



NATIONAL DEFENSE RESEARCH INSTITUTE

# تأمل اليقظة الذهنية باعتباره علاجاً لتعاطي التبغ

## مراجعة منهجية

مارغريت أ. ماغليون (Margaret A. Maglione)، سوزان همبل (Susanne Hempel)،  
أليشا رولاز ماهر (Alicia Ruelaz Maher)، برت يوينغ (Brett Ewing)،  
بنجامن كولايكو (Benjamin Colaiaco)، سيدني نيوبيري (Sydne Newberry)،  
رايان كاندراك (Ryan Kandrack)، روبرتا م. شانمان (Roberta M. Shanman)،  
ميلوني إي. سوربيرو (Melony E. Sorbero)

للحصول على مزيدٍ من المعلومات حول هذا المنشور، الرجاء زيارة الموقع الإلكتروني:

[www.rand.org/t/RR1343](http://www.rand.org/t/RR1343)

تمّ نشر هذا البحث بواسطة مؤسسة RAND، سانتا مونيكا، كاليفورنيا  
© حقوق الطبع والنشر لعام 2017 محفوظةً لصالح مؤسسة RAND  
RAND® علامة تجارية مسجلة.

#### حقوق الطبع والنشر الإلكتروني محدود

هذه الوثيقة والعلامة (العلامات) التجارية الواردة فيها محميةٌ بموجب القانون. يتوفر هذا التمثيل للملكية الفكرية الخاصة بمؤسسة RAND للاستخدام لأغراضٍ غير تجاريةٍ حصرياً. يحظر النشر غير المصرّح به لهذا المنشور عبر الإنترنت. يصرّح بنسخ هذه الوثيقة للاستخدام الشخصي فقط، شريطة أن تظلّ مكتملةً دون إجراء أيّ تعديلٍ عليها. يلزم الحصول على تصريح من مؤسسة RAND، لإعادة إنتاج أو إعادة استخدام أيّ من الوثائق البحثية الخاصة بنا، بأيّ شكلٍ كان، لأغراضٍ تجارية. للمزيد من المعلومات حول إعادة الطباعة وتصاريح الربط على المواقع الإلكترونية، الرجاء زيارة صفحة التصاريح في موقعنا الإلكتروني: [www.rand.org/pubs/permissions](http://www.rand.org/pubs/permissions)

مؤسسة RAND هي منظمةٌ بحثيةٌ تعمل على تطوير حلولٍ لتحديات السياسات العامة وللمساعدة في جعل المجتمعات في أنحاء العالم أكثر أمناً وأماناً، وأكثر صحةً وازدهاراً. مؤسسة RAND هي مؤسسةٌ غير ربحية، حيادية، وملتزمةٌ بالصالح العام.

لا تعكس منشورات مؤسسة RAND بالضرورة آراء عملاء ورعاة الأبحاث الذين يتعاملون معها.

#### ادعم مؤسسة RAND

تبرّع بمساهمةٍ خيريةٍ مغفأةٍ من الضريبة على:

[www.rand.org/giving/contribute](http://www.rand.org/giving/contribute)

[www.rand.org](http://www.rand.org)

إن مراكز الامتياز الدفاعية المعنية بالصحة النفسية والإصابة الدماغية الرضحية (Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury) مهتمة بتحديد فعالية مقاربات الطب التكاملي وفعاليتها المقارنتة في حالات الصحة النفسية. وفقاً لذلك، طُلب من مؤسسة RAND أن تُعدَّ سلسلةً من المراجعات المنهجية بشأن التدخلات في حالاتٍ مثل تعاطي المخدرات، والاضطراب الاكتئابي الحاد، واضطرابات ما بعد الصدمة (الرضح). يمكن أن تُستخدَم هذه المراجعات من قِبَل اللجان المكلفة بتحديث المبادئ التوجيهية المعنية بالعلاج لدى وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية (U.S. Department of Veterans Affairs) ووزارة الدفاع (Department of Defense)، وقد تكون مفيدةً لصانعي السياسات في مجال الصحة العسكرية وللممارسين، والجهات المدنية المزودة بالرعاية الصحية، وصانعي السياسات، والجهات المتحملة للتكاليف، والمرضى.

تُقيم هذه المراجعة المنهجية فعالية تأمل اليقظة الذهنية بوصفه تدخلاً من أجل التوقف عن تعاطي التبغ. لقد نُفِّذَ العمل خلال العام الثاني من هذا المشروع المعني بمقاربات الطب التكاملي في حالات الصحة النفسية، والذي يمتدّ لعامين. ليس لدى أيٍّ من المؤلفين أي نوعٍ من تضارب المصالح يحتاج للإعلان عنه.

لقد أُجريت هذه الدراسة برعاية مراكز الامتياز الدفاعية المعنية بالصحة النفسية والإصابة الدماغية الرضحية، في مركز السياسات المعني بالقوات والموارد (Forces and Resources Policy Center) التابع لمعهد أبحاث RAND للدفاع الوطني (RAND National Defense Research Institute)، وهو مركز بحوثٍ وتطويرٍ يعمل بتمويلٍ فدرالي، وبرعاية مكتب وزير الدفاع (Office of the Secretary of Defense)، وهيئة الأركان المشتركة (Joint Staff)، وقيادة المقاتلين الموحدة (Unified Combatant Commands)، وقوات البحرية (Navy)، وقوات مشاة البحرية (Marine Corps)، ووكالات الدفاع، ومجموعة استخبارات الدفاع. للمزيد من المعلومات حول مركز السياسات المعني بالقوات والموارد التابع لمؤسسة RAND، الرجاء زيارة الموقع الإلكتروني: <http://www.rand.org/nsrd/ndri/centers/frp.html> أو الاتصال بالمدير (معلومات الاتصال متوفرة على صفحة الموقع).



لقد قامت هذه المراجعة المنهجية بتوليف الأدلة حول تدخلات تأمل اليقظة الذهنية من أجل علاج تعاطي التبغ (السجل الدولي المرتقب للمراجعات المنهجية [بروسبيرو] [PROSPERO] 2015: CRD42015025053).

لقد بحثنا في خمس قواعد بيانات إلكترونية منذ تاريخ إطلاقها وحتى يوليو/تموز 2015، بالإضافة إلى مراجع المراجعات المنهجية القائمة، من أجل التعرف إلى التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (randomized controlled trials [RCTs]) باللغة الإنجليزية، والتي تُقيّم فعالية تدخلات تأمل اليقظة الذهنية الهادفة للتوقف عن التدخين وسلامتها، أو الحد من حالات التوق الشديد إلى النيكوتين أو تقليله. وقد قام مراجعان مستقلان بفحص الدراسات السابقة التي تم التعرف إليها عن طريق استخدام معايير للأهلية محددة مسبقاً، ولخصاً المعلومات المستقاة من الدراسات، وقيماً جودة الدراسات المشمولة. استُخدمت المراجعات التحليلية للدراسات طريقة هارتنغ-ناب-سيديك-جونكمان (Hartung-Knapp-Sidik-Jonkman) لنماذج التأثيرات العشوائية (random-effects models). ولقد تم تقييم جودة الأدلة باستخدام مقاربة درجات التوصية، والتقدير، والتطوير، والتقييم (مقاربة غرايد [GRADE approach]).

استوّقت تسع من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) لتدخلات تأمل اليقظة الذهنية المعنية بتعاطي التبغ معايير الشمول. كان هناك اختلاف كبير في مدة التدخلات وجدّتها. لم تُصنّف أي من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية على أنها ذات جودة حسنة، كما لم تنقل حسابات القوة تشير إلى قوة إحصائية كافية. ولم ينقل معظمها طريقة الاختيار العشوائي (randomization method) المُعمّدة، أو إخفاء التخصيص (allocation concealment)، أو إذا ما كانت قد جرت تسمية مُقيمي النتائج. لقد كانت التأثيرات على التوقف عن التدخين (الامتناع) في صالح التأمل ولكنها لم تختلف من الناحية الإحصائية عن تدخلات أدوات المقارنة (نسبة الأرجحية [OR] 3.46؛ نطاق الثقة [CI] 0.74، 16.13؛ 5 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التباير التربيعي [I<sup>2</sup>] 58 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية جداً). لقد قارنت الدراسات بين تدخلات من نوع التدريب على اليقظة الذهنية للمدخين (mindfulness training for smokers [MTS])، والتدريب على اليقظة الذهنية، وبرنامج للتوقف عن التدخين يستند إلى حالة اليقظة الذهنية، وبين برنامج التحرر من التدخين (Freedom from Smoking [FFS]) التابع للجمعية الأمريكية للرئة (American Lung Association)، أو استشارات كوتلاين (quitline counseling) للإقلاع عن التدخين، أو التعلّم التفاعلي، أو الدراسة المقارّنة بعنوان العلاج كالمعتاد (treatment as usual [TAU]). كذلك لم يختلف عدد السجائر التي يتم تدخينها يوماً أثناء فترة المتابعة من الناحية الإحصائية بين مقاربات التدريب على اليقظة الذهنية وبين أدوات المقارنة وهي التحرر من التدخين (FFS)، أو التعرض الإلماعي الخالي من التعليمات، أو تزييف التأمل، أو العلاج كالمعتاد (متوسط الفرق الموزون [WMD] 1.52؛ نطاق الثقة [CI] -1.03، 4.07؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التباير التربيعي [I<sup>2</sup>] 16 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية جداً). أشار تحليل انحدار توضيحي إلى أوجه اختلاف في التأثيرات ترتبط بنوع التدخل (قيمة قوة الاحتمال [p]=0.01). بيّنت أكبر مجموعة من التدخلات، وهي التدريبات على اليقظة الذهنية للمدخين (MTS)، تأثيرات لا تختلف بشكل كبير من الناحية الإحصائية عن تدخلات التحرر من التدخين، أو استشارات كوتلاين للإقلاع عن التدخين، أو التعلّم التفاعلي (نسبة الأرجحية [OR] 1.44؛ نطاق الثقة [CI] 0.38، 5.45؛ 3 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التباير التربيعي [I<sup>2</sup>] 21 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية جداً). لم نتمكن من الكشف عن أوجه اختلاف منهجية موثوقة بين تدخلات العلاج المساعد والعلاج الأحادي، أو تأثيرات مدة التأمل ووتيرتها، نظراً لعدد القليل من الدراسات، والتبايرية في التدخلات، وأدوات المقارنة، والنتائج. أفادت ثلاث فقط من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية عن أحداث مضرّة؛ لقد صرّحت عن عدم وجود

ردود فعلٍ على الأدوية قابلة للإبلاغ عنها، ترتبط بالعلاج المساعد الذي يعتمد الاستعاضة عن النيكوتين، أو أنه لم تحصل أحداثٌ مضرّةٌ خطيرة.

باختصار، لم تختلف تأثيرات تأمل اليقظة الذهنية على تعاطي التبغ بشكلٍ كبيرٍ عن تدخلات أدوات المقارنة. إن جودة الأدلة متدنيةٌ جداً، إذ إنه كان قد نُشرَ عددٌ قليلٌ فقط من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناً عشوائيةً وتتناول تدخلات تأمل اليقظة الذهنية، كما تختلف التدخلات، وأدوات المقارنة، والنتائج بشكلٍ كبير. ولم تُنقل مظاهرٌ مهمةٌ من المنهجية في كثيرٍ من الأحيان في مقالات المجالات التي تصفُ هذه التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناً عشوائيةً. يجب إجراء المزيد من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناً عشوائيةً، تكون العيّات فيها كبيرةً بما يكفي للكشف عن أوجه الاختلاف الإحصائي بين التدخلات المتنافسة. يجب أن تكون هذه التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناً عشوائيةً قد دامت زمناً كافياً من أجل تقييم التأثيرات الطويلة الأمد على تعاطي التبغ، وأن تُثبتَ التوقف عن التدخين من خلال الوسائل الكيميائية الحيوية.

## قائمة المحتويات

iii	تمهيد
v	موجز
ix	الأشكال
xi	الجداول
xiii	الملخص
xix	شكر وعرفان
xxi	الاختصارات
1	الفصل الأول: المقدمة
1	الخلفية والغرض
2	الأسئلة الرئيسية
5	الفصل الثاني: الأساليب
5	استراتيجية عملية البحث
5	معايير الأهلية
6	فحص الشمول
6	استخراج البيانات
7	خطر الانحراف وجودة الدراسة
8	توليف البيانات
8	جودة الأدلة
11	الفصل الثالث: النتائج
11	نتائج عملية البحث
12	توصيف الدراسات المشمولة
12	التصميم
13	الوضعية
13	المشاركون
13	التدخلات
14	أدوات المقارنة
14	خطر الانحراف وجودة الدراسة بالنسبة للدراسات الفردية المشمولة
	السؤال الرئيسي رقم 1: ما هي فعالية تدخلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها، بوصفها علاجاً مساعداً أو علاجاً أحادياً، بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الحد منه مقارنةً بالعلاج كالمعتاد (TAU treatment as usual)، أو علاج قوائم الانتظار (Waitlists)، أو لا علاج، أو غير ذلك من أنواع العلاج النشط؟
17	التوقف عن التدخين
18	التوقف عن التدخين: المدى القصير
19	التوقف عن التدخين: المدى الطويل

20	الحد من التعاطي: عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم.....
21	متوسط عدد أيام الامتناع.....
22	اختبار فاغريستروم لإدمان النيكوتين (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence).....
22	التَّوق الشديد.....
23	محاولات الإقلاع.....
23	جودة الحياة في ما يتعلق بالصحة.....
23	الأحداث المضرة.....
23	مُعَدَّلات الخصائص في الدراسات وخطر الانحراف.....
23	السؤال الرئيسي رقم 1a: هل يتغيَّر التأثير بحسب نوع تدخل تأمل اليقظة الذهنية؟.....
25	السؤال الرئيسي رقم 1b: هل يختلف التأثير حين يُقَدَّم التدخل على هيئة علاجٍ مساعدٍ بدلاً من علاجٍ أحادي؟.....
27	السؤال الرئيسي رقم 1c: هل يتغيَّر التأثير بحسب مدة تأمل اليقظة الذهنية ووتيرته (أي تأثير الجرعة)؟.....
29	الفصل الرابع: المناقشة.....
29	ملخص النتائج المستخلصة.....
	السؤال الرئيسي رقم 1: ما هي فعالية تدخلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها، بوصفها علاجاً مساعداً أو علاجاً أحادياً، بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الحد منه مقارنةً بالعلاج كالمعتاد (TAU) (treatment as usual)، أو علاج قوائم الانتظار (Waitlists)، أو لا علاج، أو غير ذلك من أنواع العلاج النشط؟.....
30	السؤال الرئيسي رقم 1a: هل يتغيَّر التأثير بحسب نوع تدخل تأمل اليقظة الذهنية.....
31	السؤال الرئيسي رقم 1b: هل يختلف التأثير حين يُقَدَّم التدخل على هيئة علاجٍ مساعدٍ بدلاً من علاجٍ أحادي؟.....
31	السؤال الرئيسي رقم 1c: هل يتغيَّر التأثير بحسب مدة تأمل اليقظة الذهنية ووتيرته (أي تأثير الجرعة)؟.....
35	مراجعاتٌ أخرى في هذا المجال.....
35	نقاط القوة والمحدوديات.....
36	التداعيات بالنسبة للأبحاث المستقبلية والممارسة.....
39	الملحق A: استراتيجية عملية البحث.....
43	الملحق B: المقالات المُستَبَعَدَة ذات النص الكامل.....
47	الملحق C: جدول أدلة الدراسات المشمولة.....
57	المراجع.....



11	الشكل رقم 3.1 الرسم البياني للتدفق .....
18	الشكل رقم 3.2 التوقف عن التدخين، أطول فترة متابعة.....
19	الشكل رقم 3.3 التوقف عن التدخين، القصير الأمد .....
20	الشكل رقم 3.4 التوقف عن التدخين، الطويل الأمد.....
21	الشكل رقم 3.5 عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم .....
24	الشكل رقم 3.6 التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين.....



2	الجدول رقم 1.1 التَّدخُّلات التي تستند إلى تأمل اليقظة الذهنية .....
12	الجدول رقم 3.1 قاعدة أدلة الأسئلة الرئيسية .....
16	الجدول رقم 3.2 جودة الدراسة/خطر الانحراف في الدراسات الفردية المشمولة .....
32	الجدول رقم 4.1 ملخص النتائج المستخلصة وجودة الأدلة .....



### مقدمة

تواجه وزارة الدفاع الأمريكية (U.S. Department of Defense [DoD]) مشكلة كبيرة في الصحة العامة نتيجة لتعاطي التبغ في أوساط أفراد الجيش الأمريكي. تشير التقديرات إلى انتشار أكبر لتدخين السجائر في أوساط أفراد الجيش الأمريكي والمحاربين القدامى بالمقارنة مع عموم سكان الولايات المتحدة من البالغين (براون [Brown]، 2010؛ وزارة الدفاع الأمريكية [U.S. Department of Defense]، 2013). إضافة إلى ذلك، تُظهر الأبحاث أن الانتشار العسكري قد يؤدي إلى معدلات أعلى للابتداء بالتدخين أو الانتكاس إليه، بالإضافة إلى تعاطي كمية أكبر من التبغ إجمالاً (بويكو وآخرون [Boyko et al.]، 2015؛ هارت، بروكتور، وفاسترلينغ [Harte, Proctor, and Vasterling]، 2014). بالنسبة، تُنفق وزارة الدفاع 1.6 مليار دولار أمريكي سنوياً على تكاليف الرعاية الصحية المرتبطة بالتبغ، والخسارة في الإنتاجية (معهد الطب [Institute of Medicine]، 2009). بحسب المبادئ التوجيهية الصادرة عن خدمة الصحة العامة (Public Health Service) لعام 2008، والتي توصي بها وزارة الدفاع، تشمل علاجات اضطراب تعاطي التبغ الاستشارات والأدوية، مثل الاستعاضة عن النيكوتين. لكنّ الوضعيات المدنية أصبحت تشمل الطب التكميلي والطب البديل بوتيرة أعلى في برامج التوقف عن التدخين (كريم-تود، ميتشل، وأوكين [Carim-Todd, Mitchell, and Oken]، 2013).

إنّ تأمل اليقظة الذهنية المستند إلى ممارسات شرقية قديمة في التأمل هو أحد أشكال التأمل الذي يسهّل الوصول إلى وضع من الملاحظة المتجردة باعتبارها جزءاً من عملية التأمل. تهدف هذه المراجعة إلى توليف بيانات التجارب القائمة الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (RCTs)، والتي تتعلق بفعالية تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية في تعاطي التبغ وسلامتها (السجل الدولي المرتقب للمراجعات المنهجية [بروسبيرو] [PROSPERO] 2015: CRD42015025053). يمكن أن تُستخدَم المراجعة من قِبَل اللجان المكلفة بتحديث المبادئ التوجيهية المعنية بالعلاج لدى وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية (U.S. Department of Veterans Affairs) ووزارة الدفاع (DoD).

### الأسئلة الرئيسية

إنّ هذه المراجعة قد وَجَّهتْها الأسئلة الرئيسية التالية:

- السؤال الرئيسي رقم 1: ما هي فعالية تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها، بوصفها علاجاً مساعداً أو علاجاً أحادياً، بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الحد منه مقارنةً بالعلاج كالمعتاد (TAU) (treatment as usual)، أو علاج قوائم الانتظار (Waitlists)، أو لا علاج، أو غير ذلك من أنواع العلاج النشط؟
  - السؤال الرئيسي رقم 1a: هل يتغيّر التأثير بحسب نوع تدخّل تأمل اليقظة الذهنية؟
  - السؤال الرئيسي رقم 1b: هل يختلف التأثير حين يُقدَّم التدخّل على هيئة علاج مساعداً بدلاً من علاج أحادي؟
  - السؤال الرئيسي رقم 1c: هل يتغيّر التأثير بحسب مدة تأمل اليقظة الذهنية ووتيرته (أي تأثير الجرعة)؟

### الأساليب

من أجل الإجابة على أسئلتنا الرئيسية، بحثنا في خمس قواعد بيانات إلكترونية — بيمد (PubMed)، والفهرس التراكمي

للدراستات السابقة في مجال التمريض والمهنة الصحية المساعدة (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL])، وسايك إنفو (PsycINFO)، وقاعدة بيانات الطب المساعد والمتمم (Allied and Complementary Medicine Database [AMED])، وسجل كوكراين المركزي للتجارب الموجهة (Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL]) — منذ تاريخ إطلاقها وحتى يوليو/تموز 2015، بالإضافة إلى مراجع المراجعات المنهجية القائمة والدراسات المشمولة، من أجل التعرف إلى التقارير باللغة الإنجليزية حول التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (randomized controlled trials [RCTs])، والتي تُقِيم فعالية تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها لدى الاستعانة بها بشكلٍ مساعدٍ أو أحاديّ لعلاج البالغين الذين يرغبون بالحد من تعاطي التبغ أو الإقلاع عنه بالكامل.

لقد قام فريقان من مراجعين مستقلّين بفحص الدراسات السابقة التي تم التعرف إليها عن طريق استخدام معايير للأهلية محددة مسبقاً، وقد لخصنا المعلومات المحددة مسبقاً والمستقاة من الدراسات، وقيّمنا جودة الدراسات المشمولة. كانت النتيجة الأولية التي تستحق الاهتمام هي التوقف عن التدخين/تعاطي التبغ. وشملت نتائج أخرى تستحق الاهتمام الحد من التعاطي، وانخفاض حالات التوق الشديد، وجودة الحياة في ما يتعلق بالصحة، والأحداث المضرة.

أجريت مراجعات تحليلية للدراسات بشأن نتائج الفعالية باستخدام طريقة هارتنغ-ناب-سيديك-جونكمان (Hartung-Knapp-Sidik-Jonkman) لنماذج التأثيرات العشوائية (random-effects models)، عندما توفّر ما يكفي من البيانات وعندما أصبحت التبايرية السريية مقبولة. لقد لخصنا كل ما نُقِل من أحداثٍ مضرة، ولكن ما نُقِل كان أقلّ من أن يُشمل في التحليلات الكمية. ولقد قُيِّمت جودة الأدلة باستخدام مقاربة درجات التوصية، والتقدير، والتطوير، والتقييم (أو مقاربة غرايد) (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation [GRADE approach]).

## النتائج

استوفت تسع من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (RCTs) لتدخّلات تأمل اليقظة الذهنية المعنية بعلاج تعاطي التبغ معايير الشمول التي اعتمدهاها. قُيِّمت الدراسات مجموعة واسعة ومتنوعة من التدخّلات وأدوات المقارنة، شملت التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (mindfulness training for smokers [MTS])، والتدريب الوجيه على اليقظة الذهنية. كان هناك اختلاف كبير في مدة التدخّلات وجديتها.

### السؤال الرئيسي رقم 1

لقد قارنت دراستان بين تأمل اليقظة الذهنية وبرنامج التحرر من التدخين (Freedom from Smoking [FFS]) التابع للجمعية الأمريكية للرئة (American Lung Association)، الذي يُعتبر معيار الرعاية في التوقف عن التدخين. قارنت أربع من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (RCTs) بين تأمل اليقظة الذهنية وأحد أنواع التدخّل النشط، شملت الاستشارة عبر الهاتف (بالإضافة إلى الاستعاضة عن النيكوتين)، والتعلم التفاعلي للمدخنين، والتدريب على الاسترخاء، واستراتيجيات الكبح. استخدمت دراستان أدوات مقارنة لم تُقدّم تدخّلاً علاجياً؛ كانت أدوات المقارنة هي تزييف التأمل والتعرض الإلماعي الخالي من التعليمات. أخيراً، قارنت دراسة بين تأمل اليقظة الذهنية والعلاج كالمعتاد (treatment as usual) [ITAU]، الذي قد يشمل الاستشارات أو الاستعاضة عن النيكوتين. لم تستخدم أي من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية أداة مقارنة من فئة قوائم الانتظار (Waitlists).

لم تُصنّف أي من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية على أنها ذات جودة حسنة. لم تتفّل أي من الدراسات حساباً مسبقاً للقوة تحقّق فيه حجم العينة المُستهدف. ولم ينقل معظمها طريقة الاختيار العشوائي (randomization method) المُعمّدة، أو إخفاء التخصيص (allocation concealment)، أو إذا ما كانت قد جرت تسمية مُقيمي النتائج. لقد اختلفت قياسات النتائج المنقولة عبر الدراسات، وفي حالاتٍ متعددة، لم يمكن حساب حجم التأثير.

**التوقف.** نقلت خمس من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية عدد المشاركين الذين حققوا التوقف عن التدخين. لقد أجرينا ثلاث مراجعات تحليلية للدراسات بحسب طول فترة المتابعة: بلغت أطول فترة متابعة أسبوعين إلى أربعة أسابيع، و 17 إلى 24 أسبوعاً. لقد كانت التأثيرات على التوقف عن التدخين (الامتناع) في صالح التأمل ولكنها لم تختلف من الناحية الإحصائية عن تدخلات أدوات المقارنة (نسبة الأرجحية [OR] 3.46؛ نطاق الثقة (confidence interval) [CI] 0.74 — 16.13؛ 5 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCTs]؛ التغيرات التريبيعي [I<sup>2</sup>] 58 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية جداً) التي قارنت بين التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS)، والتدريب على اليقظة الذهنية، وبرنامج التوقف عن التدخين يستند إلى حالة اليقظة الذهنية، وبين برنامج التحرر من التدخين (FFS)، أو استشارات كوتلاين (quitline counseling) للإقلاع عن التدخين، أو التعلم التفاعلي، أو العلاج كالمعتاد (TAU) في أطول فترة متابعة نُقلت. بلغت نسبة الأرجحية المُجمَّعة في التجارب التي نُقلت تَوْفَقاً عند أسبوعين إلى أربعة أسابيع 1.68 (نطاق الثقة [CI] 0.67، 4.20؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCTs]؛ التغيرات التريبيعي [I<sup>2</sup>] 26 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية جداً). وكانت نِسَب الأرجحية الناتجة عن المراجعات التحليلية للدراسات المتعلقة بالمُدَد الأطول لفرات المتابعة تملك أكبر نطاقات للثقة؛ مثلاً، بلغت نسبة الأرجحية المُجمَّعة في التجارب الأربع التي نُقلت تَوْفَقاً بعد تجاوز الأربع أسابيع (النطاق الذي تَرَوُح بين 17 و 24 أسبوعاً) 3.32 (نطاق الثقة [CI] 0.37، 29.52؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCTs]؛ التغيرات التريبيعي [I<sup>2</sup>] 66 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية جداً). تُصنَّف جودة الأدلة على أنها متدنية بالنسبة للتوقف القصير الأمد (أربعة أسابيع أو أقل)، ومتدنية جداً بالنسبة للتوقف الطويل الأمد، نظراً للعدد القليل من الدراسات، ولتنوع التدخلات وأدوات المقارنة، وغياب الدقة في النتائج.

**الحد من تعاطي التبغ.** لقد جرى تجميع نتائج أربع تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCTs) تنقل عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم عند كل من خط الأساس وفترة المتابعة. كانت جودة اثنتين من الدراسات ضعيفة، واثنان كانت جودتهما متوسطة. لقد كانت النتائج المُجمَّعة في صالح تأمل اليقظة الذهنية، لكن التأثير لم يختلف من الناحية الإحصائية بين مقاربات التدريب على اليقظة الذهنية وبين أدوات المقارنة وهي التحرر من التدخين (FFS)، أو التعرض للإماعي الخالي من التعليمات، أو تزييف التأمل، أو العلاج كالمعتاد (TAU) (متوسط الفرق الموزون [WMD] 1.52؛ نطاق الثقة [CI] -1.03، 4.07؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCTs]؛ التغيرات التريبيعي [I<sup>2</sup>] 16 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية جداً). إضافةً إلى ذلك، فإن متوسط الفرق الموزون لعددٍ هو 1.5 سيجارة في اليوم ليست له دلالة سريرية. إن جودة الأدلة متدنية جداً بالنسبة لمسألة أن الحد من التدخين لا يختلف بين المشاركين في تدخلات اليقظة الذهنية وأولئك في تدخلات أدوات المقارنة، نظراً للعدد القليل من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية، وعدم الاتساق في النتائج.

**حالات التوق الشديد.** قامت خمس من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية بقياس التوق الشديد عند خط الأساس وأثناء فترة المتابعة، مُستخدمةً أدوات متنوعة. لم تكن المراجعة التحليلية للدراسات ممكنة نظراً للتغايرية في النتائج التي تم نقلها. كانت جودة أربع من الدراسات الخمس ضعيفة. وقد نُقلت واحدة فقط اختلافاً مهماً بين مجموعة تأمل اليقظة الذهنية ومجموعة أداة المقارنة أثناء فترة المتابعة. لم تُصَف تلك الدراسة كيفية قياس التوق الشديد، وصَرَحت فحسب بأن متوسط الانخفاض في التوق الشديد منذ خط الأساس وحتى فترة متابعة من أسبوعين كان مهماً من الناحية الإحصائية في مجموعة تدخل اليقظة الذهنية، بينما لم يكن كذلك في مجموعة أداة المقارنة (التدريب على الاسترخاء). إذاً، هناك أدلة ذات جودة ضعيفة جداً على أن الانخفاض في التوق الشديد إلى النيكوتين لا يختلف بين المشاركين في تدخلات اليقظة الذهنية وسائر تدخلات أدوات المقارنة المتنوعة.

**جودة الحياة في ما يتعلق بالصحة.** لم تُنقل أي دراسة قياسات لجودة الحياة.

**الأحداث المضرة.** استُخدمت اثنتان من الدراسات تدخلات تأمل اليقظة الذهنية مضافةً إلى الاستعاضة عن النيكوتين، وعُبرت فقط عن أنه "لم توجد ردود فعل على الأدوية قابلة للإبلاغ عنها" في أوساط مُستخدِمي الاستعاضة عن النيكوتين.

صرّحت دراسة أخرى أبلغت عن أحداثٍ مضرّةٍ في تدخّل اليقظة الذهنية أنه "لم تُثقل أحداثٌ مضرّةٌ خطيرةٌ في أيّ من مجموعتيّ العلاج". باختصار، يظهر أنه في الدراسات التسع المشمولة، لم تكن هناك أحداثٌ مضرّةٌ جزاءً تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية. لكنّ جودة الأدلة متدنيةٌ جداً، نظراً لأنّ ثلثي الدراسات لم تذكر تعقّباً للأحداث المضرّة.

### السؤال الرئيسي رقم 1a

بالنسبة لنوع تدخّل اليقظة الذهنية، أشار تحليل انحدارٍ توضيحيّ إلى أنّ حجم تأثير العلاج مرتبطٌ بنوع التدخّل (قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.01$ ). لكنّ التحليل ليس بوسعه إلا أن يقارن التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) بالمقاربات الأخرى؛ لقد اختبّرت تدخّلاتٌ أخرى في واحدةٍ فقط من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائيةٍ (RCT) لكلّ منها، أو نقلت نتائج مختلفةً على امتداد الدراسات. بيّن تحليلٌ للمجموعات الفرعية جمّع الدراسات الثلاث حول التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين أنّ نسبة الأرجحية (odds ratio) في التوقف كانت في صالح التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين، وأنه لم يكن مع ذلك مختلفاً بدرجةٍ كبيرةٍ من الناحية الإحصائية عن برنامج التحرر من التدخين (FFS)، أو استشارات كوتلاين (quitline counseling) للإقلاع عن التدخين، أو التعلّم التفاعليّ (نسبة الأرجحية [OR] 1.44؛ نطاق الثقة [CI] 0.38، 5.45؛ 3 تجارب موجهة تستخدم عيّناتٍ عشوائيةٍ [RCTs]؛ التباين التربيعي [I<sup>2</sup>] 21 في المئة؛ جودة الأدلة متدنية).

### السؤال الرئيسي رقم 1b

نظراً للتنوع في قياسات النتائج المنقولة، لم نتمكن من القيام بتحليلات انحدارٍ توضيحيةٍ من أجل تحديد ما إذا كان تأثير تأمل اليقظة الذهنية على تعاطي التبغ يتغيّر بشكلٍ منهجيّ بين العلاج المساعد أو العلاج الأحادي. كانت نتائج الدراسات الخمس حول العلاج الأحادي، والدراستين حول العلاج المساعد بواسطة الاستعاضة عن النيكوتين على حدّ سواء غير متسقة. نقلت دراستان أخريان سمحتا بالاستعاضة عن النيكوتين مع إرجاع الأمر لرغبة المشارك نتائج مهمةً في التوقف عن التدخين في صالح تدخّل اليقظة الذهنية. لقد اعتبّرت جودة الأدلة بالنسبة للمجموعات الفرعية متدنيةٌ جداً، نظراً للعدد القليل من الدراسات، والنقص في الدقة، والتغايرية في النتائج المنقولة.

### السؤال الرئيسي رقم 1c

لم يكتشف تحليل الانحدار التوضيحيّ لنتائج عدد السجائر ارتباطاً مهماً بطول مدة التدخّل من الناحية الإحصائية (قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.849$ )، ولكنّ عدد الدراسات المشمولة في المجموعات الفرعية كان قليلاً. نظراً للتنوع في قياسات النتائج المنقولة، لم نتمكن من القيام بتحليل انحدارٍ توضيحيّ على امتداد الدراسات من أجل تحديد ما إذا كان تأثير العلاج مرتبطاً منهجياً بوتيرة التدخّل. وجدّ تحليلٌ للمجموعات الفرعية لم يشمل سوى التدخّلات ذات الوتيرة الأعلى (والتي تتطلب أكثر من أربع ساعاتٍ أسبوعياً من المشاركة في الجلسات، والواجبات المنزلية، والتأمل) أنّ نتائج التوقف عن التدخين لم تختلف من الناحية الإحصائية عن تدخّلات أدوات المقارنة (نسبة الأرجحية [OR] 2.84؛ نطاق الثقة [CI] 0.35، 22.70؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عيّناتٍ عشوائيةٍ [RCTs]؛ التباين التربيعي [I<sup>2</sup>] 58 في المئة؛ جودة الأدلة متدنيةٌ جداً). كانت جودة الأدلة بالنسبة للمجموعات الفرعية متدنيةٌ جداً، نظراً للعدد القليل من الدراسات والنتائج غير المتسقة ضمن المجموعات الفرعية.

## الخلاصات

لم يُنشر سوى عددٍ قليلٍ فقط من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائيةٍ (RCTs) التي تناولت تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية لعلاج تعاطي التبغ، ونتباين التدخّلات وأدوات المقارنة والنتائج بشكلٍ كبير. في كثيرٍ من الأحيان، لم تُثقل مظاهرٌ مهمةٌ من المنهجية في مقالات المجلات التي تصف هذه التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائيةٍ. تشير نتائج



مراجعاتٍ تحليليةٍ متعددةٍ للدراسات إلى عدم وجود اختلافٍ في نتائج تعاطي التبغ بين تدخّلات اليقظة الذهنية وتدخلات أدوات المقارنة؛ لكنّ خمساً من الدراسات كانت عبارةً عن دراساتٍ "إرشادية" لم تُلحظ فيها قوةٌ كافية، بينما لم تتقلّ الدراسات الأربع المتبقية أيّ معلوماتٍ عن حسابٍ للقوة. إنّ جودة الأدلة في تأمل اليقظة الذهنية للتوقف عن التدخين في الأمد القصير (من أسبوعين إلى أربعة أسابيع) متدنية، بينما هي متدنيةٌ جداً بالنسبة للحد من تعاطي التبغ، والحد من حالات التوق الشديد إلى النيكوتين، والتوقف الطويل الأمد؛ قد يكون النقص في النتائج المهمة عائداً إلى العدد القليل من الدراسات والنقص في القوة الإحصائية. يجب إجراء المزيد من التجارب الموجهة التي تستخدم عيناتٍ عشوائيةً تكون ذات جودةٍ عالية وتكون العينات فيها كبيرةً بما يكفي للكشف عن أوجه الاختلاف الإحصائي. ويجب أن تكون هذه التجارب الموجهة التي تستخدم عيناتٍ عشوائيةً قد دامت زمناً كافياً من أجل تقييم التأثيرات الطويلة الأمد على تعاطي التبغ، وتعبُّب التقيد بتدخلات اليقظة الذهنية وأيّ تدخلات مساعدة، وإثبات التوقف عن التدخين من خلال الوسائل الكيميائية الحيوية. يجب اتباع إعلان المعايير الموحدة لنقل التجارب (CONSolidated Standards of Reporting Trials [CONSORT]) حول نقل المعايير عند نشر تجاربٍ موجهةٍ تستخدم عيناتٍ عشوائيةً مستقبليةً تتناول تأمل اليقظة الذهنية وتعاطي التبغ.



لقد أُجِريَ هذا البحثُ برعاية مراكز الامتياز الدفاعية المعنية بالصحة النفسية والإصابة الدماغية الرضحية (Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury [DCoE]). إننا نُفِرُّ بالامتنان لكريستي غور (Kristie Gore) لدعمها وتوجيهها طوال المشروع. إننا نشكر أنيسة موتالا (Aneesa Motala) وباربارا هينيسي (Barbara Hennessey) للمساعدة البحثية والدعم الإداري في تحضير التقرير. كذلك نودُّ أن نشكر موظفي المشاريع وجهات الاتصال المعتمدة لدينا في مراكز الامتياز الدفاعية المعنية بالصحة النفسية والإصابة الدماغية الرضحية — مارينا خوسيد (Marina Khusid)، وكريس كراو (Chris Crowe)، ومايكل فريد (Michael Freed) — لدعمهم عمَلنا. إنَّ أيَّ أخطاءٍ في الوقائع أو التفسير في هذا التقرير تُعدُّ من مسؤولية المؤلفين.



AMED	Allied and Complementary Health Database قاعدة بيانات الطب المساعد والتمتم
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials سجل كوكراين المركزي للتجارب الموجهة
CI	confidence interval نطاق الثقة
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature الفهرس التراكمي للدراسات السابقة في مجال التمريض والمهن الصحية المساعدة
CO	carbon monoxide أول أكسيد الكربون
DoD	U.S. Department of Defense وزارة الدفاع الأمريكية
EPC	Evidence-based Practice Center مركز الممارسة المبينة على الأدلة
FFS	Freedom from Smoking التحرر من التدخين
GRADE	Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation درجات التوصية، والتقدير، والتطوير، والتقييم (غرايد)
ITT	intention-to-treat قصد المعالجة
MD	mean difference متوسط الفرق
MTS	mindfulness training for smokers التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين
OR	odds ratio نسبة الأرجحية
RCT	randomized controlled trial تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية
SD	standard deviation الانحراف المعياري
SE	standard error الخطأ المعياري
TAU	treatment as usual العلاج كالمعتاد
USPSTF	United States Preventive Services Task Force فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية
WMD	weighted mean difference متوسط الفرق الموزون



### الخلفية والغرض

يُمثّل تعاطي منتجات التبغ، ويشمل ذلك تدخين السجائر ومضغ التبغ، مشكلةً كبيرةً في الصحة العامة بالنسبة لوزارة الدفاع الأمريكية (U.S. Department of Defense [DoD]). في عام 2011، قُدِّرَ أنّ انتشار التدخين خلال الثلاثين يوماً الماضية في أوساط أفراد الجيش الأمريكيّ بَلَغَ 24.5 في المئة، مقارنةً بنسبة 19 في المئة لدى سكان الولايات المتحدة من البالغين (وزارة الدفاع الأمريكية [U.S. Department of Defense]، 2013). وَجَدَت دراسة الأتراب الألفية (Millennium Cohort Study) أنّ الانتشار المترافق مع تجربة قتاليةٍ يَتَنَبَّؤُ بمعدلٍ أعلى للابتداء بالتدخين والانتكاس إليه (بويكو وآخرون [Boyko et al.]، 2015). بحسب ما جاء به هارت وزملاؤه (هارت، بروكتور، وفاسترلينغ [Harte, Proctor, and Vasterling]، 2014)، فإنّ قرابة نصف (48.9 في المئة) الجيش وجنود الحرس الوطنيّ (National Guard soldiers) المنتشرين في عملية حرية العراق (Operation Iraqi Freedom) كانوا يدخنون السجائر في نقطتين زمنيتين جرى استطلاعهما. إنّ انتشار التدخين المُعَدَّل بحسب السنّ (age-adjusted smoking) أكثر ارتفاعاً أيضاً في أوساط المحاربين القدامى (27 في المئة) مما هو في أوساط المدنيين (21 في المئة)، بحسب بياناتٍ من نظام مراقبة عوامل المخاطر السلوكية (Behavioral Risk Factor Surveillance System) للأعوام ما بين 2003-2007 (براون [Brown]، 2010). إذاً، ليس من المفاجئ أن يُقدَّر معهد الطب (Institute of Medicine) بأنّ وزارة الدفاع الأمريكية تتفق أكثر من 1.6 مليار دولار أمريكيّ سنوياً على تكاليف الرعاية الصحية المرتبطة بالتبغ والخسارة في الإنتاجية (معهد الطب [Institute of Medicine]، 2009).

توصي وزارة الدفاع الأمريكية حالياً بأن تتبّع الجهات المزوّدة بالرعاية الصحية المبادئ التوجيهية الصادرة عن خدمة الصحة العامة (Public Health Service) لعام 2008، عند علاج اضطراب تعاطي التبغ؛ حيث تُعتَبَر الاستشارات والأدوية، ويشمل ذلك الاستعاضة عن النيكوتين، نقطة التركيز الأولية (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية [U.S. Department of Health and Human Services]، 2008). إنّ الاستشارات الفردية، والجماعية، وعبر الهاتف كلها فعالة، وتتزايد فعاليتها مع جِدَّتْها. يُوصَى بالاستعاضة عن النيكوتين، وبوبروبيون (bupropion) (المُطَرِّد الإفراز [SR] sustained release)، وفارينيكلين (varenicline) بوصفها أدوية الخط الأول. لقد وُجِدَ كلٌّ من هذه التَدَخُّلات فعلاً بشكلٍ متسقٍ في العديد من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائية (RCTs) ذات الجودة العالية، مما نَتَجَّ عنه أعلى تصنيفٍ في قوة الأدلة (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية [U.S. Department of Health and Human Services]، 2008).

في الوضعيات المدنية، أصبح الطب التكميليّ والطب البديل مُستخدَماً بشكلٍ متزايدٍ في برامج التوقف عن التدخين (كريم-تود، ميتشل، وأوكين [Carim-Todd, Mitchell, and Oken]، 2013). وإنّ إحدى وسائل العلاج هذه هي تأمل اليقظة الذهنية، المُستَمَدَّة من ممارسةٍ بوذيةٍ تعود إلى 2,500 عام واسمها فيباسانا (Vipassana)، أو تأمل الاستبصار. يُعرَّف جون كابات-زين (Jon Kabat-Zinn)، وهو رائدٌ في الاستخدام المعاصر لتأمل اليقظة الذهنية، اليقظة الذهنية على أنها "الانتباه المقصود، في اللحظة الحاضرة، وبدون إجراء حكم، إلى تَفَتُّح طَيَّات التجربة من لحظةٍ إلى أخرى" (كابات-زين [Kabat-Zinn]، 1990). ويمكن التدريب على الممارسة بشكلٍ منهجيٍّ بحيث تُستخدَم في الحياة اليومية من قِبَل الأشخاص مهما كانت خلفيتهم (مركز أبحاث وعي اليقظة الذهنية [Mindfulness Awareness Research Center]، غير مُؤرَّخ). تشملُ الاستخدامات السريرية لليقظة الذهنية تطبيقاتٍ تتعلق بتعاطي المخدرات (كيبزا وسيريتي [Chiesa and Serretti]، 2014)، والحد من التوتر (غويال وآخرون [Goyal et al.]، 2014)، وعلاج الأمل المزمن (كرايمر وآخرون [Cramer et al.]،

## الجدول رقم 1.1 التَدَخُّلات التي تستند إلى تأمل اليقظة الذهنية

الاسم	التوصيف
الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية	يتضمن الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية، بالإضافة إلى تأمل اليقظة الذهنية، تعليم المسح الجسماني أو البوغا من أجل التشجيع على الملاحظة المفتوحة للإحساس المولم أو المُكدر والقبول به، وعدم إجراء حُكمٍ عليه، وكذلك الأفكار أو المشاعر السلبية، بدلاً من تقييمها بشكلٍ مُدركٍ يزيد القلق الترقبي، أو التلافي، أو سوى ذلك من الأنماط غير التكيفية.
العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية	يشجع العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية، بالإضافة إلى تأمل اليقظة الذهنية، على الملاحظة التي تتسم بقبول الأفكار والأحاسيس السلبية بدون إجراء حُكمٍ عليها، بدلاً من تقييمها بشكلٍ مُدركٍ يُطلق أفكاراً سلبيةً اجتراريةً وردود فعلٍ مشاعريةً اعتيادية.
الوقاية من الانتكاس المستندة إلى اليقظة الذهنية	تُعَلِّمُ الوقاية من الانتكاس المستندة إلى اليقظة الذهنية، بالإضافة إلى تأمل اليقظة الذهنية، مهارات الوقاية من الانتكاس، والملاحظة الخالية من إجراء الحُكم والمفتوحة، والتي تتسم بالقبول لحالات التُّوق الشديد. هي تهدف إلى الفصل بين (1) الأفكار والمشاعر السلبية المرتبطة بحالات التُّوق الشديد و(2) الانتكاس.
التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS)	يوفر التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS)، بالإضافة إلى تأمل اليقظة الذهنية، تدريباً موجهاً في كيفية تطبيق اليقظة الذهنية على مُحَدَّدات الانتكاس إلى التدخين، كالمحفزات على التدخين، والمشاعر القوية، والأفكار الدافعة نحو الإدمان، وحالات الحاجة الملحة، وأعراض الحرمان.
الوصول بين العقل والجسد، وعلاج الأرق المستند إلى اليقظة الذهنية	يستخدم الوصول بين العقل والجسد، وعلاج الأرق المستند إلى اليقظة الذهنية، بالإضافة إلى تأمل اليقظة الذهنية، استراتيجيات سلوكية للحد من السُّهاد الليلي.
تعزيز التعافي الذي يركِّز على اليقظة الذهنية	يُعَلِّمُ تعزيز التعافي الذي يركِّز على اليقظة الذهنية، بالإضافة إلى تأمل اليقظة الذهنية، الملاحظة المحايدة المفتوحة والتي تتسم بالقبول للأحاسيس المؤلمة. هو يُدرِّج أيضاً علم النفس الإيجابي والتقنيات السلوكية الموجَّهة نحو أسس الإدمان وفقاً لما جاءت به العلوم العصبية.

2012؛ كوزاسا وآخرون [Kozasa et al.]، 2012؛ رينر، تيببي، وليبيستز [Reiner, Tibi, and Lipsitz]، (2013). إن أكثر تَدَخُّلات تأمل اليقظة الذهنية شيوعاً في الاستخدام قد تم توصيفها في الجدول رقم 1.1 (مركز أبحاث وعي اليقظة الذهنية [Mindfulness Awareness Research Center]، غير مُؤرَّخ).

تهدف هذه المراجعة إلى موازنة البيانات من التجارب الموجهة القائمة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) في ما يتعلق بفعالية تَدَخُّلات تأمل اليقظة الذهنية بالنسبة لتعاطي التبغ وسلامتها. لقد مولّت هذا المشروع مراكز الامتياز الدفاعية الأمريكية المعنية بالصحة النفسية والإصابة الدماغية الرضحية (U.S. Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury)، وقد كَلَّفت مؤسسة RAND بإعداد سلسلة من المراجعات المنهجية بشأن تَدَخُّلات الطب التكميلي والطب والبديل في حالاتٍ مثل تعاطي المخدرات، والاضطراب الاكتئابي الحاد، واضطرابات ما بعد الصدمة (الرضح). يمكن أن تُستخدَم هذه المراجعات من قِبَل اللجان المكلفة بتحديث المبادئ التوجيهية المعنية بعلاج هذه الحالات لدى وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية (U.S. Department of Veterans Affairs) ووزارة الدفاع (Department of Defense).

## الأسئلة الرئيسية

لقد أجرينا مراجعةً منهجيةً من أجل التعرف إلى التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، والتي تختبر فعالية تأمل اليقظة الذهنية وسلامته لدى المتعاطين للتبغ (السجل الدولي المرتقب للمراجعات المنهجية [بروسبيرو] [PROSPERO] رقم: CRD42015025053).

لقد هدَّفت هذه المراجعة المنهجية، بالتحديد، إلى الإجابة على الأسئلة الرئيسية التالية:



- السؤال الرئيسي رقم 1: ما هي فعالية تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها، بوصفها علاجاً مساعداً أو علاجاً أحادياً، بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الحد منه مقارنةً بالعلاج كالمعتاد (treatment as usual) [ITAU]، أو علاج قوائم الانتظار (waitlists)، أو لا علاج، أو غير ذلك من أنواع العلاج النشط؟
  - السؤال الرئيسي رقم 1a: هل يتغيّر التأثير بحسب نوع تدخّل تأمل اليقظة الذهنية؟
  - السؤال الرئيسي رقم 1b: هل يختلف التأثير حين يُقدّم التدخّل على هيئة علاجٍ مساعدٍ بدلاً من علاجٍ أحاديّ؟
  - السؤال الرئيسي رقم 1c: هل يتغيّر التأثير بحسب مدة تأمل اليقظة الذهنية ووتيرته (أي تأثير الجرعة)؟



### استراتيجية عملية البحث

بَحَثْنَا عن التقارير باللغة الإنجليزية حول التجارب الموجهة التي تستخدم عِيَنَاتٍ عشوائية (RCTs) في قواعد البيانات الإلكترونية بِيَمِد (PubMed)، والفهرس التراكمي للدراسات السابقة في مجال التمريض والمِهَن الصحية المساعدة (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL])، وسايك إنفو (PsycINFO)، وقاعدة بيانات الطب المساعد والمتمم (Allied and Complementary Medicine Database [AMED])، وسِجَل كوكراين المركزي للتجارب الموجهة (Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL]). بالإضافة إلى عملية البحث هذه، والتتقيب عن المراجع في كل الدراسات المشمولة التي تم التعرف إليها من خلاله، فَحَصْنَا المراجعات المنهجية القائمة حول الموضوع، لضمان أن تكون كل الدراسات التي استوفت معايير الشمول لدينا (راجع أدناه) قد جرى تعريفها. لقد طُوِّرَت استراتيجية عملية البحث من قِبَل كبير أمناء المكتبة المرجعية في قسم الخدمات المعرفية التابع لمؤسسة RAND (RAND's Knowledge Services)، مُسْتَنِيراً بنتائج عملية بحثٍ من مسحٍ محيطيٍّ للدراسات السابقة عند الانطلاق بهذه الدراسة (كجزءٍ من بحثٍ لمؤسسة RAND لم يُنشر بعد، أجراه كلٌّ من ميلوني سوربيرو [Melony Sorbero]، وشون غرانت [Sean Grant]، وسوزان هِمبل [Susanne Hempel])، وبالمراجعات القائمة. أُجريت عملية البحث في يوليو/تموز 2015، وغطت كل قاعدة للبيانات منذ انطلاقتها. إنَّ استراتيجية عملية البحث مبيَّنة في الملحق A.

### معايير الأهلية

- لقد طُوِّرَت معايير الشمول والاستبعاد لهذه المراجعة عن طريق استخدام إطار عمل المشاركين، والتدخلات، وأدوات المقارنة، والنتائج، والتوقيت، والوضعيات، وتصميم الدراسة، أو ما يَصُحَّ اختصاره بالمُقْتَطَع الهجائي PICOTSS:
- **المشاركون:** لقد اقتصرَت الدراسات على البالغين من الذكور والإناث، ممَّن بَلَغوا 18 عاماً أو أكثر، والذين يستخدمون منتجات التبغ. لقد شُمِلَت الدراسات بِعَضِّ النظر عما إذا كان تشخيصٌ باضطراب تعاطي التبغ مطلوباً للالتحاق.
  - **التدخلات:** لقد شُمِلَت دراساتٌ معنويةٌ بتأمل اليقظة الذهنية كعلاجٍ مساعدٍ أو علاجٍ أحاديٍّ — مثلاً، تدخلات الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية، أو التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS)، أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية، أو التدريب الوجداني على اليقظة الذهنية، أو فيباسانا (Vipassana)، أو زازن (Zazen)، أو زِن (Zen)، أو شامبهالا (Shambhala). لقد استُبعِدَت دراساتٌ تُقِيمُ تدخلاتٍ تأمليةً أخرى، مثل يوغا، وتاي تشي (tai chi)، وتشي غونغ (qigong)، وتقنيات التأمل التجاوزي (transcendental meditation)، والتي حُلَّت من الإشارة إلى تأمل اليقظة الذهنية.
  - **أداة المقارنة:** إنَّ الدراسات لم تُحدِّد أداة المقارنة. لقد شَمَلْنَا دراساتٍ كانت أدوات المقارنة فيها هي العلاج كالمعتاد (treatment as usual [TAU])، أو "الرعاية المعيارية"، أو قائمة الانتظار (waitlist) كمجموعةٍ مرجعية، أو لا علاج، أو علاجاتٍ نشطةٍ أخرى. لقد شُمِلَت أيضاً دراساتٌ قارَنَت بين تأمل اليقظة الذهنية مُقَدِّماً كعلاجٍ مساعدٍ مقابل كونه علاجاً أحادياً.
  - **النتائج:** كان يجب أن تشمل الدراسات إخطاراً عن التوقف عن تعاطي التبغ، أو محاولات الإقلاع، أو الحد من

التعاطي. لم يكن الإثبات البيولوجي للتوقف مطلوباً لشمول الدراسة في هذه المراجعة. لقد استُبعدت الدراسات التي نُقِلت فحسب قَصْدَ الإقلاع، أو "التحفز والجهوزية" لذلك.

- **التوقيت:** لقد شُمِلت الدراسات مهما كانت مدتها أو طول فترة المتابعة فيها.
- **الوضعية:** إنَّ الدراسات لم تحدِّها الوضعية (مثلاً، البلد، أو الموقع المادي للعلاج).
- **تصميم الدراسة:** لقد اقتصرَت الدراسات المشمولة على التجارب الموجهة المتوازية المجموعات، والتجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية فردية أو عنقودية.

## فحص الشمول

قام مُراجِعان (قائد المشروع، وهو مُراجِعٌ منهجيٌّ ذو خبرة، والمدير المعاون السابق لمركز الممارسة المبنية على الأدلة في جنوب كاليفورنيا [Southern California Evidence-based Practice Center-EPC])، وباحتُتُّ مساعدٌ في مؤسسة RAND، لديه خبرةٌ في المراجعات المنهجية) بفحصٍ مستقلٍ لعناوين الاستشهادات التي تم استردادها ومُلخَّصاتها على أثر جلسةٍ إرشاديةٍ لضمان تفسيرٍ متشابهٍ لمعايير الشمول والاستبعاد.

استُحصِلَ على الاستشهادات التي حَكَمَ أحد المُراجِعِينَ أو كلاهما بأنها ذات أهليةٍ محتملةٍ على شكلٍ نصوصٍ كاملة. بعد ذلك، جرى فحص كل منشورٍ ذي نصٍّ كاملٍ مقابل معايير الشمول التي حددها مُراجِعان مستقلان للدراسات السابقة؛ لأغراض الملاءمة، شارك فريقان من مُراجِعِينَ مُدَرَّبِينَ. ولقد حُلَّ كل اختلافٍ عن طريق المناقشة ضمن فريق المراجعة. لقد تم توثيق تَدَفُّقِ الاستشهادات خلال هذه العملية في قاعدة بياناتٍ إلكترونية، وسُجِّلَت أسباب استبعاد المنشورات ذات النص الكامل.

لقد عُدَّت الدراسات التي أُجريت على نفس المشاركين دراسةً واحدةً بَعْضُ النظر عن عدد المنشورات التي قُدِّمَت فيها النتائج. إذا تم التعرف إلى منشوراتٍ متعددةٍ حول الدراسة نفسها، فإنَّ كل المنشورات حول الدراسات التي تستوفي معايير الشمول كانت تُراجَع لأغراض تلخيص البيانات.

## استخراج البيانات

قام كلٌّ من المُراجِعِينَ اللذين سبق ذكرهما بتلخيص البيانات المستقاة من الدراسات في قاعدة بياناتٍ إلكترونية. صُمِّمَت استمارات جمع البيانات من قِبَل قائد المشروع، مع مُدخَلاتٍ من فريق المشروع. نُقِدَّ المراجعون اختباراً إرشادياً لاستمارات جمع البيانات على بعض الدراسات المختارة عشوائياً، وعَدَّلوا الاستمارات بالشكل المناسب، وأجروا اختباراً إرشادياً أخيراً للاستمارات على خيارٍ عشوائيٍّ من ثلاث دراساتٍ مشمولة، من أجل ضمان توافق التفسير. قام أخصائيو الإحصاء الحيوي في مركز الممارسة المبنية على الأدلة (EPC) بتلخيص كل بيانات النتائج لضمان الدقة.

لُحِّصَت بياناتٌ مستقاةٌ من الدراسات بالنسبة للمعلومات التالية:

- **المشاركون:** الجنس، والسِّن، وتعاطي التبغ عند خط الأساس، والحالات المرضية المرافقة ذات الصلة بالوضع النفسي أو السلوكي، والحالات المرضية الصحية المرافقة
- **التدخلات:** محتوى جلسات تأمل اليقظة الذهنية، والجرعة (مدة التدخل، وجِدَّتُه، ووتيرته)، وأيِّ تدخلٍ مساعدٍ/تدخلاتٍ مساعدة
- **أدوات المقارنة:** نوع أداة المقارنة (مثلاً، الاستشارات، أو الاستعاضة عن النيكوتين، أو غير ذلك من الأدوية، أو غير ذلك من تدخلات الطب التكميلي والطب البديل، أو قائمة الانتظار)، والجرعة (الحِدَّة، والوتيرة، والمدة)
- **النتائج:** نقطة النهاية الأولية؛ أطول فترة متابعة؛ قياسات الامتناع عن التبغ، والحد من التعاطي، وحالات النَّوَق الشديد، وجودة الحياة في ما يتعلق بالصحة، والأحداث المضرة بالنسبة لكل نقطة قياسٍ زمنية؛ النطاق؛ وسيلة

القياس؛ ومقياس التعبير عن البيانات (مثلاً، المعدلات، والنسب)؛ والنتائج المقابلة (مثلاً، تقدير التأثير، والدقة)

- **التوقيت:** النقاط الزمنية لتقييم النتائج، وتوقيت التدخل
- **الوضعية:** المنطقة الجغرافية، والوضعية، والتدريب التدخلّي
- **تصميم الدراسة:** هدف الدراسة، ومعايير الشمول والاستبعاد، وحجم العينة، وما تم نقله من حسابات القوة، العناصر ذات الصلة بخطر الانحراف وتقدير الجودة.

لقد اعتمدنا على البيانات المنشورة؛ لم ندخل مخلصات المؤتمرات والأطروحات. لم يجز استفسار أي من المؤلفين أو الرعاة. استندت بيانات النتائج على تحليلات قصد المعالجة (intention-to-treat [ITT]) التي نُقلت في الدراسات المشمولة. في غياب بيانات قصد المعالجة، استخدمنا العدد المُعشى باعتبار العدد الكلي؛ في غياب العدد المُعشى، استخدمنا عدد المشاركين أثناء فترة المتابعة.

## خطر الانحراف وجودة الدراسة

قيّم المراجعان خطر الانحراف في الدراسات المشمولة باستخدام أداة كوكراين للتحقق من خطر الانحراف (Cochrane Risk of Bias) (هيجنز وآخرون [Higgins et al.]، 2011) ومعايير الجودة التي تستخدمها فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية (U.S. Preventive Services Task Force [USPSTF]) (فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية (U.S. Preventive Services Task Force [USPSTF]، 2008). لقد قيّم المراجعان، بالتحديد، مخاطر الانحراف المتعلقة بالمجالات التالية: توليد النتائج العشوائية (انحراف الاختيار)، وإخفاء التخصيص (انحراف الاختيار)، وتعمية المشاركين والجهات المزودة (انحراف الأداء)، وتعمية مُقيمي النتائج (انحراف الكشف)، ونقل بيانات النتائج (انحراف الإبلاء) بالكامل، والنقل الانتقائي للنتائج (انحراف النقل).

لقد تم تقييم انحرافاتٍ أخرى تتعلق بمعايير فريق عمل الخدمات الوقائية في الولايات المتحدة الأمريكية للصلاحيّة الداخلية في الدراسات المشمولة، وبالتحديد تلك المتعلقة بالتوزيع المتساوي ما بين مجموعات القيم الملتبسة المحتملة عند خط الأساس؛ النعابر أو التلوث ما بين المجموعات؛ قياس النتائج المتساوي، والموثوق، والصالح؛ التعريفات الواضحة للتدخلات؛ وتحليل قصد المعالجة (ITT). لقد استخدمت هذه المعايير لتصنيف جودة الدراسات الفردية المشمولة عن طريق استخدام المبادئ التوجيهية التالية (شولتر وآخرون [Schultz et al.]، 2010؛ فريق عمل الخدمات الوقائية في الولايات المتحدة الأمريكية [U.S Preventive Services Task Force]، 2008):

- **جيدة:** تُجمَع المجموعات القابلة للمقارنة في البداية وتُبقى على امتداد الدراسة تحت متابعةٍ لا تقل عن 80 في المئة؛ يُستخدَم القياس الموثوق والصالح ويُطبَّق بشكلٍ متساوٍ على كل المجموعات؛ يجري توصيف التدخلات بوضوح؛ يُنظر في كل النتائج المهمة؛ يُمنَح انتباهٌ ملائمٌ للقيم الملتبسة أثناء التحليل؛ يُستخدَم تحليل قصد المعالجة (ITT).
- **مقبولة:** توجد في الدراسة واحدة من القضايا التالية أو أكثر: توجد بعض أوجه الاختلاف، وإن لم تكن كبيرة، بين المجموعات أثناء فترة المتابعة؛ أدوات القياس مقبولة ولكنها ليست مثالية، وإن كانت تُطبَّق بشكلٍ متساوٍ عموماً؛ يُنظر في بعض النتائج المهمة لا جميعها؛ تُعلَّل بعض القيم الملتبسة في التحليلات لا جميعها. يجب إجراء تحليل قصد المعالجة (ITT).
- **ضعيفة:** يوجد في الدراسة واحدٌ من "العيوب المردية" التالية أو أكثر: المجموعات التي جُمِعت في البداية ليست قابلةً للمقارنة أو أنها لم تُبق تحت المتابعة على امتداد الدراسة؛ تُستخدَم قياسات غير موثوقةٍ أو غير صالحة، أو تُطبَّق بشكلٍ غير متساوٍ على امتداد المجموعات؛ لا تُمنَح القيم الملتبسة الرئيسية انتباهاً أو القليل منه فقط في التحليلات؛ لا يُستخدَم تحليل قصد المعالجة (ITT).

## توليف البيانات

كان الهدف الأولي لهذه المراجعة المنهجية هو التعرف إلى مسألة ما إذا كان تأمل البيقطة الذهنية بوصفه تدخلاً مؤدياً إلى التوقف عن تعاطي التبغ فعالاً وأمناً. كانت النتيجة الأولية هي التوقف عن التدخين أو تعاطي التبغ؛ تشمل إجراءات التوقف الشائعة الاستخدام الامتناع لسبعة أيام.

حيث توفرت بيانات كافية وكانت التغيرات السريرية مقبولة، أجرينا مراجعة تحليلية للدراسات من أجل تجميع النتائج على امتداد الدراسات المشمولة بغية الحصول على النتائج التي تستحق الاهتمام. تم التعبير عن التغيرات بمربع حرف  $I^2$  (التغيرات التربيعي). لقد استخدمنا طريقة هارتنغ-ناب-سيديك-جونكمان (Hartung-Knapp-Sidik-Jonkman) في مراجعتنا التحليلية للدراسات في ما يتعلق بنماذج التأثيرات العشوائية (random-effects models) (هارتونغ [Hartung]، 1999؛ هارتونغ وناب [Hartung and Knapp]، 2001؛ سيديك وجونكمان [Sidik and Jonkman]، 2006). قد تُفضّل هذه المقاربة عندما يكون عدد الدراسات المُجمّعة قليلاً، وعندما توجد أدلة على التغيرات (إنتهات، يونانيديس، وبورم [IntHout, Ioannidis, and Borm]، 2014). لقد بيّن أنّ معدلات الخطأ تكون أصعب من طريقة در سيمونيان وليرد (DerSimonian and Laird method) التي استُخدمت سابقاً (سانشيز-ميكا ومارين-مارتينيز [Sanchez-Meca and Marin-Martinez]، 2008). لُخصت المتغيرات القطعية على شكل نسبٍ للأرجحية (odd ratios [ORs])، مضافةً إلى نطاقات الثقة (confidence intervals [CIs]) لديها وبالغلة 95 في المئة. ولُخص عدد السجائر التي يتم تدخينها على شكل متوسط الفروقات الموزونة (weighted mean differences [WMDs]). لقد تم تلخيص الأحداث المضرة؛ لكن ما وُجدَ منها كان أقل مما يكفي لإجراء تحليلٍ كميّ.

## جودة الأدلة

لقد تم تقييم جودة الأدلة بالنسبة للنتائج الرئيسية باستخدام مقاربة درجات التوصية، والتقدير، والتطوير، والتقييم (أو غرايد) (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation [GRADE]) (بالشم وآخرون [Balshem et al.]، 2011). بالتحديد، قُيّم متن الأدلة استناداً إلى الأبعاد التالية: محدوديات الدراسة (متدنية، أو متوسطة، أو مرتفعة)، والاتساق (متسقة، أو غير متسقة، أو غير معلومة)، والمباشرة (مباشرة أو غير مباشرة)، والدقة (دقيقة أو غير دقيقة) (إغر وآخرون [Egger et al.]، 1997). لقد جرى الحطّ من جودة متن الأدلة في الحالات التي كانت النتائج فيها مستندةً بشكلٍ أوليٍّ إلى دراساتٍ فيها محدودياتٍ كبيرة؛ وعندما جاءت النتائج غير متسقةً على امتداد الدراسات الفردية، بوجود تغيريةٍ كبيرةٍ في التحليلات المُجمّعة؛ عندما كانت النتيجة مستندةً إلى دراسةٍ واحدةٍ فحسب دون تكرارٍ في دراسةٍ بحثيةٍ مستقلة؛ عندما كانت الخلاصات مستندةً إلى أدلةٍ غير مباشرةٍ (مثلاً، التأثيرات مستندةً إلى تحليلاتٍ للمجموعات الفرعية أو إلى تحليلات انحدارٍ توضيحيةٍ في غياب مقارناتٍ مباشرة)؛ وعندما كانت النتائج المُجمّعة عبارةً عن تقديراتٍ غير دقيقةٍ لتأثير العلاج مع نطاقات ثقةٍ واسعةٍ تخترق أحجام التأثيرات بخلاصاتٍ سريريةٍ مختلفة.

لقد تم تصنيف جودة الأدلة بحسب سلّم من أربعة عناصر:

- **مرتفع** يشير إلى أنّ مؤلّفي المراجعة واثقان جداً بشأن أنّ تقدير التأثير يقع قريباً من التأثير الحقيقي بالنسبة لنتيجة ما، إذ يكون متن الأدلة محتوياً على القليل من النقائص أو خالياً منها. نظراً لذلك، يعتقد المراجعان بأنّ النتائج المستخلصة مستقرة. بالتالي، من غير المرجح أن تغيّر الأبحاث الإضافية الثقة في تقدير التأثير.
- **معتدل** يشير إلى أنّ مؤلّفي المراجعة واثقان بشكلٍ معتدلٍ بشأن أنّ تقدير التأثير يقع قريباً من التأثير الحقيقي بالنسبة لنتيجة ما، إذ يحتوي متن الأدلة على بعض النقائص. بالتالي، يعتقد المراجعان أنّ النتائج المستخلصة يرجح أن تكون مستقرة، ولكنّ أبحاثاً إضافية قد تغيّر الثقة في تقدير التأثير وقد تغيّر حتى التقدير نفسه.

- **متدني** يشير إلى أن مؤلّفِي المراجعة يملكان ثقةً محدودةً بشأن وقوع تقدير التأثير قريباً من التأثير الحقيقيّ بالنسبة لنتيجةٍ ما، إذ يكون متن الأدلة محتوياً على نقائصٍ كبيرةٍ أو عديدةٍ (أو كلاهما). بالتالي، يعتقد المُراجعان أنّ ثمة حاجةً لأدلةٍ إضافيةٍ قبل الخلوص إلى أنّ النتائج المستخلصة مستقرةٌ أو أنّ تقدير التأثير يقع قريباً من التأثير الحقيقيّ.
- **متدنٍ جداً** يشير إلى أنّ ثقة مؤلّفِي المراجعة بشأن وقوع تقدير التأثير قريباً من التأثير الحقيقيّ بالنسبة لنتيجةٍ ما ضئيلةٌ جداً، إذ يحتوي متن الأدلة على نقائصٍ كبيرة. بهذا الشكل، يرجح أن يكون التأثير الحقيقيّ مختلفاً إلى حدٍّ كبيرٍ عن التأثير المُقدَّر؛ بالتالي، يكون اليقين منعماً بشأن أيّ تقديرٍ للتأثير.

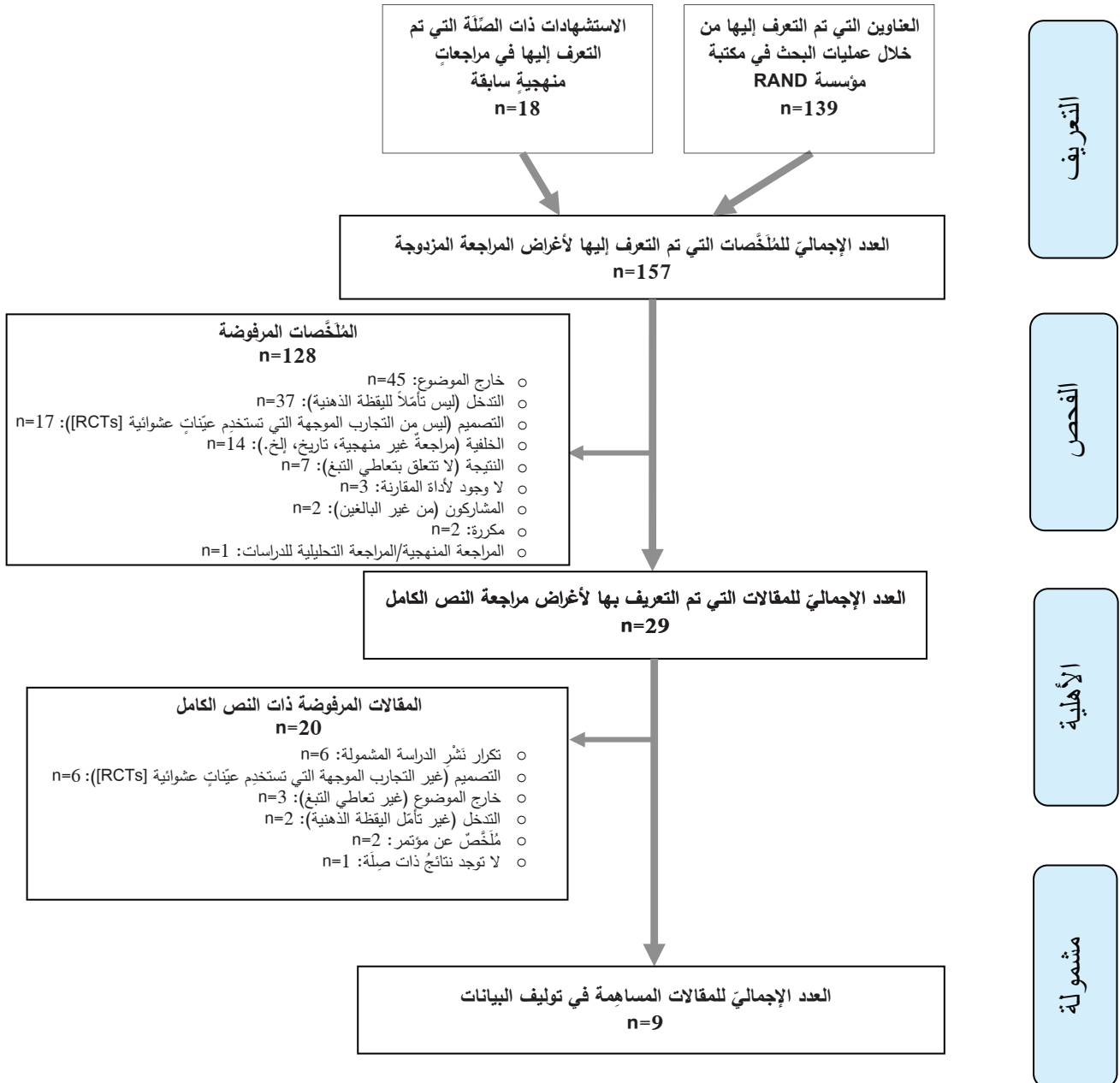




نتائج عملية البحث

لقد تعرّفنا إلى 157 استشهاده من خلال عملية البحث والتقيب عن الأدلة التي أجرينها على الدراسات المشمولة والمراجعات المنهجية السابقة في قاعدة البيانات الإلكترونية، في ما يتعلق بتعاطي التبغ (راجع الشكل رقم 3.1).

الشكل رقم 3.1 الرسم البياني للتدفق



لقد استُحصِلت النصوص الكاملة لتسعة وعشرين استشهادهً عُرِفَتْ على أنها محتملة الأهلية من قِبَل مراجعَيْن مستقلَّين. في المجموع، استُبعِدَتْ 20 مقالةً في مرحلة النص الكامل لأنها لم تَسْتَوِفِ معايير الأهلية. لم تَنقُلْ ثلاثٌ من هذه نتائج تعاطي التبغ. واستخدمت اثنتان أخريان تدخلًا لم يَسْتَوِفِ تعريفنا بتأمل اليقظة الذهنية. لم تكن ستةٌ من الدراسات المستبعدة من نوع التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs). وكانت اثنتان من الدراسات مُلخَّصاتٍ عن مؤتمرات، بينما كانت ستةٌ منها منشوراتٍ مكررةً لدراساتٍ مشمولة. لقد استُبعِدَتْ إحدى الدراسات لخلوها من النتائج ذات الصلّة (نقلت ما يتعلق بالتوقُّ الشديد وقصد الإقلاع فحسب). يعرض الملحق B قائمةً بالمنشورات المُستبعدة مع أسباب الاستبعاد. استوفت تسعٌ من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائيةً معايير الشمول؛ تفاصيل هذه الدراسات معروضةً في الجدول رقم 3.1.

### الجدول رقم 3.1 قاعدة أدلة الأسئلة الرئيسية

السؤال الرئيسي	عدد التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)
1 ما هي فعالية تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها، بوصفها علاجاً مساعداً أو علاجاً أحادياً، بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الحد منه مقارنةً بالعلاج كالمعتاد (as usual [TAU])، أو علاج قوائم الانتظار (Waitlists)، أو لا علاج، أو غير ذلك من أنواع العلاج النشط؟	9 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) مع أدوات المقارنة التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>2 برنامج التحرر من التدخين (Freedom from Smoking) التابع للجمعية الأمريكية للرئة (American Lung Association)</li> <li>1 التعرض الإلماعي الخالي من التعليمات</li> <li>1 التعرض الإلماعي المترافق مع كبح الحاجة الملحة</li> <li>1 استشارات كوتلاين (quitline) عبر الهاتف للإقلاع عن التدخين</li> <li>1 التعلّم التفاعلي للمدخنين</li> <li>1 تزييف التأمل</li> <li>1 التدريب على الاسترخاء</li> <li>1 العلاج كالمعتاد (treatment as usual [TAU]) المتناسب</li> </ul>
1a هل يتغيّر التأثير بحسب نوع تدخّل تأمل اليقظة الذهنية؟	3 التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) 2 تدخّلاتٌ وجيزةٌ لليقظة الذهنية 4 تدخّلاتٌ أخرى تتعلق باليقظة الذهنية
1b هل يختلف التأثير حين يُقدّم التدخّل على هيئة علاجٍ مساعدٍ بدلاً من علاجٍ أحادي؟	2 علاجٌ مساعدٌ مع الاستعاضة عن النيكوتين 5 علاجٌ أحادي 2 غير واضح
1c هل يتغيّر التأثير بحسب مدة تأمل اليقظة الذهنية ووتيرته (أي تأثير الجرعة)؟	9 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، تتراوح مدتها بين يومٍ واحد و 8 أسابيع 1 ذات وتيرةٍ متدنية (> ساعة واحدة في الأسبوع) 4 ذات وتيرةٍ متوسطة (1-4 ساعات في الأسبوع) 4 ذات وتيرةٍ عالية (< 4 ساعات في الأسبوع)

## توصيف الدراسات المشمولة

### التصميم

لقد قامت كل التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) بتوزيع المشاركين الفرديين بشكلٍ عشوائي، بدلاً من كتل المشاركين. في المُجمَل، أفرِدت الدراسات 780 مشاركاً؛ وتراوح حجم العينة من 27 إلى 196 مشاركاً. لم تَنقُلْ أيٌّ من الدراسات حساباً مسبقاً للقوة تحقّق فيه حجم العينة المُستهدف؛ لم تَنقُلْ أربعٌ من الدراسات أيّ معلوماتٍ حول حسابٍ للقوة، بينما كانت خمسٌ من الدراسات عبارةً عن دراساتٍ "إرشادية" لم تُلاحَظ فيها قوة كافية.

## الوضعية

لقد أُجريت كل الدراسات في أمريكا الشمالية. ولقد قُدِّمَ تدخل اليقظة الذهنية عن بُعد في إحدى الدراسات، عبر جهاز المساعد الرقمي الشخصي (روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015). قُدِّمَت أربع من الدراسات تدخل اليقظة الذهنية في وضعية العلاج الخارجي (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013؛ ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.]، 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b؛ تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner]، 2013). في أربع من الدراسات، لم يكن مكان تقديم التدخل واضحاً (بُورن ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009؛ بُرور وآخرون [Brewer et al.]، 2011؛ روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony]، 2011a؛ سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014).

## المشاركون

تُرَواَحَ متوسط سِنَّ المشاركين من 21.46 (الانحراف المعياري [standard deviation SD] 3.08) إلى 45.9 (الانحراف المعياري [SD] 10.2) سنوات. شَمَلَت كل الدراسات مشاركين من الذكور والإناث على حدٍ سواء. تَرَواَحَت نسبة الذكور من 50 إلى 80 في المئة. لم تَنْقَل سوى اثنتي من الدراسات حالات مَرَضِيَّة صحبِيَّة مرافقة، أو مجموعاتٍ خاصة. كانت إحداهما دراسةً عن الشباب الذين يُفِرطون في شرب المُسكِرات (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013). في الدراسة الأخرى، كان المشاركون مصابين بإعاقةٍ ذهنيةٍ طفيفة (سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014).

## التدخلات

تُرَواَحَت المدة الإجمالية للعلاج بواسطة أحد تدخلات اليقظة الذهنية من يومٍ واحدٍ إلى ثمانية أسابيع. شَمَلَت التدخلات ثلاث دراساتٍ تُستخدِم التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013؛ ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.]، 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b). احتَوَت اثنتان من الدراسات على تَدَخُّلاتٍ وجيزةٍ لليقظة الذهنية (بُورن ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015) تمَّ توصيفها باعتبارها ممارسةً وجيزةً لليقظة الذهنية وتعليماتٍ وجيزةً تستند إلى اليقظة الذهنية، على التوالي. استخدِمَت إحدى الدراسات التدريب التكاملي الجسدي-العقلي (تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner]، 2013). وَصَفَت ثلاث من الدراسات تَدَخُّلاتها باعتبارها تدريباً على اليقظة الذهنية، وتأملاً لليقظة الذهنية، وبرنامجاً للتوقف عن التدخين يستند إلى حالة اليقظة الذهنية (بُرور وآخرون [Brewer et al.]، 2011؛ روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony]، 2011a؛ سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014). وفُرَّت خمس من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) تَدَخُّل اليقظة الذهنية باعتباره علاجاً أحادياً (بُورن ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009؛ ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015؛ سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014؛ تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner]، 2013). واستخدِمَت اثنتان من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائيةً أحد تَدَخُّلات اليقظة الذهنية باعتباره علاجاً مساعداً، وحددنا أنّ كل المشاركين تلقوا هذا العلاج بالإضافة إلى الاستعاضة عن النيكوتين (ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.]، 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b). كانت اثنتان من الدراسات غير واضحتين بشأن ما إذا كان تَدَخُّل اليقظة الذهنية علاجاً أحادياً أو علاجاً مساعداً (بُرور وآخرون [Brewer et al.]، 2011؛ سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014).

## أدوات المقارنة

قارنت اثنتان من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) بين أحد تدخّلات اليقظة الذهنية وبين برنامج التحرر من التدخين (Freedom from Smoking [FFS]) التابع للجمعية الأمريكية للرئة (American Lung Association) (برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b). في إحدى هاتين التجريبتين، زُوِدَت كِلا مجموعتي اليقظة الذهنية والتحرر من التدخين بالاستعاضة عن النيكوتين (ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b). وقارنت أربع من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية بين تأمل اليقظة الذهنية وبين تدخّل بديل، شَمَلَ الاستشارات عبر الهاتف (بالإضافة إلى الاستعاضة عن النيكوتين)، والتعلّم التفاعلي للمدخنين، والتدريب على الاسترخاء، واستراتيجيات الكبح (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013؛ ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.]، 2014a؛ روجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony]، 2011a؛ تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner]، 2013). استخدّمت ثلاث من الدراسات أدوات مقارنة تتوّعت في أوساط المشاركين، ولم توفر تدخّلاً علاجياً، وشمّلت تزييف التأمل، والتدخّل السلبي (لا تعليمات)، والعلاج كالمعتاد (TAU)، وقد تشمل الاستشارات أو الاستعاضة عن النيكوتين (بؤون ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015؛ سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014).

## خطر الانحراف وجودة الدراسة بالنسبة للدراسات الفردية المشمولة

يمكن العثور على خطر الانحراف وجودة الدراسة بالنسبة لكلّ من الدراسات المشمولة في الجدول رقم 3.2. لم تتل أيّ دراسةً تقديراً للجودة من نوع "حسن". حُكِمَ بأنّ أربعاً من الدراسات هي ذات جودة مقبولة، نظراً لغياب تعمية المشاركين (participant blinding) وعدم الوضوح بشأن إخفاء التخصيص (concealment of allocation) في المقام الأول (برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011) وتعمية تقييم النتائج (blinding of outcome assessment) (برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011؛ ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.]، 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b؛ سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014). الدراسات الخمس الأخرى حُكِمَ بأنها ذات جودة ضعيفة. كانت نسبة المتابعة في إحدى الدراسات أقل من 80 في المئة (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013). حُكِمَ بأنّ أربعاً من الدراسات هي ذات جودة ضعيفة نظراً لاحتمال النقل الانتقائي للنتائج في المقام الأول (بؤون ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009؛ روجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony]، 2011a؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015؛ تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner]، 2013)، بالإضافة إلى المنهجية غير الواضحة.

**توليد التتاليات العشوائية.** كان انحراف الاختيار في خمس من الدراسات غير واضح لأنها لم تتقلّ طريقته في توليد التتاليات العشوائية؛ نقلت أربع دراساتٍ غيرها طرُقاً كافيةً في توليد التتاليات العشوائية (مثلاً، المؤلّد العشوائي المحوسب). إخفاء التخصيص. لم تتقلّ أيّ دراسةً طريقةً في إخفاء التخصيص.

**تعمية المشاركين والجهات المزودة.** إنّ تعمية المشاركين عن التدخّلات السلوكية صعبٌ للغاية. لقد اعتبرت ثمان من الدراسات عالية الخطورة بسبب غياب تعمية المشاركين. كانت واحدة من الدراسات ذات خطر انحرافٍ متدنٍّ، إذ نقل المشاركون في كِلا المجموعتين عدم معرفتهم بما إذا كانوا في المجموعة المرجعية أو مجموعة التدخّل أثناء فترة المتابعة. استخدّمت هذه الدراسة مجموعةً مرجعيةً نشطة (علاج الكبح).

**تعمية مُقيمي النتائج.** كان خطر انحراف الكشف في ثمان من الدراسات غير واضح، لأنها لم تتقلّ ما إذا كانت قد جرّت تعمية مُقيمي النتائج عن أحوال المشاركين في التدخّلات. كانت واحدة من الدراسات ذات خطر انحرافٍ متدنٍّ، إذ أشار

المؤلفون بوضوحٍ إلى أنّ مُقيّمِي النتائج كانت قد جَرَت تعميّتهم عن تخصيص التّدخّل. **بيانات النتائج.** كان خطر انحراف الإبلاء في سِتِّ من الدراسات متدنياً، وكان عالياً في إحداهما، بينما كان غير واضحٍ في اثنتين منها.

**النّقل الانتقائي للنتائج.** كان خطر انحراف النقل في أربعٍ من الدراسات متدنياً. وكان خطر الانحراف غير واضحٍ في إحداهما. وتم تحديد أنّ خطر انحراف النقل عالٍ في أربعٍ من الدراسات، إذ لم يُنقل شيءٌ عن التوقف، وإن كانت إحدى هذه قد صرّحت بوضوحٍ أنّ التوقف ليس هو الهدف.

**غير ذلك.** نقلت ثلاثٌ من الدراسات توزيعاً غير متساوٍ ما بين المجموعات للقيم الملتبسة المحتملة عند خط الأساس، بينما كان التوزيع متساوياً في سِتِّ من الدراسات. لم تكن هناك دراساتٌ تعابريّة؛ وفي إحدى الدراسات، قد يكون حصّل تلوثٍ عبر العلاجات. لقد استخدّمت كل الدراسات قياساتٍ للنتائج مُحَقَّقة الصلاحية. وُجِدَت في إحدى الدراسات مشاكلٌ تتعلق بالتعريفات الواضحة للتّدخّلات. وتم التعرف إلى أنّ إحدى الدراسات تعاني من مشاكلٍ في التحليل المناسب لقصد المعالجة (ITT) في ما يتعلق بالنتائج التي تكون البيانات فيها مفقودة، بينما كانت اثنتان من الدراسات غير واضحتين بشأن تحليل قصد المعالجة.

الجدول رقم 3.2 جودة الدراسة/خطر الانحراف في الدراسات الفردية المشمولة

انحرافات أخرى												
توليد التتاليات العشوائية (انحراف الاختيار)	إخفاء التخصيص (انحراف الاختيار)	تعمية المشاركين والموظفين (انحراف الأداء)	تعمية مُقيمي النتائج (انحراف الكشف)	الكمال في نقل بيانات النتائج (انحراف الإبلاء)	النقل الانتقائي للنتائج (انحراف النقل)	الالتباس عند خط الأساس	تلوث مجموعات العلاج	قياس للننتائج موثوقٌ وصالح	تعريفات غير واضحة للعلاج	تحليل قصد المعالجة (ITT)	فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية (USPSTF)	تقديرات الجودة التي تستخدمها
هوية الدراسة	غير واضح	مرتفع	غير واضح	مرتفع	مرتفع	كلا	كلا	نعم	كلا	غير واضح	ضعيف	
بُيون ومارلات (Bowen and Marlatt)، 2009	غير واضح	مرتفع	غير واضح	مرتفع	مرتفع	كلا	كلا	نعم	كلا	غير واضح	ضعيف	
برور وآخرون (Brewer et al.)، 2011	متدني	مرتفع	متدني	متدني	متدني	كلا	كلا	نعم	كلا	نعم	مقبول	
ديفيس، ميلز، وآخرون (Davis, Mills, et al.)، 2013	متدني	مرتفع	غير واضح	مرتفع	متدني	كلا	كلا	نعم	كلا	نعم	ضعيف	
ديفيس، غولديرغ، وآخرون (Davis, Golgberg, et al.)، 2014a	غير واضح	مرتفع	غير واضح	مرتفع	متدني	كلا	كلا	نعم	كلا	نعم	مقبول	
ديفيس، مانلي، وآخرون (Davis, Manley, et al.)، 2014b	متدني	مرتفع	غير واضح	مرتفع	متدني	نعم	كلا	نعم	كلا	نعم	مقبول	
روغوجانسكي، فينيز، وأنتوني (Rogojanski, Vettese, and Antony)، 2011a	غير واضح	مرتفع	غير واضح	مرتفع	مرتفع	كلا	كلا	نعم	كلا	غير واضح	ضعيف	
روشو وآخرون (Ruscio et al.)، 2015	غير واضح	متدني	غير واضح	متدني	مرتفع	نعم	كلا	نعم	كلا	كلا	ضعيف	
سينغ وآخرون (Singh et al.)، 2014	متدني	مرتفع	غير واضح	متدني	غير واضح	كلا	غير واضح	نعم	نعم	نعم	مقبول	
تانغ، تانغ، وبوزنر (Tang, Tang, and Posner)، 2013	غير واضح	مرتفع	غير واضح	مرتفع	مرتفع	نعم	كلا	نعم	كلا	نعم	ضعيف	

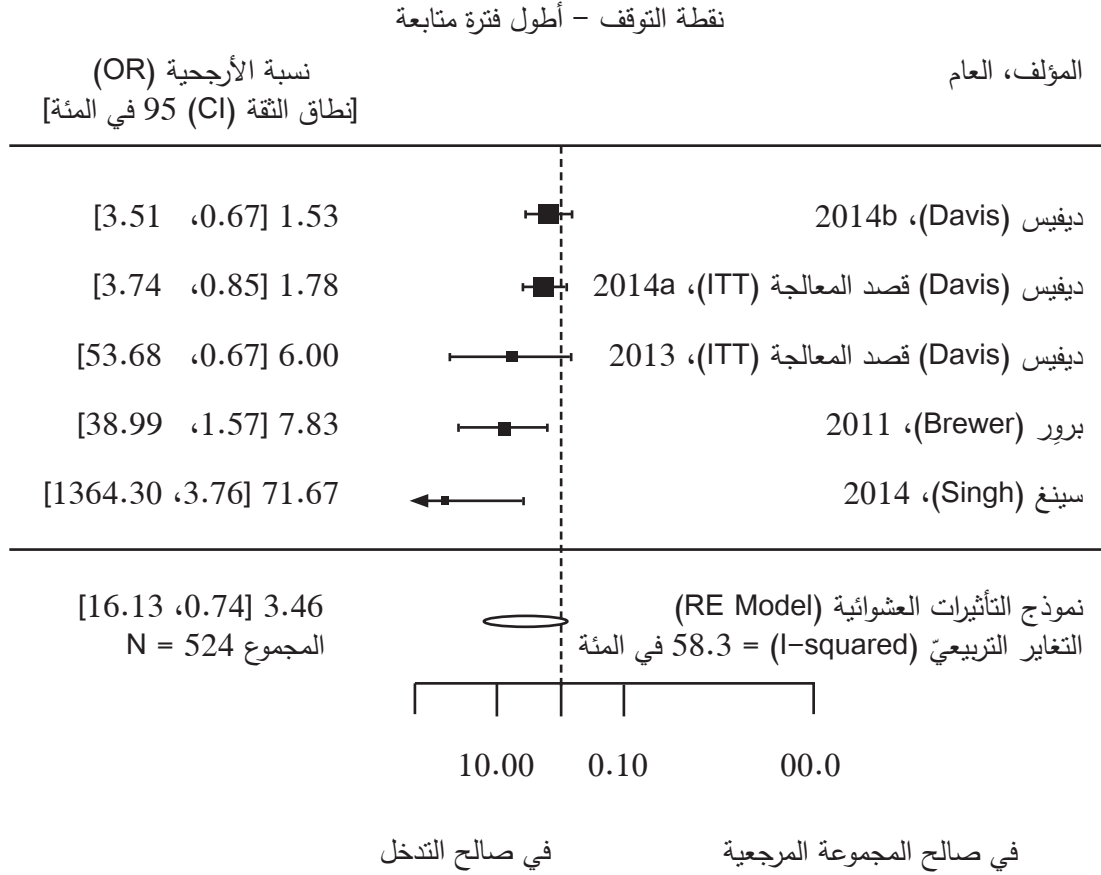
السؤال الرئيسي رقم 1: ما هي فعالية تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها، بوصفها علاجاً مساعداً أو علاجاً أحادياً، بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الحد منه مقارنةً بالعلاج كالمعتاد (treatment as usual [TAU])، أو علاج قوائم الانتظار (Waitlists)، أو لا علاج، أو غير ذلك من أنواع العلاج النشط؟

## التوقف عن التدخين

نقلّت خمسٌ من التجارب التسع الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) المشمولة نتائج تتعلق بالتوقف عن التدخين. نقلّت أربعٌ منها انتشاراً للامتناع عن تعاطي التبغ عند نقطةٍ زمنيةٍ هي اليوم السابع في كل ذراعٍ من الدراسة، وهو أمرٌ تمّ التحقق منه بواسطة قياس أول أكسيد الكربون (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.], 2013؛ ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b). وقد اعتمدت الدراسة الأخرى، (سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014) على الإبلاغ الذاتي من قبل المشارك. درّست ثلاثٌ من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.], 2013؛ ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b)، فدرّست إحداها تدريباً على اليقظة الذهنية جرى تكييفه من دليل ميدانيّ حول إدمان المخدرات (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011)، ودرّست أخرى برنامجاً مستنداً إلى القصد، والملاحظة اليقظة للأفكار، والتأمل في بواطن الأقدام (سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014). كانت أدوات المقارنة هي برنامج التحرر من التدخين (FFS) (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b)، واستشارات كوتلاين (quitline) للإقلاع عن التدخين (ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a)، والتعلّم التفاعلي للمدخنين (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.], 2013)، والعلاج كالمعتاد (TAU) (سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014). تراوحت مدد فترات المتابعة من أسبوعين إلى 40 أسبوعاً. ومع أنّ اثنتين من الدراسات وجدّتا أنّ معدل الامتناع لدى المشاركين في تدخلات اليقظة الذهنية أعلى بشكلٍ كبيرٍ أثناء فترة المتابعة مما هو في مجموعات أدوات المقارنة، إلا إنّ الآخرين لم ينقلوا تأثيراً مهماً من الناحية الإحصائية، بينما اختلفت نطاقات الثقة اختلافاً واسعاً في ما بين الدراسات (راجع الشكل رقم 3.2).

يشير التحليل المجمع إلى أنّ الاختلاف في معدلات التوقف لم يكن مهماً من الناحية الإحصائية، مع أنّ الاتجاه كان في صالح تأمل اليقظة الذهنية الذي تفوّق على أدوات المقارنة (نسبة الأرجحية [OR] 3.64؛ نطاق الثقة [CI] 0.74، 16.13؛ 5 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التغيرات التريبيعيّ [I<sup>2</sup>] 58 في المئة). كسّف التحليل عن تغايريةٍ معتدلة. أجرينا تحليلاً للحساسية استبعد منه سينغ وآخرون (Singh et al.) (2014)، إذ كان المشاركون في تلك الدراسة مصابين بإعاقاتٍ ذهنيةٍ طفيفة. بيّنت النتائج أيضاً عدم وجود اختلافٍ مهمٍّ في معدلات التوقف (نسبة الأرجحية [OR] 2.12؛ نطاق الثقة [CI] 0.37، 12.19؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التغيرات التريبيعيّ [I<sup>2</sup>] 39 في المئة)، مع معدلات ثقةٍ أدقّ، وتأثيرٍ أصغر، وتغايريةٍ أقل.

### الشكل رقم 3.2 التوقف عن التدخين، أطول فترة متابعة



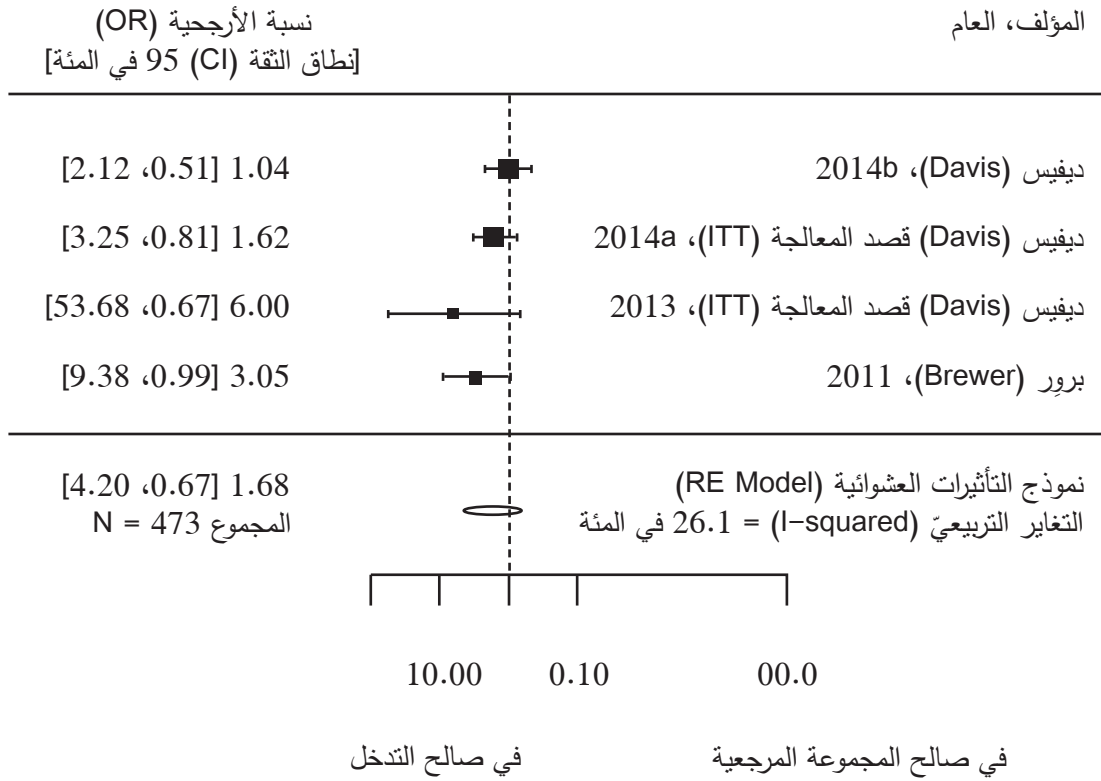
### التوقف عن التدخين: المدى القصير

من أجل تحديد الاختلاف بين تأثيرات المدى القصير والطويل لتأمل اليقظة الذهنية، جَمَعْنَا النتائج أثناء فترات المتابعة الأقرب إلى أربعة أسابيع، ثم أثناء المتابعة على المدى الطويل (<أربع أسابيع>). قامت ثلاث تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) وتتداول التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) أجرتها نفس المجموعة البحثية (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.], 2013؛ ديفيس، غولدبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b) بقياس نقطة انتشار الامتناع عند اليوم السابع أثناء فترة متابعة من أربعة أسابيع، بينما قامت تجربة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية، معنيةً بالتدريب الذي جرى تكييفه من دليل ميداني لتأمل اليقظة الذهنية في حالة إدمان المخدرات، بقياس الأمر نفسه أثناء أسبوعين (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011). تَحَقَّقَت الدراسات الأربع بأجمعها من التوقف بيولوجياً. كانت أدوات المقارنة هي برنامج التحرر من التدخين (FFS) (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b)، واستشارات كوتلاين (quitline) للإقلاع عن التدخين (ديفيس، غولدبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a)، والتعلّم التفاعلي للمدخنين (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.], 2013). يبيّن الشكل رقم 3.3 النتائج؛ أظهر التحليل المُجمَع أنّ الاختلاف في معدلات التوقف بين المشاركين في تأمل اليقظة الذهنية والمشاركين في مجموعات المقارنة لم يكن مهماً من الناحية الإحصائية (نسبة الأرجحية [OR] 1.68؛ نطاق الثقة [CI] 0.67, 4.20؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التغاير التربيعي [I<sup>2</sup>] 26 في المئة). لم يُكشَف إلا عن تغايرية ضئيلة.



الشكل رقم 3.3 التوقف عن التدخين، المدى القصير

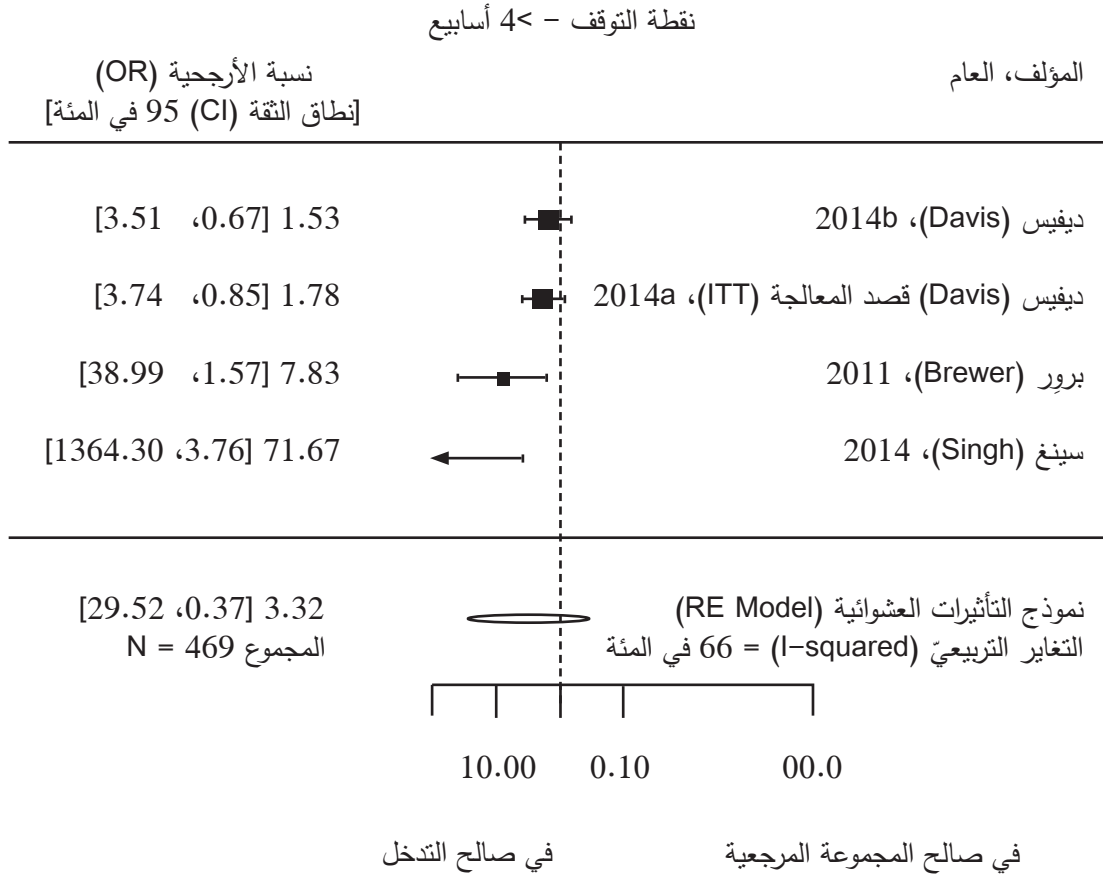
نقطة التوقف - 0-4 أسابيع



التوقف عن التدخين: المدى الطويل

تابعت أربع من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (RCTs)، والتي نقلت توقفاً عن التدخين، المشاركين في الدراسة لأكثر من أربعة أسابيع (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ ديفيس، غولديبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b؛ سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014)؛ كانت أدوات المقارنة هي برنامج التحرر من التدخين (FFS) (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b)، واستشارات كوتلاين (quitline) للإقلاع عن التدخين (ديفيس، غولديبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a)، والعلاج كالمعتاد (TAU) (سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014). درّست اثنتان من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية التدريب على اليقظة الذهنية للمدخين (MTS) (ديفيس، غولديبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b)، ودرّست واحدة تدخل التدريب الذي جرى تكييفه من دليل ميداني لتأمل اليقظة الذهنية في حالة إدمان المخدرات (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011)، وواحدة درّست برنامجاً مستنداً إلى القصد، والملاحظة اليقظة للأفكار، والتأمل في مواطن الأقدام (سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014). يقدم الشكل رقم 3.4 بيانات من أطول فترة متابعة (النطاق: 17-40 أسبوعاً). في اثنتين من الدراسات، كانت معدلات التوقف عن التدخين في مجموعات تأمل اليقظة الذهنية أعلى كثيراً مما هي في مجموعات المقارنة؛ لكن نطاقات الثقة كانت واسعة جداً. في التحليل المُجمَع، لم تكن أوجه الاختلاف في معدلات التوقف عن التدخين بين مجموعات تدخل اليقظة الذهنية ومجموعات المقارنة مهمة من الناحية الإحصائية (نسبة الأرجحية [OR] 3.32؛ نطاق الثقة [CI] 0.37، 29.52؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCTs]؛ التغاير التربيعي [I<sup>2</sup>] 66 في المئة). تم الكشف عن

الشكل رقم 3.4 التوقف عن التدخين: المدى الطويل

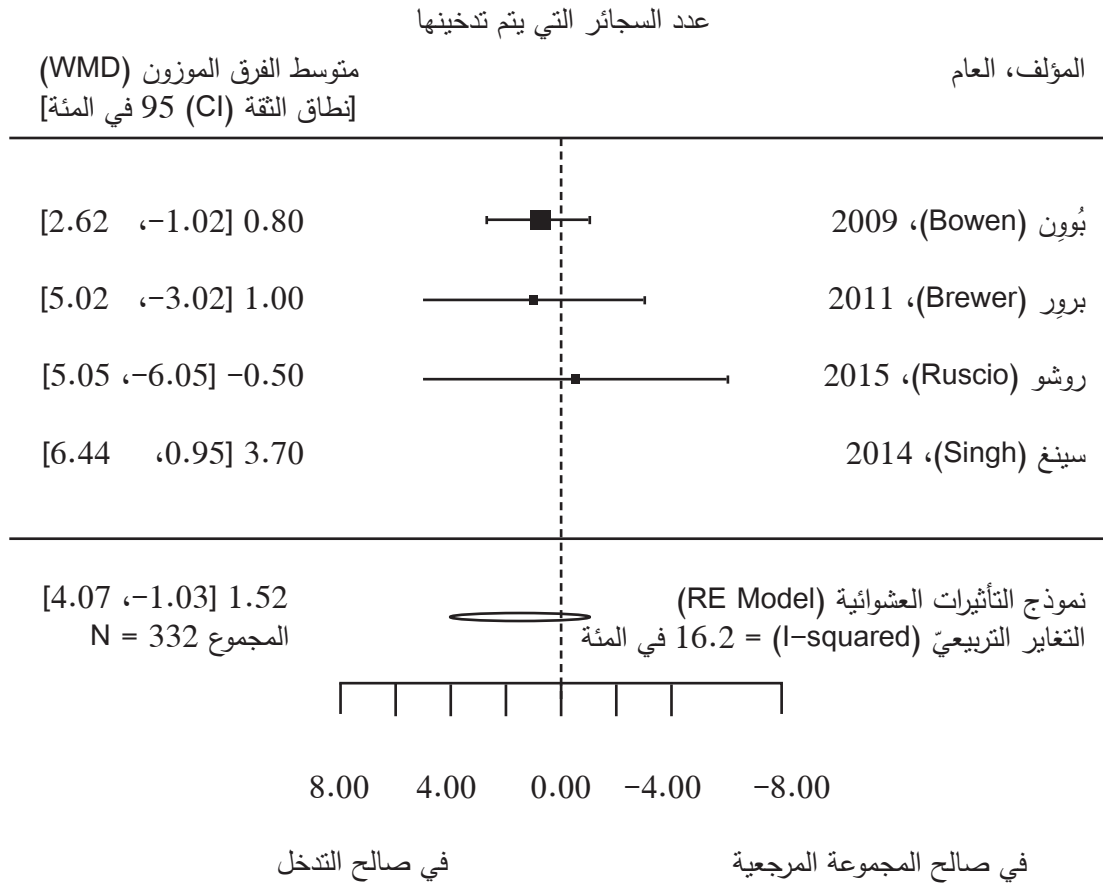


تغايرية كبيرة. كذلك عندما استُبعد سينغ وآخرون (Singh et al.) (2014) نظراً للتغايرية في المجموعة (إعاقة ذهنية طفيفة)، لم تكن النتائج مهمة من الناحية الإحصائية (نسبة الأرجحية [OR] 2.29؛ نطاق الثقة [CI] 0.74، 7.07؛ 3 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCTs]؛ التغاير التربيعي [I<sup>2</sup>] 29 في المئة)؛ انخفضت التغايرية بشكل كبير.

الحد من التعاطي: عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم

نقلت أربع من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (RCTs) انخفاضاً في تعاطي التبغ قيس بعدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009؛ برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015؛ سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014). شملت التدخلات تلقين اليقظة الذهنية الوجيز (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009)، وتدريباً على اليقظة الذهنية جرى تكييفه من دليل ميداني حول إدمان المخدرات (برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011)، وممارسة وجيزة في اليقظة الذهنية (روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015)، وبرنامجاً مستنداً إلى القصد، والملاحظة اليقظة للأفكار، والتأمل في بواطن الأقدام (سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014). كانت أدوات المقارنة هي برنامج التحرر من التدخين (FFS) (برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011)، والتعرض الإلماعي الخالي من التعليمات (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009)، وتزييف التأمل (روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015)، والعلاج كالمعتاد (TAU) (سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014). بالإجمال، لم يكن الاختلاف في عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم بين مشاركي اليقظة الذهنية ومشاركي مجموعة المقارنة مهماً من الناحية

الشكل رقم 3.5 عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم



الإحصائية (متوسط الفرق الموزون [WMD] 1.52؛ نطاق الثقة [CI] -1.03، 4.07؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التغاير التربيعي [I<sup>2</sup>] 16 في المئة)، كما هو مُبيّن في الشكل رقم 3.5 التغايرية التي تم الكشف عنها كانت ضئيلة. لقد نتج عن استبعاد سينغ وآخرون (Singh et al.) (2014) نطاقات ثقة أدق، وتأثير أقلّ ظلّ غير مهمّ من الناحية الإحصائية (متوسط الفرق الموزون [WMD] 0.11؛ نطاق الثقة [CI] -0.14، 0.37؛ 3 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs]؛ التغاير التربيعي [I<sup>2</sup>] 0 في المئة).

متوسط عدد أيام الامتناع

نقلّت إحدى الدراسات قياساً مستمراً للامتناع عن التدخين عن طريق جمع البيانات بشأن عدد الأيام التي حصل فيها تدخينٌ خلال الأسبوعين الأولين، إذ صرّح المؤلفون أنّ هذا الأمر تبيّن أنه يرتبط ارتباطاً حسناً بنتائج التوقف عن التدخين لمدة ستة أشهر (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013). جرى توزيع المدخنين الذين تروحت أعمارهم بين 18 و29 عاماً، مع فترات منتظمة من الإفراط في شرب المُسكرات، بشكلٍ عشوائي، إما إلى التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) أو التعلّم التفاعلي للمدخنين. بيّنت اختبارات تي (t-test) المستقلة للمقارنة بين متوسطين أن عدد أيام الامتناع عن التدخين في الأسبوعين الأولين لدى المشاركين في التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين كان أكبر كثيراً مقارنةً بالمشاركين في التعلّم التفاعلي للمدخنين في كلاً تحليلي قصد المعالجة (ITT) (التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين [MTS] 5.10 [الانحراف المعياري (SD) 6.00]؛ التعلّم التفاعلي للمدخنين 2.04 [الانحراف المعياري (SD) 3.98]؛ قيمة قوة الاحتمال [p]=0.03)

وتحليل المُكْمَلين (التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين [MTS] 10.20 [الانحراف المعياري (SD) 4.36]؛ التعلّم التفاعلي للمدخنين 5.10 [الانحراف المعياري (SD) 5.00]؛ قيمة قوة الاحتمال [p]=0.01).

#### اختبار فاغريستروم لإدمان النيكوتين (Fagerstrom Test of Nicotine Dependence)

نَقَلَت دراسةً واحدةً فقط الدرجة المُحرَزة في اختبار فاغريستروم (Fagerstrom Test) عند كلٍّ من خط الأساس وأثناء فترة المتابعة (روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a). جرى إفرد المشاركون بشكلٍ عشوائيٍّ إلى استراتيجيّةٍ وجيزَةٍ تستند إلى الكبح مقابل استراتيجيّةٍ تستند إلى اليقظة الذهنية لمساعدتهم على التحكم بحالات التوق الشديد خلال نَعْرَضٍ إِمَاعِيٍّ تجريبيٍّ للسجائر. جرى قياس إدمان النيكوتين باستخدام اختبار فاغريستروم لإدمان النيكوتين (Fagerstrom Test of Nicotine Dependence)، وهو سُلْمٌ موجزٌ من ستة عناصرٍ يطلب من الأفراد الإجابة على أسئلةٍ متعددة الخيارات. تشير الدرجات المُحرَزة الأعلى إلى وجود مستوياتٍ أعلى من الإدمان. أشارت اختبارات تي البعدية للمقارنة بين متوسطين التي أُجريت على عَيّناتٍ تزاوجيّةٍ (post hoc paired-sample t-tests) إلى أنّ الدرجات التي أحرزها المشاركون في اختبار فاغريستروم لإدمان النيكوتين قلّت بشكلٍ كبيرٍ منذ خط الأساس وحتى أسبوعٍ واحدٍ من المتابعة في حالة اليقظة الذهنية (4.74 [الانحراف المعياري (SD) 1.15] عند خط الأساس؛ 4.25 [الانحراف المعياري (SD) 1.48]) أثناء فترة المتابعة؛ قيمة قوة الاحتمال [p]=0.04 وإنما ليس في حالة الكبح (4.43 [الانحراف المعياري (SD) 1.50] عند خط الأساس؛ 4.61 [الانحراف المعياري (SD) 1.59]) أثناء فترة المتابعة؛ قيمة قوة الاحتمال [p]=0.55 لكنّ الاختلاف في متوسط درجة فاغريستروم المُحرَزة بين مجموعة اليقظة الذهنية ومجموعة الكبح أثناء فترة المتابعة لم يكن مهماً من الناحية الإحصائية (متوسط الفرق [mean difference – MD] 0.23؛ نطاق الثقة [CI] -0.34، -0.80).

#### التوق الشديد

نظراً للعدد القليل من الدراسات والتغايرية في قياسات النتائج، لم يمكن إجراء مراجعةٍ تحليليّةٍ للدراسات في ما يتعلق بالتوق الشديد إلى النيكوتين. وقُرَت اثنتان من الدراسات (ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.], 2015) نتائج سَمَحَت بحساب تأثيرٍ ما. قامت إحدى هاتين (روشو وآخرون [Ruscio et al.], 2015) بتوزيع 44 مشاركاً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى ممارسةٍ تدخليةٍ وجيزَةٍ في اليقظة الذهنية، أو إلى تزييف التأمل، ثم طلبت من المشاركين تصنيف المقولة التالية "أحسّ بحالاتٍ قويّةٍ من الحاجة الملحة للتدخين" على سُلْمٍ يتراوح من 1- لا أوافق وحتى 7- أوافق بشدة، لدى المتابعة من فترة أسبوعٍ إلى أسبوعين. لم تكن أوجه الاختلاف بين المجموعتين مهمّةً من الناحية الإحصائية أثناء أيٍّ من فترتي المتابعة؛ كان متوسط الفرق (MD) 0.22 (نطاق الثقة [CI] -0.47، 0.92) عند انقضاء أسبوعٍ واحد، و0.66 (نطاق الثقة [CI] -0.06، 1.37) عند انقضاء أسبوعين، مما يُعدُّ في صالح مجموعة اليقظة الذهنية. قامت الدراسة الأخرى (ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b) بتوزيع 175 مشاركاً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى تدريب على اليقظة الذهنية أو برنامج التحرر من التدخين (FFS)، وسألّت، "على مدى الأربع وعشرين ساعة الماضية، كم بلغت حالات الرغبة الملحة لديك للتدخين من القوة على سُلْمٍ من 0 إلى 10؟" أثناء فترة المتابعة (24 أسبوعاً)، لم تكن أوجه الاختلاف بين المجموعتين مهمّةً من الناحية الإحصائية (متوسط الفرق [MD] 0.41؛ نطاق الثقة [CI] 0.07، 0.75).

كانت هناك ثلاث دراساتٍ إضافيّةٍ نَقَلَت نتائج تتعلّق بالتوق الشديد (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt], 2009؛ روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a؛ تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner], 2013). ورَعَت أولى هذه الدراسات (تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner], 2013) 27 مشاركاً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى التدريب التكامليّ الجسديّ-العقليّ أو التدريب على الاسترخاء. حصل انخفاضٌ كبيرٌ في التوق الشديد في مجموعة اليقظة الذهنية (قيمة قوة الاحتمال [p]>0.01) وإنما ليس في مجموعة الاسترخاء (قيمة قوة الاحتمال

[p]<0.05) أثناء فترة متابعةٍ من أسبوعين. لم تُصرِّح هذه الدراسة بكيفية قياس التَّوق الشديد، أو تتقلَّ البيانات الفعلية للتَّوق الشديد. وُزَّعت الدراسة الثانية (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt، 2009] 123 مشاركاً من الطلاب الجامعيين في مرحلة ما قبل التخرج من المدخنين إما إلى مجموعةٍ تتلقى تعليماتٍ وجيزةً تستند إلى اليقظة الذهنية أو إلى مجموعةٍ لا تتلقى التعليمات. لم تكن هناك أوجه اختلافٍ مهمةٍ في الإجابات على الاستمارة المكوَّنة من عشرة عناصر، والمُختَصِّرة عن استنباط حالات الحاجة المُلحَّة للتدخين (Questionnaire of Smoking Urges) على مدى النقاط الزمنية الأربع التي سُجِّلت أثناء الجلسة (اختبار أف [F] للمقارنة بين المتوسطات [F=1,117=2.21، قيمة قوة الاحتمال [p]=0.140). وُزَّعت ثالثة هذه الدراسات (روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony، 2011a] 61 مشاركاً إما إلى استراتيجيةٍ تستند إلى اليقظة الذهنية أو استراتيجيةٍ تستند إلى الكبح من أجل التعامل مع حالات التَّوق الشديد للسجائر. لم تُختَبَر أيُّ من مجموعتي اليقظة الذهنية أو الكبح انخفاضاً كبيراً في حالات التَّوق الشديد، بحسب قياسٍ أُجريَ بواسطة سُلَّم تناظريٍّ مرئيٍّ مُقسَّم من 0 إلى 100، أثناء فترة متابعةٍ من أسبوعٍ واحد.

### محاولات الإقلاع

لم تتقلَّ أيُّ من الدراسات عدد محاولات الإقلاع.

### جودة الحياة في ما يتعلق بالصحة

لم تتقلَّ أيُّ من الدراسات قياساتٍ لجودة الحياة.

### الأحداث المضرة

أبلغت ثلاثٌ من الدراسات التسع عن أحداثٍ مضرة. استُخدِمت اثنتان من هذه الدراسات تدخلات تأمل اليقظة الذهنية بالإضافة إلى الاستعاضة عن النيكوتين، واكتُفَت بالتعبير عن عدم وجود "ردود فعلٍ على الأدوية قابلةٍ للإبلاغ عنها" في أوساط مُستخدِمي الاستعاضة عن النيكوتين (ديفيس غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.، 2014a]؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.، 2014b]). أبلغت دراسةٌ أخرى عن أحداثٍ مضرةٍ تتعلق بتدخل اليقظة الذهنية، فُصِّرحت بأنه "لم تُقلَّ أحداثٌ مضرةٌ خطيرةٌ في أيِّ من مجموعتي العلاج" (برور وآخرون [Brewer et al.، 2011]).

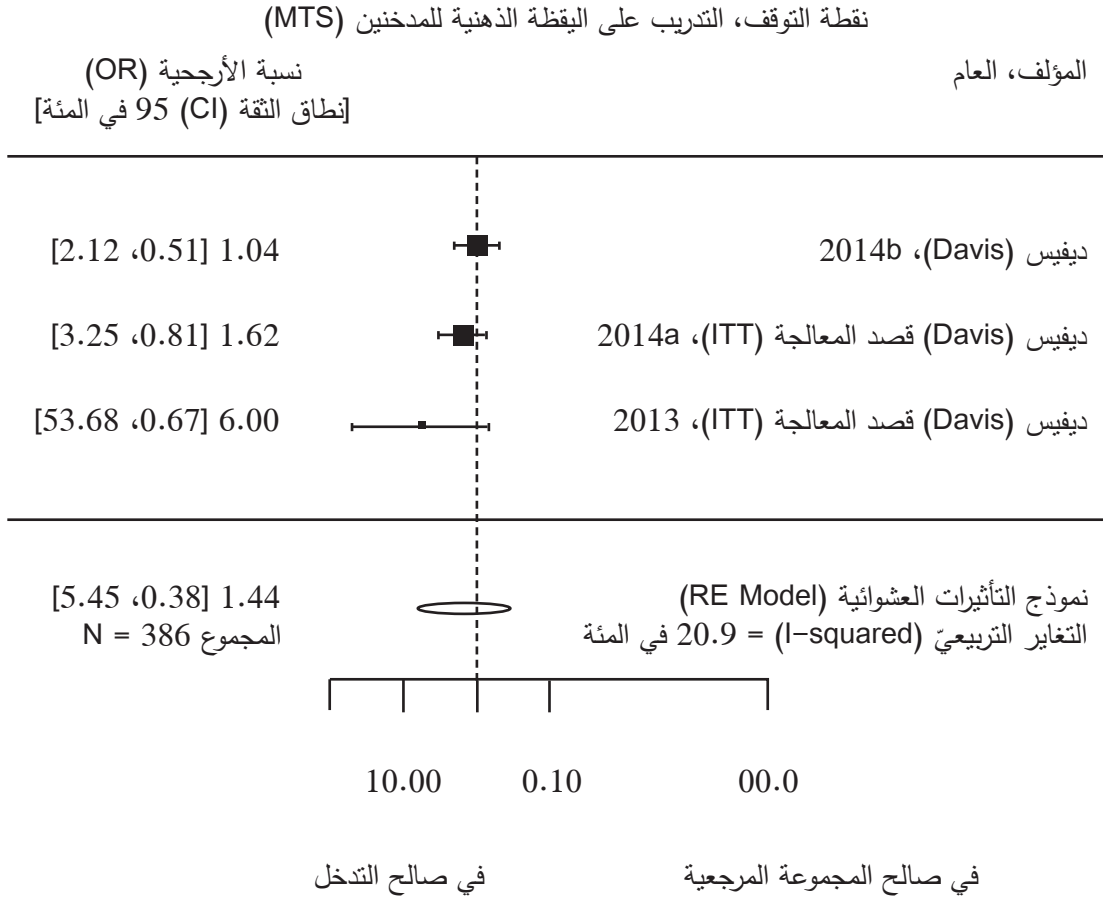
### مُعَدَّلات الخصائص في الدراسات وخطر الانحراف

نظراً للعدد القليل من الدراسات والتغايرية في النتائج المنقولة لم نتمكن من إجراء تحليلٍ للحساسية أو تحليلٍ انحدارٍ توضيحيٍّ بحسب جودة الدراسة (خطر الانحراف). تحاول الأسئلة الفرعية أدناه تقييم تأثير خصائص التدخل.

### السؤال الرئيسي رقم 1a: هل يتغيَّر التأثير بحسب نوع تدخَّل تأمل اليقظة الذهنية؟

اختلفت الدراسات التسع المشمولة من حيث أنواع التدخلات المُستخدَمة، كما تم وصفه في الأعلى. لم نتعرف إلى أيِّ مقارناتٍ مباشرةٍ بين التدخلات المختلفة لليقظة الذهنية. نظراً للعدد القليل من الدراسات في كل نوعٍ من التدخلات، والتغايرية في قياسات النتائج، تمكَّننا من إجراء تحليلٍ كميٍّ لنوعٍ واحدٍ فقط من التدخلات (التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين [MTS]) على امتداد الدراسات. أشار تحليلٍ انحدارٍ توضيحيٍّ يقارن نتائج التوقف عن التدخين في الدراسات الثلاث التي تستخدم التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين مع الدراساتتين اللتين لا تستخدمان التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (برور وآخرون [Brewer et al.، 2011]؛ سينغ وآخرون [Singh et al.، 2014]) إلى وجود تأثيرٍ مهمٍّ من الناحية الإحصائية للتدخل على تقديرات تأثير العلاج (قيمة قوة الاحتمال [p]=0.01)

الشكل رقم 3.6 التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (Mindfulness Training for Smokers)



وصفت أربع دراسات التدخلات باعتبارها تدريباً على اليقظة الذهنية (برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011؛ ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013؛ ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.]، 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b). درست ثلاث من هذه التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (RCTs) التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين؛ أجريت جميعها من قبل نفس المجموعة البحثية. كانت أدوات المقارنة هي برنامج التحرر من التدخين (FFS) (ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.]، 2014b) واستشارات كوتلاين (quitline) للإقلاع عن التدخين (ديفيس، غولدرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.]، 2014a)، والتعلم التفاعلي للمدخنين (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013). وفرت التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية والتي تتعلق بالتدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين الاستعاضة عن النيكوتين لكل المشاركين، مقابل برنامج التحرر من التدخين واستشارات كوتلاين، بعض النظر عن كيفية أفراد المشاركين إلى المجموعات. أجرينا تحليلاً للمجموعات الفرعية من أجل تقييم تأثير التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين على التوقف عن التدخين. إن النتائج مبيّنة في الشكل رقم 3.6.

كانت نسبة الأرجحية للتوقف عن التدخين في صالح التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين، ولكنها لم تكن مهمة من الناحية الإحصائية (نسبة الأرجحية [OR] 1.44؛ نطاق الثقة [CI] 0.38، 5.45؛ 3 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCTs]؛ التغاير التربيعي [I<sup>2</sup>] 21 في المئة). التغايرية التي تم الكشف عنها كانت ضئيلة.

ورعت دراسة "تدريبية" أخرى 88 مشاركاً إما إلى تدريب على اليقظة الذهنية أو برنامج التحرر من التدخين. أظهر المشاركون في مجموعة العلاج معدلاً أعلى في الحد من تعاطي السجائر خلال العلاج وحافظوا على هذه المكتسبات أثناء

فترة المتابعة (قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.001$ )، مع اتجاهٍ نحو وقوع نقطة الانتشار الأكبر لمعدلات الامتناع عند نهاية العلاج (قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.063$ )، مما كان مهماً أثناء فترة المتابعة البالغة 17 أسبوعاً (قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.012$ ) (برور وآخرون [Brewer et al.]، 2011).

وصفت ثلاث دراساتٍ تدخلتها لليقظة الذهنية بأنها وجيزة؛ ولقد أبلغت هذه عن التوق الشديد و/أو كمية السجائر (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015). وزعت دراسةً وجيزةً في ممارسة اليقظة الذهنية 44 مدخناً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى ممارسةٍ وجيزةٍ لليقظة الذهنية أو إلى تزييف التأمل، ولم تنقل اختلافاً مهماً في التوق الشديد أثناء أيٍّ من فترتي المتابعة البالغتين أسبوعاً واحداً أو أسبوعين. تابع مؤلفو الدراسة تعاطي التبغ يومياً. بالنسبة لكمية السجائر التي تم تدخينها، وجدوا تأثيراً كبيراً "اليوم" في مجموعة العلاج، مما يشير إلى أن التدخين تراجع مع الوقت، بينما لم يكن هناك تأثيرٌ لليوم في المجموعة المرجعية (روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015). وزعت الدراسة التي تستخدم تعليماتٍ وجيزةً تستند إلى اليقظة الذهنية 123 طالباً جامعياً في مرحلة ما قبل التخرج من المدخنين، إما إلى هذا التدخل أو إلى تدخلٍ لا يتلقون فيه التعليمات. لم تكن هناك اختلافاتٌ بين المجموعتين من حيث حالات الحاجة الملحة للتدخين على مدى النقاط الزمنية الأربع التي سُجلت أثناء الجلسة. بالنسبة لعدد السجائر التي تم تدخينها، كان هناك اختلافٌ كبيرٌ بين معدلات التدخين عند خط الأساس وبين اليوم السابع في مجموعة اليقظة الذهنية، وإنما ليس في المجموعة المرجعية (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt]، 2009). وزعت الدراسة التدخلية الوجيزة الأخيرة 27 مدخناً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى التدريب التكاملي الجسدي-العقلي الوجيز أو التدريب على الاسترخاء. كان هناك انخفاضٌ كبيرٌ في التدخين في مجموعة التدريب الجسدي-العقلي (قيمة قوة الاحتمال  $[p]>0.01$ )، ولكن الانخفاض لم يكن كبيراً في مجموعة الاسترخاء؛ كان هناك تدنٌ كبيرٌ في التوق الشديد في مجموعة التدريب العقلية-الجسدي (قيمة قوة الاحتمال  $[p]>0.01$ ) وإنما ليس في مجموعة الاسترخاء؛ لم تُنقل بيانات النتائج (تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner]، 2013).

أخيراً، وُصِفَ التدخل في إحدى الدراسات باعتباره علاجاً يستند إلى اليقظة الذهنية (سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014)، وفي أخرى باعتباره تأملاً لليقظة الذهنية (روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony]، 2011a). في الأولى (سينغ وآخرون [Singh et al.]، 2014) توزع 51 مشاركاً مصاباً بإعاقة ذهنية طفيفةً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى مجموعة تأمل اليقظة الذهنية، أو إلى مجموعة العلاج كالمعتاد (TAU). من بين المشاركين الذين ظلوا في الدراسة حتى النجاح في التوقف عن التدخين، أو للأربعين أسبوعاً بأكملها، بلغ 100 في المئة ممن أتموا العلاج في الحالة التجريبية توفيقاً كاملاً عن التدخين، بينما بلغت نسبة 38.9 في المئة ممن أتموا العلاج في حالة المعتاد التوقف الكامل عن التدخين. بحسب تحليل قصد المعالجة (ITT)، كان الاختلاف كبيراً في أعداد السجائر التي تم تدخينها في مرحلة اختتام العلاج بين الحالة التجريبية والعلاج كالمعتاد. في الدراسة الأخرى (روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony]، 2011a)، توزع 61 مشاركاً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى استراتيجية تستند إلى اليقظة أو إلى الكبح كوسيلةٍ للتعامل مع حالات التوق الشديد للسجائر. لم تختبر أيٌّ من مجموعتي اليقظة الذهنية أو الكبح انخفاضاً كبيراً في حالات التوق الشديد. ومع أن كل المشاركين نقلوا عدداً أقل من السجائر بلغ 3.4 أثناء فترة المتابعة مقارنةً بخط الأساس، لم يكن هناك اختلافٌ كبيرٌ بين مجموعتي الدراسة من حيث كمية التدخين أثناء فترة المتابعة.

السؤال الرئيسي رقم 1b: هل يختلف التأثير حين يُقدم التدخل على هيئة علاجٍ مساعدٍ بدلاً من علاجٍ أحادي؟

لم نتعرف إلى أيٍّ مقارناتٍ مباشرةٍ بين تدخلات اليقظة الذهنية في حال تقديمها على هيئة علاجٍ مساعدٍ مقابل اعتمادها كعلاجٍ أحادي. نظراً لقلة عدد الدراسات والتبايرية في النتائج، لم يمكن إجراء مراجعةٍ تحليليةٍ للدراسات من أجل معالجة هذا السؤال.

وُفرت اثنتان من التجارب الموجهة التي تستخدم عيناتٍ عشوائيةٍ (RCTs) والمعنية بتأمل اليقظة الذهنية، استعاضةً عن

النيكوتين؛ وقد نُقِلَت نتائج مختلطة. سَمَحَت دراستان أُخريان بالاستعاضة عن النيكوتين، ولكن هذا لم يكن جزءاً من بروتوكول العلاج؛ نُقِلَت هاتان نتائج إيجابية مهمة في صالح تأمل اليقظة الذهنية. أخيراً، نُقِلَت خمسٌ من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية، والمعنية بالعلاج الأحادي، نتائج مختلطة. النتائج يجري وصفها أدناه.

وَقُرَّت اثنتان من الدراسات الاستعاضة عن النيكوتين إلى جانب تدخل اليقظة الذهنية (ديفيس، غولديبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a؛ ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b). وَرَعَت واحدة 196 مدخناً من ذوي الحالة الاجتماعية-الاقتصادية المتدنية بشكلٍ عشوائيٍّ إلى تدريبٍ على اليقظة الذهنية أُضيفت إليه الاستعاضة عن النيكوتين، أو إلى الاستشارات التي أُضيفت إليها الاستعاضة عن النيكوتين (ديفيس، غولديبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a). كان هناك اختلافٌ كبيرٌ بين المجموعتين من حيث معدلات الامتثال خلال ستة أشهرٍ في أوساط أولئك الذين أكملوا فترة المتابعة، في صالح مجموعة اليقظة الذهنية (38.7 في المئة مقابل 20.6 في المئة، قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.05$ )؛ لكن تحليل قصد المعالجة (ITT) بيّن عدم وجود اختلافٍ كبيرٍ في نقطة انتشار معدلات الامتثال المثبتة بالطرق الكيميائية الحيوية عند اليوم السابع. وَرَعَت الدراسة الثانية 175 مشاركاً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى تدريبٍ على اليقظة الذهنية الذي أُضيفت إليه الاستعاضة عن النيكوتين، أو إلى برنامج التحرر من التدخين (FFS) الذي أُضيفت إليه الاستعاضة عن النيكوتين (ديفيس، مانلي، وآخرون [Davis, Manley, et al.], 2014b). لم يكن هناك اختلافٌ مهمٌ بين التدخلات في ما يتعلق بمعدلات الامتثال لستة أشهرٍ أو حالات التوق الشديد.

سَمَحَت دراستان بعلاجٍ يعتمد الاستعاضة عن النيكوتين، لكن هذا لم يكن جزءاً من بروتوكول العلاج (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014). في إحداها، تَوَزَّعَ 88 مشاركاً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى تدريبٍ على اليقظة الذهنية أو برنامج التحرر من التدخين، ولم يُشَجَّعوا على استخدام الاستعاضة عن النيكوتين أثناء العلاج النشط، أو في مرحلة المتابعة ما بعد العلاج، ولم يُبْطَوا عنه (برور وآخرون [Brewer et al.], 2011). أظهر المشاركون في مجموعة اليقظة الذهنية معدلاً أكبر لانخفاض تعاطي السجائر أثناء التدخل، وحافظوا على هذه المكتسبات مع اتجاهاً نحو وقوع نقطة الانتشار الأكبر لمعدلات الامتثال عند نهاية العلاج (36 في المئة مقابل 15 في المئة، قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.063$ )، مما كان مهماً أثناء فترة المتابعة البالغة 17 أسبوعاً (31 في المئة مقابل 6 في المئة، قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.012$ ). وَرَعَت الدراسة الأخرى بشكلٍ عشوائيٍّ 51 مشاركاً من المصابين بإعاقاتٍ ذهنيةٍ طفيفةٍ إما إلى تأمل اليقظة الذهنية أو العلاج كالمعتاد (TAU)، وصَرَّحَت بأن العلاج كالمعتاد قد يشمل العلاج الذي يعتمد الاستعاضة عن النيكوتين (وقد استخدمه أربعة من 26 مشاركاً ممن وُزِّعوا بشكلٍ عشوائيٍّ إلى العلاج كالمعتاد)، أو إلى علاجٍ سلوكيٍّ أُضيفت إليه الاستعاضة عن النيكوتين (وقد استخدمه أحد المشاركين في مجموعة العلاج كالمعتاد) (سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014). لم يَتِمَّ توصيف استخدام الاستعاضة عن النيكوتين من قِبَل أولئك الذين هم في مجموعة تدخل اليقظة الذهنية. من بين المشاركين الذين بقوا في الدراسة حتى النجاح في التوقف عن التدخين، أو للأربعين أسبوعاً بأكملها، بَلَغَت نسبة 100 في المئة من مُكْملي العلاج في الحالة التجريبية توففاً كاملاً عن التدخين، بينما بَلَغَت نسبة 38.9 في المئة فقط من مُكْملي العلاج في مجموعة العلاج كالمعتاد التوقف الكامل عن التدخين. بحسب تحليل قصد المعالجة، كان هناك اختلافٌ كبيرٌ في أعداد السجائر التي تم تدخينها عند اختتام مرحلة العلاج بين مجموعة اليقظة الذهنية (متوسط الفرق [MD] 12.40 [الانحراف المعياري] (SD) 34.50) ومجموعة العلاج كالمعتاد (متوسط الفرق [MD] 40.62 [الانحراف المعياري] (SD) 40.27)؛ قيمة قوة الاحتمال  $[p]>0.05$ .

في الدراسات الخمس المتبقية، أُجريت تدخلات تأمل اليقظة الذهنية باعتبارها علاجاً أحادياً (بوين ومارلات [Bowen and Marlatt], 2009؛ ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.], 2013؛ روجوانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a؛ روشو وآخرون [Ruscio et al.], 2015؛ تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner], 2013). وَرَعَت إحدى الدراسات 44 مدخناً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى ممارسةٍ وجيزةٍ لليقظة



الذهنية أو إلى تزييف التأمل (روشو وآخرون [Ruscio et al.]، 2015)؛ لم يكن هناك تأثير كبير للتدخل على التوق الشديد عند انقضاء فترة متابعةٍ من أسبوعٍ واحد (متوسط الفرق [MD] 0.22؛ نطاق الثقة [CI] -0.47، 0.92)، أو أسبوعين (متوسط الفرق [MD] 0.66؛ نطاق الثقة [CI] -0.06، 1.37). بالنسبة لكمية السجائر التي تم تدخينها، وجدوا تأثيراً كبيراً "اليوم" في مجموعة العلاج (اختبار أف [F] للمقارنة بين المتوسطات [1.19]=18.0؛ تقدير المعايير [parameter estimate] -0.37؛ الخطأ المعياري [standard error] 0.09؛ قيمة قوة الاحتمال [p]=0.0004)، مما يشير إلى أن التدخين قد تراجع مع الوقت، بينما لم يكن هناك تأثير لليوم في المجموعة المرجعية (اختبار أف [F] للمقارنة بين المتوسطات [1,15]=1.15؛ تقدير المعايير [parameter estimate] -0.09؛ الخطأ المعياري [standard error] 0.08؛ قيمة قوة الاحتمال [p]=0.30) وزعت دراسةً أخرى بشكلٍ عشوائيٍّ 55 مدخناً تراوحت أعمارهم بين 18 و29 عاماً، مع فتراتٍ منتظمةٍ من الإفراط في شرب المُسكرات، إما إلى التدريب على اليقظة الذهنية للمدخين أو التعلّم التفاعلي للمدخين (ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.]، 2013). بيّن تحليل قصد المعالجة (ITT) عدم وجود اختلافٍ كبيرٍ في نقطة انتشار معدلات الامتناع المثبتة بالطرق الكيميائية الحيوية عند اليوم السابع، لدى انقضاء أسبوعين بعد الإقلاع عن التدخين بالنسبة لمجموعة التدريب على اليقظة الذهنية للمدخين (20.0 في المئة) ومجموعة التعلّم التفاعلي للمدخين (4.0 في المئة؛ قيمة قوة الاحتمال [p]=0.08). وزعت دراسةً أخرى بشكلٍ عشوائيٍّ 27 مدخناً إما إلى التدريب التكاملي الجسدي-العقلي أو التدريب على الاسترخاء (تانغ، تانغ، وبوزنر [Tang, Tang, and Posner]، 2013). كان هناك انخفاضٌ كبيرٌ في التدخين في مجموعة اليقظة الذهنية (قيمة قوة الاحتمال [p]>0.01)، بينما لم يكن الانخفاض كبيراً في مجموعة الاسترخاء (قيمة قوة الاحتمال [p]<0.05)، كما كان هناك انخفاضٌ كبيرٌ في التوق الشديد في مجموعة اليقظة الذهنية (قيمة قوة الاحتمال [p]>0.01) وإنما ليس في مجموعة الاسترخاء (قيمة قوة الاحتمال [p]<0.05). وزعت دراسةً أخرى بشكلٍ عشوائيٍّ 123 مدخناً من الطلاب الجامعيين في مرحلة ما قبل التخرج إما إلى مجموعةٍ تتلقى تعليماتٍ وجيزةٍ تستند إلى اليقظة الذهنية أو إلى مجموعةٍ لا تتلقى التعليمات (بُيون ومارلات [Bewon and Marlatt]، 2009). لم تكن هناك تأثيراتٌ كبيرةٌ لتلقي اليقظة الذهنية على حالات الحاجة المُلحة للتدخين على مدى النقاط الزمنية الأربع التي سُجّلت أثناء الجلسات. أُنقِصت كلا المجموعتين من عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم الواحد؛ ولم يكن الاختلاف بين المجموعتين كبيراً. أخيراً، تُوَزَع 61 مشاركاً بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى استراتيجيةٍ تستند إلى اليقظة الذهنية أو إلى الكبح من أجل التعامل مع حالات التوق الشديد للسجائر؛ لم تختبر أيٌّ من المجموعتين انخفاضاً كبيراً في حالات التوق الشديد (روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony]، 2011a).

### السؤال الرئيسي رقم 1c: هل يتغير التأثير بحسب مدة تأمل اليقظة الذهنية ووتيرته (أي تأثير الجرعة)؟

لم نتعرف إلى أيِّ مقارناتٍ مباشرة. لقد تباينت المدة في الدراسات المشمولة ووتيرتها تبايناً واسعاً. تُرواح طول التدخلات من يومٍ واحدٍ إلى ثمانية أسابيع في التجارب التسع المشمولة الموجهة التي تستخدم عيناتٍ عشوائيةٍ (RCTs). لم يكشف تحليلُ انحدارٍ توضيحيٍّ عن تأثيرٍ منهجيٍّ لطول التدخل على نتيجة الدراسة، لكن عدد الدراسات كان قليلاً، وكانت الدراسات المشمولة محدودة النطاق من حيث المدة التي تُرواحت فحسب بين يومٍ واحدٍ وأربعة أسابيع، ولم يمكن إجراء التحليل إلا لنتائج عدد السجائر التي تم تدخينها (قيمة قوة الاحتمال [p]=0.849). سوف يشمل التحليل المعادل للتوقف عن التدخين الناتج نفس الدراسات المبيّنة في السؤال الرئيسي رقم 1a، وهو يقارن دراسات التدريب على اليقظة الذهنية للمدخين (MTS) بتدخلين آخرين قصيري الأمد.

لقد صنّفنا الوتيرة بحسب عدد الساعات في الأسبوع التي كان يُتوقَّع من المشاركين قضاؤها في الجلسات، أو الواجب المنزلي، أو الممارسات الأخرى. صنّفت التدخلات التي تتطلب أقل من ساعةٍ واحدةٍ في الأسبوع على أنها متدنية، وتلك التي

تتطلب ساعةً إلى أربع ساعاتٍ في الأسبوع على أنها متوسطة، وتلك التي تتطلب أكثر من أربع ساعاتٍ في الأسبوع على أنها عالية.

أبلغت اثنتان من التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية عن تدريبٍ لمرةٍ واحدة (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt], 2009؛ روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a). في أولى هاتين، تَوَزَّعَ 123 مدخناً من الطلاب الجامعيين في مرحلة ما قبل التخرج بشكلٍ عشوائيٍّ إما إلى مجموعةٍ تتلقى تعليماتٍ وجيزةً تستند إلى اليقظة الذهنية أو إلى مجموعةٍ لا تتلقى التعليمات، وأمضى المشاركون من ساعةٍ واحدةٍ إلى أربع ساعاتٍ في الجلسات، أو الواجبات المنزلية، أو ممارسةٍ أخرى كل أسبوع (بُيون ومارلات [Bowen and Marlatt], 2009). لم تكن هناك اختلافاتٌ كبيرةٌ بين المجموعتين في حالات الحاجة المُلِحَّة إلى التدخين على امتداد النقاط الزمنية الأربع التي سُجِّلت أثناء الجلسات. في ما يتعلق بعدد السجائر التي تم تدخينها، كان هناك اختلافٌ كبيرٌ بين معدلات التدخين عند خط الأساس واليوم السابع بالنسبة لمجموعة اليقظة الذهنية (قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.000$ ) وإنما ليس بالنسبة للمجموعة المرجعية (قيمة قوة الاحتمال  $[p]=0.436$ ). وَزَّعَت الدراسة الثانية التي اعتمدت التدريب لمرةٍ واحدةٍ 61 مشاركاً إما إلى استراتيجيةٍ تستند إلى اليقظة الذهنية أو إلى الكبح من أجل التعامل مع حالات التوق الشديد للسجائر (روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a). كانت الوتيرة متدنية، إذ كانت تُقضى أقل من ساعةٍ واحدةٍ في ممارسة اليقظة الذهنية كل أسبوع. لم تختبر أيٌّ من مجموعتي اليقظة الذهنية أو الكبح انخفاضاً كبيراً في حالات التوق الشديد، كما لم تكن هناك اختلافاتٌ كبيرةٌ بين مجموعتي الدراسة من جهة كمية التدخين أثناء فترة المتابعة.

بالنسبة للوتيرة، صُنِّفَ التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين على أنه تدخلٌ ذو وتيرةٍ عالية، وكذلك دراسة تأمل اليقظة الذهنية التي أجراها سينغ وآخرون (Singh et al.) (2014). وَجَدَ تحليلٌ للمجموعات الفرعية شَمَلَ من التجارب الموجهة التي تستخدم عيناتٍ عشوائيةً تلك التي تعتمد تدخلاتٍ ذات وتيرةٍ عالية فحسب، أن نتائج التوقف عن التدخين لم تختلف من الناحية الإحصائية عن تدخلات أدوات المقارنة (نسبة الأرجحية [OR] 2.84؛ نطاق الثقة [CI] 0.35، 22.70؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عيناتٍ عشوائيةٍ [RCTs]؛ التباير التربيعي  $[I^2]$  58 في المئة). وبما أن واحدةً أخرى فقط من التجارب الموجهة التي تستخدم عيناتٍ عشوائيةً نَقَلت توقفاً عن التدخين، فلم يمكن إجراء تحليلٍ انحدارٍ توضيحيٍّ.

### ملخص النتائج المُستخلصة

نُلخِّصُ أولاً في هذا الفصل النتائج المُستخلصة في الإجابة على كل سؤالٍ رئيسيٍّ، إلى جانب جودة الأدلة. إننا نناقش النتائج المُستخلصة بإيجازٍ في سياق المراجعات المنهجية السابقة. ثم نَصِفُ محدوديات أساليبنا ومتون الدراسات السابقة على حدٍّ سواء، ونوقِرُ اقتراحاتٍ لأبحاثٍ إضافية.

لقد استوفت تسع تجاربٍ موجهةٍ تستخدم عيّناتٍ عشوائية (RCTs)، وتُعنى بتدخل تأمل اليقظة الذهنية في حالة تعاطي التبغ معايير الشمول. استخدمت الدراسات مجموعةً واسعةً ومتنوعةً من التدخلات وأدوات المقارنة. قارنت الدراسات بين تأمل اليقظة الذهنية وبرنامج التحرر من التدخين (FFS) (الذي يُعتبر معيار الرعاية بالنسبة للتوقف عن التدخين)، أو الاستشارات عبر الهاتف (بالإضافة إلى الاستعاضة عن النيكوتين)، أو التعلّم التفاعلي للمدخين، أو التدريب على الاسترخاء، أو استراتيجيات الكبح، أو تزييف التأمل، أو التعرض للإماعي الخالي من التعليمات، أو العلاج كالمعتاد (TAU) الذي قد يشمل الاستشارات أو الاستعاضة عن النيكوتين. تباينت مدة التدخلات وحدتها بشكلٍ كبير، وكذلك قياسات النتائج المنقولة. لم تُقل مظاهر مهمة من المنهجية في أحيانٍ كثيرة، مثل توليد التتاليات العشوائية، وإخفاء التخصيص، وما إذا كان مُقيّمو النتائج قد جرّبت تعميّتهم. لم تُصنّف أيٌّ من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائيةً على أنها ذات جودةٍ حسنة، وكانت النتائج مختلطة. لم تختلف التأثيرات على التوقف عن التدخين (الامتناع) من الناحية الإحصائية عن تدخلات أدوات المقارنة (نسبة الأرجحية [OR] 3.46؛ نطاق الثقة [CI] 0.74، 16.13؛ 5 تجارب موجهة تستخدم عيّناتٍ عشوائية [RCTs]؛ التعاير التريبيعي [I<sup>2</sup>] 58 في المئة). لم يختلف عدد السجائر في اليوم الواحد من الناحية الإحصائية بين تدخلات التأمل وأدوات المقارنة (متوسط الفرق الموزون [WMD] 1.52؛ نطاق الثقة [CI] -1.03، 4.07؛ 4 تجارب موجهة تستخدم عيّناتٍ عشوائية [RCTs]؛ التعاير التريبيعي [I<sup>2</sup>] 16 في المئة). إن جودة الأدلة بالنسبة لفعالية تأمل اليقظة الذهنية في التوقف عن تعاطي التبغ في المدى القصير (أسبوعان إلى أربعة أسابيع) متدنية. إن جودة الأدلة بالنسبة للحد من تعاطي التبغ (التوقف على المدى الطويل) والحد من حالات النُوق الشديد متدنية جداً.

لقد جرى توصيف التفاصيل أدناه، وهي مُبيّنة في الجدول رقم 4.1، إلى جانب تصنيف جودة الأدلة في ما يتعلق بالسؤال الرئيسيّ الأوليِّ وأسئلته الفرعية. يُبين الجدول بالنسبة لكلٍّ منها عدد التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائيةً وتقديرات الجودة التي حازتها، والحجم الكامل للعينة، والنتائج الإجمالية، وما إذا كانت نتائج الدراسة غير متسقة، أو غير مباشرة، أو غير دقيقة. يشير الاتساق إلى الاتساق في اتجاه الدراسات (إيجابيٍّ أو سلبيٍّ)؛ لا يمكن الحكم على الاتساق إن لم توجد إلا دراسةً واحدة. وتشير الدقة إلى اتساع نطاقات الثقة؛ وتكون النتائج غير دقيقة إذا كانت نطاقات الثقة تخترق أحجام التأثير بخلاصاتٍ سريريةٍ محتملةٍ مختلفة. تُعكسُ المباشرة كم تحسُن المظاهر المختلفة للدراسات (مثلاً، المجموعة، والتدخل، وأداة المقارنة) معالجة السؤال. يُشار إلى الأسباب المهمة التي أدت إلى الحطّ من تصنيفات جودة الأدلة بالعلامات النجمية.

السؤال الرئيسي رقم 1: ما هي فعالية تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية وسلامتها، بوصفها علاجاً مساعداً أو علاجاً أحادياً، بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الحد منه مقارنةً بالعلاج كالمعتاد (treatment as usual [TAU])، أو علاج قوائم الانتظار (Waitlists)، أو لا علاج، أو غير ذلك من أنواع العلاج النشط؟

نقلت خمس تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) توفّقاً عن التدخين، مما سمح بإجراء ثلاث مراجعات تحليلية للدراسات بحسب مدة فترة المتابعة: بلغت أطول فترة متابعة أسبوعين إلى أربعة أسابيع، و17 إلى 24 أسبوعاً. ووجدت النتائج المُجمّعة لكل من هذه المراجعات التحليلية للدراسات أنّ نسب الأرجحية، وإن كانت في صالح تدخل اليقظة الذهنية، فإنّ الاختلافات في معدلات الامتناع بين مجموعات تأمل اليقظة الذهنية وأدوات المقارنة لم تكن مهمة من الناحية الإحصائية. تضمّنت نسب الأرجحية الناتجة عن المراجعات التحليلية للدراسات التي تناولت المدد الأطول لفترات المتابعة نطاقات ثقة واسعة جداً. كما هو مبين في الجدول رقم 4.1، فإنّ جودة الأدلة صُنّفت على أنها متدنية بالنسبة للتوقف على المدى القصير (أربعة أسابيع أو أقل)، ومتدنية جداً بالنسبة للتوقف على المدى الطويل، نظراً لقلّة عدد الدراسات، وتنوّع التدخلات وأدوات المقارنة، وغياب الدقة في النتائج.

تم تجميع نتائج أربع تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية تنقل عدد السجائر في اليوم عند خط الأساس وأثناء فترة المتابعة على حدّ سواء. كانت النتائج (وهي مُبيّنة في الجدول رقم 4.1) في صالح تأمل اليقظة الذهنية؛ لكنّ الاختلاف لم يكن مهماً من الناحية الإحصائية. إضافةً إلى ذلك، فإنّ متوسط الفرق الموزون لعدد هو 1.5 سيجارة في اليوم ليست له دلالة سريرية. نظراً للعدد المتدني من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية ولعدم الاتساق في النتائج، فإنّ جودة الأدلة متدنية جداً بالنسبة لمسألة أنّ الحد من التدخين لا يختلف بين المشاركين في تدخّلات اليقظة الذهنية وأولئك في تدخّلات أدوات المقارنة.

أجرت خمس تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية قياساً للتوق الشديد إلى النيكوتين عند خط الأساس وأثناء فترة المتابعة؛ نقلت واحدة منها فقط اختلافاً مهماً بين مجموعة تأمل اليقظة الذهنية ومجموعة أداة المقارنة أثناء فترة المتابعة. لقد صُنّفت جودة الأدلة بالنسبة لهذه النتيجة بالتالي، كما هو مبين في الجدول رقم 4.1، على أنها متدنية جداً. لم تنقل أي من الدراسات قياسات لجودة الحياة.

استخدمت اثنتان من الدراسات تدخلات تأمل اليقظة الذهنية التي أُضيفت إليها الاستعاضة عن النيكوتين، وصرّحت فحسب بأنه "لم توجد ردود فعل على الأدوية قابلة للإبلاغ عنها" في أوساط مُستخدمي الاستعاضة عن النيكوتين، بينما صرّحت دراسة أخرى أبلغت عن أحداثٍ مضرّة تتعلق بتدخل اليقظة الذهنية بأنه "لم تُنقل أحداثٌ مضرّة خطيرة في أي من مجموعتي العلاج". باختصار، يظهر أنه في الدراسات التسع المشمولة، لم تكن هناك أحداثٌ مضرّة جرّاء تدخّلات تأمل اليقظة الذهنية. لكنّ جودة الأدلة متدنية جداً، نظراً لأنّ ثلثي الدراسات لم تذكر تعقّباً للأحداث المضرّة.

السؤال الرئيسي رقم 1a: هل يتغيّر التأثير بحسب نوع تدخّل تأمل اليقظة الذهنية؟

لم تكن هناك تجارب مباشرة لتدخلات اليقظة الذهنية المختلفة في ما يتعلق بتعاطي التبغ. لقد تباينت التدخلات التي تمت دراستها في التجارب التسع الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs) إلى حدّ كبير. كانت إحدى المراجعات التحليلية للدراسات، وقد شملت فحسب التجارب الثلاث الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية التي تناولت التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS)، في صالح التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين، لكنّ هذا الأمر لم يكن مهماً من الناحية الإحصائية. كانت النتائج مهمة من الناحية الإحصائية بحسب تحليل انحدار توضيحي يقارن نتائج التوقف عن التدخين لهذه الدراسات الثلاث المتعلقة بالتدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين، بالدراستين اللتين نقلتا هذه النتيجة ولم تشملتا التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين، مما يشير إلى أنّ تأثير العلاج كان مرتبطاً بالتدخل. قامت ثلاث تجارب أخرى موجهة تستخدم عيّنات

عشوائيةً بدراسة تدخلاتٍ وصَفَهَا المؤلفون بأنها ”وحيدة“؛ نَقَلَت هذه نتائج بشأن التَّوق الشديد و/أو الحدّ من تعاطي التبغ. كانت النتائج مختلطة، وكذلك كانت نتائج التجارب الثلاث الأخرى الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائية. باختصار، إنّ جودة الأدلة بالنسبة للتدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين متدنية، بينما تُعدّ الجودة متدنيةً جداً بالنسبة لأنواع الأخرى من التدخلات.

السؤال الرئيسيّ رقم 1b: هل يختلف التأثير حين يُقدّم التَّدخُل على هيئة علاجٍ مساعدٍ بدلاً من علاجٍ أحاديّ؟

نظراً للتغايرية في قياسات النتائج، لم يمكن إجراء تحليلٍ للمجموعات الفرعية أو تحليلٍ انحدارٍ توضيحيٍّ لمعالجة هذا السؤال الفرعيّ. كانت النتائج غير متسقة بالنسبة للعلاج الأحاديّ والعلاج المساعد. نَقَلَت دراستان أُخريان سمحتا بالاستعاضة عن النيكوتين مع إرجاع الأمر لرغبة المشارك (لا لأن ذلك جزءٌ من بروتوكول العلاج) نتائج مهمةً في التوقف عن التدخين في صالح تَدخُلَات اليقظة الذهنية. وكما هو مُبيّنٌ في الجدول رقم 4.1، فقد اعتُبرت جودة الأدلة بالنسبة لهذا السؤال متدنيةً جداً، نظراً للعدد القليل من الدراسات، والنقص في الدقة، والتغايرية في النتائج المنقولة.

السؤال الرئيسيّ رقم 1c: هل يتغيّر التأثير بحسب مدة تأمل اليقظة الذهنية ووتيرته (أي تأثير الجرعة)؟

لم تُجد تحليلات الانحدار التوضيحية تأثيراً كبيراً لطول التدخل على انخفاض عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم. وَجَدَ تحليلٌ للمجموعات الفرعية لم يشمل سوى التَدخُلَات ذات الوتيرة الأعلى (والتي تتطلب أكثر من أربع ساعاتٍ أسبوعياً من المشاركة في الجلسات، والواجبات المنزلية، والتأمل) أنّ نتائج التوقف عن التدخين لم تختلف من الناحية الإحصائية عن تَدخُلَات أدوات المقارنة. تُعتبر جودة الأدلة بشأن أنّ التأثيرات تختلف بحسب طول التدخل أو وتيرته متدنيةً جداً، كما هو مُبيّنٌ في الجدول رقم 4.1.

الجدول رقم 4.1. ملخص النتائج المُستخلصة وجودة الأدلة

النتيجة	التصميم الدراسة (عدد التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs] وعدد المشاركين)	النتائج المُستخلصة (اتجاه التأثير وحجمه)	محدوديات الدراسة (جودة الدراسة؛ خطر الانحراف)	غياب الاتساق	غياب المباشرة	غياب الدقة	أدلة النتائج بحسب مقارنة درجات التوصية، والتقدير، والتطوير، والتقييم (غرايد) (GRADE)
السؤال الرئيسي رقم 1							
التوقف عن التدخين، أطول فترة متابعة	5 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 524 مشاركاً	نسبة الأرجحية (OR) 3.46 (نطاق الثقة [CI] 0.74، 16.13)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	4 ذات جودة مقبولة، 1 ذات جودة ضعيفة*	متسقة؛ التغايرية معتدلة*	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
التوقف عن التدخين، أسبوعان إلى أربعة أسابيع من المتابعة	4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 473 مشاركاً	نسبة الأرجحية (OR) 1.68 (نطاق الثقة [CI] 0.67، 4.20)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	3 ذات جودة مقبولة، 1 ذات جودة ضعيفة*	متسقة؛ التغايرية متدنية	مباشرة	دقيقة	متدنية
التوقف عن التدخين، <4 أسابيع من المتابعة	4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 469 مشاركاً	نسبة الأرجحية (OR) 3.32 (نطاق الثقة [CI] 0.37، 29.52)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	4 ذات جودة مقبولة*	متسقة؛ التغايرية كبيرة*	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
عدد السجائر في اليوم الواحد	4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 332 مشاركاً	متوسط الفرق الموزون (WMD) 1.52 (نطاق الثقة [CI] -1.03، 4.07)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	2 ذات جودة مقبولة، 2 ذات جودة ضعيفة*	غير متسقة؛ التغايرية متدنية	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
حالات التوق الشديد	5 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 389 مشاركاً	التجميع غير ممكن، تجربة واحدة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCT) ذات نتائج إيجابية مهمة	1 ذات جودة مقبولة، 4 ذات جودة ضعيفة*	غير متسقة*	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
جودة الحياة في ما يتعلق بالصحة	غير منقولة في أي دراسة	غير مُنطبق	غير مُنطبق	غير مُنطبق	غير مُنطبق	غير مُنطبق	لا توجد أدلة
تأمل اليقظة الذهنية مقابل برنامج التمر من التدخين (FFS)	2 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 223 مشاركاً	كلاهما في صالح اليقظة الذهنية، أوجه الاختلاف في التوقف مهمة في تجربة واحدة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCT)	2 ذات جودة مقبولة*	متسقة	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
تأمل اليقظة الذهنية مقابل التعرض للإماعي الخالي من التعليمات	1 تجربة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCT)، 123 مشاركاً	عدد السجائر في اليوم الواحد، متوسط الفرق (MD) 0.80 (نطاق الثقة [CI] -1.02، 2.62)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	1 ذات جودة ضعيفة	لا يوجد تكرار**	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
تأمل اليقظة الذهنية مقابل التعرض للإماعي المترافق مع كبح الحاجة المُلحّة	1 تجربة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCT)، 61 مشاركاً	اختبار فاغريستروم لإدمان النيكوتين (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)، متوسط الفرق (MD) 0.23 (نطاق الثقة [CI] -0.34، 0.80)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	1 ذات جودة ضعيفة	لا يوجد تكرار**	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
تأمل اليقظة الذهنية مقابل استثمارات كوتلاين quit-line للإقلاع عن التدخين	1 تجربة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 196 مشاركاً	قصد المعالجة (ITT)، تم التحقق من التوقف بواسطة أول أكسيد الكربون (CO): نسبة الأرجحية (OR) 1.78 (نطاق الثقة [CI] 0.85، 3.74)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	1 ذات جودة مقبولة	لا يوجد تكرار**	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
تأمل اليقظة الذهنية مقابل تزييف التأمل	1 تجربة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 44 مشاركاً	عدد السجائر في اليوم الواحد، متوسط الفرق (MD) -0.50 (نطاق الثقة [CI] -6.05، 5.05)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	1 ذات جودة ضعيفة	لا يوجد تكرار**	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً

النتيجة	تصميم الدراسة (عدد التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية [RCTs] وعدد المشاركين)	النتائج المُستخلصة (اتجاه التأثير وحجمه)	محدوديات الدراسة (جودة الدراسة؛ خطر الانحراف)	غياب الاتساق	غياب المباشرة	غياب الدقة	أدلة النتائج بحسب مقارنة درجات التوصية، والتقدير، والتطوير، والتقييم (غرايد) (GRADE)
تأمل اليقظة الذهنية مقابل التدريب على الاسترخاء	1 تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCT)، 27 مشاركاً	"انخفاض كبير في التدخين في مجموعة التدخل (قيمة قوة الاحتمال $[p] > 0.01$ ) ولكن لا يوجد انخفاض كبير في مجموعة التدريب على الاسترخاء، وهناك انخفاض كبير في التوق الشديد في التدخل (قيمة قوة الاحتمال $[p] > 0.01$ ) وإنما ليس في مجموعة الاسترخاء؛ لم تُنقل نتائج دقيقة	1 ذات جودة ضعيفة	لا يوجد تكرار**	مباشرة	لم تُنقل	متدنية جداً
تأمل اليقظة الذهنية مقابل العلاج كالمعتاد (TAU)	1 تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCT)، 51 مشاركاً	التوقف، لم يتم التحقق منه، لا يتضمن قصد المعالجة (ITT)، نسبة الأرجحية (OR) 71.67 (نطاق الثقة [CI] 1,364.30، 3.76)	1 ذات جودة مقبولة	لا يوجد تكرار**	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
تأمل اليقظة الذهنية مقابل التعلم التفاعلي	1 تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCT)، 55 مشاركاً	التوقف، تم التحقق منه بواسطة أول أكسيد الكربون (CO)، نسبة الأرجحية (OR) 6.00 (نطاق الثقة [CI] 0.67، 53.68)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	1 ذات جودة ضعيفة	لا يوجد تكرار**	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
<b>السؤال الرئيسي رقم 1a</b>							
التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS)	3 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCTs)، 386 مشاركاً	نسبة أرجحية (OR) التوقف 1.44 (نطاق الثقة [CI] 0.38، 5.45)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	2 ذات جودة مقبولة، 1 ذات جودة ضعيفة*، كل التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية (RCTs) أجراها نفس المؤلف	متسقة	مباشرة	دقيقة	متدنية
التدريب الوجيه على اليقظة الذهنية	3 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCTs)، 194 مشاركاً	نتائج مختلطة	3 ذات جودة ضعيفة*	غير متسقة*	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
التوقف بحسب ما تبين من تحليل الانحدار التوضيحي: التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) مقابل التدخلات التي لا تعتمد التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين	5 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCTs)، 524 مشاركاً	أشار تحليل الانحدار التوضيحي إلى وجود تأثير لنوع التدخل (قيمة قوة الاحتمال $[p] = 0.01$ )	4 ذات جودة مقبولة، 1 ذات جودة ضعيفة*، بعض الدراسات التي لا تعتمد التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) والتي أمكن تحليلها*	غير مُنطِق	غير مباشرة**	دقيقة	متدنية جداً
<b>السؤال الرئيسي رقم 1b</b>							
العلاج الأحادي	5 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية (RCTs)، 310 مشاركاً	أوجه الاختلاف المهمة قليلة جداً بين المجموعات من حيث التوق الشديد أو تعاطي التبغ	5 ذات جودة ضعيفة*	غير متسقة*	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
مُساعد للاستعاضة عن النيكوتين	2 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية* (RCTs)، 139 مشاركاً	كلاهما في صالح اليقظة الذهنية، لكن أوجه الاختلاف في التوقف ليست لها أهمية من الناحية الإحصائية في تحليلات قصد المعالجة (ITT)	2 ذات جودة مقبولة*	متسقة	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
غير واضح؛ الاستعاضة عن النيكوتين مسموح بها، وإنما لا توفرها الدراسة	2 تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية* (RCTs)، 129 مشاركاً	كلاهما ينقل اختلافاً كبيراً في التوقف على المدى الطويل في صالح اليقظة الذهنية	2 ذات جودة مقبولة*	متسقة	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً

النتيجة	التصميم الدراسة (عدد التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية [RCTs] وعدد المشاركين)	النتائج المُستخلصة (اتجاه التأثير وحجمه)	محدوديات الدراسة (جودة الدراسة؛ خطر الانحراف)	غياب الاتساق	غياب المباشرة	غياب الدقة	أدلة النتائج بحسب مقارنة درجات التوصية، والتقدير، والتطوير، والتقييم (غرايد) (GRADE)
السؤال الرئيسي رقم 1c							
الوتيرة: متدنية (> ساعة واحدة في الأسبوع)	1 تجربة موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCT)، 123 مشاركاً	لا يوجد انخفاض كبير في حالات التوق الشديد في أي من المجموعتين؛ الاختلاف في عدد السجائر التي تم تدخينها بمقابل أداة المقارنة ليس مهماً من الناحية الإحصائية	1 ذات جودة ضعيفة*	لا يوجد تكرار**	مباشرة	دقيقة	متدنية جداً
الوتيرة: متوسطة (1-4 ساعات في الأسبوع)	4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 282 مشاركاً	النتائج مختلطة، وهناك اختلاف كبير في التوقف في تجربة واحدة تستخدم عيّنات عشوائية (RCT)	1 ذات جودة مقبولة، 3 ذات جودة ضعيفة*	غير متسقة*	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
الوتيرة: عالية (<4 ساعات في الأسبوع)	4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 437 مشاركاً	نسبة أرجحية التوقف عن التدخين (cessation OR) 2.84 (نطاق الثقة [CI] 0.35، 22.70)، ليست له أهمية من الناحية الإحصائية	3 ذات جودة مقبولة، 1 ذات جودة ضعيفة*	متسقة؛ التغايرية كبيرة*	مباشرة	غير دقيقة*	متدنية جداً
تحليل الانحدار التوضيحي الذي يقابل بين طول التدخل وعدد السجائر التي تم تدخينها	4 تجارب موجهة تستخدم عيّنات عشوائية (RCTs)، 332 مشاركاً	لم يُشر تحليل الانحدار التوضيحي إلى وجود تأثير منهجي (قيمة قوة الاحتمال [p]=0.849)	2 ذات جودة مقبولة، 2 ذات جودة ضعيفة*	غير مُنطبق	غير مباشرة**	دقيقة	متدنية جداً

ملاحظة: \* = تم الحط منه مرتبة واحدة؛ \*\* = تم الحط منه مرتبتين. MM = تأمل اليقظة الذهنية (mindfulness meditation)؛ NA = غير مُنطبق (not applicable)؛ n.s. = ليست له أهمية من الناحية الإحصائية (not statistically significant).



## مراجعات أخرى في هذا المجال

إنّ نتائج هذه المراجعة قابلةٌ للمقارنة بتلك المنقولة في مراجعاتٍ سابقةٍ وَجَدَتِ الأدلة على فائدة تأمل اليقظة الذهنية في التوقف عن التدخين غير قطعية. شَمَلَتِ مراجعةٌ منهجيةٌ أُجريت عام 2013 وفحصت اليوغا والتأمل على حدٍ سواءٍ بوصفهما اثنتين من الممارسات العقلية-الجسدية المفيدة في التوقف عن التدخين (كريم-تود، ميتشل، وأوكن [Carim-Todd, Mitchell, and Oken], 2013)؛ كانت ثلاثٌ منها تجاربٌ موجهةٌ تستخدمُ عيّناتٍ عشوائيةً (RCTs) وتتاول التدخلات المستندة إلى اليقظة الذهنية التي كنا قد شملناها أيضاً في مراجعتنا (بُوون ومارلات [Bowen and Marlatt], 2009؛ برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ روغوانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a). وَجَدَتِ اثنتان منها أوجه اختلافٍ كبيرٍ في صالح تدخلات اليقظة الذهنية (بُوون ومارلات [Bowen and Marlatt], 2009؛ روغوانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a). حالت التغييرية دون إجراء مراجعةٍ تحليليةٍ للدراسات.

وَجَدَتِ مراجعةٌ منهجيةٌ أحدث أنّ التدخلات المستندة إلى اليقظة الذهنية جاءت بنتائجٍ مختلطةٍ (دي سوزا وآخرون [de Souza et al.], 2015). شَمَلَتِ النتائج المنقولة التوقف عن التدخين، وعدد السجائر التي تم تدخينها، وتعدّل قوة العلاقة بين التوق الشديد والتدخين، وتطوير استراتيجياتٍ تعاليميةٍ من أجل التعاطي مع المحفزات على التدخين. أفسدت التغييرية الكبيرة بين الدراسات قدرة المؤلفين على إجراء مراجعةٍ تحليليةٍ للدراسات. لقد شَمَلَتِ تلك المراجعة الأحدث 13 مقالةً حول التجارب الموجهة التي تستخدمُ عيّناتٍ عشوائيةً؛ وقد شَمَلَتِ مراجعتنا المنهجية سبباً منها (بُوون ومارلات [Bowen and Marlatt], 2009؛ برور وآخرون [Brewer et al.], 2011؛ ديفيس، ميلز، وآخرون [Davis, Mills, et al.], 2013؛ ديفيس، غولديبرغ، وآخرون [Davis, Goldberg, et al.], 2014a؛ روغوانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a؛ سينغ وآخرون [Singh et al.], 2014). كانت واحدةٌ أخرى من التجارب الموجهة التي تستخدمُ عيّناتٍ عشوائيةً، والتي شَمَلَتِ في مراجعة دي سوزا وآخرون (de Souza et al.) (2015) عبارةً عن مخطوطٍ غير منشورٍ أعدّه ديفيس وزملاؤه (Davis and colleagues)؛ إننا نعتقد أنّها نُشِرت لاحقاً باعتبارها صادرةً عن ديفيس، مانلي، وآخرون (Davis, Manley, et al.) (2014b)، والتي قد شَمَلناها أيضاً. لقد استُبعدَ ملخصٌ غير منشورٍ من شومان-أوليفيه (Schuman-Olivier) باعتباره تحليلاً ثانوياً لدراسة برور وآخرون (Brewer et al.) (2011). واستُبعدت دراسةٌ لأنّ المشاركين لم يتوزعوا بشكلٍ عشوائيٍّ (ألتنر [Altner], 2002). ولقد استُبعدت اثنتان من التجارب الموجهة التي تستخدمُ عيّناتٍ عشوائيةً من نفس المؤلفين (أشر، وست، وآخرون [Usher, West, et al.], 2006؛ أشر، كروبي، وآخرون [Usher, Cropley, et al.], 2009) لأنّ التدخل لم يستوفِ تعريفنا لتأمل اليقظة الذهنية (لقد قارنت هذه الدراسات بين تأثير التمريض المتساوي القياس ومسح الجسم بالأشعة وبين الجلوس السلبي). استُبعدت واحدةٌ أخرى من التجارب الموجهة التي تستخدمُ عيّناتٍ عشوائيةً لأنها لم تتقل التوقف، أو محاولات الإقلاع، أو الحد من التعاطي (آدامز وآخرون [Adams et al.], 2013). أخيراً، كانت إحدى التجارب الموجهة التي تستخدمُ عيّناتٍ عشوائيةً قد شَمَلت مرتين في مراجعة دي سوزا (de Souza) نظراً لتكرار نشرها في مجلّتين مختلفتين (روغوانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011a؛ روغوانسكي، فيتيز، وأنتوني [Rogojanski, Vettese, and Antony], 2011b).

## نقاط القوة والمحددات

إنّ لهذه المراجعة نقاط قوةٍ عديدة: تصميمٌ مسبقٌ للبحث، والاختيار المزدوج للدراسات، وتلخيص بيانات معلومات الدراسة، وعملية بحثٍ شاملةٍ في قواعد البيانات الإلكترونية، وتقييماتٍ لخطر الانحراف، وتقييماتٍ شاملةٍ لجودة الأدلة استُخدمت في صياغة خلاصات المراجعة. مع ذلك، فإنّ بعض المحدوديات جديرةٌ بالملاحظة. أولاً، لم يستوفِ إلا عددٌ قليلٌ من الدراسات

معايير الشمول الخاصة بنا، مما حدّد من قدرتنا على إجراء مراجعاتٍ تحليليةٍ للدراسات على امتداد أنواع التدخلات، وأدوات المقارنة، وطول التدخلات، ويشمل ذلك ما إذا كان العلاج مساعداً أو أحادياً. فضلاً عن ذلك، تراوحت جودة الدراسة بالنسبة لتلك المقالات التي شُملت في مراجعتنا من المقبولة إلى الضعيفة، وذلك عائدٌ في المقام الأول إلى عدم وجود قدرةٍ على تعمية المشاركين والموظفين، وإلى انحرافٍ محتملٍ في النقل، وتحليلاتٍ لقصد المعالجة (ITT) غير واضحةٍ أو غير مناسبة. إضافةً إلى ذلك، لم تُبلّغ خمسٌ من التجارب التسع الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائية (RCTs) التي شُملت عن توليد النتائج العشوائية، بينما لم تُبلّغ أيٌّ منها عن إخفاء التخصيص، وثمانيةٌ لم تُبلّغ عما إذا كانت قد تمّت تعمية مُقيمي النتائج. لم نتصل بمؤلفي الدراسات الفرديين؛ وتستند النتائج وتقديرات الجودة المنقولة في المراجعة إلى البيانات المنشورة. (الاقتراحات من أجل تحسيناتٍ في النقل مدونةٌ في القسم أدناه). والأهم أنّ أيّاً من الدراسات لم تُنقل حساباً مسبقاً للقوة، فيه ما يكفي من القوة للكشف عن أوجه الاختلاف الدقيقة بين مجموعات الدراسات. أخيراً، نُقلت ثلاث دراساتٍ فقط شيئاً من التفاصيل حول غياب الأحداث المضرة أو وجودها، مما حدّد من قدرتنا على تقييم سلامة تأمل اليقظة الذهنية.

## التداعيات بالنسبة للأبحاث المستقبلية والممارسة

على غرار المراجعات السابقة في هذا المجال، نخلص إلى أنّ نقاط الضعف في متن الأدلة تحول دون أيّ خلاصاتٍ قويةٍ بشأن فائدة تأمل اليقظة الذهنية في تعاطي التبغ. في ما خلا التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS)، كانت الدراسات المتوفرة بشأن أشكالٍ محددةٍ من تأمل اليقظة الذهنية قليلة. جَمَعَ ثلث الدراسات فقط معلوماتٍ عن الأحداث المضرة. كان العديد من الدراسات "إرشادياً"، فهي لم تتقل نتائج تتعلق بالتوقف عن التدخين. والأهم أنّ أيّاً من الدراسات لم تتقل حساباً مسبقاً للقوة تحقّق فيه حجم العيّنة المُستهدَف. لم تُنقل مظاهرٍ أخرى مهمةٍ من المنهجية في معظم التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائية (RCTs) التي تم شملها.

باختصار، ثمة حاجةٌ للمزيد من التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائية، تكون أفضل تصميمياً ودقةً وأكبر حجماً، من أجل تطوير قاعدةٍ من الأدلة بوسعها توفير تقديراتٍ أكثر قطعياً لفعالية تأمل اليقظة الذهنية في تعاطي التبغ. ينبغي على الدراسات المستقبلية أن تقيس التوقف عن التدخين، وأن تُحقّق حجماً للعيّنة كبيراً بما يكفي للكشف عن أوجه الاختلاف الإحصائية في ما يتعلق بهذه النتيجة. إنّ التثبت الكيميائي من التوقف مُشجّع عليه لأغراض الصلاحية العلمية وإن كان مكلفاً. على الدراسات أن تتابع المشاركين لسنةٍ أشهرٍ إلى 12 شهراً من أجل تقييم تأثيرات التأمل على التوقف على المدى الطويل؛ ينبغي رصد التقيد بممارسة اليقظة الذهنية، والتدخلات المساعدة، وتدخلات أدوات المقارنة، والاستخدام المترامن لعلاجاتٍ أخرى مراراً.

يجب أن تُنقّد المنشورات المستقبلية عن التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائيةً وتتناول تأمل اليقظة الذهنية بالمعايير الموحدة لنقل التجارب (Consolidated Standards of Reporting Trials [CONSORT]) (شولتز وآخرون [Schultz et al.]، 2010). لقد طُوّر إعلان المعايير الموحدة لنقل التجارب (CONSORT statement) من قِبَل الباحثين، ومُطوّر المبادئ التوجيهية، ومحرّري المجلات من أجل تحسين النقل في التجارب الموجهة التي تستخدم عيّناتٍ عشوائية، مما يمكّن القراء من فهم منهجية دراسةٍ ما. بحسب المعايير الموحدة لنقل التجارب، يتحقّق هذا الأمر فحسب من خلال التقيد الكامل والشفافية من قِبَل المؤلفين. تتطلب المعايير الموحدة لنقل التجارب نقل توليد النتائج العشوائية، وإخفاء التخصيص، وتعمية مُقيمي النتائج، ومظاهرٍ عديدةٍ أخرى من المنهجية. واعتباراً من ديسمبر/كانون الأول 2015، أيّدت 585 مجلةً إعلان المعايير الموحدة لنقل التجارب، وتشمل هذه مجلاتٍ رفيعة المستوى مثل برينيش ميديكال دجورنال (المجلة الطبية البريطانية [British Medical Journal]) ودجورنال أوف ذي أميركان ميديكال أسوسيشن (مجلة الجمعية الطبية الأمريكية [Journal of the American Medical Association])، ومجلة المكتبة العامة للعلوم (PLoS One)، وأميريكان دجورنال

أوف ببتليك هلث (مجلة الصحة العامة الأمريكية [American Journal of Public Health])، ومجلات الطب التكميلي والطب البديل، مثل كومبليمنتري ثيرابييز إن كلينيكال براكيس (العلاجات التكميلية في الممارسة العيادية [Complementary Therapies in Clinical Practice]).

أخيراً، لم تركز أيُّ من الدراسات المشمولة على المجموعات النشطة العسكرية أو تلك المتعلقة بالمحاربين القدامى. بوسع التجارب المستقبلية الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية، والتي تتضمن معايير للأهلية تتعلق بالأمور العسكرية أن توفّر أدلةً أكثر انطباقاً على الألم الناتج عن الخدمة العسكرية، وأدلةً يستخدمها صانعو القرارات في الأنظمة الصحية العسكرية وتلك المتعلقة بالمحاربين القدامى.



## الملحق A: استراتيجية عملية البحث

ببمد (PubMed)

المدة الزمنية المغطاة:

منذ تاريخ إطلاقها وحتى 2015/10/7

اللغة:

الإنجليزية

استراتيجية عملية البحث:

“اليقظة الذهنية” (قاعدة بيانات عناوين المواضيع الطبية [Mesh] [Mesh]) أو “التأمل” (ميش [Mesh]) أو اليقظة الذهنية\* أو مستند إلى اليقظة الذهنية أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية (mbsr) أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية (mbct) أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية (m-bct) (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية بصيغ مختلفة لكتابتها، كما في [mbct] و [m-bct]) أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditat\*] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة مثل [meditat] بدلاً من [meditate]، والمقتطع العربي سيق للبيان) أو فيياسانا (Vipassana) أو ساتيباتثانا (satipatthāna) أو آناپاناساتي (anapanasati) أو زين (Zen) أو سودارشان (Sudarshan) أو زازن (zazen) أو شامبهالا (Shambhala) أو البوذيون\*

و

“تعاطي التبغ” (ميش [Mesh]) أو “التبغ” (ميش [Mesh]) أو “منتجات التبغ” (ميش [Mesh]) أو التبغ (قاعدة بيانات العناوين/الملخصات [tiab] أو السجارة\* (قاعدة بيانات العناوين/الملخصات [tiab]) أو التدخين (قاعدة بيانات العناوين/الملخصات [tiab]) أو مدخن\* (قاعدة بيانات العناوين/الملخصات [tiab])

و

منهجي (قاعدة بيانات المجموعات الفرعية [sb]) أو مراجعة منهجية\* أو عشوائي\* أو التجربة الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية\* (rct) أو التجربة الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية\* (قاعدة بيانات نوع المنشور [pt]) أو “التجربة الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية” (قاعدة بيانات نوع المنشور [Publication Type]) أو “التجارب الموجهة التي تستخدم عيّنات عشوائية باعتبارها موضوعاً” (ميش [Mesh]) أو مراجعة-تحلي\* (meta-analy\*) أو مراجعتحلي\* (mataanaly\*) أو مراجعة تحلي\* (meta analy\*) (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة، كما في الصيغ الثلاث لمصطلح [meta-analysis] والمقتطع العربي سيق للبيان)

سايك إنفو (PsycINFO)

الفترة الزمنية المغطاة:

منذ تاريخ انطلاقها وحتى 2015/10/7

## اللغة:

الإنجليزية

### استراتيجية عملية البحث:

قاعدة بيانات العناوين (TI) (اليقظة الذهنية\* أو مستند إلى اليقظة الذهنية أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية [mbsr] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [mbct] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [m-bct] أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditat\*] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة مثل [meditat] بدلاً من [meditate]، والمقتطع العربي سيق للبيان) أو فيياسانا [Vipassana] أو زين [Zen] أو سودارشان [Sudarshan] أو زازن [zazen] أو شامبهالا [Shambhala] أو البوذيين\* أو ساتياتثانا [satipaṭṭhāna] أو آناپاناساتي [anapanasati] أو قاعدة بيانات الملخصات (AB) (اليقظة الذهنية\* أو مستند إلى اليقظة الذهنية أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية [mbsr] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [mbct] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [m-bct] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية بصيغ مختلفة لكتابتها، كما في [mbct] و [m-bct]) أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditat\*] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة مثل [meditat] بدلاً من [meditate]، والمقتطع العربي سيق للبيان) أو فيياسانا [Vipassana] أو زين [Zen] أو سودارشان [Sudarshan] أو زازن [zazen] أو شامبهالا [Shambhala] أو البوذيين\* أو ساتياتثانا [satipaṭṭhāna] أو آناپاناساتي [anapanasati] أو قاعدة بيانات المواضيع (SU) ("التوقف عن التدخين" أو "تدخين التبغ")

و

### [المُرشح]:

تضييق البحث وفقاً للمنهجية: - مراجعة تحليلية للدراسات  
تضييق البحث وفقاً للمنهجية: - مراجعة منهجية  
تضييق البحث وفقاً للمنهجية: - نتيجة العلاج/تجربة سريرية  
تضييق البحث وفقاً للمنهجية: - دراسة كمية  
تضييق البحث وفقاً للمنهجية: - دراسة تجريبية  
أنماط عملية البحث - أعتُر على كل مصطلحات عملية البحث

أو

قاعدة بيانات العناوين (TI) ("مراجعة منهجية" أو عشوائي\* أو مراجعة-تحلي\* [meta-analy\*] أو مراجعتحلي\* [metaanaly\*] أو مراجعة تحلي\* [meta analy\*] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة، كما في الصيغ الثلاث لمصطلح [meta-analysis] والمقتطع العربي سيق للبيان) أو قاعدة بيانات المواضيع (SU) ("مراجعة منهجية" أو عشوائي\* أو مراجعة-تحلي\* [meta-analy\*] أو مراجعتحلي\* [metaanaly\*] أو مراجعة تحلي\* [meta analy\*] أو قاعدة بيانات الملخصات (AB) ("مراجعة منهجية" أو عشوائي\* أو مراجعة-تحلي\* [meta-analy\*] أو مراجعتحلي\* [metaanaly\*] أو مراجعة تحلي\* [meta analy\*])

## الفهرس التراكمي للدراسات السابقة في مجال التمريض والمهن الصحية المساعدة (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL])

الفترة الزمنية المغطاة:

منذ تاريخ إطلاقها وحتى 2015/20/7

اللغة:

الإنجليزية

### استراتيجية عملية البحث:

قاعدة بيانات العناوين (TI) (اليقظة الذهنية\* أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية [mbsr] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [mbct] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [m-bct] جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية بصيغ مختلفة لكتابتها، كما في [mbct] و [m-bct]) أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditat\*] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة مثل [meditate] بدلاً من [meditate]، والمقتطع العربي سيق للبيان) أو فيياسانا [Vipassana] أو ساتياتثانا [satipatthāna] أو آناپاناساتي [anapanasati] أو زن [Zen] أو سودارشان [Sudarshan] أو زازن [zazen] أو شامبهالا [Shambhala] أو البوذيين\*) أو قاعدة بيانات الملخصات (AB) (اليقظة الذهنية\* أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية [mbsr] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [mbct] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [m-bct] أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditat\*] أو فيياسانا [Vipassana] أو ساتياتثانا [satipatthāna] أو آناپاناساتي [anapanasati] أو زن [Zen] أو سودارشان [Sudarshan] أو زازن [zazen] أو شامبهالا [Shambhala] أو البوذيين\*) أو قاعدة بيانات المواضيع (SU) (اليقظة الذهنية\* أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية [mbsr] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [mbct] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [m-bct] أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditat\*] أو فيياسانا [Vipassana] أو ساتياتثانا [satipatthāna] أو آناپاناساتي [anapanasati] أو زن [Zen] أو سودارشان [Sudarshan] أو زازن [zazen] أو شامبهالا [Shambhala] أو البوذيين\*)

و

قاعدة بيانات العناوين (TI) (التبغ أو السجارة\* أو التدخين أو مدخن\*) أو قاعدة بيانات الملخصات (AB) (التبغ أو السجارة\* أو التدخين أو مدخن\*) أو قاعدة بيانات المواضيع (SU) (التبغ أو السجارة\* أو التدخين أو مدخن\*)

و

قاعدة بيانات العناوين (TI) ("مراجعة منهجية" أو عشوائي\* أو مراجعة-تحلي\* [meta-analy\*] أو مراجعتحلي\* [metaanaly\*] أو مراجعة تحلي\* [meta analy\*]) (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة، كما في الصيغ الثلاث لمصطلح [meta-analysis] والمقتطع العربي سيق للبيان) أو قاعدة بيانات المواضيع (SU) ("مراجعة منهجية" أو عشوائي\* أو مراجعة-تحلي\* [meta-analy\*] أو مراجعتحلي\* [metaanaly\*] أو مراجعة تحلي\* [meta analy\*]) أو قاعدة بيانات الملخصات (AB) ("مراجعة منهجية" أو عشوائي\* أو مراجعة-تحلي\* [meta-analy\*] أو مراجعتحلي\* [metaanaly\*] أو مراجعة تحلي\* [meta analy\*])

**سِجَلْ كوكراين المركزي للتجارب الموجهة (Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL])**

**الفترة الزمنية المغطاة:**

منذ تاريخ إطلاقها وحتى 2015/20/7

**اللغة:**

الإنجليزية

**استراتيجية عملية البحث:**

اليقظة الذهنية\* أو مستنداً إلى اليقظة الذهنية أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية [mbsr] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [mbct] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [m-bct] جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية بصيغٍ مختلفةٍ لكتابتها، كما في [mbct] و [m-bct] أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditate\*] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة مثل [meditat] بدلاً من [meditate]، والمُقْتَطَعُ العربيّ سيقَ للبيان) أو فيباسانا [Vipassana] أو ساتيباتثانا [satipaṭṭhāna] أو أناپاناساتي [anapanasati] أو زِنَ [Zen] أو سودارشان [Sudarshan] أو زازِنَ [zazen] أو شامبهالا [Shambhala] أو البوذيون\*: قواعد بيانات العناوين، الملخصات، الكلمات المفتاحية (ti, ab, kw) (لقد جرى البحث عن الصيغ المختلفة للكلمة الواحدة)

**و**

التبغ أو السجارة\* أو التدخين أو مدخن\*: قواعد بيانات العناوين، الملخصات، الكلمات المفتاحية (ti, ab, kw) (لقد جرى البحث عن الصيغ المختلفة للكلمة الواحدة)

**قاعدة بيانات الطب المساعد والمتمم (Allied and Complementary Medicine Database) [AMED]**

**الفترة الزمنية المغطاة:**

منذ تاريخ إطلاقها وحتى 2015/21/7

**اللغة:**

الإنجليزية

**استراتيجية عملية البحث:**

اليقظة الذهنية\* أو مستنداً إلى اليقظة الذهنية أو الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية [mbsr] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [mbct] أو العلاج الإدراكي المستند إلى اليقظة الذهنية [m-bct] جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية بصيغٍ مختلفةٍ لكتابتها، كما في [mbct] و [m-bct] أو التأمل [meditation] أو التأمل\* [meditat\*] (جرى البحث عن بعض الكلمات المفتاحية غير تامة مثل [meditat] بدلاً من [meditate]، والمُقْتَطَعُ العربيّ سيقَ للبيان) أو فيباسانا [Vipassana] أو ساتيباتثانا [satipaṭṭhāna] أو أناپاناساتي [anapanasati] أو زِنَ [Zen] أو سودارشان [Sudarshan] أو زازِنَ [zazen] أو شامبهالا [Shambhala] أو البوذيون\*

**و**

التبغ أو السجارة\* أو التدخين أو مدخن\*



## الملحق B: المقالات المُستبَعَدَة ذات النص الكامل

### سبب الاستبعاد: لأنّ المقالة هي مُلخّص عن مؤتمر

ديفيس، ج. س. غولدبرغ، م. أندرسون، وت. بايكر (Davis, J., S. Goldberg, M. Anderson, and T. Baker)،  
”تجربة عشوائية تقارن التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين بمعيار الرعاية في العلاج الهادف للتوقف عن التدخين [الندوة  
رقم 4 د]“ (Randomized Trial Comparing Mindfulness Training for Smokers to Standard of Care)  
(Smoking Cessation Therapy [SYM4D])، الاجتماع السنوي الثامن عشر لجمعية الأبحاث المعنية بالنيكوتين  
والتبغ بين 13 و16 مارس/آذار، هيوستن، تكساس، 2012 (Society for Research on Nicotine and Tobacco 18th)  
(Annual Meeting March 13-16 Houston, Texas, 2012).

باكهال، س. م. أ. أرمسترونغ، أ. غارد، ب. ريد، د. آيتكن، وك. أ. مولن (Pakhale, S., M. A. Armstrong, A. A. Mullen)،  
”تتفيذ إرشادي للتدريب البوذي على اليقظة الذهنية، مترافق  
مع نموذج أوتاروا للتوقف عن التدخين في وضعية عيادة خارجية للطب التنفسي (ملخص)“ (A Pilot Implementation  
of Buddhist Mindfulness Training, Combined with the Ottawa Model for Smoking Cessation in  
an Out-Patient Respiratory Clinic [Abstract])، أميركان دجورنال أوف رسيبراتورى أند كريتيكال كير مديسين  
(المجلة الأمريكية للطب التنفسي وطب الرعاية الحرجة [American Journal of Respiratory and Critical Care  
Medicine])، مجلد رقم 189، ملخصات الاجتماعات، 2014.

### سبب الاستبعاد: التصميم (المقالة لا تتناول تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية [RCT])

ألتر، ن. (Altner, N.)، ”ممارسة اليقظة الذهنية والتوقف عن التدخين: دراسة مستشفى إيسن حول التوقف عن التدخين“  
(Mindfulness Practice and Smoking Cessation: The Essen Hospital Smoking Cessation  
Study [EASY])، دجورنال فور ميديتيشن أند ميديتيشن ريسيرتش (مجلة التأمل وأبحاث التأمل [Journal for  
Meditation and Meditation Research])، مجلد رقم 1، 2002، ص. 9-18.

غونزالز، آدم، أنكا أ. فويانوفيتش، كيرستن أ. جونسون، تيريزا م. ليرو، ومايكل ج. زفولنسكي (Gonzalez, Adam, Anka،  
A. Vujanovic, Kirsten A. Johnson, Teresa M. Leyro, and Michael J. Zvolensky)، ”دور الانتباه  
الذهني اليقظ في ما يخص العلاقة بين توقعات نتيجة الحد من التأثير السلبي والضعف النفسي في أوساط مدخني  
السجائر من البالغين“ (The Role of Mindful Attention in Regard to the Relation Between Negative  
Affect Reduction Outcome Expectancies and Emotional Vulnerability Among Adult Cigarette  
Smokers)، كوغنيتيف ثيرابي أند ريسيرتش (العلاج الإدراكي وأبحاثه [Cognitive Therapy and Research])، مجلد رقم  
33، عدد رقم 6، ديسمبر/كانون الأول 2009، ص. 645-656.

كوتشوبيلاي، ف. ب. كومار، د. سينغ، د. أغروال، ن. بهاردواج، م. بهوتاني، وس. ن. داس (Kochupillai, V., P.)

كمار، د. سينغ، د. آغاروال، ن. بهاردواج، م. بهوتاني، و س. ن. داس (Kumar, D. Singh, D. Aggarwal, N. Bhardwaj, M. Bhutani, and S. N. Das)، "تأثير التنفس الإيقاعي (Sudarshan) على الوظائف المناعية وإدمان التبغ" (Effect of Rhythmic Breathing [Sudarshan] on Immune Functions and Tobacco Addiction)، أوف ساينسز (Annals of the New York Academy of Sciences)، مجلد رقم 1056، نوفمبر/تشرين الثاني 2005، ص. 242-252.

سالمويراغو-بلوتشر، إيلينا، ماثيو هُنسينغر، لوكاس مورغان، دانييل فيشر، وجيمس كارمودي (Salmoirago-Blotcher, Elena, Matthew Hunsinger, Lucas Morgan, Daniel Fischer, and James Carmody)، "الحد من التوتر المستند إلى اليقظة الذهنية والتغيير في السلوكيات المتعلقة بالصحة" (Mindfulness-Based Stress Reduction and Change in Health-Related Behaviours)، دجورنال أوف إفيدنس بايسد كومبليمنتري أند ألترناتيف ميديسن (Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine)، مجلد رقم 18، عدد رقم 4، أكتوبر/تشرين الأول 2013، ص. 243-247.

سينغ، نيربهاي ن.، جيوليو إي. لانسيوني، آلان س. و. وينتون، برايان ت. كارازيا، أنجيلا د. أ. سينغ، آشفيند ن. أ. سينغ، وجودي سينغ (Singh, Nirbhay N., Giulio E. Lancioni, Alan S. W. Winton, Bryan T. Karazsia, Angela D. A. Singh, Ashvind N. A. Singh, and Judy Singh)، "برنامج للتوقف عن التدخين يستند إلى اليقظة الذهنية لدى الأفراد المصابين بإعاقه ذهنية طفيفة" (A Mindfulness-Based Smoking Cessation Program for Individuals with Mild Intellectual Disability)، مايندفلنس (Mindfulness)، مجلد رقم 4، عدد رقم 2، يونيو/حزيران 2013، ص. 148-157.

### سبب الاستبعاد: لأنّ المقالة عبارة عن أطروحة

أركاري، باتريشا مارتن (Arcari, Patricia Martin)، "فعالية برنامج للتوقف عن التدخين في مقر العمل: تأمل اليقظة الذهنية مقابل التدخلات الإدراكية-السلوكية" (Efficacy of a Workplace Smoking Cessation Program: Mindfulness Meditation Vs Cognitive-Behavioral Interventions)، ديسرتايشن أبستراكس إنترناشونال: سكشن بي: ذا ساينسز أند أنجينييرينغ (الخدمة الدولية لمخلصات الأطروحات: القسم ب: العلوم والهندسة [Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering])، مجلد رقم 57، عدد رقم B-10، أبريل/نيسان 1997، ص. 6174.

### سبب الاستبعاد: لأنّ المقالة منشورٌ مكرّرٌ للدراسة المشمولة

الوافي، هاني م. (Elwafi, Hani M.)، "التوق الشديد والإقلاع: استكشافٌ للكيفية التي يمكن للتدريب على اليقظة الذهنية أن يساعد بحسبها المدخنين على الإقلاع" (Craving and Quitting: An Exploration of How Mindfulness Training May Help Smokers to Quit)، ديسرتايشن أبستراكس إنترناشونال: سكشن بي: ذا ساينسز أند أنجينييرينغ (الخدمة الدولية لمخلصات الأطروحات: القسم ب: العلوم والهندسة [Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering])، مجلد رقم 74، عدد رقم B(E)-2، 2013.

الوافي، ه. م.، ك. ويتكيويتز، س. مالك، ت. أ. ثورنهيل IV، وج. أ. برور (Elwafi, H. M., K. Witkiewitz, S. Mallik, T. A. Thornhill IV, and J. A. Brewer)، "التدريب على اليقظة الذهنية من أجل التوقف عن التدخين: تعدُّل العلاقة

بين التّوق الشديد وتعاطي السجائر“ (Moderation of the Relationship Between Craving and Cigarette Use) (Drug and Alcohol Dependence)، مجلد رقم 130، الأعداد 1-3، 1 يونيو/حزيران، 2013، ص. 222-229.

غولدربرغ، س. ب.، ج. م. ديفيس، وو. ت. هويت (Goldberg, S. B., J. M. Davis, and W. T. Hoyt)، ”دور التحالف العلاجيّ في تدخلات اليقظة الذهنية: التحالف العلاجيّ في التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين“ (The Role of Therapeutic Alliance in Mindfulness Interventions: Therapeutic Alliance in Mindfulness Training for Smokers) (Journal of Clinical Psychology)، مجلد رقم 69، عدد رقم 9، سبتمبر/أيلول 2013، ص. 936-950.

غولدربرغ، س. ب.، أ. س. ديل ري، و. ت. هويت، وج. م. ديفيس (Goldberg, S. B., A. C. Del Re, W. T. Hoyt, and J. M. Davis)، ”المكوّن السريّ في تدخلات اليقظة الذهنية؟ حالة في ممارسة تفضيل النوعية على الكمية“ (The Secret Ingredient in Mindfulness Interventions? A Case for Practice Quality Over Quantity) (Journal of Counseling Psychology)، مجلد رقم 61، عدد رقم 3، يوليو/تموز 2014، ص. 491-497.

روغوجانسكي، ج. ل. س. فيتيز، وم. م. أنتوني (Rogojanski, J., L. C. Vettese, and M. M. Antony)، ”دور الحساسية أمام أعراض القلق في الاستجابة لاستراتيجيات اليقظة الذهنية مقابل استراتيجيات الكبح في التعامل مع حالات التّوق الشديد للتدخين“ (Role of Sensitivity to Anxiety Symptoms in Responsiveness to Mindfulness Versus Suppression Strategies for Coping with Smoking Cravings) (Journal of Clinical Psychology)، مجلد رقم 67، عدد رقم 4، أبريل/نيسان 2011، ص. 439-445.

شومان-أوليفيه، ز. ب. ب. هينر، أ. إي. إفينز، وج. أ. برور (Schuman-Olivier, Z., B. B. Hoepfner, A. E. Evins, and J. A. Brewer)، ”تحقيق الملائمة الصحيحة: قد يعزز التدريب على اليقظة الذهنية التأثير العلاجيّ على التوقف عن التدخين من جراء الامتناع عن إجراء الحكم بحق التجربة الداخلية“ (Finding the Right Match: Mindfulness Training May Potentiate the Therapeutic Effect of Nonjudgment of Inner Experience on Smoking Cessation) (Substance Use and Misuse)، مجلد رقم 49، عدد رقم 5، أبريل/نيسان 2014، ص. 586-594.

### سبب الاستبعاد: التدخل (لا يتناول تأملًا لإحلال اليقظة الذهنية)

هاغا، د. أ. س. غروسولد، س. غايورد-كينغ، م. راينفورت، م. تانر، ف. ترافيس، س. نايديك، و. ه. شنايدر (Haaga, D. A., S. Grosswald, C. Gaylord-King, M. Rainforth, M. Tanner, F. Travis, S. Nidich, and R. H. Schneider)، ”تأثيرات برنامج التأمل التجاوزيّ على تعاطي المخدرات في أوساط طلاب الجامعات“ (Effects of the Transcendental Meditation Program on Substance Use among University Students) (Cardiology Research and Practice)، مجلد رقم 537101، 2011، 2011، ص. 537101.

## سبب الاستبعاد: خارج الموضوع (لا تدور حول تأمل اليقظة الذهنية أو تعاطي التبغ)

باتل، س.، وم. كارودرز (Patel, C., and M. Carruthers)، "الحد من عامل الخطر على الشرايين التاجية من خلال الاسترخاء والتأمل اللذين تعاونهما التغذية الراجعة الحيوية" (Coronary Risk Factor Reduction Through Biofeedback–Aided Relaxation and Meditation)، دجورنال أوف ذا رويال كوليدج أوف دجنرال براكتيشنرز (مجلة الكلية الملكية للأطباء العاميين [Journal of the Royal College of General Practitioners])، مجلد رقم 27، عدد رقم 180، 1977.

باتل، س.، م. ج. مارموت، د. ج. تيري، م. كارودرز، ب. هنت، وم. باتل (Patel, C., M. G. Marmot, D. J. Terry, M. Carruthers, B. Hunt, and M. Patel)، "تجربة الاسترخاء في الحد من الخطر على الشرايين التاجية: متابعة لأربع سنوات" (Trial of Relaxation in Reducing Coronary Risk: Four Year Follow Up)، برينيتش ميديكال دجورنال (المجلة الطبية البريطانية [British Medical Journal] [طبعة الأبحاث السريرية])، مجلد رقم 290، عدد رقم 6475، 13 أبريل/نيسان، 1985، ص. 1106-1103.

باترسون، كاميل ر.، جوول ب. بينيت، وويندي ل. ويتالا (Patterson, Camille R., Joel B. Bennett, and Wyndy L. Wiitala)، "الصحي وغير الصحي في تنفيس التوتر: تعزيز الصحة في الأعمال التجارية الصغيرة" (Healthy and Unhealthy Stress Unwinding: Promoting Health in Small Businesses)، دجورنال أوف بزنس أند سايكولوجي (مجلة الأعمال وعلم النفس [Journal of Business and Psychology])، مجلد رقم 20، عدد رقم 2، شتاء 2005، ص. 247-221.

## سبب الاستبعاد: لا توجد نتائج ذات صلة

آدمز، س. إي.، ل. بينيتيز، ج. كينسول، م. أيرسون ماكفاي، أ. باربري، أ. ثيبودو، وأ. ل. كويلاند (Adams, C. E., L. Benitez, J. Kinsaul, M. Apperson McVay, A. Barbry, A. Thibodeaux, and A. L. Copeland)، "تأثيرات تلقينات اليقظة الذهنية الوجيهة على ردود الفعل إزاء محفزات صورة الجسد في أوساط المدخنين من الإناث: دراسة تجريبية" (Effects of Brief Mindfulness Instructions on Reactions to Body Image Stimuli Among Female Smokers)، نيكوتين أند توباكو ريسرتش (أبحاث النيكوتين والتبغ [Nicotine and Tobacco Research])، مجلد رقم 15، عدد رقم 2، فبراير/شباط 2013، ص. 384-376.

فيدرين، ج. آي.، م. س. بيزينيل، ب. سينسيريبيني، ي. لي، م. ت. ماركوس، أ. ج. ووترز، ل. ر. رايتزل، ود. و. وتر (Vidrine, J. I., M. S. Businelle, P. Cinciripini, Y. Li, M. T. Marcus, A. J. Waters, L. R. Reitzel, and D. W. Wetter)، "ترابطات اليقظة الذهنية بإدمان النيكوتين، والحرمان منه، وتمكّنه" (Associations of Mindfulness with Nicotine Dependence, Withdrawal, and Agency)، سبستانس أيبوس (إدمان المخدرات [Substance Abuse])، مجلد رقم 30، عدد رقم 4، أكتوبر/تشرين الأول-ديسمبر/كانون الأول 2009، ص. 327-318.

## الملحق C: جدول أدلة الدراسات المشمولة

تفاصيل الدراسة	المشاركون	التدخل	النتائج
<p>المرجع: بون ومازلت (Bowen and Marlatt)، 2009</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: التحقيق في تأثيرات مجموعة من التلقينات الوجيهة المستندة إلى اليقظة الذهنية، تقوم على تقنية "تسئم الحاجة الملحة" (urge-surfing) التي جاء بها مارلات، على حالات الحاجة الملحة والسلوك المرتبط بالتدخين</p> <p>تقدير الجودة: ضعيف</p>	<p>عدد المرضى: 123 توزعوا بشكل عشوائي تعاطي التبغ عند خط الأساس: <math>10 \geq</math> سجائر في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرصية المراقبة: لم تُنقل</p> <p>متوسط السن: 20.33 (الانحراف المعياري [SD] 3.34)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 73.2 في المئة</p> <p>معايير الشمول: أن لا يقل سن المشارك عن 18 عاماً، وأن يكون من المدخنين، وأن يكون مهتماً ببعض الشيء بالحد من التدخين أو الإقلاع عنه.</p> <p>معايير الاستبعاد: أن يكون الشخص منخرطاً حالياً في برنامج للتوقف عن التدخين.</p>	<p>محتوى التدخل: تلقى المشاركون في مجموعة اليقظة الذهنية تعليمات لتقبل المشاعر أو الأحاسيس أو الأفكار بطريقة يقظة ليس فيها إجراء حكم، بناءً على التقنيات التي وصفها مارلات (مارلات وغوردون [Marlatt and Gordon]، 1985) وعلى تلك التي استخدمت في أبحاث مماثلة (مثلاً، هايز وآخرون [Hayes et al.]، 1999). لقد أعطوا تعليمات "تسئم الحاجة الملحة" (urge-surfing)، وفيها "يعتلي" المرء الحاجة الملحة متجاوزاً التقلبات في جدتها. لقد قُدمت تجربة التعرض الإلماعي في أربع مراحل، حيث دامت كل مرحلة قرابة 4-6 دقائق، مع جِدَّة متزايدة في كل منها.</p> <p>الوضعية: غير واضحة</p> <p>الجرعة: متوسطة (1-4 ساعات كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: لا توجد</p> <p>أداة المقارنة: التعرض الإلماعي الخالي من التعليمات من أجل التمكن من التكيف</p> <p>نقاط النهاية الأولية: عدد السجائر في اليوم الواحد، حالات التوق الشديد</p> <p>حساب القوة: كلا</p> <p>مدة فترة المتابعة: أسبوع واحد</p>	<p>معدل الامتناع: لم يُنقل</p> <p>الانخفاض:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فترة متابعة من أسبوع واحد، عدد السجائر في اليوم: متوسط الفرق (MD) 0.80 (نطاق الثقة [CI] -1.02، 2.62)</li> </ul> <p>الأحداث المضرة: لم تُذكر</p>

تفاصيل الدراسة	المشاركون	التدخل	النتائج
<p>المراجع: برور وآخرون (Brewer et al.)، 2011</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: تقييم فعالية التدريب على اليقظة الذهنية مقابل برنامج التحرر من التدخين (FFS) باستخدام نقطة انتشار الامتناع بعد أسبوع، وعدد السجائر التي تم تدخينها باعتبارهما نقطتي النهاية الأوليتين عند إكمال العلاج وفترة متابعة من 17 أسبوعاً. كان الغرض الثانوي تقييم الترابطات بين مقدار الممارسة المنزلية التي أكملت في كلا ذراعي العلاج، وبين نتائج التدخين.</p> <p>تقدير الجودة: مقبول</p>	<p>عدد المرضى: 88 توزعوا بشكل عشوائي، منهم 87 خضعوا للتحليل</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: 11-20 سيجارة في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرصية المرافقة: لم تُنقل</p> <p>متوسط السن: 45.9 (الانحراف المعياري [SD] 10.2)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 62.1 في المئة</p> <p>معايير الشمول: أن يتراوح سن المشارك بين 18-60 عاماً، وأن يكون ممن يدخن أكثر من 10 سجائر في اليوم الواحد، وأن يكون قد امتنع لفترة تقل عن ثلاثة أشهر في العام السابق، وأن ينقل اهتماماً بالإقلاع عن التدخين.</p> <p>معايير الاستبعاد: أن يكون المشارك قد استخدم في وقتٍ حاليٍّ أدوية ذات تأثير نفسي، أو أن يكون قد أصيب بعارضٍ صحي خطيرٍ خلال الأشهر الستة الماضية أو إذا كانت حالته الصحية غير مستقرة خلال الفترة نفسها، أو أن يكون مستوفياً لمعايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية-الطبعة الرابعة (DSM-IV) في ما يتعلق بإدمان أنواعٍ أخرى من المخدرات خلال السنة السابقة.</p>	<p>محتوى التدخل: تم تكليف التدريب على اليقظة الذهنية لأغراض التوقف النشط عن التدخين من دليلٍ تدريبيٍّ سابقٍ حول اليقظة الذهنية للوقاية من الانتكاس إلى المخدرات. لقد جرى تقديم الموضوع الشامل وهو الإدراك الآني وتقبل حالات التوق الشديد والتأثير وتعزيزه بطرقٍ تكملية.</p> <p>الوضعية: غير واضحة</p> <p>الجرعة: متوسطة (1-4 ساعاتٍ كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: لم تُنقل</p> <p>أداة المقارنة: برنامج التحرر من التدخين (FFS)</p> <p>نقاط النهاية الأولية: نقطة انتشار الامتناع عند اليوم السابع، وعدد السجائر في اليوم الواحد</p> <p>حساب القوة: كلا</p> <p>مدة فترة المتابعة: 17 أسبوعاً</p>	<p>معدل الامتناع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فترة متابعة من أربعة أسابيع: مجموعة العلاج: 36 في المئة، المجموعة المرجعية: 15 في المئة</li> <li>• فترة متابعة من 17 أسبوعاً: مجموعة العلاج: 31 في المئة، المجموعة المرجعية: 6 في المئة</li> </ul> <p>نقطة انتشار الامتناع عند اليوم السابع (تم التحقق منه بفحص أول أكسيد الكربون (CO) &gt;7 جزء في المليون [ppm]):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فترة متابعة من 4 أسابيع: نسبة الأرجحية (OR) 3.05 (نطاق الثقة [CI] 0.99، 9.38)</li> <li>• فترة متابعة من 17 أسبوعاً: نسبة الأرجحية (OR) 7.83 (نطاق الثقة [CI] 1.57، 38.99)</li> </ul> <p>الانخفاض:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فترة متابعة من 4 أسابيع، عدد السجائر في اليوم الواحد: متوسط الفرق (MD) 1.00 (نطاق الثقة [CI] -3.02، 5.02)</li> </ul> <p>الأحداث المضرة: "لم تُنقل أحداثٌ مضرةٌ خطيرةٌ في أيٍّ من مجموعتي العلاج"</p>

تفاصيل الدراسة	المشاركون	التدخل	النتائج
<p>المرجع: ديفيس، ميلز، وآخرون (Davis, Mills, et al. 2013)</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: اختبار دراسة إرشادية مُصمَّمة لأعراض التدخل الجديد للتوقف عن التدخين وهو التدريب على اليقظة الذهنية للتدخين (MTS)، لدى مدخنين تتراوح أعمارهم بين 18-29 عاماً مع فترات منتظمة من الإفراط في شرب المُسكرات</p> <p>تقدير الجودة: ضعيف</p>	<p>عدد المرضى: 55</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: 11-20 سيجارة في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرَضية المرافقة: أفراد يُفِرطون في شرب المُسكرات</p> <p>متوسط السن: 21.9 (الانحراف المعياري [SD] 2.53)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 70.9 في المئة</p> <p>معايير الشمول: أن يتراوح سنّ المشارك بين 18-29 عاماً، وأن يكون ممّن يدخن 10 سجائر في اليوم الواحد أو أكثر، وأن يكون ممّن ينقل 5 حوادث أو أكثر من "الإفراط" في الكحول في الشهر الواحد.</p> <p>معايير الاستبعاد: أن يكون المشارك ممّن يستهلك 4 كؤوس أو أكثر في 6 ليالٍ أو أكثر في الأسبوع، أو أن يكون قد نقل أنه مصابّ بالفصام، أو الاضطراب الثنائي القطب أو الاضطراب التوهمي، أو أن يكون مستوى أول أكسيد الكربون (CO) لديه 10 جزء في المليون (ppm) أو أقل عند التوجيه.</p>	<p>محتوى التدخل: لقد صُمِّمَ التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) بحيث يكون شديداً بما يكفي لتنشيط الروى الأساسية لليقظة الذهنية في دورة دراسية تستند إلى اليقظة الذهنية وتكون على شاكلة ما يؤدي إلى الحد من التوتر، وإنما تشمل أيضاً تدريباً على كيفية استخدام اليقظة الذهنية من أجل إدارة تحديات الانتنكاس المتعلقة بالمحفزات على التدخين، والأحوال الاجتماعية، والمشاعر القوية، والأحوال الضاغطة، والأفكار المتعلقة بالانتكاس، وحالات الحاجة المُلِحّة، وأعراض الحرمان، بمهارة أعلى. لقد اشتمل كل صفٍ على التلقين، والمناقشة الجماعية، والتأمل أو المشي بصمتٍ دون توجيه.</p> <p>الوضعية: مرضى خارجيون وغير ذلك</p> <p>الجرعة: عالية (&lt;4 ساعات كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: لا توجد</p> <p>أداة المقارنة: التعلّم التفاعلي للمدخنين</p> <p>نقطة النهاية الأولية: الامتناع عند اليوم السابع</p> <p>حساب القوة: القوة غير كافية</p> <p>مدة فترة المتابعة: أسبوعان</p>	<p>معدل الامتناع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فترة متابعة من أسبوعين، والإبلاغ ذاتي من قِبَل المشارك، قصد المعالجة (ITT): مجموعة العلاج: 20 في المئة، المجموعة المرجعية: 4 في المئة</li> <li>فترة متابعة من أسبوعين، والإبلاغ ذاتي من قِبَل المشارك، غياب قصد المعالجة (non-ITT): مجموعة العلاج: 40 في المئة، المجموعة المرجعية: 10 في المئة</li> </ul> <p>نقطة انتشار الامتناع عند اليوم السابع (تم التحقق منه بفحص أول أكسيد الكربون (CO) &gt;7 جزء في المليون [ppm]):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فترة متابعة من أسبوعين: نسبة الأرجحية (OR) 6.00 (نطاق الثقة [CI] 0.67، 53.68)</li> </ul> <p>الأحداث المضرة: لم تُذكر</p>

نتائج	التدخل	المشاركون	تفاصيل الدراسة
<p>معدل الامتناع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فترة متابعة من 4 أسابيع: مجموعة العلاج: 35.3 في المئة، المجموعة المرجعية: 34.3 في المئة</li> <li>• فترة متابعة من 24 أسبوعاً: مجموعة العلاج: 25 في المئة، المجموعة المرجعية: 17.9 في المئة</li> </ul> <p>نقطة انتشار الامتناع عند اليوم السابع (تم التحقق منه بفحص أول أكسيد الكربون (CO) &gt;7 جزء في المليون [ppm]):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فترة متابعة من 4 أسابيع: نسبة الأرجحية (OR) 1.04 (نطاق الثقة [CI] 0.51، 2.12)</li> <li>• فترة متابعة من 24 أسبوعاً: نسبة الأرجحية (OR) 1.53 (نطاق الثقة [CI] 0.67، 3.51)</li> </ul> <p>الثوق الشديد</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فترة متابعة من 24 أسبوعاً، الثوق الشديد - على مدى الأربع وعشرين ساعة الماضية، كم كانت قوة حالات الحاجة الملحة لديك للتدخين، على سلم من 0 إلى 10؟: متوسط الفرق (MD) 0.41 (نطاق الثقة [CI] 0.07، 0.75)</li> </ul> <p>الأحداث المضرة: نقل المؤلفون أنه "لا توجد ردود فعل على الأدوية قابلة للإبلاغ عنها" في أوساط مستخدمي الاستعاضة عن النيكوتين</p>	<p>محتوى التدخل: أثناء كل صف، يقوم المعلمون بتشغيل 20 دقيقة تقريباً من مقطع الفيديو التعليمي الذي يعرض التدريب على البيقطة الذهنية للمدخنين (MTS)، والذي يوفر تلقيناً على تأمل البيقطة الذهنية، والمشى، والتدخين، والأكل، والإدارة البيقطة للمحفزات على التدخين، وحالات الحاجة الملحة، والأفكار المتعلقة بالإدمان، والمشاعر. وبعد الفراغ من الفيديو، يجري المعلمون تمارين ويوفرون تلقيناً أكثر دقة وتخصيصاً. كانت آخر ساعة من الصف عبارة عن "مجموعة التأمل" وتتكون من تأملٍ مُوجّه، وممارسة في الدعم الجماعي تُسمى "التحدث والإنصات اليقظ". في ما أسموه باعتكاف يوم الإقلاع (Quit Day) (Retreat)، حاول المدخنون التوقف عن التدخين وبدأوا بدورة استخدام لرقاع النيكوتين تدوم أسبوعين.</p> <p>الوضعية: مرضى خارجيون وغير ذلك</p> <p>الجرعة: عالية (&lt;4 ساعات كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: الاستعاضة عن النيكوتين</p> <p>أداة المقارنة: برنامج التحرر من التدخين (FFS)</p> <p>نقطة النهاية الأولية: الامتناع عند اليوم السابع</p> <p>حساب القوة: القوة غير كافية</p> <p>مدة فترة المتابعة: 24 أسبوعاً</p>	<p>عدد المرضى: 135 التحقوا وخضعوا للتحليل</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: 11-20 سيجارة في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرضية المرافقة: لم تُقَل</p> <p>متوسط السن: 44.50 (الانحراف المعياري [SD] 12.73)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 53.3 في المئة</p> <p>معايير الشمول: أن لا يقل سن المشارك عن 18 عاماً، وأن يكون ممن يدخن 5 سجائر في اليوم الواحد أو أكثر، وأن يكون ممن يدعي تحفيزاً عالياً للإقلاع.</p> <p>معايير الاستبعاد: استخدام منتجات أخرى من التبغ، أو استهلاك أكثر من 4 كؤوس من المشروبات الكحولية في اليوم الواحد لأكثر من 4 أيام في الأسبوع.</p>	<p>المراجع: ديفيس، غولديرغ، وآخرون (Davis, Goldberg, et al. 2014a)،</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: مقارنة التدريب على البيقطة الذهنية للمدخنين ببرنامج معززٍ للتحرر من التدخين (FFS) في ما يتعلق بقياسات حضور الصف، والإبلاء، والامتنان للممارسة، والامتناع عن التدخين، وجدة الحاجة الملحة، واكتساب البيقطة الذهنية، والنتائج النفسية</p> <p>تقدير الجودة: مقبول</p>



تفاصيل الدراسة	المشاركون	التدخل	النتائج
<p>المراجع: ديفيس، مانلي، وآخرون (Davis, Manley, et al., 2014b)،</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: اختبار التقييم العلاجي للتدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) لدى المدخنين من ذوي الحالة الاجتماعية-الاقتصادية المتدنية في ما يتعلق بحضور الصفوف ومدة التأمل، والتي يجري قياسها من خلال تتبع الجدول الزمني؛ ومقارنة التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين بعلاج الرعاية الاعتيادي من جهة تأثيرهما على معدلات التوقف عن التدخين، بواسطة قياس نقطة انتشار الامتناع عند اليوم السابع وتتبع الجدول الزمني عند انقضاء 4 أسابيع ثم 24 أسبوعاً تلي محاولة الإقلاع؛ واستكشاف وسائل محتملة للتأثير في تدخل اليقظة الذهنية من خلال قياسات الإبلاغ الذاتي من قبل المشاركين</p> <p>تقدير الجودة: مقبول</p>	<p>عدد المرضى: 196</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: 11-20 سيجارة في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرضية المرافقة: لم تُقَل</p> <p>متوسط السن: 41.65 (الانحراف المعياري [SD] 13.29)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 50 في المئة</p> <p>معايير الشمول: أن يكون سن المشارك 18 عاماً على الأقل، وأن يكون ممن يدخن 5 سجائر في اليوم الواحد أو أكثر، وأن يكون ممن يدعي "تحفيزاً عالياً للإقلاع" ويُعرب عن "استعدادٍ لحضور 10 لقاءاتٍ خلال فترة شهرين".</p> <p>معايير الاستبعاد: استخدام مُنتجاتٍ أخرى من التبغ، أو استهلاك 4 كؤوس أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم الواحد لأكثر من 4 أيام في الأسبوع.</p>	<p>محتوى التدخل: يوفر التدريب على اليقظة الذهنية للمدخنين (MTS) تلقيناً في الممارسات العامة لليقظة الذهنية، مثل التأمل، والمشى اليقظ، والأكل اليقظ، كما يوفر تدريباً موجهاً في كيفية تطبيق اليقظة الذهنية على مُحَدِّدات الانتكاس إلى التدخين، كالمحفزات على التدخين، والمشاعر القوية، والأفكار المتعلقة بالإدمان، وحالات الحاجة الملحة، وأعراض الحرمان.</p> <p>الوضعية: مرضى خارجيون وغير ذلك</p> <p>الجرعة: عالية (&lt;4 ساعاتٍ كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: الاستعاضة عن النيكوتين</p> <p>أداة المقارنة: استشارات كوتلاين (quitline) للإقلاع عن التدخين، بالإضافة إلى الاستعاضة عن النيكوتين</p> <p>نقطة النهاية الأولية: الامتناع عند اليوم السابع</p> <p>حساب القوة: القوة غير كافية</p> <p>مدة فترة المتابعة: 24 أسبوعاً</p>	<p>معدل الامتناع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تحليل قصد المعالجة (ITT)، عند انقضاء فترة متابعٍ من 4 أسابيع: مجموعة العلاج: 25.7 في المئة، المجموعة المرجعية: 17.6 في المئة</li> <li>قصد المعالجة (ITT)، فترة متابعٍ من 24 أسبوعاً: مجموعة العلاج: 22.7 في المئة، المجموعة المرجعية: 14.5 في المئة</li> <li>غياب قصد المعالجة (non-ITT)، فترة متابعٍ من 4 أسابيع: مجموعة العلاج: 45.8 في المئة، المجموعة المرجعية: 25.4 في المئة</li> <li>غياب قصد المعالجة (non-ITT)، فترة متابعٍ من 24 أسبوعاً: مجموعة العلاج: 38.7 في المئة، المجموعة المرجعية: 20.6 في المئة</li> </ul> <p>نقطة انتشار الامتناع عند اليوم السابع (تم التحقق منه بفحص أول أكسيد الكربون (CO) &gt;7 جزء في المليون [ppm]):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>قصد المعالجة (ITT)، فترة متابعٍ من 4 أسابيع: نسبة الأرجحية (OR) 1.62 (نطاق الثقة [CI] 0.81، 3.25)</li> <li>فترة متابعٍ من 24 أسبوعاً: نسبة الأرجحية (OR) 1.78 (نطاق الثقة [CI] 0.85، 3.74)</li> <li>غياب قصد المعالجة (non-ITT)، فترة متابعٍ من 4 أسابيع: نسبة الأرجحية (OR) 2.48 (نطاق الثقة [CI] 1.14، 5.39)</li> <li>غياب قصد المعالجة (non-ITT)، فترة متابعٍ من 24 أسبوعاً: نسبة الأرجحية (OR) 2.50 (نطاق الثقة [CI] 1.10، 5.69)</li> </ul> <p>الأحداث المضرة: نقل المؤلفون أنه "لا توجد ردود فعل على الأدوية قابلة للإبلاغ عنها" في أوساط مُستخدمي الاستعاضة عن النيكوتين</p>

نتائج	التدخل	المشاركون	تفاصيل الدراسة
<p>معدل الامتناع: لم يُنقل</p> <p>فترة متابعة من أسبوع واحد، اختبار فاغستروم لإدمان النيكوتين (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (MD): متوسط الفرق (0.23 (نطاق الثقة [-0.34، 0.80)</p> <p>الأحداث المضرة: لم تُذكر</p>	<p>محتوى التدخل: أثناء جلسة الدراسة، انخرط المشاركون في تعرضٍ إلماعيٍّ متعلقٍ بالتدخين لمدة 20 دقيقة بينما يتلقون بشكلٍ متزامنٍ تعليماتٍ حول اليقظة الذهنية (من أجل تقبل الأفكار والمشاعر التي تنشأ بطريقةٍ يقظةٍ).</p> <p>الوضعية: غير واضحة</p> <p>الجرعة: متدنية (ساعة واحدة أو أقل كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: لا توجد</p> <p>أداة المقارنة: التعرض الإلماعي المترافق مع تلقينٍ على كبح الحاجة الملحة</p> <p>نقاط النهاية الأولية: التوق الشديد، اختبار فاغستروم لإدمان النيكوتين (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)</p> <p>حساب القوة: القوة غير كافية</p> <p>مدة فترة المتابعة: أسبوع واحد</p>	<p>عدد المرضى: مجموعة اليقظة الذهنية: 31، المجموعة المرجعية: 30</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: 11-20 سيجارة في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرضية المرافقة: لم تُنقل</p> <p>متوسط السن: 40.34 (الانحراف المعياري [SD] 12.42)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 59 في المئة</p> <p>معايير الشمول: أن يكون المشارك ممن قد دُخِّنَ بمعدل 10 سجائر أو أكثر في اليوم الواحد على مدى الشهر السابق، وأن يزيد سنُّه عن 18 عاماً، وأن يكون قد فكر في الحد من التدخين أو حاول الإقلاع في الماضي.</p> <p>معايير الاستبعاد: أن يكون الأشخاص ممن يجد صعوبة في قراءة اللغة الإنجليزية أو التحدث بها أو كتابتها، وأن يكونوا ممن يجد صعوبة كبيرة في استخدام الحاسوب للإجابة على الاستبيانات.</p>	<p>المراجع: روغوجانسكي، فيتيز، وأنتوني (Rogojanski, Vettese, and Antony) 2011</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: التحقيق في فعالية كبح وجيزٍ مقابل استراتيجيةٍ مستندةٍ إلى اليقظة الذهنية من أجل التعامل مع حالات التوق الشديد إلى السجائر</p> <p>تقدير الجودة: ضعيف</p>

تفاصيل الدراسة	المشاركون	التدخل	النتائج
<p>المرجع: روشو وآخرون (Ruscio et al.)، 2015</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: اختبار تأثير تجربة إرشادية لتدخل في الممارسة الوجيهة لليقظة الذهنية على السلوك المتعلق بالتدخين الذي ينقله المدخن بشكل ذاتي، وتقدم للمدخنين عبر جهاز المساعد الرقمي الشخصي أثناء التجربة</p> <p>تقدير الجودة: ضعيف</p>	<p>عدد المرضى: التَّحَقَّ 44 مشاركاً</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: 11-20 سيجارة في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرصية المرافقة: لم تُنقل</p> <p>الفئة العمرية: 18-65</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 50 في المئة</p> <p>معايير الشمول: لقد قُبِلَ المدخنون بَعْضَ النظر عن النية التي لديهم للإقلاع عن التدخين أو الحد منه. لقد شُمِلَ المشاركون إن كان سنهم يقع في فئة 18-65، وكان لهم تاريخ من تدخين 10 سجائر أو أكثر في اليوم الواحد، لمدة سنتين على الأقل.</p> <p>معايير الاستبعاد: إن كان الشخص مصاباً بعاية سمعية، وإن كانت مستويات أول أكسيد الكربون (CO) في هواء الزفير لديه أقل من 10 جزء في المليون (ppm)، وإن كان يتعاطى التبغ عن طريق ما سوى السجائر، وإن كان منخرطاً حالياً في علاجٍ للتوقف عن التدخين (الاستشارات أو الأدوية).</p>	<p>محتوى التدخل: خمس حصص تأملٍ مُوجَّهٍ جرى تحميلها مسبقاً على جهاز المساعد الرقمي الشخصي. كانت الحصاة الأولى من التأمل المُوجَّه عبارة عن تقنية "تَسَمُّ الحاجة المُلِحَّة" (-urge surfing) التي تم تطويرها من أجل تعليم المدخنين على اكتساب اليقظة الذهنية إزاء حالات الحاجة المُلِحَّة وحالات التَّوَق الشديد، خلال تمرين تدريجي في التعرُّص الإلماعي. تَعَلَّقَت حصص التأمل الأربع الأخرى باليقظة إزاء النَّفس، واليقظة إزاء الجسد، واليقظة إزاء الأفكار، واليقظة إزاء المشاعر.</p> <p>الوضعية: عن بُعد (مثلاً، تطبيقٌ على الهاتف عبر الإنترنت)</p> <p>الجرعة: متوسطة (1-4 ساعات كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: لا توجد</p> <p>أداة المقارنة: تزييف التأمل</p> <p>نقاط النهاية الأولية: التَّوَق الشديد، وعدد السجائر في اليوم</p> <p>حساب القوة: القوة غير كافية</p> <p>مدة فترة المتابعة: أسبوعان</p>	<p>معدل الامتناع: لم يُنقل</p> <p>عدد السجائر في اليوم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فترة متابعٍ من أسبوعٍ واحد: متوسط الفرق (MD) -4.30 (نطاق الثقة [CI] -9.43، 0.83)</li> <li>فترة متابعٍ من أسبوعين: متوسط الفرق (MD) -0.50 (نطاق الثقة [CI] -6.05، 5.05)</li> </ul> <p>التَّوَق الشديد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فترة متابعٍ من أسبوعٍ واحد، التَّوَق الشديد - أحياناً بحالاتٍ من الحاجة المُلِحَّة للتدخين، 1- لا أوافق حتى 7-أوافق بشدة: متوسط الفرق (MD) 0.22 (نطاق الثقة [CI] -0.47، 0.92)</li> <li>فترة متابعٍ من أسبوعين، التَّوَق الشديد - أحياناً بحالاتٍ من الحاجة المُلِحَّة للتدخين، 1- لا أوافق حتى 7-أوافق بشدة: متوسط الفرق (MD) 0.66 (نطاق الثقة [CI] -0.06، 1.37)</li> </ul> <p>الأحداث المضرة: لم تُذكر</p>

تفاصيل الدراسة	المشاركون	التدخل	النتائج
<p>المرجع: سينغ وآخرون (Singh et al.)، 2014</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: بسط الدراسات السابقة الموجودة حالياً حول استخدام التدخلات المستندة إلى اليقظة الذهنية من أجل التوقف عن التدخين بحيث تغطي هذه المجموعة (أفراد مصابون بإعاقة ذهنية طفيفة)</p> <p>تقدير الجودة: مقبول</p>	<p>عدد المرضى: التَّحَقَّ 51 مشاركاً</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: 11-20 سيجارة في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المرصية المرافقة: إعاقة ذهنية طفيفة</p> <p>متوسط السن: مجموعة العلاج: 32.56 (الانحراف المعياري [SD] 10.29)، المجموعة المرجعية 34.40 (الانحراف المعياري [SD] 10.46)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 80 في المئة</p> <p>معايير الشمول: المشاركون من البالغين المصابين بإعاقة ذهنية طفيفة، ويملكون القدرة على الإدلاء بقبولهم الشخصي المستنير، واستعدادهم للدخول في دراسة للتوقف عن التدخين، مع موافقة طبيب الرعاية الأولية لديهم على الانخراط في هذا البرنامج للتوقف عن التدخين، والاستعداد للانخراط في تدريب على اليقظة الذهنية.</p> <p>معايير الاستبعاد: إن كان الشخص قد شُخِّصت إصابته بالاضطراب النفسي من الدرجة الأولى (Axis I).</p>	<p>محتوى التدخل: كُرِّزَت الجلسات الإجراءات الثلاثة التي استخدمها سينغ وآخرون (Singh et al.) (2011؛ 2013) والتي تستند إلى اليقظة الذهنية: النية، والملاحظة اليقظة للأفكار، والتأمل في بواطن الأقدام.</p> <p>الوضعية: غير واضحة</p> <p>الجرعة: عالية</p> <p>التدخلات المساعدة: لم تُنقل</p> <p>أداة المقارنة: العلاج كالمعتاد (TAU) — العلاجات التحفيزية (العدد [n]=9)، وعلاجات السلوك (العدد [n]=7)، وعلاج يعتمد الاستعاضة عن النيكوتين (العدد [n]=4)، والأدوية التي لا تحتوي على النيكوتين (العدد [n]=4)، وعلاج السلوك والاستعاضة عن النيكوتين معاً (العدد [n]=1)، وعلاج السلوك مع العلاج التحفيزي (العدد [n]=1)</p> <p>نقاط النهاية الأولية: الامتناع، وعدد السجائر في اليوم</p> <p>حساب القوة: كلا</p> <p>مدة فترة المتابعة: 40 أسبوعاً</p>	<p>معدل الامتناع: فترة متابعة من 40 أسبوعاً، مجموعة العلاج: 100 في المئة، المجموعة المرجعية: 38.89 في المئة</p> <p>فترة متابعة من 40 أسبوعاً، التوقف عن التدخين: نسبة الأرجحية (OR) 71.67 (نطاق الثقة [CI] 3.76، 1.364.4)</p> <p>فترات المتابعة المختلفة، عدد السجائر في اليوم: متوسط الفرق (MD) 3.70 (نطاق الثقة [CI] 0.95، 6.44)</p> <p>الأحداث المضرة: لم تُذكر</p>

تفاصيل الدراسة	المشاركون	التدخل	النتائج
<p>المراجع: تانغ، تانغ، وبيوزنر (Tang, Tang, and Posner), 2013،</p> <p>البلد: الولايات المتحدة أو كندا</p> <p>الغرض: اختبار ما إذا كان من شأن السيطرة المُحسَّنة على الذات من خلال التدريب التكاملي الجسدي-العقلي القصير الأمد أن تحد من التَّوَقُّ الشديد ومن التدخين</p> <p>تقدير الجودة: ضعيف</p>	<p>عدد المرضى: 27 مدخناً تَوَزَّعوا بشكلٍ عشوائيٍّ، ومنهم 26 خضعوا للتحليل</p> <p>تعاطي التبغ عند خط الأساس: <math>10 \geq</math> سجائر في اليوم الواحد</p> <p>الحالات المَرَضِيَّة المرافقة: لم تُثَقَّل</p> <p>متوسط السن: 21.46 (الانحراف المعياري [SD] 3.08)</p> <p>الجنس (النسبة المئوية للذكور): 70 في المئة</p> <p>معايير الشمول: المشاركون من طلاب الكليات الأصبحاء</p> <p>معايير الاستبعاد: الأشخاص الذين يكون هدفهم الإقلاع عن التدخين</p>	<p>محتوى التدخل: التدريب التكاملي الجسدي-العقلي هو أحد أشكال تأمل اليقظة الذهنية، وهو يتضمن استرخاء الجسم، وتكوين الصور العقلية، والتدريب على اليقظة الذهنية مترافقاً مع خلفية مختارة من الموسيقى. ركَّز المتدربون على تحقيق حالة من التوازن بين الجسد والعقل، ويوجههم في ذلك مدربٌ على التدريب التكاملي الجسدي-العقلي وقرصٌ مدمج.</p> <p>الوضعية: مرضى خارجيون وغير ذلك</p> <p>الجرعة: متوسطة (1-4 ساعاتٍ كل أسبوع، تُقضى في الجلسات، والواجبات المنزلية، وغير ذلك)</p> <p>التدخلات المساعدة: لا توجد</p> <p>أداة المقارنة: التدريب على الاسترخاء</p> <p>نقطة النهاية الأولية: لم تُثَقَّل</p> <p>حساب القوة: كلا</p> <p>مدة فترة المتابعة: أسبوعان</p>	<p>معدل الامتناع: لم يُثَقَّل</p> <p>الانخفاض: انخفاضٌ كبيرٌ في التدخين لدى مجموعة التدريب التكاملي الجسدي-العقلي (قيمة قوة الاحتمال <math>[p] &gt; 0.01</math>) ولكن الانخفاض لم يكن كبيراً في مجموعة الاسترخاء (قيمة قوة الاحتمال <math>[p] &lt; 0.05</math>)</p> <p>التَّوَقُّ الشديد: انخفاضٌ كبيرٌ في التَّوَقُّ الشديد في مجموعة اليقظة الذهنية (قيمة قوة الاحتمال <math>[p] &gt; 0.01</math>) وإنما ليس في مجموعة الاسترخاء (قيمة قوة الاحتمال <math>[p] &lt; 0.05</math>) عند انقضاء أسبوعين، ولم تُثَقَّل البيانات</p> <p>الأحداث المضرة: لم تُذكَر</p>



- Adams, C. E., L. Benitez, J. Kinsaul, M. Apperson Mcvay, A. Barbry, A. Thibodeaux, and A. L. Copeland, "Effects of Brief Mindfulness Instructions on Reactions to Body Image Stimuli Among Female Smokers: An Experimental Study," *Nicotine and Tobacco Research*, Vol. 15, No. 2, February 2013, pp. 376–384. As of February 5, 2016:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3611996/pdf/nts133.pdf>
- Altner, N., "Mindfulness Practice and Smoking Cessation: The Essen Hospital Smoking Cessation Study (Easy)," *Journal for Meditation and Meditation Research*, Vol. 1, 2002, pp. 9–18.
- Balshem, H., M. Helfand, H. J. Schunemann, A. D. Oxman, R. Kunz, J. Brozek, G. E. Vist, Y. Falck-Ytter, J. Meerpohl, S. Norris, and G. H. Guyatt, "Grade Guidelines: 3. Rating the Quality of Evidence," *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 64, No. 4, April 2011, pp. 401–406.
- Bowen, S., and A. Marlatt, "Surfing the Urge: Brief Mindfulness-Based Intervention for College Student Smokers," *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 23, No. 4, December 2009, pp. 666–671.
- Boyko, E. J., D. W. Trone, A. V. Peterson, I. G. Jacobson, A. J. Littman, C. Maynard, A. D. Seelig, N. F. Crum-Cianflone, and J. B. Bricker, "Longitudinal Investigation of Smoking Initiation and Relapse Among Younger and Older US Military Personnel," *American Journal of Public Health*, Vol. 105, No. 6, June 2015, pp. 1220–1229.
- Brewer, J. A., S. Mallik, T. A. Babuscio, C. Nich, H. E. Johnson, C. M. Deleone, C. A. Minnix-Cotton, S. A. Byrne, H. Kober, A. J. Weinstein, K. M. Carroll, and B. J. Rounsaville, "Mindfulness Training for Smoking Cessation: Results from a Randomized Controlled Trial," *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 119, No. 1–2, December 1, 2011, pp. 72–80. As of February 5, 2016:  
[http://ac.els-cdn.com/S0376871611002535/1-s2.0-S0376871611002535-main.pdf?\\_tid=b461d9e8-30dd-11e5-b35e-00000aacb361&acdnat=1437616627\\_15ec8496b210cc1a5a59e45f2bf24b5c](http://ac.els-cdn.com/S0376871611002535/1-s2.0-S0376871611002535-main.pdf?_tid=b461d9e8-30dd-11e5-b35e-00000aacb361&acdnat=1437616627_15ec8496b210cc1a5a59e45f2bf24b5c)
- Brown, D. W., "Smoking prevalence among US Veterans," *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 25, No. 2, February, 2010, pp. 147–149.
- Carim-Todd, L., S. H. Mitchell, and B. S. Oken, "Mind-Body Practices: An Alternative, Drug-Free Treatment for Smoking Cessation? A Systematic Review of the Literature," *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 132, No. 3, October 1, 2013, pp. 399–410.

- Chiesa, A., and A. Serretti, "Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence," *Substance Use and Misuse*, Vol. 49, No. 5, April 2014, pp. 492–512.
- Cramer, H., H. Haller, R. Lauche, and G. Dobos, "Mindfulness-Based Stress Reduction for Low Back Pain. A Systematic Review," *BMC Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 12, 2012, p. 162.
- Davis, J. M., S. B. Goldberg, M. C. Anderson, A. R. Manley, S. S. Smith, and T. B. Baker, "Randomized Trial on Mindfulness Training for Smokers Targeted to a Disadvantaged Population," *Substance Use and Misuse*, Vol. 49, No. 5, April 2014a, pp. 571–585. As of February 5, 2016:  
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/10826084.2013.770025>
- Davis, J. M., A. R. Manley, S. B. Goldberg, S. S. Smith, and D. E. Jorenby, "Randomized Trial Comparing Mindfulness Training for Smokers to a Matched Control," *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 47, No. 3, September 2014b, pp. 213–221.  
 As of February 5, 2016:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547214000804>
- Davis, J. M., D. M. Mills, K. A. Stankevitz, A. R. Manley, M. R. Majeskie, and S. S. Smith, "Pilot Randomized Trial on Mindfulness Training for Smokers in Young Adult Binge Drinkers," *BMC Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 13, 2013, p. 215. As of February 5, 2016:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847085/pdf/1472-6882-13-215.pdf>
- De Souza, I. C., V. V. De Barros, H. P. Gomide, T. C. Miranda, P. Menezes Vde, E. H. Kozasa, and A. R. Noto, "Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Smoking: A Systematic Literature Review," *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol. 21, No. 3, March 2015, pp. 129–140.
- Egger, M., G. Davey Smith, M. Schneider, and C. Minder, "Bias in Meta-Analysis Detected by a Simple, Graphical Test," *British Medical Journal*, Vol. 315, No. 7109, September 13, 1997, pp. 629–634.
- Goyal, M., S. Singh, E. M. Sibinga, N. F. Gould, A. Rowland-Seymour, R. Sharma, Z. Berger, D. Sleicher, D. D. Maron, H. M. Shihab, P. D. Ranasinghe, S. Linn, S. Saha, E. B. Bass, and J. A. Haythornthwaite, "Meditation Programs for Psychological Stress and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis," *JAMA Internal Medicine*, Vol. 174, No. 3, March 2014, pp. 357–368.
- Harte, C. B., S. P. Proctor, and J. J. Vasterling, "Prospective Examination of Cigarette Smoking Among Iraq-Deployed and Nondeployed Soldiers: Prevalence and Predictive Characteristics," *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 48, No. 1, August 2014, pp. 38–49.



- Hartung, J., “An Alternative Method for Meta-Analysis,” *Biometrical Journal*, Vol. 41, No. 8, 1999, pp. 901–916.
- Hartung, J., and G. Knapp, “A Refined Method for the Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials with Binary Outcome,” *Statistics in Medicine*, Vol. 20, No. 24, December 30, 2001, pp. 3875–3889.
- Hayes, S. C., R. T. Bissett, Z. Korn, R. D. Zettle, I. S. Rosenfarb, L. D. Cooper, and M. A. Grundt, “The Impact of Acceptance Versus Control Rationales on Pain Tolerance,” *The Psychological Record*, Vol. 49, 1999, pp. 33–47.
- Higgins, J. P., D. G. Altman, P. C. Gotzsche, P. Juni, D. Moher, A. D. Oxman, J. Savovic, K. F. Schulz, L. Weeks, J. A. Sterne, G. Cochrane Bias Methods, and G. Cochrane Statistical Methods, “The Cochrane Collaboration’s Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials,” *British Medical Journal*, Vol. 343, 2011, p. d5928. As of February 5, 2016: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196245/pdf/bmj.d5928.pdf>
- Institute of Medicine, *Combating Tobacco Use in Military and Veteran Populations*, Washington, DC: National Academies Press, 2009.
- Inthout, J., J. P. Ioannidis, and G. F. Borm, “The Hartung-Knapp-Sidik-Jonkman Method for Random Effects Meta-Analysis Is Straightforward and Considerably Outperforms the Standard Dersimonian-Laird Method,” *BMC Medical Research Methodology*, Vol. 14, 2014, p. 25.
- Kabat-Zinn, J., *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, New York: Dell Publishing, 1990.
- Kozasa, E. H., L. H. Tanaka, C. Monson, S. Little, F. C. Leao, and M. P. Peres, “The Effects of Meditation-Based Interventions on the Treatment of Fibromyalgia,” *Current Pain and Headache Reports*, Vol. 16, No. 5, October 2012, pp. 383–387.
- Marlatt, G. A., and J. R. Gordon, *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, New York: Guilford Press, 1895.
- Mindfulness Awareness Research Center, “UCLA Mindfulness Awareness Research Center,” web page, undated. As of May 29, 2015: <http://marc.ucla.edu>
- Reiner, K., L. Tibi, and J. D. Lipsitz, “Do Mindfulness-Based Interventions Reduce Pain Intensity? A Critical Review of the Literature,” *Pain Medicine*, Vol. 14, No. 2, February 2013, pp. 230–242.
- Rogojanski, J., L. C. Vettese, and M. M. Antony, “Coping with Cigarette Cravings: Comparison of Suppression Versus Mindfulness-Based Strategies,” *Mindfulness*, Vol. 2, No. 1, March 2011a, pp. 14–26.

- Rogojanski, J., L. C. Vettese, and M. M. Antony, "Role of Sensitivity to Anxiety Symptoms in Responsiveness to Mindfulness Versus Suppression Strategies for Coping with Smoking Cravings," *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 67, No. 4, April 2011b, pp. 439–445. As of February 5, 2016:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20774/full>
- Ruscio, A. C., C. Muench, E. Brede, and A. J. Waters, "Effect of Brief Mindfulness Practice on Self-Reported Affect, Craving, and Smoking: A Pilot Randomized Controlled Trial Using Ecological Momentary Assessment," *Nicotine Tobacco Research*, April 11, 2015. As of February 5, 2016:  
<http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/23/ntr.ntv074.full.pdf>
- Sánchez-Meca, J., and F. Marín-Martínez, "Confidence Intervals for the Overall Effect Size in Random-Effects Meta-Analysis," *Psychological Methods*, Vol. 13, No. 1, March 2008, pp. 31–48. As of February 5, 2016:  
<http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.13.1.31>
- Schulz, K. F., D. G. Altman, D. Moher, and CONSORT Group, "CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials," *British Medical Journal*, 2010.
- Sidik, K., and J. N. Jonkman, "Robust Variance Estimation for Random Effects Meta-Analysis," *Computational Statistics & Data Analysis*, Vol. 50, No. 12, 2006, pp. 3681–3701.
- Singh, N. N., G. E. Lancioni, R. E. Myers, B. T. Karazsia, A. S. W. Winton, and J. Singh, "A Randomized Controlled Trial of a Mindfulness-Based Smoking Cessation Program for Individuals with Mild Intellectual Disability," *International Journal of Mental Health and Addiction*, Vol. 12, No. 2, April 2014, pp. 153–168.
- Singh, N. N., G. E. Lancioni, A. S. W. Winton, B. T. Karazsia, A. D. A. Singh, J. Singh, A. N. A. Singh, and J. Singh, "A Mindfulness-Based Smoking Cessation Program for Individuals with Mild Intellectual Disability," *Mindfulness*, Vol. 4, 2013, pp. 148–157.
- Singh, N. N., G. E. Lancioni, A. S. W. Winton, A. N. A. Singh, J. Singh, and A. D. A. Singh, "Effects of a Mindfulness-Based Smoking Cessation Program for an Adult with Mild Intellectual Disability," *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 32, No. 3, May–June 2011, pp. 1180–1185.
- Tang, Y. Y., R. Tang, and M. I. Posner, "Brief Meditation Training Induces Smoking Reduction," *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Vol. 110, No. 34, August 20, 2013, pp. 13971–13975. As of February 5, 2016:  
<http://www.pnas.org/content/110/34/13971.full.pdf>
- U.S. Department of Defense, *2011 Health Related Behaviors Survey of Active Duty Military Personnel*, Washington, DC: U.S. Department of Defense, 2013.

U.S. Department of Health and Human Services, *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*, Washington, D.C.: Public Health Service Guideline Panel, May 2008.

U.S. Preventive Services Task Force, *U.S. Preventive Services Task Force Procedure Manual*, Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

Ussher, M., M. Copley, S. Playle, R. Mohidin, and R. West, “Effect of Isometric Exercise and Body Scanning on Cigarette Cravings and Withdrawal Symptoms,” *Addiction*, Vol. 104, No. 7, July 2009, pp. 1251–1257. As of February 5, 2016:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02605.x/epdf>

Ussher, M., R. West, R. Doshi, and A. K. Sampuran, “Acute Effect of Isometric Exercise on Desire to Smoke and Tobacco Withdrawal Symptoms,” *Human Psychopharmacology*, Vol. 21, No. 1, January 2006, pp. 39–46. As of February 5, 2016:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hup.744/epdf>



NATIONAL DEFENSE RESEARCH INSTITUTE

[www.rand.org](http://www.rand.org)

Arabic Translation:  
*"Mindfulness Meditation for the  
Treatment of Tobacco Use:  
A Systematic Review"*  
RR-1343/1-OSD