

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

اسماعیل صدری دمیچی^۱، احمدرضا کیانی چلمردی^۲

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

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر بهبود کیفیت زندگی و مهار عقاید وسوسه‌انگیز در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد می‌باشد. **روش:** روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه 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 به صورت 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 این مدت 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 رفتارهای پرخطر بر 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 کاهش رفتارهای پرخطر شیوه اثربخش بر کنترل و درمان در افراد وابسته به مواد مخدر 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 ماده اعتیاد آور بعد از یک دوره پرهیز تعریف شده است (اویرین، 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^۱ به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را در فرد افزایش می‌دهد (کارگرگ، اندربای و گرور، ۲۰۰۳). این رفتارها معمولاً علائمی چون تخطی از قانون- مانند تخریب اموال، سرقت، خشونت- مصرف دخانیات، الکل، مواد مخدر، فرار از مدرسه، آتش‌افروزی، تجاوز به عنف و یا تهدید را در برمی‌گیرد و غالباً تحت عنوان بزهکاری نوجوانان دسته‌بندی می‌شوند (گارمزی و ماستن، ۱۹۹۱). رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی و اجتماعی است که بر فرد، خانواده و جامعه تاثیر می‌گذارد (جانستون، اومالی، بچمن، ۲۰۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهند بسیاری از رفتارهای پرخطر همانند مصرف سیگار، مواد مخدر و روابط جنسی پیش از سنین ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتند (برگمن و اسکات، ۲۰۰۱) و علت بسیاری از مرگ و میرها در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (لیندبرگ، بوگست و ویلیامز، ۲۰۰۶).

در میان این نشانه‌ها، سوء مصرف مواد مخدر آثار مخرب و ویران‌گریزی را برجسته‌های 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 بین فردی، باورها، احساسات و عواطف، الگوی دلبستگی و رفتارهایی که در مسیر رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی ایفا

1. risk-taking behavior
2. Carr-Gregg, Enderby & Grover
3. Garnezy & Masten
4. Johnston, O Malley & Bachmon
5. Bergman & Scott

6. Lindberg, Boggess & Williams

می کنند (حبیبی، بهرامی و رستمی، ۱۳۹۱؛ آرتگا، چن و رینولدز^۱، ۲۰۱۰، استون، بیکر، هابر و کاتالانو^۲، ۲۰۱۲)، و همچنین این رفتارها با برخی از انواع اختلالات روان شناختی ارتباط قوی دارد (سادوک، سادوک و کاپلان^۳، ۲۰۰۷؛ داوسون، گلدشتاین، موس و گرانت^۴، ۲۰۱۰؛ کوهن^۵ و همکاران، ۲۰۱۱؛ الگری و همکاران، ۲۰۱۱). به نظر می رسد خصوصیات شخصیتی، سبک زندگی، روابط خانوادگی، عقاید و کژکاری در تنظیم رفتارها و هیجانات در این افراد به طور معناداری با افراد سالم متفاوت است. برای نمونه یافته های سلیمانی نیا (۱۳۸۶) نشان داد که نوجوان از مصرف مواد مخدر به منزله راهی برای مقابله با مشکلات، احساسات منفی و موقعیت های فشارزا استفاده می کند. فشار روانی نظیر فشار گروه همسالان و پرخاشگری، خود پیش بینی کننده ی مهمی در مصرف مواد از سوی نوجوانان محسوب می گردد (هاوکینز، کاتالانو و میلر^۶، ۱۹۹۲).

وابستگی به مواد بر الگوی زندگی سالم و نیز میزان انطباق فرد با عوامل استرس زای زندگی و کیفیت زندگی تاثیر نامطلوب دارد. در این رابطه بررسی ها نشان داده اند عواملی چون روش های مقابله، میزان سازگاری با محیط، تنش های تحمل شده، دستیابی به اهداف زندگی و شناخت خود مولد بودن، مفید بودن، نحوه نگرش به آینده، آگاهی افراد و رفتارهای مقابله ای تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارند (عظیمی و باجلان، ۱۳۸۸). همچنین افکار و سوسه انگیز و تمایلات غیر قابل کنترل در طول درمان و بعد از آن عامل موثر و مهمی در مصرف مواد هستند (رحمانیان و همکاران، ۱۳۸۵). مارلات و گوردون^۷ (۱۹۸۰) نشان دادند زمانی که افراد در موقعیت های پرخطر قرار می گیرند در صورت فقدان رفتارها و پاسخ های مقابله ای مناسب و موثر احساس خود کارآمدی شان کاهش می یابد و در نتیجه انتظارات مثبتی در زمینه سوسه، لغزش و سپس مصرف مواد و یا بازگشت به آن پیدا می شود (فرانکن، کرون، ویرس و جانسن^۸، ۲۰۰۰).

1. Arteaga, Chen & Reynolds
2. Stone, Becker, Huber & Catalano
3. Sadock, Sadock & Kaplan
4. Dawson, Goldstein, Moss & Grant

5. Cohen
6. Hawkins, Catalano & Miller
7. Marlatt & Gordon
8. Franken, Kroon, Wiers & Jansen

اگرچه بر مبنای 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، 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، از جمله 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 از جمله 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 حل مسئله، 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

منفی، اصلاح محیط اجتماعی و روابط درون فردی و بین فردی می گردد، که مجموعه این عوامل به خودی خود می تواند آثار مثبتی بر کیفیت زندگی فرد و عقاید منفی فرد گذاشته و باعث رهایی از وابستگی به موادمخدر و وسوسه های ناشی از مصرف گردد. بدین ترتیب در درمان رفتاری سعی می شود نقایص رفتاری را که باعث شکل گیری عقاید منفی و وسوسه انگیز با مواد می شود تغییر داده شود و رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه مصرف مواد کاهش یابد.

بررسی ها نشان می دهد در میان سایر شیوه های درمانی، درمان رفتاری از جمله روش ها و مداخلات درمانی موثر است که در درمان بسیاری از اختلالات و نارسایی های رفتاری به کار برده شده و به ویژه در درمان اعتیاد و وابستگی به موادمخدر مطرح بوده است. جسور، داناوان و کاستا^۱ (۱۹۹۱)، معتقدند افرادی که مستعد یک رفتار مشکل زا می باشند (مثلا بزهکاری)، مستعد سایر رفتارهای مشکل زا (مثلا سوء مصرف مواد) نیز خواهند بود. آنان در مدل رفتاری خود از علل رفتارهای مشکل زا نظیر مصرف مواد، مشروبات الکلی و بزه کاری نشان دادند که نظام رفتاری فرد به عنوان یکی از حوزه های موثر می تواند به آسیب پذیری روان شناختی برای انجام رفتار مشکل ساز منجر گردد. براین اساس مصرف مواد و دخانیات به عنوان یک رفتار آموخته شده، هدفمند و اجتماعی در نظر گرفته می شود که می تواند بر اثر آموزش های مناسب، تغییر رفتار کاهش یافته و یا اصلاح گردد. پژوهش های انجام گرفته نشان می دهند که شیوه درمانی مبتنی بر مشاوره رفتاری بر کاهش رفتارهای پر خطر از جمله کاهش های ناشی از بیماری ایدز و مصرف موادمخدر در درمان و پیشگیری از بازگشت مصرف مواد و کنترل ابتلا به ایدز موثر است (بکمونند، میر، ایچن لوب، و شاتز^۲؛ چاوارسکی، مازلان و شاتنفیلد^۳؛ چاوارسکی، زو و شاتنفیلد^۴؛ کو، وانگ، ین و هسو^۵؛ مارک، چاوارسکی، باری، مازلان، و شاتنفیلد^۶؛ ۲۰۱۳). همچنین نتایج حاصل از پژوهش انجام گرفته توسط 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 در دو 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

می شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسش نامه، ارزیابی سلامت وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می آید. این پرسش نامه ۳۶ گویه ای هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد 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- سلامت روانی. روایی و اعتبار آن را برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۷ در بین ۴۱۶۳ نفر در رده های 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). در مجموع یافته ها نشان می دهد که نسخه ایرانی این پرسش نامه در بین جمعیت عمومی ابزار مناسبی است. پایین ترین نمره صفر و بالاترین آن ۱۰۰ است.

۲. پرسش نامه عقاید و سوسه انگیز: این پرسش نامه یک ابزار خودسنجی است که توسط رایت و بک (۱۹۹۳)، ساخته شده است. این پرسش نامه باورهای مربوط به وسوسه ی مواد در فرد را می سنجد و دارای ۲۰ گویه است که هر کدام در یک مقیاس ۷ درجه ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره گذاری می شوند. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسش نامه گزارش شده است. اعتبار آن بر حسب 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 (۰/۷۷٪) گزارش کرده اند.

روش اجرا

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

جدول ۱: برنامه مداخله رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
اول	معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر و درمان گر، 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 بیماری های 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 سوء مصرف داروهای روان گردان، 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، جمع بندی 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 می شد. 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 آموزش های لازم در زمینه مهارت های اساسی از قبیل مهارت های نه گفتن، حل مسئله و کنترل امیال و هیجانات (کنترل میل به مصرف).
دوازدهم	مرور اجرای قرارداد و ارائه بازخوردهای مثبت، جمع بندی موارد و تغییرات مثبت در طول جلسات، ارائه نظرات شرکت کنندگان درباره جلسات، جمع بندی و احساسات آن ها 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 و وسوسه انگیز 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

شرکت کنندگان 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.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
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 و سوسه‌انگیز	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	پیش‌آزمون	۲۰	۴۴/۶۶	۴۱/۱۵	
	پس‌آزمون	۲۰	۷۵/۳۷	۳۱/۶۵	
	پیگیری	۲۰	۷۱/۶۷	۳۳/۵۳	

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

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

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

لون حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0/05$). همچنین مفروضه‌ی دیگر نرمال بودن توزیع نمرات است که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس به شرح جدول ۳ انجام شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	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 ($P < 0/001$). برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز از تحلیل کواریانس تک‌متغیری این بار با نمرات پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	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 ($P < 0/001$). 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 ($P > 0/05$). همچنین مفروضه‌ی دیگر نرمال بودن توزیع نمرات است که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف حکایت از برقراری این مفروضه برای تمام مولفه‌ها داشت ($P > 0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از اثربخشی مداخله داشت

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

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر مولفه‌های کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
عملکرد جسمانی	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 یا نشاط	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 اسمیرنوف 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, $F=۳۶/۰۷۱$, $P<۰/۰۰۱$, $\lambda=۰/۳۸۱$) (لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۶ استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر مولفه‌های کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
عملکرد جسمانی	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 یا نشاط	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 و سوسه‌انگیز در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد بود که بر روی ۴۰ شرکت کننده 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 و سوسه‌انگیز در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد موثر بوده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های حاصل از پژوهش (بکمونند و همکاران، ۲۰۰۷؛ چاوارسکی، مازلان و شانفیلد، ۲۰۰۸؛ چاوارسکی، زو و شاتنفیلد، ۲۰۱۱؛ کو، وانگ، یین 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

داشتن دیگران و زندگی از عناصر مهم کیفیت زندگی در افراد هستند (بنبروک^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین عقاید و سوسه‌انگیز به عنوان یک بخش فعال در هر زمان در افراد وابسته به مواد فعال بوده و آثار تخریبی فراوانی دارند. در افراد وابسته به مواد عقاید و سوسه‌انگیز (از قبیل و سوسه نیرومندتر از قدرت اراده من است و به احتمال زیاد من در این موقعیت و سوسه می‌شوم و مواد را مصرف می‌کنم و...)، افکار مزاحمی هستند که فرد سعی در سرکوب آن‌ها دارد. در نتیجه، فرد به رهایی از پیامدهای رفتاری آن متمرکز می‌شود. در مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر حل مسئله منطقی و زندگی توأم با تعهد که در قراردادهای رفتاری گنجانده شده است، تاکید می‌شود. آثار و نتایج زیان‌بار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا جوامع و درمان‌گران برای پیشگیری، ترک و درمان آن اقدام کنند. در همین راستا راه کارهای درمانی-مداخله‌ای متعددی برای درمان وابستگی به مواد در سال‌های اخیر مطرح شده است. درمان‌هایی که با وجود تاثیر و کارآمدی نسبی‌شان در کاهش آسیب‌های ناشی از وابستگی به مواد مخدر و کمک در جهت بهبودی نسبی آثار منفی و شوم آن، هنوز کاستی‌هایی در این زمینه وجود دارد. عاملی که باعث مطرح شدن روش‌های مداخله‌ای جدید و کاربرد آن‌ها در پژوهش به منظور تعیین اثربخشی آن‌ها شده است. اگرچه هنوز قضاوت درباره میزان اثربخشی و کارآمدی این روش‌های درمانی مختلف مرتبط با درمان وابستگی به مواد بسیار زود است. با توجه به پیشینه پژوهشی و موارد متعدد کاربرد و تاثیرگذاری بر نقایص و کاستی‌های رفتاری در مقایسه با سایر روش‌های درمانی-مداخله‌ای به نظر می‌رسد که به کارگیری درمان رفتاری در جهت درمان و کاهش وابستگی به مواد در وضعیت بهتری قرار دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام آن با گروهی متشکل از شرکت کنندگان مرد، عدم توجه به متاهل و یا مجرد بودن افراد (به عنوان یک منبع دریافت حمایت‌های عاطفی-اجتماعی)، مشخص نبودن شدت وابستگی و نوع ماده مصرفی و کوتاه بودن مرحله پیگیری (یک و نیم ماه) آن اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی

ضمن رفع محدودیت‌های فوق، تعمیم یافته‌های حاصل از این پژوهش با احتیاط صورت پذیرد. همچنین مرحله پیگیری مداخلات با طول مدت بیشتری و در چندین مرحله انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود که به منظور انجام موثرتر و تعمیق آموزش‌ها مشاوره رفتاری بصورت فردی اجرا شود تا نتایج بهتر و دقیق‌تری به دست آید. از طرفی به منظور تعیین اثربخشی و کارایی مشاوره رفتاری نسبت به روش‌های دیگر مطالعات مقایسه‌ای بر روی متغیرهای دیگر انجام گیرد. در نتیجه، با توجه به شرایط مطرح شده، اثربخشی مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر موثر و در حد رضایت‌بخش بوده، و نتایج به دست آمده مبتنی بر پایداری درمان در طول مرحله پیگیری یک و نیم ماهه است. بنابراین می‌توان گفت که مشاوره رفتاری روشی 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. *مجله 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، سید احمد؛ حسنی، جعفر (۱۳۸۵). رابطه‌ی وسوسه مصرف 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 وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *فصلنامه 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 buprenorphine: 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 of Psychopharmacology*, 14 (3), 395-401.
- Gamezy, 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.