيتايل كولين³، والتي بدورها تعمل على تغيير المزاج السلبي إلى مزاج إيجابي (Hall, Munoz, Reus, & Sees, 1993).
- ٢- أن التدخين هو الذي يسبب الاكتئاب، فربما يزيد التدخين من مستويات المشقة وهذه المشقة بدورها ربما تؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية، إذ يرى باروت Parrott (١٩٩٩) أن التدخين يزيد المشقة بشكل مباشر وأن الأثار المهدئة الكامنة في التدخين تسبب انخفاضاً مؤقتاً للتوتر.
- ٣- أن العلاقة بين التدخين والاكتئاب ليست أحادية الاتجاه ولكنها ثنائية الاتجاه، ووفقاً لهذا الافتراض فإن حالة المشقة أو المزاج السلبي يمكن أن يشجع على تدخين السجائر والذي بدوره ربما يؤدي إلى ظهور حالة الاكتئاب من خلال تغيير المنظومة الكيميائية العصبية.
- ٤- الافتراض الرابع للعلاقة بين التدخين والاكتئاب يتمثل في "العامل المشترك" حيث يشير هذا الافتراض إلى أن العلاقة بين التدخين والاكتئاب ليست سببية، بل هناك عوامل مشتركة كالعوامل الوراثية التي تؤثر بدورها في كل من التدخين والاكتئاب وتؤدي إلى حدوثهما معاً (Park & Romer, 2007). حيث تشير دراسة كاندلر وزملائه Kendler and colleagues والتي استخدموا فيها التحليل السببي^٥ بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاكتئاب والتدخين، إلى أن التدخين لا يؤدي لحدوث الاكتئاب، وأن الاكتئاب لا يؤدي لحدوث التدخين، بل أن هناك عوامل جينية مشتركة تجعل الفرد مستهدفاً لكل من الاعتماد على النيكوتين والاصابة بالاكتئاب (Quattrochi, Baird, & Yurgelun-Todd, 2000).
- ٥- وأخيراً، يرى رودريجز Rodriquez وموس Moss وأيدرين - ماكجفرن

1 Dopamine

2 norepinephrine

3 Acetylcholine

4 Comorbidity

5 Causal analysis

Audrain-Mc Govern (٢٠٠٥) أن طبيعة العلاقة بين الاكتئاب

والتدخين غير متجانسة في الجمهور العام (Park & Romer, 2007).

ومن الملاحظ أن العلاقة بين الاكتئاب والتدخين يبدو أنه لا تتأثر بمتغيرات من قبيل التاريخ السابق للإصابة بالمرض أو الخصائص الديموجرافية، أو أعراض الانسحاب للنيكوتين، أو إزمان التدخين، (Lokhmov, 2013, 64). وعلى الرغم من عدم وضوح الميكانيزمات التي تحكم تلك العلاقة إلا أنه ثمة تفسيرات مطروحة حول تلك الميكانيزمات منها:

- تأثير النيكوتين على النواقل العصبية الذي من شأنه تخفيف حدة الأعراض الاكتئابية، ومن النواقل العصبية التي تتوسط العلاقة بين التدخين والاكتئاب، السيروتونين والنورابينفرين والدوبامين وتختلف هذه الناقلات تبعاً للمعالجة العصبية للتبوهات المعرفية والمزاجية، فأعراض اضطراب الاكتئاب الرئيسي قد تكون في صورة أعراض جسمية (كالتغيرات في وزن الجسم، واضطرابات النوم)، وقد تكون معرفية (كضعف القدرة على التركيز، واتخاذ القرار) وقد تكون انفعالية (كنقص الشعور بالسعادة، وانخفاض الدافعية، وانخفاض تقدير الذات، والشعور بالذنب^١). ومن المفترض أن هذه الأعراض تعكس بشكل أساسي الخلل في نظم السيروتونين^٢ والنورابينفرين، والدوبامين على التوالي (Cardenas, 2003, 3). ويرتبط الخلل في المنظومة الدوبامينية بنقص الاحساس باللذة^٣، الذي يعتبر أحد عرضين رئيسين لتشخيص اضطراب الاكتئاب الرئيسي، ومن المفترض أيضاً أن الرابطة بين اضطراب الاكتئاب والاعتماد على النيكوتين ربما ترجع لقدرة النيكوتين على تعزيز إفراز الدوبامين في المخ، وكذا قدرته على تعديل بعض الأعراض الاكتئابية (Cardenas, 2003, 4).

1 guitt

2 serotonin

3 anhedonia

- ثمة عوامل استهداف مشتركة لكلا الاضطرابين مثل انخفاض تقدير الذات¹، ووجود استعدادات جينية مشتركة بين كلا الاضطرابين (Cardenas, 2003,2-3 ; Caldirola, Dacco, Grassi, Citterio, Menotti, Cavedini, & et al, 2013).

ورغم الاتفاق الواضح على وجود تلك العلاقة بين الاعتماد على النيكوتين والإصابة بالاكتئاب إلا أن اتجاه العلاقة لا يزال محل خلاف (Steuber & Danner, 2006).

مبررات إجراء الدراسة:

١- التدخين له أهمية مجتمعية وإكلينيكية كبيرة؛ وذلك لكونه سبباً رئيساً للإصابة بالعديد من الأمراض كالأمراض القلبية الوعائية وأمراض الرئة ومختلف أنواع السرطانات، وكذا ارتفاع معدلات الوفيات في البلدان النامية.

٢- تزيد معدلات انتشار التدخين في كل مكان في العالم؛ حيث تشير الإحصاءات إلى أن ما يقرب من ربع المراهقين في الولايات المتحدة يدخنون السجائر، والمعدلات أعلى من ذلك في كثير من البلدان الأخرى (أبو المكارم، ٢٠١٠).

٣- الاعتماد على النيكوتين أكثر انتشاراً من الاعتماد على المواد النفسية الأخرى.

٤- يعتبر تدخين السجائر أول مادة نفسية مخدرة تستخدم لدى أولئك الذين يتناولون الكحول والمارجوانا وغيرها من المواد النفسية ومن ثم يُنظر للتدخين باعتباره البوابة للإدمان (Brown, Lewinsohn, Seeley & Wagner, 1996).

٥- أشارت دراسات سابقة، على سبيل المثال الدراسة الوبائية لسويف وآخرين سنة ١٩٩٥ وسويف وآخرين ١٩٩٢، ١٩٩٤ إلى أن التدخين يقترن

بتعاطي المواد المخدرة الأخرى كالحشيش والأفيون وشرب الكحوليات.
(سويف، ١٩٩٦).

- ٦- دراسة تأثيرات التبغ والنيكوتين على الدماغ البشري يساعد في تطوير علاجات أكثر فاعلية للإقلاع عن التدخين.
- ٧- كما تساعد دراسة النيكوتين وآثاره في تطوير علاجات جديدة وأكثر فاعلية لعلاج اضطرابات معرفية من قبيل الفصام، والزهايمر، واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة^١ (Jasinska, Zorick, Brody, & Stein, 2014).
- ٨- قد يزيد التعرف على الميكانيزمات العصبية التي يمكن أن تكون ركيزة مشتركة بين الاعتماد على النيكوتين واضطراب الاكتئاب من فهمنا لهذه الاضطرابات ومن ثم اكتشاف وتطوير أساليب علاجية أكثر فاعلية لكلا الاضطرابين (Cardenas, 2003, 5).

٩- تحديد الأسس العصبية البيولوجية للتدخين لا يساعد فقط في العلاج بل يسهم أيضًا في عمليات الوقاية (Volkow, 2012).

أهداف الدراسة:

تحدد أهداف الدراسة الراهنة في الآتي:

- التعرف على معدلات النيكوتين بالدم وعلاقتها بمظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة لدى عينة من طلاب الجامعة الذكور.

مشكلة الدراسة:

تسعى الدراسة الراهنة إلى محاولة الإجابة على التساؤل الرئيس التالي:
" إلى أي مدى ترتبط مظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة بمعدلات النيكوتين بالدم؟ "

1 attention deficit hyperactivity disorder(ADHD)

مفاهيم الدراسة:

أولاً: تدخين السجائر والاعتماد على النيكوتين

يُعرف الإدمان¹ سلوكياً بأنه الاستخدام المتكرر للمادة النفسية رغم النتائج السلبية المترتبة عليها. تاريخياً استُخدم مصطلح التعود² لوصف الاستخدام المتكرر للمادة النفسية على أنه لا ينتج تسمم³. وفي سنة ١٩٦٤ أوصت منظمة الصحة العالمية⁴ بالتخلي عن مصطلح الإدمان والتعود ويستخدم عوضاً عنهما مصطلح الاعتماد⁵؛ كي يتم التركيز على القضايا الأخلاقية والاجتماعية المرتبطة بالإدمان.

وتعتبر منظمة الصحة العالمية هي أول من اعتبرت التبغ إدماناً - ينتج مادة نفسية سنة ١٩٧٤- على الرغم من أن التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية (ICD-10) لم يُضمن النيكوتين مع المخدرات الأخرى التي تنتج الإدمان حتى سنة ١٩٩٢. أما عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي⁶، فقد ضمنت التبغ لأول مرة بإعتباره إدماناً في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي⁷ (Salin-Pascual, Alcocer-Castillejos, & Alejo-Galarza, 2003).

ووفقاً لتقرير كبار الجراحين في الولايات المتحدة⁸ الصادر سنة ١٩٦٤ كان يُنظر للتعاطي الحاد للنيكوتين على أنه لا ينتج اعتماداً جسدياً، وأنه يعتبر عادة متكونة أكثر من كونه إدماناً (Merlopich, Heidbreder, Mugnaini, & Teneggi, 2003: 315). وفي سنة ١٩٨٣، صنفت خدمة الصحة العامة

1Addiction

2 Habituation

3 Intoxication

4 World Health Organization(WHO)

5 Dependence

6 The American Psychiatric Association

7 The Diagnostic and Statistical Manual (DSM111)

8 report of the U.S Surgeon

بالولايات المتحدة^١ تدخين السجائر كشكل من أشكال الاعتماد على المخدرات، وأن النيكوتين هو المادة النفسية الخطرة فيه، واتساقًا مع نموذج الاعتماد على المخدرات تمت الموافقة من قبل المركز العلاجي الفارماكولوجي^٢ سنة ١٩٨٤ على علاج الاعتماد على التبغ باعتباره أحد أنماط الاعتماد (Coslet & Henningfied, 1985, 15). وغير تقرير كبار الجراحين في الولايات المتحدة سنة ١٩٨٨ من النظرة السائدة لتعاطي السجائر إذ أصبح يُنظر للاعتماد على النيكوتين بوصفه سلوكًا إدمانيًا له أعراض تحمل وانسحاب. (Merlopich, Heidbreder, Mugnaini, & Teneggi, 2003: 315) وربما يرجع السبب وراء تأخر تصنيف تدخين السجائر كشكل من أشكال الإدمان إلى أنه يضم مدى واسع ومتنوع من العوامل المربكة مقارنة بأنماط التعاطي الأخرى، على سبيل المثال، تشير دراسات الكحول إلى أن تناول قليل من الإيثانول^٣ ينتج مستويات محددة من الإيثانول في الدم وذات ثبات مرتفع، وكذلك الحال بالنسبة لدراسة المهدئات^٤، فتناول عدد من المليجرامات من المخدر من خلال البلع أو الحقن يسهل تحديد مستواه في الدم (Coslet & Henningfied, 1985, 16). أي أنه لا يرتبط بتسمم^٥ واضح، كما أنه لم يُصنف على أنه عادة سلوكية مدمرة للصحة، أو غير مرغوبة اجتماعيًا. إلا أن هذه النظرة للنيكوتين وعدم تصنيفه على أنه سوء استعمال للمخدرات لم تستمر طويلًا؛ حيث كشف تقرير كبار الجراحين بالولايات المتحدة سنة ١٩٨٨ بعد مراجعة ما يزيد عن ٢٥٠٠ ورقة بحثية أن السجائر وغيرها من أشكال التبغ تعتبر إدمانًا^٦، وأن النيكوتين الذي يعتبر المكون الرئيس للتبغ مخدر ويسبب إدمانًا، وأن العمليات الفارماكولوجية والسلوكية التي تحدد إدمان التبغ تتشابه مع

1The United States Public Health Service

2Pharmacotherapeutic aid

3ethanol

4sedatives

5 intoxication

6 Addicting

تلك التي تميز المخدرات الأخرى كالهيروين الكوكايين (Pomerleau,2000,322) . إذ يعمل النيكوتين على المستقبلات الكولينية¹ في مسارات الدوبامين في المنطقة السقفية البطنية² (منطقة المكافأة المخ) بنفس الطريقة التي يعمل بها الهيروين، والكوكايين والإمفيتامينات مما يفسر التدعيم الإيجابي للتعاطي الذاتي للنيكوتين(Pomerleau,2000,322).

وتعتمد البحوث المعنية بتدخين السجائر والاعتماد على النيكوتين على المعايير والمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي لتحديد معالم هذا المفهوم. فوفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) يتم تشخيص الاعتماد على التبغ إجرائياً عندما تتوفر ثلاثة أو أكثر من المحكات التشخيصية الآتية :

- ١- استمرار الرغبة والحاجة للتدخين، وفشل في محاولات التوقف.
- ٢- استخدام كميات كبيرة من المخدر ولفترة طويلة عن المعتاد.
- ٣- استخدامه بشكل قصدي لمواجهة المشكلات الطبية، والأسرية، والاجتماعية.
- ٤- التوقف عن ممارسة النشاطات الاجتماعية والأسرية والترفيهية أو التقليل منها بسبب الرغبة القاهرة للمخدر.
- ٥- الاستمرار في التدخين رغم المعرفة المسبقة بأضراره، ورغم المعاناة من مشكلات جسدية وفسولوجية، قد تكون خطيرة في كثير من الأحيان.
- ٦- التحمل، ويتمثل في حاجة المدخن إلى زيادة كمية التبغ المدخنة للحصول على التأثير المطلوب مقارنة بالمراحل الأولى من التدخين، أو وجود تناقص ملحوظ في التأثير الذي يحدثه التبغ مع الاستمرار في تدخين نفس الكمية.
- ٧- الاعتماد العضوي (أعراض الانسحاب)، ويحدث ذلك نتيجة التوقف المفاجيء أو التقليل من الكمية المدخنة وذلك بعد الاستمرار في التدخين عدة أسابيع متتالية على الأقل، وتظهر هذه الأعراض في صورة معاناة من

1 Cholinergic receptors

2 Ventral tegmental area

بعض المشاعر النفسية السلبية كالقلق والاكتئاب والإحباط ونوبات الغضب وصعوبة التركيز، وكذلك بعض الأعراض الفسيولوجية كفقدان الشهية والأرق وزيادة الوزن وانخفاض معدل ضربات القلب (APA,2013,571-577).

مراحل الاعتماد على النيكوتين:

يمر الاعتماد على النيكوتين بثلاث مراحل هي:

١- مرحلة الاكتساب والحفاظ على سلوك التعاطي للنيكوتين: ففي الإنسان، يتم تعاطي النيكوتين من خلال تدخين التبغ الذي ينتج عنه الشعور بالمتعة، والنشوة^١، وزيادة الاستثارة^٢، وانخفاض التعب والشعور بالاسترخاء. ومن ثم فهذه الآثار التدعيمية لها دور مهم في بدء واستمرار التدخين.

٢- أعراض الانسحاب الناتجة عن التوقف عن تعاطي النيكوتين: حيث يؤدي التعاطي المزمن للنيكوتين إلى التكيف العصبي^٣ في نظام المكافأة في المخ والذي يؤدي إلى تطور الاعتماد على النيكوتين. وبالتالي يستمر المدخن في أخذ النيكوتين؛ لتجنب الأعراض الجسمية والوجدانية للانسحاب. حيث يعاني المدخنون الممتنعون عن التدخين من أعراض مثل المزاج الاكتئابي^٤، والقلق، والتهيؤ، وصعوبة التركيز، واللهفة.

٣- التعرض للانتكاسة: يظل المدخنون معرضين للانتكاس لفترة تمتد إلى أسابيع أو شهور أو حتى سنوات بعد التوقف عن تدخين التبغ. وقد تحدث الانتكاسة لأنماط أخرى من المخدرات، وغالبًا ما يحدث ذلك عند رؤية الأشخاص، أو الأماكن، أو الموضوعات أو المنبهات الأخرى التي تعلم الفرد ربطها بالتأثيرات الإيجابية للمكافأة الناتجة عن المخدر. كما أن المشقة

-
- 1euphoria
 - 2arousal
 - 3neuroadaptations
 - 4depressed mood
 - 5irritability

يمكن أن تعجل من عملية الانتكاسة والعودة للتدخين (D'souza & Markou, 2011).

معدل النيكوتين في الدم:

ينتج النيكوتين تأثيرات فسيولوجية كبيرة إذ تمد السيارة الواحدة المدخن بحوالي ١ ملي جرام من النيكوتين، وينتقل النيكوتين عبر أغشية الخلايا بسرعة، حيث يأخذ فترة تتراوح من ١٠ إلى ١٩ ثانية كي يصل للمخ، ويستنشق المدخنون حوالي من ١٠ إلى ٨٠ ملي جرام من النيكوتين في اليوم للحفاظ على تركيز النيكوتين في الدم ليصل لمعدل يتراوح من ١٠ إلى ٥٠ نانو جرام / ملي لتر؛ ولأن نصف عمر النيكوتين في الدم هو حوالي ساعتين؛ فإن التعرض المتكرر للنيكوتين ينتج حالة من الثبات تمتد من ٦ إلى ٨ ساعات.

إلا أن هناك بعض الاختلافات فيما يتعلق بامتصاص النيكوتين تبعاً لنوع السجائر المدخنة، فالنيكوتين الموجود في السجائر البيضاء^١ لا يعبر بشكل متحرر أغشية الخلايا؛ لأنه حمضي^٢ يتضمن أيونات؛ ولهذا السبب لا يتم امتصاص هذه النوعية من السجائر البيضاء من الفم، أما التبغ الموجود في البايب^٣ والسجائر العادية فهو قلوي لذا يمكن امتصاصه من الفم وفي الحويصلات الهوائية في الرئة.

تتم عمليات الأيض^٤ للنيكوتين على نطاق واسع، في الكبد ومن خلال الرئة والمخ. وتتحول نسبة تتراوح ما بين ٧٠٪ إلى ٨٠٪ من النيكوتين من خلال عمليات الأيض إلى كاتونين^٥ بواسطة أكسيد الكربون^٦، و ٤٪ أخرى تتحول بواسطة أكسيد النيتروجين^٧.

1 Blonde cigarettes

2 Acidic

3 Pipes

4 Metabolized

5 Cotinine

6 C- Oxidation

7 N-Oxide

ويعتبر إنزيم السيتوكروم^١ هو الإنزيم المسئول عن تحول النيكوتين إلى كاتونين (Salin-Pascual, Alcocer-Castillejos, & Alejo-Galarza, 2003). وبينما يستغرق النيكوتين نصف مدى عمري قصير يقدر بحوالي ساعتين، إلا إن الكاتونين، والذي يعتبر الناتج الأساسي لعملية الأيض للنيكوتين يتراوح نصف المدى العمرى له ما بين ١٤ - ٢٠ ساعة وبالتالي فهو يعتبر علامة مميزة على امتصاص النيكوتين (Salin-Pascual, Alcocer-Castillejos, & Alejo-Galarza, 2003; Ozdener, Yee, Mc Dermott, Cowart, Vainius, Dalton, et al , 2009). ويعتمد التخلص الكلوي^٢ للنيكوتين على تركيز أيونات الهيدروجين في البول^٣ ويفسر ذلك سبب التخلص من نسبة تتراوح ما بين ٢ - ٣٥ ٪ من إجمالي النيكوتين (Salin-Pascual, Alcocer-Castillejos, & Alejo-Galarza, 2003). وتستخدم قيم الكاتونين سواء اللعابية^٤، أو الموجودة في البول^٥ أو الموجودة في الدم^٦ لتقدير صدق التقرير الذاتي^٧ لحالة التدخين (Ozdener, Yee, Mc Dermott, Cowart, Vainius, Dalton, et al , 2009; Benowitz, Bernert, Caraballo, Holiday, & Wang, 2009). ومن ثم فالكاتونين هو محصلة عمليات أيض النيكوتين، ويستخدم على مدى واسع للتمييز بين المدخنين وغير المدخنين، وأولئك الذين حاولوا الامتناع عن التدخين كإينكياً في الدراسات الوبائية. ولتحديد النقطة الفاصلة^٨ التي تُستخدم للتمييز بين المدخنين وغير المدخنين؛ حل الباحثون بيانات ٣٠٧٨ مدخن و١٣٠٧٨ غير مدخن تم جمعها من مسح فحص التغذية والصحة العالمي^٩ في الفترة من ١٩٩٩ إلى

1 Cytochromes(CYP2A6)

2 Renal clearance

3Urine PH

4 Salivary

5 Urinary

6 Serum

7 Self-reported

8 Cut point

9 National Health and Nutrition Examination Survey

٢٠٠٤ باستخدام أسلوب تحليل منحنى خصائص المشغل المستقبل^١. وكانت النقطة الفاصلة للكاتونين لدى الراشدين ٠,٨ , ٣ نانوجرام/ ملي لتر وحساسية^٢ (٩٦,٣٪)، ونوعية (٩٧,٤٪)، ولدى المراهقين ٢,٩٩ نانوجرام/ملي لتر وحساسية ٨٦,٥٪ ونوعية ٩٣,١٪. كما وجدوا من خلال هذا المسح أن النقطة الفاصلة للكاتونين تختلف باختلاف العرق/الأصل.

وحدد جارفز وآخرون Jarvis et al النقطة الفاصلة المُثلى التي تستخدم على نطاق واسع للتمييز بين المدخنين وغير المدخنين وهي ١٤ نانوجرام/ملي لتر، وذلك من خلال تحليل عينات الكاتونين التي أُخذت من المرضى زائري العيادات الخارجية في المملكة المتحدة في بداية الثمانينيات (Benowitz, Bernert, Caraballo, Holiday, & Wang, 2009).

ثانيًا: الاكتئاب

بالرغم من أن الاكتئاب من المصطلحات الأكثر انتشارًا في التراث النفسي، إلا أن تقديم تعريف محدد له ليس بالشيء اليسير، نظرًا لتعدد وتنوع التعريفات التي تتعامل مع الاكتئاب والتي تعتمد على اطر نظرية متنوعة، بعضها يرجع للمنحى الطبي البيولوجي، وبعضها للمنحى النفسي الدينامي، وبعضها الآخر يتبع المنحى المعرفي السلوكي.

ويمكن تعريف الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني يتميز بمجموعة من الأعراض الانفعالية والسلوكية والمعرفية، وهو يعد حالة من الحزن والهم والغم مداوم، والتي تتراوح بين تثبيط الهمة البسيط نسبيًا والكآبة، وهي حالة يمكن أن يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادفونه من عقبات وإحباط، وتمتد إلى مشاعر الجزع واليأس السوداوي والتي قد تؤدي إلى الانتحار، ويصاب صاحب هذه المشاعر عادة بالافتقار إلي المبادأة والكسل وفتور الهمة والأرق وفقدان الشهية وضعف التركيز وصعوبة اتخاذ القرار.

1 Receiver operator characteristic curve analysis

2 sensitivity

- كما يمكن تعريفه باعتباره زملة إكلينيكية تشتمل على انخفاض المزاج، ومشاعر الامتعاض المؤلم، وصعوبة التفكير، وتأخر حركي نفسي.
- كما أن الاكتئاب يمكن تحديده من خلال عدد من الأعراض هي:
- ١- تغير محدد في المزاج وذلك مثل وجود مشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة.
 - ٢- مفهوم سلبي عن الذات متزامن مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها.
 - ٣- رغبة في عقاب الذات أو إيذائها.
 - ٤- تغيرات في مستوى النشاط كما تبدو في نقص النشاط، أو في صعوبة النوم ونقص مستوى التركيز. (معمرية، ٢٠٠٠).
- ويشير "روزنهان وسيلجمان" إلي أن الاكتئاب هو اضطراب وجداني يتميز بأربعة فئات من الأعراض هي:
- **الأعراض الوجدانية:** وتتمثل في مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالنشاطات الترفيهية.
 - **الأعراض المعرفية:** وتتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والمستقبل.
 - **الأعراض المتصلة بالدافعية:** والتي تنعكس في السلبية والتردد وانخفاض مستوى النشاط العام، وصعوبة اتخاذ القرار، وبطء في السرعة النفسية الحركية، وقد يصاحب ذلك ميل للانتحار.
 - **الأعراض الجسمية:** مثل فقدان الشهية، واضطراب النوم، ونقص الوزن (رضوان، ١٩٩٢، ٣٧-٣٨، رضوان، ٢٠٠١).
- تعريف الاكتئاب من خلال الأعراض الإكلينيكية:**
- يعرف الاكتئاب وفقاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية الصادر عن منظمة الصحة العالمية ١٩٩٢ (ICD/10)، بأنه:

"تتميز الأعراض الاكتئابية النموذجية بعدد من المظاهر العامة أو الأعراض الأساسية، والتي تتراوح في شدتها ما بين الخفيفة والمتوسطة والشديدة، حيث يعاني الفرد عادة من انخفاض في المزاج، وفقد القدرة على الإحساس بالتلذذ أو الاستمتاع، وفقد الاهتمام، وانخفاض الطاقة الذي يؤدي إلى سرعة التعب ونقص النشاط، والشعور بالتعب الشديد بعد أقل مجهود، وسرعة معدل ضربات القلب، وفقد الرغبة الجنسية".

ومن الأعراض الشائعة أيضًا:

- انخفاض احترام الذات والثقة بالنفس
- وجود أفكار عن الشعور بالذنب أو فقدان القيمة
- الاحساس بأن المستقبل مظلم
- اضطراب النوم
- اضطراب الشهية.

والشخص الذي يعاني من الأعراض الاكتئابية يكون عادة ضائعًا بأعراضه ولديه بعض الصعوبة في الاستمرار في أداء عمله المعتاد وممارسة نشاطه الاجتماعي المألوف، ولكنه غالبًا لا يتوقف عن الأداء تمامًا (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ١٣٠-١٣١).

ويمكن تقسيم الأعراض الاكتئابية إلى أربع فئات: وجدانية، وسيكولوجية، وفسولوجية، وسلوكية، وأكثر الأعراض التي عادة ما تظهر في البداية هي التعب والإعياء، وصعوبة التركيز، والآلام الجسدية، والأرق واختلال المزاج (عكاشة، ٢٠٠٣، ٤٣٥).

أما عن الاكتئاب كما ورد في المراجعة الأخيرة من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسي "DSM-5"، فيتمثل في المحددات التالية:

تُشخص النوبة الاكتئابية من خلال توافر خمسة محددات تشخيصية من المحددات التالية، تظهر على الفرد في فترة أسبوعين قبل التشخيص. (على

- أن تتضمن محك واحد على الأقل من أول محكين)
- ١- المزاج الاكتئابي أغلب ساعات اليوم، بشكل متكرر يوميًا، وهو ما يظهر في شعور الفرد بالحزن، وفقدان الأمل، والخواء، أو يلاحظه الآخرون على الفرد.
 - ٢- فقدان الاهتمام، والشعور بالاستمتاع، وانخفاض ملحوظ في النشاط وقدرة الفرد على القيام بالأنشطة المعتادة.
 - ٣- انخفاض أو زيادة ملحوظة في الوزن، (تغيير ما يعادل ٥٪ من وزن الجسم في شهر بالزيادة أو النقصان)، وفقد أو زيادة في الشهية (بشكل متكرر يوميًا).
 - ٤- اضطرابات في النوم (أرق أو زيادة في معدلات النوم).
 - ٥- تهيج نفسي حركي^١، أو بطء نفسي حركي.
 - ٦- شعور بالتعب وانخفاض الطاقة (بشكل يومي).
 - ٧- شعور بانعدام القيمة، أو شعور شديد بالذنب.
 - ٨- انخفاض القدرة على التركيز والتفكير، أو عدم القدرة على اتخاذ القرارات (بشكل يومي).
 - ٩- أفكار متكررة حول الموت، وقد تشمل مجرد الرغبة في الانتحار دون تخطيط، أو التخطيط للانتحار، أو محاولة الانتحار فعليًا.
- بالإضافة للأعراض السابقة، هناك عدد من المحكات الإضافية منها:
- أن تسبب الأعراض السابقة للفرد درجة عالية من المشقة، أو تعوقه عن القيام بواجباته في المجالات الاجتماعية أو المهنية، أو غيرها من المجالات.
- _ ألا تكون الأعراض السابقة نتيجة لتناول عقار، أو نتيجة لمرض آخر غير

الاكتئاب (APA, 2013, 160-161).

وميز "روزنهان" و"سليجمان" بين الاكتئاب الإكلينيكي والاكتئاب السوي حيث يتضمن الأول الدرجة الشديدة من الأعراض السابقة الذكر، أما النوع الثاني فيتمثل في أعراض مزاجية اكتئابية لدى الجمهور العام كاستجابة للأحداث التي يتعرض لها الأفراد، وتتميز بكونها خفيفة وفي إطار المدى السوي لها (رضوان، ٢٠٠١).

وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة الحالية تركز على النوع الثاني من الاكتئاب، حيث تُعنى بقياس الأعراض الاكتئابية لدى عينة من المدخنين الأسوياء.

ويتم قياس هذه الأعراض من منظور السمة والحالة، حيث تشير السمة إلى حالة الفرد المستقرة نسبياً لفترة طويلة من الوقت، بينما تشير الحالة إلى حالة مؤقتة أو سريعة أو مزاج متغير (رضوان، ٢٠٠١).

النماذج الكيميائية العصبية للاكتئاب:

هناك عديد من النماذج والنظريات التي حاولت تفسير الاكتئاب، وفي هذا السياق سيتم التركيز على النظريات البيولوجية التي توضح دور الأنظمة العصبية الكيميائية وما يترتب عليها من تغيرات. وفيما يلي نبذة عن هذه النماذج:

• الافتراض الكولينري^١

يعتبر الافتراض الكولينري من أوائل النظريات العصبية الكيميائية للاكتئاب. والذي يشير إلى أن اختلال التوازن بين النظام الكولينري^٢ والكاتيكولامينات (وتشمل الأدرينالين والنورادرينالين والدوبامين)، يترتب عليه تغيرات في المزاج.

1 cholinergic hypothesis

* يتكون هذا النظام من الأعصاب والمشبكات العصبية التي تستخدم مادة الاسيتايل كولين كموصل عصبي لها، ويوجد نوعان من المستقبلات الكولينية هما مستقبلات المسكارين، ومستقبلات النيكوتين.

وهناك اعتقاد بأن التغيير في النشاط الكوليني ينتج الاكتئاب، في حين أن التغيير في نشاط الكاتيكلولامينات يُنتج الهوس (Martin, 1998, 340).

• نظرية أحاديات الأمينات

وهي من أكثر النظريات أهمية في تفسير الاكتئاب، وتتناول هذه النظرية تأثير الكاتيكلولامينات في الاكتئاب، حيث كشفت دراسة أجريت عام ١٩٥٠ عن تأثير اثنين من العقاقير التي قُدمت للمرضى منها عقار (ريزيربين) لتخفيف ومعالجة ضغط الدم المرتبط بالأعراض الاكتئابية لدى بعض المرضى. وأشارت دراسات علم النفس المقارن إلى انخفاض مستويات الدوبامين والنورادرينالين والسيروتونين لدى الفئران عند استخدام عقار الريزيربين. مما دعم الافتراض بأن انخفاض الكاتيكلولامينات هو السبب الجذري للاكتئاب، وظل هذا الافتراض هو السائد في تفسير الاكتئاب، ومن ثم أصبح علاج الاكتئاب يعتمد على العقاقير التي تحافظ على المستويات المرتفعة من الكاتيكلولامينات في الجهاز العصبي (Martin, 1998, 340 ; Silber, 1999, 101).

وبالرغم من ذلك فهناك عدد من المشكلات التي تعترض هذا الافتراض منها:

- ١- أنه من غير الواضح ما إذا كانت مضادات الاكتئاب تزيد من مستويات أحاديات الأمينات في المشتبك العصبي أم لا.
 - ٢- أن هناك عقاقير مضادة للاكتئاب لا تغير من مستويات أحاديات الامينات في المشتبك العصبي.
 - ٣- وأخيراً هناك تساؤل مثار حول سبب التباين بين التأثير الفارماكولوجي المباشر والسريع للعقاقير المضادة للاكتئاب على المستوى الكيميائي العصبي، والتأثير غير المباشر متوسط الأثر- الذي قد يصل في بعض الأحيان إلى ستة أسابيع- لهذه العقاقير على المستوى السلوكي.
- ومن ثم تم تطوير هذه النظرية من خلال التركيز على الافتراض النورادريناليني، بغية معالجة بعض أنماط القصور السابق ذكرها. ويشير

الافتراض النورادريناليني إلى أن التغير في كفاءة المشتبكات¹ تجعل مستقبلات الفا² الادرينالية في المنطقة قبل المشتبك العصبي تغير من التحكم المشتبكي لإفراز الناقلات العصبية.

وعلى الرغم من أن تعاطي مضادات الاكتئاب يزيد من كفاءة المشتبك العصبي؛ إلا أن البطء المرتبط بهذه المعالجات؛ يفسر تأخر التأثير السلوكي لهذه العقاقير (Martin, 1998, 340-341).

ومع ذلك، لم تشر أي دراسة إجريت على الإنسان إلى أن الاكتئاب ينتج عن الحساسية المرتفعة لمستقبلات الفا² الادرينالية في المنطقة قبل المشتبك والتي بدورها تؤدي إلى تقليل إفراز النورادرينالين. أما الافتراض المقابل فيتمثل في فكرة مؤداها أن مستقبلات بيتا الادرينالية في المنطقة بعد المشتبك العصبي تزداد لدى مرضى الاكتئاب وأن مضادات الاكتئاب تعمل على إرجاع هذه المستقبلات لمستواها الطبيعي.

• **افتراض تأثير السيروتونين 5-HT:** ويشير هذا الافتراض إلى أن الاكتئاب ينتج عن انخفاض السيروتونين، وأن مضادات الاكتئاب تزيد من كفاءة المنظومة السيروتونية. وبالتالي ينشأ تأخر التأثير السلوكي للعقاقير - ومن ثم تخفيف الأعراض الاكتئابية - عن البطء الذي تحدثه هذه العقاقير في نسبة السيروتونين في المشتبكات العصبية. (Martin, 1998, 340-341)

الدراسات السابقة:

وفيما يلي بعض الدراسات التي أهتمت بفحص العلاقة بين الاعتماد على النيكوتين والاكتئاب:

دراسة بيسا Pesa وكاودري Cowdery ووينج Wang وفو Fu (٢٠٠١) والتي هدفت إلى اختبار العلاقة بين المشاعر الاكتئابية وتدخين السجائر لدى عينة مكونة من ٤٤٠ مراهق مكسيكي أمريكي شاركوا في المسح الثاني

1 synaptic efficacy

للتدريبات والاتجاهات نحو المراهقة^١ سنة ١٩٩٣، وقُسمت العينة إلى ٢٢٨ ذكر، ٢١٢ أنثى تراوح المدى العمري لهم ما بين ١٢، ١٨ سنة بمتوسط عمري مقداره ١٣,٩ سنة وانحراف معياري ٢,٦ سنة، وتم توزيع المبحوثين وفقاً للنوع وحالة التدخين (غير مدخنين، ومدخنين بالتجربة، ومدخنين بالمناسبة، وخفيفي التدخين، وكثيفي التدخين). وتم قياس المشاعر الإيجابية من خلال عدة أسئلة، تختبر تكرار حدوث بعض الأعراض خلال الشهر السابق لإجراء الدراسة تمثلت هذه الأعراض فيما يلي:

- ١- الشعور بالتعب الشديد عند القيام بأي شيء.
- ٢- وجود اضطرابات في النوم.
- ٣- وجود مشاعر غير سارة، وحزن واكتئاب.
- ٤- الشعور باليأس من المستقبل.
- ٥- الشعور بالعصبية والتوتر.
- ٦- الشعور بالقلق الشديد.

وتم تصنيف المراهقين الذين أجابوا بنعم في فئة ذوي المشاعر الاكتئابية، أما الذين أجابوا بأحياناً أو نادراً، أو ابداً صنفوا في فئة ليس لديهم مشاعر اكتئابية. وكشفت نتائج هذه الدراسة أن الإناث اللائي يُدخن حالياً أو اللاتي يُدخن بالتجربة أظهرن مشاعر اكتئابية أكثر من الإناث غير المدخنات، وذلك بالنسبة لثلاثة من الستة مؤشرات. كما تبين وجود فروق جوهرية بين الذكور المدخنين وغير المدخنين فيما يتعلق بمظهر واحد من المشاعر الاكتئابية وهو اضطراب النوم (pesa, Cowdeyy, Wang & Fu,2001).

وهدفت دراسة كيني Kenney وهولهن Holahan (٢٠٠٨) إلى اختبار العلاقة بين الأعراض الاكتئابية وتدخين السجائر، وأيضاً فحص دور الفاعلية الذاتية للتدخين^٢ (قدرة الفرد على التوقف عن التدخين) في تفسير العلاقة بين

1 Teenage Attitudes and Practices Survey 11(TAPS11)

2 Smoking self-efficacy

الأعراض الاكتئابية وتدخين السجائر وذلك على عينة من طلاب الجامعة مكونة من (٢٠٤) طالب ٥٨٪ منهم إناث و ٤٢٪ ذكور، وبلغت نسبة المدخنين السابقين في العينة ٤١٪ (٢٥ انثى، و ١٦ ذكراً). قدم لهم قائمة للتقرير الذاتي تتضمن الأعراض الاكتئابية وكثافة تدخين السجائر، وفاعلية الذات للتدخين. وأسفرت النتائج عن أن الطلاب المرتفعين على الأعراض الاكتئابية يدخنون معدلات أعلى من السجائر يومياً مقارنة بمنخفضي الأعراض الاكتئابية. وبالنسبة للمدخنين السابقين تبين أن الفاعلية الذاتية تفسر العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والتدخين. ومن ثم أشارت هذه الدراسة إلى أن الأعراض الاكتئابية تعتبر عاملاً مهيباً لتدخين السجائر بين طلاب الجامعة. (Kenney & Holahan, 2008)

أما دراسة إيفيت Evatt (٢٠٠٩)، فقد هدفت إلى اختبار فرض مؤداه أن العلاقة بين التدخين والانفعال لا تزال غير واضحة الفهم، فالتدخين قد يسبب انفعالات سلبية أو إيجابية لدى المراهقين المدخنين. وتم اختبار هذا الافتراض على عينتين من المراهقين بمتوسط عمري قدره ١٥ سنة وانحراف معياري ٦,٦ سنة طبق عليهم مقاييس التقرير الذاتي لكل من اللهفة^١ والاكتئاب والقلق والحالة الانفعالية، كما تم قياس معدل ضربات القلب وتوصيل الجلد. وتم السماح للمجموعة التجريبية بالتدخين اثناء القيام بهذه القياسات، أما المجموعة الثانية فلم تتح لها هذه الفرصة حيث تم استخدامها كمجموعة ضابطة. ولاستدعاء الاستجابات الانفعالية عُرض على المبحوثين سلاسل من الصور السارة والمحايدة وغير السارة. وأشارت النتائج إلى أن التدخين خفف من الانفعال السلبي (Evatt, 2009).

دراسة كاردنس Cardenas (٢٠٠٣) عن النشاط الدوباميني لدى مرضى الاكتئاب الرئيسي والاعتماد على النيكوتين. حيث افترضت هذه الدراسة ما يلي:-

- ١- أن التغيير في نشاط المنظومة الدوبامينية ربما يكون أحد الميكانيزمات العصبية البيولوجية الكامنة وراء الرابطة بين اضطراب الاكتئاب الأساسي والاعتماد على النيكوتين (تدخين السجائر).
- ٢- أن الاعتماد على النيكوتين ربما يعدل من تأثير المنشطات التي تعزز نشاط الدوبامين.

وللتحقق من هذين الفرضين تم استخدام جرعة من منشط د.امفيتامين D. Amphetamine بمقدار (٣٠ ملي جرام) عن طريق الفم لتنشيط إفراز الدوبامين وذلك لتقييم نشاط الدوبامين لكل من المجموعة الضابطة التي تكونت من ١٦ مبحوثاً من المعتمدين على النيكوتين والمجموعة التجريبية التي تكونت من ١٨ مدخنًا من مرضى الاكتئاب الرئيسي. وتم استخدام مقاييس تقرير ذاتي جيدة الصدق لتقييم تأثيرات المكافأة لهذا المنشط (الدامفيتامين) وتبين في هذه الدراسة أن المدخنين شديدي الاكتئاب أظهروا تقديرات مرتفعة لتأثيرات المكافأة لمنشط الدامفيتامين مقارنة بالمجموعة الضابطة، ولم يعدل التدخين من الاستجابة الذاتية لهذا المنشط (Cardenas, 2003).

وحاولت دراسة يونس Younis وماتر Mattar وويلسون Wilson (٢٠٠٣) التحقق من العلاقة بين تدخين السجائر وبعض الأمراض النفسية خاصة القلق والأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية في مدينة رأس الخيمة بالإمارات العربية المتحدة. وتكونت عينة الدراسة من ٤٧٣ طالب تم توزيعهم على ثلاث عينات هي: المدخنون حاليًا، ومجموعة المدخنون سابقًا (المتوقفون عن التدخين)، ومجموعة غير المدخنين. وطُبقت عليهم النسخة العربية من استخبار التقرير الذاتي^١ عن القلق والاكتئاب، وكذلك قائمة للمعلومات الديموجرافية، وكشفت نتائج الدراسة أن المدخنين كانوا أعلى في الأعراض الاكتئابية يليهم المتوقفون عن التدخين ثم غير المدخنين (Younis, Mattar, & Wilson, 2003).

1The Arabic Version of The Self – Reporting Questionnaire (SRQ-20)

وهدفت دراسة ستير Steuber ودانر Danner (٢٠٠٦) إلى التعرف على نوعية العلاقة بين التدخين والاكتئاب. واستخدمت هذه الدراسة البيانات الواردة في الدراسة الطولية القومية لصحة المراهق لتقييم اتجاه العلاقة بين تدخين السجائر والاكتئاب بين المراهقين. وأجريت على عينة مكونة من ١٤٦٣٤ مراهق (٧١٣٢ ذكور، ٧٥٠٢ إناث)، قد أكملوا الاستطلاعات في المنزل في الفترة من ١٩٩٥ - ١٩٩٦ وقُسموا لأربع مجموعات حسب حالة التدخين وهي مراهقون مبتدؤون، ومقلعون، ومستمررون، وغير مدخنين، ووجد أن المبتدئين، والمقلعين، والمستمررين كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بمعدل ١,٥٪ و ١,٤٪ و ٢٪ على التوالي، وذلك مقارنة بغير المدخنين. كما تبين أن الإناث أكثر اكتئابًا عند بداية التدخين، وأقل عند الإقلاع عنه. وبالرغم من ذلك لم تتوصل الدراسة إلى أن التدخين يؤدي للاكتئاب (Steuber & Danner, 2006).

واهتمت دراسة بوندين Boden وفرجيسون Fergusson وهاورود Horwood (٢٠١٠) بفحص العلاقة السببية بين التدخين والاكتئاب، حيث تم جمع البيانات عن أعراض الاعتماد على النيكوتين والأعراض الاكتئابية في مرحلة الشباب المبكر من خلال سجلات المواليد لأكثر من ١٠٠٠ شخص، وكشفت النتائج عن وجود علاقة سببية جوهرية بين التدخين والاكتئاب، كما تبين أن تدخين السجائر يزيد من الاستهداف للاكتئاب (Boden, Fergusson, & Horwood, 2010).

وسعت دراسة كالديرولا وزملائه Caldirola et al (٢٠١٣) إلى فحص تأثير تدخين السجائر على الأداء النفسي العصبي لدى مرضى اضطراب المزاج. وأجريت على ١٠٠ مريض بالاكتئاب تم تشخيصهم وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR)، حيث تم تشخيص (٦١) منهم باضطراب الاكتئاب الرئيسي و(٣٩) بأنهم ذوو اضطراب ثنائي القطب. قدم لهم برنامج للتأهيل لمدة أربعة أسابيع ومن بين هؤلاء كان هناك ٤٥ مدخنًا منتظمًا و ٥٥ غير مدخن (لم يدخنوا قط). وقُدِّم للمرضى البطارية

النيوروسيكولوجية الشاملة^١ وذلك عند بداية الدخول للمستشفى وعند الخروج منها، وتشمل (تقييم الذاكرة السمعية اللفظية والبصرية، والذاكرة العاملة، والانتباه، والقدرة البصرية - البنائية^٢، وطلاقة اللغة، والفهم). وكذلك قدم لهم مقاييس لتقييم (الاكتئاب، وشدة المرض)، أما التدخين فتم قياسه من خلال المقابلة الشخصية. وأشارت النتائج إلى أنه في بداية الدخول إلى المستشفى أظهر المدخنون أداءً أفضل على اختبارات الذاكرة اللفظية، وطلاقة اللغة، والذاكرة العاملة مقارنة بغير المدخنين. كما تبين عدم وجود تفاعل بين التدخين والتشخيص الموجود. وفي نهاية الإقامة بالمستشفى، أظهرت مجموعة المرضى تحسناً جوهرياً في عديد من المجالات المعرفية واستمر المدخنون في الحفاظ على أدائهم الجيد في الذاكرة العاملة، والذاكرة اللفظية، وطلاقة اللغة مقارنة بغير المدخنين. ويتضح من هذه النتائج أن التدعيم المعرفي ربما يرتبط باستخدام النيكوتين لدى مرضى الاكتئاب سواء كانوا ذوي النوبة الكبرى، أو ذوي الاضطراب ثنائي القطب. ومن ثم ربما يمثل التدخين علاجاً معرفياً ذاتياً يتوسط العلاقة بين التدخين واضطرابات المزاج (Caldirola, Dacco, Grossi, Citterio, Menotti, & Cavedini, 2013).

كما هدفت دراسة جيلبرت Gilbert وزملائه (١٩٩٤) إلى تقييم تأثير النيكوتين تغيرات في تغيير معدل ضربات القلب^٣، والنشاط الكهربائي للقشرة^٤ المخية، أما الهدف الثاني للدراسة فتمثل في رصد الفروق بين الذكور والإناث من المدخنين وغير المدخنين في بعض سمات الشخصية (العصابية^٥، والاكتئاب^٦، والانبساط^٧)، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من ١٦ ذكراً و ١٦ أنثى تراوح المدى العمري لهم ما بين ٢١ إلى ٣٥ سنة نصفهم غير

1 Comprehensive neuropsychological battery

2 Visual- Constructive ability

3 Heart Rate

4 Electro cortical activity

5 Neuroticism

6 depression

7 Extroversion

مدخن والنصف الاخر اعتاد التدخين بمعدل ١٥ سيجارة يومياً على الأقل، وجميعهم ذوو يد يمنى سائدة. واسفرت نتائج الدراسة عن الآتي:

١- فيما يتعلق بتركيزات النيكوتين في الدم:- تبين أن هناك انخفاض في تركيزات النيكوتين في الدم تراوح ما بين (أقل من ١ إلى ٢,٩ نانوجرام / ملي لتر) مقارنة بخط الاساس.

٢- لا توجد فروق بين الذكور والإناث المدخنين في تركيزات النيكوتين في الدم وذلك بعد تدخين ٢، ٤، و ٥ سجائر. أذ تبين أن متوسط تركيز النيكوتين بالدم خلال الثلاثة ظروف الخاصة بتقديم النيكوتين (بعد تدخين سيجارتين، وأربعة، وخمسة) هي ١,٥، و١,٤، و١٨ نانوجرام / ملي لتر على التوالي.

٣- أظهرت المبحوثات المدخنات مستويات مرتفعة من الاكتئاب مقارنة بمجموعة غير المدخنات، كما كشفت الإناث المدخنات عن درجات مرتفعة من الاكتئاب مقارنة بعينة الذكور (سواء كانوا مدخنين أو غير مدخنين) (Gilbert, Meliska , Welser, & Estes, 1994).

واهتمت دراسة برسليا Breslau وكيلبأي Kilibey وأندروسكي Andreski (١٩٩١) بتحديد ما إذا كان الاعتماد على النيكوتين ومستويات شدته ترتبط بالاعتماد على غيره من المواد النفسية الأخرى والاكتئاب الأساسي^١ واضطرابات القلق^٢، وذلك على عينة عشوائية تكونت من ١٠٠٧ راشد في مدينة ديترويت (Detroit) في ولاية ميشغان الامريكية (Mich) وأستخدم معهم جدول مقابلة المعهد الوطني لتشخيص الصحة العقلية^٣ الذي تم تعديله وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي المعدل. وتبين أن الاعتماد على النيكوتين يرتبط بإدمان الكحول^٤ والقنب^٥ والكوكايين^٦. وعند ضبط تأثير المواد المخدرة الأخرى

1 Major Depression

2 Anxiety

3 The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule

4 Alcohol

5 Cannabis

6 Cocaine

تبين أن الأفراد ذوو الاعتماد على النيكوتين لديهم معدلات مرتفعة من اضطراب الاكتئاب الأساسي. وتفاوتت قوة هذه الارتباطات وفقاً لشدة الاعتماد على النيكوتين (Breslau, Kilibey & Andreski, 1991)

تعقيب عام على الدراسات السابقة :

١- أشارت الدراسات إلى زيادة معدلات التدخين لدى مرضى الاكتئاب؛ وكان تفسير ذلك استخدام التدخين كنوع من العلاج الذاتي لما يعانيه مرضى الاكتئاب من أعراض، أو لتخفيف الآثار الجانبية للعقاقير العلاجية التي يتناولونها.

٢- استخدمت معظم الدراسات السابقة مقاييس التقرير الذاتي سواء لقياس كثافة التدخين أو شدة الاكتئاب، دون الاعتماد على محكات بيولوجية لتقدير معدل النيكوتين في الدم؛ ومن ثم عُنت الدراسة الحالية باستخدام مؤشرات بيولوجية وسيكومترية لتقدير كثافة التدخين.

٣- لم تتناول الدراسات السابقة الاكتئاب كسمة فهناك دراسات تناولته كاضطراب وأخرى تناولته كحالة.

٤- هناك دراسات تعاملت مع التدخين على أنه عامل استهداف رئيس للاكتئاب وأنه السبب في حدوثه.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

أولاً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من ١٠٨ طالب من طلاب جامعة القاهرة، وقُسمت العينة إلى ٦٥ مدخنًا، و٤٣ غير مدخن. تراوح المدى العمري لأفراد العينة بين ٢١،٤١ سنة إلى ٢٥،٢٢ سنة، بمتوسط قدره ٢٣،٣٢ سنة، وانحراف معياري ١،٩١ سنة. وتوزعت العينة الكلية على خمس عشرة كلية من الكليات النظرية والعملية وهي: الآداب، والحقوق والهندسة والتجارة والطب البشري والحاسبات والمعلومات والزراعة والطب البيطري والتجارة والتخطيط العمراني والآثار والإعلام ودار العلوم والصيدلة والعلوم وذلك من الفرق الأربعة ومرحلة الدراسات العليا. وبلغت نسبة الطلاب من الكليات النظرية ٦٩،٨ ٪ طالبًا، و٣٠،٢ ٪ طالبًا من الكليات العملية.

محكات الاستبعاد من العينة :

تم استبعاد من لديهم أي مرض عصبي أو نفسي أو من لديهم عجز عصبي حسي خطير، ومن يتعاطون أي مواد نفسية أخرى، ومن لديهم أي مشاكل طبية حادة أو مزمنة، ومن يتعاطون أي أدوية لأي سبب من الأسباب، ومن لديهم أي أمراض جسمية (Vigneshwaran, Bhasi, & Kumar, 2013; Ernst, Matochik, Heishman, Van Horn, Jons, Henningfield, et al , 2001). وكذا من لديهم تاريخ لمرض الكلى وألا يزيد تركيز الكورتين في الدم لديهم عن ٢ مللجرام /ديسيلتر 2mg/dl، كما استبعد الأشخاص الذين يتعاطون النيكوتين من مصادر أخرى غير السجائر بسبب اختلاف الكيفية التي تستخدم بها هذه المنتجات مقارنة بتدخين السجائر، وأيضًا لأنهم يمثلون فقط نسبة صغيرة من مستخدمي التبغ (Benowitz, Bernert, Caraballo, Holiday, & Wang, 2009).

ثانيًا: أساليب وأدوات جمع البيانات

اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين، ومقياس الاعتماد على التدخين، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاكتئاب كسمة والذي يمثل أحد المقاييس الفرعية لقائمة جيلفورد للشخصية، وتم قياس معدلات النيكوتين في الدم. وفيما يلي نعرض بشيء من التفصيل لهذه الأدوات:

١- مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين:

هو الأداة الأكثر استخدامًا في قياس الاعتماد على النيكوتين في المسوح الوبائية والقياسات الإكلينيكية والدراسات المعملية (Lessov-Schlaggar, Pergadia, Khroyan, & Swan, 2008). ويتكون من ٦ بنود تم وضعها بهدف تشخيص وتحديد درجة الاعتماد على النيكوتين وسط المدخنين الذين أتوا على أنهم مرضى وبحاجة للمساعدة للتوقف عن التدخين، ويتكون أصل الاختبار

من ٨ بنود سؤالين منهم عن درجة الاستنشاق ومحتوى النيكوتين في العلامة التجارية، وتم التخلي عن هذين البندين لأنهما غير مميزين (Fagerstrom,.,Heathertor,& Kozlowski, no date; Heatherton, Kozlowski, & Fagerstrom, 1991).

وقد استخدم هذا المقياس في عديد من البلدان. ويساعد على المستوى الإكلينيكي في تحديد درجة الاعتماد على النيكوتين، كما أنه يرتبط بعدد من المتغيرات المرتبطة بالاعتماد كمستوى النيكوتين في الدم^١، والكاتونين^٢ (المستوى العادي من الأيض)، وأعراض الانسحاب (Fagerstrom, Heathertor, & Kozlowski, no date).

وتتعامل بعض الدراسات مع هذا المقياس على أنه أحادي البعد^٣، في حين تعتبره دراسات أخرى اختباراً ثنائي البعد يتمثل بعدها في التدخين في الصباح، وبعد التدخين خلال أوقات اليوم (Lessov-Schlaggar, Pergadia, Khroyan, & Swan,2008). ويتراوح مدى الدرجات على هذا المقياس بين صفر إلى ١٠، ويمكن تصنيفها إلى خمس فئات كالتالي:

جدول (٣) يوضح مدى الدرجات على مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين نقلاً عن (Lessov-Schlaggar, Pergadia, Khroyan, & Swan,2008)

الدرجة	مستوى الشدة
صفر - ١	منخفضة جداً
٣ - ٤	منخفضة
٥	متوسطة
٦ - ٧	مرتفعة
٨ - ١٠	مرتفعة جداً

ومن ثم تعتبر الدرجة (٥) فأكثر مؤشراً قوياً على الاعتماد (world Health Organization,2002) ويرى بعض الباحثين أن الدرجة (٤) فأكثر تعد مؤشراً

1 Plasma levels of nicotine

2 catinine

3unidimensional

على الاعتماد على النيكوتين (Kim, Difranza, Ziedonis, & Ma, 2012). ويتسم المقياس بمعاملات صدق وثبات مرضية، حيث أجريت عدة دراسات؛ للتحقق من الكفاءة السيكومترية لهذا المقياس منها على سبيل المثال، دراسة بمورلوي وآخرين (1994) Pomerleau et al إذ تم حساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي¹ باستخدام معامل ألفا كرونباخ²، وطريقة إعادة الاختبار³ وذلك على عينة فرنسية وعينة أمريكية وتبين الآتي:

بلغ معامل الفا كرونباخ ٠,٦١ على عينة فرنسية مكونة من ٣٦ مدخناً منهم ٦٦,٧ ٪ إناث، بمتوسط للعمر قدره ٣٦,٣ سنة وانحراف معياري قدره ٩,٦ سنة. أما على العينة الأمريكية فقد بلغ معامل ألفا ٠,٦٤ على عينة مكونة من ٦٠ مدخناً (٢٥٪ منهم إناث) بمتوسط للعمر قدره ٢٨,٧ سنة وانحراف معياري ٦,٦ سنة. وتم حساب الثبات بإعادة الاختبار وكانت نتائجه كالتالي:

جدول (٤) يوضح الثبات بإعادة الاختبار لمقياس فيجستروم نقلاً عن (Pomerleau, Carton, Lutzke, Flessland, & Pomerleau, 1994)

البنود	معامل الثبات
الدرجة الكلية	٠,٨٨٢
البند (١)	٠,٨١٧
البند (٢)	٠,٤٩٣
البند (٣)	٠,٦٦٥
البند (٤)	٠,٩٧
البند (٥)	٠,٥٠٦
البند (٦)	٠,٦٢٩

1 Internal consistency

2 Cronbach's alpha

3 Test-re test

وتبين أن جميعها دالة عند ٠,٠٠١ (Pomerleau, Carton, Lutzke, وFlessland, & Pomerleau, 1994).

وقام كيم Kim وزملاؤه (٢٠١٢) بمراجعة ٢٦ دراسة استخدمت هذا المقياس وتبين من خلالها أن معامل الفا كرونباخ يتراوح ما بين ٠,٥٥ إلى ٠,٧٤. وكشف التحليل العملي للمقياس عن نتائج غير متسقة فبعض الدراسات مثل (e.g: Etter, Duc, & Perneger, 1999; Heatherton et al, 1991; Wellman et al, 2006) أشارت إلى أن بنود المقياس تتشعب على عامل واحد فقط، في حين أشارت فئة أخرى من الدراسات على سبيل المثال (e.g: Chabrol, Niezborala, Chastan, Montastruc, & Mullet, 2003; Etter, 2005; Huang et al, 2006; Jhanjee & Sethi, 2010) إلى أن بنود المقياس تتشعب على عاملين هما التدخين في الصباح، والتدخين خلال اليوم. وتتفق دراسة كيم Kim وزملائه مع هذه الفئة من الدراسات حيث تبين أن البنود المتمثلة في: الوقت مابين الاستيقاظ وبدء التدخين، والسيجارة التي يكره الإقلاع عنها، والتدخين بكثرة خلال الساعات الأولى من اليوم، قد تشبعت على العامل الأول وهو التدخين صباحاً، أما البنود الثلاثة الأخرى والمتمثلة في: صعوبة الامتناع عن التدخين في الاماكن العامة، وعدد السجائر المدخنة يومياً، والتدخين حتى لو كان مريضاً، تشبعت على العامل الثاني وهو، التدخين خلال اليوم (Kim, Difranza, Ziedonis, & Ma, 2012).

وهناك من يرى أن وجود علاقة بين مقياس فيجرستروم للاعتماد على النيكوتين ومستوى النيكوتين بالدم يعد في حد ذاته مؤشراً على صدق وثبات المقياس (see: Kim, Difranza, Ziedonis, & Ma, 2012; Etter, Vu Duc, & Perneger, 1999).

وفي الدراسة الراهنة تم بحساب معاملات الثبات والصدق لهذا المقياس كالتالي:

أولاً : الثبات

تم حساب الثبات باستخدام طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وبطريقة إعادة الاختبار وكانت النتائج كالتالي:

١- الاتساق الداخلي

تم حساب الثبات لهذا المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وذلك على عينة مكونة من ٦٥ مدخنًا من طلاب الجامعة، وكانت قيمة معامل ألفا كرونباخ ٠,٦٤١.

٢- الثبات بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار:

تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار، لتحديد مدى الاستقرار في أداء المبحوثين عبر الزمن وذلك من خلال تطبيق مقياس فيجستروم وإعادة تطبيقه بعد فترة زمنية استغرقت من أسبوع إلى أسبوعين، وذلك على عينة من طلاب الجامعة المدخنين قوامها ٣٠ مدخنًا، بمتوسط للعمر قدره ٢٣,٣٢ سنة، وانحراف معياري ١,٩١ سنة. ويوضح جدول (٥) معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار.

جدول (٥) معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار (ن=٣٠)

معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار	مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين وبنوده الفرعية
٠,٨١٢	الدرجة الكلية
٠,٧٤	البند ١
٠,٣٧٥	البند ٢
٠,٦٤٩	البند ٣
٠,٨٣٧	البند ٤
٠,٣١٥	البند ٥
٠,٦٦٨	البند ٦

ويتضح مما سبق أن المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة.

ثانيًا: الصدق

أشارت الدراسات السابقة إلى أن الارتباط بين مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين ومعدلات النيكوتين في الدم هو مؤشر في حد ذاته على صدق

المقياس وهو ما تسعى الدراسة الحالية للتحقق منه باعتباره هدف من أهدافها، ومع ذلك تم الاعتماد أيضًا على الاتساق الداخلي كمؤشر لصدق هذا المقياس، بالإضافة إلى الصدق العاملي كمحاولة للتحقق من صدق المقياس، وحسم التعارض بين الدراسات السابقة التي يرى بعضها أن المقياس يتشعب على عامل واحد، في حين يرى البعض الآخر أنه يتشعب على عاملين، كالآتي:

- الاتساق الداخلي

تم تقدير الاتساق الداخلي من خلال حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية على عينة مكونة من ٦٥ طالبًا مدخناً من طلاب جامعة القاهرة ينتمون لبعض الكليات النظرية والعملية، ويوضح الجدول التالي نتائج هذه الارتباطات.

جدول (٦) ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس فيجستروم للاعتماد على

النيكوتين (ن=٦٥)

البنود	معامل ألفا
البند (١)	٠,٥٢٦
البند (٢)	٠,٢١١
البند (٣)	٠,٣٨٥
البند (٤)	٠,٤٧٨
البند (٥)	٠,٣٢٤
البند (٦)	٠,٤٣٦

يتضح من الجدول السابق أن هناك اتساق بين بنود المقياس والدرجة الكلية ومن ثم يعد هذا مؤشراً على صدق المقياس.

- الصدق العاملي:

يعد الصدق العاملي شكلاً متطوراً من أشكال الصدق، ففي هذا الأسلوب نستخدم التحليل العاملي للحصول على تقدير كمي لصدق الاختبار في شكل معامل إحصائي، هو تشعب الاختبار على العامل الذي يقيس المجال المعين. وترتبط أنستازي بين الصدق العاملي وصدق التكوين، فإذا كان الفحص الذي

نقوم به للتشبعات الخاصة بالاختبار على العامل يتم في إطار المفاهيم الأساسية التي صُممت على أساسها هذه الاختبارات، وبحيث ننظر إلى العامل بوصفه معبراً عن مفهوم مشترك تتشبع عليه كل الاختبارات الدالة عليه، فإننا نستطيع أن نعتبر معامل الصدق العملي أقرب إلى صدق التكوين وذلك حسبما ترى أنستازي، وكما يرى كرونباخ وميهل (فرج، ٢٠٠٧، ٢٦٩-٢٧١).
 وتم استخدام الصدق العملي الاستكشافي في الدراسة الراهنة كمحاولة للتحقق من صدق البناء العملي للمقياس هذا من ناحية، وحسم التعارض بين الدراسات السابقة فيما يتعلق بطبيعة البنية العملية للمقياس من ناحية أخرى. وفيما يلي نعرض لنتائج التحليل العملي كالتالي:

جدول (٧) يوضح بنود مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين وتشبعاتها العملية (ن=٦٥)

التشبع	البند
٠,٦٨٢	١
٠,٢٦١	٢
٠,٥٣٠	٣
٠,٦٢١	٤
٠,٤٠٣	٥
٠,٥٣٣	٦

واتضح من نتائج التحليل أن الاختبار يتشبع على عامل واحد فقط كالتالي:

جدول (٨) يوضح تشبعات البنود على عامل واحد فقط

العامل	البنود
٠,٨٢٦	١
٠,٧٨٨	٢
٠,٧٣٠	٣
٠,٧٢٨	٤
٠,٦٣٥	٥
٠,٥١١	٦

٣- مقياس الاعتماد على السجائر:

لإعداد هذا المقياس في صورته الأجنبية تم تطبيق استبيان مكون من (١١٤ بند) على ٣٠٠٩ مدخن، وتم عمل إعادة للاختبار على مجموعات فرعية بعد ١٨ يوم (ن=٥٧٨)، وتم عمل متابعة للبيانات بعد ٤٥ يوم (ن=٩٩٠) ونتج عن هذه الدراسة مقياس مكون من ١٢ بنداً أطلق عليه مقياس الاعتماد على السجائر-١٢ (CDs-12)، وهناك نسخة مختصرة منه أطلق عليها مقياس الاعتماد على السجائر-٥ (CDs-5). ويغطي مقياس الاعتماد على السجائر-١٢ المكونات الرئيسية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-V، والتصنيف العالمي العاشر للاضطرابات النفسية لتعريف الاعتماد، وهي القهر^١، أعراض الانسحاب^٢، فقدان التحكم أو السيطرة، توزيع الوقت^٣، إهمال النشاطات الأخرى، والاستمرار رغم الضرر. ويتسم مقياس الاعتماد على السجائر-١٢ والنسخة المصغرة منه بثبات عن طريق إعادة الاختبار ($r \geq 0,83$) واتساق داخلي مرتفع (ألفا كرونباخ $\leq 0,84$)، وتبين من نتائج الدراسات السابقة أن درجات مقياس الاعتماد على السجائر-١٢ مرتفعة لدى المدخنين

1 compulsion

2 Withdrawal symptoms

3 Time allocation

تدخين منتظم مقارنة بالمدخنين بالمناسبة (Etter, Le Houezec, & Perneger, 2003). وتم ترجمة المقياس وصياغته بما يتلاءم والثقافة المصرية، وتم عرضه على بعض المتخصصين في علم النفس؛ لتقديم المقترحات حول الصياغة وطريقة التصحيح. وبعد ذلك قُدم المقياس مع غيره من الاختبارات الأخرى المستخدمة في الدراسة الحالية لعينة استطلاعية مكونة من (٥) طلاب؛ للتحقق من وضوح الصياغة ومدى فهم الاختبارات وتقدير الوقت المستغرق في الإجابة على كل اختبار، وهذه العينة الاستطلاعية سيتم الحديث عنها لاحقاً.

ويتكون المقياس من ١٢ بنداً، مقسمة على جزئين: الجزء (أ) مكون من (٤) بنود وكل بند يقابله خمسة بدائل وعلى المبحوث أن يختار البديل الأكثر انطباقاً عليه والدرجة على هذا الجزء تتراوح من (١) إلى (٥) والبند الثالث والرابع يعتبران من البنود المعكوسة بمعنى أنه إذا اختار المبحوث الإجابة رقم (١) فسوف يحصل على ٥ درجات وليس درجة واحدة كما في البنود الأول والثاني، أما الجزء الثاني من الاختبار وهو الجزء (ب) فيتكون من (٨) بنود يجب عنها باستخدام مقياس ليكرت متدرج الشدة مكون من ٥ درجات لتحديد درجة اتفاق المبحوث مع العبارة؛ إذ تشير الدرجة (١) إلى أن البند لا ينطبق تماماً، بينما تشير الدرجة (٥) إلى تمام انطباق البند على المبحوث. وبهذا تتراوح الدرجة الكلية على هذا المقياس ما بين ١٢ إلى ٦٠ درجة.

وفيما يلي توضيح الكفاءة السيكومترية لهذا المقياس:

أ- الثبات

تم تقدير الثبات باستخدام طريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ، وطريقة إعادة الاختبار كالتالي:

- حساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي

تم حساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ، وذلك على عينة مكونة من ٦٥ طالباً مدخناً من طلاب جامعة

القاهرة، تراوح المدى العمري لهم ما بين ٢١,٤١ سنة إلى ٢٥,٢٢ سنة،
بمتوسط قدره ٢٣,٣٢ سنة، وانحراف معياري ١,٩١ سنة، ويوضح جدول (١-٤)
قيمة معامل ألفا.

**جدول (٩) قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس الاعتماد على السجائر
(ن=٦٥)**

المقياس	معامل ألفا كرونباخ
مقياس الاعتماد على السجائر-١٢	٠,٨٣

- حساب الثبات بإعادة الاختبار:

تم تقدير الثبات بإعادة الاختبار على عينة مكونة من ٣٠ طالبًا مدخناً من
طلاب جامعة القاهرة، وتم إعادة الاختبار عليهم بفواصل زمني يتراوح من أسبوع
إلى أسبوعين، ويوضح جدول (٢-٤) قيمة معامل الثبات بإعادة الاختبار.

جدول (١٠) قيمة معامل الثبات بإعادة الاختبار (ن=٣٠)

المقياس	معامل ارتباط بيرسون
مقياس الاعتماد على السجائر-١٢	٠,٨٨

ويتضح مما سبق أن المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مقبول.

ب-الصدق:

تم الاعتماد على الاتساق الداخلي كمؤشر لصدق التكوين، وقد اختلف
الباحثون بشأن اعتبار الاتساق الداخلي نوعاً من أنواع الصدق، حيث ترى
أنستازي أن الاتساق الداخلي أحد طرق حساب صدق التكوين، وتعزي هذا إلى
أن الاتساق الداخلي يقيس التجانس، ويحدد هذا التجانس خصائص المجال
السلوكي أو السمة التي يقيسها الاختبار، ومن ثم فإن درجة تجانس الاختبار
تتعلق بمقدار ما بصدق التكوين (فرج، ٢٠٠٧، ٢٨٥-١٥٥، Anastasi, 1990, 155-
156). ومن ثم يمكن اعتبار الاتساق الداخلي مؤشراً للصدق وليس معامل
صدق أساسي يمكن الاحتكام إليه. ويمكن حسابه من خلال ارتباط البند

بالدرجة الكلية للاختبار، وترجع أهمية هذه الطريقة إلى أنها تتيح الفرصة للتحقق من موضوعية الباحث في صياغة بنود الاختبار، بالإضافة إلى دورها في انتقاء البنود التي يمكن أن يتكون منها المقياس في النهاية (أبو المكارم، بدر، ٢٠٠٢، 417، Guilford, 1954). أما إذا كان الاختبار يتكون من عدد من المقاييس الفرعية فيمكن حساب الاتساق الداخلي من خلال ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للاختبار (Anastasi, 1990, 155-156). وتم حساب الاتساق الداخلي للمقياس الحالي من خلال حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١١) ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس الاعتماد على السجائر
(ن=٦٥)

معامل الارتباط	رقم البند
٠,٤٨٢	١
٠,٥٦٥	٢
٠,٤٣٠	٣
٠,٤٢١	٤
٠,٥٥٨	٥
٠,٤٩٠	٦
٠,٦٠٤	٧
٠,٥٥٥	٨
٠,٧١٢	٩
٠,٥٠٥	١٠
٠,٣٣٨	١١
٠,٣٠٥	١٢

يتضح من الجدول السابق اتساق بنود المقياس مع الدرجة الكلية ومن ثم يعد هذا مؤشراً لصدق المقياس.

٤- قائمة بيك للاكتئاب

صم هذه القائمة أرون بك وآخرون ١٩٦١ وهي من أكثر مقاييس الاكتئاب كحالة انتشاراً واستخداماً في التراث (رضوان، هريدي، ٢٠٠١). وقامت جيلان رياض بترجمتها، وتتكون القائمة من ٢١ بنداً، ويتألف كل بند من خمس عبارات تدور حول مظهر من مظاهر الاكتئاب كحالة، فتعكسه على نحو تدريجي من حيث الشدة، وتبدأ العبارة الأولى بحالة السواء وانتفاء العرض، وتنتهي العبارة الخامسة بأشد درجاته

وتم التحقق من الكفاءة القياسية لهذه القائمة كالتالي:

أ- الثبات

تم حساب الثبات على عينة من المدخنين تكونت من ٦٥ طالباً تراوح المدى العمري لهم من ٢١,٤١ سنة إلى ٢٥,٢٢ سنة، وعينة أخرى من غير المدخنين تكونت من ٤٣ طالباً تراوح المدى العمري لهم من ٢٠,٣ سنة إلى ٢٤,٦ سنة. وتم تقدير الثبات باستخدام طريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ، وكذلك بطريقة القسمة النصفية، وطريقة إعادة الاختبار بفواصل زمني تراوح من أسبوع إلى أسبوعين على عينة مكونة من ٣٠ طالباً مدخناً، و ١٢ طالباً غير مدخن، وكانت معاملات الثبات كالتالي:

جدول (١٢) يوضح معاملات الثبات لقائمة بيك للاكتئاب

إعادة الاختبار	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا كرونباخ	طريقة الثبات العينة
٠,٧٦٧	٠,٥٨٧	٠,٧٤٣	المدخنون
٠,٨٨٥	٠,٨٩	٠,٨٧٢	غير المدخنين

ومن ثم تتمتع القائمة بمعدلات ثبات مقبولة.

ب- الصدق

تم الاعتماد على صدق التكوين، وخاصة الاتساق الداخلي، حيث تم حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية كالتالي:

جدول (١٣) يوضح ارتباط البند بالدرجة الكلية لقائمة بيك للاكتئاب

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
١	٠,٦٩	٧	٠,٧٢	١٣	٠,٥٨	١٩	٠,٥٧
٢	٠,٥٩	٨	٠,٢٥	١٤	٠,٥٩	٢٠	٠,٦٦
٣	٠,٢٦	٩	٠,٧	١٥	٠,٣	٢١	٠,٦٦
٤	٠,٥٤	١٠	٠,٤٦	١٦	٠,٥٥		
٥	٠,٥٣	١١	٠,٣١	١٧	٠,٤		
٦	٠,٢٤	١٢	٠,٢٦	١٨	٠,٦١		

يتضح من الجدول السابق اتساق بنود المقياس مع درجته الكلية، ومن ثم يعد هذا مؤشراً على صدقه.

٥- مقياس الاكتئاب من قائمة جيلفورد

هو أحد مقاييس بطارية جيلفورد المعنية بقياس أبعاد الشخصية والتي اشتمل عليها "مسح جيلفورد زيمرمان للشخصية" Gauilford-Zimmerman Survey. ويشتمل هذا المقياس في صورته الأولية على ٥٩ بنداً مصاغة في صورة أسئلة تحتمل الرد بـ"نعم" أو "لا" أو "غير متأكد"، ويعكس مضمون البنود الميل للاكتئاب في جوانب مختلفة من حياته أو في المواقف التي يمر بها. ويُطلب من المشارك أن يقرأ كل بند على حدة ثم يضع دائرة حول واحد من ثلاثة اختيارات، والتي تصف سلوكه رداً على السؤال، وهي نعم أو لا، أو ؟ وذلك في حالة ما إذا كان عاجزاً عن أن يقرر بين نعم أو لا. وتم التحقق من الكفاءة السيكومترية لهذا الاختبار كالتالي:

أ- الثبات

تم حساب الثبات لهذا الاختبار على العينة سابقة الذكر وباستخدام الطرق السابق ذكرها في الاختبار السابق عرضه وكانت معاملات الثبات كالتالي:

جدول (١٤) يوضح معاملات الثبات لمقياس الاكتئاب من قائمة جيلفورد

إعادة الاختبار	القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا كرونباخ	طريقة الثبات العينة
٠,٨٨١	٠,٨٠٨	٠,٨٧٤	المدخنون
٠,٩٢	٠,٨٩	٠,٨٩٥	غير المدخنين

ومن ثم تتمتع القائمة بمعادلات ثبات مقبولة.

ب- الصدق

تم حساب الاتساق الداخلي من خلال ارتباط البند بالدرجة الكلية كالتالي:

جدول (١٥) يوضح ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب من قائمة

جيلفورد

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
١	٠,٦٤٩	١٢	٠,٠٧	٢٣	٠,٠٣	٣٤	٠,٤٦	٤٥	٠,١٣	٥٦	٠,٤
٢	٠,٤٩٩	١٣	٠,٣٩٩	٢٤	٠,٠٢	٣٥	٠,٤٤	٤٦	٠,٣٩	٥٧	٠,٣٨
٣	٠,٠٤٧	١٤	٠,٣٢٧	٢٥	٠,٤٥	٣٦	٠,٤٤	٤٧	٠,٣٨	٥٨	٠,٥١
٤	٠,٤٣٩	١٥	٠,١٢٧	٢٦	٠,٣٨	٣٧	٠,٠٠	٤٨	٠,٦٩	٥٩	٠,٦١
٥	٠,٣٩٤	١٦	٠,٢٨٩	٢٧	٠,٥٨١	٣٨	٠,٢٨	٤٩	٠,٤٩		
٦	٠,٤٣٧	١٧	٠,٤٣١	٢٨	٠,٥٧٦	٣٩	٠,٠٠	٥٠	٠,٥٨		
٧	٠,٢٦٨	١٨	٠,٤٦٨	٢٩	٠,٣٣٦	٤٠	٠,٢٢	٥١	٠,٤٩		
٨	٠,٣٤٧	١٩	٠,٠٣٨	٣٠	٠,٣٧١	٤١	٠,٥٦	٥٢	٠,٣٠		
٩	٠,٣٠٨	٢٠	٠,٤١٤	٣١	٠,٤٣٦	٤٢	٠,٦٢	٥٣	٠,٥٧		
١٠	٠,٣٦	٢١	٠,٤٦٥	٣٢	٠,٢٩٥	٤٣	٠,١٩	٥٤	٠,٠١		
١١	٠,٦٤٦	٢٢	٠,٤٤٩	٣٣	٠,٣٨٨	٤٤	٠,٢٥	٥٥	٠,٤٤		

يتضح من الجدول السابق أن هناك عشرة بنود لم يصل ارتباطهم بالدرجة الكلية إلى المحك الذي اعتمدها وهو (٠,٢٥)، لذا تم حذفهم وهي البنود رقم

(٣، ١٢، ١٥، ١٩، ٢٣، ٢٤، ٣٧، ٣٩، ٤٥، ٥٤) .

وتم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي^١ بدون تدوير للوقوف على البنية العملية للمقياس، إذ أن تشعبات المتغيرات على العوامل هي أساساً معاملات ارتباط لذلك، وفقاً لتفسير التباين في معامل الارتباط، يمكن تفسير نسب تباين المتغير بواسطة العوامل المستخلصة له. ومن ثم، تُحسب قيمة الشيوخ للمتغير على أساس مجموع مربعات تشعباته على هذه العوامل. وتحتوي قيمة الشيوخ على كل التباين الصحيح للبند باستثناء التباين النوعي. ولذلك، يمكن التعامل مع قيمة شيوخ البند بوصفها معامل صدقه (فؤاد أبو المكارم، خالد بدر، ٢٠٠٢). وتم الاعتماد على قيمة شيوخ البند كمعامل لصدقه وتبين إن هناك ثمانية عشر بنداً لم تصل قيم شيوخهم إلى المحك الذي اعتمدنا عليه وهو (٣٥، ٠) ومن بين هذه البنود العشر بنود التي تبين إن ارتباطها بالدرجة الكلية ضعيفاً لذا تم حذفهم جميعاً. ومن ثم أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٤١) بنداً.

ثانياً: معدلات النيكوتين بالدم

تم سحب عينة دم من مجموعة من المدخنين بلغ عددهم ٦٥ طالباً مدخناً، ومجموعة من غير المدخنين عددها ٣٥ طالباً وذلك بواسطة فني تحليل وتم عمل التحليل بأحد المعامل المصرية^٢.

إجراءات التطبيق:

بدأ التطبيق في أوائل شهر يوليو من عام ٢٠١٦، وانتهى في أواخر شهر نوفمبر من نفس العام. وتم التطبيق بصورة فردية، وبعد الحصول على موافقة المبحوث على الاشتراك في الدراسة، وطمأنته بأن الموقف آمن، ثم بعد ذلك تم تقديم التعليمات الخاصة بكل مقياس وكيفية الإجابة عليه، واستغرقت جلسة التطبيق من ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة. وتم اتباع إجراء الموازنة المتقابلة عند تقديم مقاييس التقرير الذاتي وسحب عينة الدم أي أنه تم سحب العينة أولاً بالنسبة لنصف العينة الأول سواء من المدخنين أو غير المدخنين ثم قُدم لهم مقاييس التقرير الذاتي، والعكس صحيح بالنسبة للنصف الثاني من العينتين.

1 Expiratory Factor Analysis

٢ تم عمل التحليل بمعمل ساريدار فرع الدقي.

نتائج الدراسة :

قبل عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية يجب التنويه إلى أنه عند اختبار اعتدالية التوزيع لمعدلات النيكوتين في الدم قبل إجراء التحليلات النهائية تبين أنها لا تتبع التوزيع الطبيعي؛ لذا تم تحويلها إلى درجات معيارية؛ كي يمكن استخدامها في التحليلات الأساسية. وفيما يلي النتائج التي انتهت إليها الدراسة الحالية.

تسعى الدراسة الراهنة للتحقق من الفرض القائل أن مظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة تتباين بتباين معدل النيكوتين في الدم.

ويشير الجدول (١٦) إلى مصفوفة الارتباط التي تعرض لمعاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة داخل عينة المدخنين (ن=٦٥)

معدلات النيكوتين في الدم			مقياس الاعتماد على السجائر			فيجستروم للاعتماد على النيكوتين			
حجم الأثر	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	حجم الأثر	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	حجم الأثر*	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
٠.٠٠١	٠.٧٤	٠.٠٤١	٠.١٤	٠.٠٢	٠.٣٨	٠.٠٣	٠.١٤	٠.١٨	الاكتئاب كحالة (بك)
٠.٠٠٦	٠.٠٣	٠.٢٦	٠.٠٤	٠.٠٨	٠.٢١	٠.٠٠	٠.٩٥	٠.٠٠٦	الاكتئاب كسمة (D) من جيلفورد

يوضح الجدول السابق أنه لا توجد علاقة بين مظاهر الاكتئاب كحالة وكل من مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين وكذا معدلات النيكوتين في الدم، في حين تبين وجود علاقة بينها وبين مقياس الاعتماد على السجائر. أما بالنسبة للاكتئاب كسمة فقد تبين أنه لا توجد علاقة بينه وبين مقياس التقرير الذاتي للاعتماد على النيكوتين، بينما يوجد ارتباط بينه وبين معدلات النيكوتين في الدم.

كما تحاول الدراسة الحالية أيضًا التحقق من الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في مظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة وفيما يلي عرض لنتائج هذا الافتراض.

* تم حساب حجم التأثير لمعامل الارتباط من خلال تربيع معامل الارتباط، وتفسيره على أنه النسبة المئوية للتباين المفسر للمتغير المستقل في المتغير التابع (رشدي فام منصور، ١٩٩٧).

جدول (١٧) يوضح الفروق بين المدخنين (ن = ٦٥) وغير المدخنين (ن = ٣٥) في مظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة

حجم التأثير	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	عينة غير المدخنين (ن=٤٣)		عينة المدخنين (ن=٦٥)		
			ع	م	ع	م	
٠,٢٧ *	٠,١٧	١,٣٨	١١,٥٢	٣٥,٥٨	٩,٤٢	٣٨,٤٩	الاكتئاب كحالة (بك)
٠,٠٠	٠,٧٢	٠,٣٥	١٣,١٢	٢٥,٢١	١١,٩١	٢٦,٠٦	الاكتئاب كسمة (D) من جيلفورد

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين في مظاهر الاكتئاب سواء كحالة، أو كسمة.
مناقشة النتائج:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فرضية ما إذا كانت مظاهر الاكتئاب كحالة وكسمة تتباين بتباين الاعتماد على النيكوتين، وذلك على عينة من طلاب الجامعة المدخنين. وأسفرت النتائج عن تحقق هذا الفرض جزئياً إذ أن مظاهر الاكتئاب كحالة لم ترتبط بمعدلات النيكوتين بالدم، وكذا الاعتماد على النيكوتين كما تم قياسه بمقاييس التقرير الذاتي المتمثلة في اختبار فيجستريوم للاعتماد على النيكوتين ومقياس الاعتماد على السجائر، في حين تبين أن مظاهر الاكتئاب كسمة قد ارتبطت بمعدل النيكوتين بالدم، لكنها لم ترتبط

* * تم حساب حجم التأثير لاختبار (ت) بين مجموعتين مستقلتين على بناء على المعادلة التالية :

$$d = \frac{2T}{\sqrt{df}}$$

$$Z = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \text{ حيث } Z \text{ تساوي } d$$

حيث μ_1 هي متوسط مجتمع العينة الأولى
و μ_2 هي متوسط مجتمع العينة الثانية

σ الانحراف المعياري للمجتمعين

و T هي درجة اختبار (ت)

و DF هي درجات الحرية وهي هنا في حالة العينتين المستقلتين = (ن ١ + ن ٢ - ٢) (رشدي فام منصور، ١٩٩٧)

بالاعتماد على النيكوتين كما تم قياسه بمقاييس التقرير الذاتي. ويتسق الشق الثاني من النتائج مع أحد النتائج التي توصل إليها كيني وهولهن (٢٠٠٨) (Kenney & Holahan ودراسة بون وفرجيسون وهاورود (Boden, Fergusson, & Horwood, 2010)، ودراسة ستبر ودانر (Steuber & Danner, 2006) إذ نجد أنه من بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات أن المدخنين أكثر عرضة للإصابة بالاكنتاب، وأنه يمثل عامل استهداف له. وتتسق النتيجة المتمثلة في أنه لا يوجد ارتباط بين مظاهر الاكنتاب كحالة مع ما توصل إليه بارك ورومر (Park & Romer, 2007) في إطار التحليل البعدي الذي قاموا به للدراسات التي تناولت العلاقة بين الاكنتاب والتدخين وتبين أن هناك فئة من هذه الدراسات ترى أن العلاقة بين كلا المفهومين غير متجانسة في الجمهور العام ومن هذه الفئة على سبيل المثال دراسة (see: Lastly, Rodriguez, Moss, & Audrain-McGovern, 2005).

وعلى الجانب الآخر، نجد أن النتيجة الحالية تختلف عن كثير مما توصلت إليه الدراسات السابقة التي أهتمت بفحص العلاقة بين الاكنتاب والاعتماد على النيكوتين ومن هذه الدراسات - على سبيل المثال لا الحصر - دراسة بريسلينا وكيلبأي وأندروسكي (Breslau, Kilbey & Andreski, 1991) ودراسة يونس، وماتر، وولسون (Younis, Mattar, & Wilson, 2003) وأيضًا دراسة جيلبرت، وميلاسيكا، وولسر، وايبستس (Gilbert, Meliska, Welser, & Estes, 1994). وربما يرجع السبب وراء هذا الاختلاف إلى أن هذه الدراسات استخدمت مقاييس وأدوات مختلفة عما استخدمته الدراسة الحالية، وربما يرجع أيضًا إلى اختلاف العينات حيث أجريت الدراسة الحالية على طلاب جامعة جميعهم من الذكور، كما أنهم لا يعانون من أية اضطرابات نفسية (انظر: محكات اختيار العينة)، في حين نجد أن بعض الدراسات السابقة تناولت بالدراسة مرضى اكنتاب بالفعل. وأخرى أهتمت بفحص الفروق بين الذكور والإناث المدخنات في مظاهر الاكنتاب وتبين أن الإناث المدخنات أكثر عرضة للإصابة بالاكنتاب مقارنة بغيرهن من غير المدخنات أيضًا مقارنة بالذكور المدخنين وغير المدخنين (see: Gilbert, Meliska, Welser, & Estes, 1994).

المراجع

المراجع العربية:

- أبو المكارم (فؤاد). (٢٠١٠). اتجاهات التغير في معدلات تدخين السجائر وأنماطه بين طلاب الجامعات الذكور عبر ١٥ سنة. *المجلة القومية للتعاوى والإدمان*. مج ٧ (١) ٣٥-١٠٢.
- أبو المكارم (فؤاد)، بدر (خالد). (٢٠٠٢). تعاوى المواد النفسية وعلاقته بانحرافات السلوك عند تلاميذ المدارس الثانوية الفنية (بنين) دراسات ميدانية في الواقع المصري. *المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، البرنامج الدائم لبحوث المخدرات*، مج (٩) ١٨٣-٢٥٧.
- رضوان (شعبان). (١٩٩٢). *العلاقة بين أحداث الحياة ومظاهر الاكتئاب*، (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- رضوان (شعبان). (٢٠٠١). دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفصاميين والاكتئابيين. *دراسات نفسية*، ١٦ (٢)، ١٧١-٢٢٠.
- رضوان (شعبان)، هريدي (عادل). (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. *مجلة علم النفس*، ٧٢، ٥٨-١٠٥.
- سوييف (مصطفى). (١٩٩٦). *المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية*. الكويت : عالم المعرفة.
- عكاشة (أحمد). (٢٠٠٣). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- فرج (صفوت). (٢٠٠٧). *القياس النفسي*، ط٦، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- معمريّة (بشير). (٢٠٠٠). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. *مجلة علم النفس*. (٥٣)، ١٤٧:١٢٢.

- منظمة الصحة العالمية. (١٩٩٩). *المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية*. أحمد عكاشة (مترجمًا). الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

- المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5TM text Revision)*. Washington, DC : APA.
- Anastasi, N., (1990). *Psychological Testing*, (6th ed) New York : Macmillan Publishing Com.
- Benowitz,N.L.,Bernert,J.T.,Caraballo,R.S.,Holiday,D.B.,&Wang,J.(2009).Optimal Serum Cotinine Levels for Distinguishing Cigarette Smokers and nonsmokers with in different Racia/Ethnic groups in the united states between 1999 and 2004. *American Journal of Epidemiology*.169(2)236-248.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M.,& Horwood, L. J.(2010).Cigarette Smoking and Depression:Tests of Causal Linkages using alongitudinal birth cohort.*The British Journal of psychiatry*. 196, 440-446.
- Breslau, N., Kilibey, M., & Andreski, P.(1991). Nicotine Dependence, Major Depression, and Anxiety in Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48,1069-1074.
- Brown, R. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R , & Wagner, E. F.(1996). Cigarette Smoking, Major Depression, and Other Psychiatric Disorders among Adolescents. *J. AM.ACAD.Child Adolesc Psychiatry*. 35(12) 1602-1610.
- Cardenas, L. (2003). Dopaminergic activity in major depression and nicotine dependence. *Athesis*, Canada, University of Toronto.
- Caldirola, D. ,Dacco, S., Grassi, M., Citterio, A., Menotti, R.,Cavedini, P., & et al. (2013).Effects of cigarette smoking on neuropsychological performance in mood disorder : Acomparison between smoking and nonsmoking inpatients. *J Clin Psychiatry*. 74 (2) 130-136.
- Coslet, R.N.,& Henningfied, J. E.(1985). Rational Basis for chemotherapy of tobacco dependence. In : John Grabowski & Sharon M.Hall (Eds), *Pharmacological Adjuncts in smoking cessation*. *NIDA RsearchMomograph 53*(pp.15-26) US Government Printing Office Washington.
- D'souza, M.S., & Markou, A.(2011).Neuronal mechanisms underlying

- development of nicotine dependence: implications for novel smoking-cessation treatments. *Addiction Science & Clinical Practice*.4-16.
- Ernst, M., Matochik, J. A., Heishman, S. J., Van Horn, J. D., Jons, P. H., Henningfield, J. E., et al . (2001).Effect of nicotine on brain activation during performance of aworking memory task. [www.panas.org/cgi/doi/10.1073,98\(8\)8728-4733](http://www.panas.org/cgi/doi/10.1073,98(8)8728-4733).
 - Etter, J., Vu Duc , T.,& Perneger, T. V (1999). Validity of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and of the Heaviness of Smoking Index among Relatively light smokers. *Addiction*. 94 (2) 269-281.
 - Etter, J. F.,Le Houezec, J. & Perneger, T. V.(2003). Aself- Administered Questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale.
 - Evatt, D. P. (2009). Effects of smoking on affect in adolescent smokers: the influence of attention and arousal. *Addissertation*, Chicago,Illinois. 3380688.
 - Fagerstrom, K. O.,Heathertor,T. F.,& Kozlowski,L. T. (no date). Nicotine addiction and its assessment. *Ear, Nose and Throat Journal*. 69 (11) 763-765.
 - Gilbert, D.G., Meliska , C. J , Welser, R., & Estes, S. L.(1994). Depression, Personality , and Gender influence , EEG, Cortisol , Beta-Enderphin, Heart rate, and subjective Responses to smoking multiple cigarettes. *Person Individ Diff*. 16 (2) 247- 264.
 - Guilford, J. P.(1954). *Psychometric methods*. New York : McGraw-Hill Book Company, Inc.
 - Heatherton, F., Kozlowski, L.T., & Fagerstrom, K. O.(1991). The Fagerstrom test for Nicotine Dependence: Arevision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*. 86: 1119-1127.
 - Jasinska,A. J., Zorick, T., Brody,A. L., & Stein,E. A. (2014). Dual role of nicotine in addiction and cognition: a review of neuroimaging studies in humans.*Neuropharmacology*. 84, 111-122.
 - Kenney, B.A., & Holahan, C.J.(2008).Depressive Symptoms and Cigarette Smoking in Acollege Sample. *Journal of American College Health*. 56(4)409-415.
 - Kim, S. S ,Difranza, J., Ziedonis, D. M & Ma, G. X.(2012). Gender Differences in the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in Korean Americans. *Journal of Smoking Cessation*. 7(1) 31-36.
 - Lessov-Schlaggar, C. N., Pergadia, M. L., Khroyan, T. V., & Swan, G.

- E.(2008).Genetics of nicotine dependence and pharmacotherapy.*Bio Chem Pharmacol.* 75 (1) 178-195.
- Lokhmotov, R.(2013). An Integrated analysis of self Psychological and Neurobiological models of nicotine addiction, *Adissertation*. The Institute for
- Merlo pich,E., Heidbreder,C., Mugnaini,M., &Teneggi,V.(2003). Molecular and behavioral aspects of nicotine dependence and reward. In: Rafael Maldonado (Ed). Molecular biology of drug addiction. Totowa, New jersey: Humana press.Inc.(320-321).
- Ozdener,M. H., Yee, K.K., Mc Dermott, R.,Cowart, B.J., Vainius, A. A.,Dalto , P., et al (2009). Assessment of Smoking Status based on Cotinine levels in Nasal lavagefluid. *Tobacco Induced Diseases*.5
- Martin,G. N. (1998). *Human neuropsychology*. London: Prentice Hall Europe.
- Park, S & Romer, D.(2007). Associations between Smoking and Depression in Adolescence: An Integrative Review. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 37 (2) 227-241.
- Pomerleau,O.E.(2000). Smoking. in: Alan E.Kazdin (Ed).*Encyclopedia of psychology*.v(7). American Psychological Association.
- Pomerleau, C. S., Carton, S. M., Lutzke, M. L., Flessland, K. A., & Pomerleau, O. F.(1994). Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom test for nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*. 19 (1) 33-39.
- pesa, J. A., Cowdeyy, J. E.,Wang, M. Q & Fu, Q.(2001).Self –Reported Depressive Feelings and Cigarette Smoking Among Mexican – American Adolescents. JADE,S website: www.unomaha.edu/health/JADE.html.
- Quattrochi, E.,Baird, A.,& Yurgelun-Todd, D.(2000).Biological Aspects of the link between smoking and Depression. *Harvard Rev Psychiatry*.8(3) 99-110.
- Salin- Pascual, R.J.; Alcocer-CastilleJos, N.V,& Alejo – Galarza, G. (2003). Nicotine dependence and psychiatric disorders. *Rev in vest Clin*,55(6) : 611 – 693.
- Silber, N. (1999). *the physiological basis of behavior*. London: Routledge Modular Psychology.
- Steuber, T. L & Danner, F.(2006). Adolescent Smoking and Depression: Which Comes First?. *Addictive Behaviors*.31, 133-136.

- Vigneshwaran, Bhasi, & Kumar.(2013).Working memory among tobacco dependent smokers and non smokers. *GRA-Global Research Analysis*.2(1)196-197.
- Volkow, N. D.(2012). Tobacco/ Nicotine.*National institute on drug abuse(NID)*.12-4342.
- Younis, F. A., Mattar, T., & Wilson, A. K.(2003).The Association Between Tobacco Smoking and Reported Psychiatric Symptoms in an Adolescent Population in the United ARAB Emirates.*Social Behavior and Personality*.31(5) 461-466.
- World Health Organization. (2002).*IARC Hand book of Cancer Prevention international Agency for research on Cancer*. V (12) Lyon, IARC press.