مقاله اصیل پژوهشی

اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی عوارض تریاک در نگرش به اعتیاد نوجوانان دارای والد معتاد

سید کاوه حجت[1]، ابوالفضل آزادی[2]، حدیثه منادی زیارت[3]، مینا نوروزی خلیلی[4]، سید اسماعیل حاتمی[5]، مهدی رضایی[6]

چکیده

زمینه و هدف: آمارها نشان می‌دهد که 40-30% فرزندان دارای والد معتاد، در آینده مصرف مواد را آغاز می‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناخت‌درمانی گروهی عوارض مصرف تریاک در نگرش به اعتیاد دانش‌آموزان دارای والد معتاد انجام گردید.

روش تحقیق: این مطالعه از نوع کارآزمایی میدانی شاهددار تصادفی است که بر روی کلیه دانش‌آموزان پسر پایه اول دبیرستان شهرستان مانه و سملقان دارای والد معتاد انجام شد. جلسات آموزشی مبتنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی عوارض تریاک در 6 جلسه برگزار گردید. پرسشنامه نگرش به اعتیاد در مرحله قبل و پس از مداخله تکمیل شد. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش 16)، با کمک آزمون‌های آماری تی‌زوجی و تی‌مستقل در سطح معنی‌داری P<0/05 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: طبق نتایج این پژوهش، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مرحله پیش‌آزمون در نگرش به اعتیاد، وجود نداشت (P=0/20). در بررسی تغییرات میانگین نمره کل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه مداخله کاهش و در گروه شاهد افزایش مشاهده شد؛ بدین معنا که مداخله باعث کاهش نگرش مثبت نسبت به مواد مخدّر شد؛ ولی این تغییر از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=0/57). همچنین از بین 10 عامل نگرش فرد نسبت به اعتیاد، شناخت‌درمانی گروهی تنها توانست میانگین نمره نگرش فرد نسبت به علت مصرف مواد مخدّر را به صورت معنی‌داری کاهش دهد (P=0/04).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی گروهی عوارض مصرف تریاک، بر نگرش دانش‌آموزان دارای والد معتاد تأثیر معنی‌داری ندارد. بنابراین تغییر نگرش نوجوانان دارای والد معتاد، نیازمند انجام تحقیقات بیشتری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی، والد معتاد، تریاک.

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1394؛ دوره 22 (4): 349-358 .

دریافت: 1394/04/22 پذیرش: 1394/10/22

[1] استادیار گروه روانپزشکی، عضو مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران؛

[2] کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، قوچان، ایران؛

[3] نویسنده مسؤول؛ کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
تلفن: 09158855385 نمابر: پست الکترونیکی: hadisemonadi67@yahoo.com

[4] گروه پزشکی- اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران؛.

[5] کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران؛

[6] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

مقدمه

واژه اعتیاد به‌معنی عادت‌کردن و احساس نیاز است. در همین راستا، تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) بدین شرح است: وابستگی به مواد مخدّر، مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمی، رفتاری و روان‌شناختی است که دلالت بر آن دارند که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد، به مصرف آن ادامه می‌دهد و برای رفع این نیاز به انجام رفتارهای مخاطره‌آمیزی ناگزیر می‌گردد که زندگی اجتماعی و فردی وی را دچار اختلال می‌سازد (1).

روند مصرف مواد مخدّر با شیب ملایم در حال افزایش است. در واقع این میزان در مقایسه با سال 2009 به‌میزان 18% و نسبت به سال 2008، 12% افزایش داشته است (1). در ایران طبق آخرین تحقیقات صورت‌گرفته، تعداد مصرف‌کنندگان حدود 1/8 تا3/3 میلیون نفر اعلام شده است و نرخ شیوع مصرف مواد مخدّر در جمعیت 15 تا 64 سال، 2/65 می‌باشد. لازم به ذکر است که آمارهای منتشرشده از سوی سازمان‌های بین‌المللی و به‌خصوص سازمان جهانی مبارزه با مواد مخدّر و سازمان یونسکو، حاکی از کاهش سن مصرف‌کنندگان می‌باشد؛ به طوری که میزان مصرف مواد در گروه سنّی 15 تا 19 سال معادل 13/65%، گروه سنّی 20 تا 24 سال معادل 16/83%، گروه سنّی 25 تا 29 سال معادل 14/32% بوده و باقی موارد به گروه سنی 30 تا 64 سال اختصاص دارد. بنابراین گرایش به مصرف مواد مخدّر در سنین نوجوانی و جوانی بیش از سنین دیگر است (2).

در همین راستا، خانواده به‌عنوان اولین منبع تأثیرگذار و مهم‌ترین نهاد اجتماعی است که در خلال دوران کودکی و نوجوانی، بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز، نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌نماید. محقّقان اعتقاد دارند که اعضای خانواده در صورت مصرف مواد مخدّر می‌توانند به‌عنوان الگوی مشاهده‌ای، در گرایش اعضای دیگر خانواده به مصرف مواد مخدّر، نقش مؤثّری ایفا کنند. تحقیقات نشان داده است که حدود 30 تا40 درصد نوجوانان دارای والدین مصرف‌کننده مواد، در آینده دچار وابستگی به مواد خواهند شد (3). در همین راستا Gunning و همکاران (2009)، مطالعه‌ای را با عنوان «پیش‌بینی همزمان پیامدهای مصرف مواد در میان بالغین روسی و آمریکایی» انجام دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که در میان عوامل اجتماعی- درون‌فردی، سوء مصرف مواد مخدّر در دوستان و سوء مصرف مواد مخدّر در خانواده، همبستگی مثبتی با گرایش فرد به اعتیاد دارند (4). همچنین نتایج Fals-Stewart و همکاران (2004) نشان داد، والدینی که سابقه سوء مصرف مواد دارند، سطوح پایینی از همکاری را در برنامه‌های مداخله‌ای برای خود و فرزندانشان دارا می‌باشند (5).

مداخلاتی که بر روی نوجوانان انجام می‌شود، اثرات مثبتی بر روی آنها دارد. این مداخلات اساساً بر پایه آموزش‌های گروهی همسالان و انجام آن در مدرسه به‌منظور استفاده از اثرات مثبت تأثیر همسالان انجام می‌گیرد (6). در واقع، نتایج تمامی این پژوهش‌ها بیانگر این است که تأثیر خانواده بر سوء مصرف مواد، امری اجتناب‌ناپذیر است (7) و نوجوانان به‌شدّت تحت تأثیر والدین خود قرار دارند (8). از آنجایی که اوج تجلّی استعداد به اعتیاد در طی زندگی، اوایل نوجوانی تا اوایل جوانی می‌باشد (9)، بنابراین بهتر است که برنامه‌های پیشگیری نیز از همین سنین آغاز گردند (10).

پژوهشگران با مرور عوامل خطرساز مصرف مواد در نوجوانان، 17 عامل بالقوّه را شناسایی کرده‌اند که در چهار حیطه کلی «خانواده»، «مدرسه»، «فردی/همسالان» و «اجتماعی» قرار می‌گیرند. از جمله عوامل خطر در حیطه فردی، داشتن نگرش مثبت نسبت به مواد است. بر اساس مطالعات انجام‌شده، بین نگرش‌ها و باورهای خاص در مورد مصرف مواد و شروع مصرف مواد، ارتباط وجود دارد (10). بنابراین می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین استراتژی‌ها در پیشگیری از اعتیاد، تغییر نگرش‌های مثبت و تثبیت نگرش‌های منفی نسبت به مصرف مواد مخدّر است. نگرش، یعنی باورهای فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی

که فرد برای این نتیجه قائل است (11). لازم به ذکر است که شکل‌گیری نگرش مثبت یا منفی نسبت به مصرف مواد مخدّر، ناشی از ترکیب دانش، اطلاعات، باورها و عواطف نوجوانان درباره مواد مخدّر از یک‌سو و میزان ارزشمندی است که برای آنها قائل است. علاوه بر این، از نظر روان‌شناختی افراد تمایل دارند، رفتارهایی را انجام دهند که اکثر مردم و گروه‌های مرجع، آنها را مناسب و مثبت ارزیابی می‌کنند (12).

یک سیستم روان‌درمانی مؤثّر بر نگرش افراد، شناخت‌درمانی است که می‌کوشد از طریق ایجاد تغییر در تفکّر معیوب و باورهای ناسازگارانه‌ای که زیر بنای واکنش‌های هیجانی را تشکیل می‌دهد، واکنش‌های هیجانی و رفتارهای خود آسیب‌زننده را کاهش دهد (13). مؤلّفه‌های اصلی این مدل درمانی عبارتند از: شناسایی، خود بازنگری، تحلیل عملکردی عوامل پرخطر موقعیتی مرتبط با وسوسه و مصرف مواد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای اختصاصی، اصلاح کلی سبک زندگی و آموزش کنترل و مقابله با لغزش (14).

در همین راستا سلیمانی و همکاران (2015) مطالعه‌ای را با عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بی‌خوابی ناشی از درمان نگهدارنده با متادون انجام دادند. این مطالعه نشان داد که شناخت‌درمانی، سبب بهبود کیفیّت کلّی خواب افراد مورد مطالعه شد (15). همچنین Watkins و همکاران (2012) مطالعه‌ای را با عنوان درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بیماران وابسته به موادّ دچار افسردگی اساسی انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری، در بهبود افسردگی اساسی و دفعات لغزش بیماران وابسته به مواد مؤثّر بود؛ همچنین تغییرات اتفاق‌افتاده در پیگیری سه‌ماهه نیز دیده شد (16).

در واقع با ایجاد تغییر در الگوهای رفتاری یاد گرفته‌شده مصرف مواد در بافت اجتماعی و دوران کودکی و با استفاده از تأثیر تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی به‌عنوان عوامل تداوم‌بخش مصرف مواد، سعی در کاهش شدّت پاسخ‌های سازش‌نیافته درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش‌یافته‌تر می‌شود (14). بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی عوارض تریاک، در نگرش به اعتیاد نوجوانان دارای والد معتاد انجام شد.

روش تحقیق

مطالعه حاضر، یک مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی میدانی شاهددار تصادفی‌شده می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه اول دبیرستان شهرستان مانه و سملقان بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، سابقه اعتیاد به تریاک در یکی از والدین براساس گزارش اولیه خود نوجوانان و تأیید والدین، دانش‌آموزان پسر و تحصیل در مقطع متوسطه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: غیبت بیشتر از دو جلسه در برنامه آموزشی و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون بود. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی بررسی و به شماره نامه 94/60/1639تصویب و مورد تایید قرار گرفت. همچنین معرفی‌نامه‌های لازم، از آموزش و پرورش خراسان شمالی اخذ گردید.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه، از نوع سرشماری بود؛ بدین صورت که با درنظرگرفتن معیارهای ورود، کلّیه دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان مانه و سملقان که در مصاحبه خود با مشاوران مدارس، موضوع اعتیاد یکی از والدین را مطرح کرده بودند، انتخاب شدند (37 نفر). پس از اعلام موضوع پژوهش به خانواده توسط مشاوران مدارس، دانش‌آموزانی که موافقت والد یا والدین آنها اخذ شده بود، وارد مطالعه شدند (30 نفر). سپس دانش‌آموزان بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله (15 نفر) و شاهد (15 نفر) تقسیم گردیدند. گروه‌های مداخله و شاهد، از نظر میانگین سنّی، وضعیت تحصیلی و داشتن یک والد معتاد همسان

بودند. برای رعایت اصول اخلاق در پژوهش، بعد از انجام مطالعه، دوره آموزشی برای دانش‌آموزان گروه شاهد نیز اجرا گردید.

در این مطالعه، از پرسشنامه نگرش به اعتیاد (73 سؤالی) تدوین‌شده توسط بهرامی (1383)، استفاده گردید (17). در این پرسشنامه، ده عامل نگرش به اعتیاد شامل:نگرش نسبت به اعتیاد (18 سؤال)، نگرش نسبت به مواد مخدّر (13 سؤال)، نگرش نسبت به علت مصرف مواد مخدّر (8 سؤال)، نگرش نسبت به پذیرش فرد معتاد (5 سؤال)، نگرش نسبت به شخصیت فرد معتاد (5 سؤال)، نگرش اجتماع نسبت به فرد معتاد (9 سؤال)، نگرش نسبت به ترک اعتیاد (6 سؤال)، نگرش نسبت به عواقب مصرف مواد مخدّر (3 سؤال)، نگرش نسبت به گریز از اعتیاد (3 سؤال) و گزینش اعتیاد به‌عنوان راه‌حل در زندگی (3 سؤال) مورد سنجش قرار می‌گیرد.بار ارزشی سؤالات پرسشنامه، یکسان در نظر گرفته شده و از شیوه نمره‌دهی لیکرت برای امتیازدهی به سؤالات استفاده می‌شود (17). در مطالعه حاضر، پرسشنامه به‌صورت test-re test، در شروع و پایان دوره آموزشی توسط فراگیران تکمیل گردید.

جلسات آموزشی در 6 جلسه یک‌ساعته هفتگی به‌صورت گروهی و توسط یک درمانگر کارشناسی ارشد مشاوره، زیر نظر متخصص روان‌پزشکی برگزار گردید. درمانگر، دوره‌های درمان شناختی- رفتاری ویژه بیماران معتاد را گذرانده بود. همه افراد مورد مطالعه، از ابتدا تا انتها در مطالعه شرکت داشتند. محتوای آموزشی جلسات، برگرفته‌شده از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری سوء مصرف مواد Kathleen Carrollترجمه بخشی‌پور و محمدخانی مبتنی بر آموزش عوارض مواد مخدّر بود (18). رئوس مطالب ارائه‌شده در هر جلسه به این شرح بود:

جلسه اول: برگزاری پیش آزمون، معارفه اعضاء گروه به یکدیگر و تشریح اصول و قوانین گروه درمانی. همچنین فرم رضایت آگاهانه از فراگیران با توجه به این که سن زیر 18 سال داشتند از پدران فراگیران أخذ و با هماهنگی مشاور دبیرستان صورت گرفت و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، به آنها اطمینان لازم داده شد.(لازم به ذکر است که به دلیل انجام برنامه آموزشی در خارج از ساعت حضور فراگیران در دبیرستان لازم بود که با والدین تمامی شرکت کنندگان هماهنگی لازم انجام شود**).**

جلسه دوم: آموزش عوارض جسمی مصرف تریاک از جمله: تغییرات در چهره، پیری زودرس، فاسدشدن دندان‌ها، سرطان ریه، سرطان لثه و بیماری‌های دهان و دندان، پدیده تحمل و تمایل به مصرف بیشتر تریاک برای کسب لذت، سرخوشی کاذب و زودگذر.

جلسه سوم: آموزش عوارض روانی مصرف تریاک شامل: عوارض روانی مصرف تریاک و تأثیرات روحی و روانی آن مورد بحث قرار گرفت. توهّم، خوشی کاذب، هذیان، اعتماد به نفس پایین فرد معتاد، بدبینی نسبت به دیگران و ... تشریح شد .

جلسه چهارم: از دو جنبه شامل : 1- زمانی که فرد معتاد صرف مصرف مواد مخدّر می‌نماید و زمان مفیدی را که باید صرف کسب و کار شود، صرف مصرف مواد مخدّر می‌شود؛ 2- هزینه خرید مواد مخدّر که فرد معتاد همه روزه این هزینه را به خود، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند.

جلسه پنجم: آموزش عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی مصرف تریاک.

جلسه ششم: جمع‌بندی مطالب (عوارض مصرف تریاک) و انجام پس‌آزمون.

در نهایت داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش 16) شد. برای مقایسه میانگین‌های دو گروه در مرحله قبل از مداخله و پس از مداخله، از آزمون آماری تی‌مستقل و برای مقایسه اثر مداخله در گروه، از آزمون تی‌زوجی استفاده شد. سطح معنی‌داری $P<0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

افراد مورد مطالعه شامل 30 دانش‌آموز دارای حداقل یک والد معتاد بودند. میانگین و انحراف‌معیار سن دانش‌آموزان، در گروه مداخله 15/17±0/71 سال و در گروه شاهد 14/91±0/61 سال بود که بین دو گروه از نظر این متغیّر، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (P=0/22). میانگین سنی مادران(P=0/89) و پدران(P=0/68) در دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت (P>0/05). شغل پدر همه دانش‌آموزانی که پدر شاغل داشتند، در هر دو گروه، کارگری بود شغل مادر کلیه دانش‌آموزان دو گروه خانه‌داری بود. بر این اساس، دو گروه از لحاظ شرایط سنّی فراگیران و والد مورد نظر و شغل والدین، با یکدیگر همسان بودند

نمره کل پرسشنامه نگرش به اعتیاد در مرحله پیش‌آزمون در گروه مداخله 176/11±22/83 و در گروه شاهد 165/77±27/20 به‌دست آمد (P=0/20). میانگین نمره کل در گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون 168/06±25/49 و در گروه شاهد 168/91±30/51 به‌دست آمد. بر این اساس، مداخله باعث کاهش نگرش مثبت نسبت به مواد مخدّر شد؛ ولی این تغییر از نظر آماری با استفاده از آزمون تی‌زوجی معنی‌دار نبود (P=0/57)(جدول 1). همچنین از بین ده عامل نگرش فرد نسبت به اعتیاد، شناخت‌درمانی گروهی تنها توانست میانگین نمره نگرش فرد نسبت به علّت مصرف مواد مخدّر را به‌صورت معنی‌داری کاهش دهد (P=0/04)(جدول 2).

جدول 1- مقایسه میانگین نمرات پرسشنامه نگرش به اعتیاد در دو گروه مداخله و شاهد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نگرش به اعتیاد	گروه شاهد			گروه مداخله		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	سطح معنی‌داری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	سطح معنی‌داری
نگرش به مصرف مواد مخدّر	28/45±5/41	30/55±7/06	0/50	29/78±4/83	28/8±6/19	0/42
نگرش نسبت به علت مصرف	17/41±4/99	19/23±4/00	0/56	20/17±4/08	16/89±4/57	0/04
نگرش نسبت به پذیرش فرد معتاد	11/64±3/37	11/86±3/50	0/10	13/44±3/03	12/00±3/83	0/08
نگرش نسبت به شخصیت فرد معتاد	12/83±2/94	14/33±2/43	0/66	13/36±2/90	11/77±2/90	0/57
نگرش اجتماع نسبت به اعتیاد	19/32±4/53	19/50±3/95	0/46	21/67±5/59	19/33±4/20	0/15
نگرش نسبت به ترک اعتیاد	13/77±4/26	13/73±4/30	0/50	14/61±3/22	14/89±3/64	0/49
نگرش نسبت به عواقب مصرف مواد مخدّر	5/59±1/82	6/77±2/47	0/06	6/72±1/90	6/11±2/30	0/06
نگرش نسبت به گریز از اعتیاد	8/86±2/51	9/18±2/28	0/71	8/33±3/03	9/22±1/99	0/54
گزینش اعتیاد به عنوان راه حل در زندگی	7/23±1/97	6/00±2/62	0/89	7/17±2/12	7/00±2/14	0/92
نگرش نسبت به اعتیاد	40/14±7/62	40/32±8/93	0/45	41/39±6/18	40/00±10/39	0/57
نمره کل	165/77±27/20	168/91±30/51	0/48	176/11±22/83	168/06±25/49	0/20

جدول 2- مقایسه تفاضل میانگین تغییرات نمرات پرسشنامه نگرش به اعتیاد در دو گروه مداخله و شاهد

نگرش به اعتیاد	تفاضل میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش در گروه شاهد	تفاضل میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله	سطح معنی‌داری
نگرش به مصرف مواد مخدّر	+2/10±1/65	-0/98±1/36	0/24
نگرش نسبت به علت مصرف	+1/82±0/99	-3/28±0/49	0/04
نگرش نسبت به پذیرش فرد معتاد	+0/22±0/13	-1/44±0/85	0/16
نگرش نسبت به شخصیت فرد معتاد	+1/50±0/51	-1/59±0/92	0/55
نگرش اجتماع نسبت به اعتیاد	+0/18±0/58	-2/34±1/39	0/13
نگرش نسبت به ترک اعتیاد	-0/04±0/04	+0/28±0/42	0/69
نگرش نسبت به عواقب مصرف مواد مخدّر	+1/18±0/65	-2/34±1/39	0/22
نگرش نسبت به گریز از اعتیاد	+0/32±0/23	+0/89±1/04	0/51
گزینش اعتیاد به عنوان راه حل در زندگی	-1/23±0/65	-0/17±0/02	0/89
نگرش نسبت به اعتیاد	+0/18±1/31	-1/39±4/21	0/43
نمره کل	+3/14±3/31	-8/05±2/66	0/23

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله شناخت‌درمانی گروهی عوارض مصرف تریاک در نگرش به اعتیاد دانش‌آموزان، باعث تفاوت آماری معنی‌داری در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد نشد (P=0/20). همچنین در بین ده عامل نگرش فرد نسبت به اعتیاد، شناخت‌درمانی گروهی تنها توانست میانگین نمره نگرش فرد نسبت به علّت مصرف مواد مخدّر را کاهش دهد (P=0/04).

مطالعات مختلف بیانگر این است که نگرش افراد در زمینه سوء مصرف مواد مخدّر، ارتباط تنگاتنگی با میزان آگاهی آنها نسبت به سوء مصرف مواد مخدّر دارد. بحرینی و همکاران (1392) مطالعه‌ای را با هدف بررسی اثربخشی آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد، در تغییر نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدّر در دانش‌آموزان پسر مقطع تحصیلی متوسطه انجام دادند. نتایج پژوهش آنها بیانگر این بود که از بین روش‌های پیشگیرانه در تغییر نگرش، روش شرکت حضوری در کلاس‌های حضوری که به‌مدت 12 جلسه هفتگی برگزار گردید، اثر معنی‌داری در نگرش دانش‌آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدّر داشت (8). علّت هم‌سونبودن نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه بحرینی و همکاران، ممکن است به این دلیل باشد که میزان اختلالات یادگیری در دانش‌آموزان دارای والد معتاد بیشتر از سایر دانش‌آموزان می‌باشد. همچنین ممکن است مغایرت بین نتایج مطالعه حاضر و پژوهش بحرینی و همکاران به‌دلیل نادیده‌گرفتن معدل و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان باشد؛ چرا که بالطبع فراگیرانی که از معدل و عملکرد تحصیلی بهتری برخوردارند، میزان یادگیری مؤثّرتری دارند (19).

نتایج مطالعات Botvin و Griffin (2007) و Cuijpers و همکاران (2002) نیز بیانگر این بود که آموزش پیشگیری از اعتیاد می‌تواند بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان تأثیر مثبتی داشته باشد (20، 21). علاوه بر این، در پژوهشی که Eisen و همکاران (2003) در زمینه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای نسبت به مصرف مواد مخدّر در دانش‌آموزان انجام دادند، نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و گریز از اعتیاد در دانش‌آموزان، تفاوت معنی‌داری داشت؛ بدین معنی که دوره آموزشی سبب افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان در مهارت‌های امتناع از مصرف مواد مخدّر در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شد (22). همچنین مطالعه رهنورد و همکاران (1390)، با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیرانه از مصرف سیگار

در نوجوانان دختر، نشان داد که مدل اعتقاد بهداشتی مشتمل بر حساسیّت، شدّت، منافع و موانع درک‌شده، راهنمای عمل و رفتارهای پیشگیری بعد از آموزش، در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش معنی‌داری داشت (23).

یکی از دلایل متفاوت‌بودن نتیجه مطالعه حاضر با نتایج مطالعات ذکرشده، متفاوت‌بودن ابزارهای اندازه‌گیری می‌باشد (24). به‌عنوان مثال، در مطالعه رهنورد و همکاران از پرسشنامه محقق‌ساخته و در مطالعه بحرینی و همکاران از پرسشنامه ساخته‌شده توسط آقابابایی استفاده شده بود (8). در حالی که در مطالعه حاضر، از پرسشنامه بهرامی استفاده گردید (17). متأسفانه یک ابزار استاندارد جهانی و شناخته‌شده برای سنجش نگرش نوجوانان به مواد مخدّر وجود ندارد. این مسئله باعث می‌شود نتوان نتایج مداخلات مختلف را به یکدیگر تعمیم داد (24).

از محدودیت‌های این مطالعه، حجم نمونه پایین آن بود. به‌دلیل انجام آموزش شناخت‌درمانی گروهی، در بالابردن تعداد افراد، محدودیّت وجود داشت. علاوه بر این، افراد مورد مطالعه محدود به یک شهرستان کوچک و از منطقه خاصی از شهر (اغلب دارای بافت روستایی) انتخاب شده بودند؛ بنابراین ممکن است این نتایج قابل تعمیم به دانش‌آموزان شهرهای بزرگ نباشد. همچنین گروه مورد مطالعه همگی دارای یک والد معتاد مصرف‌کننده تریاک بودند که به‌طور معمول آسیب‌های اجتماعی و خانوادگی کمتری نسبت به مواد مخدّر دیگر مانند: هروئین، کراک و شیشه دارد. بنابراین تغییر نگرش در گروه‌های با آسیب کمتر ممکن است قابل تعمیم به دانش‌آموزان دارای والد مصرف‌کننده هروئین، کراک و شیشه نباشد. از سویی پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان در مقطع سنّی خاصّی صورت گرفت. در این زمینه نیز در تعمیم نتایج به دوره‌های سنّی دیگر، محدودیت‌هایی وجود دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر این بود که آموزش به روش شناخت‌درمانی گروهی، میزان نگرش نسبت به علت مصرف مواد مخدّر (یکی از ده عامل پرسشنامه) را به‌صورت معنی‌داری تغییر داد؛ ولی بر روی نگرش کلّی نوجوانان مؤثر نبود. بسیاری از والدین، با دلایل مختلفی مانند: مصرف برای انرژی بیشتر، مصرف برای توانایی انجام کار و یا مصرف برای بهبود دردهای جسمانی، سعی در توجیه مصرف مواد مخدّر توسط فرزندان خود دارند. همچنین به نظر می‌رسد که در باورهای فرهنگی فرزندان دارای والد معتاد، به‌خصوص آنهایی که والد مصرف‌کننده تریاک دارند، ریشه‌های عمیق‌تری نسبت به خاصیّت دارویی مواد وجود دارد. این موضوع می‌تواند نگرش مثبتی در این فرزندان ایجاد نماید؛ به طوری که در شرایط مشابه با والدین خود، مصرف مواد را حق خود بدانند.

نتایج مطالعات اخیر بر روی فرزندان دارای والد معتاد نشان داده است که آموزش گروهی عوارض مصرف تریاک که تأکید بر عدم تأثیر این مواد بر روی قدرت کار و انرژی افراد دارند، می‌تواند نگرش مثبت این نوجوانان را تغییر دهد (25). این مطالعه نشان داد که با توجه به عدم وجود پرسشنامه استاندارد در این حوزه، مداخلات آموزشی و روان‌درمانی‌های گروهی در نوجوانان دارای والد معتاد، نیاز به بازبینی و ارزیابی‌های بیشتر دارد. بنابراین در این حیطه، مقایسه بین مطالعات مختلف بسیار مشکل می‌باشد.

منابع:

1- Solhi M, Abolfathi M. The effect of education about prevention of addiction through health belief model (HBM) on knowledge and perceptions of high school students in Saveh. Health Education and Health Promotion. 2013; 1(2): 31-40. [Persian]

2- Young SE, Corley RP, Stallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. Drug Alcohol Depend. 2002; 68(3): 309-22.

3- Solis JM, Shadur JM, Burns AR, Hussong AM. Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. Currt Drug Abuse Rev. 2012; 5(2): 135-47.

4- Gunning M, Sussman S, Rohrbach LA, Kniazev V, Masagutov R. Concurrent predictors of cigarette and alcohol use among US and Russian adolescents. J Drug Edu. 2009; 39(4): 385-400.

5- Fals-Stewart W, Fincham FD, Kelley ML. Substance-abusing parents' attitudes toward allowing their custodial children to participate in treatment: a comparison of mothers versus fathers. J Fam Psychol. 2004; 18(4): 666-71.

6- Down R, Willner P, Watts L, Griffiths J. Anger management groups for adolescents: A mixed-methods study of efficacy and treatment preferences. Clin Child Psychol Psychiatry. 2011; 16(1): 33-52.

7- Walter HJ, Vaughan RD, Cohall AT. Risk factors for substance use among high school students: Implications for prevention. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991; 30(4): 556-62.

8- Bahreini-Borujeni M, Ghaedamini Harouni Gh.R, Saedzadeh HR, Sepehri Borujeni K. Examination of the four effectiveness methods of preventive from drug abuse on changing attitude towards drug abuse in the high schools boys. J Shahrekord Univ Med Sci. 2014; 16(2): 43-51. [Persian]

9- Zeinali A, Vahdat R, Garadingeh K. The relationship between parenting style and addiction susceptibility in children. J Family Res. 2010; 6(23): 335-52. [Persian]

10- Churchill W. Future Directions with Treatment, Training, and Research. In: Selekman MD, Beyebach M. Changing Self-Destructive Habits: Pathways to Solutions with Couples and Families; New York: Routledge; 2014, 309.

11- Afifi M. Positive health practices and depressive symptoms among high school adolescents in Oman. Singapore Med J. 2006; 47(11): 960-6. [Persian]

12- Glasman LR, Albarracȋn D. Forming attitudes that predict future behavior: a meta-analysis of the attitude-behavior relation. Psychol Bul. 2006; 132(5): 778-882.

13- Carroll KM, Ball SA, Martino S, Nich C, Babuscio TA, Nuro KF, et al. Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. Am J Psychiatry. 2008; 165(7): 881-8.

14- Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2011; 187(3): 441-53.

15- Robabeh S Md, Jafar MM Md, Sharareh H Md, Maryam HR Md, Masoumeh E Ma. The Effect of Cognitive Behavior Therapy in Insomnia due to Methadone Maintenance Therapy: A Randomized Clinical Trial. Iran J Med Sci. 2015; 40(5): 396-403.

16- Watkins KE, Hunter SB, Hepner KA, Paddock SM, de la Cruz E, Zhou AJ, et al. An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(6): 577-84.

17- Bahrami Ehsan H. Addiction and process of prevention. Tehran: Samt Inc; 2004. [Persian]

18- Carroll , Kathleen . A Practical Guide cognitive-behavioral therapy drug abuse . Abbas Bakhshipor and Shahram Mohammad Khani. Tehran , Press Espand art(1998).68-84.

.

19- Straussner SLA, Fewell CH (eds.). Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment. New York: Springer publishing company; 2011.

20- Botvin GJ, Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. Inl Rev Psychiatry. 2007; 19(6): 607-15.

21- Cuijpers P, Jonkers R, de Weerdt I, de Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the ‘Healthy School and Drugs’ project. Addiction. 2002; 97(1): 67-73.

22- Eisen M, Zellman GL, Murray DM. Evaluating the Lions–Quest “Skills for Adolescence” drug education program: Second-year behavior outcomes. Addic behav. 2003; 28(5): 883-97.

23- Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. An educational intervention using health belief model on smoking preventive behavior among female teenagers. Hayat. 2011; 17(3): 15-26. [Persian]

24- Kumpfer KL. Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. Pediatrics. 1999; 103(5 Pt 2): 1128-44.

25- Ekhtiari H. Guide to understanding and treatment of addiction in Iran. Tehran: Arjmand; 2012. [Persian]

Abstract *Original Article*

Effectiveness of group cognitive therapy about opium addict complications on attitude of adolescents with drug dependent parents

Seyed Kaveh Hojjat[1], Abolfazl Azadi[2], Hadiseh Monadi ziarat[3],Mina Norozi Khalili[4], Seyed Esmaeil Hatami[5]; Mahdi Rezaei[6]

Background and Aim: Statistics show that 30% to 40 % of opium addicted fathers' children are prone to substance abuse in the future. The present study aimed at assessing the effectiveness of cognitive therapy approach to attitude changing of adolescents with substance dependent fathers.

Materials and Methods: In this controlled. field-trail randomized study. .data collection tool was "attitude to addiction questionnaire". The study population was all male students in the first grade of high school in Maneh - Samalghan city. . Six sessions of group cognitive therapy based on the effectiveness of drug side-effects in drug-addicted fathers' adolescent children's attitude were held. The above-mentioned questionnaire was filled out before and after intervention. The obtained data was fed into SPSS software (V: 16) using. Independent t-test .and paired t-test were used for analysis and P<0.05 was taken as the significant level.

Results: There were no significant differences between the two groups in pre-test regarding their attitude about drug abuse (P=.20%). Mean score variance from pre-test to post-test in the intervention group decreased, but in the control group, it showed a slight increase. This means that the intervention reduced the positive attitude towards drugs, but the changes were not statistically significant (p=0.57). Besides, among ten factors decisive in an individual's attitude about addiction, only group cognitive therapy was able to decrease mean points of an individual's attitude about drug abuse .. Significantly (P = 0.04).

Conclusion: It was found that group cognitive therapy education about opium addict complicationsdidn`t have a significant effect on the attitude of the students with addicted fathers. Thus, a change of adolescents' attitude requires more research.

Key Words: Cognitive therapy, Substance abusing parents 'adolescent children, Opium

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2016; 22 (4): 349-358

Received: July 13, 2015 ***Accepted: January 12, 2016***

1 MD, Psychiatrist, Assistant Professor, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
2 MA of Rehabilitaion counseling, Islamic Azad University, ghuchan branch, ghuchan, Iran
3 Corresponding author; MSc of Educational Nursing, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
4 MD, Department of Community Medicine and Ethics, Faculty of Medicine, North khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
5 MSc of Epidemiology, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
6 MA of Clinical Psychology, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.