

# الفروق بين المعتمدين على النيكوتين وغير المعتمدين في مركز التحكم في التدعيم

صابرين فتحي عبدالرحمن<sup>(\*)</sup>

إشراف

د/ أميمة محمد أنور<sup>(\*\*)</sup> أ.د/ فؤاد محمد أبو المكارم<sup>(\*\*\*)</sup>

الملخص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الفروق بين المعتمدين على النيكوتين وغير المعتمدين في مركز التحكم في التدعيم. تكونت عينة الدراسة من ١٣٩ طالباً من طلاب جامعة القاهرة، وقُسمت العينة إلى ٧٧ مدخناً، و٦٢ غير مدخن. تراوح المدى العمري لأفراد العينة بين ١٨ سنة إلى ٢٥,٢٢ سنة، بمتوسط قدره ٢٢,٣ سنة، وانحراف معياري ٢,٣١ سنة. ولتحديد المعتمدين على النيكوتين وغير المعتمدين تم الاعتماد على المحكات الواردة في اختبائي الاعتماد على السجائر-١٢، وفيجستروم للاعتماد على النيكوتين، ولقياس مركز التحكم في التدعيم تم استخدام مقياس مركز التحكم في التدعيم لروتر، وتم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعات وحجم التأثير لها. وبينت النتائج أنه لا يوجد فروق بين المعتمدين على النيكوتين وغير المعتمدين في مركز التحكم في التدعيم.

**الكلمات المفتاحية:** الاعتماد على النيكوتين - مركز التحكم في التدعيم - مركز التحكم

في التدعيم الداخلي - مركز التحكم في التدعيم الخارجي.

---

(\*) المدرس علم النفس المساعد - كلية الآداب- جامعة القاهرة.

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

(\*\*\*)أستاذ علم النفس المعرفي - كلية الآداب-جامعة القاهرة

## **Differences between Nicotine Dependent and non-Dependent in Locus of Control**

**SabrinFathi Abdel- Rahman<sup>(\*)</sup>**

**Prof. Dr. Fouad Mohamed Abulmakarim<sup>(\*)</sup>**

**Dr. Omaila Mohamed Anwar<sup>(\*)</sup>**

### **Abstract**

The current study aimed to detect the differences between nicotine dependent and non-dependent in locus of control. The study sample consisted of 139 students from Cairo University. The sample was divided into 77 smokers and 62 non-smokers. Their ages ranged between 18 - 25.22 years old, with an average of 22.3 years and a deviation of 2.31 years. To determine nicotine dependent and non-dependents we used Cigarette Dependence Scale-12 (CDS), and Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, to measure locus of control, the Rotter's locus of control scale was used. The mean and standard deviations were calculated and T- Test was used to indicate differences between Groups and their effect size. The results showed that there were no differences between nicotine dependent and non-dependent in locus of control.

**Words key:** Nicotine Dependent - Locus of control- Internal locus of control-External locus of control

---

<sup>(\*)</sup>Assistant Professor of Psychology, Faculty of Arts, Cairo University.

<sup>(\*)</sup>Professor of Cognitive Psychology - Faculty of Arts - Cairo University

<sup>(\*)</sup>Professor of Psychology, Faculty of Arts, Cairo University

## مقدمة:

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الفروق بين المعتمدين على النيكوتين وغير المعتمدين في مركز الضبط أو التحكم<sup>(١)</sup> في التدعيم، فبالنسبة لإدمان النيكوتين، فقد أعلن تقرير كبار الجراحين في الولايات المتحدة سنة ١٩٨٩ أنه يمثل السبب الثالث للوفاة في الولايات المتحدة.

وفى سنة ١٩٩٠، تبين أن استخدام التبغ مسئول تقريبًا عما يقرب من ٤٠٠ ألف حالة وفاة سنويًا. ولا تقتصر أضرار الاعتماد على النيكوتين على وفاة المدخنين، بل تمتد لتشمل الأضرار المالية والمادية المتمثلة في إنفاق (٨) بليون دولار سنويًا لحماية المتضررين نتيجة التدخين من الوفاة، وأيضًا هناك (٣) بليون دولار تتفق سنويًا لزيادة الرعاية الصحية (King, 1997, 1-2).

ووفقًا لتقرير منظمة الصحة العالمية الصادر (٢٠١٣) يموت (٦) مليون شخص سنويًا من جراء التدخين، ويموت أيضًا مليون مدخن سلبى سنويًا نتيجة استنشاق الدخان، ومن المتوقع ارتفاع معدل الوفيات لأكثر من (٨) مليون سنة (٢٠٣٠) ومن ثم يعد تدخين السجائر واحدًا من أكبر المخاطر المهددة للصحة العامة في العالم (Abdollahi, Yaacob, Abu talib, & Ismail, 2015).

وفيما يتعلق بمفهوم مركز التحكم، نجد أنه قد نشأ في إطار نظرية التعلم الاجتماعي لروتر<sup>(٢)</sup>، ولاقى هذا المفهوم قدرًا كبيرًا من الاهتمام في البحوث السلوكية (Wallston, & Wallston, 1978; Srivastava, 2015). وتقوم هذه النظرية على افتراض مؤداه أن السلوك المكافئ يحتمل أن يتكرر، وأن سلوك الفرد هو استجابة لعوامل البيئة التي تمده بإشباع الحاجات، كما أن الأحداث الماضية مهمة أيضًا في حياة الفرد؛ فهو يتعلم منها أن يسلك طرق معينة لكي يحصل على المكافآت (عبدالله سليمان إبراهيم، ١٩٨٩). كما تؤكد هذه النظرية أيضًا على أن أنماط السلوك التي يتم تعلمها تتأثر بعدد من المتغيرات

(1) Locus of control

(2) Rotter's social learning theory

المعرفية : كالتوقع، والدافعية، وتمثل متغيرات التدعيم وما يعنيه ذلك من متضمنات مثل قوتها واتجاه تأثيرها(عبداللطيف محمد خليفة،1989) وقدم روتر مفهوم مركز التحكم الداخلي<sup>(1)</sup> في مقابل مركز التحكم الخارجي<sup>(2)</sup> للإشارة إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات لديه، فدوي الضبط الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الإيجابية أو السلبية التي يحصل عليها وتحدث له في حياته ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية، أو أنها نتيجة لسلوكه هو. أما ذوي الضبط الخارجي فيعتقدون أن التدعيمات سواء كانت إيجابية أو سلبية ترتبط في المقام الأول بعوامل خارجية لا دخل لهم فيها ولا يستطيعون التحكم فيها كالحظ، أو الصدفة، أو تأثير الآخرين، أو لعوامل يجهلوننها وغير معروفة بالنسبة لهم(Rotter,1990 ; Rizzuto-Dowling,1995,5-6).

ووجد الباحثون أن ذوي التحكم الداخلي أكثر نشاطاً في السعي نحو الهدف مثل، العمل الاجتماعي، والمشاركة الذاتية في تحقيق الأنشطة، كما أن لديهم علاقات اجتماعية أفضل، ولديهم إحساس بالهناء الشخصي<sup>(3)</sup>، ومستوى عالٍ من الأداء، والقدرة على الحصول على المعلومات، واليقظة، واتخاذ القرارات بشكل مستقل، أما ذوو مركز التحكم الخارجي فهؤلاء أكثر احتمالاً للإصابة بالاكئاب، والقلق، وأقل قدرة على التعامل مع أحداث الحياة المثيرة للمشقة(Abdollahia,&Abutalib, 2014 ; Srivastava,2015).

وتتنمى الدراسة الراهنة إلى فئة الدراسات التي تُعني بفحص السمات الشخصية المهيئة للاعتماد على النيكوتين (تدخين السجائر). ومن بين هذه السمات التي كشفت بعض الدراسات عن قدرتها التنبؤية بسلوك تدخين السجائر مركز التحكم في التدعيم، ومن هذه الدراسات(eg: King,1997) ، وكذا كشفت المراجعة المبكرة للدراسات التي تناولت العلاقة بين سلوك التدخين والشخصية والتي أجراها سميث (1970) عن كثرة هذه الدراسات وتعددتها. ومن بين سمات

(1)Internal locus of control

(2)External locus of control

(3)Well-being

الشخصية التي عنيت بدراستها في علاقتها بسلوك التدخين سمة الانبساطية<sup>(١)</sup> ومركز التحكم في التدعيم،، الميول المعادية للمجتمع<sup>(٢)</sup>، ومركز التحكم الداخلي - الخارجي، والاندفاعية<sup>(٣)</sup>، والشفهية<sup>(٤)</sup>، والصحة العقلية<sup>(٥)</sup>.

وتعني الدراسة الراهنة بالكشف عن العلاقة بين مركز التحكم والاعتماد على النيكوتين، ومن بين الدراسات التي عنيت بفحص هذه العلاقة دراسة جيمس وآخرين James et al حيث حاولوا التحقق من النتائج التي توصل إليها سترتس وسكريستس Straits & Sechrest's والمتمثلة في أن غير المدخنين كانوا ذوي مركز ضبط داخلي مقارنة بالمدخنين، كما أنهم وجدوا أن الذكور الذين توقفوا عن التدخين كانوا ذوي مركز ضبط داخلي بشكل أكبر مقارنة بأولئك الذين لم يتوقفوا عن التدخين. واتساقاً مع هذه النتيجة وجد بلات Platt أن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي قادرين على تغيير سلوك التدخين بدرجة أكبر من ذوي الضبط الخارجي (أولئك الذين يعتقدون أن التدعيم تتحكم فيه مصادر خارجية مثل القدر، والحظ، والقوى الخارجية) (Wallston, & Wallston, 1978).

وفي السياق ذاته توصل رشاد عبدالعليم موسى من خلال تحليل البنية العاملة للضبط الداخلي والخارجي على عينة من المدخنين والمقلعين عن التدخين؛ إلى أن الفرد المدخن تدخيناً كثيفاً أكثر اعتقاداً في الضبط الخارجي، في حين يتسم الفرد المقلع عن التدخين بأنه أكثر اعتقاداً في الضبط الداخلي (رشاد عبدالعليم موسى، ١٩٨٩). كما توصل ملوت Mlott وملوت Mlott ورسنبوم Rosenbaum وأرجون Argon (١٩٧٩) إلى أن الأشخاص الذين نجحوا في الإقلاع عن التدخين كانوا ذوي درجات مرتفعة من مركز التحكم

(1) Extraversion

(2) Antisocial tendencies

(3) Impulsivness

(4) Orality

(5) Mental health

الداخلي، مقارنة بالمستمرين في التدخين، أو أولئك الذين فشلوا في التوقف عن التدخين (Bunch, & Schneider, 1991). وبوجه عام ربما يرجع ذلك إلى وجود علاقة ارتباطية بين مركز التحكم الخارجي والسلوك الإدماني<sup>(1)</sup> وهو الأمر الذي تؤيده عديد من الدراسات التي أجريت على مدمني الكحوليات والمواد النفسية الأخرى (مرجع سابق، ١٩٩١).

وعلى الجانب الآخر نجد أن هناك بعض الدراسات التي لم تجد أية علاقة بين التدخين ومركز الضبط (Wallston, & Wallston, 1978) منها على سبيل المثال دراسة (East, 1977 ; Calnan, 1989) ومنها على المستوى المحلي والعربي دراسة (فوقية حسن رضوان، ونجوى شعبان خليل، ١٩٩٥)، وكذا دراسة (جماليات آدم عمر، ٢٠٠٥). ومن ثم يمثل هذا التعارض بين نتائج الدراسات السابقة مبرراً أساسياً لإجراء الدراسة الحالية.

### مشكلة الدراسة:

تسعى الدراسة الراهنة إلى محاولة الإجابة على التساؤل الرئيس التالي:

"هل توجد فروق بين المعتمدين على النيكوتين (وفقاً لاختباري فيجربستروم للاعتماد على النيكوتين والاعتماد على السجائر)، وغير المعتمدين في مركز التحكم في التدعيم؟"

### مبررات إجراء الدراسة:

١- التدخين له أهمية مجتمعية وإكلينيكية كبيرة؛ وذلك لكونه سبباً رئيساً للأمراض والوفيات في البلدان النامية وكذلك المتقدمة فهو سبب رئيس لأمراض القلب والأمراض الوعائية وأمراض الرئة ومختلف أنواع السرطانات.

٢- تزيد معدلات انتشار التدخين في كل مكان في العالم حيث تشير

(1) Addictive behavior

الإحصاءات إلى أن حوالي ربع المراهقين في الولايات المتحدة يدخنون السجائر، والمعدلات أعلى من ذلك في كثير من البلدان الأخرى (فؤاد أبو المكارم، ٢٠١٠).

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

٤- أشارت الدراسات السابقة، 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 (مصطفى سويف، ١٩٩٦)، بل ويعتبر البوابة والمدخل لكل أنماط الاعتماد.

٥- دراسة العلاقة بين سمات الشخصية والاعتماد على النيكوتين يمكن أن تسهم في وضع استراتيجيات للتدخل والوقاية<sup>(١)</sup> مع مستخدمي التبغ (King, 1997, 2).

٦- ثمة تباين واضح بين نتائج الدراسات فيما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين وجهة الضبط والسلوكيات الإدمانية بوجه عام، وسلوك التدخين على وجه التحديد.

## المفاهيم والأطر النظرية

### أ- الاعتماد على النيكوتين

يُعرف الإدمان<sup>(٢)</sup> سلوكيًا بأنه الاستخدام المتكرر للمادة النفسية رغم النتائج السلبية المترتبة عليها. استُخدم تاريخيًا مصطلح التعود<sup>(٣)</sup> لوصف الاستخدام المتكرر للمادة النفسية على أنه لا ينتج تسمم<sup>(٤)</sup>. وفي سنة ١٩٦٤

(1)Prevention

(2)Addiction

(3) Habituation

(4)Intoxication

أوصت منظمة الصحة العالمية<sup>(١)</sup> بالتخلي عن مصطلح الإدمان والتعود ويستخدم عوضاً عنهما مصطلح الاعتماد<sup>(٢)</sup> 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 النفسي<sup>(٣)</sup>، فقد ضمنت التبغ لأول مرة باعتباره إدماناً في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي<sup>(٤)</sup> (Salin-Pascual, Alcocer-Castillejos, & Alejo-Galarza, 2003).

ووفقاً لتقرير كبار الجراحين في الولايات المتحدة<sup>(٥)</sup> الصادر سنة ١٩٦٤ كان يُنظر للتعاطي الحاد للنيكوتين على أنه لا ينتج اعتماداً جسيماً، وأنه يعتبر عادة متكونة أكثر من كونه إدماناً (Merlopich, Heidbreder, Mugnaini, & Teneggi, 2003: 315). وفي سنة ١٩٨٣، صنفت خدمة الصحة العامة بالولايات المتحدة<sup>(٦)</sup> تدخين السجائر كشكل من أشكال الاعتماد على المخدرات، وأن النيكوتين هو المادة النفسية الخطرة فيه، واتساقاً مع نموذج الاعتماد على المخدرات تمت الموافقة من قبل المركز العلاجي الفارماكولوجي<sup>(٧)</sup> سنة ١٩٨٤ على علاج الاعتماد على التبغ باعتباره أحد أنماط الاعتماد (Coslet & Henningfied, 1985, 15). وعُدل تقرير كبار الجراحين في الولايات المتحدة سنة ١٩٨٨ وجهة النظر فيما يخص الاعتماد على النيكوتين

(1) World Health Organization (WHO)

(2) Dependence

(3) The American Psychiatric Association

(4) The Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)

(5) Report of the U.S. Surgeon

(6) The United States Public Health Service

(7) The United States Public Health Service



حيث أصبح يُنظر للنيكوتين على أنه إدمان له أعراض تحمل وانسحاب. (Merlopich, Heidbreder, Mugnaini, & Teneggi, 2003: 315)

وربما يرجع السبب وراء تأخر تصنيف تدخين السجائر كشكل من أشكال الإدمان إلى أنه يتضمن مدى واسعاً ومتنوعاً من العوامل المربكة مقارنة بأنماط التعاطي الأخرى، على سبيل المثال، تشير دراسات الكحول إلى أن تناول قليل من الإيثانول<sup>(١)</sup> ينتج مستويات محددة من الإيثانول في الدم وذات ثبات مرتفع، وكذا الحال بالنسبة لدراسات المهدئات<sup>(٢)</sup>، فتناول عدد من المليجرامات من المخدر من خلال البلع أو الحقن يمكن تحديد مستواه بسهولة في الدم (Coslet & Henningfied, 1985, 16). أي أنه لا يرتبط بتسمم<sup>(٣)</sup> واضح، كما أنه لم يُصنف على أنه عادة مدمرة للسلوك، أو أنه عادة غير مرغوبة اجتماعياً. إلا أن هذه النظرة للنيكوتين وعدم تصنيفه على أنه سوء استعمال للمخدرات لم تستمر طويلاً؛ إذ توصل تقرير كبار الجراحين (١٩٨٨) - في الولايات المتحدة، قسم الصحة والخدمات الإنسانية- بعد مراجعة مدققة لأكثر من ٢٥٠٠ ورقة بحثية إلى خلاصة لا لبس فيها وهي أن السجائر وغيرها من أشكال التبغ تعتبر إدماناً<sup>(٤)</sup>، وأن النيكوتين الذي يعتبر المكون الرئيس للتبغ مخدر ويسبب الإدمان، وأن العمليات الفارماكولوجية والسلوكية التي تحدد إدمان التبغ تتشابه مع تلك التي تميز المخدرات الأخرى كالهروين والكوكايين (Pomerleau, 2000, 322). إذ يعمل على المستقبلات الكولينية<sup>(٥)</sup> في مسارات الدوبامين في المنطقة السقفية البطنية<sup>(٦)</sup> (مكافأة المخ) بنفس الطريقة التي يعمل بها الهروين، والكوكايين والإمفيتامينات مما يفسر التدعيم الإيجابي للتعاطي الذاتي للنيكوتين (Pomerleau, 2000, 322).

(1)ethanol

(2)sedatives

(3)intoxication

(4)intoxication

(5)Cholinergic receptors

(6)Ventral tegmental area

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- استخدام التبغ 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 جسمية 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 بعض المشاعر النفسية كالقلق والاكتئاب والإحباط ونوبات الغضب وصعوبة التركيز، وكذلك بعض الأعراض الفسيولوجية كفقْدان الشهية والأرق وزيادة الوزن وانخفاض سرعة ضربات القلب. (APA,2013,571-577)

## مراحل الاعتماد على النيكوتين:

- يتميز 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<sup>(١)</sup>، وزيادة الاستثارة<sup>(٢)</sup>، 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: يؤدي التعاطي المزمن للنيكوتين إلى التكيف العصبي<sup>(٣)</sup> 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<sup>(٤)</sup>، والقلق، والتهيج<sup>(٥)</sup>، وصعوبة التركيز، واللهفة.
  - ٣- التعرض للانتكاسة: يظل المدخنون معرضين للانتكاس لأسابيع أو شهور أو حتى سنوات بعد التوقف عن تدخين التبغ. وقد تحدث الانتكاسة لأنماط أخرى من المخدرات، وغالبًا ما يحدث ذلك عند رؤية الأشخاص، والأماكن، والموضوعات أو المنبهات الأخرى التي تعلم الفرد ربطها بالتأثيرات الإيجابية للمكافأة الناتجة عن المخدر. كما أن المشقة يمكن أن تعجل من عملية الانتكاسة والعودة للتدخين (D'souza&Markou, 2011).

(1)euphoria

(2)euphoria

(3)euphoria

(4)depressed mood

(5)irritability

## ب- مفهوم مركز التحكم

ظهر هذا المفهوم من خلال جوليان روتتر Julian Rotter وهاربرت ليفكورت Lefcourt في الخمسينات من القرن الماضي (١٩٥٠) فهو بناء استمد من نظرية التعلم الاجتماعي، ولاقى كم هائل من الانتباه في البحوث السلوكية (King, 1997, 5-6 ; Wallston, & Wallston, 1978)، ويصنف الأفراد وفقاً لمركز التحكم، لذوي مركز تحكم داخلي وخارجي، إذ يشير مركز التحكم الداخلي إلى اعتقاد الأفراد بأنهم مسئولون في المقام الأول عن الأحداث التي تقع في حياتهم، وأن المخرجات أو النواتج هي نتيجة مباشرة لاختياراتهم وسلوكهم. وعلى العكس، نجد الأفراد ذوي مركز التحكم الخارجي وهم الذين يعتقدون في عوامل خارجة عن أنفسهم ويرون أنها المسؤولة عن الأحداث التي تقع لهم في حياتهم (King, 1997, 5-6).

وترى نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوك دالة لاحتمالين هما:

١- معتقدات الأفراد بأن السلوك سيؤدي إلى تدعيمات معينة.

٢- قيمة هذه التدعيمات (Norman, Bennett, Smith, & Murphy, 1998).

ويعتبر مركز التحكم سمة مستقرة في الشخصية، وأن المعتقدات الخاصة بمركز التحكم تنمو جنباً إلى جنب مع المعتقدات والسلوكيات الصحية خلال مرحلة الطفولة (King, 1997, 5-6).

ويمكن تصور مفهوم مركز التحكم أو وجهة الضبط على أنه متصل يمثل أحد طرفيه التحكم الداخلي والآخر الخارجي. كما أن للمعايير الثقافية أثارها أيضاً عند قياس هذا المفهوم؛ إذ تشجع بعض المجتمعات السلوك الجماعي في حين تشجع أخرى الفردية، ومن ثم توجد فروق بين الثقافات عند قياسه (Yemen & Clawson, 2003).

وتُرجم هذا المفهوم إلى العربية بعدة صيغ منها مركز التحكم، محل التبعية، موضع الضبط، مصدر الضبط، وجهة الضبط وهو يمثل بعداً من أبعاد الشخصية فالأفراد ذوو مركز التحكم الداخلي يشعرون بأن لديهم السيطرة

على ما يحدث لهم، وذوو مركز التحكم الخارجي يرون أنفسهم تحت سيطرة قوى خارجية أو نفوذ الآخرين (جمال مختار حمزة، ١٩٩٩).

وعرف زيدان (١٩٨٨) وجهة الضبط بأنه "مفهوم يعبر عن مدى شعور الفرد أن باستطاعته التحكم في الأحداث التي يمكن أن تؤثر فيه" وبالتالي يمكن تصنيف الناس إلى فئتين هما:

- فئة الضبط الداخلي internal locus of control وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسئولون عما يحدث لهم.
- فئة الضبط الخارجي External locus of control وهم الأفراد الذين يعتقدون أن هناك عوامل خارجية هي التي تتحكم فيما يحدث لهم ولا يستطيعون التأثير فيها (أحمد حامد، سليمان اللهيبي، ١٩٩٥).

### مراجعة التراث البحثي

هدفت دراسة جيمس James وودروف Woodruff وورنر Werner (١٩٦٥) إلى الكشف عن الفروق بين الذكور المدخنين وغير المدخنين وكذا الإناث المدخنات وغير المدخنات في مركز التحكم. على عينة من طلبة الجامعة بلغ عددهم ٢٧٢ أنثى (١٢٣ مدخنة، و١٤٩ غير مدخنة) و١٨٥ ذكراً (١٠٢ مدخناً، و٨٣ غير مدخناً) طبق عليهم مقياس جيمس لمركز التحكم الداخلي - الخارجي<sup>(١)</sup>، وأشارت النتائج إلى الآتي:

- ١- كان كل من الذكور والإناث المدخنين ذوي مركز ضبط خارجي مقارنة بنظرائهم من غير المدخنين.
- ٢- كان الذكور الذين توقفوا عن التدخين ذوي توجهات داخلية مقارنة بالمستمرين في التدخين.

وهدف دراسة كلارك Clarke (١٩٨٢) إلى فحص العلاقة بين مركز التحكم والتدخين لدى المراهقين وأشارت النتائج إلى أن المدخنين الذين يعتقدون في التحكم الخارجي، يدخنون بمعدل أكبر من أقرانهم ذوي الاعتقاد في التحكم

(1)The James I - E scale

الداخلي، كما أنهم بدأوا مبكرًا في التدخين، وأن غير المدخنين أكثر اعتقادًا في التحكم الداخلي.

أما دراسة كالنون Calnan (١٩٨٩) والتي هدفت فحص العلاقة بين المعتقدات حول التحكم في الصحة ممثلة في الأبعاد الثلاثة لمركز التحكم الصحي والسلوكيات المرتبطة بالصحة وهي، التمارين الرياضية، التدخين، تعاطى الكحوليات، لدى قطاعات اجتماعية واقتصادية متباينة، وذلك على عينة مستمدة من المسح الذي أجري في جنوب إنجلترا بلغ عددهم (٤٢٢٤)، وكشفت النتائج عن أن العلاقة بين مركز التحكم الصحي متعدد الأبعاد وبين التمارين الرياضية وتدخين السجائر وتعاطى الكحوليات ضعيفة جدًا حتى في ظل اختلاف السياقات الاجتماعية والاقتصادية.

وهدف دراسة معتز عبدالله، وعبد اللطيف خليفة (١٩٩٢) إلى الوقوف على الاقتران بين المعتقدات حول تدخين السجائر وكل من مركز التحكم وحالة القلق. تكونت العينة من (٢٠٥) من الذكور المدخنين للسجائر بصورة منتظمة، بمتوسط للعمر مقداره (٢٨,٢) عام، وانحراف معياري (٨,٩) عام، واستخدمت ثلاثة مقاييس هي: مقياس معتقدات التدخين، ومقياس مركز التحكم، ومقياس تيلور للقلق الصريح، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي، وبين منخفضي ومرتفعي القلق في معظم معتقدات تدخين السجائر.

وسعت دراسة فوقية حسن عبدالحميد، ونجوى شعبان محمد (١٩٩٥) إلى الكشف عن العلاقة بين التدخين وكل من تقدير الذات وموضع الضبط، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٢٠٠) مدخن، و(١٨٩) غير مدخن، بمتوسط للعمر (٢٩,٥٧) سنة، وانحراف معياري (١٣,١٣) سنة لعينة المدخنين، وبتوسط عمر (٢٨,٧٦) سنة، وانحراف معياري (١١,٩٧) سنة لعينة غير المدخنين، وطُبق عليهم اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين إعداد Himreich, Stapp, Ervin, 1991 وترجمة عادل عبدالله. ومقياس موضع

الضبط إعداد فوقية حسن عبد الحميد، ونجوى شعبان محمد. ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، لا توجد فروق دالة إحصائية بين المدخنين في موضع الضبط، باختلاف كثافة التدخين، وأيضًا لا توجد فروق دالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في تقدير الذات وموضع الضبط.

وهدفنا دراسة أحمد حامد سليمان اللهيبي (١٩٩٥) إلى الكشف عن وجهة الضبط الداخلي - الخارجي لدى المدخنين وغير المدخنين، على عينة قوامها ٣٠٠ طالب من طلاب جامعة أم القرى والمقيمين في الوحدات السكنية بواقع ١٥٠ طالبًا مدخنًا، و ١٥٠ طالبًا غير مدخن، واستخدم مقياس وجهة الضبط لروتر، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في وجهة الضبط، حيث كان المدخنون أكثر اعتقادًا في وجهة الضبط الخارجي، بينما دلت النتائج على أن غير المدخنين أكثر اعتقادًا في وجهة الضبط الداخلي.

وحاولت دراسة كينج King (١٩٩٧) تحديد سمات الشخصية التي يمكنها التنبؤ بسلوك التدخين، وهي على وجه التحديد مركز التحكم الصحي<sup>(١)</sup> وذلك من خلال دراسة الارتباط بين مركز التحكم الصحي كما تم قياسه من خلال مقياس مركز التحكم الصحي متعدد الأبعاد<sup>(٢)</sup>، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من ١٥١ مشاركًا تم الحصول عليهم من مصدرين، الأول: مجموعة من المتطوعين من طلبة الجامعة الدارسين لمقرر علم النفس في ولاية ميسوري Missouri State، وتم مشاركتهم في الدراسة مقابل مكافأة مادية، أما المصدر الثاني، فيتمثل في المشاركين من مدينة كاساس Kasas City في منطقة ميسوري Missouri من الكنيسة اللوثرية، وهم حوالي ٢٠٠٠ فرد. طُبق عليهم مقياس مركز التحكم الصحي لوتسونولتسونوديفلس Wallston, Wallston, & Devellis (١٩٧٠). وعلى عكس الفروض المتوقعة، تبين أنه لا توجد فروق بين ذوي التحكم الصحي الداخلي من المدخنين والمقلعين عن

(1)Health Locus of Control(HLOC)

(2)Multidimensional Health locus of control Scale(MHLC)

التدخين، في حين كشفت التحليلات البعدية عن فروق جوهرية في مركز التحكم الصحي الخارجي بين المدخنين وغير المدخنين.

وهدفت دراسة بينت Bennett ونورمان Norman ومرو Moore ومرفي Murphy (١٩٩٧) إلى التعرف على دور متغير قيمة الصحة<sup>(١)</sup> كمتغير معدل للعلاقة بين مركز التحكم الصحي والتدخين، وذلك على عينة مكونة من (١١٤٠١) شخص طبق عليهم مقياس مركز التحكم الصحي، وقيمة الصحة وتكرار التدخين. وتبين أن المدخنين أعلى في المعتقدات الداخلية، والصدفة، والقوى الخارجية مقارنة بغير المدخنين، والذين توقفوا عن التدخين، وأن التفاعل بين بعد الصدفة كأحد أبعاد مركز التحكم الصحي وقيمة الصحة كان منبأ بشكل جوهري بحالة التدخين، مما يشير إلى أن قيمة الصحة ربما تكون متغير معدل للعلاقة بين مركز التحكم الصحي وحالة التدخين لدى المدخنين. وأجرى جمال مختار حمزة، دراسة هدفت إلى التعرف على بعض سمات الشخصية لدى الشباب المدخن على عينة مكونة من ٣٠ طالبًا مدخنًا، و ٣٠ طالبًا غير مدخن. تراوح المدى العمري لهم ما بين ٢٠ سنة إلى ٢٥ سنة، وروعي التكافؤ بينهم في المستوى التعليمي والذكاء والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، ومن سمات الشخصية التي تناولتها الدراسة الانبساط، والعصاب، والقلق، ومركز التحكم، واستخدم لقياسهم اختبار ايزنك (EPI) لقياس الانبساط -الانطواء وهو أحد المقاييس المتضمنة في بطارية الأبعاد الأساسية للشخصية (EPQ)، واختبار تيلور للقلق الصريح كسمة مأخوذ من قائمة (MMPI)، واختبار روتر لوجهة الضبط. وأسفرت نتائج الدراسة عن أنه لا توجد فروق دالة بين المدخنين وغير المدخنين في سمة الانبساط بينما تبين وجود فروق ذات دلالة بينهما في سمة العصابية والقلق كسمة ومركز التحكم إذ تبين أن المدخنين كانوا ذوي مركز تحكم خارجي مقارنة بغير المدخنين.

وهدفت دراسة جمالات آدم عمر (٢٠٠٥) التعرف على العلاقة بين

(1)Value for Health



التدخين وبعض سمات الشخصية ومركز التحكم لدى طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم، على عينة مكونة من (٢٠٠) طالب (١٠٠ طالب مدخن، و١٠٠ طالب غير مدخن)، تراوح المدى العمري لهم ما بين ١٨ إلى ٣٠ سنة. طُبق عليهم قائمة أيزنك لقياس الشخصية، ومقياس جيمس لمركز التحكم الداخلي - الخارجي، ومقياس أسباب ودوافع التدخين، ومن النتائج التي توصلت إليها أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين التدخين ومركز التحكم الداخلي - الخارجي.

كما اهتمت دراسة عبدالله Abdollahia وابو طليب Abu Talub (٢٠١٤) باختبار العلاقات بين كل من الذكاء الوجداني<sup>(١)</sup>، ومركز التحكم والاتجاه نحو تدخين السجائر لدى عينة من المراهقين. بلغ عددهم (٥٥٠) طالب من طلاب المدرسة الثانوي بمدينة طهران، تراوح المدى العمري لهم ما بين ١٦ إلى ١٩ سنة، بمتوسط قدره ١٧,١ سنة وانحراف معياري ٠,٩٣ سنة. طُبق عليهم مقياس الذكاء الوجداني، ومقياس مركز التحكم في السلوك، ومقياس الاتجاهات نحو التدخين، وكشفت نتائج معادلة النمذجة البنائية<sup>(٢)</sup> عن أن المراهقين الذين لديهم قدر عالٍ من الذكاء الوجداني ومركز تحكم داخلي أظهروا اتجاهات سلبية نحو تدخين السجائر. وخلصت هذه الدراسة إلى أن التدريب على الذكاء الوجداني ومركز التحكم يعد من العوامل الوقائية ضد التدخين لدى المراهقين (Abdollahia, & Abu Talib, 2014).

### تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- ١- ركزت معظم الدراسات على مركز التحكم الصحي.
- ٢- تبين من خلال تفحص الدراسات السابقة في الموضوع أن هناك تعارضاً بين نتائجها، ومن ثم يعد هذا مبرراً أساسياً لإجراء الدراسة.
- ٣- اهتمت بعض من هذه الدراسات بدراسة الاتجاه نحو التدخين وذلك على مبحوثين غير مدخنين ولم تتناول مدخنين بالفعل.

(1)Emotional intelligence

(2)The Structural Equation Modelling (SEM)

## الإجراءات المنهجية للدراسة:

### أولاً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من ١٣٩ طالب من طلاب جامعة القاهرة، وقُسمت العينة إلى ٧٧ مدخنًا، و ٦٢ غير مدخن. تراوح المدى العمري لأفراد العينة بين ١٨ سنة إلى ٢٥,٢٢ سنة، بمتوسط قدره ٢٢,٣ سنة، وانحراف معياري ٢,٣١ سنة. وتوزعت العينة الكلية على خمسة عشر 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، و ٣٠,٢ % طالبًا من الكليات العملية. وتم استبعاد المبحوثين 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 جمع البيانات

اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام مقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين، ومقياس الاعتماد على التدخين، ومقياس مركز التحكم في التدعيم لروتتر.

#### 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 سؤاليين منهم عن درجة الاستنشاق ومحتوى النيكوتين في العلامة

التجارية، وتم التخلي عن هذين البندين لأنهما غير مميزين، وأن المعلومات المتضمنة في البنود الستة الأخرى تقي بالغرض (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<sup>(١)</sup>، الكاتونين<sup>(٢)</sup> (المستوى العادي من الأيض)، وأعراض الانسحاب (Fagerstrom, Heathertor, & Kozlowski, no date).

وتتعامل بعض الدراسات مع هذا المقياس على أنه أحادي البعد<sup>(٣)</sup>، في حين تعتبره دراسات أخرى اختبار ثنائي البعد يتمثل بعده في التدخين في الصباح، والتدخين خلال أوقات اليوم (Lessov-Schlaggar, Pergadia, Khroyan, & Swan, 2008). ويتراوح مدى الدرجات على هذا المقياس بين صفر إلى ١٠، ويمكن تصنيفها لخمس فئات كالآتي:

**جدول (١) يوضح مدى الدرجات على مقياس فيجاستروم للاعتماد على النيكوتين نقلاً عن (Lessov-Schlaggar, Pergadia, Khroyan, & Swan, 2008)**

الدرجة	مستوى الشدة
١ - صفر	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)

(1) Plasma level of nicotine

(2) catinine

(3) unidimensional

(Health Organization, 2002) ويرى بعض الباحثين أن الدرجة (٤) فأكثر تعد مؤشراً على الاعتماد على النيكوتين (Kim, Difranza, Ziedonis, & Ma, 2012).

ويتسم المقياس بمعاملات صدق وثبات مرضية، حيث أُجريت عدة دراسات؛ للتحقق من الكفاءة السيكومترية لهذا المقياس منها على سبيل المثال، دراسة بمورلويوا وآخرين (١٩٩٤) Pomerleau et al إذ تم حساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي<sup>(١)</sup> باستخدام معامل ألفا كرونباخ<sup>(٢)</sup>، وطريقة إعادة الاختبار<sup>(٣)</sup> وذلك على عينة فرنسية وعينة أمريكية وتبين الآتي:

بلغ معامل ألفا 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 (٢) يوضح الثبات بإعادة الاختبار لمقياس فيجستروم نقلاً عن (Pomerleau, Carton, Lutzke, Flessland, & Pomerleau, 1994)**

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

(1)Internal consistency

(2)Cronbach's alpha

(3)Test-re test

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

وقام كيم Kim وزملاؤه (٢٠١٢) بمراجعة ٢٦ دراسة استخدمت هذا المقياس وتبين من خلالها أن معامل ألفا كرونباخ يتراوح ما بين ٠,٥٥ إلى ٠,٧٤. وكشف التحليل العاملي للمقياس عن نتائج غير متسقة فبعض الدراسات مثل (Heatherton et al, 1991 ; Etter, Duc, & Perneger, 1999) (e.g: 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, (e.g: Huang et al, 2006 ; Jhanjee&Sethi, 2010) ; 2005 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 صباحًا، أما البنود الثلاثة الاخرى والمتمثلة في: صعوبة الامتناع عن التدخين في الاماكن العامة، وعدد السجائر المدخنة يوميًا، والتدخين حتى لو كان مريض، 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 مؤشرًا على صدق وثبات المقياس (see: Kim, Difranza, Ziedonis, & Ma, 2012 ; Etter, Vu Duc, & Perneger, 1999).

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

## أولاً : الثبات

تم حساب الثبات باستخدام طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وبطريقة الاختبار وإعادة الاختبار كالتالي:

### ١- الاتساق الداخلي

تم حساب الثبات لهذا المقياس باستخدام معامل الفا كرونباخ، وذلك على عينة مكونة من ٦٥ مدخناً من طلبة الجامعة، ويوضح جدول (٣) قيمة معامل ألفا.

جدول (٣) الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ  
لمقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين (ن=٦٥)

معامل الفا كرونباخ	المقياس
٠,٦٤١	فيجستروم للاعتماد على النيكوتين

### ٢- الثبات بطريقة إعادة 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 طلبة الجامعة المدخنين قوامها ٣٠ مدخناً، بمتوسط للعمر قدره ٢٣,٣٢ سنة، وانحراف معياري ١,٩١ سنة. ويوضح جدول (٤) معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار.

جدول (٤) 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.

### ثانياً: الصدق

تم الاعتماد 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 يتشبع على عامل واحد، في حين يرى البعض الآخر أنه يتشبع على عاملين، كالآتي:

#### - الاتساق الداخلي

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

#### جدول (٥) ارتباط البند بالدرجة الكلية

لمقياس فيجستروم للاعتماد على النيكوتين (ن=٦٥)

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

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 تشبع 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 تنتسب عليه كل الاختبارات الدالة عليه، فإننا نستطيع أن نعتبر معامل الصدق العاملي أقرب إلى صدق التكوين وذلك حسبما ترى أنستازي، وكما يرى كرونباخ وميهل (فرج، ٢٠٠٧، ٢٦٩-٢٧١). وقد قامت الباحثة بإجراء هذا النوع من الصدق - خاصة الصدق العاملي الاستكشافي - كمحاولة للتحقق من صدق البناء العاملي للمقياس هذا من ناحية، وحسم التعارض بين الدراسات السابقة فيما يتعلق بطبيعة البنية العاملية للمقياس. وفيما يلي نعرض لنتائج التحليل العاملي كالتالي:

**جدول (٦) يوضح بنود مقياس فيجربستروم للاعتماد على النيكوتين وتشبعاتها العاملية (ن=٦٥)**

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

واتضح من نتائج التحليل أن الاختبار ينتسب على عامل واحد فقط وهو التدخين خلال اليوم.

**٢- مقياس الاعتماد على السجائر:**

لإعداد هذا المقياس في صورته الاجنبية تم عمل مسح باستخدام (١١٤ بند) طبقوا على ٣٠٠٩ مدخن، وتم عمل إعادة للاختبار على مجموعات فرعية بعد ١٨ يوم (ن=٥٧٨)، وتم عمل متابعة للبيانات بعد ٤٥ يوماً (ن=٩٩٠)



ونتج عن هذه الدراسة مقياس مكون من ١٢ بنداً أطلقوا عليه مقياس الاعتماد على السجائر-١٢ (CDs-12)، وهناك نسخة مختصرة منه أطلقوا 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<sup>(١)</sup>، أعراض الانسحاب<sup>(٢)</sup>، فقدان التحكم أو السيطرة، توزيع الوقت<sup>(٣)</sup>، 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 تدخيناً منتظماً مقارنة بالمدخنين بالمناسبة (Etter, LeHouezec, & Perneger, 2003). وقام الباحثون بترجمة 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.

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 البندين الأول والثاني، أما الجزء الثاني من الاختبار وهو الجزء (ب) فيتكون من (٨) بنود

(1) Compulsion

(2) Withdrawal symptoms

(3) Time allocation

يجاب 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 تمامًا، 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 السيكمترية 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 طالبًا مدخلاً من طلاب جامعة القاهرة ينتمون لكليات نظرية وعملية كما سبق ذكره في وصف العينة الأساسية، ومن طلاب الفرق الأربع والدراسات العليا، 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 (٧) قيمة معامل ألفا.

جدول (٧) قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس الاعتماد على السجائر

(٦٥=ن)

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 مدخلاً من طلاب جامعة، وتم إعادة الاختبار عليهم بفاصل زمني يتراوح من أسبوع إلى أسبوعين، ويوضح جدول (٩) قيمة معامل الثبات بإعادة الاختبار.

**جدول (٨) 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 مقبولة.

**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 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, 417). 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 (٩) 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.

### ٣- مقياس مركز التحكم

أعدّه روتر Rotter بناء على نظريته في التعلم الاجتماعي، وترجمه إلى العربية خالد بدر (١٩٨٨) ويتكون من ٢٣ بنداً، يشتمل كل منها على عبارتين، أحدهما تشير إلى التحكم الداخلي والأخرى تشير إلى التحكم الخارجي. هذا بالإضافة إلى ستة بنود أخرى الهدف منها تقليل أثر الواجهة الذهنية للمبحوث في معرفة هدف المقياس، ومن ثم الاستجابة في اتجاه معين، وتم تصحيح بنود المقياس في اتجاه التحكم الداخلي، وتراوحت الدرجة على المقياس بين صفر و٢٣. وتبين من الدراسات التي استخدمت هذا الاختبار أنه يتمتع بمعاملات

ثبات وصدق مقبولة (انظر: خالد عبدالمحسن بدر، ١٩٨٨؛ عبداللطيف محمد خليفة، ١٩٨٩).

ونظرًا لأن الثبات من الخصائص السيكمترية التي تختلف باختلاف العينة وبمرور الزمن، على عكس الصدق الذي يعتبر عملية تراكمية ولا يتم حسابه للمقاييس التي سبق استخدامها في دراسات سابقة؛ لذا تم حساب الثبات لمقياس مركز التحكم في الدراسة الراهنة كالتالي:

### حساب الثبات لمقياس مركز التحكم:

تم حساب الثبات لهذا المقياس بثلاثة طرق للثبات لضمان الثبات عبر الزمن وعبر البنود. ويوضح جدول (١٠) معاملات الثبات لمقياس مركز التحكم.

### جدول (١٠) يوضح معاملات الثبات لمقياس مركز التحكم

معامل الثبات	معامل ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سييرمان-براون	إعادة الاختبار (ن = ٣٠)
المقياس	(ن = ٦٥)	(ن = ٦٥)	
مقياس مركز التحكم	٠,٦٦	٠,٦٣	٠,٧١

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتسم بمعاملات ثبات مقبولة.

### إجراءات التطبيق:

بدأ التطبيق في أوائل شهر يولييه من عام ٢٠١٦، وانتهى في أواخر شهر نوفمبر من نفس العام. وتم التطبيق بصورة فردية، وكان التطبيق يبدأ بعد موافقة المبحوث على الاشتراك في الدراسة، وطمأنته بأن الموقف آمن، ثم بعد ذلك قامت الباحثة بتقديم التعليمات الخاصة بكل مقياس وكيفية الإجابة عليه، واستغرقت جلسة التطبيق من ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة. وتم اتباع إجراء الموازنة المتقابلة عند تقديم أدوات الدراسة.

## نتائج الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية اختبار الفرض الرئيس التالي:

"توجد فروق بين المعتمدين على النيكوتين (وفقًا لاختباري الاعتماد على السجائر، وفيجبرستروم للاعتماد على النيكوتين)، وغير المعتمدين على النيكوتين في مركز التحكم في التدعيم. ويوضح الجدول (١١) نتائج الفروق بين هاتين المجموعتين في مركز التحكم.

جدول (١١) دلالة الفروق بين متوسطات المعتمدين على النيكوتين

وغير المعتمدين في مركز التحكم في التدعيم، وأحجام التأثير لها

المتغيرات	المعتمدون على		غير المعتمدين		قيمة ت	مستوى	حجم
	النيكوتين	(ن=٧٧)	على النيكوتين	(ن=٦٢)			
	ع	م	ع	م		الدلالة	التأثير
مركز التحكم في التدعيم	١٣,٢٧	٣,٤	١٣,٦٥	٣,٦	٠,٦٨	٠,٣	*٠,١١

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين المعتمدين وغير المعتمدين على النيكوتين في مركز التحكم في التدعيم. وبالنظر إلى حجم التأثير والذي يعد الوجه المكمل للدلالة الإحصائية، إذ أنه يتناول حجم الفرق

\*تم الاعتماد على المعادلة التالية في حساب حجم التأثير لاختبار (ت) بين مجموعتين مستقلتين على المعادلة التالية

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

$$Z = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \text{ حيث } Z \text{ تساوى } z \text{ حيث } z \text{ تساوى } \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

حيث  $\mu_1$  هي متوسط مجتمع العينة الأولى  
و  $\mu_2$  هي متوسط مجتمع العينة الثانية  
و  $\sigma$  الانحراف المعياري للمجتمعين  
و T هي درجة اختبار (ت)

و DF هي درجات الحرية وهي هنا في حالة العينتين المستقلتين = (ن<sub>١</sub> + ن<sub>٢</sub> - ٢) (رشيدي قام منصور ، ١٩٩٧)

دون أن يكون دالة لحجم العينة، حيث تتأثر الدلالة الإحصائية بحجم العينة؛ فإذا زاد حجم العينة وصل الفرق لمستوى الدلالة حتى لو كان الفرق صغيراً، وإذا قل حجم العينة لم يصل الفرق لمستوى الدلالة حتى لو كان الفرق كبيراً، ومن هنا ظهر مفهوم حجم التأثير ليكمل مستوى الدلالة (رشدي فام منصور، ١٩٩٧). وإذا حاولنا تفسير حجم التأثير للفرق بين مجموعتي الدراسة وفقاً للجدول المرجعي الذي جاء بناءً على المراجعة التي قدمها سولمان Solomon وويشتر Waechter وهس Haase عام ١٩٨٢ للبحوث النفسية التي استخدمت حجم التأثير؛ إذ توصلوا إلى ثلاثة مستويات لحجم التأثير وهي صغير (٠,٢)، ومتوسط (٠,٥) وكبير (٠,٨) نجده ضعيف أيضاً.

### مناقشة النتائج وتفسيرها:

حاولت الدراسة الحالية التحقق من الفرض الرئيس القائل بوجود فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على النيكوتين في مركز التحكم. وكشفت النتائج عن أنه لا توجد فروق ذات دلالة بينهما. وتتسق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة؛ مثل دراسة (فوقية حسن رضوان، ونجوى شعبان خليل، ١٩٩٥) ودراسة (جماليات آدم عمر، ٢٠٠٥)، ودراسة (Calnan, 1989) ودراسة (East, 1977) و (Dropkin, 1984) والتي أوضحت نتائجها أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في مركز الضبط الداخلي - الخارجي. ونجد أن النتيجة الحالية قد تعارضت مع نتائج بعض الدراسات السابقة مثل دراسة (معتز عبدالله، عبداللطيف خليفة، ١٩٩٢) ودراسة (رشاد عبدالعزيز، ١٩٨٩) ودراسة بيني وروبينسون (Penny & Robinson, 1986) ودراسة (Brod & Hall, 1984)، و (Clarke, 1982) ودراسة (James, et al, 1965) و(جمال مختار حمزة، ١٩٩٩) و (أحمد حامد سليمان اللهيبي، ١٩٩٥) والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة بين التدخين ومركز الضبط. رغم أن موضوع بحث العلاقة بين التدخين ومركز التحكم تمت دراسته منذ السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين كما سبق توضيحه في مراجعة

التراث البحثي السابق، إلا أن فرضية وجود علاقة بينهما من عدمه، فضلاً عن قوة واتجاه هذه العلاقة لم يتم حسمها إلى الآن، فما زالت نتائج الدراسات في هذا الموضوع متباينة. وربما يدل هذا التعارض بين نتائج الدراسات السابقة وبعضها البعض والدراسة الحالية إلى الحاجة إلى مزيد من الدراسات حول هذا الموضوع مع إدخال بعض المتغيرات المعدلة التي يمكن أن تغير مسار العلاقة مثل العمر ومستوى التعليم، وتقدير الذات، والكفاءة الشخصية، واستخدام عينات أكبر حجماً، وكذا متغير القيم خاصة قيمة الصحة، والاحتياجات والمعتقدات. حيث يرى فارز Phares أن العلاقة بين مركز التحكم والتدخين يحكمها بعض الاعتبارات المنظمة مثل القيم، والاحتياجات والتوقعات، والتاريخ التعليمي السابق (Wallston, & Wallston, 1978). كما تبين من تفحص الدراسات السابقة أن معظم الدراسات التي وجدت فروق أو علاقة بين التدخين ومركز التحكم كانت قد تناولت مركز التحكم الصحي وليس مركز التحكم بصفة عامة وأجريت على عينات أكبر حجماً.



## المراجع

### أولاً المراجع العربية:

أحمد حامد سليمان اللهيبي. (١٩٩٥). وجهة الضبط ومفهوم الذات لدى المدخنين وغير المدخنين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية: جامعة أم القرى.

جمال مختار حمزة. (١٩٩٩) دراسة تجريبية لبعض سمات الشخصية لدى الشباب المدخن. مجلة علم النفس، ٤٩ : ٨٦-٩٧.

جماليات آدم عمر. (٢٠٠٥). أسباب ودوافع التدخين وعلاقتها بسمات الشخصية وموضع الضبط لدى طلاب الجامعة من المدخنين وغير المدخنين. رسالة ماجستير. كلية الآداب، جامعة أم درمان الإسلامية - كلية الدراسات العليا.

رشاد عبدالعليم موسى. (١٩٨٩). الضبط الداخلي- الخارجي لدى المدخنين والمقلعين عن التدخين "دراسة عملية". بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر، ٤٣ - ٦٧.

عبداللطيف محمد خليفة. (١٩٨٩). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم. مجلة علم النفس، (١٢)، ص ١٠٢-١١٤.

عبدالله سليمان إبراهيم. (١٩٨٩). موضع الضبط وعلاقته بمستوى الطموح لدى عينة من طلاب الصف الثالث الإعدادي. مجلة علم النفس، (٢) ١١٥-١٢٣.

فوقية حسن عبدالحميد، نجوى شعبان محمد. (١٩٩٥). أسباب التدخين. كما يدركها المدخن وغير المدخن وعلاقتها بكل من تقدير الذات وموضع الضبط. دراسات نفسية. ٥ (٢) ٣٦٥-٣٠٠.

فؤاد أبو المكارم.(٢٠١٠). اتجاهات التغيير في معدلات تدخين السجائر وأنماطه بين طلاب الجامعات الذكورة عبر ١٥ سنة. *المجلة القومية للتعاوي والإدمان*. مج ٧ (١) ٣٥ - ١٠٢.

مصطفى سوييف. (١٩٩٦). *المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية*. الكويت : عالم المعرفة.

معتز عبدالله، وعبد اللطيف خليفة.(١٩٩٢). *المعتقدات حول تدخين السجائر واقتربانها بكل من مركز التحكم والقلق. بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد الأول. مكتبة الانجلو المصرية. ١٣-٧٣*

### ثانياً: المراجع الاجنبية:

Abdollahia, A., & Abu Talib, M.(2014). To Examine the Relationships between Emotional Intelligence, Locus of Control and Smoking in Adolescents.*The Social Sciences*.9 (3) 157- 162.

Abdollahi, A., Yaacob, S., Abu talib, M., & Ismail, Z.(2015).Social anxiety and Cigarette smoking in adolescents : The mediating role of emotional intelligence. *School Mental Health*. 7: 184 – 192.-

Benowitz,N.L.,Bernert,J.T.,Caraballo,R.S.,Holiday,D.B.,&Wan g,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.

Bunch, J. M.,& Schneider, H. G.(1991). Smoking – Specific Locus of Control.*Psychological Reports*. 1075 – 1081.

Clarke, J.(1982). Cigarette Smoking and External Locus of control Among young Adolescents. *Journal of Health and Social*. 1982. 23(3)253-259.

Calnan, M.(1989). Control over Health and Patternes of Health – Related behaviour. *Soc. Sci. Med*. 29 (2)131-136.

East, V.(1977). the relationship between internal - external locus of control and smoking behavior among university students in the state of virginia, *Diss- Abs*. 38 (4-A), 1909.

- James, W. H., Woodruff, A. B., & Werner, W. (1965). Effect of internal and external control up on changes in smoking behavior. *Journal of consulting Psychology*. 29 (2) 184 – 186.
- King, K. E. (1997). A comparison of the Difference in Health Locus of Control Among Smoking, Quitters, and Non Smokers as measured by the Multidimensional Health Locus of Control Scale. *Amaster thesis*. United States, Central Missouri State University. Warrensburg, Missouri.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C., & Murphy, S. (1998). Health Locus of control and Health Behavior. *Journal of Health Psychology*. 3 (2) 171 – 180.
- Rizzuto-Dowling, G. (1995). Perceived Social Support, Self- Esteem, and Locus of Control as Predictors of Health behaviors, including: Participation in regular physical activity and smoking behavior. *Athesis*. Canada, Windsor, Ontario.
- Rotter, J. B. (1990). Internal Versus External Control of Reinforcement: A case History of A variable. *American Psychological Association*. 45 (4) 489-493.
- Srivastava, s. (2015). Locus of Control and Self Esteem Among Smoker and non Smoker University Students. *Indian Journal of Applied Research*. 5 (5) 19-20.
- Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1978). Locus of Control and Health : A Review of the Literature. *Health Education Monographs*. 6 (2) 107-117.
- Yemen, G., & Clawson, J. (2003). *The Locus of control*. University of Virginia. Darden School of Business.
- Zolnowski, W. (2012). Smoking Behaviour and its correlates: Personality, Self esteem, Self – efficacy, and Coping Strategies. Age – effect perspective. *submitted in partial of the requirements of the Bachelor of Arts degree*. Department of Psychology. DBS school of Arts.