

القلق والاكتئاب لدى طلاب جامعة نايف من المدخنين وغير المدخنين «دراسة مقارنة»

DOI: 10.12816/0012991

د. عبد العزيز بن علي النفيسة(*)

أستاذ مساعد بقسم العلوم الاجتماعية - جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية - الرياض

الملخص

الدراسة التعرف على الفروق في متوسطات درجات القلق والاكتئاب بين المدخنين

وغير المدخنين. والتعرف على أيها أعلى مستوى لدى المدخنين (القلق أم الاكتئاب).

مشكلة البحث: تكمن صياغة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي (هل يوجد فروق ذات

دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في مستوى القلق والاكتئاب؟

منهج البحث: المنهج الوصفي المقارن الذي يصف الظاهرة ويبحث عن العلاقات المتبادلة

ويقارن بين المتغيرات.

مجتمع البحث: يعتمد هذا البحث على تحديد المجتمع الذي يرتبط بشكل واضح بالأفراد المدخنين

الذين يمارسون عملية التدخين حالياً، إضافة إلى عينة أخرى مقابلة من غير المدخنين.

أدوات البحث: ١ - مقياس القلق لـ تايلر . ٢ - مقياس الاكتئاب لـ بك.

الأساليب الإحصائية: استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

١ - تكرارات النسب المئوية لوصف العينة.

٢ - اختبار «ت» لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين.

نتائج البحث:

١ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين وذلك لصالح المدخنين أي أن

المدخنين من خلال هذه النتائج أظهروا درجات أعلى في مستوى القلق من غير المدخنين.

٢ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين، وذلك لصالح المدخنين أي أن

المدخنين من خلال هذه النتائج أظهروا درجات أعلى في مستوى الاكتئاب من غير المدخنين.

الكلمات المفتاحية: القلق - الاكتئاب - المدخنين.

dr.nafs@hotmail.com (*)

Abstract

Anxiety and Depression Among Students Enrolled at Naif Arab University: Smokers and Non-Smokers A Comparative Study

By

Dr. Abdul Aziz bin Ali Al-Nafisah^(*)

Assistant Professor, Department of Social Sciences Naif Arab University for Security Sciences, Riyadh.

The present study seeks to identify the differences in the average degrees of anxieties and depressions among students----smokers and non-smokers----studying at the Naif Arab University. Also, the study will identify the relative level of such anxieties and depressions among both smokers and non-smokers on comparative basis.

Research Problem: The present study seeks to address the following main question. Is there variance of statistical evidence between smokers and non-smokers in the level of anxiety or depression?

Research Methodology: The present researcher has employed a comparative-descriptive methodology. Pursuant to it, the researcher explains the phenomenon under treatment and compares the exchange interlink of various variables.

Research Group: The research sample group selected for the present study comprises clearly students of the Naif Arab University who are smokers. The latter are addict smokers. In addition, a select number of non-smokers are opted for interviews.

Research Tools: The research tools used are in order:

- 1 _ A measure of L Tyler anxiety; and
- 2 _ Depression scale

Also, the researcher has used following statistical techniques:

- 1 _ Repetitions of percentage ratios to describe the research sample group; and
- 2 _ Test "T" to denote the differences between the two independent groups----smokers vs. non-smokers.

Research Findings:

- 1 _ Variance of statistical significance exists between smokers and non-smokers. This variance supports the interests of the smokers. For, the latter reflects highest degree of anxiety level than the non-smokers.
- 2 _ Variance of statistical evidence exists between smokers and non-smokers. This supports the interests of the smokers. For, the latter reflects higher degree of depression level than the non-smokers.

Keywords: Anxiety; Depression; Smokers.

(*) dr.nafs@hotmail.com

مقدمة الدراسة

الإنسان بطبيعته دائماً معرض للخطر من خلال الإصابة بالأمراض، سواء العضوية منها أو النفسية بالرغم مما حباه الله من قوة دفاعية ضد أي مرض، وذلك بسبب وجود جهاز المناعة الذي أوجده الله سبحانه وتعالى في جسم الإنسان ضد تلك الكائنات الدقيقة واسعة الانتشار في البيئة حولنا ألا وهي الجراثيم بأنواعها التي هي السبب الرئيس للإصابة بالمرض العضوي، ومع هذا فإن الأمر لا يقتصر فقط على تأثير الجراثيم على الجسم من الناحية الجسمية والصحية، بل الأمر يتعدى ذلك إلى عوامل أخرى ترتبط بالجانب النفسي ودور تلك العوامل في التأثير على سلامة الحالة النفسية للفرد وخلوها من الأمراض، وهو محور دراستنا الأساسي، إضافة إلى الأخطار الأخرى المؤثرة على صحة الإنسان بشكل عام. وبسبب الإصابة بالمرض، سواء أكان الجسمي أم النفسي يصبح الإنسان غير قادر على التعامل مع البيئة التي يعيش فيها بشكل إيجابي، ما يؤثر على قدراته وإمكاناته ويقلل من إنتاجيته.

وعندما يصاب الإنسان بالمرض ويصبح غير قادر على التعامل مع المحيط الذي يعيش فيه، فإنه يكون قد فقد كثيراً من مقومات حياته الأساسية، فهو لا يستطيع أن يتعامل بالطرق الصحيحة مع محيطه في اللحظة الراهنة، كما كان يتعامل معه بالأمس عندما كان صحيحاً معافى.

والإنسان يقود نفسه في معظم المواقف إلى نتائج قد تضر بصحته، بل قد تكلفه حياته ككل، فهو يعمد إلى القيام بنشاطات وسلوكيات متنوعة تهدف غالباً جلب السعادة والأمن والاطمئنان لنفسه، ويتخذ في ذلك أساليب وطرقاً متنوعة توجهه إلى الاستعانة باتخاذ مصادر ومواقف وعوامل متعددة ليحصل بعد ذلك على ما يريد من السعادة، ويقوم بذلك بإصرار من نفسه ورغبة منه في تحقيق مراده، ولكنه في بعض الأحيان يخطئ الطريق، ويتجه إلى سلوك أو نشاط يعتقد في ظاهره أنه شيء نافع ومفيد له وحياته العامة التي ينشد سعادتها، وذلك دون التفكير في عواقب ونتائج الأمور والأحداث. ومن هذه السلوكيات التي يعتقد أنها تجلب له السعادة وأن فيها الفائدة المرجوة، تدخين مادة التبغ. فالتدخين بما يحمله من مضار على صحة الإنسان الخاصة والعامة وما يؤثر على

البيئة المحيطة من أضرار ظاهرة وباطنة وما يتدخل فيه سلباً باقتصادات المجتمع، وما يحملة من مضار نفسية واجتماعية وصحية تصل إلى حد الوفاة قال تعالى: ﴿.. وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ..﴾ (النساء: ٢٩)، وحيث دلت الدراسات على أن ظاهرة التدخين هي ثاني أسباب الوفاة على مستوى العالم أجمع حيث بلغ عدد من يتوفى كل عام أكثر من خمسة ملايين إنسان بسبب تعاطي التدخين (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥م) وسوف يؤدي التدخين إذا استمر بهذا المعدل إلى وفاة عشرة ملايين نسمة سنوياً حسب معدلات النمو السكاني العالمي، إضافة إلى ما يسببه التدخين من وفيات أخرى متنوعة المصدر المرضي، غالباً ما تكون ناجمة عن أمراض أخرى كسرطانات الرئة والقصبات الهوائية، وأمراض القلب، وتصلب الشرايين.

وإن عملية التدخين لا تؤثر فقط على حياة الإنسان الصحية البحتة، بل تعدت ذلك إلى حياته العملية والإنتاجية، فالدراسات أثبتت أن إنتاجية العاملين من الذين يتعاطون التدخين أقل من أقرانهم العاملين غير المدخنين (المراجع السابق). وذلك بسبب تعرضهم للأمراض أكثر من غيرهم، وهذا أمر بدهي فالمريض بما يعانيه من آلام وما ينشغل به من مشكلات صحية لا يمكن أن يساوي الإنسان السليم؛ لهذا فإن المرض الناتج عن تعاطي التدخين يؤثر سلباً في حياة الفرد.

ولاشك في أن الأمراض النفسية لا تختلف كثيراً عن الأمراض الجسمية العضوية، فالباحث هنا يفترض أن المدخنين بما يحملونه من أمراض جسمية لتعاطيهم مادة التدخين وما يحملة التدخين من مواد سامة ومضرة مثل: مادة النيكوتين وما ينتج عنه من ضعف في قوى المدخنين نتيجة الإصابة بالأمراض مثل: مرض سرطان الرئة وأمراض القلب والشرايين وغيرها من الأمراض، ينعكس على الجوانب النفسية مثل: القلق والاكتئاب. وبالمقابل قد يدفع كل من القلق والاكتئاب إلى التدخين أملاً في التخفيف واستشعار الراحة النفسية أو تعزيز الذات، وعلى كل حال تحاول هذه الدراسة استكشاف العلاقة بين كل من: القلق والاكتئاب وتعاطي التدخين.

فالباحث هنا ينظر إلى أن المدخن شخص يتصف بالقلق والاكتئاب بدرجة أكبر من غيره من غير المدخنين، فالمدخن يدخن سجارته، ومن خلال تدخينه للسيجارة

واستمراره عليها ينتج من ذلك الاستمرار أن يصاب ببعض الأمراض النفسية مثل: القلق والاكتئاب كما يصاب بسبب التدخين بأمراض عضوية أو جسمية.

وعلى هذا يرى الباحث أنه من الممكن التأكد من ذلك بعد تطبيق الاختبارات الخاصة بالبحث والحصول على نتائج قد تؤيد أو تدحض افتراضاته.

ويشير الباحث إلى أن السبب في اختيار القلق والاكتئاب يعود إلى أنها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حسب الدراسات التي أثبتت ذلك، حيث بلغت نسبة انتشار مرض القلق ٤٨٪، بينما كانت نسبة الاكتئاب تزيد على نسبة ٢٥٪ على مستوى البيئة السعودية (جلبان، ٢٠٠٩م).

ومما يزيد من أهمية الدراسة ارتباطها بنوع خاص من السلوك الإنساني السلبي اقتصادياً، اجتماعياً، نفسياً، وصحياً ألا وهو ممارسة عملية التدخين واسع الانتشار الذي بلغت نسبة متعاطيه حول العالم أكثر من مليار شخص في العالم (منظمة الصحة العالمية ٢٠١١م). وهذه النسبة الكبيرة من المتعاطين لمادة التبغ عن طريق التدخين تحتاج منا إلى الوقوف طويلاً لحمايتها والعناية بها في جميع المجالات، ومنها هذه الدراسة التي تهدف تنوير وتثقيف وتوجيه وإرشاد المدخنين وغيرهم لتجنب مثل تلك العادات والأساليب الممقوتة اجتماعياً والمؤثرة صحياً واقتصادياً.

مشكلة البحث

إن مشكلة البحث تنبع من محاولة الباحث التعرف على العلاقة بين التدخين وكل من القلق والاكتئاب من خلال المقارنة بين المدخنين وغير المدخنين.

وهل المدخنون يختلفون في مستوى القلق والاكتئاب عن غيرهم من غير المدخنين؟ وهل المدخنون تحت مستوى واحد من القلق والاكتئاب أم أنه يختلف من شخص لآخر داخل مجموعاتهم؟ وهل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في مستويات القلق والاكتئاب؟

إن عملية التدخين مشكلة في حد ذاتها، وهي ليست فقط مشكلة تتصل بفرد واحد فقط كالخسارة المالية أو حادث عرضي يخص جماعة محددة.

إن الأمر يتعدى ذلك إلى نواح كثيرة، اجتماعية، اقتصادية، صحية، ونفسية ففي المجال الاجتماعي يمكن أن يشمل الضرر الأسرة والأطفال والمنزل وحتى الحيوانات الأليفة داخل المنزل بما يسببه التدخين من أذى يؤثر على العلاقات الأسرية مع الزوجة والأبناء ومحاوله تجنب الجلوس والتعامل مع من يدخن في الأسرة الواحدة، ناهيك عن النظرة المتدنية لمن يتعاطى التدخين من قبل أفراد الأسرة تجاه المدخن وما يسببه الدخان المنبعث من السيجارة من تلوث ورائحة كريهة تنتقل وتنتشر في كافة نواحي المنزل، ما يؤدي إلى شعور غير المدخنين بوجود مواد متعفنة داخل المنزل وهذا يعزز الهروب إلى مكان آخر أكثر نقاء وأمتع رائحة ويهيئ إلى التعود على الانفصال التدريجي عن الأسرة بحثاً عن الأفضل والحال أكبر من ذلك.

ومن الناحية الاقتصادية، فالمال الذي ينفقه المدخن على تدخينه يومياً يعادل خمسة عشر ريالاً أي ما يعادل نصف راتب عامل يومي في الشهر تقريباً ينفقه ليعود عليه بالضرر لا المنفعة يحرق ماله، ويحرق ثيابه وحتى منزله في بعض الأحيان.

أما من الناحية الصحية، فالأمر مهمها كان مسيطراً عليه في نواح كثيرة إلا أنه يصعب وبشدة السيطرة على الأمراض التي تصيب المدخن؛ لأنها تتعدى مستوى الحياة الطبيعية إلى انقطاع الحياة بسبب ما يعانیه المريض المدخن من أمراض كارثية لم يستطع الطب الحديث السيطرة عليها أو الحد منها. وينسحب ذلك على النواحي النفسية التي لا تخرج عن نطاق النواحي الصحية، فما يعانیه المدخن من نبذ من أغلب أفراد المجتمع، تمثل في تحديد مواقع وأماكن خاصة للمدخنين فقط، ويمنع وجودهم في أماكن أخرى تكون مخصصة لغير المدخنين هذا بحد ذاته يوحى بألم نفسي يشعر من خلاله المدخن بالدونية وتحقير الذات من خلال نظرتة لذاته، كما أن المدخن لو سُئل عن مدى سماحه لأحد أبنائه بتعاطي التدخين لعارض ذلك بشدة ورفض ذلك لمعرفة مدى خطورته، وهذا يضعه موضع التناقض بينه وبين نفسه، ما يزيد من ألمه النفسي، ويضعه موضع النقد الذاتي الأليم والمجال يطول في ذكر كثير من المشكلات المرتبطة بالتدخين.

إن العناية بالمدخنين تعني العناية بتقليل المشكلات الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية، والنفسية وغيرها من المشكلات التي تطرأ مع مرور الزمن للمدخن، كما أن الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع يعزز تماسك المجتمع وحرصه على نبذ ما يؤدي إلى الإضرار به من جميع النواحي، ويساعد على التهيئة إلى العيش في مجتمع مفعم بالصحة والعافية وسليم من الأمراض المزمنة والخطرة، ينعم فيه الجميع بالأمن والاستقرار والرفاهية. ومن خلال السرد السابق يقترح الباحث بعض التساؤلات التالية:

التساؤل الرئيس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في مستوى القلق والاكتئاب؟

ويمكن أن يشتق من هذا التساؤل التساؤلات التالية:

- ١ - هل توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين في مستوى القلق؟
- ٢ - هل توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين في مستوى الاكتئاب؟

أهداف البحث:

- ١ - يهدف البحث التعرف على الفروق في متوسطات درجات القلق والاكتئاب بين المدخنين وغير المدخنين.
- ٢ - التعرف على أيهما أعلى مستوى لدى المدخنين (القلق أم الاكتئاب).

أهمية البحث

أولاً: الأهمية النظرية

يمكن أن يضيف هذا البحث من خلال عرضه بعضاً من التراث العلمي والبحثي والثقافي النافع والمفيد، ويشجع القراء والمهتمين من المدخنين وغيرهم على الانتفاع به والاستفادة من نتائجه ومحاوله ترجمته على أرض الواقع، مع تأكيد أهمية دراسة مثل هذه الموضوعات التي تمس جوانب الإنسان بشكل عام وبما تعنيه الكلمة من ارتباطات نفسية، اجتماعية، اقتصادية وبما تمس الجوانب الصحية والنفسية والأمنية بشكل خاص. مع تأكيد

الاهتمام بدراسة مثل هذه الموضوعات المرتبطة بحياة وصحة الإنسان الصحية والنفسية، ولا تحفز ولا تعزز فقط المختصين في مجال الصحة العامة والصحة النفسية لدراسة مثل هذه الموضوعات، بل تتعدى ذلك إلى جمهور المثقفين العاملين في مجالات أخرى كالصحافة والإعلام والنشر الإلكتروني ووسائل الإعلام والتعليم العام والخاص، إضافة إلى التعليم الفني والتقني والتجاري، وذلك لارتباطها المباشر بحياة الإنسان وتأثيرها على جوانب كثيرة في حياته العامة والخاصة.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

إنه من خلال الحصول على نتائج هذه الدراسة يمكننا التعرف على تلك الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في القلق والاكتئاب، ما يزيد في معرفة جوانب أخرى لم تكن تعرف من قبل وبما يساعد في تبني أساليب مقترحة وحديثه للتعامل مع ما يناسب تلك النتائج من تبني قرارات وتوجيهات ومقترحات مباشرة وفورية نافذة تهيئ إلى الاستفادة من هذه الدراسة بشكل كامل، وتعزز الخروج بمسميات وصفات ومعلومات أكثر عن عادة التدخين. وبالوصول على نتائج علمية مقننة وسليمة يمكن أن توظف تلك النتائج من خلال تطبيق بعض أساليب العلاج النفسي أو السلوكي المعرفي من خلال التوجيه والحث على المبادرة بالإقلاع عن ممارسة التدخين، إضافة إلى تحذير غير المدخنين وحثهم على تجنب تلك العادة الممقوتة.

حدود البحث

الحدود الموضوعية

يحدد الباحث الحدود الموضوعية في هذا البحث في عينات المدخنين وغير المدخنين، وكذلك تطبيق الاختبارات والمقاييس الخاصة بالقلق والاكتئاب، مع استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من صحة فروض البحث.

الحدود البشرية

يحدد الباحث الحدود البشرية في مجموعتين: مجموعة المدخنين ومجموعة غير المدخنين.

الحدود الزمنية

يحدد الباحث الحدود الزمنية بتطبيق الدراسة الميدانية خلال شهرين من بداية التطبيق الفعلي على المفحوصين.

الحدود المكانية

تحدد الحدود المكانية بمدينة الرياض، ومن خلال تطبيق الاختبارات والمقاييس على المدخنين وغير المدخنين بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية (من طلاب مرحلة البكالوريوس (المتحقيين بالدبلومات) و طلاب (الدراسات العليا مرحلة الماجستير)

مفاهيم ومصطلحات البحث

يعتمد البحث الحالي على المفاهيم التالية:

١ - مفهوم التدخين

التعريف العلمي: هو تناول عدد من السجائر من خلال حرق التبغ المتضمن مادة النيكوتين، وتذوق الدخان واستنشاقه؛ لتسهيل عملية امتصاصه إلى داخل الجسم عن طريق الجهاز التنفسي للإنسان ليبقى جزء منه داخل الرئة. (Lesey، ١٩٩٩).

التعريف الإجرائي: (إقرار المدخن بوضع علامة ✓ صح داخل المربع على نموذج الإجابة لمقياسي القلق والاكتئاب).

٢ - اضطراب القلق

التعريف العلمي: القلق مرض نفسي وظيفي يتخذ أعراضاً من بينها شعور المريض

بالخوف والقلق من مثيرات ليس من شأنها أن تثير القلق لدى الغالبية العظمى من الناس وذلك لأنها لا تتضمن خطراً أو تهديداً لحياة الفرد، ومع علم المريض بذلك إلا أنه يشعر بالخوف والقلق الشديدين عندما يتعرض لمثل هذه المثيرات، إضافة إلى الآلام التي تصيب الصدر وارتفاع في ضغط الدم وسرعة التنفس وجفاف الحلق (Charles, 1983).

التعريف الإجرائي: (النتائج التشخيصية الناتجة عن طريق تطبيق مقياس القلق).

٣ - اضطراب الاكتئاب

التعريف العلمي: الاكتئاب النفسي أحد الأمراض النفسية التي ترتبط بحالة من الشعور بالحزن واليأس وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار، ويفقد بذلك الشهية للطعام وصعوبة التعامل مع الآخرين، وهو حالة عاطفية من الاعتماد شبه الدائم الذي يتراوح بين حالة خفيفة من الإحباط والتشاؤم إلى مشاعر أقوى وأقسى (Oster, 1995).

التعريف الإجرائي: (النتائج التشخيصية الناتجة عن طريق تطبيق مقياس الاكتئاب).

الخلفية النظرية

أولاً: التدخين Smoking

لقد عُرِفَ التدخين منذ ما يقارب ٥٠٠ عام، وذلك عن طريق المكتشف (كريستوف كولومبس) عندما اكتشف القارة الأمريكية عام ١٤٩٢م، وكان معروفاً قبلها في المكسيك منذ ٢٥٠٠ سنة، ودخل بلاد الإسلام في القرن العاشر الهجري، حيث أدخل إلى مصر عام ١٥٨٥م، كما أن عادة التدخين في زمن اكتشافها لم تكن تُتناول عن طريق الفم، وإنما كانت تُتناول من خلال فتحتي الأنف (عيسى، ١٩٩٤م).

وإن التغييرات الاجتماعية والبيئية بما تحمله من تقدم في الناحية الاقتصادية للفرد ومن ثم للمراهقين زاد ذلك في البحث عن الترفيه وطلب المتعة إلى اللجوء إلى التدخين والبحث عن سلوكيات ترفع من معنويات الفرد.

ولا شك في أن تعاطي أو ممارسة عادة التدخين يعد من العادات أو السلوكيات الممقوتة من قبل كثير من أفراد المجتمع، وخاصة من غير المدخنين الذين ينظر غالبيتهم إلى التدخين نظرة سلبية يجب محاربتها لما يحمله من آثار سلبية على الجسم والعقل معاً. وتعود أسباب تناول السجائر إلى عوامل كثيرة من أهمها: الوسط الاجتماعي للفرد وما يتصل بالرفقاء والأصدقاء من المراهقين وغيرهم، فهم أكثر تأثراً من غيرهم بسبب العلاقات الحميمة التي تتم بينهم من خلال تناول مادة التدخين معاً، ما يزيد في انجذاب الأفراد المدخنين فيما بينهم.

وللتدخين علاقة بالوضع الاقتصادي للفرد، فالغني يبحث عن الترفيه وقضاء أوقات يعتقد في قرارة نفسه أنها مفيدة له؛ لذلك يعتمد إلى تناول معززات يراها مفيدة تساعده على السعادة والشعور بالنشوة، فيقوم بتناول تلك السجارة، وفي الدول الفقيرة يعتمد هؤلاء الفقراء إلى تخصيص ١٠٪ من دخلهم الشهري في تأمين مادة التدخين ما يعني أنه لا يبقى لتلك الأسر إلا القليل لتنفقه على الاحتياجات الأساسية مثل: الغذاء والتعليم والرعاية الصحية.

لذا فإذا كنا ننصح في البلاد المتقدمة بعدم التدخين؛ لأنه مضر بالصحة، فإنه في البلاد التي هي في طريق النمو تصبح مأساة وطنية ينبغي أن يحارب على مستوى الفرد والجماعات والدولة إذا أرادت هذه الدولة أن تسلم من هيمنة جديدة يقال لها التدخين. (العمرى، ٢٠٠٩م).

ولقد أشارت إحدى الدراسات الإحصائية الحديثة إلى أن المدخنين في المملكة العربية السعودية يدفعون أكثر من خمسة مليارات ريال ثمناً لاستهلاك ٤٠ ألف طن من التبغ سنوياً وعلى هذا فإن الرقم المخيف لتكاليف تدخين السجائر يعادل أو يفوق قيمة واردات المملكة من السلع الغذائية الأساسية؛ هذا بعيداً عن حساب تكاليف العلاج جراء التدخين.

ويعد التبغ ثاني أهم أسباب الوفاة في العالم. فهو يؤدي بحياة عُشر البالغين في شتى أنحاء العالم (نحو ٥ ملايين حالة وفاة كل عام). وسيؤدي التبغ، إذا ما استمرت أنماط التدخين على حالها، إلى وفاة ١٠ ملايين نسمة سنوياً بحلول عام ٢٠٢٠م. ويجدر

بالملاحظة أنّ نصف من يدخنون الآن - أي نحو ٦٥٠ مليون نسمة - سيقضون نحبهم من جرّاء التبغ في نهاية المطاف. (World Health Organization, 2013).

كما أن ظاهرة تعاطي التدخين مسؤولة أيضاً عن أكثر من ٧٠٪ من الوفيات الناجمة عن سرطانات الرئة والقصبات. وإذا استمرت الاتجاهات الراهنة، فإنّ تعاطي التبغ سيتسبّب في وفاة أكثر من ثمانية ملايين نسمة كل عام بحلول عام ٢٠٣٠م، وسيهلك نحو نصف مدخني العالم، البالغ عددهم أكثر من مليار نسمة، بشكل مبكّر جرّاء مرض له علاقة بالتبغ (المرجع السابق).

ويتعدى التدخين أيضاً الشخص المدخن إلى غير المدخن «التدخين بالإكراه في المصاعد وحجرات النوم والمقاهي ودور السينما وغيرها» وحتى الأطفال «الأجنة» في بطون أمهاتهم، فالتدخين يسبب إنجاب أطفال مبسترين غير كاملين النمو وناقصي الوزن مع زيادة وفيات المواليد للأمهات المدخنات. كما أن نسبة مخاطر الإصابة بسرطان الرئة لدى المدخنين السلبيين أعلى بـ ٤٠٪ من النسب لدى غير المدخنين من خلال التدخين السلبي (عسيري، ١٩٩٣م، ص ٥٣).

وإن السلوك المصاحب والنتائج من دخان السجائر يؤثّر على الانسجام النفسي لدى الأفراد، إضافة إلى صعوبة التفاعل الاجتماعي من خلال ضعف استغلال المهارات الاجتماعية مع نقص في توظيف كثير من المواقف الاجتماعية بسبب النفور الاجتماعي من مخالطة المدخن.

والتدخين أيضاً يؤثّر حتى على عملية الإبصار لدى المدخنين بسبب انقباض الأوعية الدموية التي تغذي العين والعصب البصري الذي بدوره يقلل كمية الدم الموصلة إلى هذه الأماكن الحساسة بسبب مادة النيكوتين، كما يؤثّر على حاسة السمع والشم والتذوق. (الرقعي، ١٩٩٤م).

وللتدخين مضار على الجهاز التنفسي «الرئتين، القصبة الهوائية» ويظهر جلياً في السعال المستمر من قبل المدخن؛ نظراً لتهيج الرئة والقصبة الهوائية بسبب ملامستها

للدخان القادم من الفم (عرموش، ٢٠٠٨ م). إضافة إلى تأثيره على الجهاز الهضمي من خلال المعدة وعسر الهضم وسرطان البنكرياس والتهاب المريء وسرطان الشفاه واللسان (شاهين، ٢٠٠١ م).

النظريات المفسرة لعملية التدخين

١ - نظرية التحليل النفسي

ترى هذه النظرية إلى أن الفرد بسبب ما يعانيه من صراعات نفسية تنبعث من خلال الحاجات التي تدفع الإنسان إلى القيام بنشاط توافقي لإشباع هذه الحاجات، وأن الحاجات غير المشبعة لمدة طويلة تؤدي إلى إحباط، وتوتر حاد تسبب آلاماً نفسية ويؤدي الأمر إلى كثير من الوسائل الدفاعية التي تمثل ردود أفعال يحاول الفرد أن يحمي بها نفسه من الإحباط، ما يؤدي إلى النكوص، وظهور أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة، ولكي يشبع الفرد حاجاته، فإنه يتجه إلى تناول مادة التدخين، فالمدخن هنا شخص توقف نموه النفسي والجسدي عند المرحلة الفمية؛ ولذا فهو محتاج إلى وضع شيء في فمه لإشباع الرغبات الكامنة، بسبب عدم إشباع ذلك في طفولته، والتدخين من تلك الأشياء المرتبطة بالمرحلة الفمية.

أما ألفرد أدلر فيؤكد في هذه النظرية المفهوم العام الذي يرى فيه أن الكائن الحي يولد ولديه قصور يسعى في حياته لتعويضه، إشارة إلى مبدأ القصور الذي يعانيه الفرد، هذا القصور هو الذي يولد عملية البحث عن التعويض لهذا النقص الذي يشعر فيه الفرد ويسعى إلى إشباعه من خلال عملية تفاعله مع التدخين.

٢ - النظرية السلوكية

تنظر هذه النظرية إلى عادة التدخين من خلال التنظيمات أو الأساليب السلوكية المتعلمة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الناس. فالتدخين ينظر إليه على أنه سلوك متعلم من خلال متابعة سلوكيات الآخرين والاقتران بهم، لذلك فهو عادات متعلمة ومكتسبة، وليست موروثية. تؤكد النظرية السلوكية أن عادة التدخين ترتبط بالتعزيز الإيجابي الذي يحدث من خلال ما يشعر به المدخن من رضا المحيطين به وتقديرهم

لنمط سلوكه في أثناء التدخين خاصة ممن يسلك سلوكه في ممارسة عادة التدخين، فيشعر بالسعادة والرضا، ما يعزز معاودته في الرغبة في تكرار نفس السلوك. وهو تجربة سارة لاحقة (كمكافأة) ما يؤدي إلى زيادة استمرار قيام السلوك؛ لذلك فالنظرية السلوكية تنظر إلى المكافأة على أنها حافز فعال تُعطى مباشرة بعد السلوك (التدخين) المرغوب فيه كي يزيد من احتمالية حدوث ذلك السلوك مرة أخرى.

٣ - نظرية الذات

وتؤكد هذه النظرية المفهوم الاجتماعي للذات والصورة التي يعتقد الفرد أن الآخرين يتصورونها وينظرون إليه من خلال تفاعله معهم. لذلك يتجه الفرد لإثبات ذلك التفاعل الذي يراه إيجابياً إلى تناوله مادة التدخين ليظهر أمام الآخرين بصورة اجتماعية جذابة ومقبولة، وهي الصورة المثالية التي يريد الفرد نفسه أن يكون عليها في محيطه ومجتمعه.

٤ - نظرية التعلم الاجتماعي

تؤكد هذه النظرية افتراضاً رئيساً وهو: أن الإنسان كائن اجتماعي يعيش مع مجموعات من الأفراد يتفاعل معهم ويؤثر ويتأثر بهم، فهو يلاحظ سلوكيات وعادات واتجاهات الأفراد الآخرين ويتعلمها بالملاحظة والتقليد، حيث يعد الفرد هؤلاء الآخرين بمثابة نماذج يتم الاقتداء بسلوكهم. وبذلك يتناول تلك السلوكيات من مجتمعه المحيط، فيصبح مدخناً بالقدوة والتقليد لأفراد مجتمعه، كما أنه يمكن أن يتم تعلم سلوك معين مثل: عادة التدخين عن طريق المحاكاة والتقليد للآباء والمعلمين أو الأقران الذين يُنظر إليهم نظرة إجلال وتقدير ومن ثم التقمص لسلوكهم وعاداتهم وتطبيقها من خلال التقليد والمحاكاة، ذلك لأنهم قدوة يجب الاحتذاء بهم والسير على نهجهم وأسلوبهم، ويعزز ذلك ما يُقدم ويُعرض من دعايات وإعلانات تجارية على كثير من القنوات الفضائية وبعض الأجهزة الإعلامية ووسائل التواصل الاجتماعي كل ذلك يشجع على دفع الفرد إلى التجريب والتقليد والمحاكاة من خلال ممارسة عادة التدخين.

ثانياً: القلق Anxiety

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيس الذي تبني عليه بقية الضغوط الأخرى

وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى مثل: الضغوط الاجتماعية والمهنية والاقتصادية والأسرية، وأصبح الإنسان في العصر الحاضر عصر الحضارة والتقدم والتطور يعيش تحت ضغوط كثيرة ينشد من خلالها الرفاهية والراحة الجسدية والتمتع بكل ما يتمناه ويريده وبشكل قريب من متناوله (النفيسة، ٢٠١٠م) وارتبط هذا التطور بالأعمال الجسدية فقط، وأغفل الجانب الانفعالي والعاطفي لدى الإنسان، فأصبح الإنسان يعيش في قلق دائم وتوترات مستمرة بسبب ما يلاقه من ضغوط اجتماعية واقتصادية ونفسية تحتم عليه أن يسرع ويتسارع ويتجاوز العقبات التي تعترضه على حساب جانبيه العاطفي والروحي على حد سواء.

هذا الانفعال، وهذا السلوك والتفكير المتسارع وغير المتسق على وتيرة واحدة في مستوى التقدم والتطور والسرعة في الإنتاج وتقنيات الاتصال وتطور الآلة وتقلبات العصر السريعة ومعطياته المتناقضة، كل هذا أفرز كثيراً من الأمراض النفسية والجسدية وظهر لنا ما يسمى بمرض العصر «القلق»، حيث يعد القلق أكثر الأمراض شيوعاً لدى البشر خاصة في عصرنا الحاضر الذي يطلق عليه بعضهم عصر التوترات والقلق.

والقلق مرض نفسي وظيفي يتخذ أعراضاً من بينها شعور المريض بالخوف والقلق من مثيرات ليس من شأنها أن تثير القلق لدى الغالبية العظمى من الناس، وذلك لأنها لا تتضمن خطراً أو تهديداً لحياة الفرد، ومع علم مريض القلق بذلك إلا أنه يشعر بالخوف والقلق الشديدين عندما يتعرض لمثل هذه المثيرات؛ إضافة إلى الآلام التي تصيب الصدر وارتفاع في ضغط الدم وسرعة التنفس وجفاف الحلق (Charles, 1983). والقلق خبرة ذاتية تتسم بمشاعر الخوف من شر مرتقب، والشك والعجز والتي لا تتصل بخطر خارجي (الدماطي، ١٩٩٢م).

والقلق يحدث عند الإناث أكثر من الذكور في جميع مراحل عمر الإنسان ومن الأسباب الرئيسة للإصابة بمرض القلق الاستعداد البيئي والنفسي لتقبل المرض، كما أن هناك أسباباً ترتبط بالتربية والتنشئة الاجتماعية والأسرية الخاطئة مثل: القسوة والتسلط والحماية الزائدة والعقاب الدائم (Diana, 1989).

والقلق عبارة عن محاولات من قبل الفرد للتكيف مع الأخطار الخارجية أو الداخلية وذلك عن طريق تجنب هذه المواقف المقلقة وتحاشيها (العيسوي، ١٩٩٢م).

والقلق إضافة إلى انتشاره بين الناس كمرض مستقل بذاته إلا أنه يشترك مع كثير من أبسط أنواع الأمراض العضوية والجسدية. حيث وصلت نسبة الإصابة بالقلق إلى ٣١٪ (شعبان، ٢٠٠٧م).

ولاشك في أن هناك فرقاً بين القلق الطبيعي الذي يُعد إيجابياً في كثير من الأحيان مثل: قلق المسابقات الوظيفية أو الاختبارات أو النشاطات الرياضية، فهو بذلك القلق يدفع نفسه ويجريها ويوجهها إلى أن تتقدم إلى الأفضل ويجفها إلى البذل والجهد للحصول على نتائج تعود عليه بالنفع، وهذا النوع من القلق ينتهي بنهاية الاختبار أو الوظيفة أو المسابقة والحصول على النتيجة المرضية بينما القلق المرضي يحتاج إلى تدخل معالج نفسي لعلاج وبشكل متواصل لكي يخفف أو يبعد هاجس القلق هذا بشكل عام ومبسط ومختصر ولكننا هنا عندما نتحدث عن القلق يلزمنا التحدث عنه بطريقة وأسلوب علمي متقن.

فالقلق نتج عن تسميات وتصنيفات علمية، وليس بهذا الشكل المبسط، وإنما يعود إلى تصنيفات عالمية Classification مثل منظمة الصحة العالمية «World Health Organization» في كتابها «ICD-10, 1998».

وأصبح يصنف القلق تحت اسم Neurotic, Stress-related and Somatoform Disorders, 1998, P.149 (ICD-10) وله فروع كثيرة وتقسيمات متنوعة، كما صُنف أيضاً في كتاب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (Diagnostic Criteria From DSM-IV, 1997) تحت اسم Anxiety Disorder P.199 وقد قسم مرض القلق إلى أقسام كثيرة في مقدمتها نوبة الهلع «Panic Attack» التي تتصف بوجود نوبة هلع وخوف وضيق شديدين مع التعرق والارتجاف وخفقان القلب، إضافة إلى الإحساس بالغصة وألم وضيق في الصدر يصل ذلك إلى شعور الفرد بالخوف من الموت (DSM-IV 1997, P.199) يلي ذلك الخوف من الأماكن المفتوحة «الأجورا فوبيا Agoraphobia» والقلق هنا يرتبط بالخوف من

الأماكن أو المواقف التي قد يكون الهروب منها صعباً أو لا تتوفر فيها إمكانية المساعدة، إضافة إلى الخوف من السفر منفرداً أو الخروج وحيداً خارج البيت ينتج من ذلك ارتجاف وخوف وارتعاش وجفاف للفم وآلام معدية (ICD-10,1998, P.101)

وهناك أيضاً اضطراب الوسواس القهري «Obsessive Compulsive Disorder» الذي يعني أن اضطراب القلق هنا يأتي على مظهرين إما وسواس داخلية، وإما أفعال قهرية. فالوسواس Obsessions ترتبط بالأفكار والاندفاعات والصور الذهنية المستمرة للمريض، هذه الأفكار تسبب للمريض قلقاً ملحوظاً مع محاولة المريض تجاهلها.

أما الأفعال القهرية Compulsions فهي عبارة عن فعل «Action» وعمل ما يقوم به المريض يمثل سلوكاً معيناً ومتكرراً بشكل لافت للانتباه، وهذه الأفعال تأتي نتيجة محاولة المريض منع وقوع المصيبة التي يتوقعها، يضاف إلى ذلك اضطرابات الضغوط للصدمة Post-Traumatic Stress Disorder وهي التي ترتبط بأحداث حادة وقوية تقابل المصاب مثل أن يعايش أو يشاهد موت شخص معين، أصبحت هذه المشاهدات عبارة عن ذكريات مؤلمة يتوقع من خلالها أن يحدث له ما حدث لغيره، فيظهر عليه القلق الواضح من خلال العجز الحركي من جراء الخوف والقلق والذعر الشديد (DSM-IV,1997, 207-208).

ثالثاً: الاكتئاب Depression

لا شك في أن ما يعانيه الإنسان من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية لها دور كبير في ظهور مرض الاكتئاب، فالحياة لا تخلو من ضغوط، فجميع الذكور والإناث الصغار والكبار جميعهم يتعرضون لتلك الضغوط وتلك الأزمات التي تحدث هنا وهناك ليست ببعيدة عن ظهور مرض الاكتئاب.

ويصبح الفرد المكتئب ضعيف الشهية أو العكس فرطاً بالأكل، وقليل النوم أو زيادة النوم، إضافة إلى نقص الطاقة والتعب، وعدم تقدير الذات والشعور بالدونية مع ضعف في التركيز والشعور بفقدان الأمل (DSM-IV, 1997, 161-172).

كما يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً، حيث تقدر إحصاءات منظمة

الصحة العالمية إلى أن عدد المرضى المصابين بداء الاكتئاب يزيد على خمسمئة مليون مصاب، وتشير بعض هذه الإحصاءات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى ٧٪ من سكان العالم ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى ١٠٪ خلال الأعوام القادمة (الشربيني، ٢٠٠١م). والاكتئاب حالة من الحزن الشديد والمستمر ناتج عن ظروف محزنة وأليمة.

والاكتئاب النفسي أحد الأمراض النفسية الذي يرتبط بحالة من الشعور بالحزن واليأس وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار ويفقد بذلك الشهية للطعام وصعوبة التعامل مع الآخرين، وهو حالة عاطفية من الاغتمام شبه الدائم يتراوح بين حاله خفيفة من الإحباط والتشاؤم إلى مشاعر أقوى وأقسى (Oster, 1995).

فالكل يشعر ولكن كل بقدر، فهناك الاكتئاب الكبير الذي يصل بالمصاب إلى الإقدام على الانتحار وقتل نفسه للهروب من تلك الأفكار السوداء، وهناك الاكتئاب البسيط أو الخفيف الذي يؤثر فقط في عدم شعور المصاب بالسعادة.

ويتدرج الاكتئاب من اكتئاب شديد إلى اكتئاب متوسط أقل حدة من الكبير فلا يصل إلى حد الانتحار، وإنما يؤثر على سلوكه وأفكاره وحياته العملية وأدائه الاجتماعي والمهني.

ويصنف الاكتئاب أيضاً إلى اكتئاب بسيط ومحدود ومؤقت يزول بزوال المشكلة المؤثرة، وقد يسمى بالاكتئاب الصغير يبدو على المريض الحزن والضيق وعدم الارتياح ويكون ذلك الاكتئاب عبارة عن سلوك وتفكير عارض. وليس مستمراً مزمناً والاكتئاب يصيب جميع شرائح المجتمع بغض النظر عن الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، أو الثقافة والوطن.

ومن هنا فإن للاكتئاب تصنيفات علمية يصل عددها إلى أكثر من عشرة أنواع وكل تصنيف لديه المعايير الخاصة به، وكما سبق فإن منظمة الصحة العالمية قد أشرفت على عدد من التصنيفات، آخرها تصنيف البريطاني ICD-١٠ المرتبط بالصحة العقلية واضطرابات السلوك.

ويقع الاكتئاب تحت عنوان Mood Affective Disorder باسم Depressive

Episode قسمت تلك الأمراض إلى خمسة أقسام من الاكتئاب الخفيف Mild Depressive Episode ثم الاكتئاب المعتدل أو المتوسط Moderate Depressive Episode الذي تزيد أعراضه وقوته على الاكتئاب الخفيف. الاكتئاب الشديد Severe Depressive Episode ويختص بأعراض أكثر شدة من سابقه، ويكون ذلك مصحوباً بأعراض جسدية.

أما القسم الأخير فهو الاكتئاب غير المحدد Unspecified Depressive Episode وكل قسم له أعراضه الخاصة إلا أن الغالب فيها هو الشعور بالأسى والحزن والكآبة والتغيرات الفسيولوجية الجسمية العضوية (ICD-10,1998: P. 137-148).

أما التصنيف الأمريكي لرابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين، فقد صنف الاكتئاب إلى عشرة أنواع منها: اضطرابات الاكتئاب الكبير نوبة مفردة Major Depressive Disorder Single Episode واضطرابات الاكتئاب الكبير Major Depressive Disorder Recurrent والاضطراب الاكتئابي غير المعين (اضطرابات عصر المزاج قبل الطمث، واضطرابات الاكتئاب الصغير، واضطراب الاكتئاب بعد الذهاني للفصام).

وتجدر الإشارة هنا إلى أهمية توضيح العلاقة بين القلق والاكتئاب من حيث إنهما من الأمراض العصبية أو لإضافة إلى أنها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حسب الدراسات (جلبان، ٢٠٠٩م) كما أن القلق والاكتئاب مرضان غالباً ما يكونان متلازمين فلا يوجد قلق دون اكتئاب أو حزن ولو كان بسيطاً كما لا يوجد اكتئاب بلا قلق على الصحة.

الدراسات السابقة

يتناول هذا البحث عدداً من المتغيرات تشمل القلق، والتدخين، والاكتئاب، لذلك يجد الباحث أمامه عدداً من الخيارات التي تساعده على تحديد واختيار الأفضل والأقرب للبحث الحالي. ومن هنا تزيد أهمية اختيار أنواع خاصة من الدراسات المرتبطة مباشرة أو على الأقل بجزء أو فرع منها بالبحث الحالي.

وتجدر الإشارة إلى أن الباحث سوف يسلك أسلوب تقديم تلك الدراسات من خلال التأكيد على هدف وعينة وأدوات ونتائج البحث لكل دراسة تم تضمينها ضمن

الدراسات السابقة على أساس الترتيب الزمني من الأقدم إلى الأحدث حسب تاريخ تنفيذ تلك الدراسات كالتالي.

في دراسة قام بها (عبدالله، ١٩٨٦م) بهدف الوصول إلى الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في درجة التوافق العام، تكونت العينة من ٣٠٠ طالب من كلية التربية بجمهورية مصر العربية، استخدم الباحث استمارات وبيانات لدليل المستوى الاجتماعي والاقتصادي، كما استخدم مقياس التوافق للشخصية. وقد أظهرت نتائج دراسته وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في مستوى التوافق المنزلي الانفعالي لصالح غير المدخنين، بينما كانت النتائج في درجة التوافق الاجتماعي لصالح المدخنين.

وفي دراسة أجراها (روبرت، ١٩٩٠م) عن أثر الاكتئاب على تعاطي التدخين، كان الهدف هو معرفة مدى تأثير الاكتئاب في دفع الأفراد إلى ممارسة التدخين، بلغت عينة الدراسة ٢٩٦٣ فرداً منهم ١٦٧٤ من الإناث بينما المدخنون ١٧٣٩ أما غير المدخنين فكان عددهم ١٢٢٤ فرداً، وذلك عن طريق تحليل بيانات تلك العينة ومن خلال تطبيق مقياس الاكتئاب. بينت النتائج النهائية لتلك الدراسة أن الاكتئاب يؤدي دوراً مهماً في ديناميات تدخين السجائر، وأنه من خلال تلك النتائج اتضح أن الفرد الذي يعاني الاكتئاب يلجأ دائماً إلى ممارسة التدخين لتخفيف حدة التوتر لديه. (Robert F, 1990).

وفي دراسة أخرى قام بها (جونسون وآخرون، ١٩٩٣م) عن الفترة الزمنية لممارسة التدخين والقلق، كان الهدف من ذلك هو التعرف على العلاقة بين طول مدة وزمن التدخين للسجائر واضطراب القلق، وتكونت العينة من ٦٨٨ شاباً منهم ٥١٪ من الإناث في ولاية نيويورك في متوسط عمر بلغ ١٦ سنة. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين مدة ممارسة التدخين وكمية السجائر المتناولة وأثر ذلك على نوع القلق، فالأفراد الذين يدخنون بمعدل ٢٠ سجارة يومياً صنّفوا بأن لديهم قلقاً مرتبطاً بالخوف من الأماكن المكشوفة، بينما أشارت الدراسة إلى وجود حتمي وعلاقة تزيد مخاطر القلق بزيادة تعاطي التدخين، خاصة خلال فترة المراهقة والبلوغ المبكر. (Johnson, 1993).

أما (كيفن مالون، ٢٠٠٣م) فقد أعد دراسة عن علاقة التدخين بخطر عملية الانتحار وكان يهدف التعرف على مدى العلاقة بين التدخين وعملية الانتحار من خلال

دراسة مادة السيروتونين. وكانت العينة تقدر بـ ٣٤٧ مريضاً يعانون اضطرابات نفسية منهم ١٧٥ مصاباً بالاكتئاب، و١٢٧ مصاباً بالفصام، و٤٥ يعانون اضطرابات أخرى مختلفة. خلصت نتائج الدراسة إلى وجود نقص في مادة السيروتونين المرتبطة بصفات التسرع وانفعال العدوانية لدى المدخنين. وأن أكثر من ٨٥٪ من المطبق عليهم من المرضى المدخنين هم أكثر عرضة لمحاولة الانتحار من غيرهم غير المدخنين. (Keven.M,2003).

وفي دراسة قام بها (أنشتاين، ٢٠٠٨م) عن علاقة التدخين بالاكتئاب كان الهدف من الدراسة هو معرفة مدى علاقة التدخين بالاكتئاب والقلق لدى عينة مسح بلغت ٦٠٨١٤ تراوحت أعمارهم ما بين ٢٠ - ٨٠ سنة، وذلك عن طريق دراسة حالة كل مواطن من خلال مسح صحة السكان. وأظهرت نتائج الدراسة أن المدخنين يكونون أكثر تأثراً في الأعراض الجسدية ومشكلات انخفاض النشاط البدني، وكذلك ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى المدخنين من غيرهم غير المدخنين. (Arnstein,2008).

تعقيب على الدراسات السابقة

تجدر الإشارة هنا إلى أن تلك الدراسات جميعها أكدت وعززت من صدق افتراض الباحث، خاصة فيما يتعلق بالتدخين وتأثيره على صحة الإنسان ليست فقط التأثيرات الجسدية، وإنما النفسية أيضاً. كما ساعدت أيضاً في إعطاء الثقة للباحث تجاه سلامة اختيار مشكلة الدراسة والتفاعل معها.

لقد كان لتلك الدراسات أثر إيجابي في اختيار العينة وطريقة التطبيق واختيار المقاييس المناسبة، إضافة إلى تحديد الفروض والمصطلحات.

ومع هذا يلاحظ أن تلك الدراسات السابقة اعتمدت في تناولها لموضوعات لها ارتباطها بالدراسة الحالية وبشكل منفرد، فلم تكن تلك الدراسات تنحو تجاه المتغيرات نفسها الخاصة بالدراسة الحالية، وهذا يقوي من أهميتها ويعطيها زخماً إيجابياً يرفع من سلامة اختيارها وعدم اعتمادها على الدراسات السابقة بشكل مباشر؛ إذ لو كان الأمر كذلك لما احتجنا إلى هذه الدراسة.

لذا فإن الدراسة الحالية تجمع بين تلك الدراسات السابقة إذا لم تكن خلاصة لتلك الدراسات.

منهج البحث

يؤكد الباحث المنهج الوصفي المقارن الذي يصف الظاهرة ويبحث عن العلاقات المتبادلة، ويقارن بين المتغيرات وهو المنهج المناسب لهذا البحث.

فروض البحث

من خلال الإطار النظري السابق، ومن خلال الدراسات السابقة لهذا البحث أمكن للباحث اشتقاق الفروض على أساس أثر التدخين المتوقع على الفرد المدخن من خلال تأثيره على بعض المتغيرات النفسية (القلق، الاكتئاب).

وعلى هذا فإن الباحث يقدم الفروض التالية:

الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(a > 0, 05)$ بين المدخنين وغير المدخنين في درجة القلق، وذلك لصالح المدخنين (بمعنى أن القلق يكون أعلى درجة عند المدخنين).

الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(a > 0, 05)$ بين المدخنين وغير المدخنين في درجة الاكتئاب، وذلك لصالح المدخنين (بمعنى أن الاكتئاب يكون أعلى درجة عند المدخنين).

مجتمع البحث

يعتمد هذا البحث على تحديد المجتمع الذي يرتبط بشكل واضح بالأفراد المدخنين الذين يمارسون عملية التدخين حالياً، إضافةً إلى عينة أخرى مقابلة لغير المدخنين.

عينة البحث:

- ١ - عينة المدخنين: تكونت من (١٠٧) أشخاص.
- ٢ - عينة غير المدخنين: تكونت من (١١٣) شخصاً.

طريقة اختيار العينة

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة وفقاً للشروط التالية:

- ١ - أن يكون أفراد العينة بين الذكور.
- ٢ - أن تتراوح أعمارهم من ٢٢-٥٠ سنة.
- ٣ - أن يكون المستوى التعليمي جامعياً فأعلى.

وقد تم اختيار العينة من طلاب جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض ولجميع أفراد العينة. والجدول رقم (١) يوضح التوزيع الكلي للعينة.

الجدول رقم (١) يبين توزيع العينات حسب المجموعات

العينة	المجموعات (المستوى التعليمي)	العينة	المجموعات (الحالة)
١٠٩	جامعي (ملتحق بالدبلومات)	١٠٧	المدخنون
١١١	دراسات عليا (ماجستير)	١١٣	غير المدخنين
٢٢٠ طالباً			المجموع الكلي للعينة

أدوات البحث

يعتمد هذا البحث على عدد من المقاييس المرتبطة بقياس مستوى القلق والاكتئاب على النحو التالي:

- مقياس القلق - تايلر من اقتباس وإعداد كل من مصطفى فهمي ومحمد غالي يتكون المقياس من (٥٠) عبارة ويقاس مستوى القلق بشكل موضوعي عن طريق الأعراض الظاهرة والصريحة التي يعانيها شخص ما، كما أن هذا المقياس يناسب جميع الأعمار لمن

يستطيع القراءة والفهم. (موسى، ١٩٨٧م). ويمكن تطبيقه بشكل فردي أو جماعي.

ثبات المقياس

لقد قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس عن طريق الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ)، حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (٠,٨٦٢)، وهي درجة ثبات مرتفعة تدل على أن هناك ثباتاً عالياً يمكن الوثوق به.

صدق المقياس

قام الباحث بتطبيق مقياس القلق، وتم حساب صدق الاتساق الداخلي من خلال معاملات ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت الارتباطات من ٠,٢٩ إلى ٠,٦٣١، كما تم حساب الصدق الذاتي للمقياس حيث كانت النتيجة ٠,٨٨، وهذا يعطي قبولاً معقولاً لصدق المقياس.

- مقياس الاكتئاب لـبك قام بوضع هذا المقياس العالم والطبيب النفسي الأمريكي المعروف (Aaron Beck) وقام بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ونشره عبد الستار إبراهيم، ويتكون هذا المقياس من ٢١ مجموعة من الأسئلة.

كل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه، وتصف حالته ومشاعره، بوضع دائرة حول رقم العبارة التي يختارها.

ثبات المقياس

لقد تم حساب معامل ثبات المقياس عن طريق التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ) حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (٠,٩٠٧) وهي درجة ثبات مرتفعة تدل على أن هناك ثباتاً عالياً يمكن الوثوق به.

صدق المقياس

قام الباحث بتطبيق مقياس الاكتئاب، وتم حساب صدق الاتساق الداخلي من خلال

معاملات ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت الارتباطات بين ٠,٤٣ و ٠,٩٢١، ما يعطي صدقًا مرتفعًا يمكن الوثوق به.

إجراءات التطبيق

قام الباحث بتطبيق المقياسين وفقًا للظروف التالية:

- ١- قام بتطبيق جميع المقاييس داخل القاعات الدراسية بمساعدة المشرفين عليها.
- ٢- قام بشرح الهدف الأساسي من تطبيق تلك المقاييس، وهذا انسحب على جميع التطبيقات التي تمت من خلال التأكيد على الفهم الصحيح لتعليمات المقاييس وكيفية الإجابة عنها، وطريقة الاختيار للبنود مع التأكيد على كتابة البيانات الأساسية مثل: (العمر الزمني، المستوى التعليمي الحالة مدخن أو غير مدخن) مع إعطاء الحرية للمفحوصين في حالة رغبتهم تدوين أسمائهم ورغبتهم في الحصول على نتائج التطبيق.
- ٣- طبقت المقاييس جميعها بطريقة «جماعية» حسب توافر الأعداد في القاعة الدراسية للكلية مع تحديد الزمن لكل مقياس على حدة.

الأساليب الإحصائية

استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

- ١- تكرارات النسب المئوية لوصف العينة.
 - ٢- اختبار «ت» لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين.
- عرض وتحليل بيانات البحث ومناقشة نتائجه.
- ١- عرض نتائج البحث.
 - ٢- مناقشة النتائج وتفسيرها.
- نتناول هنا عرضًا لبيانات البحث ومناقشة نتائجه والإجابة عن التساؤلات واختبار الفروض من حيث قبولها أو رفضها؛ بناءً على تحليل النتائج، مع الإشارة إلى مستويات

الدلالة الإحصائية. من خلال استخدام الجداول والأشكال البيانية.

١- عرض نتائج البحث

نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(a > 0, 05)$ بين المدخنين وغير المدخنين في درجة القلق وذلك لصالح المدخنين (بمعنى أن القلق يكون أعلى درجة عند المدخنين).

للتحقق من صحة الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) (T-test for Independent Samples) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي مجموعة المدخنين وغير المدخنين في درجاتهم على مقياس القلق. والجدول التالي يوضح النتائج المتعلقة بذلك.

الجدول رقم (٢) اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي مجموعة غير المدخنين ومجموعة المدخنين في درجاتهم على مقياس القلق

المجموعات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	التعليق
غير مدخن	١١٣	١٥,٠٠	٨,١٩	٣,٥٠	٠,٠٠٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
مدخن	١٠٧	٢٥,٤٣	٨,٠٩			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة، ما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المدخنين وغير المدخنين لصالح المدخنين، بمعنى أن القلق يكون أعلى درجة لدى المدخنين. وبذلك يتحقق الفرض القائل «توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(a > 0, 05)$ بين المدخنين وغير المدخنين في درجة القلق، وذلك لصالح المدخنين.

نتائج الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(a > 0, 05)$

بين المدخنين وغير المدخنين في درجة الاكتئاب، وذلك لصالح المدخنين (بمعنى أن الاكتئاب يكون أعلى درجة عند المدخنين).

للتحقق من صحة الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) (T-test for Independent Samples) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي مجموعة المدخنين وغير المدخنين في درجاتهم على مقياس الاكتئاب. والجدول التالي يوضح النتائج المتعلقة بذلك.

الجدول رقم (٣) اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي مجموعة غير المدخنين ومجموعة المدخنين في درجاتهم على مقياس الاكتئاب

المجموعات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	التعليق
غير مدخن	١١٣	٧,٠٠	٨,٣٧	٣,٣٠	٠,٠٠٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
مدخن	١٠٧	١٨,٠٠	٩,٧٨			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة، ما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المدخنين وغير المدخنين لصالح المدخنين، بمعنى أن الاكتئاب يكون أعلى درجة لدى المدخنين. وبذلك نقبل الفرض القائل «توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(a > 0,05)$ بين المدخنين وغير المدخنين في درجة الاكتئاب، وذلك لصالح المدخنين (بمعنى أن الاكتئاب يكون أعلى درجة عند المدخنين).

٢ - مناقشة النتائج وتفسيرها

لقد هدفت الدراسة الحالية التعرف على الفروق في متوسطات درجات القلق والاكتئاب بين المدخنين وغير المدخنين لمعرفة أيهما أعلى مستوى لدى المدخنين (القلق أم الاكتئاب)، وبالنظر إلى نتائج فروض الدراسة اتضح للباحث أنه فيما يتعلق بحالة الفروق الإحصائية بين المدخنين وغير المدخنين من خلال متوسطات درجات القلق، فإن نتائج الدراسة الحالية دلت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير

المدخنين وذلك لصالح المدخنين أي أن المدخنين من خلال هذه النتائج أظهرت درجات أعلى في مستوى القلق من غير المدخنين، وهذا ما ذهب إليه الباحث ليؤكد صحة الجزء الأول من الفرض الأول والمشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات القلق لصالح المدخنين.

من هنا فإنه يمكن القول: إن نتائج هذه الدراسة تتفق مع نتائج دراسة «Johnson, 1993» ولو بشكل جزئي من خلال النظر إلى أنواع القلق المتضمن تلك الدراسة، لذا فهي تؤكد وجود فروق ذات دلالة بين المدخنين وغير المدخنين في مستوى درجات القلق بناء على طول المدة الزمنية، وهذا لا يتعارض مع نتائج البحث الحالي، بل يؤكد ويعزز سلامتها وصحتها في الوقت نفسه كمؤشر لذلك.

أما بخصوص نتائج الفرض الثاني المتضمن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في مستوى درجة الاكتئاب لصالح غير المدخنين (بمعنى أن الاكتئاب يكون أعلى درجة عند المدخنين فقد أظهرت نتائج البحث الحالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين في درجة الاكتئاب لصالح غير المدخنين، فالإكتئاب أصبح من خلال النتائج الحالية مرتفعاً لدي المدخنين، وهذا ما ذهب إليه الباحث أيضاً بعرضه للفرض الثاني الذي يشير من خلاله إلى وجود فروق لصالح المدخنين بأنهم أعلى درجة في الاكتئاب من غير المدخنين وبالرجوع إلى الدراسات السابقة نجد أن تلك النتائج تتفق مع نتائج دراسة «Arnstein, 2008» الذي أكد من خلال نتائج دراسته وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين في درجة الاكتئاب لصالح المدخنين، حيث أثبتت دراسته أن المدخنين أكثر تأثراً من غير المدخنين في ارتفاع مستوى الاكتئاب.

خاتمة البحث

يتضح من خلال الدراسات السابقة ومن النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة أن عملية التدخين لا تؤثر على حياة الإنسان الصحية فقط، بل تعدت ذلك إلى حياته العملية والإنتاجية وما رافقها من تأثيرات اجتماعية ونفسية وحياتية، من هنا أصبحت ظاهرة التدخين هي ثاني أسباب الوفاة على مستوى العالم أجمع، ما عزز من نتائج

هذه الدراسة؛ لتؤكد تأثير تعاطي التدخين على الفرد ليصبح القلق والاكتئاب ناتجين عن الاستمرار في تناول مادة التبغ؛ لذا فالعناية بالمدخنين تعني العناية بتقليل المشكلات الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية، والنفسية وغيرها من المشكلات التي تطرأ مع مرور الزمن للمدخنين. وبما تمس الجوانب الصحية والنفسية بشكل خاص. مع التأكيد على الاهتمام بدراسة مثل هذه الموضوعات المرتبطة بحياة وصحة الإنسان الصحية والنفسية التي لا تحفز ولا تعزز فقط المختصين في مجال الصحة العامة والصحة النفسية لدراسة مثل هذه الموضوعات، بل تتعدى ذلك إلى جمهور المثقفين العاملين في مجالات أخرى كالصحافة والإعلام والنشر الإلكتروني ووسائل الإعلام والتعليم العام والخاص، إضافة إلى التعليم الفني والتقني والتجاري، وذلك لارتباطها المباشر في حياة الإنسان وتأثيرها على جوانب كثيرة في حياته العامة والخاصة.

توصيات البحث

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث يقترح الباحث تقديم بعض التوصيات التي يراها ذات أهمية من خلال البحث الحالي التي ترتبط بشكل مباشر بعملية تعاطي التدخين ومنها:

- ١- التوجيه والإرشاد النفسي الاجتماعي للمدخنين بمحاولة الامتناع عن مزاوله التدخين والإشارة في ذلك إلى النتائج المترتبة على ممارسة التدخين وعلاقة ذلك ببعض الأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب.
- ٢- التأكيد على خطورة التدخين السلبي أو الإجباري غير المباشر و تثقيف المجتمع لتفادي خطورته واختيار الوقت والمكان المناسبين الذي يمنع وصوله إلى غير المدخنين.
- ٣- التأكيد على منع التدخين في الأماكن العامة وتخصيص أماكن خاصة ومنعزلة عن الجمهور حتى لا ينتج عن ذلك أضرار جسمية أو اجتماعية أو نفسية.

المراجع

أولاً: المصادر والمراجع العربية

المصادر:

القرآن الكريم.

المراجع العربية:

البناء، حياة خليل، وأحمد عبداً لخالق، صلاح مراد، (٢٠٠٦). القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب من جامعة الكويت، مجلة دراسات نفسية، العدد ١٦، المجلد ٢).

جلبان، خالد، (٢٠٠٩). أهم الأمراض التي تصيب المعلمين، كلية الطب، أبها: جامعة الملك خالد.

الدماطي، عبد الغفور، (١٩٩٢). المدخل إلى علم النفس الإكلينيكي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الرقعي، حمد، (١٩٩٤). التدخين مضاره وكيفية التخلص منه، مصراتة - ليبيا: الجماهيرية للنشر.

شاهين، سيف الدين، (٢٠٠١م). الآفات الثلاث: التدخين والمخدرات والأمراض الجنسية، الرياض.

الشرييني، لطفي، (٢٠٠١). الاكتئاب، الإسكندرية: منشأة المعارف.

شعبان، إبراهيم، (٢٠٠٧). القلق والتوتر النفسي، اللاذقية، صحيفة الوحدة، مؤسسة الوحدة للصحافة والنشر والتوزيع.

عبد الله، محمد، (١٩٨٦). العلاقة بين التدخين وبعض المتغيرات الشخصية لدى طلاب الجامعة (دراسة تجريبية) رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلب، كلية التربية.

- عبد، سمير، (٢٠٠٥). تحليل مئة حالة نفسية، دمشق: منشورات المكتبة الحديثة.
- عرموش، هاني، (٢٠٠٨م). التدخين بين المؤيدين والمعارضين، بيروت: دار النفائس.
- عسيري عبد الرحمن، (١٩٩٣). كيف تقلع عن التدخين، الرياض: طويق للخدمات الإعلامية.
- العمرى، سليمان، (٢٠٠٩). ظاهرة التدخين في المجتمع السعودي، دراسة ميدانية عن عوامل التدخين وآثاره وأبعاده الإنسانية، كتاب ٢٢٨ ص الرياض: الناشر سلمان بن محمد العمرى.
- العيسوي، عبد الرحمن، (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكي، الإسكندرية: الدار الجامعية.
- منظمة الصحة العالمية (٢٠١٠).
- عيسى، نضال، (١٩٩٤). الجديد في الطب أضرار التدخين، دمشق: دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع.
- موسى عبد العزيز رشاد (١٩٨٧م). مقياس القلق الظاهر، القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر، تابع مقياس القلق.
- النفيسة، عبد العزيز علي، (٢٠١٠). تأثير القلق الاجتماعي والاكتئاب على بعض العمليات المعرفية، أطروحة دكتوراة، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

- Allen, Frances. (1996). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), Washington, DC.
- American Psychiatric Association, Diagnostic Criteria (1997) for
- Andrei V. Alexandrov, University of Alabama at Birmingham, USA first published 2007
- Arnstein, Mykletun, Association between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders during Adolescence and Early Adulthood. Department of Psychiatry, Columbia University.
- Charles, D. (1983). Spiel Berger and Rogelio Diaz, Cross-Cultural Anxiety .Washington.

- Diana, Ke able (1989). The Management of Anxiety, a Manual for Therapists Edinburgh: Churchill Livingstone.
- DSM – IV. Sixth Printing, July.
- Health Promotion, Centers for Disease Control, Atlanta, Ga.(1990).
- Johnson, Cohen, Klein, Andkasen. Department of Psychiatric, Columbia University and the New York State Psychiatric Institute.
- Keven.M.Depressive, not Anxiety, Symptoms are Associated with Current Cigarette Smoking among University Internal Medical Patients. Department of Psychiatry and Medicine, University of Colorado Health2003(USA).
- Lesey Stern, the Smoking Book, the University of Chicago Press 1999, printed in the United States of America.
- Oster, Gerald, D. (1995). Helping your Depressed Teenager: A guide for Parents and Caregivers. Sarah S. Montgomery, New York: John Wiley.
- Robert F. Anda, MD, Center for Chronic Disease Prevention and World Health Organization (2013).<http://www.who.int/tobacco/ar/>.