

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره نوزدهم و بیستم - بهار و تابستان ۱۳۸۳

صص ۱۲۸ - ۱۰۹

تأثیر روشهای تغییر نگرش و ابراز وجود بر عدم گرایش

به مصرف مواد معتادان داوطلب

مختار ملک‌پور^۱ - بیژن قربانی^۲

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی و تعیین تأثیر روشهای تغییر نگرش و ابراز وجود بر نداشتن گرایش به مصرف مواد معتادان داوطلب انجام گرفته و به‌طور تجربی اجرا شده است. بدین منظور ۷۲ معتاد خودمعرف مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان اصفهان به روش تصادفی منظم (سیستماتیک) انتخاب و به‌طور تصادفی ساده در چهار گروه جایگزین شدند، این گروهها به ترتیب عبارت بودند از:

- ۱- گروه گواه که هیچ‌گونه متغیر مستقلی دریافت نکرد.
- ۲- گروه آزمایشی ۱ که آموزش تغییر نگرش را به‌عنوان متغیر مستقل دریافت کردند.
- ۳- گروه آزمایشی ۲ که آموزش ابراز وجود را به‌عنوان متغیر مستقل دریافت کردند.
- ۴- گروه آزمایشی ۳ که آموزش ترکیبی تغییر نگرش و ابراز وجود را به‌عنوان متغیر مستقل دریافت کردند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه گرایش به مصرف مواد مخدر

بود. به‌علاوه اطلاعات مورد استفاده مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنها نیز از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) به‌دست آمده از پرسشنامه گرایش به مصرف مواد مخدر برابر با $0/76$ محاسبه شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت بین گروه تغییر نگرش با گروه گواه معنادار بوده است ($P = 0/009$)، یعنی گروه تغییر نگرش کاهش بیشتری را نسبت به گروه گواه در گرایش به مصرف مواد نشان داده است. اختلاف بین گروه ابراز وجود با گروه گواه معنادار بوده است ($P = 0/002$)، یعنی گروه ابراز وجود کاهش بیشتری را نسبت به گروه گواه در گرایش به مصرف مواد نشان داده است. تفاوت بین گروه ترکیبی تغییر نگرش و ابراز وجود با گروه گواه معنادار بوده است ($P = 0/002$)، یعنی گروه تغییر نگرش و ابراز وجود کاهش بیشتری را نسبت به گروه گواه در گرایش به مصرف مواد نشان داده است. همچنین هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، شغل، میزان تحصیلات، معدل آخرین مدرک تحصیلی، وضعیت اقتصادی خانواده، وضعیت تأهل، مواد مصرفی، تعداد افراد خانواده، دفعات مصرف، سابقه سالهای اعتیاد و سابقه ترک) رابطه معناداری را با نمره گرایش به مصرف مواد معنادان نشان نداد، تنها میزان درآمد با گرایش به مصرف مواد رابطه داشت ($P = 0/004$)، میزان این رابطه با واریانس مشترک بین درآمد و گرایش به مصرف مواد $0/072$ بوده است.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، درمان اعتیاد، آموزش تغییر نگرش، آموزش ابراز وجود، معتادان خودمعرف، ترک، مراکز ترک، مواد مخدر، سوء مصرف، گرایش به مصرف مواد مخدر.

مقدمه

با وجود استفاده از درمانهای مشاوره‌ای، روان‌درمانی و دیگر اقدامهای بازپروری، کلمن مدعی است که فقط ۱۵ درصد از معتادان پس از ترک بیمارستان به اعتیاد روی نمی‌آورند (احمدوند، ۱۳۷۴). احتمال مصرف و اعتیاد افرادی که نگرشها و باورهای مثبت یا خنثی به مواد مخدر دارند، بیش از کسانی است که نگرشهای منفی دارند. این نگرشهای مثبت معمولاً عبارت‌اند از کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلای به اعتیاد (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۷۶).

در بین معتادان و عامه مردم مشهور است که اعتیاد غیر قابل درمان است. این باور یک تلقین منفی است که از ناآگاهی و بی‌ارادگی ناشی می‌شود. معتادان باور بیشتری در این زمینه دارند که موجب می‌شود علاوه بر اعتیاد، یأس و ناامیدی نیز بر آنها مستولی گردد. بیشتر معتادان اعتقاد دارند که اگر به ترک مواد هم بپردازند، قدرت تحمل و مقاومت کافی را ندارند و دوباره به سوی مواد کشانده می‌شوند (احمدوند، ۱۳۷۴). در سالهای اخیر با توجه به اینکه مراکزی در سطح کشور برای درمان اعتیاد به شکل خودمعرف فعال شده است، لزوم توجه به درمانهای روان‌شناختی گروهها بیش از پیش احساس می‌شود. رویکرد جدید به اعتیاد نشان داده است که روشهای ترک مبتنی بر مسمومیت‌زدایی جسمی و روشهای پزشکی بدون مداخله‌های روانی و رفتاری تقریباً بی‌اثر است، و برگشت مجدد اعتیاد را در پی دارد. ویلنت^۱ (۲۰۰۱) طی پژوهشی طولی در بیمارستان کمبریج در ایالت ماساچوست آمریکا که ۸ سال طول کشید، اعلام کرد که افراد الکلیک که تحت روان‌درمانی و درمان دارویی قرار گرفته بودند، دوره برگشت کمتری نسبت به افرادی که تحت درمان خاصی قرار نگرفته بودند، داشتند (نقل از پیل، ۲۰۰۱). معمولاً در بعد شناختی معتادان شناختهای معیوب نسبت به مواد مخدر و تأثیر آن دارند و همین امر باعث می‌گردد پس از ترک دوباره به سمت مواد مخدر کشیده شوند. همچنین معتادان در مقایسه با افراد عادی ترس و نگرانی شدیدتری را نسبت به شرایط بیرونی نشان می‌دهند. معتادان در برخورد با مشکلات زندگی از روشهای رفتاری نامناسب استفاده می‌کنند. به‌طور کلی می‌توان گفت فرایند ترک شامل دو مرحله عمده بازگیری و باز توانی است، معمولاً افراد معتاد نه در بازگیری، بلکه در باز توانی مشکل دارند. برخی پژوهش‌ها به این نکته اشاره دارند که افراد معتاد چندین بار اقدام به ترک می‌نمایند و دوباره به سوی مواد مخدر تمایل پیدا می‌کنند. از جمله مسائل مهم در هنگام ترک نحوه ترغیب افراد برای مقابله با عواملی است که موجب برگشت مجدد به اعتیاد می‌گردد. از این رو می‌توان با پیش‌آگاهی دادن به افراد نسبت به عوامل محرک به مصرف مجدد و نحوه مقابله با این عوامل گامی مؤثر در جلوگیری از برگشت مجدد به اعتیاد برداشت. از جمله برنامه‌هایی که امروزه نحوه مقابله با محرکهای آسیب‌زا را در معتادان تغییر داده است، برنامه‌های خودابرازی است.

دافی و تردی^۱ (۱۹۹۰) در تحقیقی بر روی یک گروه ۲۸ نفره در آمریکا که در گروه‌های درمانی شرکت داشتند و تحت روش‌های درمانی آموزش و تربیت، خودابرازی، دارودرمانی، خانواده‌درمانی، مشاوره ارتباطی و نمایش درمانی برای حل تعارض‌های خود قرار گرفته بودند، از آنان خواست تا احساس خود را ابراز نمایند و راه‌های جدیدی برای حل مشکلات خود بیابند. نتایج نشان‌دهنده افزایش عزت نفس در آنان و تغییر نگرش الگوی روابط در تعامل گروهی آنها بود (نقل از بوزانی، ۱۳۷۵، ص ۳۰).

هدف برنامه‌های خودابرازی کمک به افراد برای درک مفاهیم نظری قاطعیت و به‌کارگیری مهارت‌های مربوط به آن است. افراد با کسب آگاهی از انواع مختلف رفتار، یاد می‌گیرند که در انتخاب رفتار خود احساس مسئولیت کنند. برای مثال اگر فرد در موقعیتی ویژه قاطعانه برخورد نکند و یا پرخاشگرانه رفتار کند، باید این رفتار او آگاهانه باشد و مسئولیت انتخابش را بپذیرد (تاوان‌اند، ترجمه نظیری و مولا، ۱۳۷۸). معمولاً افراد معتاد به علت ناتوانی در انجام روند مناسب رفتار خودابرازی در موقعیتهای واقعی دچار مشکلات زیادی هستند. افراد معتاد به دلیل ترس از ترک ناموفق و یا نگرانی از برگشت اعتیاد دچار نوعی تنش درونی هستند، که معمولاً موجب خستگی روانی آنان می‌گردد. شایسته (۱۳۷۵) در پژوهشی که بر روی ۱۶۶ نفر (۸۳ معتاد و ۸۳ غیرمعتاد) انجام داد نمرات بالاتر افسردگی، خستگی روانی، هیستری و مقیاس F را در افراد معتاد نسبت به غیرمعتاد گزارش داده است. همچنین سراج‌خرمی (۱۳۷۷) در پژوهشی که بر روی ۱۵۰ معتاد به هروئین و تریاک و ۱۵۰ غیرمعتاد انجام شده به این مسأله اشاره کرده که مهمترین خصوصیت افراد معتاد تکانشی بودن آنهاست و معمولاً افراد معتاد از این روش در رویارویی با ترس و اضطراب استفاده می‌کنند. آموزش رفتار ابراز وجود به معتادانی که در حال ترک هستند و یا به‌تازگی ترک کرده‌اند، کمک می‌کند تا با استفاده از روش‌های مؤثر، رفتارهای تکانشی را تغییر دهند و برای رفع ترس و اضطراب راه‌های منطقی را پیش گیرند. واکر^۲ و همکاران او معتقدند که جرأت‌آموزی نوعی روش درمانی است که در آن بیمار راهنمایی می‌شود، آموزش می‌بیند و حمایت می‌شود تا بتواند فعالیت‌های مثبت و در عین حال خودابرازی را در موقعیتهای مختلف نشان دهد (نقل از ابراهیمی، ۱۳۷۶).

افزایش انگیزش روش آسان و غیرمبارزه طلبانه‌ای است که در آن مشاور باعث افزایش اشتیاق برای کاهش سوء مصرف و ادامه ترک می‌شود. در یکی از این روشها طی ۳ جلسه در سه هفته اول درمان از روش افزایش انگیزش و در روش دیگر که مصاحبه انگیزشی نام داشت، از فنونی به صورت مصاحبه‌های ورودی در زمان شروع درمان استفاده شد. در این دو روش مشخص گردید، افرادی که با این روشها درمان شده‌اند به مدت طولانی‌تری در درمان باقی می‌مانند (کارول، ۲۰۰۰). در انستیتوی بین‌المللی مبارزه با الکلیسم (۱۹۹۷) در پژوهشی که بر روی ۹۵۲ بیمار الکلی بستری نشده و ۷۷۴ بیمار الکلی بستری شده صورت گرفت، این افراد به سه گروه تقسیم شدند؛ گروه اول تحت درمان رفتاری - شناختی،^۱ گروه دوم سهولت‌بخشی ۱۲ مرحله‌ای^۲ و گروه سوم افزایش انگیزش^۳ قرار گرفتند. دو گروه اول طی ۴ جلسه ۱۲ هفته‌ای مورد آزمایش قرار گرفتند و پرسشنامه‌هایی سه ماه یک بار در طول درمان به آنها داده شد. بعد از اتمام درمان درصد روزهایی که از الکل دوری کرده بودند از ۲۰ درصد قبل از درمان به ۸۰ درصد رسید، این میزان در سال دوم پس از درمان اندکی کاهش یافت. در کل نتایج نشان داد که درمان از طریق افزایش انگیزش هم از نظر زمان و هم از نظر مدت درمان نتیجه‌ای بهتر از دو روش دیگر داشته است (سوء مصرف دارو و آموزش سلامت، ۲۰۰۱).

کارول (۲۰۰۰) طی پژوهشی بر روی ۱۱۰۰ بیمار از ۱۱ مرکز مختلف در کالیفرنیا، ورجینیا و نیویورک دو مقاله‌نامه (قرارداد) شناخت درمانی برای افزایش انگیزش به روش درمانی را مورد استفاده قرار داد، در این تحقیق از افزایش آگاهی بیمار نسبت به زیانها و آسیبهایی نیز استفاده شده است. در یکی از این روشها طی ۳ جلسه در سه هفته اول درمان از روش افزایش انگیزش، و در روش دیگر که به نام مصاحبه انگیزشی بود، از فنون یاد شده به صورت مصاحبه‌های ورودی در زمان شروع درمان استفاده شد. نتایج این دو روش مشخص کردند، افرادی که با این روشها درمان شده‌اند به مدت طولانی‌تری در درمان باقی ماندند.

1- Cognitive Behavior Therapy (CBT)

2- Twelve Step Facilitation (TSF)

3- Motivation Enhancement Therapy (MET)

گریفین^۱ و همکاران (۱۹۹۸) با بررسی ۱۳۸ معتاد به کوکائین آنها را به دو گروه تقسیم و روشهای درمان سهولت‌بخشی و رفتاری - شناختی را طی ۱۲ هفته بر روی آنها انجام دادند. نتایج نشان داد که اجتناب در گروه تحت درمان با سهولت‌بخشی، ۳۲ درصد و در گروه تحت درمان با رفتاری - شناختی، ۴۴ درصد بود. در نهایت نتیجه‌گیری شد که روش رفتاری - شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف کوکائین مناسب‌تر از سهولت‌بخشی بوده است (نقل از کرولی، ۱۹۹۹).

انجمن PMRG (۱۹۹۷) طی پژوهشی بر روی ۱۷۲۶ معتاد الکلی که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند، آنها را به سه گروه تقسیم و روشهای درمانی رفتاری - شناختی (CBT)، سهولت‌بخشی (TSF)، افزایش انگیزش (MET) را بر روی آنها اعمال نمودند. بررسیها نشان داد که هر سه گروه نتایج خوب و برابری را تا یک سال پس از درمان حفظ کردند (به نقل از کرولی، ۱۹۹۹).

کیمت و همکاران^۲ (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای که بر روی ۳۰۰۰ بیمار وابسته به کوکائین انجام دادند، آنها را به‌صورت تصادفی به دو گروه تقسیم کرده و روشهای سهولت‌بخشی و رفتاری - شناختی را بر روی آنان آزمایش کردند. در هر گروه ۱۵ جلسه درمان انجام شد و در آخر مشخص شد که روش سهولت‌بخشی از رفتاری - شناختی مؤثرتر بوده است (نقل از کرولی، ۱۹۹۹).

روش دیگری که ممکن است از برگشت اعتیاد پیشگیری کند، استفاده از تغییر نگرش است. مزیت این روش نسبت به روشهای درمانی رفتاری - شناختی، سهولت‌بخشی و افزایش انگیزه این است که نه تنها بر جنبه شناختی و رفتاری تأکید دارد، بلکه بر جنبه هیجانی نیز توجه دارد. براساس عقیده فریدمن (۱۹۷۰) نگرش^۳ نظامی ارزشمند و استوار است که شامل یک عنصر شناختی، یک عنصر عاطفی و یک عنصر گرایش به عمل (رفتاری) است (نقل از دی‌مانیو، ۱۹۹۱). این نگرش دارای ۳ ویژگی جزء هیجانی (عاطفی)، جزء رفتاری و جزء شناختی است که از آن تحت عنوان مدل ABC نگرش یاد می‌شود. ویژگی شناختی به معنای عقاید آگاهانه فرد درباره موضوع نگرش است. ویژگی احساسی به معنی احساسهای خوشایند یا ناخوشایند است که در وقت فعال شدن نگرش، انگیزه می‌شود. ویژگی رفتاری یعنی کارکردهای عملی که در

پاسخ به نگرش رخ می‌دهد. افراد از نظر نوع نگرش و رفتار تقریباً ثبات دارند و سعی می‌کنند نگرش و رفتار خود را با یکدیگر هماهنگ نمایند (اتکینسون و همکاران، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۷۲؛ محی‌الدین ۱۳۷۸؛ کریمی ۱۳۷۸؛ محمدیان و آقاجان ۱۳۸۱). همچنین با استفاده از الگوهای تغییر نگرش می‌توان نگرش افراد معتاد را هنگام ترک نسبت به مواد مخدر تغییر داد. آنچه که در مورد تمایل به مصرف مواد در دوره ترک مهم است، نگرش معتادان به مصرف مواد است. این نگرش نوعی عامل نگهدارنده است که احتمالاً رفتار معتادان را توجیه می‌کند. حال اگر بخواهیم رفتار فردی را تغییر دهیم، بهتر است زیربنای رفتار او یعنی نگرش او را تغییر دهیم.

پیل (۲۰۰۱) عقیده دارد که درمان وابسته به تغییر نگرش است، نه برنامه‌های روان‌درمانی. وی موفق‌ترین برنامه‌ها را مهارت‌های پایه‌ای مانند: بهداشت فردی، هنجارآموزی، کارآموزی و... می‌داند. طبق پژوهش‌ها مهارت‌های کسب شده در حین مهارت‌های درمانی پس از ۲ سال مؤثر بوده و برگشت به اعتیاد در افرادی که از این آموزشها برخوردار بودند صورت نگرفته است.

بوزانی (۱۳۷۵) در مرکز بازپروری مهیار و با استفاده از پرسشنامه، پژوهشی انجام داد. در این پژوهش ۳۰ نفر از معتادان به ۳ گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند، گروه ۱ (گروه گواه) هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکردند، گروه ۲، ۳ جلسه تغییر نگرش به صورت سخنرانی دریافت کردند و گروه ۳، ۶ جلسه مشاوره گروهی دریافت کردند. نتایج نشان داد که گروه تغییر نگرش هیچ‌گونه تغییر معناداری را در مقایسه با گروه گواه نشان نداده بودند، در حالی که گروه مشاوره گروهی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری را نشان دادند.

اصولاً اعتقاد کلی بر این است که نگرشها آموخته می‌شوند، منظور این است که اگر بتوانیم شیوه آموخته شدن نگرشها را مشخص نماییم، راحت‌تر می‌توانیم بفهمیم که آنها چگونه و چرا تغییر می‌کنند (بدار و همکاران،^۱ ترجمه گنجی، ۱۳۸۰). یکی از روشهایی که نگرش را مورد هدف قرار می‌دهد، استفاده از روش مصون‌سازی شناختی^۲ است. با این شیوه علاوه بر ارائه اطلاعات و باورهای صحیح در مورد مصرف مواد مخدر، مددجویان را در مورد عقاید و باورها که احتمال دارد در آینده با آن روبه‌رو شوند

به بحث و امی دارد. استفاده از این روش منجر به تثبیت نگرشهای آموخته شده می‌شود و آنان را برای تحمل فشارهایی که در مراحل بعدی ممکن است از طریق دیگران برای پذیرفتن باورهای ناسالم اعمال شود آماده می‌سازد (رحیمی موقر، ۱۳۸۰).

به‌طور خلاصه فردی که مواد مخدر را ترک می‌کند، پس از ترک به علل مختلفی انگیزه قوی مصرف مواد مخدر را تجربه می‌کند که این عامل در بیشتر مواقع موجب عدم مقاومت و بازگشت او به سوی مواد می‌گردد. از جمله مسائلی که در ترک اعتیاد مطرح است، چگونگی ایجاد مقاومت در افراد در مقابل مصرف مواد است. در موقعیتی که فرد اقدام به ترک کرده است، این امکان وجود دارد که از طریق دوستان قدیمی در موقعیت فشارزایی برای مصرف مجدد قرار گیرد، این مسأله زمانی که فرد معتاد از نظر ابراز وجود دچار مشکل است و یا نگرش مثبتی نسبت به مواد دارد، تأثیرات بارزتری بر جا می‌گذارد. بنابراین سؤال مطرح در این پژوهش، این است که آیا آموزش ابراز وجود و یا استفاده از فنون تغییر نگرش به افراد کمک می‌کند تا در چنین موقعیتهایی با اعتماد به نفس بیشتری در مقابل این فشارها ایستادگی نمایند و گرایش کمتری نسبت به مصرف مواد داشته باشد؟

اهداف پژوهش

هدف کلی: مقایسه اثربخشی شیوه‌های تغییر نگرش و ابراز وجود بر نداشتن گرایش به مصرف مواد مخدر در معتادان داوطلب در شهر اصفهان بود.

اهداف فرعی

- ۱- تعیین معناداری میزان گرایش به مصرف مواد در میان گروه تغییر نگرش و گروه ابراز وجود.
- ۲- تعیین معناداری میزان گرایش به مصرف مواد در گروهی که آموزش تغییر نگرش می‌بینند با گروه گواه.
- ۳- تعیین معناداری میزان گرایش به مصرف مواد در گروهی که آموزش ابراز وجود می‌بینند با گروه گواه.
- ۴- تعیین معناداری میزان گرایش به مصرف مواد در گروهی که آموزش تغییر نگرش و ابراز وجود می‌بینند با گروه گواه.
- ۵- تعیین رابطه بین ویژگیهای جمعیت‌شناختی معتادان مورد بررسی و گرایش به مواد مخدر.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- گرایش به مصرف مواد بین گروه تغییر نگرش و گروه ابراز وجود دارای تفاوت معناداری است.
- ۲- گرایش به مصرف مواد در گروهی که آموزش تغییر نگرش می‌بینند به‌طور معناداری با گروه گواه متفاوت است.
- ۳- گرایش به مصرف مواد در گروهی که آموزش ابراز وجود می‌بینند به‌طور معناداری با گروه گواه متفاوت است.
- ۴- گرایش به مصرف مواد در گروهی که آموزش تغییر نگرش و ابراز وجود می‌بینند به‌طور معناداری با گروه گواه متفاوت است.
- ۵- بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی معنادان مورد بررسی و گرایش به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

روش

این پژوهش به روش تجربی انجام شد، زیرا نمونه‌گیری به‌صورت کاملاً تصادفی بود، و نمونه‌های انتخاب شده به شکل تصادفی در گروه گواه و گروه‌های آزمایشی قرار گرفتند و همچنین متغیر مستقل (آموزش تغییر نگرش و ابراز وجود و آموزش ترکیبی تغییر نگرش و ابراز وجود) در مورد گروه‌های آزمایش اعمال گردید.

طرح پژوهش، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با چهار گروه بود. این پژوهش دارای ۱ گروه گواه و ۳ گروه آزمایشی بود. در گروه آزمایشی ۱ متغیر مستقل روش‌های تغییر نگرش بود که در ۸ جلسه ۲ ساعته ارائه شد؛ آموزش تغییر نگرش شامل فنون، قابلیت اعتماد، ایجاد هراس، ارائه راهنمایی، الگودهی، استفاده از استدلال دوسویه، و ایجاد ناهماهنگی شناختی بود. در گروه آزمایشی ۲ متغیر مستقل آموزش رفتار خود ابرازی بود که در ۱۰ جلسه ۲ ساعته ارائه شد؛ آموزش رفتار خود ابرازی شامل فنون تمرین، مرور رفتاری، ایفای نقش، الگودهی، پس‌خوراند همایند و ابراز وجود حفاظتی بود. در گروه آزمایشی ۳ متغیر مستقل روش ترکیبی از رفتار خود ابرازی و تغییر نگرش بود که در ۱۳ جلسه ۲ ساعته ارائه شد؛ آموزش ترکیبی رفتار خود ابرازی و تغییر نگرش شامل فنون قابلیت اعتماد، ایجاد هراس، ارائه راهنمایی، استفاده از استدلال دوسویه، ایجاد ناهماهنگی شناختی تمرین و مرور رفتاری، ایفای نقش، الگودهی، پس‌خوراند همایند و

ابراز وجود حفاظتی بود. روشهای ارائه شده به شکل نامعلوم یکسویه بودند و هیچ کدام از گروهها از هدف این آموزشها اطلاع نداشتند. نحوه و چگونگی اجرای متغیرهای مستقل پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- نحوه و چگونگی اجرای متغیرهای مستقل پژوهش

گروهها	انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	تعداد جلسه‌ها	پس‌آزمون
گروه گواه	R	T۱	-	-	T۲
گروه آزمایشی ۱	R	T۳	X	۸	T۴
گروه آزمایشی ۲	R	T۵	Z	۱۰	T۶
گروه آزمایشی ۳	R	T۷	Y	۱۳	T۸

جامعه آماری مورد نظر کلیه معنادان خود معرف ترک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در شهریورماه ۱۳۸۰ بود. تعداد کل مراجعه کنندگان به مرکز ۳۲۰ نفر بودند که ۷۲ نفر از آنان با استفاده از روش نمونه گیری نظام مند (سیستماتیک) به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش کار به این ترتیب بود که نام کلیه مراجعه کنندگان به ترتیب حروف الفبا در فهرستی نوشته شد و به صورت تصادفی ۷۲ نفر از آنها انتخاب گردیدند. سپس افراد نمونه انتخابی به صورت تصادفی ساده در گروه گواه و گروههای آزمایشی قرار گرفتند.

در این پژوهش از دو پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات مورد نظر استفاده شده است. این پرسشنامه‌ها عبارت‌اند از:

۱- پرسشنامه گرایش به مصرف مواد مخدر که پرسشنامه‌ای محقق ساخته شامل ۲۵ سؤال بود که میزان گرایش افراد را به مصرف مواد مخدر اندازه گیری می‌کرد. سؤال‌ها به شکل بسته پاسخ و ۵ رتبه‌ای بود. نمره بالای هر آزمودنی نشان دهنده تمایل زیاد به مصرف مواد مخدر بود. ضریب پایایی این پرسشنامه پس از بررسی با توجه به آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶/ محاسبه شد.

۲- پرسشنامه ویژگیهای جمعیت‌شناختی که شامل سؤالی‌هایی بود که ویژگیهای فردی و اجتماعی افراد مانند سن، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده، میزان درآمد، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، مواد مصرفی، تعداد افراد خانواده، تعداد سالهای مصرف و دفعات ترک را می‌سنجید.

روشهای تحلیل داده‌ها: روش تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش در سطح توصیفی یعنی استفاده از فراوانی، درصد فراوانی و رسم جدولها و نمودارهای مربوط انجام شد و در سطح استنباطی با توجه به سطح اندازه‌گیری داده‌های به‌دست آمده، از روشهای تحلیل کوواریانس^۱ (ANCOVA) استفاده گردید. در این روش نمره‌های میانگین پیش‌آزمون پس از تعدیل با نمره‌های پس‌آزمون مقایسه شدند. تمامی مراحل تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج پژوهش

فرضیه ۱- میزان گرایش به مصرف مواد بین گروه تغییر نگرش و گروه ابراز وجود دارای تفاوت معناداری است. بین میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد در گروه تغییر نگرش و ابراز وجود تفاوت وجود دارد. اما همان‌گونه که در جدول ۲ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار نیست، بنابراین فرضیه ۱ تأیید نمی‌شود.

فرضیه ۲- میان گرایش به مصرف مواد در گروه آموزش تغییر نگرش با گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

بین میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد در گروه تغییر نگرش و گروه گواه تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۲ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار است ($P = 0/009$)، بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌شود. بررسی نتایج نشان می‌دهد که گروه تغییر نگرش کاهش بیشتری را نسبت به گروه گواه در گرایش به مصرف مواد در پس‌آزمون نشان داده‌اند.

فرضیه ۳- میان گرایش به مصرف مواد، در گروه آموزش ابراز وجود با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

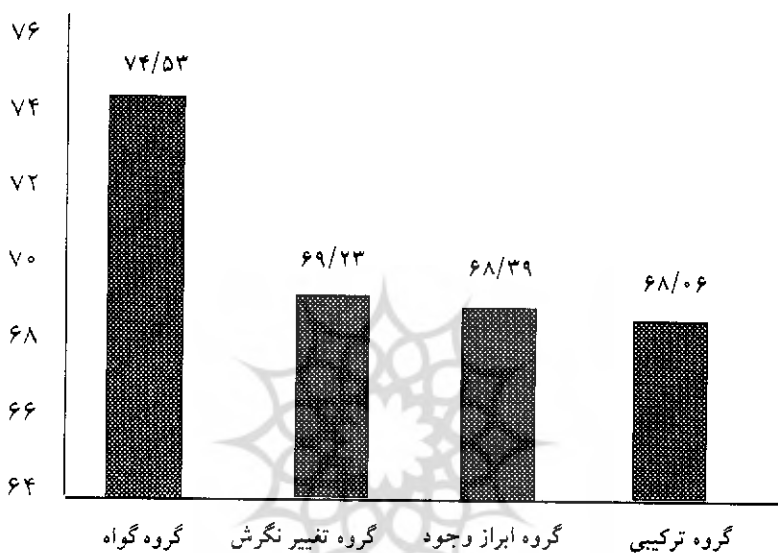
بین میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد در گروه ابراز وجود و گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۲ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار است ($P = 0/002$)، بنابراین فرضیه ۳ تأیید می‌شود. بررسی نتایج نشان می‌دهد که گروه ابراز وجود کاهش بیشتری را نسبت به گروه گواه در گرایش به مصرف مواد در پس‌آزمون نشان داده‌اند.

فرضیه ۴- میان گرایش به مصرف مواد، در گروه آموزش تغییر نگرش و ابراز وجود با گروه گواه تفاوت معناداری در پس‌آزمون وجود دارد.

بین میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد در گروهی که هم آموزش تغییر نگرش و هم آموزش ابراز وجود می‌بینند و گروه گواه تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۲ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار است ($P = 0/002$)، بنابراین فرضیه ۴ تأیید می‌شود. بررسی نتایج نشان می‌دهد گروهی که هم آموزش تغییر نگرش و هم آموزش ابراز وجود دیده‌اند، کاهش بیشتری را نسبت به گروه گواه در گرایش به مصرف مواد نشان داده‌اند.

جدول ۲- مقایسه زوجی تفاوت میانگین نمره‌ها گرایش به مصرف مواد در پس‌آزمون پس از تعدیل نمره‌ها در ۴ گروه

معنادار بودن	میانگین تغییر	مقایسه در گروهها		
		میانگین	گروه (I)	میانگین
۰/۰۰۹	۵/۲۹۹	۶۹/۲۳	تغییر نگرش	۷۴/۵۳
۰/۰۰۲	۶/۱۳۲	۶۸/۳۹	ابراز وجود	۷۴/۵۳
۰/۰۰۲	۶/۴۶۹	۶۸/۰۶	تغییر نگرش و ابراز وجود	۷۴/۵۳
۰/۶۶۱	۰/۸۳۳	۶۸/۳۹	ابراز وجود	۶۹/۲۳
۰/۵۴۶	۰/۱۷	۶۸/۰۶	تغییر نگرش و ابراز وجود	۶۹/۲۳
۰/۸۵۳	۰/۳۳۷	۶۸/۰۶	تغییر نگرش و ابراز وجود	۶۸/۳۹



نمودار ۱- تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون گرایش به مصرف مواد
پس از تعدیل در ۴ گروه

فرضیه ۵- بین ویژگیهای جمعیت‌شناختی معنادان مورد بررسی و گرایش به مواد مخدر رابطه وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس و تأثیر ویژگیهای جمعیت‌شناختی بر میزان گرایش به مصرف مواد مخدر در جدول ۳ ارائه شده است.

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین (سن، شغل، میزان تحصیلات، معدل آخرین مدرک تحصیلی، وضعیت اقتصادی خانواده، وضعیت تأهل، مواد مصرفی، تعداد افراد خانواده، دفعات مصرف، سابقه سالهای اعتیاد و سابقه ترک) با میزان گرایش به مصرف مواد رابطه‌ای وجود نداشته است. فقط میزان درآمد پایین با میزان گرایش به مصرف مواد مخدر رابطه داشت ($P = 0/004$). میزان واریانس مشترک بین میزان درآمد و گرایش به مصرف مواد مخدر $0/072$ بوده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس و تأثیر ویژگیهای جمعیت‌شناختی بر میزان گرایش به مصرف مواد مخدر

متغیرها	مجموع مجذورات	واریانس	ضریب F	معناداری	میزان رابطه	توان آماری
سن	۳۸/۹۲	۳۸/۹۲	۱/۳۹	۰/۲۴	۰/۰۲۵	۰/۲۱
شغل	۴۷/۷۴	۴۷/۷۴	۱/۷۱	۰/۱۹	۰/۰۳۱	۰/۲۵
میزان تحصیلات	۵۷/۰۹	۵۷/۰۹	۲/۰۴	۰/۶۶	۰/۰۳۷	۰/۲۹
وضعیت اقتصادی	۲۱/۲۳	۲۱/۲۳	۰/۷۶	۰/۳۸	۰/۰۱۴	۰/۱۳
درآمد	۱۶/۴۴	۱۶/۴۴	۴/۱۸	۰/۰۴	۰/۰۷۲	۰/۵۱
وضعیت تأهل	۱/۹۱	۱/۹۱	۰/۰۶	۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵
وضعیت مسکن	۱/۲۱	۱/۲۱	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵
نوع اعتیاد	۱۱/۳۱	۱۱/۳۱	۰/۴۱	۰/۵۲	۰/۰۰۷	۰/۰۹
تعداد افراد خانواده	۸۷/۱۵	۸۷/۱۵	۳/۱۲	۰/۰۸	۰/۰۰۵	۰/۴۱
مدت اعتیاد	۲۹/۷۸	۲۹/۷۸	۱/۰۶	۰/۳۱	۰/۰۱۹	۰/۱۷
دفعات اقدام به ترک	۰/۳۳	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۹۲	۰	۰/۰۵

۱ = درجه آزادی

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول ۲ فرضیه اول (میزان گرایش به مصرف مواد بین گروه تغییر نگرش و گروه ابراز وجود دارای تفاوت معناداری است) تأیید نشد؛ در واقع هیچ تفاوت معناداری بین گروهی که آموزش تغییر نگرش دریافت کرده‌اند و گروهی که آموزش ابراز وجود دریافت کرده‌اند، وجود ندارد. هر چند با توجه به جدول ۲ و نمودار ۱ بین این دو گروه اختلاف وجود دارد، اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نیست. این نتیجه مطابق با نتیجه پژوهش پژوهشگران انجمن PMRG (۱۹۷۷) و مغایر با نتایج

پژوهش‌های گریفین و همکاران، کیمت و همکاران (نقل از کرولی، ۱۹۹۹) و بوزانی (۱۳۷۵) است.

این طور به نظر می‌رسد که علت اصلی تفاوت نتایج این پژوهش با پژوهش‌های کیمت و همکاران (۱۹۷۷)، گریفین و همکاران (۱۹۹۸) و بوزانی (۱۳۷۵) این است که پژوهشگران تعداد جلسه‌های آموزشی کمی را برای معنادان اجرا نموده‌اند، در حالی که در پژوهشی که پژوهشگران PMRG انجام دادند، در مانهای مختلف نتایج نسبتاً خوبی داشت و هیچ‌گونه تفاوتی در آنها مشاهده نگردید، زیرا تعداد جلسه‌های آموزشی بیشتری برای معنادان در نظر گرفته شده بود. عامل دیگری که احتمالاً می‌تواند در ایجاد این تفاوت مؤثر باشد، سوگیری پژوهشگر نسبت به یک ماده خاص (کوکائین) بوده و تعمیم آن به سایر موارد اعتیاد با شک و تردید همراه است. همچنین باید دانست که نوع آموزش و فضای اجتماعی آزمودنیها در هر کدام از موارد پژوهشی بالا متفاوت بوده است که می‌تواند علت تفاوت نتایج در این زمینه باشد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که فرضیه ۲ در سطح $(P = 0/009)$ تأیید شد؛ یعنی بین گروهی که آموزش تغییر نگرش می‌بینند و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. طبق جدول ۱ این گروهها با هم تفاوت دارند و مشخص گردید میانگین نمره‌های گروهی که آموزش تغییر نگرش دریافت داشته‌اند نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری داشته است. این نتیجه مطابق با نتایج پژوهش‌های ویلنت (۲۰۰۱)، کارول (۲۰۰۰) و انستیتوی بین‌المللی مبارزه با الکلیسم (۱۹۷۷) و مغایر با نتایج بوزانی (۱۳۷۵) است.

اختلاف بین دو گروه گواه و آموزش تغییر نگرش در این پژوهش احتمالاً ناشی از تأثیر آموزش تغییر نگرش بر گرایش به مصرف مواد در معنادان داوطلب بوده است. به نظر می‌رسد که علت تفاوت نتایج پژوهشگر با پژوهش بوزانی در این است که در پژوهش بوزانی (۱۳۷۵) آموزش تغییر نگرش در طی ۳ جلسه که مدت بسیار کمی بوده، انجام گرفته است، در حالی که در پژوهش حاضر تعداد جلسه‌ها بیشتر بوده است. علت دیگر این اختلاف نوع آموزش است، در پژوهش بوزانی (۱۳۷۵) روش تغییر نگرش به صورت روش مشاوره گروهی بوده و کمترین میزان الگودهی و تمرین رفتار را داشته است.

کارول و همکاران (۱۹۹۴) روش تغییر نگرش را نوعی درمان شناختی- رفتاری می‌دانند و این روش را شامل مراحل یادگیری برای شناخت و اصلاح رفتارهای مشکل‌زا، افزایش کنترل خود^۱ و همچنین فتونی شامل بررسی و امتحان پیامدهای مثبت و منفی، شناخت موقعیتها و عواملی که بر احتمال میل زودرس و سریع به مواد تأثیر می‌گذارد و روشهایی برای مقابله و پرهیز از این موقعیتها در کاهش میل به مواد می‌دانند.

براساس نتایج جدول ۲، فرضیه ۳ در سطح $(P = 0/002)$ تأیید شد؛ یعنی بین گروهی که آموزش ابراز وجود می‌بینند و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. طبق جدول ۲ این گروهها با هم تفاوت دارند و مشخص شد گروهی که آموزش ابراز وجود دریافت داشته‌اند، میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد آنها کاهش بیشتری را نسبت به گروه گواه داشته است. این نتیجه مطابق با نتایج ویلنت (۲۰۰۱)، کارول (۲۰۰۰) و دافی و تردی (۱۹۹۰) است.

اختلاف بین دو گروه گواه و آموزش ابراز وجود در این پژوهش احتمالاً از تأثیر آموزش رفتار خودابرازی بر کاهش گرایش به مصرف مواد در معتادان داوطلب ناشی می‌شود. گرچه آموزشهای داده شده در هر کدام از این پژوهشها با یکدیگر متفاوت است، اما تأثیر کلی آن بر معتادان داوطلب تقریباً برابر می‌باشد.

آنچه مسلم است میزان تغییری است که افراد پس از شرکت در جلسه‌های درمانی از خود نشان می‌دهند. تحقیقات NIDA (۱۹۹۹) نشان داده است که بیماران پس از شرکت در جلسه‌های درمانی و آموزشی راههای جدید برای فکر کردن و اجتناب از مواد و همچنین مهارتهایی برای نپذیرفتن مواد و پرهیز از موقعیتهای سوق‌دهنده به مواد را می‌آموزند. آنها یاد می‌گیرند که پاسخهای مناسب رفتاری را در موقعیتهای مختلف برای ممانعت از مصرف مواد از خود بروز دهند و این راه‌حل را به صورت روش زندگی خود قرار دهند. پژوهشها نشان داده‌اند، مهارتهایی که این معتادان طی این روشهای درمانی می‌آموزند پس از انجام و پایان درمان هم باقی می‌مانند (کارول، ۱۹۹۴).

نتایج جدول ۲ نشان داد که فرضیه ۴ در سطح $P = 0/002$ تأیید شد؛ یعنی بین گروه گواه و گروهی که آموزش تغییر نگرش و ابراز وجود را به صورت ترکیبی دریافت داشته‌اند تفاوت وجود داشته است؛ یعنی گروهی که آموزش تلفیقی تغییر نگرش و ابراز وجود را دریافت کرده بودند، نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری در میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد داشته‌اند.

این نتایج در تأیید نتایج فرضیه ۲ و ۳ این پژوهش است. اگر چه طبق جدول ۲ و نمودار ۱ بین گروه آزمایشی تغییر نگرش و گروه ابراز وجود با گروه تغییر نگرش و ابراز وجود تفاوت وجود دارد، اما این تفاوت معنادار نمی‌باشد. یعنی هر سه روش آموزشی - درمانی تأثیر مشابهی در کاهش گرایش به مصرف مواد در معتادان داوطلب داشته‌اند. در ضمن طبق نتایج جدول ۲ و نمودار ۱ بین هر سه گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشته است.

با توجه به جدول ۳ در مورد فرضیه ۵ مشاهده می‌شود که بین سن، شغل، میزان تحصیلات، معدل آخرین مدرک تحصیلی، وضعیت اقتصادی خانواده، وضعیت تأهل، مواد مصرفی، تعداد افراد خانواده، دفعات مصرف، سابقه سالهای اعتیاد و سابقه ترک با میزان گرایش به مصرف مواد رابطه‌ای وجود نداشته است. فقط یکی از متغیرهای جمعیت‌شناختی، یعنی میزان درآمد پایین با میزان گرایش به مصرف مواد مخدر رابطه داشت ($P = 0/004$). میزان واریانس مشترک بین میزان درآمد و گرایش به مصرف مواد مخدر $0/072$ بوده است. یعنی افرادی که میزان درآمد کمی دارند بیشتر به سوی مواد مخدر گرایش داشته‌اند.

پیشنهادها

۱- براساس یافته‌های پژوهش جدول ۲ مبنی بر مؤثر بودن روش آموزش ابراز وجود و تغییر نگرش و روش آموزش تلفیقی ابراز وجود و تغییر نگرش این شیوه‌های آموزشی باید برای فرایند درمانی معتادان مورد استفاده قرار گیرد.

۲- با توجه به یافته‌های پژوهش جدول ۲ مبنی بر مؤثر بودن ابراز وجود و روش آموزش تلفیقی ابراز وجود و تغییر نگرش، انجام مطالعه‌های طولی و یا آزمون‌های پیگیری برای تأثیر طولانی مدت روشهای آموزشی مورد استفاده ضروری به نظر می‌رسد.

- ۳- با توجه به اینکه در این پژوهش تعداد جلسه‌های آموزشی در گروه‌های آموزشی با هم متفاوت بود، لازم است پژوهشی با تعداد جلسه‌های برابر انجام شود تا میزان تأثیر هر کدام از روش‌های درمانی مورد بازبینی مجدد قرار گیرد.
- ۴- انجام روش‌های مورد استفاده این پژوهش برای پیشگیری و بررسی اثربخشی این موارد در پیشگیری از اعتیاد می‌تواند مورد پژوهش و استفاده قرار گیرد.

منابع

- ابراهیمی، ا. (۱۳۷۶)، «بررسی تفاوت شیوه‌های مقابله با استرس و کیفیت حمایت اجتماعی در جانبازان قطع نخاعی افسرده و غیرافسرده مقیم منزل»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- اتکینسون، ریتا، ل. ریچارد، س اتکینسون، ارتست ر هیلگارد، زمینه روان‌شناسی (جلد دوم)، ترجمه براهنی و همکاران، (۱۳۷۲)، تهران، انتشارات رشد.
- احمدوند، م. (۱۳۷۴)، اعتیاد (سبب‌شناسی و درمان آن)، تهران، انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
- بدرآ، ل. ژ، دزیل و ل لامارتنس. روان‌شناسی اجتماعی، ترجمه ح گنجی، (۱۳۸۰)، تهران، انتشارات ساوالان.
- بوزاتی، ا. (۱۳۷۵)، «تأثیر آموزش و مشاوره گروهی بر تغییر نگرش معتادین به مواد مخدر»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده تحصیلات تکمیلی واحد خوراسگان اصفهان.
- تاوان آند، آ. پژوهش توانایی اظهار وجود و قاطعیت، ترجمه پ نظیری و ا مولا. (۱۳۷۸) مشهد، آستان قدس رضوی.
- رحیمی موقر، آ. (۱۳۸۰)، پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- رحیمی موقر، آ. ع محمدرزاقی، م نوری خواجه‌بوی، م حسینی و گ فیض‌زاده. (۱۳۷۶)، راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد. تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- سراج‌خرمی، ن. (۱۳۷۷)، بررسی الگوهای رفتاری A و B در زندانیان مرد معتاد به مواد مخدر زندان شهید کجویی کرج، مجموع مقالات سمینار بررسی مسائل مربوط به اعتیاد در جوانان، تبریز.

شایسته، س. (۱۳۷۵)، «مقایسه خصوصیات جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان غیرمعتاد در گروه سنی ۲۲ - ۱۴ در استان اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

کریمی، ی. (۱۳۷۸)، روان‌شناسی اجتماعی (نظریه‌ها، مفاهیم و کاربردها)، تهران، نشر ارسباران.
گل‌پرور، م. (۱۳۸۱)، «مقایسه ویژگیهای روانی و روابط زناشویی معتادان و غیرمعتادان و همسران آنها»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده تحصیلات تکمیلی واحد خوراسگان اصفهان.

محمدیان، م و آقاجان، ع. (۱۳۸۱)، آسیب‌شناسی تبلیغات در ایران، تهران، انتشارات حروفیه.
محی‌الدین، م. (۱۳۷۸)، مقدمه‌ای بر روان‌شناسی جلد اول (قسمت دوم)، تهران، مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه پیام‌نور.

BALL, S.A. & SCOTENFELD, R.S. (1997). A Five Factor Model of Personality and Addiction. *Substance Use Misuse Journal*. N: 32 (1) P: 25-41.

CARROLL, K. (2000, Jun 3). Research in Practice. *NIDA Clinical Trials Network Begins Frist Multistate of New Sciece Based drug Abuse Treatment*. [On line]. Volume 15 (6). Available. URL: [http:// WWW. at health. com](http://WWW.at.health.com).

CARROLL, K. (1994). *Relapse Prvention Strategie for Tretment of Cocain Abuse*. *Archieves of General Psychotherapy*. 5 Y: 989-997. [On line]. Volume 15 (6). Available. URL: <http:// WWW. at health. com>.

CROWLEY THOMAS, J. (1999, March). *Research in Psychiatric Problems and Service Education*. International Symposium Heroin Assisted Treatment for Dependent Drug Users. [On line]. Available. URL: <http:// WWW. at health. com>

DI MATTEO, M.R. (1991). *The Psychology of Health, Illness and Medical Care, An Individual Perspective*: Brooks/ Cole Publishing Company.

Drug Abuse & Health Education. (2001, Jun 3). [On line]. Available URL: <http:// WWW. drug. Gor/>: [Accessed 8 May, 2001].

NIDA NOTES, (1999, Jan 12) *Behavioral Change Through*. [On line]. Available. URL: <http:// WWW. drug. Gor/>: [Accessed 22 May, 2001].

PEELE, S. (1990, March 14). *Cure Depend on Attitudes, Not Programs*. [On line]. Los Angeles Times, Wednesday (2001). Available. URL. The Stanton Peele Addiction Web Site.

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP. (1997, Jun 29). *Alcohol Dependency*. [On line]. Available. URL: [http:// WWW. Treatment research. htm](http://WWW.Treatmentresearch.htm).

وصول: ۸۲/۱۲/۱۳

پذیرش: ۸۳/۳/۱۱

