فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال یازدهم، شماره چهل و یکم، بهار ۱۳۹۶
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 11, No. 41, Spring 2017

مقاله
پژوهشی
Research
Article

اثربخشی مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر بهبود کیفیت زندگی و مهار عقاید وسوسه‌انگیز درافراد با اختلال سوءمصرف مواد

اسماعیل صدری دمیرچی[۱]، احمدرضا کیانی چلمردی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۷/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاورهٔرفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بربهبود کیفیت زندگی ومهار عقاید وسوسه‌انگیز در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد می‌باشد. **روش:** روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ این پژوهش شامل افراد وابسته به مواد مخدر در سال ۱۳۹۴ در شهرستان ارومیه بوده است. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر مرد در گستره سنی ۲۰ تا ۴۵ سال با اختلال سوءمصرف مواد بودند که به روش نمونه‌گیری ملاک‌محور انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس برنامه مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر به مدت ۱۲ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. گروه گواه در طول این‌مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های عقاید وسوسه‌انگیز و کیفیت زندگی استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای‌پرخطربر افزایش کیفیت زندگی و بهبود عقاید وسوسه‌انگیز گروه آزمایشی تاثیر داشته است. همچنین اثربخشی این روش در پیگیری یک و نیم ماهه از ثبات نسبی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** مشاوره رفتاری کاهش‌رفتارهای پرخطر شیوه اثربخش بر کنترل و درمان در افراد وابسته به موادمخدر بوده و می‌تواند به عنوان یک برنامه مداخله روان‌شناختی در مراکز درمانی مورد استفاده درمان‌گران قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: مشاوره رفتاری رفتارهای پرخطر، کیفیت زندگی، عقاید وسوسه‌انگیز، وابستگی به مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، پست الکترونیک: e.sadri@uma.ac.ir
۲. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

اعتیاد اختلالی با عود مزمن است که با رفتارهای تکانشی جستجوی مواد علی‌رغم پیامدهای منفی آن همراه است (میلتون و اوریت، ۲۰۱۲). در اختلالات اعتیادی نیز عود به عنوان برگشت دوباره به مصرف مادهٔ اعتیادآور بعد از یک دورهٔ پرهیز تعریف شده است (اوبرین، ۲۰۰۶). رفتارهای پرخطر طیف وسیعی از رفتارهای آسیب‌زا را شامل می‌شود که اعتیاد یکی از مولفه‌های مهم آن می‌باشد (باریکانی، ۱۳۸۷). از نظر اصطلاح‌شناسی، رفتارهای پرخطر[1] به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را در فرد افزایش می‌دهد (کارگرگ، اندربای و گرور[2]،۲۰۰۳). این رفتارها معمولاًعلائمی چون تخطی از قانون- مانند تخریب اموال، سرقت، خشونت- مصرف دخانیات، الکل، موادمخدر، فرار از مدرسه،آتش‌افروزی، تجاوز به عنف و یا تهدید را دربرمی‌گیرد و غالباً تحت عنوان بزهکاری نوجوانان دسته‌بندی می‌شوند (گارمزی و ماستن[3]،۱۹۹۱). رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی و اجتماعی است که بر فرد، خانواده و جامعه تاثیر می‌گذارد (جانستون، اومالی، بچمن[4]، ۲۰۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهند بسیاری از رفتارهای پرخطر همانند مصرف سیگار، مواد مخدر وروابط جنسی پیش از سنین ۱۸سالگی اتفاق می‌افتند (برگمن و اسکات[5]،۲۰۰۱) و علت بسیاری از مرگ و میرها در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (لیندبرگ، بوگست و ویلیامز[6]،۲۰۰۰).

در میان این نشانه‌ها، سوءمصرف موادمخدر آثار مخرب و ویران‌گرتری را برجنبه‌های گوناگون فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی یک جامعه برجای می‌گذارد. یافته‌های بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری وابستگی به مواد مخدر برخی عوامل چون ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط بین‌فردی، باورها، احساسات و عواطف، الگوی دلبستگی و رفتارهایی که درمسیر رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی ایفا

1. risk-taking behavior
2. Carr-Gregg, Enderby & Grover
3. Garmezy & Masten
4. Johnston, O'Malley & Bachmon
5. Bergman & Scott
6. Lindberg, Boggess & Williams

می کننـد (حبیبی، بهرامی و رســتمی، ۱۳۹۱؛ آرتگا، چن و رینولدز[1]، ۲۰۱۰، اســتون، بیکر، هـابر و کـاتـالانو[2]، ۲۰۱۲)، و همچنین این رفتارها با برخی از انواع اختلالات روان‌شــناختی ارتباط قوی دارد (ســادوک، ســادوک و کاپلان[3]، ۲۰۰۷؛ داوســون، گلدشــتاین، موس و گرانـت[4]، ۲۰۱۰؛ کوهن[5] و همکـاران، ۲۰۱۱؛ الگری و همکـاران، ۲۰۱۱). بـه نظر می‌رســد خصــوصــیات شــخصــیتی، ســبک زندگی، روابط خانوادگی، عقاید و کژکاری در تنظیم رفتـارهـا و هیجانات در این افراد به طور معناداری با افراد ســالم متفاوت اســت. برای نمونه یافته‌های سـلیمانی‌نیا (۱۳۸۶) نشـان داد که نوجوان از مصـرف موادمخدر به منزله راهی برای مقابله با مشـکلات، احسـاسـات منفی و موقعیت‌های فشـارزا استفاده می کند. فشار روانی نظیر فشـار گروه همسـالان و پرخاشـگری، خود پیش‌بینی کننده‌ی مهمی در مصرف مواد از سوی نوجوانان محسوب می گردد (هاوکینز، کاتالانو و میلر[6]،۱۹۹۲).

وابسـتگی به مواد بر الگوی زندگی سـالم ونیز میزان انطباق فرد با عوامل اسـترس‌زای زندگی و کیفیـت زنـدگی تـاثیر نامطلوب دارد. در این رابطه بررســی‌ها نشــان داده‌اند عواملی چون روش‌هـای مقـابلـه، میزان ســازگاری با محیط، تنش‌های تحمل شــده، دســتیابی به اهداف زنـدگی و شــنـاخـت خود مولـد بودن، مفیـد بودن، نحوه نگرش بـه آینـده، آگـاهی افراد و رفتـارهـای مقابله‌ای تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارند (عظیمی و باجلان، ۱۳۸۸). همچنین افکـار وســوســه‌انگیز و تمـایلات غیر قـابل کنترل درطول درمان و بعد از آن عامل موثر و مهمی در مصــرف مواد هســتند (رحمانیان و همکاران، ۱۳۸۵). مارلات و گوردون[7] (۱۹۸۰) نشــان دادند زمانی که افراد در موقعیت‌های پرخطر قرار می گیرند در صــورت فقدان رفتارها و پاسـخ‌های مقابله‌ای مناسـب و موثر احسـاس خودکارآمدی‌شـان کاهش می یابد ودر نتیجه انتظارات مثبتی در زمینه وســوســه، لغزش و ســپس مصــرف مواد و یا بازگشــت به آن پیدا می‌شود (فرانکن، کرون، ویرس و جانسن[8]، ۲۰۰۰).

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 41, Spring 2017

1. Arteaga, Chen & Reynolds
2. Stone, Becker, Huber & Catalano
3. Sadock, Sadock & Kaplan
4. Dawson, Goldstein, Moss & Grant
5. Cohen
6. Hawkins, Gatalano & Miller
7. Marlatt & Gordon
8. Franken, Kroon, Wiers & Jansen

اگرچه برمبنای مفروضه سنتی از رویکرد رفتاری و درمان‌های مبتنی بر این رویکرد، فرض بر این است که درمان‌های رفتاری عمدتاً به منظور تغییر رفتارهای فرد به کار می‌رود، اما با تغییر و تحولات جدید در رویکردهای رفتاری مباحث مربوط به موضوعات فکری و شناختی نیز وارد این درمان‌ها گردیده و امروزه به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عبارتی دیگر، امروزه دیگر بحث مربوط به درمان‌های رفتاری به صورت ابتدایی و رادیکال آن که صرفاً کاربردی رفتاری داشت دیگر مطرح نمی‌باشد و بیشتر تعامل بین رفتار و تفکرات مورد توجه است (شارف[1]، ۲۰۰۸). بر همین اساس، رویکردهای رفتاری به عنوان بخشی از درمان‌های اساسی و موثر در زمینه پیشگیری و درمان در مبتلایان به موادمخدر می‌باشد. مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر، یک رویکرد درمانی ترکیبی و پیچیده است که شامل چندین بخش، ازجمله مداخلات روان‌شناختی، مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، درمان با متادون و پیگیری‌های اجتماعی است. پیگیری‌های اجتماعی و بخصوص برنامه‌های مداخله‌ی روان‌شناختی به عنوان یکی از اجزای اساسی این رویکرد چندجانبه می‌تواند آثار مثبت جنبه‌های دیگر ازجمله درمان با متادون را افزایش داده، باعث ایجاد تغییرات مثبت در زندگی بیمار گردد. مداخلات روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا از طریق اصلاح رفتاری و تحلیل کارکردی، نشانه‌ها و شرایطی را که با مصرف مواد به نوعی در ارتباط هستند، شناسایی کنند. همچنین به عنوان بخش کاربردی و موثر، مداخلات روان‌شناختی از طریق آموزش مهارت‌ها به افراد کمک می‌کند که با استفاده از این توانایی‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای (مهارت‌های حل‌مسئله، تصمیم‌گیری، مدیریت هیجانات، جرأت‌ورزی و...) در شرایط سخت و بحرانی به طرزی موثر با مشکلات برخورد کنند. از طرفی شرکت در جلسات درمانی خصوصاً به شکل گروهی باعث ایجاد تغییرات مثبت در فرد و کاهش آثار منفی ناشی از مصرف مواد و شرایط خاص زندگی بیمار نظیر افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش اعتماد به نفس و احساس کفایت فردی می‌گردد. در نتیجه شرکت در جلسات مشاوره رفتاری باعث ایجاد تغییرات مثبت رفتاری در فرد و به موازات آن نحوه نگرش وی به زندگی، اصلاح عقاید

1. Sharf

منفی، اصـــلاح محیط اجتمـاعی و روابط درون‌فردی و بین‌فردی می‌گردد، که مجموعه این عوامـل بـه خودی خود می‌تواند آثار مثبتی بر کیفیت زندگی فرد و عقاید منفی فرد گذاشـــته و باعث رهایی از وابسـتگی به موادمخدر و وسـوسـه‌های ناشی از مصرف گردد. بدین ترتیب در درمـان رفتـاری ســـعی می‌شـــود نقـایص رفتاری را که باعث شـــکل‌گیری عقاید منفی و وسـوسـه‌انگیز با مواد می‌شـود تغییر داده شـود و رفتارهای مقابله‌ای ناسـازگارانه مصرف مواد کاهش یابد.

بررســی‌ها نشـــان می‌دهد در میان ســـایر شـــیوه‌های درمانی، درمان رفتاری ازجمله روش‌ها و مداخلات درمانی موثراســـت که در درمان بســـیاری از اختلالات و نارســـایی‌های رفتاری به کار برده شـده و به ویژه در درمان اعتیاد و وابسـتگی به موادمخدر مطرح بوده اسـت. جسـور، داناوان و کاسـتا[1] (۱۹۹۱)، معتقدند افرادی که مسـتعد یک رفتار مشـکل‌زا می‌باشـند (مثلا بزهکاری)، مسـتعد سـایر رفتارهای مشـکل‌زا (مثلا سـوءمصـرف مواد) نیز خواهند بود. آنان در مـدل رفتـاری خود از علل رفتارهای مشـــکل‌زا نظیر مصـــرف مواد، مشـــروبات الکلی و بزه‌کـاری نشـــان دادنـد کـه نظـام رفتـاری فرد بـه عنوان یکی از حوزه‌هـای موثر می‌توانـد به آسـیب‌پذیری روان‌شـناختی برای انجام رفتار مشـکل‌سـاز منجر گردد. براین اسـاس مصرف مواد و دخانیات به عنوان یک رفتار آموخته شـده، هدفمند و اجتماعی درنظر گرفته می‌شـود کـه می‌توانـد بر اثر آموزش‌هـای منـاســـب، تغییر رفتـار کـاهش یـافتـه و یا اصـــلاح گردد. پژوهش‌های انجام گرفته نشـان می‌دهند که شـیوه درمانی مبتنی بر مشـاوره رفتاری بر کاهش رفتارهای پرخطر ازجمله کاهش‌های ناشـــی از بیماری ایدز و مصـــرف موادمخدر در درمان و پیشـــگیری ازبـازگشـــت مصـــرف مواد و کنترل ابتلا بـه ایدز موثر اســـت (بکموند، میر، ایچن‌لوب، و شـــاتز[2]، ۲۰۰۷؛ چاوارســـکی، مازلان و شـــاتنفیلد[3]، ۲۰۰۸؛ چاوارســـکی، زو و شـــاتنفیلد[4]، ۲۰۱۱؛ کو، وانگ، ین و هســـو[5]، ۲۰۱۲؛ مارک، چاوارســـکی، باری، مازلان، و شـاتنفلد[6]، ۲۰۱۳). همچنین نتایج حاصـل از پژوهش انجام گرفته توسـط حامدی، شهیدی و

1. Jessor, Donovan & Gosta
2. Backmund, Meyer, Eichenlaub, & Schutz
3. Chawaraski, Mazlan, & Schottenfeld
4. Chawarski, Zhou & Schottenfeld
5. Ko, Wang, Wu, Yen & Hsu
6. Marek, Chawaraski, Barry, Mazlan, & Schottenfeld

خادمی (۱۳۹۲) در زمینه مقایسه اثربخشی روش‌های مختلف بر پیشگیری از بازگشت مصرف مواد در افراد وابسته به آن نشان داد که شیوه مشاوره رفتاری باعث کاهش آسیب در پیشگیری از بازگشت می‌شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد وابسته به موادی بود که در سال ۱۳۹۴ به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر مهاباد مراجعه کرده بودند. براساس روش نمونه‌گیری ملاک‌محور تعداد ۴۰ مرد وابسته به مواد از مراجعین به چهار مرکز درمانی به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی دردو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص وابستگی به مواد (براساس تشخیص متخصص سم‌زدایی مرکز و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه‌ی پنجم)، اعلام آمادگی برای دریافت خدمات روان‌شناختی، دارا بودن سطح تحصیلات متوسطه، توافق برای انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و حضور مستمر، عدم تشخیص سایر اختلالات روان‌شناختی براساس تشخیص متخصص بالینی مرکز و دارا بودن سن ۲۰ تا ۴۵ سال بوده است. ملاک‌های خروج از طرح نیز شامل قطع دوره درمان، عدم علاقه به ادامه و یا شرکت در جلسات، غیبت بیش از سه جلسه و عدم رعایت قوانین کلاسی و یا جلسات که مغایر با اهداف پژوهش باشد، بوده است.

ابزار

۱-پرسش‌نامه کیفیت زندگی: پرسش‌نامه کیفیت زندگی برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. این پرسش‌نامه روایی و اعتبار مناسبی دارد. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشربون سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و روایی و اعتبار آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفت. مفاهیمی که توسط این پرسش‌نامه سنجیده

می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی سلامت وضعیت جسمانی و روانی است که به‌وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل‌دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسش‌نامه ۳۶ گویه‌ای هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارتند از: ۱-سلامت عمومی، ۲- عملکرد جسمانی، ۳- محدودیت ایفای نقش به دلیل جسمانی، ۴- محدودیت ایفای نقش به دلیل عاطفی، ۵- درد بدنی، ۶- عملکرد اجتماعی، ۷- خستگی یا نشاط و ۸- سلامت‌روانی. روایی و اعتبار آن را برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۷ در بین ۴۱۶۳ نفر در رده‌های سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند. ضریب اعتبار در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گزارش شد (به جزء بعد سرزندگی که ۰/۶۵ به دست آمد). درمجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسش‌نامه در بین جمعیت عمومی ابزار مناسبی است. پایین‌ترین نمره صفر و بالاترین آن ۱۰۰ است.

۲. پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز: این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی است که توسط رایت و بک (۱۹۹۳)، ساخته شده است. این پرسش‌نامه باورهای مربوط به وسوسه‌ی مواد در فرد را می‌سنجد و دارای ۲۰ گویه است که هر کدام در یک مقیاس ۷ درجه‌ای (از کاملا مخالف تا کاملا موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است. اعتبار آن برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و به روش تنصیف ۰/۸۱ گزارش شده است (رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). همچنین محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) اعتبار آن را با استفاده از روش کرونباخ (۷۷٪) گزارش کرده‌اند.

روش اجرا

بعد از اخذ هماهنگی‌های لازم از چهار مرکز ترک اعتیاد و انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آن‌ها در دو گروه آزمایش و گواه، مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر به صورت گروهی در دوازده جلسه‌ی یک ساعته به مدت سه ماه به گروه آزمایش به شرح جدول ۱ ارائه شد.

جدول۱: برنامه مداخله رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
اول	معرفی وآشنایی اعضا با یکدیگر و درمان‌گر، معرفی برنامه آموزشی مشاوره رفتاری، ارزیابی افراد، مرور فرایند درمان متادون و تست، ارائه و بررسی قوانین جلسات آموزشی و زمان و مکان آن و قرارداد اولیه درباره نحوه پایبندی به درمان.
دوم	بررسی موارد جلسه قبل و ارائه بازخوردهای لازم، بررسی مسائل و مشکلات فعلی، ارائه اطلاعاتی درباره مشکل اعتیاد به عنوان یک بیماری و لزوم درمان آن و قرارداد تغییر.
سوم	بررسی موارد جلسه قبل و ارائه بازخوردهای لازم درباره قرارداد، معرفی انواع اعتیاد و نحوه وابستگی به مواد، مرور مشکلات فعلی بیمار و قرارداد جلسه بعد.
چهارم	بررسی موارد جلسه قبل و ارائه بازخوردهای لازم درباره قرارداد، آموزش درباره رفتارهای پرخطر جنسی و بیماری‌های تزریقی، بررسی مشکلات فعلی و تغییرات در زندگی بیمار و قرارداد جلسه بعد.
پنجم	بررسی موارد جلسه قبل و ارائه بازخوردهای لازم درباره قرارداد، آموزش درباره سوءمصرف داروهای روان‌گردان، مرور مسائل فعلی بیمار و قرارداد جلسه بعد.
ششم	بررسی موارد جلسه قبل و ارائه بازخوردهای لازم درباره قراردادهای جلسات و ارائه بازخوردهای مثبت، ارزیابی جلسات درمانی و تغییرات مثبت صورت گرفته در طول شش جلسه قبلی، جمع‌بندی موارد جلسات قبل، توصیف اهداف درمانی جلسات بعد و قرارداد جلسه بعد.
هفتم	از جلسه هفتم به بعد جلسات بسته به نیازهای اعضا ممکن بود متفاوت باشد و همراه با ارائه موضوعات آموزشی بیشتر بر روی تغییرات مثبت ایجاد شده در جلسات قبلی تمرکز انجام می‌شد. عمده موارد و موضوعات ارائه شده در جلسات همراه با بررسی قراردادها و ارائه بازخوردهای لازم عبارت بودند از: آموزش درباره اچ آی وی و ارزیابی آگاهی از آن که در جلسه هفتم انجام شد.
هشتم	استعمال دخانیات و مضرات آن.
نهم	پیشگیری از عود اعتیاد، درک تجربه بیمار از میل به مصرف و بررسی مثلث فکر-وسوسه-رفتار مصرف.
دهم و یازدهم	ارائه آموزش‌های لازم در زمینه مهارت‌های اساسی از قبیل مهارت‌های نه گفتن، حل مسئله و کنترل امیال و هیجانات (کنترل میل به مصرف).
دوازدهم	مرور اجرای قرارداد و ارائه بازخوردهای مثبت، جمع‌بندی موارد و تغیرات مثبت در طول جلسات، ارائه نظرات شرکت‌کنندگان درباره جلسات، جمع‌بندی و احساسات آن‌ها از مشاوره و پایان جلسات.

لازم به ذکر است که طرح جلسات درمانی در هر جلسه با تمرکز بر تغییرات مثبت و حل مشکلات فعلی افراد بیشتر بر ارتقا کیفیت زندگی و عقاید وسوسه‌انگیز با مواد استوار بود. همچنین بعد از گذشت یک و نیم ماه از جلسات درمانی، به منظور سنجش پایا بودن اثرات مثبت درمانی، تمامی افراد با استفاده از دو ابزار پژوهشی مورد استفاده در پژوهش مورد ارزیابی مجدد پیگیری برنامه درمانی قرار گرفتند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال قرار داشتند. هر دو گروه مذکر، دارای حداقل تحصیلات سیکل و حداکثر لیسانس بودند. همگی دارای مدت زمان مصرف بالای یک سال بودند. از نظر سایر شاخص‌ها اعضای هر دو گروه از جمله مصرف متادون تفاوت معناداری نداشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف‌استاندارد
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۵۵/۳۷	۳/۱۵
		پس‌آزمون	۲۰	۷۳/۹۱	۲/۳۵
		پیگیری	۲۰	۷۰/۵۳	۲/۵۷
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۵۲/۹۲	۲/۹۵
		پس‌آزمون	۲۰	۵۱/۲۶	۲/۵۵
		پیگیری	۲۰	۴۷/۸۸	۱/۹۱
عقاید وسوسه‌انگیز	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۸۰/۶۶	۱۳/۷۵
		پس‌آزمون	۲۰	۶۱/۶۷	۲/۲۵
		پیگیری	۲۰	۵۹/۵۷	۱/۹۰
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۸۹/۴۱	۷/۳۴
		پس‌آزمون	۲۰	۸۶/۰۹	۱/۸۹
		پیگیری	۲۰	۸۷/۲۵	۱/۹۶
عملکرد جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۶۴/۲۱	۱۷/۳۸
		پس‌آزمون	۲۰	۷۸/۴۸	۱۷/۰۵
		پیگیری	۲۰	۷۳/۱۱	۱۷/۲۱
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۵۳/۸۱	۲۵/۶۸
		پس‌آزمون	۲۰	۵۴/۳۶	۲۵/۸۵
		پیگیری	۲۰	۵۱/۷۶	۲۴/۴۶
محدودیت‌های ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۴۳/۹۲	۴۱/۶۰
		پس‌آزمون	۲۰	۷۱/۸۳	۳۱/۱۵
		پیگیری	۲۰	۶۸/۹۰	۳۳/۶۹
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۴۵/۷۲	۳۶/۸۵
		پس‌آزمون	۲۰	۳۶/۳۴	۳۱/۳۸
		پیگیری	۲۰	۳۵/۴۰	۳۱/۰۴
محدودیت‌های ایفای نقش به دلیل مشکلات هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۴۴/۶۶	۴۱/۱۵
		پس‌آزمون	۲۰	۷۵/۳۷	۳۱/۶۵
		پیگیری	۲۰	۷۱/۶۷	۳۳/۵۳

جدول۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف‌استاندارد
خستگی یانشاط	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۴۱/۱۵	۳۴/۲۸
		پس‌آزمون	۲۰	۴۴/۳۶	۳۶/۴۵
		پیگیری	۲۰	۳۸/۱۸	۳۵/۴۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۴۹/۲۷	۱۷/۸۳
		پس‌آزمون	۲۰	۶۷/۶۲	۱۶/۷۱
		پیگیری	۲۰	۶۵/۷۱	۱۶/۶۲
سلامت عاطفی	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۴۸/۳۳	۲۱/۹۴
		پس‌آزمون	۲۰	۴۵/۵۵	۲۰/۱۹
		پیگیری	۲۰	۴۱/۱۴	۱۸/۹۴
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۵۸/۲۴	۱۸/۵۸
		پس‌آزمون	۲۰	۷۲/۳۸	۱۵/۶۵
		پیگیری	۲۰	۶۹/۹۵	۱۶/۷۳
عملکرد اجتماعی	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۵۵/۶۲	۱۵/۰۲
		پس‌آزمون	۲۰	۵۶/۱۰	۱۴/۸۷
		پیگیری	۲۰	۵۲/۳۸	۱۵/۲۳
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۶۴/۱۱	۲۱/۶۱
		پس‌آزمون	۲۰	۷۷/۹۰	۲۱/۶۱
		پیگیری	۲۰	۷۲/۸۶	۲۱/۳۳
درد جسمانی	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۶۴/۱۹	۲۳/۳۹
		پس‌آزمون	۲۰	۶۱/۷۴	۲۰/۰۴
		پیگیری	۲۰	۶۲/۸۱	۲۱/۹۵
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۵۲/۲۷	۲۴/۲۱
		پس‌آزمون	۲۰	۶۸/۳۸	۱۹/۱۱
		پیگیری	۲۰	۶۶/۲۴	۱۸/۵۸
سلامت عمومی	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۵۳/۴۰	۲۴/۸۴
		پس‌آزمون	۲۰	۵۵/۵۸	۲۶/۹۸
		پیگیری	۲۰	۴۸/۱۱	۲۲/۱۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۶۲/۲۷	۱۸/۳۴
		پس‌آزمون	۲۰	۷۹/۳۴	۱۹/۵۴
		پیگیری	۲۰	۷۵/۸۶	۱۹/۱۵
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰	۶۱/۱۵	۲۳/۹۰
		پس‌آزمون	۲۰	۵۵/۷۶	۲۳/۱۱
		پیگیری	۲۰	۵۳/۱۹	۲۲/۹۰

جهت بررسی اثربخشی مداخله بر عقاید وسوسه‌انگیز از تحلیل کواریانس می‌بایستی استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون

لون حکایت از برقراری این مفروضه داشت (P>۰/۰۵). همچنین مفروضه‌ی دیگر نرمال بودن توزیع نمرات است که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف حکایت از برقراری این مفروضه داشت (P>۰/۰۵). بنابراین تحلیل کواریانس به شرح جدول ۳ انجام شد.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۶۳۲/۸۲	۱	۱۶۳۲/۸۲	۳۰/۴۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰
خطا	۳۶۱/۶۹	۱۷	۲۱/۲۳			

همانگونه که در جدول ۳ ارائه شده است مداخله بر کاهش نمرات عقاید وسوسه‌انگیز موثر بوده است (P<۰/۰۰۱). برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز از تحلیل کواریانس تک متغیری این‌بار با نمرات پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول٤: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۷۲۴/۳۰	۱	۱۷۲۴/۳۰	۳۱/۳۴۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۱
خطا	۷۳۳/۳۱	۱۷	۴۳/۱۱			

همانگونه که در جدول ۴ ارائه شده است اثربخشی مداخله برای کاهش نمرات عقاید وسوسه‌انگیز تداوم داشته است (P<۰/۰۰۱).

همچنین برای بررسی اثربخشی مداخله بر کیفیت زندگی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه برای تمام مولفه‌ها داشت (P>۰/۰۵). همچنین مفروضه‌ی دیگر نرمال بودن توزیع نمرات است که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف حکایت از برقراری این مفروضه برای تمام مولفه‌ها داشت (P>۰/۰۵). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از اثربخشی مداخله داشت

(۰/۶۳۶=اندازه اثر ,P<۰/۰۰۱ ,F=۳۵/۸۳۱ ,۰/۳۵۴=لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر مولفه‌های کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین مجذورات	آمارهF	معناداری	اندازه اثر
عملکردجسمانی	۵۵۲۱/۹۵	۳۰/۸۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۹
محدودیت‌های ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمانی	۳۱۱۴/۵۹	۳۵/۳۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۲
محدودیت‌های ایفای نقش به دلیل مشکلات هیجانی	۱۰۳/۹۵	۱۱/۱۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۲
خستگی یانشاط	۲۱۱۹/۹۰	۲۰/۸۶	۰/۰۰۰۵	۰/۲۲
سلامت عاطفی	۸۳۰/۲۱	۳۷/۶۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۰
عملکرد اجتماعی	۳۹۰/۳۷	۲۱/۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۱۵
درد جسمانی	۶۰۴/۵۶	۳۷/۱۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۲
سلامت عمومی	۱۲۱۹/۹۰	۲۵/۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۷

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها مداخله اثربخش بوده است (P<۰/۰۰۱).

همچنین برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر کیفیت زندگی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه برای تمام مولفه‌ها داشت (P>۰/۰۵). همچنین مفروضه‌ی دیگر نرمال بودن توزیع نمرات است که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف حکایت از برقراری این مفروضه برای تمام مولفه‌ها داشت (P>۰/۰۵). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از اثربخشی مداخله داشت (۰/۶۴۲=اندازه اثر ,P<۰/۰۰۱ ,F=۳۶/۰۷۱ ,۰/۳۸۱=لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۶ استفاده شد.

جدول٦: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر مولفه‌های کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
عملکردجسمانی	۵۵۶۳/۶۶	۳۱/۱۶	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱
محدودیت‌های ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمانی	۳۲۳۱/۱۵	۳۶/۲۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۶
محدودیت‌های ایفای نقش به دلیل مشکلات هیجانی	۱۴۲/۶۷	۱۲/۶۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۶
خستگی یانشاط	۲۵۱۱/۱۵	۲۱/۴۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۷
سلامت عاطفی	۱۲۵۰/۲۲	۳۷/۹۱	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱
عملکرد اجتماعی	۴۱۴/۵۶	۲۲/۳۲	۰/۰۰۰۵	۰/۱۷
درد جسمانی	۶۴۲/۵۲	۳۷/۸۶	۰/۰۰۰۵	۰/۲۴
سلامت عمومی	۱۳۶۲/۶۷	۲۶/۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۱۹

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها اثربخشی مداخله بقا داشته است ($P<۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر بهبود کیفیت زندگی و مهار عقاید وسوسه‌انگیز در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد بود که بر روی ۴۰ شرکت‌کننده مرد انجام گرفت. نتایج حاضر نشان داد که مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر بهبود کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن و هم چنین مهار عقاید وسوسه‌انگیز در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد موثر بوده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های حاصل از پژوهش (بکموند و همکاران، ۲۰۰۷؛ چاوارسکی، مازلان و شانفیلد، ۲۰۰۸؛ چاوارسکی، زو و شاتنفیلد، ۲۰۱۱؛ کو، وانگ، ین و هسو، ۲۰۱۲؛ مارک، چاوارسکی، باری و همکاران؛ ۲۰۱۳؛ حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲) همخوانی دارد. کیفیت زندگی به عنوان یکی از مولفه‌های اساسی سلامت و بهزیستی با سلامت جسمی-روانی، داشتن روابط سالم با دیگران، شرکت فعالانه در فعالیت‌های اجتماعی، داشتن الگوی زندگی سالم و حس خودشکوفایی در ارتباط است. همچنین، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصیت متعادل و شکوفا، دوست

داشـــتن دیگران و زنـدگی از عنـاصـــر مهم کیفیـت زنـدگی در افراد هســـتند (بنبروک[1] و همکـاران، ۲۰۱۲). همچنین عقـاید وســـوســـه‌انگیز به عنوان یک بخش فعال در هر زمان در افراد وابســـتـه به مواد فعال بوده و آثار تخریبی فراوانی دارند. در افراد وابســـته به مواد عقاید وسـوسـه‌انگیز (از قبیل وسـوسـه نیرومندتر از قدرت اراده من اسـت و به احتمال زیاد من در این موقعیت وسـوسـه می‌شـوم و مواد را مصرف می کنم و...)، افکار مزاحمی هستند که فرد ســـعی در ســـرکوب آن‌هـا دارد. در نتیجـه، فرد بـه رهـایی از پیـامدهای رفتاری آن متمرکز می‌شـود. در مشـاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر حل‌مسـئله منطقی و زندگی توام با تعهد که در قراردادهای رفتاری گنجانده شـده اسـت، تاکید می‌شـود. آثار و نتایج زیان‌بار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی سـوءمصـرف، وابسـتگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تـا جوامع و درمـان‌گران برای پیشـــگیری، ترک و درمـان آن اقـدام کنند. در همین راســـتا راه‌کـارهـای درمـانی-مـداخله‌ای متعددی برای درمان وابســـتگی به مواد در ســـال‌های اخیر مطرح شـــده اســـت. درمـان‌هـایی کـه بـا وجود تـاثیر و کـارآمدی نســـبی‌شـــان در کاهش آســـیب‌های ناشـــی از وابســـتگی به موادمخدر و کمک در جهت بهبودی نســـبی آثار منفی و شـــوم آن، هنوز کـاســـتی‌هـایی در این زمینـه وجود دارد. عـاملی کـه بـاعـث مطرح شـــدن روش‌های مداخله‌ای جدید و کاربرد آن‌ها در پژوهش به منظور تعیین اثربخشـــی آن‌ها شـــده اســـت. اگرچـه هنوز قضـــاوت دربـاره میزان اثربخشـــی و کارآمدی این روش‌های درمانی مختلف مرتبط با درمان وابســـتگی به مواد بســـیار زود اســـت. با توجه به پیشـــینه پژوهشـــی و موارد متعـدد کـاربرد و تـاثیرگذاری بر نقایص و کاســـتی‌های رفتاری در مقایســـه با ســـایر روش‌هـای درمـانی-مـداخلـه‌ای بـه نظر می‌رســـد کـه بـه کـارگیری درمان رفتاری در جهت درمان و کاهش وابستگی به مواد در وضعیت بهتری قرار دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می توان به انجام آن با گروهی متشـــکل از شـــرکت‌کنندگان مرد، عـدم توجـه بـه متـاهـل ویـا مجرد بودن افراد (بـه عنوان یـک منبع دریافت حمایت‌های عاطفی-اجتماعی)، مشـخص نبودن شـدت وابسـتگی و نوع ماده مصرفی و کوتاه بودن مرحله پیگیری (یک ونیم ماه) آن اشـــاره کرد. بنابراین پیشـــنهاد می‌شـــود که در پژوهش‌های آتی

1. Bannrbrok

ضـمن رفع محدودیت‌های فوق، تعمیم یافته‌های حاصـل از این پژوهش با احتیاط صـورت پـذیرد. همچنین مرحلـه پیگیری مداخلات با طول مدت بیشـتری و در چندین مرحله انجام گیرد. پیشـنهاد می‌شـود کـه بـه منظور انجـام موثرتر و تعمیق آموزش‌ها مشـاوره رفتاری بصـورت فردی اجرا شـود تا نتایج بهتر و دقیق‌تری به دسـت آید. از طرفی به منظور تعیین اثربخشـی و کارایی مشـاوره رفتاری نسـبت به روش‌های دیگر مطالعات مقایسـه‌ای بر روی متغیرهای دیگر انجام گیرد. درنتیجه، با توجه به شـرایط مطرح شـده، اثربخشـی مشـاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر موثر و درحد رضـایت‌بخش بوده، و نتایج به دسـت آمده مبتنی بر پـایـداری درمـان در طول مرحلـه پیگیری یـک ونیم مـاهه اسـت. بنابراین می‌توان گفت که مشـاوره رفتاری روشـی موثر و کاربردی بوده و می‌تواند به نتایج امیدوارکننده‌ای منجر گردد.

منابع

باریکانی، آمنه (۱۳۸۷). رفتارهای پرخطر در نوجوانان مدارس راهنمایی و دبیرستان‌های شهر تهران. *مجلّه روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۵۳(۱۵)، ۱۹۸-۱۹۲.

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی(۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف موادمخدر. *مجله اعتیادپژوهی*، ۷ (۲۸)، ۱۱۸-۱۰۱.

رحمانیان، مهدیه؛ میرجعفری، سـید احمد؛ حسـنی، جعفر (۱۳۸۵). رابطه ی وسـوسـه مصـرف مواد و سوءگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مبتلا به عود و ترک کرده. *مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۲(۳)، ۲۲۲-۲۱۶.

دهقانی، محمود؛ جزایری، علیرضا (۱۳۸۳). بررسی توصیفی-تحلیلی رویکردهای پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۴(۱۵)، ۴۰-۱۳.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار؛ فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسـوسـه‌انگیز وتنظیم هیجان با بازگشـت به مصـرف مواد. *فصـلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۶(۲۳)، ۱۸۵-۱۵۹.

Alegria, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C, Grant, B. F., Blanco, C. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical Psychology*, 7(9), 1187-1195.

Arteaga, I., Chen, C. C., & Reynolds, A. J. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Service review*, 32(8), 1108-1120.

Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D., Schutz, C. (2001). Predictor for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codein substituted patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 173-80.

BennebrockEvertsz, E., Bockting, C. L., Stokkers, P.C., Hinnen, C., Sanderman, R., Sprangers, M.A. (2012). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: Multi-center design and study protocol. *BMC Psychiatry*. DOI: 10.1186/1471-244X-12-227.

Bergman, M. & Scott, J. (2000). Adolescent's wellbeing and health-risk behaviors: Gender and Socio-economic differences. *Journal of Adolescence, 20*, 183-197.

Borland, R., Yong, H. H., King, B., Geoffrey, C., Fong, T., Marshall, T, E., Hammond, D. & McNeil, A. (2004). Use of drug and beliefs about light cigarettes in four countries: Findings from the International Tobacco Policy Evaluation Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(3), 311-321.

Carr-Gregg, M. R. S., Enderby K. S. & Grover, S. R. (2003). Risk-taking behaviour of young women in Australia: Screening for health-risk behaviours. *The Medical Journal of Ausralia Med/Aust, 178(12)*, 601-604.

Chawarski, M. C., Mazlan, M. & Schottenfeld, R. S. (2008). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) with abstinence-contingent take-home burprenorphine: A pilot randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence, 94(1-3)*, 281-284.

Chawarski, M. C., Zhou, W., &Schottenfeld, R. S. (2011). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) in MMT program in wuhan, China: a pilot randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend, 115(3)*, 237-239.

Cohn, A. M., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Jensen, N., Hunter-Reel, D., Green, K. E., Drapkin, M. L. (2011). Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *Journal of Study Alcohol drug, 72(1)*, 151-157.

Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Moss, H. B., Li, T. K. Grant, B. F. (2010). Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: Likelihood, expression and course. *Drug Alcohol Depend, 112 (1-2)*, 9-17.

Franken, I. H., Kroon, L. Y., Wiers, R. W. & Jansen, A. (2000). Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. *Journal ofPsychopharmacology, 14 (3)*, 395-401.

Garmezy, N., & Masten, A. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk*. In E. M. Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping (pp. 151-174). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951-976.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M. & Bachman, J. G. (2001). *The monitoring the future: National survey results on adolescent drug use (1975-2000), Vol1: Secondary school students*. U.S. department of health and human services, National Institute of health.

Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. (1991). Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development. New York: Cambridge University Press.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). Synopsis of psychiatry. Eighth edition. Williams & Wilkins Company.

Ko, N. Y., Wang, P. W., Wu, H. C., Yen, C. N., Hsu, S. T., Yeh, Y. C., Chung, K. S. & Yen, C. F. (2012). Self-efficacy and HIV risk behaviors among heroin users in Taiwan. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73(3)*, 469-476.

Lindberg, L. D., Boggess, S. & Williams, S. (2000). Multiple threats: The co-occurrence of teen health risk-behaviors. Washington, DC: U.S. department of Health and Human services, Retrieved from http://www.urban. Org/family/at-risk/multiplethreats.html.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson* (Eds.), Behavioral medicine: Changing health lifestyles (pp. 410- 452). New York: Brunner/ Mazel.

Marek, C., Chawaraski, M.C., Barry, D.T., Mazlan, M., Schottenfeld, R. (2013). *Behavioral Drug and Risk Reduction Counseling (BDRC) for HPTN058 Treatment Manual Substance Abuse Center*, Muar, Malaysia. Retrieved from: http://www.hptn.org.

Milton, A. L., & Everitt, B. J. (2012). The persistence of maladaptive memory: Addiction, drug memories and anti-relapse treatments. *Neuroscience & Bio behavioral Reviews*, 36(4), 1119-1139.

O'Brien, C. (2006). Drug addiction and drug abuse. In L. L. Brunton, J. S. Lazo, & K. L. Parker (Eds.), Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics (11th ed.). New York: McGraw-Hill.

Sharf, R. S. (2008). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases* (5th ed.). USA: Linda Schreiber-Ganster

Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Kaplan. (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th Ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins and Wolter Kluwer Health.

Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M. & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747-775.

Thombs, G, L. (1999). *Introduction to addictive behavior*. New York: Guilford Press.