

الملخص:

كان هدف الدراسة هو معرفة الفروق بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في كل من العواصم والتشويبات المعرفية. وقد أجرت الباحثة دراسة على سنيها مراهقاً أعمارهم من ١٣ - ١٨ عاماً نصفهم من المدخنين والنصف الآخر من غير المدخنين. وكانت المجموعتان متساويتين في العمر والسنة الدراسية ومعنة الأب.

وقد طبقت الباحثة على مجموعتي الدراسة مقياس بوض وبيري ١٩٩٢ Buss & Perry مع تعريب وتقنية أحمد عبدالخالق ٢٠٠٠ كما طبقت عليهم أيضاً اختبار التشويبات المعرفية مع إعداد هبة مصباحي ٢٠٠٤.

وبعد إجراء التحليلات الإحصائية وحساب مدى دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة بينت النتائج وجود فروق بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في العواصم البنوية والعناية والغضب. كما بينت النتائج أن المراهقين المدخنين أعلى بشكل دال إحصائياً في التشويبات المعرفية.

وقد ناقشت الباحثة نتائج دراستها في ضوء فرضية الدراسة والدراسات السابقة والإطار النظري المتوافق مع العواصم والتشويبات المعرفية.

مقدمة:

يوجد في العالم اليوم ١,١٠٠ مليون مدخن أى مليار ومائة مليون مدخن ويتوقع الباحثون أن يزداد ذلك العدد إلى ١,٦٠٠ مليون خلال العقود الثلاثة الآتية، وقد بنى العلماء توقعاتهم هذه وفقاً لمعدلات الزيادة السكانية ومعدلات الزيادة في استهلاك السجائر. (Homsuwan, 2007, p.5)

ووفقاً لتقرير معاصر أصدرته منظمة الصحة العالمية (W.H.O) سيكون هناك ٨٠٠,٠٠٠ - ١٠٠,٠٠٠ مدخن جديد في العالم كل عام، وقد قرر البنك الدولي World Bank أن ١٤,٠٠٠ - ١٥,٠٠٠ شاب في الدول المرتفعة الدخل يبدأون التدخين كل يوم وأن حوالي ٦٨,٠٠٠ - ٨٤,٠٠٠ مراهق يبدأون التدخين في الدول المتوسطة والمنخفضة الدخل كل يوم. (W.H.O Smoking Statistics, 2002, 2008)

ويعتبر التدخين سبب الوفاة الوحيد القابل للمنع فقد قرر العلماء أن ٤٣٤,٠٠٠ شخصاً قد ماتوا عام ١٩٨٨ بسبب التدخين، ويتضمن هذا الرقم من ماتوا بالسرطان وأمراض الرئة والقلب والحرائق المنزلية نتيجة الإهمال أثناء التدخين وأمراض الكليتين والبنكرياس (CDC, 1991)

ويبدو مدخنو السجائر أقل وعياً بالصحة عامة وهم أكثر ميلاً للتورط في سلوكيات غير صحية أخرى مثل تعاطي الكحول والكافيين. كارمودي وآخرون (Carmody et al, 1985) وكاسترو وآخرون (Castro et al, 1989)

ومما يثير القلق أن التدخين يعتبر مدخلاً لتعاطي المواد

العواصم والتشويبات المعرفية**دراسة مقارنة بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين**

د. سناء محمد إبراهيم سالم
أستاذ مساعد بقسم علم النفس
كلية الآداب والعلوم الإنسانية
جامعة الملك عبدالعزيز

العداوة وبين السلوكيات الصحية السلبية، فقد توصل لى وآخرون (Lee et al, 1988) إلى وجود ارتباط موجب بين العداوة وبين الوجدان السلبي مما يؤدي إلى أن يقوم المراهقون بتدخين السجائر كوسيلة لتخفيف التوتر والانزعاج والمعاناة (Lee et al, 1988; Whalen, 2001)

ورأى الباحثون أن الأفراد ذوي المقاومة الشديدة للإقلاع عن التدخين والذين يستمرون فيه على الرغم من معرفتهم بالتأثيرات الضارة له، لديهم قدر من تخفيض التنافر المعرفي (Chapman et al, 1993; Mc Master & Lee, 1991) ويشعر الفرد التنافر المعرفي عادة حين يوجد لديه فكرتان أو معرفتان أو معتقدان أو أكثر متنافران مع بعضهما البعض. (Festinger, 1957)

وفي حالة التدخين يتخذ تخفيض التنافر شكل تبريرات وأعدار لاستمرار الفرد في التدخين وتسمى تلك التبريرات باسم معتقدات التحلل أو عدم الارتباط أو معتقدات إعطاء الإذن ويكون لها تأثير سلبي على التوقف عن التدخين (Arnett, 2000)

ويرى الباحثون أن إدراكات الخطورة تلعب دوراً مهماً في بدء واستمرار تدخين السجائر لدى المراهقين وقد ركزوا على مفهوم التحيز التفاؤلى Optimistic Bias والذي يشير إلى ميل الناس إلى رؤية السلوكيات الخطرة أو المختلفة على أنها أدنى خطورة بالنسبة لهم من الآخرين الذين يشتركون معهم في ممارسة نفس السلوكيات الخطرة (Weinstein, 1989).

ولقد وجدت بعض الدراسات أن المدخنين المراهقين والراشدين يعتقدون أن المخاطر الصحية للتدخين أدنى بالنسبة لهم من المدخنين الآخرين في نفس الفئة العمرية (Weinstein, 1998; Arnett, 2000).

وعلى ذلك تهتم الدراسة الحالية بالمقارنة بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في كل من العدوان والتشوهات المعرفية وذلك من خلال الإجابة على السؤالين التاليين:

- ١ هل توجد فروق بين المراهقين المدخنين والمراهقين غير المدخنين في العدوان؟
- ٢ هل توجد فروق بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في التشوهات المعرفية؟

أهداف الدراسة:

١. تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الهدفين التاليين: معرفة الفروق بين المراهقين المدخنين والمراهقين غير المدخنين في العدوان.
٢. معرفة الفروق بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين

الأخرى ذات التأثير النفسي والإفراط في تعاطيها بعد ذلك (Fleming et al, 1989).

ومضار التدخين ليست قاصرة على المدخن وحده إذ أن دراسات التدخين السلبي Second-hand Smoking على الآخرين وثيقى الصلة بالمدخنين حيث تبين أن الأزواج وأفراد أسرة المدخن وزملاءه في العمل جميعاً يتعرضون لمخاطر الإصابة بمجموعة متنوعة من الاضطرابات الصحية مارشال (Marshall, 1986).

وتبين البحوث أن تدخين الوالدين للسجائر يقلل بالفعل من الأداء المعرفي لدى المراهقين باومان وآخرون (Bauman et al, 1991).

ويزداد وجود أول أكسيد الكربون في الدم Carboxyl hemoglobin من خلال التعرض لدخان السجائر مما يقلل من قدرة الدم على حمل الأوكسجين ويزيد من مستويات أول أكسيد الكربون ويؤثر بدوره تأثيراً سلبياً على الأداء العقلي باومان وآخرون (Bauman et al, 1989).

ويرى الباحثون أن المراهقة هي مرحلة تحول من الطفولة إلى باكورة الرشد وأن الخصائص البيولوجية والنفسية والاجتماعية للراشد تكون بداياتها ونموها في مرحلة المراهقة (Lerner, 2002).

ويشيع في المراهقة انتهاج المراهق للسلوكيات المشككة مثل التدخين وشرب الخمر والمراهنة ولعب القمار وتعاطي المخدرات والجنس، والمراهق الذي يسلك هذه السلوكيات يكون أكثر ميلاً إلى التورط في السلوكيات الخطرة الأخرى، ويؤدي تذبذب الحالة المزاجية للمراهق لتورطه في مخاطر غير محسوبة خاصة في حضور الأقران (Sinha et al, 2002) (Donovan et al, 1988).

وفيما يتعلق بالتوقف عن التدخين يعتبر المدخنون المراهقون مجموعة صعبة، فدوافعهم للتوقف عن التدخين أقل كما أن معدلات التوقف التلقائي لديهم منخفضة نسبياً (Mermelstein, 2003).

كما أنهم لا يعتبرون الإقلاع عن التدخين ضرورياً وخططهم للإقلاع عنه غامضة وبعيدة في المستقبل وهم أكثر مقاومة وغير راغبين في تغيير سلوك التدخين لديهم (Balch, 1998).

ولقد وجد بعض الباحثين علاقة إرتباطية بين العداوة وبين التدخين لدى المراهقين، وأن وجود الاكنتاب يؤدي إلى زيادة قوة تلك العلاقة الارتباطية (Weiss et al, 2005). وقد أكدت البحوث العلمية بشكل متزايد على العلاقة بين

في التشوهات المعرفية.

أهمية الدراسة:

تستند أهمية الدراسة الحالية إلى الاعتبارات التالية:

١. أن الدراسة تقدم إضافة إلى الدراسات الموجودة في المجال عن الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في بعض العوامل المفسرة لسلوك التدخين والتي تتسم الدراسات فيها بالندرة وهي تناول العدوان والتشوهات المعرفية.
٢. أنها تلقي الضوء على بعض العوامل التي تلعب دوراً مهماً في بدء سلوك التدخين لدى المراهقين والاستمرار فيه ومقاومة الإقلاع عنه ومن ثم فإنها يمكن أن تتخذ نقطة انطلاق لوضع البرامج العلاجية النفسية لمساعدة المراهقين المدخنين على التخلص من سلوك التدخين بما يحمله من مخاطر صحية جسدية ونفسية واجتماعية.

مفاهيم الدراسة:

تتناول هذه الدراسة أربعة مفاهيم أساسية وهي: المراقبة والتدخين والعدوان والتشوهات المعرفية.

المراقبة: ذكر Hurlock 1978 أن المراقبة تعني التقدم نحو النضج من الطفولة إلى الرشد وخلالها يمر الفرد بتحولات جسدية ونفسية ومعرفية واجتماعية (Hurlock, 1978)

ولقد قسم (Brown, 2005) المراقبة إلى ثلاث مراحل:

١. باكورة المراقبة: وتمتد من عمر ١٠-١٣ عاماً.
٢. المراقبة الوسطى: وتمتد من عمر ١٤-١٧ عاماً.
٣. المراقبة المتأخرة: وتمتد من عمر ١٨-٢١ أو ٢٢ عاماً. (Cobb, 1995)

وفي هذه الدراسة سوف تقوم الباحثة بدراسة مجموعتين من المراهقين إحداهما من المراهقين المدخنين والأخرى من المراهقين غير المدخنين.

التدخين: إن السجائر مادة إدمانية عرفها العالم منذ حوالي ستة قرون مضت وهي مادة وبائية منتشرة في العالم كله، وفي عام ١٨٢٨ استخرج صيدليان فرنسيان هما Joseph-Bienaim Caventou & Pierre-Joseph Pelletier من أوراق الطباق مادة سامة شبه قلووية زيتية لا لون لها ولها مذاق حار حاد هي النيكوتين Nicotine، وفي عام ١٨٣٠ قام أول مدخن في مصر بالتدخين باستخدام الطباق محسواً في ورقة ملفوفة بشكل اسطواني. وفي عام ١٨٤٣م قام Ophila بدراسة الخصائص الدوائية للنيكوتين لأول مرة. وفي عام ١٩٠٠ قام شخص

أمريكي بابتكار أول أداة للفت الطباق في ورق بالشكل الاسطواني المعروف. (Homsuwan, 2007)

ولقد قرر المعهد الأمريكي لعلم النفس والسيطرة الدولية على العقاقير أن النيكوتين الموجود في السجائر هو أقوى مادة والأكثر استخداماً في العالم. والشخص المدمن على النيكوتين يضطر إلى استخدامه طوال اليوم عدا في أوقات نومه، ويعتبر معدل النجاح في التوقف عن التدخين ٢٠% فقط ويكون التوقف عنه أصعب بالنسبة للشخص الذي بدأ التدخين في عمر صغير، وإن قرأ من النيكوتين يتراوح بين ١٥-٢٠ مليوناً يمكن أن يؤدي إلى وفاة المدخن، وهناك نوعان من إدمان التدخين:

١. الإدمان البدني وسببه النيكوتين الموجود في السجائر.
٢. الإدمان النفسي وسببه اعتياد التدخين حيث يتعلم المدخنون الشعور بالاستمتاع والاسترخاء أثناء التدخين وأنهم يحتاجون إلى التدخين للتخلص من الضغوط.

ويقول المدخنون عادة أنهم ليسوا مدمنين وأن التدخين مجرد عادة وأنهم يمكنهم التوقف في أية وقت وفي الواقع فإن التدخين يعتبر إدماناً مثل إدمان الكحول والهيروين والكوكايين وغيرها من المواد الإدمانية. (Homsuwan, 2007)

العدوان: العدوان هو إلحاق الضرر العمدى بشخص آخر في حين يحاول الشخص الآخر تجنب الأذى، والعدوان نوعان رئيسيان هما:

١. العدوان الانفعالي وهو عدوان يصاحبه شعور الفرد باستثارة وجدانية قوية وغضب ودافع قوى لمعاقبة الضحية.
٢. العدوان الأدائي لا يبدو فيه الغضب والاستثارة الوجدانية القوية ولكن يكون هدف المعتدى هو تحقيق غاية على حساب الضحية. (دانة عبدالعزيز، ٢٠٠٨، ص ٣٣).

وتعريف العدوان في هذه الدراسة هو تعريف بوص وبيري (Buss & Perry, 1992) في اختبارهما للعدوان والذي قام (أحمد الخالق، ٢٠٠٠) بتعريبه وتقنيته وهو يرى أن العدوان يتكون من العدوان البدني والعدائية والغضب والعدوان اللفظي وعلى ذلك فإن العدوان هو درجة الفرد التي يحصل عليها نتيجة لاستجاباته على "اختبار بوص وبيري للعدوان" في صورته العربية التي

النيكوتين لدى المدخن منخفضاً فيحتاج إلى التدخين باستمرار. ويوجد القار في السجائر وهو مجموعة مواد كيميائية سامة وهو مادة بنية لزجة تتألف من عدة مواد أخرى وتنقل عديد من الكيماويات الخطرة مباشرة إلى الجسم وتسبب سرطان الحنجرة والبلعوم والقصبة الهوائية والرئة والمعدة والكلية والمثانة وغيرها. وأهم مادة في القار هي البنزوبيرين Benzopyrene وهي تستقر في الرئة وتؤدي إلى تهيج الغشاء المخاطي في التجويف الفمي والحلق والشعب الهوائية والرئة مما يؤدي إلى الكحة المزمنة والبلغم وعسر التنفس وانتفاخ الرئة.

ويصدر عن تدخين السجائر غاز أول أكسيد الكربون وهو غاز سام ينافس الأوكسجين في الدم وهو نفس الغاز الموجود في عوادم السيارات وهو يلتصق بالخلايا الحمراء في الدم مما يصعب على الدم حمل الأوكسجين للعضلات والأعضاء مما يسبب الدوخة والإجهاد والوهن وإذا افتقر القلب والمخ إلى الأوكسجين فإن ذلك يسبب الجلطة والغيباب عن الوعي أو الموت. ويؤدي أول أكسيد الكربون إلى تراكم الدهون في الأوعية الدموية مما يؤدي إلى تصلب الشرايين. ويصدر عن تدخين السجائر غاز ثاني أكسيد النيتروجين وهو يؤدي إلى تدمير الغشاء المخاطي المبطن للشعب الهوائية والحوصلات الهوائية في الرئتين مما يجعل جدار تلك الحوصلات رقيقاً وممزقاً وإذا تجمع يؤدي إلى انتفاخ الرئة فتتمدد الحوصلات الهوائية كبالون وتضغط على النسيج السليم فيؤدي هذا إلى قلة المساحة المشغولة بالأوكسجين والشعور بالاختناق والكحة المزمنة وعسر التنفس والضعف وحين يصبح ذلك الأمر مزماً فلا شفاء منه ويعانى المدخن منه طوال حياته.

ويصدر عن السجائر المشتعلة غاز سيانيد الهيدروجين الذى يدمر الغشاء المخاطي المبطن للقصبة الهوائية، ومن المعروف أن وظيفة القصبة الهوائية هي حماية الرئتين بشكل طبيعي من العوالق الترابية والميكروبات الموجودة في الهواء. وسيانيد الهيدروجين يقلل من المقاومة الطبيعية ويؤدي إلى الالتهاب والجروح والكحة المزمنة مع بلغم ومخاط وخاصة في الصباح. (Homsuwan, 2007)

ويوجد في السجائر مادة الأمونيا وهي تهيج النسيج الرخو والعين والأنف وتؤدي إلى التهاب الشعب الهوائية وكحة مع مخاط. كما يوجد في السجائر مادة Polonium 210 وهي مادة مشعة تطلق أشعة ألفا (α Rays) وتؤدي للإصابة بسرطان الرئة والتدخين ينقل النشاط الإشعاعي إلى غير المدخن الذى يستنشق مع الهواء الملوث المسمم.

كما يوجد في السجائر أملاح البوتاسيوم والكالسيوم

عربها وقننها أحمد عبدالخالق. (دانة عبدالعزيز، ٢٠٠٨، ص ٣٣).

التشوهات المعرفية: يؤكد العلاج المعرفي على ثلاثة مظاهر من المعرفة هي الأفكار التلقائية والافتراضات الكامنة والتشويهات المعرفية. والتشويهات المعرفية هي الأخطاء المنظمة في الاستدلال المنطقي ويرى بك (Beck, 1967) أنها تظهر أثناء المعاناة النفسية وذلك حين تفجر الأحداث الضاغطة لدى الفرد مخططاً معرفياً غير واقعي. والتعريف المستخدم في هذه الدراسة هو تعريف (هبة صلاح مصيلحي، ٢٠٠٤) الذى بنت على أساسه مقياسها للتشويهات المعرفية وهو أن التشويهات المعرفية هي مجموعة من الأفكار الخاطئة التى تسيطر على تفكير الشخص وتتضمن التفكير الثنائى والتجريد الانتقائى وأخطاء التقييم (سواء التضخيم أو التهوين) واستخدام عبارات مثل "لا بد" و"ينبغي" والقفز إلى النتائج والاستدلال الانفعالى والتفسيرات الشخصية التعميم الزائد (هبة صلاح مصيلحي، ٢٠٠٤).

الإطار النظري والدراسات السابقة:

يؤدي تدخين السجائر إلى آثار مباشرة على صحة المدخن ويؤدي إلى عديد من الأمراض لأن السجائر تحتوى على عديد من السموم والمواد المسرطنة، حيث يوجد في السجائر العديد من المواد الكيميائية تصل إلى ما يزيد على أربعة آلاف نوع بعضها يؤثر في أداء الجسم لوظائفه وبعضها سموم وبعضها يجعل الخلايا غير سوية وبعضها يسبب السرطان وبعضها مضاد للمناعة.

ومن المواد المسببة للسرطان وجد العلماء ٤٣ مادة تتضمن النيكوتين والقار وأول أكسيد الكربون والفورمالدهيد والأمونيا وسيانيد الهيدروجين والزرنيخ ومادة دى دي تي. (Mason & Smith, 1987, P.517)

والنيكوتين هو مادة إدمانية تعمل على المخ وهو مكون أولى من مكونات الطباق Tobacco وهو يشبه الزيت وبلا لون ويسبب الإدمان ويستثير المخ والجهاز العصبي، ويصل ٩٥% من النيكوتين إلى الرئتين ويؤثر في الغدة الأدرينالية مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم واستثارة النبض وانقباض المثانة والإقلال من الشهية وإبطاء الهضم. ويوجد في السجائر الواحدة من ١٥ - ٢٠ ملجم من النيكوتين وهي مادة سامة ضارة بالصحة مثل السيانيد ولكنه لا يسبب الوفاة المفاجئة لأن النيكوتين يتجمع تدريجياً ويقوم الجسم بامتصاصه بسرعة وبطرده إلى الخارج طوال الوقت ومن ثم يكون مستوى

٤. ممارسة الأنشطة الاجتماعية: يمارس المراهقين عديد من الأنشطة الاجتماعية ويكون التدخين جزءاً من تلك الأنشطة.

٥. عادة اجتماعية: في الحياة الاجتماعية يعتبر التدخين وسيلة لإبداء حسن النية والصحة الطيبة والمودة والصدقة.

٦. تجنب النقد: حيث يدخن بعض المراهقين لتجنب انتقادات أصدقائهم وزملائهم لهم بأنهم لا زالوا أطفالاً لا يدخنون.

٧. وسيلة توافقية: حيث يدخن عديد من المراهقين للتخلص من التوتر حين يشعرون بالقلق والارتباك أو يواجهون مشكلة ما.

٨. سهولة الحصول على السجائر: تعتبر السجائر من السلع المتاحة بكثرة وفي كل مكان مما يسهل الحصول عليها ويحرض المراهقين على التدخين.

٩. الإعلان: تعتبر إعلانات السجائر من الإعلانات التي تتسم بالإلحاح والجاذبية مما يحرض المراهقين على التدخين. (Lovato et al, 2003)

إن أسباب التدخين معقدة ولكن يمكن تصنيفها وفقاً للارسون وسيفيت (Larson & Silvette, 1968) إلى أسباب نفسية واجتماعية ودوائية. ويعتبر بعض العلماء التدخين استجابة للضغوط ووسيلة لتخفيف التوتر الإحباط وتخفيض الإحباط ووسيلة هروبية، فقد رأى ماكسويل (Maxwell, 1962) أن الضغوط تجعل لناس تدخن في المقام الأول حيث تلعب المواقف الضاغطة انفعالياً دوراً بارزاً في التدخين (Bellet & Kershbaum, 1963) (Kissen, 1960) ولقد ارتبطت عادة التدخين مع الميول العدوانية (Van Proody, 1964) وذلك لأن الحالة المزاجية السيئة وزيادة العدوانية من الأعراض المعروفة التي تظهر أثناء الامتناع عن التدخين.

وهناك دراسة أجراها (Schechter & Rand, 1974) اختبرا فيها المدخنين وغير المدخنين باستخدام آلة بوص للعدوان لتحديد درجات العدوان وزمن رد الفعل البصرى لديهم على جليستين ولم يختلف متوسط درجات العدوان لدى غير المدخنين اختلافاً دالاً بين جليستي التطبيق في حين ازدادت درجات العدوان زيادة دالة إحصائياً لدى المدخنين في جلسة الحرمان من التدخين عن جلسة التدخين وتعتبر هذه الزيادة في العدوان لدى المدخنين المحرومين عاملاً في استمرارهم في التدخين وهي ترتبط ارتباطاً موجباً بالعداوة على مقياس العداوة لبوص وديركي (Buss-Durkee Hostility Inventory).

كما قام ميرستن وآخرون (Myrsten et al, 1977)

والنحاس والنيكل والكروميوم ولها تأثير سام على الجسم وخاصة النيكل الذي يتفاعل مع مواد أخرى ويؤدي إلى الإصابة بالسرطان. (Homsuwan, 2007)

وتسبب السجائر إصابة البشر بخمسة وعشرين مرضاً على الأقل وتلك الأمراض يمكن منعها أو تخفيفها من خلال الإقلاع عن التدخين. ولقد قررت منظمة الصحة العالمية أن ثلث السرطان في العالم يرتبط بالتدخين ومن أنواعه سرطان الفم والتجويف الفمى والحنجرة والقصبه الهوائية والرئة والقناة الهضمية والبنكرياس والكلى والجهاز البولي. كما يتسبب التدخين في أمراض الجهاز التنفسي كالسل والالتهاب الرئوى والربو وانتفاخ الرئة وعسر التنفس وارتفاع ضغط الدم وتضخم الشريان التاجى وافتقار القلب إلى الدم وانسداد الشريان التاجى وغيرها بالإضافة إلى ذلك يؤثر التدخين في الخصوبة والنشاط الجنسي لدى الرجال ويؤدى صحة النساء الحوامل والمواليد. (Homsuwan, 2007).

وتعتبر مرحلة المراهقة هي مرحلة بداية التدخين حيث يبدأ ٦٠% من المراهقين التدخين بين أعمار ١٥ - ١٩ عاماً ويبدأ الريفيون التدخين في عمر أبكر من الحضريين. ولسهولة الحصول على السجائر يدمنها الكثير من المدخنين بشكل مبكر. والمدخن المراهق يكون لديه بشكل نمطى أحد أفراد الأسرة من المدخنين أو كان مدخناً في الماضي. كما يلعب الأصدقاء دوراً بارزاً في ممارسة المراهقين للتدخين، فمعظم المراهقين يقررون أنهم قد دخنوا أول سيجارة مع أحد أصدقائهم في منزله كما يميلون إلى التدخين مع الأصدقاء. (Donovan et al, 1988)

وقد رأى العلماء أن التدخين لدى المراهقين يتأثر بعدة عوامل منها:

١. التقليد: فالمراهق عادة يكون لديه جماعة مرجعية يشاركونه الرأى والتفكير وحين تكون الجماعة المرجعية لدى المراهق من المدخنين فإنه يدخن أيضاً تقليداً لهم ورغبة في الحصول على قبولهم والشعور بالانتماء لهم.
٢. الرغبة في التجربة: فالمراهقة هي مرحلة الاستكشاف ويكون لدى المراهق رغبة أصيلة في الحصول على تجارب وأن يتصرف وفق ما تمليه عليه نفسه ومن ثم يرغب في تجربة التدخين وأن يعيش متعة الخبرة الجديدة.
٣. النماذج الشهيرة: فالمراهقين يقتدون بأسرهم، مدرسيهم، الأطباء والممثلين والمغنيين المشهورين المدخنين حيث يعتبر أولئك نماذج للتدخين. (Tickle et al, 2001).

سلبياً (Solomon & Manson, 1997). وحين توجد تلك المعتقدات لدى الفرد فإنه من السهل عليه أن يتحلل من فكرة أن الإقلاع عن التدخين أفضل له (Oakes et al, 2004). ولدى المدخنين الراشدين كان لمعتقدات عدم التعلق تأثيراً سلبياً على مظاهر عديدة من سلوك التوقف عن التدخين مثل الدافع للإقلاع واحتمال محاولة الإقلاع والإقلاع الفعلي (Dijkstra et al, 1999).

إن تخفيض التنافر المعرفي هو شكل من أشكال التشوهات المعرفية وإنكار المعلومات الباعثة على التهديد أو تشويهها مما يؤثر في استعداد الفرد للتعبير بشكل سلبى وهناك دراسات عديدة وجدت أن معتقدات عدم الارتباط أو عدم التعلق ترتبط بنية يرك التدخين واتخاذ محاولات الإقلاع؛ فالمدخنين الذين لديهم نية الإقلاع عن التدخين يكون لديهم قدر أقل من معتقدات عدم التعلق.

وحيث أن المراهقين المدخنين لا يعتبرون التوقف عن التدخين أمراً ملحاً ويستمررون في التدخين على الرغم من وعيهم بأن التدخين له نتائج سلبية عليهم فإن المعتقدات المشوهة يحتمل أن تلعب دوراً في ذلك (Tewolde et al, 2006). وفي دراسة أجراها أوكس وآخرون (Oakes et al, 2004) على المعتقدات المتعلقة بالمناعة الشخصية ضد المخاطر الصحية للتدخين والشك في الدليل الطبي وجعل مخاطر التدخين أمراً عادياً بسبب وفرة المخاطر والاعتقاد بأن التدخين يستحق المخاطر الصحية التي يحتمل حدوثها وقدرة تلك المعتقدات على التنبؤ بنية التدخين. وقد وجد الباحثون أن تلك المعتقدات ترتبط بنية الإقلاع عن التدخين وأن بعض المعتقدات كان لها تأثير أكبر من غيرها في التقدم نحو الإقلاع. فاعتقاد الأفراد بأن التدخين يستحق المخاطر الصحية المحتملة قد ارتبط ارتباطاً سلبياً وثيقاً بالنية في الإقلاع وكان هو المؤشر الفارق الوحيد بين المدخنين في فئات ما قبل التفكير في الإقلاع وفئة التفكير في الإقلاع وفئة الاستعداد للإقلاع.

وقد قام كلينجان وآخرون (Kleinjan et al, 2006) بدراسة لمعرفة دور معتقدات عدم التعلق في التوقف عن التدخين وبينت نتائجهم أن تلك المعتقدات ترتبط ارتباطاً سلبياً بالتحول والتوقف الفعلي عن التدخين. وقام كلينجان وآخرون بدراسة أخرى عام ٢٠٠٩ لمعرفة مدى تمسك المراهقين بمعتقدات عدم التعلق والعلاقة بين تلك المعتقدات وبين دوافع المراهقين للإقلاع عن التدخين وقد بينت نتائجهم أن درجة تمسك المراهقين المدخنين بمعتقدات عدم التعلق مماثل لتمسك الراشدين بها إن لم يكن أقوى. وقد ارتبطت تلك المعتقدات

بدراسة تأثيرات الاقتناع مؤقتاً عن التدخين لدى مجموعة من معتادى التدخين خلال فترة ١٥ يوم في أثنائها قاموا بالتدخين كالمعتاد في أول خمسة أيام وامتنعوا عن التدخين خلال الأيام الخمسة التالية ثم عادوا إلى التدخين ثانية خلال الأيام الخمسة الأخيرة وقد قام الباحثون بمقارنة النتائج بالقيم التي حصلوا عليها من مجموعة من المدخنين غير المسكين عن التدخين. وقد بينت النتائج وجود فروق بين المدخنين المسكين وغير المسكين عن التدخين في الأداء على الاختبارات المعرفية، فقد قرر المسكون وجود تهيج واكتئاب ونقص في التركيز واضطرابات للنوم والقلق والتوتر وعدم الاستقرار.

وهناك دراسات قررت وجود ارتباط موجب بين العداوة والوجدان السلبي مما قد يؤدي إلى تدخين السجائر كوسيلة لتخفيض التوتر والانعراج والمعاناة (Lee et al, 1988) (Whalen et al, 2001) ولقد وجد ويس وآخرون 2005 Weiss et al علاقة ارتباطية بين العداوة وبين التدخين لدى المراهقين، وقد أدى وجود الاكتئاب إلى زيادة شدة تلك العلاقة الارتباطية (Weiss et al, 2005).

وفيما يتعلق بالتوقف عن التدخين يعتبر المراهقون المدخنون مجموعة أصعب؛ فبالمقارنة بالبالغين يكون المراهقون أقل دافعاً للتوقف عن التدخين ويبدون معدلات منخفضة من محاولات الإقلاع التلقائية (Mermelstein, 2003) وربما كان انخفاض الدافع للإقلاع عن التدخين لدى المراهقين لأنهم يعتبرون الإقلاع عن التدخين أمراً غير ملح وغير ضروري (Balch, 1998).

وبالنسبة للمدخنين الذين يقاومون الإقلاع عن التدخين بشدة ويستمررون في التدخين على الرغم من معرفتهم بالآثار الضارة للتدخين رأى العلماء أن معرفتهم بالآثار الضارة للتدخين رأى العلماء أن لديهم صوراً معينة من تخفيض التنافر المعرفي (Chapman et al, 1993).

ويشعر الفرد بالتنافر المعرفي Cognitive Dissonance حين يوجد لديه اثنتان من المعارف أو أكثر تتنافران مع بعضهما البعض مما يؤدي إلى التوتر الدافعي. (Festinger, 1957)

ولدى المدخنين الراشدين يظهر تخفيض التنافر المعرفي في شكل تبريرات للاستمرار في التدخين تسمى معتقدات عدم التعلق أو عدم الارتباط وتسمى أيضاً معتقدات إعطاء الإذن Permission Giving Beliefs فقد يقول المدخن "أنا أعرف مدخنين يدخنون بشراهة وعاشوا عمراً طويلاً" ومن ثم يتجاهل حقيقة أن التدخين وعمر الأفراد عند الوفاة يرتبطان ارتباطاً

جدول (١) مقارنة المراهقين المدخنين وغير المدخنين في العمر

المتغير	مجموعة المدخنين ن=٣٠		مجموعة غير المدخنين ن=٣٠		مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م	
العمر	١٤,٨٤	٥,٣	١٦,١	٦,٨	٠,٧٩ غير دالة

ومن الجدول السابق يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعة المراهقين المدخنين وغير المدخنين في العمر، ويبين الجدول (٢) المقارنة بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في السنة الدراسية.

جدول (٢) المقارنة بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في السنة الدراسية

السنة الدراسية	مجموعة المدخنين ن=٣٠		مجموعة غير المدخنين ن=٣٠		مستوى الدلالة
	ك	%	ك	%	
أولى إعدادي	٤	١٣,٣%	٣	١٠%	غير دالة ٣,٨
ثانية إعدادي	٧	٢٣,٣%	٥	١٦,٧%	
ثالثة إعدادي	٨	٢٦,٧%	٦	٢٠%	
أولى ثانوي	٦	٢٠%	٩	٣٠%	
ثانية ثانوي	٢	٦,٧%	٤	١٣,٣%	
ثالثة ثانوي	٣	١٠%	٣	١٠%	
المجموع	٣٠	١٠٠%	٣٠	١٠٠%	

ومن الجدول السابق يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعة المراهقين المدخنين وغير المدخنين في السنة الدراسية.

وقد استعانت الباحثة بتصنيف عبدالسلام عبدالغفار في بحثه عن المتقوين والذي فيه قام بتصنيف الوظائف إلى أربعة مستويات كما يلي:

- المستوى الأول: ويشمل الوظائف العالية مثل وظائف الوزراء وأساتذة الجامعة ومديري المصالح الحكومية وكبار التجار.
- المستوى الثاني: ويشمل المهندسين والضباط والأطباء والمحامين ومديري المدارس الثانوية والإعدادية ورؤساء الأقسام في الوزارات والمصالح والتجار.
- المستوى الثالث: ويشمل المدرسين والموظفين والإداريين.
- المستوى الرابع: ويشمل العمال والمزارعين والحرفيين. زينب القاضي، ١٩٨١، ص ٩١-٩٢، ويبين الجدول (٣) مقارنة مجموعتي الدراسة وفقاً لمهنة الأب.

سلبياً بالدافع للإقلاع وأن الاعتماد على النيكوتين هو أقوى عائق أمام التوقف عن التدخين.

فروض الدراسة:

- تحاول هذه الدراسة معرفة الفروق بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في العدوان وفي التشوهات المعرفية ومن ثم تحاول التحقق من فرضين هما:
١. توجد فروق دالة إحصائياً بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في العدوان.
٢. توجد فروق دالة إحصائياً بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في التشوهات المعرفية.

الإجراءات المنهجية للدراسة

منهج الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في العدوان وفي التشوهات المعرفية ومن هنا فالمنهج الوصفي هو أكثر المناهج مناسبة للدراسة حيث أن الدراسة ترصد الفروق الموجودة حالياً بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في المتغيرين المدروسين دون تدخل فيهما.

ويعتمد منهج الدراسة على اختيار مجموعتين من المبحوثين متساويتين قدر الإمكان في المتغيرات الأساسية التي يمكن أن يكون لها تأثير في الظاهرة المدروسة عدا متغير التدخين لمعرفة الفروق بين مجموعتي الدراسة في العدوان وفي التشوهات المعرفية. ومن هنا تعتبر الباحثة التدخين المتغير المستقل والعدوان والتشوهات المعرفية عاملين تابعين.

العينة:

تتكون العينة من مجموعتين من المراهقين أعمارهم من ١٣-١٨ عاماً وتنقسم إلى:

١. مجموعة المدخنين وعددهم ثلاثون فرداً ممن يدخنون بشكل منتظم وقد تم اختيارهم بشكل متعمد حيث اختارتهم الباحثة وفقاً لمعيار التدخين المعتاد أي أنهم يدخنون بشكل يومي من ١٠-٢٠ سيجارة أو أكثر.
٢. مجموعة غير المدخنين وعددهم ثلاثون فرداً من نوع العينة الحرة المقيدة حيث تم اختيارهم من المراهقين غير المدخنين بشرط تساويهم مع مجموعة المدخنين في السن، المستوى التعليمي (السنة الدراسية) والمستوى الاجتماعي الاقتصادي (مثلاً في مهنة الوالد)، ويبين الجدول (١) مقارنة المراهقين المدخنين وغير المدخنين في العمر.

بطريقة التجزئة النصفية لاستجابات عينة الدراسة مع تصحيح المعامل الناتج باستخدام معادلة كودر رتشاردسن وكان معامل ثبات الاختبار ٠,٨٦.

وقد قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي للاختبار كمؤشر من مؤشرات الصدق عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة في المقاييس الفرعية وبين الدرجة الكلية للمقياس وكانت معاملات الاتساق الداخلي بالنسبة لمقياس العدوان البدني (٠,٧٢) وكان المعامل بالنسبة لمقياس العدائية (٠,٦٣) وبالنسبة لمقياس الغضب (٠,٥٨) أما بالنسبة لمقياس العدوان اللفظي فقد كان معامل الاتساق الداخلي (٠,٥٥).

٢. اختبار التشويهاة المعرفية: قامت الباحثة بتطبيق مقياس التشويهاة المعرفية من إعداد هبة صلاح مصيلحي ٢٠٠٤ وهو عبارة عن استبيان من نوع الورقة والقلم ويتكون من ٤٢ عبارة وهو يشتمل على مقياسين فرعيين: أ. التشويهاة المعرفية: ويتضمن ٢٧ عبارة تقيس ثمانية مظاهر للتشويهاة المعرفية وهي التفكير الثنائي، التجريد الانقائي، وأخطاء التقويم، واستخدام عبارات "لا بد" و"ينبغي"، والقفز إلى النتائج، والاستدلال الانفعالي، والتقديرية الشخصية والتعميم الزائد.

ب. اختبار الكذب (ل): وهو أحد مقاييس الصدق في اختبار مينيسوتا للشخصية المتعددة الأوجه (MMPI) وهو يتضمن ١٥ فقرة اختيرت على أساس منطقي لتمييز الأشخاص الذين يتجنبون عن قصد الاستجابة الصريحة والمينة وتشتمل الفقرات على اتجاهات وممارسات مرغوبة ثقافياً ولكن لا يستطيع اتباعها إلا أشخاص ذوي ضمير حي وهي فقرات تتناول أفكاراً سيئة وإنكاراً للعدوان وعدم أمانة وضعفاً في الخلق. والإجابة عن الفقرات تتم بطريقة نعم/لا وتتم الإجابة على اختبار التشويهاة المعرفية فيختار الإجابة التي تتم عن استجابته من (دائماً = ٣ درجات وأحياناً = درجتان وأبداً = درجة واحدة).

وقد قامت هبة مصيلحي بحساب ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية وكان معامل الثبات = ٠,٨١ وقامت بحساب الصدق باستخدام صدق المحكمين والاتساق الداخلي.

وفي الدراسة الحالية قامت الباحثة بحساب الثبات عن

جدول (٣) مقارنة مجموعتي الدراسة وفقاً لمهنة الأب

المهنة	مجموعة المدخنين ن=٣٠		مجموعة غير المدخنين ن=٣٠		قيمة كا ^٢ الدلالة	مستوى الدلالة
	ك	%	ك	%		
المستوى الأول	١٢	٤٠%	٩	٣٠%	٦,٩٣	غير دالة
المستوى الثاني	٨	٢٦,٧%	١٥	٥٠%		
المستوى الثالث	١٠	٣٣,٣%	٦	٢٠%		
المستوى الرابع	-	-	-	-		
المجموع	٣٠	١٠٠%	٣٠	١٠٠%		

ومن الجدول السابق يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعة المراهقين المدخنين وغير المدخنين في المستوى الاقتصادي الاجتماعي ممثلاً في مهنة الوالد.

أدوات الدراسة:

وقد قامت الباحثة بتطبيق الأدوات التالية على عينة دراستها:

١. اختبار العدوان: وقد تم قياس العدوان في هذه الدراسة باستخدام اختبار العدوان من تصميم بوس وبيري (Buss & Perry, 1992) وتعريب وتقنين أحمد عبدالخالق (٢٠٠٠) ويتكون المقياس من تسعة وعشرين بنداً يقاس أربعة أبعاد أساسية من السلوك العدواني هي: أ. العدوان البدني ويتكون من تسعة بنود. ب. العدائية ويتكون من ثمانية بنود. ج. الغضب ويتكون من سبعة بنود. د. العدوان اللفظي ويتكون من خمسة بنود. والإجابة على المقياس تتم على مقياس خماسي متدرج على طريقة ليكرت إذ تشير أعلى درجة (٤) إلى شدة الموافقة وأقل درجة (١) إلى شدة المعارضة ويتم عكس التصحيح في حالة البنود السلبية.

ويتمتع الاختبار بدرجة ثبات عالية إذ تم حساب ثبات القياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وكان معامل ألفا للمقياس الكلي (٠,٨١) وبالنسبة للعدوان البدني كان (٠,٧٠) والعدائية (٠,٦٧) والغضب (٠,٦٣) والعدوان اللفظي (٠,٣٩).

وقد قام أحمد عبدالخالق بحساب صدق المقياس باستخدام التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية مع استخدام محك الجذر الكامن واحد صحيح للعوامل المستخرجة والتدوير المائل بطريقة أوليمين Oblimin لكايزر Kaiser وتم الخروج بأربعة عوامل هي الغضب والعدوان البدني والعدوان اللفظي والعدائية. وقد قامت الباحثة في الدراسة الحالية بحساب الثبات

الفرق دالاً إحصائياً عند مستوى ٠,٠١
 ٥ كان المراهقون المدخنون أعلى بشكل دال إحصائياً
 من المراهقين غير المدخنين في العدوان البدني،
 وكان الفرق دالاً إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥
 ٥ كان المراهقون المدخنون أعلى بشكل دال إحصائياً
 من المراهقين غير المدخنين في العدائية، وكان
 الفرق بين المجموعتين دالاً إحصائياً عند مستوى
 ٠,٠٥

٥ على وجه الإجمال تحقق الفرض الأول حيث تبين
 النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين المراهقين
 المدخنين وغير المدخنين في ثلاثة من مظاهر
 العدوان التي يقيسها اختبار بوس وبيري وهي
 العدوان البدني والعدائية والغضب.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة
 مثل دراسة (Chechter & Rand, 1974) والتي وجدت
 فروقاً دالة في العدوان بين المدخنين وغير المدخنين، كما
 وجدت فروقاً دالة في العدوان لدى المدخنين بين طرفي
 التدخين والحرمان منه.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Myrsten
 et al, 1974) والتي ارتبط فيها التوقف عن التدخين
 بوجود التهيج والاكتئاب ونقص التركيز واضطراب النوم
 والقلق والتوتر وعدم الاستقرار.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما وجدته (Weiss et al,
 2005) من علاقة ارتباطية بين التدخين والعداوة لدى
 المراهقين.

ولقد رأى (Maxwell, 1962) أن التدخين يحدث استجابة
 للضغوط، وأنه وسيلة من وسائل تخفيف الإحباط الذي
 يعتبر من الأسباب الرئيسية للعدوان، حيث أن الإحباط
 يؤدي دوماً إلى صورة ما من صور العدوان.

وبالنظر إلى عمر أفراد العينة وكونهم من المراهقين فإن
 التدخين نشاط اجتماعي يمارسه المراهق ضمن جماعة
 الأقران، ومن ثم يكون التدخين والعدوان نتيجة للتقليد
 والنمذجة.

ووفقاً لنظرية تشغيل المعلومات الاجتماعية Social
 Information Processing Theory فإن المراهقين
 العدوانيين يكونوا أقل كفاءة من أقرانهم غير العدوانيين
 في تشغيل المعلومات الاجتماعية كما أن الطريقة التي
 يقومون بها بتشغيل المعلومات الاجتماعية تجعلهم أكثر
 ميلاً للتصرف بشكل عدواني حيث يقومون بعزو النية

طريق التجزئة النصفية وتصحيح المعامل الناتج باستخدام
 معادلة كيودر رتشاردسون وكان معامل ثبات الاختبار
 ٠,٩٢.

وقد قامت هبة مصيلحي بحساب صدق المحكمين وصدق
 الاتساق الداخلي لمقياسها. وفي الدراسة الحالية قامت
 الباحثة بحساب صدق الاتساق الداخلي وقد تراوحت
 معاملات ارتباط الفترات بالمقياس الكلي بين ٠,٥٤
 و٠,٧٢.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

١. نتائج الإجابة عن الفرض الأول: ينص الفرض الأول
 على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين المراهقين
 المدخنين وغير المدخنين في العدوان"، وللإجابة على هذا
 الفرض قامت الباحثة بتطبيق اختبار العدوان من تصميم
 بوس وبيري (Buss & Perry, 1992) وتعريب وتقنين
 (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٠) على مجموعتي الدراسة من
 المراهقين المدخنين وغير المدخنين وفق دليل تطبيق
 الاختبار، ثم قامت بتصحيح الاستجابات وفق تعليمات
 التصحيح، وقامت برصد الدرجات في كشوف إحصائية،
 ثم قامت بحساب متوسطات درجات أفراد مجموعتي
 الدراسة وانحرافاتها المعيارية، ثم قامت بحساب درجات
 اختبار "ت" ومستوى دلالتها الإحصائية، والجدول (٤)
 يبين نتائج الإجابة عن الفرض الأول.

جدول (٤) مقارنة مجموعتي الدراسة من المراهقين المدخنين وغير المدخنين في
 العدوان

المتغيرات	مجموعة المدخنين ن=٣٠		مجموعة غير المدخنين ن=٣٠		قيمة ت	مستوى الدالة
	ع	م	ع	م		
العدوان البدني	٣١,٦	٥,٤	٢٧,٥	٧,٨	٢,٣٣	٠,٠٥
العدائية	٢٢,١	٦,٤	١٨,٣	٤,٩	٢,٥٣	٠,٠٥
الغضب	١٦,٧	٧,٢	١٢,٢	٣,٦	٣,٠٢	٠,٠١
العدوان اللفظي	٨,٩	٤,٩	٩,٦	٦,٣	٠,٤٧	-

ومن الجدول السابق يتبين ما يلي:

٥ أن الاختبارات الفرعية لاختبار العدوان والخاصة
 بالعدوان البدني والعدائية والغضب هي المقاييس
 التي ميزت بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين
 تمييزاً دالاً إحصائياً.

٥ لم يكن هناك فرق دال إحصائياً بين المراهقين
 المدخنين وغير المدخنين في العدوان اللفظي.

٥ كان المراهقون المدخنون أعلى بشكل دال إحصائياً
 من المراهقين غير المدخنين في الغضب وكان

الدراسات السابقة حيث قدم Viscusi, 1990, 1991, 1992 دليلاً بحثياً يبين أن الناس الذين يضحون من المخاطر الصحية للتدخين يتخذون قرارات تتعلق به قائمة على جزئياً على إدراكهم لمخاطره حيث مال المدخنون إلى إدراك قدر أقل من المخاطر الصحية للتدخين وأنهم يتعلمون عن مخاطر التدخين من خلال الخبرة واكتساب المعلومات وأن سلوك المراهقين في ذلك يتماثل مع سلوك البالغين. وهناك دراسة أجراها (Lundborg & Lindgrin, 2004) على المراهقين من سن ١٤ - ١٨ عاما توحى بأنهم يكونون أقل ميلاً للتدخين إذا أدركوا وجود قدر أكبر من المخاطر الصحية لإدمان السجائر وتدخينها.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج (Weinstein et al, 2004, 2005) أن معلومات المدخنين تكون ضئيلة حول المخاطر الصحية للتدخين ويكونون شديدي التفاضل فيما يتعلق بفرصهم في تجنب الأمراض الخطيرة المرتبطة بالتدخين. ويرى (Arnette, 2000) أن المراهقين المدخنين يتعرضون لتشويهاً أي إنكار مخاطر التدخين وذلك لتبرير استمرارهم فيه.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع البحوث التي تناولت إدراكات مخاطر التدخين مثل (Weinstein, 1989) والتي ركزت على مفهوم التحير التفاضلي والذي يشير إلى ميل الناس إلى رؤية مخاطر التدخين على أنها أدنى بالنسبة لهم من المدخنين الآخرين في نفس الفئة العمرية.

ولقد وجد (Kleinjan, 2009) أن المدخنين يقللون التنافر المعرفي فيما يتعلق بسلوك التدخين لديهم من خلال التمسك بمجموعة من التبريرات التي تمكنهم من الاستمرار في التدخين وتعرف باسم معتقدات عدم التعلق أو عدم الارتباط. وقد وجدوا أن تلك المعتقدات تقف حجر عثرة أمام ممارسات التوقف عن التدخين. وقد وجد الباحثون أن تمسك المراهقين المدخنين بتلك المعتقدات مماثل لتمسك البالغين إن لم يكن أقوى وأن المستويات الأعلى من الاعتماد على النيكوتين يرتبط بالمستويات الأقوى من التمسك بتلك المعتقدات. ولقد ذكر (Chapman, Wong & Smith, 1993) أن المدخنين الذين يقاومون الإقلاع عن التدخين ويستمررون فيه على الرغم من معرفتهم بالآثار الضارة له لديهم صور من تخفيض التنافر المعرفي. وقد ذكر (Solomon & Mause, 1997) أن تخفيض التنافر المعرفي لدى

العدائية للآخرين حتى حين تكون المعلومات المتعلقة بنوايا الآخرين غير متاحة. (Yoon et al, 2000)

ووفقاً لنظرية التحييد Neutralization Theory التي قدمها سايكس وماتزا (Sykes & Matza, 1957) فإن السلوك العدواني يقوم على دفاعات تتخذ شكل تبريرات تعمل على تحريف أو تقليل مقدار اللوم الذي يمكن أن يلقي على الفرد نتيجة ارتكابه لفعل إجرامي مما يجعله متحرراً من الشعور باللوم.

ووفقاً لنظرية العدوان العام التي قدمها (Anderson & Dill, 2000) يكون العدوان نتيجة للتفاعل بين متغيرات الشخصية (شخصية المراهق بما تتسمه من استثارة زائدة واندفاعية وميل إلى تفعيل العدوان) والمتغيرات الموقفية (وجود المراهق بين جماعة الأقران وما يحمله ذلك من تشجيع وتحريض على العدوان وممارسة جماعية له).

٢. نتائج الإجابة عن الفرض الثاني: وينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في التشويهاً المعرفية"، وللإجابة عن هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق اختبار التشويهاً المعرفية من تصميم (هبة مصيلحي، ٢٠٠٤) على مجموعتي الدراسة من المراهقين المدخنين وغير المدخنين وفق دليل تطبيق الاختبار ثم قامت بتصحيح استجابات المبحوثين وفق تعليمات التصحيح، ثم قامت برصد الدرجات في كشوف إحصائية ثم قامت بحساب متوسط درجات أفراد مجموعتي الدراسة وانحرافها المعياري ثم قامت بحساب اختبار "ت" ومستوى الدلالة الإحصائية للفرق والجدول (٥) يبين نتائج الإجابة عن الفرض الثاني.

جدول (٥) المقارنة بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في التشويهاً المعرفية

المتغيرات	مجموعة المدخنين ن=٣٠		مجموعة غير المدخنين ن=٣٠		مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م	
التشويهاً المعرفية	٦٥,٢	١٠,٩	٥٧,٣	١١,٦	٠,٠١

ومن الجدول السابق يتبين ما يلي:
وجود فرق دال إحصائياً بين المراهقين المدخنين وغير المدخنين في التشويهاً المعرفية، وأن الفرق الدال عند مستوى ٠,٠١ في جانب مجموعة المراهقين المدخنين مما يدل على أن المراهقين المدخنين أعلى من غير المدخنين في التشويهاً المعرفية. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج

- smoking and cognitive performance of children” **Health Psychology**, 10, 282-288.
9. Bellet, S. & Kershbaum, A. (1963): “Physiological basis for prohibition against smoking in Coronary Heart Disease” **The Seventh Hannemann Symposium**, pp. 436-444. New York: Grune and Stratton.
 10. Chapman, S. et al (1993): “Self-exempting beliefs about smoking and health: Differences between smokers and ex-smokers” **American Journal of Public Health**, 83, 2, 215-219
 11. Carmody, T. P. et al (1985):, “Concurrent use of cigarette, alcohol and coffee in healthy community-living men and women”, **Health Psychology**, 4, 323-335
 12. Castro, F. G. et al (1989):, “Cigarette smokers do more than just smoke cigarettes”, **Health Psychology**, 8, 107-129
 13. Centers for Disease Control. (1991): **HIV/AIDS surveillance report**. Atlanta, GA: Author
 14. Cobb, N. J. (1995): “**Adolescence: Continuity, change and diversity**” 2nd ed., California: Mayfield
 15. Donovan, J. E. et al (1988): “Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication” **Journal of Consultation Clinical Psychology**, 56, 5, 762-765
 16. Dykstra, A. et al (1999): “Self-evaluation and motivation to change: Social cognitive constructs in smoking cessation” **Psychology and Health**, 14, 747-759
 17. Festinger, L. (1957): “**A theory of cognitive dissonance**” Oxford. England: Row & Peterson
 18. Fleming, R. et al (1989):, “The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use”, **Addictive Behaviors**, 14, 261-272.
 19. Homsuwan, G. (2007): “The factors affecting values, attitudes and participation of adolescents

المدخنين يتخذ شكل تبريرات تسمى معتقدات إعطاء الإذن Permission giving beliefs، فقد يقول المدخن "أنا أعرف مدخنين يدخنون بشراهة وقد عاشوا عمرا طويلا"، ومن ثم يتجاهل حقيقة كون التدخين والعمر يرتبطان ارتباطا سلبيا، وحين توجد تلك المعتقدات لدى الفرد يكون من السهل عليه أن يتحلل من فكرة أن الأفضل له هو الإقلاع عن التدخين (Oakes et al, 2004).
ومن ثم حيث أن المراهقين المدخنين لا يعتبرون التوقف عن التدخين ملحا ويستمررون فيه على الرغم من وعيهم بالنتائج السلبية له فإن التشويهاات المعرفية يحتمل أن تلعب دورا في ذلك السلوك.

قائمة المراجع:

١. دانة عبدالعزيز محمد صالح إسحق (٢٠٠٨): دراسة في سيكولوجية مرتكبي جرائم العرض والسمعة من الأحداث، رسالة ماجستير غير منشورة مودعة بمكتبة كلية الآداب جامعة عين شمس.
٢. زينب عبدالرحمن القاضي (١٩٨١): دراسة مقارنة بين قيم واتجاهات المتفوقين تحصيلياً والعاديين من طلبة وطالبات المدارس الثانوية العامة رسالة ماجستير غير منشورة مودعة بمكتبة كلية الآداب جامعة عين شمس.
٣. هبة صلاح مصيلحي (٢٠٠٤): التشوهات المعرفية وعلاقتها بكل من أبعاد الشخصية والذكاء دراسة ارتباطية مقارنة بين الجنسين، رسالة ماجستير غير منشورة مودعة بمكتبة كلية الآداب جامعة عين شمس.
4. Anderson, C.& Dill, K. (2000): “Videogames and aggressive thoughts, feelings and behavior in the laboratory and life” **Journal of Personality and Social Psychology**, 78,772-790.
5. Arnett, J. J. (2000): “Brief report: Optimistic bias in adolescent and adult smokers and non-smokers” **Addictive Behaviors**, 25, 4, 635-632.
6. Balch, C. (1998)” Exploring perceptions of smoking cessation among high school smokers: Input and feedback from focus group” **Preventive Medicine**, 27, A55-A63.
7. Bauman, K. E. (1989): “Family cigarette smoking and test performance by adolescents” **Health Psychology**, 8, 97-105.
8. Bauman, K. E. et al (1991): “Parental cigarette

30. Mason, J. K. & Smith, R. A. (1987):, "Butterworths' Medico-legal Encyclopedia", London: Butterworths & Co. (Publishers): Ltd.
31. Maxwell, J. (1962):, "Cigarette smoking and Lung Cancer". **British Medical Journal**, 1, 872-873
32. McMaster, C. & Lee, C. (1991):, "Cognitive dissonance in tobacco smokers", **Addictive Behaviors**, 16, 349-353
33. Mermelstein, R. (2003):, "Teen smoking cessation", **Tobacco Control**, 12, 25-34
34. Myrsten, A. et al (1977):, "Effects of abstinence from tobacco smoking on physiological and psychological arousal levels in habitual smokers", **Psychosomatic Medicine**, vol. 39, no. 1, 25-38
35. Oakes, W. et al (2004):, "Bulletproof skeptics in life's jungle: Which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting?" **Preventive Medicine**, 39, 776-787
36. Schechter, M. D. & Rand, M. J. (1974): "**Effect of acute deprivation of smoking on aggression and hostility**" *Psychopharmacologia (Berl.)*: 35, 19-28
37. Sinha, D. N. et al (2002): "Tobacco use among school personnel in Behar, India" **Tobacco Control**, vol. 11, no. 1, 82-83
38. Solomon, C. G. & manson, J. E. (1997): "Obesity and Morality: A review of the epidemiological data" **American J. of Clinical Nutrition**, 66, 10445-10505
39. Sykes, G.M., & Matza, D. (1957): "Techniques of neutralization: A theory of delinquency" **American Sociological Review**, 22, 664-670.
40. Tewolde, S. et al (2006): "Risky behavior in Youths: An analysis of the factors influencing youth smoking decisions in Canada" **Substance Use and Misuse**, 41, 467-487
- in non-smoking campaigns" A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the **degree of Masters of Arts (Addictionology)**: Faculty of Graduate Studies, Mahidal U.
20. Hurlock, E. B. (1978): "Child development" 6th ed., Tokyo: McGraw-Hill Koga Kusha Ltd.
21. Kissen, D. M. (1960): "Psychosocial factors in cigarette smoking: a review" **Medical Officer**, 104, 365-372
22. Kleinjan, M. et al (2006):, "Excuses to continue smoking: the role of disengagement beliefs in smoking cessation", **Addictive Behaviors**, 31, 2223-2237
23. Kleinjan, M. et al (2009): "Adolescents' rationalizations to continue smoking: The role of disengagement beliefs and nicotine dependence in smoking cessation", **Addictive Behaviors**, 34, 440-445
24. Larson, P. S., Silvette, H. (1961): "**Tobacco: Experimental and clinical studies**" Baltimore, Williams & Wilkins
25. Lee, D. J. et al (1988): "The relationship between hostility, smoking and alcohol consumption in Mexican American adolescents", **International Journal of Addictions**, 23, 887-896
26. Lerner, R. M. (2002): "**Adolescence: Development, diversity, context and application**", New Jersey: Prentice Hall
27. Lovato, C. et al (2003):, "Recruitment barriers and successes of the American Lung Association's Not-on-Tobacco program". **The Journal of School Health**, 73 (2):, 58-63
28. Lundborg, P. & Lindgren, B. (2004):, "Do they know what they are doing? Risk perceptions and smoking behavior of Swedish teenagers", **Journal of Risk and Uncertainty**, 28, 261-286
29. Marshall, E. (1986):, "Involuntary smokers face health risks", **Science**, 234, 1066-1067

- <http://www.who.int/tobacco/mpower-report-full-2008.pdf>
53. Yoon, J.S., Hughes, J.N., Cavell, T.A., & Thompson, B. (2000): "Social cognitive differences between aggressive-rejected and aggressive- nonrejected children" **Journal of School Psychology**, 38, 551-570.
41. Van Proody, C. (1964): "**Smoking: Its influence on the individual and its role in social medicine**" Amsterdam: Elsevier
42. Viscusi, W. K. (1990): "Do smokers underestimate risks?" **Journal of Political Economy**, 98, 1253-1268
43. Viscusi, W. K. (1991): "Age variations in risk perceptions and smoking decisions" **Review of Economics and Statistics**, 73, 577-588
44. Viscusi, W. K. (1992): "**Smoking: Making the risky decision**" Oxford, Oxford University Press
45. Weinstein, N. D. (1998): "Accuracy of smokers' risk perceptions" **Annals of Behavioral Medicines**, 20, 135-140
46. Weinstein, N. D. (1989): "Optimistic biases about personal risks" **Science**, 246, 1232-1233
47. Weinstein, Neil, Paul Slovic, Erika Waters, and Ginger Gibson. (2004): "Public understanding of the illnesses caused by cigarette smoking" **Nicotine and Tobacco Research** 6: 349-355
48. Weinstein, Neil, S.E. Marcus, and R.P. Moser (2005): "Smokers' unrealistic optimism about their risk" **Tobacco Control** 14: 55-59.
49. Weiss, J. W. et al (2005): "**Hostility, depressive symptoms and smoking in early adolescence**" 28, 49-62
50. Whalen, C. K. (2001): "Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries" **Health Psychology**, 20, 99-111
51. WHO Smoking Statistics (2002):: **Fact Sheets 28 May**. Retrieved November 2008 from <http://www.wpro.who.int/media-center/fact-sheets/fs-20020528.htm>
52. WHO (2008):: **Report on the global tobacco epidemic**. The MPOWER package. Geneva: WHO. Retrieved October 2008 from

Summary

Aggression and Cognitive Distortions: A comparative study between adolescent smokers and non-smokers

The present study aimed to identify the differences between adolescent smokers and non-smokers in aggression and cognitive distortions.

Sample:

The researcher studied 60 adolescents age ranging between 13-18 years. 30 adolescents were smokers and 30 were nonsmokers. The two groups were equal in age, academic year, and fathers' job.

Tools:

The researcher applied Buss and Perry scale of aggression (1992, translated and standardized in Egypt by Ahmed Abd El Khalek, 2000). The researcher also applied the cognitive distortions test designed by Heba Moselhy (2004).

Results:

1. After applying T-test on the two groups' scores, the results showed that there are statistically significant differences between adolescent smokers and nonsmokers in aggression. The adolescent smokers were higher than their nonsmoking counterparts in physical aggression, hostility and anger.
2. The adolescent smokers were also higher in cognitive distortions than their nonsmoking counterparts.
3. The researcher discussed her results in the light of her two hypotheses, previous research and the theoretical background available on aggression and cognitive distortions.