

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال چهارم شماره ۱۶ زمستان ۱۳۸۸

اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار در دانش آموزان پسر سال اول متوسطه

امیر پناه‌علی - کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی
دکتر عبدالله شفیع‌آبادی - استاد گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر قدسی احقر - دانشیار پژوهشکده تعلیم و تربیت

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین میزان اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار است. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه‌ی اول منطقه‌ی ۲ شهر تبریز است. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای ۴۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی نگرش نسبت به مصرف سیگار استفاده شد و واقعیت درمانی گروهی در بین گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه، هر جلسه به مدت یک ساعت و چهل و پنج دقیقه انجام پذیرفت و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t گروه‌های مستقل و آزمون t گروه‌های همبسته استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که نگرش نسبت به مصرف سیگار دانش‌آموزانی که واقعیت درمانی گروهی در بین گروه آزمایشی را دریافت کرده‌اند به طور معنی‌دار و منفی، پایین‌تر از نگرش دانش‌آموزانی است که واقعیت درمانی گروهی را دریافت نکرده‌اند به عبارت دیگر واقعیت درمانی گروهی در کاهش نگرش مثبت بالای دانش‌آموزان پسر نسبت به مصرف سیگار تأثیر دارد.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی گروهی، نگرش نسبت به مصرف سیگار.

نیکوتین^۱ یکی از پرمصرف‌ترین داروهای روان‌گردان در جهان است. در جامعه‌ی فعلی ما، کشیدن سیگار شکل رایج، مجاز و از نظر اجتماعی نسبتاً قابل قبول مصرف داروی روان‌گردان است. امروزه عموماً پذیرفته شده است که نیکوتین بسیار اعتیاد آور است، با این حال ما از معتاد به دارو نامیدن یک سیگاری، خودداری می‌کنیم (روزنهان و سلیگمن^۲، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

در چهارمین طبقه‌بندی اختلال‌های روانی، از نیکوتین به عنوان یکی از موادی که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرد، نام برده شده است (سادوک و سادوک^۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۰). شیوع بالای وابستگی به نیکوتین آن را به شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی تبدیل کرده است (میلر، گلسپی، بیلین و داوول^۴، ۲۰۰۱؛ هابلت، دی باکر، ولیم، گادو و اسمید^۵، ۲۰۰۶). نیکوتین از طریق تدخین یا جویدن توتون وارد بدن شده (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۰) و وابستگی به سیگار را موجب می‌شود (راتوس^۶، ترجمه گنجی، ۱۳۸۰).

مصرف سیگار در کشورهای توسعه‌یافته ۲۰٪ مرگ‌های قابل پیشگیری را تشکیل می‌دهد به طوری که ۶۰٪ از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی آمریکا صرف درمان بیماری‌های مربوط به مصرف توتون می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). دانشمندان پس از مطالعه شواهد ۵۰ ساله مطالعه‌های مربوط به رابطه سیگار و سلامت جسمی، به این نتیجه رسیدند که سیگار کشیدن اثرهای منفی بر سلامتی انسان باقی می‌گذارد همچنین مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض دود سیگار، ۳۲ نوع بیماری مختلف ایجاد می‌کند (تیسون، دگنهرت و هیو^۷، ۲۰۰۲). سرطان ریه، نای، راه‌های تنفسی و مری، همچنین برخی بیماری‌های قلبی، مستقیماً به مصرف سیگار

1- nicotine

3- Sadock & Sadock

5- Hublet, de Bacquer, Valimaa, Goddeau & Schmid

7- Teesson, Degenhardt & Huu

2- Rosenhan & Seligman

4- Miller, Gillespie, Billian & Davel

6- Ratus

مربوط می‌شوند (راتوس، ترجمه گنجی، ۱۳۸۰).

سیگل^۱ و سنا^۲ دلایل سوء مصرف مواد و از جمله سیگار را به صورت ذیل خلاصه کرده‌اند: درهم ریختگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، عوامل ژنتیکی، مشکلات هیجانی، سندرم مشکل رفتاری، انتخاب منطقی، درهم ریختگی اجتماعی که شامل فقر، شرایط نامناسب اجتماعی و احساس درماندگی است؛ همچنین احساس بی‌عدالتی، بی‌هویتی، عزت‌نفس پائین، شرایط اقتصادی ضعیف و زندگی در محله‌های آلوده (سیگل و سنا، ۱۹۹۷).

شیوع مصرف سیگار در نقاط مختلف دنیا با هم تفاوت دارد اما سن شروع مصرف سیگار تا حدودی مشابه است و بیشتر سیگاری‌ها، از سنین زیر ۱۸ سال و در دوران نوجوانی، مصرف سیگار را آغاز می‌کنند. معمولاً حداکثر شیوع مصرف سیگار ۱۲ تا ۱۷ سالگی بوده است (هیوز^۳، ۲۰۰۵).

تحقیقات مختلف در داخل کشور ما نیز حاکی از آنست که علی‌رغم وجود مضرات بیشمار جانی و مالی مصرف سیگار، سن شروع به مصرف سیگار در میان اقشار مختلف جامعه و بخصوص در میان دانش‌آموزان در حال پایین آمدن می‌باشد (به عنوان نمونه مراجعه شود به: اسدپور، ۱۳۷۷؛ پوراسلامی، ۱۳۷۸؛ فرید، ۱۳۷۸). این امر اهمیت توجه به راهکارهای پیشگیرانه از افزایش مصرف سیگار را در سنین نوجوانی بیش از پیش می‌رساند (زنین، دی مورس، ترایندد، ریبولدی و دی مدیرس^۴، ۲۰۰۶).

تغییر نگرش افراد سیگاری نسبت به مصرف سیگار می‌تواند یکی از انواع مداخلات روانشناختی در جهت پیشگیری و درمان آن باشد. در این زمینه عقاید متفاوتی وجود دارد؛ برای نمونه‌ی نتایج تحقیق دی لیو و ورموست^۵ (۲۰۰۸) بر روی ۴۲۸ خانواده

1- Siegel
3- Hughes
5- de Leeuw & Vermulst

2- Senna
4- Zanin, de Moraes, Trindade, Riboldi & de Medeiros

دارای نوجوان سیگاری، حاکی از آن است که نگرش‌های مثبت سیگار کشیدن، به طور ثابت در هر زمانی پیش‌بینی‌کننده سیگار کشیدن نیستند و تمرکز صرف بر روی نگرش به سیگار کشیدن برای پیش‌بینی سیگاری شدن نوجوانان، احتمالاً کافی نمی‌باشد.

اما بر اساس تئوری عملی منطقی (که یکی از مهم‌ترین تئوری‌هایی است که اساس مطالعات مربوط به سیگار کشیدن را تشکیل می‌دهد)، نگرش افراد در شکل دادن به تمایلات رفتاری با اهمیت است. در تأیید این موضوع، نتایج تحقیق سید فاضل‌پور؛ مقدم‌نیا و نصیرزاده (۱۳۸۳) در ایران حاکی از آنست که ارتباط قوی بین سیگار کشیدن و نگرش مثبت نسبت به سیگار وجود دارد و با آرایه‌ی اطلاعات علمی مناسب و با تغییر در سطح نگرش افراد می‌توان از میزان مصرف سیگار در گروه‌های در معرض خطر مانند نوجوانان و جوانان کاهش داد (سید فاضل‌پور و همکاران، ۱۳۸۳).

مطمئناً افراد سیگاری نیازمند دریافت صحبت، توجه، پذیرش، آموزش و یادگیری مهارت‌های زندگی، مسؤلیت‌پذیری و انتخاب هستند (شرفی، ۱۳۸۱). تا بدین وسیله‌ی نگرشی منفی در آنها نسبت به مصرف سیگار ایجاد شود و با تغییر در نگرش، رفتارشان نیز در جهت نگرششان سوق پیدا کند. ویلیام گلاسر^۱ یکی از مشهورترین درمانگران در درمان انواع اعتیاد می‌باشد او در روش درمانی‌اش، «واقعیت‌درمانی»^۲ که بعداً آن را به نظریه انتخاب تغییر داد بر مواجه شدن با واقعیت قبول مسؤلیت و قضاوت اخلاقی درباره‌ی درست و نادرست بودن رفتار تأکید می‌کند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۳؛ موترن و موترن^۳، ۲۰۰۶).

این نظریه، تصور قدیمی از بیماری روانی و مدل مبتنی بر درمان پزشکی را رد می‌کند و این مدل را فقط در صورتی که یک آسیب ویژه‌ی مغزی مثل (صرع یا آلزایمر) در کار باشد جایز می‌داند (گلاسر، ۲۰۰۷). در واقع واقعیت‌درمانی یک نظام

1- William Glasser
3- Mottern & Motterm

2- Reality Therapy

کنترل درونی است و چرایی و چگونگی انتخاب گزینه‌هایی که جهت زندگی ما را تعیین می‌کنند را تشریح می‌کند (ووبل‌دینگ^۱، ۲۰۰۶). گلاسر در سال ۱۹۸۵ از این نظریه برای تشریح اعتیاد استفاده کرد. این نظریه، استفاده‌ی وسیعی برای درمان هر نوع اختلال معتادکننده (از جمله داروهای مخدر، امور جنسی، غذا و کار) دارد (کیم^۲، ۲۰۰۸).

گلاسر در مورد علل گرایش افراد به اعتیاد معتقد است اشخاصی که هویت شکست دارند ممکن است مستعد تسلیم شدن و کسب اعتیاد منفی (ساعتچی، ۱۳۸۵) مثل اعتیاد به مواد مخدر، نیکوتین یا الکل باشند (شارف، ترجمه‌ی فیروزبخت، ۱۳۸۶). واقعیت درمانگران معتقدند که این افراد رفتارهای خود را به عنوان راهی برای حل کردن ناکامی ناشی از رابطه‌ای ناخوشایند انتخاب کرده‌اند (کری، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۵). این رفتارهای ویژه که هر فرد انتخاب می‌کند تا به ارضای نیازهای اساسی‌اش نایل شود در هر فرد متفاوت است (لوید^۳، ۲۰۰۵).

امروزه با اینکه مشاوران مدرسه، مشاورانی که با معتادان سر و کار دارند، مددکاران اجتماعی و همه‌ی کسانی که با بزهکاران یا متهمان کار می‌کنند به خاطر تأکید واقعیت درمانی بر مسؤولیت و کنترل، جذب این دیدگاه می‌شوند و از کاربرد آن در هر دو نوع مشاوره‌ی فردی و گروهی استفاده می‌کنند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۳). ولی متأسفانه در کشور ما از این روش، استفاده ناچیزی در مداخلات درمانی، به عمل می‌آید.

این روش درمانی تاکنون در کشورمان برای تغییر نگرش در افراد سیگاری، به کار نرفته است ولی تحقیقات مشابه مانند تحقیقات اسدپور (۱۳۷۷) و مسعودنیا (۱۳۸۰) بیانگر آنند که آموزش و بحث گروهی می‌تواند تأثیر معنی‌داری بر روی آگاهی و نگرش نسبت به مصرف سیگار دانش‌آموزان داشته باشد. در تحقیقات مشابه خارجی مانند

1- Wubbolding
3- Loyd

2- Kim

تحقیق ملرو، فلرس و ادکس^۱ (۱۹۹۹) با استفاده از آموزش مهارت‌هایی علیه سیگار کشیدن، توانسته‌اند نگرش منفی نسبت به سیگار ایجاد کنند. همچنین نتایج تحقیق کیم (۲۰۰۸)، حاکی از آن است که ایشان به نتایج قابل توجهی مبنی بر تأثیر واقعیت درمانی گروهی در کاهش میزان اعتیاد به اینترنت و افزایش میزان عزت‌نفس دانشجویان دست یافته‌اند.

به طور کلی تحقیقات داخلی و خارجی انجام گرفته در زمینه‌ی واقعیت درمانی، حاکی از آن هستند که اثربخشی انفرادی و گروهی این روش درمانی در گستره‌ی وسیعی از حوزه‌های مختلف، مانند: افزایش سلامت عمومی (عبادیان، ۱۳۸۵)، افزایش عزت‌نفس (مرادی، ۱۳۸۶) و خودپنداره و خودتصمیم‌گیری (لورنس^۲، ۲۰۰۴) و همچنین کاهش بحران هویت (کلانترهرمزی، ۱۳۸۴) و کاهش اضطراب (شفیع‌آبادی و همکاران، ۱۳۸۳) مؤثر می‌باشد و به ندرت می‌توان موارد تحقیقی را مثل پژوهش رندالف و شرن^۳ (۲۰۰۶) مبنی بر مؤثر نبودن کاربرد روش‌های واقعیت درمانی در کلاس درس، یافت.

با توجه به مباحث فوق، هدف از پژوهش حاضر اینست که با ایجاد رابطه‌ی درمانی مناسب در جلسات واقعیت درمانی گروهی، و استفاده از سایر روش‌های توصیه شده در این نظریه به این سؤال پاسخ داده شود که آیا واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه تأثیر دارد؟ بر این اساس در پژوهش حاضر فرضیه‌ی زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفت:

واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه مدارس منطقه ۲ تبریز تأثیر دارد.

1- Melero, Flres & Edex
3- Randolph & Shearn

2- Lawrence

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در تحقیق حاضر دانش‌آموزان سال اول متوسطه مدارس منطقه‌ی ۲ تبریز در سال ۱۳۸۷ می‌باشند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای استفاده شده است. با مراجعه به آموزش و پرورش منطقه‌ی ۲ شهر تبریز از بین کلیه‌ی مدارس پسرانه‌ی مقطع متوسطه این منطقه، یک مدرسه به صورت تصادفی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب شد. سپس تمام دانش‌آموزان سال اول متوسطه این مدرسه که ۱۲۸ نفر بوده و در ۴ کلاس قرار داشتند، به آزمون نگرش نسبت به مصرف سیگار پاسخ دادند از این تعداد ۷۱ نفر نمره متوسط به بالایی را در نگرش مثبت نسبت به مصرف سیگار به دست آوردند. با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی، تعداد ۴۸ نفر از این افراد که هم مصرف‌کننده‌ی سیگار بوده و هم نمره‌ی بالایی را در آزمون نگرش‌سنج کسب کرده و داوطلب شرکت در گروه درمانی بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۴ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار گرفتند. و با توجه به این که تعداد اعضا در مشاوره گروهی، نباید از ۱۲ نفر بیشتر باشد افراد گروه آزمایش در دو گروه ۱۲ نفری قرار گرفته و به طور جداگانه در جلسات مشاوره گروهی به روش واقعیت‌درمانی شرکت کردند.

ابزارهای اندازه‌گیری

در انجام پژوهش حاضر برای بررسی نگرش دانش‌آموزان نسبت به سیگار از پرسشنامه‌ی نگرش‌سنج نسبت به مصرف سیگار استفاده شده است. این نگرش‌سنج توسط رشید در سال ۸۳ ساخته شده است و دارای ۳۰ طیف است و چهار عامل را

می‌سنجد که عبارتند از: باورها، عواطف، انتظارات و رفتارها. برای ساخت این نگرش‌سنج از روش تفکیک معنایی^۱ یا افتراق معنایی چارلز آزگود^۲ استفاده شده است. این روش شامل تعدادی صفت دو قطبی متضاد (مانند خوب و بد، دوست و دشمن و مانند آن) است که در آن هر جفت صفت بر روی یک پیوستار هفت بخشی قرار می‌گیرد. در این روش موضوع نگرش در بالای صفحه قرار داده می‌شود و از پاسخگویان خواسته می‌شود که با گذاشتن علامت در پیوستار میزان گرایش خود را به هر یک از صفت‌های هر پیوستار و در نهایت موضوع نگرش، مشخص نمایند.

برای محاسبه‌ی اعتبار محتوایی پرسشنامه از نظر تعدادی از متخصصان استفاده شده است. همچنین برای تعیین اعتبار صوری، پس از اجرای اولیه پرسشنامه توسط پژوهشگر، از آزمودنی‌ها مصاحبه‌ای در رابطه با سؤال‌ها، به عمل آمد که معلوم شد تمامی سؤالات با درک و فهم آزمودنی‌ها تناسب کامل دارد. برای به دست آوردن اعتبار سازه، تحلیل عاملی انجام شده نشان داده است که پرسشنامه تدوین شده، چهار عامل را می‌سنجد که می‌توان آنها را تحت عنوان باورها، عواطف، انتظارات و رفتارها نام‌گذاری نمود (رشید، ۱۳۸۳).

برای بررسی پایایی ابزار در این پژوهش از آلفای کرونباخ استفاده شده است پایایی ابزار ساخته شده با استفاده از این روش ۰/۹۶ می‌باشد. آلفای کرونباخ محاسبه شده توسط رشید ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب پایایی با استفاده از روش دو نیمه کردن نیز محاسبه شده است در این روش همبستگی بین دو فرم زوج و فرد برابر با ۰/۷۹ و همبستگی بین دو نیمه با روش اسپیرمن- براون برابر با ۰/۸۸ است که پایایی مناسبی برای یک آزمون می‌باشد (رشید، ۱۳۸۳).

1- Semantic differential

2- Charles Ozgood

روش اجرا

روش کار در این پژوهش به این صورت بود که بعد از انتخاب ۴۸ نفر دانش آموز، و قرار دادن آنها به صورت تصافی در دو گروه ۲۴ نفره آزمایش و کنترل، ۲۴ نفر گروه آزمایش، خود به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شد و پس از آن بر اساس فرضیه و طرح درمانی تهیه شده، دو گروه آزمایش، هر هفته در یک جلسه یک ساعت و چهل و پنج دقیقه‌ای مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی شرکت کردند.

اجرای این تحقیق از مهر ماه ۱۳۸۷ آغاز شد و تا آذر ماه که پایان جلسات واقعیت درمانی بود به طور مستمر به مدت ۱۰ هفته‌ی متوالی با حضور مداوم تمام شرکت‌کنندگان ادامه یافت. پیش از اولین جلسه واقعیت درمانی گروهی، برای هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون اجرا شد و سپس در پایان جلسات واقعیت درمانی گروهی نیز برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد.

طرح درمان مبتنی بر اصول اساسی واقعیت‌درمانی می‌باشد و در برنامه‌ریزی و تهیه‌ی آن از مفاهیم و روش‌های طرح درمانی کیم (۲۰۰۸) و کتاب نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی نوابی‌نژاد (۱۳۸۳) و نظر تعدادی از متخصصان استفاده شده است. خلاصه‌ای از ساختار جلسات مشاوره گروهی به روش واقعیت درمانی در زیر ارائه شده است.

جلسه اول: اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضاء و مشاور و ابلاغ قوانین گروه.

جلسه دوم: شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست‌بندی نیازهای اساسی اعضاء با تلاش خود آنها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها.

جلسه سوم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، توضیح در مورد اعتیاد نسبت به سیگار، و بررسی علل نگرش مثبت اعضای گروه در مورد سیگار.

جلسه چهارم: توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مؤلفه آن (عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی) و آموزش این موضوع که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و تفکر است و دو مؤلفه دیگر رفتار را فقط به طور غیرمستقیم و با کنترل عمل و تفکر می‌توان کنترل کرد.

جلسه پنجم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضاء برای شناختن رفتار و احساس کنونی‌شان، و کم‌اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی.

جلسه ششم: تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار کنونی برای رسیدن به اهدافشان و بررسی اینکه رفتار سیگار کشیدن برای رسیدن اعضاء به نیازها و اهدافشان چه کمکی می‌تواند بکند.

جلسه هفتم: آشنایی اعضاء با مسؤولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسؤولیت‌پذیری آنها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به سیگار می‌شوند.

جلسه هشتم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه‌ریزی جهت انجام سریع‌تر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی مناسب برای رسیدن به اهداف.

جلسه نهم: آشنایی با مسأله تعهد، و ارائه‌ی تکالیفی هر چند کوچک، بر مبنای عدم مصرف سیگار تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از اعضاء برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچگونه عذر و بهانه.

جلسه دهم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسؤولیت توسط اعضاء، کمک به اعضاء برای جایگزین کردن اعتیادهای مثبت مثل شنا، مطالعه و دویدن و... به جای اعتیادهای منفی، از جمله مصرف دخانیات.

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸

یافته‌ها

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد و دامنه تغییرات نمره‌های نگرش نسبت به مصرف سیگار آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	آزمون	تعداد	شاخص میانگین	انحراف استاندارد	دامنه تغییرات
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲۴	۲۱۴/۲۹	۲۵/۳۶	۵/۱۷
	پس‌آزمون	۲۴	۹۱/۱۶	۲۰/۹۳	۴/۲۷
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۲۴	۲۱۵/۱۲	۲۴/۳۰	۴/۹۶
	پس‌آزمون	۲۴	۲۱۰/۸۳	۲۳/۲۷	۴/۷۵

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود که میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های نگرش نسبت به مصرف سیگار گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون، به ترتیب ۲۱۴/۲۹ و ۲۵/۳۶ گزارش شده است که این مقادیر در مرحله‌ی پس‌آزمون به میانگین ۹۱/۱۶ با انحراف استاندارد ۲۰/۹۳ کاهش یافته است. اما میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های نگرش نسبت به مصرف سیگار گروه کنترل، در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب ۲۱۵/۱۲ و ۲۴/۳۰ به دست آمده است که این مقادیر در مرحله‌ی پس‌آزمون به میانگین ۲۱۰/۸۳ با انحراف استاندارد ۲۳/۲۷ رسیده است.

جدول شماره (۲) نتایج آزمون t گروه‌های مستقل جهت بررسی تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون نگرش نسبت به مصرف سیگار در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	نسبت t	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۲۴	۲۱۴/۲۹	۲۵/۳۶	-۰/۸۳۳	-۰/۱۱۶	۴۶	۰/۹۰۸
کنترل	۲۴	۲۱۵/۱۲	۲۴/۳۰				

با استناد به سطح معناداری نسبت F لون ($P=0/721$) که از خطای $0/05$ بزرگتر است ($0/05 < 0/721$) فرض صفر F لون (یعنی فرض برابری واریانس‌ها) تأیید می‌شود. و بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۲ مقدار t محاسبه شده برابر با ($p < 0/05$), $t = -0/116$, $df = 46$) است که با توجه به سطح معناداری ($p = 0/908$) که از سطح خطای $0/05$ بزرگتر است. پس با اطمینان $0/95$ فرض صفر تحقیق تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده در میانگین پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، تصادفی است و افراد دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، در زمینه‌ی نمره‌های نگرش نسبت به مصرف سیگار در سطح یکسانی بوده‌اند.

برای آزمودن فرضیه تحقیق، به علت وجود دو گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ابتدا میانگین تفاضل نمرات پس‌آزمون افراد دو گروه، از پیش‌آزمون محاسبه شد و بعد از آزمون t گروه‌های مستقل برای آزمودن فرضیه استفاده شد.

جدول (۳) نتایج آزمون t گروه‌های مستقل، جهت بررسی تفاوت افتراق میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	نسبت t	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۱۲۳/۱۲	۲۶/۲۴	۱۱۸/۸۳	۴۶	۰۰
کنترل	۴/۲۹	۱۸/۱۸			

با استناد به سطح معناداری نسبت F لون ($P=0/086$) که از خطای $0/05$ بزرگتر است ($0/05 < 0/086$) فرض صفر F لون (یعنی فرض برابری واریانس‌ها) تأیید می‌شود. و بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۳ مقدار t محاسبه شده برابر با ($p < 0/01$), $t = 18/23$, $df = 46$) است که با توجه به سطح معناداری ($p = 0$) که از سطح خطای

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸

۰/۰۱ کوچکتر است پس با اطمینان ۰/۹۹ فرض صفر تحقیق رد می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده در میانگین‌های افتراقی نمرات نگرش نسبت به مصرف سیگار، تصادفی نیست و مشاوره واقعیت درمانی در کاهش نگرش مثبت بالای دانش‌آموزان پسر نسبت به مصرف سیگار تأثیر دارد.

جدول شماره (۴) نتایج آزمون t گروه‌های همبسته جهت بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات نگرش نسبت به مصرف سیگار پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش

شاخص آماری گروه	میانگین انحراف	میزان	سطح	نسبت t درجه‌ی سطح	آزادی	معناداری
تعداد	استاندارد همبستگی	همبستگی معناداری	سطح	نسبت t	درجه‌ی سطح	معناداری
پیش‌آزمون	۲۴	۲۱۴/۲۹	۲۵/۳۶	۰/۳۵۴	۰/۸۹	۰
پس‌آزمون	۲۴	۹۲	۲۰/۹۵	۲۲/۵۵	۲۳	۰

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود که میزان همبستگی نمرات در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برابر با ۰/۳۵۴ با سطح معناداری ۰/۸۹ است که چون این میزان سطح معناداری، از خطای ۰/۰۵ بزرگتر است ($0/05 < 0/89$) نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی معکوس و عدم همبستگی، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش می‌باشد.

همچنین مقدار t محاسبه شده برابر با ($t=22/55, df=23, p<0/01$) است که با توجه به سطح معناداری ($p=0$) که از سطح خطای ۰/۰۱ کوچکتر است پس با اطمینان ۰/۹۹ فرض صفر تحقیق رد می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده در میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش نسبت به مصرف سیگار در گروه آزمایش، تصادفی نیست و مشاوره واقعیت درمانی گروهی در کاهش نگرش مثبت بالای دانش‌آموزان پسر نسبت به مصرف سیگار تأثیر دارد.

جدول (۵) نتایج آزمون t گروه‌های همبسته جهت بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات نگرش نسبت به مصرف سیگار پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل

شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میزان همبستگی	سطح معناداری	نسبت t	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۱۵/۱۲	۲۴/۳۰	۰/۷۰۸	۰۰	۱/۱۵۶	۲۳	۰/۲۶۰
پس‌آزمون	۲۱۰/۸۳	۲۳/۲۷					

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود که میزان همبستگی نمرات در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برابر با ۰/۷۰۸ با سطح معناداری صفر است که چون این میزان سطح معناداری، از خطای ۰/۰۵ کوچک‌تر است نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی مستقیم و همبستگی میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل می‌باشد.

همچنین مقدار t محاسبه شده برابر با (۰/۰۵ < p, df=۲۳, t=۱/۱۵۶) است که با وجه به سطح معناداری (p=۰/۲۶۰) که از سطح خطای ۰/۰۵ بزرگتر است پس با اطمینان ۰/۹۵ فرض صفر تحقیق تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده در میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش نسبت به مصرف سیگار در گروه کنترل، تصادفی است و افراد گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در زمینه نمره‌های نگرش نسبت به مصرف سیگار در سطح یکسانی بوده‌اند و تفاوت معناداری میان آنها به وجود نیامده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از آن است که مشاوره گروهی با روش واقعیت درمانی توانسته است بر نگرش نسبت به مصرف سیگار دانش‌آموزان پسر تأثیر معنی‌داری داشته و باعث کاهش

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸
-

نگرش مثبت بالای آنان نسبت به مصرف سیگار شود. قبل از مقایسه‌ی تطبیقی یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر، باید خاطرنشان شود که علی‌رغم تلاش فراوان، هیچ پژوهشی در داخل و خارج از ایران در زمینه‌ی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار یافت نشد به همین خاطر در بررسی تطبیقی یافته‌های این پژوهش، از یافته‌های تحقیقاتی که حداکثر تشابه را با پژوهش حاضر داشته اند، استفاده شده است.

پژوهش حاضر همسو با یافته‌های نتایج تحقیق اسدپور (۱۳۷۷)؛ مسعودنیا (۱۳۸۰) و ملرو و همکاران (۱۹۹۹) می‌باشد مبنی بر اینکه آموزش به روش بحث گروهی می‌تواند بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش‌آموزان پسر دبیرستانی نسبت به سیگار تأثیر گذارد. و از طرفی با نتایج پژوهش رشید (۱۳۸۳) مبنی بر اینکه آموزش مهارت‌های رفتاری- شناختی، بر ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف سیگار تأثیر معنی‌داری ندارد مغایر می‌باشد.

همچنین تحقیقات داخلی و خارجی انجام گرفته در زمینه‌ی واقعیت درمانی، حاکی از آن هستند که اثربخشی این روش درمانی در گستره‌ی وسیعی از حوزه‌های مختلف، مانند: افزایش سلامت عمومی (عبادیان، ۱۳۸۵)، افزایش عزت‌نفس (مرادی، ۱۳۸۶) و خودپنداره و خودتصمیم‌گیری (لورنس، ۲۰۰۴) و همچنین کاهش بحران هویت (کلانتر هرمزی، ۱۳۸۴)؛ کاهش اضطراب (شفیع‌آبادی و همکاران، ۱۳۸۳) و کاهش اعتیاد به اینترنت (کیم، ۲۰۰۸) مؤثر می‌باشد. که نتایج این پژوهش‌ها در مورد اثر بخشی واقعیت درمانی، با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی دارند.

برای تبیین تأیید فرضیه‌ی تحقیق، مبتنی بر مؤثر بودن واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه، می‌توان بر اساس نتایج تحقیقات دیگر بر روی نگرش افراد سیگاری، چنین استدلال کرد که افراد سیگاری طبعاً نگرش مثبت‌تری نسبت به سیگار دارند (مسعودنیا، ۱۳۸۰؛ جزایری و

همکاران، ۱۳۸۲؛ سیدفاضل‌پور و همکاران، ۱۳۸۳؛ حداد و مالاک^۱ ۲۰۰۲؛ میزیاک و ایزنبرگ^۲ و همکاران، (۲۰۰۴) و تفاوت‌های نگرشی دانش‌آموزان، در گرایش اولیه‌ی آنها به سمت سیگار یا دوری از آن می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد. یعنی کسانی که نگرش منفی‌تری نسبت به سیگار دارند به مصرف آن نمی‌پردازند و کسانی که نگرش چندان منفی نسبت به سیگار ندارند، به احتمال زیاد به مصرف آن می‌پردازند.

نوع فرایندی که در این مسأله، مورد بحث می‌باشد توسط لئون فستینگر^۳ در «نظریه‌ی ناهماهنگی شناختی»^۴ منعکس شده است. ناهماهنگی شناختی اساساً حالتی از تنش است که از داشتن دو شناخت (پندارها، نگرش‌ها، باورها، عقاید) همزمان که از نظر روان‌شناختی نامتجانس هستند حاصل می‌شود. از آنجا که پیدایش حالت ناهماهنگی شناختی ناخوشایند است، مردم برای کاهش آن برانگیخته می‌شوند. اعتقاد همزمان به دو عقیده‌ی نامتجانس بی‌معنی و نامفهوم است و فرد برای کاهش ناهماهنگی شناختی خود، با تغییر یک یا هر دو شناخت به نحوی که آنها با هم بیشتر سازگار گردند یا با افزودن شناخت‌هایی جدید برای پر کردن فاصله‌ی بین شناخت‌های اولیه، اقدام می‌کند (اورنسون، ترجمه شکرگن، ۱۳۸۲).

با استناد به نظریه فستینگر می‌توان چنین استدلال کرد که در مشاوره گروهی به روش واقعیت درمانی، اعضای گروه اصول اساسی چون مدیریت ترس‌ها و اضطراب‌های خویش، نحوه‌ی تصمیم‌گیری مناسب، افزایش مسؤولیت‌پذیری، تأمین نیازها از طریق گسترش روابط میان فردی و استفاده‌ی بیشتر از کنترل درونی به جای کنترل بیرونی را آموزش می‌بینند و با اطلاعاتی در مورد خطرها و پیامدهای منفی مصرف سیگار و راه‌های مناسب‌تر جایگزین آن مواجه می‌شوند که چون در این فرآیند میزان مسؤولیت‌پذیری و کنترل درونی آنها افزایش می‌یابد باعث ایجاد ناهماهنگی شناختی

1- Haddad & Malak
3- Leon Festinger

2- Maziak & Eissenberg
4- Cognitive dissonance theory

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز ▶

سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸ ▶

در آنها می‌شود و از طرف دیگر چنین استنباط می‌شود که چون دانش‌آموزان سیگاری هنوز در سنین نوجوانی هستند طبیعتاً نباید نسبت به نگرش مثبتشان به مصرف سیگار، زیاد متعهد باشند از این رو پژوهش حاضر، با مداخله و استفاده از روش واقعیت درمانی گروهی توانسته است با ایجاد ناهماهنگی شناختی، باعث کاهش نگرش مثبت بالای دانش‌آموزان پسر نسبت به مصرف سیگار شود و بدین وسیله گامی مؤثر در پیشگیری و ترک مصرف سیگار بردارد.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۷/۹/۱۷

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۸/۱/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۷/۱۹

References

منابع

- ارونسون، الیوت (۱۳۸۲). روانشناسی اجتماعی، ترجمه حسین شکرگن، چاپ پانزدهم، تهران: انتشارات رشد.
- اسدیپور، محمد (۱۳۷۷). بررسی تأثیر آموزش به روش بحث گروهی بر میزان مصرف سیگار دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر رفسنجان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه تربیت مدرس.
- پوراسلامی و رفیعی‌فر، شهرام (۱۳۷۸). سیگار و جوانان زمینه‌ها و راهکارها، ماهنامه ژرفای تربیت، سال اول، شماره هشتم، اسفند ماه.
- جزایری، علیرضا؛ رفیعی، حسن و محمدعلی، نظری (۱۳۸۲). نگرش دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران درباره‌ی اعتیاد، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره نشریه ۷، شماره صفحه ۲۱۷.
- راتوس، اسپنسرا (۱۳۸۰). روانشناسی عمومی (جلد اول)، ترجمه‌ی حمزه گنجی، چاپ چهارم، تهران: نشر ویرایش.
- رشید، خسرو (۱۳۸۳). تأثیر آموزش مهارت‌های رفتاری - شناختی در پیشگیری و کاهش مصرف سیگار در دانش‌آموزان پسر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران، پایان‌نامه دکترای تخصصی (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبائی.
- روزنهان، دیوید ال. و سیلیگمن، پی. مارتین ای. (۱۳۸۲). روان‌شناسی نابهنجاری آسیب-شناسی روانی (جلد دوم)، ترجمه یحیی سیدمحمدی چاپ سوم، تهران: نشر ساوالان.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۰). چکیده روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌اله پورافکاری. چاپ اول، تهران: انتشارات آزاده.
- ساعتچی، م. (۱۳۸۵). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران: مؤسسه نشر ویرایش.

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 - ▶ سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸
-

سیدفاضل پور، سیده فاطمه؛ مقدم‌نیا، محمدتقی؛ نصیرزاده، فیروز (۱۳۸۳). بررسی نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان در ارتباط با سیگار کشیدن، *مجله علمی پزشکی قانونی*، شماره نشریه ۳۳-۱۰، شماره صفحه ۲۵.

شارف، اس. ریچارد (۱۳۸۶). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، چاپ سوم، تهران: خدمات فرهنگی رسا.

شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۶). *پویایی گروه و مشاوره گروهی*، چاپ نهم، تهران: انتشارات رشد.

شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۸۳). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، چاپ دهم، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شفیع‌آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی و سدروپوشان، نجمه (۱۳۸۳). *بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان نوجوان دختر*، فصل‌نامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی، شماره ۲۵، صفحه ۲۱.

شرفی، محمدرضا (۱۳۸۱). *مراحل رشد و تحول انسان*، چاپ اول، تهران: انتشارات شرکت سهامی چاپخانه وزارت ارشاد.

عبادیان، حسین (۱۳۸۵). *بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد گلاسر بر افزایش میزان سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبایی.

فرید، رویا (۱۳۸۰). *بررسی عوامل مؤثر بر گرایش به سیگار دانش‌آموزان سال اول متوسطه شهر خرم‌آباد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، اداره کل آموزش و پرورش استان لرستان.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین؛ گرب، جک. (۱۳۷۸). *خلاصه روانپزشکی*، جلد اول و دوم، ترجمه نصرت‌اله پور افکاری. انتشارات شهر آشوب.

کری، جerald (۱۳۸۵). *نظریه و کاربری مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ اول، تهران: انتشارات ارسباران.

کلانتر هرمزی، آتوسا (۱۳۸۴). اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی گلاسر بر بحران هویت دختران دانش آموز در معرض خطر دبیرستانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبایی.

مرادی شهر بابک، فاطمه (۱۳۸۶). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه فردوسی مشهد.

مسعودنیا، محمدحسین (۱۳۸۰). بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر یزد پیرامون مضرات سیگار کشیدن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۳). نظریه‌های مشاوره و روان درمانی گروهی، چاپ اول، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

De Leeuw, R., & Vermulst, H., (2008). "Do Smoking Attitudes Predict Behaviour? A Longitudinal Study on the Bi-directional Relations between Adolescents Smoking Attitudes and Behaviours", Blackwell Publishing, Addiction, Volume 103, Number 10, Pp. 1713-1721 (9).

Glasser, W. (2007). Reality Therapy and Choice Theory, Obtained October, http://wglasser.officewebsiteonline.com/images/articles/reality_choice.pdf.

Haddad, L.G., & Malak, M.Z. (2002). "Smoking Habits and Attitudes towards Smoking among University Students in Jordan", Published Nov in Journal: *Int J Nurs Stud* 2002 Nov; 39(8):793-802.

Hublet, A., de Bacquer, D., Valimaa, R., Goddeau, E, Schmid, H. (2006). Smoking Trends among Adolescents from 1990 to 2002 in ten European Countries and Canada, *BMC Public Health*, 6: 280.

Hughes, J.R. (2005). Nicotine Related Disorders. In: Sadock B, Sadock V. (editors). *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Willams and Wilkins; 1257-65.

- Kim, J. U. (2008). "The Effect of a R/T Group Counseling Program on The Internet Addiction Level and Self-Esteem of Internet Addiction University Students", *International Journal of Reality Therapy*, Vol. XXVII, Number 2.
- Lawrence, D.H. (2004). "The Effects of Reality Therapy Group Counseling on the Self-determination of Persons with Developmental Disabilities", *International Journal of Reality Therapy*, Vol 23; PART 2, Pages 9-16.
- Loyd, B.D. (2005). The Effects of Reality Therapy/Choice Theory Principles on High School Student's Perception of Need Satisfaction and Behavioral Change, *International Journal of Reality Therapy*, Vol. XXV, Number 1.
- Maziak, C. R., Eissenberg, L., Rastam, Y., Hammal, F., Asfar, T., Bachir, m., Fouad, M., Ward, K. (2004). "Beliefs and Attitudes Related to Narghile (Waterpipe) Smoking among University Students in Syria", *Annals of Epidemiology*, ISSN 1047-2797 CODEN ANNPE3, Vol. 14, No. 9, Pp. 646-654, 9 page(s).
- Melro, j.c., Flres, r., Edex, I.P.o. (1999). Assessment of the Programme for the Prevention of Smoking in Compulsory Secondary Education, *ITACA Magazine*, July, Vol. IV, No. 2.
- Miller, M.P., Gillespie, J., Billian, A., and Davel, S. (2001). Prevention of Smoking Behavior in Middle school students: Student Nurse Interventions, *Public- Health Nurs.* 45: 971 - 974.
- Mottern, A., and Mottern, R. (2006). CHOOSE WEALTH: A Choice Theory Based Financial Management Program, *International Urnal of Reality Therapy*, Vol. XXV, Number 2.
- Randolph, D.L., & Shearn, D.F. (2006). "Effects of Reality Therapy Methods Applied in the Classroom", *Psychology in the Schools*, Volume 15. Issue1, Pages 79-83.
- Sadock, B., Sadock, V. (2007). *Synopsis of Psychiatry*, 20th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 264-9.
- Siegel, L.J., & Senna, J.J (1997). *Juvenile Delinquency : Theory, Practice and Law*, (6nd ed) St. Paul: West.

- Teesson, M., Degenhardt, L., Huu, W. (2002). Addictions, Clinical Psychology: A Modular Course, London: Psychology Press; 71.
- Wubbolding, R.,E. (2006). The Evolution of Psychotherapy: A Conference of Inner Control, *International Journal of Reality Therapy*, Vol. XXIV, Number 2.
- Zanin, R.R., de Moraes, A.B., Trindade, A.C., Riboldi, J., de Medeiros, L.R. (2006). Smoking Prevalence and Associated Factors, among Public High School Students in Santa Maria, Rio Grande Do Sul, Brazil, *Cad Saude Pulica* 22(8): 1619-27.